



DEUTSCHE **FACHPFLEGE**

DFG | BONITAS | BIPG



2023

UNTERNEHMENS- & QUALITÄTSBERICHT

„Pflege ist so viel mehr, weil wir immer die individuelle Lebenssituation betrachten, alles daransetzen, die spezifischen Einschränkungen zu verstehen und in den Mittelpunkt unserer Versorgung das Ziel stellen, durch unsere Pflege höchste Lebensqualität zu schaffen.“

*Sören Hammermüller, Geschäftsführer COO
Geschäftsführer der Bonitas Pflegegruppe
Unternehmensweit verantwortlich für Qualitätsmanagement*

”

Liebe Leser*innen,

im letzten Unternehmens- und Qualitätsbericht bezeichnen wir die Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes – GKV-IPReG, der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Bundesrahmenempfehlungen als eine der größten Herausforderungen. Dass es uns mit vereinten Kräften gelungen ist, darauf bestens vorbereitet zu sein, erfüllt uns mit Stolz und wir danken allen, die daran mitgewirkt haben.

Das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) haben wir ausgebaut und die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen, die unsere Klient*innen für die optimale intensivpflegerische Versorgung benötigen, konnten wir intensivieren. Neben Atmungstherapeut*innen sind im FmB unsere Fachkrankenschwester*innen für Anästhesie- / Intensivpflege voll im Einsatz. Sie haben den Gesundheitszustand unserer Klient*innen stets im Blick und begleiten die Fachärzt*innen sowohl bei der Potenzialerhebung als auch beim Weaning.

Die Implementierung von technischen und digitalen Innovationen ist uns wichtig. So hat auch KI bei uns Einzug gehalten. In den Bereichen Telekonsultationen, Televisiten, Telemetrie, Telemonitoring und Digitalisierung der Pflegedokumentation haben wir im Berichtszeitraum große Fortschritte gemacht. Digitalisierung ist für uns nie Selbstzweck, sondern ein Weg, um noch mehr Zeit für unsere Klient*innen zu gewinnen und die Fachleute, die diese versorgen, schneller miteinander zu vernetzen. Für sie haben wir unser Leistungsspektrum und die flächendeckende Präsenz unserer vielfältigen Pflegeangebote erweitert. Die Kinder und Erwachsenen, die Pflege benötigen, sollen diese möglichst schnell, wohnortnah und passgenau erhalten. Dafür haben wir auch die Pflegeberatung personell aufgestockt.

Unser Überleitteam ist wichtigster Ansprechpartner an der Schnittstelle Klinik und ambulante (intensiv-)pflegerische Versorgung. Auch im Bereich unserer ambulanten Alten- und Krankenpflege haben wir erfolgreich neue Versorgungsmöglichkeiten geschaffen. Neben dem beliebten Format „Unser kleines Heim“, in dem wir neue Wohngemeinschaften eröffnet haben, gibt es nun auch eine neue Tagespflege-Einrichtung.

All unsere Angebote stehen unter der Überschrift „Qualität“. Unser QM-Team und die vielen Qualitätsmanager*innen haben die optimale Versorgung unserer Klient*innen immer im Blick. Die Weiterentwicklung unserer Führungskräfte und die Qualifizierung unserer Mitarbeitenden ist bei der Pflege-Leicht-Akademie und ihrem Coaching-Team in besten Händen. Damit wir in allen Bereichen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft sind, schätzen wir die Begleitung durch unseren Fachbeirat.

„Weil Pflege so viel mehr ist“ ist der Leitspruch unseres Pflegeverbundes. Wir danken allen, die uns bei der Realisierung einer ganzheitlichen Pflege unterstützen, allen voran unseren Pflegenden und Mitarbeitenden sowie den Partnern unseres multiprofessionellen Netzwerks. Ein weiterer Dank richtet sich an unsere Klient*innen sowie ihre An- und Zugehörigen für das Vertrauen, das sie uns entgegenbringen.

Dieser Unternehmens- und Qualitätsbericht zeigt, was wir in den vergangenen 12 Monaten angestoßen und umgesetzt haben, um eine höchstmögliche Lebensqualität zu schaffen und in der Pflegelandschaft ein verlässlicher Partner zu sein. Dabei ist uns bewusst, dass Qualität in der Pflege immer ein Prozess ist, der nie ganz abgeschlossen sein wird. Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unserer Arbeit und wünschen Ihnen Freude bei der Lektüre.



Daniel Klein, Geschäftsführer CEO



Maxim Rogover, Geschäftsführer COO



Dr. Daniel Wiest, Geschäftsführer CFO



Michail Gershanovych, Geschäftsführer COO



Sören Hammermüller, Geschäftsführer COO

INHALTSVERZEICHNIS

Grußwort	3	Qualitätsmanagement	95
Die DEUTSCHE FACHPFLEGE	6	Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB)	100
Der Fachbeirat	8	Monitoring und Visiten	103
Gebündelte Expertise	16	Frühe Intervention	104
Versorgungsformen	18	Qualitätsprüfungen durch Medizinischen Dienst	106
Unsere DNA: Pflegeleitbild	22	Qualität durch Qualifizierung	110
Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege	27	Führungskräfte- und Teamentwicklung	110
GKV-IPReG	28	Die PflegeLeicht-Akademie	112
Außerklinische Intensivpflege in Zahlen	30	Ausbildung von Pflegenachwuchs	114
Häusliche Intensivpflege: Erwachsene	38	Innovation und Digitalisierung	118
Häusliche Intensivpflege: Kinder	42	Drei Blickwinkel auf die Telemedizin	120
Intensivpflege in Wohngemeinschaften	46	Die Mitarbeitenden: Das Herzstück des Verbundes	127
Intensivpflege in Kinderhäusern	54	Karrierechancen im Pflegeberuf	130
Weaning	58	Vielfalt und Inklusion	131
Rückzugspflege	63	Bewerbermanagement	132
Ganzheitlich aufgehoben	66	Im Austausch	134
Überleitmanagement	71	Wegweisende Experten	134
Häusliche Alten- und Krankenpflege	77	MAIK Kongress	136
Pflegeberatung	81	Der GKV-IPReG-ThinkTank	138
Touren- und Verhinderungspflege	82	Wissenschaft und Forschung	139
Wohngemeinschaft „Unser kleines Heim“	84	Messen und Kongresse	140
Tagespflege	88	Ausgezeichnet	141
Kurzzeitpflege	89	Für den guten Zweck	142
Ganzheitlich gepflegt	91	Ausblick	144
		Impressum	147

Die **DEUTSCHE FACHPFLEGE (DF)** ist ein bundesweit vertretener Verbund von Pflegediensten, der das gesamte Spektrum der Alten- und Krankenpflege sowie Intensiv- und Beatmungspflege abdeckt. Es erstreckt sich von der häuslichen Pflege, der Schul- und Kindergartenbegleitung, der Unterstützung im Alltag, der Kurzzeit- und Verhinderungspflege bis hin zur Versorgung in Wohngruppen.

Der gemeinsame Weg der Deutschen Fachpflege Gruppe, Bonitas Pflegegruppe und Bundesweiten Intensivpflege Gruppe begann im Jahr 2019. Ziel der Kooperation ist es, die Qualität in der Pflege voranzubringen, den Gesundheitszustand der Menschen, die Unterstützung benötigen, zu verbessern, sie möglichst gesund zu pflegen und Lebensqualität zu schaffen. Dank vieler Initiativen, Projekte und dem Engagement vieler Personen kommt die Unterstützung der Klient*innen immer schneller und passgenauer da an, wo sie gebraucht wird. Mit ihrem hohen Anspruch an die Qualität der Pflege möchte die **DF** in der Pflegebranche Maßstäbe setzen. Deshalb beschäftigt sie bestens qualifizierte Mitarbeitende und tauscht sich regelmäßig mit Akteur*innen aus Wissenschaft, Medizin, Pflege und Politik im Rahmen eines Fachbeirats aus.

Bevor die Pflegedienste Teil einer der drei Pflegegruppen wurden, arbeiteten sie oft bereits viele Jahre lang eigenständig. So hat jede dieser Gesellschaften ihren eigenen Charakter, ihre eigene Geschichte und ihre spezifischen Schwerpunkte. Die Verankerung in der jeweiligen Region und die Vernetzung mit den regionalen Versorgungspartnern ist die Basis ihrer ganzheitlichen Pflege.

Dieser Unternehmens- und Qualitätsbericht zeigt die Fortschritte im Zeitraum zweites Halbjahr 2022 bis Ende erstes Halbjahr 2023.



Die Deutsche Fachpflege Gruppe
1.800 Mitarbeitende
www.deutschefachpflege-gruppe.de

wurde 2011 in München gegründet. Ihr gehören ambulante Pflegedienste an, die Alten- und Krankenpflege durchführen und vielfach zu den Pionieren in der außerklinischen Intensivpflege zählen. Sie haben diese Versorgungsform maßgeblich mitgestaltet und weiterentwickelt. Auch heute noch liegt ihr Schwerpunkt auf der häuslichen Intensivpflege und in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die DFG gehört in diesem Bereich zu den größten Anbietern in Deutschland.



Die Bonitas Pflegegruppe
4.900 Mitarbeitende
www.bonitas-pflegegruppe.de

hat ihren Ursprung in Herford, wo 1995 der ambulante Pflegedienst Bonitas gegründet wurde. Die Pflegedienste der Gruppe gehören deutschlandweit zu den ersten, die sich auf außerklinische Intensivpflege spezialisiert haben. Gleichmaßen ist die Bonitas Pflegegruppe führend in der Alten- und Krankenpflege. Ihre erste, im Jahr 2012 eröffnete Hausgemeinschaft für Senior*innen mit dem Namen „Unser kleines Heim“ wurde zu einem großen Erfolg. Die zahlreichen weiteren neuen Wohngemeinschaften mit dem Namen „Unser kleines Heim“ erfreuen sich großer Beliebtheit. Dies gilt auch für die Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie die Kinderhäuser.



Die Bundesweite Intensivpflege Gruppe
5.600 Mitarbeitende
www.bipgruppe.de

entstand 2019 durch die Zusammenlegung verschiedener Abteilungen der Bundesweiten Intensivpflege Gesellschaft (kurz: bipG), bipG VOR ORT, VigeoCare und Bund Ambulanter Pflege Dienstleister (BAPD). Mittlerweile ist die BIPGruppe um weitere Gesellschaften gewachsen. Von Hannover aus werden die Verwaltungstätigkeiten für den gesamten Verbund durchgeführt. Die Gesellschaften bieten Alten- und Krankenpflege an; der Schwerpunkt des Zusammenschlusses liegt jedoch auf der außerklinischen Intensivpflege in ganz Deutschland.



Daniel Klein
Geschäftsführer CEO
DEUTSCHEFACHPFLEGE



Hartmut Hain
Beirat
DEUTSCHEFACHPFLEGE



Maxim Rogover
Geschäftsführer COO
DEUTSCHEFACHPFLEGE



Sören Hammermüller
Geschäftsführer COO
DEUTSCHEFACHPFLEGE,
Geschäftsführer Bonitas
Pflegegruppe



**PD Dr. med. habil.
Sven Hirschfeld**
Leitender Arzt IMC, Beatmung, Querschnittgelähmten-Zentrum Hamburg, Facharzt für Allgemeinmedizin, Ärztlicher Qualitätsmanager für die EFQM, Mitglied: DMGP, ISCoS, MAIK-Beirat



**Prof. Dr. rer. medic.
Michael Isfort**
Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathO NRW), Fachbereich Gesundheitswesen, Abteilung Köln, MAIK-Beirat



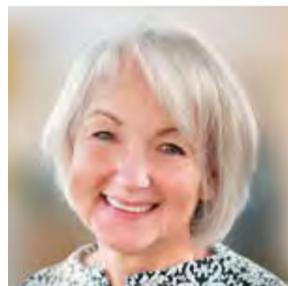
**Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Stefan Schwab**
Direktor der Neurologischen Klinik, Universitätsklinikum Erlangen – 2016 bis 2018 Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)



Dr. med. Andreas Fiehn, MBA
Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin und spezielle Intensivmedizin, ehemaliger Chefarzt und langjähriger Ärztlicher Direktor der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL gGmbH



Dr. h. c. Lutz Stroppe
Staatssekretär a. D., Senior Advisor FGS Global Europe GmbH



Dr. phil. Maria Panzer
Referentin Public Relations
DEUTSCHEFACHPFLEGE,
Kongresspräsidentin MAIK



Christoph Jaschke
Leiter Public Relations
DEUTSCHEFACHPFLEGE,
Kongresspräsident MAIK

IMPULSGEBER

Der Fachbeirat

Im Jahr 2021 rief die DEUTSCHEFACHPFLEGE einen Fachbeirat ins Leben, der eng mit der Geschäftsführung des Pflegeverbundes und der Leitung des Qualitätsmanagements zusammenarbeitet. Dem Fachbeirat gehören Expert*innen aus Medizin, Pflegewissenschaft, Management und Politik an, welche sich regelmäßig über die aktuellen Herausforderungen in Pflege und Intensivpflege austauschen. Im Mittelpunkt steht unter anderem die Frage, wie die Qualität der pflegerischen Versorgung weiterentwickelt werden kann. Denn die **DF** möchte mit ihren hohen Standards beispielgebend sein und damit das Niveau in der Branche anheben.

In den vergangenen Monaten ist die **DF** ihren selbstgesteckten Zielen ein gutes Stück nähergekommen. Das interne Qualitätsmanagement wurde neu strukturiert und deutlich erweitert. Nun widmen sich 50 Mitarbeitende ausschließlich der Qualitätsentwicklung, dem Erhalt des Qualitätsniveaus und den Schulungen der Mitarbeitenden. Die Mitglieder des Fachbeirates arbeiten eng mit dem Qualitätsmanagement zusammen, begleiten Prozesse und nehmen an Sitzungen verschiedener Arbeits- und Projektgruppen teil.

Der Fachbeirat befasste sich außerdem mit der Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes – GKV-IPReG und der daraus folgenden Richtlinien. Seit 2020 bereitet sich die **DF** intensiv auf die Umsetzung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen vor.

Da Studien und Umfragen, auf die wir am Ende dieses Berichts eingehen werden, zeigen, dass 80 % der Menschen mit Intensivpflegebedarf in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden möchten, konzentriert sich die **DF** auch in Zukunft darauf, innerhalb der Pflegelandschaft den Sektor der ambulanten Pflege auf höchstem Niveau zu stärken, zu erhalten und mitzugestalten. Der Fachbeirat unterstützt den Blick über die Sektorengrenzen hinweg, denn die außerklinische Intensivversorgung ist nicht nur sehr komplex, sie steht in engem Zusammenhang mit der Qualität der Versorgung in den Kliniken. Deshalb wird der Austausch mit dem Fachpersonal in den Kliniken sehr geschätzt.

Der Fachbeirat gibt der **DF** wichtige Impulse und Anregungen, um ihrem Leitspruch „Weil Pflege so viel mehr ist“ gerecht zu werden. Gerade dieses „Mehr“ ist Thema bei den Zusammenkünften des Fachbeirates. Das Gremium ist eine ideale Plattform, um die ambulante Versorgung aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und ihr Impulse zu geben, damit auch in Zukunft alle gepflegt werden können, die Pflege und Unterstützung brauchen.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist sehr offen für die medizinischen Belange. Das rechne ich ihr sehr hoch an, denn das ist nicht selbstverständlich.

*PD Dr. med. habil.
Sven Hirschfeld
Mitglied des Fachbeirats
der DF*





GEBÜNDELTE EXPERTISE

Zentralisierung und Fachwissen

Die Pflegedienste mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten, die dem Pflegeverband DEUTSCHEFACHPFLEGE angehören, sind deutschlandweit präsent. Wer ambulante Pflege für Kinder, Senior*innen oder Menschen mit Intensivpflegebedarf sucht, findet überall ein wohnortnahes Angebot. Ein Anruf bei der neu geschaffenen zentralen Lotsenstelle der DF genügt, um beraten und mit der richtigen Stelle verbunden zu werden.

Die Pflegedienste decken mit ihrem Leistungsspektrum alle pflegerischen Bedarfe ab. Die hohe Qualität der ambulanten Alten- und Krankenpflege gewährleisten Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, zusätzliche Betreuungskräfte, hauswirtschaftliche Unterstützungspersonen, Verwaltungskräfte und Angehörige anderer sozialer Berufe. Dazu kommen Expert*innen für bestimmte Bereiche wie Pflegeberatung, Qualitäts-, Hygiene-, Wund- und Schmerzmanagement.

In der außerklinischen Intensivpflege handelt es sich hauptsächlich um examinierte Pflegefachkräfte mit einschlägiger Berufserfahrung, oft mit der Weiterqualifizierung „Intensiv- und Anästhesiepflege (DKG)“ und Pflegefachkräfte mit der Weiterbildung für die Beatmungspflege im Rahmen von Basis- und Expertenkursen. Pflegekräfte in der pädiatrischen Intensivpflege verfügen über Spezialkenntnisse und sie werden von pädagogischen Fachkräften unterstützt, wenn die Kinder und Jugendlichen in Kinderhäusern versorgt werden. Zudem wurde die Atmungstherapie in der DF deutlich ausgeweitet, da sie im Zuge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes – GKV-IPReG an Bedeutung gewonnen hat. Ob nur eine stundenweise Betreuung oder eine 24-Stundenpflege erforderlich ist, die Pflegefachkräfte haben immer das individuelle Therapieziel im Blick und schaffen in den Versorgungen höchstmögliche Lebensqualität.

Ziel der Pflege und Unterstützung in allen Versorgungsformen ist es, den Gesundheitszustand der Kinder und Erwachsenen zu verbessern, sie möglichst wieder gesund zu pflegen und ihre Teilhabe zu fördern.

Die drei Pflegegruppen im Pflegeverband DEUTSCHEFACHPFLEGE wachsen zunehmend zusammen. So gibt es inzwischen ein gemeinsames Pflegeleitbild, ein gruppenübergreifendes Qualitätsmanagement, ein zentrales Überleit- und Bewerbermanagement und ein deutschlandweites Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB). Auch Finanzbuchhaltung, Einkauf, Marketing, Facility und Fuhrpark wurden zusammengeführt und werden zentral organisiert. Der vorliegende Qualitäts- und Unternehmensbericht dokumentiert das Zusammenwachsen der drei Pflegegruppen und ist Ausdruck des Wir-Gefühls. Die Pflegegruppen lernen voneinander, entwickeln gemeinsame Projekte, erproben Neues und präsentieren sich bei Kongressen als ein Verbund mit dem klaren Fokus auf Qualität. Weil Pflege so viel mehr ist, stärkt die DF das Versorgungsnetzwerk, das ihre Klient*innen trägt, und setzt neben der Bezugspflege und der zwischenmenschlichen Zuwendung auf technische und digitale Innovationen. Die Pflegenden sollen dadurch entlastet werden und noch mehr Zeit für den Menschen haben. Ihren Pflegeberuf so ausüben zu können, wie sie es gelernt

haben, und sich dafür die erforderliche Zeit nehmen zu können, ist genau das, was sich die Pflegenden wünschen. Es ist auch das, was sie in ihrem Beruf hält. Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, profitieren davon die Menschen, die Pflege benötigen sowie die pflegenden Angehörigen. Und dies schafft Vertrauen.

Im Verbund eröffnen sich insbesondere für kleinere Pflegedienste neue Möglichkeiten und Potenziale. Angesichts des demografischen Wandels, des Paradigmenwechsels in der außerklinischen Intensivversorgung und des Umbruchs im Gesundheitswesen ist es wichtiger denn je, die Kräfte zu bündeln. So ist die DF nicht nur organisatorisch und strukturell, sondern auch durch die Integration neuer Pflegedienste zusammengewachsen. Sie werden in der „DF-Familie“ mit offenen Armen empfangen und erhalten umfassende Informationen, Beratung und Unterstützung. So können sie auch im Verbund mit ihren Mitarbeitenden ihre Klient*innen adäquat und qualitativ hochwertig weiterversorgen.

Positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität werden u. a. erreicht durch:

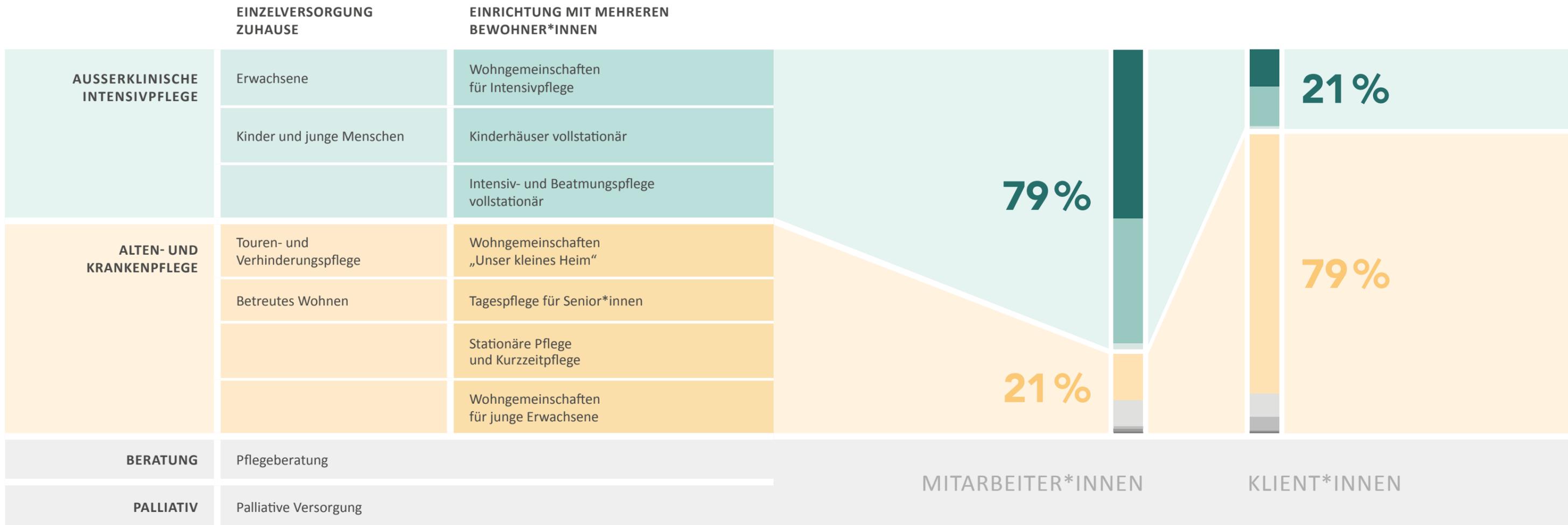
- ✓ **Deutschlandweite flächendeckende Versorgung der Klient*innen mit passgenauem Angebot**
- ✓ **Gruppenübergreifendes Qualitätsmanagement mit regelmäßigen internen Audits**
- ✓ **Gemeinsame Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen**
- ✓ **Mehr Pflegezeit durch Entbürokratisierung und Digitalisierung der Pflegedokumentation**
- ✓ **Gemeinsame Erprobung und Nutzung von Innovationen (Telemedizin, Videovisite, Monitoring)**
- ✓ **Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) mit 24/7 Rufbereitschaft**
- ✓ **Sicherung der häuslichen Weiterversorgung bei langer Krankenhausbehandlung**
- ✓ **Flexibilität durch Mitarbeitende mit hoher Fachexpertise (Springerpool)**
- ✓ **Zentral gesteuertes Überleit- und Bewerbermanagement**

“ Der größte Wunsch der Menschen ist es, wieder in ein möglichst normales Leben zurückkehren zu können. Tagtäglich und mit großem Engagement sind unsere Pflegenden und die sie unterstützenden Mitarbeitenden dafür im Einsatz.

Michail Gershanovych,
Geschäftsführer COO



Ein Markenzeichen der DEUTSCHEFACHPFLEGE ist ihre Flexibilität: In kürzester Zeit kann sie auf die unterschiedlichsten Pflegebedarfe reagieren. Ob nur eine stundenweise Unterstützung oder Pflege rund um die Uhr, mit Hilfe ihres großen Pools an Mitarbeitenden gibt es immer Möglichkeiten, um adäquat auf spezifische Anforderungen und Bedarfe der Klient*innen zu reagieren. Dies wird von einer Zentrale aus organisiert und koordiniert, in der immer eine Ansprechperson erreichbar ist.



VERSORGUNGSFORMEN

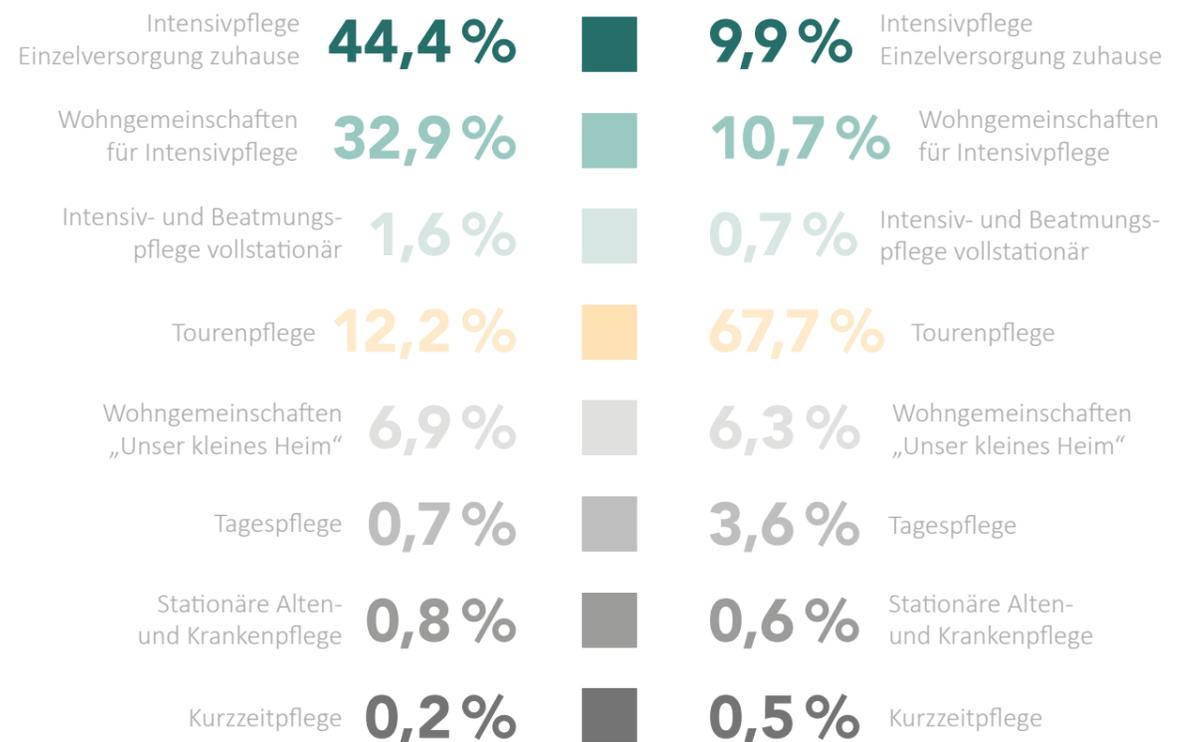
Flächendeckend und passgenau kann der Pflegeverbund alle pflegerischen Bedarfe, ob akut oder über einen längeren Zeitraum, in den unterschiedlichsten Settings, erfüllen. Hierzu gibt es ein unabhängiges und fundiertes Beratungsangebot.

Linke Spalte: Im Versorgungsangebot des Pflegeverbundes gibt es die beiden Säulen „Außerklinische Intensivpflege“ und „Alten- und Krankenpflege“. Mit Versorgungsangeboten in diesen Bereichen trägt die **DF** ihren Teil zur Bewältigung des steigenden Bedarfs an Pflege in der Gesellschaft bei. Damit die Menschen eine möglichst schnelle passgenaue Unterstützung und Pflege erhalten, werden sie verständlich, zügig und kompetent durch die **DF** beraten. Dies geht jeder Überleitung voraus. Je schneller die Pflege zu den Menschen kommt, desto höher sind die Chancen für eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands.

Die pflegenden An- und Zugehörigen können in jeder Pflegeform Pflegeberatung und Schulung in Anspruch nehmen. Ebenso erstreckt sich die palliative Pflege über alle Versorgungsformen.

Bei der „Einzelversorgung zuhause“: Außerklinische Intensivpflege, 1:1 in der Häuslichkeit, mit der oft ständigen Anwesenheit einer Pflegefachkraft, oder Alten- und Krankenpflege sowie zeitweise Verhinderungspflege. Hier kommen Pflegenden zu den Klient*innen nach Hause. Der Zeitumfang hängt von der jeweiligen ärztlichen Verordnung und den Wünschen der betroffenen Menschen ab.

„Einrichtungen mit mehreren Bewohner*innen“ – das bedeutet Tagespflege, stationäre Pflege, aber auch die ambulante Versorgung in Wohngemeinschaften. Die **DF** bietet diese Einrichtungen sowohl im Bereich der Intensivpflege als auch in der Alten- und Krankenpflege an.





DAS GESAMTE SPEKTRUM DER PFLEGE

Nebenstehende Landkarte zeigt die Versorgungsdichte der DEUTSCHENFACHPFLEGE in Deutschland. Sie ist im Berichtszeitraum gestiegen, damit die Menschen, die Pflege benötigen, wohnortnah unterstützt und versorgt werden können. Denn wer auf Pflege angewiesen ist – ob für kurze Zeit oder über einen längeren Zeitraum – möchte in der Nähe seiner An- und Zugehörigen bleiben. Wer krank ist, braucht ganz besonders die Nähe von Menschen, die einem etwas bedeuten. Dies entspricht auch dem Wunsch vieler An- und Zugehöriger. Das Wunsch- und Wahlrecht, also die Möglichkeit, zwischen vielen verschiedenen Formen der Unterstützung und Pflege wählen zu können, ist unter anderem im § 8 SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ und in der UN-Behindertenrechtskonvention verankert.

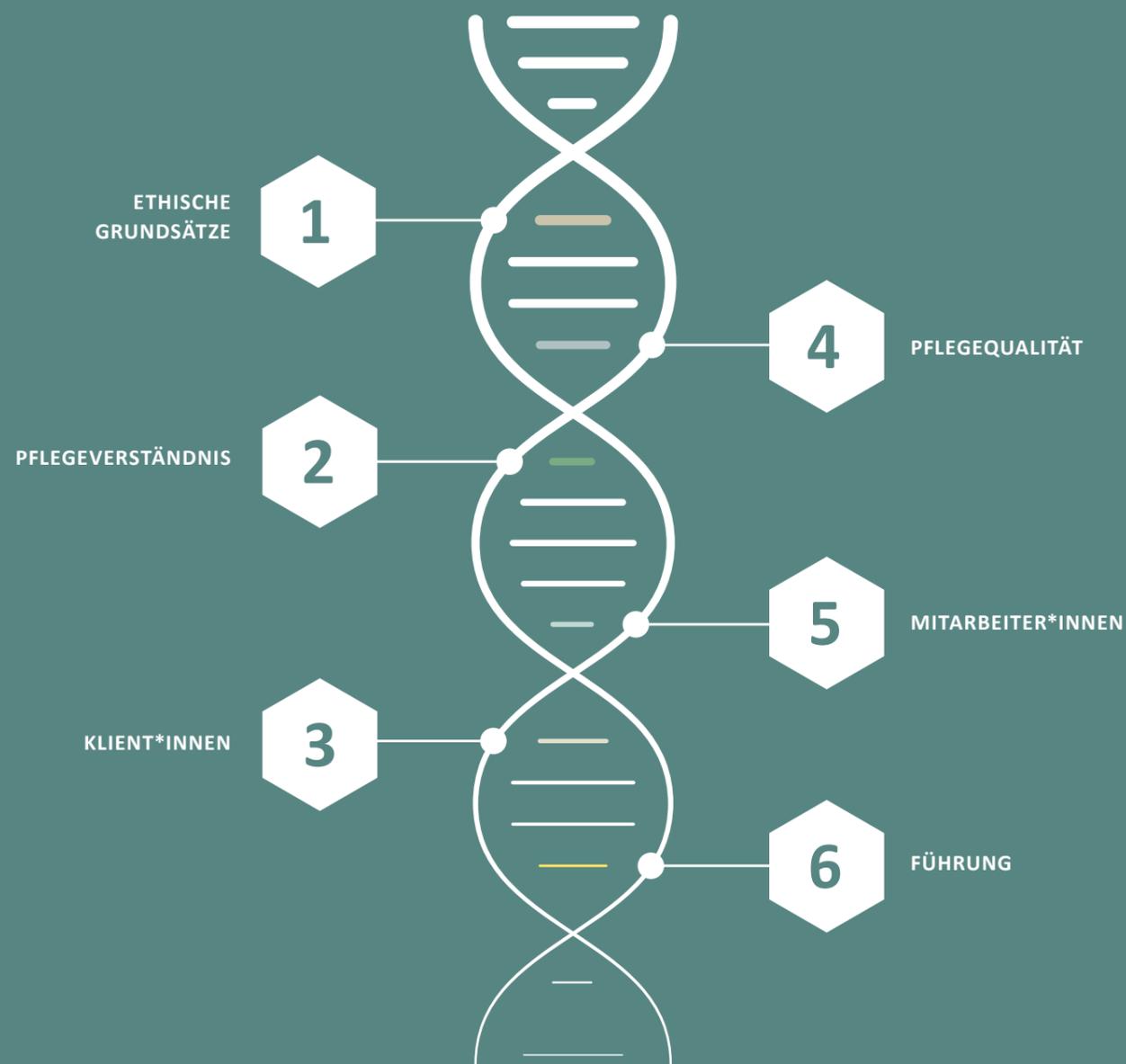
Über die verschiedenen Möglichkeiten im Rahmen der ambulanten Pflege informieren eine neue zentrale Erstanlaufstelle mit Zugriff auf das Belegungsmanagement der **DF**, ihre Pflegeberater*innen und die Mitarbeitenden im Rahmen des Überleitmanagements. Die Rat- und Unterstützung-Suchenden können darauf vertrauen, dass sie von den Pflegediensten, die unter dem Dach der **DF** arbeiten, professionell gepflegt werden. Und weil Pflege so viel mehr ist, können sie eine Versorgung mit hoher Lebensqualität erwarten – wenn nötig, bis in die letzten Stunden des Lebens.

Eine Stärke des Verbundes ist seine Flexibilität: Für jedes Lebensalter, jeden Pflegegrad, jeden individuellen Bedarf, auch hinsichtlich seltener Erkrankung, wird ein auf die besondere Situation zugeschnittenes Leistungsangebot entwickelt. Der Pflegeeinsatz kann innerhalb kürzester Zeit an Veränderungen des Gesundheitszustands, des Pflegegrads und individueller Bedarfe angepasst werden. Die Pflegenden sind immer genau da, wo und wie lange sie gebraucht werden.

	Anzahl Klient*innen
Häusliche Intensiv- und Beatmungspflege	920
Wohngemeinschaften für Intensivpflege	990
Kinderhäuser stationär	30
Intensiv- und Beatmungspflege vollstationär	30
Touren- und Verhinderungspflege	6.270
Wohngemeinschaften „Unser kleines Heim“	560
Wohngemeinschaft für junge Erwachsene	20
Tagespflege für Senior*innen	340
Stationäre Pflege und Kurzzeitpflege	100

9.300

Die ambulanten Pflegedienste unter dem Dach der DEUTSCHENFACHPFLEGE versorgen insgesamt über 9.300 Klient*innen in verschiedenen Versorgungsformen. 1.970 sind Intensivklient*innen, 7.290 Klient*innen im Rahmen der Alten- und Krankenpflege. 12.300 Mitarbeitende sind in Pflege, Organisation und Administration tätig.



UNSERE DNA

Dieses Pflegeleitbild zeigt, dass es unser Ziel ist, für alle Klient*innen Lebensqualität zu schaffen. Ob nur kurzzeitige Unterstützung im Alltag oder Langzeitpflege, wir wollen ihren Gesundheitszustand verbessern und sie in ein möglichst selbstbestimmtes Leben entlassen. In all unserem Tun begegnen wir einander und den Menschen, die wir pflegen, mit Respekt und Wertschätzung. Wir versprechen mit unserem Pflegeleitbild, dass wir sie (intensiv-)pflegerisch auf höchstem Qualitätsniveau versorgen. Auf uns ist Verlass.

PFLEGELEITBILD

Um ein Pflegeleitbild für die Gesamtgruppe zu erarbeiten, hatte das Team des Qualitätsmanagements im vergangenen Jahr die einzelnen Pflegeleitbilder der Pflegedienste, die zum Pflegeverbund gehören, zusammengetragen und gesichtet. Danach stimmten sich rund 100 Führungskräfte über die zentralen Inhalte ab und formulierten prägnant das gemeinsame Werteverständnis der **DF**. Unter dem Titel „Unsere DNA“ wurde das Pflegeleitbild im Herbst 2022 veröffentlicht. Es ist ein Versprechen an die Klient*innen der **DF**, an deren Zu- und Angehörige sowie an die Mitarbeitenden.

Konkret heißt dies: Die **DF** steht für eine (intensiv-)pflegerische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau. Ob kurzzeitige Unterstützung im Alltag oder Langzeitpflege, ihr Ziel ist es, bei den Klient*innen Leiden zu vermindern und ihnen zu größtmöglicher Normalität zu verhelfen. Die **DF** steht hinter den ihr anvertrauten Menschen und stärkt ihnen den Rücken.

Für die Mitarbeitenden in der **DF** werden optimale Rahmenbedingungen geschaffen. Die Pflegenden sollen ihre Profession so ausüben können, wie sie es gelernt haben. Denn nur zufriedene Mitarbeitende pflegen und arbeiten umsichtig, professionell und empathisch. Die Grundsätze für die tägliche Arbeit sind gegenseitige Wertschätzung, Respekt und Kollegialität.

An ihrem Qualitätsversprechen lässt sich die **DF** messen.

“ *Das neue Pflegeleitbild ist aus den bestehenden Strukturen entstanden. Es wurde zusammengefasst, was bereits gelebt wird. Es ist großartig, dass dies so umgesetzt werden konnte.*

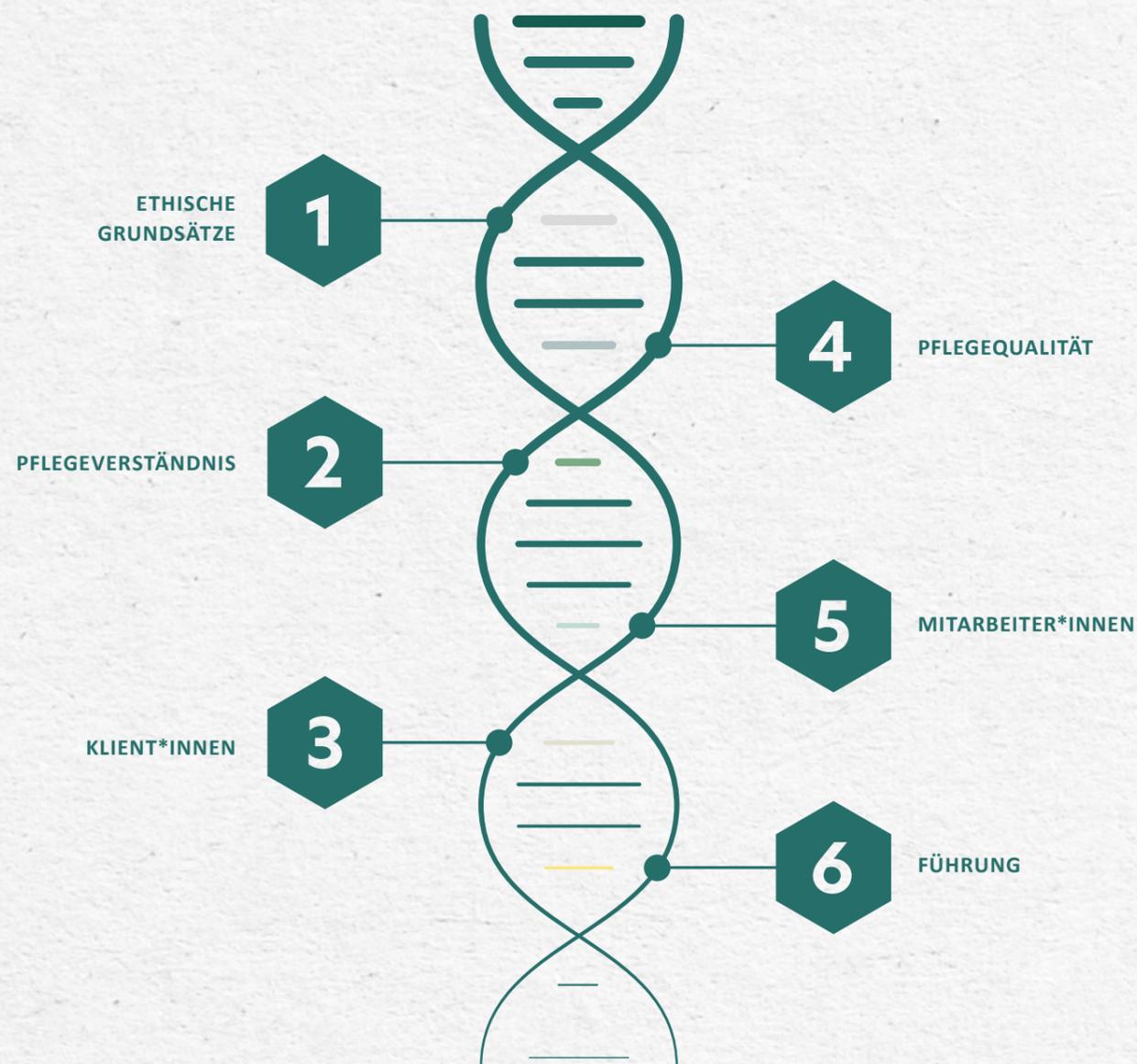
*Lena Schweisfurth,
Qualitätsmanagerin
Bundesweite Intensivpflege
Gesellschaft*



SPOT ON!

Unser DNA-Film gibt der Pflege eine Stimme. Er ist kein Imagefilm, sondern eine Dokumentation. Denn er begleitet den Alltag unserer Kolleg*innen und Klient*innen, zeigt, was sie denken und fühlen. Und gibt damit einen Einblick in alles, was uns ausmacht – im Grunde die DNA unseres Verbundes.





MIT LEBEN GEFÜLLT

Die DNA in der Arbeit der **DF**: Auf Basis unseres Pflegeleitbildes handeln und entscheiden wir. Das zeigt sich tagtäglich in unserer Arbeit. Sie findet sich in den sechs Bereichen unserer DNA wieder.

ETHISCHE GRUNDSÄTZE

- ✓ Wir pflegen kultursensibel, achten z. B. religiöse Essgewohnheiten
- ✓ Wir sind Unterzeichnerin der Charta der Vielfalt, die für die Förderung von Diversity in Unternehmen steht
- ✓ Wir übernehmen soziale Verantwortung: z. B. durch den Karlsson e. V., ein von uns gegründeter Verein, der sich für Chancengleichheit sozial benachteiligter Kinder einsetzt, sowie durch weitere Spenden- und Hilfsaktionen

PFLEGEVERSTÄNDNIS

- ✓ Regelmäßige individuelle Fallbesprechungen (Pflegebedarf, Wünsche etc.) sind unser Standard
- ✓ Wir bieten ein bundesweites Portfolio an Pflegeleistungen: maßgeschneidert und wohnortnah
- ✓ Wir sorgen dafür, dass Klient*innen wieder gesund werden (10 % Rückzugspflege)
- ✓ Wir pflegen interdisziplinären Austausch (Beteiligung an pflegewissenschaftlichen Projekten, Medizinischer Berater, Fachbeirat)

KLIENT*INNEN

- ✓ Wir verfügen über bedarfsgerechte Versorgungskonzepte, die individuelle Bedürfnisse ernst nehmen
- ✓ Die Beratung und psychosoziale Unterstützung Betroffener ist uns genauso wichtig wie die ihrer pflegenden Angehörigen
- ✓ Zur ganzheitlichen Versorgung bauen wir ein starkes Netzwerk um jede*n Klient*in auf

PFLEGEQUALITÄT

- ✓ Wir sorgen für Qualitätssicherungsmaßnahmen über unsere Pflegedienstleitungen (z. B. Einarbeitungskonzepte, Pflegevisiten)
- ✓ Wir verfügen über ein gruppenübergreifendes Qualitätsmanagement (z. B. gemeinsames Qualitätshandbuch, interne Audits)
- ✓ Wir treiben die Digitalisierung (Pflegedoku) und den Einsatz innovativer Technologie (Monitoring, Telemedizin) voran
- ✓ Unser Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) unterstützt die Pflegekräfte vor Ort

MITARBEITER*INNEN

- ✓ Unser Verbund bietet Aufstiegschancen und eigene Akademien zur Fort- und Weiterbildung
- ✓ Wir leben standardisierte Einarbeitungskonzepte und individuelle Einarbeitungen
- ✓ Wir ermöglichen familienfreundliche Dienstplangestaltung mit hoher Beteiligungsmöglichkeit
- ✓ Wir haben eine hohe Ausbildungsquote – und eigene Nachwuchsförderung
- ✓ Unser Recruiting ist innovativ

FÜHRUNG

- ✓ Wir fördern unsere Führungskräfte durch Coaching und ein verpflichtendes Führungskräfte-Entwicklungsprogramm
- ✓ Unsere Führungskräfte haben mehr Zeit für Führung durch unsere koordinativen Stellen (Überleitmanagement, FmB, Pflegeberater*innen, Bewerbermanagement, Praxisanleiter*innen)
- ✓ Wir bieten monatliche Info-Sessions zur Umsetzung des GKV-IPReG mit externer Rechtsberatung an



*Die Basis für
Lebensfreude
und Glück*

AUSSERKLINISCHE INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE

Der DEUTSCHENFACHPFLEGE gehören deutschlandweit Intensivpflegedienste an. Diese versorgen Menschen jeden Alters in der eigenen Häuslichkeit oder in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die Klient*innen haben einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Weil von einem Augenblick zum anderen eine lebensbedrohliche Situation eintreten kann, müssen sie meist rund um die Uhr überwacht und versorgt werden. Das ist vor allem auch bei Menschen mit maschineller Beatmung und einem Tracheostoma der Fall. Trotzdem können viele von ihnen am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Außerklinische Intensivpflege, wie sie die Pflegekräfte der **DF** durchführen, ist die Basis, um Lebensfreude und Glück empfinden zu können. Dies unterstützt den Gesundungsprozess und gibt Kraft, um das Leben selbst in die Hand zu nehmen. Jedes Jahr können Klient*innen nach einer Entwöhnung vom Beatmungsgerät und/oder einer Dekanülierung wieder nach Hause zurückkehren.

Die Pflegenden sind für die außerklinische Intensivpflege qualifiziert und arbeiten nach den geltenden Qualitätsstandards, Richtlinien und Vorgaben. Die Ergebnisse der internen und externen Begutachtungen waren im Berichtszeitraum hervorragend.

LEISTUNGEN

- ✓ Körperbezogene Pflegemaßnahmen: Körperpflege, Ernährung und Mobilität
- ✓ Behandlungspflege: spezielle Krankenbeobachtung, ständige Interventionsbereitschaft zur Sicherung der Vitalfunktion, Beatmungsüberwachung und -pflege, Tracheostomaversorgung, atemtherapeutische Maßnahmen (Sauerstoffversorgung, Inhalation, Sekretmanagement), Medikamentengabe, Portversorgung, parenterale Ernährung, Wundversorgungen jeglicher Art, Dialyse, Unterstützung im Weaningprozess
- ✓ Zusätzliche Leistungen der Betreuung: Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensgestaltung, Begleitung bei Aktivitäten (Besuch der Arbeitsstätte, Freizeitgestaltung, Urlaubsreisen), hauswirtschaftliche Leistungen, psychosoziale Betreuung und Unterstützung, professionelles Überleitmanagement, Pflegeberatung der Angehörigen bzw. Eltern (Versorgungsbedarfe, Leistungsanspruch, pflegerische Versorgung), individuelle Erfassung von bedarfsgerechtem Rückzugspflegepotenzial, Anleitung, Schulung und Beratung, Begleitung im Rückzugspflegeprozess, palliative Pflege

800

Den Kurs „Pflegeexpert*in für außerklinische Beatmung/Intensivpflege“ haben 800 Pflegefachkräfte absolviert und rund 7.200 den Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/Intensivpflege“. Monatlich leisten sie in der außerklinischen Intensivpflege über eine Million Versorgungsstunden.

BESTENS VORBEREITET

Das GKV-IPReG

Seit Oktober 2020 ist das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG in Kraft. Gemäß § 37c Abs. 1 Satz 2 SGB V haben nun Menschen, die eine 24-stündige Versorgung und Überwachung benötigen und einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Das Hauptaugenmerk des Gesetzes liegt auf Menschen mit Beatmung und Tracheostoma, deren Versorgung durch das Gesetz qualitativ verbessert werden soll. Das Gesetz stellt für die außerklinische Intensivpflege einen Paradigmenwechsel dar: Aus einer inhomogenen Versorgungslandschaft mit unzähligen Regeln und Normen, Verträgen und Absprachen wird ein strukturiertes Versorgungssegment im deutschen Gesundheitswesen. Die neuen Regularien sollen mehr Ordnung in die außerklinische Intensivversorgung bringen, aber die damit verbundenen Herausforderungen sind enorm, beispielsweise hinsichtlich der Potenzialhebung und der Abdeckung mit Fachärzt*innen. Die **DF** ist hierauf bestens vorbereitet.

Aus dem GKV-IPReG heraus folgten untergesetzliche Vorgaben:

- ✓ Die Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses
- ✓ Die Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs.1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (BRE)
- ✓ Eine Begutachtungsanleitung – Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V (BGA AKI)

Die AKI-Richtlinie legt die Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege fest, die verordnet werden können, benennt die Voraussetzungen für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege und beschreibt die Art und Weise der Zusammenarbeit der verschiedenen betreuenden Berufsgruppen. In regelmäßigen Abständen soll geprüft werden, ob ein Potenzial für die Entwöhnung von der Beatmungsmaschine oder zumindest für eine Umstellung auf eine Maskenbeatmung vorliegt. Die Ärzt*innen, die eine Potenzialhebung durchführen und/oder außerklinische Intensivpflege verordnen dürfen, müssen entsprechend qualifiziert und von den Krankenkassen ermächtigt sein.

In den Rahmenempfehlungen werden zum Beispiel die erforderlichen Qualifikationen der verantwortlichen Pflegefachkräfte bei Menschen mit oder ohne Beatmung, mit oder ohne Trachealkanüle festgelegt. Ebenso werden die Bemessung des Personalbedarfs (Personalschlüssel) bei einer Mehrfachversorgung, strukturelle Anforderungen an spezifische Wohneinheiten geregelt und hohe bauliche Standards/Voraussetzungen formuliert. Diese hohen Anforderungen sind in den Einrichtungen der **DF** bereits erfüllt.

Die **DF** verfolgt die Entwicklung von Anfang an mit großem Interesse, um rechtzeitig regelkonform aufgestellt zu sein. Sie hat ein Team eingesetzt, das sich mit der Umsetzung des Gesetzes und der Richtlinien beschäftigt. Auch im Fachbeirat ist die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen Thema, vor denen die Akteure in der außerklinischen Intensivversorgung und insbesondere die Anbieter von außerklinischer Intensivpflege stehen.

“ Für eine hochqualitative Versorgung unserer Klient*innen in der außerklinischen Intensivmedizin gilt es, die Herausforderungen des GKV-IPReG annehmen, kooperative Netzwerke mit Leben füllen und Sektorgrenzen überwinden.

*Dr. med. Andreas Fiehn,
MBA, Mitglied des
Fachbeirates der DF*

Die qualitativ bestmögliche Versorgung der Klient*innen steht für die **DF** unter den neuen Bedingungen des GKV-IPReG an erster Stelle. Deswegen setzt sie sich auch für Anpassungen ein, wenn sie im Pflegealltag feststellt, dass die Praxis der außerklinischen Intensivpflege Anpassungen der neuen Rahmenvorgaben verlangt.

STARTKLAR AUF ALLEN EBENEN

Seit 2020 wird auf den Leitungsebenen der **DF** analysiert, welche Strukturen im Pflegeverbund angepasst werden müssen, um nach den neuen gesetzlichen Anforderungen arbeiten zu können. Im Zuge des Gesetzes stärkt die **DF** das multiprofessionelle Versorgungsnetzwerk, zu dem insbesondere die Fach- und Hausärzt*innen gehören. Hier hat das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) der **DF** eine Schlüsselstellung, das im Hinblick auf die Umsetzung des GKV-IPReG ausgebaut wurde. Die Mitarbeitenden im Fachteam sind nicht nur Ansprechpersonen für die Ärzteschaft, die Atmungstherapeut*innen unter ihnen können die Potenzialhebung sowohl in der Vorbereitungsphase als auch während der Durchführung maßgeblich unterstützen. Zudem begleitet das Fachteam den Einsatz von Telemedizin und die Durchführung von Televisiten.

Alle Mitarbeitenden der **DF** werden informiert und geschult. Um Ansprechpersonen zu haben, setzte der Pflegeverbund koordinierende Personen für die Umsetzung des GKV-IPReG ein. Bereits im Mai 2022 wurde die Datenpflege in allen Gesellschaften an die Vorgaben der AKI-Richtlinie angepasst, um die Abdeckung der Klient*innen mit Fach- und Hausärzt*innen zu sichern und die Einhaltung der Fristen für die erforderlichen Potenzialhebungen und die Erneuerung von Verordnungen zu gewährleisten.

Die Qualifizierung der Pflegefachkräfte nach den Vorgaben der neuen Bundesrahmenempfehlungen erfolgt bei der PflegeLeicht-Akademie bereits nach dem neuen Curriculum. Ebenso hat sich das Überleitteam auf die Veränderungen im Entlassmanagement der Kliniken eingestellt. Monatlich bietet die **DF** online eine FAQ-Session an, die durch einen Fachjuristen begleitet wird. In dieser offenen Session erhalten die Teilnehmenden aktuelle Informationen und weiterführende Links. Diese kostenfreie Sessions stoßen auch über den Pflegeverbund hinaus auf großes Interesse.

Das Wohl unserer Klient*innen hat oberste Priorität.

Die **DF** informiert auch ihre Klient*innen sowie deren Zu- und Angehörige über die Gesetzeslage und die Richtlinien. Seit September 2020 trifft sich alle zwei Wochen der GKV-IPReG-ThinkTank, dem rund 60 Menschen mit Intensivpflegebedarf, An- und Zugehörige, Selbsthilfeverbände, Vertreter*innen von Medizin, Wissenschaft, Medizintechnik, Pflege und Therapie angehören, um über die konkreten Auswirkungen des Gesetzes auf die Menschen mit Intensivpflegebedarf zu diskutieren.

Inzwischen trat der ThinkTank über 60 mal virtuell zusammen, arbeitete Essentials aus, beteiligte sich am Stimmnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur AKI-Richtlinie und führte Veranstaltungen durch.

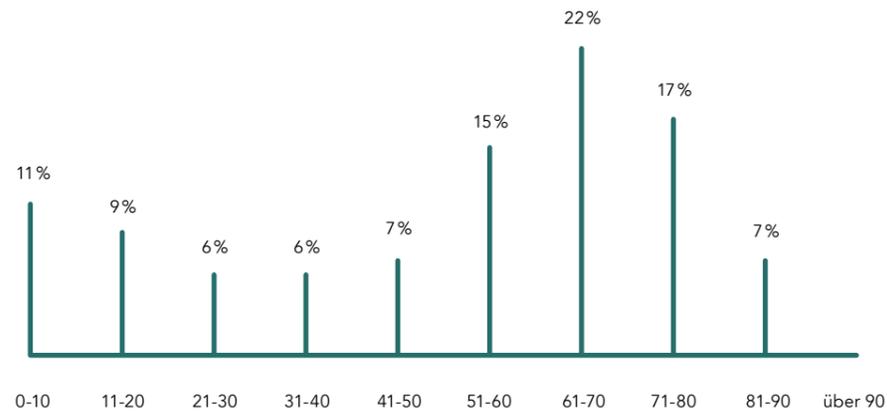
“ Wir sind startklar und in der Lage, die Anforderungen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes – GKV-IPReG und der untergesetzlichen Regelungen umzusetzen.

*Daniel Klein,
Geschäftsführer CEO*

850

An den monatlichen FAQ-Sessions der DF, die durch einen Fachjuristen begleitet wurden, nahmen, zum Teil mehrfach, 850 Mitarbeitende der DF sowie Interessierte aus Pflege, Ärzteschaft, Therapie, Medizintechnik, Kliniken, Weaningzentren, Sozialdiensten, Bildungsinstituten und anderen Pflegeunternehmen teil. Ebenso stellten Menschen mit Beatmung sowie An- und Zugehörige immer wieder Fragen.

ALTERSVERTEILUNG IN JAHREN

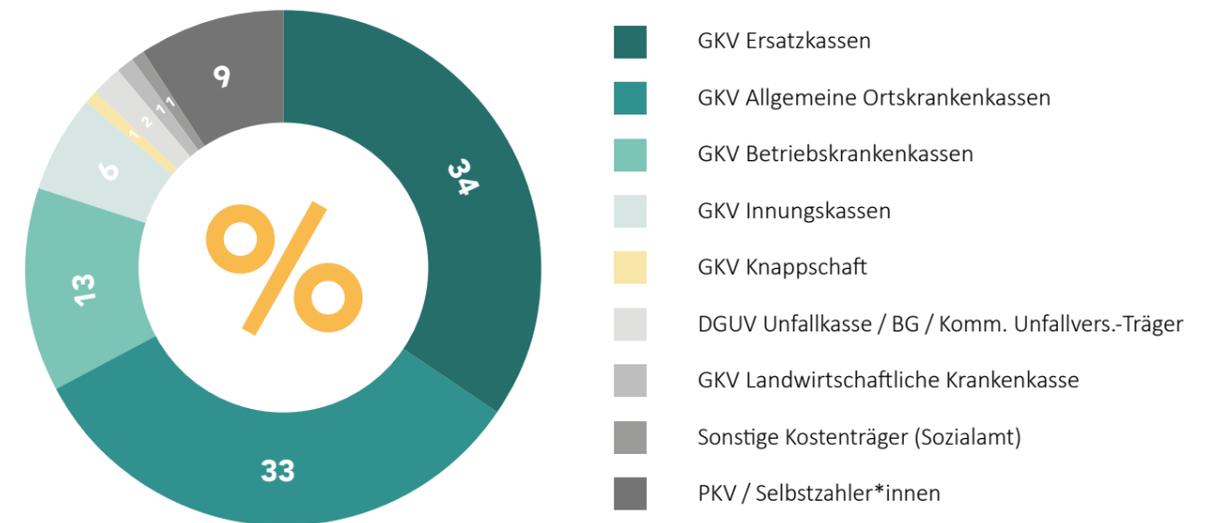


51

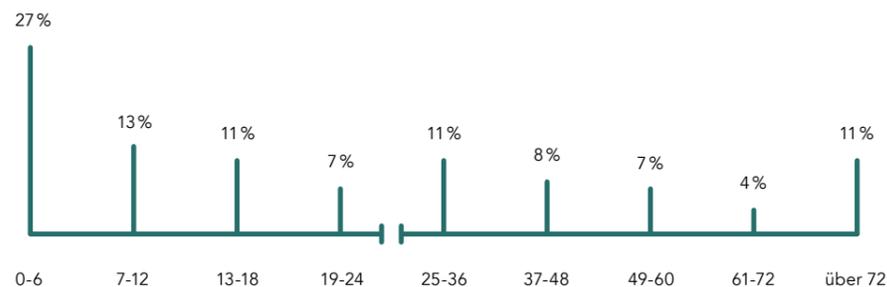
Der Altersdurchschnitt der Intensiv-Klient*innen der **DF** liegt bei 51 Jahren. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Altersdurchschnitt um sechs Monate gestiegen.

KLIENT*INNEN NACH LEISTUNGSTRÄGERN

Bei diesen Leistungsträgern sind die Intensiv-Klient*innen der DEUTSCHEN**FACHPFLEGE** versichert.



VERSORGUNGSDAUER IN MONATEN



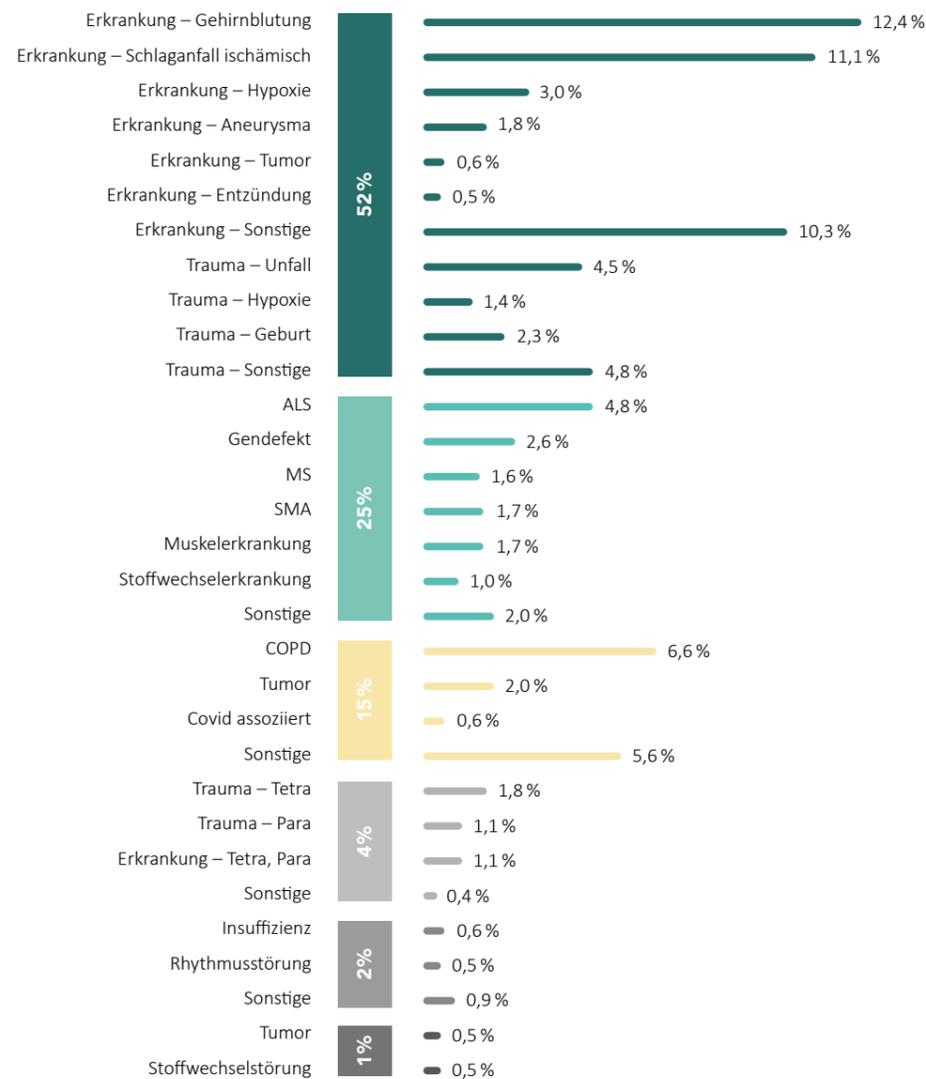
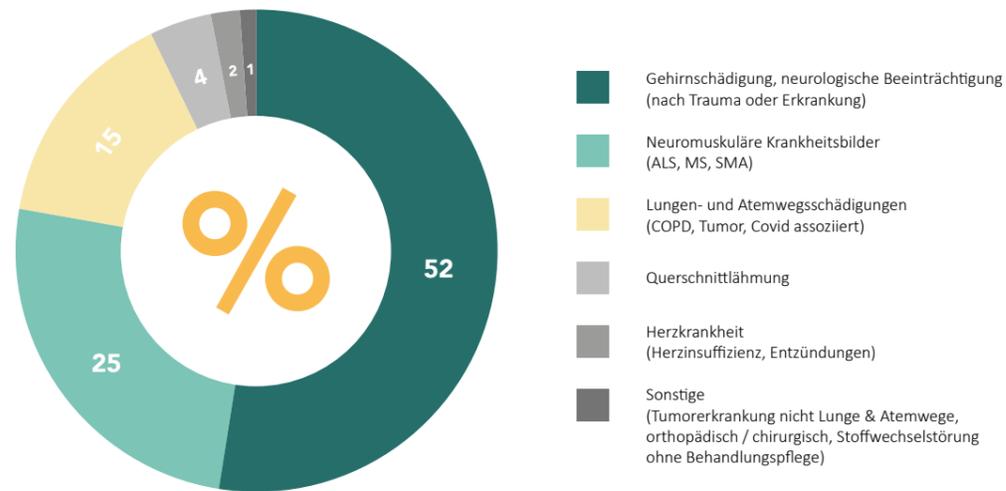
30,5

Im Durchschnitt werden die Klient*innen der **DF** 30,5 Monate versorgt. Durch 130 neu aufgenommene Intensiv-Klient*innen ist die Verweildauer um etwa einen Monat gesunken.

Die **DF** versorgt Intensiv-Klient*innen jeden Alters. Im Durchschnitt waren die Klient*innen in den vergangenen 12 Monaten 51 Jahre alt. Zwar werden überwiegend Klient*innen im Alter zwischen 50 und 80 Jahren versorgt, die Anzahl der Kinder und jungen Menschen ist jedoch auf 343 gestiegen. Ihr Durchschnittsalter beträgt 8,9 Jahre. Die durchschnittliche Versorgungsdauer liegt bei 30,5 Monaten. Versichert sind die Intensiv-Klient*innen hauptsächlich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). 9 % gehören der Privaten Krankenversicherung (PKV) an oder sind Selbstzählende.

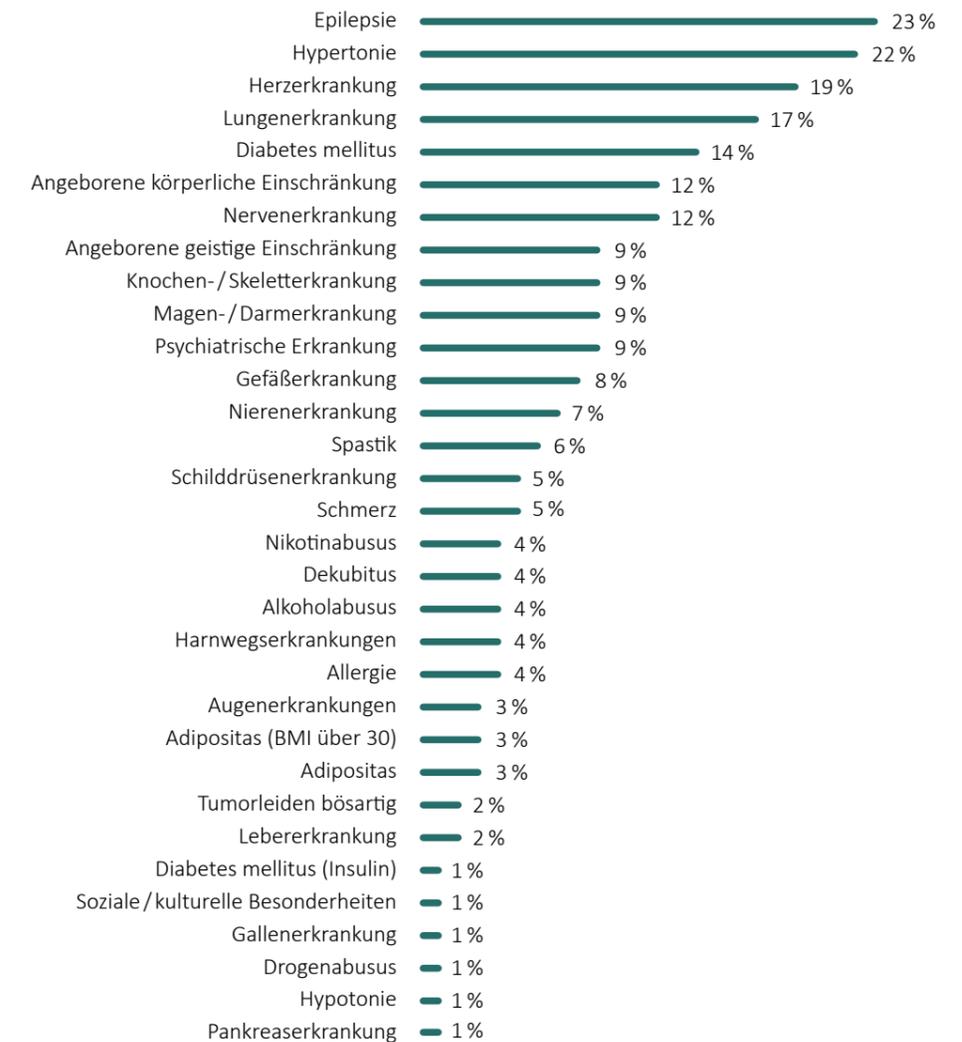
51

Im Durchschnitt sind die Intensiv-Klient*innen 51 Jahre alt und seit 30,5 Monaten bei der **DF** versorgt. Der Rückgang der Zugehörigkeitsdauer im Vergleich zum Vorjahr liegt daran, dass die Anzahl der Intensiv-Klient*innen um 130 gestiegen ist. Diese Neuzugänge werden somit erst seit Kurzem gepflegt.



NEBENDIAGNOSEN

Nebendiagnosen sind Diagnosen, welche allein nicht zu einer Intensivpflicht führen. Die Nebendiagnosen werden erhoben, da sie entscheidend für den Pflegeaufwand sind. Es wurden die Nebendiagnosen von 1.458 Klient*innen untersucht. Im Durchschnitt lagen im Juni 2023 pro Klient*in 2,3 Nebendiagnosen vor. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr pro Klient*in ein Anstieg um durchschnittlich 0,4, also um rund 20 %. Die Klient*innen sind zunehmend komplex und schwerer erkrankt.



7

Die sieben Nebendiagnosen betreffen mehr als 10 % der Klient*innen der DF: Epilepsie (23 %), Hypertonie (22 %), Herzkrankung (19 %), Lungenerkrankung (17 %), Diabetes mellitus (14 %), angeborene körperliche Einschränkungen (12 %) und Nervenerkrankung (12 %). Betrachtet man diese sieben Krankheitsbilder zusammen, dann liegen bei fast 70 % der Intensiv-Klient*innen eine oder mehrere dieser Nebendiagnosen vor.

KRANKHEITSBILDER

Warum außerklinische Intensivpflege nötig wird

In den vergangenen sieben Jahrzehnten hat sich Altersstruktur der Bevölkerung deutschlandweit stark verändert. Wie das Statistische Bundesamt Destatis mitteilt, waren auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland 1950 nur 10 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter. 2021 stieg ihr Anteil auf zuletzt 22 %. Die demografisch bedingte „Überalterung“ hat auch Auswirkungen auf die außerklinische Intensivpflege, denn es gibt immer mehr schwer erkrankte multimorbide Menschen. So ist einerseits der zur Intensivpflege führende Grund oftmals in schweren Erkrankungen zu suchen (und seltener aufgrund traumatischer Ursachen entstanden) und andererseits der Anteil schwerer Begleit- und Vorerkrankungen signifikant angestiegen.

Um die Datenqualität in diesem Bereich zu verbessern, hat die **DF** die Dokumentation der vorliegenden Erkrankungen der Bestandsklient*innen seit 2022 neu aufgestellt. Insgesamt wurden die Unterlagen von über 1.500 Klient*innen mit über 8.000 ICD-Codes und Diagnosebeschreibungen initial händisch und sehr aufwendig ausgewertet. Heute wird dies in den Pflegediensten direkt gemacht und ist fester Bestandteil der Dokumentation.

Unter der Leitung von PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld, Ärztlicher Qualitätsmanager EFQM, mit Unterstützung durch die erfahrene Pflegefachkraft Nicole Hildebrandt sowie das gruppenweite Qualitätsmanagement wurde ein neuer Codierungsansatz entwickelt und die Krankheitsbilder in die folgenden fünf Kategorien eingeteilt:

- ✓ Grund der Aufnahme der Klient*innen
- ✓ Nebendiagnosen, die zwar nicht zur Intensivpflicht führen, aber aufgrund ihrer Komplexität einen hohen Pflegeaufwand erfordern
- ✓ Apallisches Syndrom/Syndrom reaktionsloser Wachheit (Wachkoma)
- ✓ Beatmungsstatus
- ✓ Dysphagie-Status

Diese Kategorisierung ermöglicht eine bessere Beschreibung der Klient*innen und Darstellung des Leistungsspektrums, das die DEUTSCHE **FACHPFLEGE** abdeckt. Bis Juni 2023 waren rund 95 % der Intensiv-Klient*innen nach dem neuen Verfahren kodiert. Um Rückfragen zum Beispiel bezüglich einer korrekten Eingruppierung von Klient*innen zu klären, gibt es monatliche Sprechstunden.

Durch die neue Codierung und exaktere Beschreibung der Krankheitsbilder wird unter anderem auch die Perspektive der Klient*innen stärker berücksichtigt. So kann ein besseres Verständnis für die Krankheitsbilder erzielt werden. Zudem lassen sich zum Beispiel Veränderungen von Gesundheitszuständen rascher und treffender erkennen. Geplant ist, daraus ein umfassendes Pflege-Scoring für die Pflegeplanung zu entwickeln, um ein realistisches Bild des Pflegeaufwands der Klient*innen zu erlangen. Hierdurch erhält man nicht nur einen besseren Überblick, wo welche Klient*innen innerhalb des Verbundes versorgt werden, sie können auch, wenn gewünscht und möglich, gleichmäßiger und gegebenenfalls fachspezifischer verteilt werden. Damit können die Pflegenden vor Ort entlastet werden. Auch kann die Überleitung neuer Klient*innen auf der Grundlage der Codierung detaillierter erfolgen (siehe „Morbidity-Score“ auf der Seite gegenüber). Ebenfalls kann angedacht werden, auf Basis der Diagnosegruppen, eigene Kompetenzzentren, zum Beispiel für Klient*innen mit hochgradigen psychiatrischen Vorerkrankungen, zu etablieren. Die Codierung schafft zudem aufgrund ihrer Transparenz eine ideale Voraussetzung für die reibungslose Umsetzung des GKV-IPReG.

Da die Pflege- und Versorgungsforschung in der außerklinischen Intensivversorgung noch große Lücken aufweist, kann die Codierung auch einen Beitrag zur Pflege- und Versorgungsforschung leisten. Dies machte Nicole Hildebrandt in der Ideenwerkstatt auf dem 29. Jahreskongress der DIGAB e. V. am 7. bis 9. September 2023 in Hamburg, im Rahmen ihres Vortrags „Codierung in der außerklinischen Intensivpflege“, deutlich.

Darstellung des Aufnahmegrunds

Der Aufnahmegrund zeigt, warum ein*e Klient*in intensivpflichtig ist und deshalb bei der **DF** gepflegt wird. Er wurde auf der Basis von ICD-Codes, Diagnosebeschreibung und Einschätzungen von Expert*innen zugeordnet. Die Behandlungsschwerpunkte werden in folgende Kategorien eingeteilt:

1 Gehirnschädigung nach

- Erkrankung (Gehirnblutung, Schlaganfall, Hypoxie, Aneurysma, Tumor, Entzündung, Sonstige)
- Trauma (Unfall, Hypoxie, Geburt, Operation, Suizidversuch, Tötungsversuch, Sonstige)

2 Neuro-muskuläre Krankheitsbilder (Amyotrophe Lateralsklerose, Gendefekt, Multiple Sklerose, Spinale Muskelatrophie, Muskelerkrankung, Stoffwechselerkrankung, unklar und Sonstige)

3 Querschnittlähmung (Trauma, Erkrankung, angeboren, vollständige Lähmung beider Beine (Paraplegie), Vollständige spastische oder schlaffe Lähmung aller vier Extremitäten (Tetraplegie))

4 Lungen- und Atemwegsschädigungen (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Tumor, Covid assoziiert, Sonstige, respiratorische Insuffizienz, unklar)

5 Herzscheidigungen (Insuffizienz, Rhythmusstörung, Sonstige)

6 Tumorerkrankung, nicht Lunge oder Atemwege, orthopädisch, chirurgisch, Stoffwechselstörung

Nach dieser Kategorisierung lassen sich die Gründe darstellen, aufgrund welcher Erkrankungen die Klient*innen der **DF** intensivpflegerisch versorgt werden.

Morbidity-Score

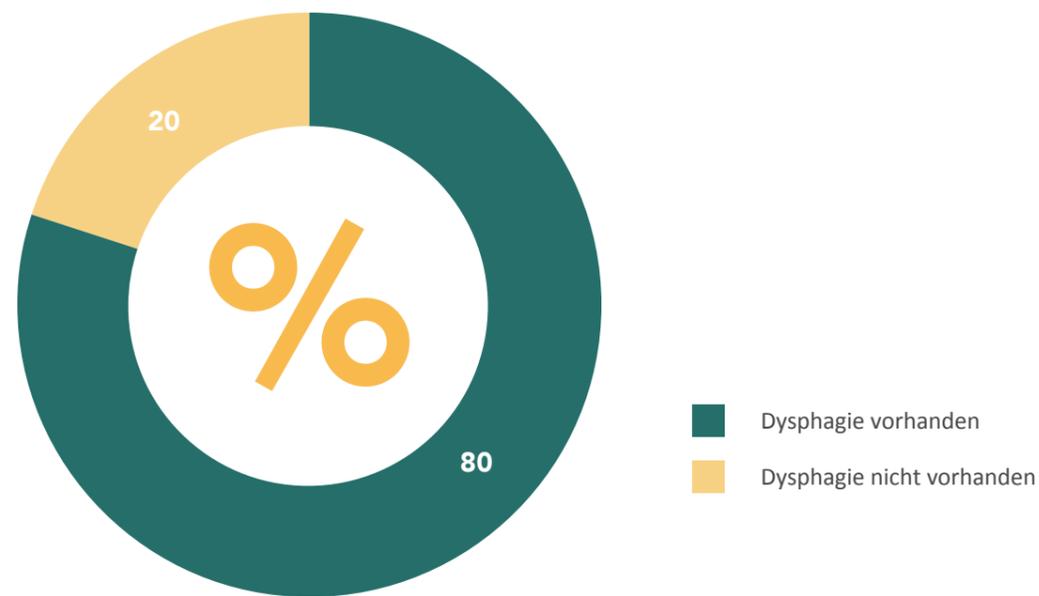
Die Pflegedienstleitung erfasst bei Übernahme die vorhandenen Nebendiagnosen. Der voraussichtliche medizinische und pflegerische Schweregrad der Nebendiagnosen wird nach einem Punktesystem von 1, 2 oder 3 bewertet. Je höher der Punktwert, desto größer der Pflegeaufwand. Drei Punkte werden beispielsweise bei Adipositas vergeben, da diese für die Pflegenden eine hohe körperliche Belastung bedeutet. Auch Drogenabusus wird mit drei Punkten bewertet, da mit ihm ein hoher Aufwand an Überwachung einhergeht. Dies gilt auch bei psychischen Vorerkrankungen. Durch die Punktevergabe soll der Betreuungsaufwand von Versorgungen messbar und vergleichbar gemacht werden. Im Überleitungsprozess gibt dies beispielsweise wichtige Anhaltspunkte für eine gleichmäßigere Verteilung der Klient*innen. Nach weiterer Pilotierung und Validierung des Morbidity-Scores in ausgewählten Intensivpflege-Wohngemeinschaften planen wir die Einführung als Standardwert, einschließlich einer regelmäßigen Aktualisierung.

Druckgeschwüre und multiresistente Erreger

Die Pflegefachkräfte im Pflegeverbund sind qualifiziert, um mit multiresistenten Erregern und Druckgeschwüren adäquat umzugehen. Wunden und Keimbeseidelung werden laufend dokumentiert. Es wird ein differenziertes Wundmanagement ambulant durchgeführt. In der **DF** sind insgesamt ca. 170 Wundmanager*innen tätig. Für den Umgang mit multiresistenten Erregern liegen im gruppenweiten Hygienehandbuch Verfahrensweisungen vor. Die meisten Druckgeschwüre liegen bereits bei der Aufnahme der Klient*innen vor. Dies gilt auch für die Infektion mit multiresistenten Erregern. Um mehr Erkenntnisse über MRE zu erhalten, nahmen Pflegedienste der **DF** an der Studie „SIMPATI – Surveillance nosokomialer Infektionen und MRE bei Patienten der außerklinischen Intensivpflege“ teil. (Siehe auch Seite 139)

Quelle: Unternehmensweiter fortlaufender Prozess für die Codierung von 1.950 Klient*innen durch die Pflegedienstleitungen. Aktuell sind 95 % der Klient*innen erfasst.

DYSPHAGIE



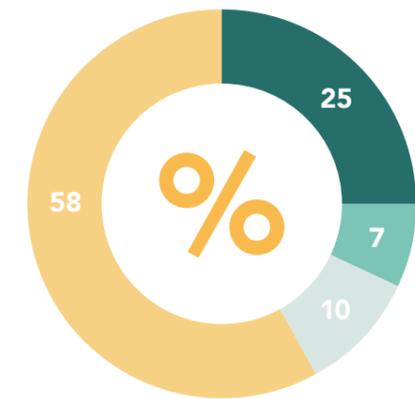
Bei über 80 % der Intensiv-Klient*innen liegt eine Dysphagie (Schluckstörung), zumeist aufgrund umfangreicher neurogener Schädigungen, vor. Diese hohe Zahl geht aus dem Anteil des bereits vollimplementierten digitalen Dokumentationssystems der Pflege hervor. Doch auch im Anteil des Patientenerfassungssystems, der sich noch in der Implementierung befindet, zeigt sich bereits ein ähnlich hoher Wert. Diese Quote ist laut Expert*innen durchaus realistisch und sie dürfte sich bei voller Implementierung des Dokumentationssystems bestätigen. Bei nur 20 % der Intensiv-Klient*innen wurde keine Dysphagie dokumentiert.

Die Dysphagie ist eine häufige Symptomatik bei Klient*innen mit neurologischen Erkrankungen wie zum Beispiel Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose (MS), Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Schluckstörungen können auch eine Folge des Alterungsprozesses sein, wenn Muskulatur und Bindegewebe schwächer werden. So ist die Dysphagie eine Symptomatik, die nicht nur in der außerklinischen Intensivpflege auftritt, sondern auch Menschen betrifft, die zum Beispiel an einer Demenz erkrankt sind. Da durch die Aspiration von Nahrungsbestandteilen oder Speichel lebensgefährliche Pneumonien hervorgerufen werden können, ist eine therapeutische Versorgung von Menschen mit Schluckstörungen wichtig. Insbesondere Logopäd*innen kommen deshalb häufig in die Intensivpflege-Wohngemeinschaften der **DF**. Diese sind auf die Versorgung von Klient*innen mit Dysphagie eingestellt. So unterstützt das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB), in Kooperation mit Fachärzt*innen, die Flexible Endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES®). Die Pflegenden werden für Klient*innen mit diesem Krankheitsbild sensibilisiert und können bei der PflegeLeicht-Akademie Seminare zum Dysphagiemanagement besuchen.

BEATMUNGSSTATUS

Auf Basis der digitalen Patientenerfassung wurde, entsprechend der Systematisierung der Krankheitsbilder, der Beatmungsstatus bei den Klient*innen, welche von der **DF** intensivpflegerisch versorgt werden, wie folgt erfasst: 42 % der Klient*innen sind beatmet, bei 58 % liegt keine Beatmung vor. Ein Großteil von ihnen hat jedoch aufgrund der Gefahr, dass es zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann, eine Trachealkanüle. Innerhalb der genannten 42 % der Klient*innen mit Beatmung werden 25 % invasiv beatmet, 7 % noninvasiv und bei 10 % liegen keine Angaben zur Beatmungsform vor.

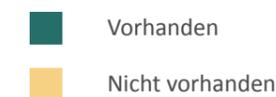
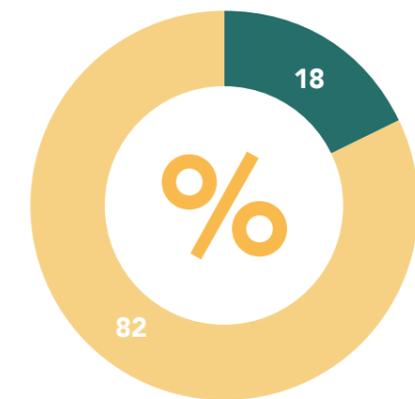
Im Zusammenhang mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG ist der Beatmungsstatus besonders relevant, da der Schwerpunkt des Gesetzes und der AKI-Richtlinie auf der Potenzialerhebung liegt.



APALLISCHES SYNDROM

Das Syndrom reaktionsloser Wachheit oder auch Apallisches Syndrom/Wachkoma sind die Folge einer schweren Gehirnschädigung. Während Funktionen tieferer Gehirnregionen (Zwischengehirn, Gehirnstamm und Rückenmark) und mit ihnen lebenserhaltende Funktionen wie Atmung, Kreislauf und Stoffwechsel sowie eine minimale Motorik häufig erhalten bleiben, sind Funktionen des Großhirns stark eingeschränkt. Dies sind zum Beispiel Bewusstsein, Denken, Lernen, Sprechen, Wahrnehmung und Gedächtnis.

Für Klient*innen mit apallischem Syndrom in der Phase F stehen bei der **DF** in der Pflegeresidenz Amalia in Burghausen 24 Plätze zur Verfügung. Nach Einschätzung der Pflegenden liegt bei 18 % der Intensiv-Klient*innen ein apallisches Syndrom vor. Bei der **DF** sind 17 Pflegeexpert*innen für Menschen im Wachkoma und MCS (minimaler Bewusstseinszustand) beschäftigt. Bei der Holas-Akademie haben 2022 zudem zwei Wachkomatherapeut*innen (DGpW) ihre Ausbildung erfolgreich beendet.





**Die Basis
für Teilhabe**

HÄUSLICHE INTENSIVPFLEGE

Erwachsene

Im Rahmen einer 1:1-Versorgung wechseln die Pflegenden einander ab und arbeiten im Schichtdienst. So ist es möglich, dass ein Team von bis zu 10 Pflegefachkräften für eine 1:1-Versorgung zuständig ist. Die Klient*innen leben in ihren eigenen vier Wänden, meist im Kreis der Familie. Die außerklinische Intensivpflege gibt ihnen die Möglichkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Mit der ambulanten häuslichen Versorgungsform begann die nunmehr fünf Jahrzehnte dauernde Geschichte der ambulanten Intensivpflege. In dieser Zeit hat sich diese Versorgungsform weiterentwickelt und das interprofessionelle Versorgungsnetzwerk hat sich ausgeweitet. Für Intensiv-Klient*innen sind neben den Pflegefachkräften wichtige Ansprechpersonen Haus- und Fachärzt*innen, Therapeut*innen unterschiedlicher Fachrichtungen sowie Hilfsmittelversorger.

Die Studie „Pflege-Thermometer 2022“ hat untersucht, wie hoch die Zufriedenheit der Menschen mit dieser Versorgungsform ist. Dabei hat sich gezeigt, dass 67,9 % der Menschen mit Intensivversorgungsbedarf mit ihrer aktuellen Wohnform sehr zufrieden sind, 66 % eher zufrieden und nur jeweils 2,3 % eher nicht zufrieden und nicht zufrieden sind. Die Befragten gaben an, dass sie an der häuslichen 1:1-Versorgung vor allem die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben schätzen.¹

Die **DF** versorgt ambulant in ihrem Zuhause über 920 Intensiv-Klient*innen. Die Pflegenden unterstützen sie auch bei der Teilhabe, begleiten sie im Alltag, bei Spazierfahrten, beim Einkaufen sowie in die Arzt- oder Therapiepraxis. Mit den pflegenden An- und Zugehörigen stehen die Pflegenden in engem Austausch. Sofern diese es wünschen und es verantwortet werden kann, werden sie in die Pflege eingebunden. Alle an der häuslichen Versorgung beteiligten Personen tauschen sich kontinuierlich miteinander aus, wie ein möglichst selbstbestimmtes Leben erreicht werden kann. Die Prämisse hierbei ist, dass sich die Menschen mit Intensivversorgungsbedarf gut fühlen. Dies gilt ebenso für Menschen mit Beeinträchtigungen oder dem Verlust der Lautsprache, die sich über Gestik, Mimik, Laute, Blickbewegungen oder externe Kommunikationshilfen mitteilen können.

“ Öffentliche Personen wie Stephen Hawking oder der Maler Jörg Immendorff haben sicherlich auch für die breite Bevölkerung das Bild von ALS-Patienten verändert und nachhaltig mitgeprägt. Auch Filme, wie ‚Ziemlich beste Freunde‘ oder ‚Schmetterling und Taucherglocke‘ zeigen, dass Teilhabe und häuslicher Intensivversorgungsbedarf nicht im Widerspruch stehen müssen.

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort, Studie „Pflege-Thermometer 2022“, Seite 9



¹ Studie „Pflege-Thermometer 2022“, Seite 44

EINE BEWUSSTE ENTSCHEIDUNG

Die häusliche Intensivpflege erfreut sich bei Pflegenden aus verschiedenen Gründen großer Beliebtheit. So gibt es bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE immer wieder Pflegefachkräfte, die schon über viele Jahre in einer Versorgung tätig sind. Damit werden sie im Laufe der Zeit zu wichtigen Bezugs- und Vertrauenspersonen, auch für die Zu- und Angehörigen.

Warum Pflegende die häusliche Versorgungsform attraktiv finden, geht aus der Befragung anlässlich der Studie Pflege-Thermometer 2022 hervor. „Die ambulante häusliche Intensivversorgung ist für Pflegende ein spezialisierter Einsatzbereich, in den sie sehr bewusst einsteigen (91,7 %). Über zwei Drittel der Pflegenden (67,0 %) wählten die häusliche Intensivversorgung, da sich die speziellen Arbeitszeitmodelle (z. B. 12- oder 24-Stunden-Dienste)¹ gut mit der individuellen Lebenssituation verbinden können. Hierin liegt auch eine wesentliche Ressource und Stärkung für das Versorgungssystem, denn der Sektor wird bewusst gewählt, um eine bessere Versorgung zu realisieren und auch, um pflegerisch das umsetzen zu können, was sich die Pflegenden vornehmen. Hier sehen sie in der 1:1-Betreuung bessere Chancen als in Einrichtungen, Krankenhäusern oder stationären Altenpflegeeinrichtungen. Die Konstanz der Betreuung ist ein positiver Treiber, der gestärkt werden muss und der auch im Vergleich zu anderen Sektoren ein Alleinstellungsmerkmal darstellt. Gleiches gilt für die 12-Stunden-Schichten, die ebenso als ein gutes Modell der Arbeit wahrgenommen werden.“²

Pflegende entscheiden sich bewusst dafür, an welchem Versorgungsort sie arbeiten möchten. Mit dieser Äußerung ist Bernd, Pflegekraft und Teil des Springer-Teams bei der DF, nicht allein, sondern teilt sie mit vielen Kolleg*innen: „Da ich parallel keine weiteren Klient*innen betreue, habe ich genügend Zeit, um mich vollständig auf ihre Bedürfnisse und Wünsche zu konzentrieren.“ Wer jedoch das Arbeiten im kleinen Team schätzt, kann bei der DF auch in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft arbeiten oder dorthin wechseln.

¹ Bei der DF gibt es keine 24-Stunden-Modelle, sondern ausschließlich die klassischen 8- und 12-Stunden Schichtmodelle.

² Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort, Studie „Pflege-Thermometer 2022“, Seite 14



Pflegekräfte werden zu wichtigen Bezugs- und Vertrauenspersonen



HÄUSLICHE INTENSIVPFLEGE

Kinder

Aktuell benötigen deutschlandweit mehrere tausend Kinder und junge Menschen im Alter von 0 bis 18 Jahren Kinderintensivpflege. Etwa 20 % aller intensivpflichtigen Kinder sind laut Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK) e. V. invasiv oder nicht invasiv beatmet. Der Verband geht aber davon aus, dass die tatsächliche Fallzahl aufgrund der seit Jahren mangelhaften Daten- und Studienlage deutlich höher sein könnte. Dies sagte Dr. Alexander Schwandt, Vorstandsmitglied des BHK, am 13. Juni 2023 in Berlin. Zwar machten die ambulante und stationäre Kinderintensivpflege nur einen sehr kleinen Teil, nämlich nur 4 % im gesamten Pflegemarkt aus, aber tatsächlich werde die Tragweite der ambulanten Kinderintensivpflege unterschätzt, so Dr. Schwandt weiter.

Unter dem Dach der DEUTSCHENFACHPFLEGE versorgen 25 ambulante Pflegedienste deutschlandweit über 340 Kinder und junge Menschen im Rahmen einer 1:1-Versorgung, in stationären Kinderhäusern und einer Wohngemeinschaft für junge Erwachsene. Dabei geht es nicht nur um die Pflege eines einzelnen Kindes, sondern immer auch um die Unterstützung der Angehörigen. Da die Lebenserwartung der Kinder steigt, stellt die außerklinische Intensivpflege wichtige Weichen für die Zukunft. Hierbei geht es auch darum, die Familien zu entlasten und beispielsweise die Berufstätigkeit beider Elternteile zu erhalten.

Wie wichtig und sinnstiftend die Kinderintensivpflege ist, schreibt im Folgenden Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin Christin Nimmrichter. Die Prokuristin bei Das Kindl, einer Gesellschaft, die zum Pflegeverbund gehört, ist noch nach 15 Jahren froh, dass sie sich für die ambulante Kinderintensivpflege entschieden hat: „Warum? Weil ich neben meinem Wunsch, mit Kindern zu arbeiten, ihre Lebensqualität zu verbessern und mich fachlich immer weiterqualifizieren zu können, hier vor allem eines fand: ein Arbeitsumfeld, in welchem wir Pflegefachkräften genau das bieten können, was den Pflegeberuf doch eigentlich so interessant macht. Eine fachlich anspruchsvolle Tätigkeit, vielfältig, evidenzbasiert, mit einem ganz wichtigen Aspekt, der heute speziell im Klinikalltag leider viel zu oft fehlt: Mit Zeit für die jungen Betroffenen – Zeit für die Pflege!“

IN DEN EIGENEN VIER WÄNDEN

Im Rahmen der 1:1-Versorgung im Bereich der Pädiatrie leben die kleinen und heranwachsenden Klient*innen aller Altersstufen mit unterschiedlichen körperlichen, geistigen und seelischen Erkrankungen und Behinderungen in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung. Die Pflegefachkräfte arbeiten vor Ort in der Häuslichkeit und/oder begleiten diese in entsprechende Einrichtungen wie beispielsweise Kindergarten oder Schule. Auch an der ambulanten Kinderintensivpflege ist ein großes interdisziplinäres Netzwerk aus Medizin, Therapie, Pflege, Hilfsmittelversorgern beteiligt, zusätzlich sind es auch Kitas und Schulen. Wichtig ist es, die psychosozialen Bedürfnisse der Kinder und jungen Menschen zu berücksichtigen. So stehen im Rahmen einer Umfeldberatung bei der DF auch Sozialarbeiter*innen zur Verfügung, mit denen Angehörige unter vier Augen über Sorgen und Ängste sprechen können. Gemeinsam wird nach Lösungen bei Problemen in Pflege- und Alltagssituationen gesucht, bei denen stets auch die Bedürfnisse der Geschwisterkinder berücksichtigt werden. Die DF verfügt im Bereich der Kinderintensivpflege über Pflegefachkräfte, mehrheitlich mit Zusatzqualifikationen im Beatmungsbereich, welche die Versorgung der Jüngsten in der Gesellschaft mit großem Engagement, Empathie und Fachexpertise sicherstellen.

Kinderkrankenschwester und Qualitätsbeauftragte Daniela Wilczek ist seit sieben Jahren die Pflegedienstleitung für die bundesweiten Kinderversorgungen der BIPGruppe. Momentan versorgt ihr Pflegedienst 1:1 in ihrem Zuhause 25 Kinder. Sie hat Erfahrungen in der Krisenintervention und hat vor ihrer Tätigkeit in der DF im Kinderhospiz Sternentaler in Dudenhofen bei Speyer gearbeitet. „Eine gute Schmerzambulanz zusammen mit dem Palliativteam im Hintergrund ist im Vorfeld einer der wichtigsten Bausteine bei der Begleitung von Kindern“, betont sie. Für die palliative Versorgung von Kindern und die Unterstützung der Familie gebe es kein festes Konzept, da „jeder Weg zum Lebensende sehr individuell“ sei. Ihre Kollegin Alexandra Pieper, Pflegedienstleitung für die sehr kinderreiche Region Hamburg und Umgebung, betreut intensivpflegerisch, gemeinsam mit Stefanie Reimus, 15 Kinder und sechs Erwachsene.

“ **Wie ich zum Pflegeberuf kam, ist eine lustige Geschichte. Als ich Schüler war, war die Serie ‚E/R‘ Emergency Room mit George Clooney, die vorwiegend in der Notaufnahme eines Krankenhauses in Chicago spielt, in Serbien sehr populär. Deswegen bin ich in die Pflege gegangen und blieb dort auch. In die Kinderkrankenpflege wollte ich von Anfang an, weil ich Kinder liebe. Momentan pflege ich Marie und Hanna, die beide beatmet sind, im Rahmen einer 1:1-Kinderversorgung.**

Slobodan Spasojevic, Kinderkrankenpfleger und stellvertretender Pflegedienstleiter Regensburger Kindl



LEISTUNGEN

Körperbezogene Pflegemaßnahmen (Grundpflege) und Behandlungspflege, Betreuung, Anleitung und Schulung, professionelles Überleitmanagement, individuelle Erfassung von bedarfsgerechtem Rückzugspflegepotenzial und intensive Anleitung und Begleitung im Rückzugspflegeprozess, palliative Begleitung



QUANTENSPRÜNGE

Da steht er, unser „kleiner Kumpel“, und lächelt uns an. Ganz ohne Beatmungsgerät. Felix läuft fröhlich über den Flur, er ist zuhause. Es ist nicht lange her, da haben wir schon einmal über ihn berichtet – darüber, wie sich sein Zustand mit pflegerischer Unterstützung seit seiner Geburt so sehr verbessert hat, dass er endlich nach Hause zu seiner Familie ziehen konnte. Eine Erfolgsgeschichte für sich. Denn er wurde mit einer VACTERL-Assoziation geboren, einer Kombination komplexer Fehlbildungen. Aus diesem Grund musste er rund um die Uhr beatmet werden. Dass wir jetzt wieder von Felix erzählen, sagt so viel über den kleinen Kämpfer aus. Ganz offensichtlich wollte er seine letzte Geschichte noch toppen. Und das hat er geschafft.

„Felix macht Quantensprünge, seitdem er zuhause ist“, freut sich sein Vater. Beruflich ist er regelmäßig auf hoher See unterwegs und nimmt die Fortschritte seines Sohnes daher ganz anders wahr. Diese Quantensprünge sind vor allem motorischer und kognitiver Natur. „Felix schaut sich bei seiner Schwester viel ab und gleichzeitig animiert sie ihn auch“, erzählt seine Mutter. „Er möchte unbedingt alleine laufen, seinen Laufwagen lässt er links liegen.“ Momentan lehnt Felix feste Nahrung noch ab. Wenn er etwas Festes zu essen in der Hand hat, dann möchte er damit sein Gegenüber füttern, nicht selbst essen. Aber er schaut seiner Familie beim Essen zu und wird mutiger. „Man sieht ihm außerdem an, dass er zusehends Dinge versteht“, so seine Mutter. „Wenn wir Besuch bekommen, überlegt er richtig, ob er die Personen schon kennt.“ Viele Fortschritte, die für gesunde Kinder ganz normal, für Felix aber besonders sind. Hinzu kommt, dass er mittlerweile nur noch nachts beatmet werden muss. „Für den Tag haben wir das Gerät aber vorsichtshalber immer griffbereit“, so seine Mutter.

Was hat zu all dem beigetragen? Wie immer ist ein solcher Erfolg ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Da ist zum einen die gute Vorbereitung durch das „Haus Joshua“, in dem Felix zuvor versorgt wurde. „Das war super“, erinnert sich Felix' Vater. „Wir sollten so tun, als wenn wir alleine wären.“ Natürlich sind immer Pflegekräfte in der Nähe gewesen. So konnte die Familie Pflegeroutinen übernehmen und für zuhause üben. Außerdem sind zwei Pflegekräfte, die zuvor im Kinderhaus gearbeitet haben und Felix daher gut kennen, in die Einzelversorgung von Felix gewechselt. Ein großer Vorteil bei einem Verbund wie der DEUTSCHENFACHPFLEGE. Denn der kleine Kumpel braucht weiterhin rund um die Uhr Pflege. Künftig soll sie Stück für Stück reduziert werden. Auch die Physio- und Logopädie kommt regelmäßig zu Felix nach Hause. Die Therapeut*innen tragen also ebenso ihren Teil zu seinen Fortschritten bei.

Und schließlich sind Felix selbst und natürlich auch seine Eltern entscheidend dafür, dass der kleine Mann gerade mit so großen Schritten im Leben ankommt. Die Familie nimmt die Situation mittlerweile mit Leichtigkeit an, ist aber gleichzeitig sehr ambitioniert – genau die richtige Mischung, wie es scheint.

Felix zeigt übrigens schon erste Talente: am E-Piano zum Beispiel oder bei seiner Barista-Leidenschaft. Ganz genau, auch schon mit zwei Jahren kann man seine Gäste mit Kaffeespezialitäten glücklich machen. „Das ist mittlerweile ein Running Gag in unserer Familie“, schmunzelt Felix' Mutter. „Wir setzen Felix auf die Arbeitsfläche, damit er den Knopf der Kaffeemaschine drücken kann.“

Pläne für die Zukunft, gibt es die? Felix soll ab nächstem Jahr in einen heilpädagogischen Kindergarten gehen, selbstverständlich begleitet vom Pflorgeteam. Seine Mutter wird dann wieder arbeiten. Einen großen Wunsch hat sich die Familie gerade erst erfüllt: den ersten gemeinsamen Familien-Urlaub an der Nordsee. Eine ganz normale Familie, oder?



**VIELE WOHN-
GEMEINSCHAFTEN
VERFÜGEN ÜBER
EINEN GARTEN.**

INTENSIVPFLEGE IN DER WOHNGEMEINSCHAFT

Wohngemeinschaften für Intensivpflege, in denen die Menschen ambulant von einem Pflorgeteam versorgt werden, galten noch Anfang dieses Jahrtausends als „innovatives Wohnkonzept“. Inzwischen hat es sich etabliert und bewährt. Wenn eine Weiterversorgung nach dem Klinikaufenthalt aus verschiedenen Gründen im eigenen Haus oder in der eigenen Wohnung nicht möglich ist, sind Wohngemeinschaften für Intensivpflege eine attraktive Alternative. Für sie gelten seit Juli 2023 die Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs.1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (BRE) für Mehrfachversorgungen. Darin werden unter anderem auch die strukturellen Anforderungen an spezifische Wohneinheiten festgelegt. Diese erfüllen die Wohngemeinschaften der **DF**.

Die **DF** bietet ambulante Intensiv- und Beatmungspflege in Wohngemeinschaften an. Um die Bewohnenden kümmern sich multiprofessionelle, kompetente und engagierte Teams. Dazu zählen auch Mitarbeitende, welche die Pflegenden bei ihrer Arbeit entlasten, sowie auch Mitarbeitende für Hauswirtschaft. Die Qualität der Versorgung in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften hat oberste Priorität. Deshalb führt das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) regelmäßige Visiten durch und begleitet den Einsatz von Telemedizin und Televisite. Bei den Wohngemeinschaften wird darauf geachtet, dass Fachkliniken, Arztpraxen, Hilfsmittelversorger, Apotheken und andere Anlaufstellen in der Nähe sind.

Die Räumlichkeiten sind für optimale Pflege, Therapie und Betreuung ausgelegt. Sie sind ansprechend gestaltet und behindertengerecht. Neben dem privaten Wohnbereich gibt es einen Bereich für gemeinschaftliche Aktivitäten. Dazu zählt eine Wohnküche, in der man miteinander essen kann. In vielen Wohngemeinschaften gibt es eine Lounge für gemeinsames Spielen, Fernsehschauen oder Feiern. Zudem verfügen viele Wohngemeinschaften über einen Balkon, eine Terrasse und/oder einen Garten. Die Zimmer der Bewohnenden können individuell gestaltet werden. Sie sind der private Bereich, in den sie sich jeder Zeit zurückziehen können, während die Gemeinschaftsräume zum geselligen Austausch einladen.

Über Tagesablauf, Freizeitaktivitäten, Speiseplan und vieles mehr entscheiden die Bewohnenden selbst. Hinsichtlich der Lage der Wohngemeinschaften ist für jeden Geschmack etwas dabei: Wohnen im malerischen Stadtkern, in ruhiger Wohnlage an der Peripherie, an berühmten Orten, die jährlich viele Urlauber anlocken, oder in der Nähe von Naturschutzgebieten. Das Überleitteam der **DF** ist stets bemüht, einen Platz in der gewünschten Lage anzubieten.

1.000

*Bei der **DF** werden in 170 Intensivpflege-Wohngemeinschaften rund um die Uhr Ende Juni 990 Klient*innen (zum Erscheinen des Berichts über 1.000) nach einem ganzheitlichen Konzept versorgt. Dazu gehört auch, dass möglichst oft Therapeut*innen unterschiedlicher Fachrichtung in die Wohngemeinschaften kommen.*

DER ÜBERGANG IN EINE NEUE LEBENSPHASE

Durch die Fortschritte in der intensivmedizinischen Versorgung haben junge Erwachsene mit schwersten körperlichen Behinderungen eine langfristige Lebensperspektive. Dies gilt auch für Kinder und Heranwachsende, welche die jungen Erwachsenen von morgen sein werden und vielfach weiterhin Intensivversorgungsbedarf haben. Deshalb fordern Fachleute, die Versorgung von Kindern und jungen Menschen in einem größeren Kontext zu sehen und die Transition, den Übergang in eine neue wichtige Lebensphase, aktiv durch „lebensbejahende Angebote“ zu gestalten. So ein Angebot ist die neue Wohngemeinschaft für intensivpflegebedürftige junge Erwachsene der VIP Vitale Intensiv Pflege in Freudenstadt im Nordschwarzwald. Am 23. Mai 2023 konnte sie anlässlich eines Tages der offenen Tür besichtigt werden.

Die Räume sind so ausgestattet, dass in ihnen Entfaltung, Selbstbestimmung und Individualität erlebt werden können. Durch den Einsatz von Farben, Wandtattoos, Mobiliar und Licht entstehen raumatmosphärische Eindrücke, die Sinneswahrnehmungen unterstützen.

Die Wohngemeinschaft wurde für junge Menschen im Alter von 18 bis 35 Jahren konzipiert, die schwerstpflegebedürftig und/oder beatmet sind. Wer in die WG einzieht, soll neben dem Zusammenleben in der Wohngruppe entsprechend seiner Möglichkeiten am normalen sozialen Leben teilhaben können. Um dies zu ermöglichen, wird stets darauf geachtet, dass die Bereiche

- ✓ Leben (Teilnahme an Freizeitangeboten in Freudenstadt)
- ✓ Lernen (Weiterbildungsangebote, Fernstudium, Onlinekurse)
- ✓ Wohnen (Besuch von Familie und Freund*innen)
- ✓ Arbeiten (Begleitung zum Arbeitsort, Homeoffice Workingspace)

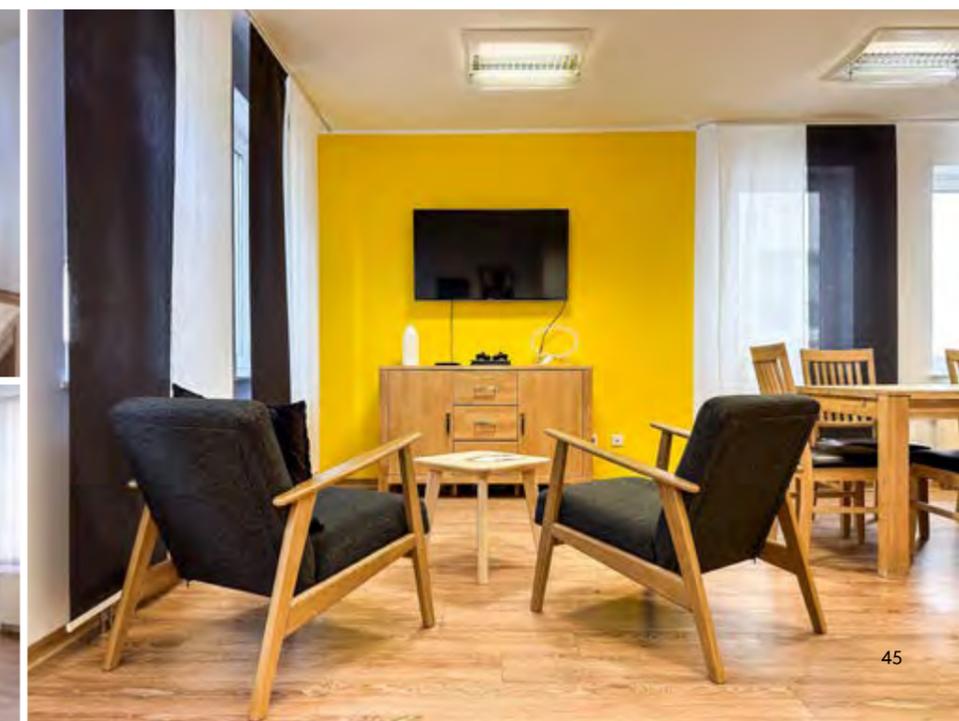
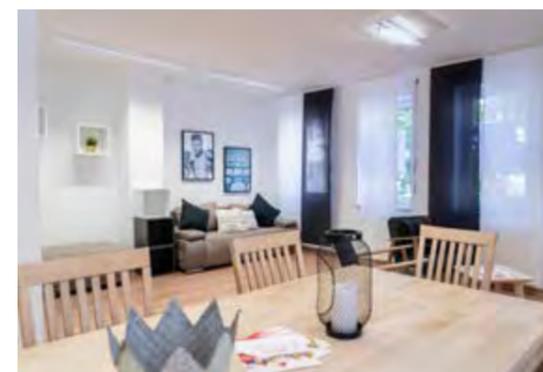
individuell berücksichtigt werden. Die Wohngemeinschaft ist ein einzigartiges innovatives Projekt, das zeigt, wie Pflege im Zeitalter der Digitalisierung einmal aussehen kann. Konzipiert wurde es auf Basis eines Leitfadens des Bundesministeriums für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), der entwickelt wurde, um digitale Gesundheitsanwendungen in die Pflege zu integrieren. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) aus dem Jahr 2021 führt digitale Pflegeanwendungen (DiPA) in die ambulante Pflegeversorgung ein. Diese sollen vorwiegend die Gestaltung des Alltagslebens unterstützen. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind wiederum digitale Medizinprodukte, welche eingesetzt werden, um Beeinträchtigungen auszugleichen.

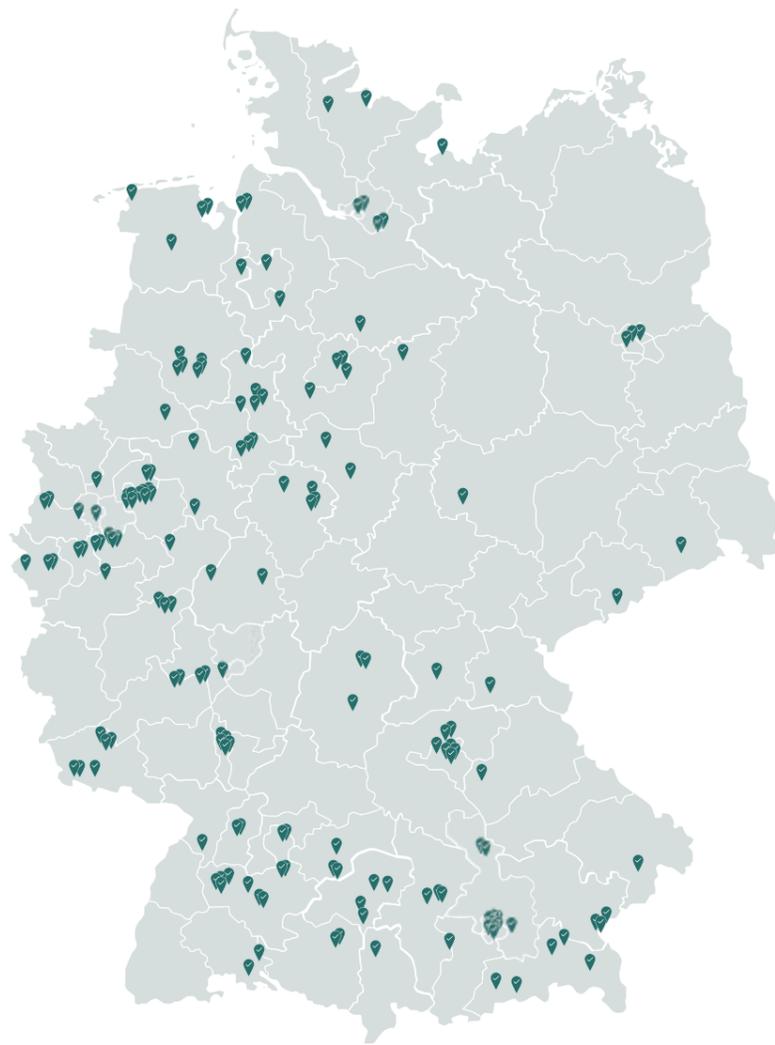
“ Die jungen Erwachsenen leben wie in einer Studenten-WG, in der viel los sein wird, zum Beispiel virtuelles Rollstuhlfahrtraining oder gemeinsames Gaming, als Beispiele der Integration von Digitalisierung. Den tieferen Fokus sehen wir im Bereich der Teilhabe: Familie und Freund*innen einladen, auf dem Marktplatz in Cafés gehen und auch neue Leute kennenlernen. “

Andreas Morman,
Geschäftsführer
VIP Vitale Intensiv Pflege



Entfaltung, Selbstbestimmung und Individualität spiegeln sich in der Gestaltung der Räume wider.





AN WOHLFÜHLORTEN TAG UND NACHT UMSORGT

- ✓ Ständige Anwesenheit eines Teams aus Pflegefachkräften
- ✓ Engmaschige (fach-)ärztliche Versorgung, auch per Videovisite und Telemedizin
- ✓ Besuche von Therapeut*innen unterschiedlicher Fachrichtung
- ✓ Nutzung des regionalen Versorgungsnetzwerkes für eine ganzheitliche Betreuung
- ✓ Nähe zu Fachkliniken und Zentren
- ✓ Regelmäßige Visiten des Fachteams medizinische Behandlungspflege (FmB)
- ✓ Attraktives Wohnumfeld und gute Verkehrsanbindung
- ✓ Barrierefreie und behindertengerechte Räumlichkeiten
- ✓ Individuell gestaltbares Einzelzimmer sowie Bereich für Gemeinschaftsaktivitäten
- ✓ Hochwertige Innenausstattung und Wohlfühlambiente
- ✓ Oft mit Balkon, Terrasse oder Garten



"Das ist
Liebe:"



WENN ZWEI SICH FINDEN

Marian hat eine unklare Motoneuronerkrankung, schon seit 18 Jahren. Sie fing harmlos bei seinem Unterarm an. Seit vier Jahren hat sich sein Zustand verschlechtert. Mittlerweile kann er nicht mehr laufen. Die Motoneuronerkrankung ist eine Erkrankung des motorischen Nervensystems, die zu voranschreitender Muskelschwäche, -verschmächtigung, -zuckungen oder auch -steifigkeit führt. Auf der Intensivstation wurde ihm der Einzug in eine Pflege-WG empfohlen.

Eigentlich sollte die Wohngemeinschaft für Intensivpflege „Haus Benedikt“ in Mössingen eine Übergangslösung für Marian sein. Geplant war der zügige Umzug in eine WG nahe seinem Heimatort und damit auch in der Nähe seiner Familie. Aber es kam anders: „Mein Bruder hat sich die WG angeschaut, in die ich ziehen wollte. Die ist aber bei Weitem nicht so schön wie die, in der ich jetzt wohne“, erzählt Marian. Aber der eigentlich ausschlaggebende Punkt, weshalb Marian schließlich nicht umgezogen ist, war seine Mitbewohnerin Hasnija.

Hasnija hat ALS. Zur Zeit der Diagnose vor dreieinhalb Jahren ging es ihr noch gut, aber mittlerweile kann sie nicht mehr sprechen. Stattdessen kommuniziert sie über ein Tablet. Irgendwann wollte sie zuhause niemandem mehr zur Last fallen, berichtet sie. So zog sie im Januar in das „Haus Benedikt“. Und hier begegnete sie Marian. Seitdem sind sie unzertrennlich. Und wie es das Schicksal so will, haben die beiden auch noch am gleichen Tag Geburtstag.

„Hasnija ist ein ganz lieber Mensch“, schwärmt Marian. „Die beiden verbringen sehr viel Zeit zusammen“, berichtet Pflegedienstleitung Kerstin. „Man trifft sie meist im Aufenthaltsraum. Sie trinken Kaffee, schauen Fernsehen, nehmen alle Mahlzeiten gemeinsam ein.“ Und zum Schrecken der Belegschaft hat das Paar ein Faible für Horrorfilme – abends kann es also auch mal gruselig werden im „Haus Benedikt“.

Die beiden fühlen sich sehr wohl in der WG. Marians Umzugspläne sind längst vergessen. Hasnija hatte am Anfang ein paar Schwierigkeiten. „Ich habe mir einfach nicht vorstellen können, dass ich Pflege brauche“, gesteht sie. Sicherlich hat Marian einen großen Teil dazu beigetragen, dass Hasnija mittlerweile von innen heraus regelrecht strahlt. Man sieht ihr an, wie glücklich sie ist. Marian: „Man muss die Krankheit akzeptieren, und das ist ein schwieriger Prozess.“

Weil Hasnija nicht mehr sprechen kann, verstehen sich die beiden fast ohne Worte. „Wenn sie schlecht drauf ist, dann merke ich das sofort. Es gibt halt solche und solche Tage“, so Marian.

Und, gibt es Pläne für die Zukunft? „Im Sommer wollen wir Eis essen gehen und ins Kino“, sind sie sich einig. „Das ist Liebe“, seufzt Marian. Hasija nimmt seine Hand, und beide strahlen sich an.

INTENSIVPFLEGE IN KINDERHÄUSERN

Neben der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intensivversorgungsbedarf in ihrem Zuhause gibt es bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE die Möglichkeit, vorübergehend oder für längere Zeit in ein Kinderhaus einzuziehen. Obwohl die Kinderhäuser stationär sind, sind sie alles andere als kleine Krankenhäuser. Sie haben eher den Charakter von Wohngemeinschaften. Es werden Kinder und Jugendliche, die überwiegend beatmet sind, im Alter von 0 bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres versorgt. Ihre Teilhabe am sozialen Leben und an Bildung stehen im Vordergrund. Jeden Tag wird versucht, den Kindern ein „normales“ Leben zu ermöglichen. Hierzu zählen beispielsweise tägliches Spielen, Ausflüge, Schul- oder Kindergartenbesuche und das Eingehen auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien.

Die intensivpflegerische Versorgung in den Kinderhäusern übernehmen ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte, die in der pädiatrischen Intensivpflege entweder Erfahrung mitbringen oder durch Fortbildungsakademien mindestens 120 Stunden in der pädiatrischen außerklinischen Intensivpflege weitergebildet wurden. Die Versorgung wird durch Fachärzt*innen und die Vernetzung mit den Kliniken gesichert. Neben dem Pflorgeteam sind pädagogische Fachkräfte für die erzieherischen Themen zuständig. Weiterhin gehören zum multiprofessionellen Team Erzieher*innen, Sozialarbeiter*innen, externe Logopäd*innen, Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen. Die Leitung der Kinderhäuser hält engen Kontakt zu den Jugendämtern sowie zur Jugend- und Behindertenhilfe.

LEISTUNGEN

- ✓ Körperbezogene Pflegemaßnahmen (Grundpflege) und medizinische Behandlungspflege, zusätzliche Leistungen der Betreuung, professionelles Überleitmanagement, individuelle Erfassung von bedarfsgerechtem Rückzugspotenzial und intensive Anleitung und Begleitung im Rückzugspflegeprozess.
- ✓ Zu den Zusatzleistungen gehört die pädagogische Betreuung: Integrationshilfen, altersgerechte Förderung der kognitiven und motorischen Entwicklung, altersgerechter Bindungs- und Beziehungsaufbau, pädagogische Überleitpflege, Elternintegration, Sicherstellung der Schulpflicht, pädagogische Unterstützung der Kinder und Eltern in kritischen Lebenssituationen sowie Umfeldberatung



Derzeit wohnen 30 Kinder mit Intensivversorgungsbedarf von 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in vier Kinderhäusern. Die meisten von ihnen werden beatmet. Ein weiteres Kinderhaus wurde nach dem 30. Juni 2023 in Merseburg eröffnet. Genaue Zahlen folgen hierzu im nächsten Bericht.



UNTERSTÜTZUNG DER RÜCKKEHR NACH HAUSE

Die meisten Familien haben den Wunsch, dass ihr Kind wieder in die Familie zurückkehrt und dort, mit Hilfe eines Pflegedienstes, weiterversorgt werden kann. Das Team des Kinderhauses unterstützt nicht nur aktiv bei der Rückführung ins häusliche Umfeld, sondern auch dabei, dass das Kind, im Rahmen der Möglichkeiten, eine gesundheitliche Verbesserung und soziale Teilhabe erfahren kann. „Wir haben in dieser Hinsicht viele Erfolge erzielt“, sagt Franziska Baber, die für die Kinderhäuser in Ibbenbüren und Bielefeld mit den Pflegedienstleitungen zuständig ist. „Wir versuchen, individuell auf jedes Kind und die Erkrankung abgestimmt, eine Verbesserung zu erreichen. Deshalb arbeiten wir mit unseren Atmungstherapeut*innen und den Fachärzt*innen zusammen und schauen gemeinsam, ob es möglich ist, das Kind ohne Beatmung oder Trachealkanüle zu entlassen. Zusätzlich wird mithilfe von Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen versucht, Verbesserungen beim Schluckreflex, in der Bewegung und Motorik zu erzielen. Es erfolgt zum Beispiel auch eine soziale Beratung durch die Pädagog*innen. Ich glaube“, so Baber weiter, „das ist eine sehr gute Vorbereitung, um mit der Diagnose des Kindes leben zu können und die Möglichkeit zu haben, dass sich bestimmte Symptome oder Krankheitsbilder, im Rahmen eines gewissen Zeitraums, verbessern. Denn es nicht unser Ziel, dass das Kind bis zum 18. Lebensjahr bei uns wohnt.“



**WEIL
PFLEGE
SO
VIEL
MEHR
IST.**

GUTES GEFÜHL

In den Kinderhäusern ist der pädagogische ganz genauso wichtig wie der pflegerische Anteil. Aus diesem Grund sind für die kleinen Bewohner*innen eigens pädagogische Fachkräfte angestellt. Der Einsatz der erforderlichen Pädagog*innen machte in diesem Jahr große Fortschritte. Diese werden eingesetzt, weil die Eltern nicht 24 Stunden vor Ort sein können. Für jeweils drei Kinder ist eine pädagogische Fachkraft zuständig, die einen Teil der Erziehung, Bildung und Förderung übernimmt. Wie es die Bezugspädagogik vorsieht, gibt es eine feste Zuordnung der Kinder.

Die pädagogischen Fachkräfte und die Pflegedienstleitung nehmen Kindergärten oder Schulen im Umkreis in Augenschein und prüfen, welcher Kindergarten oder welche Schule sich für ein Kind eignen könnte. Auch die Wünsche der Eltern werden berücksichtigt. Bei den Kinderhäusern in Ibbenbüren und Bielefeld sind die Einrichtungen fußläufig erreichbar. Dies ist ideal. Denn sollte es notwendig sein, kann ein Kind schnell ins Kinderhaus zurückgeholt werden. Ist die Wahl der Einrichtung getroffen, wird ein erstes Gespräch vereinbart, an dem das Kind, seine Eltern, die Pflegedienstleitung und die pädagogische Fachkraft teilnehmen. Letztere führt auch später regelmäßige Gespräche mit der Schulleitung und den Lehrer*innen. „Wir müssen ein gutes Gefühl haben, bevor wir ein Kind in eine bestimmte Kita oder Schule gehen lassen“, sagt Franziska Baber. Sollte sich herausstellen, dass der Kita- oder Schulbesuch für das Kind zu anstrengend ist, wird gemeinsam überlegt, ob man eine Heimbesuchung organisieren kann.

Eine Pflegefachkraft begleitet das Kind und weicht ihm nicht von der Seite. Sie assistiert oder saugt, wenn erforderlich, ab. Falls ein Kind nur mit einem Sprachcomputer kommunizieren kann, wird überlegt, wie das Umfeld oder der Klassenraum so umgestaltet werden können, damit eine Beschulung trotzdem möglich ist. „Bei einem Kind, welches gerade bei uns lebt, haben wir es zum Beispiel so organisiert, dass ein Bett im Klassenraum steht, so dass sich das Kind, wenn das Sitzen zu viel wird, hinlegen und trotzdem am Unterricht teilnehmen kann“, berichtet Franziska Baber.

Seit dem 1. Januar 2023 gibt es eine pädagogische Leitung, die sich nicht nur um den Pädagogikbereich in allen Kinderhäusern kümmert, sondern diese auch miteinander vernetzt. Durch die Zusammenarbeit von Pflegenden und pädagogischen Fachkräften wird die Qualität der Versorgung in den Kinderhäusern deutlich gesteigert.

Mirco Czarnecki, gelernter Erzieher, Heilpädagoge und pädagogischer Mitarbeiter im Kinderhaus Joshua hat eine Zusatzausbildung zum „Clown im Gesundheitswesen“. Regelmäßig ist er als „Herr Schmidtchen“ mit einer roten Schultasche und einer Clownsnase unterwegs, um die Kinder, die in den Kinderhäusern gepflegt werden, zum Lachen zu bringen. Entweder geht er von Zimmer zu Zimmer oder Groß und Klein versammeln sich in einem Raum. Denn das Lachen tut auch den Mitarbeitenden und den Familienangehörigen gut und hat erwiesenermaßen entspannende und heilsame Wirkung.

“ In unserer Arbeit, ist es existenziell, unsere kleinen und auch größeren Kinder dort abzuholen, wo sie stehen und zu versuchen, ihre Individualität weiter zu fördern. Feinfühligkeit und eine besondere Beobachtungsgabe sind unsere tägliche Herausforderung, um unsere Klient*innen so individuell fördern und unterstützen zu können, wie sie sind.

Jan-Felix Hadasch,
Pädagogischer Leiter
der Kinderhäuser





WEANING

Beatmungsentwöhnung

Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG legt den Fokus auf die Entwöhnung von der Beatmung, wie das neue Ordnungsmanagement zeigt. Voraussetzung für eine zukünftige ärztliche Verordnung außerklinischer Intensivpflege ist eine Potenzialerhebung, die bei Menschen mit Beatmung oder Trachealkanüle in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden muss.

Bei der Potenzialerhebung wird Folgendes geprüft:

- ✓ Das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning)
- ✓ Das Potenzial für eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung
- ✓ Das Potenzial zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung)
- ✓ Die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen

Schon in der Vergangenheit, und systematisch seit drei Jahren, geben die Pflegedienstleitungen bei der **DF** bereits bei der Übernahme eine*r Klient*in eine Einschätzung ab, ob ein Weaningpotenzial besteht. Dies ist Teil des Konzepts einer bedarfsgerechten Rückzugspflege, das im Verbund seit vielen Jahren praktiziert wird. Die Erfolge der Rückzugspflege werden an anderer Stelle vorgestellt.

Oft sind es erfahrene Pflegefachkräfte, die ein Weaningpotenzial entdecken, da sie viel Zeit mit den Klient*innen verbringen und deshalb kleinste Veränderungen wahrnehmen. Um Pflegefachkräfte für das Thema zu sensibilisieren, gibt es auch bei der PflegeLeicht-Akademie Seminare zum Thema Weaning. Die Teilnehmenden werden mit Weaningkonzepten vertraut gemacht und in die Grundlagen eines prolongierten Weanings eingeführt. Hierzu gibt es seit 2014 eine S2k-Leitlinie Prolongiertes Weaning, die unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) erstellt und 2019 aktualisiert wurde. Von prolongiertem Weaning spricht man, wenn mehr als drei Spontanatemversuche gescheitert sind oder bei einer Entwöhnungsdauer von mehr als sieben Tagen nach dem ersten Spontanatemversuch.

Die Entwöhnung von der Beatmung ist für den betroffenen Menschen oft ein Kraftakt, der neben einer erheblichen physischen Belastung auch viel Geduld und Willenskraft erfordert. Eine Schlüsselstellung in der **DF** nehmen die Atmungstherapeut*innen ein. Viele von ihnen gehören zum Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB). Aufgrund ihres Fachwissens und ihrer Erfahrung können sie im Rahmen ihrer Visiten erkennen, ob ein Weaning- und/oder Dekanülierungspotenzial vorliegt. Sollte dies der Fall sein, nehmen sie Kontakt zu Fachärzt*innen auf, welche die nächsten Schritte einleiten.

Das Weaning selbst führen gemäß den Leitlinien Fachärzt*innen durch. Hierfür gibt es Fachkliniken und zertifizierte Weaningzentren, die sowohl über die notwendige Expertise als auch das erforderliche Equipment für das Monitoring verfügen. Im Weaningprozess arbeitet ein interprofessionelles Team aus Fachärzt*innen, erfahrenen Pflegekräften, Atmungs-, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen zusammen.

Das FmB kooperiert im Weaningprozess eng mit den fachärztlichen Spezialist*innen zusammen und unterstützt in der Häuslichkeit der Klient*innen. Hierfür wurde ein Konzept entwickelt, nachdem regelhaft gearbeitet wird.

“ 68 % der Klient*innen, bei denen aufgrund ihres Krankheitsbildes ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial vorlag (10,5 %), konnten im Berichtszeitraum, in Zusammenarbeit mit dafür spezialisierten Einrichtungen, von der Beatmung entwöhnt oder dekanüliert werden.

*Kevin Greck, Leiter Fachteam
medizinische Behandlungspflege*



Die wichtigste Voraussetzung für den Beginn einer Beatmungsentwöhnung ist die Entscheidung der Klient*innen oder der betreuenden Personen für den Weaningversuch. In einem Aufklärungsgespräch werden die Voraussetzungen dafür und die Chancen erklärt, die sich aus einer Reduzierung von Beatmungszeiten bis hin zu einem vollständigen Weaning sowie aus einer Dekanülierung eröffnen. Ebenso werden die betroffenen Menschen und die betreuenden Personen über die nicht unerheblichen Risiken eines Weaningprozesses aufgeklärt.

Wenn eine Beatmungsentwöhnung erreicht werden kann, ist dies in vielen Fällen der entscheidende Schritt hin zu mehr Normalität, Lebensqualität und Selbstbestimmung. Im Regelfall ist es dann nicht mehr notwendig, ständig ein Beatmungsgerät mit sich zu führen, und es muss nicht mehr eine Pflegefachkraft anwesend sein. So ist wieder ein ungestörtes Privatleben möglich und es können spontane Entscheidungen getroffen werden. Wer in einer Wohngemeinschaft lebt, kann in die eigene Wohnung zurückkehren.

Die **DF** stärkt ihren Klient*innen den Rücken, unabhängig davon, ob ein Entwöhnungs- und/oder Dekanülierungspotenzial vorliegt. Wird innerhalb von zwei Jahren kein Potenzial festgestellt, entfällt die Verpflichtung, eine Potenzialerhebung durchzuführen.

GEMEINSAME SACHE

„Sie können Ihren Mann zum Sterben nach Hause holen.“ Das waren die Worte, die ein Weaning-Zentrum an Dietmars Frau gerichtet hat. Nach Hause kam er auch, aber nicht zum Sterben.

Dietmar hat zwei Wochen lang im Koma gelegen, nachdem er eine schwere Lungenentzündung und eine Blutvergiftung zur gleichen Zeit hatte. Ein Luftröhrenschnitt wurde notwendig. Das war im September 2021. „Im Hintergrund spielte auch seine angeborene Nervenkrankheit eine Rolle, HMSN Typ 1“, erklärt Elias, Atmungstherapeut beim Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) der DEUTSCHENFACHPFLEGE. „Durch die Grunderkrankung saß Dietmar schon vor dem Koma im Rollstuhl.“ Der Maschinenbautechniker konnte aber weiterhin zur Arbeit gehen. Aus dem Koma erwacht war Dietmar nach 42 Tagen auf der Intensivstation. „Die haben dort gute Arbeit geleistet und mich quasi über den Berg gebracht“, erinnert er sich. Schließlich wurde er in das besagte Weaning-Zentrum überwiesen und nach drei Monaten holte der Pflegedienst „Balthasar“ (Teil der DEUTSCHENFACHPFLEGE) ihn endlich nach Hause.

Eigentlich fängt die Geschichte hier erst richtig an. Sie soll zeigen, wie wichtig Expertise und Zwischenmenschliches, Zusammenarbeit über fachliche und unternehmerische Grenzen hinaus sind. Und was man gemeinsam schaffen kann, wenn alle an einem Strang ziehen.

Dietmars Ist-Stand bei der Rückkehr in die eigenen Wände ist ernüchternd: Bettlägerig, über ein Tracheostoma 24 Stunden durchbeatmet. „Ich kam nicht aus dem Bett“, erinnert er sich.

Aber es ging bergauf. Und dazu hat Dietmar selbst nicht weniger beigetragen als seine Frau, seine Pflegekräfte, Ärzt*innen, Therapeut*innen – und eben auch Elias. Bei ihm laufen in der Zusammenarbeit mit all diesen Menschen die Fäden zusammen: Er ist derjenige, der den Vorbereitungsprozess zur Beatmungsentwöhnung begleitet und gesteuert hat. Beatmungsentwöhnung? Ganz genau. Dietmar hat es geschafft, von seiner Rund-um-die-Uhr-Beatmung bis hin zur Entfernung der Trachealkanüle und Schließung des Stomas zu kommen. Ein Gemeinschaftswerk sondergleichen.

Alles fängt natürlich beim Klienten selbst an. „Dietmar war immer sehr motiviert“, berichtet Elias. „Er ist klar und hat ein gutes Körperempfinden. Außerdem hat er eine eigene Dokumentation seiner Beatmungspausen entwickelt und diese auf sein Blasentraining und den Kanülenwechsel übertragen.“

Dann gibt es da noch Janine, Dietmars Bezugspflegerkraft. Das halbe Jahr ihrer Zusammenarbeit war entscheidend für Dietmars Entwicklung und es zeigt, wie wichtig die Chemie zwischen zwei Menschen ist – auch in der Pflege. Janine und Dietmar sind vom selben Schlag, das merkt man sofort. „Er ist ein herzlicher Mensch, offen für alles und macht gerne Späße. Aber er ist ebenso ein gestandener Mann und lässt sich die Wurst nicht vom Brot nehmen“, schmunzelt Janine, die im Grunde ganz genauso tickt. „Ich rede nicht um den heißen Brei herum“, sagt sie. „Dietmar braucht jemanden, der ehrlich zu ihm ist, klare Ansagen macht. Er braucht ein straightes Team, das immer das Ziel vor Augen hat. Als wir uns kennengelernt haben, ging ihm alles zu langsam.“ Und weil Janine auch der Typ „nicht lang schnacken“ ist, sind sie es einfach angegangen. Die Ergo- und Physiotherapie kamen regelmäßig, aber Dietmar wurde nicht fitter. „Ich habe mich darum gekümmert, ein Team zu bekommen, das jetzt jeden Tag kommt.“ Dietmars Muskulatur hat sich dadurch schnell aufgebaut: Unter anderem kann er mit Unterstützung – einem Stehtrainer und ein bis zwei Personen – wieder stehen.



“ Ich bin jetzt
wesentlich
mobiler.

”



Die Vorbereitung zum Weaning hat Elias eng mit den behandelnden Ärzt*innen abgestimmt. In einem ersten Schritt ist Elias ins Gespräch mit dem Hausarzt gegangen. Die Entscheidung über die Durchführung des Weaning und die Entfernung der Trachealkanüle läuft schließlich über eine*n Lungenfachärzt*in und in Zusammenarbeit mit einem Weaning-Zentrum. In Dietmars Fall ist das Dr. Fleimisch aus Papenburg. Elias lobt die tolle Zusammenarbeit mit dem Fachmediziner. Die Vorbereitung für das Weaning konnte schon mit Begleitung des Atmungstherapeuten Elias stattfinden: „Wir haben die Beatmungstunden vorsichtig, aber kontinuierlich reduziert – immer in Kombination mit einer Blutgas-Analyse. Dietmars Blutgaswerte sind und waren stets optimal. Seine Lunge hat sich so gut entwickelt, dass wir die Zeiten ohne Beatmung ausweiten konnten. Wir machen das alles sehr langsam über einen langen Zeitraum hinweg.“ Vertrauen sei eine Grundvoraussetzung, so Elias. Und bei Dietmar stimmten die Kriterien von Anfang an, er konnte gut schlucken, das Weaningpotenzial sei also da gewesen. „Er war einfach falsch eingestellt, als wir ihn übernommen haben, durch das Atmungsgerät überbläht. Außerdem musste eine neue Kanüle her“, erklärt der Atmungstherapeut.

So griff ein Zahnrad ins andere. Hand in Hand mit vielen Menschen hat Dietmar die Entwöhnung von der Beatmung geschafft. Viel habe er außerdem seiner Frau zu verdanken und der Tatsache, dass er zuhause versorgt werden konnte.

„Ich bin jetzt wesentlich mobiler“, freut sich Dietmar. Ehrgeizig, wie er ist, reicht ihm das nicht. Auto fahren möchte er wieder können, denn er hat ein Fahrzeug, das schon vor seiner Intensivpflegebedürftigkeit für ihn als Rollstuhlfahrer umgebaut wurde. Dietmar wird seinen Weg gehen – zusammen mit den Menschen, die an ihn glauben.

SCHRITT FÜR SCHRITT

Rückkehr in die Normalität

Schon bei der Übernahme der Klient*innen aus der Klinik oder einem anderen Pflegeunternehmen stellen sich die Verantwortlichen der DEUTSCHENFACHPFLEGE in Pflege und Therapie die Frage, wie sie die Ressourcen der Klient*innen so stärken können, damit diese wieder ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Sich aus der Pflege zurückzuziehen, sobald sich der gesundheitliche Zustand verbessert hat, ist ein normaler Vorgang, auch in der Alten- und Krankenpflege. Bei Menschen mit Intensivversorgungsbedarf ist der bedarfsgerechte Rückzug allerdings komplexer und steht meist in engem Zusammenhang mit der Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung.

Das bedarfsgerechte Rückzugspflege-Konzept der DF entspricht dem Vorgehen, wie es in der S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017“ empfohlen wird. Dort heißt es: Die „Indikation zur Rückzugspflege (wird) vom gesamten multiprofessionellen Versorgungsteam im Konsens mit den Menschen mit Intensiv- und Beatmungspflegebedarf gestellt“. Die Beatmungssituation müsse stabil sein, es müsse eine gesicherte ambulante ärztliche Betreuung und die Anbindung an ein Zentrum für außerklinische Beatmung geben, damit eine fach- und sachgerechte Versorgung mit Verbrauchsmaterialien und Hilfsmitteln besteht. Die Angehörigen und nicht formal qualifizierte Pflegepersonen müssen in deren Anwendung eingewiesen sein. Wichtig ist eine stabile Familiensituation, damit eine sichere Durchführung der notwendigen pflegerischen Maßnahmen stets gewährleistet ist. Bevor sich ein Pflegedienst der DF aus einer intensivpflegerischen Versorgung zurückzieht, werden all diese Faktoren berücksichtigt. Ein Rückzug erfolgt behutsam und nie ohne das Einverständnis des betroffenen Menschen und seiner An- und Zugehörigen. Ebenso muss das multiprofessionelle Versorgungsteam dafür „grünes Licht“ geben.

Nach einem erfolgreichen bedarfsgerechten Rückzug aus einer komplexen Versorgung kann wieder Normalität in den Alltag und in eine Familie einkehren. Doch sollte es notwendig sein, kann immer wieder Kontakt zum Pflegedienst aufgenommen werden.

“ **Bedarfsgerechte Rückzugspflege ist ein Modell, das wir mit gutem Erfolg einsetzen. Es ist flexibel und kann zu jedem Zeitpunkt mit den Betroffenen sowie ihren An- und Zugehörigen besprochen werden. Es ist dann erfolgreich, wenn die Unterstützung durch einen professionellen Pflegedienst immer weniger wird oder gar nicht mehr notwendig ist.**“

Maxim Rogover,
Geschäftsführer COO



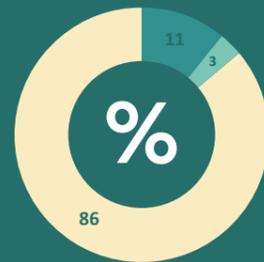
300

Den Abschluss „Intensiv- und Anästhesiepflege (DKG)“ haben rund 300 Pflegefachkräfte. Sie führen ärztliche Anordnungen durch, assistieren bei ärztlichen Maßnahmen, dokumentieren die Daten der Klient*innen und wirken bei der Qualitätssicherung mit, auch im Rahmen des Fachteams medizinische Behandlungspflege. Über 8.330 Mitarbeitende der DF sind dreijährig examinierte Pflegefachkräfte. Ihnen verdankt der Pflegeverbund die Erfolge im Bereich der bedarfsgerechten Rückzugspflege.

ERFOLGE DER RÜCKZUGSPFLEGE

Klient*innenanzahl | in %

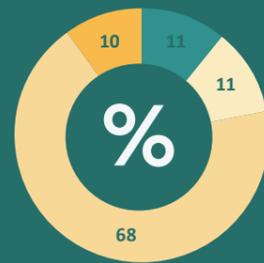
(EV = Einzelversorgung, WG = Wohngemeinschaft)



Rückzugspflege wurde durchgeführt

	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	149 20 %	25 3 %	174 11 %
Potenzial	14 2 %	42 5 %	56 3 %
Nein	589 78 %	786 92 %	1.375 86 %
Gesamtergebnis	752 100 %	853 100 %	1.605 100 %

Potenzial für erfolgreiche Entwöhnung bzw. Dekanülierung vorhanden



	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	79 11 %	90 11 %	169 11 %
Nein (zum aktuellen Zeitpunkt)	99 13 %	74 9 %	173 11 %
Nein (krankheitsbedingt)	449 60 %	647 76 %	1.096 68 %
Klient*in nicht beatmet, nicht kanüliert	125 17 %	42 5 %	167 10 %
Gesamtergebnis	752 100 %	853 100 %	1.605 100 %

Tatsächliche Entwöhnung von Beatmung bzw. Dekanülierung



	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	56 7 %	59 7 %	115 7 %
Nein	696 93 %	794 93 %	1.490 93 %
Gesamtergebnis	752 100 %	853 100 %	1.605 100 %

Das Ergebnis unserer Rückzugspflege

Die Zahlen basieren auf der Analyse von über 1.600 Intensiv-Klient*innen im zweiten Quartal, d. h. April bis Juni 2023. Angewandte Kriterien für bedarfsgerechte Rückzugspflege sind Reduktion der abgerechneten Stunden bzw. Einweisung Angehöriger in die Pflege. Das Potenzial für Entwöhnung oder Dekanülierung und eine tatsächliche Entwöhnung oder Dekanülierung hängen stark vom Krankheitsbild und vom Gesundheitszustand der Klient*innen ab.

Kennzahlen ins Verhältnis gesetzt

	2023	2022	2021
ANTEIL KLIENT*INNEN RÜCKZUGSPFLEGE	14,3%	16,2%	16,0%
ANTEIL KLIENT*INNEN MIT ENTWÖHNUNGSPOTENZIAL	10,5%	9,7%	13,0%
ANTEIL KLIENT*INNEN MIT TATSÄCHLICHER ENTWÖHNUNG	7,2%	6,0%	7,0%
QUOTE AUSSCHÖPFUNG	68%	62%	54%
ANZAHL KLIENT*INNEN IN ANALYSE	1.605	1.613	1.479

Bedarfsgerechte Rückzugspflege (RZP), Weaning-Potenzial und Weaning werden bei der DEUTSCHEN-FACHPFLEGE laufend erfasst und analysiert. Die Information wird hierbei jeweils von den Pflegedienstleitungen (PDLs) festgestellt, ab dem 30. Oktober 2023 wird das Potenzial durch Fachärzt*innen erhoben.

- Rund 14 % der Klient*innen befanden sich in diesem Zeitraum in der Rückzugspflege (enthält Ja und Potenzial)
- Rund 11 % der Klient*innen hatten Potenzial zur Dekanülierung bzw. Entwöhnung
- Rund 7 % der Klient*innen konnten tatsächlich von der Beatmung entwöhnt oder dekanüliert werden; die Entwöhnung bzw. Dekanülierung erfolgt in Zusammenarbeit mit dafür spezialisierten Einrichtungen
- In 68 % der Fälle, bei denen Potenzial bestand, wurde dieses bereits ausgeschöpft und die Klient*innen von der Beatmung entwöhnt bzw. dekanüliert

Im Zeitverlauf (2021-2023)

- Anteil der Klient*innen mit Potenzial für Entwöhnung: zwischen 10 % und 13 %, abhängig beispielsweise von der Schwere der Erkrankung der Klient*innen
- Tatsächliche Entwöhnung: relativ enge Bandbreite zwischen 6 % und 7 %
- Ausschöpfung (tatsächliche Entwöhnung / Potenzial): aktuell bei 68 % und somit eine deutliche Steigerung im Vergleich zu den Vorjahren.

400

Während der letzten vier Quartale konnte bei insgesamt ca. 400 Klient*innen Rückzugspflege durchgeführt werden, bei ca. 300 Klient*innen bestand Potenzial für Entwöhnung bzw. Dekanülierung und 200 Klient*innen konnten tatsächlich in Zusammenarbeit mit dafür spezialisierten Einrichtungen entwöhnt werden.



GANZHEITLICH AUFGEHOBEN

Netzwerk

Damit die Klient*innen ein möglichst normales Leben führen können, bedarf es eines regionalen Netzwerks, das im Alltag für Dienstleistungen zur Verfügung steht. Dieses Netzwerk fördert die **DF**, weil es dazu führt, dass sich die Klient*innen im ganzheitlichen Sinne bei der **DF** gut aufgehoben fühlen.

Zum Netzwerk gehören die Haus- und Fachärzt*innen in Kliniken, Weaning- und Rehazentren, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie, Zahnmedizin, Pneumologie, Palliativmedizin, Gynäkologie, Urologie und viele mehr. An den Standorten der Wohngemeinschaften, aber auch um jede 1:1-Versorgung, baut das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) ein ärztliches Netzwerk auf. Zahnärzt*innen sind zum Beispiel für die Mundgesundheit wichtig, da Menschen mit Beatmung besonders anfällig für oral induzierte Infektionen sind. Wer wissen möchte, welche Arztpraxis einen barrierefreien Zugang hat, findet Informationen auf dem nationalen Gesundheitsportal.

Weitere wichtige Partner sind Therapierende unterschiedlicher Fachrichtungen. Beispielsweise sind Intensivklient*innen mit schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen eine große Herausforderung, da psychiatrische Einrichtungen meist keine Möglichkeit haben, Menschen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf zu betreuen. Die **DF** arbeitet daran, den Bedarfen dieser Klient*innen gerecht zu werden und etabliert ein Netzwerk aus Therapeut*innen und Psycholog*innen. Hierbei arbeitet die **DF** eng mit den Krankenkassen zusammen. Insgesamt ist die **DF** gut aufgestellt, was die Abdeckung ihrer Intensivpflege-Wohngemeinschaften mit Therapierenden angeht. Mindestens einmal pro Woche,

oft auch mehrfach, kommen in jeder der 170 Intensivpflege-Wohngemeinschaften der **DF** Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen. In einigen Wohngemeinschaften, zum Beispiel im „Haus Jasper“ sind Therapierende sogar angestellt. Auch der Kontakt zu Rehazentren wird gepflegt.

„Meine Hunde werden oft bei meinen Visiten in Intensivpflege-Wohngemeinschaften in die Logopädie oder Physiotherapie ‚entführt‘, weil man den Klient*innen mit den Hunden mehr entlocken kann. Die Klient*innen wollen zum Beispiel auf einmal laut sprechen, damit die Hunde zu ihnen kommen oder sie sind plötzlich zu einer Feinmotorik in der Lage, die sie vorher nicht konnten. Einen Hund zu streicheln ist eben etwas anderes als den Kamm oder die Zahnbürste zu halten. Da ist die Motivation eine andere. Und nicht zu vergessen ist der psychologische Aspekt, der auch Angehörigen viel bringt.“

Agnetha Radatz, Krankenschwester und Wund- und Schmerzmanagerin bei der AKB Elke Dodenhoff GmbH



Zum Netzwerk gehören ebenso Anbieter von bedarfsorientierten Zusatzangeboten. Dazu zählen medizinische Fußpflege, Apotheken, Frisör*innen, Hilfsmittelversorger oder Reparaturservices. Es erleichtert die Teilhabe in Kontakt mit örtlichen Cafés, Bäckereien, Clubs, Fußball- oder Sportstadien, Kinos, Theatern, Nachbarschaftstreffs, religiös und spirituell Betreuenden, Schwimmbädern (beispielsweise wegen behindertengerechter Umkleide und Lifter), mit Taxiunternehmen bzw. Anbietern von Rollstuhltransporten. Oft gibt es vor Ort Vereine und psychologische Hilfsangebote. Vorteilhaft für die Klient*innen kann auch die Verbindung zu den örtlichen Behindertenbeauftragten sein. Für Spaziergänge und Ausflüge lohnt es sich, die Standorte von geeigneten Toiletten zu kennen und einen Euroschlüssel dafür zu haben.

Die Pflegedienste informieren die Klient*innen über bedarfsorientierte Zusatzangebote und sind dabei behilflich, verlässliche Partner vor Ort zu finden. Diese sollen gerne mit Menschen mit Behinderung arbeiten, keine Berührungängste mit schwerstkranken Menschen haben und bereit sein, zu den Menschen nach Hause oder in eine Wohngemeinschaft zu kommen. Die Klient*innen können dann entscheiden, welche Angebote sie nutzen möchten.

AKTIVITÄTSSTRUKTUR GANZHEITLICHE PFLEGE

Bei einer intensivpflegerischen Versorgung von hoher Qualität geht es nicht nur um Pflege im engeren Sinne, sondern darum, die Menschen zu aktivieren und so selbstständig wie möglich zu machen. Die Aktivitätsstruktur wird individuell ausgestaltet und ist immer abhängig vom gesundheitlichen Befinden der Klient*innen. So ist es in der außerklinischen Intensivpflege wichtig, die schwerstkranken Menschen so oft wie möglich aus dem Bett zu mobilisieren und für Vertikalisierung zu sorgen. Die Möglichkeiten, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen, sind in der außerklinischen Intensivpflege vielfältig, aber auch sehr individuell.

Sowohl in der 1:1-Versorgung als auch in der Intensivpflege-Wohngemeinschaft gibt es großen Gestaltungsspielraum hinsichtlich der möglichen Unternehmungen. Diese werden mit den Menschen, die Intensivversorgungsbedarf haben, sowie mit den An- und Zugehörigen abgestimmt. In Wohngemeinschaften können Vorhaben außer Haus nur realisiert werden, wenn genügend Pflegefachkräfte vor Ort sind, da ständig eine Pflegefachkraft anwesend sein muss. In allen Wohngemeinschaften der **DF** werden gemeinsame Aktivitäten organisiert. Die Feste im Jahreslauf werden aufgegriffen und gemeinsam gefeiert. Damit soll die Lebensfreude gefördert werden. Solche Aktivitäten sollen auch die Verbindung zu Familie und Freundeskreis der Klient*innen und innerhalb der verschiedenen Versorgungsformen stärken. Ausflüge, Teilnahme an Familienfeiern, Fußballspielen oder die Begleitung in den Urlaub bedürfen allerdings einer längeren Vorbereitung.

In den Wohngemeinschaften gibt es ein Gremium der Selbstbestimmung, das über gemeinschaftliche Anschaffungen, Umbauten, ob Haustierbesuche erlaubt sind oder die Nutzung der Gemeinschaftsräume für gemeinsame Aktivitäten entscheidet. Sollte es Uneinigkeiten zwischen den Bewohner*innen geben, können sie in diesem Gremium besprochen und geschlichtet werden.

Beispielhafte Aktivitätsstruktur in der außerklinischen Intensivpflege

- ✓ Täglich: Spazierengehen, Aufenthalt im Freien, gemeinsam kochen und essen, vorlesen, spielen, Musik hören und andere Alltagsaktivitäten
- ✓ Wöchentlich: Einkaufen, schwimmen, Teilnahme an Kursen (zum Beispiel Sprachkursen, oft allerdings online)
- ✓ Gelegentlich: Besuch von Konzerten, Theateraufführungen, Fußballspielen, Ausflüge, Urlaub

FÖRDERUNG DER SOZIALEN KONTAKTE

„Holas“ organisiert viele Events, damit die Klient*innen miteinander und mit anderen Menschen in Kontakt kommen. So wurde unter dem Motto „Sommerkirmes“ von den Wohngemeinschaften Fley und Ernst eine große Party auf dem Gelände rund um die Wohngemeinschaft für Intensivpflege Ernst veranstaltet. Angelehnt an die kirmestypische Budengassenoptik konnten die Besuchenden an unterschiedlichen Ständen ihre Geschicklichkeit unter Beweis stellen. Neben Grillgut und Salaten gab es Zuckerwatte und Popcorn. Ein Höhepunkt war der Auftritt von Clown „Kunt A Bunt“, der nicht nur Kinder, sondern auch die Erwachsenen begeisterte. Ergänzt wurde das Angebot durch Tage der offenen Tür, Ausflüge, Zoo- und Konzertbesuche sowie Spielenachmittage. In den sozialen Medien gibt es viele weitere Beispiele für Veranstaltungen und Feste in den Intensivpflege-Wohngemeinschaften der **DF**, welche die gesellschaftliche Teilhabe der Intensiv-Klient*innen fördern.

In einem Pilot-Projekt nutzen einzelne Pflegedienste eine Kommunikationsapp, die speziell für Einrichtungen und ambulante Dienste in der Pflege konzipiert wurde. Die App erleichtert die Kommunikation, bringt Pflegebedürftige, deren An- und Zugehörige sowie die Pflegenden näher zusammen und erleichtert die Organisation. Mitarbeitende in der Pflege können Fotos und Videos der Klient*innen erstellen und an die An- und Zugehörigen verschicken. Diese können direkt kommentieren und die Kommunikation starten. Auch Videotelefonie ist möglich. Über den Versand von Dokumenten können Informationen zum Beispiel zu pflegerelevanten Themen rasch weitergegeben werden. Pflegenden nutzen die App gerne für die Biografiearbeit. Für die **DF** ist es wichtig, dass bei der Nutzung der App höchste Datenschutzkriterien gelten.

Sollte sich das Pilotprojekt als erfolgreich erweisen, steht einem Ausrollen auf den gesamten Verbund nichts im Wege.



DER LETZTE WEG

Wie die Krankheitsbilder und Nebendiagnosen zeigen, hat ein Großteil der Klient*innen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf eine oder mehrere lebensbegrenzende und chronische Erkrankungen. Die ganzheitliche Versorgung der **DEUTSCHENFACHPFLEGE** macht aus, dass Menschen bis zum letzten Atemzug begleitet und mögliche Beschwerden gelindert werden. In Berlin gibt es das betreute Wohnen „hauseins – intensiv. anders. leben.“ mit 24 Apartments für intensivpflichtige und palliativpflegerisch zu versorgende Menschen. Die Bewohner*innen leiden zum Beispiel an onkologischen Grunderkrankungen im Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Halsbereich mit intensivpflichtiger Indikation bei Tracheotomie, neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen mit reaktionsloser Wachheit oder in der Phase F, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Erkrankungen mit invasiver und non-invasiver Beatmungspflicht. Sie werden in der Einrichtung fachlich, ganzheitlich, individuell, aber auch fantasievoll gepflegt, damit sie eine möglichst hohe Lebensqualität gepaart mit maximaler Selbstbestimmung haben.

In der **DF** sind zahlreiche examinierte Pflegekräfte tätig, die eine dreijährige Weiterbildung im Bereich der palliativen Pflege absolviert oder eine Zusatzausbildung in diesem Bereich erworben haben. So können auch sie professionellen seelischen Beistand leisten. Aus psychosozialer Sicht wird versucht, den Sterbenden zu helfen. So kann zum Beispiel der Kontakt zu einer wichtigen Person hergestellt oder es kann beispielsweise die Frage nach dem Verbleib des geliebten Haustiers geklärt werden. Das Schaffen von kleinen Momenten des Wohlbefindens, sogenannte „Bienchendienste“, ist sehr hilfreich in dieser Zeit. Darauf wies Dörte Rode in dem Workshop „Palliative Care“ beim MAIK Kongress im November 2022 hin. Die Palliative Care Fachkraft ist Dozentin bei der PflegeLeicht-Akademie, die zahlreiche Formate anbietet, die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zertifiziert sind. Viele Seminare sind auf die außerklinische Intensivpflege zugeschnitten, aber es gibt auch eine Fortbildung zur Begleitung Sterbender für Betreuungskräfte. Die Angebote regen Pflegenden an, sich mit dem Abschiednehmen und der Trauer auseinanderzusetzen, um Hinterbliebene, auch Kinder und Jugendliche bei Abschied, Tod und Trauer unterstützen zu können.

340

Bei der **DF** gibt es zahlreiche examinierte Pflegekräfte mit einer dreijährigen Weiterbildung im Bereich der palliativen Pflege. Rund 340 Pflegekräfte haben eine Zusatzausbildung in diesem Bereich.



VON ANFANG AN IN GUTEN HÄNDEN

ÜBERLEITMANAGEMENT

„Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt“, laut Bundesministerium für Gesundheit, „eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar“¹. Deshalb wurden die Krankenhäuser verpflichtet, „ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten.“

Die Überleitung erfolgt aus einer Akutklinik oder einer Reha-Einrichtung. So kamen bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE im Zeitraum Mai bis Juli 2023 beispielsweise 64 % der neu aufgenommenen Klient*innen aus Akutkliniken, 26 % aus Reha-Einrichtungen. Dies macht, wie die Dokumentation zeigt, einen Unterschied: Die Klient*innen aus den Akutkliniken sind gesundheitlich oft instabiler. Es stellt sich deshalb die Frage, wie viele voreilige oder „blutige“ Entlassungen in die außerklinische Intensivpflege vorliegen und warum. Zum einen kann es daran liegen, dass es in Reha-Kliniken zu wenig Plätze gibt und deshalb die Wartelisten lang sind. Das Beispiel Menschen mit Querschnittlähmung zeigt, dass jährlich rund 700 Patient*innen nach ihrer Entlassung aus der Akutklinik gar nicht erst in ein Querschnittszentrum kommen.²

An einer Überleitung sind viele Netzwerkpartner beteiligt. In der Klinik sind dies das behandelnde ärztliche Fachpersonal, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Fallmanager*innen und der jeweilige Kostenträger. Außerklinisch gehören zum Team der übernehmende Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung, Versorger mit Medizintechnik, Kranken- und Pflegekassen, Sozialamt, Fach- und Hausärzt*innen und niedergelassene Therapeut*innen (Atmungs-, Ergo-, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen).

Die Überleitmanager*innen der **DF** sind die zentralen Ansprechpartner*innen für alle Kliniken, Netzwerkpartner und Klient*innen sowie deren Angehörige. Sie beraten bei der Suche verschiedenster Versorgungsformen im Verbund und nutzen auch ihr Netzwerk außerhalb. Die freien Kapazitäten hat das Überleitmanagement immer auf dem aktuellen Stand und koordiniert diese.

¹ www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html

² PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld in seinem Vortrag im Fachbeirat der **DF** am 18. April 2023 in Hannover

“ **Eine der größten Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem sind die sogenannten Schnittstellenprobleme. Wir ermöglichen einen reibungslosen Versorgungsübergang zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen.** ”

Tobias Bavdaz,
Strategischer Leiter
des Überleitmanagements
der **DF**



WISSEN, WO ES LANG GEHT

In die 9. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung vom 7. Dezember 2022 wurden die Maßgaben des neuen Verordnungsmanagements gemäß AKI-Richtlinie eingefügt. Ab 30. Oktober 2023 gilt das neue Verordnungsmanagement für Patient*innen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege. Zur Entlassung in die außerklinische Intensivpflege müssen folgende Punkte berücksichtigt und bearbeitet sein:

- ✓ Eine Potenzialerhebung in Bezug auf die Entwöhnung vom Beatmungsgerät und/oder eine Dekanülierung
- ✓ Eine Verordnung außerklinischer Intensivpflege (Formular 62a)
- ✓ Ein Behandlungsplan

Diese Neuerungen bindet das Überleitmanagement der **DF** in den Prozess der Überleitung mit ein und entspricht somit den gesetzlichen Anforderungen. Bei der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege (zukünftig HKP-Formular 62a, b, c) unterstützt das Überleitmanagement beim Ausfüllen. Hier hat der Verbund schon eine Vorlage vorbereitet. Bei der Potenzialerhebung können das Überleitmanagement sowie das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) aufklärend und beratend unterstützen. Die Herausforderung für den Prozess der Überleitung ist nun noch mehr das Zeitmanagement, da die einzelnen Punkte zumeist parallel stattfinden. Auf diese Herausforderungen ist das Überleitmanagement vorbereitet und kann sie erfüllen.

Von Vorteil ist das Versorgungsangebot der **DF**, weil das Team so in der Lage ist, kurzfristig und bei Versorgungsengpässen Versorgungsangebote zu machen. Über Transferpflege und mit Unterstützung von einem Springerteam sowie durch die gegenseitige Unterstützung der Pflegedienste kann die **DF** in Notfällen auch kurzfristig Klient*innen übernehmen, die keinen Pflegedienst finden.

Das Überleitteam der **DF** koordiniert und organisiert die Weiterversorgung im außerklinischen Bereich auf hohem Qualitätsniveau. Folgende Ziele hat es stets im Blick:

- ✓ Unterstützung der Angehörigen und der Klient*innen durch Schulungen und Beratungen
- ✓ Vermeidung unnötiger Belastungen von Angehörigen und Klient*innen
- ✓ Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung und Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte
- ✓ Steigerung der Versorgungsqualität

Regional aufgestelltes Team

Das Überleitmanagement der **DF** arbeitet gruppenweit und ist regional organisiert. Erreichbar ist es ebenfalls über eine zentrale Telefonnummer. Es kann an jeder Stelle des Entlassungsprozesses einsetzen, zum Beispiel bei der Erstberatung, der Besichtigung einer Wohngemeinschaft oder der konkreten Überleitung. Das Team besteht aus 24 erfahrenen Überleitmanager*innen, die vielfach aus der Pflege kommen. Deshalb sind sie mit den Bedarfen der Kinder, jungen Menschen und Erwachsenen je nach Pflegegrad oder Schwere der Beeinträchtigung vertraut. Fünf Überleitmanager*innen haben die Qualifikation Case Manager*in (DGCC). Andere Teammitglieder befinden sich in der Fort- und Weiterbildung, um die Komplexität der Beratung zu verbessern. Bei gemeinsamen Sitzungen entwickelt das Überleitteam, unter der Leitung von Tobias Bavdaz, die Qualität des Überleitprozesses ständig weiter.

LEISTUNGEN

- ✓ Beratung und Begleitung neuer Klient*innen sowie der Zu- und Angehörigen
- ✓ Koordination von Hilfemöglichkeiten unter institutionellen Ressourcen
- ✓ Ausrichtung und Kontrolle des individuellen Unterstützungsbedarfs der Klient*innen
- ✓ Disziplinunabhängiger Vorgang zur Situationsbewältigung und Problemlösung
- ✓ Beratung zu Versorgungsangeboten auch unabhängig von Angeboten der **DF**
- ✓ Netzwerkarbeit

PROZESS DER ÜBERLEITUNG

PHASE 1

FESTSTELLUNG BEDARF

- ✓ Das entlassende ärztliche Fachpersonal stellt die notwendige Indikation für die Weiterversorgung fest
- ✓ Der Sozialdienst der Klinik berät die Patient*innen und deren Angehörige zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten
- ✓ Beantragung der Intensivpflege durch den Sozialdienst

PHASE 2

ANFRAGE + ERSTTERMIN

- ✓ Anfrageeingang und Prüfung durch das Überleitmanagement, des Pflegedienstes wegen der Kapazität und Indikation der Klient*innen
- ✓ Vereinbarung des Beratungs- und Besichtigungstermins in dem jeweiligen Pflegedienst mit Pflegedienstleitung und Überleitmanager*in

PHASE 3

ENTSCHEIDUNG + ÜBERLEITUNG

- ✓ Entscheidung über Versorgungsform und Pflegeanbieter
- ✓ Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse der Versicherten + Kostenklärung der Intensivpflege und Hilfsmittelversorgung
- ✓ Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD)
- ✓ Pflegedienst organisiert das Team für die Versorgung
- ✓ Organisation der Hilfsmittel
- ✓ Entlassung aus der Klinik

Das Überleitteam ist rund um die Uhr erreichbar.

W www.deutschefachpflege.de/klientenberatung

E ueberleitung@deutschefachpflege.de

T 0800 306 550 02

F 05221 889 731 00

Die Kontaktaufnahme ist über den Sozialdienst der Kliniken oder Zuweiserportale wie z. B. Recare, Caseform oder das Asklepios Entlassportal möglich.

ALTERSSPEZIFISCHE ÜBERLEITUNG

Nadja Heyne ist für die Überleitung von Kindern und jungen Menschen im Alter von 0-18 Jahren in einem großen Bereich zuständig: Sie betreut alle Anfragen von Schleswig-Holstein bis Nordrhein-Westfalen. Im Gegensatz zum Erwachsenenbereich sitzen Nadja Heynes Ansprechpersonen in Großkliniken, in denen „Frühchen“ zur Welt kommen, in Nachsorgeinstituten, „Bunten Kreisen“, ambulanten Hospizdiensten, in Kinderarztpraxen, Jugendämtern und Förderschulen. „Der Unterschied zur Überleitung von Erwachsenen könnte nicht größer sein“, so Nadja Heyne. Während es bei Erwachsenen meist um die Anfrage geht, ob Kapazitäten in einer Wohngemeinschaft frei sind, ist der Überleitungsprozess im Kinderbereich komplexer. Bis es zu einer Überleitung in eine häusliche Versorgung oder in eines der vier Kinderhäuser kommt, müssen viel mehr Anfragen bearbeitet werden.

Nicht nur die Bearbeitungszeit ist länger, sondern auch die Überzeugungsarbeit, die Nadja Heyne leistet. Denn die Akzeptanz von stationären Kinderhäusern ist sowohl bei den Eltern als auch bei den Zuweisern meist gering, weil sie diese Versorgungsform nicht aus eigener Anschauung kennen. Dabei sind diese Einrichtungen nicht nur für Kinder, die keine Eltern haben und deshalb vom Jugendamt in ein Kinderhaus geschickt werden, so wichtig, sondern auch für „normale“ Familien. Vielen Eltern ist nicht klar, wie belastend eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und die ständige Präsenz einer Pflegekraft sein kann. Dies ist die Kehrseite der häuslichen Versorgung, selbst wenn die Eltern bereit sind, alles für ihr krankes Kind zu tun. Und oft gibt es Geschwisterkinder, die mehr Aufmerksamkeit brauchen. Wenn die Eltern kräftemäßig an ihre Grenzen stoßen, wurde Nadja Heyne schon mit schwierigen Situationen konfrontiert.

Sie selbst ist begeistert von den Kinderhäusern und wünscht sich mehr davon. Die vier Kinderhäuser des Verbundes sind hervorragend ausgestattet, der Personalschlüssel ist hoch, die Versorgung erstklassig und die Unterbringung zuzahlungsfrei. Wenn es mehr Kinderhäuser gäbe, könnten mehr Kinder und junge Menschen wohnortnah versorgt werden. Denn oft lehnen Eltern die Überleitung in ein Kinderhaus ab, weil sie zu weit fahren müssten, um ihr Kind zu besuchen. Kinderhäuser können die häusliche Versorgung entlasten, da ambulante Kinderintensivpflegedienste rar sind und Kinderärzt*innen fehlen. Überleitmanagerin Nadja Heyne, Kinderkrankenschwester und Diplom-Pflegewirtin, tut alles in ihrer Macht stehende, damit Kleinkinder, Kinder und junge Menschen mit Intensivpflegebedarf nicht „durch das Raster fallen“ und nach der Entlassung adäquat versorgt werden. Sie hat viel Erfahrung, denn sie war sieben Jahre lang Pflegedienstleitung in einem Kinder-Intensivpflegedienst der Bonitas Pflegegruppe und fünf Jahre Einrichtungsleitung in Pflegeeinrichtungen.

25

Das 25-köpfige Überleitteam ist rund um die Uhr erreichbar. Eine Anfrage wird innerhalb weniger Stunden beantwortet. Die verbindliche Rückmeldung zur Aufnahme erfolgt innerhalb von 10 Tagen. Die Überleitung in eine häusliche Einzelversorgung kann bis zu vier Wochen dauern, da ein Team mit fünf Pflegefachkräften benötigt wird. Dementsprechend gestaltet sich die Vorlaufzeit. Die Überleitung in eine Wohngemeinschaft ist spätestens nach zwei Wochen abgeschlossen. Das Überleitteam betreut mehrere tausend Anfragen im Jahr.

“ **Meine Kenntnisse und Erfahrungen sind nützlich in meiner täglichen Arbeit. Für Zuweiser und / oder Familien eine geeignete Versorgungsform zu finden, ist eine sehr sinnvolle Aufgabe.**“

Nadja Heyne,
Überleitmanagerin
für Kinder

”

ZUFRIEDENHEIT ALS ZIEL

Die Überleitung aus der Klinik in eine ambulant betreute Versorgungsform ist immer eine logistische Herausforderung. Die Wünsche der Menschen, die in eine neue Versorgungsform übergeleitet werden sollen, stehen im Mittelpunkt. Der beste Gradmesser für die Qualität des Überleitungsprozesses ist die Zufriedenheit der Klient*innen sowie ihrer An- und Zugehöriger. Es spielt dabei auch eine Rolle, wie gut die intensivpflegerischen Bedarfe mit vorhandenen Versorgungskapazitäten in Einklang gebracht werden können. Besonders zufrieden sind beispielsweise die Familien, wenn sie ihre*n Angehörige*n in einer nahegelegenen Intensivpflege-Wohngemeinschaft so oft wie möglich und ohne großen Aufwand besuchen können. Und sie sind glücklich, wenn sie wissen, dass dort die Versorgung so gut ist, dass sie sich beruhigt auch wieder auf den Heimweg machen können. Die Überleitmanager*innen der **DF** setzen alles daran, so etwas möglich zu machen und damit Lebensqualität zu schaffen.

Hier zwei Stimmen von zufriedenen Familienangehörigen:

“ Als ich eine Weiterversorgung für meinen Vater nach der Entlassung aus der Klinik suchte, hat mich das Überleitteam der DF hervorragend über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten informiert und beraten. In der Wohngemeinschaft, in die ihn Ben Kanakkasseri dann überleitete, fühlte sich mein Vater so wohl, dass seine Genesung große Fortschritte machte.

Dr. med. Michael Decker

Ich bin heute noch begeistert, wie schnell die Überleitung geklappt hat: Es stand nur eine Woche für die Unterbringung meiner Frau zur Verfügung. Die Zeit in der Intensivpflege-Wohngemeinschaft war das Beste, was uns passieren konnte.

Wolfgang Weißhaar



1,2

Die Zuweiser werden gebeten, für die Überleitung eine Note zu vergeben und damit zu zeigen, inwieweit sie mit der Zusammenarbeit mit dem Überleitmanagement der **DF** zufrieden sind. Von Juli 2023 bis Juni 2023 fanden rund 250 benotete Überleitungen statt. Im Durchschnitt bewerteten uns die Zuweiser mit Note 1,2.



ALTEN-UND KRANKENPFLEGE

Rund fünf Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Die meisten Leistungsempfänger*innen, rund 4,1 Millionen, erhalten ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden bundesweit rund 0,9 Millionen Menschen¹. Mehr als drei Viertel aller Pflegebedürftigen in Deutschland nehmen häusliche Pflege vor allem in der eigenen Wohnung in Anspruch. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots in der häuslichen Pflege.

Die **DEUTSCHE FACHPFLEGE** reagiert auf den stetig steigenden Bedarf an Pflege und leistet einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag. Der Pflegeverbund bietet deutschlandweit ein breites Angebot an Versorgungsmöglichkeiten, schafft einheitliche Strukturen für bestmögliche Pflege, beschäftigt exzellente Mitarbeitende in Management und Administration, bietet Tausenden von Mitarbeitenden sozialversicherungspflichtige sichere Arbeitsstellen, investiert in Qualifizierung und Weiterentwicklung, in die Erprobung innovativer Technologien, deren Einsatz den Menschen zugute kommt und hat sich in der Branche als Qualitätsführer etabliert.

Es sind die einzelnen Pflegedienste, die dem Pflegeverbund angehören, die mit ihrem Pflegepersonal im Rahmen der Alten- und Krankenpflege Menschen aller fünf Pflegegrade adäquat versorgen. Die Teams pflegen und unterstützen sowohl Pflegebedürftige mit geringen Einschränkungen der Selbst-

ständigkeit bis hin zu schwersten Beeinträchtigungen, mit denen besonders hohe Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen. Eine Einschätzung des tatsächlich erforderlichen Pflegebedarfs gewinnt man im persönlichen Erstgespräch nach der Übernahme von Klient*innen. Denn dann liegt eine detaillierte Informationssammlung über alle relevanten Pflegeprobleme und die Ressourcen vor. Auf deren Grundlage wiederum erfolgt eine individuelle, an den Bedarfen der Klient*innen orientierte Maßnahmenplanung und die Festlegung der gemeinsamen Pflegeziele. Hierbei werden die Klient*innen, ihre An- und Zugehörigen sowie die an der Versorgung beteiligten Netzwerkpartner einbezogen. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen und die regelmäßige Überprüfung auf deren Wirksamkeit bildet sodann die wichtigste Grundlage für eine systematische professionelle Pflege.

Bei der **DF** steht die ambulante Alten- und Krankenpflege mehr denn je im Vordergrund, denn vor Ort sind die Auswirkungen des demografischen Wandels und der damit verbundene Anstieg an pflegebedürftigen Senior*innen deutlich spürbar. Seit Januar 2023 gibt es mit Thomas Blankenhagen eine eigene Regionalleitung für den ambulanten Sektor, die für die Bereiche Kurzzeitpflege, Tagespflege, die Wohngruppen „Unser kleines Heim“ und die Tourenpflege verantwortlich ist. Weitere Neuerungen betreffen eine übergeordnete Pflegeberatung, das Belegungsmanagement sowie Prozesse der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung.

¹ Stand 30. Juni 2022, Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung

PROFESSIONELL WERTSCHÄTZEND EMPATHISCH

Es gibt zahlreiche Berichte von Pflegekräften, wie viel Erfüllung ihnen der Pflegeberuf gibt. „Der Beruf ist abwechslungsreich, macht Spaß und muss einfach mehr Aufmerksamkeit bekommen“, sagt beispielsweise Tanja von der „VIP Vitale Intensiv Pflege“. Die Pflegenden schätzen den Kontakt mit den Menschen und sind oft beeindruckt, welchen Persönlichkeiten und liebenswerten Personen sie in ihrem Berufsalltag begegnen. Sie sind glücklich, wenn sie bereits freudig erwartet werden. Dass es auch Herausforderungen gibt, die die Arbeit mit Menschen mit sich bringt, wissen Pflegenden. Das können sein:

- ✓ Verwirrtheit oder Desorientierung (räumlich/zeitlich)
- ✓ Ängste (insbesondere ausgelöst durch Grunderkrankung – Atemnot, Obstruktion der Atemwege, Bewegungseinschränkungen, Abhängigkeit von medizinischen Geräten und Fachkräften oder Angehörigen)
- ✓ Sprachbarrieren (Kommunikation über Sprachtafeln/Sprachcomputer sind sehr zeitaufwendig und erfordern viel Verständnis und Geduld, aber auch Fremdsprachigkeit, Wortfindungsstörungen usw.)
- ✓ Starke Unruhezustände, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen
- ✓ Schuldgefühle (bei Angehörigen)
- ✓ Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme (ungenügende Flüssigkeitszufuhr, Nahrungsverweigerung, Probleme bei der Nahrungsaufnahme)
- ✓ Verweigerung von Pflegemaßnahmen
- ✓ Gestörte Selbstwahrnehmung/Selbstbild
- ✓ Feindseliges Verhalten
- ✓ Schwierige Wohn- und Lebensverhältnisse (Messiehaushalte, Suchterkrankungen bei Angehörigen)

“ **Die Leistungen der Pflegefachpersonen und Hebammen für unsere Gesellschaft sind beispiellos wertvoll. Sie sind das Bindeglied, welches unsere Gesellschaft zusammenhält, und sie sind ein wichtiges Glied der Teilhabe am Leben, vom Beginn des Lebens bis zu seinem Ende.**

*Christine Vogler,
Präsidentin des Deutschen
Pflegerats e. V. (DPR),
7. Oktober 2022*



Aber die Pflegenden haben es gelernt, mit psychosozialen Herausforderungen wie diesen professionell umzugehen, selbst wenn sie Ventil für Frustration, Ängste, Unwissen oder private Probleme der Familien sind. Nähe und Distanz müssen ausbalanciert werden, insbesondere in Einzelversorgungen. Bei Klient*innen mit starken Einschränkungen der Mobilität im Zusammenhang mit Adipositas oder auch Spastiken und Kontrakturen sind die körperlichen Belastungen der Pflegefachkräfte hoch. Da in Deutschland 67 % der Männer und 53 % der Frauen einen Body-Mass-Index (BMI) über 25 haben und als übergewichtig gelten, sowie es immer mehr Menschen mit einem BMI über 40 gibt, die als extrem adipös gelten, sind für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen (Grundpflege) und die Behandlungspflege meist zwei oder drei Personen notwendig. Durch das hohe Körpergewicht können sich leichter Wunden entwickeln und neben vielerlei Erkrankungen liegen oft psychische Probleme vor. Dies soll bewusst machen, was Pflegenden leisten.

Vielen ist es wichtig, immer weiter zu lernen, um bestimmte Herausforderungen besser in den Griff zu bekommen und die pflegerische Versorgung ihrer Klient*innen zu verbessern. Ein Großteil der Pflegenden bildet sich neben den Pflichtfortbildungen ständig weiter.

Neben dem Fachwissen ist für Pflegenden ein guter Zusammenhalt im Team wichtig und das Pflegeteam braucht wiederum die zuverlässige Unterstützung aus dem Leitungsteam. Deshalb schult das Coaching-Team im Rahmen einer Führungskräfteentwicklung (FKE) die leitenden Mitarbeitenden, wie sie Teams zusammenhalten und führen. Dies ist ein Aspekt, der die Rahmenbedingungen der Pflege deutlich verbessert.

LEISTUNGEN DER ALTEN- UND KRANKENPFLEGE

Körperbezogene Pflegemaßnahmen: Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Behandlungspflege: Katheter- und Portversorgung, Medikamentengabe, Injektionen, Blutzuckerkontrollen und Insulininjektionen, Wundversorgung/Verbandwechsel sowie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen.

Leistungen der Betreuung: Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensgestaltung im Alltag und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, Erhalt, Unterstützung und Förderung der Selbstständigkeit, Aktivierung und Motivierung durch Pflegenden und Alltagsbegleiter*innen (zum Beispiel durch Gehübungen mit dem Rollator, Begleitung zu Fuß, Vorlesen oder Kommunikation), Beratung, palliative Versorgung.

DER IDEALE START

Pflegeberatung

„Unser Anliegen ist, dass alle pflegebedürftigen Menschen – ob auf dem Land oder in der Stadt – gut und menschenwürdig versorgt werden. Dazu gehört auch, dass ihre Selbstständigkeit in jeder Lebensphase so weit wie möglich erhalten bleibt und gefördert wird. Gleiches gilt für Menschen, die aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Schicksalsschlägen auf Unterstützung oder Pflege angewiesen sind. Es kann jeden Menschen in jeder Lebensphase treffen. Deshalb ist es gut, dass wir in Deutschland ein engmaschiges Netz aus Betreuungs- und Unterstützungsangeboten gespannt haben.“¹

Qualitätssicherung häuslicher Pflege

Der Gesetzgeber räumt der Pflegeberatung einen hohen Stellenwert ein. Deshalb können zugelassene Pflegedienste beraten und Beratungsbesuche durchführen. Der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Erleiden Menschen im Laufe ihres Lebens eine gesundheitliche Krise oder einen Unfall und benötigen von einem Tag auf den anderen beispielsweise Intensiv- und Beatmungspflege, sind sie und ihre An- und Zugehörige oft überfordert. Hier ist eine Pflegeberatung zu möglichen Hilfestellungen besonders wichtig. Auch konkrete Pflege- und Entlastungstipps sowie Lösungsansätze für vorhandene Probleme sind hilfreich. Die Arbeit der Pflegeberater*innen trägt dazu bei, dass die Ratsuchenden und ihre Angehörigen die wichtigsten Informationen erhalten und einen leichteren Zugang zu den Ressourcen haben, die sie benötigen.

Zwar berieten die Pflegefachkräfte der **DF** schon immer und nicht wenige sind auch ausgebildete Pflegeberater*innen, aber oft lief dies nebenher. Seit Oktober 2022 hat die Bonitas Pflegegruppe ein Team aus 14 Pflegeberater*innen etabliert, das sich ausschließlich auf die Beratung konzentrieren kann. Es führt nun in vielen Regionen eine gezielte, individuelle und umfangreiche Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie Individualschulungen nach § 45 SGB XI durch. In den individuellen Pflegeschulungen oder Pflegekursen geht es zum Beispiel um den Umgang mit speziellen Krankheitsbildern, den Umbau der Wohnung sowie Pflege- und Lagerungstechniken. Es bietet auch Informationsveranstaltungen an und nimmt an Veranstaltungen der Netzwerkpartner teil. Die meisten Termine der Pflegeberater*innen sind sogenannte „Qualitätssicherungsbesuche“, die bei Erhalt von Leistungen der Pflegekasse, also nach Einstufung in einen Pflegegrad, gesetzlich vorgeschrieben sind.

Die Pflegeberater*innen unterstützen nicht nur die Ratsuchenden, sondern entlasten auch die Pflege- und Leitungskräfte, weil sie einen großen Teil der Kommunikation mit den An- und Zugehörigen übernehmen. Wie hilfreich eine Beratung sein kann, zeigt das folgende Beispiel: Eine Dame schildert die Probleme, die ihr an Parkinson erkrankter Ehemann beim Essen hat: Seine Hände zittern so sehr, dass er das Essbesteck nicht mehr halten kann. Die Pflegeberaterin riet der verzweifelten Frau zu einem speziellen Tremor-/Parkinson-Besteck. Dieses Hightech-Besteck ermöglicht ein unbeschwertes Essen, weil das Zittern durch kleine Gegenbewegungen ausgeglichen wird. Einige Tage später rief die Dame wieder an und weinte – vor Freude, weil dieser Rat ihrem Mann so geholfen hat. Endlich kann das Ehepaar wieder entspannt gemeinsam die Mahlzeiten einnehmen!



Insgesamt haben sich in der DF 135 Mitarbeitende für die Pflegeberatung nach § 45 SGB XI fortgebildet. Ein Teil von ihnen gehört dem Überleitmanagement an. 14 Mitarbeitende sind ausschließlich in Beratung und Schulung tätig. Seit Einführung der Pflegeberatung im Juli 2022 mit rund 530 Beratungen stieg die Anzahl der Beratungen auf rund 940 im Juli 2023. Die Anzahl der Individualschulungen nach §45 stieg von 10 Beratungen im Juli 2022 auf 50 im Juli 2023.

¹ Prof. Dr. Karl Lauterbach, Bundesminister für Gesundheit, „Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten. Ratgeber Pflege.“ Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, 11055 Berlin. Januar 2022, 25. aktualisierte Auflage, Seite 4

PFLEGEKRÄFTE ON TOUR

Touren- und Verhinderungspflege

Mehr als ca. 6.300 Pflegebedürftige werden von den Pflegediensten im Verbund in ihrem Zuhause versorgt. Wie oft dies pro Tag oder Woche geschieht, richtet sich nach dem Grad der Beeinträchtigung, der ärztlichen Verordnung, der pflegerischen Notwendigkeit sowie den individuellen Bedürfnissen der zu Pflegenden. Bei ihren Hausbesuchen führen die Pflegekräfte alle medizinisch notwendigen Tätigkeiten durch. Zusätzlich helfen sie bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen (Grundpflege), übernehmen hauswirtschaftliche Aufgaben und betreuen die Klient*innen und ihre Familien sozial. Entweder stellen sie den Kontakt zu den Pflegeberater*innen her oder sie beraten selbst die Klient*innen sowie die An- und Zugehörigen in pflege-relevanten Fragen, unterstützen bei bürokratischen Problemen und stellen, falls erforderlich, den Kontakt zu den Haus- und Fachärzt*innen her. Auf Wunsch helfen sie auch bei der Beantragung von Hilfsmitteln bei der zuständigen Pflege- und Krankenkasse sowie der Bestellung von Rezepten.

Fällt eine private Pflegeperson durch Krankheit oder Urlaub etc. aus, besteht die Möglichkeit, bei der Pflegekasse Verhinderungspflege zu beantragen. In dem durch die Pflegekasse zeitlich und finanziell genehmigten Rahmen übernehmen die Pflegenden der **DF** auch die Verhinderungspflege.

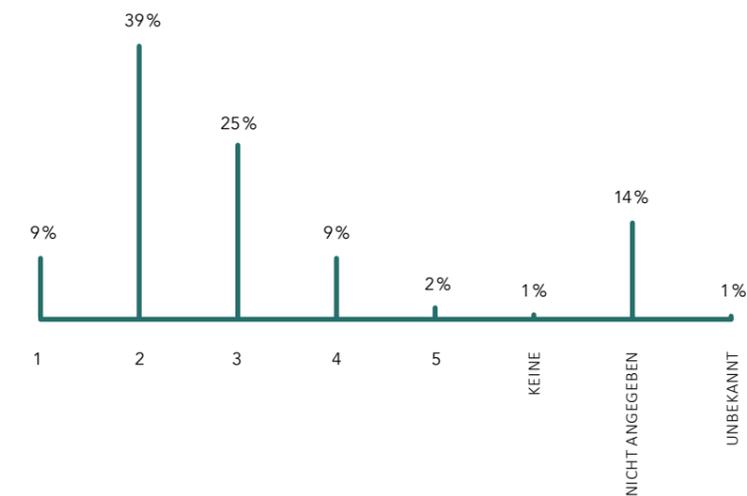
Der Fachbereich ambulante Alten- und Krankenpflege der Bonitas Pflegegruppe hat ein Projekt angestoßen, um die Dienstplanung der Pflegenden neu zu gestalten. In Erprobung ist ein Modell, in dem jede*r Mitarbeitende nur noch an jedem dritten Wochenende im Bereich Tourenpflege eingeteilt wird. Ziel ist die Weiterentwicklung eines verlässlichen Dienstplans.

LEISTUNGEN DER TOURENPFLEGE

Körperbezogene Pflegemaßnahmen (Grundpflege) und Behandlungspflege, 24-Stunden-Notdienst, hauswirtschaftliche Leistungen, Begleitung zu Ärzt*innen, Behörden oder zu privaten Veranstaltungen, Familienpflege, Verhinderungspflege bei Ausfall pflegender Angehöriger, Anleitung der Angehörigen in Form von individuellen häuslichen Schulungen und Beratungen, Wundversorgung, Palliativpflege, teilweise auch Wiedereingliederungshilfe.

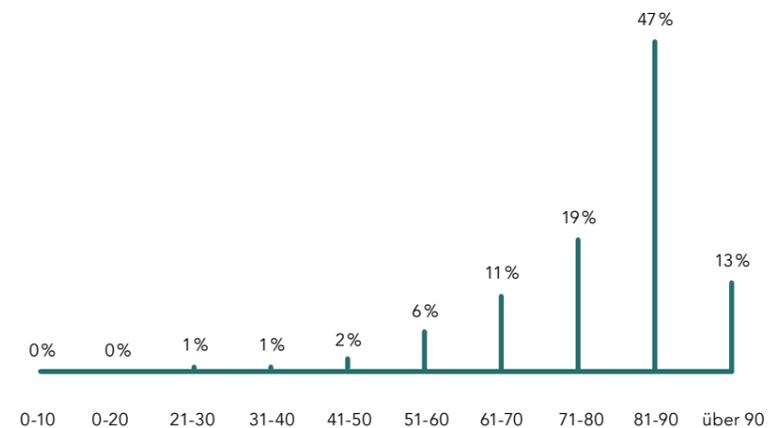
7.290

Mehr als 7.290 Pflegebedürftige werden in der ambulanten Alten- und Krankenpflege von rund 1.100 dreijährig examinierten Pflegefachkräften gemeinsam mit zahlreichen Pflegehelfer*innen im Rahmen der Touren-, Verhinderungs- sowie Tagespflege und in den Wohngruppen „Unser kleines Heim“ versorgt.



Verteilung der Pflegegrade

Menschen, die Alten- und Krankenpflege benötigen, sollen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Die Berechtigung, einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, erstreckt sich über alle fünf Pflegegrade, also von geringer bis schwerster Beeinträchtigung der Selbstständigkeit. Der größte Teil der Klient*innen der **DF** hat den Pflegegrad zwei, doch generell werden ambulant alle Klient*innen, deren Selbstständigkeit eingeschränkt ist, versorgt.

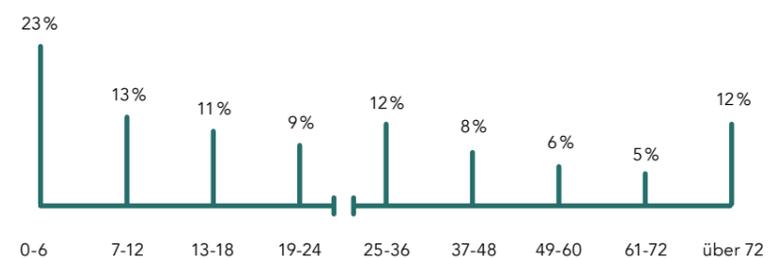


Altersverteilung (in Jahren)

Im Durchschnitt sind die Klient*innen, wie schon im Vorjahr, **78 Jahre alt**. Der höchste Bedarf an dieser Dienstleistung besteht im Alter zwischen 81 und 90 Jahren. Dies zeigt, wie erfolgreich die **DEUTSCHE FACHPFLEGE** das Prinzip „ambulant vor stationär“ umsetzt und somit dazu beiträgt, dass die Menschen in ihren eigenen vier Wänden und im Kreis ihrer Familie bleiben können.

Versorgungsdauer (in Monaten)

Charakteristisch für die Tourenpflege ist ihre hohe Flexibilität. Dies gilt nicht nur für die Tatsache, dass die Pflegefachkräfte täglich zu den Menschen, die Alten- und Krankenpflege benötigen, nach Hause kommen, sondern auch hinsichtlich der Pflegebedarfe. Letztere können sich rasch ändern, beispielsweise bei Gesundung nach einer gesundheitlichen Krise, einem Unfall oder einer Operation sowie bei Verschlechterung. Die durchschnittliche Versorgungsdauer beträgt **33 Monate**.





EIN GANZ NORMALER TAG



Wohngemeinschaft „Unser kleines Heim“

Für ältere Menschen sind ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften eine hervorragende Möglichkeit, adäquat versorgt zu werden und gleichzeitig unter Menschen zu sein. Die Wohngruppen sind Orte des würdevollen Alterns in Gemeinschaft. Die älteren Menschen leben mit Gleichaltrigen zusammen und werden gepflegt und unterstützt, ohne auf ihre Privatsphäre und Eigenständigkeit verzichten zu müssen. Jederzeit können sie sich in ihr eigenes Zimmer mit Bad zurückziehen, wenn sie es möchten. In den Gemeinschaftsräumen aber können sie sich miteinander austauschen und an Aktivitäten teilnehmen.

Die Pflege von Senior*innen in betreuten Wohngruppen „Unser kleines Heim“ bietet der gesamte Verbund an. In diesen überschaubaren Wohneinheiten leben maximal 20 Senior*innen mit zunehmend eingeschränkter Alltagskompetenz. Soweit möglich, entscheiden sie selbst, wann sie aufstehen, geduscht bzw. gewaschen werden oder essen möchten. Die Mahlzeiten werden täglich frisch zubereitet. Beim Speiseplan und bei der Freizeitgestaltung werden die Wünsche der Bewohner*innen berücksichtigt. Diese haben meist einen vergleichbar hohen Pflege- und Betreuungskräfteinsatz und rund 20 % von ihnen sind demenziell verändert. Um sie individueller als im stationären Bereich zu unterstützen und zu pflegen, wurde der Stellenschlüssel erhöht.

Typisch für Menschen mit demenzieller Veränderung ist die Hinlauftendenz oder eine Art von Wanderverhalten, weil sie sich nur noch schlecht orientieren können. Sie verlassen ihren Aufenthaltsort, weil sie das Gefühl haben, sie müssten einen anderen Ort aufsuchen. Durch die baulich konzeptionelle Ausrichtung ist es möglich,

Menschen mit einer Hinlauftendenz professionell in „Unser kleines Heim“ zu versorgen. Die Mitarbeitenden gehen individuell auf diese Klient*innen ein und entwickeln immer wieder neue Ideen, um die Versorgung zu verbessern. So haben sie in „Unser kleines Heim“ in Riemsloh für den Fußboden ein Leitsystem entwickelt, das den Bewohner*innen Orientierung gibt.

Zukünftig soll es in allen Wohngruppen Wundexpert*innen geben. Dafür werden gerade Mitarbeitende ausgebildet, die sich vor allem der Prävention von Wunden widmen. Denn jede Wunde, die gar nicht erst entsteht, ist ein Erfolg. Dies erspart den Menschen große Schmerzen und trägt zur Lebensqualität bei. Insgesamt gibt es bei der **DF** ca. 180 Wund- und Schmerzexpert*innen.

In „Unser kleines Heim“ wird darauf geachtet, dass die sozialen Kontakte zur Nachbarschaft, zu Vereinen und Kirchengemeinden am jeweiligen Standort gefördert werden. So sind nicht nur jederzeit An- und Zugehörige sowie befreundete Personen in den Wohngruppen willkommen, sondern auch aus der Nachbarschaft. Große Freude bereiten Besuche von Kindern aus nahen Kindertagesstätten, Chören vor Ort, die für die Bewohner*innen singen, und, sofern erwünscht, Vertreter*innen der verschiedenen kirchlichen Einrichtungen. Da die Bewohner*innen in „Unser kleines Heim“ an ihrem Lebensabend sind, arbeiten in einigen Einrichtungen Mitarbeitende, die sich palliativmedizinisch weitergebildet haben. Für junge pflegebedürftige Erwachsene unterhält die Bonitas Pflegegruppe eine eigene Fachpflegeeinrichtung im Haus Bonitas in Rahden, wo derzeit über 20 Klient*innen leben.

LEISTUNGEN

Das Ermöglichen von „gelebter Normalität“ mit fachpflegerischer Versorgung in kleinen Einheiten rund um die Uhr, individuelle Pflege- und Betreuungsleistungen (körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Behandlungspflege), tagesstrukturierende Maßnahmen in der Gemeinschaft, familiäre Atmosphäre, Freizeit-Aktivitäten und Events in den Räumlichkeiten, Einbeziehung der An- und Zugehörigen, zusätzliche Leistungen wie Physio- oder Ergotherapie, Begleitung bei Einzug und Eingewöhnung, Wäschereinigung, Einkäufe und Besorgungen, Medikamenten- und Hilfsmittelbeschaffung, Raumpflege, ärztliche Betreuung, palliative Versorgung

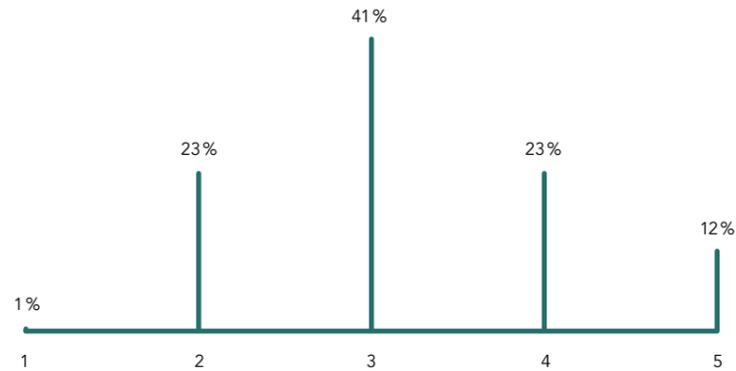
“ **Der Wunsch nach einer möglichst individuellen Betreuung in einem nicht institutionalisierten Umfeld hat deutlich zugenommen. Pflegebedürftige Menschen suchen in zunehmendem Maße nach Alternativen zu den klassischen Versorgungsformen ‚zu Hause‘ oder ‚in einem Pflegeheim‘.**

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Förderung ambulant betreuter Wohngruppen für Pflegebedürftige“, Drucksache 20/7436, 23. Juni 2023



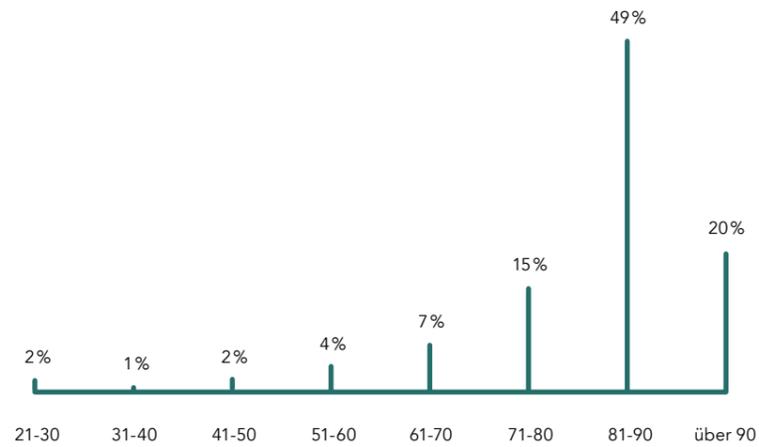
Verteilung der Pflegegrade

Die Wohngruppen „Unser kleines Heim“ sind ein Angebot für Menschen, die vorrangig im höheren Lebensalter pflege- und betreuungsbedürftig sind. In diesen kleinen Hausgemeinschaften werden Menschen mit zunehmend eingeschränkter Alltagskompetenz oder psychischen Erkrankungen liebevoll versorgt. Vorrangig leben dort Bewohner*innen mit den Pflegegraden zwei bis drei, doch auch Klient*innen mit höheren Pflegegraden finden hier ein neues Zuhause in familiärer Atmosphäre.



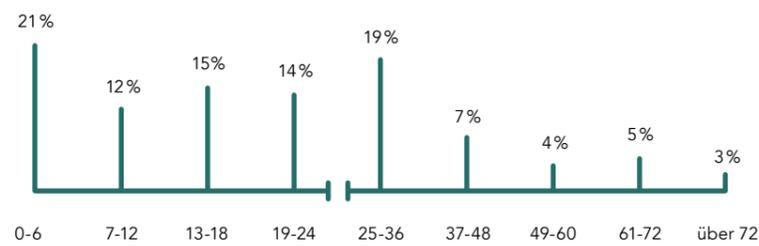
Altersverteilung (in Jahren)

Knapp die Hälfte der Bewohner*innen ist im Durchschnitt **81,5 Jahre alt**, doch auch pflegebedürftige Menschen jüngeren Alters ziehen in „Unser kleines Heim“ ein. Diese Vielfalt hinsichtlich des Alters ist charakteristisch für all diese betreuten Wohngemeinschaften und ist auch ein Grund für ihre hohe Akzeptanz als Alternative zum klassischen Pflegeheim.



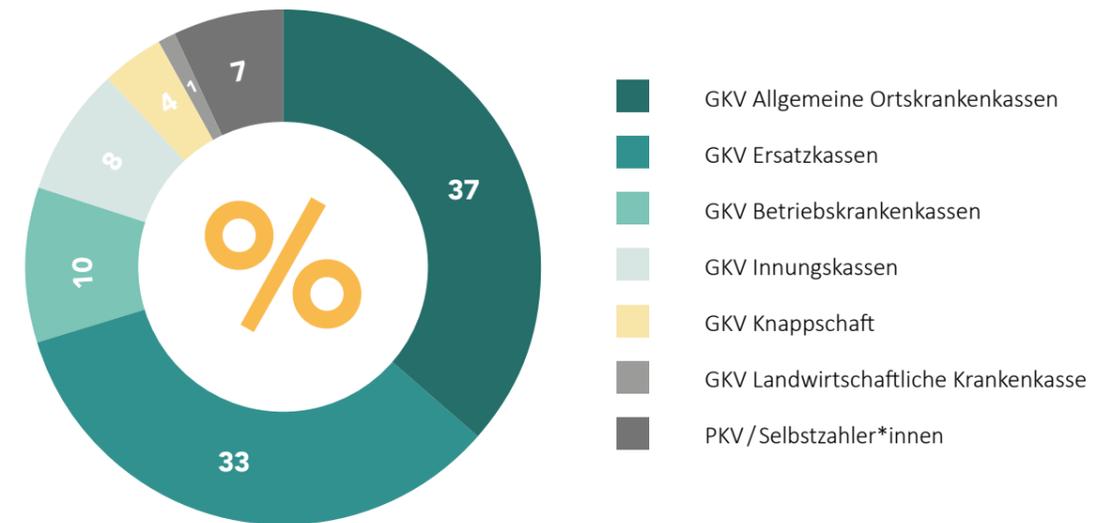
Versorgungsdauer (in Monaten)

Die Klient*innen in den betreuten Wohngemeinschaften erhalten nicht nur hervorragende Pflege und viele Angebote, um sich fit zu halten, sie können auch eine Fülle von Beschäftigungsangeboten wahrnehmen und sind weiterhin inmitten der Gesellschaft. Im Juni 2023 lebten die Klient*innen durchschnittlich schon **25 Monate** in „Unser kleines Heim“.



WOHNGEMEINSCHAFTEN „UNSER KLEINES HEIM“ LEISTUNGSTRÄGER

Die Bewohner*innen von »Unser kleines Heim« waren bei diesen Leistungsträgern versichert.



560

Rund 560 Senior*innen genießen einen sorglosen Alltag in 40 Wohngemeinschaften „Unser kleines Heim“. Sie erhalten dort eine qualitativ hochwertige Rundumversorgung und werden bei der Pflege ihrer sozialen Kontakte unterstützt. „Unser kleines Heim“ ist ein familiärer Ort mit gelebter Normalität.



FÜR DEN ÜBERGANG

Kurzzeitpflege

Falls jemand nach einem Krankenhausaufenthalt nicht sofort in die eigene Wohnung zurückkehren kann, gibt es die Möglichkeit, Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Das ist dann der Fall, wenn beispielsweise die pflegenden Angehörigen im Urlaub sind, wenn die Wohnung umgebaut wird oder man nur vorübergehend Pflege benötigt.

Für solche Fälle gibt es die Kurzzeitpflege „Haus Noah“ in Hiddenhausen-Oetinghausen, wo vorübergehend eine Versorgung über 24 Stunden möglich ist. In der farbenfroh gestalteten Einrichtung stehen 22 Einzelzimmer mit eigenem Bad zur Verfügung. Aber weil Pflege so viel mehr ist, gibt es neben den Pflege- und Betreuungsangeboten sowie den frisch zubereiteten Mahlzeiten viel Abwechslung. Hierfür gibt es im „Haus Noah“ gemütliche Gemeinschaftsbereiche, einen Wintergarten, eine Terrasse und einen großen Sinnesgarten. Man kann dies alles auch mit seinen An- und Zugehörigen genießen, die jederzeit willkommen sind.

47 Klient*innen wurden in der Kurzzeitpflege im Juni 2023 betreut.

TAGSÜBER IN GESELLSCHAFT

Tagespflege

Tagespflege ist für Senior*innen aller Pflegegrade geeignet, die zwar noch zuhause leben, die aber tagsüber ganz allein wären, weil beispielsweise die pflegenden Angehörigen berufstätig sind. Der Umzug in eine stationäre Einrichtung kann durch Tagespflege vermieden oder hinausgezögert werden. Das Pflegeteam umfasst examinierte Pflegekräfte, Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte.

Im Rahmen der Tagespflege haben die Gäste täglich Menschen um sich und können sich mit anderen austauschen. Das Angebot ist auch ideal für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Es gibt in der Tagespflege gemeinsames Frühstück, Mittagessen, Kaffee oder andere Getränke am Nachmittag. Für Abwechslung sorgen tägliche Beschäftigungsangebote wie Gedächtnistraining, Bewegungsübungen, Unterhaltung, Kochen und Backen, kreatives Gestalten, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Feste im Haus, gemeinsames Singen, Spaziergänge, Gartenarbeit, der Besuch von Vierbeinern oder der Tierpflege. Die Tagesgäste machen Ausflüge und werden in ihrer Selbständigkeit gefördert.

Seit März 2023 lädt die Tagespflege „Haus pro.cura“ in Münster jeden dritten Samstag zu einem Nachbarschafts-Frühstück

ein. Senior*innen aus dem näheren Umkreis können sich umsehen, Gäste in der Tagespflege kennenlernen und miteinander Spaß haben. Um auf das Frühstück aufmerksam zu machen, werden vorab Flyer in Briefkästen und Geschäften verteilt. Das Motto lautet: „(Kostenlos) Frühstück – Klönen – Austauschen, und einfach eine gute Zeit haben!“ Die Mitarbeitenden entwickeln immer wieder originelle Ideen für Gemeinschaftsaktivitäten. So wird der Besuch der Hunde Saphira und Happy zum Anlass genommen, eigene Geschichten und Erfahrungen mit Hunden zu erzählen, oder es wird mit Luftballons im Kreis Federball gespielt. Das Schweben der Luftballons wird von leiser Musik im Hintergrund begleitet. Oder es gibt einen Motto-Nachmittag zum Thema „Kopfbedeckungen“. Oft kommt Herr Menzel, ein Lehrer für Musik und Sport, vorbei, der Jazz und Swing liebt. Der begeisterte Saxophonist gab beispielsweise am 4. Juni 2023 ein kleines Konzert für die Tagesgäste. In den sozialen Medien sind viele Berichte darüber zu finden, wie liebevoll die Tagesgäste betreut werden, wie hoch es dort manchmal hergeht und wie viel gemeinsam gelacht wird.

Die **DF** verfügt über neun Tagespflegeeinrichtungen, in denen 335 Klient*innen zu Gast sind.





MASSGESCHNEIDERT

Service-Wohnen

In der eigenen Wohnung leben, den Alltag selbst organisieren und dabei jederzeit auf Hilfen zugreifen können, sind die Vorteile von Service-Wohnen und betreutem Wohnen. Die Menschen leben in einer Mietergemeinschaft, die sich kaum von einem normalen Mietshaus unterscheidet. Mitarbeitende für Haustechnik und Service sorgen für Sicherheit.

Da seit dem zweiten Halbjahr 2022 der Pflegedienst pro.cura zur Bonitas Pflegegruppe gehört, ist das Segment Service-Wohnen bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE gewachsen. Es ist eine passgenaue Versorgungsform, die so viel Selbstständigkeit wie möglich und so viel Hilfe wie nötig bietet. Der Charme liegt in der großen Flexibilität, denn bedarfsgerecht lassen sich verschiedene Leistungen beliebig buchen, erweitern oder wieder abbestellen. Dabei kann es sich um kurzfristige Hilfe, zum Beispiel bei einer akuten Erkrankung, oder auch um langfristige Begleitung handeln. Die Leistungen der ambulanten Alten- und Krankenpflege müssen allerdings ganz normal beantragt werden. Mit einem 24-Stunden-Hausnotruf ist bei pro.cura immer jemand erreichbar. Auch für einen abwechslungsreichen Alltag sorgt der Pflegedienst. So können die Bewohnenden zweimal in der Woche Aktivitäten in Gemeinschaft oder allein nutzen. Service-Wohnen ist ein Beitrag, um Einsamkeit im Alter erst gar nicht aufkommen zu lassen. Für das pro.cura-Servicewohnen stehen Einzelpersonen und Ehepaare in Münster Mauritz 60, in Sendenhorst 36 barrierefreie Wohnungen zur Verfügung. In Bielefeld gibt es seit April 2022 35 barrierefreie Wohnungen, jeweils mit Einbauküche und ebenerdiger Dusche. Die Wohnungen erstrecken sich über vier Etagen in einem zentral gelegenen Gebäude. Seit September 2022 ist es auch im Bielefelder Westen möglich, in eine der 35 barrierefreien Wohnungen mit einem „Plus“ an Sicherheit einzuziehen.

GANZHEITLICH GEPFLEGT

Menschen Kontakte zu ermöglichen, ist der erste Schritt, um sie vor Einsamkeit im Alter zu bewahren. Die Alten- und Krankenpflege bietet hierfür viele Möglichkeiten, welche bei der **DF** ausgiebig genutzt werden, um die Qualität der Pflege zu steigern.

„Je nach individuellen Bedürfnissen und Begebenheiten kann die Lösung gegen Vereinsamung ganz unterschiedlich ausfallen. Beispielsweise der tägliche Besuch der Hauskrankenpflege in den eigenen vier Wänden, die Tagespflege, der Spaziergang mit einem Therapeuten oder der Einzug in eine Pflege-WG.“
Sören Hammermüller, COO

Bei einer pflegerischen Versorgung von hoher Qualität geht es neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen (Grundpflege) und Behandlungspflege darum, die Menschen zu aktivieren und so selbstständig wie nur möglich zu machen. Im Rahmen der Alten- und Krankenpflege werden die Menschen darin unterstützt, ihre Alltagsroutinen wieder besser und eigenständig zu bewältigen und über Beschäftigungsangebote werden die Angehörigen entlastet. Hierfür setzt die **DF** erfahrene und für ihre Tätigkeit geschulte Mitarbeitende ein. Da es sich nicht um pflegerische Tätigkeiten handelt, können solche Aufgaben auch Pflegehelfer*innen und Betreuungskräfte übernehmen. Bei der **DF** sind diese zur ganzheitlichen Betreuung in Wohngemeinschaften oder Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit Begeisterung dabei. Und oft geht es um Glücksmomente wie diesen:

„Marcus, der von unserem Dienst ‚Animus‘ versorgt wird, ist normalerweise auf einen Rollstuhl angewiesen. Er liebt es aber, hin und wieder in den Schaukelstuhl zu wechseln. Auch wenn es Kleinigkeiten sind, gehen wir individuell auf die Wünsche unserer Klient*innen ein und freuen uns, ihnen ein Lächeln ins Gesicht zu zaubern.“

Mit den älteren Menschen trainieren die Pflegehelfer*innen und Betreuungskräfte Alltagskompetenzen wie die Essenszubereitung, das Tischdecken, die Wäscheversorgung und die Pflege von Zimmerpflanzen. Sie fördern die Kommunikation und führen mit ihnen Bewegungsübungen durch, um die Mobilität zu erhalten. Ein wichtiger Bereich ist die an der individuellen Biografie orientierte Begleitung, wie zum Beispiel das Vorlesen aus der Zeitung oder einem Buch und das Anlegen eines Lebens- oder Erinnerungsbuches. Eine große Rolle spielen die Musik und das Singen, das Vortragen von Gedichten, das Malen von Bildern sowie ein ganzheitliches Gedächtnistraining. Auch die Begleitung im Alltag wird gerne genutzt.



„Unser Klient Conny hat kürzlich seinen 70. Geburtstag gefeiert. Als Geschenk wünschte er sich, seinen geliebten Ort, den botanischen Garten in Gütersloh, noch einmal zu besuchen. Bei strahlendem Wetter haben wir am Samstag einen Ausflug dorthin gemacht und gemeinsam mit seiner Ehefrau und einigen Freunden die Parkanlage erkundet.“

Die Möglichkeiten der sozialen Betreuung sind vielfältig, wobei es auf die individuellen Vorlieben ankommt. Wer schon immer Hunde, Katzen, Kaninchen oder Vögel mochte, freut sich über jede Gelegenheit, Tiere zu streicheln, zu füttern und zu versorgen. So ist beispielsweise Betreuungskraft Michaela mit ihrem Pomeranier Jaimy in „Unser kleines Heim“ im Seniorenwohnpark von Plettenberg stets herzlich willkommen.

Für eine möglichst ganzheitliche Versorgung sind Netzwerkpartner in der jeweiligen Region, die gegebenenfalls bereit sind, zu den Menschen nach Hause oder in die Wohngemeinschaften zu kommen, wichtig. Neben Haus- und Fachärzt*innen, Therapeut*innen unterschiedlicher Fachrichtung, Logopäd*innen und Hilfsmittelversorgern sind das vor allem medizinische Fußpfleger*innen, Frisör*innen sowie ehrenamtlich Helfende. In der Kunst, vielfältige Netzwerkpartner für die Gestaltung der ganzheitlichen Versorgung zu begeistern, ist die **DF** sehr erfolgreich.

EIN LÖFFEL SAHNETORTE

Frau S. kam vor knapp einem Jahr zur Pflege zu uns in die Bonitas Pflegegruppe. Durch einen Schlaganfall war sie aus ihrem bisher selbstständigen Leben gerissen worden. Der Apoplex hatte schwerwiegende Folgen: die Lähmung einer Körperhälfte, Verlust des Sprechvermögens und Schluckbeschwerden. Das Krankenhaus sah keinen Sinn mehr für eine Rehabilitation. Deshalb kam Frau S. mit einer Ernährungssonde zur Krankenpflege. Sie konnte weder sprechen, schlucken, sich bewegen noch kommunizieren. Laut Klinik sollten wir sie palliativ versorgen.

Unsere Pflegenden beschäftigten sich so eingehend mit Frau S., dass sie sich mit ihr nach einigen Wochen verständigen konnten. Vor allem lachte Frau S. viel. Sie half, so gut sie konnte, bei der Versorgung mit und war guter Dinge. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt wurde Frau S. nicht mehr palliativ versorgt, sondern erhielt nun therapeutische Unterstützung durch Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. Das Pflegeteam kümmerte sich darum, dass sie einen Pflegerollstuhl und einen Patientenlifter erhielt. Nach wenigen Wochen konnten die Pflegenden Frau S. in ihren Rollstuhl und auch wieder in die Dusche mobilisieren. Mit Unterstützung ihrer Logopädin erlernte sie wieder das Schlucken und begann, Mahlzeiten selbstständig zu essen und auch zu trinken. Und wie sie das genoss! Manchmal wurde sie richtig ungehalten, wenn es nicht noch mehr zu essen gab.

Genauso liebte sie die Sonne und Gesellschaft. Wir haben sie oft mit nach draußen und auch mit ins Dienstzimmer genommen. Immer lächelte sie uns an und schien sehr aufmerksam unseren Gesprächen zu folgen. Immer wieder versuchte sie, mit uns zu kommunizieren, indem sie nickte oder auch versuchte zu sprechen. Ganz besonders liebte sie unseren WG-Hund. Wenn er auf ihrem Schoß lag, kraulte sie ihn liebevoll. Leider baute Frau S. dann doch rapide ab.

Jetzt lassen wir sie in Frieden gehen und haben trotzdem dieses eine Gefühl, für sie alles getan zu haben. Wir konnten ihr noch ein schönes Jahr bereiten und sie glücklich machen.

Weil Pflege so viel mehr ist, geht es oft nur um Momente wie diese, die den Pflegenden so viel Freude zurückgeben: „Sieht man in die strahlenden Augen von Frau S., wenn sie zum Beispiel mit Hochgenuss einen Löffel Sahnetorte isst, reicht das aus, um zu wissen, warum wir das jeden Tag machen.“



WENN EIN LEBEN ZU ENDE GEHT

Die DEUTSCHE **FACHPFLEGE**, die im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege als auch im Rahmen der Alten- und Krankenpflege palliative Versorgung anbietet, folgt den Grundsätzen der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ aus dem Jahr 2010. In Bielefeld Sennestadt hat die Bonitas Pflegegruppe auf Anregung und Unterstützung durch Tanja Spittler seit 2009 einen Palliativ-Pflegedienst. Er arbeitet mit dem Palliativ-Konsiliardienst und dem Ärztenetz Bielefeld zusammen. Der Palliativ-Pflegedienst (PPD) war der erste und zunächst einzige in Bielefeld; inzwischen gibt es von anderen Trägern drei weitere. Die vier Dienste haben sich sektoral aufgeteilt. Der PPD ist für den Bielefelder Süden zuständig und arbeitet eng mit den Hausärzt*innen, den Koordinator*innen sowie den Palliativärzt*innen des Konsiliardienstes zusammen.

Das Bielefelder Modell der Bonitas Pflegegruppe ist etwas Besonderes, weil die Palliativversorgung im Rahmen der Tourenpflege, also in einem sehr kleinen Rahmen, stattfindet. In den anderen Regionen kommt zusätzlich zum „normalen“ ambulanten Pflegedienst das Team der „Spezialisierten ambulante Palliativversorgung (SAPV)“. „Das sind in dieser sehr intimen Situation des Sterbeprozesses und in einer kurzen Zeitspanne sehr viele neue Menschen, auf die sich ein sterbender Mensch und die Angehörigen einstellen müssen“, sagt Bereichsleiterin Johanna Birkel, die fast von Anfang im PPD mitarbeitet.

Das Team, das seit 2021 Irina Parschukow leitet, besteht aus sechs Mitarbeitenden, die über ein dreijähriges Examen und die Weiterbildung zur Palliativ-Care-Fachkraft verfügen. Mindestens genauso wichtig wie die Fachkompetenz sind Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit zur sensiblen Gesprächsführung über Themen am Lebensende, betont Johanna Birkel. Sie sagt: „Die Wünsche der Klient*innen haben oberste Priorität. Wir unterstützen jeden Menschen darin, die verbleibende Zeit in gewohnter Umgebung und in Würde so gut wie möglich zu verbringen und zu nutzen.“

Zwei Wochen nach dem Tod führt das Team mit den Hinterbliebenen ein Nachgespräch, um zu erfahren, wie sie mit der Situation zurechtkommen. Gegebenenfalls erhalten sie weitere Unterstützungsangebote. So kann zum Beispiel der Kontakt zu Trauerbegleiter*innen oder anderen Beratungsstellen hergestellt werden.

Im Berichtszeitraum begleitete das Team des Palliativ-Pflegedienstes 101 Menschen auf ihrem letzten Weg.

“

Wir sind für die Herausforderungen der Pflegebranche auch in Zukunft sehr gut aufgestellt, weil wir viel Energie und Ressourcen in ein wegweisendes Qualitätsmanagement investieren.

Daniel Klein, Geschäftsführer CEO

”



QUALITÄTSMANAGEMENT

Ohne hervorragendes Management ist Pflege von hoher Qualität nicht möglich. Deshalb hat die DEUTSCHE **FACHPFLEGE** ein gruppenübergreifendes Qualitätsmanagement etabliert, das auf der Basis von gemeinsamen Initiativen in den vergangenen 12 Monaten weiterentwickelt wurde. Die Initiativen, die das Qualitätsmanagement auf den Weg gebracht hat, werden in der Form eines Hexagons gezeigt. Jedes dieser Qualitätsthemen ist ein Bindeglied zwischen den drei Pflegegruppen und jeder Fortschritt bei einer Initiative ist ein weiterer Baustein, den Pflegeverbund zu stärken.

DIE FÜHRENDEN KÖPFE

Das gemeinsame Qualitätsmanagement des Pflegeverbundes, das im Mai 2022 inhaltlich neu aufgestellt wurde, verantwortet **Sören Hammermüller**, COO der **DF** und Geschäftsführer der Bonitas Pflegegruppe.

Sein Ziel ist es, im Kontext des Qualitätsmanagements der **DF** das Thema Versorgungsqualität in die deutschlandweite Versorgungsrealität zu übertragen. Eines seiner Hauptanliegen ist es, angesichts des Pflegenotstands das Berufsbild der professionellen Pflege zukunftsfähig machen. Ein interdisziplinärer Mix, bei dem Personen mit verschiedenen Qualifikationen im Bereich Pflege bis hin zur hochmotivierten Hilfskraft zusammenarbeiten, erhöht nicht nur die Attraktivität der Pflege, sondern steigert die Qualität einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung. Wenn neue, nachhaltige Versorgungskonzepte in der ambulanten Pflege etabliert werden, kann dies der Pflege einen enormen Schub geben. Die Beschäftigung mit innovativen Themen hat in der **DF** deshalb einen hohen Stellenwert. So werden beispielsweise Impulse, welche die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) gegeben hat, gerne aufgegriffen. Diese Aktion war im Juli 2018 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ins Leben gerufen worden, um den Arbeitsalltag von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern. Im Februar 2023 wurde die Studie „Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege“ vorgelegt, am 12. Mai 2023 folgte der Abschlussbericht der Studie zur „Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“. Solche wissenschaftlichen Impulse werden analysiert und es wird geprüft, inwieweit sie implementiert werden können. „Erfreulich ist es“, so Sören Hammermüller, „wenn man erkennt, dass wir in der **DF** schon vieles davon umgesetzt oder in Angriff genommen haben.“

Das gruppenübergreifende Qualitätsmanagement wurde in vier regionale Unternehmensbereiche aufgeteilt, die von Viktoria Fahlbusch, Doris Scheffer, Vanessa Noell und Denise Wittmann geleitet werden.

Doris Scheffer ist examinierte Krankenschwester. Seit mehr als 10 Jahren leitet sie das Qualitätsmanagement der Bonitas Pflegegruppe und besucht jährlich Einrichtungen und Wohngruppen. Die Bereichsleiterin verantwortet die Bonitas Pflegegruppe.

Viktoria Fahlbusch ist examinierte Kinderkrankenschwester und Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege mit langjähriger Erfahrung auf den pädiatrischen Intensivstationen der medizinischen Hochschule Hannover. Die Pflegedirektorin verantwortet die Gesellschaften der BIPGruppe.

Vanessa Noell ist examinierte Altenpflegerin und Auditorin. Sie arbeitet in der Pflegedirektion und leitet das Qualitätsmanagement der bipG VOR ORT. Sie führt Audits durch, begleitet die Digitalisierung der Betriebe und verantwortet die Gesellschaften der bipG VOR ORT.

Denise Wittmann ist examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Pflegemanagerin. Sie leitet die Region Süd der Deutschen Fachpflege Gruppe (DFG) und begleitet die Gesellschaften bei externen Prüfungen. Im gruppenübergreifenden Qualitätsmanagement verantwortet sie die Deutsche Fachpflege Gruppe (DFG).

Gruppenübergreifender Projektmanager der vier QM-Bereiche der **DF** ist der Betriebswirt **Ulrich Mengel** (International MBA), der zuvor über viele Jahre in der Strategieberatung mit Fokus auf Konzeption und Umsetzung operativer Verbesserungsprojekte tätig war.

„In einem großen Pflegeverbund wie der DF war es möglich, das Qualitätsmanagement auf eine neue Stufe zu heben.“

*Dr. h. c. Lutz Stroppe,
Mitglied des Fachbeirats der DF*



WEIL
PFLEGE
SO
VIEL
MEHR
IST.



“ Es kommt nicht darauf an, die Zukunft vorauszusehen, sondern auf die Zukunft vorbereitet zu sein.

*Perikles,
griechischer Staatsmann,
493-429 v. Chr.*



Die Qualitäts- und Hygienehandbücher enthalten Verfahrensanweisungen hinsichtlich des Schutzes vor multiresistenten Erregern (MRE) und des adäquaten Umgangs mit Druckgeschwüren.
(siehe auch Seite 34)

Unabhängiger medizinischer Berater im Bereich der Qualitätssicherung ist PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld. Der leitende Arzt für IMC/Beatmung/Weaning im Querschnittgelähmten-Zentrum des BG Klinikums Hamburg ist seit 2008 auch ärztlicher Qualitätsmanager mit Assessorentätigkeit für die European Foundation for Quality Management (EFQM). Das EFQM-Modell gibt es seit mehr als 30 Jahren und Tausende von Organisationen auf der ganzen Welt arbeiten damit. Sven Hirschfeld unterstützt und berät mit seiner Expertise das Qualitätsmanagement des Pflegeverbundes. Um einen Eindruck zu gewinnen, begleitet Sven Hirschfeld zum Beispiel das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) bei Visiten in den Wohngemeinschaften.

Den vier Leitungskräften im Qualitätsmanagement sowie Ulrich Mengel und Sven Hirschfeld ist es gelungen, dass die Pflegedienste im Bereich Qualitätsmanagement hervorragend zusammenarbeiten. Sie vereint bei der Weiterentwicklung des gruppenübergreifenden Qualitätsmanagements ein gemeinsames Verständnis von Qualität, wie es auch im Pflegeleitbild der **DF** beschrieben wird. Doris Scheffer, Viktoria Fahlbusch, Denise Wittmann und Vanessa Noell arbeiten kontinuierlich in verschiedenen Qualitätszirkeln mit. Das Team des gruppenübergreifenden Qualitätsmanagements besteht inzwischen aus 50 hervorragenden Mitarbeitenden. Da diese vielfach aus den eigenen Reihen kommen, haben sie eine hohe Akzeptanz bei den Pflegenden. Das Ziel der **DF**, eine bestmögliche qualitative Versorgung zu gewährleisten, kommt so bei jeder einzelnen Pflegekraft an.

Das Qualitätshandbuch und weitere QM-Sicherungsmaßnahmen

Das Team für das Qualitätsmanagement schreibt seit April 2022 ein Qualitätshandbuch für die gesamte Gruppe. Das Redaktionsteam besteht aus 20 Fachleuten, die für spezielle Bereiche Arbeitsgruppen bilden, um die Inhalte zu erarbeiten. Die Expert*innen wechseln themenbezogen. Sie begleiten mit PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld und dem Projektteam die Gesamterarbeitung aller Inhalte. Beispielsweise widmete sich das Team von Juli bis August 2023 der Integration von Handlungsempfehlungen. Ab Herbst 2023 sollen die Expertenstandards vereinheitlicht werden.

Hygiene ist ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Es gab bis vor Kurzem viele einzelne Hygienehandbücher, die während der Corona-Pandemie teilweise wöchentlich ergänzt und aktualisiert wurden, und das von mehreren Mitarbeitenden, welche für die verschiedenen Fachgesellschaftsgruppen im Regelfall vergleichbare Tätigkeiten ausübten. Inzwischen wurde das gesamte Knowhow gesichtet. Ein Projektteam erarbeitete die Inhalte und traf sich zu regelmäßigen Arbeitssitzungen. Nun ist das Hygienehandbuch als Teil des QM-Handbuchs fertig. Nach abschließender Prüfung durch PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld wird es nutzerfreundlich aufbereitet und digital zur Verfügung gestellt.

Das gesamte Qualitätshandbuch befindet sich noch in der Entwicklung. Allein die Vorarbeit beansprucht viel Zeit, da rund 50 QM-Handbücher aus den einzelnen Gesellschaften zusammengeführt werden müssen. All diese

Bücher sind inhaltlich sehr gut, sodass das neue QM-Handbuch auf diesem großen Erfahrungsschatz basieren wird. „Das einheitliche QM-Handbuch ist Weiterentwicklung pur“, sagt Doris Scheffer. Dadurch werden nicht nur deshalb Ressourcen gebündelt, weil man sich nicht mehr auf 50 einzelne Bücher beziehen muss, auch die gemeinsame Arbeit wird nachhaltiger. Die einzelnen Fachgruppen, die sich zu speziellen Themen gebildet haben, werden nach getaner Arbeit nicht aufgelöst, sondern arbeiten weiter, denn das QM-Handbuch wird in regelmäßigen Abständen überarbeitet und aktualisiert. Für die Pflegenden ist es die wichtigste Arbeitsgrundlage, nach der sie sich im beruflichen Alltag richten.

In die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“ (MuG ambulant) wurde das Kapitel 6 „Maßnahmen in Krisensituationen“ eingefügt. Demnach müssen nun Krisen- und Notfallkonzepte vorgehalten werden. Folgende Beispiele zeigen, wie sich der Pflegeverbund auf Krisen eingestellt hat, damit die Klient*innen weiterversorgt und geschützt werden können.

Krisenmanagement „Stromausfall – Blackout“

Unter dem Sinnspruch von Perikles: „Es kommt nicht darauf an, die Zukunft vorauszusehen, sondern auf die Zukunft vorbereitet zu sein“ erstellte das Qualitätsmanagement unter der Federführung von Vanessa Noell für den Verbund das Handbuch Krisenmanagement „Stromausfall – Blackout“, in dem detailliert die Auswirkungen eines Stromausfalls auf die Versorgung in Pflegeeinrichtungen gezeigt werden. Die Vorbereitungen auf einen der-

artigen Krisenfall sind wichtig, um von einem Blackout nicht überrascht zu werden. Hierfür gibt es im Handbuch neben einer Checkliste Hinweise und Informationen. Im Verbund sind ein „Krisenstab Stromausfall – Blackout“ sowie eine Arbeitsgruppe „Stromausfall – Blackout“ etabliert. Neben der Erhebung des IST-Zustandes wurde eine Liste der notwendigen Ausstattung für einen Blackout erstellt. Aufgelistet sind darin zum Beispiel Boxen zum Aufbewahren von Materialien, Batterien, Stirnlampen und Handabsaugpumpen. Entsprechende Schulungen für die Krisenvorsorge bei Stromausfall in der Einzelversorgung oder in einer Wohngemeinschaft werden durchgeführt und entsprechende Verfahrensanweisungen liegen vor. Zudem wurden alle Wohngemeinschaften für Intensivpflege mit einem Notstromaggregat ausgestattet.

Vorsichtsmaßnahmen bei Hitze

Laut Hitzereport der DAK-Gesundheit hatten 20 % der Deutschen bereits Mitte Juni 2023 Gesundheitsprobleme durch Hitze. Laut Pressemitteilung der Krankenkasse vom 26. Juni 2023 lag der Anteil bei den Älteren ab 60 Jahre dabei mit 25 % doppelt so hoch wie bei den Jüngeren (12 %). Von denjenigen mit Hitzebeschwerden mussten 10 % eine Arztpraxis aufsuchen. Weitere 18 % gaben an, sie hätten auf einen Praxisbesuch verzichtet, wären aber besser zum Arzt oder zur Ärztin gegangen. Die steigenden Temperaturen belasten zunehmend auch die Klient*innen der **DF**, ob in Alten- und Krankenpflege oder in der Intensivpflege. Das Qualitätsmanagement hat deshalb eine Information über „Vorsichtsmaßnahmen bei Hitze und Erregern“ ausgearbeitet.

“ Der Hitzeschutz ist nicht nur Gesundheitsschutz für die Bevölkerung. Er ist auch Gesundheitsschutz für Pflegenden und deren Pflegenden. Wir müssen endlich ins Handeln kommen. Das heißt auch, den professionell Pflegenden Mitspracherecht und Handlungsautonomie zu geben. Ihre Kompetenzen gilt es auszubauen und zu nutzen. Der Profession kommt eine enorme Bedeutung beim Hitzeschutz zu.

Jana Luntz, Präsidiumsmitglied Deutscher Pflegerat, zum Hitzeaktionstag der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat, der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) am 14. Juni 2023



50

*Gemeinsam mit Sören Hammermüller, Geschäftsführer COO, sind vier Leitungskräfte für Qualität, ein Projektmanager sowie ein unabhängiger ärztlicher Berater für das Qualitätsmanagement des Verbundes tätig. Sie leiten ein Team von 50 Qualitätsmanager*innen.*



EINE ERFOLGSVERSPRECHENDE KOMBINATION

Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB)

„Medizinische Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege an geeignete Pflegefachkräfte delegiert werden können.“¹

Für die medizinische Behandlungspflege hat die **DF** seit 2020 ein eigenes Konzept für ein Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) entwickelt und 2021 etabliert. Es berät, unterstützt, schult, betreut in Einzelfällen auch psychosozial und ist 24/7 erreichbar. Auch stärkt es außerklinische ärztliche Netzwerk durch die Visitenstruktur mit zusätzlichen medizinischen Informationen, fördert den Einsatz von Telemedizin und stellt die Konformität mit den Anforderungen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) sicher. So ist das Fachteam geeignet, Weaningpotenzial zu detektieren, den oft langwierigen Weaningprozess in enger Kooperation mit Klinik und Fachmedizin zu begleiten sowie die nun erforderliche Potenzialerhebung zu unterstützen.

Das Projekt basiert auf dem Grundgedanken, dass die Qualität der intensivpflegerischen Versorgung deutlich gesteigert werden kann, wenn ein Fachteam regelmäßig in die Wohngemeinschaften und Einzelversorgungen kommt. Sein wissenschaftlicher Hintergrund ist eine Studie von Professor Harlan M. Krumholz (2013) über „Post-Hospital-Syndrome“, die zu dem Ergebnis kommt, dass etwa 20 % der älteren Menschen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, innerhalb von 30 Tagen erneut in die Klinik eingewiesen wurden. Dabei spielen neben den Grunderkrankungen vor allem die Komorbiditäten und eine zunehmende demografisch bedingte „Überalterung“ der Gesellschaft eine wichtige Rolle. Dieses sogenannte „Drehtür“-Phänomen war seit Mitte 2020 Thema des Qualitäts- und Überleitmanagements der **DF**. Es zeigten sich Parallelen hinsichtlich der Krankheitsbilder bei den Intensiv-Klient*innen, die ständig überwacht werden müssen, und den (Wieder-)Aufnahmegründen, die in der Krumholz-Studie genannt werden. Deshalb entwickelten Expert*innen der Gruppe ein Konzept, um Klient*innen, die gesundheitlich besonders fragil und vom Drehtür-Effekt bedroht sind, durch präventive Maßnahmen möglichst vor einer für sie oft belastenden Hospitalisierung zu bewahren. Es dient der Steigerung der Qualität der medizinischen Behandlungspflege durch einen einheitlichen Prozess für die Überleitung aus der Klinik und die außerklinische Versorgung.

¹ Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL, in der Fassung vom 19. November 2021, Seite 3

KERNERFOLGE²

- ✓ Team von 37 FmB-Mitarbeiter*innen aufgebaut
- ✓ Abdeckung von rund 92 % der Versorgungen erreicht³
- ✓ Rund 2.200 Visiten pro Monat absolviert
- ✓ Einbezug des FmB bei rund 200 Ereignissen⁴
- ✓ Über 100 unnötige Krankenseinweisungen vermieden

Das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) kann bereits bei der Verlegung aus dem Krankenhaus in eine Intensivpflege-Wohngemeinschaft mit einbezogen werden, indem es mit dem Klinikpersonal die Überleitung und Anschlussversorgung bespricht. Auch offene Fragen aus dem Überleitbogen können noch vor Überleitung geklärt werden und bei Bedarf kommt das Fachteam in die Klinik. Generell fördert es die multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller Expert*innen und Fachrichtungen. Die jeweiligen Pflegedienstleitungen, die darüber entscheiden, welcher Klient und welche Klientin übernommen werden kann sowie die Haus- und Fachärzt*innen werden in den Überleitprozess einbezogen. Falls erforderlich, werden auch andere Kliniken, Weaningzentren, Palliativärzt*innen, Therapeut*innen oder Wundmanager*innen einbezogen. Um einen nachhaltigen therapeutischen Erfolg zu erreichen, werden die Klient*innen und ihre An- und Zugehörigen eingebunden.

Noch zu wenig erforscht ist die Frage, in welchem gesundheitlichen Zustand die Patient*innen aus den Intensivstationen oder Reha-Kliniken entlassen werden. Dabei haben die Expert*innen der **DF** auch immer im Blick, dass die Klient*innen zwar optimal versorgt werden, aber die Pflegenden nicht überlastet werden.

Die erste Visite durch das FmB erfolgt nach Möglichkeit innerhalb der ersten fünf Tage nach Aufnahme.

Auf dem 29. Jahreskongress der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. vom 7. bis 9. September 2023 in Hamburg stellte Kevin Greck im Rahmen einer Ideenwerkstatt das FmB vor. Nach Prüfung durch eine unabhängige Jury kam der Beitrag auf Platz 2 von insgesamt 12 Einreichungen.

² Stand September 2023

³ Bis Ende 2023 Abdeckung zu mehr als 95 % geplant

⁴ Anruf, Televisite, vor Ort

“ In vielerlei Hinsicht zeigt das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) positive Auswirkungen, insbesondere für Klient*innen, Angehörige und Pflegende. Zudem entlastet es die Kliniken und die Krankenkassen. Die Vernetzung und die Zusammenarbeit des FmB mit Fachärzt*innen, Kliniken und Zentren ist die richtige Antwort auf die Vorgaben des GKV-IPReG.

Dr. med. Andreas Fiehn,
MBA, Mitglied des
Fachbeirats der **DF**





EIN MEILENSTEIN IM QM

Das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) der DF ist einzigartig in der deutschlandweiten Pflegelandschaft. Constantin Laverenz, Atmungstherapeut (DGP) und einer der Koordinatoren im FmB stellte die Arbeit des Fachteams am 30. März 2023 beim 63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) einem breiten Fachpublikum vor und stellte fest: „Bereits ein Jahr nach seiner Einführung zeigt der Einsatz des Fachteams positive Effekte.“

Monitoring und Visiten

Das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) auf Verbundebene verantwortet Sören Hammermüller (COO), Kevin Greck ist als Leiter des FmB für die Inhalte und die Durchführung zuständig. Unterstützt wird er von einem Expertenteam aus vier Koordinatoren, bei denen es sich um Spitzenkräfte der DEUTSCHEN **FACHPFLEGE** handelt. Deshalb sind sie und die Teammitglieder*innen kompetente Ansprechpersonen für Haus- und Fachärzt*innen. Dies hat bereits jetzt gemeinsame Arbeit im Interesse der Klient*innen erheblich erleichtert. Ajdin Telalovic, Koordinator Region Süd im Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB), Atmungstherapeut (Respiratory Therapist), Fachtherapeut für außerklinische Intensivpflege und Wachkoma, fasst die Bedeutung des Fachteams wie folgt zusammen:

„Mit der Projektentwicklung und regionalen Implementierung des Fachteams medizinische Behandlungspflege in den Versorgungen der **DF** wurde ein bedeutender Schritt in der Versorgung unserer Klient*innen erreicht. In diesem Team zu arbeiten, macht große Freude, insbesondere auch, weil man viel Zeit hat, um mit den Klient*innen zu arbeiten. Das Hauptziel, eine gute Versorgung der Klient*innen sicherzustellen, wird stets erreicht und erfüllt mich mit Stolz. Diese Projekterfolge spiegeln die Professionalität unseres Teams und die Effektivität unserer Arbeit wider.“

Das FmB setzt sich aus 37 interdisziplinären Pflegeexpert*innen der **DF** mit Weiterbildung „Anästhesie- und Intensivpflege“ und/oder Atmungstherapeut*innen zusammen. Waren laut letztem Unternehmens- und Qualitätsbericht im Pflegeverbund rund 20 Pflegefachkräfte in der Weiterqualifizierung zu Atmungstherapeut*innen bzw. Respiratory-Therapeut*innen (DGpW und DGP), so haben nun schon um die 50 Mitarbeitende ihren Abschluss gemacht. Nicht alle gehören dem FmB an, aber sie sind alle wichtig für die bedarfsgerechte Versorgung. Ihre Tätigkeit schildert Atmungstherapeutin Tania, die seit 2021 zum FmB gehört, wie folgt:

„Das Team aus Expert*innen und diese multiprofessionelle Arbeit steigert enorm die Qualität der Versorgung, worüber wir sehr glücklich sind. Nach Möglichkeit besuche ich mindestens einmal im Monat alle Klient*innen in meinen Versorgungen und schaue sie mir ganzheitlich an. Ich achte besonders auf die Beatmung und das Sekretmanagement, dafür erkundige ich mich beim Pflegepersonal und den Klient*innen, ob es Probleme oder Auffälligkeiten gibt. Außerhalb der Arbeitszeit bin ich während der Rufbereitschaft erreichbar und stehe immer zur Verfügung, falls Probleme auftauchen. Das Schöne am Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) ist, dass wir immer die Möglichkeit zur Weiterbildung haben.“



*Im September 2023 hatten bereits über 90 % der Intensiv-Klient*innen Zugang zum Fachteam. Bis Ende des Jahres ist eine Abdeckung aller Intensivversorgungen, sowohl 1:1 als auch in Wohngemeinschaften, zu mehr als 95 % geplant. Monatlich werden mehr als 2.200 Visiten durchgeführt. Das Fachteam kann per Anruf, Televisite und vor Ort kontaktiert werden. Die Leistungen des FmB sind kostenfrei und werden vom jeweiligen Pflegedienst getragen.*

FRÜHE INTERVENTION

Das Frühwarnsystem (FWS) ist ein standardisiertes Reaktionsschema, welches vom Fachteam medizinische Behandlungspflege initiiert wurde. Es modifizierte im Februar 2023 einen Bogen nach dem NEWS-2 (National Early Warning Score, ursprünglich entwickelt in England durch das Royal College of Physicians) für das Frühwarnsystem im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege. Es ist in der Branche einzigartig. Das FWS, ein auf die Bedürfnisse der Klient*innen in der außerklinischen Intensivpflege angepasstes Assessment zur klinischen Beobachtung, ist ein Pilotprojekt, das noch nicht im gesamten Verbund eingesetzt wird. Für teilnehmende Klient*innen gibt es einen Bogen, versehen mit Namen, Geburtsdatum, Beobachtungsjahr und Kalenderwoche.

Beobachtet werden die Vitalparameter nach Kategorien: Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und -gabe, Herzfrequenz, Bewusstsein/Psyche und akuter Schmerz (NRS). Parameter und Leitsymptome werden mindestens zwei Mal am Tag eingetragen unter Angabe des Datums und der Uhrzeit. Anhand der erhobenen Parameter wird ein Score abgeleitet, der bestimmt, ob und welche Maßnahmen zur Intervention eingeleitet werden müssen. Den Werten der einzelnen Parameter ist ein sogenannter Score (Punktwert) von 0 bis 3 zugeordnet: Der Score „0“ steht dabei für den „grünen Bereich“ und stellt den Normwert dar. Der Score „3“ stellt den „roten Bereich“ dar und ist im Einzelnen immer ein Notfall mit der Notwendigkeit, sofort Notfallmaßnahmen einzuleiten. Bei Überschreiten der Reaktionsschwellen werden Handlungsempfehlungen vorgegeben, damit individuelle Maßnahmen zeitnah eingeleitet werden können. Bei Notfällen wird jedoch immer ein*e (Not-) Ärzt*in alarmiert

Bei einem Gesamtscore von größer als 2 werden folgende Leitsymptome geprüft: Körpertemperatur und Blutdruck gemessen, sowie abgefragt, ob Übelkeit/Erbrechen, Kopfschmerz, Blässe und kalte Haut vorliegen.

Der Score dient nur als Leitfaden. Die fachliche Einschätzung sowie die Sicherheit der Klient*innen haben immer Vorrang! Für die Pflegenden vor Ort gibt die farbliche Gestaltung des Frühwarnbogens bereits Aufschluss.

Normwert-Bereich

Die Grenzwerte werden für jede*n Klient*in individuell durch das FmB in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt*innen und den Bezugspflegerkräften festgelegt. Sie bilden den grünen Normwert-Bereich.

Ermittlung des Gesamt-Scores

Eine Abweichung der einzelnen Parameter wird mit einem Score definiert. Die Summe der sechs Scores bildet den Gesamt-Score. Die Ermittlung erfolgt mindestens zweimal am Tag im Rahmen des Übernahmechecks und sollte nach dem Vier-Augen-Prinzip am Bett der Klient*innen erfolgen. Der Score wird zusammengezählt. Die Summe ergibt die notwendigen primären und sekundären Reaktionen. Erst ab einem Gesamt-Score von 3 Punkten ist der Bereich „Leitsymptome“ auszufüllen.

Reaktion

Die Reaktionsschwellen sind für jede*n Klient*in individuell. Je nach Gesamt-Score sind unterschiedliche Reaktionen erforderlich. Primäre Reaktionen sind umgehend erforderlich, sekundäre Reaktionen sollten zeitnah nach den primären Reaktionen umgesetzt werden. Die eingeleiteten Maßnahmen werden ab einem Gesamt-Score von 3 Punkten jeweils nach 30 und 60 Minuten mit Hilfe des FWS evaluiert und sind in der Pflegedokumentation festzuhalten. Der Kontakt zum FmB wird in der entsprechenden Zeile mit J (Ja) oder N (Nein) dokumentiert. Diese Vitalwerte werden verschlüsselt durch eine künstliche Intelligenz verarbeitet, die gleichzeitig das Risiko eines Zwischenfalls auf Basis eines ständig lernenden Algorithmus ermittelt (mehr dazu auf Seite 129).

Bei Fragen zum Score sind die zuständigen FmB-Mitarbeiter*innen rund um die Uhr erreichbar. Wenn erforderlich, stellt das FmB Kontakt zu Facharzt*innen via Telemedizin her. So konnten Zwischenfälle direkt stabilisiert werden. Der Anteil an niedrigen Reaktionswerten zwischen 0 und 2 ist hoch. Dieser konnte gezielt durch das FmB behandelt werden.



3,3%

Anteil der Stunden in der Klinik

Schnelle Hilfe, weniger Krankenhausaufenthalte

Krankenhausaufenthalte sind in der ambulanten Versorgung ein viel diskutiertes Thema und Intensiv-Klient*innen, die oft schon viele Monate in Kliniken verbringen mussten, empfinden diese als Belastung. Allein der Krankentransport stellt ein Problem dar, weil nicht alle Krankentransportwagen die entsprechenden Vorrichtungen haben, um sicher ein Beatmungsgerät mitzunehmen. Auch befürchten Intensiv-Klient*innen die Ansteckung mit multiresistenten Keimen. Dennoch ist es immer wieder notwendig, dass sich insbesondere Menschen mit Beatmung und/oder Trachealkanüle in eine Klinik begeben, um dort die Beatmungseinstellungen überprüfen zu lassen. Im Zuge des GKV-IPReG werden die notwendigen Klinikaufenthalte zunehmen, die oft von langer Hand vorbereitet werden.

Neben diesen geplanten Krankenhausaufenthalten werden Klient*innen in eine Klinik aufgenommen, wenn eine gesundheitliche Krise oder ein Notfall eingetreten ist. Insbesondere über das FmB wird versucht, diese sogenannten ungeplanten Stunden im Krankenhaus zu vermeiden.

Wie im Vorjahr liegt der Anteil der Stunden im Krankenhaus bei 3,3 %.

Diese Quote konnte trotz zunehmender Schwere der Erkrankungen der Klient*innen, wie dies beispielsweise die gestiegene Anzahl der Nebendiagnosen zeigt, konstant bei 3,3 % gehalten werden. Möglich wurde dies vor allem dank des Einsatzes des Fachteams für medizinische Behandlungspflege (FmB), das im Rahmen von Visiten und Rufbereitschaft zur Verfügung steht und unterstützt.

MIT SYSTEM

Interne Qualitätsprüfungen

100

Im ersten Halbjahr 2023 wurden über 100 Audits durchgeführt.

Nachdem sich das Audit-Konzept der Bonitas Pflegegruppe bewährt hat, wurde es im Zuge des Ausbaus des gruppenübergreifenden Qualitätsmanagements in der gesamten DEUTSCHENFACHPFLEGE ausgerollt. Für die internen Audits nehmen die auditierenden Personen die Rolle verschiedener Prüfbehörden, zum Beispiel des Medizinischen Dienstes, der Heimaufsicht und des Gesundheits- und/oder Veterinär-amts ein. Maßgeblich sind die geltenden Richtlinien. Auf deren Grundlage wurden die Leitfäden und Checklisten für die internen Audits in den Bereichen außerklinische Intensivpflege sowie Alten- und Krankenpflege entwickelt.

Im Berichtszeitraum wurde für die ambulante Intensivpflege eine neue Audit-Struktur entwickelt. Gemeinsam und über alle Pflegegruppen wurde ein Audit Template geschaffen, das aus einem Leitfaden und aus Checklisten besteht. Nun führen Expert*innen des Qualitätsmanagements bereits flächendeckend und in allen vier Unternehmensbereichen die internen Audits durch. Sie überwachen die Qualitätssicherung in den Gesellschaften dieser vier Bereiche. Jede Gesellschaft wiederum hat mindestens eine Person, die für das Qualitätsmanagement beauftragt ist. Meist führen diese die internen Audits durch und werden von einer der vier übergeordneten Qualitätsmanagerinnen begleitet. Ziel ist es, pro Jahr in jeder Gesellschaft ein Audit durchzuführen. Bei größeren Gesellschaften soll möglichst einmal pro Jahr in jeder Wohngemeinschaft und stichprobenartig in Einzelversorgungen ein Audit vorgenommen werden.

Audit-Instrument für die Alten- und Krankenpflege

Das Audit-Instrument für die Alten- und Krankenpflege gibt es schon länger und wurde bislang vorrangig in der Bonitas Pflegegruppe eingesetzt. Mindestens einmal im Jahr wird in jeder Wohngemeinschaft sowie in jeder Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtung ein internes Audit durchgeführt. Bei Bedarf, bei Leitungswechsel oder nach Neugründung finden auch mehrmals im Jahr solche Audits statt. Zudem prüft eine Leitungskraft persönlich einmal pro Quartal jede Einzelversorgung, auch in der außerklinischen Intensivpflege.

Ein wichtiger Aspekt der internen Audits ist die regelhafte Abfrage der Zufriedenheit der Klient*innen sowie ihrer Angehörigen. Die Ergebnisse der Audits werden ausgewertet. Werden Mängel festgestellt, werden diese zeitnah behoben. Diese Form der engmaschigen Kontrolle durch interne Audits gehört zu den Qualitätsmerkmalen der **DF**.

Interview

Du bist ein Gesicht des Qualitätsmanagements der DF. Wie bist du Auditorin geworden?

Es war von Anfang an so geplant, dass die internen Audits in meinen Tätigkeitsbereich fallen, als ich im März 2022 im Qualitätsmanagement der bipG gestartet bin. Meine langjährige Berufserfahrung in der Intensiv- und Anästhesiepflege und meine Tätigkeit als Einzelfallgutachterin beim Medizinischen Dienst ist bei der Durchführung absolut hilfreich.

Was sind deine Aufgaben?

Mein Beschäftigungsfeld ist vielfältig und facettenreich, angefangen von der Überarbeitung von Dokumenten und Standards über die Erarbeitung von Verfahrensanweisungen, die Kontrolle von Krankenhausaufenthalten, die Arbeitssicherheit bis hin zu internen Audits. Für diese Audits bin ich deutschlandweit unterwegs und besuche sowohl unsere Einzelversorgungen als auch die Wohngemeinschaften. Ich prüfe ausschließlich unsere internen außerklinischen Intensivversorgungen. Dies bietet mir eine tolle Möglichkeit, unsere Klient*innen und Mitarbeitenden vor Ort kennenzulernen, und ist eine großartige Abwechslung zu meiner Bürotätigkeit.

Ist es vorher in den Wohngemeinschaften bekannt, dass du kommst?

In der Regel kündige ich mich einen Tag vorher an, damit auch die Klient*innen und deren Angehörige auf meinen Besuch vorbereitet werden können. Manchmal stehe ich aber auch unangekündigt vor der Tür. Unsere Pflegedienstleitungen/Wohngruppenleitungen empfinden meinen Besuch vor allem als Unterstützung ihrer Arbeit und so wünsche ich es mir auch. Man wird manchmal doch etwas „betriebsblind“, da ist so ein Blick von außen oft hilfreich. Die Mitarbeitenden vor Ort sind in der Regel etwas nervös, was ich nachvollziehen kann. Mir würde es sicher nicht anders gehen. Am Ende bekomme ich aber auch von ihnen das Feedback, dass sie meinen Besuch positiv empfunden haben, und sie bedanken sich dafür.

Wie führst du die Audits durch?

Ich nutze hierfür den intern entwickelten Prüflitfaden. Dieser orientiert sich an den Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes. Da es sich um einen **DF**-Standard handelt, können die Ergebnisse anschließend intern evaluiert werden, um die allgemeinen Prozesse gegebenenfalls zu optimieren. Die Dauer eines Audits hängt sehr von der besuchten Versorgung ab. In der Einzelversorgung benötige ich mindestens 1,5 Stunden. In den Wohngemeinschaften bin ich einen ganzen Tag.

Lena Schweisfurth,
Qualitätsmanagerin
BIPGruppe

Wie wichtig sind in deinen Augen das GKV-IPReG und die daraus folgenden Richtlinien?

Grundsätzlich finde ich die Einführung der AKI-Richtlinie sinnvoll. Das Wohlergehen und eine optimale Versorgung der Klient*innen sollte im Fokus aller beteiligten Berufsgruppen stehen. Jedoch ist die Umsetzbarkeit sehr schwierig und ich würde mir eine bessere Unterstützung durch die verantwortlichen Instanzen wünschen. Bei der bipG wurde schon immer ein großes Augenmerk auf die bedarfsgerechte Rückzugspflege gelegt und ich bin gespannt, ob sich hier eine signifikante Veränderung zeigen wird.

In welchem Ausmaß tragen deine Audits zur Qualitätssteigerung in der DF bei?

Ich denke in einem sehr hohen Maß. Es bietet die Möglichkeit, mit den Mitarbeitenden vor Ort in den Austausch zu gehen und die Wichtigkeit ihrer täglichen Arbeit zu untermauern. Meine Berufserfahrung im Intensivpflegebereich ist hierbei enorm hilfreich. Die Besuche verdeutlichen den Mitarbeitenden, dass ihre Arbeit gesehen wird und zum Gesamtergebnis beiträgt.

Was passiert mit den Ergebnissen?

Die Ergebnisse werden mit der zuständigen Pflegedienstleitung/Wohngruppenleitung, der Geschäftsführung und der Pflegedirektion geteilt. Die Themen müssen dann innerhalb eines festgelegten Zeitraums aufgearbeitet werden. Die Fristen sind hierbei, je nach Themenfeld, variabel.





DER BLICK VON AUSSEN

Externe Qualitätsprüfungen

Der Medizinische Dienst prüft ambulante Pflegedienste und Pflegeheime in der Regel einmal im Jahr im Rahmen einer Pflege-Qualitätsprüfung.

Ergebnis der Regelprüfungen der DEUTSCHENFACHPFLEGE durch den Medizinischen Dienst von 2022 bis 2023

Durchschnittsnote

1,2 Gesamtnote DF (Bundeslanddurchschnitt 1,4) ¹

1,1 Zufriedenheit der Klient*innen

Anzahl

46 Prüfungen (Juli 2022 bis Juni 2023) ²

Rund 3.700 Klient*innen in den geprüften Pflegediensten

200 befragte Klient*innen zu ihrer Zufriedenheit

1,1

Die durchschnittliche Zufriedenheit der Klient*innen mit der Dienstleistung der DF liegt bei der Bestnote 1,1. Befragt wurden 200 Klient*innen im Rahmen von 46 Prüfungen des Medizinischen Dienstes zwischen Juli 2022 und Juni 2023. Hierbei sind rund 3.700 Klient*innen begutachtet worden.

¹ Der Bundeslanddurchschnitt ist der Mittelwert der Bundeslanddurchschnitte der 21 berücksichtigten Prüfungen.

² Die Transparenzberichte dieser Prüfungen sind hinterlegt. Die einzelnen Pflegenoten können unter Eingabe der Postleitzahl des einzelnen Pflegedienstes z. B. unter www.pflegelotse.de abgerufen werden. Nicht nur der Medizinische Dienst prüft regelhaft die Einrichtungen, sondern auch andere Behörden wie zum Beispiel Gesundheitsämter, Heimaufsichten und Bezirksregierungen üben engmaschige Kontrollen durch.



Stehend v. l. n. r.: Marion Geier, Manuel Hirsch, Daniela Schliffer, Anja Pape, Oliver Goldmann, Claudia Robert, kniend v. l. n. r.: Jörg Reinsch, Manuela Seitz, Dr. med. Timm Steuber

QUALITÄT DURCH QUALIFIZIERUNG

Führungskräfteentwicklung

In der Pflege steht und fällt die Qualität mit den Mitarbeitenden und damit, wie qualifiziert, kompetent und engagiert die Personen sind, die in den unterschiedlichen Aufgabenbereichen arbeiten. Die Möglichkeit, sich neues Wissen und neue Fähigkeiten anzueignen, ist in der Pflege immer gegeben und das Konzept des lebenslangen Lernens ist in einer Zeit der gesellschaftlichen Veränderungen, wie zum Beispiel durch die Digitalisierung, aktueller denn je. Zudem gibt es nicht nur ständig neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Medizin und Pflege, sondern auch im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung, der Verbesserung von Führungskompetenzen und der Motivation von Teams.

Unsere Führungskräfte stärken das Vertrauen auf allen Ebenen:

- ✓ Unsere Führungskräfte sind sich der Bedeutung von Wertschätzung, Anerkennung von Leistungen und Achtsamkeit bewusst.
- ✓ Die Mitarbeitende der Führungsebene fördern und fordern individuell.
- ✓ Sie schaffen und stärken das Vertrauen auf allen Ebenen und legen damit die Basis für eine positive Fehlerkultur.

Teamentwicklung

Gut arbeitende Teams entstehen nicht von allein und meist wird man nicht als fähige Führungskraft geboren. So ist es wichtig, dass man es lernt, ein Team zu führen, es zusammenzuhalten, Kollegialität und gegenseitiges Verständnis zu fördern und für ein gemeinsames Ziel zu begeistern. Denn Pflege ist Teamarbeit. Um ihren Qualitätsanspruch an die Pflege verwirklichen zu können, stellt der Pflegeverbund seinen Führungskräften ein eigenes Team aus Coaching-Expert*innen und Trainer*innen zur Seite. Dieses bietet seit 2022 eine „Führungskräfteentwicklung (FKE)“. Darin geht es um die Vermittlung und das Erweitern von Kompetenzen anhand eines interaktiven Miteinander- und Voneinander-Lernens. Es werden Modelle, Konzepte und Methoden für den Arbeitsalltag vorgestellt und eingeübt, zum Beispiel gewaltfreie Kommunikation, kollegiale Beratung, Kenntnisse über Führungsmodelle oder das Konzept der inneren Antriebe. Zentrales Element ist nicht die Vermittlung von Fachwissen, sondern die fundierte Reflexion der Modelle im beruflichen Alltag. Es geht immer um die Sensibilisierung für die Selbst- und Fremdwahrnehmung und die damit verbundene Selbst- und Fremdrelexion. Über diese Persönlichkeitsentwicklung entsteht eine Professionalisierung des beruflichen Handelns. Wichtig ist es auch, im Verbund Netzwerke zu bilden, um über die Kurse hinaus auf eine unterstützende Basis für die Reflexion des beruflichen Handelns zugreifen zu können.

Um dies leisten zu können, wurde das Team Ende 2022 erweitert. Für den Süden des Pflegeverbundes wurde Oliver Goldmann engagiert, für den Norden Anja Pape. Das Coaching wurde neu strukturiert und in die Regionen Nord, Mitte und Süd aufgeteilt. Die Führungskräfte können nun die Coaches wählen, von denen sie bei ihrer Führungskräfteentwicklung (FKE) begleitet werden möchten, und Einzelcoachings in Anspruch nehmen. Seit April 2023 wurden alle Coaches und Trainer*innen unter dem Dach der PflegeLeicht-Akademie vereint. Auch in diesem Bereich sind also die Pflegegruppen zusammengewachsen. Das Team hat seinen Leistungsbereich durch die Bündelung ihrer Kräfte und die Personalaufstockung deutlich erweitert.

Das Coaching-Team wirkt zudem mit an der Ausbildung von Praxisanleiter*innen, an der Weiterbildung zur Pflegedienstleitungen (PDL) und bietet Fortbildungsangebote und Workshops an. Für die Führungskräfte, die bereits eine FKE absolviert haben, gibt es „FKE-Krafting-Tage“, damit sich die Führungskräfte weiterentwickeln können. Aus dem Führungs- und Leitungsspektrum werden jährlich zwei neue Fokusthemen angeboten. In diesem Jahr sind es die Themen „Verantwortung“ und „Delegation“. Zusätzlich lädt die Coachingabteilung regelmäßig zu digitalen Treffen für den kollegialen Austausch und die gegenseitige Unterstützung ein.

“ **Durch die Führungskräfteentwicklung (FKE) habe ich neue Methoden gelernt und konnte bekannte Methoden vertiefen, um meine tägliche Führungsarbeit zu verbessern. Der Austausch und die Interaktionen mit den Kolleg*innen haben dazu beigetragen, andere Sichtweisen einzunehmen oder gemeinsam Lösungswege für Probleme aufzuzeigen. Nach längerer Zeit als Führungskraft ist es wichtig, Neues zu lernen und seinen Führungsstil zu überarbeiten oder zu vertiefen.**

Marc Hinkel,
Bereichsleiter
Bonitas Pflegegruppe



127

Im Berichtszeitraum fanden 13 Kurse für Führungskräfte statt. Daran nahmen 92 Bereichs- und Abteilungsleiter*innen, Pflegedienst- und Hausleitungen teil. Vier Kurse mit weiteren 35 Teilnehmenden sind noch nicht beendet. Im Vergleich zum Vorjahr haben mit insgesamt 127 Führungskräften noch mehr Mitarbeitende eine Führungskräfteentwicklung (FKE) durchlaufen. Für 2024 sind weitere acht Kurse für Führungskräfte geplant.

WISSENSZUWACHS

Die PflegeLeicht-Akademie

Bei der PflegeLeicht-Akademie fanden im Berichtszeitraum 1.058 Seminarveranstaltungen mit 4.789 Teilnehmenden statt.

Die PflegeLeicht-Akademie unter der Leitung von Ilona Schneider deckt den größten Teil der Fort- und Weiterbildungen in der **DEUTSCHENFACHPFLEGE** ab. Sie wurde 2009 gegründet und entwickelte im Jahr 2010 ihren ersten Fortbildungskalender. Die Akademie hat inzwischen ihr Programm in den drei Sparten Fortbildungen/Seminare, Weiterbildung/Zusatzqualifikationen sowie Fortbildungen zur Persönlichkeitsentwicklung ausgebaut. Das thematische Angebot ist immer auf dem aktuellen Stand und deckt die wichtigsten Bereiche des neuen Pflegeleitbilds der **DF** ab.

Das Angebot der PflegeLeicht-Akademie richtet sich nicht nur an Pflegekräfte, sondern es gibt auch ausgesuchte Kurse für Betreuungs- oder Hauswirtschaftskräfte. Denn sie sind ein ebenso wichtiger Teil der Pflege-Welt. Mit ihrem Angebot trägt die Akademie zu dem hohen Qualitätsniveau in der **DF** bei und fördert bei den Kurs- und Seminarteilnehmenden ein ausgeprägtes Qualitätsbewusstsein, das sie in ihren Praxisalltag mitnehmen. Wichtige Weiterbildungen, die auch von zertifizierten Weiterbildungsträgern, (Fach-)Hochschulen oder Fern-Unis angeboten werden, sind bei der PflegeLeicht-Akademie zu finden. Der Basis- und Aufbaukurs für die Pflegenden in der außerklinischen Intensivpflege (KNAIB) folgt bereits seit Jahresbeginn dem Curriculum, das die ArGe-Fachgesellschaften entwickelt haben. Es entspricht bereits den neuen Anforderungen nach der Bundesrahmenempfehlung, die im Zuge des GKV-IPReG Mitte 2023 verabschiedet wurde.

Die Teilnehmenden schätzen an dem Angebot der PflegeLeicht-Akademie die hohe Qualität und Aktualität der Bildungsinhalte. Diese sind wissenschaftlich fundiert, zertifiziert und anerkannt und die Formate stellen einen gelungenen Mix aus Theorie und Praxis dar. Eng mit der PflegeLeicht-Akademie arbeitet die Holas-Akademie in Hagen zusammen, die ebenfalls Basis- und Aufbau- bzw. Expertenurse sowie andere Fort- und Weiterbildungen anbietet.

Ortsunabhängig und online bietet die PflegeLeicht-Akademie ein virtuelles Klassenzimmer in Form von Live-Videoseminaren, in denen man Online-Weiterbildungen in der Pflege absolvieren oder eine Fortbildung machen kann. Es gibt aber auch Kurse, die Präsenz erfordern und nicht online angeboten werden können.

Die PflegeLeicht-Akademie hat sich der Weisheit verschrieben – getreu dem Ruf ihres „Wappentiers“, der Eule. So ist die Akademie mit ihren Standorten in Herford (Nordrhein-Westfalen), Oldenburg (Niedersachsen) Kreut, Neu-Ulm und München (Bayern) vor allem Ort des Wissens und der Erkenntnis.

Momentaufnahme Qualifikationen der Mitarbeitenden

7.200	Pflegefachkräfte für außerklinische Beatmung/Intensivpflege
1.125	Pflegefachkräfte (Alten- und Krankenpflege)
800	Pflegeexpert*innen für außerklinische Beatmung
520	Praxisanleiter*innen
340	Palliative Care
320	Pflegedienstleitungen
300	Pflegefachkräfte Anästhesie & Intensivpflege
177	Wundexpert*innen ICW & Schmerzexpert*innen (Pain Nurses)
135	Pflegeberater*innen nach § 45 SGB XI
100	Kinaesthetics
90	Hygienebeauftragte
80	Gesundheits- und Ernährungsberater*innen
65	Qualitätsbeauftragte
50	Atmungstherapeut*innen
40	Familienzentriert Pflegende
17	Expert*innen Wachkoma
13	CaseManager*innen (DGCC)

Diese Zahlen aus dem Berichtszeitraum variieren, da sich ständig Mitarbeitende in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen befinden und immer eine gewisse Fluktuation besteht. Dennoch sind sie beeindruckend und zeigen den Zusammenhang zwischen Qualifizierung und Qualität der Pflege.

Wissenserweiterung als ethische Verpflichtung

Agnetha Radatz, Pflegepädagogin mit Masterabschluss in Bildungs- und Sozialwissenschaften, ist auch Dozentin bei der PflegeLeicht-Akademie. Seit fast zehn Jahren arbeitet sie als Gesundheits- und Krankenpflegerin bei der AKB Elke Dodenhoff, die zum Pflegeverbund gehört. Bei der PflegeLeicht-Akademie bietet sie Basis- und Aufbaukurse, zertifiziert nach KNAIB, an und unterrichtet in Einzelfortbildungen zu Expertenstandards und Leitlinien. Weiterhin arbeitet sie bei AKB Dodenhoff, wo sie bei den Klient*innen Wund-, Trachealkanülen- und Schmerzmanagement, basale Stimulation und Facio-Orale-Trakt-Therapie (F.O.T.T.) durchführt. Um ihre Klient*innen – insbesondere die mit Trachealkanülen – noch besser unterstützen zu können, qualifiziert sie sich momentan zur Manualtherapeutin weiter.

„Für mich ist Bildung immer auch ethisch. Wenn ich geistig stehen bleibe und meinem Klient*innen nicht das bieten kann, was sie brauchen, kann es schnell lebensgefährlich werden. Außerdem wird es für mich langweilig, wenn ich immer nur das Gleiche mache. Aber wenn ich mich dann nochmal auf die Schulbank setze, erfahre ich, wie ich pflegerisch noch besser unterstützen kann. Dann habe ich als Pflegekraft wieder eine Selbsterfüllung, eine Sinngabe und dann macht die Arbeit viel mehr Spaß. Wir haben viele Klient*innen, die schwer krank und multimorbid sind. Da ist es wichtig, Risiken zu erkennen und schnellstmöglich handeln zu können. Deshalb finde ich Kranken- und Patientenbeobachtung so wichtig, insbesondere bei Menschen, die nicht für sich sprechen können. Handeln zu können, ist die ethische Verantwortung, die wir Pflegenden haben, um letztendlich Notfälle vermeiden zu können.“

Agnetha Radatz, eine große Verfechterin der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Pflege, ist gefragte Referentin bei Fachkongressen. Sie publiziert zudem in Fachbüchern und Zeitschriften zu unterschiedlichen pflegerischen Themen und ist Fachlektorin. Beim MAIK Kongress stellt sie einen ihrer Schwerpunkte vor: Wunden am Tracheostoma. Anhand von Fallbeispielen zeigt sie, wie man Wunden, die durch eine falsch sitzende Trachealkanüle entstehen, erkennt, beschreibt, lokalisiert und was man dagegen tun kann.

EIN BLUMENSTRAUSS AN EINBLICKEN

Ausbildung von Pflegenachwuchs

Mit ihrem Engagement im Ausbildungsbereich trägt die DEUTSCHE FACHPFLEGE ihren Teil dazu bei, den Pflegenotstand abzumildern und über eine hochwertige Ausbildung die Qualität der Pflege zu halten und zu sichern. Sie bietet vielfältige Möglichkeiten, eine Ausbildung zu machen. Der Schwerpunkt liegt aber auf der Ausbildung Pflegefachmann/-frau, einem Berufsabschluss, der europaweit anerkannt ist, oder in verschiedenen Berufen des Bereiches Pflegehilfe. Die Ausbildung ist in Vollzeit über drei Jahre oder in Teilzeit über vier Jahre möglich. Die Auszubildenden können zwischen den verschiedenen Einsatzbereichen ihren Ausbildungsträger frei wählen.

Ein wichtiges Ziel der DF ist es, dass sich alle an der Pflegeausbildung beteiligten Personen, Dienste und Abteilungen vernetzen und austauschen, um vorhandene Ressourcen zu nutzen und gemeinsam das DF-Ausbildungskonzept weiterzuentwickeln und gesetzliche Vorgaben umzusetzen. Eine der zentralen Fragen hierbei ist, wie es gelingt, potenzielle Kandidat*innen für eine Ausbildung in der Pflege zu begeistern und sie so zu unterstützen, dass sie ihre Ausbildung erfolgreich abschließen.

Der Pflegeverbund kann Auszubildenden einen „bunten Blumenstrauß“ an Einblicken in den Pflegealltag bieten. Ausbildungsmöglichkeiten gibt es, je nach örtlicher Lage, in der Tourenpflege, in Wohngemeinschaften für ältere Menschen, in Wohngemeinschaften für Intensivpflege, in Einzelversorgungen von Intensiv-Klient*innen, in Kinderhäusern sowie in der Kurzzeitpflege, Tagespflege und Pflegeberatung. Die DF ist für junge Menschen, die einmal in der ambulanten (Intensiv-)Pflege arbeiten möchten, unter mehreren Gesichtspunkten attraktiv. So erlauben die unterschiedlichen ambulanten Pflegedienste einen breitgefächerten Einblick in die ambulante Intensiv- und Beatmungspflege, die Alten- und Krankenpflege. Die Wohngemeinschaften sind als kleine Einheiten eine spannende Alternative zu großen Akut-Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Bewohner*innen in den Wohngemeinschaften geben oft selbst den Arbeitsrhythmus vor und weil sie individuell versorgt werden, ist der Kontakt zu ihnen sehr persönlich. In den Wohngemeinschaften ist die Arbeitsatmosphäre oft eher familiär und die Auszubildenden lernen die An- und Zugehörigen der zu Pflegenden kennen. Besonders schätzen sie, dass sie in den Wohngemeinschaften für die Bewohner*innen viel Zeit haben. Dies gilt sowohl für das Erlernen und Einüben von Pflegetätigkeiten als auch für eine umfassende Begleitung und Anleitung der Auszubildenden. Nicht zuletzt bringen diese, ob eigene und externe Auszubildende, Abwechslung und frischen Wind in die Teams.

„Jede Situation erfordert ein individuelles Herangehen, es wird nie langweilig und man lernt nie aus. Es ist einfach schön zu sehen, dass ich anderen durch meine Arbeit helfen kann.“

Celina,
Auszubildende
im 2. Lehrjahr



Nun geht die generalistische Ausbildung ins dritte Jahr und die ersten Azubis werden nach dem neuen Gesetz geprüft. Rückblickend steht eines fest: In dieser Zeit wurden viele strukturelle Anforderungen erfolgreich umgesetzt. Dennoch gilt es im Pflegealltag noch viele Hürden zu nehmen.

Die vom Pflegeberufegesetz – PflBG geforderte kompetenzorientierte praktische Ausbildung ist für alle Beteiligten eine völlig neue Form der Anleitung. Hierfür gibt es noch keine Erfahrungswerte und alle, die die Azubis mit hoher Qualität gut auf die Prüfung vorbereiten möchten, müssen sich damit auseinandersetzen. Um hier die Praxisanleiter*innen im Alltag zu unterstützen, wurden in den Refresher-Kursen gemeinsam Dokumente erarbeitet, die allen Praxisanleiter*innen im Pflegeverbund zur Verfügung stehen.

Um die Qualität in der praktischen Ausbildung noch weiter zu verbessern und Kolleg*innen für die wichtige Aufgabe der Ausbildung zu motivieren, der Ausbildung mehr Wertigkeit zu geben, startet in der Bonitas Pflegegruppe, vorerst im Norden, das Projekt „Verantwortliche Praxisanleitung“. Hier werden regional Praxisanleitungen benannt und teilweise freigestellt, die für mehrere Dienste und deren Azubis folgende Aufgaben übernehmen sollen:

- ✓ Planung und Durchführung der praktischen Ausbildung für interne und externe Auszubildende
- ✓ Sicherstellung der gesetzlich vorgeschriebenen geplanten und strukturierten Praxisanleitung (10 %)
- ✓ Feste Ansprechperson für die Auszubildenden
- ✓ Ansprechperson im Dienst für alle Fragen rund um die Ausbildung
- ✓ Sicherstellung der vollständigen Dokumentation
- ✓ Pflege des Netzwerkes Ausbildung (Pflegeschule, Einsatzstellen, Ausbildungscoordination)
- ✓ Sicherstellung einer einheitlichen und qualitativ hochwertigen praktischen Ausbildung

Um die eigenen Auszubildenden während der Ausbildung gut zu betreuen, Austauschmöglichkeiten zu bieten, aber auch, um die Gesamtgruppe als attraktiven Arbeitgeber kennenzulernen, gibt es seit 2023 spezielle Informationsveranstaltungen für die Auszubildenden. An den Standorten Herford, Oldenburg, Kreut und Mannheim wurden Azubitage mit buntem Programm, fachlichen Anleitungssituationen und Kennenlernprogrammen eingeführt. Einen Tag vor dem jährlichen Sommerfest in Herford, zu dem auch alle DF-Azubis eingeladen sind, findet zudem die „Azubi-Rallye“ statt, bei der sie die verschiedenen Abteilungen mit ihren Aufgaben und Ansprechpersonen kennenlernen können.

Pflege ist sehr viel mehr – und sie macht Spaß

Das Krankenpflegeteam Kiel bildet mit großem Engagement aus und möchte den Auszubildenden die Vielfalt und die Besonderheiten der ambulanten Pflege vermitteln. Dafür nimmt sich das Team viel Zeit und hat eigenes Lernmaterial ausgearbeitet. Damit die Auszubildenden alle Bereiche der ambulanten Pflege kennenlernen, gibt es einen speziellen Dienstplan für sie: Der Frühdienst dauert von 7.00 bis 15.15 Uhr, der Spätdienst von 14.45 bis 20:30 Uhr und einmal im Monat ist Wochenenddienst. Die Dienste dauern so lange, weil nur dann gewährleistet ist, dass die Auszubildenden einen Einblick in alle Bereiche der ambulanten Pflege erhalten. Wenn die Touren mittags zu Ende sind, werden sie in die Verwaltung, das Ordnungsmanagement und alles, was mit ambulanter Pflege zu tun hat, eingebunden. Zudem können die Azubis die Zeit und die Räume nutzen, um sich auszutauschen und/oder Lernaufträge zu bearbeiten. Das Lernmaterial steht ihnen im Büro zur Verfügung.

Während der Ausbildung sind der ständige Austausch und das Gespräch mit den Praxisanleiter*innen oder der Pflegedienstleitung von zentraler Bedeutung. Es wird darauf geachtet, dass der Umgang mit den Auszubildenden immer wertschätzend und auf Augenhöhe ist, denn die Azubis sind die Kolleg*innen von morgen. Möglichst einmal im Monat werden die eigenen und externen Auszubildenden mit den Praxisanleiter*innen zu einem Azubi-Talk eingeladen. Dieser Austausch ist wichtig, weil sich ansonsten nie alle gleichzeitig im Büro befinden. Vor dem Azubi-Talk werden Lernaufträge vergeben, die in der Runde vorgestellt und besprochen werden. Nach getaner Arbeit gibt es Pizza, man backt zusammen Waffeln oder geht gemeinsam in die Eisdielen um die Ecke.



WEIL
PFLEGE
SO
VIEL
MEHR
IST.

FRISCHER WIND
AUS DEM HOHEN
NORDEN

In den ersten zwei bis drei Wochen werden die Auszubildenden beim Krankenpflegeteam Kiel von der zuständigen Praxisanleitung begleitet. Danach nehmen sie an Einsätzen in allen Sparten teil und können auch einen Einblick in Unterstützung im Haushalt, in Betreuung und Pflegeberatung gewinnen. Wenn es sich Auszubildende ab dem zweiten Lehrjahr zutrauen, dürfen sie eigenständig kleine Einsätze in der Tourenpflege übernehmen. Wenn erforderlich, werden diese vor und nach der Tour mit der Praxisanleitung besprochen.

Beim Krankenpflegeteam Kiel gibt es derzeit sechs eigene Auszubildende. Fünf von ihnen befinden sich in den Prüfungen. Dass einige Auszubildende nach ihrem Einsatz beim Krankenpflegeteam Kiel als Aushilfe arbeiten, weil ihnen das alles so gut gefällt, ist der beste Beweis dafür, wie gut das Ausbildungskonzept funktioniert.

Es gab schon Zeiten, in denen das Krankenpflegeteam Kiel 12 Auszubildende hatte. „Das war dann zwar für die Praxisleiter*innen eine große Herausforderung, aber der Azubi-Talk hat dann besonders großen Spaß gemacht“, sagt Pflegedienstleitung Tanja Sykes. „Wir machen keinen Unterschied zwischen eigenen und externen Auszubildenden. Es geht uns darum, allen zu vermitteln, dass Pflege Spaß macht und sehr viel mehr ist, als den Waschlappen zu schwingen.“

Fachpflegerische Begleitung durch Praxisleiter*innen

Die Aufgaben von Praxisleiter*innen sind nicht nur vielfältig, sondern wichtig für die Zukunftsfähigkeit der Pflege. Die **DF** nimmt diese gesellschaftliche Verpflichtung ernst und ist stolz auf ihre 520 hochmotivierten und engagierten Praxisleiter*innen. Die Pflegefachkräfte, die sich für die Praxisanleitung weiterqualifiziert haben, nehmen im Team eine zentrale Rolle als Ansprechpersonen und Allrounder zum Thema praktische Ausbildung ein und sind Vorbilder für die internen und externen Auszubildenden. Sie müssen dem hohen Anspruch gerecht werden, dass sich die **DF** individuell und intensiv um ihre Auszubildenden kümmert und diese mit ihrem Pflegeleitbild vertraut macht.

Neben den Auszubildenden, die der **DF** angehören, kommen auch zahlreiche externe Auszubildende zum ambulanten oder pädiatrischen Pflichteinsatz oder zu Wahleinsätzen in die Pflegedienste des Pflegeverbundes. Die Kooperationen mit Pflegeschulen und anderen Ausbildungsträgern ist wichtig. Es hat sich durch den gegenseitigen Austausch von Auszubildenden über die Jahre hinweg eine zuverlässige Zusammenarbeit entwickelt. Sie beruht auf einer vertrauensvollen Basis und schafft viele Synergieeffekte. Die **DF** fördert den fachlichen Austausch und die Vernetzung aller Praxisleiter*innen, damit diese gemeinsam eine qualitativ hochwertige Ausbildung zukünftiger Fachkräfte diskutieren und neue Ideen entwickeln können. Denn letztlich geht es darum, nicht nur etwas gegen den Mangel an Pflegekräften zu tun, sondern auch zu zeigen, welch großes Potenzial eine Pflegeausbildung hat und wie erfüllend dieser Beruf sein kann.

520

In der **DF** gibt es 520 Praxisleiter*innen. Sie sind Ansprechpersonen für die 335 eigenen sowie externen Auszubildenden, welche zum Orientierungseinsatz, Pflichteinsatz in der ambulanten Akut- und Langzeitpflege oder zum Vertiefungseinsatz kommen.

“ Wir möchten nicht nur gute Azubis gewinnen, sondern dann in der Folge auch hervorragend ausgebildete Kolleg*innen. Das ist unser erklärtes Ziel.“

Tanja Sykes,
Pflegedienstleiterin
Krankenpflegeteam Kiel

Ich möchte den Schüler*innen vermitteln, dass sie den Menschen als Ganzes sehen. Dabei ist eine qualitative Ausbildung genauso wichtig wie jeder einzelne Tag mit guter Praxisanleitung. Ich kann zeigen, dass manchmal nur ein Händedruck einem Menschen viel mehr geben kann als hundert dahin geflossene Worte.

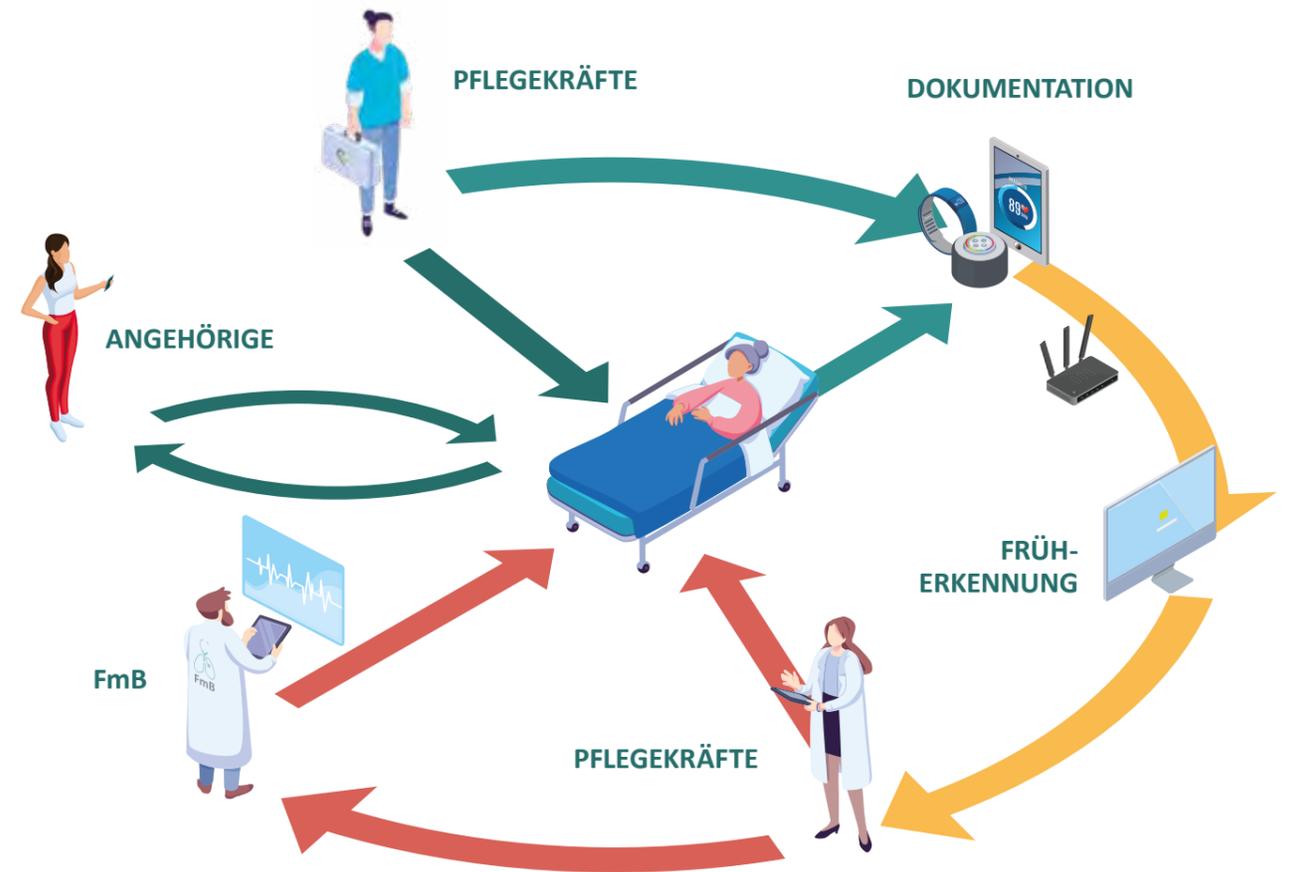
Susanne, Praxisleiterin

+ INNOVATION DIGITALISIERUNG DIE ZUKUNFT

Die DEUTSCHE **FACHPFLEGE** beschäftigt sich bereits seit Jahren mit dem Thema Digitalisierung. Die Corona-Pandemie und das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG haben noch einmal mehr den Anstoß gegeben, sich mit Innovationen im Bereich Digitalisierung und Telemedizin auseinanderzusetzen. In der Pflege gibt es signifikante Potenziale für den Einsatz aufkommender Technologien wie künstliche Intelligenz, Sensorik oder Augmented Reality. Die **DF** nutzt in verschiedenen Bereichen des Pflegealltags bereits digitale Lösungen, um die Qualität der Pflege zu verbessern, soziale Teilhabe zu ermöglichen und interne Prozesse zu unterstützen. So bleibt noch mehr Zeit für das Wesentliche: den Menschen.

Die Abteilung Digitalisierung unter der Leitung von Jan Grineisen hat im vergangenen Jahr in diesem Bereich viel erreicht. Die Expert*innen der **DF** sind stets auf der Suche nach Innovationen, um sie zu testen und schließlich zu etablieren. Momentan sind rund 50 Projekte in der Erprobung und Implementierung.

Ein besonderer Fokus in der Digitalisierung liegt darin, verschiedene Technologien und Innovationen zu kombinieren, um das Monitoring der Klient*innen zu verbessern. Dabei baut die **DF** ein System auf, welches die persönliche und qualitativ hochwertige Pflege vor Ort unterstützt.



In der Regelversorgung vor Ort arbeiten die Pflegekräfte nach den hohen Standards des Qualitätsmanagements. Im Pflegealltag werden in der **DF** die Angehörigen ebenfalls mit eingebunden. Mit dem Kooperationspartner MYO stellt die **DF** eine private, datenschutzkonforme Social-Media-Plattform, um Bilder, Videos und weitere Inhalte aus der Pflege zu teilen. An- und Zugehörige bekommen so den Alltag ihrer Lieben live mit, auch wenn sie nicht vor Ort sind.



Pflegekräfte dokumentieren regelmäßig quantitativ die Vitalwerte und qualitative Faktoren wie das Wohlbefinden in der digitalen Pflegedokumentation. Dabei ist es möglich, die erhobenen Daten und Einschätzungen durch Spracheingabe effizient und frei von sprachlichen Barrieren festzuhalten. Diese Pflegedokumentation wird selektiv bei gefährdeten Klient*innen durch die Verwendung intelligenter Sensoren erweitert, um auch Echtzeitdaten zu den Vitalwerten zu erhalten.



Diese erfassten Vitalwerte werden verschlüsselt durch eine künstliche Intelligenz betrachtet, die in Echtzeit das Risiko eines Zwischenfalls auf Basis eines ständig lernenden Algorithmus ermittelt. Dabei ersetzt die digitale Ermittlung eines Risikos nicht die Beobachtung der Klient*innen vor Ort, ergänzt diese aber in Fällen, in denen eine Komplikation nicht durch den Menschen direkt ersichtlich ist. Im Falle eines Zwischenfalls werden die Pflegekräfte vor Ort informiert und ziehen bei Bedarf das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) mit allen wichtigen Informationen zum Klienten oder zur Klientin und dem Risiko hinzu. Somit kann die **DF** die Reaktionszeit von der Komplikation bis zur Intervention verkürzen.



Die Verfügbarkeit der Telemedizin in den Versorgungen, in Verbindung mit der Rufbereitschaft des FmB, ermöglicht es, proaktiv die Pflegekräfte vor Ort bei der Bewertung des Risikos und der Lösung der Komplikation zu unterstützen. Dabei sind sowohl die Videotelefonie mit farbechten Kameras als auch der Einsatz von Sensoren sowie die Vernetzung der technischen Geräte wichtig, sodass zum Beispiel der oder die FmB-Mitarbeitende das Auskultieren vor Ort live mithören und bewerten kann.

Durch die gezielte Kombination von Technologien, Lösungen und Menschen bringt die **DF** die soziale Teilhabe auf ein neues Level und sichert zugleich die Gesundheit der Klient*innen. Dabei ist die Technologie stets nur als unterstützend zu verstehen, damit Pflegekräfte ihre Arbeit vor Ort noch effizienter zum Wohle der Klient*innen ausüben können.



PERSPEKTIVWECHSEL

Drei Blickwinkel auf die Telemedizin

Die Digitalisierung in der Pflege ist keine Zukunftsmusik. Wir leben sie bereits und treiben sie weiter voran. In dieser Serie beleuchten wir den Einsatz von Telemedizin in der DEUTSCHENFACHPFLEGE aus drei verschiedenen Blickwinkeln: denen des Fachteams für medizinische Behandlungspflege, der Pflegekräfte und der Ärzt*innen.

Das Kapitel der Telemedizin in unserem Unternehmen beginnt mit einem Piloten, einer Art Probe-Phase. Dieser Test ist mittlerweile bestanden – nicht nur von der Telemedizin, sondern auch von uns. Stück für Stück weiten wir sie daher auf immer mehr Standorte aus.

BLICKWINKEL 1: DAS FmB

Das Fachteam für medizinische Behandlungspflege (FmB) ist rund um die Uhr für unsere Pflegekräfte in den intensivpflegerischen Versorgungen da. Bei Unsicherheit können sie zu Rate gezogen werden, kommen aber auch regelmäßig zu Visiten. Alle FmB-Kolleg*innen sind Atmungstherapeut*innen oder Fachkrankenschwester*innen für Anästhesie und Intensivpflege mit jahrelanger Fachexpertise. Das schafft Sicherheit. Besonders auch, weil das Team mehr und mehr auf die Telemedizin zurückgreift und sich über diesen Weg mit den Pflegekräften und Klient*innen austauschen kann. Telemedizin ist also ein wichtiger Baustein in einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Intensiv-Klient*innen.

Jenny, Uwe und Sascha vom FmB haben uns in einem Gespräch einen kleinen Einblick in ihre Arbeit mit der Telemedizin gegeben. Alle drei nutzen das Tool seit Kurzem.

„Wir sind viel mit dem Auto unterwegs“, erklärt Uwe und meint damit das FmB. Genau wie Jenny versucht er daher, die Telemedizin wöchentlich zu nutzen. Weil dadurch die Fahrerei gespart wird, sind deutlich mehr Visiten möglich. „Außerdem tun wir damit doch auch etwas für die Umwelt“, fügt Jenny hinzu. Ihre Versorgungen sind nicht so weit entfernt wie die von Uwe. Dennoch zeigen sich die Vorteile auch im Kleinen. Und Sascha weiß schon jetzt: „Wer ein Smartphone bedienen kann, kann auch mit Telemedizin umgehen.“ Ihm zufolge merken die Pflegekräfte schnell, dass das gar nicht so schlecht ist. „Wir zeigen ihnen, dass sie keine Angst vor dem System haben müssen“, so Uwe.

Und genau darum geht es bei der Telemedizin. Man muss es einfach mal selbst ausprobieren. „Die Klient*innen sind grundsätzlich sehr offen für das Thema“, berichten die drei. „Bei den Pflegekräften kommt es darauf an, wie man selbst dazu steht.“ Sascha: „Eine Pflegefachkraft in meinem Bereich war sehr interessiert. Nach einer kurzen Erklärung hat sie die Visite übernommen und anschließend die Televisite mit dem Arzt und dem Klienten selbst durchgeführt. Das wird dann ein Selbstläufer.“



“ Auch wenn wir nicht physisch vor Ort sein können, sind wir da.

Jenny Buchheister-Schulz, FmB



Was sind denn aus Uwes, Jennys und Saschas Sicht die Vorteile der Telemedizin? Dass Fahrtwege wegfallen und die Arbeitszeit so ganz anders genutzt werden kann, haben wir am Anfang schon gelernt. Wie war das noch mit der Sicherheit für das Pflegepersonal? „Ich hatte mal eine Telemedizin-Visite bei einer Bewohnerin einer Wohngemeinschaft für Intensivpflege in Hessisch Oldendorf“, erzählt Jenny. „Ihr ging es wirklich schlecht. Weil ich zugeschaltet werden und auf diese Weise intervenieren konnte, hatten wir die Situation schnell wieder im Griff. Das war ein persönliches Highlight für mich.“ Bei einem Großteil der Zwischenfälle ließe sich auf diese Weise die Kuh vom Eis bringen. „Auch wenn wir physisch nicht vor Ort sein können, sind wir da.“ Und durch Rufbereitschaft sogar rund um die Uhr.

Für Uwe ist die Bildgebung ein Segen. „Wenn du viele Jahre Erfahrung hast wie ich, dann reicht ein Schwenk mit der Kamera und ich kann die Situation vor Ort direkt einschätzen – eben durch die Kombination von Ton und Bild.“ Es kann auch gefilmt und später abgerufen werden.

Vor Ort sein ist das Optimum, ansonsten füllt die Telemedizin Lücken. Das ist Jan Grineisen, Head of PMO & Digitalisierung in der DEUTSCHENFACHPFLEGE, besonders wichtig. Die Atmungstherapeut*innen sind regelmäßig vor Ort bei den Klient*innen und ihren Pflegekräften. Das ändert auch die Telemedizin nicht. Sie ist jedoch außerordentlich nützlich, wenn eine Visite nicht zwingend in Präsenz stattfinden muss oder es bei einem Zwischenfall einer raschen fachlichen Einschätzung bedarf.

Und am wichtigsten: Die Erlebnisse des FmB mit der Telemedizin waren bisher durchweg positiv. „Das stellt eine zusätzliche Beziehung her“, zieht Sascha sein Fazit. Aber genauso für die Angehörigen sei das Thema positiv besetzt: „Ach, guck mal – die machen sich Gedanken und gehen mit der Zeit.“

Was ist Telemedizin?

Wenn eine zu untersuchende Person und diejenige, die die Untersuchung durchführt, nicht an einem Ort sein können, ermöglicht Telemedizin Videotelefonie, Dokumentenübertragung, die Nutzung medizinischer Geräte inklusive Datenübertragung, aber auch die Dokumentation danach – alles datenschutzkonform, denn das Tool ist als Medizinprodukt zugelassen. Telemedizin trägt somit dazu bei, die ärztliche Versorgung der zu Pflegenden weiter zu verbessern.



BLICKWINKEL 2: DIE PFLEGE

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist ein Pflegedienstleister. Wenn wir über Telemedizin sprechen, sollten also auch die Menschen zu Wort kommen, die am Pflegebett arbeiten, also die operativ Verantwortlichen vor Ort und natürlich die Pflegekräfte.

Wir sprechen mit Ramona, Janet, Vanessa und Marcus. Die vier haben bereits unterschiedlich lange Erfahrungen mit dem Thema Telemedizin in unserem Verbund, von wenigen Monaten bis hin zu einem knappen Jahr. Bei allen fing es mit einer kleinen Schulung innerhalb einer Teamsitzung an: Anhand eines iPads wurde den Mitarbeitenden alles vorgeführt, sie konnten selbst testen und ein paar Übungen machen. Janet: „Das Thema wurde sehr gut angenommen, auch wenn es Kolleg*innen mit Berührungsängsten gab.“ Marcus stimmt ihr zu, nach den Schulungen seien die ersten Berührungen sehr positiv gewesen. „Wir gehen damit viele Schritte nach vorne. Daher sollen auch alle Mitarbeiter*innen die Geräte mal in der Hand gehabt und gesehen haben.“

Der Start war teilweise holprig. Janet erzählt, dass nach der Schulung alle begierig waren und rumprobieren wollten. Getan haben sie es am Ende aber nicht. Durch einen eigenen Account konnten schließlich Berührungsängste genommen werden. „Seitdem läuft es“, sagt sie. Auch bei Ramona und ihren Kolleg*innen lief es schlep-pend an. „Wir haben dann einfach zu einer weiteren Schulung eingeladen, weil wir so große Lust hatten, uns das Thema endlich vorzunehmen.“, berichtet sie. „Seitdem machen wir es immer und ständig.“

Die Telemedizin ist bei unseren Gesprächspartner*innen im Pflegealltag angekommen. „Alle Mitarbeiter*innen haben ihre Zugänge und dürfen testen“, berichtet Vanessa. Und bei Ramonas Kolleg*innen klappt es mit einem einfachen Trick: „Damit Telemedizin von allen genutzt wird, ruft unsere Mitarbeitende im FmB auch einfach mal ganz spontan an.“

“ **Der Fokus liegt auf den Klient*innen, nicht auf den Geräten.**

Vanessa Maier Gomes E Sá,
Pflegedienstleiterin



„Vor den Visiten ermitteln wir die Daten und bereiten uns vor. So sind während der Visite die Klient*innen im Fokus, nicht die Geräte“, erklären Ramona und Vanessa. Das zeigt: Telemedizin bedeutet nicht nur die Live-Datenübertragung, sie umfasst deutlich mehr. Marcus: „Man hat die Möglichkeit, Daten zu erfassen und in einer Cloud zu speichern. Sie können dann in die Visite mitgenommen werden. Auch aus alten Visiten können Daten einfließen und sogar Fotos.“

Die Häufigkeit der Verwendung von Telemedizin ist bei den vier unterschiedlich. Vieles hängt von äußeren Faktoren ab. Bei Ramona finden jede Woche Visiten mit der zuständigen FmB-Mitarbeiterin statt, persönlich kommt sie einmal pro Monat vorbei. Bei Vanessa ist es genau umgekehrt. „Unsere Atmungstherapeut*in wohnt quasi ums Eck“, erklärt sie.

Alle sind sich einig: Telemedizin bringt Sicherheit, ist eine willkommene Unterstützung. „Wir können dadurch Krankenhausaufenthalte minimieren“, so Vanessa. „Die Telemedizin ist eine tolle Möglichkeit zur Absicherung“, ergänzt Marcus. „Das entlastet zum einen, ermöglicht aber gleichzeitig eine ganz andere Qualität der Pflege. Durch die Telemedizin sind wir sozusagen die Augen der Ärzt*innen.“ Auch für die Beratung und Anleitung sei sie ideal, so Ramona.

Marcus hat nach eigenen Angaben schon zahlreiche Telemedizin-Visiten begleitet. Sein Tipp: „Bleibt dran, das hat so viele positive Effekte. Man hat einfach Spaß, damit zu arbeiten.“ Ramona sieht es ganz genauso: „Die Telemedizin soll leben und genutzt werden. Wir müssen schon schauen, dass die Mitarbeiter*innen sich nicht streiten, wer die nächste Visite machen darf“, schmunzelt sie mit einem Augenzwinkern.

Wofür kann Telemedizin genutzt werden – und von wem?

Sie kann für Arzt-Visiten genutzt werden, die Potenzialerhebung nach IPReG, aber genauso für Zwischenfälle, bei denen schnell fachliche Unterstützung gefragt ist. Wir nutzen Telemedizin auch zu internen Zwecken. Denn unser Fachteam für medizinische Behandlungspflege (FmB) unterstützt unsere Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege – regelhaft und bei Zwischenfällen, vor Ort und eben auch über Telemedizin.



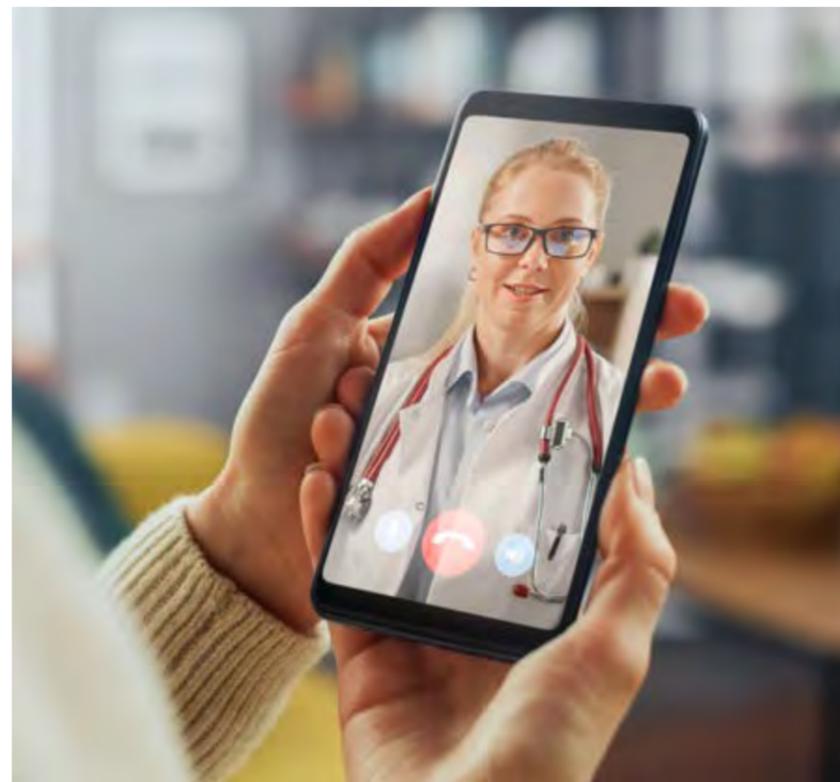
BLICKWINKEL 3: DIE ÄRZT*INNEN

Repräsentativ für den Blickwinkel der Ärzt*innen sprechen wir mit Funktionsoberärztin Kathrin Looft von der Universitätsklinik für Anästhesiologie/Intensivmedizin/Notfallmedizin/Schmerztherapie am Klinikum Oldenburg. Sie hat viele Jahre in der Intensivmedizin gearbeitet und ist mittlerweile 14 Jahre als Anästhesistin tätig. Jetzt widmet sie sich primär dem Aufbau der Telemedizin am Klinikum Oldenburg. Und arbeitet daher auch mit der DEUTSCHENFACHPFLEGE zum Thema zusammen.

Fachärztin Looft erklärt: „Die Telemedizin hat ihren Ursprung in der präklinischen Rettungsmedizin, also z. B. bei Notfällen auf Offshore-Windkraftanlagen in der Nord- und Ostsee. Man hat aber erkannt, dass sie noch deutlich mehr Potenzial hat.“

Kathrin Looft arbeitet mit den Wohngemeinschaften für Intensivpflege der DF in Ganderkesee, Wilhelmshaven und Norden zusammen. Regelvisiten finden pro WG einmal wöchentlich statt – über Telemedizin. „Die Performance am Bildschirm ist natürlich nur so gut wie unsere klinische Tätigkeit“, erläutert sie. „Ich bin immer am aktuellen Puls der Zeit und stehe auch weiterhin im OP.“ Außerdem wünscht sie sich die Ausweitung des Projektes auf die häusliche Intensiv- und Beatmungspflege. Mit Florian Filkowski vom FmB gab es schon erste Gehversuche in diese Richtung. „Die Einzelversorgungen können von der Telemedizin super profitieren, z. B. in ländlichen Gebieten ohne direkte ärztliche Anbindung.“

Wie reagieren denn die Patient*innen, wenn es heißt, dass die Visiten nicht nur von Angesicht zu Angesicht, sondern auch über Telemedizin stattfinden sollen? In erster Linie sei es wichtig, dass es bei der Telemedizin eine*n primäre*n Ansprechpartner*in gibt, Kontinuität spiele also eine große Rolle, da der persönliche Kontakt ja fehle. „Ich war wirklich positiv überrascht, welche starke emotionale Bindung über digitale Medien aufgebaut werden kann. Viele freuen sich regelrecht auf die Visiten und die Schwelle, die man zunächst erwartet, scheint gar nicht so groß zu sein“, so die Ärztin. Die Akzeptanz sei groß.



Bei Kathrin Loofts Kolleg*innen sind die Reaktionen gemischt: „Wir sind ja die traditionellen Kommunikationswege gewöhnt. Da braucht man einfach ein wenig Fingerspitzengefühl und muss erklären, dass man den Hausärzt*innen nichts wegnimmt, sondern sich ergänzt.“ Covid habe die Digitalisierung vorangebracht, daher sei es mittlerweile ein toller Austausch und viele Kolleg*innen seien bereits sehr versiert.

Der große Vorteil der Telemedizin laut der Funktionsoberärztin: „Wir können relativ problemlos und mit wenig Aufwand die Fachexpertise zu den Patient*innen bringen. In der Uni-Medizin haben wir viele Fachrichtungen – bei fachspezifischen Fragestellungen können wir ganz einfach andere Kolleg*innen hinzuziehen.“ Ein großer Gewinn. Vieles greife ineinander, erklärt sie. „Mit der Telemedizin können wir medizinisch aus dem Vollen schöpfen und es zu den Patient*innen bringen.“ Aber auch den Pflegenden vor Ort könne man durch Telemedizin Handwerkszeug an die Hand geben. „So generieren wir Aha-Momente, die in den Alltag implementiert werden. Das gewährleistet und steigert die Qualität in den Versorgungen.“

Und Nachteile der Telemedizin? „Ich bin mit dem direkten Kontakt zu meinen Patient*innen großgeworden und das ist mir auch ein großes Bedürfnis“, so Looft. „In diesem Rahmen fehlt mir das natürlich – das Sehen, Hören, Fühlen.“

Man merkt es (und genauso sagt sie es auch): Die Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensiv- und Beatmungspflege ist für Kathrin Looft ein Herzensprojekt geworden. „Man kann vieles optimieren, was von Hausärzt*innen wegen zu hoher Belastung nicht leistbar wäre. Dieses sehr spezielle Klientel braucht viel Aufmerksamkeit – bringt aber auch ein enormes Potenzial mit.“ Sie freut sich darüber, dass eine Vielzahl an Menschen bereits von der Beatmung entwöhnt werden konnte und damit die Lebensqualität gesteigert wird. Das sei eine tolle Teamleistung: „Das Ineinandergreifen von Telemedizin, den Atmungstherapeut*innen und den Pflegekräften vor Ort ist ein unheimlicher Benefit für die Betroffenen.“ Denn Krankenhausaufenthalte können dadurch verhindert werden.

„Das Projekt verdient Aufmerksamkeit und Gehör, um es weiter ausbauen zu können und die Versorgung der Betroffenen zu optimieren“, zieht Kathrin Looft ihr Fazit.

**„Mithilfe der
Telemedizin
können wir medizi-
nisch aus dem Vollen
schöpfen.“**

*Kathrin Looft,
Funktionsoberärztin*



BONI Club

Boni, von denen jede*r was hat: Exklusiv für Mitarbeiter*innen
– die Benefits der DEUTSCHENFACHPFLEGE



DAS HERZSTÜCK DES VERBUNDES

Die Mitarbeitenden

Die 12.300 Mitarbeitenden sind das Herzstück des Pflegeverbundes, die einen einzigartigen Beitrag von Mensch zu Mensch leisten. Die meisten von ihnen sind in der Fachpflege als Pflegefachkräfte tätig, unterstützt werden sie von zahlreichen weiteren Fachbereichen. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE möchte nicht nur Maßstäbe hinsichtlich der Qualität der Versorgung setzen, sondern auch diejenigen fördern, die diese Qualität täglich in ihrer Arbeit realisieren. Damit diese gelingt, müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Auch in diesem Bereich hat die DF im vergangenen Jahr große Fortschritte gemacht. Die Verbesserungen bestehen aus vielen einzelnen Bausteinen. Die einen gibt es schon seit längerem und werden weiterentwickelt, die anderen sind noch in der Pilotphase, bevor sie auf die Gesamtgruppe ausgerollt werden.

Der BoniKlub

Die Mitarbeitenden sollen sich in der DF wohlfühlen. Eine herzliche Arbeitsatmosphäre, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Gesundheitsförderung bilden hierbei den Rahmen. Darüber hinaus bietet die DF ihren Mitarbeitenden viele weitere Benefits. So ist jede*r Angestellte automatisch Mitglied im BoniKlub der DF. Die individuellen Benefits, die man in Anspruch nehmen möchte, können selbst zusammengestellt werden.

Diese Benefits des BoniKlubs lassen sich in drei Kategorien einordnen: „Die Nummer »sicher«“ steht für Themen rund um Versicherungen und Absicherung, „Wachstumsschub!“ für die berufliche und persönliche Weiterentwicklung und „Leben, was sonst?“ für Benefits, die Mitarbeitende in ihrer Freizeit nutzen können. In jeder dieser Kategorien gibt es besondere Highlights, wie beispielsweise das Company Bike zur Finanzierung des eigenen Fahrrads oder Corporate Benefits für zum Teil große Rabatte beim Shoppen. Mit Piloten wird getestet, wie gut bestimmte Boni-Highlights bei den Mitarbeitenden ankommen, um sie dann auf den Gesamtverbund ausrollen zu können. Aber auch das ist kein Muss. Weil bei allen Wir-Gedanken die Individualität weiterhin eine Rolle spielen soll, gibt es auch Boni, die für bestimmte Gesellschaften exklusiv sind.

Ein besonderer Bonus der „Nummer »sicher«“ ist die Vertrauensperson, an die sich Mitarbeitende bei gesundheitlichen, finanziellen und anderen Problemen wenden können. Ihre Rolle besteht im Wesentlichen aus Zuhören, Beraten, Betreuen und Unterstützen, aber auch aus Weiterleitung und Vermittlung an entsprechende Hilfestellen. Manchmal reicht es schon aus, über das Belastende zu sprechen. Zu Beginn des Gesprächs wird eine Verschwiegenheitsvereinbarung getroffen, von der man auf Wunsch die Person auch entbinden kann. Dies ist dann der Fall, wenn sie zum Beispiel mit anderen Personen sprechen soll, die für die Lösung relevant sind.



WOHLFÜHLFAKTOREN FÜR MITARBEITENDE

Rahmenbedingungen

Aus einem Stimmungsbild zum Tag der Pflegenden am 12. Mai 2023, das die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz auf der Grundlage einer Umfrage¹ veröffentlicht hat, geht hervor, wie wichtig Pflegenden die Wertschätzung ihrer Arbeit ist. Diese hat viele Facetten und sie zu zeigen, beginnt bei Lob und Anerkennung, kleinen Gesten und Aufmerksamkeiten bis hin zu konkreten Angeboten und Maßnahmen. Eine positive Arbeitsatmosphäre ist für die Teamarbeit in der Pflege unabdingbar. Ein freundliches Miteinander und Kollegialität kommen nicht immer automatisch, sondern müssen in einem Unternehmen immer wieder neu belebt und bewusst gemacht werden. Dies geschieht in den Fort- und Weiterbildungen im Bereich Führungskräfte- und Teamentwicklung ebenso wie in Gesprächen und persönlichen Begegnungen im Berufsalltag. Kollegialität und gute Zusammenarbeit werden in der DEUTSCHENFACHPFLEGE gefördert und die Mitarbeitenden werden motiviert, einander zu unterstützen, zum Beispiel über das Konzept der „Kollegialen Beratung“.

Bei der **DF** arbeiten viele, die Eltern kleiner Kinder sind. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, sie bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu unterstützen, so zum Beispiel mit Hilfe einer verlässlichen Dienstplangestaltung. Wie flexibel dies bei der **DF** möglich ist, zeigt das folgende Beispiel: Kinderkrankenpfleger Slobodan Spasojevic, aktuell stellvertretende Pflegedienstleitung beim Regensburger Kindl, wechselte aus der Klinik zum Regensburger Kindl, das zum Pflegeverbund gehört, weil er dort Beruf und Familie besser miteinander vereinbaren konnte.

¹ www.pflegekammer-rlp.de

“ Ich arbeitete fünf Jahre lang in Deutschland auf einer (Kinder-)Intensivstation und war in der Zwischenzeit zweimal Vater geworden. Mein Sohn ist jetzt dreieinhalb und meine Tochter eineinhalb. Die Arbeit auf der Intensivstation mit all den Früh- und Nachtschichten und den unregelmäßigen Arbeitszeiten war mir einfach zu viel, zumal meine Frau und ich in Deutschland allein sind und keine Unterstützung von Omas oder Opas haben. Ich wollte zu einem Pflegedienst wechseln, um regelmäßige Arbeitszeiten zu haben. So hatte ich zum Beispiel die Möglichkeit, nur Nacht- oder nur Frühdienste zu machen, also lange Nachtdienststrecken und dadurch viele Tage am Stück frei. Das war deutlich mehr freie Zeit als im Krankenhaus. Nächstes Jahr möchte ich von der ambulanten Intensivpflege komplett ins Büro wechseln, weil ich die Arbeit sehr interessant finde: Ich habe deutlich mehr Verantwortung und manchmal ist wirklich viel zu tun, aber ich bin zufrieden.

Slobodan Spasojevic,
Kinderkrankenpfleger



Es wirkt sich auf die Qualität der Berufsausübung und der Pflege aus, wenn Mitarbeitende entspannt arbeiten können, weil ihre Kinder während der Arbeitszeit gut versorgt sind, und wenn sie Zeit für ihre Familie haben. Ähnlich verhält es sich, wenn Mitarbeitende selbst pflegebedürftige Angehörige haben. Hier können bei der **DF** individuelle Lösungen gefunden werden. Zum Beispiel gibt es bei Pflegediensten der **DF** spezielle Schichtmodelle, die Vätern und Müttern von kleinen Kindern entgegenkommen, denn oft genügen schon feste Arbeitszeiten, damit die Betreuung der Kinder geplant werden kann. Das „tip Team für Intensivpflege“ bietet mit seinem Kooperationspartner, „Kleine Stromer“, im Rahmen des Projektes „City Kids“ seit Längerem ihren Mitarbeitenden während der Herbst-, Winter-, Oster und Sommerferien die Möglichkeit einer qualifizierten Kinderbetreuung an.

Da Pflege nicht irgendein „Job“ ist, der psychisch und physisch oft sehr anspruchsvoll sein kann, ist eine gute Work-Life-Balance wichtig. Attraktive Arbeitszeit- und Schichtmodelle erlauben es, sich die Arbeitszeit einzuteilen. Das bewährte Modell „Wunschdienstplan“ zum Beispiel besagt, dass die Pflegenden am Monatsanfang eingetragen, wann sie gerne eingesetzt werden möchten. Die Wünsche müssen zwar auf ihre Erfüllbarkeit geprüft werden, aber soweit möglich, richtet man sich in den einzelnen Gesellschaften danach.



ALLES ANDERE ALS EINE EINBAHNSTRASSE

Karrierechancen im Pflegeberuf

Neben den oben erwähnten Vertrauenspersonen gibt es in der DEUTSCHENFACH-PFLEGE ein professionelles Coaching-Team, das bei PflegeLeicht angesiedelt ist. Dazu gehört auch Dr. Timm Steuber, D.E.S.A, und Notfallmediziner. Er bietet Seminare zu den Themen Selbstentwicklung („Verantwortung fängt bei dem eigenen Leben an“) und Resilienz („Das Spiel des Lebens können wir nicht gewinnen, nur spielen“) an, entweder online oder in Präsenz. Er gehört zum Team, das die Führungskräfte schult („Führungskräfte sollten ohne Angst loslegen. Fehler inklusive, who cares!“). Zur persönlichen Weiterentwicklung gibt es für Mitarbeitenden der DF bei der PflegeLeicht-Akademie zahlreiche Kurse, auch von externen Bildungsanbietern.

Wir bieten in der DF viele Aufstiegschancen

Jede Qualifizierung und die damit einhergehende Erweiterung von Fachkompetenz ist eine neue Stufe auf der Karriereleiter. Bei der DF gibt es deutschlandweit eine Vielzahl von verschiedenen Arbeitsbereichen. Wer hervorragende Leistungen zeigt, aufgeschlossen und teamfähig ist, hat in vielen Bereichen beste Aufstiegschancen oder die Möglichkeit, in andere Bereiche zu wechseln. So gibt es Mitarbeitende mit spannenden Biografien und imposanten Weiterentwicklungen, wie noch einmal das Beispiel Slobodan Spasojevic vom Regensburger Kindl zeigt. Er war über ein Förderprogramm als Kinderkrankenpfleger nach Deutschland gekommen, wo er schnell die deutsche Sprache erlernte. Bevor er in die außerklinische Intensivpflege wechselte, hatte er in der Kinderintensivpflege in einer Klinik gearbeitet. Seit zwei Jahren ist er beim Pflegedienst Kindl, wo er zunächst ausschließlich in der Pflege eingesetzt war. Dort hat er einen so positiven Eindruck hinterlassen, dass ihm sein Arbeitgeber 2022 die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung (PDL) anbot. Seit Oktober 2022 ist er stellvertretende Pflegedienstleitung und sein Ziel, Pflegedienstleiter zu werden, rückt näher.

FÜR UNS EINE SELBSTVERSTÄNDLICHKEIT

Vielfalt und Inklusion

Seit März 2019 ist die DF Unterzeichnerin der „Charta der Vielfalt“. Die Non-Profit-Organisation ist eine Arbeitgeberinitiative, deren Ziel es ist, Anerkennung, Wertschätzung und Einbeziehung von Diversität in der Arbeitswelt voranzubringen und ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das frei von Vorurteilen ist. Mehr als 4.900 Unternehmen und Institutionen haben aktuell die Charta der Vielfalt unterzeichnet.

Da die Charta der Vielfalt sehr allgemein formuliert ist, wurde im Verbund ein Leitfaden entwickelt, in dem Diversität auf die Gesundheitsbranche heruntergebrochen wurde und der insbesondere die Pflegedienstleitungen adressierte, um sie für das Thema zu sensibilisieren. Da sich die Gesundheitsbranche ständig weiterentwickelt, ist der Bedarf an Diversität unter Pflegedienstleitungen wichtiger denn je. Weiter heißt es in der Ausarbeitung: „Indem wir den Reichtum unserer Unterschiede annehmen, können wir eine Kultur der Akzeptanz und des Verständnisses schaffen, die für eine produktive und blühende Gemeinschaft unerlässlich ist. Durch Inklusion können wir ein Umfeld schaffen, in dem sich jede*r gesehen, gehört und respektiert fühlt und in dem die Perspektive aller geschätzt wird. Pflegedienstleitungen müssen ein tiefes Verständnis für Diversität und Inklusivität haben und mit den Fähigkeiten und Kenntnissen ausgestattet sein, um kulturelle Kompetenz und Sensibilität in ihren Teams zu fördern.“

Auch die Pflegenden müssen in der Lage sein, bei Klient*innen mit unterschiedlichen Hintergründen und Kulturen mit einer Reihe einzigartiger Herausforderungen und Anforderungen umzugehen. Um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden, müssen sie die unterschiedlichen Kulturen, Überzeugungen und Werte verstehen, die jede*r Klient*in mitbringt.

Die DF ist nicht nur in dieser Hinsicht bunt und vielfältig, sondern auch hinsichtlich der vielen Sprachen, die im Pflegeverbund gesprochen werden. „Diversität ist das Vorhandensein einer Vielzahl unterschiedlicher Merkmale innerhalb einer Gruppe oder Bevölkerung. Inklusion hingegen ist die Praxis, Menschen aktiv einzubeziehen, willkommen zu heißen und zu akzeptieren, die sich in Bezug auf Alter, Rasse, ethnische Zugehörigkeit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, körperliche oder geistige Fähigkeiten, Religion, Klasse und andere von uns unterscheiden können.“ Inklusion geht über Vielfalt hinaus und fördert ein Umfeld, in dem sich alle für ihre einzigartigen Beiträge respektiert und geschätzt fühlen.

Inklusion betrifft also sowohl die Ebene der Mitarbeitenden als auch die der Klient*innen. Wenn die Pflegenden alles tun, damit die Klient*innen trotz ihrer unterschiedlichen Einschränkungen am Leben teilhaben können, wenn ältere Menschen, die sich einsam fühlen, aus ihrer Isolation herausgeholt werden und wenn schwerstkranken Kinder dabei unterstützt werden, regelmäßig die Schule zu besuchen, dann ist das ein Beitrag zur Inklusion. Der inklusive Gedanke zeigt sich auch beim MAIK Kongress, der Menschen mit Behinderung und insbesondere mit Beatmung sowohl in die Programmplanung und Durchführung des Kongresses einbezieht, als auch darüber, dass nicht nur die Mitwirkenden mit Behinderung, sondern alle Teilnehmenden mit Behinderung freien Eintritt haben.

“ Wir sind eine bunte Mischung aus alt und jung, still und extrovertiert – es ist alles dabei.

FAU frei atmen Ulm





BEWERBERMANAGEMENT

Um die Pflegequalität für die Klient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE zu sichern, ist es wichtig, neue bestmöglich qualifizierte Mitarbeitende zu gewinnen. Sie entlasten das bereits in den Pflegediensten tätige Personal und ermöglichen den Klient*innen ein selbstbestimmtes Leben.

Die Vorteile eines Verbundes wie der **DF** liegen vor allem in der Flexibilität des Personaleinsatzes, der Möglichkeit, potenzielle Mitarbeitende genau da einzusetzen, wo sie einesteils dringend gebraucht werden, aber auch da, wo diese gerne arbeiten möchten. Durch die verschiedenen Versorgungsformen, die deutschlandweit bestehen, ist für jede Pflegekraft das Passende dabei.

Im Bewerbermanagement der **DF** sind unter der Gesamtleitung von Daniel Liebetrau und seiner Stellvertreterin Sophie Schlawinsky drei Teams in verschiedenen Regionen tätig, die jedoch stets auch übergreifend zusammenarbeiten. Aufgrund der Versorgungsdichte in der **DF** können Bewerbungen zum Beispiel an andere Regionen übergeben werden, falls dies von den Bewerber*innen gewünscht ist und besser in das Konzept aller Beteiligten passt.



*Um zu zeigen, was die Mitarbeitenden im Bewerbermanagement leisten, hier ein paar Zahlen: Jährlich hat das Team Kontakt zu rund 34.000 potenziellen Bewerber*innen. Hieraus erfolgten im angegebenen Zeitraum etwa 9.200 Vorstellungsgespräche.*

Dabei arbeitet das Bewerbermanagement Hand in Hand mit dem Überleitmanagement. Denn bei der Entlassung in den außerklinischen Bereich muss bereits die Frage geklärt sein, wer die Weiterversorgung von Kindern oder Erwachsenen übernehmen kann. In den Wohngemeinschaften und stationären Einrichtungen gibt es bereits Teams, aber für eine häusliche Einzelversorgung muss oft erst ein neues Team zusammengestellt werden. Je schneller dies geschehen ist, desto besser ist dies für die zu pflegenden Personen sowie ihre An- und Zugehörigen.

Das Bewerbermanagement wurde weiterentwickelt, um es den Bewerber*innen und Interessierten so einfach und bequem wie möglich zu machen, alle benötigten Informationen für einen Jobwechsel und eine Bewerbung zu erhalten. Die Qualität der Beratung sowohl persönlich, am Telefon als auch im schriftlichen Kontakt zu gewährleisten und die Geschwindigkeit im Bewerbungsprozess zu steigern, hat für das Team des Bewerbermanagements höchste Priorität.

Das Interesse potenzieller Bewerber*innen wird vor allem dadurch geweckt, dass gezeigt wird, welcher sinnstiftender Beruf die Pflege ist und wie weltoffen, nachhaltig und familienfreundlich der Verbund **DF** ist. Die Bewerber*innen erfahren dies aus dem gemeinsamen Pflegeleitbild, das auch prominent auf der Webseite der **DF** kommuniziert wird. Der BoniKlub mit vielfältigen Vorteilen für die Mitarbeitenden, welche laufend erweitert werden, wird ebenfalls als herausragender Vorteil wahrgenommen, sich für die **DF** zu entscheiden.

Das Team des Bewerbermanagements unterstützt die Leitungs- und Führungskräfte in den Pflegediensten, indem es die Organisation und Terminierung von Vorstellungsgesprächen übernimmt. Im Gespräch und eventuell im Rahmen einer Hospitation können die Bewerber*innen einen ersten Eindruck von ihrem künftigen Arbeitsplatz gewinnen.

Insgesamt 30 Mitarbeitende widmen sich ausschließlich dem Bewerbermanagement und dem Recruiting. Dabei handelt es sich um qualifizierte und auf die Bedürfnisse der Pflegefachkräfte geschulte Personen, die kompetent und zuvorkommend alle Fragen der Bewerber*innen beantworten. Die Mitarbeitenden nehmen an regelmäßigen Weiterbildungen teil und engagieren sich in Projektgruppen. So wird das Bewerbermanagement strategisch stetig weiterentwickelt und verfolgt beispielsweise Themen wie die Gewinnung von Auszubildenden für die generalistische Pflegeausbildung sowie die Ausbildung zur Pflegefachassistenz oder die Fachkräftegewinnung aus dem Ausland.

Die Mitarbeitenden des Bewerbermanagements begleiten die Bewerber*innen freundlich vom ersten Kontakt bis zum Onboarding und haben immer ein offenes Ohr für Wünsche und Anmerkungen. Der Start bei der **DF** wird im Rahmen von Informationsveranstaltungen und Willkommensevents begleitet. Die Einarbeitung erfolgt nach einem standardisierten Einarbeitungskonzept.

24

*So schnell geht das bei der **DF**! Eine Bewerbung wird innerhalb von 24 Stunden bearbeitet. Nach maximal drei Tagen erfolgt die Einladung zu einem Vorstellungsgespräch. Es dauert maximal sieben Tage, bis eine gewünschte Hospitation angeboten werden kann. Nach Ablauf eines Tages erhalten die Bewerber*innen den Bescheid, ob sie eingestellt werden oder nicht.*

IM AUSTAUSCH

Wegweisende Experten

Wie in der einleitenden Vorstellung des Fachbeirats der DEUTSCHENFACHPFLEGE erwähnt, sind die Mitglieder des Fachbeirats wichtige Impulsgeber. Die Kooperation mit den unabhängigen, beratenden Expert*innen ist unterschiedlich und fachspezifisch. Auf diesen beiden Seiten stellen wir PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld und Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort vor.



Mein Antrieb sind die betroffenen Menschen da draußen, die davon profitieren sollen.

PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld,
Mitglied des Fachbeirats der DF



Deshalb ist PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld seit Anfang 2022 unabhängiger medizinischer Berater im Bereich der Qualitätssicherung. Seitdem bearbeitet er den Bereich Codierung der Behandlungsschwerpunkte und Nebendiagnosen, den er, gemeinsam mit Expert*innen aus dem Pflegeverbund, grundlegend neu aufgebaut und strukturiert hat. Hirschfeld ist leitender Arzt für IMC / Beatmung / Weaning im Querschnittgelähmten-Zentrum des BG Klinikums Hamburg. „Es kommen Menschen zu uns, die aufgrund von Krankheit oder Unfällen querschnittgelähmt und auf Beatmung angewiesen sind. Wenn wir diese Menschen aufnehmen, ist es keine Seltenheit, dass sie nicht mehr leben wollen“, erzählt er. Er und sein Team begleiten diese Menschen ganzheitlich und langfristig, sogar sehr oft lebenslang. Das gibt es so, laut Hirschfeld, ansonsten im ambulanten und stationären Setting in sehr wenigen Bereichen der Krankenhauslandschaft. „Mich bewegt besonders, dass unsere Patient*innen, wenn sie uns verlassen, in ihrer Persönlichkeit gestärkt sind, neuen Lebenswillen haben und in ihrem neuen Zuhause dem Leben begegnen wollen. Wir begleiten den Weg von völliger Hilflosigkeit bis hin zur Wiedereingliederung.“ Deshalb ist ihm die Qualität der Weiterversorgung in der Außenklinik eines der größten Anliegen.

Schon seit 1997 gehören zu seinen Spezialbereichen die Überleitung aus der Klinik, das Weaning von Menschen mit Beatmung und das Gutachterwesen sowie die Qualitätssicherung. Er möchte die Versorgungsforschung voranbringen, zumal er auch Dozent an der Uni Lübeck ist und dort Doktorand*innen betreut. Neben der maschinellen Dauerbeatmung ist er Experte in der Versorgung querschnittgelähmter Patient*innen mit einem Zwerchfellstimulator. Die Zwerchfellnervenstimulation hält er für „die beste und eleganteste Beatmungsform“.

Hirschfeld ist Mitglied in verschiedenen Fachgesellschaften: Die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegologie e. V. (DMGP) oder der Arbeitskreis „BeAtmung“ gehören dazu. Er ist Mitautor der S2k-Leitlinie „Lebenslange Nachsorge für Menschen mit Querschnittlähmung“ aus dem Dezember 2022. Laut Leitlinie „ist die lebenslange Nachsorge (...) wichtig, um medizinischen und psychosozialen Problemen vorzubeugen, sie frühzeitig zu diagnostizieren und den Behandlungsprozess mit geeigneten Maßnahmen regelmäßig zu überprüfen.“¹

Da die DF unter anderem Klient*innen mit Querschnittlähmung und Beatmung versorgt, ist auch hier Sven Hirschfelds Fachwissen gefragt. Er gehört der „International Spinal Cord Society (ISCoS)“, der internationalen Dachorganisation für die Behandlung von Rückenmarkverletzungen, an und im erweiterten Vorstand der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. ist er Sprecher der Sektion Querschnittlähmung. Zudem ist er Mitglied der Arbeitsgruppe zur Zertifizierung von Beatmungszentren. Seit vielen Jahren gestaltet er als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des MAIK Kongresses den Kongress maßgeblich mit. Auch auf anderen Kongressen und Fachtagungen ist er gefragter Referent. Der ärztliche Qualitätsmanager mit Assessorätigkeit für die European Foundation for Quality Management (EFQM) ist zudem Gutachter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Als unabhängiger medizinischer Berater hat Sven Hirschfeld, wie oben berichtet, für die DF einen neuen Codierungsansatz entwickelt. Sein Abstract für einen Fachartikel zu diesem Thema wurde bereits vom International Journal of Nursing Sciences angenommen.

Mit all diesen Initiativen, gerade auch in dem Vorantreiben der Versorgungsforschung, möchte Hirschfeld die Lebensqualität für die Menschen verbessern, die aufgrund eines Unfalls oder einer schweren Krankheit gesundheitlich beeinträchtigt sind.

¹ „Lebenslange Nachsorge für Menschen mit Querschnittlähmung“, Langfassung, AWMF-Register-Nr.: 179-014, Evidenzklasse: S2k, Version 1.0 (Dezember 2022), Seite 4/47. Online verfügbar unter www.register.awmf.org



Wir kommen pflegebedürftig auf die Welt und meistens verlassen wir sie auch wieder als Pflegebedürftige. Mir erscheint es daher nur natürlich, sich dazwischen mit den Fragen von guter Versorgung auseinanderzusetzen.

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort,
Mitglied des Fachbeirats der DF



Für den Fachbeirat der DF konnte Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort vom dip Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. gewonnen werden. Er gehört nach eigenen Angaben zu den Jahrgängen in der Pflege, „die Teil einer Professionalisierung, einer Akademisierung der Pflege und einer Entwicklung sein dürfen, die die Generation vor uns angeht und für die sie gestritten und gekämpft haben. Aber eigentlich sind wir immer noch Pioniere oder bestenfalls die, die versuchen können, den Mehrwert dessen sichtbar werden zu lassen. Mit der Pflege ist es wie mit dem Bau an einer Kathedrale: die Steinmetze kommen und gehen, aber fertig werden sie nie werden.“ Aktuell stimmt es ihn zuversichtlich, „dass in der öffentlichen Debatte immer mehr Pflegenden selbst zu Wort kommen; Pflegenden, die sich gut darstellen können, die offensiv ihre Belange vertreten, die glaubhaft sind und die eine Idee von einer zukunftsorientierten Pflege haben. Das ist schön zu sehen, denn für alle guten Dinge braucht es tatkräftige Influencerinnen und Influencer.“

Im Berichtszeitraum war Isfort in der DF als Experte für die aktuelle Situation der Pflege gefragt. Er wies bei verschiedenen Veranstaltungen und Sitzungen von Leitungskräften der DF

darauf hin, dass der „Pflexit“, also der massenhafte Ausstieg von Pflegenden aus ihrem Beruf, wissenschaftlich nicht zu belegen sei. Anhand von Statistiken, die er mit seinem Team ausgewertet hat, sei ablesbar, dass der Pflegekraftmangel andere Gründe habe. Hauptgrund sei, dass immer mehr Pflegenden in Rente gingen und die Anzahl der nachkommenden Pflegekräfte zu klein sei, um diese Lücke zu schließen. Um so wichtiger sei es, sich ein faktenbasiertes Bild von den Pflegenden zu verschaffen. Diese seien überwiegend langjährig in ihrem Beruf tätig („Berufstreue“), hätten eine hohe Verbindung zum gewählten Sektor („Sektorentreue“) und bewegten sich in einem räumlich relativ kleinen Radius („Ortstreue“). Um junge Pflegenden zu gewinnen, müsse man sich darüber im Klaren sein, was diesen bei der Wahl ihres Arbeitsplatzes wichtig sei. Untergangsszenarien und Katastrophenmeldungen zum Stand der Pflege seien kontraproduktiv und würden die Fachkräftesicherung und -bindung eher behindern. Deshalb sollte man sich viel mehr darauf konzentrieren, die Begeisterung für den Pflegeberuf zu wecken.

Weiterhin ist die Studie „Pflege-Thermometer 2022. Situation und Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland“² aktuell, die Isfort geleitet hat. In der Schlussfolgerung wird unter anderem die „Ausweitung der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, zum Beispiel diagnostischer Aufgaben, aber auch der federführenden Koordination einer multiprofessionellen Versorgung auf und durch Pflegefachpersonen“ angesprochen, die in anderen Ländern bereits erfolgreich stattfindet. „Der engen Kooperation mit der Medizin kommt dabei ein ebenso hoher Stellenwert zu, wie dem zusätzlichen Einsatz akademisch qualifizierter Pflegenden im Sinne eines Qualifikationsmix. Vor allem dem international durchaus verbreiteten, sich in Deutschland jedoch erst etablierenden Berufsbild der Community Health Nurse, die neben klinischer auch über Public Health Expertise verfügt, könnte hierbei eine tragende Rolle zukommen.“

Die DF geht mit dem Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) also in genau die richtige Richtung.

² Isfort, M.; Hüsken, J.-M.; Sachs, S.; Tucman, D. (2022): Pflege-Thermometer 2022. Situation und Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Köln. Online verfügbar unter www.dip.de, Köln



MAIK KONGRESS

Nach zweijähriger Pause aufgrund der Corona-Pandemie führte die DEUTSCHE FACHPFLEGE am 11. und 12. November 2022 unter der Schirmherrschaft von Klaus Holetschek, Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege, den 15. MAIK Kongress in München durch. Über 700 Teilnehmende aus dem gesamten Bundesgebiet begrüßte Daniel Klein, CEO der DF mit den Worten: „Ich bin nicht nur stolz darauf, wieviel wir in diesem Jahr im Bereich Qualität in der DF erreicht haben, sondern genauso stolz darauf, dass wir einen so hervorragenden Fachkongress veranstalten dürfen.“ Zur Eröffnung hielt Oliver Jünke, 1. Vorsitzender des ALS mobil e. V. aus Berlin, ein so ergreifendes Grußwort, dass sich alle Zuhörenden von ihren Sitzen erhoben. Gebannt verfolgte im vollbesetzten großen Saal die Zuhörerschaft das Impulsreferat von Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort, Projektleiter der Studie „Pflege-Thermometer 2022“, der auf die aktuelle Situation der häuslichen Intensivpflege einging. Die Fakten, die er vortrug, fußten auf der von ihm geleiteten bislang größten Befragung im Feld der häuslichen Intensivversorgung. Der krönende Abschluss der Eröffnung war die Verleihung des MAIK-Award an Maria-Cristina Hallwachs, ständige Vertreterin der Menschen mit Beatmung in der DIGAB e. V., engagierte Peer Counselor und Gründerin der Plattform atemWEGE. Sie ist ein wichtiges Sprachrohr für Menschen mit Beatmung und Querschnittlähmung. Der MAIK-Award war mit einem Spendenscheck für die gemeinnützige „Claudine und Eike Hallwachs-Stiftung“ verbunden.

Der multiprofessionelle Kongress beleuchtete in 45 Fachvorträgen von rund 100 Referierenden Themen rund um die außerklinische Intensivversorgung aus den Perspektiven der Menschen mit Beatmung, der Wissenschaft, Medizin, Pflege, Therapie, Fachgesellschaften, Selbsthilfe, Medizintechnik, Hygiene und des Sozialrechts. Einen besonderen Stellenwert nahm das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG ein. Isfort leitete eine Gesprächsrunde mit Pflegekräften aus der außerklinischen Intensivpflege und einer jungen Studentin, die selbst häusliche Intensivpflege benötigt. Da der MAIK Kongress auch eine Fortbildungsveranstaltung

ist, standen zahlreiche Workshops auf dem Programm. Dazu gehörten auch Workshops der PflegeLeicht-Akademie. Großen Raum nahmen Digitalisierung und Telemedizin ein und es wurde eine Live-Televisite gezeigt.

Den 15. MAIK Kongress nutzte die DF, um sich als Pflegeverband mit eigenem Stand zu präsentieren. Dort gab es Wissenswertes aus dem druckfrischen Qualitätsbericht, Neuheiten aus dem Fortbildungsprogramm der PflegeLeicht-Akademie sowie Informationen zum Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) und zum Überleitmanagement. Zudem konnte man Vertreter*innen aus den lokalen Gesellschaften, den Regionen und den Verbundfunktionen kennenlernen. Begleitend zum Fachkongress fand eine große Fachausstellung mit über 40 Ausstellern statt. Am Abend des ersten Kongresstages wurde im Ampere die legendäre MAIK-Party mit der Band ThEvents and guests gefeiert.

Die DF hatte am 20. und 21. Oktober 2023 zum 16. MAIK Kongress nach München eingeladen. Nach 15 Jahren hat der MAIK Kongress mit einem neuen Logo und Webauftritt ein Facelift erhalten. Zudem bekommt der MAIK Kongress durch ein MAIK Update 2024 am 29. und 30. April 2024 in Hamburg einen Ableger namens "Strategietage außerklinische Intensivversorgung". Dem wissenschaftlichen Beirat dieses Kongresses gehört u. a. Jan Grineisen, Head of PMO & Digitalisierung in der DF, an, der bereits viele Innovationen erprobt hat und mit Expert*innen aus den Bereichen Medizintechnik, Digitalisierung, KI, Robotik und Healthcare in Verbindung steht. Die DF hat sich zu diesem neuen Format entschlossen, da es viele zukunftsweisende digitale Möglichkeiten gibt, die große Chancen für die Verbesserung der außerklinischen Intensivversorgung eröffnen.

Das Format „MAIK Onlinetalk“ zu aktuellen Themen läuft weiter. Auf YouTube können die mehr als 50 MAIK-Onlinetalks mit ausgewiesenen Fachexpert*innen zu vielfältigen Themen aus der außerklinischen Intensivpflege angesehen werden.

16

16 Jahre MAIK: Rund 11.000 Besucher*innen, 1.600 Mitwirkende, 250 Workshops und 650 Aussteller. Während der Corona-Pandemie und danach rund 65 MAIK-Onlinetalks mit insgesamt rund 1.800 Teilnehmenden und über 20.000 Klicks auf dem MAIK-YouTube-Channel.

DER GKV-IPREG-THINKTANK

Eine Interessenvertretung der Menschen mit Intensivpflegebedarf ist, wie bereits oben erwähnt, der GKV-IPReG-ThinkTank, der am 29. September 2020 erstmals zum kontinuierlichen Austausch über das GKV-IPReG, die neuen Richtlinien und die Auswirkungen des Gesetzes auf die außerklinische Versorgung zusammentrat. Ihn moderieren Christoph Jaschke und Dr. Maria Panzer. Ziel ist es, den laufenden bundesweiten Diskurs, den das GKV-IPReG angestoßen hat, fachlich, ethisch und politisch zu begleiten und deren Ausgestaltung zu prüfen. Der Fokus liegt auf den Bedürfnissen und Bedarfen von Menschen, die einer außerklinischen Versorgung, insbesondere außerklinischer Intensivpflege bedürfen, sowie deren An- und Zugehörigen. Dem GKV-IPReG-ThinkTank gehören über 60 Menschen mit Intensivpflegebedarf, An- und Zugehörige sowie Vertreter*innen aus Selbsthilfe, Medizin, Wissenschaft, Medizintechnik, Pflege und Therapie an. Seit seiner Gründung hat sich der ThinkTank über 60 Mal virtuell getroffen, hat Essentials erarbeitet und sich aktiv am Stellungsnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur AKI-Richtlinie beteiligt.

Der GKV-IPReG-ThinkTank organisiert auch Veranstaltungen in Berlin, zu denen Fachpolitiker*innen, Vertreter*innen der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Medizinischen Dienstes, von Fachgesellschaften und Verbänden sowie Menschen, die in Beratung und Unterstützung von Menschen mit außerklinischer Intensivpflege tätig oder die selbst direkt vom GKV-IPReG betroffen sind, eingeladen sind. Am 28. Februar 2023 fand die Tagesveranstaltung „Quo vadis außerklinische Intensivversorgung?“ statt, bei der die zentrale Fragestellung lautete: „Wie kann eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden?“. Am 13. Juni 2023 folgte eine Tagesveranstaltung zum Thema „Von der AKI-Richtlinie bis zur Bundesrahmenempfehlung“ mit den Fragestellungen: „Wie kann die praktische Umsetzung von Potenzialerhebung, Ordnungsmanagement und MD-Begutachtung gelingen? Und wie verändert sich die außerklinische Intensivversorgung durch die Bundesrahmenempfehlung?“ Im Interesse ihrer Klient*innen organisiert die **DF** zudem Informationstreffen mit Haus- und Fachärzt*innen, die eine Schlüsselstellung bei der Umsetzung des GKV-IPReGs haben.

Kooperation mit Fachgesellschaften

Als kommissarischer Past-Präsident unterstützte Christoph Jaschke die Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. Er vertrat bis September 2023 Dr. med. Martin Bachmann, der krankheitsbedingt diese Funktion nicht wahrnehmen konnte. Jaschke führte DIGAB-Sprechstunden zum GKV-IPReG durch und setzte sich im Bereich der Qualifizierung von Pflegenden ein. Denn das GKV-IPReG veränderte auch die Basis- und Expertenurse, die verschiedene Fachgesellschaften bislang zertifizierten. Ein Zusammenschluss von DIGAB, KNAIB, IPV und CNI entwickelte ein neues Curriculum, nach dem die PflegeLeicht-Akademie, die eng mit KNAIB kooperiert, bereits weiterqualifiziert. Damit ist die Fortbildung der Pflegefachkräfte in der **DF**, die Klient*innen mit Beatmung versorgen, nicht nur auf dem aktuellen Stand, sondern auch auf qualitativ hohem Niveau. Die **DF** ist in engem Kontakt mit den Fachgesellschaften und gestaltet die neue ArGe-Fachgesellschaften mit.

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Wie schon in den Vorjahren beteiligt sich die **DF** an wissenschaftlichen Projekten und Studien.

OptiNIV – Optimierung der nachklinischen Intensivversorgung bei neurologischen Patienten

Aktuell unterstützt die **DF** die Studie „OptiNIV – Optimierung der nachklinischen Intensivversorgung bei neurologischen Patienten“.¹ Ausgangspunkt ist die Annahme, dass insbesondere neurologische Patient*innen, beispielsweise nach einem Schlaganfall, ein großes Potenzial haben, sich langfristig zu erholen und erfolgreich von Beatmung oder Trachealkanüle entwöhnt werden zu können. Die Studie möchte dies mit 173 neurologischen Patient*innen erforschen. Ambulante Expert*innen-Teams aus teilnehmenden Schwerpunktkliniken der neurologischen Frührehabilitation betreuen und behandeln die Patient*innen regelmäßig zu Hause oder in Wohngemeinschaften, so auch in Wohngemeinschaften, die die **DF** betreut.

SIMPATI – Surveillance nosokomialer Infektionen und MRE bei Patienten der außerklinischen Intensivpflege

Einige Pflegedienste des Pflegeverbundes nahmen im Zeitraum November 2020 bis November 2022 am Förderprojekt „SIMPATI – Surveillance nosokomialer Infektionen und MRE bei Patienten der außerklinischen Intensivpflege“² teil. Die Studie wurde von Karin Bunte MPH, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin auf dem 16. MAIK Kongress vorgestellt.

Prädikationsmodelle für Prävention vermeidbarer Krankenhauseinweisungen

Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen und Lösungen für die digitale Fernbetreuung von Intensivstationen bietet das „tcc Telehealth Competence Center“. Es ermöglicht, rund um

die Uhr eine hohe Behandlungsqualität im Intensivbereich zu gewährleisten. Die **DF** möchte gemeinsam mit tcc die Gesundheit der Klient*innen sowie die Zufriedenheit des Personals steigern und beteiligt sich an der Studie „Entwicklung Prädikationsmodelle für Prävention von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen“.³

Projekt ATME

Das Projekt „Bedarflagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten“ (ATME)⁴ möchte sektorenübergreifend die Krankheitsverläufe und Versorgungsstrukturen außerklinisch versorgter Menschen mit Intensivpflegebedarf abbilden, da bislang über dieses Versorgungsfeld wenige Erkenntnisse vorliegen. Die Ergebnisse sollen Grundlage sein für die Ableitung von Handlungsempfehlungen zur bedarfs- und bedürfnisgerechten Weiterentwicklung der Versorgung. Zum Projektkonsortium gehören: aQua-Institut, Hochschule Osnabrück, WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK und der bpa Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Unterstützt wird das Projekt von der DIGAB e. V.

Pflege-Thermometer 2022

Die **DF** beteiligte sich an der Studie „Pflege-Thermometer 2022. Situation und Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland“, durchgeführt vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., einem gemeinnützigen Institut an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (katho) in Köln.⁵

Die Zusammenarbeit im Bereich Wissenschaft und Forschung soll in Zukunft intensiviert werden.

¹ www.medizin.uni-greifswald.de/optiniv/index.php?id=375

² www.nrz-hygiene.de/projekte/simpat

³ www.tcc-clinicalsolutions.de

⁴ www.aqua-institut.de/projekte/atme

⁵ www.dip.de

MESSEN UND KONGRESSE

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat sich mit ihrem neuen Messestand auf ausgewählten Veranstaltungen präsentiert, um mit den Besucher*innen ins Gespräch zu kommen und ihr Netzwerk zu erweitern.

Hier einige Beispiele:

Mit eigenem Stand war die **DF** beim CUWI im März 2023 vertreten. Die „Workshoptage für außerklinische Intensivpflege“, die die CNI Fachgesellschaft Kompetenz Netzwerk außerklinische Intensivversorgung seit 2013 in Baden-Württemberg veranstaltet, fanden in der Ratiopharm-Arena in Neu-Ulm statt. Seit vielen Jahren sind Intensivpflegedienste der **DF** mit dem CUWI verbunden und regelmäßig referieren Mitarbeitende der **DF** auf diesem Kongress. Neben CEO Daniel Klein waren viele weitere Führungskräfte der **DF** auf dem CUWI vertreten, sprachen mit den Besuchenden und präsentierten das Versorgungsangebot der **DF**.

Mitarbeitende der **DF** waren bundesweit auf Messen und Kongressen unterwegs, um sich über Innovationen zu informieren und neue Impulse in die **DF** zu kommunizieren. Sehr informativ war zum Beispiel der Besuch der DMEA – Connecting Digital Health – Europas wichtigste Messe für die digitale Gesundheitsversorgung. Die DMEA fand im April 2023 in Berlin mit über 16.000 Teilnehmenden statt. Neben Keynotes, Vorträgen und Diskussionsrunden mit Expertinnen und Experten der digitalen Gesundheitswirtschaft bot die DMEA eine umfassende Ausstellung mit mehr als 700 Herstellern und Lösungsanbietern sowie über 80 Startups.

Ein Teil der Überleitmanager*innen der **DF** besuchten den 18. Fachkongress und Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e. V. vom 22. bis 24. Juni 2023 in Neubrandenburg.

Die **DF** gestaltet die Pflege mit, indem sie bei wichtigen Fachkongressen Beiträge einreicht und Themen vorschlägt, die für ein größeres Publikum von Interesse sein könnten. Dies war der Fall beim Jahreskongress der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. in Hamburg, beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) in Düsseldorf, bei der 13. Jahrestagung der Atmungstherapeuten (DGP) in Augsburg, beim MAIK Kongress in München, beim Kongress der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie (SDGP) in Merklingen und der Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder in Ulm. Auch bei regionalen Veranstaltungen sind Vertreter*innen der **DF** präsent, um sich darüber auszutauschen, wie die Qualität der Pflege weiterhin verbessert werden kann. Auch geht es darum, junge Menschen für die außerklinische Intensivversorgung zu begeistern. Zudem ist immer jemand auf dem Hauptstadtkongress und dem Deutschen Pflorgetag in Berlin.



Sören Hammermüller, Geschäftsführer der Bonitas Pflegegruppe (links) und Stefan Tillmann, Marketingleiter (rechts) freuen sich über die Auszeichnung mit dem German Brand Award.

AUSGEZEICHNET!

Bonitas Pflegegruppe erhält German Brand Award

Am 15. Juni 2023 wurde die Bonitas Pflegegruppe für ihr Konzept zum „ReWIR-Festival 2023“ mit dem German Brand Award ausgezeichnet. Prämiert wurde sie als „Winner“ in der Kategorie „Employer Branding Activities & Campaigns“ für das Sommerfest im September 2022 in Herford auf dem Bonitas-Campus. Vor allem die gelungene Kombination aus Sommerfest und Relaunch der Pflegegruppen-Marke sowie die Einführung des BoniKlubs hatten es der Jury angetan. Das Sommerfest stand für die „familiäre Unternehmenskultur“ in der Bonitas Pflegegruppe und sollte ein Dank an die Mitarbeitenden für ihren Einsatz und ein Zeichen der Wertschätzung für ihre Leistungen sein. „Wir haben die Zusammenkunft vor allem genutzt, um auf unseren Marken-Relaunch der Pflegegruppe anzustoßen und die neue Arbeitgebermarke, den BoniKlub, vorzustellen“, so Marketing-Leiter Stefan Tillmann, der den Award in der Venti Music Hall in Berlin vor mehr als 700 Markenmachern aus Unternehmen, Markenagenturen und Wissenschaft entgegennahm. Auf die Auszeichnung stolz zu sein, ist mehr als angemessen, wenn man bedenkt, dass es rund 1.200 Einreichungen aus 19 Ländern gegeben hatte und dass in der Jury hochkarätige Expert*innen aus Markenwirtschaft und Markenwissenschaft gesessen hatten.

Um das „Wir-Gefühl“ in der **DF** zu stärken, wurde nicht nur die neue Arbeitgebermarke geschaffen, sondern es gibt nun nach der Corona-Pandemie mehr gemeinsame Feste, Besuche von Messen- und Fachkongressen sowie Präsenz mit eigenem Stand. Außerdem wurde ein eigenes Mitarbeitermagazin namens „HELIX“ geschaffen, in dem nun neben dem herkömmlichen **DF**-Newsletter über Aktuelles aus dem Pflegeverbund informiert wird.

FÜR DEN GUTEN ZWECK

Engagement

Die Gesellschaften der **DEUTSCHENFACHPFLEGE** sind vielfältig. Jede Gesellschaft bringt ihre eigene Geschichte und Traditionen mit in den Verbund, gerade auch was die Teilnahme an verschiedenen Charity-Ereignissen anbelangt, die meist in einer bestimmten Region angesiedelt sind.

Jährlich findet zum Beispiel am 3. Oktober in Bad Brückenau der Charity-Pinklauf statt. Veranstalter ist der Brustkrebs Deutschland e. V., ein 2003 gegründeter Verein, dem Ärzt*innen, Patient*innen, Angehörige und Firmen angehören. Ihr Ziel ist es, Prävention und Früherkennung von Brustkrebs zu fördern und Tabus zu diesem Thema abzubauen. Dem Verein geht es auch um die Weitergabe von Informationen, Unterstützung der Betroffenen und Förderung unabhängiger Forschung. Wer mitläuft, erhöht die Spendensumme, die an den Verein geht. Unter den ca. 1.000 Teilnehmenden im Jahr 2022 waren, wie bereits in den Vorjahren, wieder etliche engagierte Mitarbeitende des Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke.

Läuferisch unterwegs für den guten Zweck waren auch Mitarbeitende der AKB Elke Dodenhoff beim 9. Achilles Hope & Possibility Run am 10. Juli 2022 in München. Der Erlös des Runs kam zu 100 % dem Behindertensportverband Achilles International Germany zugute. Der Spendenlauf, an dem Laufbegeisterte mit und ohne Behinderung teilnehmen, wird in 60 Ländern ausgetragen.

Am 8. Juli findet in Osnabrück ein 24-stündiger Benefizlauf unter dem Titel „Tag der vergessenen Kinder“ rund um den Rubbenbruchsee statt. Der Lauf und die Zeremonie im Osnabrücker Dom erinnern an die mehr als 1.400 Kinder in den Massengräbern in Tuam-Irland, in Lanark-Schottland und Kanada. Ziel der Veranstaltung ist es, gemeinsam 1.400 km zu laufen oder zu walken. Das Team der Lancelot Intensivpflege lief 15 km. So kamen in Osnabrück insgesamt 3.750 km zustande, die in eine Spende umgewandelt wurden.

Das Camelot-Team wollte nur eine kleine Spendenaktion für das ambulante Kinderhospiz Osnabrück starten, doch daraus wurde ein großer Scheck. Viele unterstützten das Anliegen auf dem Bonitas-Sommerfest 2022 in Herford. Zahlreiche Kolleg*innen aus den Gesellschaften air vital, Leonard, Titus, Joris, Lynn' Best, Amadeus, Benedikt und Aaron sowie die Geschäftsführenden folgten dem Spendenaufruf zur Unterstützung des Kinderhospizdienstes, der sich zu 50 % aus Spenden finanziert. Von den Spendengeldern werden unter anderem mit den Kindern Ausflüge, eine Fahrt an die Nordsee oder ein Besuch im Zoo gemacht.

Das sind nur einige Beispiele, die zeigen, dass sich die Mitarbeitenden der **DF** auch über ihre Arbeit hinaus engagieren.



UNTERSTÜTZUNG FÜR KINDER

Karlsson e. V.

Der Karlsson e. V., Verein für mehr Chancengleichheit von Kindern, ist ein „Bonitas-Baby“ und wurde im April 2005 gegründet. Damals ging die Bertelsmann-Stiftung davon aus, dass knapp 21 % aller Kinder in Deutschland dauerhaft oder wiederkehrend in Armut leben, heute ist laut einem neuen Factsheet „Kinder- und Jugendarmut in Deutschland“ dieser Stiftung jedes fünfte Kind davon betroffen. In absoluten Zahlen bedeutet das: Knapp 2,9 Millionen Kinder und Jugendliche galten 2021 als armutsgefährdet. Der Karlsson e. V. hilft Kindern aus sozial schwächeren Familien rund um Bielefeld und Herford, wobei es neben finanzieller Unterstützung auch um Hilfe über Kleidung, Nachhilfe, Praktika zur Berufsorientierung, Ferienfreizeiten oder Ausflüge geht. Namenspate ist Karlsson vom Dach, die Figur aus Astrid Lindgrens Kinderbuch. Denn der vorlaute Karlsson macht Mut: Er zeigt, dass jeder Mensch einzigartig ist und eine ordentliche Portion Selbstbewusstsein allen gut tut. Der Verein wird immer wieder von der Familienhilfe des Jugendamts angefragt, da dort die Nachfrage nach Unterstützung so zugenommen hat. Der Verein, dessen Hauptsponsor die Bonitas Pflegegruppe ist, finanziert sich ausschließlich über Spenden. Jede Spende ist willkommen. So war die Freude groß, als im Jahr 2023 zum Beispiel der Provinzialer in Westfalen-Lippe helfen e. V. Schulranzen spendete, die sieben Familien übergeben werden konnten. Dazu gab es für die Karlsson-Kinder noch Warnwesten in Signalfarbe und Reisetaschen für Klassenfahrten.

186

Derzeit begleitet der Verein 186 Kinder bzw. 63 Familien. Über einen individuellen Zeitraum erhalten sie neben dem ehrenamtlichen Einsatz Sachleistungen für Bildung, Ernährung, Kleidung und Freizeit. Sie und viele andere Kinder sollen damit in die „Mitte der Gesellschaft“ geholt werden.

AUSBLICK

Mit Elan und Zuversicht ins Jahr 2024

In diesem Unternehmens- und Qualitätsbericht haben wir gezeigt, was wir im Berichtszeitraum erreicht haben, aber auch, woran wir arbeiten, um die Versorgungsqualität für unsere Klient*innen auszubauen.

- 1** Das neue Ordnungsmanagement für die außerklinische Intensivpflege ab dem 31. Oktober 2023. Unter bestimmten Voraussetzungen ist es bis Ende 2024 möglich, auch ohne Potenzialerhebung eine Verordnung zu erhalten. Unser Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) wird sich auch im neuen Jahr der engen Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen, die für die intensivpflegerische Versorgung unserer Klient*innen notwendig sind, widmen. Besonders wichtig sind für unsere Klient*innen die Fach- und Hausärzt*innen, da sie in der außerklinischen Versorgung im Bereich Potenzialerhebung und Weaning eine Schlüsselstellung einnehmen. Doch auch Fachärzt*innen aus den Bereichen Zahnmedizin, Dermatologie, Orthopädie, Frauenheilkunde und viele andere sind für eine ganzheitliche Versorgung unverzichtbar. Die Schaffung eines engmaschigen Netzwerkes aus der Ärzteschaft unterschiedlicher Fachrichtung bleibt auch für das neue Jahr eine wichtige Aufgabe. Die Schnittstelle zu den entlassenden Kliniken möchten wir ebenfalls über unser Überleitteam ausgestalten.
- 2** Da wir beobachten, dass in den Kliniken noch viel Aufklärungsbedarf über das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG besteht, suchen wir das Gespräch mit den entlassenden Fachärzt*innen, um gemeinsam mit ihnen den Paradigmenwechsel, den das Gesetz darstellt, auszugestalten. Menschen mit Intensivversorgungsbedarf sollen an jeder Station ihrer „Patient Journey“ auf Ansprechpersonen treffen, die sie beraten und an die richtige Stelle „lotsen“. Dies ist auch für die An- und Zugehörigen eine deutliche Erleichterung.
- 3** Weiterhin steht der Ausbau der Digitalisierung und innovativer technischer Möglichkeiten auf unserer Agenda. Im Interesse unserer Klient*innen wollen wir alle Möglichkeiten, die sich hieraus bieten, wahrnehmen, wenn wir damit die Lebensqualität der Menschen verbessern können.
- 4** Wir wollen und werden die wertvollen Informationen zur Versorgungsforschung noch mehr nutzen, um diese gemeinsam mit zahlreichen Hochschulen des Landes besser zu verstehen, Ableitungen zu treffen und letztlich die Qualität in der Pflege proaktiv mitzugestalten.
- 5** Schon jetzt decken wir das gesamte Leistungsspektrum der Pflege ab und versorgen Klient*innen aller Altersstufen, Pflegegrade und Versorgungsformen. Wir sind nun in allen Bundesländern vertreten. Aufgrund des großen Bedarfs an Pflege werden wir unser erstklassiges Angebot flächendeckend ausbauen, damit es möglichst vielen Menschen zugute kommt.
- 6** Vor großen Herausforderungen stehen wir aufgrund des demografischen Wandels, nicht nur hinsichtlich des steigenden Bedarfs an Alten- und Krankenpflege, sondern auch, weil immer mehr erfahrene Pfleger*innen in den wohlverdienten Ruhestand gehen. Deshalb werden wir auch im kommenden Jahr durch Neueinstellungen und ein pointiertes Recruiting unsere Bestandsmitarbeiter*innen entlasten und uns im Ausbildungsbereich engagieren.

7 Insbesondere über die PflegeLeicht-Akademie fördern wir Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeitenden sowohl vor Ort als auch über E-Learning. Zudem legen wir den Fokus auf die generalistische Ausbildung, schulen Praxisanleiter*innen und erhöhen ihre Kompetenz in Refresher-Kursen. Wir kooperieren hervorragend mit Pflegefachschulen und Kliniken, u. a. indem wir über die außerklinische Intensivpflege informieren. Unser Ziel für 2024 ist es, die Profession Pflege zukunftsfähig zu machen und möglichst viele junge Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern.

8 Da die Qualität der Pflege entscheidend davon abhängt, wie es den Pflegekräften bei uns geht und welche Rahmenbedingungen sie bei uns vorfinden, werden wir unsere Bemühungen fortsetzen, damit sie Berufsausübung und Privatleben gut miteinander vereinen können. Eine wertschätzende Arbeitsatmosphäre ist besonders wichtig, weshalb wir hierzu Seminare zu Teambuilding, Konfliktmanagement, Umgang mit Veränderungen, Spannungen und Konflikten, aber auch zur Förderung von körperlicher und seelischer Gesundheit anbieten. Wir haben eigene Ansprechpersonen, die für Probleme, ob im Beruf oder im Privatleben, ein offenes Ohr haben. Dieses Pilotprojekt werden wir auf den gesamten Pflegeverbund ausrollen, sollte es sich bewähren.

9 Wir werden noch engeren Kontakt zu Forschung und Wissenschaft suchen und uns an universitären Forschungsprojekten beteiligen. Wir freuen uns auf den Austausch mit unserem wissenschaftlichen Beirat auch im kommenden Jahr. Diesen pflegen wir auch auf unserem eigenen Kongress, dem MAIK Kongress und MAIK Update zur Digitalisierung in der außerklinischen Intensivversorgung, sowie bei anderen Fachveranstaltungen. Hier stellen wir unsere Projekte gerne zur Diskussion.

Unser Anliegen ist es, das gemeinsame Pflegeleitbild mit Leben zu füllen und das Wir-Gefühl in unserem Verbund zu stärken. Wir werden weiter zusammenwachsen. Wichtige Schritte haben wir mit dem gemeinsamen Pflegeleitbild, dem gemeinsamen QM-Handbuch, den gruppenübergreifenden internen Audits, dem gemeinsamen Überleitmanagement und dem Recruiting erreicht. Diesen Weg, der die Qualität verbessert und sichert, werden wir im neuen Jahr konsequent weiterverfolgen. Denn wir wollen ein Pflegeverbund sein, der seine Klient*innen bestmöglich berät, betreut, pflegt und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützt.

Bleiben Sie uns auch im Jahr 2024 gewogen!

Ihre

Daniel Klein, Geschäftsführer CEO

Dr. Daniel Wiest, Geschäftsführer CFO

Maxim Rogover, Geschäftsführer COO

Michail Gershanovych, Geschäftsführer COO

Sören Hammermüller, Geschäftsführer COO

WIR SAGEN VON HERZEN DANKE!

Unseren Mitarbeiter*innen, Kooperationspartner*innen, Klient*innen und ihren Angehörigen danken wir für die stets vertrauensvolle Zusammenarbeit. Ein besonderes Dankeschön gilt außerdem allen, die wir hier mit Bildern und Texten vorstellen durften – auf diese Weise können wir der Pflege ein Gesicht geben.

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche Fachpflege Holding GmbH
Heidestraße 13
32051 Herford

0800 | 306 550 00
info@deutschefachpflege.de
www.deutschefachpflege.de

Stand der Veröffentlichung

1. November 2023

Stand für sämtliche angegebene Zahlen

30. Juni 2023 (falls nicht anders vermerkt)

Satz & Layout

Bonitas Holding GmbH

Fotos

Deutsche Fachpflege Gruppe, Bonitas Pflegegruppe,
Bundesweite Intensivpflege Gruppe, AdobeStock

Druck

Hans Gieselmann Druck und Medienhaus GmbH & Co. KG

**WEIL
PFLEGE
SO
VIEL
MEHR
IST.**

