



DEUTSCHE **FACHPFLEGE**

DFG | BONITAS | BIPG



2021

**UNTERNEHMENS- &
QUALITÄTSBERICHT**



**»Unser Ziel ist,
in der Pflegebranche beispielgebend zu sein
und Maßstäbe für die qualitativ hochwertige Versorgung
von Menschen zu setzen.«**

Dan Litvan, Beirat DEUTSCHE FACHPFLEGE

Liebe Leser*innen,

dies ist unser zweiter Qualitätsbericht, in dem wir Ihnen einen Einblick in die DEUTSCHE FACHPFLEGE geben und Ihnen unser breitgefächertes Leistungsspektrum vorstellen. Wir laden Sie aber auch dazu ein, die lebensnahen Schilderungen einzelner Menschen zu lesen – aus dem Kreis unserer Klient*innen und unserer Pflegenden. Wir sind zwar ein großes Unternehmen, doch das, was wir tun, setzt beim Individuum an. Jeder Mensch, den wir pflegen, hat seine persönliche Geschichte, hat spezielle medizinisch-pflegerische Bedarfe und individuelle Bedürfnisse. Unsere Pflegekräfte sind darin geschult, hierauf adäquat zu reagieren und damit Lebensqualität für jede*n Einzelne*n zu schaffen.

Diesem hohen Anspruch auch während der Corona-Pandemie gerecht zu werden, war und ist eine große Herausforderung für uns. Die Pandemie hat uns bewusst gemacht, wie wichtig es ist, dass alle an einem Strang ziehen und sich aufeinander verlassen können. Dank des großen Engagements unserer Mitarbeiter*innen gelang und gelingt es uns immer wieder, auch unerwartete Probleme zu meistern.

So mussten zu Beginn der Pandemie viele Hürden überwunden werden: bundesweit fehlende Schutzausrüstung, Mangel an Impfstoff, drohende Vereinsamung unserer Klient*innen, da Besuche in den stationären Pflegeeinrichtungen und Wohngemeinschaften untersagt waren, sowie die Frage, ob unsere Klient*innen tatsächlich noch Hilfe erhalten würden, sollten sie aufgrund der Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in eine Klinik müssen. Und würden unsere Pflegekräfte der Kraftanstrengung standhalten können?

In der zweiten Jahreshälfte können wir stolz darauf sein, wie unsere Teams die Corona-Pandemie bislang gemeistert haben und wie kreativ und flexibel sie weiterhin auf die hohen Anforderungen reagieren.

Die Corona-Pandemie hat uns darin befördert, möglichst viele neue technische Möglichkeiten zu nutzen. So haben wir erfreulich große Fortschritte im Bereich der Digitalisierung gemacht, insbesondere bei der Pfl-

gedokumentation, dem Monitoring, den Televisiten und vielversprechenden Möglichkeiten der Telemedizin.

Eingehend haben wir uns mit dem »Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG« auseinandergesetzt, das im Oktober 2020 in Kraft getreten ist. Viele der vom Gesetzgeber geforderten Standards erfüllen wir bereits. Weitere Projekte, die mit dem Gesetz in Zusammenhang stehen, führen wir, vielfach in Zusammenarbeit mit Medizin und Wissenschaft, fort. Wichtig ist uns der konstruktive Dialog mit allen Verantwortlichen auch hinsichtlich der die außerklinische Intensivpflege betreffenden Richtlinien. Maßgeblich ist für uns die Lebensqualität unserer Klient*innen. Unsere aktivierende Pflege ist die wichtigste Grundlage für ihre gesellschaftliche Teilhabe und oftmals ein wieder selbstständiges Leben.

Wir beteiligen uns an wissenschaftlichen Projekten, sind offen für Innovationen, sind über unseren Wissenschaftlichen Beirat in engem Austausch mit Medizin, Pflege und Forschung, und wollen so in der Pflegebranche Maßstäbe für Qualität, Fachkompetenz und Verlässlichkeit setzen.

Wir danken nicht nur unseren Mitarbeiter*innen für ihre hervorragende Arbeit in diesem coronabedingt schwierigen Jahr, sondern auch allen anderen Partner*innen aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen für ihre Unterstützung und hervorragende Zusammenarbeit. Sie alle haben dazu beigetragen, dass dieses Ausnahmejahr für uns trotz Corona ein erfolgreiches Jahr war. Dies versinnbildlicht auch unsere neue Dachmarke: Wir sind mit dem Herzen bei dem, was wir tun, dabei und fühlen uns privilegiert, eine so sinnhafte und wertstiftende Arbeit zu tun.

Daniel Klein, Geschäftsführung CEO

Maxim Rogover, Geschäftsführung COO

Michail Gershanovych, Geschäftsführung COO

Sören Hammerrüller, Geschäftsführung COO

INHALTSVERZEICHNIS

Über uns	6
Deutsche Fachpflege Gruppe	7
Bonitas Pflegegruppe	7
bipG Gruppe	7
Bunte Vielfalt – Überblick unserer Spezialisten in der Pflege	8
Kooperation ist unsere Stärke	10
Bundesweiter Ansprechpartner	11
Unsere Philosophie	14
Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege	16
Altersverteilung, Versorgungsdauer, Leistungsträger	18
Krankheitsbilder, Aktivitätsstruktur, Hauptdiagnosen (ICD / ICF)	20
Häusliche Intensiv- und Beatmungspflege	24
Intensiv- und Beatmungspflege in Wohngemeinschaften	26
Vollstationäre Intensiv- und Beatmungspflege »in Kinderhäusern«	28
Vollstationäre Intensiv- und Beatmungspflege »von Erwachsenen in Pflegeeinrichtungen«	30
Die Entwöhnung von der Beatmung (Weaning)	32
Leitlinientreue	36
Alten- und Krankenpflege	38
Touren- und Verhinderungspflege	39
Pflegegrade, Altersverteilung, Zugehörigkeit	40
Tagespflege für Senior*innen	41
Alten- und Krankenpflege »vollstationär und Kurzzeitpflege«	42
Wohngemeinschaften für Senior*innen / »Unser kleines Heim«	44
Pflegegrade, Altersverteilung, Zugehörigkeit	46
Wohngemeinschaft »für junge Erwachsene«	48
Palliative Pflege	50
Wir halten die Hand in den letzten Stunden des Lebens	50
Behandlungsschwerpunkte	52
Grunderkrankungen und Beeinträchtigungen – bei Intensiv-Klient*innen und älteren Menschen	52
Häufige Krankheitsbilder	53
Ihr Weg zu uns aus Klinik oder Reha	56
Starke Kompetenzen im Überleitmanagement	56
Schritt für Schritt ins neue Leben	57

Rückzugspflege	60
Der Weg in ein eigenständiges Leben	60
Das Ergebnis unserer Rückzugspflege	63
Das Qualitätsmanagement – unser Herzstück	64
Interviews	66
Fachexpertise in vielen Einzelbereichen	68
FmB – Fachteam für medizinische Behandlungspflege	70
Ärztliche Betreuung rund um die Uhr / Atmungstherapie	72
Projekt »Telemedizin bei der Bonitas Pflegegruppe«	73
Ungeplante Krankenhaus-Aufenthalte? Nein, danke!	74
Das QM immer im Fokus: Audit- und Prüfergebnisse	75
Covid-19 – eine komplexe Herausforderung	76
Informationsveranstaltungen und Impfkampagne	76
Fort- und Weiterbildung bei uns	78
Basis-Qualifikationen »Intensivpflege«	78
Basis-Qualifikationen »Alten- und Krankenpflege«	79
Unsere generalistische Ausbildungsinitiative	80
Zusatzqualifikationen	82
Breites Angebot für Bildungshungrige & Wissensdurstige	86
Unsere Mitarbeiter*innen liegen uns am Herzen	88
Mitarbeiter*innenzufriedenheit	88
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	89
Engagement für Diversity	91
Coaching – Entwicklung – Förderung	92
Engagement: Gesellschaft, Politik, Wissenschaft	94
Engagement im Rahmen des GKV-IPReG	94
Mitgliedschaften	95
Karlsson e. V. / Herzlichkeit	96
Forschungs- und Entwicklungsprojekt AnEffLo	98
MAIK – Münchner außerklinischer Intensiv Kongress	100
Pflege-Thermometer 2021	101
Wissenschaftlicher Fachbeirat	102
Interview mit Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort	104
Ausblick auf das Jahr 2022	106
Impressum	107

Über uns

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist ein Zusammenschluss aus drei Pflegegruppen, die gemeinsam und deutschlandweit das gesamte Spektrum der Pflege abdecken. Die Synergieeffekte stehen im Vordergrund unserer Kooperation, denn dadurch sind wir vor allem eins:

Gemeinsam stark.

Im Jahr 2019 begann unser vereinter Weg in der Pflege. Unser Ziel seit dem ersten Schritt: den Zustand der uns anvertrauten Menschen zu verbessern, im Idealfall bis hin zur vollständigen Genesung – und all das selbstverständlich im Rahmen einer besonders hohen Pflegequalität.

Wir möchten in der Pflegebranche beispielgebend sein und Maßstäbe für die qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen setzen.

Dafür bringen wir die besten Voraussetzungen mit. Und so haben sich die »Deutsche Fachpflege Gruppe«, die »Bonitas Pflegegruppe« und die »bipG Gruppe« – alles Spezialisten in der Pflege – zur DEUTSCHENFACHPFLEGE zusammengeschlossen.



Die Deutsche Fachpflege Gruppe ...

... mit Sitz in München wurde 2011 gegründet. Von Beginn an sollte die außerklinische Intensivpflege maßgeblich von ihr geprägt werden. Auch heute noch liegt der Schwerpunkt der Deutschen Fachpflege Gruppe auf der Intensiv- und Beatmungspflege und gehört in diesem Bereich zu den größten Anbietern in Deutschland.

Mitarbeiter*innen: 2.500

www.deutschefachpflege-gruppe.de



Die Bonitas Pflegegruppe ...

... mit Sitz in Herford wurde 1995 gegründet. Sie hat in einigen Bereichen der Pflege Pionierarbeit geleistet. So waren die Pflegedienste von Bonitas deutschlandweit die ersten, die die außerklinische Intensivpflege angeboten haben. Vorreiter war Bonitas auch beim Thema ambulant betreute Pflege-WG: Im Jahr 2012 eröffnete die Pflegegruppe ihre erste Hausgemeinschaft für Senior*innen mit dem Namen »Unser kleines Heim«.

Mitarbeiter*innen: 4.000

www.bonitas-pflegegruppe.de



Die bipG Gruppe ...

... entstand 2019 durch die Zusammenlegung verschiedener Abteilungen zwischen der Bundesweiten Intensivpflege Gesellschaft (kurz: bipG), bipG VOR ORT, VigeoCare und BAPD. Eine gemeinsame Büroverwaltung in Hannover vereinfacht seitdem viele Prozesse und Kommunikationsabläufe. Der Schwerpunkt des Zusammenschlusses liegt auf der außerklinischen Intensivpflege in ambulant betreuten WGs in ganz Deutschland.

Mitarbeiter*innen: 3.100

www.bipg-gruppe.de





KOOPERATION IST UNSERE STÄRKE

In diesem Jahr haben wir eine neue Dachmarke entwickelt, die unsere hervorragende Zusammenarbeit symbolisiert. Wer immer im gesamten Bundesgebiet Pflege benötigt, findet bei uns das passende Angebot. Unser Leistungsspektrum deckt alle pflegerischen Bedarfe bis hin zu außerklinischem Intensivpflegebedarf ab. Wir beschäftigen examinierte Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Altenpflegekräfte, die vielfach über Zusatzqualifikationen wie z. B. Atmungstherapie, Wundmanagement, Schmerzmanagement oder Palliative Care verfügen. Eine spezielle Qualifikation ist vor allem erforderlich, wenn eine Pflegekraft in der Beatmungspflege tätig ist. Immer haben wir das individuelle Therapieziel und die höchstmögliche Lebensqualität unserer Klient*innen im Auge.

Die »Deutsche Fachpflege Gruppe«, »Bonitas Pflegegruppe« und »bipG Gruppe« wachsen seit ihrem Zusammenschluss zur DEUTSCHENFACHPFLEGE zunehmend zusammen, wobei dieser Prozess noch nicht abgeschlossen ist. Der Zusammenschluss ist die Basis, um voneinander zu lernen, Neuerungen in Teilbereichen zu testen und nach erfolgter Erprobung auf die Gruppe anzuwenden. Folgende Argumente für den gemeinsamen Weg als DEUTSCHEFACHPFLEGE gelten weiterhin und werden konsequent weiterverfolgt:

- ✓ **Bundesweite Versorgung der Klient*innen mit vollem Angebot**
- ✓ **Flächendeckende Vereinheitlichung von Qualitätsstandards und Steigerung der Qualität**
- ✓ **Hohe Expertise durch Mitarbeiter*innen mit Spezialkenntnissen und Zusatzqualifikationen**
- ✓ **Gruppenübergreifende Qualifizierung der Mitarbeiter*innen**
- ✓ **Mehr Zeit für die Klient*innen durch Effektivierung administrativer Prozesse**
- ✓ **Öffnung für Innovationen im Bereich Digitalisierung, Televisite, Monitoring, Telemedizin**
- ✓ **Zentrales Überleitmanagement und Recruiting, gruppenübergreifende interne Audits**

WISSENSWERTES

In unserem jährlichen Unternehmens- und Qualitätsbericht zeigen wir, dass dank unseres passgenauen Portfolios sichergestellt ist, dass jede*r Klient*in, ob jung oder alt – und egal mit welchem Pflegegrad – stets in der richtigen Pflegeform und im adäquaten Umfang liebevoll betreut wird.

BUNDESWEITER ANSPRECHPARTNER

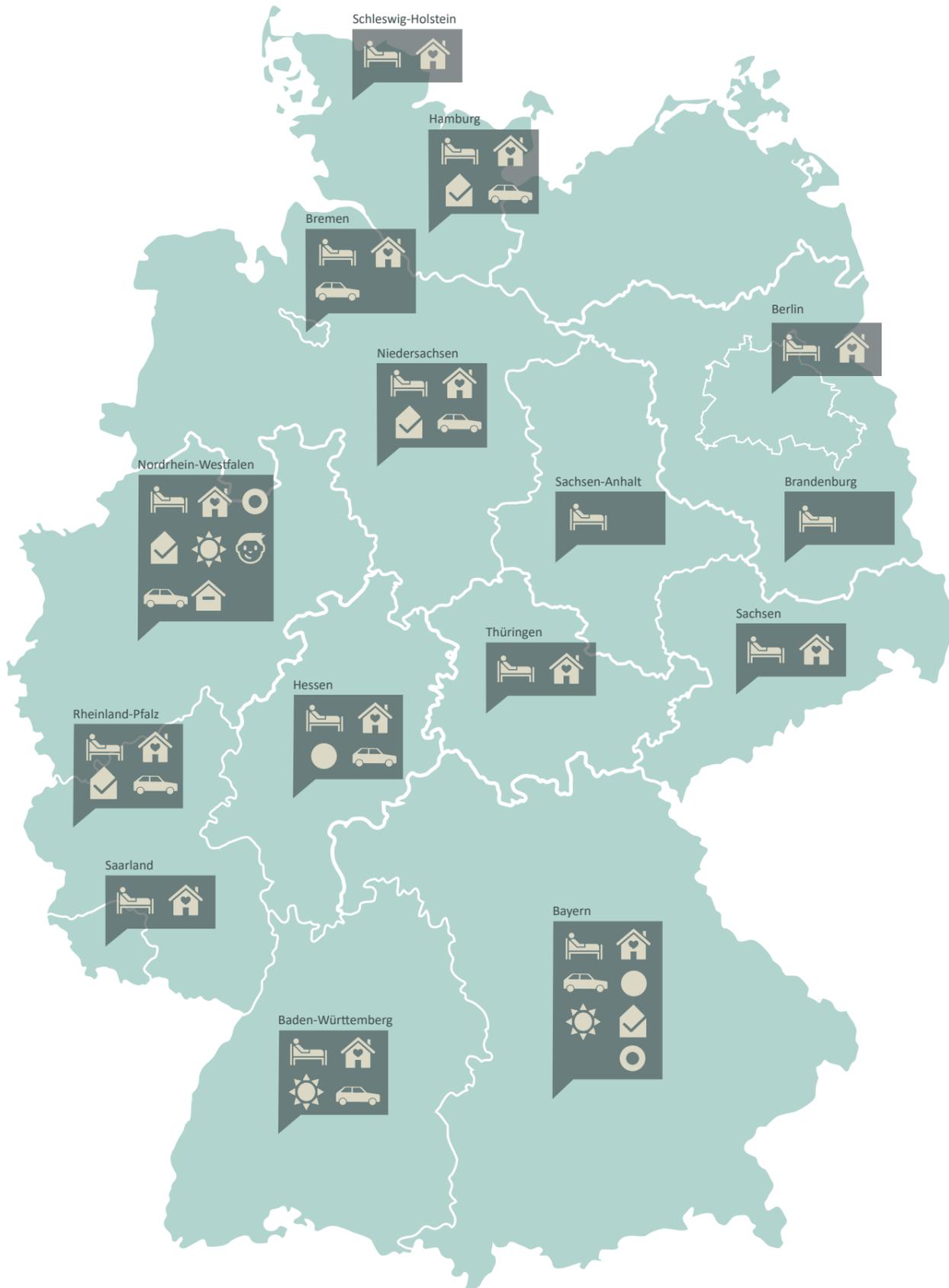
	Zuhause	Einrichtung mit mehreren Bewohner*innen
Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege	Erwachsene	WG Erwachsene
	Kinder & Jugendliche	Kinderhaus »vollstationär«
		Intensiv- und Beatmungspflege »vollstationär«
	Palliativpflege	Palliativpflege
Alten- und Krankenpflege	Touren- und Verhinderungspflege	»Unser kleines Heim« für Senior*innen
		»Tagespflege« für Senior*innen
		Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege
		WG für »junge Erwachsene«
	Palliativpflege	Palliativpflege

Unser Ziel ist es, durch unsere aktivierende Pflege den Zustand der uns anvertrauten Menschen so zu verbessern, dass sie wieder gesund werden und unsere pflegerische Unterstützung immer weniger benötigen. Ob in der klassischen Alten- und Krankenpflege oder in der außerklinischen Intensivpflege, wir ziehen uns zurück, wenn die Betroffenen sowie ihre Zu- und Angehörigen wieder selbstständig leben können. Bis dahin fördern und kräftigen wir die Fähigkeiten und Ressourcen unserer Klient*innen und ihrer Angehörigen.

Bei Klient*innen mit Beatmung unterstützen wir, soweit möglich und sofern dies von dem oder der Betroffenen gewünscht wird, die Reduzierung der Beatmungszeiten, die Umstellung auf Maskenbeatmung oder die vollständige Entwöhnung vom Beatmungsgerät. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit der Fachmedizin und der Therapie. Um dies zu fördern, bilden wir Atmungstherapeut*innen aus und setzen diese überall, wo erforderlich, zur Begleitung der Klient*innen ein.

Ein entscheidender Gradmesser für die Qualität unserer Pflege ist die Teilhabefähigkeit unserer Klient*innen am gesellschaftlichen Leben. Wir unterstützen die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die mit Beatmung den Kindergarten, die Schule, den Ausbildungsplatz, die Universität oder den Arbeitsplatz aufsuchen, wenn sie in die Disko, in ein Fußballstadion oder auf ein Festival möchten. Denn unsere Klient*innen sind Menschen wie Du und Ich – mit Wünschen, Bedürfnissen und Träumen.

VERSORGUNGSLANDKARTE



UNSERE LEISTUNGEN

Die Versorgungsdichte der DEUTSCHENFACHPFLEGE ist im Jahr 2021 gewachsen. Damit können wir noch besser den medizinisch-pflegerischen Bedarfen, den Bedürfnissen und Wünschen unserer Klient*innen sowie ihrer Zu- und Angehörigen gerecht werden. Mit adäquater und aktivierender Pflege unterstützen wir unsere Klient*innen bei der Wahrnehmung ihres Wunsch- und Wahlrechts (Art. 19 UN-BRK), von wem sie versorgt werden möchten und wie und wo sie leben möchten. Auch Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf, die dennoch tägliche Unterstützung benötigen, finden bei uns genügend Angebote.

Unsere Stärke ist Flexibilität. Unser Leistungsangebot ist passgenau auf die jeweils individuelle Situation zugeschnitten und bei Veränderungen des Gesundheitszustands unserer Klient*innen reagieren wir zeitnah mit einer Erhöhung oder Verminderung unseres Pflegeeinsatzes. Wir setzen unsere Pflegekräfte genau da ein, wo sie gebraucht werden.

	Häusliche Intensiv- und Beatmungspflege	740
	Intensivpflege-Wohngemeinschaften	900
	Kinderhaus »vollstationär«	20
	Intensiv- und Beatmungspflege »vollstationär«	80
	Touren- und Verhinderungspflege	> 5.500
	»Unser kleines Heim« für Senior*innen	400
	Wohngemeinschaft für »junge Erwachsene«	20
	»Tagespflege« für Senior*innen	100
	Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege	60

WISSENSWERTES

Derzeit versorgen wir ca. **8.000 Klient*innen** mit rund **10.000 Mitarbeiter*innen** in über **200 Einrichtungen** und in der ambulanten häuslichen Pflege.

UNSERE PHILOSOPHIE

Wir achten die Würde des Menschen

Jeder Mensch ist unverwechselbar, mit eigenen Bedarfen und Wünschen. Unser Ziel ist es, individuell auf jeden Menschen einzugehen und so viel Lebensqualität wie nur möglich zu schaffen.

Wir lassen uns von der »Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (2005, 2019)«, der »Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2010)« und vom »ICN-Ethikodex für Pflegefachpersonen (1953, 2021)« leiten. In diesen Grundsatzpapieren geht es um das Recht auf Selbstbestimmung, Privatheit, Teilhabe am sozialen Leben und ein Sterben in Würde. Wir begegnen den Menschen mit Respekt und Wertschätzung und reduzieren sie nicht auf ihren Gesundheitszustand. Denn sie sind eine Einheit von Körper, Geist und Seele.

Die Pflegeleitbilder unserer einzelnen Pflegedienste zeigen deren Prinzipien und Werte. Sie sind Bausteine der »Philosophie« der DEUTSCHENFACHPFLEGE.

Wir sind Dienstleister

Pflege ist eine Dienstleistung am Menschen und an der Gesellschaft. Die Menschen werden uns anvertraut bzw. sie begeben sich freiwillig in unsere Obhut. In schwierigsten Zeiten sind wir für sie da und übernehmen Tätigkeiten, die sie – meist vorübergehend – selbst nicht mehr ausführen können. Unsere Pflegekräfte sind für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen da und sind ihre »Arme«, »Beine« und »Stimme«.

Wir übernehmen Verantwortung – für unsere Klient*innen

Dieses Vertrauen, das man uns entgegenbringt, ehrt uns. Wir sind uns der hohen Verantwortung für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen bewusst. Deshalb ist es uns so wichtig, dass unsere Pflegekräfte bestens ausgebildet sind.

Da die Pflege so vielfältig ist, sorgen wir dafür, dass die Bandbreite der Qualifikationen so groß wie möglich ist und unsere Pflegekräfte für alle Eventualitäten vorbereitet sind. Wir sind aufgeschlossen für Innovationen und halten unser Qualitätsmanagement immer auf dem neusten Stand.

Wir übernehmen Verantwortung – für unsere Mitarbeiter*innen

Auch unsere Mitarbeiter*innen bringen uns großes Vertrauen entgegen. Wir zeigen ihnen, dass wir ihren täglichen Beitrag zum Gelingen der Pflege wertschätzen. Uns ist bewusst, dass nur zufriedene Mitarbeiter*innen sich voll und ganz auf die Pflegebedürftigen konzentrieren und sie empathisch versorgen können. Deshalb ist es uns wichtig, dass unsere Mitarbeiter*innen bei uns angenehme Arbeitsbedingungen, ein gutes Umfeld, eine leistungsgerechte Bezahlung vorfinden und neben ihrer Berufstätigkeit genügend Ressourcen für ihre Familie, ihren Freundeskreis und ihre Freizeit haben.

Was wir anfangen, führen wir auch zu einem guten Ende

Wenn wir eine Versorgung übernehmen, möchten wir den bestehenden gesundheitlichen Problemen adäquat begegnen und so pflegen, dass unser Tun – entsprechend dem jeweils definierten Therapieziel – erfolgreich ist. Ein Gradmesser für unseren Erfolg ist die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen. Wenn wir es durch unsere Pflege schaffen, dass wir uns zurückziehen können, dann erfüllt uns das mit Stolz.

Wir sind pflichtbewusst

Mit unserer Pflegeplanung gehen wir individuell auf jede*n Pflegebedürftige*n ein. Und wir gehen auch über das »Soll« hinaus, wenn wir beobachten, dass dies förderlich für die Lebensqualität ist.

Pflege ist für uns einer der wichtigsten Berufe

Pflegen bedeutet, ganzheitlich mit Menschen zu arbeiten, sich auch dafür zu interessieren, wie Körper und Psyche in Einklang gebracht werden können, wie auch seelische Gesundheit gefördert werden kann. Der Mensch, der Pflege benötigt, hat An- und Zugehörige, einen Freundeskreis, hat eine individuelle Geschichte. Sich Zeit für den Menschen zu nehmen, um in Erfahrung zu bringen, was er mag, was ihn stützt, was ihn wieder erstarcken lässt, ist eine spannende Aufgabe und macht Pflege so vielseitig und attraktiv. Der Erweiterung des Wissens sind hier keine Grenzen gesetzt!

Wir sind ehrgeizig

Wir geben uns nicht mit dem Status Quo zufrieden, denn es gibt immer Möglichkeiten, etwas noch besser zu machen und an den Herausforderungen zu wachsen. So halten wir uns auf dem Laufenden, was sich in Medizin und Pflegewissenschaft tut, und beraten uns, wie wir neue wissenschaftliche Kenntnisse in unsere Prozesse implementieren können. Wir sind offen für Innovationen und prüfen, wie wir sie in unsere Praxis integrieren können. Wir ruhen uns nicht auf unseren Erfolgen aus, sondern stecken uns neue Ziele. Denn wir möchten wachsen und unsere Prozesse innerhalb des Unternehmens optimieren, um noch mehr Zeit für die Pflegebedürftigen zu haben. Steigern möchten wir stets auch unsere Attraktivität sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für Mitarbeiter*innen und Bewerber*innen.

Wir lassen uns nur von den Besten leiten

Wir suchen das Gespräch mit den Besten in den jeweiligen Bereichen, d. h. mit renommierten Fachärzt*innen, angesehenen Pflegewissenschaftler*innen, anerkannten Fachleuten aus den Fachgesellschaften, der Therapie, den Krankenkassen, den Hilfsmittel Providern, mit Vertreter*innen der Fachpolitik, mit hochkarätigen Fachdozent*innen aus Weiterbildungsinstituten und Entwickler*innen hervorragender Managementkonzepte. Durch unser überlegtes und umsichtiges wirtschaftliches Handeln sichern wir die Existenz unserer Mitarbeiter*innen und stärken damit die Zukunft und Attraktivität des Pflegeberufs.



Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege

Noch bis 1970 wurden die monströsen »Eisernen Lungen« hergestellt, bei denen es sich um die ersten Geräte zur maschinellen Beatmung handelte. Maschinelle Beatmung war nur in der Klinik möglich. Diese Stahlkapseln wurden vor allem von Menschen genutzt, die sich in den 1950er Jahren mit Polio (Kinderlähmung) infiziert hatten.

Den Anstoß für häusliche Intensivpflege gaben die Betroffenen selbst, die nicht mehr ihr Leben in Kliniken verbringen wollten. Trotz ihrer Einschränkungen wollten und wollen sie so viel wie möglich von ihrem Leben vor der Erkrankung zurück. Vor allem Kinder litten sehr unter der Trennung von ihren Eltern und Geschwistern. Dank medizinischem Fortschritt und der Entwicklung innovativer Medizintechnik, zu denen vor allem immer leichtere Beatmungsgeräte und eine bessere technische Ausstattung gehörten, wurde es ab den 1980er Jahren möglich, Kinder und Erwachsene auch außerhalb der Intensivstationen adäquat intensivpflegerisch zu versorgen. Zunehmend gab es Pflegekräfte, die Betroffene darin unterstützten, die sogenannte »Heimbeatmung«, also die außerklinische Beatmung, zu versuchen. Und sie hat sich etabliert.

Meilenstein in der Geschichte der außerklinischen Beatmung ist die Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz«, erstmals 2009 veröffentlicht. Inzwischen ist sie eine »S2k-Leitlinie«, nachdem sie einen strukturierten Prozess der Konsensfindung durchlaufen hat. Bis 2022 ist sie gültig. Im Oktober 2020 trat das »Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG« in Kraft, in dem diese spezielle Pflege erstmalig gesetzlich geregelt wird.



Die Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf basiert auf einer engen Zusammenarbeit verschiedener Professionen. Diese bilden ein Versorgungsnetzwerk um jede*n Klient*in mit spezifischen intensivpflegerischen Bedarfen. Das Netzwerk besteht aus Klinik oder Weaningzentrum, Fach- und Hausärzt*innen, Pflege, Ergo-, Physio-, Logo-, Atmungstherapeut*innen, Hilfsmittelversorger*innen sowie den Leistungsträgern und je nach individuellem Bedarf kommen weitere Netzwerkpartner*innen zum Einsatz. So wird gewährleistet, dass in der außerklinischen Intensivpflege ein Versorgungsangebot geschnürt wird, das dem individuellen Bedarf entspricht und eine möglichst große Teilhabe gesellschaftlichen Leben ermöglicht bzw. dahin führt.

Die Anbieter*innen außerklinischer Intensiv- und Beatmungspflege mit ihren spezifisch qualifizierten Fachpflegekräften nehmen in der außerklinischen Intensivversorgung eine **Schlüsselposition** ein, denn **die Pflegekräfte verbringen die meiste Zeit bei den Klient*innen**. Ihre verantwortliche Rolle ist vergleichbar mit der von Intensivpflegekräften auf der Intensivstation. Die Pflege ist für die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen die Basis, um wieder Lebensfreude und Glück empfinden und etwas unternehmen zu können – selbst bei schwersten Erkrankungen und Beeinträchtigungen. Pflege hat aber auch immer das Ziel, eine Besserung des gesundheitlichen Zustands herbeizuführen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen möglichst ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen können, also selbstbestimmt handeln.

Die Aufgaben der Pflegenden sind vielfältiger Art und erstrecken sich auch auf die Begleitung der Klient*innen im Alltag, ob in Ausbildung, Schule und Beruf oder bei Freizeitunternehmungen. Die Pflegenden sind wichtige Ansprechpartner*innen, nicht nur für die Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie deren An- und Zugehörige, sondern auch für die Netzwerkpartner*innen.

Die **DEUTSCHEFACHPFLEGE** vereint unter ihrem Dach etliche Pioniere der außerklinischen Intensivpflege, die die Entwicklung von Anfang an mitgestaltet haben. Diese Pflegedienste kooperieren bis heute mit Selbsthilfeorganisationen, Arbeitskreisen und Fachgesellschaften wie z. B. der heutigen »Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V.«, die aus der 1997 gegründeten »Arbeitsgemeinschaft für Heimbeatmung und Respirator-entwöhnung e. V.« hervorging, mit »KNAIB Fachgesellschaft für außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege e. V.«, der Fachgesellschaft »Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivversorgung (CNI) e. V.« sowie dem Intensivpflegeverband Deutschland (IPV) e. V.«.

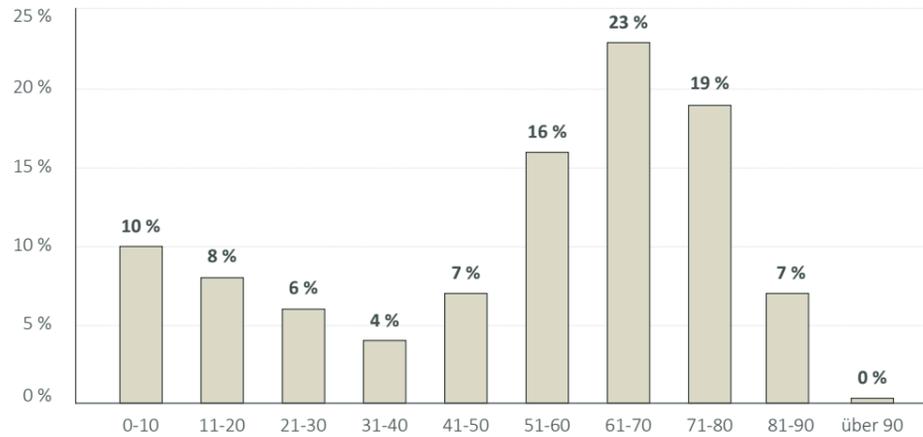
Im Folgenden geben wir einen Überblick über die Altersverteilung und Verweildauer unserer Klient*innen, über die verschiedenen Leistungsträger, mit denen wir zusammenarbeiten sowie über signifikante intensivpflegerische Anforderungen.

WISSENSWERTES

In diesem Unternehmens- und Qualitätsbericht zeigen wir nicht nur unsere Weiterentwicklung im Jahr 2021 als Gruppe, sondern auch, welche hohen fachpflegerischen Anforderungen wir erfüllen. **Monatlich** leisten wir allein in der außerklinischen Intensivpflege **rund eine Million Versorgungsstunden**.

Altersverteilung

Der Altersdurchschnitt der Klient*innen in Einzelversorgungen und Intensivpflege-Wohngemeinschaften liegt bei 52 Jahren.

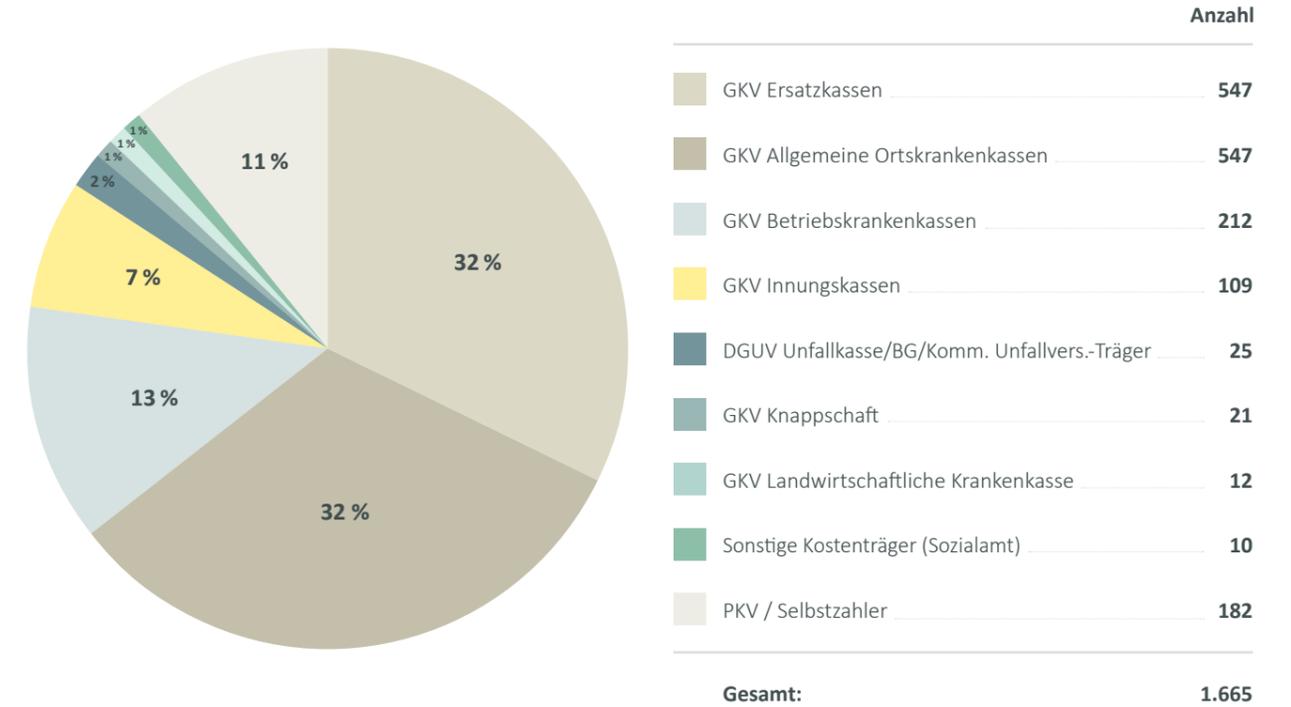


Altersdurchschnitt \emptyset
52 Jahre

Klient*innen nach Leistungsträgern

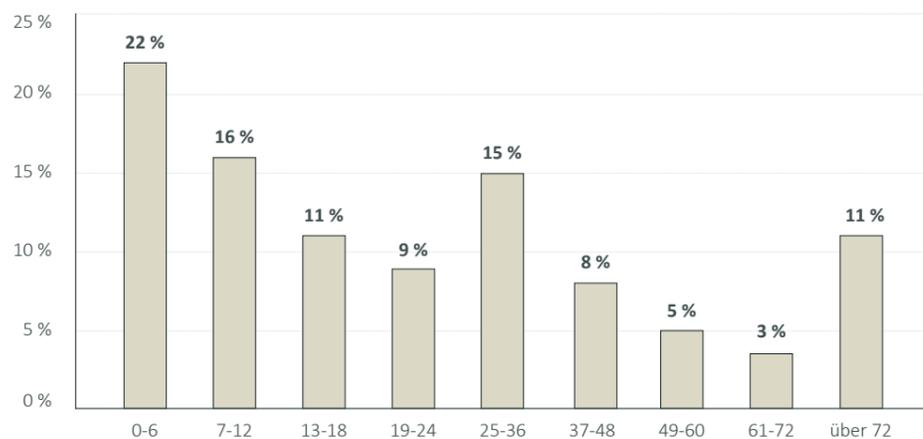
Dies ist eine Auflistung der Klientenanzahl nach Leistungsträgern.

Die Gesamtsumme der Klient*innen betrug zum Zeitpunkt der Auswertung 1.665 Personen.



Versorgungsdauer in Monaten

Die Versorgungsdauer der aktiven Klient*innen in Einzelversorgungen und Intensivpflege-Wohngemeinschaften liegt bei 31 Monaten.



Versorgungsdauer \emptyset
31 Monate

Bei allen unseren Klient*innen, die Intensiv- und Beatmungspflege benötigen, sind unsere kompetenten Pflegekräfte vor Ort. Dabei ist unerheblich, ob es sich um ein Kind kurz nach der Geburt oder Klient*innen in hohem Alter handelt. Im Rahmen einer häuslichen 1:1-Versorgung oder in ambulant betreuten Intensiv-Wohngemeinschaften sind sie bestens aufgehoben.

Im Schnitt beträgt ihr Alter 52 Jahre, wobei 50- bis 80-jährige Klient*innen in der Mehrzahl sind. Doch wir versorgen auch über 260 Kinder und Jugendliche. Unsere aktiven Klient*innen sind derzeit durchschnittlich seit 31 Monaten in unserer Obhut.

Versichert sind sie hauptsächlich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 11 Prozent gehören der Privaten Krankenversicherung (PKV) an oder sind Selbstzahler*innen.

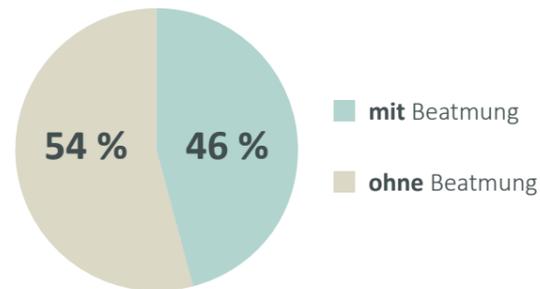
WISSENSWERTES

»Unsere Aufgabe ist es, zuhause oder in einer Wohngemeinschaft all das abzubilden, was schwerstpflegebedürftige Menschen auf einer Intensivstation im Krankenhaus benötigen.« Dan Litvan, Beirat DEUTSCHEFACHPFLEGE

Verteilung der Krankheitsbilder unserer Intensiv-Klient*innen

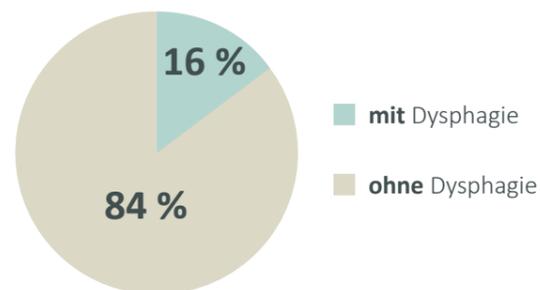
Beatmungsstatus

Bei den Klient*innen, die eine außerklinische Versorgung benötigen, handelt es sich nicht ausschließlich um Menschen, die auf Beatmung angewiesen sind. So zeigt die Grafik, dass nur 46 Prozent der Klient*innen, welche die DEUTSCHEFACHPFLEGE intensivpflegerisch versorgt, auch beatmet werden.



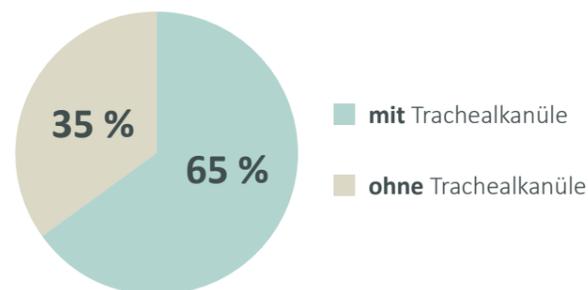
Dysphagie

Schluckstörungen treten häufig in höherem Lebensalter auf, aber auch durch neurologische Krankheiten oder HNO-Erkrankungen. Eine Trachealkanüle wird eingelegt, wenn es Schwierigkeiten mit der Atmung und/oder im Zusammenhang mit einer schweren Dysphagie gibt. Die Trachealkanüle stellt dann die Atmung oder Beatmung sicher und die Atemwege werden vor Aspirationen, die Pneumonien zur Folge haben können, geschützt. Eine Dysphagie weisen 16 Prozent der Klient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE auf, die insbesondere von den Atmungstherapeut*innen in der Gruppe betreut werden.



Trachealkanüle

Häufigste Gründe für das Tragen einer Trachealkanüle sind mechanische Atemwegsverlegungen, internistische Indikationen, Aspirationsgefahr und Dysphagie infolge verschiedener neurologischer Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Hirnblutungen, Entzündungen), Tumore etc. sowie eine Langzeitbeatmung. 65 Prozent der Klient*innen benötigen eine Trachealkanüle.



Aktivitätsstruktur

Pflegebedürftige Menschen sollen im Rahmen der Alten- und Krankenpflege lernen, ihre Alltagsroutinen besser und selbstständiger zu bewältigen. Auch in der außerklinischen Intensivpflege ist Aktivierung wichtig und schafft Lebensqualität. In der 1:1-Versorgung werden die Aktivitäten mit dem Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen abgestimmt, denn die Pflegekraft genießt nur Gaststatus. In Wohngemeinschaften für Intensivpflege entscheidet grundsätzlich ein Gremium der Selbstbestimmung über die Aktivitäten der Bewohner*innen. Wann die Vorhaben realisiert werden können, hängt davon ab, ob genügend Pflegefachkräfte vor Ort sind, da eine Aktivität außer Haus nur in Begleitung einer Pflegefachkraft möglich ist. In Wohngemeinschaften unterstützen die Pflegenden die Aktivitäten der Bewohner*innen, ermöglichen z. B. Plätzchenbacken, Geburtstagsfeiern oder Sommerfeste, und sie stärken die Verbindung zur Familie der Klient*innen. Deren Angehörige sind stets willkommen, um gemeinsam mit ihrem Familienmitglied aktiv Zeit zu verbringen. **Wenn erwünscht und möglich, begleiten unsere Pflegefachkräfte folgende Aktivitäten:**

- Täglich:**
- Spaziergehen, Aufenthalt im Freien
 - Gemeinsam kochen und essen
 - Vorlesen, spielen, Musik hören und andere Alltagsaktivitäten
- Wöchentlich:**
- Einkaufen
 - Schwimmen, Teilnahme an Kursen
- Gelegentlich**
- Besuch von Konzerten, Theater, Fußballstadion etc.
 - Ausflüge, Urlaub



Häufigste Erkrankungen unserer Intensiv-Klient*innen

Analyse von 1.289 Klient*innen, Juni 2021

Beschreibung ICD-Code	ICD-Code	Hauptdiagnose	Häufigkeit
Dysphagie	R13	●	16 %
Sonstige Krankheiten des Gehirns	G93	●	15 %
Paraparese u. Paraplegie, Tetraparese u. Tetraplegie	G82	●	13 %
Respiratorische Insuffizienz, nicht klassifiziert	J96	●	13 %
Epilepsie	G40	●	9 %
Hirnfarkt	I63	●	9 %
Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	G12	●	8 %
Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	J44	●	7 %
Intrazerebrale Blutung	I61	●	5 %
Intrakranielle Verletzung	S06	●	4 %
Primäre Myopathien	G71	●	4 %
Sonstige Polyneuropathien	G62	●	3 %
Hemiparese und Hemiplegie	G81	●	3 %
Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	I69	●	2 %
Infantile Zerebralparese	G80	●	2 %
Subarachnoidalblutung	I60	●	2 %
Vorhofflimmern und Vorhofflattern	I48	●	2 %
Krankheiten der Atemwege nach med. Maßnahmen	J95	●	2 %
Hydrozephalus	G91	●	1 %
Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	J69	●	1 %
Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bezeichnet	I64	●	1 %
Herzinsuffizienz	I50	●	1 %
Sonstige Lähmungssyndrome	G83	●	1 %
Sonstige Muskelkrankheiten	M62	●	1 %
Somnolenz, Sopor und Koma	R40	●	1 %

ICD – Internationale Klassifikation »Krankheiten«

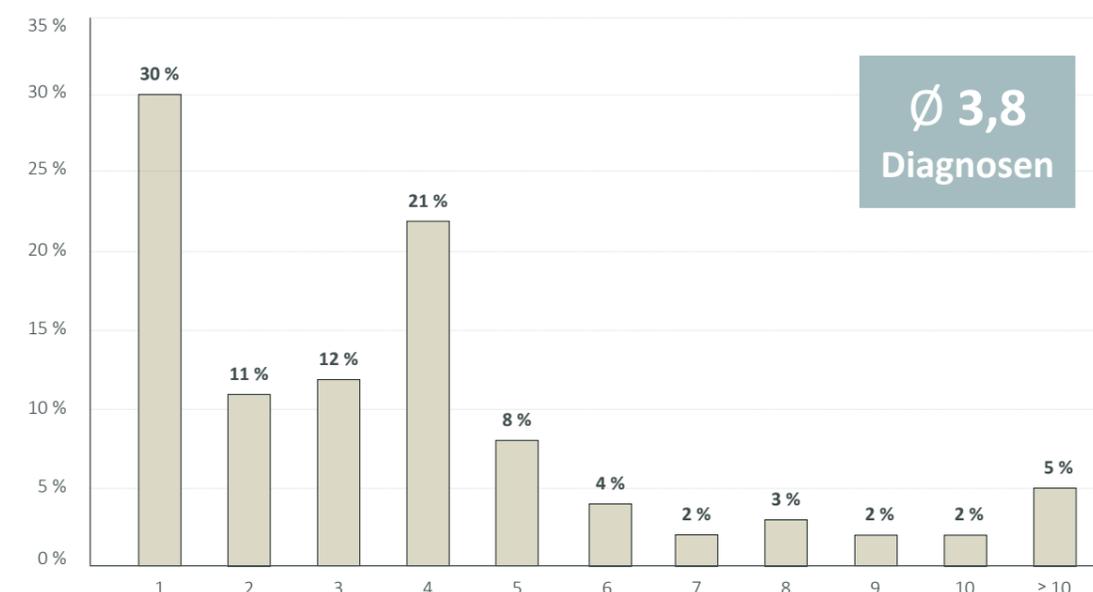
Der ICD-Diagnoseschlüssel ist ein weltweit anerkanntes System, mit dem medizinische Diagnosen einheitlich benannt werden. ICD steht für »**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**«. Auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und weiteren medizinischen Dokumenten geben Ärzt*innen ICD-Codes an, um Diagnosen einheitlich zu benennen. Der ICD-Code ist nach einer festgelegten Struktur aufgebaut, bei der jede Stelle ihre Bedeutung hat. Der Buchstabe am Anfang und die folgenden zwei Ziffern geben die Hauptkategorie einer Diagnose an, mit zusätzlichen Ziffern nach einem Punkt lässt sich die Diagnose genauer benennen. Mit dem ICD-Code kann jede Erkrankung weltweit einheitlich zugeordnet werden. Zusätzlich wird in Deutschland die internationale Fassung ICD-10-WHO angewendet.

Die Tabelle links zeigt die prozentuale Häufigkeit der Hauptdiagnosen gemäß dem ICD-Code bei den Klient*innen, die intensivpflegerisch in der DEUTSCHENFACHPFLEGE im 1. Halbjahr 2021 versorgt wurden. Bei zahlreichen Klient*innen bestehen mehrere Krankheiten gleichzeitig, d. h. sie sind multi- oder polymorbid. Dabei zeigt sich, dass sie im Durchschnitt 3,8 Diagnosen auf sich vereinen, wobei die ersten fünf Diagnosen besonders häufig zu beobachten sind. Wir überprüfen regelmäßig und gruppenweit die Anzahl der Krankheitsbilder, z. B. der Infektionen mit multiresistenten Keimen (MRE), chronischen Wunden u. v. m.

ICF – Internationale Klassifikation »Funktionsfähigkeit, Behinderung, Gesundheit«

Zudem gibt es seit 2001 die »International Classification of Functioning, Disability and Health« der Weltgesundheitsorganisation (WHO), worüber die international einheitliche Kommunikation über die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen unter Beachtung des gesamten Lebenshintergrunds eines Menschen ermöglicht wird. Die ICF ist gemäß Bundesteilhabegesetz insbesondere Bezugspunkt der Bedarfsermittlung im Eingliederungshilferecht und Grundlage des neu definierten Behinderungsbegriffs. In den Assessments dürfte sie zukünftig eine größere Rolle spielen.

Anzahl Hauptdiagnosen pro Klient*in



HÄUSLICHE INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE

Im Rahmen einer 1:1-Betreuung ist eine Pflegefachkraft für eine Klientin/einen Klienten zuständig. Dies ist dann erforderlich, wenn eine vitale Gefährdung diagnostiziert wurde, die die permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft verlangt. Deren Aufgabe ist u. a. die spezielle Krankenbeobachtung sowie die medizinisch-pflegerische Interventionsbereitschaft. Die 1:1-Versorgung übernimmt ein Team von fünf und mehr Pflegefachkräften, die sich abwechseln. Neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung fördern sie das selbstbestimmte Leben der Klient*innen und, soweit verantwortbar und erwünscht, leiten sie die An- und Zugehörige an und binden sie in die Pflege ein. Die Detektion von Weaningpotenzial und die Unterstützung eines Weaningprozesses fällt ebenfalls in die Zuständigkeit der Pflegefachkräfte vor Ort.

Jede*r Klient*in sowie das familiäre Umfeld müssen individuell betrachtet werden. Somit sieht die Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens sehr unterschiedlich aus, ist abhängig vom Grad der Beeinträchtigung sowie den Zielen, Wünschen und Möglichkeiten der Einzelnen. Ein möglichst normales Leben ist essentiell für die Lebensqualität der Klient*innen, auch für Menschen mit Beeinträchtigung oder Verlust der Lautsprache, die sich entweder nur noch über Gestik, Mimik, Laute, Blickbewegungen usw. oder externe Kommunikationshilfen mitteilen können.

Zur Alltagsgestaltung- zusammen mit den Angehörigen- kann vieles gehören: gemeinsames Kochen und Essen, Begleitung in die Schule, zur Ausbildung, Universität oder zum Arbeitsplatz, Spaziergänge, Einkäufe, aber auch die Begleitung zur Physio-/Logotherapie und zu Ärzt*innen. Gelegentlich und genau vorgeplant, da dies eine umfangreichere Logistik erfordert, sind Schwimmen, der Besuch von Sportveranstaltungen, Discotheken, Events, Familienfeiern oder Fahrten in den Urlaub. Wenn dies gelungen ist, ist dies ein besonderes Highlight für alle Beteiligten, an das sie sich mit großer Freude und Dankbarkeit noch lange erinnern.

»Das war ein Urlaub zum Wohlfühlen. Wir blicken gerne darauf zurück, vor allem, wenn wir in die leuchtenden Augen unseres Klienten schauen.«

Sabine und Anna, Pflegekräfte bei Holas AIB, am 8. Januar 2021 über die Urlaubstage mit dem Klienten Helmut und seiner Ehefrau Rosmarie an der Nordsee.

Leistungen:

Grund- und Behandlungspflege, spezielle Krankenbeobachtung, intensivpflegerische Leistungen, welche die Beatmung, Tracheostoma-/Portversorgung und parenterale Ernährung einschließen, Schlucktraining, Wundversorgungen jeglicher Art, Förderung der Mobilität und Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens, Aktivierung, bis ein Rückzug aus der Pflege möglich ist (Rückzugspflege).

WISSENSWERTES

Wir versorgen in **15 von 16 Bundesländern** ca. **740 Intensivpflegebedürftige** in ihrem Zuhause; falls erforderlich rund um die Uhr. Neben der Stabilisierung des Gesundheitszustands fördern wir die Selbstständigkeit, unterstützen Aktivitäten des Alltags und begleiten zu den unterschiedlichsten Anlässen.



INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE IN WOHNGEMEINSCHAFTEN

Wohngemeinschaften für Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf, in denen diese ambulant von einem Pflegeteam versorgt werden, galten noch Anfang dieses Jahrtausends als »innovatives Wohnkonzept«. Inzwischen hat sich das Konzept etabliert, denn es hat sich gezeigt, dass eine Weiterversorgung nach dem Klinikaufenthalt aus verschiedenen Gründen nicht immer im eigenen Haus oder in der eigenen Wohnung möglich ist. Die Gesetzgebung in den Bundesländern, die für die Heimgesetze zuständig sind, schuf nach und nach die Voraussetzungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften. Je nach Größe der Räumlichkeiten können mehrere Menschen in einer Wohnung oder einem Haus zusammenleben; das Pflegeteam hat dort Gaststatus.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE bietet ambulante Intensiv- und Beatmungspflege in zahlreichen Wohngemeinschaften an. Die Pflegeunternehmen unter ihrem Dach haben sich viele Gedanken über die »ideale« Wohngemeinschaft gemacht und Standards entwickelt; sie wissen, worauf es ankommt, damit alle, die dort wohnen und gepflegt werden, die dort pflegen und arbeiten, die zu Besuch kommen und die, die uns regelmäßig prüfen, zufrieden sind. Optimale Pflege, Therapie und Betreuung und auch so etwas wie ein »Familienleben« soll in den Wohngemeinschaften möglich sein, sodass sie auch gern besuchte Treffpunkte für die An- und Zugehörigen der Bewohner*innen sind. Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf brauchen ein multiprofessionelles, kompetentes und engagiertes Versorgungsteam. Die Pflegekräfte, die rund um die Uhr in den Wohngemeinschaften arbeiten, sind für die Intensiv- und Beatmungspflege qualifiziert. Zusätzlich gibt es Personen, die für die Hauswirtschaft und Reinigung zuständig sind. Damit sich die Bewohner*innen wohlfühlen, stehen häufig Balkon, Terrasse und/oder ein Garten zur Verfügung. Neben dem privaten Bereich gibt es immer in irgendeiner Form einen Bereich für gemeinschaftliche Aktivitäten. So sind Ruhe im eigenen Zimmer oder geselliger Austausch mit Gleichgesinnten in den Wohngemeinschaften möglich. Die Räumlichkeiten sind behindertengerecht und so gestaltet, dass sie eine wohltuende Atmosphäre ausstrahlen. Denn wer dort wohnt, zu Besuch ist oder arbeitet, soll sich gleichermaßen wohlfühlen. Über Tagesablauf, Ausflüge, Speiseplan u. v. m. entscheiden die Bewohner*innen selbst. Denn das Leben in einer Wohngemeinschaft soll Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Dies sind wichtige Aspekte der Lebensqualität.

Es gibt Wohngemeinschaften im malerischen Stadtkern, in ruhiger Wohnlage an der Peripherie, an berühmten Orten, die jährlich viele Tourist*innen anlocken, oder in der Nähe von Naturschutzgebieten. Für jeden Geschmack ist etwas dabei. Es wird darauf geachtet, dass sich in der Nähe Fachkliniken, Arztpraxen, Hilfsmittelversorger, Apotheken, Einkaufsmöglichkeiten und Ausflugsziele befinden.

Leistungen:

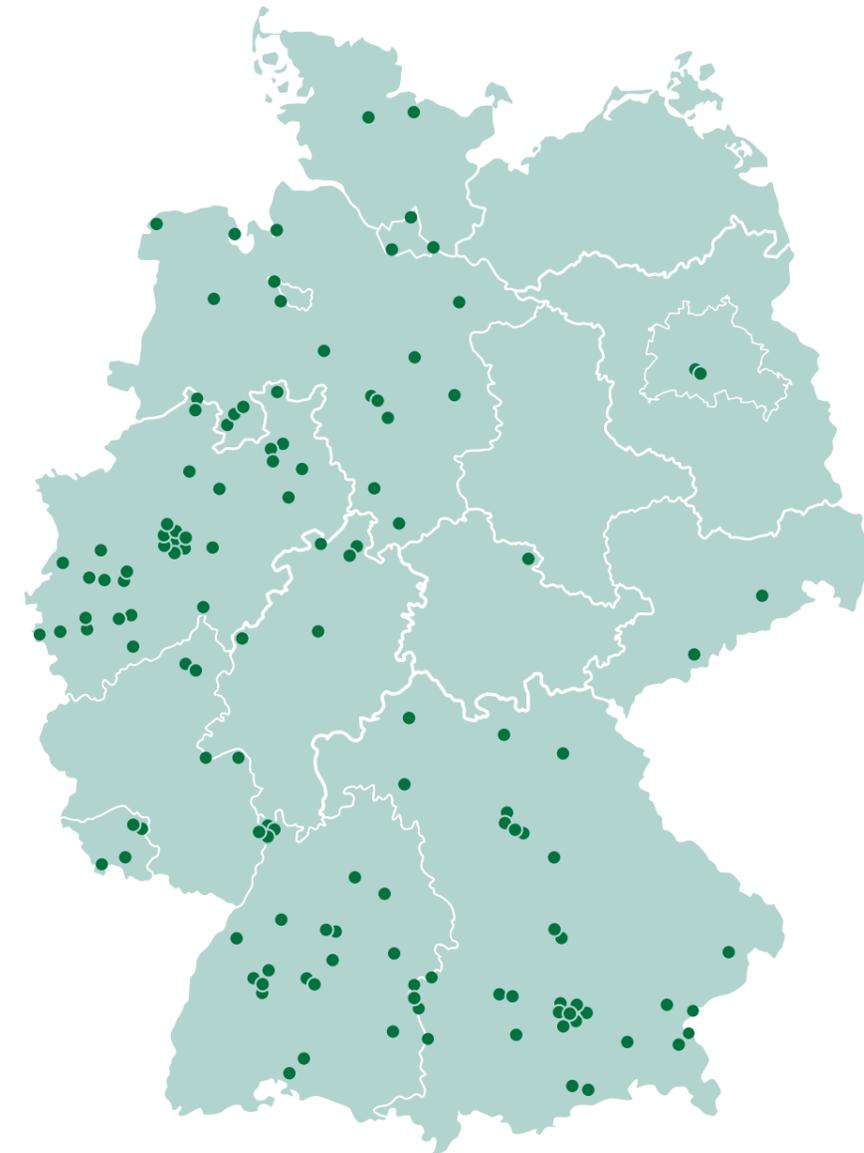
Grund- und Behandlungspflege, spezielle Krankenbeobachtung, intensivpflegerische Leistungen, die die Beatmung, Tracheostoma-/Portversorgung und parenterale Ernährung einschließen, während der Tracheostomaversorgung Schlucktraining, Wundversorgungen jeglicher Art, Förderung der Mobilität, Begleitung zu Ärzt*innen und Therapeut*innen, zur Arbeitsstelle, Universität oder bei Ausflügen. Sofern möglich, Unterstützung von Weaning unter fachärztlicher Aufsicht, Aktivierung, bis ein Rückzug aus der Pflege möglich ist (Rückzugspflege).

WISSENSWERTES

Aktuell versorgen wir rund um die Uhr ca. **900 Klient*innen** in **160 Wohngemeinschaften für Intensivpflege**.

STANDORTÜBERSICHT UND QUALITÄTSMERKMALE

- ✓ **Barrierefreie und behindertengerechte Räumlichkeiten**
- ✓ **Hochwertige Innenausstattung und Wohlfühlambiente**
- ✓ **Hervorragend qualifizierte Pflegeteams**
- ✓ **Beste Lage und attraktives Wohnumfeld**
- ✓ **Nähe zu Fachkliniken, Ärzt*innen, Therapeut*innen und weiteren Versorgern**
- ✓ **Individuell gestaltbares Einzelzimmer sowie Bereich für Gemeinschaftsaktivitäten**



VOLLSTATIONÄRE INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE in Kinderhäusern

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE versorgt über 260 schwerstpflegebedürftige Kinder und Jugendliche. Diese leben entweder im Kreis ihrer Familie oder in einem »Kinderhaus«. Jedes dieser Häuser ist kindgerecht gestaltet und es gibt Spielsachen, Bilderbücher, Buntstifte, Kuscheltiere u.v.m.

In jedem »Kinderhaus« gibt es eine Hausleitung, welche die multiprofessionelle Versorgung koordiniert und alle Prozesse überwacht. Die intensivpflegerische Versorgung übernehmen 3-jährig examinierte, pädiatrisch weitergebildete Pflegefachkräfte. Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Logopäd*innen, Krankengymnast*innen und Ergotherapeut*innen gehören außerdem zum multiprofessionellen Team, das die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen fördert und unterstützt. Zusätzlich werden sie pädagogisch von Sozialpädagogen*innen und (Erzieher*innen) betreut, die über umfangreiche Kenntnisse der Jugend- sowie der Behindertenhilfe und über ein hohes Maß an persönlicher Kompetenz verfügen. Ihre Aufgabe ist es auch, die Eltern sowie die An- und Zugehörigen zu unterstützen. Sie sorgen dafür, dass die Geschwisterkinder miteinbezogen werden und die Familie dem kranken Kind nahe sein kann.

Die »Kinderhäuser« sind Wohlfühlorte und die Teams, die darin arbeiten, kümmern sich nicht nur einfühlsam und liebevoll um die Kleinen, sondern sorgen auch dafür, dass sie dort jede Menge Spaß haben.

Leistungen:

Grund-, Behandlungs-, Bezugs- und Rückzugspflege, Tracheostomaversorgung, Förderung und Erhöhung des Mobilitätsgrades, individuelle Ernährungskonzepte nach aktuell gültigen Richtlinien, Förderung mentaler Aktivität und kognitives Training, Anleitung, Beratung und Schulung von Klient*innen und Angehörigen, Rehabilitation bei Schluck- und Artikulationsstörungen, Rehabilitation bei gestörtem Schlaf-/Wachrhythmus, Organisation von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Unterstützung und Beratung für die Integration ins Kindergarten-/Schul-/Freizeitleben, Organisation und Begleitung bei Urlaubsreisen, individuelle Weaning-Konzepte (vom Beatmungsgerät bis hin zu Atemtherapeutischen Interventionen).

Folgende **Kinderhäuser** der Bonitas Pflegegruppe sind seit dem **1. Oktober 2021 vollstationäre Einrichtungen**:

Kinderhaus **Titus** – Ibbenbüren (6 Plätze)

Kinderhaus **Lummerland** – Viersen (6 Plätze)

Kinderhaus **Lummerland** – Dortmund (12 Plätze)

Kinderhaus **Joshua** – Bielefeld (11 Plätze)

Diese **Wohngruppen** werden aktuell noch ambulant betreut und befinden sich bereits im **Zulassungsverfahren**:

Kinderhaus **Lasse** – Hamburg (8 Plätze)

Kinderhaus **Karlsson** – Kiel (5 Plätze)



VOLLSTATIONÄRE INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE von Erwachsenen in Pflegeeinrichtungen

Die vollstationäre Versorgung von Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf wird aufgrund des neuen »Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG« zukünftig wohl einen noch höheren Stellenwert erhalten. Es sollte sich hier um eine hierfür zugelassene Fachpflegeeinrichtung mit spezialisierter Versorgungsstruktur (Fachpflegeeinrichtung für Menschen mit außerklinischer Beatmung und/oder Intensivpflegebedarf) handeln und die Pflegefachkräfte müssen leitlinienkonform für die Tätigkeit in vollstationären Einrichtungen qualifiziert sein. Auch hier müssen die ärztliche Versorgung und die Anbindung an ein Beatmungszentrum sichergestellt sein.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE bietet für Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf auch die vollstationäre Versorgung an. Im **Zentrum für stationäre Schwerstpflege (ZesS)** in Burghausen stehen drei Wohnbereiche für die Versorgung von insgesamt 80 Pflegebedürftigen zur Verfügung, die von ca. 100 Pflegefachkräften versorgt werden. Im Wohnbereich A findet die Langzeitversorgung von Klient*innen mit außerklinischer Beatmung statt, der Wohnbereich B ist eine Pflegeresidenz mit stationärer Altenpflege und im Wohnbereich C werden Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte und im Zentralnervensystem geschädigte Menschen der Phase F gepflegt.

Leistungen:

Grund- und Behandlungspflege, spezielle Krankenbeobachtung, intensivpflegerische Leistungen, die Beatmung, Tracheostoma-/Portversorgung und parenterale Ernährung einschließen, Schlucktraining, Wundversorgungen jeglicher Art, Mobilisierung, Therapie, psychosoziale Unterstützung sowie Anleitung von An- und Zugehörigen.



Stationäre Fachpflegeeinrichtung »Haus Elias« in Nürnberg

Im »Haus Elias« der Bonitas Pflegegruppe ist nur ein vorübergehender stationärer Aufenthalt vorgesehen. Das primäre Ziel ist es, die Klient*innen möglichst gesund wieder in ein eigenständiges Leben zu entlassen. Ein interprofessionelles Team prüft deshalb im Einvernehmen mit dem oder der Betroffenen, u. a. ob eine komplette Entwöhnung vom Respirator und/oder eine Dekanülierung möglich ist. Dazu gehören externe Physio-, Logo- und Ergotherapeut*innen, die Atmungstherapeutin vor Ort, die zuständigen Haus- und HNO-Ärzt*innen sowie die Fachärzt*innen der Pneumologischen Funktionsabteilung am Klinikum Nürnberg Nord.

Stellt sich heraus, dass eine Beatmungsentwöhnung nicht zu erreichen ist, wird mindestens die Stabilisierung, im besten Fall aber die Optimierung des Gesundheitszustandes angestrebt und es erfolgt eine Überleitung in die passende und dem Wunsch der Betroffenen entsprechende Versorgungsform. Verschlechtert sich der Zustand dennoch, werden Betroffene und Angehörige würdevoll begleitet.

Das »Haus Elias« verfügt über 18 Zimmer mit jeweils eigenem barrierefreien Bad sowie einem Bett, Pflege- und Gerätetisch, Schrank, Tisch und Stuhl. Außerdem ist jedes Zimmer mit einer Patientenrufanlage ausgestattet.

Die Bewohner*innen und An- und Zugehörigen können den Raum zudem individuell gestalten und mit persönlichen Gegenständen einrichten.



DIE ENTWÖHNUNG VON DER BEATMUNG (WEANING)

Der Fokus des »Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG« liegt auf der Entwöhnung von Beatmung. In regelmäßigen Abständen wird das Weaning-Potenzial überprüft. Denn die Reduzierung der Beatmungszeiten bis hin zur vollständigen Entwöhnung vom Beatmungsgerät ist in den meisten Fällen ein entscheidender Schritt auf dem Weg zu mehr Lebensqualität und zu einem selbstbestimmten Leben. Das Leben ohne die Abhängigkeit von der Beatmung, aber auch ohne die ständige Anwesenheit von Pflegepersonal, bedeutet Unabhängigkeit, freie Gestaltung des Lebens und die Möglichkeit, auch wieder spontane Entscheidungen zu treffen. Wer nicht ohnehin in der eigenen Häuslichkeit versorgt wird, kann aus einer Beatmungs-WG ausziehen und wieder in einer eigenen Wohnung leben. **Für solche Neuanfänge gibt es viele ermutigende Beispiele!**

Beatmungsklient*innen können nur dann vom Beatmungsgerät entwöhnt werden, wenn ihr Atemzentrum intakt ist, wenn sie eigenständig abhusten und schlucken können und die Werte bei der Sauerstoffsättigungs- und Blutgasanalyse vertretbar sind. Die Atemarbeit darf sie nicht erschöpfen und sie dürfen kein Fieber haben.

Zur Unterstützung des Entwöhnungsprozesses gibt es ein Gerät zur Blutgasanalyse. Die Schritte zur Reduktion/Entwöhnung von der Beatmung bzw. zur Entwöhnung von der Trachealkanüle sind klar definiert:

- Reduzierung der Beatmungszeiträume
- Schlucktraining (führt bei Dysphagie zur Entwöhnung von der Trachealkanüle)
- Kräftigung der Muskulatur
- Steigerung der Mobilität
- Essen lernen
- Schulung von Klient*innen und Angehörigen

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE unterstützt die Reduzierung von Beatmungszeiten bis hin zu einem vollständigen Weaning. Sie bildet eigene Atmungstherapeut*innen aus und setzt sie, wo immer sie benötigt werden, ein. Auch sind diese Teil des FmB-Teams.

Erfolgreiches Weaning ist für alle Beteiligten Anlass zu Freude und Stolz, denn es ist oftmals eine große Kraftanstrengung, die sich über eine lange Zeit erstrecken kann.

Aufgrund ihres Krankheitsbildes besteht, so ein Resümee der DEUTSCHENFACHPFLEGE, bei rund 10 % der Klient*innen ein Entwöhnungspotenzial. Bei ungefähr der Hälfte gelingt dann, in enger Kooperation mit Kliniken, Fachärzt*innen und Atmungstherapeut*innen, tatsächlich die Entwöhnung und die Klient*innen können in ein selbstständiges Leben entlassen werden. Allerdings gibt es bei rund zwei Dritteln der Klient*innen aufgrund ihrer Erkrankungen keine Möglichkeit der Entwöhnung.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE prüft standardmäßig bei jeder Übernahme das Weaningpotenzial und unterstützt im Rahmen ihrer seit vielen Jahren bestehenden Rückzugspflege die Entwöhnung von der Beatmung. Das »Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG« (2020) nimmt nun die Kliniken mehr in die Pflicht, keine Patient*innen mehr zu entlassen, bevor ihr Weaning-Potenzial abgeklärt wurde. Die Auswirkungen des Gesetzes werden sich erst in den kommenden Jahren zeigen.

ERFOLGREICHES »WEANING«

Monica Esteve-Ros | Prokuristin und Patientenkordinatorin bei der »tip GmbH«



Monica Esteve-Ros ist Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensiv und hat 25 Jahre lang im Bereich der Intensivmedizin in einer Klinik gearbeitet, bevor sie als Pflegedienstleitung zur **tip »Team für Intensivpflege« GmbH** kam. Dort stieg sie in die Patientenkoordination auf, wo sie bis heute tätig ist. Zu einer ihrer vielen Aufgaben gehört es, Weaningpotentiale zu erkennen und die Klient*innen, bei denen ein Weaning möglich sein könnte, im Weaningprozess zu begleiten. Auch unterstützt sie Klinik- und Hausärzt*innen, falls diese keine Erfahrung mit Beatmung haben.

Kommt ein*e neue*r Klient*in zur **tip GmbH**, wird zuerst eine pflegerische Fachvisite durchgeführt. Hierbei prüfen Monica Esteve-Ros und ihre Kolleg*innen, ob Weaningpotenzial besteht. Wenn ja, nimmt sie Kontakt mit der Fachärztin oder dem Facharzt auf.

Erst kürzlich hatte Frau Esteve-Ros einen Klienten aus Paderborn kennengelernt. Sein Gesundheitszustand war bei der Übernahme so schlecht, dass ihn die Ärzt*innen mehr oder minder bereits aufgegeben hatten. Die Ehe-

frau des Klienten ließ jedoch nicht locker und forderte ihren Mann immer wieder auf, er solle doch wieder nach Hause kommen. Aber ohne Beatmungsentwöhnung und eine Dekanülierung war dies nicht möglich.

Schließlich gelang dies unter der Aufsicht eines Facharztes. Jetzt kann der Klient wieder selbstständig essen und trinken. Er lebt wieder daheim und sitzt, wann immer möglich, mit seiner Frau wieder auf der heimischen Terrasse. Nur noch ein- bis zweimal am Tag benötigt er eine ambulante Krankenpflege.

Solche Erfolge hängen von mehreren Faktoren ab:

- Das Krankheitsbild muss eine Entwöhnung zulassen.
- Die Klient*innen sollten einen starken Willen haben und, so gut es geht, bei Genesung und Entwöhnung mitarbeiten.
- Das Pflegeteam sollte den Weaningprozess aktiv unterstützen.
- Die Klient*innen sollten in einer Umgebung sein, in der sie sich wohl fühlen.

All dies war im konkreten Fall offensichtlich gegeben, und als Frau Esteve-Ros den Klienten nach der Dekanülierung mit den Worten »Da haben Sie aber tolle Arbeit geleistet« lobte, erwiderte dieser: **»Nicht ich habe die Arbeit geleistet, sondern die Pflegekräfte.«**

Gibt es ein schöneres Lob? Dieses Beispiel zeigt, dass es sich immer lohnt, das Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung zu prüfen.

ERFOLGSGESCHICHTE »WEANING«

Kinder-Versorgung

Der kleinen Hüma geht es wieder gut – Abschied nach sieben Monaten

Hüma war zwei Jahre alt, als sie für fast sieben Monate durch **VigeoCare** im Rahmen einer 1:1-Versorgung von einem vierköpfigen Pflgeteam versorgt wurde. Inzwischen geht es ihr wieder so gut, dass sie mit ihren Geschwistern herumtollen kann. Ende September 2020 verabschiedete sich das Pflgeteam von Hüma und ihrer Familie.

Hüma hatte mit eineinhalb Jahren versehentlich Tabletten ihres Onkels geschluckt. Der Notarzt verabreichte sofort Aktivkohle und pumpte Hümas Magen aus. Dabei aspirierte das Kind die Aktivkohle und seine Luftröhre wurde schwer verletzt.



Deshalb wurde eine Trachealkanüle erforderlich und die Luftröhre musste in den kommenden Monaten durch viele Operationen komplett rekonstruiert werden. Während des langen Krankenhausaufenthalts schwankte Hümas Gesundheitszustand immer wieder erheblich. Das Kind, seine Eltern und die drei Geschwister litten sehr unter der Situation. Als es Hüma wieder etwas besser ging, suchten die Eltern einen passenden Pflegedienst für ihr intensivpflegebedürftiges Kind und fanden **VigeoCare**. Innerhalb von fünf Tagen stellte der Pflegedienst ein Team zusammen.

Während ihrer Zeit in der Pflege bei **VigeoCare** musste die Zweijährige noch dreimal an der Luftröhre operiert werden und da Hüma auf viele Narkosemittel allergisch reagierte, war jeder Eingriff für das kleine Mädchen eine Tortur. Mehrfach musste es in dieser Zeit reanimiert werden. Trotz der vielen Rückschläge besserte sich Hümas Zustand deutlich. Die Trachealkanüle konnte nach und nach verkleinert und schließlich entfernt werden. Mit einem sogenannten Stopfen wurde getestet, ob die Zweijährige schon ohne Kanüle zurechtkam. Und dies war so. Schnell gewöhnte sie sich an die neue Situation und konnte nun auch wieder sprechen.

Tobias Estorer, Pflegedienst- und Geschäftsleitung von **VigeoCare**, waren am Ziel, als Hüma ihren zweiten Geburtstag zuhause im Kreis ihrer Familie feiern konnte und nach sieben Monaten die weitere Unterstützung durch den Pflegedienst nicht mehr benötigte. **Zum Abschied schenkte das Pflgeteam Hüma eine große Collage mit gemeinsamen Fotos. Außerdem hatte es Geld gesammelt, um dem Mädchen einen Traum zu erfüllen: Ein pinkfarbenes Laufrad und einen Fahrradhelm.** Denn das Pflgeteam hatte beobachtet, dass Hüma immer etwas neidisch auf den großen Bruder und dessen Fahrrad war. Jetzt können die beiden zusammen radeln. Bei der Übergabe der Abschiedsgeschenke zeigte sich, wie eng die Beziehung des Teams zu der Familie geworden war, denn neben der eigentlichen Pflege hatte man viel miteinander gelacht und eine schöne gemeinsame Zeit verbracht.

VigeoCare betreut regelmäßig Kinder in Hümas Alter, oftmals auch noch jüngere.

ERFOLGSGESCHICHTE »WEANING«

Erwachsenen-Versorgung

Klient Bernd ist endlich wieder in seinem Zuhause

Seit Juni 2020 musste Bernd beatmet werden und lebte seit August in Witten in einer **Wohngemeinschaft** von **HOLAS**. Im Frühjahr 2021 konnte er aus der Wohngemeinschaft wieder ausziehen.

Seine Pflegekraft Dominique berichtet: »Bernd wurde vom Marien-Hospital Wattenscheid in unsere WG Witten übergeleitet. Sein Zustand verbesserte sich von da an stetig.«

Anfangs konnte Bernd nur kurzfristig in seinem Rollstuhl sitzen, auch die Körperpflege musste das Team aus Witten noch komplett übernehmen.



Unser Klient hatte außerdem durch die Trachealkanüle und seine Kraftlosigkeit noch Schwierigkeiten bei der Kommunikation und litt zudem an einem Dekubitus an den Fersen und im Bereich des Kreuzbeins. »Dies wurde von unserem Wundmanager immer wieder neu beurteilt und die Wundversorgung wurde stetig in Absprache mit dem behandelnden Arzt angepasst, sodass der Dekubitus letztlich komplett abgeheilt ist.«

Bernd wollte unbedingt wieder gesund werden. Die seelische Unterstützung durch seine Familie und insbesondere durch seine Frau half dem Pflgeteam dabei, ihn wieder auf einen besseren gesundheitlichen Weg zu bringen. Bernds Ehefrau verbrachte viele Tage und Nächte bei ihrem Mann und half auch dem **HOLAS-Team**, wo es im Rahmen der Corona-Richtlinien nur ging.

Über die Monate verbesserte sich Bernds Zustand. Das **HOLAS-Team** begleitete bei allen wichtigen Arztterminen, aber auch bei kurzen Besuchen zuhause oder zum Fußballspiel der Enkeltochter. Mit dem »Intensivmobil« der **HOLAS** und dem Pflgeteam der WG Witten war dies kein Problem.

»Durch Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und die Hilfe von einer Atmungstherapeutin sowie die pflegerische und medizinische Intervention des Teams und Fortführung der Therapien, auch an therapiefreien Tagen, konnten gute Fortschritte in allen Bereichen erzielt werden«, berichtet Pflegefachkraft Dominique. Deshalb konnte, unter fachärztlicher Aufsicht, nun die Beatmung vollständig abgesetzt werden. Im Frühjahr 2021 wurde Bernd vollständig dekanüliert.

Anschließend kümmerte man sich in der Wohngemeinschaft um alle weiteren Schritte: Die Überleitung nach Hause wurde geplant und ein ambulanter Pflegedienst organisiert. **»Es geht ihm jetzt sehr, sehr gut und er ist so glücklich, dass er ehrenamtlich in die Klinik fahren und Menschen Mut machen möchte, die in derselben oder ähnlichen Situation sind«, so Dominique.** Das Pflgeteam in Witten freut sich sehr mit Bernd und wünscht ihm und seiner Familie alles Gute.

Leitlinienreue

Die S2k-Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017«, federführend herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und unter Beteiligung u. a. der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) **gibt Empfehlungen für den Umgang mit außerklinisch beatmeten Klient*innen in Deutschland.**

Bis zum 17.06.2022 ist die erste Revision gültig, die neue wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie die wesentlichen gesundheitspolitischen Veränderungen in Bezug auf außerklinisch beatmete Klient*innen aufgenommen hat.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE achtet kontinuierlich im Bereich der außerklinischen Intensivpflege auf die Konformität mit der oben genannten Leitlinie. Dabei fokussiert sie sich auf den Einsatz des Personals in Bezug auf Erfahrung in der Beatmungspflege sowie dessen Basisqualifikation über einen entsprechenden DIGAB-akkreditierten Basiskurs bzw. Basiskurse, die sich an das Curriculum der DIGAB anlehnen und ebenfalls den Erfordernissen entsprechen. Dies sind zertifizierte Kurse nach KNAIB oder IPV.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE – bestehend aus »Deutscher Fachpflege Gruppe«, »Bonitas Pflegegruppe« sowie »bipG Gruppe« (mit bipG vor Ort und VigeoCare) – prüft monatlich den Stand ihrer Leitlinienreue.

Neben der Bestandsbelegschaft gibt es immer wieder Pflegekräfte, die gerne in den Bereich der außerklinischen Intensivpflege wechseln und sich weiterqualifizieren möchten, oder Pflegekräfte, die neu in die Gruppe kommen. Sie benötigen noch die entsprechende Basisqualifikation. Auf den nächsten Seiten stellen wir die Fort- und Weiterbildungsangebote an die Pflegekräfte vor, die in der außerklinischen Intensivpflege tätig sind bzw. tätig sein möchten.

Aufgrund der Corona-Pandemie war die Qualifizierung erschwert. Inzwischen sind die Qualifizierungsmaßnahmen wieder angelaufen und die Neuzugänge aus dem Jahr 2021 konnten Erfahrungen sammeln.



Alten- und Krankenpflege

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE versorgt Menschen aller **fünf Pflegegrade** und bietet neben der schwerpunktmäßigen Pflege von Kindern und Erwachsenen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf auch Alten- und Krankenpflege an. Letztere ist auf Menschen ausgerichtet, welche die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig ausführen können. Ursache kann ein Unfall, ein Trauma, eine Erkrankung oder fortgeschrittenes Alter sein. Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V unterstützt die medizinische Behandlung, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation bzw. Krankenhausbehandlung. Ziel ist es, eine möglichst schnelle Rückkehr des erkrankten Menschen in seinen häuslichen Bereich zu ermöglichen (Krankenhausverhinderungspflege), das Ergebnis der ärztlichen Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder die Versorgung zu gewährleisten, die bei einer schweren Erkrankung erforderlich ist (Unterstützungspflege).

Leistungen

Zur häuslichen Krankenpflege gehören medizinische Leistungen wie z. B. die Katheter- und Portversorgung, Medikamentengabe, Injektionen, Blutzuckerkontrollen und Insulininjektionen, Wundversorgung/Verbandswechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Die Grundpflege beinhaltet Hilfen aus den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie alltägliche Leistungen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die Selbstständigkeit der Betroffenen soll erhalten, unterstützt und gefördert werden. Neben den Pflegenden können Alltagsbegleiter*innen aktivieren und motivieren, z. B. durch Gehübungen mit dem Rollator, Begleitung zu Fuß, Vorlesen oder durch Kommunikation.

TOUREN- UND VERHINDERUNGSPFLEGE

Die Alten- und Krankenpflegekräfte kommen zu den Pflegebedürftigen nach Hause. Wie oft dies pro Tag oder Woche der Fall ist, wird gemeinsam besprochen und richtet sich nach dem Grad der Beeinträchtigung, der ärztlichen Verordnung, der pflegerischen Notwendigkeit sowie den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen.

Bei ihren Hausbesuchen führen im Rahmen der Alten- und Krankenpflege die Pflegefachkräfte alle medizinisch notwendigen Tätigkeiten durch. Zusätzlich helfen sie im Hauswirtschaftsbereich und betreuen die Klient*innen und ihre Familien auch sozial.

Wichtig ist außerdem die Beratung der Klient*innen sowie der An- und Zugehörigen in pflegerelevanten Fragen. Auch bei bürokratischen Problemen können die Pflegekräfte unterstützen und sie stellen, wenn erforderlich, den Kontakt zu den Haus- und Fachärzt*innen her.

Auf Wunsch unterstützen sie die Beantragung von Hilfsmitteln bei der zuständigen Pflege- und Krankenkasse sowie die Bestellung von Rezepten, sollte dies nötig sein.

Bei dem Ausfall einer privaten Pflegeperson durch Krankheit, Urlaub etc. besteht die Möglichkeit, bei der Pflegekasse Verhinderungspflege zu beantragen. In dem durch die Pflegekasse zeitlich und finanziell genehmigten Rahmen können die Pflegekräfte der DEUTSCHENFACHPFLEGE die Verhinderungspflege übernehmen. Auch dies ist ein Zeichen dafür, wie flexibel sie auf die unterschiedlichsten Pflegebedarfe reagieren kann.

Ob nur eine stundenweise Unterstützung oder Pflege rund um die Uhr, es gibt aufgrund ihrer Größe und ihres Pools an Mitarbeiter*innen immer Möglichkeiten und Wege, auf entsprechende Anforderungen zeitnah und adäquat zu reagieren. So ist die Alten- und Krankenpflege ein wichtiger Baustein der pflegerischen Versorgung und Betreuung von Menschen zu Hause. Sie wird von einer Zentrale aus organisiert und koordiniert. Dort ist immer ein*e Ansprechpartner*in erreichbar.

WISSENSWERTES

Rund 800 dreijährig examinierte Pflegefachkräfte versorgen gemeinsam mit zahlreichen Pflegehelfer*innen aktuell über 5.500 Pflegebedürftige im Rahmen der Tourenpflege. Den Mitarbeiter*innen steht eine Flotte von Fahrzeugen zur Verfügung. Hier wird auf höchstmögliche Umweltverträglichkeit geachtet und umweltschonende alternative Fortbewegungsmittel sind bereits in der Erprobung.

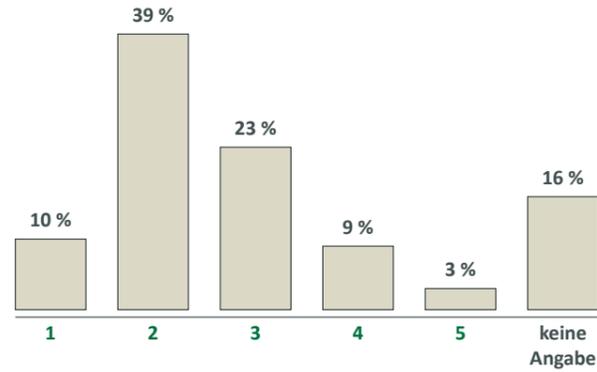


Pflegeteam VITA
in Bad Rothenfelde

TOUREN- UND VERHINDERUNGSPFLEGE

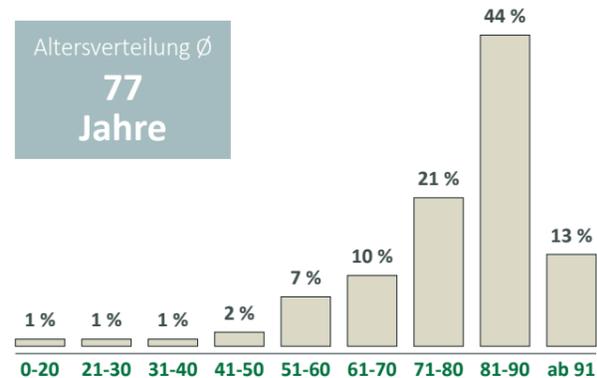
Verteilung der Pflegegrade

Erklärtes Ziel ist, dass die Menschen, die Alten- und Krankenpflege benötigen, 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 unserer Klient*innen hat den Pflegegrad zwei**, doch generell versorgen wir mobil alle Klient*innen, deren Selbstständigkeit eingeschränkt ist.



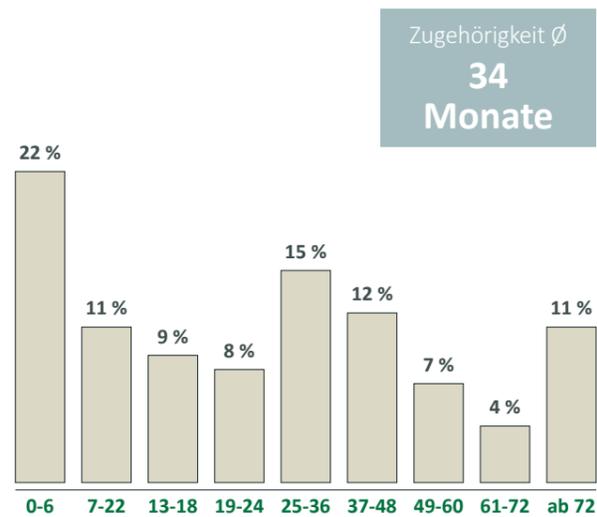
Altersverteilung (in Jahren)

Im **Durchschnitt** sind unsere **Klient*innen 77 Jahre alt**, doch der höchste Bedarf an unserer Dienstleistung besteht im Alter zwischen 81 und 90 Jahren. Dies zeigt, wie erfolgreich wir das Prinzip »ambulant vor stationär« umsetzen und somit dazu beitragen, dass die Menschen in ihren eigenen vier Wänden und im Kreis ihrer Familie bleiben können.



Zugehörigkeit (in Monaten)

Charakteristisch für die Tourenpflege ist ihre hohe Flexibilität. Dies gilt nicht nur für die Tatsache, dass die Pflegekräfte tagtäglich zu den Menschen, die Alten- und Krankenpflege benötigen, nach Hause kommen, sondern auch deren **Pflegebedarfe**. Letztere können sich **rasch ändern**, beispielsweise bei Gesundheit nach einer gesundheitlichen Krise, einem Unfall oder einer Operation sowie bei Verschlechterung. **Zum Stichtag 30. September 2021 versorgten wir im Rahmen der Tourenpflege seit durchschnittlich 34 Monaten unsere Klient*innen.**



TAGESPFLEGE für Senior*innen

Tagespflege ist für Senior*innen geeignet, die noch zuhause leben, aber bei denen tagsüber niemand da ist, der sich um sie kümmern kann. Tagespflege kann oftmals die stationäre Aufnahme vermeiden oder zumindest hinauszögern. Diese Betreuung macht es möglich, soziale Kontakte zu pflegen und den Tag aktiv mitzugestalten. So können gemeinsame Mahlzeiten und Ausflüge für Abwechslung im Alltag sorgen und die Selbstständigkeit fördern. Zum Wochenplan einer Tagespflege gehören Beschäftigungen wie Unterhaltung, Gymnastik, Kochen und Backen, kreatives Gestalten, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Feste im Haus, gemeinsames Singen, Spaziergänge, Gartenarbeit oder Tierpflege. Die Tagespflege ist auch gut geeignet für Menschen mit Demenz, wenn z. B. die pflegenden Angehörigen berufstätig sind.

Die **DEUTSCHEFACHPFLEGE** bietet derzeit Tagespflege für Klient*innen mit Pflegegrad 1-5 in Bielefeld, Hiddenhausen, Hopsten, Kuppenheim (Raststatt) und Untermeitingen mit 14 bis 24 Plätzen an. Weitere Tagespflegeeinrichtungen für Klient*innen mit unterschiedlich hohem Betreuungsbedarf sind in Planung. Geöffnet sind die Einrichtungen, in denen examinierte Pflegekräfte, Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte arbeiten, von 8 bis 16 / 17 Uhr. Es ist möglich, einen kostenlosen Probetag in der Einrichtung zu verbringen und später auch nur einzelne Tage zu buchen.

Derzeit werden rund 100 Klient*innen in der Tagespflege betreut.



ALTEN- UND KRANKENPFLEGE vollstationär und Kurzzeitpflege

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Heimtypen: das Altenwohnheim, das Altenheim und das Pflegeheim. Neben der vollstationären Versorgung älterer Menschen sind auch teilstationäre Betreuung und Kurzzeitpflege möglich. Letztere stellt zum einen eine sinnvolle und nützliche Ergänzung zu den Leistungen der ambulanten Pflege dar und ist zum anderen ein wichtiges Bindeglied zwischen stationären Klinikaufenthalten und dem Übergang in die häusliche Pflege. Kurzzeitpflege bietet ambulant versorgten Pflegebedürftigen die Möglichkeit, sich nur vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung aufzuhalten. Hierdurch können z. B. Pflegepersonen entlastet werden. Diese Versorgungsform eignet sich auch für Klient*innen aus Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, wenn ihr Allgemeinzustand noch nicht so gut ist, dass sie schon in die häusliche Pflege wechseln können. Ebenso können Wartezeiten auf Pflegeplätze in Einrichtungen mit einem umfassenderen Leistungsangebot verkürzt und Versorgung für Pflegesituationen mit einer begrenzten kurzen Dauer z. B. nach Krankenhausaufenthalt sichergestellt werden.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE bietet für ältere Menschen vollstationäre Altenpflege im Wohnbereich B des Zentrums für stationäre Schwerstpflege (ZesS) in Burghausen an, bei dem es sich um eine Pflegeresidenz handelt.

Im Jahr 2021 hat die Bonitas Pflegegruppe mit »Haus Noah« die erste **Kurzzeitpflegeeinrichtung** für Menschen mit Hilfebedarf in Hiddenhausen eröffnet. Dieses Angebot kann genutzt werden, wenn nach einem Krankenhausaufenthalt die Voraussetzungen für die häusliche Pflege noch nicht geschaffen sind, wenn pflegende Angehörige in den Urlaub fahren oder die Zeit bis zum Einzug in eine andere Einrichtung überbrückt werden muss. Mitunter ist Pflegebedürftigkeit auch kein Dauerzustand. Genau dann ist das »Haus Noah« richtig.

»Es soll ein kurzeitiges Zuhause für seine Gäste sein – ein Ort zum Wohlfühlen, wenn auch nur für den Übergang«, erläutert Regionalleitung Tanja Blankenhagen. Seit Anfang April 2021 hat die Kurzzeitpflege-Einrichtung Platz für bis zu 22 pflegebedürftige Menschen. »Nicht nur Senior*innen spricht das Haus Noah mit seinem Angebot an«, betont die zuständige Pflegedienstleitung Carmen Roggow. »In der Zeit ihres Aufenthaltes sind die Gäste hier bestens umsorgt – rund um die Uhr und in familiärer Atmosphäre«. Farbenfrohe, helle und moderne Räume sowie eine Terrasse mit großem Garten laden zu Begegnungen ein. Angehörige und Freund*innen sind jederzeit herzlich willkommen.

Leistungen:

Vollstationäre Altenpflege, Kurzzeitpflege, gezielte Rehabilitationsbehandlung durch externe Fachtherapeut*innen.

WISSENSWERTES

In unserer Kurzzeitpflege erleben unsere Klient*innen einen Tapetenwechsel und wir entlasten pflegende Angehörige. Im Rahmen der **Pflegereform 2021** wurde der **Höchstleistungsbetrag um 10 Prozent angehoben** (§ 42 SGB XI) und es besteht nun ein Anspruch auf **Übergangspflege im Krankenhaus** (§ 39e).



WOHNGEMEINSCHAFTEN für Senior*innen

Ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften für ältere Menschen (insbesondere auch mit Demenz) bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen zu leben und gemeinsam Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohner*innen einer Wohngemeinschaft leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen.

Die Pflege in betreuten Wohngruppen für Senior*innen gehört sowohl zum **Angebot** der **Deutschen Fachpflege Gruppe** als auch der **Bonitas Pflegegruppe**. Letztere hat dafür die Bezeichnung **»Unser kleines Heim«** gewählt, um damit zu signalisieren, dass es sich um kleine überschaubare Wohneinheiten mit **maximal 20 Plätzen** handelt. Der Begriff assoziiert menschliche Nähe und die Möglichkeit, sich »daheim« zu fühlen.

Das Angebot richtet sich an Menschen mit zunehmend eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht mehr alleine leben möchten oder können, aber eine individuelle, selbstbestimmte Lebens- und Wohnweise beibehalten wollen. Die Bewohner*innen haben meist einen vergleichbar hohen Pflege- und Betreuungskräfteinsatz. Der selbstbestimmte Alltag hat oberste Priorität. Soweit möglich, entscheiden die Bewohner*innen selbst, wann sie aufstehen, geduscht/ gewaschen werden oder essen möchten. Die Mahlzeiten werden täglich vor Ort frisch zubereitet und selbstverständlich wird auf die Wünsche der Bewohner*innen eingegangen. Dies gilt auch für die Freizeitgestaltung.

Ein Gremium der Selbstbestimmung tritt in regelmäßigen Abständen zusammen und entscheidet über Abläufe und Veränderungen in der Hausgemeinschaft. Soziale Kontakte zur Nachbarschaft, zu Vereinen und Kirchengemeinden werden gefördert. Jederzeit in den Wohngruppen willkommen sind An- und Zugehörige sowie befreundete Personen.

Leistungen:

Fachpflegerische Versorgung rund um die Uhr, individuelle Pflege- und Betreuungsleistungen (Grund- und Behandlungspflege), tagesstrukturierende Maßnahmen in der Gemeinschaft, Freizeit-Aktivitäten, zusätzliche Leistungen wie Physio- oder Ergotherapie, Begleitung bei Einzug und Eingewöhnung, Wäschereinigung, Einkäufe / Besorgungen, Medikamenten- und Hilfsmittelbeschaffung, Raumpflege, ärztliche Betreuung.

WISSENSWERTES

Rund 400 Senior*innen genießen einen **sorglosen Alltag** in unseren **familiär** organisierten Wohngruppen. Wir bieten ihnen eine qualitativ hochwertige Rundumversorgung und unterstützen ihre sozialen Kontakte.

STANDORTE »Unser kleines Heim«

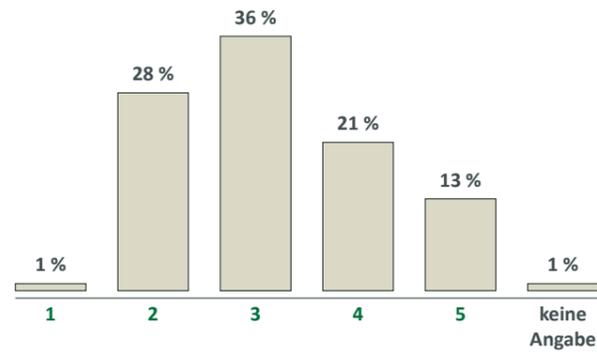
32546 Bad Oeynhausen	32756 Detmold (WG 1)	32120 Hiddenhausen-Lippinghausen
49191 Belm (WG 1)	32756 Detmold (WG 2)	32120 Hiddenhausen-Schweicheln
49191 Belm (WG 2)	44359 Dortmund	49328 Melle-Riemsloh
33719 Bielefeld-Heepen	27777 Ganderkesee (WG 1)	87700 Memmingen
33699 Bielefeld-Hillegossen	27777 Ganderkesee (WG 2)	49509 Recke
33609 Bielefeld-Jöllheide	32052 Herford-Elverdissen	32139 Spenge
33611 Bielefeld-Schildesche	32051 Herford-Herringhausen	86836 Untermeitingen
33689 Bielefeld-Senne	32051 Herford-Innenstadt	41751 Viersen
32257 Bünde	32049 Herford-Stuckenberg	... 2022 folgen weitere Eröffnungen



UNSER KLEINES HEIM

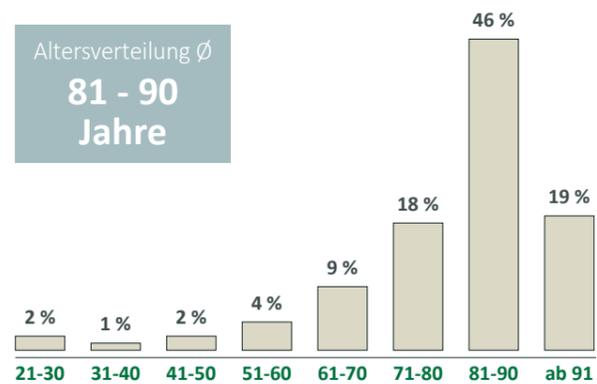
Verteilung der Pflegegrade

»Unser kleines Heim« ist 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)

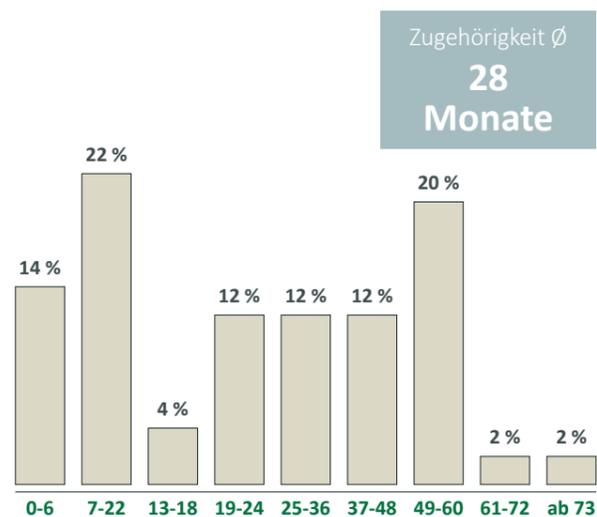
Knapp die Hälfte der Bewohner*innen ist im **Durchschnitt 81-90 Jahre alt**, doch auch pflegebedürftige Menschen jüngeren Alters ziehen bereits in »Unser kleines Heim« ein. Diese Vielfalt hinsichtlich des Alters ist charakteristisch für unsere betreuten Wohngemeinschaften und ist auch ein Grund für deren hohe Akzeptanz als Alternative zum klassischen Pflegeheim.



Zugehörigkeit (in Monaten)

Die Klient*innen in den betreuten Wohngemeinschaften erhalten nicht nur hervorragende Pflege und viele Angebote, sich fit zu halten, sie können eine Fülle von Beschäftigungsangeboten wahrnehmen und sind weiterhin mittendrin in der Gesellschaft.

Im Oktober 2021 lebten unsere Klient*innen **durchschnittlich schon 28 Monate** in »Unser kleines Heim«.



WOHNGEMEINSCHAFT für junge Erwachsene

Eine Besonderheit stellt die Wohngemeinschaft für junge pflegebedürftige Erwachsene im Alter von 18 bis 60 Jahren mit 22 Plätzen dar. Auf zwei Etagen in einem Gebäude in Rahden, einer Stadt im äußersten Norden von Nordrhein-Westfalen – zwischen Bielefeld und Bremen – befinden sich jeweils 11 Einzelzimmer.

Hier leben junge Erwachsene, die entweder einen schweren Unfall, eine Querschnittlähmung oder einen Schlaganfall erlitten haben oder z. B. an Multipler Sklerose, Amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder Muskeldystrophie Duchenne (DMD) erkrankt sind. Die familiäre Wohngemeinschaft ermöglicht den Bewohner*innen den Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben. In der Gesellschaft Gleichaltriger lernen sie – je nach Schwere der Erkrankung – ihre neue Tagesstruktur den Abläufen eines normalen Alltags anzupassen. Besonders berücksichtigt werden hierbei die persönlichen Bedürfnisse und Interessen sowie der enge Kontakt zu Familie und Freund*innen.

Jede*r Bewohner*in erhält die Unterstützung und Förderung, die nötig ist, um möglichst viele Dinge wieder selbstständig erledigen zu können. So unterschiedlich die einzelnen Schicksale sind, das Leben in der jungen Gemeinschaft und der Austausch untereinander schaffen eine familiäre Atmosphäre und vermitteln ein Gefühl der Geborgenheit. Die Kombination aus Privat- und Gemeinschaftsleben, ergänzt durch die hochwertige Rundumversorgung von Pflegefachkräften, bietet den Bewohnern*innen eine neue Lebensqualität.

Zudem werden dem Alter entsprechende Events, Unterstützung bei Freizeitaktivitäten (z. B. Besuch eines Konzerts) sowie Berufs-, Schul- und Arztbegleitung angeboten.



»KOPFSPRUNG IN EIN ANDERES LEBEN«

Mahmoud | Bewohner im »Haus Bonitas« in Rahden



Im Dezember 2014 kam Mahmoud nach Deutschland, denn geboren und aufgewachsen ist er in Syrien. Seine Familie blieb dort, sein neues Zuhause: Hamburg.

Und dann ein Abend am See, der alles verändern sollte. Ein Kopfsprung ins Wasser, das – in der Dämmerung sieht man eben schlechter – nicht tief genug war für diesen Sprung. An viel mehr kann sich Mahmoud auch gar nicht erinnern. Aber die sieben Monate in einem Hamburger Klinikum, die darauf folgten, vergisst er sicher nicht. **Mahmoud ist seit seinem Unfall querschnittgelähmt, vom Hals an.**

Eine neue Unterkunft zu finden, die den neuen Bedürfnissen des 24-Jährigen entspricht, war schwierig. Denn ein Seniorenheim ist für den jungen Mann wohl kaum die beste Lösung. Bis sein Sozialarbeiter auf das »Haus Bonitas« in Rahden aufmerksam wurde und seinem Schützling davon erzählte. Zugegeben, Rahden ist keine Weltstadt. Aber Mahmoud hat Verwandte in Minden, ganz in der Nähe also.

Und das »Haus Bonitas« ist spezialisiert auf »Fälle« wie

seinen: Junge Menschen, die zwar pflegebedürftig, aber weiterhin agil sind und am Leben teilnehmen möchten.

Die Bewohner*innen leben hier wie in einer WG, haben ihr eigenes Zimmer, aber auch Gemeinschaftsbereiche – selbstverständlich barrierefrei.

Es gibt WG-Fiern, Pizza- oder Filmabende, selbst Konzert- oder Disco-Besuche werden ermöglicht.

Nach einem ersten Gespräch mit Pflegedienstleitung Annika Schreiber war bald klar, dass Mahmoud es versuchen möchte im »Haus Bonitas«. Das war Anfang 2019. Und noch immer gefällt es ihm gut hier.

»Mahmoud ist viel unterwegs, trifft sich mit Freunden und Verwandten. Dafür fährt er alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln und regelt seine Angelegenheiten selbst«, erzählt Pflegedienstleitung Norbert Maas. »Er ist ganz unkompliziert und macht hier gute Fortschritte. Der junge Mann hat nicht aufgegeben, ganz im Gegenteil. **Seit letztem Jahr studiert er BWL in einem Online-Studiengang, komplett in Englisch.«**

»Das Studium ist sehr flexibel, ich habe keinen Druck, eine bestimmte Anzahl an Kursen pro Semester zu belegen«, so Mahmoud. Perfekt für seine Bedürfnisse. Dabei soll es aber nicht bleiben. Der Student interessiert sich für ein Praktikum im Bereich Marketing oder IT. »Eine Ausbildung im IT-Bereich könnte ich mir tatsächlich auch noch vorstellen«, überlegt er.

Sein großer Traum ist ein Fallschirmsprung. Nicht ganz einfach mit seiner Einschränkung, aber auch nicht unlösbar. **Das »Haus Bonitas« kümmert sich gerade darum, diesen Wunsch zu erfüllen.**

Pläne wie die eines gesunden Menschen seines Alters, oder?

Palliative Pflege

Wir halten die Hand in den letzten Stunden des Lebens

Mit ihrer Unterzeichnung erklärt die DEUTSCHEFACHPFLEGE, dass sie Ziele und Inhalte der »Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen« mitträgt und sich in ihrem Sinne für die Verbesserung der Situation schwerstkranker und sterbender Menschen, ihrer Familien und der ihnen Nahestehenden einsetzt und auf dieser Grundlage für die Einlösung ihrer Rechte eintritt. Denn nicht bei allen Klient*innen ist es möglich, den Gesundheitszustand zu verbessern. Im Gegenteil: Bei schwerstkranken oder auch älteren Menschen kann der Pflegebedarf mit der Zeit steigen und nicht selten ist irgendwann eine palliative Versorgung notwendig. Die Palliativpflege konzentriert sich auf den menschlichen Aspekt und das Wohlbefinden der Patient*innen, um eine schmerz- und beschwerdefreie letzte Lebensphase zu ermöglichen. Die Palliativ-Pflege umfasst also auch seelischen Beistand und eine psychologische Betreuung – und sie findet sowohl in der häuslichen Versorgung als auch in Wohngemeinschaften und stationären Einrichtungen statt, wo immer der oder die Klient*in sich aufhält.

Eine besondere Rolle spielt die Begleitung der Angehörigen. Palliativ Pflegenden wissen um die belastende Situation, die ein Konglomerat aus Sorgen, Ängsten und Erschöpfung darstellt. All dies fangen palliativ Pflegenden in Gesprächen auf und unterstützen in Krisensituationen. Die Palliativversorgung kann nicht komplett durch einen Gesundheitsfachberuf ausgefüllt werden. Deshalb ist es wichtig, dass das komplexe Ziel **»Sicherung einer möglichst hohen Lebensqualität«** von einem interdisziplinären Team umgesetzt wird, in dem verschiedene Kompetenzen vereint sind. Die Pflegekräfte in der Palliative Care sind deshalb auch bei der Vermittlung von Seelsorger*innen, Hospizdienst und anderen Einrichtungen oder Behördentätigkeiten behilflich. Auch die Vernetzung mit den interprofessionellen Teams der »Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung« (SAPV) oder der »Spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung« (SAPPV) hat sich bewährt.

Die **Bonitas Pflegegruppe** z. B. ist in vielfältige Kooperationen eingebunden, u. a. mit Ärzt*innen, Seelsorger*innen, Ehrenamtlichen und ambulanten Hospizdiensten, und ist Mitglied **des Palliativnetzes Bielefeld**.

Bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE gibt es zahlreiche Mitarbeiter*innen mit einem 3-jährigen Examen, die eine Weiterbildung im Bereich der palliativen Pflege absolviert haben. Diese Zusatzausbildung, die auch berufsbegleitend durchlaufen werden kann, gehört beispielsweise zum Programm der PflegeLeicht Akademie. Der Kurs »Palliative Praxis« richtet sich an alle Mitarbeiter*innen in der ambulanten oder stationären Pflege, die ihre Haltung gegenüber Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen überdenken möchten. Ihnen werden die verschiedenen Blickwinkel auf die Situation nahegebracht. Examinierte Pflegefachkräfte, die das Thema vertiefen möchten, können den Aufbaukurs »Palliative Care« in der ambulanten Pflege belegen. Beide Weiterbildungen (Palliative Praxis / Palliative Care) sind von der »Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin« zertifiziert. **Auch die bipG bietet spezielle Schulungen an.**

In welchem Krankheitsstadium oder welcher Phase sich ein*e Klient*in gerade befindet, die Mitarbeiter*innen des Palliativteams sorgen dafür, dass sich die Pflegebedürftigen, ob zuhause, in einer Wohngemeinschaft, in einer Wohngruppe in »Unser kleines Heim« oder einer vollstationären Einrichtung, bis in die letzten Stunden begleitet und unterstützt fühlen. Sie sollen ihren letzten Lebensabschnitt in Würde erleben und die verbleibende Lebenszeit mit bestmöglicher Lebensqualität in gewohnter Umgebung verbringen können. Auf Wunsch leiten die Pflegekräfte in der Palliative Care die Familienmitglieder und Freund*innen auch bei Fragen zur Pflege ihrer Angehörigen an.

Spezielle Onkologie- und Palliativpflege bieten die AKB Elke Dodenhoff GmbH und in Berlin das HAUSEINS an. Letzteres ist ein Betreutes Wohnen, denn manchmal ist auch die Versorgung in einer alternativen Wohnform eine gute Lösung, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr durchgeführt werden kann und die Einweisung in eine stationäre Einrichtung nicht erwünscht ist. Das HAUSEINS kann schon seit Juli 2010 SAPV-Leistungen auch im häuslichen Umfeld erbringen. Die SAPV umfasst ein komplexes Leistungsangebot, das neben der pflegerischen Versorgung gleichsam ärztliche Leistungen, Beratung und Koordinierungsanteile beinhaltet. Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) kommt dann in Frage, wenn durch die allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV) keine befriedigende Kontrolle der Symptome oder Leidensminderung erreicht werden kann. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn eine besonders aufwändige Versorgungssituation vorliegt, die die Kapazitäten der allgemeinen ambulanten Palliativ-Versorgung (AAPV) übersteigt.

- ✓ **Psychosoziale Betreuung**
- ✓ **Ärztlich verordnete, medikamentöse Schmerztherapie**
- ✓ **Injektionen, Infusionen, Sondenernährung, Portversorgung und spezielle Wundbehandlung**
- ✓ **Pflegerisch nichtmedikamentöse Schmerztherapie**
- ✓ **Körperpflege, Ernährung und Mobilisation**
- ✓ **Informationen zur Patientenverfügung**
- ✓ **Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung und Krankenkassen**
- ✓ **Hilfsmittelberatung und -beschaffung**
- ✓ **24-Stunden-Notdienst**

WISSENSWERTES

Derzeit sind rund **200 Pflegekräfte** mit der **Weiterbildung für palliative Pflege** in der gesamten Gruppe tätig.

Behandlungsschwerpunkte

Grunderkrankungen und Beeinträchtigungen bei den Intensiv-Klient*innen

Schwerpunkt der Pflege, welche die DEUTSCHEFACHPFLEGE anbietet, sind Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf. Ein großer Teil der Klient*innen ist von vielen Erkrankungen gleichzeitig betroffen. Es ist möglich, dass bei Pflegebedürftigen bis zu 10 Diagnosen durch Fachärzt*innen festgestellt werden. Die Gruppe ist nicht nur, was das Lebensalter betrifft, sondern auch hinsichtlich der Erkrankungen, ausgesprochen heterogen. Es kann ebenso sein, dass Klient*innen zu den etwa vier Millionen Menschen in Deutschland gehören, die an einer sogenannten »seltenen Erkrankung« leiden. **Etwa 80 Prozent der weltweit 8.000 seltenen Krankheiten sind genetisch bedingt**, daher machen sich viele schon bei der Geburt oder im frühen Kindesalter bemerkbar. Andere entwickeln sich erst im Erwachsenenalter.

Die Anzahl der ärztlichen Diagnosen im Bereich der Intensivpflege ist zwar beeindruckend, aber maßgeblich für die pflegerische Versorgung sind die Pflegediagnosen. Damit werden die Einschränkungen und Probleme der Klient*innen beschrieben, welche durch die Erkrankungen ausgelöst und durch pflegerisches Handeln beeinflusst werden können. **Oft bringt eine Hauptdiagnose in der Folge eine Vielzahl von Nebendiagnosen mit sich, die wiederum weitere pflege-relevante Maßnahmen erfordern.** Letztere werden in der Pflegebedarfsplanung festgelegt, die die Pflegefachkräfte erstellen. Dies ist eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe, die eine hohe pflegerische Fachkompetenz erfordert. Es gibt zwar international wissenschaftliche Vereinigungen, die sich mit dem Thema Pflegediagnosen intensiver beschäftigen, allerdings liegt aktuell noch keine für die außerklinische Intensivpflege anwendbare Klassifikation oder Verschlüsselung vor, weshalb man auf die Klassifikation nach ICD, der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems«, zurückgreift.

Lautet z. B. die ärztliche Diagnose »Demenz«, erkennt die Pflegefachkraft im Rahmen ihrer professionellen Pflegebedarfserfassung eine Verwirrtheit, die bestimmte Pflegemaßnahmen erforderlich machen. Auch aus der ärztlichen Diagnose »Schlaganfall« können verschiedene »Pflegediagnosen« folgen, weil ein Schlaganfall unterschiedlichste Auswirkungen haben kann, die sehr individueller und differenzierter pflegerischer Interventionen bedürfen. In der Pflegeplanung werden auch die individuelle Situation und das gesamte Umfeld der Klient*innen betrachtet und es wird geprüft, ob die häusliche Umgebung für die Pflege geeignet ist. Auch die Wünsche der Angehörigen werden möglichst berücksichtigt, was besonders wichtig im Bereich der Kinderversorgungen ist.

Grunderkrankungen und Beeinträchtigungen bei älteren Menschen

Im Rahmen der Alten- und Krankenpflege, welche die DEUTSCHEFACHPFLEGE anbietet, leiden die Senior*innen schwerpunktmäßig an folgenden Grunderkrankungen: Demenz, Herzinfarkt, Parkinson, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Osteoporose, Inkontinenz, Schlaganfall, Arthritis und chronischen Wunden.

Krankheitsbilder	Intensiv u. Beatmung				Alten- u. Krankenpflege				
	Häusliche Intensiv- und Beatmungspflege	Intensivpflege- Wohngemeinschaften	Kinderhaus »vollstationär«	Intensiv- und Beatmungspflege »vollstationär«	Touren- und Verhinderungspflege	»Unser kleines Heim« für Senior*innen	Wohngemeinschaft für »junge Erwachsene«	»Tagespflege« für Senior*innen	Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege
Schädel-Hirn-Verletzung (SHT)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Apallisches Syndrom	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Chronisch respiratorische Insuffizienz	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Multiple Sklerose	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Entzündliche Erkrankungen d. zentr. Nervensystems	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Demenz	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Spinale Muskelatrophie	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Parkinson	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Neurologische Erkrankung mit Beatmung	●	●	●	●					
Schlaganfall	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Herzinfarkt	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Sauerstoffmangelschäden	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Tumore	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hoher Querschnitt	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Querschnittlähmung	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Chronische Wunden	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Diabetes mellitus	●	●	●	●	●	●	●	●	●

WISSENSWERTES

»Mit unserem großen Angebot an Versorgungsformen und dem Einsatz von qualifiziertem Personal entlasten wir die Intensivstationen. Das ist Teil unserer Aufgabe. **Ich wünsche mir, dass die Politik endlich wahrnimmt, welchen Beitrag wir Tag für Tag für die Sicherheit und die Stabilität unseres Gesundheitswesens leisten.**«
Dan Litvan, Beirat DEUTSCHEFACHPFLEGE

HÄUFIGE KRANKHEITSBILDER (ALPHABETISCHE REIHENFOLGE)

Ateminsuffizienz (CRI)

Chronisch respiratorische Ateminsuffizienz bezeichnet die Unfähigkeit der Lunge, ausreichend Sauerstoff aus der Umgebungsluft in das Blut aufzunehmen und damit die Organe ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen. Ursachen können Lungenerkrankungen wie COPD, Pneumonien, interstitielle Lungenerkrankungen (z. B. Lungenfibrose) und im weiteren Sinn das Obesitas-Hypoventilationssyndrom (OHS), aber auch Erkrankungen des Nervensystems und der Muskulatur (z. B. Muskeldystrophie, amyotrophe Lateralsklerose, Querschnittslähmungen) sein.

Kompetente Beatmungspflege ist vor allem dann notwendig, wenn Klient*innen invasiv beatmet werden. Lebensqualität und Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten sind auch dann noch möglich.

Chronische Wunden

Wenn eine Wunde in einem Zeitraum von über vier Wochen nicht abgeheilt ist, bezeichnet man diese als chronisch. Durchblutungsstörungen, ein Immundefekt oder Diabetes mellitus können die Ursache sein. Auch Dekubitus (Wundliegeneschwür) oder ein Unterschenkelgeschwür (Ulcus cruris) zählen zu den chronischen Wunden. Neben der optimalen Versorgung der Wunde muss auch die Grunderkrankung bestmöglich behandelt werden.

Dysphagie

Schluckstörungen können lebensbedrohliche Folgen haben und sie treten vorwiegend bei älteren Klient*innen auf. Auch neurologischen und neurodegenerative Störungsbilder wie Schlaganfälle, parkinsonassoziierte Erkrankungen und demenzielle Syndrome können ursächlich sein. Die Indikation zum Einlegen einer Trachealkanüle erfolgt immer aufgrund von Schwierigkeiten mit der Atmung und/oder im Zusammenhang mit einer schweren Dysphagie.

Über die Trachealkanüle kann die Atmung oder Beatmung sichergestellt werden, bei massiven Schluckstörungen mit Aspirationen (Verschlucken) kann der fehlende Schutz der tiefen Atemwege mit einer cuffbaren Kanüle einigermaßen kompensiert werden.

Entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS)

Solche Erkrankungen können durch Bakterien, Pilze, Protozoen und Viren hervorgerufen werden sowie nicht erregerbedingt/autoimmun (wie z. B. Multiple Sklerose, Vaskulitis) entstehen. Autoimmunologische Prozesse können am Nervensystem Entzündungen hervorrufen.

Grunderkrankungen bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen

Es kann schon direkt nach der Geburt intensivmedizinischer Behandlungs- und Pflegebedarf diagnostiziert werden, der auf viele unterschiedliche Ursachen zurückzuführen ist.

Die S2k-Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz«, Revision 2017, gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Krankheitsbilder sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen.

Pädiatrische Erkrankungen sind z. B. Verengung bzw. Verlegung der oberen Atemwege durch Fehlbildungen, Stimmbandpareesen, subglottische Stenose, Tracheomalazie, angeborene und erworbene Lungenerkrankungen, gravierende Atemstörungen, angeborene und erworbene neuromuskuläre Erkrankungen (NME), Zustand nach Traumata (hoher Querschnitt), Apallisches Syndrom nach Ertrinkungs- und Verkehrsunfällen, Undine Syndrom, Zwerchfellparese nach Herzoperation wegen angeborenem Herzfehler. Eine häufige Ursache kann auch eine Frühgeburt sein.

Neurologische Erkrankungen

Dazu zählen das Locked-in-Syndrom, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Muskeldystrophien und -atrophien, die eine Tracheotomie und/oder Beatmung erfordern. Die Erkrankten werden in ihrem Alltag zunehmend eingeschränkt, können sich nicht mehr bewegen, nicht mehr sprechen und benötigen im Verlauf nicht selten intensivmedizinische Pflege, da auch die Atemmuskulatur vom Muskelschwund betroffen ist. An ALS erkrankte Menschen sind bei vollem Bewusstsein und können durch kompetente pflegerische Unterstützung lange am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

Sauerstoffmangelschäden (sogenannte hypoxische Hirnschäden) können die Folge von Herz-, Kreislaufversagen, Reanimation, Hirnblutung oder Schlaganfällen sein. Bereits vor und während der Geburt kann es zu Komplikationen kommen, die zu einer Hirnschädigung beitragen können. Weitere Ursachen für eine massive Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff und ein daraus resultierender hypoxischer Hirnschaden können Vergiftung, Verkehrsunfälle, Badeunfälle, schwere allergische Reaktionen oder Herzstillstand sein.

Schädel-Hirn-Verletzungen (SHT)

Ursachen können gedeckte bzw. offene Schädelverletzungen durch Gewalteinwirkung auf den Kopf (z. B. Schlag, Sturz oder Aufprall) mit Gehirnbeteiligung sein. Viele der Menschen mit einer Hirngeschädigung leiden lebenslang unter körperlichen oder geistigen Behinderungen. Bei schweren Hirnverletzungen bestehen bleibende Schäden, die von leichten Störungen der Persönlichkeit und Merkfähigkeit bis hin zu schweren Ausfällen wie Wachkoma (Apallisches Syndrom) reichen. Befinden sich die Betroffenen in der Phase F der neurologische Rehabilitationskette, benötigen sie eine aktivierende Langzeitversorgung. Selbst wenn die Betroffenen nicht mehr maschinell beatmet werden, verbleibt oftmals die Trachealkanüle, um bei bestehenden Schluckstörungen Pneumonien vorbeugen zu können.

Sonstige schwere Erkrankungsformen

Grundsätzlich wird zwischen invasiver und non-invasiver Beatmung unterschieden. Nicht alle Menschen mit intensivmedizinischem Behandlungs- und Pflegebedarf sind auch auf Beatmung angewiesen oder sie haben zwar ein Tracheostoma, werden darüber aber nicht beatmet. Auch die Dauer der Beatmung kann völlig unterschiedlich sein. Es kann auch sein, dass »nur« nachts eine über ein CPAP-Gerät mit Gesichtsmaske eine Beatmung nötig ist. Es gibt außerdem Klient*innen, die einen Zwerchfellschrittmacher tragen und nächtliche Beatmung brauchen.

Tumorerkrankungen

Menschen mit schwerwiegenden Tumorerkrankungen benötigen vielfach intensivpflegerische Unterstützung. Auch spezifische Tumore können Intensivpflicht nach sich ziehen.

Querschnittslähmung stellt eines der häufigsten Krankheitsbilder in der außerklinischen Intensivpflege dar, da betroffene Menschen teilweise eine dauerhafte Beatmung oder Atmungsunterstützung benötigen. Auch Klient*innen mit einer PNS (Phrenicus-Nerv-Stimulation) brauchen außerklinische Beatmungs- und Intensivpflege, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

WISSENSWERTES

Für eine adäquate intensivpflegerische Versorgung unserer Klient*innen mit komplexen Krankheitsbildern unterstützen **Fachteams für medizinische Behandlungspflege** unsere Pflegefachkräfte. Somit besteht **rund um die Uhr** Kontakt zu Atmungs-therapeut*innen und Fachärzt*innen.

Ihr Weg zu uns aus Klinik oder Reha

Starke Kompetenzen im Überleitmanagement

Im Rahmen der Überleitung aus der Klinik wird die Weiterversorgung im außerklinischen Bereich organisiert, insbesondere auch die Kostenübernahme durch die entsprechende Krankenkasse.

- Ziele der Überleitung sind:
- Schließung der Versorgungskette
 - Steigerung der Versorgungsqualität
 - Vermeidung unnötiger Belastung von Angehörigen und Klient*innen
 - Unterstützung der Angehörigen und der Klient*innen durch Schulungen und Beratungen
 - Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung und die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte

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

Das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG), das am 23. Oktober 2020 verabschiedet wurde, misst der Überleitung aus der Klinik eine große Bedeutung bei. Einen besonders hohen Stellenwert hat nun die Überprüfung des Weaningpotentials und die klare Formulierung des individuellen Therapieziels. Zudem gibt der Gesetzgeber nun regelmäßige Assessments bzw. Fallkonferenzen vor.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat ein gruppenweites strukturiertes Überleitmanagement mit einer zentralen Telefonnummer entwickelt. Das Überleitmanagement setzt während des Entlassungsprozesses an beliebiger Stelle ein, vom Erstkontakt über die Erstberatung und WG-Besichtigung bis hin zur konkreten Überleitung der Klient*innen. Da die Anfragen an die DEUTSCHEFACHPFLEGE immer über verschiedene Kanäle eingehen, was in bestimmten Regionen auch zu Überschneidungen zwischen den einzelnen Gesellschaften führt, beraten sich hier immer die Überleitmanager*innen und die zuständige Pflegedienstleitung der Gesellschaft.

WISSENSWERTES

Unser **fachkundiges Überleitteam organisiert die Weiterversorgung im außerklinischen Bereich auf hohem Qualitätsniveau.** Damit unterstützen und entlasten wir sowohl die Klient*innen selbst als auch ihre Angehörigen. Die **Überleitung** in eine **häusliche Einzelversorgung dauert wenige Tage bis vier Wochen**, die **in eine Wohngemeinschaft** ist spätestens nach **zwei Wochen** abgeschlossen.

SCHRITT FÜR SCHRITT INS NEUE LEBEN

Phase 1

- Das entlassende ärztliche Fachpersonal stellt die Akutbehandlung oder Rehabilitation für die notwendige Weiterversorgung fest
- Der Sozialdienst der Klinik berät Betroffene und Angehörige

Phase 1

Phase 2

- Pflege- oder Intensivpflegedienste bzw. Einrichtungen werden gefragt, ob Übernahme möglich ist; bei Anfragen an die DEUTSCHEFACHPFLEGE erfolgt die Rückmeldung innerhalb weniger Stunden
- Vereinbarung eines Termins mit Klient*in, Angehörigen und Pflegedienst bzw. Pflegeeinrichtung in der Klinik (Beratung, u. a. über Finanzierungsmöglichkeiten und eventuell Kontaktaufnahme mit Sozialamt)

Phase 2

Phase 3

- Endgültige Entscheidung über Versorgungsform und Pflegeanbieter/ Einrichtung
- Sozialdienst leitet die notwendigen Formalitäten in die Wege
- Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse des/der Versicherten
- Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD)
- Pflegedienst organisiert das Team für die Versorgung
- Endgültige Kostenklärung der Intensivpflege und Hilfsmittelversorgung mit Kostenträger
- Festlegung des Entlassungstermins
- Lieferung der Hilfsmittel einen Tag vor Entlassung
- Entlassung aus der Klinik
- Pflegedienst prüft bei Aufnahme Entwöhnungspotential, darauf basierend weitere Fallsteuerung

Phase 3



Nach dem Erstkontakt kann ein erstes Versorgungsangebot an Klient*innen und ihre Angehörigen unterbreitet werden. Es wird umgehend eine schnelle und unkomplizierte Lösung für eine außerklinische Weiterversorgung oder für eine vorübergehende Unterstützung gesucht, bis die Betroffenen wieder so stark sind, dass sie den Alltag alleine meistern können. Entscheidend sind die ärztliche Diagnose, der Pflegegrad und das von der entlassenden Klinik definierte Therapieziel, welche Weiterversorgung nach der Entlassung organisiert wird. Für die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat oberste Priorität, den Betroffenen einen guten Start in ihr neues Lebensumfeld zu ermöglichen und Lebensqualität zu schaffen: sei es durch die Förderung der Eigenständigkeit oder die Begleitung in den letzten Stunden des Lebens.

Zur täglichen Arbeit der Überleitmanager*innen gehört eine Vielzahl von Telefonaten mit Klient*innen, Angehörigen und Netzwerkpartner*innen. In der Beratung ist eine klare und professionelle Kommunikation sehr wichtig. Einen großen Teil ihrer Arbeitszeit verbringen die Überleitmanager*innen mit der Pflege des multiprofessionellen Netzwerks. Es gibt regelmäßige Telefonate, Postsendungen oder persönliche Treffen mit Netzwerkpartner*innen (Kliniken, Sozialdiensten, ärztlichem (Fach-) Personal, Beratungsstellen), um unser vielfältiges Versorgungsangebot und die Konzepte vorzustellen.

Die erfahrenen Überleitmanager*innen kommen vielfach aus der Pflege und kennen die Bedarfe, je nach Pflegegrad oder Schwere der Beeinträchtigung. Ein Teil davon hat den Abschluss Case Manager, zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Case Management (DGCC). Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat derzeit rund 20 Überleitmanager*innen. Vielfach übernehmen auch Pflegedienstleitungen die Überleitung.

Natürlich ist immer das Ziel, eine Überleitung so schnell wie möglich zu organisieren. Aber mit folgenden Zeitspannen im Rahmen der Überleitung in die außerklinische Intensivpflege ist zu rechnen:

- In die Einzelversorgung: wenige Tage bis vier Wochen
- In die Wohngemeinschaft: wenige Tage bis zwei Wochen

Die Überleitung in eine 1:1-Versorgung gestaltet sich sehr individuell. Sie kann nur wenige Tage erfordern, aber auch bis zu Wochen dauern, da ein individuelles Pflegeteam zusammengestellt und alles rund um die häusliche Versorgung organisiert werden muss. Möglicherweise müssen die Räumlichkeiten für die Pflege erst angepasst werden. In Wohngemeinschaften hingegen gibt es bereits das Versorgungsteam und entsprechende Strukturen, sodass die Überleitung dorthin relativ schnell erfolgen kann, sobald ein Zimmer frei ist. Zudem ist das Angebot an Wohngemeinschaften groß.

Wir finden für jeden Pflegebedarf die richtige Lösung

Die Koordination der Klient*innen führen unsere Fall- oder ausgebildete Case-Manager*innen durch. Sie unterstützen die anfragenden Einrichtungen, Kliniken oder Angehörige bei der Suche nach einem geeigneten Versorgungsort, sei es in einer Wohngemeinschaft, einer Einzelversorgung oder vollstationären Einrichtung. Neben der regelgeleiteten Weitergabe von zentral eingehenden Versorgungsanfragen steuert unsere Koordinationszentrale auch gruppeninterne Anfragen.

Freie Kapazitäten können zudem per Suchabfrage und mit Hilfe von Filterung auf der Homepage der DEUTSCHEN FACHPFLEGE mühelos ermittelt werden. Anfragen, ob eine Übernahme möglich ist, können auch direkt an den jeweiligen Pflegedienst per Formular auf der Homepage oder telefonisch gestellt werden. Die koordinierenden Mitarbeiter*innen reagieren sofort und leiten die Anfragen direkt an die richtige Stelle weiter.

Tobias Bavdaz | Leitung Überleitmanagement DEUTSCHEFACHPFLEGE



Tobias Bavdaz ist examinierter Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie.

Zudem hat er seinen Bachelor of Arts in Business Administration mit den Schwerpunkten Social-, Healthcare- and Education Management gemacht.

Er war zunächst freiberuflich in der Pflege tätig und hat zusätzlich Fachpflegekräfte europaweit mit einer eigener Agentur vermittelt.

Für die Registrierung in England arbeitete er als »Registered Charge Nurse ICU« in einer Klinik in London. Er war Stationsleitung für eine Kardiochirurgische Intensivstation mit 18 Betten.

Nach seiner Rückkehr nach Deutschland war er »Fachkoordinator Beatmung – Norddeutschland« bei der Firma ResMed und leitet nun das Überleitmanagement.

DAS ERGEBNIS DES ÜBERLEITMANAGEMENTS

- ✓ Bei Einzelversorgung organisieren wir ein eigenes Pflegeteam.
- ✓ Mit unseren Partner*innen bereiten wir alles für die Rückkehr in die eigenen vier Wände vor.
- ✓ Durch unser großes Angebot an Wohngemeinschaften gibt es immer freie Kapazitäten.
- ✓ In den Wohngemeinschaften gibt es das Pflegeteam und alles Notwendige ist bereits vor Ort.

Rückzugspflege

Der Weg in ein eigenständiges Leben

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE versteht Rückzugspflege als Prozess, der dazu dienen soll, die Klient*innen sowie die An- und Zugehörigen zu unterstützen, die vorhandenen Ressourcen zu stärken und das Familiensystem zu stabilisieren. Die Betroffenen signalisieren mit ihren An- und Zugehörigen, ob eine schrittweise Reduzierung der Versorgung möglich ist. Dies kann dann der Fall sein, wenn sich dank unserer aktivierenden Pflege der Gesundheitszustand der Klient*innen verbessert hat, alle Beteiligten Selbstvertrauen gewonnen haben und Sicherheit im Alltag empfinden.

Durch die schrittweise Reduzierung der Pflegeeinheiten wird die Autonomie der Klient*innen stetig gefördert, was zu mehr Selbstvertrauen und Lebensqualität führt. **Die S2k-Leitlinie** »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017« empfiehlt, dass »die Indikation zur Rückzugspflege vom gesamten multiprofessionellen Versorgungsteam im Konsens mit den Betroffenen gestellt werden« soll. Es müsse sichergestellt sein, dass die Beatmungssituation stabil ist, dass es eine gesicherte ambulante ärztliche Betreuung und Anbindung an ein Zentrum für außerklinische Beatmung gibt, dass eine fach- und sachgerechte Versorgung mit Verbrauchsmaterialien und Hilfsmitteln besteht, die Angehörigen und nicht formal qualifizierte Pflegepersonen in deren Anwendung eingewiesen sind und die Familiensituation so stabil ist, dass eine sichere Durchführung der notwendigen pflegerischen Maßnahmen gewährleistet ist.

Rückzugspflege bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE

Schon bei der Übernahme aus der Klinik oder einem anderen Pflegeunternehmen versuchen wir einzuschätzen, welche Chancen bei den Klient*innen bestehen, dass sie teilweise oder auch vollständig, aus ihren eigenen Ressourcen heraus, wieder ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Wir prüfen selbstverständlich gemeinsam mit Fachärzt*innen und Atmungstherapeut*innen, ob eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät in Betracht kommen könnte.

Wir ermutigen unsere Klient*innen in dem Wunsch, wieder eigenständig zu werden. Denn dies bedeutet, wieder ein privates Leben ohne die ständige Anwesenheit von Pflegekräften im eigenen Haushalt führen zu können. Wenn wir hierfür Potenziale erkennen und hierüber im versorgenden Team Konsens besteht, wird gemeinsam mit allen Beteiligten ein individuelles Konzept für unseren Rückzug aus der Pflege entwickelt.

Es gibt zwei Wege: Entweder weist der Pflegedienst innerhalb einiger Wochen die Familie in die Pflegetätigkeiten ein, die dann langfristig selbstständig von der Familie übernommen werden, oder die tägliche Pflegezeit der Pflegekräfte wird langsam und behutsam reduziert.

Wir freuen uns, wenn die Klient*innen sowie ihre An- und Zugehörigen wieder ein mehr oder minder privates Leben führen können und möglichst Normalität in ihren Alltag eingekehrt ist. Inzwischen absolvieren immer mehr unserer Pflegekräfte die Ausbildung in familienzentrierter Pflege, die gerade auch im Bereich der Rückzugspflege sehr hilfreich sein kann.

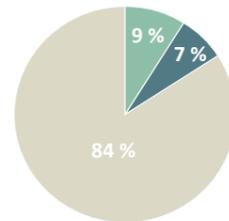
Rückzugspflege gibt es ebenso in der klassischen **Alten- und Krankenpflege**, wenn z. B. Wunden wieder heilen und sich der allgemeine Zustand verbessert.



Rückzugspflege wurde durchgeführt

Klient*innenanzahl | in % (EV = Einzelversorgung, WG = Wohngemeinschaft)

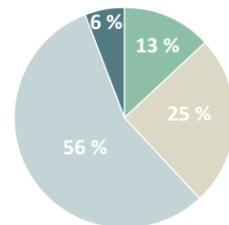
	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	106 17 %	13 2 %	119 9 %
Potenzial	41 7 %	58 7 %	99 7 %
Nein	462 76 %	711 76 %	1.173 84 %
Gesamtergebnis	609 100 %	782 100 %	1.391 100 %



Potenzial für erfolgreiche Entwöhnung bzw. Dekanülierung vorhanden

Klient*innenanzahl | in % (EV = Einzelversorgung, WG = Wohngemeinschaft)

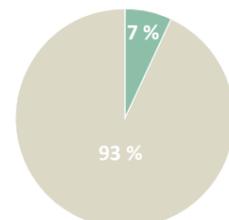
	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	78 13 %	120 14 %	198 13 %
Nein (zum aktuellen Zeitpunkt)	161 26 %	210 24 %	371 25 %
Nein (krankheitsbedingt)	313 51 %	511 59 %	824 56 %
Klient*in nicht beatmet, nicht kanüliert	58 10 %	27 3 %	85 6 %
Gesamtergebnis	610 100 %	868 100 %	1.478 100 %



Tatsächliche Entwöhnung von Beatmung bzw. Dekanülierung

Klient*innenanzahl | in % (EV = Einzelversorgung, WG = Wohngemeinschaft)

	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
Ja	43 7 %	64 7 %	107 7 %
Nein	567 93 %	805 93 %	1.372 93 %
Gesamtergebnis	610 100 %	869 100 %	1.479 100 %



DAS ERGEBNIS UNSERER RÜCKZUGSPFLEGE

Für uns ist es ein deutliches Merkmal für die Qualität unserer Dienstleistung, wenn sich der Zustand der uns anvertrauten Menschen so verbessert, dass sie uns immer weniger oder schließlich gar nicht mehr brauchen.

Die Zahlen basieren auf der Analyse von 1.500 Intensiv-Klient*innen zum Juni 2021. Angewandte Kriterien für Rückzugspflege sind Reduktion der abgerechneten Stunden bzw. Einweisung Angehöriger in die Pflege. Das Potenzial für Entwöhnung bzw. Dekanülierung und tatsächliche Entwöhnung bzw. Dekanülierung sind stark von Krankheitsbild und Gesundheitszustand der Klient*innen abhängig.



GESAMTERGEBNIS AUS VIER QUARTALEN:

- ✓ Rückzugspflege: ca. 340 Klient*innen
- ✓ Weaningpotenzial: ca. 330 Klient*innen
- ✓ Entwöhnung: ca. 170 Klient*innen (inkl. Beatmungsreduktion)

Das Qualitätsmanagement – unser Herzstück

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat ein hervorragendes Team von 35 Qualitätsmanager*innen. Diese sind meist examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung, die sich für diese komplexe Aufgabe weiterqualifiziert haben. Damit sind sie in der Lage, ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) zu entwickeln und dessen Umsetzung zu überprüfen. Dabei stehen sie im engen Austausch mit den Leitungskräften. **Die Qualitätsmanager*innen spielen eine zentrale Rolle und tragen eine hohe Verantwortung für die bestmögliche Pflege und Versorgung der Klient*innen.**

Die umfangreichen Aufgaben der Qualitätsmanager*innen orientieren sich am Pflegeleitbild / -konzept und den darin beschriebenen Zielen sowie an den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenvorgaben. An einem gruppenübergreifenden QM-Handbuch wird gearbeitet, in dem die QM-Handbücher der einzelnen Unternehmen zusammengeführt werden. Die Hauptaufgaben, die Qualitätsmanager*innen zu erfüllen haben, zeigen die Komplexität des Qualitätsmanagements in der Gesamtgruppe.

Die Qualitätsmanager*innen erstellen eigenverantwortlich pflegebezogene Verfahrensanweisungen, Pflegeleitlinien und andere Dokumente (z. B. Pflegedokumentationen). Sie führen Audits und Klient*innenbesuche durch und erstellen Maßnahmenpläne, deren Umsetzung sie überwachen. Für die internen Audits wurden im März 2021 gruppenübergreifende Checklisten entwickelt, nach denen intern geprüft wird.

Alle Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement werden dokumentiert und archiviert. Eine weitere Aufgabe des Qualitätsmanagements ist die sorgfältige Recherche von Informationen, die fachlichen, gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen standhalten. Regelmäßig werden die Pflegedienstleitungen über neue Entwicklungen im Bereich der Pflege und des Qualitätsmanagements informiert. Diese haben gegenüber der

Leitung des Qualitätsmanagements eine Berichtspflicht über den Entwicklungsstand und die Wirksamkeit der Qualitätsmanagement-Aktivitäten.

Das Qualitätsmanagement ist das Herzstück der gesamten Gruppe mit vielen weiteren Aufgaben: Mitarbeit bei der Organisations- und Personalentwicklung, der Fort- und Weiterbildung, dem Risikomanagement, Datenschutz, der Public Relation und anderen Aufgabenfeldern. Wichtige beratende Funktion hat es zudem in folgenden Aufgabenbereichen: Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin, beim Umgang mit Heimaufsicht, Gesundheitsamt, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Feuerwehr, dem Medizinischen Dienst und ähnlichen Institutionen. Vertreter*innen des Qualitätsmanagements sind bei diesen Terminen immer mit dabei. Sie wirken unterstützend bei (pflege-) qualitätssichernden Projekten, Qualitätszirkeln, Konzepten und ähnlichen Aktivitäten mit und stehen in ständigem Kontakt mit den Pflegediensten, wenn es um das Hygienemanagement, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetriebV), Medizinprodukte, Technologien, Hilfsmittel, Pflege sowie pflegerelevante Rechtsvorschriften geht. Auch in die vertraglichen Vereinbarungen mit den Kostenträgern ist das Qualitätsmanagement eingebunden. Die Qualitätsmanager*innen stehen den Pflegediensten auch in Fragen des »Informations- / Wissensmanagements« beratend zur Verfügung.

Bei Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und die örtliche Heimaufsicht sollen die Dienste sehr gute Ergebnisse erreichen. Deshalb sind die Qualitätsmanager*innen auch dafür zuständig, gegebenenfalls Mängel in Kooperation mit der Pflegedienstleitung strukturiert zu beseitigen. Die Existenz eines gut funktionierenden Qualitätsmanagements gewährleistet die Einhaltung der nationalen Expertenstandards, die das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt hat. In der außerklinischen Intensivpflege

ist das Qualitätsmanagement mit den Vorgaben der S2k-Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017« vertraut. Es ist in ständigem Austausch mit medizinischem und therapeutischen Fachpersonal und dem seit diesem Jahr gegründeten »Fachteam für medizinische Behandlungspflege (FmB)«, das wir auf den nächsten Seiten vorstellen.

Priorität hat bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE die **aktivierende Pflege**. Damit die Pflegekräfte die Qualität auch tatsächlich tagtäglich umsetzen können, wurden folgende Voraussetzungen geschaffen:

1. Es steht ihnen ein modernes Dokumentationsverfahren zur Verfügung.
2. Im Rahmen des Versorgungsprozesses werden regelmäßig Einzelfall- und Teambesprechungen durchgeführt. Dabei wird das Team auf Anfrage durch Coaching und Supervision unterstützt (siehe auch FmB-Team).
3. Es gibt für die Mitarbeiter*innen ein Fortbildungskonzept. Damit ist sichergestellt, dass sie regelmäßig geschult werden (interne Fortbildungen, Fortbildungsangebot der PflegeLeicht-Akademie, externes Fortbildungsmanagement). Für die Fortbildungen in der Beatmungspflege gelten die Vorgaben der bereits genannten S2k-Leitlinie.

Das Qualitätsmanagement ist exakt auf die jeweilige Versorgungsform, sei es in der außerklinischen Intensivpflege (häusliche 1:1-Versorgung, Wohngemeinschaften, vollstationäre Einrichtung, Kinderversorgung

häuslich oder im Kinderhaus) als auch in der Alten- und Krankenpflege (häusliche Versorgung, Tages-, Kurzzeit-, Verhinderungspflege, Pflege in »Unser kleines Heim«) abgestimmt.

Beispiel:

In den Tagespflegeeinrichtungen »Haus Xaver« und »Haus Bonitas« zählen zu den Maßnahmen der innerbetrieblichen Qualitätssicherung u. a. die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen nach dem vorliegenden Einarbeitungskonzept, die Einsetzung eines bzw. einer Qualitätsbeauftragten für die spezielle Einrichtung sowie regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter*innen. Sehr wichtig ist die Kommunikation sowohl im Team im Rahmen von Qualitätszirkeln, Dienst- und Fallbesprechungen als auch mit Klient*innen der Tagespflege und deren Angehörigen. Dies kann auch in Einzelgesprächen erfolgen. Wichtig sind ein Beschwerdemanagement und die Benennung einer Ansprechperson. In der Regel ist das die Pflegedienstleitung. Für die Überprüfung der Qualität werden interne Audits durchgeführt und die Pflegedokumentation wird kontinuierlich überarbeitet.

Die Qualität der Pflege hängt auch entscheidend davon ab, wie viel Personal in den unterschiedlichen Versorgungsformen bei den Pflegebedürftigen vor Ort ist und wie viel Zeit es sich für die Pflege nehmen kann. **Unser umfassendes Recruiting in der Gesamtgruppe verfolgt einzig und allein das Ziel, dass sich die Pflegekräfte den Pflegebedürftigen voll und ganz widmen können, je nach Schwere der Erkrankung und abhängig von den Bedarfen.**

WISSENSWERTES

Derzeit sind in der gesamten Gruppe **35 Qualitätsmanager*innen** tätig, die ausschließlich für die bestmögliche Pflege und Versorgung unserer Klient*innen zuständig sind. **Zusätzlich gibt es in den einzelnen Einrichtungen und Wohngemeinschaften Leitungskräfte, die sich um das Qualitätsmanagement kümmern.**



Doris Scheffer arbeitet seit 1998 bei der »Bonitas Pflegegruppe«, wo sie als Pflegedienstleiterin gestartet ist und dann Bereichsleiterin wurde. Seit 10 Jahren übernimmt sie zusätzlich die Leitung des Qualitätsmanagements.

Unsere QM-Abteilung besteht aus 15 pflegerischen Expert*innen, die Konzepte, Leitlinien, Verfahrensanweisungen sowie QM- und Hygiene-Handbücher erstellen. Wir evaluieren Projekte, Prozesse und Funktionseinheiten, sind zuständig für die Arbeitssicherheit/Medizin und Ansprechpartner für das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz – MPD sowie die Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MBetreibV. Unsere Abteilung steht in regelmäßigem Kontakt mit unserer Facility-Abteilung sowie den Hilfsmittellieferanten und bearbeitet interne Risiko- und die Haftpflichtfälle. Bei allen behördlichen Prüfungen in unseren Diensten, z. B. durch den Medizinischen Dienst, im Rahmen des Wohn- und Teilhabegesetzes, durch das Veterinär- und Gesundheitsamt, die Berufsgenossenschaft, durch Bezirksregierungen etc. ist immer jemand aus unserer Abteilung dabei. Außerdem sind wir für Schulungen zuständig. **Eine unserer Hauptaufgaben ist die Durchführung interner Audits.**

Die QM-Abteilung ist auch maßgeblich an neuen Projekten wie Telemedizin, Digitalisierung unserer gesamten Dokumentation sowie dem »Fachteam für medizinische Behandlungspflege (FmB)« beteiligt.

Seit März 2020 hat unsere Abteilung eine »Corona Hotline« installiert, an die sich unsere Mitarbeiter*innen Tag und Nacht, auch an Sonn- und Feiertagen, wenden können. Zudem informieren wir wöchentlich über Bestimmungen, Vorgaben, Arbeitsrecht etc. im Rahmen der Pandemie in einem Newsletter.

Ein weiterer Aufgabenbereich ist die Digitalisierung der **Pflegedokumentation**, auf die wir gut vorbereitet sind. Schon 2016 haben wir mit der **Entbürokratisierung** begonnen und die Strukturierte Informationssammlung (SIS) eingeführt. Jetzt ist die Digitalisierung bereits in vollem Gange und momentan finden laufend Schulungen der Qualitätsmanager*innen, auch die der bipG-Gruppe, statt. Eine nicht zu unterschätzende Herausforderung ist die technische Ausstattung, bei der uns die IT-Abteilung mit Rat und Tat zur Seite steht. Nach einer Erprobungsphase in ausgewählten Diensten und spezifischen Bereichen wie Tourenpflege, Intensivpflege-Wohngemeinschaften, ambulant betreute Wohngruppen und Einzelversorgung wird das komplette System konfiguriert. Damit die Mitarbeiter*innen aller unserer Dienste dann mit dem System umgehen können, werden sie bis dahin von unseren Qualitätsmanager*innen eingehend geschult.

Das Qualitätsmanagement hat viele Facetten. **Eine hohe Qualität der Pflege** zeigt sich u. a. darin, ob unsere pflegerischen Interventionen erfolgreich sind. Der meist im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege gebrauchte Begriff »Rückzugspflege« spielt auch in der klassischen Alten- und Krankenpflege eine Rolle, wenn z. B. Wunden abgeheilt sind oder die Klient*innen sowie ihre Angehörigen gelernt haben, gewisse pflegerische Tätigkeiten selbst zu übernehmen. Dann können wir uns ggf. ganz oder teilweise aus der Pflege zurückziehen.



Die klinische und außerklinische Intensivpflege begleitete Viktoria Fahlbusch bereits seit ihrer abgeschlossenen Ausbildung zur Kinderkrankenschwester, nach der ihr beruflicher Weg auf einer pädiatrischen Intensivstation der medizinischen Hochschule Hannover begann. Im Laufe der Jahre führte er in die außerklinische Intensivpflege und letztendlich in ihre aktuelle Position der Pflegedirektion bei der bipG-Gruppe.

Seit gut sechs Jahren trage ich mit dem Team der Pflegedirektion die Verantwortung für die Sicherstellung der zeit- und fachgerechten pflegerischen Versorgung unserer Klient*innen. Dabei sind wir Ansprechpartner für alle fachlichen Themen unserer Pflegedienst- und Wohngemeinschaftsleitungen, setzen uns mit den aktuellen rechtlichen, politischen und wissenschaftlichen Entwicklungen auseinander und stellen mit unserer Geschäftsführung die Weichen für wichtige und notwendige Veränderungen in der Struktur- und Prozessqualität.

Wir sind auch Ansprechpartner für Kostenträger, interne Abteilungen und Führungskräfte zu Themen der Fallsteuerung, zu unserem Fort- und Weiterbildungssystem und bei Fragen zu den Qualifikationsanforderungen der

Krankenkassen und des Medizinischen Diensts (MD). Zu unserem Aufgabenbereich gehört zudem die Begleitung der jährlichen MD-Qualitätsüberprüfung und die Koordination von Qualitätsaudits in den Wohngemeinschaften und Einzelversorgungen. Momentan sind wir im **Aufbau unseres Fachteams für medizinische Behandlungspflege** und haben erfolgreich das erste Pilotprojekt gestartet. Dass wir zukünftig durch dieses Team bei fachlichen Themen unterstützt und beraten zu werden, freut uns sehr, und wir hoffen, dass wir so eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit entwickeln und in der Klient*innenversorgung als multiprofessionelles Team auftreten können.

Besonders freuen wir uns darauf, noch in diesem Jahr mit zwei Wohngemeinschaften und zwei Einzelversorgungen in das **Pilotprojekt »Digitalisierung der Pflegedokumentation«** zu starten. Erste Schulungen für das Projektteam wurden bereits durchgeführt. Wir gehen davon aus, dass wir noch im Jahr 2022 weitere Bereiche in den Digitalisierungsprozess einbinden können. Die Digitalisierung der Pflegedokumentation steht in unserem Bereich mit einem zweiten Großprojekt, der Entbürokratisierung unserer Pflegedokumentation, in Verbindung. Beide Projekte werden parallel geplant, was in der bundesweiten Umsetzung sicher eine Mammutaufgabe ist, die gut organisiert, penibel geplant und vor allem gut vorbereitet werden muss. Mit der Unterstützung und Motivation unserer Pflegedienst- und Wohngemeinschaftsleitungen und vieler Pflegefachkräfte, die bereits Erfahrungen mit beiden Themen gemacht haben, sehen wir der erfolgreichen Umsetzung sehr positiv entgegen.

Zur Frage nach meiner Einschätzung des GKV-IPReG: An oberster Stelle sollten der Bedarf, die individuellen Bedürfnisse und die familiäre Situation der Klient*innen gestellt werden, um im zweiten Schritt als multiprofessionelles Team die geeignete Versorgungsform abzustimmen. Für Grundsätze wie »ambulant vor stationär« oder umgekehrt habe ich ohne die Einbindung der individuellen Klient*innenbedürfnisse wenig Verständnis.

FACHEXPERTISE IN VIELEN EINZELBEREICHEN = ein erfolgreiches Qualitätsmanagement

Das klassische Qualitätsmanagement in Pflegeunternehmen hat spezialisierte Mitarbeiter*innen für einzelne Bereiche; so selbstverständlich auch die DEUTSCHEFACHPFLEGE. Diese sind direkte Ansprechpartner*innen bei internen Audits, die mindestens einmal jährlich stattfinden.

Kürzere Abstände bei den Klient*innen in der Einzelversorgung sind jedoch keine Seltenheit und hängen von den individuellen Gegebenheiten ab. In den Wohngemeinschaften werden oft wöchentliche Pflegevisiten durchgeführt, neuerdings auch durch das FmB-Team. Damit verbunden sind Fallbesprechungen.

Hygienemanagement

Die gesetzlichen Anforderungen an die Hygiene sind ohnehin hoch, aber im Zuge der Corona-Pandemie sind sie erheblich gestiegen. Die Hygienebeauftragten, die in der DEUTSCHENFACHPFLEGE arbeiten, sind rund um die Uhr beschäftigt. Ihre Hauptaufgaben sind die Prüfung der Einhaltung der Hygienestandards, Schulung der Mitarbeiter*innen und die Beratung der An- und Zugehörigen. Vielfach besteht eine konstruktive Zusammenarbeit mit den örtlichen Gesundheitsämtern.

Notfallmanagement

In jedem Pflegedienst der DEUTSCHENFACHPFLEGE liegt ein Notfallplan vor, denn die Sicherheit und der Schutz der Klient*innen sowie all unserer Mitarbeiter*innen stehen im Mittelpunkt. Das Qualitätsmanagement hat genaue Anweisungen erstellt, was in bestimmten Krisensituationen, beispielsweise bei einem Stromausfall, zu tun ist. Zudem gibt es Mitarbeiter*innen, die eine Ausbildung des organisatorischen Brandschutzes absolviert haben. Sie erstellen Brandschutz- und Alarmpläne in Einrichtungen und schulen den Umgang mit brennbaren Stoffen und das Verhalten bei Bränden, z. B. in Wohngemeinschaften. Sie achten darauf, dass es in den Wohngemeinschaften z. B. Evakuierungs- und Rettungstücher gibt und die Rettungswege stets frei sind.

Beschwerdemanagement

Werden Beschwerden von Klient*innen, An- und Zugehörigen, Mitarbeiter*innen oder Partner*innen des Gesundheitswesens vorgetragen, wird ihnen auf den Grund gegangen. Es kann sein, dass z. B. aufgrund von ambulanten Rahmenbedingungen die Kompromissbereitschaft aller beteiligten Personen gefordert wird, um eine Lösung zu finden. Auf jeden Fall wird dann der persönliche Kontakt der Beschwerdeführer*innen mit der Pflegedienstleitung hergestellt. Für den Umgang mit Beschwerden gibt es in der QM-Abteilung einen eigenen Leitfaden, nach dem die Mitarbeiter*innen vorgehen. Der Ablauf der Bearbeitung einer Beschwerde wird protokolliert und dokumentiert. In regelmäßigen Abständen erfolgt eine Auswertung und es wird geprüft, ob aufgrund von wiederkehrenden Problemen eventuell die Betriebsstruktur angepasst werden sollte.

Arbeitssicherheit

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist Mitglied der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), der gesetzlichen Unfallversicherung für nicht staatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Diese unterstützt im Arbeitsschutz und beim betrieblichen Gesundheitsschutz. So ist nach einem Arbeits- oder Wegeunfall sowie bei einer Berufskrankheit die optimale medizinische Behandlung sowie angemessene Entschädigung gewährleistet und es ist dafür gesorgt, dass unsere Pflegekräfte nach einem Schadensfall wieder am beruflichen

und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat Mitarbeiter*innen, die sich um die Arbeitssicherheit kümmern, und es gibt mehrere Arbeitsmediziner*innen, die auf kurzem Wege angesprochen werden können. Einige Gesellschaften pflegen Kooperationen mit der Verkehrswacht, welche Fahr-sicherheitstrainings für ihre Mitarbeiter*innen durchführt. Diese haben sich bei der Vermeidung von Verkehrsunfällen bewährt und sind bei den Mitarbeiter*innen sehr beliebt.

Medizintechnik

Die Medizinprodukte-Beauftragten nehmen an Einweisungen durch den Hersteller und an der Funktionsprüfung bei Inbetriebnahme der erforderlichen Medizintechnik teil, organisieren Einweisungen und führen diese für Anwender*innen durch. Sie sind zuständig für die erforderliche Dokumentationen gemäß MPBetreibV (Medizinprodukte-Betreiberverordnung) und die Weitergabe der Daten an die Abteilung Medizintechnik,

sorgen für ordnungsgemäße Aufbewahrung der Gebrauchsanweisungen der verschiedenen Medizinprodukte, damit die für die Anwendung erforderlichen Angaben jederzeit verfügbar sind. Zudem überwachen sie die Einhaltung von Prüffristen von sicherheits- und messtechnischen Kontrollen und Instandhaltungsintervallen, nehmen an den regelmäßigen Besprechungen teil, bei denen Informationen ausgetauscht werden, und unterstützen bei Vorkommissen und Maßnahmen der Hersteller.

Wissenstransfer

An vielen Stellen in der DEUTSCHENFACHPFLEGE werden ständig neue Prozesse und Vorgehensweisen zum Wohle der Klient*innen entwickelt. Haben sich diese bewährt, werden sie in der gesamten Unternehmensgruppe eingeführt.



FmB Fachteam für medizinische Behandlungspflege

Die Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivpflege werden immer komplexer, die Klient*innen sind häufig mehrfach schwersterkrank und viele von ihnen gelten als multimorbid. Gleichzeitig werden die Qualitätsanforderungen seitens der Kostenträger und des Gesetzgebers immer höher. Deshalb hat die DEUTSCHEFACHPFLEGE das »Fachteam für medizinische Behandlungspflege« (FmB) entwickelt. Monica Esteve-Ros, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Patientenkoordinatorin, Überleitungsmanagerin und Prokuristin leitet das Projekt.

Das FmB-Team setzt sich aus Atmungstherapeut*innen, Fachpflegekräften für Anästhesie- und Intensivmedizin, Pflegeexpert*innen für außerklinische Beatmung und Fachärzt*innen für Intensivmedizin zusammen. Ein Team soll zukünftig für ca. 200 Klient*innen zuständig sein, dass Intensivpflege benötigt. Das erste Team wurde im Postleitzahlenbereich 5 gegründet.

Seine Hauptaufgabe ist die fachliche Unterstützung der Pflegedienstleitungen und Pflegenden in den Wohngemeinschaften, indem es mit ihnen vor Ort arbeitet und Sicherheit vermittelt.

Sollte es fachliche Defizite bei der Versorgung von Klient*innen mit erhöhtem Interventionsbedarf geben, leitet das FmB-Team die Pflegekräfte direkt an. Das Team soll zudem Verbesserungspotenziale bei Weaning, Dekanülierung, Dysphagietraining, Nahrungsaufbau etc. erkennen. Auch ethische Fragestellungen, z. B. Therapieziele oder -begrenzungen werden mit den Pflegenden vor Ort besprochen. Es werden verbindliche Pflegeziele festgelegt, umgesetzt und dokumentiert. Zudem prüft das FmB-Team, ob die Qualitätsziele, also die Prozesse und Maßnahmen, die in der Standardarbeitsanweisung hinterlegt sind, eingehalten werden. Dies gilt auch für die Anforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP-RL) des Medizinischen Dienstes und der S2k-Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz«.

Das FmB-Team führt eine spezielle Krankenbeobachtung durch und unterstützt die Behandlungspflege, um eventuelle Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei den Klient*innen vorzubeugen. Auch sollen damit Krankenhauseinweisungen möglichst vermieden werden, die von den Klient*innen oftmals als physisch und psychisch sehr belastend empfunden werden. Dies dient auch dem Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Keimen, da die Klient*innen deutlich anfälliger für Infektionen sind als gesunde Menschen. Zudem berät das FmB-Team im Bereich Trachealkanülenwechsel (Schulungen, Begleitung beim ersten Wechsel, gesichertes Delegationsverfahren, Notfallmanagement) sowie bei der Versorgung von Stoma und PEG. Es prüft auch die Einhaltung der vorgegebenen Hygienerichtlinien.

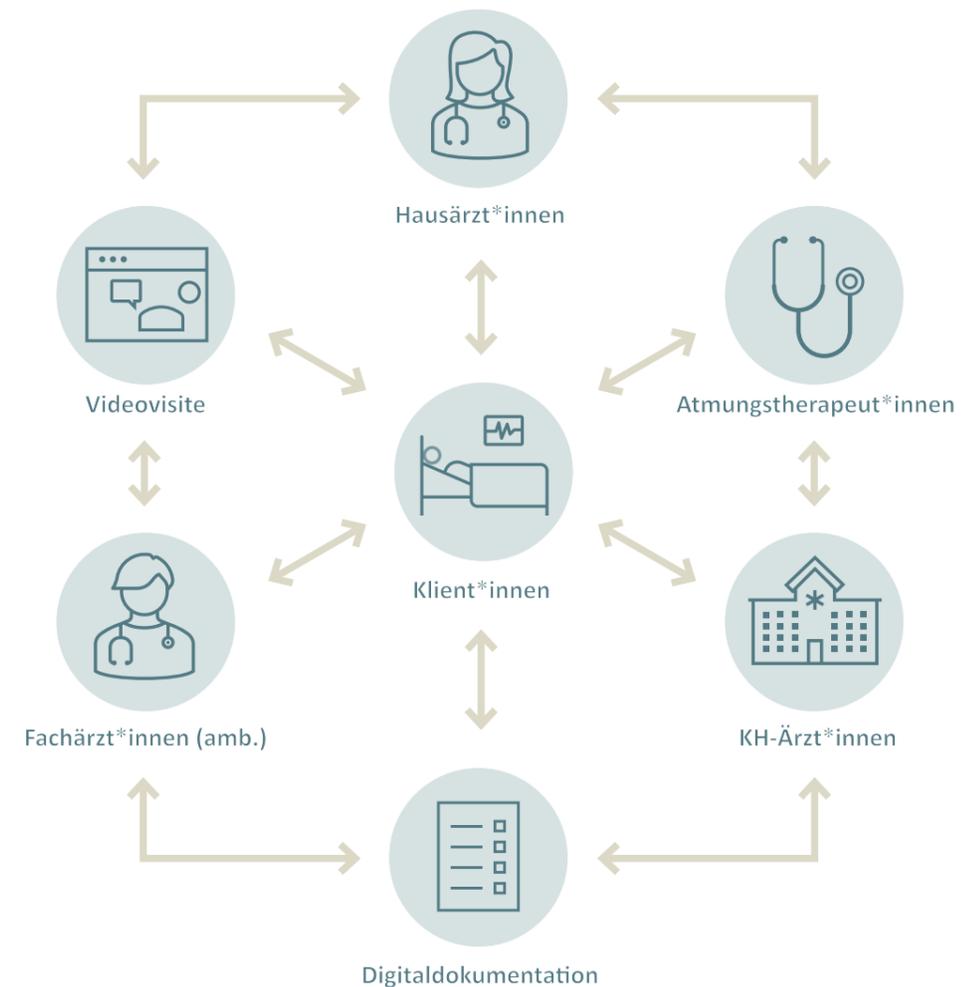
Sofern Klient*innen keine besonderen Auffälligkeiten zeigen, finden die fachpflegerische Visiten in den Versorgungsmöglichkeiten monatlich statt, bei Bedarf auch öfter. Bei Zweifeln, Unsicherheiten oder Fragen zu fachlichen Themen können sich die Pflegekräfte rund um die Uhr vertrauensvoll an das zuständige Fachteam wenden. Dies gilt auch im Umgang mit Fehlern oder beinahe eingetretenen »unerwünschten Zwischenfällen«. Deren Aufarbeitung mit allen Beteiligten wird dokumentiert und die Ergebnisse fließen, sofern sinnvoll, in das Qualitätsmanagement ein. Dies sind die Ansätze des »London-Protokolls«, die auch in Deutschland Einzug gehalten haben. Auch das Aktionsbündnis für Patientensicherheit (APS) e. V. widmet sich seit 2005 dem wichtigen Thema der Vermeidung von Risiken. Um dies zu unterstützen, wurde die Deutsche Fachpflege Gruppe Fördermitglied des Aktionsbündnisses.

Das FmB-Team fördert eine positive Fehlerkultur, indem es zur Selbstreflexion angeregt und ein Bewusstsein für Konsequenzen des eigenen Handelns schafft, insbesondere in Stresssituationen, und es bietet Schulungen an, sofern bei den Mitarbeiter*innen Fortbildungsbedarf besteht.

Im Rahmen des prolongierten Weaning führt das FmB-Team in den Wohngemeinschaften regelmäßige fachpflegerische Visiten durch. Außerdem tritt monatlich ein multiprofessionelles Team aus Pflegedienst- und Teamleitung, Fachärzt*in, Logopädie, Therapie und Fachpflegekraft zur Evaluation des Fortschritts eines prolongierten Weaning zusammen. Liegt ein Potenzial bei den Klient*innen vor, begleitet und unterstützt das Beratungsteam eine Beatmungsentwöhnung. Dazu werden, nach ärztlicher Anordnung, spezielle Weaning-

Protokolle sowie die perkutane Kapnometrie und/oder kapilläre Blutgasanalysen genutzt. Eine telemedizinische Begleitung/Überwachung ist wichtig, und die Anpassung der Beatmungsparameter geschieht nur auf ärztliche Anweisung.

Das FmB-Team ist mit kooperierenden Kliniken, Fach- und Hausärzt*innen, Therapeut*innen, Palliativteams und Versorger*innen vernetzt und kann somit, wenn erforderlich, zeitnah Kontakt zu den jeweiligen Expert*innen herstellen.



»Die hohen Ansprüche an Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung in der ambulanten Intensivpflege erfordern multiprofessionelle Teams aus Pflege, Atmungstherapeut*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen, Haus- und Fachärzt*innen. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat sich dies zur Aufgabe gemacht und setzt einen solchen Ansatz erfolgreich um. Daran mitzuwirken ist nicht nur eine große Herausforderung, sondern auch eine ehrenvolle Aufgabe.«

Dr. Andreas Fiehn, MBA – Chefarzt, Abteilung für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

ÄRZTLICHE BETREUUNG RUND UM DIE UHR:

Der Einsatz von Telemedizin, Videovisite, Telemonitoring

»Die qualitativ hochwertige Versorgung intensivpflegebedürftiger Menschen ist nach wie vor auf vielen Ebenen ein ungelöstes Problem«, sagt Dr. A. Hakim Bayarassou, Pneumologe, Beatmungsmediziner und ärztlicher Leiter des Zentrums für außerklinische Beatmung in Köln. Es ist das erste ambulante Zentrum seiner Art. Es versteht sich als Netzwerk von Menschen verschiedenster Berufsgruppen, die tracheotomierte Menschen mit invasiver Beatmung betreuen.

»Corona hat für einen Boom in der Telemedizin gesorgt«, stellt Dr. Bayarassou fest. Er und sein Team nutzen bereits seit knapp einem Jahr die Möglichkeiten von hochauflösenden Videovisiten, ergänzt durch ein kontinuierliches Vitaldatenmonitoring. Auch Beatmungsparameter lassen sich mittlerweile zuverlässig übertragen. »Die Videovisite darf jedoch niemals einen persönlichen Kontakt ersetzen«, mahnt der Weaningspezialist.

»Eine effektive und qualitativ hochwertige Visite setzt kompetente Partner*innen vor Ort voraus, wie zum Beispiel das Fachteam für medizinische Behandlungspflege (FmB) der DEUTSCHENFACHPFLEGE. Allerdings sind viel zu wenige Unternehmen in Deutschland so gut aufgestellt«.

Dr. med. A. Hakim Bayarassou, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmediziner sowie Palliativmediziner, niedergelassener Facharzt im Zentrum für außerklinische Beatmung (ZAB)

ATMUNGSTHERAPIE

Neben Fachpflegekräften für Anästhesie- und Intensivmedizin, Pflegeexpert*innen für außerklinische Beatmung sowie Fachärzt*innen gehören Atmungstherapeut*innen zum »Fachteam für medizinische Behandlungspflege«.

Die **Holas AIB GmbH**, die zur DEUTSCHENFACHPFLEGE gehört, bietet seit Januar 2021 die gruppeninterne Ausbildung zum »Respiratory Therapist/Atmungstherapeut (DGpW)« an. Teilnehmen können examinierte Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflegekräfte sowie Therapeut*innen (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie). Die Ausbildung, die insgesamt 720 Stunden umfasst, setzt sich aus theoretischem Unterricht sowie Praktika auf einer internistischen Intensivstation, in der außerklinischen Intensivpflege (Wohngruppe), in Physiotherapie (Klinik)/Atemtherapie/pulmologischer Rehabilitation und in einem Schlaflabor, einem Weaningzentrum oder einer pneumologischen Praxis zusammen. Zum erfolgreichen Abschluss der Ausbildung gehören eine Projektarbeit, das Erstellen von Praktikumsberichten, Wissensaneignung über E-Learning, das auf einer Online-Lernplattform möglich ist, sowie eine Abschlussklausur. Die Teilnahme von Hilfskräften an dieser anspruchsvollen Weiterbildung ist ausgeschlossen.

Bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE werden derzeit in Kooperation mit der DGpW sechs Atmungstherapeut*innen ausgebildet. Insgesamt sind **rund 60 Atmungstherapeut*innen** tätig, die den Zertifikatslehrgang absolviert haben und unter Supervision eines Arztes selbständig ein erweitertes Tätigkeitsfeld in der Beatmungsmedizin übernehmen können. So besteht derzeit eine Abdeckung der Klient*innen mit Atmungstherapeut*innen zu ca. 20 Prozent. Für die Zukunft wird angestrebt, dass allen Klient*innen ein*e Atmungstherapeut*in zur Verfügung stehen kann.

Mit ihrem Fortbildungsangebot »Respiratory Therapist/Atmungstherapeut (DGpW)« fördert die DEUTSCHENFACHPFLEGE die Professionalisierung von Therapie- und Pflegeberufen in der außerklinischen Versorgung beatmeter Menschen.

PROJEKT

Telemedizin bei der Bonitas Pflegegruppe

Die **Bonitas Pflegegruppe** suchte einen Weg, ärztliche Visiten per Videostream durchzuführen. Deshalb trat sie an das **Klinikum Oldenburg** heran. Daraus entstand die Idee, Telemedizinvisiten durchzuführen. Nach einer kurzen Konzeptionsphase schlossen die Bonitas Pflegegruppe und das Klinikum Oldenburg einen Vertrag. **Das heißt, das Projekt wird weder bezuschusst noch gefördert; die Abrechnung findet über die Bonitas Pflegegruppe und nicht über die Klient*innen statt.**

Dr. Daniel Overheu, ärztlicher Leiter der Telemedizin, hatte das Projekt ins Leben gerufen, da schon 2016 das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung von einem Notstand in der ambulanten Versorgung von Intensivpatient*innen berichtet hatte.

Nun kooperieren Dienste und Wohngemeinschaften der Bonitas Pflegegruppe mit dem Klinikum Oldenburg, der Uniklinik Münster und dem Unternehmen VERITAS im Bereich »Telemedizin«.

Die Zusammenarbeit zwischen dem »Huus Fiete« in Norden, »Huus Joris« in Wilhelmshaven und »Haus Helgoland/Fehmarn« in Ganderkesee mit dem Klinikum Oldenburg.

Unter dem Titel »Telemedizinvisiten für Heimbeatmungspatienten« wurde ab Mitte März 2021 das neue Projekt des Zentrums für Telemedizin der Universitätsklinik für Anästhesiologie am Oldenburger Klinikum in Zusammenarbeit mit der Bonitas Pflegegruppe gestartet. Intensivpatient*innen, die in einer ambulanten Betreuung leben, und deren Pflegekräfte können per Videostream an einer ärztlichen Visite teilnehmen. Hierfür melden die Pflegekräfte die Klient*innen ganz einfach online im Zentrum für Telemedizin an.

Momentan finden die Telemedizinvisiten an drei festen Tagen in der Woche statt. Die Fachärzt*innen beurteilen die Situation der Klient*innen und tauschen sich mit

den Pflegekräften aus. Wenn es notwendig ist, können die Pflegenden schon im direkten Gespräch mit Telemediziner*innen beispielsweise Beatmungseinstellungen optimieren. Anschließend bewerten beide Parteien gemeinsam den Gesundheitszustand der Klient*innen und leiten hieraus die bestmögliche Behandlung ab.

Diese Telemedizinvisiten bieten mehrere Vorteile: Es muss kein*e Ärzt*in direkt vor Ort sein, um den Zustand der Klient*innen zu beurteilen. Somit entfallen Fahrzeiten. Die Intensivpatient*innen und Pflegekräfte müssen sich auch nicht auf den oft beschwerlichen Weg in die Arztpraxis oder in eine Klinik machen. Außerdem kennen sich die Pflegenden am besten mit den Geräten vor Ort und der Medikation der Klient*innen aus.

Im Moment arbeitet die Telemedizin des Klinikums Oldenburg mit drei ambulanten Wohngemeinschaften der Bonitas Pflegegruppe zusammen, in denen Klient*innen außerhalb der Klinik beatmet werden. **Damit einer optimalen Videoübertragung nichts im Wege steht, wurden im Rahmen des Projektes alle drei Einrichtungen mit Tablets ausgestattet, die über eine entsprechende Video-App verfügen.** Hierdurch ist gewährleistet, dass die Telemedizinvisite nicht nur verschlüsselt, sondern auch medizinrechtlich und datenschutztechnisch abgesichert erfolgt.

Pro Visite werden zwei bis drei Klient*innen begutachtet. **Aktuell konnten bereits 15 Klient*innen in das Verfahren integriert werden.** Zum Teil gab es für einige Klient*innen schon Folgevisiten und es konnten bereits Verbesserungen des allgemeinen Gesundheitszustands festgestellt werden.

Diese Zahl soll aus Sicht von Dr. Daniel Overheu, ärztlicher Leiter der Telemedizin, stetig steigen.

Und er sieht noch mehr Potenzial: »Das Spektrum ist vielfältig. Wir hoffen, dass wir in Zukunft mit weiteren ambulanten Pflegeeinrichtungen zusammenarbeiten und dementsprechend noch mehr außerklinischen Klient*innen helfen können.«

UNGEPLANTE KRANKENHAUS-AUFENTHALTE?

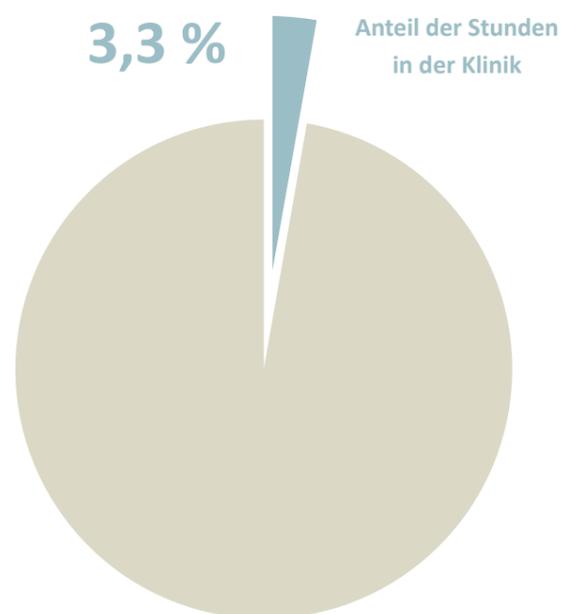
Nein, danke!

Krankenhausaufenthalte können durch eine optimale fachpflegerische Versorgung deutlich reduziert werden. Wir prüfen jeden Krankenhausaufenthalt unserer Klient*innen und gehen der Frage nach, ob er durch eine Verstärkung von pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen hätte verhindert werden können. Die Anzahl und Länge der Krankenhausaufenthalte sind für uns ein Qualitätsindikator, weshalb wir diese genau dokumentieren.

Unterschieden werden muss zwischen Krankenhausaufenthalten **aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung** und den in der **S2k-Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017« empfohlenen regelmäßigen Vorstellungen** der Intensiv-Klient*innen bei Facharzt*innen in der Klinik oder in einem Beatmungszentrum. Die regelmäßige Vorstellung dort ist ebenfalls ein Qualitätsindikator und unterscheidet sich von den oben genannten Krankenhausaufenthalten aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung. Abgesehen von diesen geplanten Aufenthalten ist es unser Ziel, die Krankenhausstunden durch eine optimale adäquate Pflege, insbesondere in der Intensiv- und Beatmungspflege, so gering wie möglich zu halten. Damit kommen wir auch dem Wunsch vieler unserer Klient*innen entgegen. Denn immer besteht das Risiko einer nosokomialen Infektion, die nicht nur für Betroffene riskant ist, sondern auch beispielsweise die Mitbewohner*innen in einer Wohn-gemeinschaft.

Ein wichtiges Ziel des FmB-Teams ist es, ungeplante Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden.

Valide Zahlen, inwieweit dies tatsächlich gelungen ist, sind erst im kommenden Jahr zu erwarten. Wie in vielen anderen Bereichen auch ist das Jahr 2021 aufgrund der Corona-Pandemie ein Ausnahmejahr.



DAS QM IMMER IM FOKUS:

Audit- und Prüfergebnisse

Dass 2021 ein Ausnahmejahr ist, zeigt sich auch bei den internen Audits durch unser Qualitätsmanagement. Normalerweise führt dieses in jedem Dienst, in jeder Wohngemeinschaft, Tagespflege und Kurzzeitpflege mindestens einmal im Jahr interne Audits durch. Bei Bedarf, Leitungswechsel oder nach Neugründung auch öfter. Zu den Audits gehören regelmäßige Klient*innen-/Bewohner*innen-/Gast-Visiten.

Ausgesetzt wurden auch die von Fachgesellschaften zertifizierten Fort- und Weiterbildungen mit anerkannten Dozent*innen sowie die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und die örtlichen Heimaufsichten.

Wie der Medizinische Dienst der Krankenkassen mitteilte, wurden laut Ärztezeitung vom 18. August 2020 **während der Corona-Pandemie 56 Prozent weniger Qualitätskontrollen** durchgeführt.

Bei den regelmäßigen Prüfungen in den Jahren davor wurde uns stets höchste Qualität bescheinigt: Die durchschnittliche Note lag bei 1,3.



Covid-19 – eine komplexe Herausforderung

Die Corona-Pandemie stellte an die gesamte DEUTSCHEFACHPFLEGE hohe und sehr unterschiedliche Herausforderungen. Zunächst war die Beschaffung von Masken, Kitteln und Handschuhen ein Problem, dann kamen neue Besuchsregelungen in den verschiedenen Einrichtungen und Fragen der Testung von Pflegekräften und Besucher*innen hinzu. Die Pflorgeteams in den Einzelversorgungen mussten so organisiert werden, dass es zu möglichst wenigen Wechsels der Pflegenden kam. **Sobald die ersten Impfstoffe zugelassen waren, startete die Abteilung für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eine große Werbeaktion für das Impfen.** Bei einigen Einrichtungen kam auch ein Impfmobil vorbei oder es wurden Impftage angeboten. Um auf die Notwendigkeit der Schutzimpfung aufmerksam zu machen, wurden den Mitarbeiter*innen zudem vier Plakatmotive zur Verfügung gestellt, die sie in den Büros und Wohngemeinschaften aufhängen konnten. **Unter dem Zeichen, möglichst viele persönliche Treffen zu vermeiden, wurden Schulungen, Audits sowie andere Termine weitgehend ausgesetzt bzw. eingeschränkt.** Dies galt auch für die Regelprüfungen der Qualität nach § 114 SGB XI in ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst, die über Monate ausgesetzt wurden. Seit Ausbruch der Corona-Pandemie können sich die Mitarbeiter*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE rund um die Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen, mit ihren Anliegen an eine »Corona-Hotline« wenden. Aktuelle Informationen erhalten sie wöchentlich in Form eines Newsletters, da sich die Vorgaben und Bestimmungen, auch das Arbeitsrecht betreffend, immer wieder ändern. Hierbei musste auch berücksichtigt werden, dass es in den einzelnen Bundesländern oftmals unterschiedliche Bestimmungen gab und gibt.

Fest steht, dass aufgrund unserer ohnehin **hohen Hygienestandards** die Situation sehr gut gemeistert werden konnte.

Im Rahmen der »MAIK Onlinetalks« wurden folgende Informationsveranstaltungen angeboten:

Am 14. Oktober 2020 ging es um das Thema »COVID-19 – Herausforderungen für die persönliche Assistenz« mit Christian Janke, Facharzt für Allgemeinmedizin und Tropenmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, und Prof. Dr. rer. medic. Astrid Herold-Majumdar, Professorin für Pflegewissenschaft an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München.

Am 10. Dezember 2020 informierte Dr. med. Stephan Bushuven, Chefarzt für das Institut für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention im Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, zu »Aktueller Stand der Corona-Pandemie und die Auswirkungen auf Beatmungsmedizin und außerklinische Intensivversorgung«.

Am 3. Februar 2021 hielt Prof. Dr. med. Johannes Bogner, Leiter der Sektion Klinische Infektiologie am Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, einen Talk zu »Covid-19: Informationen zu Krankheit, Diagnostik, Therapie und Impfschutz«.

Am 17. Februar 2021 fand, wiederum mit Dr. med. Stephan Bushuven, ein Online-Talk zum »Impfkonzept SARS-CoV-2 in der Beatmungsmedizin und außerklinischen Intensivversorgung« statt.

Zu diesen MAIK Onlinetalks waren alle Pflegekräfte in der DEUTSCHENFACHPFLEGE und Externe eingeladen und erhielten im Rahmen der »Registrierung beruflich Pflegenden« für die Teilnahme an jeweils einem Talk zwei Fortbildungspunkte.

GUT GESCHÜTZT

FÜR MICH. FÜR DICH. FÜR UNS.



DEUTSCHEFACHPFLEGE

DFG | BONITAS | BIPG

www.deutschefachpflege.de/wir-lassen-uns-impfen

Fort- und Weiterbildung bei uns

BASIS-QUALIFIKATIONEN »INTENSIVPFLEGE«

Laut Sozialgesetzbuch V Rahmenvereinbarung §132 a Abs. 1 (ab Oktober 2022 gemäß §132I) müssen Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege folgende Pflichtfortbildungen absolvieren:

1. Basiskurs für außerklinische Intensivpflege (Umfang 120 Stunden), verpflichtend seit Januar 2020 für alle Pflegefachkräfte, die in der außerklinischen Intensivpflege mit beatmeten Klient*innen arbeiten
2. Pflegeexperten-Zertifikat (oder Aufbaukurs, Umfang 200 Stunden) für außerklinische Intensivpflege, Voraussetzung für Fachbereichsleitungen
3. Jährliche Pflichtfortbildungen für alle Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege (Reanimations-training in Theorie & Praxis, Trachealkanülen-, Hygienemanagement, Arbeitssicherheit, Brandschutz), die Anzahl der erforderlichen Pflichtfortbildungen ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich

Für die DEUTSCHEFACHPFLEGE waren schon immer die Vorgaben in der S2k-Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017« maßgeblich.

Es sollen alle Pflegefachkräfte des Pflegedienstes, die eigenverantwortlich mit beatmeten Klient*innen arbeiten (fachpflegerische Versorgung), zusätzlich zum Abschluss eines staatlich anerkannten Pflegefachberufes (examierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in,

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in oder Altenpfleger*in) **eine der folgenden Qualifikationen aufweisen:**

- Atmungstherapeut*in
- Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege
- Pflegefachkraft mit mindestens 1 Jahr spezifischer Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Weaningeinheit, spezialisierte Beatmungseinheit oder außerklinische Beatmung) in den letzten 5 Jahren
- Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation in der Form einer vollständigen Teilnahme an einem zertifizierten Basiskurs zur »Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung« (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit mindestens 120 Stunden)

Zudem dürfen laut Leitlinie Krankenpflegehelfer*innen, Arzthelfer*innen, Heilerziehungspflgende nur als »Teil« eines Pflegeteams zusammen mit Pflegefachkräften (Wohngemeinschaften oder stationäre Pflegeeinrichtungen) in der Beatmungsversorgung tätig werden. Eine eigenverantwortliche fachpflegerische Versorgung beatmeter Menschen ist nur mit den oben aufgeführten Qualifikationen möglich. »Nach entsprechender Einarbeitung können diese Berufsgruppen Grundpflegearbeiten an beatmeten Klient*innen übernehmen (Lagerung, Körperpflege, Transfer, Nahrungsgabe, Kommunikation).«

WISSENSWERTES

Über **7.500 Mitarbeiter*innen** der DEUTSCHENFACHPFLEGE sind dreijährig examinierte Pflegefachkräfte für Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege, die ärztliche Anordnungen durchführen, bei ärztlichen Maßnahmen assistieren, Klient*innendaten dokumentieren und bei der Qualitätssicherung mitwirken.

BASIS-QUALIFIKATIONEN »ALTEN- UND KRANKENPFLEGE«

Wer bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE in der Alten- und Krankenpflege arbeitet, ist **examierte*r Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in oder Altenpfleger*in**. Diese staatlich geprüften Pflegekräfte betreuen und pflegen hilfsbedürftige ältere Menschen, unterstützen diese bei der Alltagsbewältigung, beraten sie, motivieren sie zu sinnvoller Beschäftigung und nehmen pflegerisch-medizinische wie auch planende und verwaltende Aufgaben wahr.

Die **Ausbildung** ist eine **bundesweit einheitlich** geregelte schulische Ausbildung an Berufsfachschulen (Pflegeschulen), dauert drei Jahre und führt zu einer staatlichen Abschlussprüfung.

Im Rahmen der generalistischen Ausbildung starten die bisherigen Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemeinsam und **erst im letzten Drittel der Ausbildung wird der jeweilige Schwerpunkt gewählt**.

Alltagsbegleiter*innen/Betreuungskräfte nach § 43b bzw. § 53c SGB XI haben nach den bundesweit einheitlichen Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen eine Weiterbildung zur Betreuungskraft absolviert, die mindestens 160-240 Unterrichtsstunden umfasst, um in der Lage zu sein, älteren Menschen, die auch oft eine Behinderung aufweisen, in der Senior*innenpflege (im stationären Bereich, im Rahmen der ambulanten Versorgung in Privathaushalten, in den Wohngruppen »Unser kleines Heim« oder in der Tagespflege) aktivieren zu können.

Die Alltagsbegleitung ist auch ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige, v. a. für die Betreuung von älteren und gerontopsychiatrisch veränderten Menschen (z. B. Menschen mit Demenz). Zu den Aufgaben der Alltagsbegleiter*innen/Betreuungskräften gehören z. B. malen und basteln, handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten, Haustiere füttern und pflegen, kochen und backen, Anfertigung von Erinnerungsalben, Musik hören, musizieren, singen, Brett- und Kartenspie-

le, Spaziergänge und Ausflüge, Bewegungsübungen und tanzen in der Gruppe, Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten und Friedhöfen, lesen, vorlesen und sprechen.

Bei der Bonitas Pflegegruppe sind 47 Betreuungsassistent*innen tätig, die die examinierten Pflegekräfte unterstützen und den zusätzlichen Beaufsichtigungs- und Beschäftigungsbedarf auffangen.

In der Altenpflege ist die Biografiearbeit ein wichtiger Bestandteil der aktivierenden Pflege, welche die Möglichkeit, individuell auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden einzugehen, fördert. Denn wenn Menschen an Demenz erkrankt sind und ihre Bedürfnisse nicht mehr eindeutig äußern können, helfen Kenntnisse über die Lebensgeschichte, Signale besser zu verstehen und noch vorhandene Fähigkeiten zu fördern. In der Pflege trägt sie zu einem besseren Verständnis und somit zu einer individuelleren Pflege des Menschen bei. Die Methoden der Biografiearbeit beinhalten auch Felder der Sozialarbeit und der Psychologie.

Die **Pflegehelfer*innen**-Ausbildung ist keine staatliche Berufsausbildung im Bereich der Alten- oder Krankenpflege, aber in der klassischen Krankenpflege leisten sie einfache Klient*innenpflege unter Anweisung von Krankenpflegefachpersonal. Sie füttern, baden, pflegen, bewegen die Klient*innen, ziehen sie an oder wechseln ihre Bettwäsche. Damit entlasten sie die Pflegefachkräfte.

Neben diesen Spezialkräften beschäftigen wir auch **Hauswirtschaftskräfte/Haushaltshilfen** in den Wohngruppen »Unser kleines Heim« für das Einkaufen von Lebensmitteln und Alltagsgegenständen, das Kochen und Zubereiten von kalten und warmen Mahlzeiten, die Reinigung der Räumlichkeiten, das Geschirrspülen sowie das Wechseln und Waschen von Kleidung und Textilien.

Auch haben wir **Fahrer*innen** für den Transport z. B. im Bereich Tagespflege eingestellt.

UNSERE GENERALISTISCHE AUSBILDUNGSOFFENSIVE

Wir bilden aus!

Seit dem 1. Januar 2020 gibt es die generalistische Pflegeausbildung.

Die neue Berufsbezeichnung nach einer Ausbildung in Vollzeit über drei Jahre oder in Teilzeit über vier Jahre ist »staatlich anerkannte Pflegefachfrau / staatlich anerkannter Pflegefachmann«. Die Auszubildenden haben nun die Wahl, ob sie drei Jahre die europaweit anerkannte Ausbildung zur generalistischen Pflegefachkraft machen oder sich im letzten Ausbildungsjahr auf die Altenpflege oder Pädiatrie spezialisieren.

Leider ist für diese Spezialisierung meist ein Schulwechsel für das dritte Lehrjahr nötig, da die Schulen eine Aufspaltung des letzten Jahrgangs logistisch kaum stemmen können. Durch die vielen verschiedenen Facheinsätze und die vereinheitlichte Theorie besteht nun für den Auszubildenden freie Wahl beim Ausbildungsträger.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE war immer schon im Ausbildungssektor tätig und deshalb ist es für sie selbstverständlich, sich an der generalistischen Ausbildung von Pflegekräften zu beteiligen. Die Wohngemeinschaften sind ideale Ausbildungsorte für zukünftige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

Im ersten Halbjahr gab es in der DEUTSCHENFACHPFLEGE ca. **300 Auszubildende**. Diese Anzahl soll jedoch noch deutlich gesteigert werden.

Zu diesem Zweck hat die DEUTSCHEFACHPFLEGE 2021 ein eigenes Projekt entwickelt, um den neuen Anforderungen der Generalistik gerecht zu werden.

Um die Ausbildung für alle Beteiligten zu erleichtern, wurden eigene Stellen zur Koordination und Verrechnung von Facheinsätzen eingerichtet, an die sich Auszubildende und Praxisanleiter*innen bei allen Fragen wenden können. Eine enge Zusammenarbeit zwischen der »Bonitas Pflegegruppe«, der »Deutschen Fachpflege Gruppe« und der »bipG Gruppe« wird bei diesem Thema angestrebt.

Um der Bedeutung der Thematik gerecht zu werden, wird den Auszubildenden ein eigener Bereich auf der neuen Homepage der DEUTSCHENFACHPFLEGE gewidmet. Dort werden Lernaufgaben, komplexe Krankheitsbilder und wichtige Inhalte der Grund- und Behandlungspflege nähergebracht.

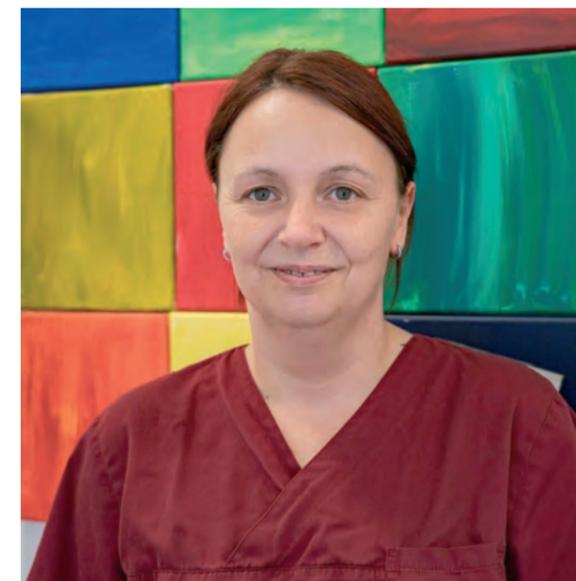
Zudem wird die außerklinische Intensivpflege in den Schulen vorgestellt, da diese Form der Pflege viele Pflegeschüler*innen noch nicht kennen. Pflegefachkräfte der DEUTSCHENFACHPFLEGE werden in den Schulen Unterrichtseinheiten zum Thema Trachealkanülenmanagement, Anatomie, Beatmung und Notfallmanagement gestalten. Begleitet von praktischen Übungen, soll ein deutlicher Mehrwert für die Pflegefachschüler*innen geschaffen werden.

In jeder Wohngemeinschaft soll es zukünftig Praxisanleiter*innen geben. Wo dies noch nicht der Fall ist, werden Pflegefachkräfte motiviert, sich dementsprechend weiterzuqualifizieren. Wer schon Praxisanleiter*in ist, frischt jährlich das eigene Wissen auf. Entsprechende Refresher-Fortbildungen werden in den Fortbildungskalendern angeboten.

Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann gibt es vielfältige Möglichkeiten der Weiterbildung und Qualifikation, z. B. zur Leitung einer Station / eines Wohnbereichs, zur Praxisanleitung, in den Bereichen Palliative Care, Wachkoma-Therapie oder Atmungstherapie.

Auch Studiengänge in den Bereichen Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft bieten interessante weiterführende berufliche Perspektiven.

Sandra | Pflegeschülerin in der »Intensiv-WG Dassel«



Sandra absolviert aktuell die Ausbildung zur Pflegefachfrau und ist im Rahmen dieser seit März 2021 in unserer Wohngemeinschaft für Intensivpflege in Dassel stationiert. **Die 43-Jährige wagt nach vier Jahren als Pflegehelferin nun den Schritt zur ausgebildeten Fachkraft.**

»Mit Menschen habe ich schon immer gern gearbeitet und das hat mir auch schon immer Spaß gemacht«, erzählt sie. Die gelernte Restaurantfachfrau entschloss sich 2020 dazu, sich weiterzubilden und **begann** im Zuge dessen **Anfang 2021 ihre Ausbildung.**

Rund zehn Schichten hat sie in Dassel bereits absolviert.

Tolles Teamwork und mehr Zeit für alle Bewohner*innen

»Das Team war von Anfang an super. Alle sind nett und freundlich. Es ist aber schon etwas anderes, weil hier Menschen liegen, die beatmet werden. Das kannte ich so aus dem Pflegeheim nicht. Aber es macht Spaß und man gewöhnt sich schnell ein«, berichtet Sandra von ihren ersten Erfahrungen.

Ein großer Vorteil, den sie schon nach kurzer Zeit schnell erkannte, ist die **Zeit, die sie hier für die Pflege der Bewohner*innen hat.** Sie kann die Grundpflege aller Klient*innen ohne Stress und mit viel Fürsorge ausführen. »Das hat man so in einem Pflegeheim leider nicht«, merkt sie an.

Viele weitere Stationen werden folgen

Für Sandra ist der Einsatz in der WG Dassel auch der erste Einsatz außerhalb ihres Stammbetriebes im Pflegeheim. Rund 400 Stunden lang wird sie hier das Team besonders bei Aufgaben der Grundpflege unterstützen, hat aber auch die Möglichkeit, die Aufgaben der Behandlungspflege zu erlernen. In der Zukunft wird sie unter anderem auch in einem Krankenhaus, der Pädiatrie oder Psychiatrie Erfahrungen sammeln und diese vertiefen können.

Der AKB – Elke Dodenhoff – Podcast:

»AUS 3 MACH 1! Die akademische Pflegefachkraft und das neue Studium der Pflege«

Im Rahmen der Kampagne »**Pflegehelden – Zukunftsberufe in der Pflege und Pflegewissenschaft**« des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege engagiert sich Elke Dodenhoff, Geschäftsführerin der AKB Elke Dodenhoff GmbH, indem sie im Podcast unter www.akb-pflegedienst.de/podcast/ über ihren Werdegang, ihre Visionen und Hoffnungen spricht.

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

Der Wissensbereich Pflege kennt keinen Stillstand. Laufend erscheinen neue Publikationen, die Pflegewissenschaft entwickelt neue Konzepte, erarbeitet neue Pflegestandards und auch aus den Reihen der Pflegenden selbst kommen oft wichtige Impulse. Wer den Pflegeberuf wählt, dem geht es darum, den pflegebedürftigen Menschen, in welcher Form auch immer, zu mehr Lebensqualität zu verhelfen, Verbesserungen des Gesundheitszustandes und Erfolge zu sehen. Deshalb bilden sich Pflegekräfte neben den jährlichen Pflichtfortbildungen gerne in vielen Spezialbereichen weiter. Sie tun dies freiwillig und schlichtweg aus dem Interesse heraus, noch besser pflegen und den immer neuen Anforderungen gerecht werden zu können. Diese Zusatzqualifikationen machen es möglich, die Lebensqualität der Klient*innen weit über das vorgeschriebene Leistungsspektrum hinaus deutlich zu steigern. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE unterstützt es ausdrücklich, wenn sich Pflegekräfte weiterbilden möchten, und oft sind solche Zusatzqualifikationen auch mit einem Karriereschritt in eine Leitungsebene verbunden.

Mitarbeiter*innen mit folgenden Zusatzqualifikationen – in alphabetischer Reihenfolge – sind bei uns beschäftigt:

Atmungstherapeut*innen (DGpW)

Die Weiterbildung zum/zur Atmungstherapeut*innen (DGpW) können nur examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen sowie Altenpfleger*innen und noch einige weitere Berufsgruppen absolvieren. Diese Weiterbildung ist zertifiziert und folgt den Leitlinien so wichtiger Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP). Die Inhalte der zertifizierten Weiterbildung sind umfangreich und reichen von diagnostischen und atmungstherapeutischen Maßnahmen (wie Lungenfunktionsdiagnostik- und Analytik, Bronchoskopie, Röntgendiagnostik, Blutgasanalyse, medikamentöse Therapie, Sauerstofftherapie und Inhalationstherapie als niedrigschwellige (Mit-)Behandlung) über invasive und nichtinvasive Beatmungspraxis, Beatmungspflege und lungenprotektive Beatmung bis hin zu systemischen Beratungs- und Therapiemethoden, Vermittlung von fachspezifischem Wissen, Entlassungsmanagement, Interdisziplinarität, Qualitätsmanagement, Schmerzmanagement, Trachealkanülenmanagement und Dysphagie, Critical Airway Management, Ernährungsmanagement und Palliative Care.

Die DEUTSCHENFACHPFLEGE beschäftigt derzeit rund **60** Atmungstherapeut*innen; weitere sind in Ausbildung.

CaseManagement (DGCC)

Diese Zusatzqualifizierung bietet die Deutschen Gesellschaft für CaseManagement (DGCC) an. Sie befähigt

Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen dazu, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird. Ein gutes Casemanagement ist ein Qualitätsmerkmal und kommt vor allem Klient*innen zugute, deren Versorgung sehr komplex ist. Dies trifft im Grunde genommen auf alle Betroffenen zu, die Intensiv- und Beatmungspflege benötigen.

Familienzentrierte Pflege

Familienzentrierte Pflege geht davon aus, dass nicht nur die einzelnen Betroffenen krank sind, sondern dass auch die pflegenden Angehörigen involviert und vielfach schwerstbelastet sind. Weil Pflegekräfte oft in einem sehr schwierigen Familiengefüge tätig sein müssen, das auch sehr konfliktreich sein kann, ist es hilfreich, sich in systemischer Angehörigenarbeit weiterzubilden. Es gibt viele Angebote zur Weiterbildung im Bereich des Family Nursing, um den professionellen Umgang mit familiedynamischen Themen umzugehen. Hilfreich kann hier auch das Calgary-Familien-Assessment-Modell (CFAM) sein, ein Instrument für die Erfassung von Problemen in den Familien.

Über **10** Mitarbeiter*innen sind in diesem Bereich bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE ausgebildet.

F.O.T.T.® – Fazio-orale-Trakt-Therapie

Die Therapie wird bei Schluckstörungen, auch in Folge von Demenz, sowie bei Problemen mit der Mundhygiene und der Nahrungsaufnahme eingesetzt. Diese sind oft langwierig und stehen im Zusammenhang mit Störungen der fazio-oralen Aktivitäts- und Handlungssequenzen. Die Therapie hilft insbesondere den Klient*innen, aber auch Angehörige werden von den Pflegekräften in die Trainingsmaßnahmen eingebunden, sofern erforderlich und gewünscht.

Gesundheits- und Ernährungsberatung

In Pflegeeinrichtungen ebenso wie in der ambulanten Versorgung leiden viele Klient*innen an Diabetes mellitus. Ältere an Diabetes erkrankte Menschen sind durch hohe Infektanfälligkeit und daraus resultierende eingeschränkte Wundheilung sehr verletzlich. Daher müssen die Pflegekräfte in den Einrichtungen die Pflegerisiken in besonderer Weise berücksichtigen. Deshalb beschäftigen wir Pflegekräfte mit einer entsprechenden Zusatzausbildung.

Hygienemanagement

Neben den Pflichtfortbildungen, die jede Pflegekraft, die in der außerklinischen Intensivpflege arbeitet, absolviert, gibt es die tiefgehende Weiterbildung zur/zum Hygienebeauftragten. Darin werden Kenntnisse wie mikrobiologische Grundlagen, Infektionskrankheiten, Keimarten und Keimvermehrung, gesetzliche und verordnungsrechtliche Grundlagen, Personalhygiene, Reinigungs- und Desinfektionsmethoden sowie -mittel, Umgang mit Arzneimitteln, Injektionen und Punktionen, Hygiene in der häuslichen Pflege und in der Behandlungspflege, Erstellung eines Hygienehandbuchs, Konzeption eines Hygiene- und Desinfektionsplans, besondere Herausforderungen an die Hygiene z. B. bei Haustieren, Qualitätsmanagement sowie Methodik und Didaktik der Anleitung vermittelt.

Kinaesthetics

Das Konzept geht davon aus, dass die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen bei Aktivitäten wie Aufsit-

zen, Essen, Aufstehen dann hilfreich ist, wenn diese ihre Bewegungsmöglichkeiten so weit wie möglich ausschöpfen und ihre Bewegungskompetenz erhalten und erweitern können. Dadurch wird die Eigenaktivität gefördert und die Klient*innen werden schneller mobil. Auch die Pflegekräfte und die pflegenden Angehörigen können von der entlastenden Wirkung durch die kinästhetische Anwendung profitieren. Das Curriculum für die Weiterbildung ist anspruchsvoll und es gibt zahlreiche Möglichkeiten, noch tiefer in die Materie einzusteigen und selbst Trainer*in zu werden. Über **100** Mitarbeiter*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE sind in Kinaesthetics geschult und wenden die Methode regelmäßig an.

LiN-Lagerung

Das Konzept der LiN-Lagerung in Neutralstellung dient dazu, Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, therapeutisch funktionell auf neurophysiologischer Basis zu lagern. Die einzelnen Körperabschnitte werden dabei mit alltagsüblichen Lagerungsmaterialien wie zum Beispiel Steppdecken und Kissen durch »Modellieren« und »Stopfen« stabilisiert.

Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Altenpfleger*innen, Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen haben den gemeinnützigen Verein LiN-ARGE e. V. gegründet und bieten Fortbildungen in dieser Lagerungstechnik an.

Palliative Care

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) hat ein Curriculum für einen Palliative-Care-Kurs Pflege erstellt, den examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen bzw. Altenpfleger*innen mit einer dreijährigen Ausbildung besuchen können. Empfohlen ist eine mindestens zweijährige Berufserfahrung. Die Qualifizierung für Palliativpflege kann für Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung auch berufsbegleitend erlangt werden. Schwerpunkte der Weiterbildung sind Grundlagen und Anwendungsbereiche der Palliativmedizin und Hospizarbeit, medizinisch-pflegerische, psychische, soziale, ethische, spirituelle und kulturelle Aspekte. Auch Teamarbeit und Selbstpflege, Qualitätssicherung, Lernkontrolle und Reflexion werden laut Curriculum behandelt. Ein Kurs für Pflegefachkräfte dauert 120 Stunden. Bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE

sind über **200** Mitarbeiter*innen für die Palliative Care ausgebildet. Sie sorgen auch in den letzten Stunden für Lebensqualität und einen Abschied in Würde.

Pflegeberater*in nach § 45 SGB XI

Mit dieser Zusatzausbildung sind Alten-, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in der Lage, den individuellen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Pflegebedürftigen zu ermitteln sowie die jeweiligen sozialrechtlichen Ansprüche zu erfassen. Sie kennen sich aus im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und in den Formen der ambulanten und stationären Versorgung. Aufgrund ihrer Weiterqualifizierung dürfen sie Kurse für pflegende Angehörige und Individualberatungen durchführen. Allein bei der Bonitas Pflegegruppe sind über **50** ausgebildete Pflegeberater*innen tätig.

Pflegeexpert*in für außerklinische Beatmung/Intensivpflege

Diese Zusatzausbildung baut auf dem Basiskurs »Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/Intensivpflege« auf. Pflegeexpert*innen verfügen über vertiefte Kenntnisse in der Beatmungspflege, weshalb Fachbereichsleitungen das Pflegeexperten-Zertifikat (oder einen Aufbaukurs im Umfang von 200 Stunden) für außerklinische Intensivpflege nachweisen müssen. Über **300** Pflegeexpert*innen in der DEUTSCHENFACHPFLEGE haben diese Weiterbildung absolviert.

Pflegefachkraft für Anästhesie und Intensivpflege

Die Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege ist eine in der Regel zweijährige, berufsbegleitend durchgeführte Weiterbildung mit theoretischem und praktischem Unterricht sowie berufspraktischen Anteilen. Voraussetzung ist eine abgeschlossene dreijährige Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger*in oder als Altenpfleger*in, die nach erfolgreichem Abschluss den Zusatz »für Intensivpflege und Anästhesie« führen dürfen. Weiterbildungsstätten sind Krankenhäuser oder sonstige Einrichtungen, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft als zur Weiterbildung geeignet anerkannt worden sind.

Rund **140** Plegefachkräfte für Anästhesie und Intensivpflege sind in der DEUTSCHENFACHPFLEGE tätig.

Pflegedienstleiter*in (PDL)

Je nach Anbieter und Ausbildungsform kann die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung zwischen neun Monaten und drei Jahren betragen. Eine Pflegedienstleitung ist für die gesamte Organisation verantwortlich und muss auch wirtschaftliche Aspekte im Auge haben. Deshalb gehören zum Lehrstoff auch Betriebswirtschaft (z. B. Aufbauorganisation), plegefachliche Themen (Expertenstandards), rechtliche Grundlagen (Arbeitsrecht) und Personalführung (Kommunikation).

Bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE sind über **350** Mitarbeiter*innen im Bereich Pflegedienstleitung tätig.

Pflegefachkraft für außerklinische Pädiatrie

Für die Pflege von Kindern hat die Deutsche interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. einen Basiskurs Pädiatrie entwickelt, den Plegefachkräfte absolvieren, die sich speziell für die Beatmungspflege von Kleinkindern und Kindern interessieren. Kinder sind keine »kleinen Erwachsenen«, sondern benötigen Plegefachkräfte, die sich speziell mit den Bedarfen ihrer Schützlinge auseinandergesetzt haben und mit ihnen kindgerecht kommunizieren können. Deshalb setzt die DEUTSCHEFACHPFLEGE bei der Versorgung von Kindern, Kleinkindern und Jugendlichen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen ein.

Praxisanleiter*in

Die Ausbildung nimmt im Zuge der generalistischen Ausbildung an Bedeutung zu. Es ist wichtig, dass den Pflegeschüler*innen Praxisanleiter*innen zur Seite stehen, die für diese Aufgabe eine berufspädagogische Zusatzqualifizierung durchlaufen haben. Diese kann bis zu acht Monate dauern. Die Praxisanleiter*innen stehen in engem Austausch mit der jeweiligen Pflegeschule und dem Ausbildungsverbund zur Qualitätssicherung der Ausbildung. Sie sind für die Auszubildenden wichtige Ansprechpartner*innen.

Momentan verfügt die DEUTSCHEFACHPFLEGE über **375** Praxisanleiter*innen, Tendenz steigend!

Schmerzexpert*in (Pain Nurse)

Wer eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapie oder ein gleichwertiges abgeschlossenes Studium vorweisen kann,

wird zur Weiterbildung »Pain Nurse« zugelassen. In ihr wird Fachwissen aus dem Bereich der Schmerzerfassung und Schmerzdokumentation sowie medizinisch-pharmakologisches Grundwissen vermittelt. Die Weiterbildung kann bis zu 200 Stunden dauern, mindestens über mehrere Wochen und Monate. Das schmerztherapeutische Curriculum wurde von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. entwickelt. Besonders wichtig sind die Kenntnisse im Bereich Schmerzmanagement bei Menschen, die sich nur noch schwer oder gar nicht mehr mitteilen können. Auch die richtige Verabreichung von Schmerzmitteln, z. B. bei Sondenernährung, wird gelehrt. Wund- und Schmerzmanagement werden oft auch zusammengefasst. Über **100** Plegefachkräfte bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE sind im Wund- und Schmerzmanagement weiterqualifiziert.

Tiergestützte Therapie

Die Therapien mit Tieren haben nachweislich viele Erfolge und werden bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen mit kognitiven, sozial-emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten eingesetzt. Die Anwendungen sind vielfältig, und auch in der außerklinischen Intensivpflege ist tiergestützte Therapie, z. B. über Therapiehunde, möglich.

Wachkomatherapeut*in

Eine abgeschlossene Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Altenpfleger*in, Physiotherapeut*in, Ergotherapeut*in oder Logopäd*in ist Voraussetzung für eine Zusatzausbildung zur/zum Wachkomatherapeut*in. Für den Abschluss Wachkomatherapeut*in mit dem Zusatz »Fachtherapeut*in für neurologische Pflege« wird

eine mindestens 200-stündige Weiterbildung in der Beatmungspflege vorausgesetzt. Bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE haben haben **9** Plegefachkräfte diese Weiterbildung. Zu den aktivierend-therapeutischen Konzepten zur Förderung von Menschen im Wachkoma gehören: Affolter-Modell, bei dem die Pflegenden die Hände und den Körper der Klient*innen bei pflegerischen Maßnahmen und in Alltagssituationen führen, um Handlungskompetenzen aufzubauen und die Wahrnehmung zu fördern. Über Basale Stimulation aktivieren die Pflegenden die Wahrnehmung, fördern Bewegungen und stimulieren die Sinne (z. B. über Gerüche, Berührungen oder Musik).

Das Bobath-Konzept wird vor allem bei schwerst beeinträchtigten Menschen eingesetzt, beispielsweise in der Phase F. Konsequentes Training und Stimulation nach diesem Konzept kann sich positiv auf das Gehirn auswirken und neue neuronale Vernetzungen entstehen lassen. Die Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e. V. bietet verschiedene Fortbildungen an. Auch F.O.T.T.® – Fazio-orale-Trakt-Therapie und Kinästhetik werden angewandt.

Wundexperte ICW®

Die »Initiative Chronische Wunden e. V.« (ICW) qualifiziert Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen sowie Altenpfleger*innen zu Wundexpert*innen weiter. Kursinhalte sind: Expertenstandard, die Haut und deren Pflege, in Wundarten und -heilung, Wundbeurteilung/Dokumentation, Recht, Dekubitus/Prophylaxe, Diabetisches Fußsyndrom/Prophylaxe, Ulcus Cruris, Wundversorgung/Wundverbände, Schmerz, Hygiene und Edukation (siehe auch Schmerzmanagement).

WISSENSWERTES

Zahlreiche Plegefachkräfte verfügen über eine große Bandbreite an Zusatzausbildungen:

- 375 Praxisanleiter*innen
- 200 Palliative Care-Mitarbeiter*innen
- 350 Plefedienstleiter*innen
- 140 Plegefachkräfte Anästhesie u. Intensivpflege
- 300 Pflegeexpert*innen
- 100 Wund- und Schmerzmanager*innen
- 60 Atmungstherapeut*innen
- 100 in Kinaesthetics geschulte Plegefachkräfte

BREITES ANGEBOT

... für Bildungshungrige & Wissensdurstige

Die Größe eines Unternehmens bietet die Chance, von- und miteinander zu lernen, sich über Erfahrungen und best practice auszutauschen und sich auch auf diese Weise neues Wissen anzueignen. So werden nun in der DEUTSCHEN FACHPFLEGE zunehmend gruppenübergreifende Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt, die allen Mitarbeiter*innen zur Verfügung stehen. Das breitgefächerte Schulungsprogramm erstellen und koordinieren eigens für diese Aufgabe abgestellte Mitarbeiter*innen. Zudem gibt es bei den einzelnen Gesellschaften Ansprechpartner*innen, an die sich die Pflegekräfte bei Fragen und Weiterbildungswünschen wenden können.

Coronabedingt überwogen im ersten Halbjahr Fort- und Weiterbildungen auf regionaler Ebene und die Möglichkeiten, sich das Wissen über E-Learning anzueignen, wurden deutlich erweitert. Dazu gehörte insbesondere der apm-E-campus, der bundesweit ein maßgeschneidertes Angebot an Ausbildung, Fort- und Weiterbildung bereitstellt.

Deutsche Fachpflege Gruppe

Unter dem Motto »Fit für die Zukunft« veröffentlichte die Region Süd-Ost der »Deutschen Fachpflege Gruppe« ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm. Einen besonderen Stellenwert hat der Basiskurs für Pflegende in der außerklinischen Intensivpflege. Im ersten Halbjahr absolvierten 100 Pflegekräfte den Basiskurs »Fachkraft für außerklinische Intensivpflege (IPV)«. Außerdem besuchten die Mitarbeiter*innen Pflichtfortbildungen, Praxisanleiter-Fresh-Ups und anderweitige Schulungen, auch im Rahmen von E-Learning.

Die Holas-Akademie in Hagen hat sich neben der dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann auf den Basiskurs »Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)« sowie den Expertenkurs »Pflegeexperte für Außerklinische Beatmung (DIGAB)« neuerdings auf die Ausbildung »Respiratory Therapist/Atmungstherapeut (DGpW)« und die Weiterbildung »Wachkomatherapeut*in« fokussiert. Im ersten Halbjahr haben 22 Pflegekräfte den Basiskurs und 12 den Expertenkurs absolviert. Momentan befinden sich sechs Atmungstherapeut*innen in der Ausbildung. In Planung ist die Ausweitung des Fortbildungsangebots in Richtung »Pflegeexperte Wachkoma«. Der Pflichtfortbildungsbereich wurde, soweit möglich, coronabedingt auf den apm E-Campus verlagert. Außerdem wurde das E-Learning der AIP-Akademie genutzt.

WISSENSWERTES

Insgesamt absolvierten im 1. Halbjahr die Mitarbeiter*innen der DEUTSCHEN FACHPFLEGE – trotz der erschwerten Bedingungen aufgrund der Corona-Pandemie – **ca. 6.700 Schulungsmaßnahmen.**

Über 400 Mitarbeiter*innen besuchten erfolgreich einen Basiskurs, 12 einen Expertenkurs und rund 50 eine Fortbildung in »Palliative Care«.

bipG

Unter dem Motto »Wissen macht stark« steht der umfangreiche Fortbildungskalender der bipG-Gruppe. Auch hier stellte man das Fortbildungsangebot coronabedingt größtenteils auf Webinare um. Normalerweise finden die Basis- und Expertenurse »Außerklinische Intensivpflege (KNAIB)« während des gesamten Jahres in Hannover, Berlin und Mannheim statt. Trotz der erschwerten Bedingungen absolvierten 146 Pflegekräfte den Basiskurs. Die Pflicht-, Fort- und Weiterbildungen liefen weiter und zwei Atmungstherapeut*innen konnten ihren Abschluss machen.

Bonitas Pflegegruppe

Die **PflegeLeicht-Akademie** ist eine Tochter der Bonitas Pflegegruppe und zertifizierter Anbieter nach KNAIB »Fachgesellschaft für außerklinische Intensivpflege e. V.« **Standorte sind in Herford, Kreut, Oldenburg, Bremen, Schleswig, Kiel und seit kurzem auch in München.** Jährlich wird ein umfangreiches Fortbildungsprogramm der Akademie erstellt.

Die **PflegeLeicht-Akademie** bietet sowohl klassische Fortbildungen für Pflegeberufe als auch Basis- und Expertenurse für Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege, die Weiterbildung »Palliative Care« in der ambulanten Pflege, zertifiziert durch die DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, sowie Zusatzqualifikationen und Fortbildungen zur Persönlichkeitsentwicklung an. Aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie begann auch bei **PflegeLeicht** das Jahr 2021 mit Seminaren via Zoom in jeweils einem »virtuellen Klassenzimmer« und viele Pflichtfortbildungen wurden auf den apm-E-Campus (E-Learning) verlagert.

Im ersten Halbjahr 2021 haben neben vielen Pflicht-, Fort- und Weiterbildungen 142 Pflegekräfte den Basiskurs »Außerklinische Intensivpflege KNAIB« sowie 49 den Kurs »Palliative Care« absolviert.



Unsere Mitarbeiter*innen liegen uns am Herzen

Mitarbeiter*innenzufriedenheit gehört für uns zum Qualitätsstandard!

In der DEUTSCHENFACHPFLEGE sind rund 10.000 Mitarbeiter*innen mit unterschiedlichsten Aufgaben tätig. Neben dem Personal, das mit Verwaltung und Administration betraut ist, arbeitet das Gros in der Pflege. Doch egal, wo die Mitarbeiter*innen letztlich beschäftigt sind, ist es wichtig, dass sie gerne arbeiten, sich wertgeschätzt fühlen und zufrieden mit den Arbeitsbedingungen sind. Eine solch positive Einstellung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistung.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen setzt sich aus vielen Facetten zusammen: Arbeitsbedingungen, Einarbeitung, Familienfreundlichkeit, Weiterbildungsmöglichkeiten, Aufstiegschancen, Bezahlung, psychosoziale Unterstützung für Pflegekräfte, Wertschätzung etc. Auch in diesem Bereich wachsen die Deutsche Fachpflege Gruppe, Bonitas Pflegegruppe und bipG nach und nach zur DEUTSCHENFACHPFLEGE zusammen. Die Förderung der Mitarbeiter*innen hat viele Stellschrauben mit mehr oder minder hoher Gewichtung:

- ✓ **Adäquate Bezahlung**
- ✓ **Steuerfreie Zuschläge**
- ✓ **Vereinbarkeit von Familie und Beruf**
- ✓ **Attraktive Arbeitszeitmodelle**
- ✓ **Aufstiegschancen, insbesondere auch für Frauen in Leitungspositionen**
- ✓ **Wertschätzende & familiäre Arbeitsatmosphäre**
- ✓ **Mitarbeiter-Events**

Komplette Begleitung bei Einstieg und Aufstieg

Der Einstieg von neuen Mitarbeiter*innen in die DEUTSCHENFACHPFLEGE soll möglichst einfach sein. Dafür haben die Gesellschaften Einarbeitungskonzepte und Checklisten entwickelt. Eine strukturierte Einarbeitung ist sowohl für Neueinsteiger*innen als auch Wiedereinsteiger*innen wichtig. Dazu gehört auch, wenn erforderlich und/oder gewünscht, eine Grundlagenschulung in einer der Pflegeakademien. Wer Interesse hat, in der Intensivpflege zu arbeiten, aber noch keine Erfahrungen in diesem Bereich vorweisen kann, kann zum Einstieg z. B. bei der Bonitas Pflegegruppe eine 120-Stunden-Fachweiterbildung in Form eines Basiskurses »Pflegefachkraft für außerklinische Intensivpflege« und zu-

sätzliche individuelle Mitarbeiter*innenschulungen absolvieren. Die Einarbeitung übernehmen in der DEUTSCHENFACHPFLEGE erfahrene Pflegekräfte und »Praxisanleiter*innen«. Letztere haben hierfür eine Qualifikation durchlaufen und sind insbesondere für die Begleitung von Auszubildenden zuständig. Sie beantworten Fragen und stehen beratend zur Seite. Bei Bonitas heißen die Pflegekräfte, die Neueinsteiger*innen einarbeiten, »Buddies«. Bei der bipG Gruppe gibt es einen speziellen Vorstellungstag zum gegenseitigen Kennenlernen für alle, die in den letzten vier Wochen neu ins Unternehmen gekommen sind.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Das Unternehmensnetzwerk »Erfolgsfaktor Familie« wurde 2007 vom Bundesfamilienministerium und dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag als zentrale Plattform für familienfreundliche Unternehmen gegründet. Seither wächst es kontinuierlich und umfasst mittlerweile 7.906 Mitglieder, vom Kleinbetrieb bis zum DAX-Unternehmen. Die DEUTSCHENFACHPFLEGE ist Mitglied des Unternehmensnetzwerks und teilt die Ziele der gemeinsamen Erklärung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch die »Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH« ist seit vielen Jahren Netzwerkpartner.

Jährlich findet die Großveranstaltung »Erfolgsfaktor Familie« statt, in diesem Jahr digital am 10. und 11. Juni 2021. Titel dieser Tagung war »Vereinbarkeit stärkt! Mit Familienbewusstsein den Wandel gestalten«, bei der es um die Frage ging, welchen Stellenwert eine familienorientierte Unternehmenskultur in Zeiten hat, in denen die Arbeitswelt stark im Wandel begriffen ist. Mit dabei waren Bundesfamilienministerin Christine Lambrecht, der Präsidenten des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK), Peter Adrian, sowie Vertreter*innen aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft. Mehr Familienbewusstsein in Unternehmen zu schaffen, um mehr auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen eingehen zu können, ist ein Dauerthema bei den Veranstaltungen des Unternehmensnetzwerks. Es geht nicht nur um Mütter und Väter mit kleinen Kindern, sondern auch um pflegende Angehörige. Denn heute werden mehr als 70 Prozent der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege versorgt, davon 67 Prozent allein durch die Angehörigen und 33 Prozent unter Zuhilfenahme eines Pflegedienstes. Auch in dieser Hinsicht ist es wichtig, dass Unternehmen ihre Beschäftigten in organisatorischen, finanziellen und rechtlichen Fragen unterstützen und flexible Arbeitszeiten ermöglichen.

Mehr Informationen zum Unternehmensnetzwerk »Erfolgsfaktor Familie« unter www.erfolgsfaktor-familie.de.

Die DEUTSCHENFACHPFLEGE setzt sich tatkräftig für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein. Die Festlegung der Arbeitszeiten ist eine der entscheidenden Stellschrauben. So gibt es in der Gruppe die Möglichkeit, Wunschdienste in den Dienstplan einzutragen. Wer kleine Kinder zuhause hat, soll dann arbeiten können, wann es zeitlich passt. Bei **einzelnen Diensten** wird eine **Ferienbetreuung** für Kinder angeboten, wenn der Kindergarten geschlossen ist. Um maximale Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung zu erreichen, wird auch mit einzelnen Mitarbeitenden ein Modell erarbeitet, das allen Beteiligten entgegenkommt.

Bei der **Dienstplangestaltung berücksichtigen wir** – sofern dies möglich ist – die **Wünsche** unserer Mitarbeiter*innen.

»Es ist hier sehr familiär. Jeder kennt jeden und der Zusammenhalt in den kleinen und großen Teams ist ein großer Pluspunkt. Man geht hier einfach gerne zur Arbeit.«

Pflegedienstleiterin Ramona im Zentrum für stationäre Schwerstpflege (ZesS)

»In meinen drei Versorgungen habe ich mehr Zeit für meine Klient*innen und kann auch viel selbständiger arbeiten als früher im Krankenhaus.«

Pflegefachkraft Anja bei der »Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH« mit 30 Jahren Pflegeerfahrung

GELEBTE BEISPIELE

»Kinder sind keine Einschränkung«



Larissa aus einer **Intensiv-WG** der **bipG** in Bremerhaven ist eine echte Powerfrau. Die 32-Jährige ist gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin und hat über ein **Fernstudium** ihren **Bachelor und Master »im Health Care Management«** gemacht. Sie sammelte Erfahrungen auf der Intensivstation, als Leitung einer HNO-Station und hält als Dozentin an der Universität Bremen Vorlesungen im Bereich Case und Care Management. Mit der Vereinbarkeit von Job und Familie hat Larissa leider schon viele negative Erfahrungen sammeln müssen. »In zwei Bewerbungsgesprächen wurde mir gesagt, dass ich ja eine Einschränkung hätte – nämlich mein Kind.«

Bei der **bipG** hingegen wurde sie mit offenen Armen empfangen. »Gleich im Vorstellungsgespräch wurde mein Wunsch, genügend Zeit für mein Kind zu haben, super aufgenommen und so kann ich die Familie sehr gut mit meinem Beruf vereinbaren.« Weiterhin kann sie außerdem problemlos nebenbei als externe Lehrbeauftragte an der Universität Bremen arbeiten. »**Gerade könnte ich mir nichts Besseres vorstellen. Mein Einstieg hat so toll funktioniert, und es macht hier wirklich sehr viel Spaß.**« So fühlt sich Larissa bei der **bipG** nicht nur als Mutter akzeptiert, sondern auch in ihren Fähigkeiten wertgeschätzt.

»Hier wird Rücksicht genommen«

Ihren Wunsch nach einem schönen Familienleben kann **Carolyn** wunderbar mit ihrer Stelle bei der **FAU freiatmen Ulm GmbH** verbinden. »Man versucht hier wirklich, Müttern entgegenzukommen.« Das zeigt sich auch bei der Erstellung des Dienstplans. Besonders während des **Lockdowns** und der Schließung der Schulen war Carolyn auf Unterstützung angewiesen und bekam diese auch. »Man hat mir mehr Nächte gegeben, sodass ich tagsüber bei meinen Kindern sein konnte. Das hatte ich bei keinem früheren Arbeitgeber so erlebt, dass da auch auf Wünsche bei den Dienstplänen eingegangen wird«, erzählt sie und bedankt sich an dieser Stelle noch einmal beim gesamten Team für die tolle Unterstützung und den Zusammenhalt.

»Familienfreundliches 12-Stunden-Prinzip«

Die Kolleginnen Maraike, Lea und Samah in der **Wohngemeinschaft Dassel** der **bipG** sind ebenfalls Mütter. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie hatte für sie immer einen hohen Stellenwert bei der Jobauswahl. Schon im Vorstellungsgespräch erkundigten sie sich nach den Möglichkeiten der flexiblen Dienstplangestaltung. »Seit der Eröffnung der WG ist hier eine gute Struktur entstanden und man kommt mir hier entgegen, hält sich an Absprachen und alles ist machbar, damit ich meinen Sohn immer pünktlich aus dem Kindergarten abholen kann«, so Samah.

Besonders während der Corona-Pandemie war es wichtig, dass sich die Mütter bei Ausfällen im Team aufeinander verlassen konnten.

Maraike ist deshalb besonders stolz auf den Zusammenhalt untereinander: »Wenn jemand kurzfristig erkrankt, wird auch auf die eigenen Termine geachtet. Alle im Team haben einander immer unterstützt.« Auch von den 12-Stunden-Diensten und die dadurch entstehenden freien Tage profitiert das ganze Team. »Jetzt bin ich deutlich entspannter und auch meine zwei Kinder profitieren davon, denn durch die 12-Stunden-Dienste in der Intensivpflege habe ich insgesamt mehr freie Tage im Monat.«

ENGAGEMENT FÜR DIVERSITY

Charta der Vielfalt unterzeichnet!

Die Wirtschaft bekennt sich aktiv zu **Vielfalt in der Arbeitswelt**, so auch die **DEUTSCHEFACHPFLEGE**. Sie hat die Charta der Vielfalt unterzeichnet, um zu zeigen, wie wichtig ihr ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für alle Mitarbeitenden ist. Alter, ethnische Herkunft und Nationalität, Geschlecht und geschlechtliche Identität, körperliche und geistige Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung, sexuelle Orientierung und soziale Herkunft spielen keine Rolle.

Anlässlich des **9. Deutschen Diversity-Tags im Mai 2021** wurde eine Landingpage freigeschaltet, auf der Statements einzelner Mitarbeiter*innen der »Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH«, stellvertretend für die Gruppe, veröffentlicht wurden.

Stefan Kiefer, Geschäftsführer der Charta der Vielfalt, sagte:

»Ich bin überwältigt von diesem beeindruckenden Engagement. Mein großer Dank gilt allen teilnehmenden Organisationen und Beschäftigten, die am "Deutschen Diversity-Tag" ein deutliches und weithin sichtbares Zeichen für Vielfalt gesetzt haben – vom Ein-Personen-Betrieb bis hin zum Großkonzern. Gemeinsam haben wir deutlich gezeigt: Vielfalt gehört fest zur Arbeitswelt! Lassen Sie uns diesen Schwung mitnehmen und unsere Visionen für eine diversere Arbeitswelt weiter verwirklichen.«



COACHING – ENTWICKLUNG – FÖRDERUNG

»Nur wenn es mir als Führungskraft gut geht, kann ich dafür sorgen, dass es denen, die ich führe und/oder mit denen ich arbeite, auch gut geht.«

Um diesem Leitsatz gerecht zu werden, gibt es bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE eine Fülle von Unterstützungsangeboten für Mitarbeiter*innen.

Neben den pflegfachlichen, persönlichkeits- und entwicklungsfördernden Fort- und Weiterbildungsangeboten der Pflege-Leicht-Akademie gibt es zusätzlich das Angebot des innerbetrieblichen **Einzel- und / oder Doppelspitzencoachings für Führungskräfte** sowie Begleitung/Beratung und fachliche Unterstützung, zum Beispiel bei der **Teamentwicklung**.

Ebenso wird ein Programm zur **Führungskräfteentwicklung** durchgeführt.

Alle Angebote können bundesweit von sämtlichen Führungskräften der DEUTSCHENFACHPFLEGE in Anspruch genommen werden.

Mögliche Themen und Fragestellungen im Coaching könnten sein:

- ✓ Bisherige Einstellungen und Verhaltensweisen überdenken
- ✓ Sicherheit entwickeln in der neuen Rolle nach Positionswechsel
- ✓ Situationen aus einer neuen Perspektive betrachten
- ✓ Eigene (eventuell blockierte) Stärken, Ressourcen und Potenziale nutzbar machen und ausbauen
- ✓ Entscheidungs- und Handlungsoptionen bei der Bewältigung anspruchsvoller Situationen erlangen
- ✓ Besser mit belastendem Stress umgehen
- ✓ Eigene erfolgsrelevante »Hebel« finden, um selbst wirksam werden zu können
- ✓ Konflikthafte Situationen vorbereiten oder eigene Strategien für den Umgang mit ihnen entwickeln
- ✓ Workflow organisieren und priorisieren

Systemischer Ansatz im Coaching

Systemisch heißt für uns, dass wir die subjektive Lebenswelt der Betroffenen in ihren umgebenden Strukturen, Organisationen, in ihren Rollen und den damit verbundenen Aufgaben, Grenzen und Regeln erfassen. Die Nutzer*innen des Coachings sehen wir als Expert*innen für ihr Leben, ihre Themen und ihre Lösungen. Der Coach ist verantwortlich für den Prozess. In einem geschützten und vertraulichen Rahmen werden Ressourcen (re-)aktiviert, verschiedene Perspektiven angeregt und nachhaltige, bedürfnisbasierte Lösungen für einen individuellen Weg erarbeitet. Es geht dabei nicht nur darum, Neues zu entdecken, sondern auch zu entdecken, was in einem selbst steckt und vielleicht verborgen oder in Vergessenheit geraten ist.

Teamentwicklung

Exzellente Teams entstehen nicht von allein. Es braucht dazu den Anstoß Einzelner mit dem Mut und Willen zur Veränderung und es braucht eine Führungskraft, die diesen Impuls aufgreift und ein gemeinsames Ziel entwickelt. Dann kann sich in einem Prozess der Teambildung aus einem Gegeneinander über ein Nebeneinander ein Miteinander entwickeln, das in einem »Füreinander« gipfelt. Situativ und kontextabhängig gibt es Situationen, in denen Führungskräfte und Teams durch Unterstützung von außen profitieren. Durch unabhängige und unparteiliche Coaches kann im Rahmen einer Teamentwicklung dieser Prozess begleitet werden, um gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Neben fachlich kompetentem Input bewahrheitet sich immer wieder, dass in Teams alles nötige Wissen und die Kompetenzen vorhanden sind, um Lösungen für die spezifischen Situation zu (re-)aktivieren.

Durch den Zusammenschluss der »Deutschen Fachpflege Gruppe« mit der »bipG Gruppe« und der »Bonitas Pflegegruppe« entwickeln sich auch im Bereich Coaching Synergieeffektive und das Angebot der Führungskräfte- und Teamentwicklung wurde deutlich erweitert. Marion Geier ist als Coach bei der Deutschen Fachpflege Gruppe angesiedelt, bei der Bonitas Pflegegruppe sind es Claudia Robert, Jörg Reinsch und Daniela Schliffer.

Claudia Robert

Zertifizierter Personal- und Business-Coach, Team-Coach sowie WingWave-Coach/ Krankenschwester/ langjährige Tätigkeit als PDL und Bereichsleitung



Jörg Reinsch

Master of Arts (M.A.) Beratung, Mediation, Coaching/Counselor grad. BVPPT/ Zertifizierter Systemischer Coach/ Fachkrankenschwester A/I, langjährige Tätigkeit als PDL/B.A. PGM



Daniela Schliffer

Zertifizierter Personal- und Business-Coach/ Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivpflege/ mehrjährige Tätigkeit als PDL und Bereichsleitung



Marion Geier

Coach/Mediatorin und mediative Teamentwicklerin/ Logotherapeutische und Existenzanalytische Beraterin/ Krankenschwester/ langjährige Teamleitung in der außerklinischen Intensivpflege



Engagement: Gesellschaft, Politik, Wissenschaft

Engagement im Rahmen des GKV-IPReG und der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses

Im »Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)« wird der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Erstellung einer Richtlinie über die Verordnung mit außerklinischer Intensivpflege (RL-E) beauftragt. Die »Deutsche Fachpflege Gruppe« hat ein Rechtsgutachten zum Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V und seine Konkretisierung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Auftrag gegeben. Autor ist der Staats- und Verfassungsrechtler Thorsten Kingreen, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht der Universität Regensburg.

In seinem Gutachten äußert er deutliche Bedenken an der Richtlinie des G-BA in einem ersten Entwurf, insbesondere hinsichtlich der Beeinträchtigungen des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat in Kooperation mit renommierten Fachjurist*innen eine Stellungnahme zum ersten offiziellen Entwurf der Richtlinie abgegeben und nahm an der mündlichen Anhörung am 9. September 2021 teil.

GKV-IPReG ThinkTank

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist seit dem 29. September 2020 Mitglied des ThinkTanks, der sich kontinuierlich zum GKV-IPReG und über die Auswirkungen auf die außerklinische Versorgung austauscht. Es handelt sich hierbei um einen Kreis von über 50 Betroffenen, An- und Zugehörigen, Vertreter*innen aus Selbsthilfe, Medizin, Wissenschaft, Medizintechnik, Pflege und Therapie. Anlass der virtuellen Zusammenkünfte war und ist das »Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)«, welches für die außerklinische Intensivpflege nach nunmehr fünf Jahrzehnten einen gravierenden Paradigmenwechsel darstellt.

GKV-IPReG
Think  Tank

Der **ThinkTank** erstellte Essentials, erarbeitete eine Stellungnahme zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege und gab bei der mündlichen Anhörung am 9. September 2021 eine Stellungnahme ab. Ein weiteres Themenfeld des **ThinkTanks** werden die neuen Bundesrahmenempfehlungen sein.

Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung DIGAB e. V.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist Fördermitglied in der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V., der ersten Fachgesellschaft für die außerklinische Beatmung, die maßgeblich an der S2k-Leitlinie »Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017« beteiligt ist.

Oberste Priorität der DEUTSCHENFACHPFLEGE hat die Leitlinien-treue und der Einsatz von Mitarbeiter*innen, welche die erforderlichen Fort- und Weiterbildungen absolviert haben, wie sie in dieser Leitlinie benannt werden.

Der fachliche Austausch mit den Expert*innen der DIGAB e. V. ist wichtig, weil er maßgeblich dazu beiträgt, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen, die Menschen mit Beatmung versorgen, miteinander zum Wohle der Klient*innen vernetzt sind.

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden. Es arbeitet mit Verbänden, Fachgesellschaften, Forschungsinstituten, Krankenkassen, Institutionen der Selbstverwaltung und Patientenorganisationen zusammen und wird vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt. Das APS hat sich zum Ziel gesetzt, die Patient*innensicherheit in Deutschland kontinuierlich, nachhaltig und nachweisbar zu fördern.

Dieses Ziel wird vor allem dadurch erreicht, dass die Patient*innensicherheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen und die Sicherheitskultur gestärkt wird. Mit der Mitgliedschaft im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. seit 2019 unterstützt die DEUTSCHEFACHPFLEGE die Ziele des APS und informiert immer wieder über Neuigkeiten aus dem Aktionsbündnis.

Diversity

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist Unterzeichnerin der »Charta der Vielfalt«. Ziel dieser Arbeitgeberinitiative ist es, Anerkennung, Wertschätzung und Einbeziehung von Diversity in der Arbeitswelt voranzubringen und ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das frei von Vorurteilen ist. Die entsprechenden Aktionen im Jahr 2021 werden im Bereich »Mitarbeiterzufriedenheit« vorgestellt.

Erfolgsfaktor Familie

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist Mitglied des Unternehmensnetzwerks »Erfolgsfaktor Familie«, der zentralen Plattform für Unternehmen in Deutschland, die sich für familienbewusste Personalpolitik interessieren oder bereits tätig sind. Ziel des Netzwerks ist es, Unternehmen für die Notwendigkeit und den Nutzen einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu sensibilisieren. Die entsprechenden Aktionen im Jahr 2021 werden im Bereich »Mitarbeiterzufriedenheit« vorgestellt.

KARLSSON E.V.

Verein für mehr Chancengleichheit von Kindern

Durch den Zusammenschluss der »Deutschen Fachpflege Gruppe«, der »Bonitas Pflegegruppe« und der »bipG Gruppe« zur DEUTSCHENFACHPFLEGE kam auch das soziale Engagement unter das gemeinsame Dach.

Der **Karlsson e. V.**, Verein für mehr Chancengleichheit von Kindern, ist ein »Bonitas-Baby« und wurde im April 2005 gegründet. Anstoß war die Tatsache, dass laut einer Aussage der Bertelsmann-Stiftung »knapp 21 Prozent aller Kinder in Deutschland dauerhaft oder wiederkehrend in Armut leben«. Das bedeutet zwar nicht, dass sie kein Dach über dem Kopf haben, dennoch müssen sie im Vergleich zu ihren Altersgenossen auf einiges verzichten und sind deshalb benachteiligt. Wenn Kinder in Deutschland arm sind, leiden sie an Ausgrenzung, schlechter Gesundheit und mangelhafter Ausbildung – das beeinträchtigt das Selbstwertgefühl und verbaut Zukunftschancen. Und seit Ausbruch der Corona-Pandemie hat sich die Situation vieler Kinder noch deutlich verschlechtert.

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 jedem guttut.

Inzwischen erhält der Verein auch viele Anfragen aus der »Familienhilfe« des Jugendamts, da die Nachfrage nach Unterstützung so zugenommen hat. **Der Verein, dessen Hauptsponsor die Bonitas Pflegegruppe ist, finanziert sich ausschließlich über Spenden.** Weitere Informationen unter www.karlsson-ev.de.



EIN WUNSCH GEHT IN ERFÜLLUNG

Rayk | Klient beim Intensivpflegedienst »Jasper« in Herford



Rayk leidet seit seiner Kindheit an einer Muskelschwäche des Typs Duchenne. Mittlerweile, mit Anfang 20, wird Rayk nachts maskenbeatmet. Der junge Mann lässt sich dadurch seine Lebensfreude nicht nehmen: Er wohnt gemeinsam mit Hündin Lili in seiner eigenen Wohnung, trifft Freunde, liebt Youtube und Netflix. Und Autos haben es ihm angetan – vor allem die schnellen. Weil das Pflegeteam von »Jasper« seinen Klienten gut kennt, hat es ihm seinen rasanten Wunsch erfüllt, einmal im Lamborghini mitzufahren. In Zusammenarbeit mit dem »Bilster Berg Drive Resort« wurde Rayk eine Renntaxifahrt auf der Rennstrecke ermöglicht. **»Ich danke allen, die meinen Traum möglich gemacht haben«, so der glückliche Beifahrer.** (26. September 2021)

HERZLICHKEIT

Zudem gibt es in der DEUTSCHENFACHPFLEGE viele kleine Aktionen des gegenseitigen Helfens und Unterstützens.

Beispielsweise kocht eine WG-Leiterin in Bad Kissingen am »Heiligen Abend« für alle Bewohner*innen ein Weihnachtsessen und isst gemeinsam mit ihnen, damit sie den Abend in stimmungsvoller Gemeinschaft miteinander verbringen können – und der kleinen Hüma schenkte das Pflegeteam zum Abschied ein pinkfarbenedes Laufrad und einen Fahrradhelm. **Es gibt noch viel mehr Beispiele solcher Zeichen der Herzlichkeit.**

FORSCHUNGS- UND ENTWICKLUNGSPROJEKT

AnEffLo

Anti-Effizienzlogiken – Reflexiv-nachhaltige Perspektiven auf Interaktionsarbeit am Beispiel Pflege

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist **Praxispartner** bei dem Forschungs- und Entwicklungsprojekt AnEffLo (Anti-Effizienzlogiken), **das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der EU gefördert wird**. Tobias Hallensleben stellt das Projekt im Folgenden vor.

Unsere These lautet:

In der Pflege sind die Menschen, ihre Emotionen und Beziehungen wichtiger als Effizienz. Das wollen wir auch mit technischen Lösungen sicherstellen. Im Forschungs- und Entwicklungsprojekt AnEffLo werden daher digitale Anwendungen entwickelt, in denen es gerade nicht allein um Effizienzoptimierung geht, sondern vielmehr »weiche Faktoren« (z. B. Vertrauen, Beziehungsqualität, gegenseitiges Miteinander) Berücksichtigung finden. Es sollen Wissen, Perspektiven und Ansprüche aller Beteiligten in die Technikgestaltung einfließen, um Zufriedenheit sowohl von Pflegekräften als auch von Klient*innen zu erhöhen, Organisationsprozesse zu vereinfachen und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Dies wird mit drei digitalen Anwendungen realisiert: einer App-basierten Sympathiebewertung, einer Emotionserkennungs-App und einem Instrument für ein reflexives Pflegemanagement.

Sympathie als Grundlage der Versorgungsplanung: Die »sympathische App«

Die Idee ist denkbar einfach: Pflegebedürftige und Pflegekräfte können gegenseitig mittels App angeben, wie sympathisch sie sich finden. Dieser gegenseitige »Sympathiefaktor« wird, so weit wie möglich, bei der Versorgungsplanung berücksichtigt. Dadurch kann es zu einer besseren »Passung« zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften kommen. Jeder weiß, wie wertvoll es sein kann, wenn die Beziehungsqualität zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen gut ist, wenn es menschlich passt und man sich mag. Auch persönliche Arbeitszeitpräferenzen der Pflegekräfte sollen stärker berücksichtigt werden. Die Einhaltung von arbeitsrechtlichen Vorschriften (z. B. Ruhezeiten) hat dabei natürlich oberste Priorität. Und selbstverständlich erfährt niemand die Bewertung der anderen. Diese Informationen dienen ausschließlich zur Planungsverbesserung, damit das Wohlergehen aller Beteiligten gestärkt wird und die Bedürfnisse von Klient*innen und Beschäftigten vermehrt Eingang in die Dienstplanung finden können.

Die »EMO-App«: Für uns zählt, wie Sie sich fühlen!

Im Rahmen unserer Studie wollen wir die Pflegequalität verbessern, indem berücksichtigt wird, wie sich die Klient*innen während der Pflege fühlen. Ein Weg dorthin ist die EMO-App (die in unsere »sympathische App« operational integriert wird). Bisher ist geplant, die gewonnenen Informationen zum emotionalen Befinden bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen, etwa indem die Versorgungszeiten, soweit möglich, an die »Stimmungskurve« der Klient*innen angepasst werden. Im Laufe des Forschungsprojektes hilft uns eine kleine Anwendergruppe zu lernen, die Stimmungslage der Klient*innen zuverlässig zu erfassen.

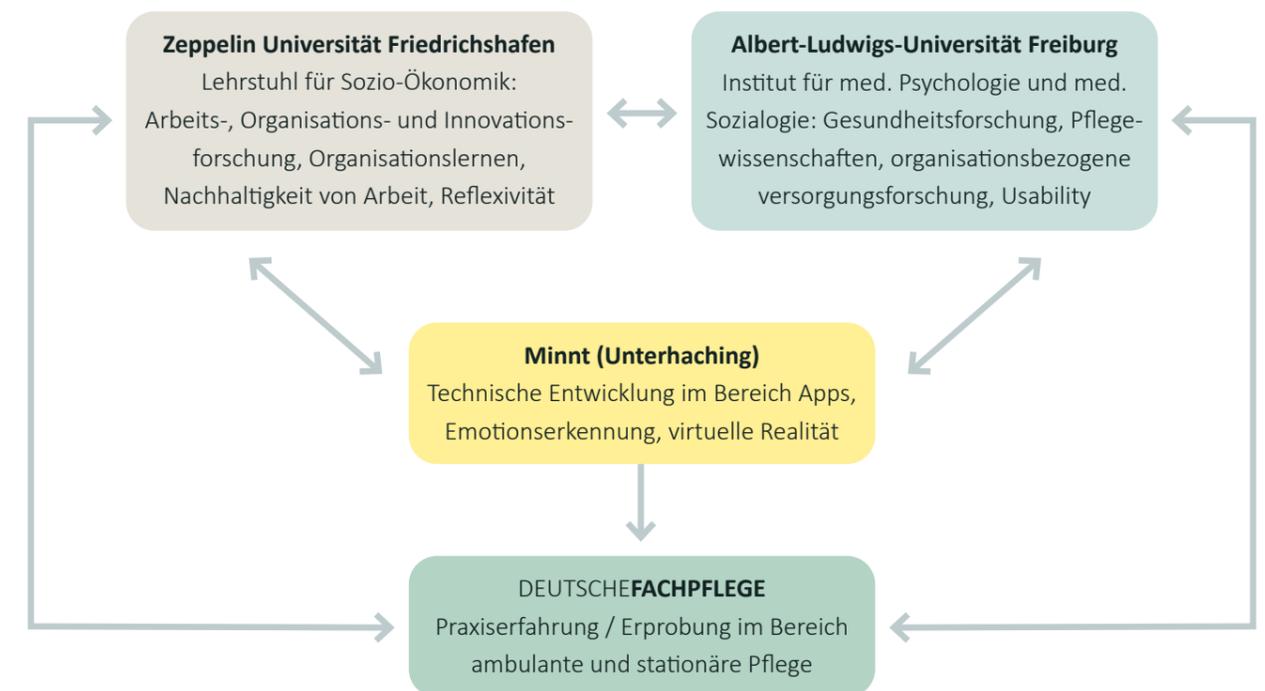
Auch hier gilt: Versorgungssicherheit und -qualität sowie die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften haben oberste Priorität. Die Datenübertragung erfolgt selbstverständlich anonymisiert und verschlüsselt.

Instrument für ein reflexives Pflegemanagement

Die Berücksichtigung immaterieller Ressourcen (z. B. Organisationsklima, Beziehungsqualität, Wohlergehen) bei der Organisation von Arbeit in der ambulanten und stationären Pflege stellt die Managementebene vor komplexe Herausforderungen, die mit traditionellen Methoden einseitiger Effizienzorientierung nicht mehr beherrschbar sind. Daher wird im Forschungsprojekt eine Software für ein reflexives Pflegemanagement entwickelt, die Handlungsoptionen und deren Effekte in komplexen Systemen aufzeigt und Entscheidungsträger*innen (z. B. mittels Visualisierung) dabei unterstützt, nicht-intendierte Nebenfolgen eigenen Handelns verstehen zu lernen. Auch hier sollen insbesondere Beziehungslogiken und Nachhaltigkeitsaspekte Berücksichtigung finden. Das Instrument liefert eine multiperspektivische Betrachtung von Effizienz (einschließlich konkreter Gestaltungsoptionen), indem es die außerökonomischen Bedingungen wirtschaftlichen Erfolgs aufzeigt, damit die Rentabilität eines ressourcenorientierten und gesundheitssensiblen Pflegemanagements belegt und so die Legitimität von Anti-Effizienz-Logiken gegenüber traditionellen betrieblichen Entscheidungskalkülen stärkt.

Vorgehen/Methodik:

Die Pflegebedürftigen und Pflegekräfte probieren die digitalen Anwendungen im Alltag aus. Alle Teilnehmer*innen haben mehrmals die Gelegenheit, einen Fragebogen (in Papierform oder online) auszufüllen, sodass wir die Wirkungen der Instrumente erfassen und ihre Praxistauglichkeit überprüfen können. Mit einer kleineren Gruppe von Personen wollen wir zudem persönliche Interviews führen. Wichtig ist, dass die Nutzer*innen zusammen mit dem Forscherteam Ideen für mögliche Funktionen und weitere Anwendungsfelder entwickeln. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.



Finanzierung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF)

Forschungsprogramm: Zukunft der Arbeit »Arbeiten an und mit Menschen«

Projektlaufzeit: April 2020 bis März 2023

MAIK

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE lädt jährlich zu dem bundesweit anerkannten »MAIK – Münchner außerklinischer Intensiv Kongress«, der 2008 zum ersten Mal in München stattfand.

Aus dem gesamten Bundesgebiet kommen die rund 800 Teilnehmenden aus Medizin und Wissenschaft, Pflege (stationär, ambulant), Therapie aller Fachrichtungen, Pädagogik (insbes. Sozialpädagogik), Sozialrecht, Medizintechnik und Industrie, Case Management, Verbänden, Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen sowie aus den Reihen der Leistungsträger*innen, der Betroffenen und pflegenden An- und Zugehörigen, um sich an zwei Tagen über die unterschiedlichsten Themen rund um die außerklinische Intensivversorgung zu informieren, Workshops zu besuchen und Kontakte zu knüpfen.

Der MAIK gibt mit seiner Themenvielfalt stets wichtige neue Impulse, und die Referierenden sind durchweg Fachexpert*innen, die auch immer gerne bereit sind, Fragen aus der Zuhörerschaft zu beantworten. Immer findet mindestens eine große Diskussionsrunde zu einem aktuellen Thema statt, zu der auch Vertreter*innen der Fachpolitik eingeladen werden. Auf einer begleitenden Fachausstellung werden Innovationen aus der Medizintechnik gezeigt, es präsentieren sich Organisationen und Initiativen und es werben Selbsthilfegruppen sowie gemeinnützige Stiftungen für ihre Ziele.

Von 2009 bis 2011 waren Dr. Markus Söder und von 2012 bis 2013 Dr. Marcel Huber in ihrer Eigenschaft als **Bayerischer Gesundheitsminister jeweils Schirmherr** des MAIK. Als **Staatsministerin für Gesundheit und Pflege übernahm** Frau Melanie Huml von 2014 bis 2020 **die Schirmherrschaft**. Ihr folgte als Schirmherr des 14. MAIK Klaus Holetschek, **Staatsminister für Gesundheit und Pflege**.

In seinem Grußwort für den 14. MAIK, der am 29. und 30. Oktober 2021 stattfinden sollte, schrieb Dan Litvan, damaliger CEO der DEUTSCHENFACHPFLEGE: »Ich bin

stolz auf unseren Fachkongress, der nicht nur in der Branche, sondern auch in der Politik hohes Ansehen genießt. Neben den versorgten Kund*innen und ihren pflegenden Angehörigen begrüße ich alle Professionen, die medizinisch, pflegerisch, therapeutisch, medizintechnisch und sozialpädagogisch in der außerklinischen Versorgung tätig sind. Ohne das große Engagement all dieser Berufsgruppen, auch dem der Leistungsträger, wären wir nicht da, wo wir heute stehen: Von den rund 27.000 Kindern und Erwachsenen, die außerklinische Intensivpflege benötigen, lebt ein Großteil selbstbestimmt im Kreis ihrer Familie und in der eigenen Häuslichkeit. Der MAIK ist eine Plattform für best practice, aber auch für die kritische Begleitung von Entwicklungen in Politik und Gesellschaft.«

Der MAIK in Zahlen: Rund 800 Teilnehmende, 45 Aussteller*innen, 40 Fachvorträge, über 100 Vortragende, 20 Workshops und Diskussionsrunden.

Aufgrund der Corona-Pandemie mussten jedoch in den Jahren 2020/2021 die Kongresse abgesagt werden.



Der **15. MAIK** ist am **11. bis 12.11.2022** geplant.

Statt der Kongresse vor Ort wurden ab dem 26.8.2020 über »50 Onlinetalks« angeboten und die Videoaufzeichnungen auf YouTube als Fortbildungsveranstaltungen eingestellt.

Im Zeitraum 1.1. bis 1.9.2021 haben 180 Interessierte den YouTube-Kanal abonniert und die Klickzahl liegt bei rund 5000. Zwar steht die außerklinische Intensivpflege von Kindern und Erwachsenen im Mittelpunkt, doch die Bandbreite der Themen ist groß. Im Rahmen der »Registrierung beruflich Pflegenden« erhalten Pflegenden nach ihrer Teilnahme jeweils zwei Fortbildungspunkte.

PFLEGE-THERMOMETER 2021

... untersucht die Situation in der häuslichen Intensivversorgung

Die »Deutsche Fachpflege Gruppe« fördert die Studie »Pflege-Thermometer 2021«, die im März 2021 startete. Sie beteiligt sich aktiv an dessen Durchführung über die Teilnahme an den Befragungen, zu der alle von häuslicher Pflege Betroffenen, die Mitarbeiter*innen sowie die Führungskräfte der DEUTSCHENFACHPFLEGE aufgerufen sind.

Mit dem Pflege-Thermometer führt das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) die bislang größte Befragung im Feld der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland durch, um die unterschiedlichen Perspektiven der betroffenen Menschen, ihrer An- und Zugehörigen, der versorgenden Dienste sowie die der Mitarbeitenden der Pflege zu erfassen. Im Zentrum stehen dabei die sozialen und versorgungsbezogenen Aspekte der Betreuung, Teilhabe und Lebenswirklichkeit in den Haushalten. Auch die Chancen der Digitalisierung für diese besondere Gruppe sollen dabei mit untersucht werden.

Durch Einbindung der Perspektiven der Leistungsanbieter*innen sowie Mitarbeitenden in der Pflege sollen zudem Hinweise zu Schulungsbedarfen, Möglichkeiten der Mitarbeiter*innenbindung und der Qualitätsentwicklung identifiziert und beschrieben werden. Die Studie wird überwiegend mit Fördermitteln der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (DGF) realisiert. Neben der »Deutschen Fachpflege Gruppe« sind Linimed, Opseo sowie ResMed weitere Förderer. Unterstützt wird die Studie von zahlreichen Patientenorganisationen, Betroffenenverbänden und Selbsthilfegruppen. Sukzessive finden verschiedene Online-Befragungen statt, die sich gezielt einmal an die in diesem Sektor versorgten Menschen und deren Familien, sodann an die Leitungen der Dienste sowie in einem dritten Schritt an die Mitarbeitenden richten.

Leiter der Studie ist **Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort** vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Hintergrund der breit angelegten Studie ist, dass mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) neue Regelungen der Versorgung in der häuslichen Intensivversorgung in Kraft getreten sind, die es nun auszugestalten gilt. Zugleich bestehen in diesem Sektor der Versorgung keine systematischen Datenerfassungen und kein öffentliches Berichtswesen, sodass keine Folgenabschätzung vorliegt. Die Veröffentlichung der Studienergebnisse ist für das Frühjahr 2022 vorgesehen. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE möchte nicht nur die Wissenschaft fördern, sondern auch für sich als Pflegeanbieter neue Erkenntnisse gewinnen.

Somit ist die Teilnahme am Pflege-Thermometer 2021 auch ein Baustein im Rahmen der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements und ein Zeichen für die konstruktive Zusammenarbeit mit der Pflegewissenschaft.

FACHBEIRAT

Wir haben einen »wissenschaftlichen Fachbeirat« ins Leben gerufen

Am 12. Mai 2021 fand die konstituierende Sitzung des Fachbeirats der DEUTSCHEFACHPFLEGE statt, zu der Dan Litvan eingeladen hatte. Wissenschaftler*innen und Expert*innen aus Medizin und Pflege, Management und Politik, sitzen an einem Tisch und begleiten nun inhaltlich die DEUTSCHEFACHPFLEGE.

Als Ziel wurde bereits bei der ersten Zusammenkunft definiert, pragmatische Qualitätskriterien für die intensivpflegerische Versorgung im ambulanten Bereich weiterzuentwickeln, da sie sich deutlich vom klinischen Setting unterscheiden.

Nicht selten liegen bei den schwerstkranken Menschen, die außerklinische Intensivpflege benötigen, gleichzeitig fünf oder noch mehr Diagnosen vor. Die Anforderungen an die Pflegenden sind deshalb sehr hoch. Ein weiteres Qualitätsmerkmal ist die räumliche Angebotsdichte, denn je näher eine notwendige pflegerische (und anderweitige) Unterstützung für die Betroffenen ist, desto schneller ist eine Weiterversorgung im gewohnten Umfeld möglich. Dabei spielt der Zugang zu fach- und hausärztlicher Versorgung eine große Rolle. Liegt er nicht direkt vor, müssen Televisiten und Telekonsultationen möglich sein.

Als weiteres Ziel wurde die Erarbeitung einer Systematik genannt, wie ein Weaningspotenzial ermittelt werden kann und wer letztlich über die Einleitung des Weaningsprozesses entscheidet. Auch wurde diskutiert, wie die Rolle der Pflegenden bei der Detektion von Weaningpotenzial gestärkt werden kann. Positiv aufgenommen wurde in diesem Zusammenhang die Vorstellung des »Fachteams für medizinische Behandlungspflege«, das es in dieser Form bei anderen Pflegeunternehmen noch nicht gibt. Der Fachbeirat wird die Umsetzung des GKV-IPReG und der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege inhaltlich begleiten.

Der Schulterschluss von Pflege mit der Wissenschaft in Form eines Fachbeirats ist essentiell und bringt für beide Seiten Vorteile, da auch die Praxis der Wissenschaft Impulse geben kann.

Dem Fachbeirat gehören an:



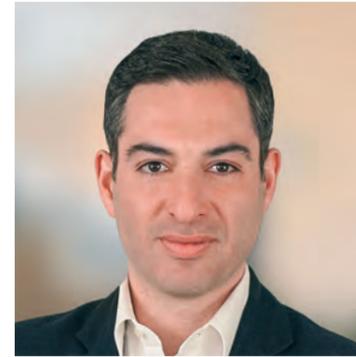
Prof. Dr. med. Dr. h.v.c. S. Schwab
Direktor der Neurologischen Klinik, Universitätsklinikum Erlangen – 2016 bis 2018 Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)



Dr. med. Andreas Fiehn, MBA
Chefarzt – Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Anästhesist, Zusatzbezeichnung: Intensivmedizin, Notfallmedizin, Spezielle Schmerztherapie



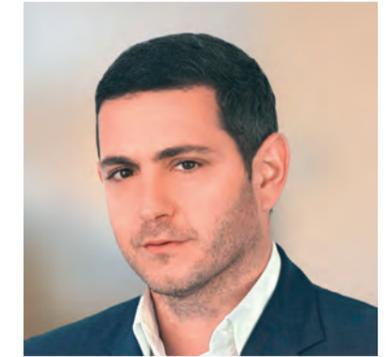
Dr. phil. Maria Panzer
Referentin für Presse- u. Öffentlichkeitsarbeit, Kongresspräsidentin »MAIK«, Pressesprecherin der DIGAB



Dan Litvan
Beirat
Deutsche Fachpflege Holding GmbH



Hartmut Hain
Beirat
Deutsche Fachpflege Holding GmbH



Maxim Rogover
Geschäftsführung COO
Deutsche Fachpflege Holding GmbH



Dr. h.c. Lutz Stroppe
Staatssekretär a. D., Senior Advisor,
Finsbury Glover Hering Europe GmbH



Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort
Professor für Pflegewissenschaft u. Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KATHO NRW), Fachbereich Gesundheitswesen, Abteilung Köln Diplom-Pflegewissenschaftler (FH), Krankenpfleger, MAIK-Beirat



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



Christoph Jaschke
Leiter Innovation & Öffentlichkeitsarbeit,
Kongresspräsident »MAIK«

»Gespräche bieten immer eine Chance, solange sie auf Augenhöhe geführt werden und ergebnisoffen sind. Das ist für mich beim spannenden Fachbeirat klar der Fall und ich bin froh, mit an Bord sein zu dürfen.«
Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort

»80 % der Klient*innen, die wir in unserer Klinik behandeln, möchten wieder nach Hause. Das ist ihr gutes Recht, und das werde ich unterstützen, solange ich berufstätig bin. Deshalb brauchen wir eine qualitativ hochwertige außerklinische Intensivpflege. Das ist der wichtigste Grund, warum ich im Fachbeirat mitarbeite.«
PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld



Herr Prof. Isfort, was gab den Anstoß für das »Pflegethermometer 2021«?

Es ist, so glaube ich, genau der richtige Zeitpunkt für eine umfassende Untersuchung in diesem so wichtigen Sektor. Einerseits beklagen wir ja seit Jahren, dass weder systematische Daten vorliegen, noch, dass es eine amtliche Berichterstattung dazu gibt. Politik kann man ohne Grundlagen aber nicht gestalten.

Das heißt, wir müssen die Daten gemeinsam mit allen Akteur*innen selbst generieren, sonst bleibt die häusliche Intensivversorgung ein Spielball der Kassen und Interessensverbände. Zentral ist natürlich, dass mit dem GKV-IPREG in diesem Jahr wesentliche Weichen der Versorgung gestellt werden, die man auch mit Analysen und Folgenabschätzungen begleiten muss. Die Politik hat das verpasst – die Pflege sollte dies aber dringlichst tun.

Warum bevorzugen Sie den Begriff »häusliche Intensivpflege«?

Sprache schafft ja auch immer eine Realität. Und mit dem Ausdruck der »außerklinischen Intensivpflege«

wird die starke Krankenhauszentrierung, wie wir sie in Deutschland haben, weiterhin bedient. Der Sektor der häuslichen Versorgung ist aber ein ganz eigener, mit eigenen Konzepten, eigenen Werten, eigenen Handlungsspielräumen. Dem sollte man auch sprachlich begegnen. »Häuslichkeit« schließt auch Wohngemeinschaften oder spezielle stationäre Einrichtungen mit ein, die ein Zuhause, also eine dauerhafte Örtlichkeit beschreiben.

Warum hat sich die Pflegewissenschaft offensichtlich sehr wenig mit der häuslichen Intensivpflege befasst und wie lässt sich sonst die schlechte Zahlenbasis erklären?

Einerseits ist es nicht primär Aufgabe der Pflegewissenschaft, steuerungsrelevante Daten der Gesundheitsversorgung selbst zu erfassen und zu veröffentlichen. Das finde ich, gehört in die Hände des Staates. Für viele Bereiche wird hier die Aufgabe ernst und angenommen, z. B. mit der Krankenhausstatistik oder mit den Bildungsstatistiken aus den Schulen und Hochschulen. Dass es insgesamt keine bundeseinheitliche und klare Berichterstattung zur Pflege gibt, ist eigentlich ein Skandal, und die häusliche Intensivversorgung müsste hier Teil dieser Berichterstattung werden.

Dass es in der Pflegewissenschaft selbst zu wenige Projekte oder zu wenige Studien zu diesem Thema gibt, liegt auch an den begrenzten personellen und finanziellen Möglichkeiten der Forschung in der Pflege. Das müssen wir als Lücke noch schließen.

Sie gehören jetzt dem Fachbeirat der DEUTSCHEN FACHPFLEGE unter dem Motto »Pflegewissenschaft trifft Pflegeanbieter« an. Ist eine solche Zusammenarbeit in Deutschland nicht überfällig?

Ja, natürlich. Ich habe schon immer und seit Jahren die Einstellung, dass man nur gemeinsam die Versorgung weiterentwickeln kann. Ich habe daher nie Berührungsschwierigkeiten mit Trägern gehabt oder mit Gewerk-

schaften oder Parteien, wobei ich Letzteres eingrenzen würde auf die, die an einer sozialen und gerechten Entwicklung auch interessiert sind. Es nutzt auch nichts, alleine Konzepte am Schreibtisch zu entwickeln, wenn sich diese nicht umsetzen lassen. Letztlich ist das Verbindende das Eintreten für eine bestmögliche Versorgung unter zumutbaren finanziellen Bedingungen, unter denen niemand leidet.

Gespräche bieten daher immer eine Chance, solange sie auf Augenhöhe geführt werden und ergebnisoffen sind. Das ist für mich beim spannenden Fachbeirat klar der Fall und ich bin froh, mit an Bord sein zu dürfen.

Die häusliche Intensivpflege ist eine noch recht junge Form der Pflege. Gibt es aus wissenschaftlicher Sicht hierfür bereits Qualitätsindikatoren?

Die Debatte um pflegesensitive Qualitätsindikatoren wird in anderen Ländern, insbesondere in den anglo-amerikanischen Ländern viel intensiver geführt als hierzulande. Dort gibt es z. B. die National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). In Deutschland ist bislang lediglich der »Dekubitus« als Marker in den Krankenhäusern übernommen.

Hier gibt es viel Entwicklungsbedarf und ich glaube, dass ein beidseitiges Lernen von Wissenschaft und Praxis hier wichtig sein wird, um der Besonderheit der häuslichen Intensivpflege gerecht zu werden und nach Möglichkeiten zu suchen, wie wir eine gute Qualität in diesem Sektor auch erfassen können.

Was muss im »Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG« aus Ihrer Sicht nachgesteuert werden?

Es gibt dazu ein sehr gutes und von, wie ich finde, unfassbar engagierten und klugen Personen entwickeltes Papier, das des GKV-IPREG »ThinkTank«. Ich war dort am Rande mit beteiligt, aber die Federführung hatten klar andere Akteur*innen, von denen ich viel lernen konnte. Die zentralste aller Fragen ist, ob man mit dem

GKV-IPREG sicher ausschließen kann, dass durch die Hintertür eine Kostendämpfung erfolgt, die zu einer Minderung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Intensivversorgungsbedarf führt. Das muss deutlich und unmissverständlich ausgeschlossen werden. Viele weitere Fragen lassen sich dem unterordnen. Detailfragen ergeben sich darüber hinaus auch bezüglich der Frage nach der Versorgungssteuerung und der primären Fokussierung auf eine Dekanülierung. Es ist für mich das erste Gesetz, das ich kennenlernen, in dem ein isoliertes medizinisches Ziel in einer derart prominenten Form beschrieben wird.

Üblicherweise hält sich die Politik, insbesondere bei Gesetzen, damit zurück, Einzelziele zu benennen, sondern gibt den Rahmen der Ermöglichung von Zielerreichungen vor.

Das GKV-IPReG hat das Ziel, verschiedene Gesetzbücher klarer abgrenzen. Müsste nicht sehr viel stärker betont werden, dass die unverzichtbare Basis für Teilhabe die häusliche Intensivpflege ist?

Die Abgrenzung zwischen den Gesetzbüchern ist ja nicht Teil der Lösung, sondern Teil des Problems. Das kennen wir beim SGB V und SGB XI ja seit Langem. Noch im Krankentransportwagen in eine Pflegeeinrichtung wechselt man das Sozialsystem und damit die Leistungsansprüche.

Das Risiko, dass gegenseitige Verweise auf andere Kostenträger*innen und Absagen einer Kostenübernahme auf dem Rücken von Personen geführt werden, die das ohne sozialrechtliche Hilfe nicht für sich einfordern können, ist in jedem Falle gegeben.

Gesetze sollten vom Menschen aus gedacht werden. Ohne gute Pflege kann niemand Teilhabe realisieren, das sehe ich wie Sie.

Für mich ist daher der »Lackmustest« das Engagement der Politik und der Kostenträger*innen bezüglich der Frage, wie ernst man die Charta der Rechte der Hilfe- und Pflegebedürftigen und die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung nimmt.

Ausblick auf das Jahr 2022

Die größten Herausforderungen der DEUTSCHENFACHPFLEGE waren und sind die Bewältigung der Corona-Pandemie und das »Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG«. Daraus wiederum folgen die für uns maßgebliche neue »Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege« des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die zu erwartenden Bundesrahmenempfehlungen.

1. Mit dem Aufbau von »**Fachteams für medizinische Behandlungspflege**« (FmB) ist es möglich, passgenau und multiprofessionell auf die gesundheitliche Situation aller Klient*innen einzugehen. Die FmB-Teams bauen die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen – die in der außerklinischen Intensivpflege tätig sind – aus, führen Assessments durch und arbeiten konstruktiv mit den Krankenkassen zusammen. Da Atmungstherapeut*innen in diesen Teams eine Schlüsselstellung einnehmen, bildet die DEUTSCHENFACHPFLEGE auch selbst Pflegefachkräfte zu Atmungstherapeut*innen weiter.

Unser Ziel für 2022: Bundesweiter Aufbau von FmB-Teams sowie Vernetzung mit Fachkliniken, Ärzteschaft, Therapie, Krankenkassen, Medizintechnik und allen weiteren Partner*innen in der Versorgungslandschaft, Ausbildung und Einstellung weiterer Atmungstherapeut*innen, damit diese möglichst vielen Klient*innen zur Verfügung stehen.

2. Eine ausreichende außerklinische ärztliche Versorgung kann nur über **Telekonsultationen, Televisiten und Telemonitoring** gewährleistet werden. In den Bereichen der Telemedizin sowie der Digitalisierung sind in diesem Jahr große Fortschritte zu verzeichnen. Auch die **Digitalisierung der Pflegedokumentation** ist in vollem Gange.

Unser Ziel für 2022: Ausbau der telemedizinischen Potenziale und Kooperationen, Evaluation von bereits laufenden Telemedizin-Projekten sowie Schulung der Mitarbeiter*innen.

3. Schon jetzt decken wir das gesamte Leistungsspektrum der Pflege ab und versorgen **Klient*innen aller Altersstufen, Pflegegrade und Versorgungsformen**. Auch sind wir in **15 von 16 Bundesländern** vertreten. Dank unseres erfolgreichen Konzepts der aktivierenden Pflege ziehen wir uns im Rahmen unserer Rückzugspflege aus einer Versorgung zurück, wenn wir dies verantworten können, und übernehmen neue Klient*innen, die in einer akuten Notlage sind und unsere Unterstützung benötigen.

Unser Ziel für 2022: Angesichts der 4,13 Millionen Menschen in Deutschland, die aktuell pflegebedürftig sind, werden wir unser Portfolio so erweitern, dass möglichst viele Pflegebedürftige, ob nur im Alltag eingeschränkt oder schwerstpflegebedürftig, die Unterstützung und Pflege von uns erhalten, die sie brauchen.

4. Um in der außerklinischen Intensivpflege den Anforderungen der **S2k-Leitlinie** und im gesamten Pflegebedarf den gesetzlichen Vorgaben sowie den Pflegestandards genügen zu können, bieten wir unseren Mitarbeiter*innen sowohl vor Ort als auch über **E-Learning** laufend **Fort- und Weiterbildungen** an. Zudem legen wir den Fokus auf die **generalistische Ausbildung**, schulen Praxisanleiter*innen und erhöhen ihre Kompetenz in Refresher-Kursen. Das **Recruiting neuer Mitarbeiter*innen** dehnen wir auf **Pflegefachschulen** aus und informieren die Abschlussklassen über die außerklinische Intensivpflege.

Unser Ziel für 2022: Begeisterung von Schüler*innen und Pflegekräften für die außerklinische Intensivpflege und Werbung für die Möglichkeit, sich für diesen vielseitigen und sinnstiftenden Beruf zu qualifizieren. Aus-, Fort- und Weiterbildung ist für uns ein Zukunftsthema von höchster Priorität, insbesondere auch Angebote digitalen Lernens.

5. Die Qualität der Pflege hängt entscheidend davon ab, wie es den Pflegekräften geht. Wir sorgen dafür, dass sie **Beruf und Familie** gut miteinander vereinbaren, ihren Dienstplan frei gestalten und flexibel Fort- und Weiterbildungsangebote absolvieren können. Eine **wertschätzende Arbeitsatmosphäre**, die den Grundsätzen der **Diversity-Charta** folgt, ist uns als Unterzeichner dieser Charta wichtig. Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung bieten wir auch Kurse für Teambildung, Umgang mit Veränderungen, Spannungen und Konflikten etc. an.

Unser Ziel für 2022: Die Förderung einer angenehmen Arbeitsatmosphäre, guter Arbeitsbedingungen sowie unterschiedlicher Unterstützungsangebote für unsere Mitarbeiter*innen stehen auch weiterhin auf unserer Agenda.

6. Die DEUTSCHENFACHPFLEGE ist in engem Kontakt und **Austausch mit Forschung und Wissenschaft**. Wir beteiligen uns an universitären Forschungsprojekten und haben mit dem Ziel des Wissenstransfers einen wissenschaftlichen Beirat gegründet, der sich mehrmals im Jahr trifft. Auch der **MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress** sowie die Onlinetalks sind Plattformen, um mit Expert*innen aus Medizin, Wissenschaft, insbesondere der Pflegewissenschaft, Therapie usw. zu diskutieren.

Unser Ziel für 2022: Fortsetzung des Austauschs mit Forschung und Wissenschaft, um neue Erkenntnisse, mit deren Hilfe die Lebensqualität unserer Klient*innen gesteigert werden kann, in unsere Dienstleistung zu implementieren. Unser Ziel ist es, bundesweit Maßstäbe zu setzen und beispielgebend für die hervorragende Qualität der Pflege zu sein.

Impressum

Herausgeber

Deutsche Fachpflege Holding GmbH
Heidestraße 13
32051 Herford

T 0800 | 306 550 00
E info@deutschefachpflege.de
W www.deutschefachpflege.de

Stand der Veröffentlichung

1. Dezember 2021

Stand für sämtliche angegebene Zahlen

30. Juni 2021 (falls nicht anders vermerkt)

Satz & Layout

Bonitas Pflegegruppe

Fotos

Deutsche Fachpflege Gruppe, Bonitas Pflegegruppe, bigG Gruppe, Shutterstock, AdobeStock, iStock

Druck

Druckerei + Verlag Kurt Eilbracht GmbH & Co. KG



»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.



www.deutschefachpflege.de