Mook we gern mit Dir!
Ambulanter Pflegedienst

SH
Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung

Ministerium für Justiz und Gesundheit

Ministerium für Landwirtschaft, ländliche Räume, Europa und Verbraucherschutz

Neue Wege in der Pflege

PROZESSHANDBUCH

AUTONOME AMBULANTE PFLEGETEAMS - MEHR MENSCHLICHKEIT FÜR EIN ATTRAKTIVES ARBEITSFELD

Impressum

Redaktionsleitung: Mechthild Alves, Stiftung Mensch, www.stiftung-mensch.com
Konzept und Redaktion: DSN Connecting Knowledge, Kiel, www.dsn-online.de
Grafikdesign: Mazeline GmbH, Kieler Str. 420, 22525 Hamburg
Druck: Beisner Druck GmbH & Co. KG, 21244 Buchholz i. d. Nordheide
Bildnachweis: S.4 Dirk Schönfeldt; S. 15, S. 19, S.30+31 Stiftung Mensch

Das Projekt „Autonome Ambulante Pflegeteams – mehr Menschlichkeit für ein attraktives Arbeitsfeld“ ist ein Projekt der

Mook we gern gGmbH
Bütjestraße 6, 25704 Meldorf
Tel.: 04832/60 11 193
E-Mail: info@mookwegern-pflege.de
www.mookwegern-pflege.de

Strategischer Projektleiter: Horst Michaelis
Operative Projektleiterin: Mechthild Alves
Autonomes Pflegeteam Heide: Angele Back, Sarah Bisinger, Dennis Hanßen, Andrea Lemke, Sandra Stein

Die Mook we gern gGmbH ist ein anerkannter Pflegedienst mit Versorgungsverträgen nach SGB XI, allgemeine Pflege und SGB V, medizinische Behandlungspflege.
Die Mook we gern gGmbH ist ein Tochterunternehmen der Stiftung Mensch.
Geschäftsführer: Horst Michaelis
Pflegedirektorin: Yvonne Hartig

Stand: November 2022

Sprachgebrauch

Wir formulieren gendergerecht. Aus Gründen der Lesbarkeit wird in Tabellen und Abbildungen bei Personenbezügen teilweise die männliche Form gewählt. Die Angaben beziehen sich jedoch immer auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. In allen Textpassagen wird auf eine gendergerechte Sprache geachtet. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass einzelne Textstellen nicht gendergerecht sind.

Inhalt

Vorwort 4

Warum ein neues Pflegemodell? 5
- Gesellschaftspolitischer Kontext: 5
- Pflegepolitischer Kontext: 5
- Ökonomischer Kontext: 5
- Demographischer Kontext: 5

Projektbeschreibung - Kurzprofil des Projekts 6

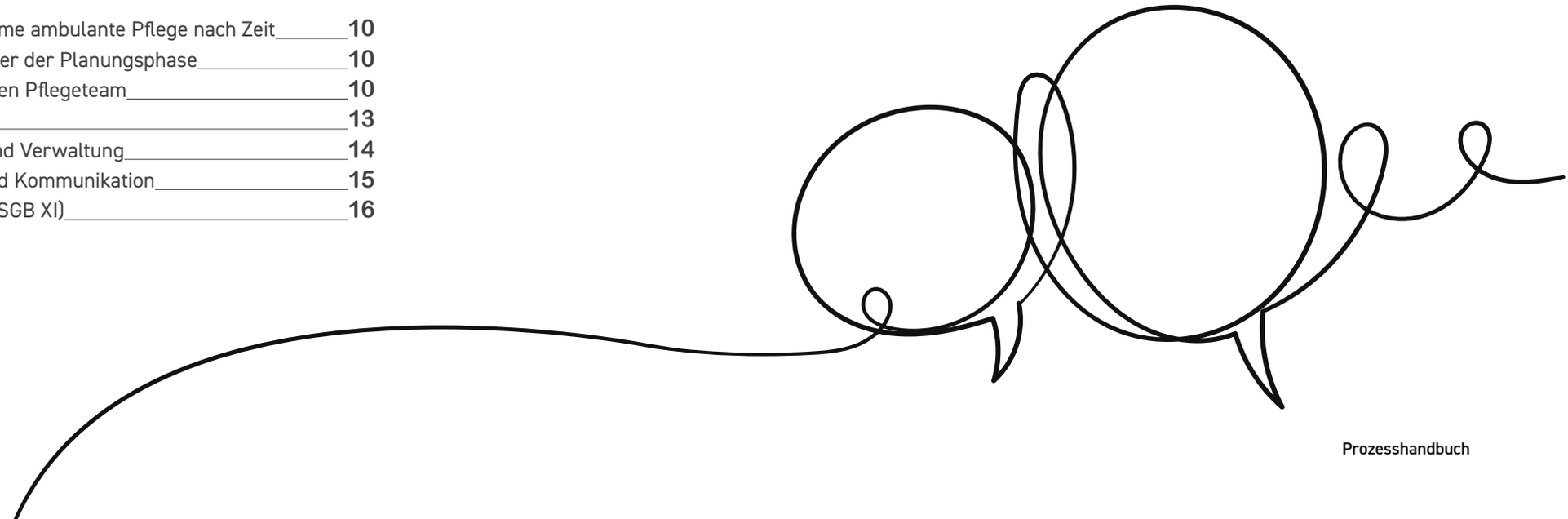
Organisationsmodell 7
- Rolle und Verantwortung AP-Beauftragte 7
- Rolle und Verantwortung Projektmitglieder 7
- Rolle und Verantwortung Projektbeirat 7

Der AAP-Prozess 8
- Ziele des Prozesshandbuchs 8
- Quellen für das Prozesshandbuch 8

Planung autonome ambulante Pflege nach Zeit 10
- Handlungsfelder der Planungsphase 10
  - Vorbereitungen Pflegeteam 10
  - Vernetzung 13
  - Bürokratie und Verwaltung 14
  - Marketing und Kommunikation 15
  - Klient:innen (SGB XI) 16

Durchführung autonome ambulante Pflege nach Zeit 18
- Handlungsfelder der Durchführungsphase 18
  - Begleitung Pflegeteam 18
  - Netzwerke 22
  - Bürokratie und Verwaltung 24
  - Marketing und Kommunikation 25
  - Förderung Klient:innen 26

Schlüsselerkenntnisse 27
- Organisation und Planung 27
- Autonomie 27
- Personalakquise und Teamzusammenstellung 27
- Klient:innenakquise 28
- Wirtschaftslichkeit und Vergütungsvereinbarung 28



Vorwort

Pflege mit Zeit, auch für ein gutes Gespräch

Mit der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Pflegealltag waren große Erwartungen verknüpft. Die Pflege sollte sich verändern. Verändern zugunsten der Klient:innen durch eine Fokussierung auf die eigentlich wichtige Sache: Das Pflegen, mehr Zeit für und mit den Pflegebedürftigen. Und die Pflege muss sich verändern, insbesondere auch die ambulante Versorgung von Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit. Die demographische Entwicklung in den urbanen, aber noch stärker in den ländlichen Räumen zeigt ganz deutlich, dass immer mehr Menschen immer älter werden und immer mehr Menschen immer länger pflegebedürftig bleiben. Gleichzeitig beobachten wir mit Sorge, dass die Arbeitsbedingungen in der (ambulanten) Pflege gleichbleibend verbesserungsbedürftig sind und die Verfügbarkeit von Fachkräften sogar sinkt.

Für uns ist klar, was das bedeutet: Wir müssen neben der Komponente „mehr Zeit für die pflegebedürftigen Menschen“ auch die Zufriedenheit der pflegenden Menschen signifikant erhöhen. Das geht nur durch eine Veränderung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Versorgung. Was es dazu braucht? Neben mehr Zeit für die menschenzentrierte Pflege und Versorgung braucht es auch ein neues Selbstverständnis der Pflegenden. Unsere Idee ist, diesen wertvollen pflegenden Mitgliedern unserer Gesellschaft mehr Kontrolle und Einfluss zur Gestaltung ihres Arbeitsumfeldes zu geben – mehr Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit durch Gestaltungsspielraum und -kompetenz zu entwickeln.

Im Projekt „Autonome ambulante Pflegeteams“ wurde ein neues Modell für die Organisation, Zusammenarbeit, Durchführung und Finanzierung der ambulanten Pflege entwickelt und in einem Pilotbetrieb erprobt. Unser besonderer Dank gilt an dieser Stelle dem Land Schleswig-Holstein und den beteiligten Ministerien, ohne die die Durchführung dieses Projektes nicht möglich gewesen wäre.

Das hier vorliegende Prozesshandbuch dokumentiert den gesamten Prozess des neu entwickelten Pflegeansatzes für Dritte nachvollziehbar und unterstützt dabei eine mögliche Übertragung in die Regelversorgung. Für eine zukunftsfähige Pflege braucht es neben der Einbindung der Angehörigen in die Pflege auch die Akzeptanz der politischen Entscheidungsträger, die Unterstützung der therapeutischen Strukturen, der aktiven Mitarbeit der Kostenträger und nicht zuletzt auch Sie: Denn, wenn wir alle etwas ändern wollen, dann wird auf lange Sicht die Idee einer Pflege mit Zeit Realität und der Pflegeberuf zu einem attraktiveren Arbeitsfeld!

Horst Michaelis

GESCHÄFTSFÜHRER DER MOOK WE GERN GGMBH

Warum ein neues Pflegemodell?

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs …

… im Jahr 2015 hatte unter anderem zum Ziel, die Pflegedokumentation zu vereinfachen, mehr Zeit für die eigentliche Pflege zu schaffen und so die individuellen Bedürfnisse der Menschen besser zu berücksichtigen. Insbesondere für die Langzeitpflege im Rahmen der ambulanten Versorgung sollte sich so die Chance eröffnen, die Bedürfnisse der Klient:innen in den Mittelpunkt der pflegerischen Tätigkeiten zu stellen. Der hier vorgestellte Ansatz zur Entwicklung eines autonomen ambulanten Pflegeteams greift in Anlehnung an das Strukturmodell diese Zielstellung direkt auf und erweitert den Anspruch auch auf die Perspektive der Pflegefachkräfte. Pflege nach Zeit bedeutet hier nicht nur die Bedürfnisse der Klient:innen durch eine flexible Pflegetätigkeit – abgerechnet nach Zeit und nicht nach Leistungskomplexen – zu verwirklichen, sondern auch die Attraktivität des Pflegeberufes durch die Förderung von selbstreflektiertem und eigenständigem Pflegen zu steigern und so die Attraktivität des Berufsfeldes langfristig zu steigern. Das Projekt „Autonome Ambulante Pflegeteams – mehr Menschlichkeit für ein attraktives Arbeitsfeld“ muss vor dem Hintergrund folgender allgemeiner Rahmenbedingungen gesehen werden.

GESELLSCHAFTS-POLITISCHER KONTEXT:

Gesundheit hat heute einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft. Wie wichtig das Thema ist, rückt aber häufig erst in das eigene Bewusstsein, wenn man selber oder eine Person aus dem eigenen nahen Umfeld von Krankheit betroffen ist oder pflegebedürftig wird – häufig im Alter. In unserer Gesellschaft lassen sich verschiedene Rollen in Bezug auf Gesundheit und Pflege im Alltag identifizieren. Neben den Pflegebedürftigen selber spielen auch Angehörige, Pflegekräfte, Pflegekassen, ein gutes ärztliches, therapeutisches und privates sozialräumliches Umfeld sowie ehrenamtlich engagierte Bürger:innen eine wichtige Rolle.

PFLEGEPOLITISCHER KONTEXT:

Pflege heute ist immer noch geprägt durch eine Konzentration auf viele Einzelleistungen, hierarchische Strukturen, zahlreiche operative und administrative Aufgaben und eine Qualifikation der Mitarbeiter:innen entsprechend der gesetzlichen Mindeststandards. Geprägt wird sie auch durch Arbeit unter hohem Zeitdruck und starker gesundheitlicher und psychosozialer Belastung. Mitarbeiter:innen, die ihre Arbeit als wenig befriedigend erleben, eine unzureichende Vergütung, ein im Vergleich zu anderen Branchen hoher Krankenstand und eine hohe personelle Fluktuation sind ebenfalls Themen, die im Rahmen ambulanter Pflege von großer Bedeutung sind.

ÖKONOMISCHER KONTEXT:

Gesundheitsfragen sind heute gleichwohl Kostenfragen. 2019 waren die Ausgaben für das Gesundheitssystem in Deutschland mit fast 10% am Bruttoinlandsprodukt im EU-weiten Vergleich am höchsten. In der Pflege gilt: Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Allerdings deckt die Kranken- und/oder Pflegeversicherung häufig nicht alle realen Kosten der Pflege ab. Viele Menschen nutzen ihr Pflegegeld zudem, um allgemeine Lebenshaltungskosten zu tragen. Dies trifft vor allem Ältere, meist Frauen mit geringer Rente und Menschen in ländlichen Regionen. Gesundheit muss man sich leisten können.

DEMOGRAPHISCHER KONTEXT:

Der demografische Wandel betrifft die Pflege in doppelter Weise. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung in Deutschland steigt die Nachfrage nach professioneller ambulanter Pflege im Alter. Laut Vorausberechnungen kann sich die Zahl der ambulant Pflegebedürftigen bis 2060 auf knapp 4 Millionen* verdoppeln. Zugleich sinkt voraussichtlich das Arbeitskräftepotenzial, aus dem der Bedarf an Pflegefachkräften gedeckt werden kann. In den ländlichen Kreisen in Schleswig-Holstein sinkt ab 2025 die Einwohnerzahl, der Anteil der über 80-Jährigen steigt bis 2040 voraussichtlich um mehr als 30 % an.

*Quelle: https://de.statista.com

Projektbeschreibung

Kurzprofil des Projekts

Das vom Land Schleswig-Holstein geförderte Projekt "Autonome ambulante Pflegeteams - mehr Menschlichkeit für ein attraktives Arbeitsumfeld" (AAP) zielte darauf ab, ein neues Modell für die Organisation, Zusammenarbeit, Durchführung und Finanzierung der ambulanten Pflege zu entwickeln, dieses Modell in einem Pilotbetrieb zu erproben sowie Prozesse und Ergebnisse laufend zu evaluieren. Die Projektlaufzeit betrug drei Jahre (November 2019 - November 2022). Definiertes Ziel war es zudem, die Erfahrungen an interessierte Akteure in einem Prozesshandbuch weiterzugeben. Das Projekt wurde von der Mook we gern gGmbH durchgeführt. Projektgebiet war die Stadt Heide in Schleswig-Holstein und angrenzende Gemeinden.

DIE VISION DES PROJEKTS

"Autonome ambulante Pflegeteams - mehr Menschlichkeit für ein attraktives Arbeitsumfeld" war die Übernahme des neuen Konzeptes in die Regelversorgung der Pflegekassen, um die Qualität der ambulanten Pflege und die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern.

ZIELE DES PROJEKTS

Ziele in der ambulanten Pflege

- Vermeidung, Überwindung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit durch bedarfsgerechte „Pflege nach Zeit"
- Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer selbstbestimmten Lebensführung der Betroffenen
- Unterstützung und Förderung der Bereitschaft zur Pflege und Betreuung durch Angehörige, Nachbar:innen oder ehrenamtliche Helfer:innen einschließlich der Vermittlung der notwendigen Fertigkeiten

Ziele für Berufsbild Pflege und Pflegeumfeld

- Steigerung der Attraktivität des ambulanten Pflegeberufes bei schleswig-holsteinischen Anbietern von ambulanten Pflegeleistungen durch mehr selbstbestimmtes Arbeiten
- Vernetzung der ambulanten, teilstationären und stationären gesundheits- und sozialpflegerischen Einrichtungen und Dienste
- Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung insbesondere im ländlichen Raum

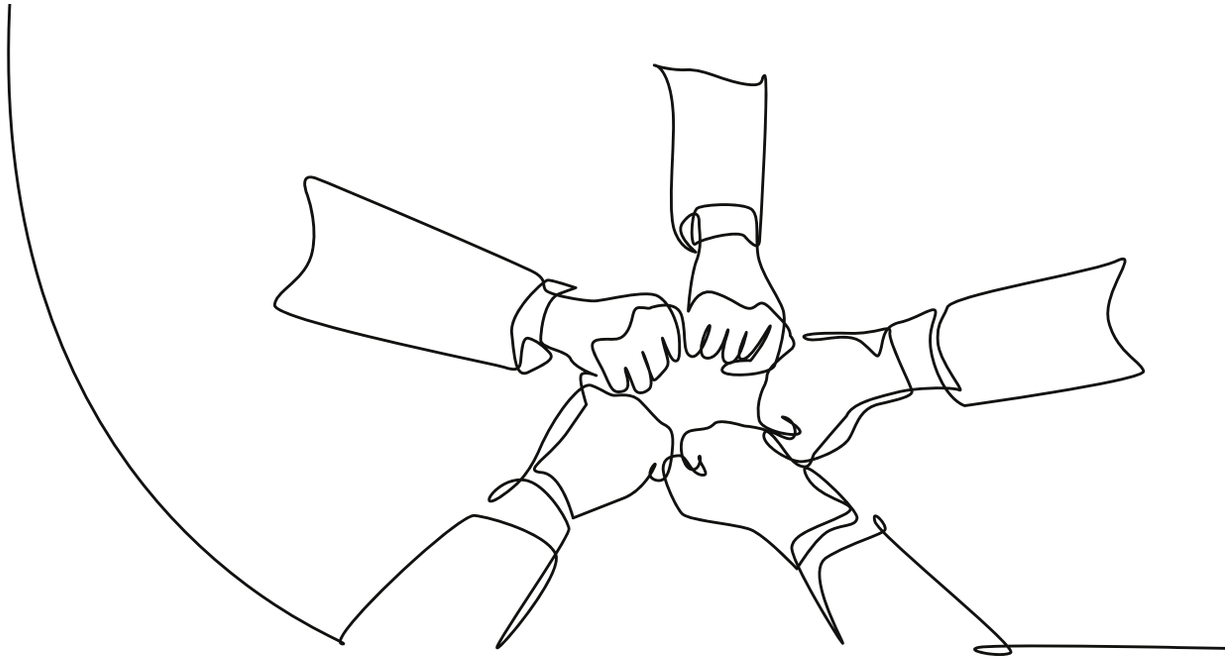
RAHMENDATEN DES PROJEKTS

PROJEKTTRÄGER	Mook we gern gGmbH, Meldorf; ein Tochterunternehmen der Stiftung Mensch
PROJEKTLAUFZEIT	36 Monate; 15.11.2019 – 14.11.2022
PROJEKTREGION	Kreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein
FÖRDERPROGRAMME UND INSTITUTIONEN	• Richtlinie zur Förderung der ambulanten, stationären und sektorenübergreifenden Angebote – Versorgungssicherungsfonds des Ministeriums für Justiz und Gesundheit • Richtlinie über die Förderung sonstiger Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein nach §7 des Landespflegegesetzes (LPflegeG) des Ministeriums für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung • Förderung aus Ladesmitteln für Maßnahmen der integrierten ländlichen Entwicklung in Schleswig-Holstein durch das Ministerium für Landwirtschaft, ländliche Räume, Europa und Verbraucherschutz
BEWILLIGTE FÖRDERSUMME(N)	797.176,70 EUR durch die oben genannten Ministerien; eine weitere wichtige Säule der Finanzierung waren die Pflegekassen, die die Pflegeleistung durch einen neuen modellhaften Stundensatz finanzierten
FACHLICHE BEGLEITUNG	Projektbeirat, externe Evaluation

Organisations-modell

Who is who?

Die Gesamtverantwortung für das Projekt lag bei der Mook we gern gGmbH – ein Tochterunternehmen der Stiftung Mensch. Seitens der Mook we gern gab es eine strategische und eine operative Projektleitung. Alle Projektaktivitäten wurden in sieben Arbeitspaketen (AP) durchgeführt. Für jedes Arbeitspaket wurde eine beauftragte Person benannt. Diese war für die operative Koordination der Aktivitäten in dem Arbeitspaket und in den darunter definierten Aktivitätsgruppen und den Teammitgliedern verantwortlich.



ROLLE UND VERANTWORTUNG AP-BEAUFTRAGTE

Die AP-Beauftragten waren für die Leitung des Arbeitspaket-Teams und die Zielerreichung verantwortlich. Sie planten und initiierten alle Aktivitäten des jeweiligen AP's und der Aktivitätsgruppen anhand des Arbeitsplans, einschließlich der Verantwortlichkeiten des Teams und des Zeitplans. Darüber hinaus überwachten sie die Arbeitsfortschritte anhand des Arbeitsplans. Gemeinsam mit dem Projektmanagement hielten sie Projektrisiken für ihr Arbeitspaket im Blick und verwalteten die Überprüfung der Leistungsqualität und die rechtzeitige Lieferung. Sie leiteten Vorbeugungs- oder Abschwächungsmaßnahmen bei Abweichungen ein und waren dafür verantwortlich, Änderungsanträge zu initiieren. Aufgabe des jeweiligen AP-Beauftragten war es außerdem, Beiträge zu offiziellen Jahres- und Statusberichten zu leisten.

ROLLE UND VERANTWORTUNG PROJEKTMITGLIEDER

Projektmitglieder in einem AP-Team trugen als Aktivitäts- oder Aktivitätsgruppenleiter oder als Teammitglied zum Projektfortschritt bei. Sie planten die Aktivitäten des jeweiligen AP's mit und beteiligten sich an den Aktivitäten und Ergebnissen des Arbeitspakets gemäß dem jeweiligen Arbeitsplan. Ihre Verantwortung war es, den Beitrag zu den Ergebnissen rechtzeitig und in angemessener Qualität zu liefern (Fortschritt). Beispiele stellten regelmäßige Statusnotizen, die Bearbeitung des Status und das Berichtwesen an die Fördermittelgeber:innen dar.

ROLLE UND VERANTWORTUNG PROJEKTBEIRAT

Der Projektbeirat bestand aus Vertreter:innen der Politik, Verwaltung, Ärztekammer, Pflege, Seniorenbeirat, Ehrenamt und weiteren Stakeholdern des Projekts und war ausschließlich beratend tätig. Seine Aufgaben umfassten die fachliche Begleitung des Projektes, die Beratung des Projektes, die Einbringung von externem Sachverstand, die Bildung einer Schnittstelle zu anderen Netzwerken, die Unterstützung von Projektmarketingaktivitäten durch Kommunikation und Verbreitung, den Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer, die Funktion als Multiplikator in die Region und die Politik, die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Übernahme des neuen Pflegeansatzes in die Regelversorgung sowie auf Anfrage durch die Mook we gern gGmbH eine inhaltliche Unterstützung auf Aktivitätenebene.

Der AAP-Prozess

Ziele & Quellen

Im Projekt „Autonome ambulante Pflegeteams“ wurde ein neues Modell für die Organisation, Zusammenarbeit, Durchführung und Finanzierung der ambulanten Pflege entwickelt und in einem Pilotbetrieb erprobt. Das hier vorliegende Prozesshandbuch dokumentiert den Prozess des neu entwickelten Pflegeansatzes für Dritte nachvollziehbar und unterstützt dabei eine mögliche Übertragung in die Regelversorgung.

ZIELE DES PROZESSHANDBUCHS

Ziel des Prozesshandbuchs ist es, Erfahrungen aus dem Projekt bezüglich Planung, Organisation und Durchführung für Dritte nachvollziehbar, zusammengefasst und konzentriert darzustellen. Es richtet sich an alle Verantwortlichen von ambulanten Pflegediensten und weiteren Akteuren im Pflegesystem, die den Ansatz von autonom arbeitenden ambulanten Pflegeteams für die Zukunft mit planen und/oder realisieren wollen.
Durch das Prozesshandbuch soll eine Übertragbarkeit der Projektidee auf andere Pflegedienste ermöglicht werden.

Dies beinhaltet auch, aus gemachten Fehlern zu lernen. Um diese Übertragbarkeit zu gewährleisten, wurden in der folgenden Darstellung die Prozessschritte (Wann wird was gemacht?) in fünf Handlungsfeldern zusammengeführt.

Die projektspezifische Arbeitspaketestruktur diente dabei als Grundlage. Die Handlungsfelder decken thematisch und inhaltlich die Zielformulierungen im Rahmen des AAP-Projektes ab. Die Prozessschritte werden losgelöst von dem projektspezifischen Kontext bezogen auf Projektträger, institutioneller Hintergrund, Infrastruktur und Projektgebiet dargestellt. Die Handlungsfelder werden zudem in eine Planungs- und eine Durchführungsphase differenziert. In den beiden Phasen sind unterschiedliche Schwerpunkte je Handlungsfeld für eine erfolgreiche Umsetzung der Projektidee von Bedeutung.

Es wird in der folgenden Darstellung davon ausgegangen, dass etwaige autonom arbeitende ambulante Pflegeteams mit einem klassischen oder aus einem bereits bestehenden klassischen Pflegedienst heraus entwickelt werden. Die Inhalte und Erläuterungen zu Prozessen zur Zielerreichung, ihre benötigten Handlungsschritte und Ressourcen sowie deren Ergebnisse müssen immer vor dem Hintergrund der durchführenden Organisation betrachtet werden und können sich daher von Organisation zu Organisation unterscheiden.

Die Handlungsfelder werden im Folgenden kurz inhaltlich vorgestellt und in den spezifischen Projektkontext eingeordnet. Beschrieben werden neben den inhaltlich relevanten Aspekten (Wann wird was gemacht?) auch die notwendige Prozessverantwortung und -struktur. Anschließend werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst.

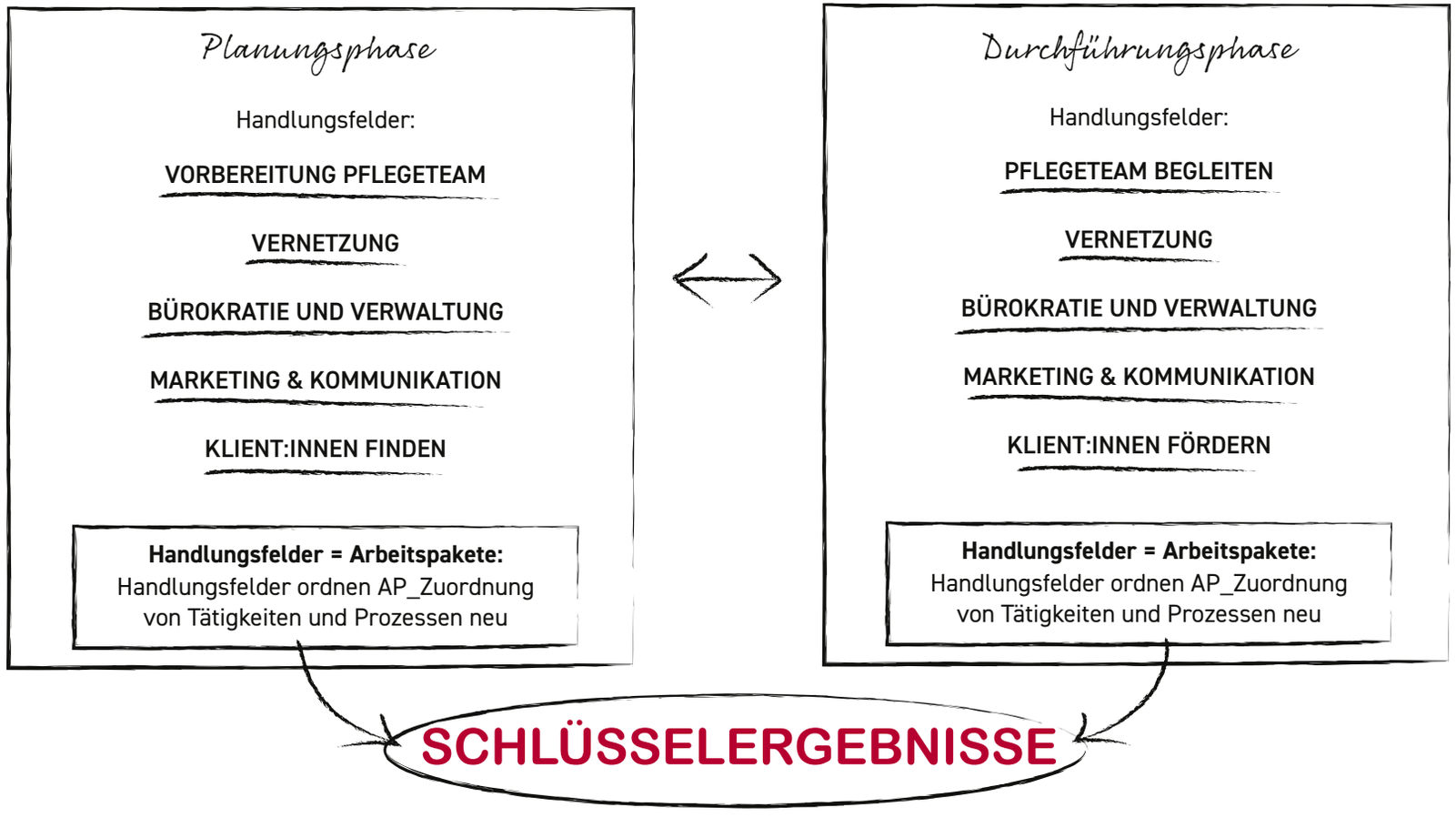
QUELLEN FÜR DAS PROZESSHANDBUCH

Prozessinformationen wurden während der gesamten Projektlaufzeit systematisch erhoben und dokumentiert. Quellengrundlage waren: Projektinterne Workshops, regelmäßige Projekttreffen, die externe Evaluation des Pilotbetriebs, fortlaufende Reflexion und damit verbundene Prozessdokumentation sowie Interviews mit dem Pflegeteam und den AP- und Projektverantwortlichen. Erkenntnisse aus diesen Quellen wurden systematisch aufbereitet und fließen in die folgenden Darstellungen ein. Die nachfolgenden Darstellungen sind somit Erfahrungswerte aus dem AAP-Projekt in Verbindung mit konkreten Vorschlägen zur Umsetzung in einem anderen Kontext.

PROZESSHANDBUCH

INPUT

Workshops – Evaluation – Statusnotizen – Interviews



Planung autonome ambulante Pflege nach Zeit

Organisation & Planung

Bevor das eigentliche pflegerische autonome Arbeiten an Klient:innen realisiert werden kann, bedarf es umfassender Planung und Organisation, sowohl auf Ebene der durchführenden Organisation und beim Teamaufbau. Folgende Handlungsfelder beschreiben Prozesse, die vor der aktiven autonomen Arbeit geplant, initiiert und umgesetzt werden sollten. Die Planungsphase ist essenziell für den Erfolg im Regelbetrieb. Sie sollte mit mindestens 3 Monaten geplant werden (vgl. hierzu das Kapitel „Schlüsselerkenntnisse“). Der genaue Zeitraum ist jedoch abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen wie z. B. dem Vorhandensein motivierter Pflegekräfte, einem individuellen Reifegrad an Autonomie des jeweiligen Unternehmens sowie Vorerfahrungen mit innovativen Arbeits- und Organisationsmodellen.

Die Planungsphase dient im besonderen Maße der Planung von Prozessen, Beschaffung von Mitteln und der Aus- und Weiterbildung von Personal, ohne dass ein übermäßig großer Handlungsdruck durch pflegerische Klient:innenversorgung entsteht und ohne dass das zu entwickelnde Pflegeteam zu diesem Zeitpunkt ökonomisch rentabel eingesetzt werden muss. Genügend finanzielle, zeitliche sowie personelle Ressourcen sollten eingeplant und bereitgestellt werden.

HANDLUNGSFELDER DER PLANUNGSPHASE

VORBEREITUNGEN PFLEGETEAM

Ziel von Aktivitäten in diesem Handlungsfeld ist es, für den Pflegebetrieb mit einem autonom arbeitenden Team geeignete Mitarbeiter:innen zu finden und zu Beginn für die veränderten neuen Anforderungen an autonomes Arbeiten im Pflegeteam fachlich und methodisch zu befähigen. Das Ziel ist, am Ende der Planungsphase ein autonomes Team zusammengestellt, ausgestattet und befähigt zu haben, das in einem vorgegebenen Rahmen und in zunehmendem Maße selbstständig und als Team autonom handeln wird. Zu Aktivitäten dieses Handlungsfeldes gehört neben der Personalsuche, der Abgrenzung autonomen Handelns zu Aufgabenverteilung zentral-organisierter ambulanter Pflege, der methodischen und organisatorischen Aus- und Weiterbildung auch die technische Ausstattung des Pflegeteams.

Definition Autonomie

Für die Entwicklung eines autonom arbeitenden und handelnden Pflegeteams erfolgt eine erste Definition und Abgrenzung zum klassischen Pflegeansatz.

Als Grundverständnis von Autonomie im Kontext von ambulanter Pflege kann folgende Definition gelten:

- Autonomie bezeichnet einen Zustand der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit (Souveränität) gegenüber hierarchisch strukturierten Entscheidungsstrukturen und zentral organisierten Verwaltungsprozessen sowie die zielgeleitete Entscheidungs- bzw. Handlungsfreiheit bezüglich der zeitlichen und organisatorischen Erfüllung und Ausgestaltung der definierten Arbeitsanforderungen.
- Autonomie bezieht sich auf die Handlungsfreiheit der Teammitglieder auf Teamebene in Abgrenzung zu hierarchischen Weisungsstrukturen und auf die persönliche Ebene der Pflegefachkräfte vor dem Hintergrund zu definierender Aufgabenspektren und Rahmenbedingungen.
- Autonomie wird begrenzt durch: gesetzliche Regelungen, pflegerische Mindeststandards und Qualitätsvorgaben, selbst entwickelte Teamregeln, finanzielle Rahmenbedingungen sowie arbeitsrechtliche Bestimmungen.
- Der gewünschte Grad an Autonomie ist kontextabhängig und orientiert sich an den Zielen und Strukturen der jeweils umsetzenden Organisation.

Neben den zu leistenden pflegerischen Tätigkeiten sollte eine möglichst genaue Ermittlung aller sonstigen Verwaltungs- und Organisationstätigkeiten sowie die dafür notwendigen Ressourcen (insbesondere Zeitaufwand) erfolgen und festgelegt werden, welche Tätigkeiten im Rahmen eines autonomen Handlungsansatzes von den Teammitgliedern übernommen werden sollen und welche durch teamexterne Verwaltungsstrukturen bspw. aus dem klassischen Pflegedienst („Backoffice“) abgedeckt werden.

Autonomes Handeln und die Abgrenzung zu einer klassischen Aufgabenverteilung entwickeln sich konkreter in der Praxis, wenn ein Team zusammengestellt wurde und die jeweiligen Kompetenzprofile bekannt und gemeinsam reflektiert sind. Hierzu ist es wichtig, die Schnittstelle zu klassischen Verwaltungsstrukturen (Pflegedienstleitung - PDL), Abrechnungs- und Finanzabteilung (Controlling), exakt zu definieren und genau diese Personen in die Teamentwicklung einzubeziehen, um mögliche Backoffice-Strukturen zu schaffen und direkt mit der Teamentwicklung zu verbinden.

IT- Ausstattung / Arbeitsmittel

Eine gute IT-Ausstattung erleichtert das tägliche Arbeiten. Die IT-Beschaffung sollte frühzeitig abgeschlossen werden, um nach der Personaleinstellung direkt an den Geräten ausbilden zu können. Die Geräte sollten über eine SIM-Karte (Mobilfunknetz) eine mobile Anbindung an das Internet ermöglichen, um auch von unterwegs einsetzbar zu sein. Sollte das Team in einem eigenen stationären Büroumfeld im Programmgebiet angesiedelt sein, sollte die Konnektivität aller neu angeschaffter Hard- und Software unbedingt mit der bestehenden IT-Infrastruktur kompatibel sein.

Über das Netzwerk des Pflegedienstes Mook we gern gGmbH läuft die Software .snap der Firma euregon AG, deren Anwendungen auch über mobile Geräte ausgeführt werden können. Hierzu eignen sich MDA-Geräte (Smartphones), die auf das Software-System .snap ausgerichtet sind. Andere Softwareprogramme sind natürlich auch am Markt erhältlich und einsetzbar. Zu beachten ist, dass diese Geräte vom Hersteller entsprechend modifiziert, d. h. mit Sicherheitssoftware ausgestattet werden sollten. Eine minutengenaue (am besten mit bis zu drei Nachkommastellen) Leistungserfassung über das System sollte möglich sein, da der autonome Ansatz die Pflege nach Zeit abrechnet.

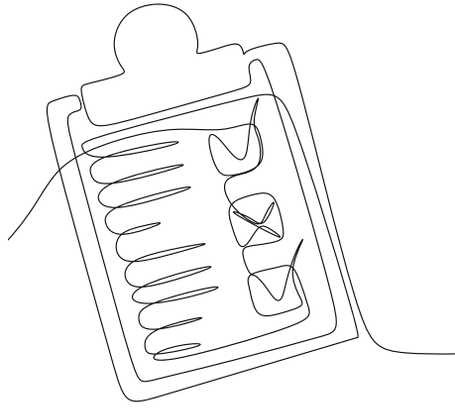
Als Grundausstattung neben den allgemeinen Arbeitsmitteln wie Dienstfahrzeuge und Arbeitskleidung des Teams hat sich bewährt:

- ein Smartphone (MDA) zur Erfassung der Pflegedokumentation,
- ein SurfaceGo2 (Arbeitsgerät für den mobilen Gebrauch)
- und im Büro zwei stationäre Arbeitsplätze (thin client) sowie ein Multifunktionsgerät (Drucker/Scanner/Fax).

Die Sinnhaftigkeit der Fax-Funktion ist zu hinterfragen, sie kann sich später im Pflegebetrieb insbesondere in der Kommunikation mit Ärzt:innen jedoch immer noch als relevant erweisen. Die IT-Ausstattung sollte es dem Team ermöglichen, viele unterschiedliche Möglichkeiten zu nutzen, die Pflegedokumentation, Tourenplanung, Arbeits- und Bürozeiten sowie Urlaubsplanungen und das Austauschen von pflegerelevanten Informationen einfach, flexibel, situativ und mobil zu gestalten.

Zur Kommunikation untereinander können neben den Anwendungen in der .snap-Software auch digitale Medien wie Messenger oder MS Teams eingesetzt werden, die über das Tablet genutzt werden können. Bewährt hat sich eine genaue Kosten-Nutzen-Analyse mit Bezug zu den anzuschaffenden Geräten und Software. Zentrales Kriterium sollte die Konnektivität der Geräte zur bestehenden Infrastruktur sein, so dass ggf. Klient:innen flexibel zwischen dem autonomen Ansatz und der klassischen Versorgung wechseln können, ohne dass die Dokumentation in ein anderes System übertragen werden muss. Planung und Einrichtung der IT-Strukturen sollte unbedingt von Fachpersonal begleitet und durchgeführt und im Vorfeld eng mit der Leitungsebene abgestimmt werden. Eine zentrale Ansprechperson über die gesamte Projektlaufzeit gewährleistet einen kontinuierlichen Support.

Der nötige Initialaufwand an Personal, Zeit und finanziellen Ressourcen darf nicht unterschätzt und nicht vernachlässigt werden. Neben der Pflegedokumentation haben sich insbesondere organisatorische und administrative Aufgaben als ein zentrales Charakteristikum autonomer Pflegearbeit herausgestellt, die über die Hard- und Softwareausstattung am besten mobil leist- und abbildbar sein müssen. Mitarbeiterschulungen in Bezug auf die Nutzung von Hard- und Software müssen im Schulungsplan entsprechend von Anfang an, bei jedem Personalwechsel und auch aktualisierend berücksichtigt werden (vgl. Kapitel „Aus- und Weiterbildung von Personal planen und durchführen“).



Wissensmanagement

Der Aufbau einer Wissensdatenbank ist im besten Fall angelehnt an eine Wiki-Struktur, mit dem Ziel Prozess- und Erfahrungswissen kontinuierlich und systematisch zu sammeln und für das Pflegeteam verfügbar zu machen. Die Datenbank kann auch für die Übermittlung allgemeiner Informationen (z. B. Verfahrensanweisungen, Hygienevorschriften) des klassischen Dienstes genutzt werden. Die Konzeption der Wissensdatenbank orientiert sich stark an dem gewünschten Grad an Autonomie für den Pflegebetrieb, an der individuellen Qualifikation der Pflegefachkräfte und weiteren Projektmitarbeitenden sowie den geplanten Aus- und Weiterbildungsstrukturen oder vorhandenen Systemen.

Die Wissensdatenbank sollte in die IT-Infrastruktur eingebunden und mobil nutzbar sein, um eine hohe Nutzerfreundlichkeit und mobile Zugriffe zu ermöglichen. Realisiert werden kann sie bspw. digital über die Plattform MS Teams. Die Wahl des Formates (digital oder bspw. in Papierform) ist individuell zu entscheiden. Für die Entwicklung eines autonom arbeitenden Teams ist jedoch die Möglichkeit, Wissen (z. B. Patienteninformationen abseits der Pflegedokumentation und andere gewonnenen Erkenntnisse) zu teilen, für den Erfolg essenziell. Dabei muss konsequent auf die Einhaltung aller datenschutzrelevanten Vorgaben geachtet werden. Hierzu müssen die technischen Voraussetzungen etabliert und eine Grundkonzeption bezüglich Nutzungskonzept, Aufbau (z. B. Wiki) und Zugang (mobil, internetbasiert) entworfen sowie entsprechende Schulungen zur Qualifizierung geplant und begonnen werden.

Personalsuche

Die pflegefachlichen sowie persönlichen Kompetenzanforderungen und Qualifikationen der Teammitglieder sind im starken Maße abhängig von dem gewünschten Grad an autonomen Arbeiten. Ziel im AAP-Projekt war ein möglichst umfassendes autonomes Arbeiten des ambulanten Pflegeteams mit Bezug zu Planung, Organisation und Durchführung der pflegerischen Handlungen, der Kommunikation und Interaktion mit dem Klient:innenumfeld (Angehörige und Therapiestrukturen) sowie gleichzeitig mit Bezug zu der internen Arbeitsorganisation und Planung (Büroadministration, Arbeitszeit- und Urlaubsorganisation, Tourenplanung, aber auch Klient:innengewinnung und Teamerweiterung) abseits einer klassischen, zentral-hierarchisch organisierten Struktur zu fördern. Hierzu sollte vor der Personalauswahl ein Anforderungsprofil entwickelt werden, welches Bezug nimmt auf die jeweilige Definition des autonomen Handlungsansatzes.

Ein Anforderungsprofil sollte neben (pflege)fachlichen Qualifikationen insbesondere auch sozio-kommunikative und fachliche Kompetenzen wie Teamarbeitsfähigkeit und Prozesssteuerungskompetenzen, persönliche Kompetenzen wie bspw. Lern- und Kritikfähigkeit sowie Motivation, d. h. Lust am autonomen Arbeiten umfassen. Weitere wichtige personale Kompetenzen sind z. B. die Eigenverantwortung, Flexibilität, Lernbereitschaft oder Konfliktfähigkeit.

Der Recruitingprozess orientiert sich an den verfügbaren Fachkräften und der Dauer der Planungsphase. Hierbei ist zu beachten, dass der Prozess vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels länger als geplant dauern kann. Erschwerend kommt hinzu, dass der neue Ansatz, autonom zu arbeiten, für viele Fachkräfte erst einmal zu abstrakt ist und der Bewerbungsprozess sich daher dementsprechend schwierig gestalten kann. Stellenanzeigen können fortlaufend auf der eigenen Website, gängigen Online-Portalen, aber auch über Social-Media-Kanäle und in lokalen Printmedien sowie als Werbung auf den Autos des Pflegedienstes kommuniziert werden. Fokussiert werden sollte die Herausstellung der Besonderheiten „mehr Zeit für Pflege durch ein anderes Vergütungssystem (Pflege nach Zeit)“, „ein attraktiveres Arbeitsumfeld durch selbstorganisiertes Arbeiten“ und ein Gehalt bei flachen hierarchischen Strukturen, orientiert am Grad der Selbstorganisation und Verantwortung.

Für die Recruiting-Kampagne bietet sich folgendes Basiskonzept an: „Personifizierung“ des Projekts bspw. über drei reale Charakterköpfe, Fotoshooting für Werbe- und Informationsmaterial inkl. Definition einer eigenen Bild- und Wortsprache, spezifisches Design der Arbeitskleidung, Ansprache direkt und „informell“ (Du), CD-Layout der Anzeigen; Darstellung der Schwerpunkte in der Ansprache der verschiedenen Zielgruppen (examinierte Alten- und Krankenpflegekräfte, Pflegehelfer, Haushaltshilfen) in den Stellenanzeigen: autonomes Arbeiten in der ambulanten Pflege, flache Hierarchien, neues Pflegemodell aufbauen, mehr Zeit für die Klient:innen; Anzeigenschaltungen in Zeitungen, auf gängigen Jobportalen, Pflegeportal, Social Media; großflächige Bannerwerbung in der Programmregion und den wichtigsten Ortausgängen im Einzugsgebiet; wiederkehrende Anpassungen an Fachkräfteverfügbarkeit und Bewerbungssituation.

Es sollte darauf geachtet werden, dass sich die Stellenausschreibungen, die sich auf den neuen Ansatz beziehen, eindeutig von den herkömmlichen Ausschreibungen unterscheiden, um den neuen Ansatz bereits bei der Personalsuche von der klassischen Versorgung zu differenzieren.

Aus- und Weiterbildung

Eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Teammitglieder zur Pflegequalität und Fachthemen zu gewährleisten ist von großer Bedeutung. Hierzu sollte eine Schulungsplanung erstellt werden, die stetig an den situativen Bedarf angepasst wird. Auch die Organisation und Durchführung will bedacht werden, dito die Nachbereitung (Dokumentation der Ergebnisse) der einzelnen Schulungen. Sie stellen eine direkte Verbindung zum Wissensmanagement her.

Die wachsende Handlungskompetenz der Pflegeteammitglieder stellt hierbei einen Motor für wachsende Autonomie dar. Dementsprechend ist es das Ziel, die Handlungskompetenz des Pflegeteams so zu fördern, dass eine hohe Arbeits- und Berufszufriedenheit der Pflegeteammitglieder mit der Zufriedenheit der Klient:innen einhergeht. Die geplanten Schulungen können sowohl en bloc als auch parallel zum Pilotbetrieb stattfinden. Themen, die geschult werden, um ein möglichst autonomes Arbeiten zu ermöglichen, umfassen neben den Basisseminaren für Pflegequalität und Fachthemen auch Vertiefungsseminare in diesem Bereich. Sinnvolle Schulungsthemen sind beispielsweise

- die effizienzgesteigerte Pflegedokumentation („SIS“)
- das Begutachtungsinstrument zur Bestimmung der Pflegegrade
- die Pflegeberatung nach § 37.3 SGB XI
- mobiles Arbeiten
- IT- Kompetenzen
- Kommunikation und Organisation via digitale Medien (bspw. MS Teams)
- Beratungsgespräche führen
- allgemeine Gesprächsführung bzw. Kommunikationskompetenztraining
- digitale Tourenplanung
- eine Entwicklung von Kennzahlen zur Selbststeuerung
- die monatliche Leistungsabrechnung
- die rechtskonforme Klient:innenakquise und Vertragsschließung.

Fokussiert werden sollte die Ausbildung einer selbstgesteuerten Handlungskompetenz. Der Ansatz „Wissen teilen“ spielt während der Planung der Aus- und Weiterbildung von Personal eine entscheidende Rolle. Ergebnisse dieser Prozesse können durchgeführte Auftaktveranstaltungen, Auftaktseminare zur Definition der Zusammenarbeit im Projekt- und im Pflegeteam,

moderierte Gruppenaustauschformate zur Selbstorganisation, Termine zur Definition der Zusammenarbeit, Austauschformate zur Verbesserung der Selbststeuerungskompetenz, reflexionsförderliche Dialogformate sowie Einzelgespräche und Formate der Konfliktmoderation sein. Dozent:innen und Trainer:innen können so zu festen und bekannten Ansprechpartner:innen werden, die als Prozessbegleitung und Coach fungieren. Gleichzeitig bietet es sich an, dem Team bspw. eine Verwaltungsfachkraft aus dem klassischen Dienst über einen längeren Zeitraum (auch während der Durchführungsphase hinweg) zur Seite zu stellen. Es empfiehlt sich die Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes inklusive Ressourcenplanung, das die erweiterten Kompetenzanforderungen mit Bezug zu den Verwaltungsaufgaben direkt berücksichtigt und das Wiki als Wissensmanagementtool nutzt. Auch mögliche Fluktuationen im Team und der daraus resultierende Mehrbedarf an Basis- und Teamentwicklungsschulungen sollten bedacht werden.

VERNETZUNG

Ziel dieses Handlungsfeldes ist es, klient:innennahe (enge Angehörige, Familie, Nachbarschaft) sowie klient:innenfernere (hausärztliche Versorgung, Therapeut:innen, Versorgungsstrukturen) Netzwerke im Rahmen eines ganzheitlichen Pflegeansatzes zu aktivieren und sie später in die autonome ambulante Pflege einzubinden. Als Zielgruppen sind dabei sowohl die Klient:innen als auch das autonom arbeitende Team selbst definiert worden.

Aufgaben	Verantwortung
Klient:innen- und Therapienetzwerke identifizieren und kontaktieren	Pflegeteam, PDL, Leitungsteam des Pflegedienstes, Klient:innen
Konzeption und Planung von Austauschformaten und Kontakten	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Marketingabteilung, IT-Verantwortliche

Klient:innen- und Therapienetzwerke

Es hat sich bewährt, Kontakt zu relevanten regionalen Therapiestrukturen aufzunehmen und über den neuen Pflegeansatz aufzuklären. Dies betrifft überwiegend die hausärztliche Versorgungsstruktur, Sanitätshäuser und andere Therapieeinrichtungen wie Physiotherapeut:innen, Apotheken sowie Case-Manager:innen von Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Pflegeheimen und Krankenkassen.

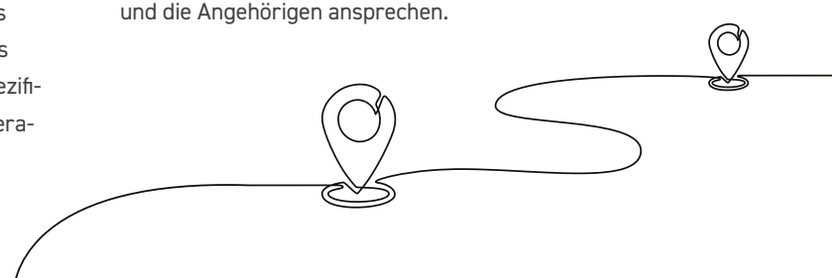
Ziel ist es, diesen Akteurskreis (äußeres Netzwerk) frühzeitig für den autonomen Pflegeansatz zu sensibilisieren und als Unterstützende der Pflegeteammitglieder zu gewinnen. Informationsmaterialien für diese Akteure sollten geplant und erstellt werden. Für die Identifikation möglicher Netzwerkakteure haben sich die bestehenden Kontakte aus dem klassischen Pflegedienst als maßgebliche Informationsquelle erwiesen. Kontakte können auch zu Pflegeschulen und zu Verantwortlichen aus dem Quartiersmanagement hergestellt werden. Ärzte und Ärztinnen, Apotheken und Sanitätshäuser sollten durch das Pflegeteam selbst kontaktiert werden, um eine persönliche Ebene zu erzeugen.

Die bestehenden Kontakte und potenzielle Kontaktmöglichkeiten sollten in einer allgemeinen Kontaktdatenbank gesammelt und dokumentiert werden. So kann eine Kontaktaufnahme gezielt geplant und gesteuert werden. Parallel zur Klient:innengewinnung sollte in der Pflegedokumentation auch das klient:innennahe oder persönliche Unterstützungsnetzwerk (pflegende Angehörige, Freund:innen, Nachbar:innen) identifiziert und seine Einbindung in die ambulante Pflege geplant werden. Die Dokumentation der Kontakte und die Einbindung sollte durch das ambulante Pflegeteam selbstständig in der Klient:innendokumentation erfolgen. Insbesondere der direkte Kontakt der Teammitglieder zu den nächsten Angehörigen hat sich als besonders wertvoll für die Identifikation und Organisation des klient:innennahen Netzwerkes sowie auch des klient:innenspezifischen äußeren Netzwerkes (welche:r Hausärzt:in, welche Therapeut:innen werden von Klient:innen konsultiert) erwiesen.
Die Einbindung in die klient:innenspezifische Pflegeorganisation kann über die persönliche Ebene besser verwirklicht werden. Die Teammitglieder klären die Angehörigen über den neuen Pflegeansatz auf. Hierzu können entwickelte Handzettel, erstellte Gesprächsleitfäden für Telefonate und Informationsflyer genutzt werden.

Austauschformate und Kontakte

Folgende Kernaspekte haben sich bezüglich der Konzeption von Austauschformaten für die Netzwerk- und Umfeldentwicklung als besonders zielführend erwiesen:

- Konzept inkl. Zielformulierung in Abhängigkeit zu gegebenen Möglichkeiten und Grenzen entwickeln. Hierzu kann eine themenbezogene SWOT-Analyse Struktur geben.
- Priorisierung von Zielen wie bspw. die Identifikation der 3-5 wichtigsten internen wie externen Akteure.
- Unterstützungsfunktionen erkennen und stabilisieren lernen. Das Pflegeteam verbindet pflegerische Arbeit am Klienten mit der Anbahnung von Kontakten zum Netzwerk und lässt eine weitere Unterstützungsebene entstehen.
- Planen, wie aufgebaute Beziehungen gepflegt und stabilisiert werden. Das Pflegeteam braucht dafür Ressourcen, um neben der Pflegezeit diese Netzwerkarbeit zu leisten.
- Festlegen, wer Netzwerkarbeit begleitet und genauen Ablauf planen. Termine, wer wann wo vorstellig wird sollte das Team untereinander und mit den Kontakten direkt koordinieren.
- Systematik zur Dokumentation und Nachverfolgung von Kontakten entwickeln.
- Planung von Events, die den pflegebedürftigen Menschen und die Angehörigen ansprechen.



BÜROKRATIE UND VERWALTUNG

Diese Informationen und Handlungsschritte beziehen sich auf bürokratisch-administrative Prozesse, die möglichst früh in der Planungsphase erfolgen sollten.

Aufgaben	Verantwortung
Grundvorraussetzung des klassischen Dienstes berücksichtigen	Klassische Strukturen des Pflegedienstes, Leitungsteam des Pflegedienstes
Kostenträger informieren und einbinden, Vergütungsvereinbarung schließen, Rentabilität gewährleisten	Zeichnungsberechtigte Person
Pflegeverträge rechtskonform entwickeln, juristische Expertise entwickeln	Vertragsabteilung, Rechtsabteilung
Controlling und Leistungsabrechnungen entwickeln	Rechnungsabteilung, Controlling

Grundvoraussetzungen ambulanter Pflegedienst

Um während der Planungs- und Durchführungsphase die nötigen finanziellen, personellen und infrastrukturellen Ressourcen bereitstellen zu können, sollte der umsetzende Pflegedienst bereits am Markt etabliert sein, einen festen Stamm an Bestandsklient:innen (mindestens 100 oder mehr) betreuen und mehrere Standorte unterhalten.

Kostenträger / Vergütungsvereinbarung

Für die Realisierung von „Pflege nach Zeit“ im Rahmen des autonomen Ansatzes ist eine frühzeitige Einbindung aller relevanten Kostenträger, hier insbesondere die Pflegekassen, elementar. Hier gilt es, relevante Kontakte zu identifizieren und für die Entwicklung eines autonomen Teams zu gewinnen. Grundlage der Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen ist die Abrechnung nach Zeit im Rahmen einer Vergütungsvereinbarung. Die Erfassungsebene der Pflegezeit sollte minutengenau erfolgen. Hierbei ist unbedingt zu beachten, dass die genutzte Verwaltungs- und Abrechnungssoftware eine minutengenaue Erfassung der Pflegezeit auch erlaubt, über mindestens drei Nachkommastellen verfügt und somit die vertraglich zugesicherte Art der Rechnungsstellung (nach Zeit) auch im genutzten IT- System darstellbar ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dies nicht standardmäßig implementiert ist.

Die Vergütungsvereinbarung sollte zunächst zeitlich befristet (bspw. mit einjähriger Gültigkeit) geschlossen werden, um ggf. Nachverhandlungen der Konditionen zu ermöglichen. Die Vergütungsvereinbarung sollte mindestens folgende Leistungsarten umfassen: Körperbezogene Pflegemaßnahmen, Hilfe zur Haushaltsführung, Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Beratungsbesuche nach §37, Abs. 3 SGB XI, Erstgespräch und Folgebesuche.

Darüber hinaus sollten Leistungen im Rahmen der Netzwerkentwicklung über eine eigene Leistungsposition abgerechnet werden können. Der verhandelte Stundensatz legt maßgeblich das Verhältnis von direkter und indirekter Pflege fest. Autonomes Handeln beinhaltet, je nach gewünschtem Grad an Autonomie, umfassende Büro- und Verwaltungsaufgaben der Pflegefachkräfte. Dies muss in der Vergütungsvereinbarung und in der Aushandlung des Stundensatzes berücksichtigt werden. Ein Verhältnis von 60% direkter Pflege zu 40% indirekten Pflegetätigkeiten wären in der Retrospektive ideal.

Für die Verhandlungen müssen die Erkenntnisse bezüglich des gewünschten Grads an Autonomie genutzt werden. Ergebnisse dieses Handlungsfelds sollten sein:

- entwickelte Vertragsgrundlage für den Pilotbetrieb,
- sichergestellte Anerkennung und Finanzierung der Leistungen durch die Kassen,
- geplante regelmäßige Dialoge mit den Leistungsträger:innen.

Die Einbeziehung der Kostenträger sowie die Entwicklung einer Vergütungsvereinbarung sollten spätestens mit Beginn der Planungsphase abgeschlossen sein, um Sicherheit für die Durchführungsphase zu gewinnen.

Pflegeverträge

Pflegeverträge zwischen Klient:innen und dem Pflegeteam bzw. der umsetzenden Organisation sollten angepasst gemäß Leistungen nach Zeit und nicht nach Leistungskomplexen formuliert werden. Bestenfalls ist das autonome Team bereits in die Konzeption der Verträge eingebunden und wird entsprechend geschult, die Vertragsgrundlagen klient:innengerecht kommunizieren zu können. Die Konzeption der Verträge sollte an die anvisierte Klient:innenzielgruppe (Leistungsempfänger:innen nach Leistungsart) angepasst werden.

Controlling / Leistungsabrechnung

Es wird empfohlen, ein System zur Erfassung von relevanten Kennzahlen zu entwickeln und die Erfassung auch im späteren Betrieb zu gewährleisten. Das Kennzahlensystem dient der internen Evaluation bezüglich Wirtschaftlichkeit, Personalbedarf etc., aber auch der externen Kommunikation insbesondere bei etwaigen Nachverhandlungen mit den Kostenträgern oder der Beantragung von externen Fördergeldern. Die Erfassung von Kennzahlen sollte die Bereiche indirekte Pflegetätigkeiten und direkte Pflegetätigkeiten umfassen. Gute Kennzahlen messen nahe am operativen Geschäft und geben den Menschen mit wenig Zeitverzögerung Rückmeldung über Effizienz und Zielkonformität. Besonders zu berücksichtigen sind dabei die Organisationszeiten, Pflegezeiten, Fahrtzeiten und Betreuungszeiten.

Mit dieser Aufsplittung der direkten und indirekten Pflegezeiten wird sich ein ambulanter Pflegedienst im Aufbau ambulanter Teams fortlaufend beschäftigen. Weitere

Kennzahlen ergeben sich aus den von den Klient:innen aufgerufenen Leistungsbereichen des SGB V und SGB XI. Im Laufe der Betreuungszeit werden sich dabei Veränderungen aufzeigen lassen, die sich aus den Interventionen des Pflegedienstes in der Klient:innenbetreuung ergeben.

MARKETING UND KOMMUNIKATION

Die Aktivitäten in diesem Handlungsfeld bilden die zentrale Schnittstelle für die interne Teamentwicklung (Personalakquise) sowie die Kommunikation des autonomen Ansatzes nach innen und außen (Netzwerkentwicklung und Klient:innenakquise).

Aufgaben	Verantwortung
Marketing- und Kommunikationsstrategie entwickeln	Marketingabteilung, Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam
Informationsmaterialien entwickeln und Marketing- bzw. Kontaktformate planen	Marketingabteilung, IT- und Abteilung Öffentlichkeitsarbeit mit Informationen zu Kund:innen- bzw. Klient:innennetzwerk (Patientendokumentation) Ggf. externe Dienstleister

Marketing- und Kommunikationsstrategie

Das Thema Projektkommunikation und -information ist ein zentraler Aspekt für alle Handlungsfelder, da sie für die Entwicklung eines autonom arbeitenden Pflegeteams (Recruiting), für die interne Kommunikation und Akzeptanz und die Klient:innengewinnung wichtig sind. Es sollte eine Marketing- und Kommunikationsstrategie entwickelt werden. Sie sollte folgende Basisaspekte berücksichtigen (keine chronologische Darstellung):

- Entwicklung eines Logos und eines projektspezifischen Designs und Layouts (Markenarchitektur und Designmanual),
- möglicherweise Auswahl einer Marketingagentur zur professionellen Umsetzung und Erstellung von Informationsmaterialen, Erstellung von Präsentationsvorlagen und Auswahl geeigneter Medien,
- Planung von öffentlichen Informations- und Kontaktveranstaltungen sowie persönliche Termine zur Projektvorstellung (in Verbindung mit der Netzwerk-Kontaktdatenbank),
- Planung der Social Media und Web-Auftritte (z. B. durch Definition von Kennzahlen),
- Planung des Recruiting-Prozesses inkl. Konzeption von verbundenen Materialien,
- Planung der internen Kommunikationsstruktur (regelmäßige Austauschtermine).

Die Marketing- und Kommunikationsstrategie ist auf das jeweilige projektspezifische Umfeld zuzuschneiden (Zielgruppe, vorhandene Strukturen, regionale Charakteristika) und die jeweiligen Informationsmaterialien sind an die Kompetenzen des ambulanten Teams (Struktur- und Trainingsbedarf) anzupassen. Sie sollten kurzfristige, mittelfristige und langfristige Kommunikations- und Marketingmaßnahmen enthalten und generell sowohl in Pflegefachportalen und Medien platziert werden als auch die allgemeine Öffentlichkeit adressieren.
Mit Bezug zu der Akquise von Fachkräften für das eigentliche Pflegeteam (vgl. Planung Aus- und Weiterbildung von Personal) ist der autonome Ansatz klar herauszuarbeiten, um bereits für diesen neuen Ansatz offene Fachkräfte zu gewinnen.

Marketing- und Kommunikationsmaßnahmen

Für die Außendarstellung sollten möglichst diverse Kommunikationswege genutzt werden. Informationen zum Projekt bzw. zum neuen Ansatz können passiv über verschiedene Medien wie regionale Print- und Onlinemedien oder Werbung auf Dienstfahrzeugen, oder aktiv über Pop-up-Stände auf Wochenmärkten und Vorstellung bei Ärzt:innen etc. transportiert werden. So erreicht der neue Ansatz die breite Öffentlichkeit und weckt Neugier.

Bei der Gewinnung von Klient:innen zählt wie im klassischen Pflegedienst insbesondere der direkte Kontakt zu den Menschen vor Ort, das Mund-zu-Mund-Weitersagen, der gute Ruf des ambulanten Pflegedienstes und eine kontinuierliche Sichtbarkeit (z. B. Pflegekleidung, Autos, Standortwerbung). Für die Gespräche mit Interessierten empfiehlt sich als hilfreiches Arbeitsmittel eine schriftlich erstellte Checkliste mit allen wichtigen Informationen zum neuen Pflegeansatz wie Unterschiede und Vorteile zur klassischen ambulanten Versorgung, Leistungsangebot, Kontaktdaten. Folgende Formate und Materialen haben sich zudem bewährt (siehe Grafik rechts).

KLIENT:INNEN (SGB XI)

Hier gilt es, den potenziellen Klient:innenkreis vor dem Hintergrund regionaler Charakteristika (Mentalität, Demographie) zu identifizieren und abzugrenzen.

Aufgaben	Verantwortung
Einzugsgebiet analysieren und Grenzen festlegen	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam
Zielgruppen definieren und Bedarfe verstehen (Pflegegrad, SGB XI-, SGB V-Klient:innen)	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam Marketingabteilung, Qualitätsmanagement-Projektmanagement-abteilung
Klient:innenakquise planen, Kontaktdatenbank aufbauen und pflegen	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Marketingabteilung

ARTIKEL
IM REGIONALTEIL
DER TAGESZEITUNG

ARTIKEL
IN FACHMAGAZINEN
WIE Z. B. IM ÄRZTEBLATT

INFORMATIONEN
AUF STADTTEIL- ODER
GEMEINDEFESTEN BSPW. IM RAHMEN
DES QUARTIERSMANAGEMENTS

SOCIAL MEDIA:
POSTS ÜBER DAS PROJEKT &
DIE TEAMMITGLIEDER
AUF FACEBOOK & INSTAGRAM

ANSPRECHENDES DESIGN
(Z. B. VON STELLEN-
ANZEIGEN & INFORMATIONS-
MATERIAL)

POP-UP STÄNDE
IN FUSSGÄNGER-
ZONEN ODER AUF
WOCHENMÄRKTEN

FLYER
UND INFOBROSCHÜREN
ZUR AUSLAGE UND
ZUM MITNEHMEN

ZIELGRUPPENGENAUE VERANSTALTUNGEN

KLEINE „GIVE-AWAYS“
WIE KUGELSCHREIBER ETC.

CORPORATE DESIGN-
SPEZIFISCHE WERBUNG
AUF DIENSTFAHRZEUGEN
& POSTERN/PLAKATEN

INTERVIEW
IM RADIO

Einzugsgebiet

Das spätere Einsatzgebiet des autonomen Teams ist zu definieren und zu analysieren. Insbesondere die Definition von Grenzen des Einsatzgebietes sind im Hinblick auf die Fahrzeiten und die Wirtschaftlichkeit zu betrachten. Ein zu großes Einsatzgebiet kann die Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Vergütung nach Zeit in Verbindung mit dem Klient:innenkreis in Frage stellen.

Zielgruppen (Pflegegrad und SGB XI-Klient:innen)

Für den erfolgreichen Regelbetrieb ist es elementar wichtig, mögliche Zielgruppen des neuen Ansatzes zu identifizieren und ihre Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der ambulanten Versorgung zu verstehen. Diese Analyse erfolgt in Abhängigkeit zu dem definierten Programmgebiet (ländliche Region, Stadt- und Gemeindegröße, Demographie und Einkommensstrukturen). Zahlen zur regionalen Verteilung von Pflegegraden, Versorgungsempfänger:innen nach bspw. SGB XI oder demographische Daten können über die jeweils zuständigen statistischen Ämter und Pflegekassen (z. B. Jahresberichte) angefragt werden. Für den wirtschaftlich nachhaltigen und langfristigen Betrieb eines autonom handelnden und arbeitenden Teams sollten Leistungsempfänger:innen nach SGB XI fokussiert werden. Die Versorgung von SGB V-Leistungsempfänger:innen im Rahmen des Ansatzes „Pflege nach Zeit" mit dem Anspruch der rehabilitierenden Pflege ist erfahrungsgemäß wenig tragfähig. Methodisch bieten sich hier spezifische SWOT-Analysen an. Umfragen im Bestandskund:innenkreis können über die Nachfrage nach Pflege nach Zeit Auskunft geben. Hierbei sind insbesondere auch die unmittelbaren Angehörigen miteinzubeziehen. Diese Tätigkeiten sind eng mit dem Handlungsfeld 4 Marketing und Kommunikation verbunden und abzustimmen.

Als langfristiges Kriterium für eine erfolgreiche Umsetzung des neuen Modells ist die Kommunikation des Mehrwertes von rehabilitierender Pflege bei bestehenden und potenziellen Klient:innen zu verstehen. Der normative Wunsch nach besserer Pflege trifft insbesondere in Regionen, die durch einkommensschwache Haushalte und prekäre Situationen im Alter (Altersarmut) gekennzeichnet sein können, auf die Realität, dass Pflegegelder für die Bestreitung der allgemeinen Lebenshaltungskosten genutzt werden müssen und dementsprechend nicht in Pflegeleistungen investiert werden (können).

Klient:innenakquise

Die spätere Klient:innenakquise will geplant und die möglichen Akquisemöglichkeiten wollen identifiziert und bewertet werden. Die eigentliche Akquise erfolgt erst dann, wenn ein arbeitsfähiges Team entwickelt wurde. Für die spätere Akquise bietet es sich an, jetzt bereits Routinen und Prozesse zu definieren und diese entsprechend in den Schulungsplan aufzunehmen.

Im Rahmen eines autonomen Ansatzes wird das Pflegeteam in Abhängigkeit ihrer Selbstorganisation (Dienstzeiten, Auslastung, Kompetenzen) selbst über die Aufnahme oder Ablehnung von Klient:innen entscheiden können. Daher sollte in der Planungsphase ein Kontakt-Nachverfolgungssystem entwickelt werden, das ein Monitoring von Anfragen und potenziellen Klient:innen gewährleistet. Hierzu bietet sich die Kontaktdatenbank aus dem Handlungsfeld 1 Vorbereitung Pflegeteam an. Die Zielanzahl von zu betreuenden Klient:innen richtet sich auch nach der Möglichkeit der Einbeziehung des klient:innennahen Umfeldes in die Pflegetätigkeit bzw. dem gewünschten Leistungsumfang. Es empfiehlt sich, in einem Workshop mit dem Team zu erarbeiten, wie die Klient:innenakquise konkret gestaltet werden soll. Hierzu sollten am Ende klare Zeitfenster, Rollen, Verantwortung und Aufgaben definiert und die Modalitäten (Wer, Wann, Wie, Wann, Was) genau festgelegt werden.

Folgende Akquisemöglichkeiten haben sich besonders bewährt:

- Akquise über die digitale Plattform des Krankenhauses (Pflegeplatzmanager):
  Die Grunddaten des Pflegeplatzmanagers als derzeit schnellste und einfachste erste Plattform zur Akquise von Klient:innen bieten eine schnelle Übernahme in das Verwaltungssystem. Entscheidungskriterien sind Auslastung und Kapazität des Teams und die Fähigkeiten des Teams (formelle Befähigung für Versorgung). Bei der Akquise über den Pflegeplatzmanager zählt Schnelligkeit (Wettbewerb). Gleichzeitig werden hauptsächlich SGB V-Klient:innen über den Pflegeplatzmanager vermittelt. Es hat sich jedoch gezeigt, dass zufriedene SGB-V-Klient:innen von gestern die SGB XI-Klient:innen von heute (bzw. morgen) sind, die wiederkommen, weil sie auch beispielsweise nur beim täglichen An- und Ausziehen der Stützstrümpfe einen Zuwachs an Selbstständigkeit und ein Gefühl von Selbstwirksamkeit erfahren haben.
- Weitere Akquisewege sind die Mund-zu-Mund Propaganda insbesondere durch das klient:innennahe Umfeld. Das Empfehlungsmarketing ist mittelfristig die zentrale Säule des autonomen Ansatzes. Zentrale Rollen spielen die Erwartungen der engen Familie sowie die Frage, wie schnell Leistungen erbracht werden können (Wann startet Pflegetätigkeit). Wichtig für die Klient:innenüberzeugung sind auch die Berufserfahrung der Pflegefachkraft sowie die Persönlichkeit (Selbstdarstellung am Telefon/Professionalität).
- Die Kontaktvermittlung über insbesondere Hausarztpraxen ist Erfolg versprechend. Für die Akquise sind insbesondere auch die Medizinischen Fachangestellten wichtig, da diese als direkte Kontaktvermittlerinnen auftreten können.

Durchführung autonome ambulante Pflege nach Zeit

Zentrale Aspekte

Die Durchführungsphase bezieht sich auf den Zeitraum, in dem das autonome Pflegeteam bereits aktiv in der Klient:innenversorgung im Einsatz ist. Alle hier dargestellten Prozesse finden also parallel zum Pflegebetrieb statt. Zentrale Aspekte der Durchführungsphase sind die kontinuierliche und bedarfsspezifische Evaluation der Praxisgegebenheiten (z. B. Risiken, unvorhersehbare Ereignisse und Entwicklungen) sowie die Ableitung maßgeblicher Steuerungsprozesse und Handlungsschritte. Einige Prozessschritte aus den jeweiligen Handlungsfeldern der Planungsphase sind in der Durchführungsphase kontinuierlich weiterzuführen, andere ggf. den Projektanforderungen anzupassen. Die hier dargestellten Empfehlungen basieren in besonderem Maße auf die bisher im AAP-Projekt gemachten Erfahrungen während des Pflegebetriebes.

HANDLUNGSFELDER DER DURCHFÜHRUNGSPHASE

BEGLEITUNG PFLEGETEAM

Parallel zum direkten Pflegebetrieb ist das Team aufbauend auf den Themen und Bedarfen aus der Planungsphase kontinuierlich zu begleiten und zu unterstützen. Hierzu sollten von Anfang an feste Ansprechpersonen definiert werden, die die Teamentwicklung eng begleiten. Darüber hinaus sollten feste Ziele (Meilensteine) mit Zeithorizont und Verantwortlichkeiten definiert werden. Die Begleitung sollte jedoch insofern flexibel bleiben, als dass personelle Änderungen im Pflegeteam zu kontinuierlichen Konzeptanpassungen und Integrationsmaßnahmen führen.

Aufgaben	Verantwortung
Autonomie fördern, Aufgaben intern strukturieren und Teamregeln sowie Rollenkonzepte entwickeln und umsetzen	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Beauftragte für Personalentwicklung in Verbindung mit ggf. externen Trainer:innen
Personal kontinuierlich fortbilden und mit Personalfluktuationen umgehen	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Beauftragte für Personalentwicklung in Verbindung mit ggf. externen Trainer:innen
Wissensmanagement pflegen und bedarfsgerecht entwickeln, interne Austauschformate gewährleisten	Evtl. externer IT- Dienstleister, IT-Abteilung, Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam
Anforderungsprofil des Pflegeteams kontextspezifisch weiterentwickeln und Personalsuche und Recruiting durchführen	Personalabteilung, Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Marketingabteilung, Pflegedienstleitung des konventionellen Pflegedienstes in Bezug auf Kontaktnetzwerkerweiterung

Autonomieförderung / Aufgabenstrukturen / Teamregeln

Die Abgrenzung von autonomem Handeln des Pflegeteams ist in Abhängigkeit zu den verfügbaren Unterstützungsstrukturen („Backoffice“) eines klassischen Pflegedienstes (Rechts- und Abrechnungsabteilung, Marketingabteilung, IT-Abteilung) zu ziehen und vor dem Hintergrund der fachlichen und persönlichen Qualifikationen und Erfahrungen der verfügbaren Fachkräfte zu entwickeln. Aufgabenbereiche, in denen das Pflegeteam mit einer größtmöglichen Autonomie handeln soll (und kann), entwickeln sich erfahrungsgemäß über Zeit und vor dem Hintergrund des Praxisbetriebes.

Diese abzugrenzenden und zu definierenden Aufgabenbereiche können sein:

- Grad an Entscheidungskompetenz bei Arbeitsabläufen mit Klient:innen, insbes. in der Pflege und Versorgung (Zeiteinteilung, Planung und Umsetzung des pflegerischen Unterstützungsbedarfes).
- Grad an Entscheidungsbefugnis bei der Klient:innenakquise und Kündigung (finale Entscheidung, ob Aufnahme/Kündigung) sowie bezüglich der finalen Entscheidung bei Einstellungen neuer Teammitglieder (finale Entscheidung, ob Einstellung).
- Entscheidungsbefugnis und Kompetenz bei Tourenplanung und Dienstplangestaltung sowie Urlaubsplanung, eigenverantwortliche Abrechnungen mit Klient:innen vollständig durchführen und Pflegeverträge schließen und rechtskräftig unterschreiben.
- Freie Entscheidungsbefugnis bezüglich der Teamorganisation, Verteilung der Rollen und Aufgaben im Team.

Unterstützungsprozesse des „Backoffices“ sollten die Bereiche

- Konditionen der Urlaubsabgeltung aushandeln,
- Controlling der Abrechnungen von Klient:innen, insbes. bezüglich der schriftlichen Kommunikation mit den Kassen bei Fehlern, Zahlungseingang kontrollieren und Konto verwalten,
- die allgemeine Qualitätskontrolle,
- die Anleitung und Schulung zu Pflegethemen sowie die Teambegleitung in allen Entwicklungsschritten,
- das Controlling/Betrachtung und Prüfung aller wirtschaftlichen Kennzahlen,
- die interne wie externe Kommunikation,
- Marketing zur Klient:innenakquise koordinieren in Verbindung mit der Erstellung von Informationsmaterialien (Flyer Erstellung, Anzeigen schalten, Veranstaltungen planen und organisieren) abdecken.

Dazu sollte das operative Vertrags- und Personalmanagement, insbes. das Aussprechen von Kündigungen von Klient:innen und Teammitgliedern, Gehaltsverhandlungen, Arbeitsverträge von Teammitgliedern ausarbeiten und unterschreiben sowie der IT-Systemsupport nicht in die autonome Selbstverwaltung des Teams fallen. Es empfiehlt sich dringend, an diesen Schnittstellen klar definierte Unterstützungsprozesse und feste Ansprechpersonen zu etablieren. Dies reduziert das Unsicherheitsgefühl des Pflegeteams, nicht autonom genug zu agieren und sichert bei Teamfluktuationen die Einsatzfähigkeit. Die Übergabe der Durchführungsverantwortung in den genannten Autonomiebereichen sollte schrittweise erfolgen und eng durch entsprechende Schulungen begleitet werden. Dabei ist eine Meilenstein- bzw. Zielplanung sinnvoll (welches Ziel soll bis wann erreicht werden und wer ist verantwortlich für die Umsetzung?).

Ziel dieses Prozesses sollte sein:

- Vertrauen zu schaffen und gemeinsame Ziele gemeinsam zu verfolgen,
- Nicht-Ziele bezüglich der Abgrenzung von autonomem Handeln zu definieren,
- klare Aufgabenverteilung im Pflegeteam und im Backoffice zu erreichen,
- ein gemeinsames Verständnis von externer Unterstützung durch das Backoffice und Aufgaben des Teams herzustellen und Sicherheit in den Anwendungen zu erlangen,
- ein funktionierendes und praktikables Qualitätsmanagement zu entwickeln,
- komplexe Prozesse in einfache Verfahren / Prozessschritte zu unterteilen,
- sich selbst und Teammitglieder kontrollieren zu lernen,
- sowie eine Konflikt- und Feedbackkultur zu etablieren.

Die Aufgabenverteilung innerhalb des Teams sollte fortlaufend und Transparenz fördernd im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geregelt und strukturiert werden.

Nicht jede Pflegefachkraft wird dasselbe Maß an autonomer Handlungskompetenz erreichen und nicht jede gute Pflegefachkraft ist automatisch auch eine gute Verwaltungsfachkraft. Hierzu sollte in enger Zusammenarbeit mit den Teammitgliedern und in Abhängigkeit der vorhandenen fachlichen und persönlichen Kompetenzen (Stärken und Schwächen) ein internes Rollenkonzept zur Strukturierung und Koordination der mit der Arbeit im Rahmen des autonomen Ansatzes zusammenhängenden Aufgaben erarbeitet werden.

Es ist essenzieller Teil der nachhaltigen Entwicklung von Autonomie, dass dieses Rollenkonzept nicht von der Leitungsebene vorgegeben wird, sondern dass das Team anhand der vorhandenen Kompetenzen und der anfallenden Aufgaben im Rahmen eines autonomen Ansatzes selbst erkennt (begleitet durch beispielsweise ein Teamcoaching), welche Aufgabenbereiche von welchen Teammitgliedern am besten übernommen werden könnten.

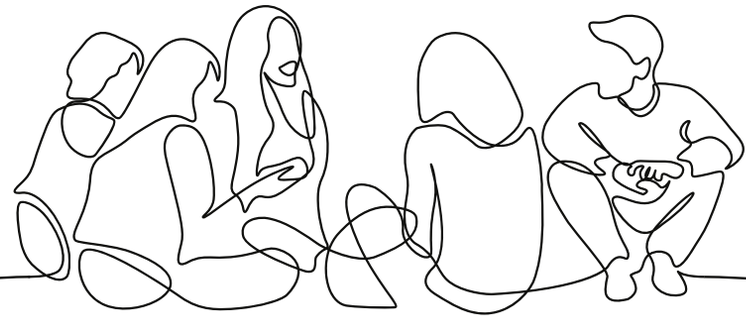
Für die Erledigung der administrativen Tätigkeiten bietet es sich an, eine tägliche Bürozeit als feste Dienstzeit und Dienstart einzuführen.

Folgende Aufgabenbereiche können über gemeinsam definierte Teamrollen mit direkter Prozessverantwortung abgedeckt und strukturiert werden:

- Spezialist:in für unterschiedliche Themen z. B. für Verwaltung, Abrechnungen, Verordnungen oder Diabetesversorgung, Wundversorgung und Dokumentation, Gerontopsychiatrie, Wissen über Institutionen, Hauswirtschaft, Wissensdatenbank, Einarbeitung neuer Teammitglieder.
- Netzwerker:in z. B. für die Pflege des allgemeinen klient:innenfernen Netzwerkes, um Ansprachen und Kontaktaufnahmen zu initiieren.
- Organisator:in z. B. für Dienst-, Urlaubs- und Vertretungsplanentwicklung und Koordination, interne Absprachen-, Termin- und Aufgabenplanung, erste Schnittstelle zu Unterstützungsstrukturen („Backoffice"), Ergebnisqualität sichern.
- Konfliktmanagern:in und Mediator:in z. B. um interne Konflikte zu thematisieren, zu lösen oder ggf. externe Hilfe zu organisieren, die positive Feedbackkultur zu wahren.

Teamrollen mit indirekter Prozessverantwortung können sein:

- Macher:in z. B. um Probleme zu thematisieren und gemeinsame Lösungswege zu initiieren, Risikobereitschaft zu zeigen, Dinge, die gemacht werden müssen einfach machen, Verantwortung zu zeigen, aus Fehlern zu lernen und entsprechend Vorbild zu sein.
- Teamarbeiter:in z. B. um sich um die psychosoziale Gesundheit der Teammitglieder (kocht mal Kaffee, denkt an Geburtstage und Geschenke) zu kümmern.



Die interne Rollenfindung kann durch Methoden der Selbsteinschätzung (Kompetenzlisten) eingeleitet und durch das Entwickeln einer Kompetenzmatrix erleichtert werden. Die teaminterne Zusammenarbeit und die Ausübung der definierten Teamrollen sollte zudem durch entwickelte Teamregeln strukturiert und unterstützt werden.
Teamregeln sollten zu folgenden Bereichen gemeinsam entwickelt und festgelegt werden:

- Allgemeiner kollegialer Umgang miteinander,
- Arbeitszeiten und Dienstplanentwicklung mit Kenntnisnahme bzw. Genehmigungsprozess durch alle oder definierte Teammitglieder,
- Urlaubs- und Feierabendregelungen zu Erreichbarkeit und Teilnahme an Teamsitzungen,
- Regeln zum Umgang mit und dem Teilen sowie dem Dokumentieren von Informationen (inkl. Klient:inneninformationen/Übergabe) und Erfahrungen (Wissensmanagement),
- Rückmelde- und Antwortkultur, Vertretungs- und Überstundenregelungen sowie Regelungen zur Sicherstellung eines regelmäßigen gemeinsamen Austauschs und Besprechungen.

Besondere Aufmerksamkeit in der Teambegleitung während der Durchführungsphase sollte der Bereich des richtigen und kollegialen Umgangs miteinander und die damit zusammenhängende Feedbackkultur bzw. das Thematisieren und Lösen von internen Konflikten bekommen.

Durch den Wegfall einer zentralen Pflegedienstleitung und die Übernahme der allgemeinen Arbeitsorganisation (Arbeitszeiten, Dienst- und Urlaubsplan, Aufgabenverteilung) in die autonome Selbstverwaltung des Teams werden im Rahmen der ersten „Storming-Phase" im Rahmen der Teamentwicklung unweigerlich auch interne Konflikte entstehen. Diese Konflikte können sich auf die Verantwortungsebene zur Aufgabenerledigung beziehen, aber auch auf die persönliche Ebene der Teammitglieder.

Ein kontinuierliches Team-Coaching sollte neben der Teament-

wicklung bezüglich der Rollen und Regeln auch besonders Kommunikationstechniken und Methoden zum Umgang mit Konflikten beinhalten (vgl. nächster Punkt: Fortbildungen / Fluktuationen).

Konflikte treten auch bei Personalfluktuationen im Team und an den Schnittstellen zur Unterstützungsstruktur auf. Es sollte beachtet werden, dass das Team durch Personalwechsel immer wieder in Forming-, Storming- und Norming-Phasen zurückfallen kann und nur schwer in einen Flow, in die Performing-Phase gelangen wird. Empfehlenswert ist eine kontinuierliche Coaching-Struktur über bspw. regelmäßige Workshops und weitere Reflexionsformate. Es empfiehlt sich hierbei, das Teamcoaching durch eine neutrale Person zu realisieren, die nicht unmittelbar in die allgemeine Leitung auf Seiten des klassischen Pflegedienstes eingebunden ist.

Gleichzeitig sollte diese Person vom Pflegeteam legitimiert sein, bestimmte definierte Inhalte aus dem Coachingprozess an die Leitungsebene geben zu dürfen, damit keine Parallelstrukturen entstehen, deren gemeinsame Weiterentwicklung stagniert.

Fortbildungen / Fluktuationen

In der Durchführungsphase sollten sich die Schulungs- und Fortbildungsinhalte direkt am individuellen Bedarf des bestehenden Pflegeteams orientieren und laufend diesbezüglich evaluiert werden. Im Fokus sollte der Bereich Selbstorganisation vor dem Hintergrund der wahrzunehmenden bisher nicht oder je nach Berufsprofil wenig bekannten Verwaltungsaufgaben stehen. Hier sind insbesondere Schulungen zur Leistungserfassung, zur Stammdatenpflege und zu den Abrechnungen sowie zum Umgang mit ärztlichen Verordnungen und die Kennzahlenerfassung zu nennen. Diese Tätigkeiten sind originär nicht Teil der pflegefachlichen Ausbildung oder Bestandteil der Tätigkeiten im Rahmen der klassischen ambulanten Versorgung und müssen entsprechend erlernt werden. Schulungen diesbezüglich sollten kontinuierlich, wiederkehrend und für alle Teammitglieder verpflichtend erfolgen, da es vorkommen kann, dass eine Pflegekraft in einem autonomen Team über längere Zeit bspw. keine Abrechnungen selber erledigt. Begleitend dazu können Zeitmanagement, Medienkompetenztraining und Inhalte des Projektmanagements sowie Qualitätsmanagement und Personalmanagement die Qualifizierungsmaßnahmen ergänzen.

Pflegefachliche Inhalte müssen sich neben allgemeinen Qualifizierungsmaßnahmen (Hygienevorgaben, Wundversorgung, Pflegestandards) an den jeweiligen Erfordernissen der Klient:innen ausrichten. Qualifizierungen zur Steigerung der Selbstorganisation sollten durch ein Coaching zur Entwicklung und Steigerung der Selbststeuerungskompetenzen auf Ebene des autonomen Teams begleitet werden. Es bietet sich an, das Coaching mindestens einmal monatlich durchzuführen. Inhalte sollten Maßnahmen und Techniken zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, Gesprächsführung, Kommunikation und Moderation sowie Konfliktmanagement beinhalten.

Die Qualifizierungsmaßnahmen helfen nicht nur, den internen Teamzusammenhalt zu stärken, sondern befähigen das autonome Team auch in der Kommunikation nach außen (Vorstellung im Rahmen von Kontaktformaten, Klient:innenakquise und Versorgung).

Methoden und Techniken aus der Kommunikationstheorie, die sich bewährt haben sind:

- Feedbackburger/Sandwich-Modell
- Teamuhr nach Bruce Tuckman
- Eisbergmodell nach Floyd Ruch und Philipp Zimbardo
- Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun
- Transaktionsanalyse nach Eric Berne
- Johari-Fenster nach Joseph Luft und Harry Ingham
- Werteorientierung.

Wichtig ist, die fachlichen, persönlichen und kommunikativen Kompetenzen der Teammitglieder mit einzubeziehen und daraufhin das Thema Rollenentwicklung im Team abzugrenzen, da nicht jede/jeder im Team alles gleich gut können muss. Die Teammitglieder müssen nur voneinander wissen und bereit sein, ihr Wissen zu teilen, um einen Mehrwert für das gesamte Team darzustellen. Fallspezifische bzw. persönliche Konflikte können durch eine gezielte Supervision adressiert werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt im Rahmen von personellen Qualifizierungsmaßnehmen (in Verbindung mit einem Wissensmanagementsystem) in der Durchführungsphase ist der Umgang mit Personalfluktuationen. Diese können auch bereits in der Planungsphase auftreten. Erfahrungsgemäß sind personelle Wechsel sowohl auf Teamebene als auch in den angrenzenden Unterstützungsfunktionen während des aktiven Pflegebetriebs jedoch gravierender, insbesondere vor dem Hintergrund der erweiterten Kompetenzanforderungen im Rahmen des autonomen Ansatzes. Ein systematisches Wissensmanagement erleichtert den Prozess der Qualifizierung neuer Mitarbeiter:innen.

Zusätzlich bietet es sich an, neuen Teammitgliedern die Möglichkeiten zu geben, von erfahrenen Kolleg:innen direkt in der Praxis zu lernen (Training on the Job). So kann direkt anhand der Praxis relevantes (Praxis-) Wissen vermittelt werden, welches die angehenden autonom arbeitenden Teammitglieder für den autonomen Ansatz benötigen. Um Fehler frühzeitig zu erkennen und künftig zu vermeiden, sind regelmäßige Kontrollen sowie Feedbackgespräche wichtige Bestandteile der Einarbeitung. Ein transparentes Einarbeitungskonzept lenkt die Erwartungshaltung, reduziert so das Frustrationspotenzial und kann zu weniger Personalwechsel führen.

Wissensmanagement

Das Wissensmanagementsystem ist sowohl in der Planungs- als auch in der Durchführungsphase der zentrale Ort für die Ablage und Verwaltung von Projektinformationen. Dies können Schulungsinhalte, Teamregeln, Rollen- und Einarbeitungskonzepte sowie (nicht personenbezogene) Klient:inneninformationen sein. Zentral ist nicht das System (digital, physisch) an sich, sondern sind die Prozesse zur Pflege und Dokumentation sowie die damit zusammenhängenden Verantwortlichkeiten. Wichtig ist hier zudem, dass der kontinuierliche und strukturierte Austausch innerhalb des Pflegeteams sowie der Austausch mit den jeweiligen Ansprechpersonen der Unterstützungsstrukturen gesichert sind. Dies sollte über regelmäßige Teamsitzungen mit fester Agenda-Struktur gewährleistet werden.

Anforderungsprofil Pflegeteam

In der Durchführungsphase ist das Anforderungsprofil bezüglich der Integration neuer Fachkräfte in ein bestehendes Team natürlich an die vorhandenen bzw. fehlenden Kompetenzen der Teammitglieder anzupassen. Wichtig, insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, ist es, sich flexibel und situativ angemessen von dem zuvor entwickelten Anforderungsprofil lösen zu können. Wichtig bei der Rekrutierung neuer Teammitglieder während des laufenden Pflegebetriebes ist auch die Erkenntnis, dass dieser Prozess sehr viel zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen benötigt. Die Personalplanung steht hier im Spannungsfeld zwischen der Wirtschaftlichkeit des Pflegebetriebes (Klient:innen akquirieren und versorgen) und der möglichst nachhaltigen Entwicklung eines stabil und effektiv funktionierenden autonomen Pflegeteams (Verwirklichung von Zielen und Vision).

Vor dem Hintergrund der Neupositionierung des pflegerischen Ansatzes - autonomes Arbeiten in Verbindung mit Pflege nach Zeit, sowohl für die Pflegefachkräfte als auch für die Klient:innen, der gesteigerten Kompetenzanforderungen an die Teammitglieder und der allgemeinen Verfügbarkeit von Fachpersonal (Fachkräftemangel), wird es kaum möglich sein, beide Interessen von Anfang an gleichberechtigt auszubalancieren. Für die Weiterentwicklung eines stabil und effektiv funktionierenden autonomen Pflegeteams ist es in der Durchführungsphase parallel zum Pflegebetrieb wichtig, interessierten neuen Mitarbeiter:innen die Möglichkeit zu geben, das autonome Arbeiten kennenzulernen. Dies kann bspw. über Hospitationen im Team erreicht werden.

Die Teamgröße für das autonome Arbeiten ist generell geringer als in der klassischen Versorgung. Je nach Klient:innenkreis und Verfügbarkeit von Fachkräften sollte ein Pflegeteam nicht mehr als sieben oder acht Mitglieder pro Team umfassen. Gleichzeitig hat sich gezeigt, dass das Team eine Mindestgröße von fünf Köpfen und mindestens drei Vollzeitstellen benötigt, um die unterschiedlichen Teamrollen besetzen und diverse Aufgaben erledigen zu können. Insgesamt sollte auf einen bedarfsgerechten Mix aus unterschiedlichen Voll- und Teilzeitmodellen geachtet werden. Dieser erhöht die Flexibilität im Einsatz und die Teammitglieder lernen mit flexibler Dienstplanung umzugehen. Das Kompetenzprofil sollte neben examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen auch Fachkräfte aus der Altenpflege sowie Pflegehelfer:innen/Pflegeassistent:innen und Hauswirtschaftskräfte umfassen, um die unterschiedlichen Stärken mit Bezug zum Rollenkonzept zu verwirklichen.

Die examinierten Absolvent:innnen der generalistischen Pflegeausbildung sind fokussierter im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und damit in Kommunikations- und Beratungskompetenz ausgebildet. Dabei sollte auf eine ausgeglichene Balance von erfahrenen und jungen Fachkräften (Berufserfahrung versus Anpassungsfähigkeit) geachtet werden. Je nach Personal- und Klient:innensituation kann es eine Möglichkeit sein, zeitweise Pflegekräfte aus dem klassischen Dienst zu entleihen, um die Klient:innen aus dem autonomen Ansatz versorgen zu können. Generell ist bei diesem Vorgehen zu beachten, dass autonomer und klassischer Ansatz nicht gegenseitig in Konkurrenz um die besten motiviertesten Fachkräfte treten.

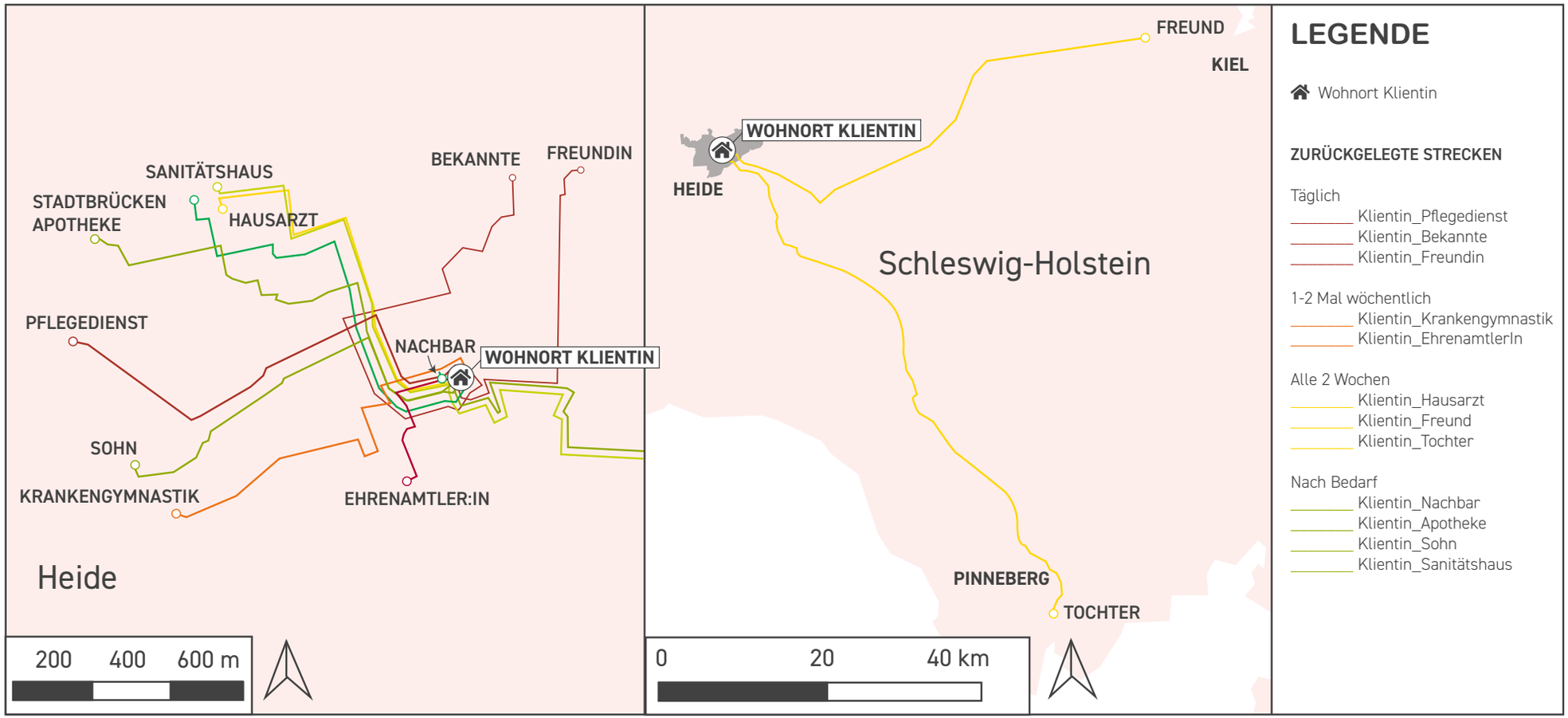
Wie eine Netzwerkkarte aussehen kann, zeigt das Beispiel auf der rechten Seite: Die dargestellten Karten zeigen ein Netzwerk zwischen einer Klientin und verschiedenen Personen und Diensten, die sich um das Wohl der Klientin kümmern.

NETZWERKE

Die Weiterentwicklung und Pflege des klient:innennahen und -fernen Unterstützungsnetzwerkes ist während der Durchführungsphase eine kontinuierliche Aktivität. Der Ansatz ist hierbei, Familie und Freund:innen der Klient:innen für die Einbindung in die Pflege zu gewinnen sowie in der regionalen Therapie- und Versorgungsstruktur Unterstützende für den neuen Pflegeansatz zu generieren.

Aufgaben	Verantwortung
Klient:innen- und Therapienetzwerke pflegen (lernen)	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Pflegedienstleitung des konventionellen Pflegedienstes in Bezug auf Kontaktnetzwerkerweiterung

NETZWERKKARTE FRAU H. (AUS HEIDE)



Die dargestellten Karten zeigen ein Netzwerk zwischen einer Klientin und verschiedenen Personen und Diensten, die sich um ihr Wohl kümmern. Durch die eingezeichneten Strecken soll deutlich werden, wie weitläufig so ein Netzwerk sein kann und welche Strecken wie häufig zurückgelegt werden. Die linke Karte zeigt die Personen und Dienste, die in Kontakt mit der Klientin stehen und nicht weiter als 1 Kilometer entfernt wohnen. Die rechte Karte zeigt diejenigen Personen, die zwischen 50 und 100 Kilometern von der Klientin entfernt wohnen.
Die in der Karte dargestellten Daten dienen rein der Anschauung. Vor dem Hintergrund der Anonymität der Klientin und des Datenschutzes wurden bis auf den Standort der Apotheke und des Pflegedienstes nicht reelle Standorte verwendet. Daher sind auch die eingezeichneten Strecken nur Beispielstrecken und nicht die reell zurückgelegten Wege. Da dieses Netzwerk nur als Beispiel dient, wie so ein Netzwerk aufgebaut sein kann, konnte auf nicht reelle Daten zurückgegriffen werden.

Klient:innen- und Therapienetzwerke

Das klient:innennahe Netzwerk wird am besten pro-aktiv von den Teammitgliedern des Pflegeteams gepflegt. Dabei hat sich eine direkte Ansprache von Angehörigen, Nachbar:innen und Freund:innen während der Klient:innenbesuche als beste Möglichkeit erwiesen, hier Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. Es empfiehlt sich bei der Netzwerkpflege ein klares Konzept zu verfolgen, dessen kontinuierliche Weiterentwicklung und Informationssicherstellung aller Teammitglieder auch Teil der regelmäßigen Teamsitzungen sein sollte. Dabei ist die Gewinnung des klient:innennahen Unterstützungsnetzwerk der erste Schritt. Im Anschluss kann das klient:innenferne Netzwerk angesprochen werden. Wichtig ist hierbei natürlich das Einverständnis der Klient:innen. Das Unterstützungsnetzwerk und die Kontaktaufnahmen sollten systematisch dokumentiert werden und die Information in die Pflege- und Tourenplanung (wann sind Angehörige da? Welche:r Nachbar:in kann helfen?) einbezogen werden.

BÜROKRATIE UND VERWALTUNG

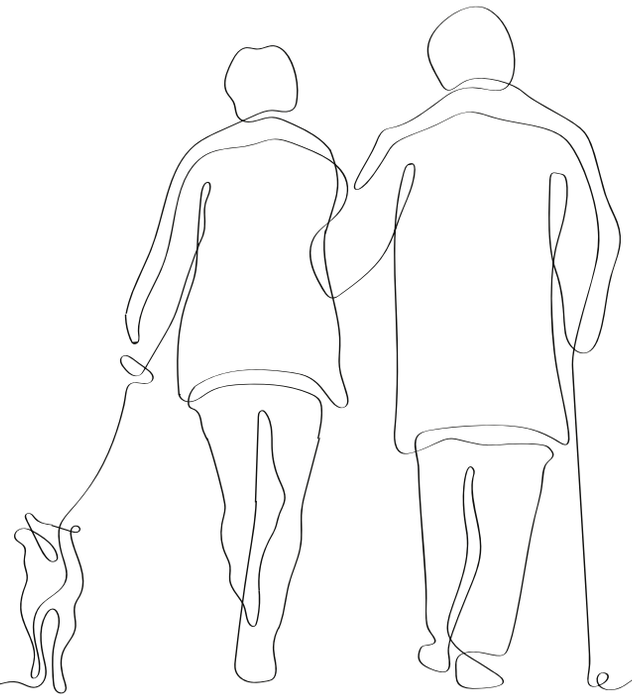
Während des praktischen Pflegebetriebes in der Durchführungsphase übernehmen die Unterstützungsstrukturen („Backoffice“) aus dem klassischen Dienst alle relevanten Aufgaben, die nicht Teil der autonomen Selbstverwaltung des Pflegeteams sind. Sie fungieren insbesondere auch bei Personalmangel oder anderen unvorhersehbaren Umständen als notwenige Rückfallstrukturen.

Aufgaben	Verantwortung
Unterstützungsfunktion reduzieren, Rückfallstrukturen bereithalten, Zeit-, Finanz- und Personalkontingente bereitstellen	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Rechnungsabteilung, Controlling
Rentabilität im Blick behalten sowie Controlling und Leistungsabrechnungen durchführen	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Rechnungsabteilung, Controlling, Überleitmanagement

Unterstützungsfunktion reduzieren

Die Übernahme von Verwaltungsaufgaben der Unterstützungsfunktionen sollte während der Durchführungsphase schrittweise und situativ reduziert werden und in die autonome Selbstverwaltung des ambulanten Teams übergehen. Hierzu sind feste Ansprechpartner:innen zu bestimmen, die auch schon während der Planungsphase das Team begleitet haben.

Die feste Bindung erzeugt gegenseitiges Vertrauen und führt dazu, dass bei etwaigen Ausfällen sowohl das Team als auch der klassische Pflegedienst die anfallenden Aufgaben und die damit in Zusammenhang stehenden Strukturen und Prozesse kennen. Die Übernahme von Verwaltungsaufgaben in die autonome Selbstverwaltung sollte daher nicht gleichbedeutend mit der Reduzierung von Kontakt- und Austauschformaten stehen. Personen aus der Abrechnungsabteilung, dem Controlling oder der Pflegeplanung sollten dem Team weiterhin als Dialogpartner:innen zur Seite stehen und in regelmäßige Teamtreffen eingebunden werden. Die Unterstützungsfunktionen des „Backoffices“ aus dem klassischen Dienst können so als mögliche Rückfallebenen vorbereitet und informiert sein.



Controlling / Leistungsabrechnung

Die interne allgemeine Evaluation und finanzielle sowie organisatorisch-administrative Planung sollten kontinuierlich und regelmäßig durch eine zentrale Leitungsebene erfolgen. Diese ist vor dem Hintergrund der Teamauslastung bezüglich Klient:innenversorgung und den nötigen Unterstützungsfunktionen aus dem klassischen Dienst bereit zu stellen. Es kann sich bei dieser Person um ein Mitglied der Pflegedirektion oder der Geschäftsführung handeln. Dazu ist die regelmäßige Überprüfung der operativen Einsätze durch ein Controllingsystem wichtig. Zentrales Instrument sollte dabei das Controlling anhand der erhobenen Kennzahlen sein. Zu beachten sind insbesondere die nötigen Fahr- und Rüstzeiten in Bezug zu den Leistungskomplexpauschalen (SGB XI versus SGB V). Der verfügbare Finanzrahmen und die zugesicherten Leistungen im Rahmen der Klient:innenverträge müssen im Einklang mit dem Einsatzgebiet und dem Fahraufwand stehen. Hierzu tritt das „Backoffice" in engen Austausch mit dem Pflegeteam, damit das Team lernt, die erhobenen Daten zu verstehen und Weichenstellungen über den operativen Einsatz daraus abzuleiten (Klient:innenakquise). Vor dem Hintergrund von möglichen Personalfluktuationen während des Pflegebetriebes sollte ein Überleitungsmanagement etabliert sein, dass ggf. Klient:innen zurück in die klassische Versorgung bringt, sollten Kosten (Fahrzeit) und Versorgung sich zu sehr entkoppeln oder andere Gründe die Rückkehr in das klassische Abrechnungssystem erfordern. Eine Kontrolle sollte auch zentral bezüglich der Eingaben und der Gewährleistung qualitätssicherer Abrechnungen mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen, auch vor dem Hintergrund möglicher Prüfungen durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen). Zentral ist auch, immer wieder durch Teambesprechungen zu evaluieren, wo Schwierigkeiten liegen und wo die Unterstützung angepasst werden muss, damit das Pflegeteam gut und strukturiert arbeiten kann. Dies sollte durch die definierten Schnittstellen zwischen Team und Unterstützungsstrukturen gewährleistet werden.

MARKETING UND KOMMUNIKATION

In der Durchführungsphase werden die erarbeiteten Ergebnisse weiterbearbeitet und hergestellt. Die Relevanz und der zeitliche Aufwand (auch auf Seiten des Pflegeteams) darf nicht unterschätzt werden. Die kontinuierliche Information der allgemeinen Öffentlichkeit (potenzielle Klient:innen) als auch des klient:innennahen (Angehörige, Nachbarschaft) und fernen Umfeldes (Therapiestrukturen) ist konstant zu verfolgen. Es sind entsprechende Akteur:innen für den neuen Ansatz zu gewinnen, um die autonome Arbeit erfolgreich gestalten zu können.

Aufgaben	Verantwortung
Marketing- und Kommunikationsstrategie verfolgen und anpassen	PR-Spezialist:innen/Verantwortliche, Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Marketingabteilung
Informationsmaterialien verteilen, Marketing- bzw. Kontaktformate nutzen und Marketingkampagne verfolgen	Pflegeteam, Marketingabteilung
Interne Kommunikation und Informationsaustausch organisieren und managen sowie feste Austauschformate entwickeln und durchführen	Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Marketingabteilung

Marketing- und Kommunikationsstrategie

Eine kontinuierliche Evaluation der Marketing- und Kommunikationsstrategie ist erforderlich und Anpassungen an das Einsatzgebiet sind durchzuführen. Es empfiehlt sich, die Teammitglieder mit persönlichen Porträts in der Region zu bewerben.

Das Team sollte eng in die Ausgestaltung der Marketing- und Kommunikationsstrategie eingebunden werden, da es bereits durch die Kontakte in der Praxis meistens sehr genau weiß, wie bestimmte Akteur:innen (bspw. Ärzt:innen oder auch Angehörige) angesprochen werden können und welche konkreten Informationsbedarfe entstehen. Die Zeitplanung von Informationsveranstaltungen sollte in enger Beziehung zu der Selbstorganisation (Dienstzeiten etc.) des Pflegeteams stehen und diese berücksichtigen.

Marketing- und Kommunikationsmaßnahmen

Die Außendarstellung sollte zentral auf Ebene des autonomen Teams erfolgen. Den neuen Ansatz und seine entsprechenden Vorteile zu bewerben ist deutlich einfacher über die persönliche bzw. „personalisierte" Ebene und das Darstellen der handelnden Menschen. Faktenbasierte Informationen können für spezifische Akteure (politische oder verwaltungstechnische Akteursgruppen sowie Therapeut:innen) sinnvoll sein, die Information der potenziellen Klient:innen hat sich aber gezielt über und mittels der Teammitglieder bewährt. Hierzu bieten sich gezielte Kontaktformate wie Pop-up Stände auf Wochenmärkten oder Veranstaltungen, das Branding der Dienstfahrzeuge, aber auch der persönliche Kontakt auf Veranstaltungen der Kirchengemeinde, des Quartiersmanagements oder Senior:innenentreffs an.

Interne Kommunikation

Als zentralen neuen Prozess in diesem Handlungsfeld ist der interne Kommunikationsaustausch zu organisieren und zu managen. In Abhängigkeit zu dem bereits erreichten Grad an autonomen Handeln können regelmäßige Austauschformate wie Jour Fixes o. ä. genutzt werden, um die Schnittstellen zwischen Planung (interne Marketingabteilung oder externer Dienstleister) und dem Pflegeteam zu organisieren. Dies betrifft auch die Schnittstellen zu Aus- und Fortbildungsstrukturen sowie zu der Verwaltungsebene. Die Ergebnisse der Austauschformate werden von den Teammitgliedern dokumentiert.

FÖRDERUNG KLIENT:INNEN

Neben der autonomen Selbstverwaltung und Organisation der ambulanten Pflege auf Seiten des Pflegedienstes ist ein zentraler Bestandteil des neuen Pflegeansatzes die Pflege nach Zeit. Neben der selbstständigen Pflegeplanung durch die ambulanten Pflegekräfte (abseits von Leistungskomplexen) und der konkreten Einbeziehung von Klient:innenwünschen und Bedürfnissen, ist der zentrale Anspruch der rehabilitierenden Pflege hier handlungsleitend.

Die Förderung von mehr Klient:innenselbstständigkeit im ambulanten Sektor ist angelehnt an das neue Strukturmodell und der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Dieses Handlungsfeld steht in enger Beziehung zu den zu entwickelnden Pflegeverträgen.

Aufgaben	Verantwortung
Erstgespräch führen, SIS-Planung und Klient:innenbedürfnisse erfassen	Pflege- und Haushaltsfachkräfte, Leitungsteam des Pflegedienstes, Pflegeteam, Controlling, Vertragsabteilung
Klient:innenautonomie fördern, vom neuen Pflegeansatz überzeugen und im Rahmen einer Bezugspflege gemeinsam umsetzen	Pflegeteam, Klient:innen und Angehörige sowie Therapienetzwerk

Erstgespräche / Klient:innenbedürfnisse

In einem Erstgespräch sollten die ambulanten Pflegekräfte Informationen zu mindestens folgenden Themenbereichen erheben, um einen bedarfsgerechten und auf rehabilitierende Ansätze beruhenden Pflegeplan entwickeln zu können:

- Kognition und Kommunikation
- Mobilität und Bewegung
- Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- Selbstversorgung und Leben in sozialen Beziehungen.

Diese Informationen sollten ergänzt werden durch Informationen zu

- Haushaltsführung
- Potenzielle Kontakte des Klient:innennetzwerkes (nah und fern)

Klient:innenautonomie / Neuer Pflegeansatz

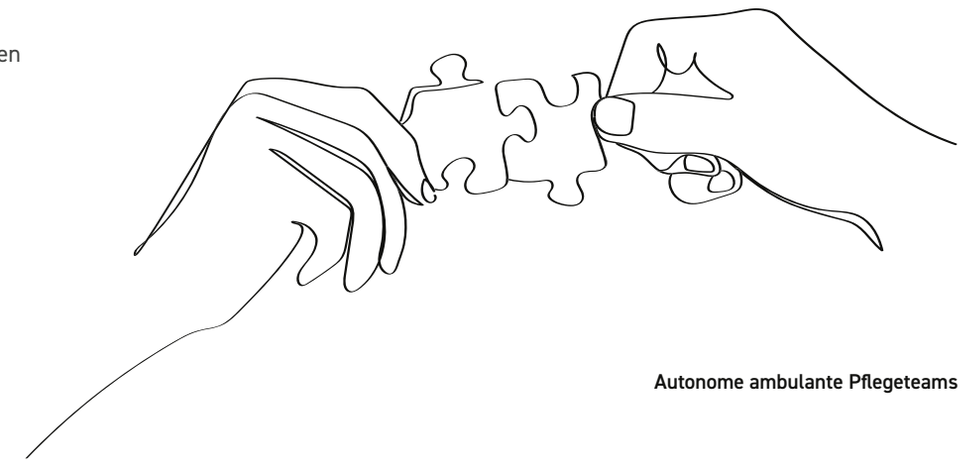
Zentraler Aspekt, um die Selbstständigkeit der Klient:innen in der ambulanten Versorgung zu fördern und zu unterstützen ist die Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit den Klient:innen sowie dem klient:innennahen und -fernen Umfeld. Pflege nach Zeit, d. h. der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ganzheitliche Ansatz wird mit den Klient:innen sowie dem nahen und fernen Kleint:innenumfeld gemeinsam umgesetzt.

Hierzu ist es natürlich wichtig, die Vorteile bereits in der Akquise herauszustellen. Die Erfahrung zeigt aber, dass den Klient:innen, Angehörigen und Therapeut:innen das Verständnis bezüglich der Unterschiede viel besser und nachhaltiger durch die eigentliche Pflegepraxis vermittelt werden kann, als durch abstrakte Konzepte (mehr zeigen und machen, weniger erklären).

Zentrale Tätigkeiten sind insbesondere:

- Aktivierung und Mobilisierung der eingeschränkten Fähigkeiten mit dem Ziel der Verringerung des Pflegegrads.
- Soziale Komponenten in den Vordergrund rücken.
- Klient:innen motivieren, sich während des Besuches zu bewegen und sie ermutigen und auffordern, kleine Tätigkeiten wie bspw. die Kompressionsstrümpfe schon mal ein Stück selbst anzuziehen.
- Vorteile für die Lebensqualität aufzeigen. Erfolge immer wieder herausarbeiten, loben und positiv verstärken, um die Motivation zum Mitmachen zu halten und zu fördern.
- Bezugspflege entwickeln und gewährleisten.
- Die Klient:innen bestimmen lassen, was sie möchten. Sie immer wieder dazu auffordern, ihre Bedürfnisse zu nennen.
- Persönlichen Kontakt zu Angehörigen herstellen. Umfeld der Klient:innen mit einbeziehen.

Methodisch eignet sich insbesondere das aktive Zuhören, um die Bedürfnisse der Klient:innen kennenzulernen und ernst zu nehmen. Es zeigt sich, dass besonders in der Kommunikation mit älteren Pflegebedürftigen, die zusätzlich unter psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen leiden, es vorteilhaft ist, offene Fragen zu stellen, um diese Klientel aktiv in die Pflege einzubeziehen. Die Entwicklung von kleinen Ritualen (Begrüßung etc.) erleichtert die Bezugspflege und schafft langfristiges Vertrauen – auch in den neuen Pflegeansatz.



Schlüsselerkenntnisse

Dieses Kapitel des Prozesshandbuches thematisiert die relevantesten Schlüsselerkenntnisse des AAP-Projektes. Erläutert werden diese – in der Retrospektive – wichtigsten Erkenntnisse losgelöst von der Handlungsfeldstruktur. Sie beziehen sich eher auf eine thematische Ebene. Auch wenn die hier dargestellten Erfahrungen und daraus gewonnenen Erkenntnisse konkret das umgesetzte Projekt AAP – autonome ambulante Pflegeteams – betreffen, ist die Übertragbarkeit vor dem Hintergrund anderer Projektkontexte hoch, da sich die ausgewählten Inhalte größtenteils auf gesamtgesellschaftliche Umstände beziehen, die Pflegedienste im gesamten Bundesgebiet in der Umsetzung eines neuen ambulanten Pflegeansatzes vor ähnliche Herausforderungen stellen werden. Dieses Kapitel soll interessierte Pflegedienste ermutigen und helfen, vor der Projektplanung die eigenen Erwartungshaltungen vor dem Hintergrund allgemeiner Umstände mit Bezug zum Pflegesystem und der Pflegelandschaft zu konkretisieren.

ORGANISATION UND PLANUNG

Die Vorbereitungen und Aktivitäten der Planungsphase sind elementar wichtig für den späteren erfolgreichen Pflegebetrieb. Wir sehen als wesentliche Felder einer strukturierten inhaltlichen Vorbereitung folgende Zielbereiche

- auf der Mikro-Ebene: Pflegeteam/Mitarbeiter:innen, Klient:innen
- auf der Meso-Ebene: Träger des Projektes bezüglich der internen Überzeugung gegenüber Projektarbeit und Innovationen in der ambulanten Pflege
- auf der Makro-Ebene: die Politik und Gesellschaft, die aufgrund des Pflegenotstandes bereits handelt und Innovationen fördert.

Eine Planungsphase von weniger als drei Monaten wird vermutlich nicht ausreichen, um die notwendigen Prozesse und Schulungen zu initiieren und umzusetzen. Wir empfehlen daher die Planungsphase mit ca. sechs Monaten anzulegen und Prozesse auf Flexibilität und potenzielle Fluktuation von Mitarbeitenden auszurichten. Ressourcen, sowohl personell, zeitlich und finanziell sind entsprechend einzuplanen. Auf Grund von Personalwechseln war es während des Pflegebetriebes in der Durchführungsphase immer wieder nötig, in die Handlungsfelder der Planungsphase zu wechseln, währenddessen gleichzeitig die Anforderungen der Durchführungsphase erfüllt werden mussten.

AUTONOMIE

Auch ein autonomes Pflegeteam braucht Führung. Autonomie heißt nicht führungslos, sie bewegt sich im Spannungsfeld von persönlicher Freiheit, gemeinsam definierten Teamregeln, Organisationsregeln des Pflegedienstes, Pflegeexperten- und Hygienestandards und rechtlichen sowie finanziellen Rahmenbedingungen. Der Weg zu einer möglichst autonom gestalteten Pflegetätigkeit (Pflege nach Zeit) ist herausfordernd, beglückend und manchmal mühsam sowohl für die Strukturen eines klassischen Pflegedienstes, für die Klient:innen als auch für die Teammitglieder. Das Aufgabenspektrum im Rahmen der autonomen Selbstverwaltung und Organisation, insbesondere der Verwaltungsaufgaben ist ein Mehraufwand der neben der regulären Pflegetätigkeit geleistet und eigenverantwortlich organisiert werden will und nicht Teil der bisher gelebten Berufspraxis und Ausbildung der meisten Teammitglieder ist. Hier sollte geprüft werden, ob die Verwaltungsaufgaben besser zentral vom Backoffice zu managen sind. So kann das Pflegeteam sich voll auf seine Kernkompetenzen in der autonomen Pflege mit Zeit konzentrieren und seine Berufszufriedenheit elementar und nachweislich steigern. Die Entwicklung von Autonomie sollte als kontinuierlicher Prozess verstanden werden, der mal einen Schritt vorwärts und mal einen Schritt seitwärts oder rückwärts machen wird. In der Teambegleitung ist die Entwicklung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Leitungsebene und den Schnittstellen zu den Unterstützungsstrukturen (Backoffice) daher besonders wichtig.

Für die Erreichung eines Zustandes möglichst autonomer Arbeit sollte erwartet werden, die autonome Selbstverwaltung Schritt für Schritt zu etablieren. Dementsprechend ist auch der klassische Dienst darauf vorzubereiten, bis dahin die Verwaltungsaufgaben des autonomen Teams mit zu übernehmen. Bei der Übertragung von Aufgaben und schließlich Verantwortung können Prozesse aus dem Qualitätsmanagement sowie die Identifikation von Standards und Standartprozessen und entsprechende Dokumentationen helfen. Diese sollten direkt von Anfang an in der Wissensdatenbank festgehalten sein und müssen nicht zwangsläufig durch das Team neu entwickelt werden (wie wird mit Rezeptanforderungen und Verordnungen umgegangen, wie wird dokumentiert?). Die interne Aufgabenverteilung im Rahmen von Teamrollen ist der beste Weg, die autonome Selbstverwaltung zu organisieren. Das Wissensmanagement ist dabei abhängig vom Digitalisierungsgrad des Pflegedienstes, eher digital organisiert und abgebildet oder in Form von Handbüchern und Checklisten. Eine Wiki-Struktur kann, muss aber nicht der beste Weg sein, Wissen zu teilen.

PERSONALAKQUISE UND TEAMZUSAMMENSTELLUNG

Der Prozess der (richtigen bzw. zielgerichteten) Personalauswahl und des Recruitings ist wohl einer der zentralsten Erfolgsfaktoren für eine Umsetzung und gleichzeitig eine enorme Herausforderung. Der offensichtliche und extreme Fachkräftemangel wird sich bezüglich der reinen Verfügbarkeit von geeigneten Fachkräften bemerkbar machen. Hinzu kommt noch

das erweiterte Kompetenzprofil im Rahmen des autonomen Ansatzes, welches die Auswahlmöglichkeit von Bewerber:innen nochmals einschränkt. Es sollte erwartet werden, dass das entwickelte Anforderungsprofil vor dem Hintergrund der tatsächlichen Bewerbungssituation angepasst werden muss und ggf. die Anfangs-Anforderungen reduziert werden müssen. Es sollte sich darauf vorbereitet werden, dass die eigene Erwartungshaltung bezüglich der Attraktivität des neuen Pflegeansatzes auf vergleichsweise wenig Motivation bzw. Skepsis und Unsicherheit auf Seiten der Pflegekräfte treffen kann, die in der tradierten Pflegewelt sozialisiert wurden. Daher ist die Aufklärung durch eine pflegedienstinterne und externe Marketing- und Kommunikationsstrategie wichtig. Es kann eine Lösung sein, Fachkräfte aus den eigenen Reihen für das autonome Pflegeteam zu rekrutieren. Hierbei sollte unbedingt beachtet werden, dass diese Pflegekräfte im Vorfeld sehr genau über den Ansatz und die damit verbundenen Anforderungen bezüglich Arbeitsweise und Umstände aufgeklärt sind, um Personalfluktuationen im Team zu reduzieren, die sich in Bezug auf das Image des Autonomen Ambulanten Teams auch innerhalb des Pflegedienstes negativ auswirken. Der Teamauswahl- und Zusammenstellungsprozess sowie die damit zusammenhängende Qualifizierung und Fortbildung wird sich ebenfalls als kontinuierlicher Prozess durch alle Projektphasen ziehen. Die Pflegefachkräfte, die die Pflege nach Zeit durchführen, erleben eine Stärkung ihrer Kernkompetenzen, zufriedenere und autonomere Klient:innen und eine größere Berufszufriedenheit. Autonomes Arbeiten macht Spaß und kann das Berufsfeld Pflege in die Zukunft führen.

KLIENT:INNENAKQUISE

Um ein neues Produkt erfolgreich zu verkaufen, müssen Unternehmen die Zielgruppe und den Zielmarkt bzw. regionalen Kontext genau kennen und verstehen. Dies gilt auch für einen Pflegedienst, der eine neue Leistung – Pflege nach Zeit – anbieten will. Vor diesem Hintergrund ist es wenig wirtschaftlich sinnvoll noch erfolgsversprechend hauptsächlich Klient:innen zu akquirieren, die im Rahmen von SGB V Leistungen abgerechnet werden. Ziel sollte sein, möglichst viele SGB XI Leistungsempfänger:innen als Klient:innen zu gewinnen, da nur diese Personen langfristige Pflegemaßnahmen erhalten. Insbesondere diese Klientel profitiert von der Etablierung eines autonomen Ansatzes in der ambulanten Versorgung. Fakt ist jedoch auch, dass die gesetzlichen Regelungen des Pflegegeldsystems in Kombination mit den Umständen und Gegebenheiten im Einsatzgebiet das Pflegen nach Zeit erschweren können.

Dies trifft zu, wenn die Pflegebedürftigen (oder die unmittelbaren Angehörigen) das Pflegegeld nicht für mehr Pflege ausgeben (können oder wollen), sondern darüber allgemeine Lebenshaltungskosten finanzieren (müssen/wollen). Diesem Umstand muss unbedingt vor Projektstart mit einer genauen Analyse im Rahmen einer SWOT-Analyse oder Machbarkeitsstudie Rechnung getragen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die richtigen Klient:innen (und Angehörigen) dann noch von dem neuen Ansatz zu überzeugen sind. Hierzu ist die Kommunikation auf der Basis einer professionellen Pflegeberatung nach SGB XI § 37.3 über gutes Informationsmaterial wichtig. Viele Klient:innen kennen den neuen Pflegeansatz nach Zeit noch nicht und wünschen sich, genauso wie der Nachbar versorgt zu werden. Abrechenbare Leistungen, insbesondere nach SGB V (sowie Entlastungsleistungen nach SGB XI § 45b) sollen häufig einfach erledigt werden. Hier gibt es auf Seiten der Klient:innen wenig bis keinen Wunsch nach Autonomie. Auch dieses Problem ist systemimmanent, denn häufig resultiert ein Krankenhausaufenthalt im Nachgang in eingeschränkte Möglichkeiten, auch bezüglich der Haushaltsführung. Das Grundbedürfnis basiert in der Situation eher auf einer Leistungsverrichtung.

WIRTSCHAFTLICHKEIT UND VERGÜTUNGSVEREINBARUNG

Die oben genannten Erkenntnisse sollten in Bezug zu der Erwartungshaltung bezüglich der Wirtschaftlichkeit des autonomen Teams gesetzt werden. Sie können dazu führen, dass ein autonom arbeitendes Team auch in der Durchführungsphase und über einen unbekannten Zeitraum darüber hinaus nicht wirtschaftlich rentabel eingesetzt werden kann. Dies sollte im Vorfeld sehr genau geprüft und mit dem eigenen (normativen) Anspruch, der eigenen (und evtl. fremden) Erwartungshaltung und den finanziellen Möglichkeiten abgeglichen werden.

Die Konditionen der Vergütungsvereinbarung sind besonders in diesem Kontext wichtig und stehen in Beziehung zu der Balance aus SGB V und SGB XI Klient:innen. Eine Vergütungsvereinbarung für das Projekt AAP wurde nur mit den Pflegekassen im Rahmen des SGB XI vereinbart, Krankenkassen sind an dieser Vergütungsvereinbarung nicht beteiligt. Dies führt dazu, dass Klient:innen mit dem Bedarf an Behandlungspflege im Projekt trotzdem im Rahmen des neuen Pflegemodells versorgt wurden, diese Arbeit jedoch nicht nach Zeit vergütet wird, sondern herkömmlich nach Leistungskomplex-Pauschalen des SGB V.

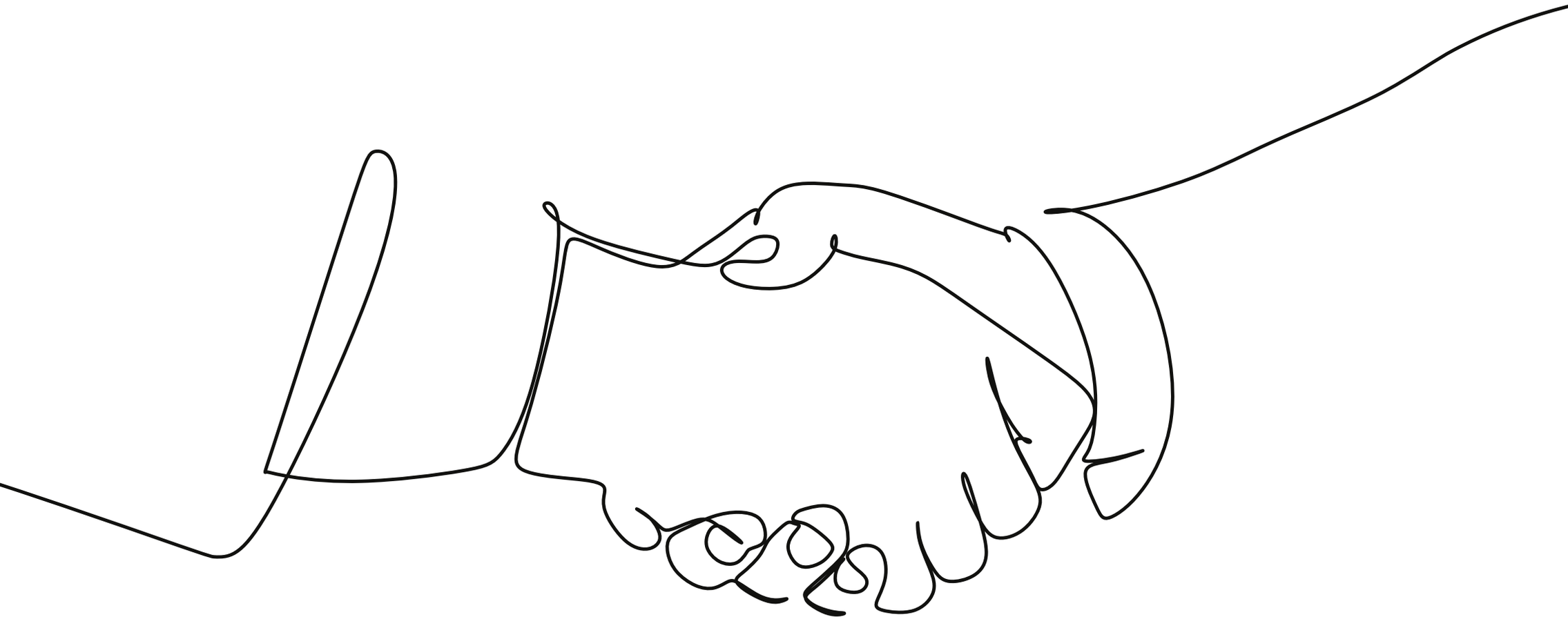
Zudem implizieren die bisher verhandelten Vergütungssätze über den Faktor direkter zu indirekter Pflege immer noch den Kontext zu der Verrichtungsorientiertheit der Pflege. Personenzentrierte Pflege arbeitet anders! Solange nicht Pflegekassen und Krankenkassen gemeinsam an einer Vergütungsvereinbarung beteiligt sind und die Interessen eines pflegebedürftigen Menschen in Kopplung der vertragsgesetzlichen Regelungen im Mittelpunkt stehen, ist es auch in Zukunft herausfordernd, den autonomen Ansatz und Pflege nach Zeit für den Pflegedienst wirtschaftlich rentabel umzusetzen. Wenn alle Akteure im Gesundheitswesen und die Politik gemeinsam an eine zukunftsorientierte Pflege mit Zeit arbeiten, kann sie ein Erfolgsmodell werden und das Berufsfeld Pflege aufwerten. Es gibt dazu allerdings auch keine Alternative. Die prognostizierte Zahl von fehlenden Fach- und Assistenzkräften im Gesundheits- und Pflegebereich zwingt alle Beteiligten dazu, Pflege- und Versorgungssysteme neu zu denken!

Notizen

Mook
we gern
Gemeinsam in die Zukun

Autonome ambulante
Pflegeteams

Mook
we gern
mit Dir!
Ambulanter Pflegedienst



„Das wirklich Neue ist, dass wir als Pflegende endlich genau das tun können, was die Klientin in dem Moment wirklich braucht.“ (AAP-Teammitglied)

www.mookwegern-pflege.de