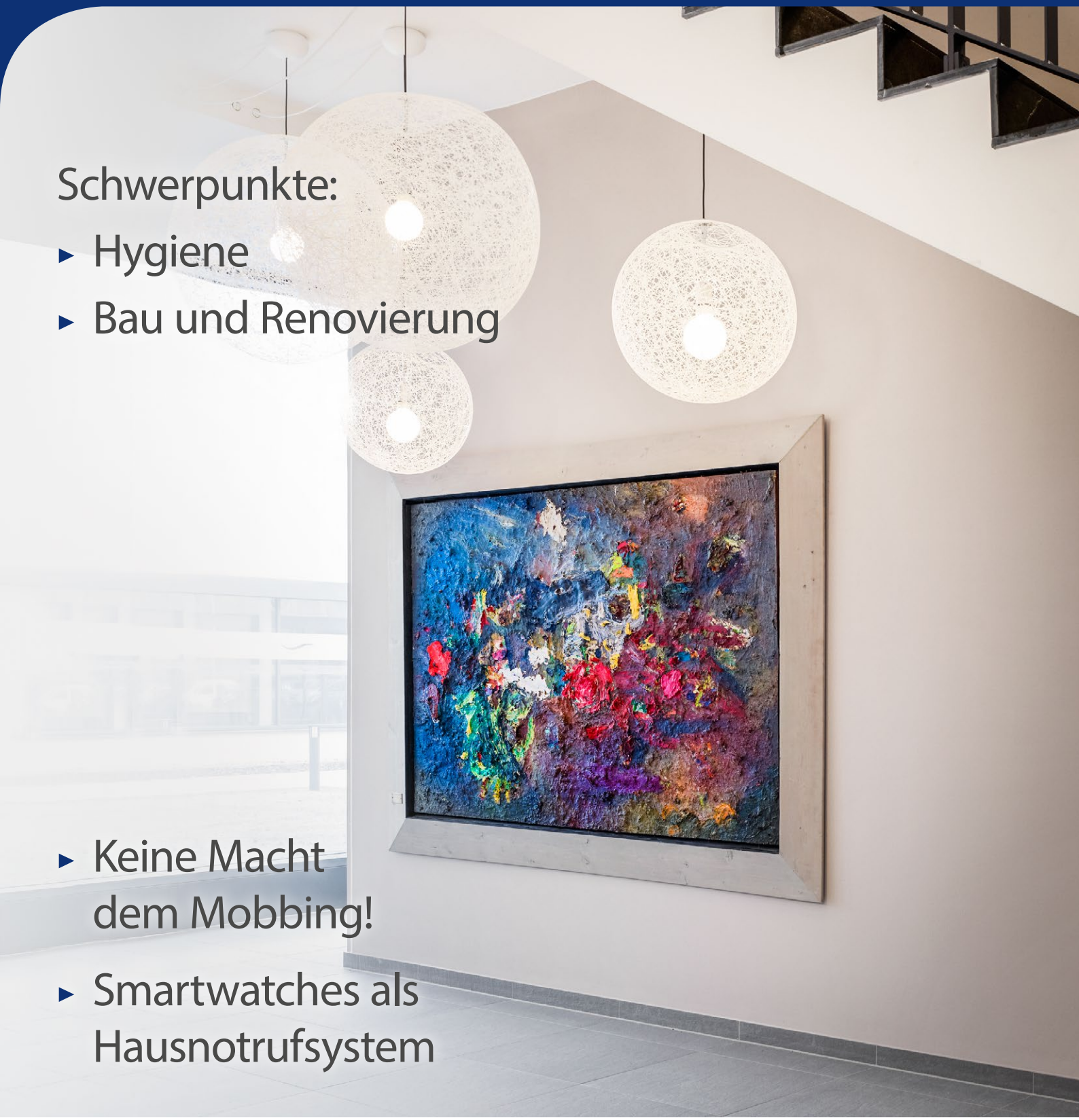
Seniorenheim-Magazin

Fachmagazin für Einkauf und Management

Ausgabe 02/2015



Schwerpunkte:

- Hygiene
- Bau und Renovierung
- Keine Macht dem Mobbing!
- Smartwatches als Hausnotrufsystem

2015

2016 gibt es das Überraschungspaket für die Altenpflege!

HOFER Nachrichtentechnik

Hofer Nachrichtentechnik · Blankeneser Chaussee 9 · 22869 Schenefeld bei HH · Tel: 040 / 839 399-0 · Tel: 040 / 830 70 60 info@hofer-kg.de · www.hofer-kg.de

Roger Eiers, Herausgeber

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen kostenfrei und unverbindlich unser "Seniorenheim-Magazin" in die Hände zu legen. Es scheint, als wenn sich die Geschwindigkeit der Neuerungen im Altenpflegebereich verdreifacht hat, seit wir 2003 zum ersten Mal erschienen sind. Das Seniorenheim-Magazin hilft Ihnen dabei, einige der wichtigeren Entwicklungen besser einordnen zu können.

In acht Fachbereichen finden Sie Beiträge anerkannter Experten, Anwenderberichte sowie wertvolle Gedankenanstöße.

In dieser Ausgabe befassen wir uns u.a. mit den ***Schwerpunktthemen "Hygiene" und "Bau, Renovierung und Sanierung"***. Beachten Sie dazu z. B. das ***Interview mit dem TÜV Süd zum Thema "Aufzugssicherheit"***, welches sich mit der Anwendung der neuen Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV) vom 1. Juni 2015 befasst.

Beim Thema Hygiene werden Sie den Beitrag ***"Abfallentsorgung in Pflegeeinrichtungen - Hygienische und juristische Aspekte"*** vom Chefredakteur der gesundheitsrechtlichen Fachzeitschrift „Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen" als wichtig erkennen sowie den Artikel von Rolf Höfert, Geschäftsführer Deutscher Pflegeverband e.V. zum ***Thema "Hygienemanagement in Altenpflegeeinrichtungen"***.

Neben den Schwerpunktthemen werden die beiden Beiträge bezüglich ***Pflegekräften aus dem Ausland auf den Seiten 50 und 72*** sicherlich Ihr Interesse finden.

Verpassen Sie auch nicht den wichtigen ***Beitrag "Wer soll das bezahlen? – Wer hat das bestellt?"***, der sich mit den finanziellen Auswirkungen einer generalistischen Pflegeausbildung für Pflegeeinrichtungen auseinandersetzt.

Es würde uns freuen, wenn wir Ihnen ein Mal pro Halbjahr ähnlich relevante Informationen in Form unseres kostenfreien Newsletters zusenden könnten. Unter den Heimen, die sich für den Newsletter eintragen, ***verlosen wir immer wieder interessante Preise. So konnte sich eine Einrichtung über eine zweimonatige Probefahrt mit einem VW-Caddy mit Rollstuhlrampe freuen***. Ein anderer Gewinner profitierte von einer ***kostenfreien in-Haus-Weiterbildung des Homecare-Unternehmens Servona***. Auf Seite 56 dieser Ausgabe lesen Sie über die Gewinner der letzten Runde, die sich über die praktischen Hilfestellungen des ***Seminars "Stress erkannt – Gefahr gebannt" von Dipl.-Psych. Thomas Eckardt*** freuen durften, der seit über 25 Jahren erfolgreich in der Pflegebranche tätig ist.

Wir sind ständig auf der Suche nach neuen Preisen, die wir unseren Newsletter-Abonnenten zukommen lassen können. Am besten tragen Sie sich gleich heute noch unter www.seniorenheim-magazin.de ein. Auf ein Feedback zum Magazin freuen wir uns. Jetzt aber erst einmal viel Spaß beim Lesen!

Ihr

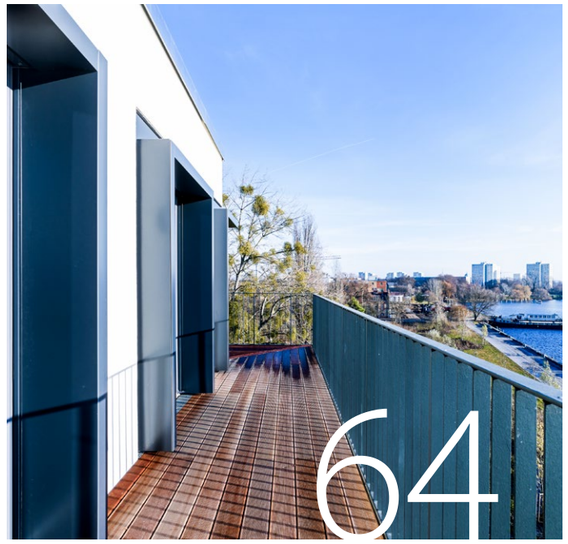
Impressum

Herausgeber:
Seniorenheim-Magazin
Verantwortlich: Roger Eiers
Saarlouiser Straße 18,
80997 München
Fon: 0 89/3 81 69 77-50
Fax: 0 89/3 81 69 77-59
info@seniorenheim-magazin.de
www.seniorenheim-magazin.de

Layout und Gestaltung:

PowerIgel –
Strategie & Visuelle Kommunikation
www.getroyer.com

Titelfoto:
© Stefan Müller, Berlin



Inhalt No. 02/15 (Die Titelthemen sind in rot hervorgehoben)

Expertenrat
Entbürokratisierung in der Pflege 6
Keine Macht dem Mobbing! 8
Neuer Pflegebegriff, bessere Versorgung? 11

Pflege, Pflegemittel, Wundbehandlung
Behandlungsalternative: Ernährungsumstellung 12
Eine Musikstunde für und mit Senioren 13
Diabetes: wie man Folgeschäden verhindert 14
Mein Beruf: Pflege 15
Gewalt fängt nicht erst bei Schlägen an! 17
Mehr Zeit durch neue Leitungsstrukturen 18

Verwaltung, Organisation, Haus- und Gebäudetechnik
Smartwatches als Hausnotrufsystem 20
Vernetzte Hilfen im Alter 22
Neues für den Betrieb von Aufzügen 24
Innovative Altenpflegeheimkonzepte 28
Altersgerechtes Assistenzsystem ohne Stigmatisierung 30
Elektronische Personaleinsatzplanung 31

Raum- und Kücheneinrichtungen
Unschlagbar pflegeleicht! 32
Toto: Barrierefrei einsetzbar 34
Bilder in Seniorenheimen – Worauf Sie achten müssen! 36

Ernährung
Glutenfreie Ernährung im Alter 38

Reinigung, Hygiene, Bekleidung und Wäsche
Abfallentsorgung in Pflegeeinrichtungen 40
Die "Bügelrevolution" 42

Dienstleistungen, Recht und Personalwesen
Pflege setzt auf Kräfte von außen 50
Wer soll das bezahlen? 52
Gewinnspielbericht: Schulung für Leitungskräfte 56
Niederschwelliges Ausbildungsmodell bewährt sich 57
Auswertung der DGQ-Studie:
Geringes Vertrauen in „Pflege-TÜV" 58

Bau, Renovierung und Sanierung
Weniger Ausfallzeiten und Kosten –
mit selbstklebendem Kautschukboden 68

Aus- und Weiterbildung, Messen, Verbände, Fachliteratur
Die Zeit heilt keineswegs immer alte Wunden 70
Staatliche Einmischung ist kontraproduktiv 72
REHACARE 2015 legt kurz vor Start deutlich zu 74

Impressum 3

Alle Schwerpunktthemen dieser Ausgabe auf einen Blick

▸ **Hygiene**
Hygienemanagement in
Altenpflegeeinrichtungen 44
Zuverlässige Hygiene für Bettwäsche,
Handtücher und Arbeitsbekleidung 48

▸ **Bau- und Renovierungsmaßnahmen**
Von besserer Ausleuchtung profitieren 60
Optimale Raumplanung mit
barrierefreien Schiebetüren 62
Aufzüge für Menschen mit Demenz 63
Ein junges Haus für ältere Menschen? 64

Foto: Yuri Arcurs – Fotolia.com

Entbürokratisierung in der Pflege – vereinfachte Pflegedokumentation

Von Alexandra Zimmermann

Nach dem Abschlussbericht des Statistischen Bundesamtes zum Erfüllungsaufwand in der Pflege (2009) bezifferte sich der Aufwand für die Pflegedokumentation auf 2,7 Milliarden € (Sach- und Lohnkosten). Dies sind 12,2 % der Gesamtausgaben der Pflegekassen, wobei zwei Drittel aller Kosten dabei auf die Leistungsnachweise entfallen.

Ganz nach dem allseits bekannten Haftungsgrundsatz „was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht erbracht" hat sich in den letzten Jahren nahezu ein Dokumentationswahn entwickelt. Außerdem haben sich Pflegeeinrichtungen mehr und mehr der Art und Weise angepasst, wie der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft. Denn diese Qualitätsprüfungen fixieren sich auf die Dokumentation. Der Gesetzgeber hat hierauf bereits reagiert. Seit dem Jahr 2013 stellt § 114 a Abs. 3 SGB XI ein Fachgespräch zwischen Prüfer und der Pflegekraft der Dokumentation insofern gleich, als bei den Prüfungen der Nachweis fachgerecht erbrachter Leistungen auch hierdurch erbracht werden kann.

Auch der Aufwand der Pflegedokumentation steht im Fokus politischer Bemühungen. Deshalb fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Projekt „praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation". Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, wirbt aktuell gemeinsam mit der ehemaligen Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege, Frau Elisabeth Beikirch, bundesweit in Veranstaltungen für das neue Strukturmodell zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Im Januar 2015 hat die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in der Pflege begonnen. Das erklärte Ziel der Bundesregierung ist, innerhalb von zwei Jahren mindestens 25 % der Pflegeeinrichtungen auf eine vereinfachte Pflegedokumentation umzustellen.

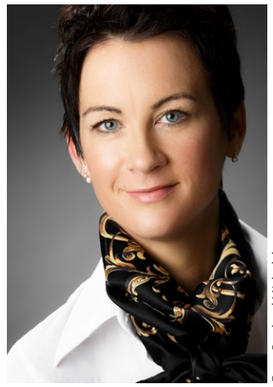


Foto: Raphael Michalek

Eine der wesentlichen Neuerungen der vereinbarten Pflegedokumentation besteht darin, dass für die grundpflegerische Regelversorgung keine Einzelleistungsnachweise mehr geführt werden. Der Leistungsnachweis wird nur noch für die Behandlungspflege geführt. Die Biografien werden auf zentral wichtige Aspekte, und damit erheblich reduziert. Das Abzeichnen von Routinetätigkeiten der Grundpflege entfällt. Dies begründet eine erhebliche Zeitersparnis.

Bislang wird bei der Dokumentation insoweit nicht zwischen der Grund- und der Behandlungspflege differenziert, sondern stets pauschal alles dokumentiert. Dies unter der Annahme des allgemeinen haftungsrechtlichen Grundsatzes, dass das was nicht dokumentiert wurde, auch als nicht erbracht gelte. Richtig ist, dass dieser Grundsatz im Bereich der medizinischen Behandlungspflege gilt. Ein Verstoß gegen diese Dokumentationspflicht begründet indes noch keine Haftung. Eine Haftung setzt immer eine schuldhafte Pflichtverletzung voraus, die kausal für einen eingetretenen Schaden verantwortlich ist. Liegt also ein Gesundheitsschaden nicht vor, so begründet ein Dokumentationsfehler auch keine Haftung. Die Pflegedokumentation stellt dabei einen so genannten Urkundsbeweis dar. Der Urkundsbeweis ist eines der stärksten Beweismittel. Anhand der Einträge in der Pflegedokumentation kann deshalb der Nachweis der Gewährleistung des einzuhaltenden pflegefachlichen Standards geführt werden. Sofern die Dokumentation nicht ausreichend bzw. lückenlos erfolgt ist, führt dies in aller Regel zu einem Beweisproblem. Theoretisch kann der Beweis jedoch auch durch andere Beweismittel, etwa die Vernehmung von Pflegekräften als Zeugen, geführt werden. Dabei kommt jedoch der erschwerende Umstand hinzu, dass sich haftungsrechtliche Auseinandersetzungen in der Regel über mehrere Jahre hinziehen. Wenn ein Zeuge mehrere Jahre nach der streitgegenständlichen pflegerischen Versorgung konkret zu einer Pflegemaßnahme bei einem Bewohner befragt wird, wird ihm dies naturgemäß äußerst schwer fallen. Insbesondere, wenn er zur Auffrischung seiner Erinnerung nicht auf Einträge in der Pflegedokumentation zurückgreifen kann. Wird die Pflegedokumentation nicht richtig oder lückenhaft geführt, besteht zudem ein weiteres Rechtsrisiko. In diesen Fällen kann nämlich die so genannte Beweislast umgekehrt werden. Grundsätzlich gilt das rechtliche Prinzip, dass der Geschädigte, bzw. die klagende Krankenkasse, den Beweis führen muss, dass die Pflegeeinrichtungen, bzw. die ausführende Pflegekraft, den pflegefachlichen Standard verletzt hat und dadurch einen kausalen Schaden herbeigeführt hat. Gelingt dieser Beweis nicht, so haftet die Pflegeeinrichtung auch nicht. Im Fall einer Beweislastumkehr sieht die Beweissituation für die Pflegeeinrichtungen hingegen sehr viel schlechter aus. Sie muss dann nämlich den Beweis des Gegenteils führen. Jede Unsicherheit geht deshalb dann zu Ihren Lasten.

Im Bereich der Behandlungspflege können deshalb Abstriche bei der Dokumentation der Pflege nicht erfolgen. Hier besteht eine Dokumentationspflicht. § 630 f Abs. 2 BGB (Patientenrechtegesetz) gibt zudem notwendige dokumentationspflichtige Inhalte einer Patientenakte vor. Diese Regelung findet aber nur auf Verträge über medizinische Behandlungen Anwendung. Auf Leistungen der Grundpflege findet sie mithin keine Anwendung. Bei der Grundpflege handelt es sich um regelmäßig wiederkehrende Versorgungsabläufe. Hier muss eine fortlaufende Dokumentation der vorgenommenen Leistungen nicht erfolgen. Denn nach der Rechtsprechung müssen Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte nicht dokumentiert werden. Im Rahmen typisierter Arbeitsabläufe sieht es der Bundesgerichtshof (BGH) als zulässig an, durch Mitarbeiter der Pflege den so genannten „Immer-so-Beweis" anzutreten. D.h., dass die Pflegefachkraft unter Bezugnahme auf die im Qualitätsmanagement-System hinterlegte Ablaufbeschreibung aussagen kann, dass die Leistung dann „immer so" erbracht werde. Die Grundpflege setzt sich in der Regel aus Routinemaßnahmen zusammen. Die Grundpflege mit ihren Routinemaßnahmen ist deshalb einmal in Form einer übergeordneten Leistungsbeschreibung schriftlich zu erfassen. Die Durchführung der Maßnahmen ist dabei zu beschreiben. Es muss der Nachweis geführt werden können, dass die am Pflegeprozess beteiligten Pflege- und Betreuungskräfte hierüber informiert sind und Kenntnis erlangt haben. Dies geschieht durch Gegenzeichnung und ist damit im Rahmen der Organisationsverantwortung hinterlegt. Im Pflegebericht sind dann lediglich Abweichungen von der grundpflegerische Routineversorgung zu erfassen. Ebenso akute Ereignisse. Anhand der geführten Dienstpläne kann zudem nachvollzogen werden, wer die grundpflegerische Leistung, die im QM hinterlegt ist, erbracht hat.

Im Rahmen der Behandlungspflege ist grundsätzlich an den bisherigen umfassenden Verfahrensweisen festzuhalten. Die im Rahmen der Behandlungspflege durchgeführten Leistungen sind durch die ausführende Pflegekraft abzuzeichnen und von ihr sind im Pflegebericht gegebenenfalls ergänzende Hinweise festzuhalten.

Die vereinfachte Pflegedokumentation begegnet mithin grundsätzlich keinen rechtlichen Bedenken.

Gute Führung als Erfolgsprinzip eines attraktiven Arbeitgebers – Teil V

In diesem Artikel behandeln wir:
Keine Macht dem Mobbing!

von Thomas Eckardt

Foto: von Lieres - Fotolia.com

Mobbing, d.h. das Schikanieren und Ausgrenzen von Mitmenschen, gibt es seit Menschengedenken. Der Begriff leitet sich von dem englischen Wort „Mob" ab und bedeutet „über jemanden herfallen, eine Person anpöbeln, attackieren, angreifen." Ursprünglich wurde das Wort von dem Verhaltensforscher Konrad Lorenz für aggressives Tierverhalten benutzt. Es beschreibt ein Phänomen, das im menschlichen Bereich zuerst von dem schwedischen Psychologen Heinz Leymann untersucht wurde und das gerade in den letzten Jahren starkes öffentliches Interesse erfahren hat.

Mobbing kann immer da auftreten, wo Menschen über längere Zeit, d.h. über Monate und Jahre, in Gruppen zusammen sind: im Kindergarten, in der Schule, an der Universität, in Vereinen und innerhalb der Familie. Im Allgemeinen wird damit jedoch jede Art von Psychoterror am Arbeitsplatz bezeichnet. Dazu fallen Ihnen sicher spontan eine ganze Reihe von Begriffen ein. Wie zum Beispiel: Schikane, Intrigen, Hinterhältigkeit, Lügen, Sadismus und Täuschungen.

Was häufig mit einfachen Streitereien oder mit Unverschämtheiten gegen die Betroffenen beginnt, wird im Verlauf des Geschehens zunehmend systematischer. Anfangs ist die betroffene Person durchaus gleich stark oder sogar noch überlegen. Im Verlauf des Mobbing-Prozesses gerät sie jedoch zunehmend in die Defensive. Aus einer Auseinandersetzung mit anfänglich wenigen Beteiligten entsteht ganz allmählich eine Situation, in der ganze Abteilungen, später sogar die direkten Vorgesetzten in dem Betroffenen einen „Störenfried" sehen, der den Betriebsfrieden und den normalen Pflegebetrieb gefährdet. Um den „Normalzustand" wiederherzustellen, wird so lange gegen den Kollegen oder die Kollegin vorgegangen, bis der vermeintliche „Querulant" durch ständige Krankheit oder Kündigung aus dem Weg geschafft ist.

Besonders in Arbeitsbereichen in denen die Mitarbeiter häufig Überbelastungen durch Personalmangel und großem psychischen Stress ausgesetzt sind, greifen viele zu einem Ventil, indem sie nach dem Leitspruch „Grenze die Schwachen, grenze die Leisen aus!" verfahren. Dass sich solche Schikanen gegen vermeintlich schwächere Kollegen und Kolleginnen richten ist selbstverständlich. Untersuchungen zeigen indes, dass besonders oft die Kolleginnen und Kollegen gemobbt werden, die noch nicht lange an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz tätig sind.

Verdrängte Konflikte

Ausgangsbasis für einen Mobbing-Prozess ist immer ein Konflikt aufgrund von Meinungsverschiedenheiten zwischen zwei Personen. Aufgrund eines Versagens der zwischenmenschlichen Kommunikation wird das Problem nicht gelöst, sondern verdrängt. Angereichert durch Missverständnisse und persönliche Interpretationen, kommt es dann zur Fehleinschätzung der Situation. Die Saat für den bevorstehenden Eklat ist gesetzt. Anstatt durch einen kommunikativen Austausch klärendes Licht ins Dunkle zu bringen, beginnt der Täter mit seinen ersten Maßnahmen, Mitstreiter zu angeln: In 71% der Fälle verbreitet er Gerüchte. Die Mobbing-Aktion beginnt zu wachsen – und zwar schnell.

Mobber sind bemüht, einen Clan zu bilden. Aus Angst, selbst ausgegrenzt zu werden, schlagen sich Kollegen lieber auf die Seite des Mobbers. Sie suchen den Schutz in der Masse. Existiert ein Clan erst einmal, ist es schwer, den ursächlichen Mobber zu identifizieren. Die Betroffenen trifft es dann häufig wie ein Schlag, wenn sie mit (unwahren) Vorwürfen aus gleich mehreren Quellen konfrontiert werden. Sie haben somit auch nicht die Möglichkeit, sich im Anfangsstadium gegen die Beschuldigungen und Angriffe zu wehren, da sie nicht wissen, an welche Adresse sie sich eigentlich wenden sollen und um welchen Sachverhalt es sich konkret handelt.

Vier klassische Mobbing-Phasen

- Konflikte, einzelne Unverschämtheiten und Gemeinheiten: Es kommt zu Konflikten im zwischenmenschlichen Bereich, die nicht verarbeitet werden.
- Übergang zu Mobbing und Psychoterror: Es formiert sich eine geplante Aktion durch menschenunwürdiges Verhalten einer oder mehrerer beteiligter Personen, die sich gegen das Opfer richtet.

Checkliste

- ✓ Welche Gedanken/Assoziationen sind Ihnen bei der Ausführung der Mobbing-Ursachen in den Kopf gekommen?
- ✓ Welche Qualität hat die Kommunikationskultur/-politik Ihrer Organisation? Wie gestaltet sie sich?
- ✓ Mit welcher Philosophie/welchen Programmen werden neue Mitarbeiter an Ihre Aufgabe herangeführt?
- ✓ Durch wen werden neue Vorgesetzte in Ihrem Unternehmen eingearbeitet?
- ✓ Wie werden Karriereschritte Ihrer Mitarbeiter (von Führungskräften) in Ihrem Unternehmen vorbereitet? Welche Starthilfen/Unterstützungen erhalten sie?
- ✓ Nach welchem Prinzip erfolgt die Zusammenlegung von Arbeitsgruppen und Projektteams in Ihrem Unternehmen/Ihrer Abteilung?
- ✓ Wie praktizieren Sie Beziehungsmanagement (= Management, das die sozialen Beziehungen und Verflechtungen harmonisieren sowie die Mitarbeiterbindung erhöhen will)?
- ✓ Was wird in Ihrem Unternehmen/Ihrer Abteilung für die Gleichstellung von Frauen und ausländischen Mitarbeitern unternommen?
- ✓ Welchen Normen der Führungsethik kommen in Ihrem Unternehmen zum Einsatz?
- ✓ Welche Auswirkungen hat die Brisanz des Arbeitsmarktes auf die Managementethik Ihres Unternehmens?
- ✓ Wie gehen Sie mit Konfliktsituationen um?
- ✓ Wie reagieren Sie darauf, wenn Ihren Mitarbeitern Fehler unterlaufen?
- ✓ Wie verhalten Sie sich bei Mitarbeitern, die mit Ihnen als Person (als Mensch) nicht zurechtkommen?
- ✓ Welchen Stellenwert haben Mitarbeiter in Ihrem Unternehmen/Ihrer Abteilung, die nach hohem Engagement plötzlich krank werden und in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind?
- ✓ Wie betrachten Sie konstruktive Verbesserungsvorschläge Ihrer Mitarbeiter?
- ✓ Wie reagieren Sie auf Mitarbeiter, die Ihnen sagen, dass sie mit Ihrem Arbeitspensum bereits seit längerem dauerhaft überlastet sind und dies auch stichhaltig argumentieren können?
- ✓ Was unternehmen Sie bei einer Intrige durch Kollegen gegen eine/n Mitarbeiter/in, wenn Sie davon Kenntnis erlangen?

- Rechtsbrüche durch Über- und Fehlgriffe der Personal- und/oder Geschäftsleitung: Es kommt zu konkreten Angriffen, massiven Kränkungen (z. B. Vorwurf von Geistesgestörtheit) und ungerechten Beschuldigungen sowie zur gezielten Arbeitsunter- und/oder -überforderung. Das Mobbing-Opfer wird vor Führungskräften, der Personal- und/oder Geschäftsleitung bloßgestellt.
- Ausschluss aus der Arbeitswelt: Die definitive Ausgrenzung des Opfers ist erreicht. Die Betroffenen sind jetzt in ihrer Persönlichkeitsstruktur gebrochen und zeigen in dieser Phase meist alle Verhaltensmuster und Kennzeichen, die ihnen vorher ungerechterweise vorgeworfen wurden. Es kommt in den meisten Fällen zu ungerechten Beschlüssen (z.B. zur Kündigung).

Wie Führungskräfte Mobbing aufdecken können

- Angriffe auf die Möglichkeit, sich mitzuteilen: Um Betroffene einzuschüchtern und daran zu hindern, sich zu wehren, sind Mobber bemüht, deren Kommunikationsmöglichkeiten zu beschneiden. Das reicht von "nicht zu Wort kommen lassen", "Anbrüllen", "Unterbrechen der Rede" bis hin zu "mündlichen und schriftlichen Drohungen", "Kontaktverweigerung durch abwertende Blicke und Gesten" oder "Kontaktverweigerung durch Andeutungen, ohne dass man etwas direkt anspricht".
- Angriffe auf die sozialen Beziehungen haben zum Ziel, die betroffene Person von der Gemeinschaft auszuschließen, sie in die Isolation zu treiben. "Man spricht nicht mehr mit dem Betroffenen", "man lässt sich von ihm nicht ansprechen" oder es kommt zu einer "Versetzung in einen Raum weitab von den Kollegen".
- Angriffe auf das soziale Ansehen, um die Opfer zu kränken, zu verunsichern und zu destabilisieren. Die Menschenwürde wird bewusst verletzt. Dazu gehören Handlungen wie "hinter dem Rücken des Betroffenen wird schlecht über ihn gesprochen", "man verdächtigt jemanden, psychisch krank zu sein" bis hin zu "man will jemanden zu einer psychiatrischen Untersuchung zwingen."
- Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation: Hier kommt es vermehrt zu Rechtsbrüchen. Die Arbeit der Betroffenen an sich wird unmöglich und nur noch schwer ertragbar. Opfer werden bewusst unter- oder überfordert.
- Angriffe auf die Gesundheit sind in höchstem Maße kriminell und erfüllen den Tatbestand strafrechtlicher Handlungen: "Zwang zu gesundheitsschädlichen Arbeiten", "Androhung körperlicher Gewalt", "Anwendung leichter Gewalt und mit steigender Tendenz "sexuelle Handgreiflichkeiten".

Folgen für die Betroffenen

Opfer von Mobbing-Attacken haben mit schwer wiegenden psychischen und körperlichen Folgen zu rechnen und werden oftmals noch als Schuldige abgestempelt. Auch kostet es Mobbing-Opfer sehr viel Energie und Überzeugungskraft, bis man ihnen von Seiten der zur Rate gezogenen Vertrauenspersonen Glauben schenkt. Häufig werden die vorgetragenen Probleme heruntergespielt. Was Betroffene durchmachen ist ein seelischer Überlebenskampf, eine Tortur, geprägt von unzähligen Spießroutenläufen. Dies führt zu psychischen und psychosomatischen Beschwerden, zu körperlichen Symptome und Erkrankungen, zu Leistungsblockaden und zu sozialer Dekompensation (z. B. Lohnabzug).

Hauptauslöser von Mobbing

Hauptverursacher von Mobbing-Handlungen sind Führungskräfte, die unter Qualifikations- und Persönlichkeitsproblemen leiden. Wer als Manager nicht aus eigener Kraft seine Position und Funktion vertreten kann, läuft Gefahr, einem Machtspiel zu unterliegen, das auf Kosten anderer praktiziert wird.

Nur wenige Menschen sind zudem in der Lage, Konfliktsituationen mit Fairness zu begegnen. Der Arbeitsplatz ist mittlerweile als Konfliktherd anerkannt. Und das betrifft Vertreter aller Hierarchien: von ganz oben bis ganz unten. Was uns fehlt, ist eine konstruktive Konflikt- und Streitkultur, die durch offene Kommunikation und Respekt geprägt ist.

Ebenso oft unterschätzt: Existiert in Unternehmen kein Verhaltenskodex, der Normen für das konstruktive Miteinander vorgibt, gilt häufig das Absolut-Prinzip der Business-Hardliner: "Alles ist erlaubt, wenn es gut für das Geschäft ist." In den Chefetagen dieser Unternehmen interessiert sich kaum jemand für die Ungerechtigkeit von Mobbing-Handlungen.

Lösungsstrategie: Prävention als Programm

Dem Psychoterror am Arbeitsplatz kann nur mit einer entschiedenen Grundhaltung und einem klar definierten Maßnahmenkatalog wirksam begegnet werden. Vorbildlich praktiziert dies z.B. das Programm "Partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz". Top-Managements und Arbeitnehmervertreter beginnen mit moderierten internen Diskussionen zum Thema. Daran anknüpfend beginnt eine Qualifizierungskampagne mit Seminaren für unterschiedliche Zielgruppen im Unternehmen. Eine ergänzende handliche Broschüre zur Kommunikation in der Belegschaft rundet das Programm ab.

Die Gründe sind einleuchtend:

Zufriedene Mitarbeiter arbeiten besser und damit auch wirtschaftlicher. Mobbing, Belästigung und Diskriminierung verschwenden unnötig Energie.

Dipl.-Psych. Thomas Eckardt,
Bettengraben 9, 35633 Lahnau
Tel.: 06441 – 960 74
Fax: 06441 – 960 75
info@eckardt-online.de
www.eckardt-online.de

Neuer Pflegebegriff, **bessere Versorgung**?

von Herbert Mauel

Noch in diesem Jahr will die Bundesregierung die zweite Stufe der Pflegereform beschließen. In den letzten Jahren sind bereits spürbare Leistungsverbesserungen in Kraft getreten, nun soll auch ein neuer Pflegebegriff eingeführt werden. Die Bundesregierung verspricht, dass keiner der heutigen Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung nach der Reform schlechter gestellt wird als vorher.

Wie kann das funktionieren? Und für wen genau gilt eigentlich dieses Versprechen?

Betrachtet man nur die zur Verfügung stehenden Gelder, müsste sich vieles verbessern. Es ist schon eine Besonderheit in Deutschland, wenn eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge um 0,5 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens der Pflegeversicherung fast sechs Milliarden Euro pro Jahr beschert. Mittlerweile ist das Thema der Pflegebedürftigkeit in den deutschen Haushalten angekommen. Kaum jemand hat keinen Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen; sei es in der Familie, in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis. Insofern verwundert es nicht, wenn trotz der deutlichen Beitragserhöhung rundum die Notwendigkeit erkannt wird, für gute Pflege mehr Geld zur Verfügung zu stellen.

Zurück zum Versprechen der Bundesregierung. Wer heute Leistungen der Pflegeversicherung erhält, muß sich keine Sorgen machen. Er erhält einen sogenannten Bestandsschutz. Stehen ihm höhere Leistungen zu, erhält er diese auch. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch Verlierer der kommenden Pflegereform geben wird. Alle diejenigen, die erst nach dem 01.01.2017 Leistungen der Pflegeversicherung beantragen, werden die dann geltenden Leistungen erhalten. Besonders auswirken wird sich das für künftige Heimbewohner, die zumindest teilweise zu den Verlierern der Pflegereform werden könnten.

Foto: bpa/Henkelmann

Schlechter gestellt werden demnach insbesondere die künftigen neuen Pflegeheimbewohner in den vormaligen Pflegestufen I und II, die neben der körperlichen Pflegebedürftigkeit nicht zusätzlich auch noch eine sogenannte eingeschränkte Alltagskompetenz haben und demnach den Pflegegraden II und III zugeordnet werden. Wer also pflegebedürftig ist, aber nicht demenzkrank, soll demnach ab 2017 höhere Kosten tragen.

Insgesamt wird es aber für den überwiegenden Teil der pflegebedürftigen Menschen spürbare Verbesserungen geben. Diese werden sich vor allem in der häuslichen Versorgung zeigen. Abzuwarten bleibt dennoch, ob das große Leistungsversprechen der Pflegeversicherung, wonach die Leistungen auch vor einer pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit bewahren sollen, auch bei künftigen Heimbewohnern eingelöst wird. Bereits heute ist wieder jeder Dritte auf Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen.

Heute	Ab 2017	Veränderung absolut	Veränderung prozentual
Pflegestufe I 1.064 €	Pflegegrad 2: 770 €	- 294 €	- 28 %
Pflegestufe II 1.330 €	Pflegegrad 3: 1.262 €	- 68 €	- 5 %
Pflegestufe III 1.6.12 €	Pflegegrad 4: 1.775 €	+ 163 €	+ 10 %

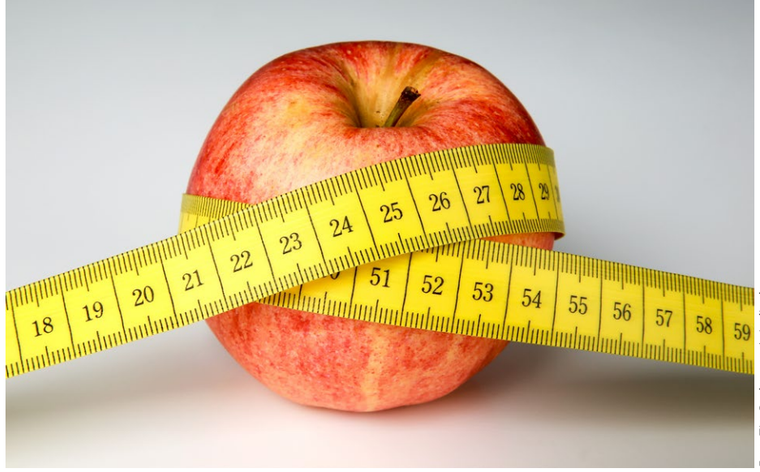


Foto: Tim Reckmann / pixelio.de

Unterschätzte Behandlungsalternative: **Ernährungsumstellung**

Gewichtsreduktion bei Inkontinenz – weniger Ballast für die Blase

von Prof. Dr. Axel Haferkamp

Inkontinenz ist eine Erkrankung, die nicht auf eine einzige Ursache zurückgeführt werden kann. Entsprechend viele Behandlungsmöglichkeiten stehen den Fachleuten zur Verfügung. Doch eine Behandlungsmethode, die ohne Medikamente, Skalpell und Hilfsmittel auskommt, wird immer noch zu wenig gewürdigt: die dauerhafte Gewichtsabnahme. Besonders bei älteren Frauen, die mäßig bis stark übergewichtig sind (BMI >25) tritt eine Harninkontinenz häufiger auf, als bei ihren normalgewichtigen Geschlechtsgenossinnen[1]. Wissenschaftliche Untersuchungen ergeben allerdings, dass eine Gewichtsreduktion auch signifikante Auswirkungen auf die Inkontinenz hat.

Foto: Klinik für Urologie am Uni Klinikum Frankfurt

Prof. Dr. Axel Haferkamp, Erster Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft und Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Frankfurt: „Studien der University of California in San Francisco[2,3] belegen, dass bei stark übergewichtigen Frauen eine Gewichtsreduktion von 16 Prozent zu 60 Prozent weniger Inkontinenzepisoden führten, eine Gewichtsreduktion von 8 Prozent noch sechs Monate später die Häufigkeit des unwillkürlichen Harnverlusts um fast 50 Prozent reduzierte." Starke Argumente für eine dauerhafte Ernährungsumstellung!

Besonders interessant: In einer weiteren Untersuchung an der Harvard Medical School[4] konnte sogar ein Zusammenhang zwischen der Art der Inkontinenz und Übergewicht sowie Hüftumfang hergestellt werden: Während Übergewicht allgemein mit Drang- oder Mischinkontinenz korrespondiert, besteht ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Hüftumfang und Belastungsinkontinenz.

Prof. Dr. Axel Haferkamp betont jedoch, dass die Diät von Fachleuten begleitet werden sollte. Denn wenn eine Ernährungsumstellung ohne Beratung durchgeführt wird, leidet oft auch die Trinkmenge – besonders bei Inkontinenzpatienten. In der Annahme, eine verringerte Flüssigkeitszufuhr wirke sich positiv auf die Inkontinenz aus, wird hier an Flüssigkeit gespart. Bei einer verminderten Zufuhr von Flüssigkeit kann zudem eine Verstopfung gefördert werden.

Eine professionelle Begleitung der Gewichtsreduktion kann auch den individuellen Einsatz von Heiltees steuern, denen eine unterstützende Wirkung nachgesagt wird. Nach Erkenntnissen von Ernährungswissenschaftlern können Johanniskraut, Hopfenzapfen und Baldrian entspannend auf die Blase wirken. Goldrutenkraut oder Kürbiskernsamen können eine entkrampfende und entzündungshemmende Wirkung haben und eine tiefgreifende Ernährungsumstellung positiv unterstützen.

Besonders sinnvoll ist eine fachmännische Begleitung auch für den dauerhaften Erfolg der Gewichtsreduktion: Um eine Ernährungsumstellung sinnvoll durchzuführen und einen Jo-Jo-Effekt zu vermeiden ist der Rat von Fachleuten für die meisten Menschen wichtig. Daher übernehmen die Krankenkassen häufig auch die Kosten für eine Ernährungsberatung zumindest anteilig.

Welche medizinischen Maßnahmen nach einer Gewichtsreduktion noch notwendig oder sinnvoll sind, sollte grundsätzlich immer fachärztlich beurteilt werden.

Die Adressen von Ärzten, Beratungsstellen sowie der Kontinenz- und Beckenboden-Zentren finden Sie auf der Website der Deutschen Kontinenz Gesellschaft unter: http://www.kontinenz-gesellschaft.de

1 Leslee L. Subak, Rena Wing, Delia Smith West, et al (2009) Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women, "The New England Journal of Medicine"
2 Ebenda
3 Subak LL1, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS (2005) Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence, "The Journal of Urology"
4 Townsend, M. K., Curhan, G. C., Resnick, N. M. and Grodstein, F. (2008), BMI, Waist Circumference, and Incident Urinary Incontinence in Older Women, "Obesity"

Musik tut gut –

Eine **Musikstunde** für und mit Senioren im Pflegebereich

Es ist Dienstagnachmittag und das Zimmer füllt sich langsam mit den Bewohnern aus dem Seniorenheim. Aktives Musizieren steht dabei im Vordergrund. Hände und Beine unterstützen das musikalische Tun und jede Person kann mit seinen Fähigkeiten am Geschehen teilnehmen.

Musik bedeutet Bewegung, jedes Instrument erklingt mithilfe einer Bewegung und auch beim Singen sind Bewegungsabläufe im Körper notwendig. Nach unserem Sommerlied steigen wir in unser heutiges Wanderthema mit Musik ein.

Gemeinsam überlegen wir einfache Wanderlieder und sammeln bekannte Melodien. Kurz darauf stimme ich die Lieder an. Zur Unterstützung biete ich einigen Personen Klangstäbe aus Holz mit sehr leichten Filzschlegeln an, damit können wir den Grundton hören und es erklingt ein feiner abgestimmter Frequenzbereich zum Lied. Nach der Singrunde leite ich die Musikstunde weiter auf ein bekanntes Bergsteigerlied aus Südtirol, ich summe die Melodie und nickende Bewegungen verraten mir das Erkennen des Liedes.

Oftmals helfen auch Tonträger, die zum Zuhören und zum Mitsingen anregen. Allerdings kann Singen durch das Anhören nicht ersetzt werden. Summen Sie mit, schaukeln Sie sachte mit den sitzenden Personen hin und her, nehmen Sie die Hände zum Klatschen und Patschen – kurz motivieren Sie Ihre Gruppe zum Mitmachen von Bewegungen.

Aktives Musizieren kann gerade in der Gruppe viel Freude bereiten, jede Person kann seine Fähigkeiten einsetzen, Hilfestellungen werden angeboten und ohne Erwartungshaltung werden alle anwesenden Personen immer wieder freundlich zum Mitmachen gebeten.

Ein Sitztanz zum Wandern ist unsere nächste Aktivität. Eine Polka lädt zu diversen Fußbewegungen ein und auch unsere Arme wandern mit, wir stellen einen imaginären Wanderstock dar und am Ende des Tanzes grüßen wir uns pantomimisch mit unserem Wanderhut.

Eine fröhliche Stimmung ist im Zimmer zu spüren, freundliche Gesichter, Unterhaltungen zwischen den sitzenden Personen beginnen und eine Dame verabschiedet sich mit den Worten:" Schön war's, kommen Sie recht bald wieder!"

Angelika Jekic, Musikpädagogin aus Augsburg bietet Musikstunden und Inhouse-Schulungen rund um das Musizieren mit Senioren an. Weitere Informationen unter www.eumug.eu

Diabetes:
Strukturierte Behandlung verhindert Folgeschäden

Foto: BirgitH / pixelio.de

Eine strukturierte Betreuung von Diabetikern führt zu einer deutlichen Verringerung von Folgeerkrankungen. Dies belegt der aktuelle Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bzgl. des Disease-Managment Programms (DMP) für Typ-2-Diabetiker in Nordrhein. Die Ergebnisse präsentieren das DMP Diabetes als Erfolgsmodell, das Leid vermeiden und Folgeschäden reduzieren kann.

Über 80 Prozent der Typ-2-Diabetiker in Nordrhein sind im DMP Diabetes der Krankenkassen eingeschrieben. Es handelt sich dabei um ein Therapie- und Behandlungsprogramm für chronisch an der Stoffwechselstörung erkrankte Menschen.

Betroffen sind vor allem Senioren: Mehr als 35 Prozent der Patienten im Programm sind älter als 76 Jahre. Im DMP Diabetes behandelt der Hausarzt zusammen mit dem Diabetologen die Patienten strukturiert und betreut sie gemäß den gültigen Empfehlungen und Leitlinien. Alle drei Monate werden Blutzucker, Blutzuckerlangzeitwert (HBA1C) und Blutdruck gemessen. Ebenso werden regelmäßig Nerven, Füße, Augen und Nieren untersucht. Alle Werte werden dokumentiert und langfristig beobachtet. So kann bspw. die Medikation frühzeitig angepasst werden, um möglichen Spätschäden vorzubeugen. Zusätzlich werden Schulungskurse angeboten, die die Kurs-Teilnehmer dazu befähigen, ihren Diabetes besser zu verstehen, im Alltag damit umzugehen und das Leben lebenswert zu halten.

Darüber hinaus werden in den diabetologischen Schwerpunktpraxen verschiedene Kurse je nach Problem und Behandlungsform angeboten, um die individuelle Diabeteseinstellung zu optimieren. Es gibt dort strukturierte Kurse speziell für ältere Menschen, in denen die Diabeteseinstellung gerade für Senioren möglichst vereinfacht wird. Diese Leistungen werden von den Krankenkassen bezahlt und können auch bei Bedarf wiederholt werden.

Alle im DMP enthaltenen Maßnahmen (Untersuchungen, Kontrollen, Dokumentationen, Vorhalten der Schulungsstruktur, Ausbildung der Diabetesberaterinnen und vieles mehr) sind sehr aufwendig und kostenintensiv. Von Gegnern dieses Behandlungskonzepts wird immer wieder entgegengehalten, das überhaupt nicht bewiesen sei, ob durch die intensivere Betreuung tatsächlich etwas verbessert werde und ob sich der ganze Aufwand lohne. Doch die Dokumentation seit Start des DMP-Programms vor über zehn Jahren räumt diese Zweifel aus: Patientendaten von mittlerweile über 500.000 Menschen aus Nordrhein wurden anonym erfasst, Folgeerkrankungen sowie eingesetzte Medikamente dokumentiert und alle Daten bis einschließlich 2013 vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ausgewertet. So wurde im vergangenen Qualitätsbericht der KV gezeigt, dass die strukturierte Betreuung der Diabetiker in Nordrhein zu einer deutlichen Verringerung schwerwiegender Folgeerkrankungen führte.

Beispielsweise sank die Zahl der Beinamputationen, verursacht durch Nervenschäden bei Diabetes, in den letzten zehn Jahren um 80 Prozent. Dies konnte durch regelmäßige Kontrollen der Nerven und Beine sowie der frühzeitigen Weiterbehandlung in Fußambulanzen erreicht werden.Ebenso konnte die Rate von Dialysen bei fortgeschrittenen Nierenerkrankungen durch Diabetes halbiert werden. Des Weiteren konnte durch regelmäßige Kontrollen beim Augenarzt und schnelles Reagieren auf frühe Veränderungen am Augenhintergrund die Rate von Erblindungen um 85 Prozent gesenkt werden.

Pflege, Pflegemittel, Wundbehandlung

Fotos: Dr. Matthias Riedel / BdSN

Die Ergebnisse zeigen, dass eine strukturierte Behandlung und auch Begleitung von Diabetikern durch DMP-Hausärzte und Schwerpunktpraxen im Rahmen des DMP-Programms Folgekosten sowie Folgeschäden und viel Leid ersparen kann. Kurz: Es wäre aus menschlichen, aber auch aus finanziellen Gründen sehr sinnvoll, alle Menschen mit Diabetes im Rahmen der DMP-Programme strukturiert zu betreuen. Ärzte und Krankenkassen fordern daher alle Diabetiker auf, am DMP-Programm teilzunehmen. Teilnahmeerklärungen halten alle Hausärzte bereit.

Quelle: aktueller DMP Bericht KV Nordrhein (www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp13.pdf)
Hintergrund: Der BdSN

Im Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein (BdSN) haben sich über 125 niedergelassene Diabetologen organisiert und die bisherige positive Entwicklung in der Betreuung von Diabetes-Patienten mitgestaltet. Ziel ist es, die ambulante Versorgung Diabeteskranker weiter zu verbessern.

Mein Beruf: Pflege

„Aufnahmestopp für Pflegeheime verhängt! Wegen Unterschreitung der Fachkraftquote hat sich die städtische Heimaufsicht jetzt für einen harten Kurs entschieden und Aufnahmestopps verhängt.“

Diese Schlagzeile, kürzlich in einer überregionalen Tageszeitung zu lesen, lässt aufhorchen. Dass die Altenpflege unter einem gravierenden Fachkräftemangel leidet, ist so neu nicht. Seit Jahren führt die Bundesagentur für Arbeit Altenpflege als Engpassberuf. Spätestens jetzt sollte aber jeder Heimbetreiber, jede Pflegeleitung sich bewusst machen, dass eine Investition in das eigene Fachpersonal unumgänglich und eine Frage der Existenzsicherung des Unternehmens ist. Was Pflegefachpersonal angeht, kommt es vor allem darauf an, MitarbeiterInnen zu halten und an die Einrichtung zu binden. Es muss alles daran gesetzt werden, dass sie so lange und so leistungsfähig wie irgend möglich im Beruf und an ihrem Arbeitsplatz verbleiben. Inoffizielle Zahlen besagen, dass die Berufsverweildauer nach Abschluss der Ausbildung in der Altenpflege nur etwa 6,5 Jahre beträgt – mit sinkender Tendenz. Die Schere zwischen steigendem Bedarf und fehlendem Arbeitskräfteangebot öffnet sich so von Jahr zu Jahr weiter. Als Grund für den Ausstieg nennen viele Beschäftigte die über Gebühr und dauerhaft belastenden Arbeitsbedingungen. Wer trägt dafür die Verantwortung? Die Politik in Bund und Ländern? Investoren, die hohe Renditen erwarten? Führungskräfte, die sich in erster Linie dem Wohl des Unternehmens verpflichtet fühlen?

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe hat in diesem Jahr eine Aktion auf den Weg gebracht – das „Manifest der Pflegeberufe“ (www.dbfk.de/manifest). Darin kommt zum Ausdruck, was Pflegefachpersonen leisten (könnten), welches Potenzial sie mitbringen, wem sie sich verpflichtet sehen,

Aktion „Manifest der Pflegeberufe“: www.dbfk.de/manifest

welchen Beitrag sie im Gesundheitswesen ganz selbstverständlich erbringen – und was sie dafür brauchen und auch erwarten.

Mein Beruf: Pflege

- Ich bin ein Leistungsfaktor und kein Kostenfaktor. Pflegefachpersonen werden dringend gebraucht: Mit meiner Arbeit leiste ich einen wertvollen Beitrag für die ganze Gesellschaft. Nur über die Kosten dieser Arbeit zu sprechen, bedeutet nicht nur Geringschätzung der Pflegenden, sondern auch Geringschätzung derer, die Pflege brauchen. Ich will, dass der Wert meiner Leistung anerkannt wird.

- Ich sorge für Würde im Alter, wenn man mir die Chance gibt. Fließbandarbeit und Massenabfertigung haben in der Pflege nichts zu suchen. Ich achte jeden Menschen als Individuum. Deshalb muss ich die Möglichkeit haben, mit Empathie und Respekt auf den Einzelnen einzugehen. Bürokratie und zu knappe Personalschlüssel verhindern das oft. Ich will, dass mehr Zeit für die Pflege des Einzelnen bleibt.

- Ich sorge für Nachhaltigkeit, wenn man mich lässt. Lebensqualität und Gesundheit möchte ich mit meiner Arbeit erhalten und fördern. Mit meiner Kompetenz kann ich aus der pflegerischen Perspektive maßgeblich zu guten Versorgungsentscheidungen beitragen. Eine individuelle Beratung ist unter Zeitdruck und ohne Freiraum aber unmöglich. Ich will, dass andere von meinem Wissen profitieren können.

- Ich setze mein Wissen ein, aber nicht zum Dumpinglohn. Es werden in der Pflege zu Recht Kompetenz und umfassendes Wissen erwartet. Ich setze mein ganzes Können dafür ein, diesem Anspruch gerecht zu werden. Aber auch mein Arbeitsplatz muss diesen hohen Qualitätsstandards entsprechen. Ich will, dass meine Arbeit mit guten Arbeitsbedingungen und angemessener Vergütung gewürdigt wird.

- Ich bringe vollen beruflichen Einsatz – im Dienst. Grenzüberschreitungen wie Eingriffe in meine Freizeit von außen sind in meinem Beruf an der Tagesordnung. Aber niemand kann ohne Erholung vollen Einsatz bringen. Der Respekt vor der Würde und Individualität der Menschen, die ich pflege, ist für mich eine Selbstverständlichkeit. Ich will, dass auch mir dieser Respekt entgegengebracht wird.

- Ich bilde den Berufsnachwuchs aus – nur so hat Pflege eine Zukunft. Erstklassigen Nachwuchs bringt nur ein Pflegesystem hervor, das die nötige Zeit und den nötigen Gestaltungsspielraum für die Ausbildung lässt. Nur wer jungen Menschen die Chance zur Weiterentwicklung gibt, kann die Pflege aktiv gestalten und zukunftsfähig machen. Ich will, dass die Pflegeausbildung attraktiver wird.

Das Manifest der Pflegeberufe hängt als Poster bereits in vielen Einrichtungen und regt zur Diskussion um den Stellenwert und das Potenzial von Pflegeleistung an. Die Aussagen stoßen an der Pflegebasis, aber auch bei Pflegeleitungen auf breite Zustimmung. Wir erwarten, dass die Verantwortlichen in der Politik und den Unternehmen nun Rahmenbedingungen für GUTE ARBEIT in den Pflegeberufen schaffen. Denn was war das Ergebnis einer kürzlich von der Deutschen Gesellschaft für Qualität DGQ veröffentlichten Studie? Qualifiziertes Personal ist das wichtigste Aushängeschild für Pflegeeinrichtungen!

Johanna Knüppel
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Bundesverband e.V.

Foto: absolut - Fotolia.com

Gewalt fängt nicht erst bei Schlägen an!

Gewalt in der Pflege ist ein häufig auftretendes Phänomen. Dringenden Handlungsbedarf sehen aber die wenigsten Deutschen. Dies geht aus dem aktuellen Themenreport „Gewaltprävention in der Pflege“ hervor, den die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) Anfang Juni in Berlin veröffentlichte. In einer dem Report zugrunde liegenden Studie gab ein Drittel der Befragten mit Pflegeerfahrung an, sich schon mindestens einmal unangemessen gegenüber einem Pflegebedürftigen verhalten zu haben. Der repräsentativen Untersuchung zufolge fehlt es aber vor allem an gesellschaftlichem Problembewusstsein: Danach gefragt, in welchen Bereichen dringender Verbesserungsbedarf bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen besteht, nannten nur 18 Prozent der Bundesbürger den Schutz vor Gewalt und Aggression. Gegenüber der besonders gefährdeten Gruppe der Demenzkranken hielten es sogar nur zehn Prozent der Befragten für notwendig, Gewalt aktiv vorzubeugen.

Foto: Laurence Chaperon

Dr. Ralf Suhr

„Gewalt fängt nicht erst beim Schlagen an. Misshandlung alter und pflegebedürftiger Menschen kann viele Gesichter haben“, erklärt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Dazu gehörten neben körperlicher Gewalt oder verbal aggressivem Verhalten ebenso die Missachtung der Intimsphäre, finanzielle Ausbeutungen, Einschränkungen der Entscheidungs- und Bewegungsfreiheit aber vor allem auch Vernachlässigungen.Aber auch Pflegende erfahren aggressives oder gewalttätiges Verhalten seitens des Pflegebedürftigen. „Um dem komplexen Phänomen gerecht zu werden, bedarf es zuallererst einer umfassenden und differenzierten Aufklärung. Viele Krisenfälle könnten vermieden werden, wenn die Beteiligten das notwendige Wissen hätten. Wir müssen umfassend für dieses Thema sensibilisieren, es enttabuisieren“, so Suhr.

Es gibt bislang nur wenige Studien. Als gesichert kann jedoch gelten, dass in Pflegebeziehungen ein erhöhtes Risiko für aggressionsgeladene oder gar gewalttätige Situationen besteht. „Wenn Gewalt in der Pflege stattfindet, dann ganz überwiegend im nicht öffentlichen Raum. Es wird daher von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen“ berichtet Dr. Suhr. Pflegefachliche Interventionen zur Prävention von Gewalt in der Pflege gibt es wenige. Das ZQP hat deshalb 2013 die international ausgewiesene Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Gabriele Meyer von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg beauftragt, den Stand der Forschung zu untersuchen und wirksame sowie nachhaltige Maßnahmen und Ansätze zur Prävention zu identifizieren. Neben systematischen Literaturrecherchen und Übersichtsarbeiten in verschiedenen Fachdatenbanken erfolgte auch eine umfassende Recherche nach Initiativen und wissenschaftlich evaluierten Projekten in Deutschland.

Die Ergebnisse waren ernüchternd. Zwar wurden auf nationaler Ebene wissenschaftlich begleitete Projekte zur Gewaltprävention identifiziert. Auch konnten etablierte Initiativen mit wichtigen Unterstützungsangeboten für Pflegebedürftige sowohl für die Familie als auch für professionell Pflegende recherchiert werden. Es wurden jedoch keine Wirksamkeitsnachweise für Präventionsinterventionen gefunden. Dr. Ralf Suhr: „Wir brauchen hier mehr Forschung!“

Die Stiftung leistet durch ihre Forschungsarbeit vielfältige Beiträge zur Gewaltprävention in der Pflege. Neben der Publikation von Fachinformationen führt sie gezielt Aufklärungs- und Schulungsveranstaltungen durch. Für Rat- und Hilfesuchende hat das ZQP darüber hinaus ein umfassendes Internetportal zur Gewaltprävention in der Pflege entwickelt, das spezielle Informationen für den akuten Notfall bereithält (www.pflege-gewalt.de).

Beachten Sie auch unseren ZQP-Themenreport Gewaltprävention in der Pflege auf www.zqp.de

Pflege, Pflegemittel, Wundbehandlung

Organisationsentwicklung und Expertentum in der Parkresidenz Helmine Held –

Mehr Zeit durch **neue Leitungsstrukturen**

von Sylvia Habl

Die Grünwalder Parkresidenz Helmine Held krempelte erfolgreich ihre Leitungsstrukturen um. Aus Wohnbereichsleitungen wurden sogenannte Pflegeexperten. Bewohner und Mitarbeiter profitieren gleichermaßen von den veränderten Strukturen.

Claudia Maziul ist eine von den vier Pflegeexpertinnen Die examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin ist bereits seit mehreren Jahren in der Senioreneinrichtung und war zuvor als Wohnbereichsleitung tätig. „Vor der Reorganisation war ich meinem Team sowohl fachlich als auch dienstrechtlich vorgesetzt. Das ständige Umschalten zwischen organisatorischen und pflegefachlichen Aufgaben war oft schwierig“, berichtet sie. „Seit die Pflegedienstleitung die administrativen Aufgaben übernommen hat, kann ich mich darauf konzentrieren, dass die Qualität unserer Pflege kontinuierlich besser wird.“ Ein wichtiges Instrument sind dabei das Konzept der Bezugspflegekraft und die Pflegevisiten. Maziul besucht gemeinsam mit den Pflegefachkräften einzelne Bewohner, begutachtet die ausgeführten und dokumentierten Pflegemaßnahmen und bespricht gemeinsam mit allen Beteiligten das weitere Vorgehen. Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners spielen dabei selbstverständlich eine gewichtige Rolle. Daneben müssen sich alle Maßnahmen am aktuellen Stand der Pflegewissenschaft orientieren und werden immer wieder hinterfragt und nachhaltig weiterentwickelt. Als Bezugspflegekraft begleitet sie den Bewohner vom Einzug bis zu seinem Tod, gestaltet mit ihm zusammen das Wohnmilieu, ist verantwortlich für die Pflegeplanung und ist Ansprechpartnerin für Angehörige, Ärzte und weitere Kontakte.

Auch für ihre Expertenkollegin Anna-Maria Lutz haben sich Abläufe verändert. Die Pflegewirtin konzentriert sich seither stärker auf die Pflegepraxis ihres Teams. Einmal wöchentlich findet die Pflegeexperten-Runde statt. Gemeinsam mit Heimleitung und Pflegedienstleitung besprechen die Pflegeexpertinnen fachliche Aspekte, bewerten die Ergebnisse des Pflegecontrollings und setzen Schwerpunkte zur weiteren Gestaltung der Arbeitsabläufe. Die Dokumentation, Bewertung und – falls notwendig – Veränderung aller Prozesse ist Aufgabe des Qualitätszirkels, an denen die Expertinnen monatlich teilnehmen.

„Als Wohnbereichsleitung habe ich viel Zeit damit verbracht, den Dienstplan zu besetzen“, erinnert sich Lutz. Die Wohnbereiche mit 25, maximal 35 Bewohnern sind in der Parkresidenz im Verhältnis zu anderen Einrichtungen sehr klein und überschaubar. Das ist zwar für die Bewohner sehr angenehm, erhöht jedoch die Anforderungen an eine wirtschaftliche und qualitativ gute Personalplanung enorm. „Die Dienstplanung und die Abstimmung unter den Wohnbereichen ist eine zeitaufwändige Aufgabe. Zeit, die ich jetzt für die fachlichen und gesetzlichen Qualitätsanforderungen an die Pflege und Betreuung habe“, so Lutz.

Fotos: BRK e.V. / Sylvia Willax; Aufnahme der Parkresidenz: BRK e.V. / Massimo Fiorito

Foto: BRK e.V. / Sylvia Willax

Sylvia Habl

Für Lutz beginnt der Pflegeexperten-Arbeitstag in der Regel um 7 Uhr morgens. Ihr erster Weg führt sie in den Westbau, einen 2005 neu errichteten, speziell auf die Bedürfnisse von gerontopsychiatrischen Bewohnern abgestimmten Gebäudeteil. Sie zeichnet verantwortlich für einen Bereich, der rund 25 Senioren verschiedener Pflegestufen und / oder mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen ein Zuhause bietet. Nach der Begrüßung erfährt sie als Erstes, dass sich eine Altenpflegerin für den Spätdienst krank gemeldet hat. Mit ruhigem Gewissen gibt sie diese Meldung an die Pflegedienstleitung weiter, denn seit der Reorganisation ist Lutz nicht mehr für die Dienstplanung zuständig, und muss auch keinen Ersatz für die erkrankte Kollegin suchen. Danach lässt sich die Pflegeexpertin den Aufnahmebogen von Annemarie S. zeigen, die vor drei Tagen ein Zimmer im Pflegebereich B bezogen hat. Gemeinsam mit dem Team geht Lutz in einer Fallbesprechung die biografischen Daten der neuen Bewohnerin durch, begutachtet die dokumentierten physischen und psychischen Ressourcen und diskutiert die Pflegeplanung. Kritisch hinterfragt sie die geplanten Maßnahmen und möchte Annemarie S. selbst sehen. Gemeinsam mit der Schichtleitung klopft sie an Zimmer-Nr. 112, tritt ein, stellt sich vor und bittet darum, ein kurzes Gespräch führen zu dürfen. Zurück im Pflegestützpunkt ruft Lutz im EDV-Dokumentationssystem GoDo © die Seniorin auf und ändert die neu festgelegten Maßnahmen am PC.

Weiter geht es um 11 Uhr zum Termin mit Christoph Büchele, Pflegedienstleiter und Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) in Personalunion. Zusammen mit den anderen drei Pflegeexpertinnen arbeiten sie am hausinternen Expertenstandard Wundversorgung. Büchele nutzt die Arbeitsgruppe der Pflegexpertinnen, um die Anzahl der Bewohner mit offenen Wunden, deren Größe und Lage in den einzelnen Pflegebereichen abzufragen. Mithilfe dieser Angaben aktualisiert der QMB seine interne, wöchentlich durchgeführte Qualitätsdokumentation. „Ich gehe jetzt erst einmal zum Mittagessen“, beschließt Pflegewirtin Lutz mit knurrendem Magen, „und erst danach kontrolliere ich die Bewohner-Medikation in meinem Pflegebereich.“ Gestärkt eilt sie nach der Mittagspause zurück in den Westbau, führt die Kontrollen aus, hilft hier einer Kollegin bei der Mobilisation, packt dort beim Nachmittagskaffee an, um gegen 16 Uhr den Dienstkittel auszuziehen. „Es geht mir gut mit den neuen Aufgabenschwerpunkten. Die Pflegequalität und die Mitarbeiterzufriedenheit in unserer Einrichtung haben sich merklich verbessert. Auch, wenn ich den Kolleginnen mit meiner kritischen Begleitung manchmal auf die Nerven falle“, zieht sie zufrieden das Resümee der veränderten Strukturen.

Auch Heimleitung Heidi Sogawe zeigt sich sehr angetan von den bisherigen Ergebnissen der Organisationsentwicklung: „Mit unseren Pflegeexperten können wir die Qualität der Pflege in der Parkresidenz Helmine Held nachhaltig weiter entwickeln. Jeder weiß, der Arbeitsmarkt in der Altenhilfe ist schwierig. Qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen stellt alle Einrichtungen vor Herausforderungen.“ Sogawe ist sicher: „Flachere Hierarchien und mehr Verantwortung für die Bezugspflegekräfte steigern jedoch nicht nur die Mitarbeiterzufriedenheit. Auch unsere Bewohner und deren Angehörige profitieren von den positiven Veränderungen.“

Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Auch für Senioreneinrichtungen ein Gewinn:

Smartwatches als Hausnotrufsystem der nächsten Generation

Unabhängig und selbstständig sein – diesen Wunsch hegen viele Menschen im Alter. Mit Hausnotrufsystemen gibt man insbesondere den alleine Lebenden die Sicherheit, im Ernstfall schnelle Hilfe zu erhalten. Allerdings sind diese Systeme auf die eigenen vier Wände beschränkt. Kommt es andernorts zur Notsituation, kann im schlimmsten Fall niemand verständigt werden.

Die Unternehmensberatung Dr.-Ing. Rainer Lutze Consulting und Prof. Dr. Klemens Waldhör, Professor für Wirtschaftsinformatik an der FOM Hochschule in Nürnberg, haben nun ein innovatives Hausnotrufsystem basierend auf „Smartwatches", am Handgelenk getragene Kleinstcomputer, entwickelt. Das System, mit der Samsung Gear S realisiert, geht in seiner Leistungsfähigkeit weit über den klassischen Hausnotruf mit mobilem „Funkfinger" hinaus und ist damit auch für Senioreneinrichtungen von hoher Relevanz.

„Ein erster Unterschied der Smartwatch als Endgerät im Vergleich zum klassischen Hausnotruf ist, dass der Hilferuf sowohl inner- als auch außerhalb des Haushalts manuell oder auch automatisch ausgelöst werden kann", erläutert Prof. Dr. Waldhör. Sogar während des Duschens kann die Smartwatch getragen werden – sie ist im normalen Hausgebrauch wasserdicht.

Weiterhin werden mit einem unauffälligen Blick zum Handgelenk neben der Uhrzeit auch Hinweise auf aktuelle Feiertage, den eigenen Geburtstag, den der Ehefrau oder etwa der Enkelkinder gegeben. Insbesondere bei Altersvergesslichkeit oder beginnender Demenz hilft die Smartwatch damit, die Folgen solcher Beeinträchtigungen in Gesprächen mit anderen so unauffällig wie möglich zu halten.

Die Smartwatch erkennt mittels GPS-Sensor, wann beim Spazierengehen ein vereinbarter Bereich verlassen wird und bittet den Senior um Rückkehr. Sie alarmiert eigenständig die Senioreneinrichtung – unter Angabe der aktuellen Position, Bewegungsgeschwindigkeit und -richtung des Seniors – wenn dieser auf die Rückkehrbitte der Smartwatch nachhaltig nicht reagiert. Mittels eingebauter Sensoren erkennt die Computeruhr auch eine unzureichende Aufnahme von Flüssigkeit, die mit dem nachlassenden Durstfühl im Alter oft einhergeht: Robert Baldauf, der berufsbegleitend bei Prof. Dr. Waldhör studiert hat, entwickelte im Rahmen seiner Bachelorarbeit eine Funktion basierend auf Methoden des „Data Mining". Die Uhr kann Trinkbewegungen von anderen Armbewegungen unterscheiden und entsprechend auf unzureichendes Trinken hinweisen.

Foto: Dr.-Ing. R. Lutze Consulting

Dr.-Ing. Rainer Lutze und Prof. Dr. Klemens Waldhör zeichnen für die Innovation verantwortlich. Die Smartwatch-App erkennt mit Hilfe eingebauter Sensoren (GPS), wann der Träger einen zuvor mit ihm vereinbarten Bereich um sein Zuhause verlassen hat, und fordert zur Rückkehr auf. Reagiert der Nutzer nicht, wird er telefonisch mit seiner Senioreneinrichtung zur Klärung der Sachlage verbunden.

Mit den vielfältigen Hinweisen an den Senior, der kontinuierlichen Prüfung auf das Vorliegen einer Notfallsituation und der gegebenenfalls automatischen Alarmierung wird die Smartwatch zum persönlichen Assistenten. Sie realisiert eine Betreuungsintensität zwischen Aufstehen und Zubettgehen, die keine Senioreneinrichtung so aus Kostengründen mit ihrem Personal erreichen kann, erläutern die beiden Entwickler. „Die Smartwatch schafft Sicherheit für die Bewohner und erlaubt es der Einrichtung, das Pflegepersonal von Routineaufgaben der Überwachung zu entlasten. So kann sich dieses auf die Kernaufgaben der zwischenmenschlichen Pflege konzentrieren, bei denen jede Maschine fehl am Platze wäre."

Für eine breite Akzeptanz bei Senioren müssen noch Verbesserungen wie eine einfachere Handhabung der nächtlichen Akku-Aufladung erreicht werden, sind sich Dr. Lutze und Prof. Dr. Waldhör einig. „Die Smartwatch hat durch ihre hohen Mehrwerte aber auf jeden Fall das Potenzial, die klassischen Hausnotrufgeräte in den kommenden Jahren abzulösen."

Weitere Informationen:
Prof. Dr. Klemens Waldhör
klemens.waldhoer@fom.de
Mobil: +49 172/8104945 oder +49 160/6833582

Mit über 32.600 Studierenden ist die FOM die größte private Hochschule Deutschlands. Sie bietet Berufstätigen und Auszubildenden an bundesweit 31 Hochschulzentren die Möglichkeit, berufsbegleitend praxisorientierte Bachelor- und Masterstudiengänge aus den Bereichen Wirtschaftswissenschaften und Ingenieurwesen zu absolvieren. Die Studienabschlüsse sind staatlich und international anerkannt. Getragen wird die FOM von der gemeinnützigen Stiftung Bildungs-Centrum der Wirtschaft mit Sitz in Essen. Die Hochschule ist vom Wissenschaftsrat akkreditiert und hat von der FIBAA Anfang 2012 das Gütesiegel der Systemakkreditierung verliehen bekommen – als erste private Hochschule Deutschlands. www.fom.de.

–Anzeige –

Orientierungsdesign

Ein funktionierendes Leitsystem trägt dazu bei, dass Senioren sich in einer Einrichtung wohlfühlen. Räume, die sich leicht zuordnen lassen, Wege, die klar auffindbar sind geben Sicherheit. Dies trägt zur Akzeptanz der Einrichtung bei und verbessert ihre Funktion.

Basis eines meng-Leitsystems ist eine Situationsanalyse, die die Bewegungsmuster der Nutzer erfasst und auf deren Grundlage die Positionierung der Schilder definiert wird. Mit den Schildersystemen von meng lässt sich das Corporate Design der Einrichtung architekturbezogen umsetzen. Dabei legt Meng besonderen Wert auf den Erhalt der Orientierungsfähigkeit, Selbständigkeit und Mobilität. Das Orientierungsdesign wird den Anforderungen der Senioren angepasst und ist barrierefrei. Senioren können hierbei Informationen und Richtungsentscheidungen über mehrere Sinne erfahren: Kontrastreiche Farbgestaltung, individuell merkfähige Etagen- und Türgestaltungen, unterfahrbare Pultschilder mit tastbaren Informationen, großformatige Türschilder mit gut lesbaren Texten und innenbeleuchtete, digitale Informationselemente.

Als inhabergeführtes Unternehmen realisiert meng seit mehr als 30 Jahren funktionierende Leitsysteme. In Kombination mit einer eigenen Produktion und einem bundesweiten Berater- und Montagenetzwerk entstehen kundenorientierte Lösungen. Der daraus resultierende Synergieeffekt bietet Pflegeeinrichtungen Effizienz, Qualität, kurze Reaktionszeiten und die kostengünstige Umsetzung individueller Anforderungen.

Informationstechnik
Meng GmbH

Am Bahnhof 8
55765 Birkenfeld

Tel. +49 (0)6782 99 41- 0
Fax +49 (0)6782 99 41 41

E-Mail: info@meng.de
www.meng.de

Foto: DRK Generalsekretariat

Vernetzte Hilfen im Alter:

„Intensiv betreutes Wohnen“ in der Schwesternschaft Wallmenich-Haus, Amberg

von Rotkreuzschwester Tatjana Richter

Wer wünscht sich das nicht: Einen Ansprechpartner, der einem in jeder Situation behilflich ist. Dies wird vor allem im Alter und bei Pflegbedürftigkeit immer wichtiger. Viele Kunden wünschen sich heute ein „Rund-um-Versorgungsangebot“, das – ähnlich einer stationären Einrichtung – ihnen zusätzliche, frei wählbare Leistungen zur Verfügung stellt. Daher hat das Deutsche Rote Kreuz (DRK) – auch unter Mithilfe von Expertinnen aus den DRK-Schwesternschaften – in einem mehrjährigen Projekt einen Leitfaden entwickelt, der Anreize und Hilfestellung zur Verknüpfung von Angeboten innerhalb der Organisation gibt. Kunden kann so schneller bedarfsgerecht und effektiv ein individuelles Paket an Hilfsleistungen angeboten werden. Ein vernetztes Angebot reicht von ambulanter und stationärer Pflege über betreutes Wohnen, Hausnotruf und Besuchsdienste bis hin zu Haushaltshilfen und Tagespflege. In diesem Zusammenhang wird das Angebot von alternativen Wohnformen für viele Kunden immer interessanter. Denn die meisten älteren Menschen wollen so lange als möglich einen Einzug in ein Heim vermeiden. Die Nachfrage nach betreutem Wohnen – mit unterschiedlichsten Betreuungsformen – steigt daher seit Längerem stetig an.

Anschließend wird eine Möglichkeit des betreuten Wohnens vorgestellt: Intensiv betreutes Wohnen mit garantierter 24-Stunden-Berteuung, das in der Schwesternschaft Wallmenich-Haus vom BRK e.V. in Amberg angeboten wird.

Wie beim betreuten Wohnen liegt auch beim intensiv betreuten Wohnen der Schwerpunkt auf dem Wohnen, nicht auf der Pflege; daher wird auch vollständig ambulant abgerechnet. Dennoch eignet sich diese Form des Wohnens auch für ein Klientel mit einem bereits höheren Pflege- und/oder Betreuungsbedarf.

Wie kann man sich das vorstellen?

Die Grund- und Behandlungspflege erfolgt durch einen ambulanten Pflegedienst, bei vorhandener Pflegestufe abrechenbar über die Pflegesachleistungen. Auch die hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt als ambulante Leistung, ggf. abrechenbar über die Pflegesachleistungen. Zusätzlich erfolgt die Betreuung in einer Tagespflege in unmittelbarer Nähe der betreuten Wohnanlage. Hier werden auch alle Mahlzeiten für den „Pflegegast“ angeboten. Leistungen aus der Pflegeversicherung für die Tagespflege erhält man seit 01.01.2015 (Pflegestärkungsgesetz) ab der PS 0+ (mit eingeschränkter Alltagskompetenz). Abrufbar sind die Pflegesachleistungen und die Leistungen der Tagespflege jeweils zu 100 Prozent. Die Betreuung in der Nacht kann durch eine Präsenzkraft abgedeckt werden. Durch das „Poolen“ von Leistungen wird dies für alle finanzierbar gemacht. Denn so verteilen sich die Kosten z. B. bei 12 Mietern für die Betreuung in der Nacht auf ca. 312,30 € pro Mieter monatlich (siehe Beispielkalkulation Tabelle).

Und so sieht stellt es sich in Amberg dar:

Der Mieter des intensiv betreuten Wohnens wird am Morgen bei der Grund- und Behandlungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst betreut. Anschließend geht er in die Tagespflege der Schwesternschaft, die ab 7.00 Uhr geöffnet ist. Dort erhält der „Pflegegast“ sein Frühstück und nimmt am Vormittag an den unterschiedlichsten Betreuungs- und Aktivierungsangeboten teil. Nach dem Mittagessen im Cafe Zentral im Clementine von Wallmenich-Haus hat der Gast die Möglichkeit, sich in Rückzugsnischen und/oder Ruheräumen auszuruhen bis das Angebot des Nachmittagskaffees die Ruhezeit beendet. Dann kann er wieder die verschiedenen Angebote zur Aktivierung nutzen. Nach dem Abendessen in der Tagespflege der Amberger Schwesternschaft – bis 19.00 Uhr geöffnet – kehrt der Mieter in sein Apartment zurück. Dort erhält er am Abend nochmals Hilfe und Unterstützung in den unterschiedlichsten Bereichen (Grund- und Behandlungspflege) durch den ambulanten Pflegedienst. In der Nacht ist eine Präsenzkraft zuständig, die den Mietern Hilfestellung bietet und ggf. auch fachliche Hilfe anfordert (Rufbereitschaft ambulante Pflege), sofern dies erforderlich ist.

Die Kosten für das intensiv betreute Wohnen ähneln ab der Pflegestufe 1+ den Kosten einer vollstationären Einrichtung; häufig liegen sie sogar etwas darunter. Für Pflegebedürftige, die noch mobil sind und deren Pflege- und Betreuungsbedarf nicht zu hoch ist, ist diese Wohnform eine gute Alternative zum klassischen stationären Heim. Nachteil: Bei Krankheit des Mieters/Pflegegastes ist oft eine Versorgung in der Tagespflege nicht mehr möglich. Dann wird eine Pflege in der eigenen Wohnung notwendig – und damit verbunden zusätzliche Kosten. Diesem Problem kann man begegnen, indem eine weitere Präsenzkraft tagsüber vorgehalten wird. Dadurch steigen allerdings die Kosten für den einzelnen Mieter an.

Berechnungsmodell:

Intensiv betreutes Wohnen bei einem Mieter mit der Pflegestufe 1 + eingeschränkter Alltagskompetenz

	Rückerstattung PK/KK	Einnahmen
Miete: 40 m² Wohnfläche + 4 m² Gemeinschaftsräume = 44 m² x 8,50 € Kaltmiete + 44 m² x 4,00 € NK-Pauschale		550,00 €
Hauswirtschaftliche Versorgung: á 21,00 €/h (tgl. Grund- und Sichtreinigung, zwischen 10 und 30 min.)		181,00 €
Wäscheservice		50,00 €
Tagespflege: von Montag bis Sonntag ganztags á 33,94€ pro Tag (inkl. 4 Mahlzeiten u. allen Pflege- und Betreuungsleistungen)	**Anteil der Pflegekasse für TP + § 45a SGB XI:** 689,00 +104,00 = - 793,00 €	1031,78 €
Leistungen aus §87 b SGB XI: 4,84 € pro Tag		147,13 €
Nachtpräsenz: Poolleistung bei 12 Mietern		312,30 €
Pflegesachleistungen: (bei PS 1+)	- 689,00 €	689,00 €
Behandlungspflege: (je nach Bedarf)	- 360,00 €	~360,00 €
Eigenanteil Gesamt:	1479,21 €	3321,21 €

Preisvergleich mit Stationärer Einrichtung:

Tagessatz	Anteil Pflegekasse	Eigenanteil	Gesamteinnahme
Heimkosten: 94,21 € am Tag EZ bei PS 1	- 1064,00 €	1799,98 €	2863,98 €
Betreuungspauschale 4,84 € am Tag: § 87 b SGB XI	- 147,00 €	0,00 €	147,13 €
Gesamt:		1799,98 €	3011,11 €

Bei PS 0+ : Intensiv betreutes Wohnen: Einnahmen Gesamt 2661,05 € davon Eigenanteil 1735,05 €
Heimkosten: Gesamt 2161,74 € davon Eigenanteil 2161,74 €
(keine Leistungen aus der Pflegekasse!)

Verwaltung, Organisation, Haus- und Gebäudetechnik

Neues für den Betrieb von Aufzügen – **Mehr Pflichten, mehr Sicherheit?**

Das bringt die neue Betriebssicherheitsverordnung

Seit dem 1. Juni 2015 ist die neue Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV) in Kraft. Welche neuen Anforderungen ergeben sich daraus für den Aufzugsbetrieb in Seniorenheimen? Das Seniorenheim-Magazin sprach darüber mit Dieter Roas, Leiter des Geschäftsfelds Fördertechnik der TÜV SÜD Industrie Service GmbH und Vorsitzender des Erfahrungsaustauschkreises der Zugelassenen Überwachungsorganisationen.

Foto: TÜV Süd

Dieter Roas

Seniorenheim-Magazin: Als Vorsitzender des Erfahrungsaustauschkreises haben Sie die Entstehung der neuen BetrSichV intensiv begleitet, verfolgt und Entwürfe diskutiert. Worin sehen Sie als unabhängiger Dritter besondere Herausforderungen für den sicheren Betrieb von Aufzügen in Seniorenheimen?

Dieter Roas: Der Aufzug ist meist Beförderungsmittel Nummer Eins in Seniorenheimen. Zum Transport von Personen und Lasten übernimmt er fast immer eine Schlüsselfunktion. Das gilt sowohl für die Bewohner der Einrichtung, die in ihrer Mobilität häufig eingeschränkt sind. Aber auch für das Pflegepersonal, das häufig zwischen unterschiedlichen Etagen hin und her wechseln muss, ist der Aufzug für den reibungslosen Betriebsablauf essenziell. Oft muss er größere Gewichte tragen, beispielsweise Pflegebetten, elektrische Rollstühle oder auch Catering- und Tablettwagen.

Ein Aufzug in einem Seniorenheim ist somit in der Regel einer stärkeren Belastung ausgesetzt als bspw. ein Aufzug in einem mehrstöckigen Wohnhaus. Da ist bei Wartung und Instandhaltung drauf zu achten. Regelmäßige Kontrollen des ordnungsgemäßen und funktionalen Zustands sind hier besonders wichtig. Denn insbesondere in Seniorenheimen, in denen es auch mal zu Notfällen kommen kann, sollte der Betriebsablauf reibungslos funktionieren. Bleibt ein Aufzug in einem Kaufhaus stecken, ist das ärgerlich. Doch wenn das in einer Pflegeeinrichtung passiert, in der manche Bewohner auch medizinisch versorgt werden, kann das lebensbedrohliche Folgen haben. Stellen Sie sich vor, ein Bewohner muss schnellstmöglich ins Krankenhaus und der Aufzug bleibt stecken. Solchen Situationen muss effektiv vorgebeugt werden. Die Vorgaben der Betriebssicherheitsverordnung helfen dabei, das zu erreichen.

SM: Worin bestehen bei der Nutzung von Aufzügen besondere Verletzungsrisiken für ältere Menschen?

DR: Gerade für ältere oder mobilitätseingeschränkte Menschen bedeutet unbündiges Anhalten des Fahrkorbs ein erhebliches Verletzungsrisiko, da es leicht zu Stürzen in oder aus dem Aufzug kommen kann. Das liegt nicht zuletzt daran, dass ältere Menschen meist langsamer und unsicherer in ihren Bewegungen sind. Eine weitere Gefahrenquelle sind die Türen. Zwar sind Aufzüge in Seniorenheimen in der Regel mit automatischen Schiebetüren ausgestattet, die mit Lichtschranken und Kontaktsensoren den Türbereich und den Betriebszustand überwachen. Doch auch bei den Sicherheitseinrichtungen und Schutzvorrichtungen bleiben Restrisiken.

Was ist beispielsweise, wenn Sicherheitseinrichtungen und -bauteile versagen oder unbemerkt die Sensor- und Steuerungstechnik des Aufzugs fehlerhaft arbeitet? Dann kann es unter Umständen zu einem Unfall kommen, wie er sich 2010 in einem Berliner Seniorenheim ereignete: Die Türen zum Aufzugsschacht standen offen, obwohl der Fahrkorb noch in einer anderen Etage hielt. Die Bewohnerin hatte nicht bemerkt, dass die Kabine gar nicht an der Haltestelle stand, in der sie einsteigen wollte, und stürzte samt Rollstuhl in den Schacht.

SM: Betreiber von Aufzügen sind verpflichtet, diese regelmäßig und fachmännisch warten und instand halten zu lassen, um den ordnungsgemäßen Zustand dauerhaft zu wahren. Dafür sind auch die regelmäßigen Prüfungen durch unabhängige Dritte wichtig. Das ist zwar nicht neu, doch wird es unterlassen, kann dies nun als Ordnungswidrigkeit geahndet werden. Was bedeutet das konkret für Betreiber von Seniorenheimen?

DR: Ja, da haben Sie Recht, die Pflicht zur Prüfung, Wartung und Instandhaltung ist nicht neu. Allerdings hatte es bisher nur selten Folgen, wenn ein Betreiber dieser nicht nachgekommen ist. Da nun erstmals konkrete Ordnungswidrigkeiten in der BetrSichV benannt werden, haben die Aufsichtsbehörden, beispielsweise die Gewerbeaufsichtsämter, bei Pflichtverletzungen die Möglichkeit zum Beispiel eine Geldbuße zu verhängen. Wie häufig ein Aufzug geprüft, gewartet und instand gehalten werden muss, ist eine Entscheidung, die im Einzelfall auf Basis einer Gefährdungsbeurteilung getroffen werden muss.

Deshalb hängen die Fristen und Intervalle nicht zuletzt auch davon ab, wie oft er genutzt wird und welchen Belastungen er dabei ausgesetzt ist. Denn Verschleiß, Materialermüdungen, Korrosion und Verschmutzungen spielen eine wichtige Rolle. Bei Aufzügen in Seniorenheimen, die praktisch ständig im Einsatz sind und immer wieder auch bis zu ihrer Belastungsgrenze beladen werden, muss die Anlage dafür konzipiert und entsprechend gewartet und instandgehalten werden. Neben einer regelmäßigen, kompetenten Wartung und Instandsetzung müssen Aufzüge jährlich und im Wechsel einer Haupt- und einer Zwischenprüfung unterzogen werden, was die Maximalfrist darstellt. Ergibt sich aus der Gefährdungsbeurteilung, dass dieses Intervall nicht ausreicht, muss unter Umständen öfter geprüft werden. Ziel muss stets der sichere Betrieb sein.

SM: Wieso diese Verschärfung mit der Definition von Ordungswidrigkeiten?

DR: Nun, obwohl die BetrSichV mittlerweile schon seit 13 Jahren in Kraft ist, stellen wir immer wieder fest, dass viele Betreiber oder Arbeitgeber nicht um das Gefährdungspotenzial wissen, welches diesen Anlagen grundsätzlich anhaftet. Der Gesetzgeber hat diesem Umstand Rechnung getragen, in dem er Aufzugsanlagen mit einer möglichen Absturzhöhe von mehr als 3m als überwachungsbedürftige Aufzüge bezeichnet. Daraus ergeben sich besondere Anforderungen für den Betrieb, was in der BetrSichV berücksichtigt wird. Das sind beispielsweise die oben genannten Maximalprüffristen – und auch die besonderen Qualifikationen, die Zugelassene Überwachungsstellen (ZÜS) und deren Sachverständige erfüllen müssen. Sie müssen sich regelmäßigen Audits durch die Zentralstelle der Länder für Sicherheitstechnik, der ZLS, unterziehen. Grundvoraussetzung für die Zulassung ist die Unabhängigkeit.

Prüfung Aufzüge

Foto: TÜV Süd

Aufgrund der oben genannten Unkenntnis, wissen viele Betreiber nicht, was nötig ist, um für einen ordnungsgemäßen und damit sicheren Betrieb der Aufzüge zu sorgen. So werden Prüfungen zum Teil gar nicht erst beauftragt, Wartungs- und Instandhaltungsmaßnahmen werden nicht oder nur unzureichend vorgenommen. Betriebsschäden und Unfälle bleiben mitunter unentdeckt, da sie nicht gemeldet werden. Damit fehlen auch wichtige Informationen, aus denen sich präventive Maßnahmen für andere Anlagen hätten ableiten lassen. Die Novelle der BetrSichV resultierte neben der rechtlichen Anpassung der Verordnung auch aus den Unfall- und Mängelstatistiken der vergangenen Jahre. Daraus wurde die Verpflichtung zur Wartung und Instandhaltung abgeleitet. Denn eine Vielzahl der bei unabhängigen Prüfungen festgestellten Mängel lässt sich auf mangelnde Wartung und Instandhaltung zurückführen. Die Verschärfung soll dabei helfen, die Betreiber stärker dafür zu sensibilisieren, ihre Pflichten ernst zu nehmen – indem die Wartung und Instandhaltung auch rechtlich mehr Gewicht bekommen.

SM: Wie kann überprüft werden, ob der Betreiber seinen Pflichten auch nachkommt?

DR: Wir gehen davon aus, dass die Prüfplakette dabei helfen wird, die nun seit 01. Juni verpflichtend in der Aufzugskabine anzubringen ist. Sie informiert die Betreiber und Nutzer über Monat und Jahr der nächsten wiederkehrenden Prüfung sowie die „festzulegende Stelle", sprich die gewählte Prüforganisation. Nur bei Aufzügen mit Plakette hat der Betreiber diese den erforderlichen Prüfungen unterzogen. Sinn und Zweck dieses deutlich sichtbaren Kontrollinstruments ist es, die Zahl der ungeprüften Aufzugsanlagen künftig noch stärker zu reduzieren, da sie durch die Plakettenpflicht leichter zu identifizieren sind und von jedem Nutzer bei der zuständigen Behörde angezeigt werden können.

SM: Was hat sich bei den Prüffristen für Aufzugsanlagen geändert? Und was hat es mit der Gefährdungsbeurteilung auf sich?

DR: Als Arbeitgeber sind Leiter von Seniorenheimen für ihr Personal (Arbeitnehmer) verantwortlich. In dieser Rolle müssen sie sicherstellen, dass von dem Aufzug als „Arbeitsmittel" keine Gefährdungen ausgehen, durch die Mitarbeiter und Nutzer gefährdet werden könnten. Um entsprechende Maßnahmen zu ermitteln, haben Arbeitgeber daher vor Inbetriebnahme der Anlage eine so genannte Gefährdungsbeurteilung zu erstellen. Aus der Gefährdungsbeurteilung ergeben sich

Prüfung der Schachtschiebetüren eines Aufzugs.

Prüfung eines Aufzugs, Beobachten von „Seilrutschen“.

häufig Schutzmaßnahmen und sicherheitstechnische Maßnahmen, welche auch die jeweiligen Betriebsbedingungen und das unmittelbare Umfeld berücksichtigen müssen. Auf diese Weise wird der sichere Betrieb nach dem Stand der Technik gewährleistet.

Neu ist, dass nun auch klassische Personenaufzüge und Lastenaufzüge vor der ersten Inbetriebnahme von einer ZÜS geprüft werden müssen. Bisher galt das nur für Aufzüge nach der sogenannten. Maschinenrichtlinie, wozu unter anderem auch Behindertenaufzüge zählen. Ferner ist nun die Frist für die Hauptprüfung für alle Aufzüge mit Personenbeförderung einheitlich auf maximal zwei Jahre festgelegt worden. Dazwischen wird jeweils noch eine Zwischenprüfung fällig, sodass der Aufzug letztlich jährlich auf den Prüfstand kommt.

SM: Warum dürfen die Prüfungen weiterhin nur von einer so genannten zugelassenen Überwachungsstelle (ZÜS) vorgenommen werden?

DR: Das ist eine gute Frage. Darüber haben die Experten und Fachgremien in den letzten Jahren ausführlich diskutiert. Der Grund ist nachvollziehbar: Es ist die sicherste Lösung. Zugelassene Überwachungsstellen sind anerkannte Prüfstellen, deren Kompetenz, Eignung und vor allem die Unabhängigkeit erst in einem aufwendigen Benennungs- oder Akkreditierungsverfahren nachgewiesen werden muss, bevor sie als Drittprüfstelle zugelassen wird.

SM: Jede Anlage benötigt nun bis zum 31.05.2016 einen Notfallplan. Was ist das und was soll er enthalten?

DR: Der Notfallplan soll bei der Befreiung von eingeschlossenen Personen helfen, falls der Aufzug einmal stecken bleibt. Er ist für jede einzelne Aufzugsanlage im Gebäude zu erstellen und muss einem ständig erreichbaren Notdienst vorliegen. Er enthält genaue Angaben zum Standort, dem verantwortlichen Arbeitgeber beziehungsweise Betreiber des betreffenden Aufzugs und zu Personen, die Zugang zur Anlage haben beziehungsweise Eingeschlossene befreien können. Außerdem muss er eine Anleitung zur Notbefreiung enthalten. Ein Musterformular mit genauer Ausfüllhilfe finden Aufzugsbetreiber auf der TÜV SÜD-Website als kostenlosen Download. (siehe Linktipp). Sinnvoll ist es, auch ein Exemplar in der Nähe der Aufzugsanlage gut sichtbar anzubringen, zum Beispiel an der Hauptzugangsstelle. Durch den Notfallplan soll sichergestellt werden, dass Hilfsmaßnahmen umgehend eingeleitet werden können. Für Aufzugsanlagen, die ab dem 01. Juni 2015 in Betrieb sind, gibt es übrigens keine Übergangsfrist. Hier muss der Notdienst bereit vor der Inbetriebnahme einen Notfallplan erhalten.

SM: Bis Ende 2020 sind alle Aufzüge zur Personenbeförderung zudem mit einem so genannten Zwei-Wege-Kommunikationssystem auszustatten. Welche Vorteile hat das?

DR: Über ein Zwei-Wege-Kommunikationssystem wie einem Notrufleitsystem kann die im Aufzug eingeschlossene Person mit einer externen Notrufzentrale kommunizieren, die wiederum umgehend Hilfemaßnahmen einleitet. Ganz früher gab es Nothupen. Über das Schallsignal konnte nur im Haus selbst mitgeteilt werden, dass jemand mit dem Aufzug stecken geblieben ist. Über das Zwei-Wege-Kommunikationssystem kann ein Dialog geführt werden, die eingeschlossenen Personen können beruhigt werden. Es kann erklärt werden, was zu tun ist und was sie unterlassen sollten. Einige tödliche Unfälle sind erst durch Selbstbefreiungsversuche passiert, weil Personen beispielsweise von innen aus der Kabine in den Aufzugsschacht geklettert und abgestürzt sind. Von Selbstbefreiungsversuchen ist deshalb dringend abzuraten. Außerdem ist es gerade in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wichtig, über den Gesundheitszustand der eingeschlossenen Personen informiert zu sein.

Fotos: TÜV Süd

SM: Haben sich durch die Novelle die Dokumentationspflichten geändert?

DR: Dadurch, dass die Novelle inhaltlich neu gegliedert wurde, muss die Dokumentation an die neue Verordnung angepasst werden. Allerdings wird das Archivieren der Prüfbescheinigungen und der Anlagendokumentation komfortabler, da sie künftig nicht mehr in Papierform vor Ort aufbewahrt werden müssen. Es reicht, wenn der Betreiber sie elektronisch archiviert und vorhält. Das geht beispielsweise mit dem elektronischen Prüfbuch netDocX, einem für Betreiber kostenlosen Service von TÜV SÜD (siehe Linktipps). Wir versehen elektronische Prüfberichte, Bescheinigungen und Prüfzeichen mit einem individuellen QR-Code. Technisches Personal und andere autorisierte Benutzer erhalten über die Smartphone-App „TÜV SÜD Verify“ Einblick in die im Prüfbuch hinterlegten Anlagendaten. Der QR-Code steht jetzt auch auf der im Aufzug angebrachten Prüfplakette.

SM: Wo können sich Aufzugsbetreiber beraten lassen, um die Anforderungen der novellierten BetrSichV entsprechend umzusetzen? Und was ist dabei zu beachten?

DR: Da gibt es verschiedene Anlaufstellen. Sowohl Aufzugshersteller mit ihren Wartungsunternehmen als auch zugelassene Überwachungsstellen oder auch Beratungsgesellschaften für das Facility Management bieten hier Unterstützung an. Ich würde empfehlen, sich an einen Anbieter zu wenden, der kein wirtschaftliches Eigeninteresse hat – sei es am Prüfergebnis oder am Umfang der eventuell erforderlichen Modernisierung bzw. Instandhaltung und Wartung. Nur durch unabhängige Dritte können Betreiber ein neutrales Bild vom tatsächlichen Zustand ihrer Aufzugsanlagen und die wirklich notwendigen Instandsetzungsmaßnahmen bekommen – und am Ende wirtschaftlich gut mit ihrem Aufzug fahren.

Linktipps

1 Kostenfreier Download eines Notfall-Musterplans:
www.tuev-sued.de/betrsichv-notfallplan
2 Für TÜV SÜD-Kunden kostenfreies elektronisches Prüfbuch:
www.tuev-sued.de/netinform
3 Mehr zur Sicherheit von Aufzügen im Anlagensicherheitsreport 2015:
www.vdtuev.de/news/unabhaengige-pruefungen-sorgen-fuer-sicherheit-vdtuev-stellt-anlagensicherheits-report-2015-vor
4 Liste von Zugelassenen Überwachungsstellen bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin:
www.baua.de/de/Produktsicherheit/Produktinformationen/Zugelassene-Ueberwachungsstellen.html

Dieter Roas ist Leiter des Geschäftsfelds Fördertechnik bei TÜV SÜD Industrie Service und Vorsitzender des Erfahrungsaustauschkreises der Zugelassenen Überwachungsorganisationen.

Verwaltung, Organisation, Haus- und Gebäudetechnik

Fotos: Helen Schneider

Problem- und Fragestellung:

Innovative Altenpflegeheimkonzepte

am Beispiel eines deutsch-kanadischen Altenpflegeheims

von Helen Schneider

Die Auswanderungsbereitschaft steigt in Deutschland stetig an (vgl. Ette/ Sauer, 2010). Vermeintlich höhere Berufschancen und steigende Lebensqualität sind zwei der zentralen Gründe für die Bereitschaft, das eigene Land zu verlassen (vgl. Aengenvoort, 1999).

Weit weniger stehen im Fokus vieler Auswanderer die Konsequenzen, die ein Leben in einem anderen Land beinhaltet. Sprachliche Barrieren, die Loslösung vom sozialen Umfeld im Heimatland und veränderte Rahmenbedingungen hinsichtlich des Gesundheits- und Sozialsystems im neuen Wahlheimatland sind nur einige Hürden, die den Menschen im Zuge der Auswanderung begegnen. Hinzu kommt der Aspekt des Alterns in einem anderen Land, in dem sich auch die Umsetzung der pflegerischen Versorgung von der des Heimatlandes unterscheidet. Grund genug, die Perspektive alter und pflegebedürftiger Menschen in den Fokus zu rücken, die auf entsprechende Erfahrungswerte blicken können. Zwar gibt es bereits einige Publikationen zu diesem Themenbereich. „Doch werden die Seniorinnen und Senioren hierdurch (oft) auf die Merkmale „Migration" und „Alter" reduziert. Ein kleines Gegengewicht bilden demgegenüber Veröffentlichungen, in denen Individuen zu Wort kommen und ihre Migrationsbiografie erzählen. Die qualitativen Darstellungen sind Zeugnisse bewegender Erlebnisse und Geschichten.

Zudem offenbaren sie manchmal durch die Augen der Eingewanderten einen Blick auf in Deutschland alltägliche Situationen, die ihrer unhinterfragten Normalität enthoben werden und so durchaus seltsam anmuten können" (Fuchs, 2015, S. 11 f.). Der vorliegende Beitrag beinhaltet die Zusammenfassung einer Studie, die in einem deutschsprachigen Altenpflegeheim in Kanada durchgeführt wurde.

Ziel

Das Ziel dieses Beitrages ist es, herauszuarbeiten, wie alte und hochbetagte Menschen rückblickend den Verlauf ihrer Auswanderung, ihrer Integration in Kanada und ihr heutiges Leben in einem Pflegeheim in einem anderen Land mit einem anderen Gesundheitssystem reflektieren und beschreiben. Die Studie ging dabei der Frage nach, in welcher Weise deutsche Auswanderer aufgrund ihres Migrationshintergrundes und des kanadischen Gesundheitssystems in ihrer Situation als pflegebedürftige alte Menschen beeinflusst werden.

Erhebungsmethode

Um dieser Fragestellung nachzugehen, wurden insgesamt 7 qualitative Interviews geführt und 108 handgeschriebene Biographienotizen der Sozialarbeiter über die Bewohner ausge-wertet.

Ergebnisse

Interessant ist, dass fast alle Bewohner und Mitarbeiter deutsche Wurzeln aufweisen. Deshalb wird im Altenpflegeheim nur selten die englische Sprache verwendet. Das Heim wurde von deutschen Migranten gegründet und zunächst ausschließlich für deutsche Pflegebedürftige konzipiert. Der kanadische Staat besteht aber seit einigen Jahren darauf, dass das Heim auch kanadische Bewohner aufnimmt. Diese werden von einigen deutschen Bewohnern als Ausländer beschrieben, die die deutsche Sprache nicht sprechen können. Es zeichnet sich damit ab, dass in diesem Heim eine Art deutscher Mikrokosmos entstand, indem sich einige der deutschen Auswanderer selbst nicht als Migranten erleben, sondern als Einheimische.

Ebenfalls interessant sind die biographischen Prägungen der Bewohner, die entweder während des Krieges auf der Suche nach einem besseren und sicheren Leben nach Kanada flüchteten oder einige Jahre nach dem Krieg aus wirtschaftlichen Gründen Deutschland verließen. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass besonders viele Frauen ohne Begleitung auf sich allein gestellt den weiten Weg mit dem Schiff in ein bis dato völlig unbekanntes Land auf sich nahmen, ohne zu wissen, was sie dort erwarten würde. Dies weist besonders mutige und emanzipierte Eigenschaften dieser Frauen in einer politisch und gesellschaftlich schwierigen Zeit auf.

Hinsichtlich des Einflusses durch das kanadische Gesundheitssystem zeichnet sich ab, dass einerseits ein Altenpflegeheimplatz in Kanada um ein Vielfaches günstiger ist als in Deutsch-land. Die Finanzierung der eigenen Pflegebedürftigkeit stellt somit für die Bewohner nur eine geringe Belastung dar. Außerdem zeichnet sich ab, dass die Pflegekräfte in diesem Heim zwar derselben Dokumentationspflicht unterliegen, wie Pflegekräfte in deutschen Pflegeheimen. Jedoch wirken die Pflegekräfte nicht hektisch oder überfordert, sondern gelassen und ausgeglichen und nehmen sich viel Zeit für Gespräche mit den Bewohnern. Nach Aussage der Sozialarbeiterin ist es besonders die Arbeitseinstellung, die sich in Kanada verändert. Nach ihrer Aussage neigen Deutsche aufgrund ihres Pünktlichkeitsempfindens zu hektischem Verhalten. Kanadier hingegen weisen ihrer Aussage nach eine gelassene Arbeitsweise auf, die sich die deutschen Mitarbeiter mit der Zeit angeeignet haben.

Letztlich wird deutlich, dass die Pflegekräfte in diesem Heim keine weiße, sondern bunte Arbeitskleidung tragen. Damit wird der klinische Charakter eines Altenpflegeheimes reduziert und ein familiärer Eindruck erzeugt.

Diskussion

Es zeigt sich an diesem Beispiel, dass es sowohl den alten Menschen als auch den Mitarbeitern in diesem Heim wichtig ist, die eigenen Wurzeln nicht zu verlieren und intensiven Kontakt zu anderen Menschen mit deutschen Wurzeln zu suchen. Gleichwohl fügen sie sich alle in Systeme und Abläufe eines anderen Landes. Mölbert verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der „Patchwork-Identitäten" (Mölbert, 2005, S. 50). Die Vermischung zweier unterschiedlicher Kulturen wirkt sich auf die Handlungsstrategien und die Identität der Menschen aus. Das Beispiel zeigt, dass es sich lohnt über den eigenen Tellerrand hinaus zu blicken und Arbeitsweisen und Konzepte anderer Altenpflegeheime in anderen Ländern intensiv zu betrachten, um den einen oder anderen Aspekt in die eigenen Arbeitsweisen und Konzepte aufzunehmen.

Literatur

1 Aengenvoort, A. (1999). Migration – Siedlungsbildung – Akkulturation. Die Auswanderung Nordwestdeutscher nach Ohio, 1830-1914. Stuttgart: Franz Steiner Verlag

2 Ette, A.; Sauer, L. (2010). Auswanderung aus Deutschland. Daten und Analysen zur internationalen Migration deutscher Staatsbürger. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

3 Mölbert, A. (2005): Alt werden in der zweiten Heimat. Ethnologische Alternsforschung und ihre praktische Anwendung bei deutsch-türkischen Gruppen. Freiburg: Albert-Ludwig-Universität

Helen Schneider, Sozialarbeiterin M.A., Studium der Sozialen Arbeit in Darmstadt und Koblenz. Seit 2012 Doktorandin an der Universität Marburg. Von 2008 bis 2013 Leiterin eines Nachbarschaftszentrums beim Caritasverband Wetzlar/ Lahn-Dill-Eder e.V. Seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften am RheinAhrCampus in Remagen.

Applatus –

Altersgerechtes Assistenzsystem ohne Stigmatisierung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung gewinnen Technologien für die alternde Gesellschaft immer mehr an Bedeutung.

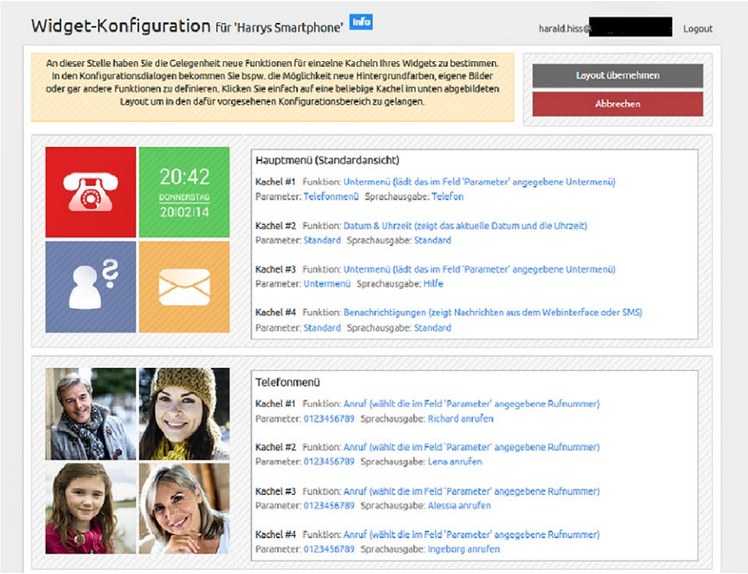
Der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff „Ambient Assisted Living" (abgekürzt „AAL") umfasst Produkte, Konzepte und Dienstleistungen, die dazu beitragen, das Leben von älteren Menschen einfacher, sicherer und gesünder zu machen und ihre noch vorhandene Selbstständigkeit zu erhalten. Viele, eigentlich hilfreiche Produkte aus diesem Bereich scheitern an einem wesentlichen Faktor: der Akzeptanz des Nutzers. Die ist insbesondere dann niedrig, wenn das Produkt durch sein Aussehen oder durch die Art der Nutzung offenbart, welche Erkrankung der Anwender hat oder welcher körperlichen bzw. geistigen Einschränkung er unterliegt. Ein altersgerechtes Assistenzsystem muss also nicht nur nützlich und verlässlich sein, sondern darf auch nicht stigmatisieren, um von der Zielgruppe akzeptiert zu werden.

Mittlerweile gibt es am Markt Lösungen, die diese Anforderungen erfüllen, zum Beispiel das Seniorenassistenz-System „Applatus". Es verwandelt ein modernes Smartphone in ein einfach zu bedienendes Handy, ohne die Funktionalität des Smartphones einzuschränken. Es tritt damit an die Stelle von Seniorenhandys, die auch wegen ihres Aussehens und der – paradoxerweise – nicht immer einfachen Bedienbarkeit unter Akzeptanzproblem gerade bei „jüngeren Älteren" leiden. Die Oberfläche von Applatus ist modern und übersichtlich gestaltet. Bei Bedarf lässt sie sich mit einer Fingergeste verstecken, sodass das

Smartphone für Dritte nicht von einem normalen Smartphone zu unterscheiden ist. Dies hat wesentlich dazu beigetragen, dass die Akzeptanz von Applatus bei älteren Menschen von Anfang an hoch war. Mittlerweile nutzen auch jüngere Menschen sowie Kinder diese Lösung.

Für die Angehörigen der Applatus-Nutzer gibt es ein browserbasiertes Cockpit, mit dem das Smartphone aus der Ferne verwaltet werden kann. Wesentliche Einstellungen können auf diese Weise aus der Distanz vorgenommen werden. Sofern der Anwender es gestattet, können Angehörige oder ein Pflegedienst den Nutzer orten und Sicherheitsbereiche (z.B. Umkreis um Wohnung bzw. Seniorenheim), festlegen. Sollte dieser Sicherheitsbereich verlassen werden, signalisiert das Smartphone dies dem Angehörigen bzw. Pflegedienst. Diese Funktionalität steigert das Sicherheitsgefühl der Anwender maßgeblich.

Anhand des Beispiels wird deutlich, dass altersgerechte Dienstleistungen und Produkte sehr gut angenommen werden, wenn der Anbieter seine „Hausaufgaben" gemacht hat und in diesem Zusammenhang insbesondere die Akzeptanz der Anwender im Blick hat.



Weniger Verwaltungsaufwand durch elektronische Personaleinsatzplanung

Das Seniorenheim Haus Sandberg plant seinen Personaleinsatz betriebswirtschaftlich effizient nach Bedarf und Qualifikation

Das Haus Sandberg verfügt über insgesamt 116 vollstationäre Pflegeplätze. Ein komplexes Schichtmodell mit unterschiedlichen Dienstzeiten pro Schicht gewährleistet die tägliche Pflege rund um die Uhr. Bei über 80 Mitarbeitern ist die Personaleinsatzplanung im Haus Sandberg kein leichtes Unterfangen. Erschwerend kommen zahlreiche Randbedingungen hinzu wie das Arbeitszeitgesetz, tarifliche Faktoren, betriebliche Vereinbarungen oder Einzelabsprachen mit Mitarbeitern. „Kaum vorstellbar, wie wir die Dienstplanung noch vor wenigen Jahren handschriftlich auf DIN A3- Bögen bewerkstelligt haben", wundert sich Verwaltungsleiterin Elke Schiffer. „Der Zeitaufwand war enorm. Und wehe, es mussten Änderungen gemacht werden!"

Elektronische Personaleinsatzplanung spart Papier, Zeit und senkt die Fehlerquote

Seit der Einführung der elektronischen AIDA Zeiterfassung und dem AIDA Personalplanungsassistenten ist alles einfacher: Die Mitarbeiter im Haus Sandberg erfassen ihre Kommen-, Gehen-und Pausen-Zeiten an virtuellen Terminals am PC direkt an ihrem Einsatzort, zum Beispiel in den Wohnbereichsbüros, in der Verwaltung oder in der Küche. Das AIDA System erstellt den Dienstplan unter Berücksichtigung des Bedarfs, der erforderlichen Qualifikation und der gesetzlichen, tariflichen und individuellen Vorgaben weitgehend automatisch. Die elektronische Dienstplanung berechnet nicht nur Sollzeiten, sondern führt auch einen Soll-/Ist-Abgleich durch. Sie zeigt den verbrauchten, genehmigten und den noch nicht genommenen Urlaub an. Die Pflegedienstleitung hat so immer den Überblick und kann auf Veränderungen wie ungeplante Fehlzeiten oder mögliche Engpässe flexibel und kurzfristig reagieren.

Vereinfachung von Arbeitsabläufen und Transparenz in allen Bereichen

Die AIDA Lösung entlastet die Verwaltung des Seniorenheims in vielen Bereichen. Das AIDA System ermittelt zum Beispiel automatisch alle Zuschläge. Am Monatsende überträgt die Verwaltung des Seniorenheims alle Zuschläge und relevante Zeitdaten papierlos an DATEV über die Lohnschnittstelle der AIDA Zeiterfassung. Per Mausklick lassen sich auch Auswertungen wie Übersichten über verfügbare Mitarbeiter, Mitarbeiter pro Schicht, Krankheitstage, Überstunden, Urlaubslisten und viele mehr bequem und einfach erstellen. „Es gibt kein lästiges Zusammensuchen und Zusammenstellen von Informationen mehr. Ich kann mir die Daten so abrufen, wie ich sie brauche", so Elke Schiffer. Hat sich der MDK angekündigt, ist man im Haus Sandberg ganz entspannt: Die elektronische Dienstplanung und zahlreiche Auswertungsmöglichkeiten belegen klar und übersichtlich, dass mit AIDA bestimmungsgemäß geplant wird.

Fazit: Eine Dienstplanung ohne AIDA kann man sich im Seniorenheim Haus Sandberg nicht mehr vorstellen.

Unschlagbar **pflegeleicht**!

Wenn ausgereifte Technik und höchster Reinigungskomfort beinahe unsichtbar sind, steht anspruchsvolles Design im Vordergrund – wie bei der Collection 3 Plus.

Wer heute ein Badezimmer einrichtet oder modernisiert, versucht in der Regel, möglichst viel Wohlfühlatmosphäre und Wohnambiente in den ursprünglichen Funktionsraum zu holen. Kein Wunder also, dass gerade bei Duschwänden reduzierte und transparente Glaslösungen bevorzugt werden, die dem Raum kein Licht nehmen, sich jeder Bausituation anpassen und dabei mit edler und puristischer Linienführung überzeugen. Nicht umsonst gehört die Collection Serie mit ihrer Variantenvielfalt seit Jahren zu den Bestsellern von Duscholux. Das Unternehmen ist nun einen entscheidenden Schritt weitergegangen und hat sich mit der neuen Serie Collection 3 Plus noch mehr an den Wünschen der Kunden orientiert: Denn die neue Duschwandserie ist nicht nur deutlich leichter zu reinigen und zu pflegen, sondern gleichzeitig optisch noch transparenter. Entscheidend war dabei die Entwicklung des Clip-in Systems, das Duscholux als erster und einziger Hersteller anbietet. Dahinter verbergen sich innenbündige Dichtungen, die direkt im Glasrand fixiert sind. Zusätzliche Klemmleisten und Überstände, die beim Reinigen stören können, entfallen. Schmutz, Shampooreste und Kalk können sich bei dieser Duschwandserie kaum mehr ablagern. Alle Flächen sind mühelos und ohne Überstand zu reinigen.

Foto: Duscholux

–Anzeige –

VARIUScare Einzelwaschtische für den barrierefreien Einsatz

Der leicht zu greifende Waschtischrand verfügt bereits über integrierte Griffhilfen, die das Heranziehen und Abstützen von allen Seiten erlauben.

Alle VARIUScare-Waschtische können mit dem ebenfalls barrierefreien AQUAFIT Einhebelmischer mit thermostatischem Verbrühungsschutz (lt. DIN EN 1111) kombiniert werden.

„Das ist doch kein... barrierefreier Waschtisch!"

Doch genau für diesen Einsatz wurden die neuen VARIUScare Einzelwaschtische von Franke konzipiert. Form und Funktionalität berücksichtigen die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Die weich gerundete Waschtischkontur der VARIUScare-Linie umschließt die modern flache Mulde, die komfortables Händewaschen ermöglicht. Der auch aufgrund seiner warmen Haptik angenehm zu greifende Waschtischrand verfügt bereits über integrierte Griffhilfen. Diese erlauben das Heranziehen und Abstützen von allen Seiten und vermeiden gleichzeitig jede Stigmatisierung der Nutzer.

Auf Wunsch kann ein Farbstreifen nahtlos in den Rand eingelassen werden, der unter Berücksichtigung des Zwei-Sinne-Prinzips eine visuelle Orientierung für die Waschmulde liefert. Mit dem optional erhältlichen Standard-Farbstreifen im Farbton Umbragrau (RAL 7022) wird ein möglichst hoher Kontrast zur alpinweißen Waschtischfarbe erreicht. Auf Anfrage sind auch andere RAL- Farben realisierbar.

Die aus kunstharzgebundenem Mineralwerkstoff gefertigten Waschtische verfügen mit ihrer porenfreien, glatten Oberfläche über ausgezeichnete Reinigungseigenschaften. Die VARIUScare Einzelwaschtische stehen in drei Größen, wahlweise mit oder ohne Farbstreifen, zur Verfügung. Das normgerechte, ab sofort erhältliche Waschtisch-Sortiment erfüllt die Anforderungen gemäß der deutschen DIN 18040, der österreichischen ÖNORM B1600/1601 und SIA 500 der Schweiz.

Weitere Informationen:

Franke Aquarotter GmbH, Water Systems
Parkstraße 1-5, D-14974 Ludwigsfelde
Telefon +49 (0) 3378 818-0
www.franke.de

–Anzeige –

Wohnlichkeit und das Gefühl, zu Hause zu sein

Impulse Ambiente schafft heimische Gemütlichkeit

Der Wunsch nach individuellem Wohnen wird auch im Bereich der Objektausstattung zunehmend lauter. Ob im Pflegeheim oder den eigenen vier Wänden – es werden funktionale Lösungen gefordert, die sich nahtlos in das Raumkonzept einfügen. Dabei sind die Ansprüche an Qualität und Design heute höher denn je. Um dem zu entsprechen hat das Unternehmen Malsch care & clinic design® ein Pflegebett entwickelt, dass durch seinen wohnlichen Charakter und absolute Individualität besticht. Eines, dem man die technische Vielfalt nicht im Geringsten anmuten würde – Das Impulse Ambiente vereint Komfort, Wohnlichkeit und Design und bietet die komplette Funktionsvielfalt der bewährten Pflegebettenserie Impulse.

Dabei besteht absolute Freiheit in der Dekorwahl als auch in der Selektion des Bettfrontendesigns. Eine weitere Variation besteht in der Ausführung mit bodentiefem, gepolsterten Bettumbau, der sich mit einer Vielzahl von Stoff- und Lederausführungen individualisieren lässt. Darüber hinaus stellt Malsch care & clinic design® ein abgestimmtes Möbel- und Zubehörprogramm bereit.

Außer der direkten Ausstattung mit verschiedenen Pflegebettenkonzepten setzt das Unternehmen gemeinsam mit professionellen Einrichtungspartnern jährlich über 2000 Pflegeplätze allein in Deutschland auf der Grundlage aufwändig ausgearbeiteter Raumkonzepte um.

Kontakt:

Rohbergstr. 9, D-36208 Wildeck-Obersuhl
Tel: +49 (0) 6626 915-100
Fax: +49 (0) 6626 915-116
E-Mail: info@bettenmalsch.de
Web: www.bettenmalsch.de

Neue Produktserie CF (Clean Future) von TOTO –

Barrierefrei einsetzbar

Vor einem Jahr brachte TOTO das WC CF neu auf den Markt. Dabei handelt es sich um einen Allrounder, der wegen seines hervorragenden Hygieneergebnisses in Kliniken und Pflegeheimen zum Einsatz kommt. Nun hat der japanische Komplettbadhersteller CF zu einer vielseitig einsetzbaren Produktserie erweitert.

Foto: TOTO

CF steht für „Clean Future". Bereits der Name macht deutlich, worauf es TOTO ankommt: eine Produktserie mit herausragenden hygienischen Eigenschaften anzubieten, die gleichzeitig preislich so attraktiv ist, dass sie auch im öffentlichen Bereich ihren Einsatz findet. Es ist auch ein barrierefreies WC dieser Serie mit entsprechendem Sitzring verfügbar.

Maßgeblichen Anteil an der Hygiene hat die Tornado Flush Spülung. Sie erzeugt einen kreisenden Wasserstrudel, wobei ein leichter Sog nach unten entsteht. Dieser verhindert, dass Sprühnebel oder gar Spritzer entstehen können und die Umgebung mit Krankheitserregern verunreinigt wird. Die extrem glatte Spezialglasur CeFiONtect und das randlose Design verhindern, dass sich Schmutz und Keime auf der Keramik festsetzen können.

Mit einem WASHLET-Aufsatz, der auch auf viele WC-Keramiken anderer Hersteller passt, lässt sich das WC CF schnell und einfach zum WASHLET CF erweitern. Wenn die nötigen Anschlüsse für Wasser und Strom bereits vorhanden sind, verwirklicht ein erfahrener Sanitärtechniker das Hygiene- und Komfort-Upgrade in kurzer Zeit.

Das WASHLET CF ist zunächst mit den Grundfunktionen ausgestattet, die alle Dusch-WCs von TOTO gemeinsam haben: das individuell einstellbare Stabdüsensystem für die Intimreinigung mit warmem Wasser und der auf Wunschtemperatur beheizbare Sitz.

Weiter geführt wird die Symbiose aus Hygiene und Komfort mit drei zusätzlichen Funktionen: mit einem individuell einstellbaren Trockner, der nach der Intimreinigung zum Einsatz kommt, einem Deodorizer, der unangenehme Gerüche verhindert, und der neuen PreMist-Funktion.

Die PreMist-Funktion benetzt das gesamte WC-Becken schon vor der Benutzung mit einem Sprühnebel aus Wasser. Der Wasserfilm auf der Keramik bewirkt, dass sich wesentlich weniger Schmutz und Keime festsetzen können. Das steigert die Hygiene und reduziert gleichzeitig den Reinigungsaufwand. Aggressive Putzmittel sind gar nicht erst nötig.

Bilder für Pflege- und Senioreneinrichtungen

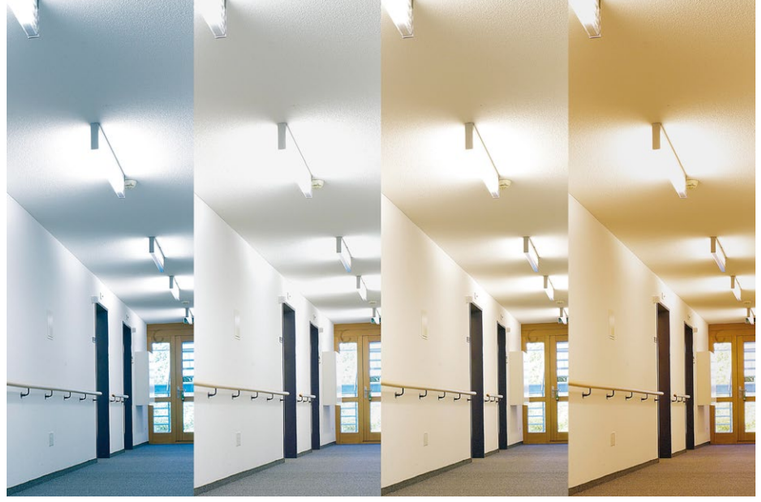
Original-Ölbilder – mit Beratung, Lieferung und Montage.

fine arts care

Telefon 030 82 09 69 99
E-Mail info@finearts-care.de

www.finearts-care.de

–Anzeige –



Biologisch **wirksames Licht** unterstützt Senioren

Senioren, insbesondere Demenzkranke, mangelt es häufig an Tageslicht. Unruhe, Schlafstörungen bis zu Depressionen sind die Folge. Die Lösung bietet das biodynamische Lichtsystem Visual Timing Light, das durch Veränderung von Lichtfarbe und Beleuchtungsstärke wichtige Hormon- und Stoffwechselprozesse stimuliert. Es regt am Morgen an und unterstützt Ruhephasen am Abend und in der Nacht.

Dass Licht nicht nur das Sehen ermöglicht, sondern auch für Atmosphäre in Räumen sorgt, ist bekannt. Doch dass Licht auch positiv auf unser Wohlbefinden und sogar unsere Gesundheit wirkt, zeigen erst neueste wissenschaftliche Untersuchungen.

Licht beeinflusst die Hormonproduktion

Tageslicht reizt die Photorezeptoren der Augennetzhaut und regt die Hormonproduktion an. Dabei gibt es drei wichtige Hormone, die unseren biologischen Rhythmus steuern: Cortisol, das den Stoffwechsel anregt und den Körper auf „Tagbetrieb" programmiert. Melatonin hingegen macht müde und entschleunigt die Körperfunktionen zugunsten der wohlverdienten Nachtruhe. Serotonin wirkt stimmungsaufhellend und motivierend und verhilft uns zu mehreren Stimmungshochs am Tag.

Licht als Zeitgeber

Diese Hormone steuern unseren biologischen Rhythmus und die innere Uhr. Obwohl unser biologischer Tag-Nacht-Rhythmus mit vierundzwanzig Stunden genetisch vorgegeben ist, muss er jeden Tag durch Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht neu synchronisiert werden. Biodynamisches Kunstlicht, auch Human Centric Lighting genannt, simuliert den Tagesverlauf und ist eine Möglichkeit Lichtmangel auszugleichen. Denn: Fehlt Licht als Zeit- bzw. Taktgeber sind Schlafstörungen, chronische Müdigkeit oder Depressionen die Folge.

Biologisch wirksames Licht

Damit Kunstlicht biologisch wirksam ist, müssen bestimmte Parameter beachtet werden. In Räumen entsteht die Lichtwirkung durch eine Kombination aus direkten und indirekten Lichtquellen. Sie leuchten den oberen Wandbereich und die Decke homogen und großflächig aus. Blaulicht, das von vorn und oben auf das Auge trifft, spricht die relevanten Photorezeptoren am besten an.

Kein Zusatzaufwand

Das Lichtmanagementsystem Visual Timing Light für eine biodynamische Beleuchtung funktioniert in Kombination mit unterschiedlichen Leuchten sowie einer DALI Steuerung und wird bequem über iPad oder Taster bedient. Lichtfarbe und Intensität werden automatisch verändert und zeitgesteuert an den Tagesablauf angepasst. Das Licht aktiviert am Morgen und unterstützt Ruhe- und Schlafphasen. Insbesondere Demenzkranke, die häufig an einer völligen Tag-Nacht-Umkehr leiden, kann biodynamisches Licht unterstützen, indem es den Tag besser strukturiert und den nächtlichen Schlaf wiederherstellt.

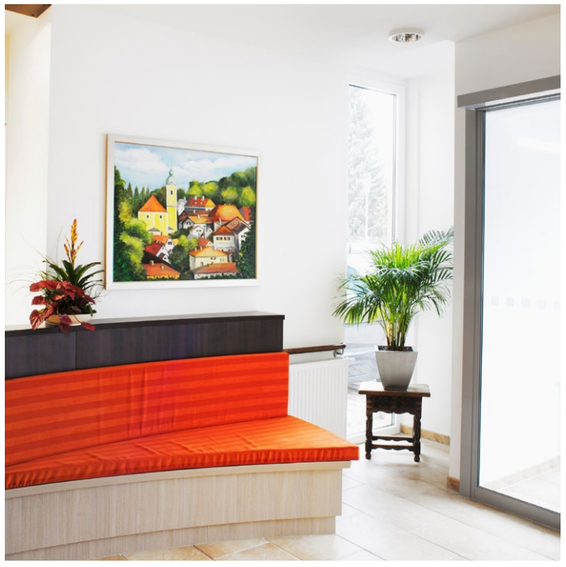
Und davon profitieren alle!

Unabhängige Studien weisen auf einen direkten Zusammenhang zwischen biodynamischem Licht und Wohlbefinden hin. Senioren nehmen aktiver am Tagesgeschehen teil und finden erholsamen Schlaf. Der Biorhythmus kann wieder stabilisiert werden. Und wenn sich die Bewohner angstfreier bewegen und aktiver am Tagesgeschehen teilnehmen, erleichtert das auch die Arbeit des Personals.

Kontaktdaten Vertrieb Deutschland & Schweiz:

Herbert Waldmann GmbH & Co. KG
Peter-Henlein-Straße 5,
78056 Villingen-Schwenningen
Deutschland
Tel.: +49 7720 601 100,
Fax: +49 7720 601 290
E-Mail: sales.germany@waldmann.com

Waldmann Lichttechnik GmbH
Benkenstrasse 57, Postfach 64
5024 Küttigen
Schweiz
Tel.: +41 62 839 1212
Fax: +41 62 839 1299
E-Mail: info-ch@waldmann.com



Fotos: Peter Bajer Fotografie

Bilder in Seniorenheimen – Worauf Sie achten müssen!

von Martin Berke, Düsseldorf

Die Erfahrung lehrt eines: Wenn es darum geht, eine Senioreneinrichtung mit Bildern auszustatten, ist ziemlich alles möglich. Aber: Ist auch alles gut? Kaum. Bevor man sich also für eine Variante der Bilderausstattung entscheidet, sollte man zunächst über ein paar Fragen nachdenken: Was kann ein Bild leisten? Was können viele Bilder leisten? Und, nicht zu vergessen, weil ebenso wichtig: Können Bilder womöglich gar Schaden anrichten?

Für Senioreneinrichtungen gilt zunächst das, was für alle Räume gilt, in denen Menschen leben: Bilder haben eine ganz unmittelbare ästhetische Qualität. Sie sind schön – und steigern damit die Wohnlichkeit. Wo Bilder hängen, fühlt man sich wohl. In unserem speziellen Fall geht es primär um das Wohlbehagen der Bewohner. Doch bereits darin liegen viele Fallstricke verborgen: Bei Senioren müssen wir mit physischen und (insbesondere bei Demenz-Erkrankten) auch mit psychischen Einschränkungen rechnen. Konkret: Im Alter lässt die Fähigkeit, Farben zu sehen, rapide nach. Folglich brauchen ältere Menschen einen starken Kontrast, um Bildinhalte zu erkennen. Zudem wird das Blickfeld enger. Auch die Fähigkeit, durch Drehung des Kopfes den Blickwinkel zu erweitern, lässt merklich nach. Es liegt auf der Hand, dass diese Besonderheiten bei der Bildauswahl in Rechnung gestellt werden müssen: Wir brauchen Bilder, deren Format so ist, dass sie vom Betrachter-Standpunkt aus „auf einen Blick" erfasst werden können. Zudem müssen die Farben intensiv sein, die Kontraste stark (doch Vorsicht: Schwarz-Weiß-Motive können jene depressiven Zustände verstärken, die sich oft mit einer beginnenden Demenz einstellen). Einen Negativ-Effekt hat Verglasung: Glas schluckt Licht, zudem können sich (übrigens gleichermaßen bei Acryl) störende Lichtreflexe ergeben. Bewährt haben sich in diesem Kontext stattdessen Ölbilder: Sie bieten eine unerreichte Farbintensität sowie – insbesondere bei pastösem Farbauftrag – eine Plastizität, die auch anders als mit dem Auge sinnlich erfahren werden kann: mit zart fühlenden Fingern.

Vor diesem Hintergrund wird es deutlich, dass die oft geübte Praxis der „Bewohnerbilder" ihre Tücken hat: In den wenigsten Fällen werden sie den Erfordernissen genügen, die an Bilder in Gemeinschaftsbereichen gestellt werden müssen. Nein: Das Bewohnerbild gehört ausschließlich ins Zimmer, zu jenem Menschen, der es als geliebten persönlichen Gegenstand mitgebracht hat.

Vollends unangenehm wird es dort, wo Gemeinschaftsbereiche mit einer Mixtur aus Bewohnerbildern bespielt werden – hier potenzieren sich nicht selten die Unzulänglichkeiten. Wobei wir schon bei der nächsten Klippe angelangt sind: Wenn mehrere Bilder in einer Räumlichkeit hängen, ist es äußerst wichtig, dass jene sorgsam zu einem Ganzen komponiert sind. Entsprechend beginnt ein professioneller Bilderausstatter seine Arbeit zunächst mit einer eingehenden Analyse: Welche Räumlichkeiten sind zu bebildern? Wie sind die architektonischen Gegebenheiten, wie ist die funktionale Aufteilung? Wie ist der Stil des Hauses? Sollen in der Motivik spezielle Themen aufgegriffen werden? Die so gewonnenen Antworten leiten zu einem schlüssigen GesamtKonzept. Dann folgt die akribische Bilderauswahl. Und schließlich die Hängung: Einerseits müssen die Bilder die nötige Dichte haben, andererseits müssen sie „atmen" können. Aus der Berücksichtigung beider Parameter ergibt sich der ideale Rhythmus.

Eine so angelegte Bilderausstattung tut ihre Wirkung: Sie unterstützt die Identifikation mit dem Haus, sie sorgt für eine bessere Orientierung. Je nach Bedarf aktiviert oder beruhigt sie, animiert zum Essen und Trinken – doch vor allem erhöht sie das Wohlbehagen.

Jede Bilderausstattung wirkt zweigleisig, einerseits im Bewussten, andererseits im Unbewussten. Letzteres erfahren wir nicht selten als Negation: Die misslungene Bilderausstattung erzeugt ein Unbehagen, dessen Ursache wir kaum konkret benennen können – etwas „stimmt nicht" im Raum, wir verweilen ungern.

Die Umkehrung des Ganzen, die gelungene Bilderausstattung, erzeugt Zufriedenheit, Fröhlichkeit gar. Im Wissenschaftlichen widmet sich die Psychologie solchen Phänomenen, im Kommerziellen tut es etwa die Werbung. Viele Senioreneinrichtungen aber hingegen hinken den Standards noch hinterher. Hier gilt es aufzuschließen – denn in der perfekten Bilderausstattung liegt womöglich ein entscheidender Wettbewerbsvorteil.

Foto: skynesher – istock.com

Glutenfreie Ernährung im Alter

von Bianca Maurer, Ernährungsmanagerin Diätetik (B. Sc.)

Glücklich alt werden heißt, sich Lebensfreude und Lebensqualität bis ins hohe Alter zu bewahren. Um dies zu erreichen, gehört sowohl der Genuss von leckerem Essen und Trinken, als auch der Erhalt der Gesundheit dazu. Jedoch ist eine ausgewogene, bedarfsdeckende Ernährung im Alter oft mit Schwierigkeiten verbunden. Durch eine Zöliakie kommen noch weitere Punkte hinzu, auf die auch im Seniorenheim geachtet werden muss.

Foto: privat

Bianca Mauerer

Die Zöliakie stellt alle Betroffenen und ihr Umfeld zu Beginn vor viele neue Herausforderungen. Auch das Personal in der Pflegeeinrichtung sollte den Umgang mit der Erkrankung lernen. Vor allem muss das Küchenpersonal geschult werden, auf was bei der glutenfeien Zubereitung geachtet werden muss und wo Kontaminationsgefahren lauern. Doch auch das restliche Personal, vom Einkauf bis zur Pflege, sollte über die Erkrankung Bescheid wissen. Umfassende Informationen gibt es bei der Deutschen Zöliakie Gesellschaft (www.dzg-online.de). Ist das Seniorenheim mit der Versorgung von Betroffenen überfordert, kann es dazu kommen, dass betroffene Senioren nicht bedarfsgerecht ernährt werden und somit in einen Nährstoffmangel geraten, welcher zu Unterernährung führen kann. Um dies zu vermeiden, ist eine ausgewogene Ernährung mit bedarfsdeckendem Nährstoffgehalt wichtig.

Doch wie hoch ist der Nährstoff- und Energiebedarf von Senioren?

Mit zunehmendem Alter sinkt der tägliche Energiebedarf des Körpers immer weiter ab. Für Männer sind meist ca. 1800 Kilokalorien pro Tag ausreichend, Frauen benötigen sogar nur ca. 1400 Kilokalorien. Trotz sinkendem Kalorienbedarf besteht jedoch ein hoher Bedarf an Vitaminen, Mineralstoffen und Eiweiß, weshalb die Auswahl der Lebensmittel für eine ausreichende Versorgung von großer Bedeutung ist. Zöliakiebetroffene Senioren sollten sich also kaloriengerecht, nährstoffreich und natürlich glutenfrei ernähren. Diese Anforderungen können durch reichlich Gemüse und Obst, Kartoffeln, glutenfreie Getreidesorten wie Reis, Mais, Hirse, Quinoa, Amaranth und Buchweizen, fettarme Milch und Milchprodukte sowie mageres Fleisch und Fisch erfüllt werden.

Auch das ausreichende Trinken stellt bei vielen Senioren ein Problem dar. Im Alter lässt häufig das Durstgefühl nach – in der Folge wird zu wenig getrunken. Oft liegt dann eine Dehydration, also eine Unterversorgung des Körpers mit Wasser, vor. Genug zu trinken ist jedoch sehr wichtig für den Menschen – gerade im Alter. Wassermangel kann zu Müdigkeit, Blutdruckproblemen, Verstopfung, Störungen der Niere, sowie zu Schwäche und Schwindel bis hin zur Verwirrtheit führen. Um dies zu verhindern, sollten 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit über den Tag verteilt getrunken werden.

Tipp: Um die getrunkene Menge im Auge zu behalten, kann ein Trinktagebuch geführt werden, oder morgens die zu trinkende Menge an gut sichtbarer Stelle platziert werden.

Im Alter lässt auch die Empfindlichkeit der Sinne nach. Das Riechen, Schmecken, Tasten und Hören. Oft werden Speisen in der Folge als nicht mehr so wohlschmeckend wie früher empfunden. Durch die geschickte Verwendung von Kräutern und Gewürzen, sowie durch dekoratives Anrichten der Speisen, kann der Appetit wieder geweckt werden. Ein weiterer Tipp ist, glutenfreies Brot vor dem Verzehr kurz zu toasten. Zum einen macht es das schmackhafter und zum anderen werden dadurch Röstaromen und ein Duft nach frisch gebackenem Brot freigesetzt, was zusätzlich den Appetit anregt.

Eine mögliche Begleiterkrankung der Zöliakie, welche mit steigendem Alter gehäuft auftritt, ist die Osteoporose, eine Erkrankung, die mit einer verminderten Knochendichte und einem erhöhten Frakturrisiko einhergeht. Diese entsteht durch einen Mangel an dem Mineralstoff Calcium, welcher für die Stabilität der Knochen von großer Bedeutung ist. Nach dem 35. Lebensjahr überwiegen die Abbauvorgänge im Knochen, wodurch die Knochenmasse allmählich abnimmt. Um diesen Prozess zu verlangsamen, bzw. die Knochendichte konstant zu halten, wird eine ausreichende Versorgung von Calcium in Kombination mit Vitamin D empfohlen. Calcium ist hauptsächlich in Milch, Milchprodukten und Käse enthalten, außerdem aber auch in Nüssen, Kräutern und grünem Gemüse. Auch ein calciumreiches Mineralwasser kann zur Versorgung beitragen. Vitamin D wird hingegen vorwiegend in der Haut durch Sonneneinstrahlung gebildet, weshalb die Gehalte in Lebensmitteln für die Versorgung hier von untergeordneter Bedeutung sind. Das Gesicht und die Unterarme täglich für 10 Minuten in die Sonne zu strecken reicht schon aus, um den Tagesbedarf zu decken. Im Winter können, durch die verminderte Sonnenexposition, jedoch auch Vitamin D-reiche Nahrungsmittel an Wichtigkeit gewinnen. Das Vitamin ist beispielsweise in Fleisch, Fisch, Eiern, Milch und Milchprodukten, sowie in Pilzen enthalten. Gerichte hieraus können die Versorgung optimieren. Wichtig ist natürlich auch hier stets die sichere glutenfreie Ernährung, damit der Darm gesund bleibt und die Nährstoffe aufgenommen werden können.

Eine Auflistung von Seniorenheimen, die glutenfreie Kost anbieten, gibt es bei der Deutschen Zöliakie Gesellschaft (DZG). Ebenso können interessierte Pflegeeinrichtungen hier Informationen zu Zöliakie und zur glutenfreien Ernährung erhalten. Seniorenheime, die in Zukunft glutenfreie Verpflegung anbieten möchten, können in die Auflistung der DZG aufgenommen werden, um den Betroffenen die Wahl der Einrichtung zu erleichtern (Mail an info@dzg-online.de). Somit können auch Senioren mit Zöliakie ihren Lebensabend glücklich, zufrieden und ohne Sorgen um die glutenfreie Ernährung verbringen.

Foto: garysludden – istock.com

Zöliakie

Zöliakie ist eine chronische Erkrankung des Dünndarms, die auf einer lebenslangen Unverträglichkeit gegenüber dem Klebereiweiß Gluten beruht. Gluten kommt in den Getreidearten Weizen, Dinkel, Roggen und Gerste vor. Hafer hingegen wird von der überwiegenden Mehrzahl der Betroffenen vertragen, jedoch nur, wenn er sortenrein ist und gesondert für Personen mit Zöliakie angebaut und verarbeitet worden ist und somit nicht mit anderem glutenhaltigen Getreide verunreinigt wurde. Denn schon geringe Spuren von Gluten können bei Betroffenen Entzündungen im Darm verursachen.

Weiterführende Literatur:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.: „Essen im Alter"
Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft: „Ernährung im Alter"
Deutsche Gesellschaft für Ernährung: „Essen und Trinken im Alter"

Trinkplan (Beispiel):

Morgens	1 Tasse Kräutertee 1 Tasse Milchkaffee	200 ml 200 ml
Vormittags	2 Gläser Mineralwasser	400 ml
Mittags	2 Gläser Fruchtsaftschorle 1 Glas Mineralwasser	400 ml 100 ml
Nachmittags	1 Tasse Früchtetee	200 ml
Abends	1 Glas Mineralwasser 2 Gläser Fruchtsaftschorle	100 ml 400 ml
Gesamtmenge		*2000 ml*

Abfallentsorgung in Pflegeeinrichtungen – Hygienische und juristische Aspekte

von Michael Schanz

Ein umfassendes Hygienemanagement sollten die Betreiber von Pflegeinrichtungen als integralen Bestandteil Ihres Versorgungsauftrags akzeptieren und kontinuierlich umsetzen. Nicht immer werden jedoch alle möglichen Infektionsgefahren erkannt und die Krankheitserreger in der gesetzlich geforderten Sorgfalt hinreichend ins Visier genommen. Vielleicht liegt dies daran, dass Infektionsrisiken üblicherweise unsichtbar sind. Getrieben durch skandalträchtige Infektionswellen ist allerdings in der Vergangenheit das Thema „Hygiene im Gesundheitswesen" verstärkt in den öffentlichen Fokus und damit auch in das politische Bewusstsein gerückt. Zu verzeichnen sind seit geraumer Zeit verschiedene regionale und überregionale Initiativen[1], die eine Sensibilisierung der Mitarbeiter und Vorgesetzten in den Gesundheitseinrichtungen bezwecken, um die Ausbreitung der gefährlichen Keime zu stoppen.

Foto: G&S Verlag GbR

Komplexität des Infektionsschutzes

Leider konzentrieren sich diese – begrüßenswerten – infektionspräventiven Strategien oftmals auf die Durchführung von Einzelmaßnahmen zur Hände-, Flächen-, Wäsche- und Medizinproduktehygiene. Dies reicht jedoch nicht aus, um die Situation insgesamt zu beherrschen. Der Kriterienkatalog eines umfassenden Sicherheitskonzeptes zur Einhaltung der gebotenen Hygiene ist deutlich umfassender. Für die spezielle epidemiologische Situation der Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen sind vor dem Hintergrund der kritischen Zunahme der MRSA-Rate, die Entsorgungssituation der benutzten Inkontinenzartikel, Kathetersysteme, Verbandsmaterialien, Einmal-Handschuhe und –Kittel in besonderer Weise zu berücksichtigen. Aufgrund ihrer geruchsbelästigenden und ggf. kontaminierten Bestandteile müssen diese Abfälle einer speziellen, hygienerechtlichen Betrachtung zugeführt werden.

Rechtliche Grundlagen

Auf der juristischen Ebene ist ein komplexes Regelwerk von Vorschriften auf unterschiedlichsten hierarchischen Ebenen zu verzeichnen. Zunächst setzt die Richtlinie 2008/98/EG vom 19. November 2008 über Abfälle (Abfallrahmenrichtlinie) den rechtlichen Rahmen für die Abfallgesetzgebung der EU-Mitgliedstaaten. Mit der Abfallrichtlinie sollen „die schädlichen Auswirkungen der Erzeugung und Bewirtschaftung von Abfällen vermieden oder verringert, die Gesamtauswirkungen der Ressourcennutzung reduziert und die Effizienz der Ressourcennutzung verbessert werden". In Bezug auf die sog. Abfallbewirtschaftung wird hier u. a. festgelegt, dass besondere Maßnahmen bei der Bewirtschaftung gefährlicher Abfälle zu erfüllen sind (Überwachung, Verbot der Vermischung, Kennzeichnung; siehe Artikel 17–19). Auf nationaler Ebene erfolgt die strukturelle Anpassung an die EU-rechtlichen Vorgaben zunächst durch das deutsche Kreislaufwirtschaftsgesetz (KrWG) vom 24. Februar 2012. Hiernach sind z. B. alle Einrichtungsbetreiber des Gesundheitsdienstes aufgerufen, ihre Abfälle hygienisch vertretbar zu beseitigen, so dass weder die Gesundheit der Menschen beeinträchtigt wird (§ 15 Abs. 2 Nr. 2 KrWG) noch Gewässer oder Böden schädlich beeinflusst werden (§ 15 Abs. 2 Nr. 3 KrWG). Zusätzliche Anforderungen an die Sammlung und Entsorgung ergeben sich, wenn die benutzten Inkontinenzartikel, Verbrauchs- und Verbandsmaterialien mit Erregern kontaminiert sind. Zu beachten ist dann bspw. die Meldepflicht gem. § 6 IfSG für bestimmte übertragbare Krankheiten. Gesetzlich gebunden ist der Einrichtungsbetreiber außerdem in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber auch durch das Regelwerk zum Arbeitsschutz. Seine Verantwortung erstreckt sich auf die gesamte Entsorgungskette der Abfälle, d. h. von der Anfallstelle im Bewohnerzimmer bis zur Übergabe an die Entsorgungsanlage hat er für eventuelle Versäumnisse einzustehen. Die für die Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten geeignete Schutzausrüstung muss den Mitarbeitern also nicht nur zur Verfügung gestellt werden, es ist ebenso zu garantieren, dass die gebrauchten Artikel auch sach- und fachgerecht innerbetrieblich gesammelt, befördert und durch den beauftragten Entsorger entsorgt werden. In diesem Zusammenhang ist zudem die Nachweisverordnung zu beachten. Hier werden konkrete Anforderungen an die Dokumentation der Abfälle von der Erzeugung bis zur Entsorgung manifestiert. Die dem KrWG nachgeordneten Landesabfallgesetze dienen schließlich dazu, eventuell auf bundesgesetzlicher Ebene vorhandene Lücken zu schließen (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG). Das kommunale Satzungsrecht folgt letztlich dem Landesrecht. Regelmäßig werden hier sog. Anschluss- und Benutzerzwänge festgelegt, nach denen bestimmte Abfälle einzelnen Entsorgungsanlagen angedient werden, wie Abfälle voneinander zu trennen sind und welche Behältnisse für das Einsammeln der Abfälle vorgeschrieben sind.[2]

Fazit

Die durchregulierten Prozesse zur Entsorgung von Abfällen aus Gesundheitseinrichtungen sind sehr umfangreich und stellen für die Einrichtungsbetreiber und das Pflegepersonal eine anspruchsvolle Herausforderung dar, bei der Aspekte des Arbeits-, Infektions- und Umweltschutzes auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik gleichermaßen beachtet werden müssen. Besonders Augenmerk gebührt dabei den Abfallstoffen, von denen ein Gefahrenpotenzial ausgeht. Hier gilt es zum einen die Mitarbeiter um die Arbeitssicherheit beim Umgang mit toxischen und infektiösen Abfällen zu sensibilisieren. Zum anderen sind die Einrichtungsbetreiber gefordert die Entsorgungswege derart zu organisieren, dass keine partikel- oder gasförmige Kontamination beispielsweise durch mangelhafte Lagerung des Abfalls, häufiges Öffnen oder Schließen des Abfallbehälters oder unsachgemäßen innerbetrieblichen Transport entstehen kann. Gute Argumente sprechen zudem für das abschnittsweise Einschweißen des (vorsortierten) Abfalls. Durch diese Verfahrensweise werden nicht nur das Ausbreiten von Aerosolen und das Entstehen von Geruchsbelästigungen verhindert. Die Komprimierung des Abfallvolumens verspricht zudem auch einen Preisvorteil gegenüber dem beauftragten Abfallentsorger.

Dipl.-Jur. Michael Schanz ist Chefredakteur der gesundheitsrechtlichen Fachzeitschrift „Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen" (RDG).

1 Z. B. „Aktion saubere Hände" oder „Aktion saubere Spender"

2 Die Bund-/Länderarbeitsgemeinschatft (LAGA) gibt in der „Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes" praktische Ratschläge für die sachgemäße Handhabung für das Sammeln, Verpacken, Bereitstellen, Lagern, Transportieren, Behandeln, Verwerten und Beseitigen der unterschiedlichen Abfallmaterialien.

–Anzeige –

„Für das Leben, im **Auftrag der Zukunft**"

Hygienische Müllentsorgung für das Gesundheitswesen - Vorstellung bei der Landesregierung RL-Pfalz

Der Arbeitskreis „Informations-Forum Abfallwirtschaft und Stoffstrommanagement im Gesundheitswesen" (IFAG) befasst sich regelmäßig mit Fragen rund um das Stoffstrom-Management im Gesundheitswesen. Angefangen bei Kreislaufwirtschaft und Entsorgung werden auch Themen wie Einkauf, Energiemanagement, Hygiene, nachhaltiges Bauen usw. erörtert, so auch in der 25. IFAG-Sitzung am 12.Mai 2015 in der Rheinhessen-Fachklinik in Alzey.

Die zahlreichen Fachbesucher aus den rheinland-pfälzischen Kliniken und Heimen zeigten starkes Interesse für die Systemlösung „OdoCare" der Firma Vital-Innovations Ltd. aus Rammelsbach. Neben dem hygienischen Effekt und der geruchsfreien Entsorgungsmöglichkeit von Inkontinenz, Verbandabfällen und Stomamaterialien beeindruckte auch das Sparpotenzial, welches das Recycling-System zu bieten vermag.

Vital-Innovations bietet den OdoCare in den Größen 45L und 75L an. Dank leiser Rollen mit zentraler Bremse mobil und flexibel einsetzbar. Der anfallende Müll wird direkt im Zimmer in den geruchsdichten OdoCare abgeworfen und solange drin entsorgt und gesammelt, bis die volle Abfalltüte in der leistungsstarken VACURA pro mit nur einem Knopfdruck vakuumiert, hermetisch verschweißt und von außen desinfiziert wird. Die speziell für diese Lösung entwickelten gasdichten

Abfallbeutel sind auf beide Systeme abgestimmt. Dank dieses einfachen und effizienten Systems profitieren Einrichtungen von einem gesunden, hygienischen Raumklima und enormer Volumenreduzierung.

Dies demonstrierten der Geschäftsführer der Firma Vital-Innovations (links) Herr Sepp Reißmann und der Vertriebsleiter (rechts) Herr Jens Königstein auf anschauliche Art und Weise.

Weitere Informationen:

Vital Innovations (D), Ltd.
Glanstr. 33, 66887 Rammelsbach
Tel.: +49 (0) 6381 4250879
Fax: +49 (0) 6381 4252913
info@vital-innovations.de
www.vital-innovations.de

Foto: Bügelrevolution

Zeitgemäße Behandlung der Bewohnerwäsche –

Die "Bügelrevolution"

Wäschepflege ist ein heikles Thema in Pflegeeinrichtungen. Neben der streng erforderlichen Hygiene, die durch die entsprechenden Gütezeichen eindeutig geregelt ist, ist die Handhabung der unterschiedlichen Wäsche noch immer eine Herausforderung für das Management der Einrichtungen. Gerade die Pflege der Bewohnerwäsche ist in puncto Menge und Textilpflegeanforderungen wesentlich differenzierter als die standardisierte Flächenwäsche, wie Bettwäsche oder Dienstkleidung.

Aus diesem Grunde, aber auch um den Bewohnern einen entsprechenden Service bieten zu können, wird die Bewohnerwäsche zu großen Teilen vor Ort gewaschen und gebügelt. In den Abteilungen der Hauswirtschaft haben die Lohnkosten des Personals den größten Anteil (oftmals über 80%) an den Gesamtkosten der Textilreinigung und -aufbereitung.

In diesem Bereich liegen also erhebliche Potentiale vor. Automatisierung hat neben einer Zeit- und damit Kostenersparnis auch das Ziel eine gleichbleibende Qualität zu gewährleisten.

Die "Bügelrevolution" bietet mit der Bügelpuppe SA07 eine kostengünstige, automatisierte Möglichkeit zum Aufbügeln der Bewohnerwäsche an. Das Prinzip der Bügelpuppen verzichtet auf komplexe Steuerungstechnik und Dampfaufbereitung und ist somit nicht nur unter wirtschaftlichen Aspekten eine sehr interessante Alternative zu konventionellen Bügelverfahren. Einzig eine gewisse Restfeuchtigkeit der frisch gewaschenen Kleidungsstücke ist für die Anwendung mit der Bügelpuppe erforderlich.

–Anzeige –

„TRIathlon“: Drei Disziplinen für perfektes Wäsche-Finish – mit Sparfaktor

Ob beim Waschen, Trocknen oder Mangeln: Wer bei der Wäschepflege auf beste Ergebnisse Wert legt, braucht Höchstleistungen in allen drei Disziplinen. Hier unterstützt Miele Professional seine Kunden jetzt mit der Aktion „TRIathlon“: Für Bestellungen von ausgewählten Waschmaschinen, Trocknern und Mangeln gelten in Deutschland attraktive Preisvorteile. Das sympathische Gesicht der Kampagne ist „Ironman“ Faris Al Sultan, Gewinner des härtesten Triathlon-Wettbewerbs der Welt.

Wer wie er den „Ironman Hawaii“ gewonnen hat, weiß, dass der erfolgreiche Weg zum Ziel aus individuell abgestimmten Arbeitsabläufen besteht. In der Wäscherei garantiert modernste Miele-Technik den Erfolg: Waschmaschinen mit viel Ausdauer, schnelle Trockner, die gleichzeitig die Wäsche schonen, und effiziente Mangeln bewältigen auch hohe Wäscheberge.

Beim Kauf von Waschmaschinen, Trocknern und Mangeln aus unterschiedlichen Disziplinen werden jetzt Bonusbeträge erstattet (der so genannte „TRIBonus“). Je nach Gerätekombination kann die Ersparnis bis zu 1.300 Euro betragen. Die Erstattung des „TRIBonus“ erfolgt nach dem Kauf direkt durch Miele Professional. Das Formular dafür steht im Internet unter der Adresse www.miele-triathlon.de zur Verfügung. Jeder Besucher dieser Seite kann zudem an einem Gewinnspiel teilnehmen: Erster Preis ist eine Reise für zwei Personen im Wert von 6.000 Euro – beispielsweise zum nächsten „Ironman“ nach Hawaii.

Foto: Miele

Weitere Informationen:

Miele & Cie. KG
Telefon 0800 22 44 644
www.miele-professional.de
info@miele-professional.de

Professionelle Reinigungs- und Desinfektionstechnologie

MEIKO
The clean solution

TopLine – Zuverlässiges Hygienemanagement für den unreinen Arbeitsraum

Wenn im Kranken- und Pflegebereich professionelle Hygienesicherheit gefragt ist, sind MEIKO *TopLine* Reinigungs- und Desinfektionsgeräte die zuverläßigen Partner um Infektionen zu verhindern und Patienten sowie Pflegepersonal zu schützen. Weltweit genießt die MEIKO *TopLine* Technologie beim reinigen und desinfizieren von Pflegegeschirren wie Steckbecken, Urinflaschen oder Stuhleimer das volle Vertrauen unserer Kunden. Ob Einzelgerät, Pflegekombination oder komplett eingerichteter Pflegearbeitsraum – MEIKO *TopLine* bietet saubere Lösungen nach höchstem Standard oder individuell nach Maß. MEIKO *TopLine*: Hygienesicherheit verbunden mit Arbeitskomfort und Wirtschaftlichkeit.

www.meiko.de

Schwerpunktthema: Hygiene

Hygienemanagement in Altenpflegeeinrichtungen

von Rolf Höfert, Geschäftsführer Deutscher Pflegeverband e.V., Experte für Pflegerecht

Die Pressemeldungen zu Hygiene-Skandalen, Killer-Keimen MRSA, mangelnder Desinfektion reißen nicht ab. Dabei sind Hygienemängel nicht nur mit hohen Kosten sowie mit straf- und zivilrechtlichen Folgen für die Betroffenen verbunden, sondern auch mit einem negativen Image der Pflege in der Öffentlichkeit und Verunsicherung der Bevölkerung. Die noch immer zu hohe Zahl von 500.000 nosokomialen Infektionen jährlich in Deutschland muss alle Beteiligten zu einem weiteren Engagement in der Infektionsprophylaxe und -therapie veranlassen.

Die konsequente Umsetzung der gesetzlichen Hygienevorschriften kann helfen, negative Schlagzeilen im Vorfeld zu verhindern. Dabei liegt die grundsätzliche Verantwortung für die Umsetzung gesetzlicher und richtlinienrelevanter Hygienemaßnahmen bei der Geschäftsführung bzw. Heimleitung im Zusammenwirken mit der Pflegedienstleitung und dem Hygienebeauftragten. Für Einrichtungen des Gesundheitswesens ergeben sich die hygienerechtlichen Grundlagen an alle Beteiligten insbesondere aus folgenden Gesetzen und Verordnungen:

- Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Patientenrechtegesetz
- Richtlinien des Robert Koch-Institutes (RKI) und der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz
- Jugend- und Arbeitsschutzgesetz
- Mutterschutzgesetz
- Strahlenschutzverordnung
- Medizinproduktegesetz
- Vorschriften der Hygieneverordnungen der Länder
- Unfallverhütungsvorschriften
- Auflagen der Berufsgenossenschaften
- Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe TRBA 250

Somit ist Hygiene ein unverzichtbarer Baustein der Qualitätssicherung und rechtliche Herausforderung für die Verantwortlichen. Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sind zur Qualitätssicherung verpflichtet. Sie haben ihre Leistungen gemäß gesetzlichem Auftrag nach den anerkannten Standards und Regeln der Medizin und Pflegewissenschaft zu erbringen und weiterzuentwickeln. Nach diesen Regeln ist qualitätsgesichertes Arbeiten ohne Einhaltung der Hygiene nicht möglich.

Dabei soll Hygiene keinesfalls als bloße betriebswirtschaftliche Notwendigkeit verstanden werden, sondern als vertraglich garantierte Leistung dem Bewohner gegenüber, dass sämtliche personelle und organisatorischen Maßnahmen in seinem Sinne geregelt werden. Die besondere Notwendigkeit zur Infektionsverhütung in Altenpflegeeinrichtungen ist das erhöhte Infektionsrisiko der Bewohner, verursacht durch Multimorbidität, Immunschwäche und das fortgeschrittene Alter. Auf der anderen Seite ist der Träger verpflichtet das eigene Personal zu schützen. Dafür muss das Gefährdungspotenzial analysiert werden, um eventuelle Gefährdungsquellen auszuschalten.

Damit Hygiene funktioniert, müssen die hierfür nötigen Voraussetzungen und Prozesse etabliert, organisiert und kontrolliert werden. Alle Maßnahmen, die dazu dienen, sind Teil des Hygienemanagements. Die wesentlichen Module für den stationären Altenpflegebereich in Zusammenhang mit der Thematik Hygiene werden nachfolgend näher beleuchtet.

Hygienebeauftragter

Im Einvernehmen mit dem Träger bzw. der Leitung der Pflegeeinrichtung nimmt der Hygienebeauftragte folgende Aufgaben wahr:

- fach- und sachgerechte Umsetzung der verschiedenen gesetzlichen Vorgaben zur Hygiene
- Überwachung der Einhaltung der Regeln
- Mitwirkung bei der Erkennung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen
- Beratung bei der Auswahl hygienerelevanter Verfahren und Produkte
- Schulung und praktische Anleitung des Personals

Der Erwerb der Qualifikation zum Hygienebeauftragten im Rahmen einer staatlich anerkannten Weiterbindung umfasst mindestens 200 Stunden.

Expertenstandard

Der im November 2002 verabschiedete »Nationale Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege« des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) richtet sich an Pflegefachkräfte der Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege. Dieser Expertenstandard ist seither verbindlich für alle Pflegenden in Deutschland. Mit seiner Hilfe sollen Versorgungsbrüche bei der Entlassung, gesundheitliche Risiken des Patienten, negative Auswirkungen für die Angehörigen und Folgekosten vermieden werden.

Hygieneplan

Zur Anfertigung von Hygieneplänen verpflichtet § 36 des Infektionsschutzgesetzes und § 1 des Heimgesetzes. Erstellt wird der Hygieneplan durch Fachpersonal mit entsprechendem Wissen, z.B. Hygienefachkraft oder Hygienebeauftragter.

Der Hygieneplan umfasst alle einrichtungsspezifischen hygienerelevanten Abläufe und Prozesse, die in der Einrichtung erbracht werden. Somit sollte der Hygieneplan nur jene Abläufe beschreiben, die in der Einrichtung tatsächlich vorkommen. Darüber hinaus sollte der Hygieneplan für alle Mitarbeiter frei zugänglich sein und zwar dort, wo er auch gesehen wird. Der Hygieneplan ist ein wertvolles Hilfsmittel zum sicheren Arbeiten, das Leitungskräften und Pflegenden bei Beachtung Schutz vor Infektionen und Haftungsansprüchen gibt.

Im Hygieneplan sollten zudem Maßnahmen zur Lebensmittel- und Küchenhygiene festgeschrieben werden. Hierbei gilt ergänzend die Lebensmittelhygieneverordnung. Weiterhin ist der Hygieneplan vom Desinfektionsplan abzugrenzen. Das Letztere ist eine Anlage, die auch von einem Außendienstmitarbeiter oder Berater erstellt werden kann.

Überleitungsbogen

Steht die Verlegung eines Bewohners in ein Krankenhaus bevor, ist im Praxisalltag ein Überleitungsbogen erforderlich. Der Bogen dokumentiert besondere Infektionsprobleme, eventuelle MRSA-Erkrankungen, chronische und schlecht heilende Wunden und beinhaltet bisherige und empfohlene Pflegemaßnahmen. Ergänzend zu den Überleitungsbögen sind Informationsblätter zu dem jetzigen Risiko für Patienten, Angehörige, Rettungsdienste, Pflegeheime und ambulante Dienste zu führen. Bei der Entlassung ist ebenfalls ein durch das Krankenhaus erstellter Überleitungsbogen an die Altenpflegeinrichtung unabdingbar. Es soll sichergestellt werden, dass der Patient nach Verlassen des Krankenhauses nicht in eine Hygienelücke fällt, sondern in seiner alten Umgebung und zum Schutz seiner Umwelt weiterhin optimal und bedürfnisgerecht versorgt wird.

Einige Beispiele für Hygienefehler, wie Sie im Pflegealltag tagtäglich vorkommen.

- Vorbereitung von Desinfektionslösungen für mehr als 24 Stunden im Voraus
- Verwendung nicht-geschlossener Harnableitungssysteme
- Zu lange andauerndes Liegenlassen intravenöser Katheter und deren falsche Handhabung
- Einsatz von kontaminierten Inhalatoren und Beatmungsgeräten
- Verbandswechsel mit Kontamination des Umfeldes
- Mangelnde Händedesinfektion, keine sterilen Handschuhe

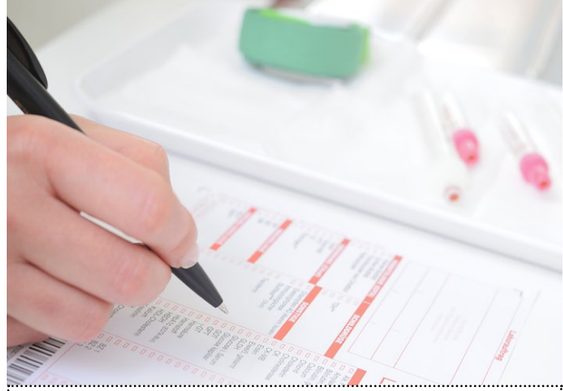


Foto: Jörg Brinckheger / pixelio.de

Schwerpunkte der Hygienestandards:

- ✓ Persönlicher Schutz
  - Handschuhe, Schutzkittel, Plastikmütze, Mund-/Nasenschutz, ggf. Schutzbrille
  - Händehygiene (vor u. nach direktem Patientenkontakt, nach dem Ausziehen von Schutzhandschuhen)
  - Pflegeutensilien
  - Aufbereitung, Reinigung, Desinfektion und Entsorgung

  Einmalartikel
- ✓ Medizinprodukte – Aufbereitung nach Kontamination
- ✓ Wäsche – Wechseln, Einsammeln und Desinfizieren der Wäsche
- ✓ Flächendesinfektion und –reinigung, Abfallentsorgung
- ✓ Sichere Injektionstechnik
  - Anwendung aseptischer Arbeitstechniken bei Injektionen, Punktionen und Wundversorgung
  - Vermeidung von Nadelstichverletzungen
- ✓ Vorgehen bei erkennbarem Infektionsrisiko, z. B. Verlegung in Einzelzimmer

Erfolgsentscheidend ist, dass in das Hygienemanagement alle für die Hygiene bedeutsamen Entscheidungsträger und Anwender einbezogen werden. Denn Hygiene kann nur funktionieren, wenn alle Mitarbeiter ein Hygienebewusstsein haben. Es gibt keine Hygiene erster und zweiter Klasse! Es gibt nur Hygiene insgesamt oder gar keine! Jeder, der seine Arbeit gewissenhaft und gut erledigt, trägt zur Hygiene bei und leistet einen Beitrag zur Verhinderung weiterer Infektionen.

Oberstes Ziel sollte weiterhin sein, wie schon im § 1 des Infektionsschutzgesetzes festgeschrieben ist, „übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern." Dieser Auftrag gilt zum Schutz der Bewohner und des Personals gleichermaßen.

Der Deutscher Pflegeverband e.V. ist eine freie und gemeinnützige Vereinigung von Pflegekräften zur Vertretung fachlicher und berufspolitischer Interessen. Informieren Sie sich unter: www.dpv-online.de

–Anzeige –

Klassiker der Krankenhausküche

Seit 45 Jahren arbeitet Ingeborg Weiland in der Küche des Marienhospitals, die mittlerweile rund 750 Patienten und 600 Beschäftigte verköstigt. Geändert hat sich in dieser Zeit Vieles – das Wesentliche dürfte gleich geblieben sein: Das große Interesse daran, dass über die Mahlzeiten zur Genesung des Patienten beigetragen wird. 38 Mitarbeiter, Diätschüler und Praktikanten zählt die Küchencrew.

Was die 160 Hektar Landwirtschaft des klösterlichen Hofguts nicht hergeben, wird bei einer bäuerlichen Erzeugergemeinschaft eingekauft: „Uns ist es nicht egal, wie die Tiere, deren Fleisch wir essen, gehalten werden", erläutert Ingeborg Weiland. Egal ist in dieser Küche auch nicht, wie gekocht wird. Auch wenn die Nonnen längst nicht mehr so präsent sind im Alltag – einst waren hier 150 Frauen der Gemeinschaft der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul tätig, heute sind es nur noch 50 – ihre Traditionen leben in vielfältiger Weise fort. Und wenn Schwester Berna mit ihren 82 Jahren morgens um 5 Uhr Kuchen für ihre Mitschwestern oder Besucher backt, rückt man in der Klinikküche gerne ein wenig zur Seite, um die ehemalige Chefin arbeiten zu lassen.

Qualität und Nachhaltigkeit sind auch im Spülbereich der Küche des Marienhospitals nicht wegzudenken. Hier wurde eine sehr in die Jahre gekommene Spülstraße jetzt mit der neuesten Technologie des Spülgerätespezialisten Meiko ersetzt. „Wir haben uns für zwei Geräte der Serie M-iQ entschieden sowie für eine Haubenmaschine für Behälter und Töpfe", berichtet Ingeborg Weiland. Die entscheidenden Argumente für die Maschinen von Meiko waren vor allen Dingen das große Einsparpotenzial bei Wasser, Strom und Chemie. „Nachhaltiges Wirtschaften ist nicht nur vernünftig, sondern auch den Schwestern ein großes Anliegen", so Weiland. Aber auch das intelligente Schnittstellendesign und die leichte Bedienbarkeit waren wichtige Faktoren, da in der Spülküche wenig Deutsch, dafür viele andere Sprachen gesprochen werden und Standzeiten der Maschine aufgrund des hohen Tempos nicht toleriert werden können.

Ein hohes Tempo leistet sich Schwester Hermyla nicht mehr. Das macht die zierliche 78-jährige, die kaum über den beladenen Teewagen hinausreicht, mit Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit wett. Sie „beliefert" täglich ihre Mitschwestern im Refektorium mit dem Essen aus der Küche. Auf die Speisereste-Entsorgung, die Meiko den neuesten Bandspülmaschinen vorgelagert hat, blickt Hermyla mit Verachtung. „So viel wegschmeißen!" schimpft sie. Den Kollegen im Spülbereich ist die hygienische Entsorgung der Essensreste auf den Tellern indes willkommene Arbeitserleichterung. Vorher wurden die Speisereste in Tonnen im Innenhof gesammelt und verursachten unnötige Wege. Auf die verzichtet man hier im Marienhospital lieber – zugunsten der Patienten.

Weitere Informationen:

MEIKO Maschinenbau
GmbH & Co. KG
Kevin Böschek
Kommunikation / PR-Assistent
Tel.: 07812031545
Mail: bok@meiko.de

VITAL INNOVATIONS (D), LTD. · OdoCare Odourless Storage Solutions · VACURA PRO · REMONDIS IM AUFTRAG DER ZUKUNFT

OdoCare, Vacura PRO und REMONDIS
Die geruchsfreie und kostengünstige Systemlösung zur Entsorgung von Inkontinenzabfällen.

Ihre Vorteile auf einen Blick:
- einfach
- hygienisch
- wirtschaftlich
- geruchsneutral

Referenzpartner

KURSANA · Zoar · IWC · G&S Verlag · ISD Innsbrucker Soziale Dienste · Residenzen Schloß Stetten · Not sehen und handeln. Caritasverband Nürnberg e.V. caritas · Diakonie Leipzig

13. Gesundheitspflege - Kongress
09.10. - 10.10.2015 Hamburg
Hotel Radisson Blu

Interdisziplinärer WundCongress IWC Köln
Sartory Säle Köln
26. November 2015

Kongress Pflege 2016
22.01. - 23.01.2016
Maritim proArte Hotel Berlin

Scannen Sie mich!

Vital Innovations (D), Ltd. • Glanstr. 33 • 66887 Rammelsbach
Tel.: +49 (0) 6381 4250879 • Fax: +49 (0) 6381 4252913 • info@vital-innovations.de • www.vital-innovations.de

Hautfreundliche Wäschekennzeichnung

Bandetiketten-Weberei

Max Windrath

Wäschenamen

◇ 100% Baumwolle
◇ 48-Stunden-Produktion

Bestellen Sie einfach online unter
www.waeschenamen-windrath.de

Oder rufen Sie uns an **Tel: 0202-55 38 10**

Fotos: SANITIZED

Schwerpunktthema: Hygiene

Zuverlässige Hygiene für Bettwäsche, Handtücher und Arbeitsbekleidung

Erneuerbarer antimikrobiellen Schutz

Textilien mit Hautkontakt sind sensible Bereiche, wenn es um sichere und zuverlässige Hygiene in Seniorenheimen geht. Denn nicht nur Hände, sondern auch Bekleidung und andere Textilien, sind potentielle Übertragungsquellen für Erreger im täglichen Direktkontakt von Personal und Patienten.

Bettwäsche, Handtücher, Servietten, Bademäntel, aber auch die Arbeitsbekleidung des Personals sollten deshalb maximal geschützt sein, um die Besiedlung und die Verbreitung von Bakterien zu verhindern. Es geht hierbei natürlich um die grundsätzliche Hygiene, aber auch darum, die Ausbreitung von gesundheitsgefährdenden Erregern zu verhindern.

Als Schutz gegen Bakterien und Erreger haben sich antimikrobiell ausgerüstete Textilien bewährt. Durch die integrierte Sanitized Hygienefunktion wird die Besiedlung und Vermehrung von Bakterien verhindert. Auch die Entstehung von Allergenen kann beispielsweise durch speziell veredelte Bettwäsche verhindert werden.

Die hohe Waschfrequenz von Seniorenheimtextilien und die in Grosswäschereien genutzten Zusätze, wie Bleichmittel, stellen hohe Anforderungen an die antikrobielle Ausrüstung. Abhilfe schafft ein wiedererneuerbares Additiv, das während des Waschvorgangs einfach beigefügt werden kann. Neu ist ein Produkt, das speziell für Textilien entwickelt wurde, die in Grosswäschereien behandelt werden. Das antimikrobielle Additiv wird beim Waschvorgang beigefügt und gewährleistet somit den optimalen Effekt gegen Bakterienbesiedlung und Schimmelpilz. Diese Möglichkeit der Wiedererneuerung des Hygieneschutzes stellt die dauerhafte Funktion während der gesamten Nutzungsdauer der Textilien sicher – trotz der häufig eingesetzten Bleichmittel.

Der Schweizer Textilhersteller und Wäschereibetreiber Schwob AG setzt den neuen Hygieneschutz, der sowohl gegen Bakterien als auch gegen Pilze wirkt, mit Überzeugung ein. Stephan U. Hirt, Vorsitzender der Geschäftsleitung der Schwob AG, bestätigt, dass die Ausrüstung keine Vergilbung erzeugt und auch keinerlei Beeinträchtigung der Gebrauchseigenschaften mit sich bringt. Er integriert das Produkt einfach in den Waschprozess. Die Hygienefunktion kann sowohl in Baumwoll- und Mischgewebe von Bettwäsche als auch in Matratzen, Teppichen, Vorhängen, Frottierware, Küchen- und Tischwäsche oder Arbeitsbekleidung integriert werden.

Wirtschaftlicher Nutzen

Ergänzt wird der Hygiene-Aspekt durch konkreten wirtschaftlichen Nutzen. Die wieder erneuerbare Ausrüstung verhindert die Entstehung von Aggressoren wie Schimmel, die zu unerwünschter Fleckenbildung und dadurch zu frühzeitiger Materialermüdung führen. Die Nutzungsdauer der Textilien wird somit deutlich verlängert. Der antimikrobielle Schutz ist während der Nutzungs- bzw. Tragezeit der Textilien gewährleistet, aber auch bereits bei Transport (bei der Nutzung externer Wäschereien von Bedeutung) und insbesondere während der Lagerung.

Die neue, wieder erneuerbare Hygienefunktion wird bereits in der Hotellerie, im Hotel Schweizerhof Luzern/CH, angewandt. Was in der Hotellerie geschätzt wird, kann auch in einem Seniorenheim ein sehr angenehmer Nebenaspekt für die Bewohner und auch die Mitarbeiter sein: Der angenehme Frischeffekt der Wäsche und Arbeitsbekleidung. Denn die Hygienefunktion verhindert das Bakterienwachstum und somit auch das Entstehen von unangenehmen Gerüchen, wie Schweiss.

Der wieder erneuerbare antimikrobielle Produkt wurde von der Schweizer SANITIZED AG, Spezialist für antimikrobielle Hygienefunktion und Materialschutz, entwickelt.

Miele PROFESSIONAL

WäscheTRIathlon

Drei Disziplinen für ein perfektes Wäsche-Finish.

Ironman Hawaii Gewinner Faris Al-Sultan startet durch mit Miele Professional!

Jetzt bis zu 1.500,- Euro sparen!*

Alle Infos zur Aktion:
www.miele-triathlon.de

*Die Ersparnis versteht sich in Euro inkl. 19 % MwSt. und ist abhängig von der gekauften Gerätetype. Ein ausgefüllter Antrag muss vorliegen. Gültig solange der Vorrat reicht!

Fotos: FROMM

Die Azubis eines Jahrgangs der Wohngemeinschaft für Senioren (im Vordergrund kniend Rosemarie Amos-Ziegler und ihr Mann Klaus).

Pflege setzt auf **Kräfte von außen**

Ohne Migranten geht in der Seniorenbetreuung gar nichts mehr

Die Caritas setzt auf Inder, der Wirtschaftsbund auf Philippinos und das Sozialministerium auf Chinesen, um den Fachkräftemangel in der Pflege zu beheben. Doch auf den Fildern ist das Echo geteilt über die unterschiedlichen Ethnien.

„Alle Spanierinnen, die wir hatten, haben uns wieder verlassen", sagt Rosemarie Amos-Ziegler. Die Betreiberin der Wohngemeinschaft für Senioren (WGfS), mit ihren 200 Mitarbeitern für 135 Bewohner, glaubt den Grund zu kennen: Die iberischen Pflegekräfte waren in Spanien examinierte Krankenschwestern, denen der pflegerische Aufwand zu hoch war. Denn statt Spritzen setzen bei mündigen Patienten gehört zum Pflegealltag der Wechsel der Inkontinenzhilfen bei dementen Bewohnern. Auch Gregor Vogelmann, Pflegeheim-Berater und -Zertifizierer aus Harthausen, sieht den Pflegekräfte-Import kritisch. So seien Asiaten oft schon körperlich nicht dafür geschaffen, Mitteleuropäer dutzende Male am Tag aus dem Bett oder von der Toilette zu hieven. „Es ist auch eine ethische Frage, ob eine Nation ihre Pflegebedürftigen selbst versorgt und hierfür die erforderlichen Voraussetzungen schafft", sagt der Geschäftsführer des Instituts für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen (IQD).

Bei der Einkaufskooperative Wirtschaftsbund sozialer Dienstleistungen (Wibu), die bundesweit für Pflegeheime arbeitet, und vorigen Oktober nach München die ersten 20 Philippinas vermittelt hatte, sieht man dies anders: 200.000 examinierte Pflegefachkräfte seien dort arbeitslos und jährlich schlössen 40.000 weitere die vierjährige Ausbildung ab. In den USA, Kanada, England und neuerdings in der Schweiz habe man gute Erfahrungen mit diesen Fachkräften. Um als Pflegefachkraft arbeiten zu dürfen, brauchen Mitarbeiter, die ihr Examen im Ausland gemacht haben, den sogenannten B2-Abschluss des Goethe-Instituts, der bestätigt, dass die Person in Wort und Schrift ihr Fachwissen auf Deutsch vermitteln kann. Diesen Nachweis erbringen alle Auslands-Pflegekräfte, die hierher vermittelt werden.

Daten & Fakten

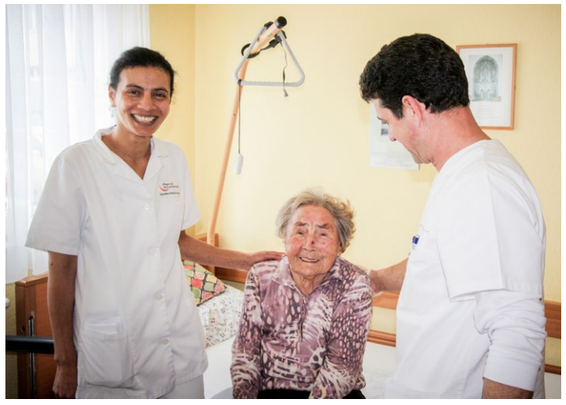
2013 kamen gut 1,2 Mio. Frauen und Männer nach Deutschland. Zeitgleich verließen knapp 0,8 Mio. das Land, so dass der Saldo effektiv bei 430.000 lag. 2014 machte dieser Effekt laut Migrationsbericht der Bundesregierung ein Plus von 470.000 Zuwanderern aus. Demnach bleibt nur die Hälfte dieser Personen länger als ein Jahr. Die meisten migrieren von Polen, Rumänien, Italien, Bulgarien, Ungarn, Spanien und Griechenland. Knapp 70 Prozent sind jünger als 45. Mittlerweile haben 16 von 80 Mio. Einwohnern Migrationshintergrund. Juristisch sind dies Menschen, die nach 1949 von außerhalb der heutigen Bundesrepublik zugezogen sind und hier geborene Kinder von Ausländern.

Klaus Vaas hält von eindimensionalen Lösungen nichts. Der Direktor des Kursana Domizils in Echterdingen setzt auf gemischte Ethnien in seinem Haus, „um Gruppenbildung zu vermeiden und Integration zu fördern". Er sei mit einigen Vermittlern in Kontakt, stelle aber immer nur Einzelne ein. Das erhöhe zwar deren Heimwehrisiko, begünstige aber den Spracherwerb.

Anbieter wie die WGfS, die Rumäninnen oder Polinnen beschäftigen, die in ihren Herkunftsländern Krankenschwester oder Altenpflegerin gelernt haben, stellen diese Mitarbeiterinnen meist als Helferinnen ein und fördern dann deren Sprachkompetenz. „Wir haben viele Mitarbeiter, die an der Volkshochschule oder am Goethe-Institut auf die B2-Prüfung lernen", sagt Amos-Ziegler.

Im beruflichen Alltag trainieren die Helferinnen fast minütlich die deutsche Sprache und im Umgang mit Bewohnern, Kollegen und Vorgesetzten verinnerlichen sie die mitteleuropäische Kultur. „In den Teams herrscht eine hohe Akzeptanz, Migranten geduldig zu integrieren", sagt Vaas. Denn viele Mitarbeiter waren nur wenige Jahre zuvor selbst auf dieses Wohlwollen angewiesen, weil sie aus derselben Situation kamen. Und: Die Mitarbeiter wissen, dass diese emotionale Investition sie später durch eine versierte Kollegin entlastet.

Dass Migranten auch in Führungspositionen hineinwachsen, belegen viele Beispiele: Amos-Zieglers Stellvertreterin ist eine gebürtige Rumänin, die als Siebenjährige mit ihren Eltern nach Deutschland kam. Und die Leiterin des ambulanten Dienstes hatte in Rumänien eine kaufmännische Ausbildung gemacht und nach ihrer Übersiedelung bei der WGfS zunächst eine Ausbildung zur Altenpflegerin gemacht. Aktuell fördert das Haus eine Griechin, die im Heimatland Buchhalterin gelernt hatte. Sie soll Pflegedienstleiterin werden, wenn sie alle Qualifikationen absolviert hat. Wichtig, so das Fazit der Recherche, sind die Motivation des Einzelnen und die Achtsamkeit der Vorgesetzten, einzelne Schritte statt des fernen Ziels aufzuzeigen und praktische Hilfen zu leisten. Das reicht von der individuellen bis zur finanziellen Förderung. Lohn dieser Mühen: Über die ethnischen Netzwerke rekrutieren diese Mitarbeiter aus ihrem sozialen Umfeld immer wieder neue Bewerber.



Elba (Brasilien) und Ricardo (Kuba) bei einer Bewohnerin im Zimmer.

Die Pflege eignet sich ideal, um Migranten zu integrieren: Linda (l.) aus Kenia und Raphael von den Philippinen (r.) erwerben bei der WGfS in ihrem Team schnell die deutsche Sprache und lernen die Kultur kennen.

Ihr Ziel ist unser Anliegen
Ihr Erfolg ist unser Ziel !

THS

Fragen Sie nach unseren Komplett-Lösungen für die Heimverwaltung, Pflege und Dienstplanung.
Wir informieren Sie ausführlich:

THS-Software GmbH Remshalden
Tel: (07151) 13392-0, Fax: -50
Mail: info@ths-software.de
www.ths-software.de

COPpro, Senior Office, GRIPS-Pflege (ENP), P-PLUS.NET-Dienstplan, ADDISON betriebswirtschaftliche Komplettlösung

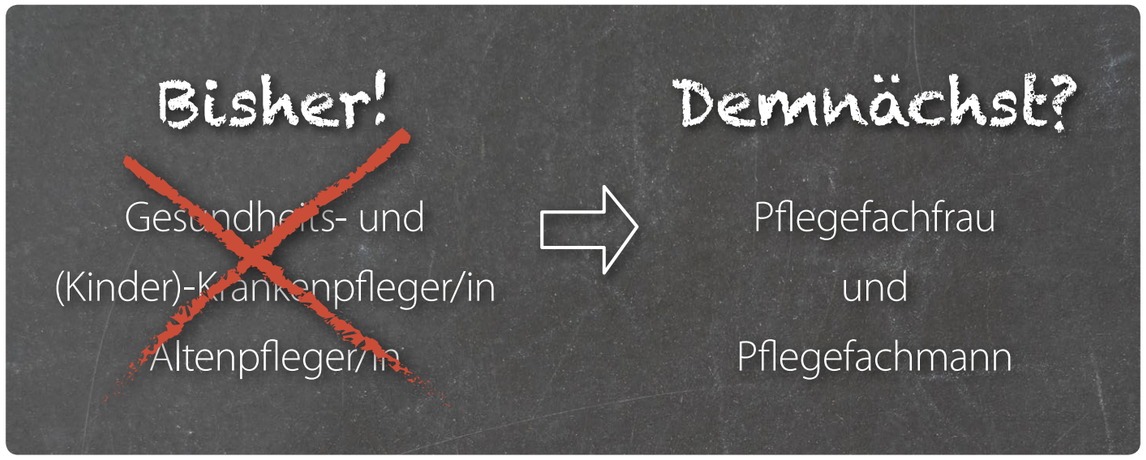


Foto: Mr.Doomits - Fotolia

Wer soll **das** bezahlen? Wer hat **das** bestellt?

Finanzielle Auswirkungen einer generalistischen Pflegeausbildung für Pflegeeinrichtungen

von Ursula Kriesten

Das geplante neue Pflegeberufegesetz, welches die drei Pflegeausbildungen (Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege) zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammenlegen soll, steht für Sommer 2015 auf der politischen Agenda. Geplant ist die Qualifizierung von „Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern" und die Abschaffung der Fachexpertise Altenpflege als Beruf. Dieses Vorhaben wirft neben umfassenden strukturellen und inhaltlichen Fragen auch die der Finanzierung und des Outcomes auf.

Zum Vorhaben

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) arbeiten an einem Referentenentwurf für ein neues Pflegeberufegesetz, dessen potenzielle Auswirkungen vorrangig die Altenhilfebranche treffen wird. Dies bedingt sich durch den zukünftigen Outcome einer neuen „Pflegeausbildung". In neu zu entwickelnden „Pflegeschulen" würden pflegerische Basiskenntnisse für Menschen aller Altersstufen vermittelt. Die neue Pflegeausbildung käme einer beruflichen Pflege-Grundqualifizierung gleich, bedingt durch die Zusammenlegung von dreimal 2.100 Unterrichtsstunden zu einmal 2.100 Unterrichtsstunden und den Verlust generationentypischer und berufsfeldspezifischer Ausbildungsinhalte. Gleichzeitig würde eine akademische Pflege-Qualifizierung vorangetrieben, die sicherlich wünschenswert ist, aber in der beabsichtigten Struktur eine Dequalifizierung der dann neu entstehenden deutschen beruflich qualifizierten Pflegegeneralisten vermuten lässt. Zudem würde eine Neustrukturierung der berufspraktischen Ausbildungseinsätze die Berufsfelder vom Frühgeborenen über Kinder, Jugendliche, Kranke, Alte (Behinderte) gleichermaßen berücksichtigen, was zu einer Veränderung des Berufsprofiles führt, wenngleich Berufsfelder sich logischerweise weiterhin auf ein ausgewähltes Klientel spezialisieren. So wird sich z. B. das Berufsfeld der Altenpflege weiterhin auf alte Menschen mit und ohne Demenz und zunehmend auf alte Menschen mit Behinderung spezialisieren.

Die Veränderung im Berufsprofil zum Pflegegeneralisten wird erhebliche strukturelle, inhaltliche (s. Seniorenheimmagazin[1], Ausgabe 1-2015) und monetäre Auswirkungen auf die Altenhilfebranche haben. Im Folgenden sei der Finanzierung das Hauptaugenmerk geschenkt.

Zum Finanzierungsgutachten

Das BMG und das BMFSFJ gaben dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands WIADGem. e. V. ein Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes in Auftrag[2] (Laufzeit: Februar 2013 – Juni 2013). Gemeinsam mit der Prognos AG hat WIAD in einem Forschungsgutachten, das sich auf die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012) vorgelegten Eckpunkte[3] stützt, eine Aufarbeitung der derzeitigen Ausbildungskosten und der Kosten, die mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung beabsichtigt werden, vorgenommen. Das Gutachten lag den Ministerien im Oktober 2013 vor.

Das Gutachten setzt die Ergebnisse und Vorschläge des DKI Gutachtens[4] fort und stützt sich auf die dort vorgeschlagenen vier Finanzierungsmodelle:

a. Status-Quo-Lösung: Die jetzigen Finanzierungsmodalitäten bleiben trotz Zusammenführung der Ausbildungen bestehen.
b. Länder-Lösung: Die Länder finanzieren – unabhängig von der Verortung – alle Schulen, die im zusammengeführten Ausbildungsgang unterrichten.
c. Kostenträger-Mix-Lösung: Sowohl Länder als auch Krankenkassen und Pflegeversicherungen tragen jeweils einen Teil der Schulkosten.
d. Kassen-Lösung: Die Finanzierung aller Schulen erfolgt über die Krankenkassen und Pflegekassen.

Die Ausbildungskosten laut Finanzierungsgutachten[5] belaufen sich auf rund 2,4 Mrd. Euro im Status quo, und auf rund 2,7 Mrd. Euro für eine neue Pflegeausbildung nach generalistischen Maßstäben. Dies führt nach Forschungsgutachten erst einmal zu einem Fehlbetrag von rund 305 Mio. Euro. Diesen Fehlbetrag gilt es aufzubringen.Bei vertieftem Lesen des Gutachtens ist zu erkennen, dass es bei einer möglichen generalistischen Ausrichtung vielmehr um eine Reform der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung geht, als um eine Weiterentwicklung von drei Berufen. Es ist die Rede von einer Modernisierung der Ausbildung (S. 5 u. 8). Die Qualitätssteigerung bezieht sich auf die Qualifizierung der Praxisanleitung und Lehrkräfte, die Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenplan, sowie auf Schulkosten und Ausbildungsvergütung. Diese „Qualitätssteigerung" empfiehlt das Gutachten auch bei Beibehaltung des Status quo, ohne dass die Pflegeberufe generalisiert würden. Der Beweis einer Qualitätssteigerung berufsfeldspezifischer Güte ist bei einer Generalisierung der Pflegeberufe nicht gegeben, vielmehr ergeben sich durch das Gutachten neue Fragen zur Struktur, zu inhaltlicher, didaktischer und curricularer Gestaltung und zu nicht berücksichtigten Kostensteigerungen. Wertschöpfung wird im Gutachten nur über Anrechnungsschlüssel der Auszubildenden im Personalschlüssel im Verhältnis von 10,6:1 definiert.

Das Verwertungsinteresse der Auszubildenden würde rein rechnerisch in der Altenpflege zu noch weniger examiniertem Pflegefachpersonal führen, da in den meisten Bundesländern heute keine Anrechnung der Auszubildenden in der Altenpflege auf den Personalschlüssel erfolgt. Die potenziellen Auswirkungen einer ergänzenden Akademisierung der Pflegebildung wurden nur marginal umrissen. Berücksichtigt wurden nur mögliche zurückgehende Bewerberzahlen für die berufliche Ausbildung, bedingt durch die Zunahme akademischer Qualifizierung.

Aktuelle politische Absicht zur Finanzierung

Der aktuelle Arbeitsvorschlag der Bundesregierung sieht ein neues Umlageverfahren unter Einbeziehung aller Einrichtungsträger vor, welches dem Entwurf C (Kostenträger-Mix) nahe kommt, wobei in einen Ausbildungsfonds unter Beteiligung aller bisherigen Kostenträger gezahlt werden soll. Eine Steuer-Finanzierung der Schulen, wie sie dringend geboten wäre, ist nicht geplant. Ebenso ist keine Berücksichtigung des Berufsbildungsgesetzes vorgesehen, sondern im Arbeitsentwurf explizit ausgeschlossen. Keine der beiden Lösungen als gesetzlich zu erachten wäre unverzeihlich und würde die Forderungen vieler Experten über Jahrzehnte erneut nicht berücksichtigen! Das vorgeschlagene Modell der Bundesregierung sieht eine Finanzierung der gesamten Ausbildungskosten (auch der Personal- und Sachkostenfinanzierung der Schulen) über 16 eigenständige Landesfonds mit je zwei getrennten (also in Summe 32) Umlageverfahren für die Bereiche Alten- und Krankenpflege vor.

Eine Kostenverteilung für eine generalistische Pflegeausbildung sähe wie folgt aus:

- Krankenhäuser (SGB V) zu rund 57 %
- Stationäre Pflegeeinrichtungen (SGB XI, Sozialhilfe) zu rund 32 %
- Das Land/die Länder rund 9%
- Eine Direktzahlung aus SGB XI 1,8 %

Versprochen wird im Koalitionsvertrag eine gerechte gleichmäßige Finanzierung[6] wobei unklar bleibt, welches Ziel mit einer Umfinanzierung tatsächlich verfolgt wird. Die geplante Kostenbelastung der Pflegebedürftigen an den Ausbildungskosten und die Zweckentfremdung von Mitteln aus dem SGB XI erscheinen hierbei nicht hinnehmbar. Ob die Länder diesem Modell zustimmen, zuzüglich der festgestellten Mehrbelastung von 305 Mio. Euro und für unabsehbare Mehrkosten und absehbare Kostensteigerungen haften wollen, bleibt abzuwarten.

Aktuell – Wer bildet wen aus?

Von den aktuell 133.144 Auszubildenden aller drei Pflegeberufe (Schulstatistik) werden in der Altenpflege immerhin 62.355,

Dienstleistungen, Recht und Personalwesen

Fehlbetrag:

⇨ 305 Millionen Euro mit oder ohne Generalistik!

Der Systemumbau von der
Spezialisierung (3 Pflegeausbildungen)

⇨ zur Generalisierung

⇨ mit anschließender **Spezialisierung**
(berufsfeldspezifischer Nachqualifizierung)

...würde weitere noch nicht kalkulierte Kosten verursachen!

in der Krankenpflege 64.009 und in der Kinderkrankenpflege 6.780 ausgebildet. In 1.500 Pflegeschulen (Forschungsgutachten, prognos/WIAD), davon in 740 Altenpflegeschulen und in 760 Kranken-/Kinderkrankenpflegeschulen. Zudem beteiligen sich heute 10.000 ausbildende Pflegeeinrichtungen und 900 ausbildende Krankenhäuser als Ausbildungsträger in der Pflegeausbildung der drei Pflegeberufe. Eine Entwicklung, die es ohne die deutsche Altenpflegeausbildung nicht gegeben hätte. Größtes Motiv hierbei war die Qualifizierung der spezialisierten Pflegekräfte für den Eigenbedarf. Ob es nach der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung bei diesen Zahlen ausbildungsbereiter Unternehmen bleibt, ist nicht sicher.

Was alle an der Umlage Beteiligten mitfinanzieren würden:

- Das geplante Schließen der Altenpflegeschulen um 10%[7].
- Weniger wohnortnahe Ausbildungsstätten durch den Zusammenschluss großer Ausbildungszentren, vorrangig an Krankenhäusern.
- Weniger berufsfeldspezifisches Wissen und Können ihrer Auszubildenden.
- Weniger Präsenz ihrer Auszubildenden in ihren Unternehmen.
- Weniger Wege in den Beruf.
- Weniger Migranten in der Ausbildung. Berufserfahrene, Umschüler und Migranten wählen heute die Arbeit in der Altenpflege wegen der sozialpflegerischen Arbeit.
- Den Verlust eines altenpflegerischen Berufsverständnisses.
- Die Hinwendung zu einer medizinorientierten Pflege.
- Die Übernahme Arzt vorbehaltener Tätigkeiten.
- Einen fraglichen Nachweis von Effektivität und Effizienz einer qualitativ besseren generalistischen Pflegeausbildung.
- Weniger Möglichkeiten zur Entwicklung einer beruflichen Kompetenz während der Ausbildung.
- Die berufsfeldspezifische und generationentypische Nachqualifizierung Ihrer Mitarbeiter.
- Fragliche Auswirkungen auf die Ausbildungsqualität der Pflegeschulen, bei denen sich Änderungen in der Lehrerstruktur, Verlust des Wissensmanagements, weniger akademische Fachdisziplinen und weniger Zuständigkeiten in der berufspraktischen Ausbildung ergeben.
- Keine bedarfsgerechte Sicherstellung von Ausbildungsplätzen und Schulplätzen, die sich an Bewerberzahlen richtet, sondern nach wie vor nach limitierten Schulplätzen und damit unsichere bedarfsgerechte Ausbildungskontingente an Pflegeschulen.
- Planungs- und Systemunsicherheit der Pflegeschulen.
- Unsichere Ausbildungsbereitschaft der Träger.
- Unsichere Attraktivität des neuen Berufsprofils Pflegefachfrau und Pflegefachmann und damit verbunden unsichere Bewerberzahlen.
- Aufbau eines neuen Marketings und die Werbung und Vermarktung eines neuen Berufes Pflegegeneralist.
- Aufbau neuer Schiedsstellen und deren Amtsführung in allen Bundesländern für Budgetverhandlungen.
- Einrichtung einer Fachkommission und Geschäftsstelle, die über Planungszyklen von fünf Jahren empfehlende Rahmenlehrpläne und Rahmenausbildungspläne für die Pflegeausbildung erarbeitet.
- Die Praxiseinsätze für die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen.

Ausbildende Pflegeeinrichtungen müssten zudem Kooperationsverträge mit weiteren ausbildenden Einrichtungen (Krankenhaus, Pädiatrie oder Wochen- und Säuglingspflege, ambulante Dienste, Psychiatrie und ggf. weiteren Diensten wie OP, Anästhesie, Endoskopie, Rehaklinik, Hospiz, Kurzzeitpflege… - je nach gewünschtem Vertiefungseinsatz) abschließen, sind für die Organisation und Finanzierung von Schulplätzen verantwortlich und müssen für alle Praxiseinsätze bis hin zu deren Finanzierung Sorge tragen. Obendrein müssen sie das volle finanzielle Risiko tragen und sich an einem komplizierten Umlagefonds beteiligen. Hier kann man die berechtigte Frage stellen: Wer hat das bestellt? Die Pflegeeinrichtungen wohl kaum!

Weitere Fragen, die entstehen:

Können es sich Sozialhilfeträger leisten, Pflegekräfte, die während und nach der Ausbildung in der Akutversorgung (Krankenhaus) tätig sein wollen, mit zu finanzieren? Haben die GKV und die Private KV Interesse an der Finanzierung der Altenpflegekräfte, die Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen? Haben Bundesländer Interesse an einem Bürokratiemonster Umlagefinanzierung mitzuwirken? Wie eine gleichberechtigte Lastenverteilung für die Kostenträger erreicht werden kann, bleibt weiter unklar. Es scheint, dass neue, absehbare und nicht absehbare Konfliktfelder und Verteilungsungerechtigkeiten entstehen werden.

Ausblick

Die Finanzierung einer generalistischen Pflegeausbildung laut Koalitionsvertrag verspricht neben steigenden Kosten eine Qualitätssteigerung und solidarische Verteilung, obwohl die Analysen sich vorrangig auf rein quantitative Daten stützen und ebenso rein quantitative Daten ausweisen. Die Qualität bezieht sich nicht auf die Pflege, spezifische Pflegebedarfe und die Lebensqualität im Alter.

Die Verteilungswirkungen für die jeweiligen Kostenträger werden maßgeblich vom Return on Invest abhängen. Der Return wird sich in dem Maße ausdrücken, wie kompetente und berufsfähige Pflegekräfte wiederum den Kostenträgern und vielmehr den Kundinnen und Kunden, Seniorinnen und Senioren, den Angehörigen, den Patientinnen und Patienten, etc. zur Verfügung stehen werden. Eine Entwicklung der Pflege zu mehr heilkundlichen Aufgaben (§ 63 Abs.3c SGB V) finanziert aus SGB XI, Sozialhilfe und Steuern verschärft die ungerechte Belastung der Töpfe. Hierdurch würde das SGB V und die Medizin entlastet und die altersbezogene Pflege belastet. Eine beabsichtigte Lastenverteilung wird in ihren Effekten Zerreißproben provozieren, je nachdem, wer überhaupt in den Genuss fertig ausgebildeter (generalistischer) Pflegekräfte kommt und wer Generalisten fachspezifisch (z.B. für altersassoziierte- oder Akutpflege-Kompetenzen) nachqualifizieren lassen muss. Die Nachqualifizierung, die nach der föderalistischen gesetzlichen Systematik in Zuständigkeit der Bundesländer fällt, lässt keine einheitlichen qualitätssichernden Kriterien erhoffen. Zudem wird die erforderliche berufsfeldspezifische Nachqualifizierung zu zusätzlichen hohen Kosten führen, die absehbar auch von Arbeitgebern zu tragen wären.

Das Professions-, Selbst- und Aufgabenverständnis der generalistischen Pflegekraft ist bis heute nicht definiert. Der autonome Handlungsspielraum der Altenpflege, wie er heute in pflegerischen Belangen in der beruflichen Praxis gegeben ist, wird durch den Rückgang altenpflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung Verlust erleiden. Altenpflegefachkräfte leiden nicht in dem Maße unter der Arztdominanz, wie Gesundheits- und Krankenpflegekräfte. Veränderte Versorgungsanforderungen und der wachsende Anteil älterer und hochaltriger Menschen in allen Versorgungszweigen müssten Anlass sein für eine generationentypische Ausbildungsreform im Sinne einer Weiterentwicklung und nicht im Sinne einer Rückentwicklung und Rationierung von berufsfeldspezifischen Ausbildungsinhalten.

Der Rückbau vorhandener berufsfeldspezifischer Ausbildungsprofile in eine generalisierte Pflegeausbildung mit geringerem am Kunden orientierten Outcome ist bei steigender Kostenbelastung volkswirtschaftlich fragwürdig.

In Mai 2015 veröffentlichte die EU-Kommission wie alle drei Jahre den Alterungsbericht für die EU. Hiernach ist Deutschland von der „drohenden Vergreisung" besonders hart getroffen. „Die deutschen Politiker haben demnach – anders als ihre Kollegen in erstaunlich vielen EU-Staaten – ihre Hausaufgaben nicht gemacht. Steuer- und Beitragszahler hierzulande dürften einen hohen Preis dafür zahlen. So prognostiziert der Alterungsbericht für Deutschland, dass die jährlichen öffentlichen Ausgaben für Renten, Gesundheit und Pflege von 19,0 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) im Jahr 2013 auf 23,8 Prozent im Jahr 2060 steigen werden. Hinter diesem scheinbar moderaten Anstieg von 4,8 Prozentpunkten verbirgt sich eine hohe dreistellige Milliardensumme." (Die Welt, 12.05.2015). Vielleicht ist die Generalisierung der Pflege ein erster Schritt

Höhere Kosten für weniger Wissen und Können?

Aus 3 x 2.100 Ustd. = 6.300 Ustd.

⇨ werden 1 x 2.100 Ustd.

zur Sparstrategie, in dem nicht nur die Altenpflege abgeschafft und die Pflege medizinalisiert wird, sondern die altersassoziierten Versorgungsbedarfe zudem aus den deutschen Staatsfinanzen ausgegliedert werden.

Wer soll das bezahlen?

Bislang ist weder das „DAS", sprich die strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung einer generalistischen Pflegeausbildung definiert. Der Kern und Outcome einer generalistischen Pflege ist so unklar wie das Berufsprofil und die Berufszufriedenheit von „Generalistischen Pflegefachfrauen und –fachmännern". Vielmehr müssten Verantwortliche von Seniorenheimen fragen: Wieviel soll Wer für WAS bezahlen? Pflegegeneralisten sollen utilaristisch in allen Berufsfeldern einsetzbar sein. Ihr Wissen, Können und die Chance der Kompetenzentwicklung orientieren sich bei diesem Vorhaben jedoch nicht an den berufsfeldspezifischen Unternehmen, geschweige denn den Klienten, egal ob Frühgeborene, Kinder, Akutkranke, alte Menschen oder Menschen mit Demenz. Ich bin mir sicher - Die alten Menschen dieser Nation haben dies nicht bestellt. Es bleibt zu hoffen, dass die politischen Entscheidungsträger besser beraten werden.

Ursula Kriesten: Master of Business Administration, Krankenschwester, Lehrerin für Gesundheits- und Pflegeberufe, Leiterin der Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren AGewiS-Oberbergischer Kreis, Stellv. Vorstandsvorsitzende des AAA-Deutschland, Mitglied im Bundesvorstand des DBVA, Mitglied im erweiterten Vorstand der HRCB. u.kriesten@gmail.com

Legende

1 Kriesten U: Generalistische Pflegeausbildung. Provokation für das Altenhilfesystem
2 Siehe: Ergebnisbericht Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes. www.prognos.com
3 Siehe: Bund -Länder-Arbeitsgruppe (2012).Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes. www.bmfsfj.de
4 Siehe: Deutsches Krankenhaus Institut (DKI) (2010). Ausbildungsmodelle in der Pflege. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhausinstitut. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/endbericht-ausbildungsmodelle-in-der-pflege.pdf, S. 90
5 Siehe: ausführliche Stellungnahme zum Finanzierungsgutachten eines neuen Pflegeberufegesetzes, Kriesten U (2014) Denn sie wissen nicht, wie es sein wird. PADUA, 9 (2), 116-123, Verlag Hans Huber, Hofgreve AG, Bern
6 Siehe: Aktueller Koalitionsvertrag 2013. www.cdu.de
7 Ergebnisbericht Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes. www.prognos.com

Literatur bei der Verfasserin

Schulung für Leitungskräfte von K&S Dresden

Im Rahmen des Gewinnspiels des Seniorenheim-Magazins 02/2014 hat Dipl.-Psych. Thomas Eckardt, Eckardt & Koop.-Partner, Lahnau, das Seminar "Stress erkannt – Gefahr gebannt" für die Leitungskräfte K & S Seniorenresidenz Dresden am 17. April 2015 durchgeführt.

Vorab wurde den Teilnehmern das Schulungsthema nicht angekündigt. Spannung und unterschiedliche Erwartungshaltungen lagen im Raum. Im gelungenen Einstieg mit kurzer Vorstellungsrunde aller Beteiligten und des Trainers Dipl.-Psychologen Thomas Eckardt wurde das Thema erläutert.

Die Wünsche und die eigenen Ziele wurden von allen erfasst. Diese blieben bis zum Schluss sichtbar für alle. Mithilfe von theoretischen Basiswissen, psychologischen Tricks und Übungen und viel praktischen Berichten des Dozenten setzten sich die Teilnehmer motiviert mit sich selber und ihrem Berufsalltag kritisch auseinander. Das gelang den Teilnehmern auf unterschiedliche Weise, einzelne wurden ruhiger und grübelten, andere konnten sich in der Runde auch „Luft" machen, somit entstanden fachliche Diskussionen. Mit viel empathischen Gespür und klarer, deutlicher Ansprache schaffte es Herr Eckardt allen Äußerungen, Gedanken und Ideen Zeit und Raum zu geben. Entspannungsübungen zwischendurch rundeten die lockere, humorvolle Atmosphäre ab, diese erlebten die Teilnehmer entspannend, von einigen ungewohnt.

Ungewöhnlich war dieser Schulungstag, da das Thema leider noch nicht überall Standard bzw. üblich ist. Nachwirken werden diese Stunden bei allen Teilnehmern. Der Grundstein für einen positiveren, entlastenden Alltag wurde gelegt. Jetzt liegt es an jedem selbst …

Eine von landesweit 83 Servicehelferinnen in Ausbildung: Georgia Kirtzali (v.l.) mit einer Bewohnerin und ihrem Chef, Werner Feil.

Hauptschüler werden Servicehelfer:

Niederschwelliges **Ausbildungsmodell** bewährt sich vor allem in der Pflege

von Leonhard Fromm

Die zweijährige Ausbildung zum Servicehelfer haben seit 2007 in Baden-Württemberg 83 Hauptschüler absolviert. Aktuell sind 39 junge Leute bei zehn Trägern mit den Profilen Hauswirtschaft in der Pflege oder Gastronomie an Kliniken in Ausbildung.

„Mit dem Servicehelfer haben wir einen in Baden-Württemberg anerkannten Ausbildungsberuf konzipiert, der schulmüde Hauptschüler praxisorientiert direkt in den ersten Arbeitsmarkt führt", sagt Dr. Almut Satrapa-Schill, die das Projekt als Bereichsleiterin der Robert Bosch Stiftung mit initiiert hat. Als Vorstandsvorsitzende des 2013 gegründeten Caro Ass e.V., der Assistenzberufe im Sozial- und Gesundheitswesen fördert, trägt sie das Berufsbild seither in die Breite. Es soll in Baden-Württemberg bekannter und in anderen Bundesländern auch eingeführt werden. Der Erfolg gibt ihr Recht: Landet bisher knapp die Hälfte aller Hauptschüler in Maßnahmen außerhalb des ersten Arbeitsmarktes, nicht zuletzt, weil zwei Drittel aller IHK-Berufe Hauptschüler ausschließen, erhalten 75 Prozent aller Servicehelfer am Ausbildungsende ein Stellenangebot. Ein Drittel schließt eine Ausbildung in der Pflege an oder geht in Gastronomie und Einzelhandel. Nach dem ersten Ausbildungsjahr, in dem sie den Arbeitgeber brutto 925 Euro im Monat kosten, sind sie mit monatlich 990 Euro brutto nach Paragraph 87b als Betreuungsassistenten mit der Pflegekasse abrechenbar. Der Abschluss als Servicehelfer berechtigt zur dreijährigen Ausbildung zum Altenpfleger. „Wir hatten die Servicehelfer-Azubis zunächst als Lückenfüller für die Zivis gedacht", räumt Werner Feil ein. Der Leiter der Else-Heydlauf-Stiftung in Stuttgart bildet aktuell sieben Servicehelfer aus. Vorausgegangen war, Aufgaben neu zu strukturieren, um Pflegekräfte von hauswirtschaftlichen Arbeiten wie Betten machen, Essen servieren oder Spüldienst zu entlasten. Solche Aufgaben wurden im Sozialdienst mit eigener Führungsstruktur im Haus gebündelt. Dazu gehört, dass die Servicehelfer den Senioren vorlesen, mit ihnen Spazieren gehen oder beim Essen helfen. Den reduzierten schulischen Teil deckt das 1982 gegründete Bildungszentrum des Wohlfahrtswerks ab, zu dem die Else-Heydlauf-Stiftung wie 17 weitere Häuser im Südwesten gehören. Neben der Theorie über Grundlagen der Ernährung, Hygiene oder Warenlagerung stehen der Umgang mit geistigen Behinderungen oder wertschätzende Beziehungen im Lehrplan. „Breiten Raum nimmt die Persönlichkeitsentwicklung der jungen Leute ein", sagt Ausbildungsleiterin Melanie Haumann, selbst Sozialpädagogin. Georgia Kirtzali, die in der Else-Heydtlauf-Stiftung Servicehelferin lernt, sieht man die Dankbarkeit an. Nach nicht beendeter Hauptschule hatte die mittlerweile 20-Jährige eine Hauswirtschaftslehre abgebrochen, um ihren Abschluss nachzuholen. An der Schule erfuhr sie von dieser Möglichkeit und bewarb sich. „Alles ist hier schön und alles mache ich gerne", schwärmt die junge Frau, die nach ihrem Abschluss eine Ausbildung zur Kinderpflegerin machen will „oder ich bleibe hier." **www.wohlfahrtswerk.de**

Fotos: FROMM

DGQ-Studie:

Geringes Vertrauen in „Pflege-TÜV“

Dass sinnvolle Prüfkriterien zur Messung von Pflegequalität dringend auf den Weg gebracht werden müssen, untermauert eine aktuelle Studie der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ). Denn die meisten Deutschen wünschen sich durchaus eine Orientierungshilfe bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Sie muss aber glaubhaft sein.

Nur die wenigsten Deutschen vertrauen den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen. Das zeigen die Ergebnisse einer aktuellen Studie der DGQ. Mehr als die Hälfte der Deutschen (58 %) ist demnach besorgt über die Qualität von Pflegeheimen und -diensten. Nur jeder Vierte (25 %) vertraut den Ergebnissen des sogenannten Pflege-TÜVs uneingeschränkt. Vielmehr verlassen sich Verbraucher bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung auf ihr eigenes Urteil oder auf Empfehlungen durch gute Freunde und Bekannte. Problematisch dabei ist: Auch hier bestehen Unsicherheiten. Zwei Drittel (66 %) der Befragten wissen nicht oder nur zum Teil, wie sie die Qualität einer Pflegeeinrichtung oder eines Pflegedienstes verlässlich selbst beurteilen sollten. Dass Verbraucher dennoch generell Orientierungshilfe annehmen, zeigt ein weiteres Ergebnis der Studie. Mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) würde sich gegen eine Einrichtung ohne etabliertes Qualitätsmanagement entscheiden. „Die Studie zeigt, dass es vielen Verbrauchern an Orientierung und Vertrauen in die Qualität der Pflege fehlt. Die anstehende Generalüberholung der Pflege-TÜVs ist eine wichtige Chance für die Politik, Verbände und Pflegeeinrichtungen, ein effektives und transparentes Prüfsystem zu erarbeiten, auf das Verbraucher in Zukunft vertrauensvoll setzen können“, sagt DGQ-Präsident Udo Hansen.

Qualifiziertes Personal ist wichtigstes Aushängeschild

Für 55 Prozent der Deutschen sind qualifizierte Pflegekräfte ein besonders wichtiges Auswahlkriterium. In Zeiten des Fachkräftemangels müssen deshalb Politik und Bildungseinrichtungen den Beruf ausreichend attraktiv für Arbeitnehmer machen. Die Nachwuchsförderung spielt dabei eine wichtige Rolle. „Die DGQ unterstützt daher die Förderung junger Pflegefachkräfte aktiv. Als einer der Schirmherren der Bundesinitiative `Bester Schüler in der Alten- und Krankenpflege´ haben wir uns auch in diesem Jahr sehr über die zahlreichen Bewerbungen motivierter und hochqualifizierter Talente gefreut“, so der DGQ-Präsident. Ausländische Pflege-Fachkräfte werden angesichts des Fachkräftemangels zunehmend relevant für den deutschen Arbeitsmarkt. „Die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen wird zunehmend wichtig, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Viele Pflegeeinrichtungen scheitern bei der Einstellung ausländischer Pflegeexperten momentan an bürokratischen Hürden. Das muss sich ändern“, fordert Hansen. Ebenso ist der Sympathiefaktor von Bedeutung. 34 Prozent der Befragten legen großen Wert auf nettes Pflegepersonal. Nicht zu vernachlässigen ist zudem der Kostenaspekt. 42 Prozent der Deutschen berücksichtigen diesen besonders. Dabei achten ältere Befragten verstärkt auf die finanziellen Aspekte, die mit dem Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung einhergehen. Neben den genannten Kriterien hat der Zugang zu ärztlicher Versorgung einen hohen Stellenwert. 36 Prozent der Befragten halten ihn für wichtig.

Ist gute Pflege messbar?

Wie die Studie zeigt, sind Vertrauen in die Qualität der Pflege und ihre Messbarkeit große Herausforderungen für die Branche. „Die Herausforderung dabei ist die Definition sinnvoller Prüfkriterien. Diese müssen Qualität tatsächlich messbar machen – und zwar glaubhaft. Mechanismen eines guten und zielführenden Qualitätsmanagements zu berücksichtigen, würde den Pflege-TÜV dabei klar voranbringen“, ist Hansen überzeugt. Wichtig ist es in diesem Zusammenhang, das Vertrauen der Verbraucher wiederherzustellen, denn eines zeigt die Studie auch: Trotz aller Bedenken haben 75 Prozent der Befragten tatsächlich gute Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen gemacht. Ein Grund für die Verunsicherung könnte mangelnde Transparenz und Aufklärung sein. Obwohl 60 Prozent der Deutschen wissen, dass sich Pflegeeinrichtungen einer regelmäßigen, staatlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfung unterziehen müssen, kennen nur 26 Prozent die Prüfkriterien des Pflege-TÜVs.

Weiterhin sind 41 Prozent der Befragten der Ansicht, dass sich die Aspekte, die gute Pflege ausmachen, überhaupt nicht messen lassen – wie etwa der respektvolle Umgang mit Pflegebedürftigen. Auch viele Pflegefachpersonen stehen Qualitätsmanagementsystemen oftmals kritisch gegenüber. Dabei geht ein gutes Qualitätsmanagement weit über reine Dokumentation hinaus und bietet durchaus Messbarkeit. Es trägt unter anderem dazu bei, den tatsächlichen Personalbedarf zu ermitteln und Ressourcen optimal zu steuern. Das wiederum ermöglicht es Fachkräften, ihre Expertise voll zum Ersatz zu bringen. Die Pflegeleistung wirkt sich positiv auf die Wahrnehmung der Verbraucher aus und trägt zur Zufriedenheit der Pflegeexperten bei. Entsprechende Weiterbildungen zur Qualitätsfachkraft im Gesundheitswesen bietet die DGQ an – sowohl als externes Training wie auch als Inhouse-Veranstaltung.

Über die Studie

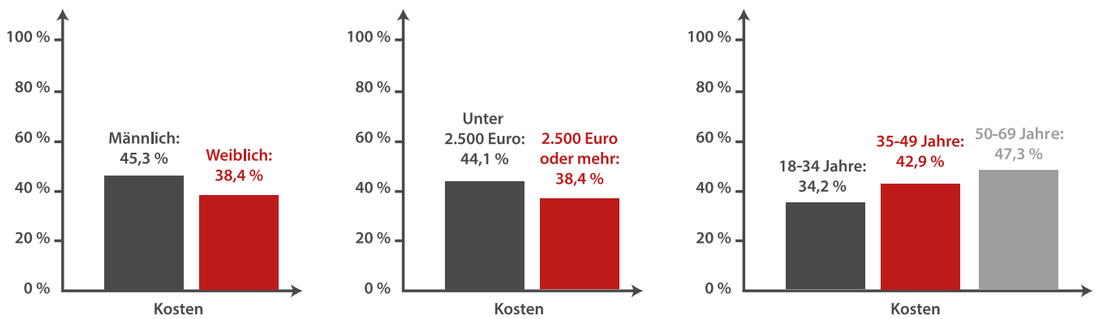
Für die repräsentative Studie hat die DGQ gemeinsam mit dem Marktforschungsinstitut Innofact AG 1.032 Personen zwischen 18 und 69 Jahren befragt. Die Stichprobe entspricht nach Alter, Geschlecht und Region der repräsentativen Verteilung der deutschen Bevölkerung. Die unabhängige Online-Erhebung fand im April 2015 statt.

Über die DGQ

Die Deutsche Gesellschaft für Qualität prägt und moderiert die praxisnahe Plattform engagierter Fachleute aus allen Unternehmensebenen und Leistungsbereichen zum Thema Qualität. Der Verein mit knapp 6.500 persönlichen und Firmenmitgliedern sowie 62 Regionalkreisen bundesweit gestaltet Netzwerke und vergibt Zertifikate für nachgewiesene Kompetenz in Qualitäts-, Umwelt- und Arbeitssicherheitsmanagement. Die DGQ Weiterbildung GmbH qualifiziert jährlich mehrere Tausend Teilnehmer zu Beauftragten, Managern und Auditoren im Qualitäts- und Umweltmanagement sowie in der Arbeitssicherheit. Die DGQ-Forschung erarbeitet in Gemeinschaftsprojekten mit KMU neue Anwendungen für das Qualitätsmanagement.

Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Einkommen

Worauf würden Sie besonderen Wert bei der Wahl eine Pflegeeinrichtung für sich selbst oder Ihre Angehörigen legen?



→ Männern ist das Kriterium „Kosten“ bei der Wahl einer Pflegeeinrichtung wichtiger als Frauen
→ Unterschiede bestehen auch in Bezug auf das Haushaltsnettoeinkommen: Deutsche mit niedrigem Einkommen achten deutlich mehr auf die Kosten
→ Befragte im Alter von 18 bis 34 Jahren achtem im Vergleich zu anderen Altersgruppen weniger auf die Kosten

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. / Befragung INNOFACT AG im April 2015

Kriterien bei der Wahl einer Pflegeeinrichtung

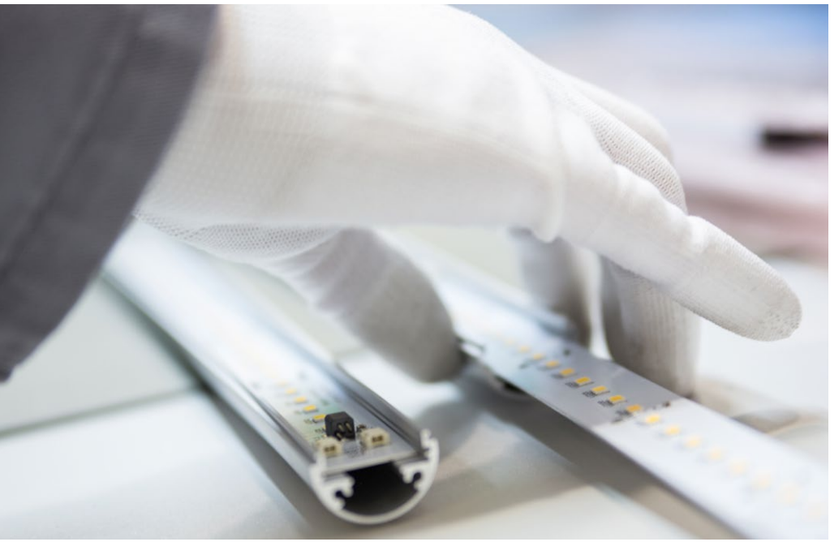
Am häufigsten achten die Befragten bei der Wahl einer Pflegeeinrichtung auf folgende Kriterien:

1. Qualifikation des Pflegepersonals: 55 Prozent
2. Kosten: 42 Prozent
3. Zugang zu ärztlicher Versorgung: 36 Prozent
4. Sympathisches Pflegepersonal: 34 Prozent

Worauf würden Sie besonderen Wert bei der Wahl eine Pflegeeinrichtung für sich selbst oder Ihre Angehörigen legen?
(Bis zu drei Mehrfachnennungen mögl., n = 1.032)

Rang	Kriterium	In %
1	**Qualifikation des Pflegepersonals**	**55,1**
2	**Kosten**	**41,9**
3	**Zugang zu ärztl. Versorgung**	**35,9**
4	**Sympathisches Pflegepersonal**	**33,5**
5	Qualitätssiegel / Heim mit etabliertem Qualitätsmanagement	26,0
6	Qualität der Verpflegung (Mahlzeiten)	25,2
7	Lage der Pflegeeinrichtung	22,9
8	Umfng sozialer und kultureller Freizeitangebote	20,5
9	Option persönliche Einrichtungsgegenstände mitzubringen	16,6
10	Muttersprachliches Pflegepersonal	14,0

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. / Befragung INNOFACT AG im April 2015



Montage der Platinen bei LED-Industrieröhren der Deutschen Lichtmiete Unternehmensgruppe in Oldenburg

Schwerpunktthema: Bau- und Renovierungsmaßnahmen

Wie Senioren und Personal von besserer Ausleuchtung profitieren können

Umrüstung auf hochwertige LED-Leuchten im Mietmodell möglich

Dass LED-Leuchten den Geldbeutel schonen, ist bekannt: Viele Unternehmen reduzieren mit einer modernen, langlebigen LED-Beleuchtung bereits massiv ihren Stromverbrauch und entlasten durch weniger Abfallprodukte bei der Entsorgung und einen geringeren CO2-Ausstoß die Umwelt. „Allein die Emission des Klimagases kann durch eine Umrüstung gegenüber konventioneller Beleuchtung um bis zu 65 Prozent gemindert werden", bestätigt LED-Fachmann Marco Hahn, Direktor Marketing und Vertrieb der Deutschen Lichtmiete. Zudem bieten LED-Leuchten eine besonders hohe Lichtqualität. Speziell in sozialen Einrichtungen lassen sich damit für Bewohner und Personal positive Effekte erzielen, ohne dass es seitens des Betreibers großer Investitionen bedürfte: Er kann mithilfe eines innovativen Mietmodells ohne Produktrisiken umrüsten und dabei attraktive Einsparpotenziale realisieren.

Mehr Lebensqualität

Studien beweisen den unmittelbaren Einfluss von Licht auf Gesundheit und Wohlbefinden. So wirkt das Tageslicht auf das zirkadianische System, die sogenannte „innere Uhr". Bei älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität, die sich seltener im Freien aufhalten, kann diese innere Uhr aus dem Gleichgewicht geraten. Eine Folge davon können Schlafstörungen sein. Moderne LED-Beleuchtungssysteme schaffen eine gute Ausleuchtung und können so den Schlaf-Wach-Rhythmus beeinflussen. Während warmweißes Licht mit 3.000 Kelvin die Entspannung fördert, wirkt tageslichtweißes Licht mit 6.000 Kelvin aktivierend und anregend. Durch den richtigen Einsatz ihres Lichts können im Seniorenheim die Aktivität der Bewohner erhöht und Schlafstörungen verringert werden.

Entspannt am Arbeitsplatz

Auch für das Personal ist gutes Licht wichtig, da nur so ein sicheres und möglichst ermüdungsarmes Arbeiten garantiert werden kann. Der Gesetzgeber empfiehlt daher eine Kombination aus Tageslicht und hochwertigem Kunstlicht. Konventionelle Leuchtstoffröhren sind hierfür weniger geeignet: Sie flackern durch die 50-Hertz-Frequenz der Netzspannung rund 50 Mal pro Sekunde. Das Auge nimmt dieses Flackern zwar normalerweise nicht bewusst wahr, wir empfinden es mit der Zeit aber dennoch als unangenehm.

Umrüsten ohne Investition

Der LED-Markt wird derzeit von billigen Fernost-Produkten regelrecht überschwemmt. Unternehmen sollten sich vom günstigen Preis jedoch nicht blenden lassen, rät LED-Experte Marco Hahn. Denn häufig halten diese Lampen in puncto Langlebigkeit nicht, was sich der Nutzer davon verspricht. Viele verlieren zudem mit der Zeit an Leuchtkraft. Außerdem stellt die Finanzierung für viele Unternehmen ein Problem dar, denn wirklich gute LED-Produkte sind nicht billig. „Die einfachste Lösung für einen Umstieg auf LED-Beleuchtung in hoher Qualität ‚Made in Germany' ist die Miete", verrät daher Marco Hahn. Eine Umrüstung ohne Kapitaleinsatz und Produktrisiken ist im Mietmodell nicht nur einfach, sondern auch lohnend: Bei der Deutschen Lichtmiete sparen die Nutzer nach Abzug der monatlichen Mietzahlung noch immer 15 bis 35 Prozent ihrer Gesamtkosten für Beleuchtung.

Foto: Deutsche Lichtmiete Unternehmensgruppe

–Anzeige –

Komplett eingerichtet: Wolf-Haus errichtet „löffelfertiges" Pflegeheim

Bericht über den Neubau eines Pflegeheims in Burkardroth/Bad Kissingen

Derzeit errichtet der Fertighaus-Hersteller WOLF-HAUS sein nunmehr fünftes Pflegeheim auf einem 6.000 Quadratmeter großen Areal in Burkardroth. „Just in time" wurden dafür die Wände und Decken vorproduziert, verladen, angeliefert und binnen weniger Tage abschnittsweise auf der Baustelle montiert. Gebaut wurde dann teilweise zeitgleich in fünf Abschnitten: Los ging es mit einer angegliederten Arztpraxis, es folgten die sogenannte „lebendige Mitte", in der die Bewohner gemeinsame Koch- und Aufenthaltsmöglichkeiten haben und schließlich die drei Flügel des Pflegeheims.

Mitte Juli steht der komplette Rohbau. Bis zur Eröffnung am 27. September 2015 sollen alle Arbeiten im Innenausbau und an der Außenanlage abgeschlossen sein. „Wir übergeben das Pflegeheim „löffelfertig" an den Betreiber. Bei einem solchen Projekt macht es Sinn, wenn man jedes Detail bis zum Schluss durchplant und schließlich auch ausführt", schildert Bernhard Wolf.

Bei der Planung und Ausführung des Pflegeheims galt es, die verschiedenen Anforderungen von Beginn an zu berücksichtigen. So kamen bei der Konstruktion von Wänden, Decken und Dächern Materialien mit erhöhten Brandschutz- und Schallschutzeigenschaften zum Einsatz. Bei den Anforderungen aus der Heimmindestbauverordnung musste u. a. eine Mindestbreite der Flure von zwei Metern berücksichtigt werden. Außerdem wurde ein energiesparendes Beleuchtungskonzept mit Lichtkuppeln sowie ein Farbkonzept zur besseren Bewohnerorientierung erarbeitet. Um das Heim wird eine Induktionsschleife für ein innovatives Dementenschutzsystem verlegt.

Für die Energieeffizienz KfW40 sorgen eine Pelletheizung, Solarmodule und eine Lüftungsanlage mit Wärmerückgewinnung. Dank dieses Energiestandards profitiert der Bauherr von einem KfW-Kredit in Höhe von 50.000 € für jeden der 36 Pflegeplätze und einem Tilgungszuschuß in Höhe von 180.000 €.

In kürzester Bauzeit entsteht hier ein neues Pflegeheim für 36 Bewohner

Das Seniorenheim-Magazin fragt nach: Worin besteht für ein Hausbauunternehmen die besondere Herausforderung beim Bau einer Pflegeeinrichtung?

Bernhard Wolf: „Wir haben gelernt, dass ein solches Bauvorhaben ganz andere Anforderungen mit sich bringt als ein Ein- oder Zweifamilienhaus. Brandschutz, Schallschutz, Barrierefreiheit und Fluchtwege sind nur einige der zahlreichen Herausforderungen. Dazu kommen die strengen Vorgaben beim Bau von Senioren- und Pflegeheimen, wie z.B. die Heimmindestbauverordnung".

Frank Stanger: „Wir haben uns einen umfassenden Erfahrungsschatz erarbeitet und teilweise mit Fortbildungen wie Brandschutzseminaren nachgeholfen, um den hohen Anforderungen vor allem auch beim Objektbau für soziale Einrichtungen und das Gesundheitswesen gerecht zu werden".

Vertriebsleiter Frank Stanger und Geschäftsführer Bernhard Wolf von WOLF-HAUS

Wolf-Haus GmbH
Koppenmühle
97705 Burkardroth
Tel. (0 97 01) 91 11-0
info@wolf-haus.de
www.wolf-haus.de

Schwerpunktthema: Bau- und Renovierungsmaßnahmen

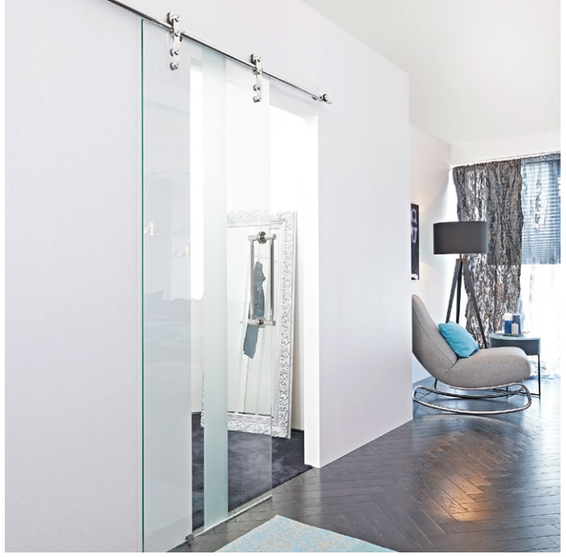
Raumoptimierende Planung mit **barrierefreien Schiebetüren**

Individuelle Beschlagsysteme für jede Anwendungslösung

Das Bedürfnis, sich möglichst eigenständig in Räumen zu bewegen, spielt für die Bewohner von Senioren- und Pflegeheimen eine Hauptrolle. Aber für viele werden nicht altersgerechte Türen zu unüberwindbaren Barrieren. Zahlreiche Angebote von barrierefreien Türkonstruktionen stehen für Anwendungslösungen zur Wahl. Dabei ist Wirtschaftlichkeit ein maßgebendes Auswahlkriterium. Zudem soll das einfache Bedienen von Türen für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Rollator oder Rollstuhl gleichermaßen möglich sein. Neben den automatisierten Systemlösungen gehören vor allem Schiebetüren mit einem manuellen Bedienkomfort für eine individuelle Innenraumgestaltung zu den Favoriten. Dabei sind die Vorgaben zum barrierefreien Bauen für öffentlich zugängliche Gebäude und Wohnungen nach der DIN 18040 Teil 1 und 2 zu erfüllen. Das Öffnen und Schließen von Türen muss mit einem geringen Kraftaufwand bis maximal ˜25 N möglich sein. Zudem darf für das Überfahren mit Rollstühlen die Höhe von Türschwellen nicht mehr als 2 cm betragen. ABP-Beyerle zählt zu den wenigen Herstellern von Schiebetürsystemen, die diese DIN-Normen erfüllen. „Die Werte für jede Systemlösung in unserem umfangreichen Sortiment, ob mit Laufwagen oder Bodenrollen, liegen sogar weit unter diesen gesetzlich bestimmten Vorgaben", kommentiert Geschäftsführer Andreas Beyerle.

Leicht laufende Schiebetürsysteme

ABP-Beyerle bietet ein variantenreiches Programm von wand- und deckenbefestigten Schiebetürsystemen aus hochwertigem Edelstahl. Ausgestattet mit intelligenten Lauftechnologien punktet jede Innovation mit einem leichten Bedienen. Der Hersteller hat für seine Laufwagen eine präzise Technik mit reduziertem Rollwiderstand und hoher Laufruhe entwickelt, die bei 100 kg Türgewicht nur eine Anschubkraft von ˜19 N erfordert. Nachweislich wurden dazu Schiebetürsysteme für Glas- und Holztüren vom unabhängigen Prüfinstitut ift Rosenheim getestet. Alle Beschlagsysteme werden in kompletten Sets angeboten und sind für den schnellen Einbau vorgefertigt.



Fotos: ABP

Zu den vorgefertigten, modularen Bodenrollensystemen gehören Bodenschienen, die ungehindert überfahren werden können. Durch ein niedriges Kreissegment in Bogen-Form sind diese in der Mitte nur 6 mm hoch und laufen seitlich bis auf null aus.

Überfahrbare, modulare Bodenrollensysteme

Für Rollstuhlfahrer ist eine Durchgangsbreite von mindestens 90 cm erforderlich. Das ist mit dem Einbau von Schiebetüren einfach erreichbar. Darüber hinaus lässt sich dadurch eine raumoptimierende Gestaltung realisieren. Es steht keine schwingendes Türblatt im Raum, so sind Flächen zusätzlich nutzbar. Auch die bodengeführten Schiebetürsysteme erfüllen alle Normen des barrierefreien Bauens. Zudem können die Bodenschienen ungehindert überfahren werden. Durch das niedrige Kreissegment in Bogen-Form ist die Bodenschiene in der Mitte nur 6 mm hoch und läuft seitlich bis auf null aus. Für die modularen Beschlagsysteme stehen Bodenrollen jetzt in fünf verschiedenen Designvarianten zur Wahl – als Voll- oder Halbkreis, in rechteckiger Form und Materialkombination oder mit individuellen Designeinsätzen. Das bietet für eine individuelle Gestaltung von Schiebetüranlagen mit Glastüren 8-13 mm und Holztüren 38-45 mm eine Fülle von Möglichkeiten.

Schwerpunktthema: Bau- und Renovierungsmaßnahmen

Aufzüge planen für Menschen mit Demenz

Von Thomas Lipphardt,
KONE Manager Technische Regelwerke

Es gibt keine allgemein gültigen oder normierten Regeln für die Gestaltung von Aufzügen für Demente, wohl aber Erfahrungswerte und begründete Annahmen, wie sie z.B. in der VDI-Richtlinie 6008 und der DIN EN 81-70 zu finden sind. Die Letzteren sollte generell Anwendung finden. Damit der Aufzug gut zu finden ist, sollten sowohl die zum Aufzug weisende Beschilderung als auch die Schachttüren durch starke Farbkontraste von der Wand abgehoben werden. Eine hellere Beleuchtung im Türbereich und in der Kabine hat einen ähnlichen Effekt. Empfehlenswert sind 500 Lux am Boden. Von spiegelnden Flächen in der Kabine ist abzuraten, da sie die Orientierung erschweren. Auch Kabinenspiegel können irritieren oder dazu führen, dass Demente sich mit vermeintlichen Mitfahrern unterhalten und die Kabine nicht mehr verlassen. Klappsitze haben einen ähnlichen Effekt.

Große Tasten und Anzeigeelemente können Menschen mit schwächerer Demenz und/oder Sehschwäche helfen, ebenso Kabinentableaus und Haltestellensignalisationen mit hohem Kontrast und Bildmotiven. Empfehlenswert ist eine Sprachansage, ggf. auch eine ergänzende induktive Höranlage. Der Bodenbelag der Kabine sollte eben ausgeführt sein, um Stolperfallen zu vermeiden, und bauseitig, um keine optische Barriere zu bilden. In keinem Fall sollte er dunkel sein, damit er nicht als Abgrund wahrgenommen wird.

Foto: KONE

Vorbildlich: Die altengerechten Wohnungen in der Wurzner Straße in Leipzig werden durch barrierefreie Aufzüge von KONE erschlossen. Farben helfen bei der Orientierung: Die Rückwände der Kabinen sind verschiedenfarbig ausgeführt, jeder Etage ist auf Tastern und Tableaus eine eigene Farbe zugewiesen.

Neubau und Erweiterung von Pflegeeinrichtungen

- Mit kompletter Projektplanung oder als ausführendes Generalunternehmen
- In kostensenkender Energieeffizienzbauweise (förderfähiger KfW-Standard)
- In kurzer Bauzeit zum garantierten Festpreis
- Mit angenehmen Raumklima durch ökologische Holzbauweise

WOLF-HAUS
EIN LEBEN LANG.

WOLF-HAUS GmbH
Koppenmühle • 97705 Burkardroth-Gefäll
Telefon: 0 97 01 / 91 11-0 • Fax: 0 97 01 / 91 11-20
Mail: info@wolf-haus.de • **www.wolf-haus.de**

Schwerpunktthema: Bau- und Renovierungsmaßnahmen

Stell Dir mal ein **junges Haus** für ältere Menschen vor…

Mit diesem Motto tritt das Büro von Pötting Architekten an, um dem Thema Seniorenwohnen mit frischen Ideen und moderner Architektur ein neues Gesicht zu verleihen. In den letzten 15 Jahren entwarf das Büro eine Bandbreite von hochinteressanten Gebäuden, vom Pflegeheim über die stationäre Hausgemeinschaft bis zum Servicewohnen für Senioren.

Allen Projekten gemeinsam ist, dass sie eine bekannte bauliche Form auf innovative Weise neu interpretieren. In enger Zusammenarbeit mit Bauherrn und Betreibern und unter der Maßgabe höchster betriebswirtschaftlicher Effizienz konzipiert, sind die gebauten Ergebnisse stets gleichermaßen komfortabel wie wohnlich, und dabei in ihrer Architektursprache zeitlos modern. Der Erfolg gibt den Planern Recht: Alle Häuser waren bereits kurz nach Eröffnung vollständig belegt und weisen teilweise sogar lange Wartelisten auf.

Welche Trends lassen sich daraus ableiten, welche Modelle sind zukunftsfähig? Zurzeit beschäftigt sich Jörn Pötting intensiv mit neuen Gebäudetypologien, die an der Schnittstelle zwischen „Pflege" und „Wohnungen" entstehen. Immer stärker nachgefragt sind beispielsweise in den Kommunen Konzepte, mit denen Senioren Versorgungssicherheit innerhalb desselben Quartiers erhalten. Auf Messen und Kongressen zeigt sich deutlich, dass die Pflegebranche ebenso wie die Wohnungswirtschaft eine neue Perspektive zu ihren vormals getrennten Betätigungsfeldern einnimmt. Jörn Pötting sieht in diesem Bereich großes Potenzial für die demographischen Fragestellungen der kommenden Jahre.

In lockerer Folge werden wir in den nächsten Monaten einige aktuelle Projekte des Berliner Architekten und seine Thesen zur weiteren Entwicklung des Themas vorstellen.

Das Johanniter-Quartier in Potsdam – Ein Wohn- und Servicehaus für ältere Menschen

Die „neuen Alten" sind aktiv, selbstbestimmt und möchten mit einer verlässlichen Versorgungsstruktur so lange wie möglich in Ihrer eigenen Wohnung leben. Fitness, Ernährung, Gemeinschaft, Kultur und Natur sind die Lebensqualitäten, die neben der Barrierefreiheit und einem ambulanten Service jetzt und in Zukunft immer stärker nachgefragt werden. Dabei möchten die selbstbewussten Senioren gerne in einem modern gestalteten Lebensumfeld ohne Neubau-Monotonie oder historisierende Residenz-Stilmittel leben.

Das Potsdamer „Johanniter-Quartier" ist konsequent auf die Bedürfnisse dieser neuen Seniorengenerationen, jenseits von Altersheimen und barrierefreien Wohnungen, ausgerichtet. Die Johanniter-Unfall-Hilfe startete hier mit ihrem Konzept des „Servicewohnens" eine Reihe von neuartigen Appartementhäusern, die das selbständige Wohnen bis ins hohe Alter für eine anspruchsvolle Zielgruppe anbieten.

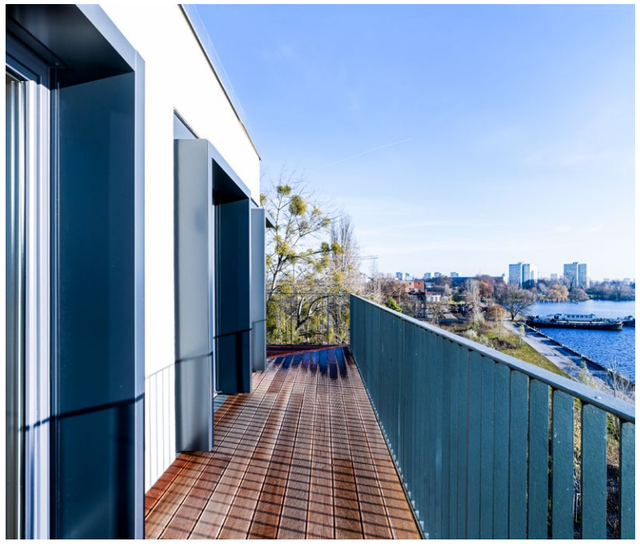
Das Konzept setzt sich aus vier Grundpfeilern zusammen:

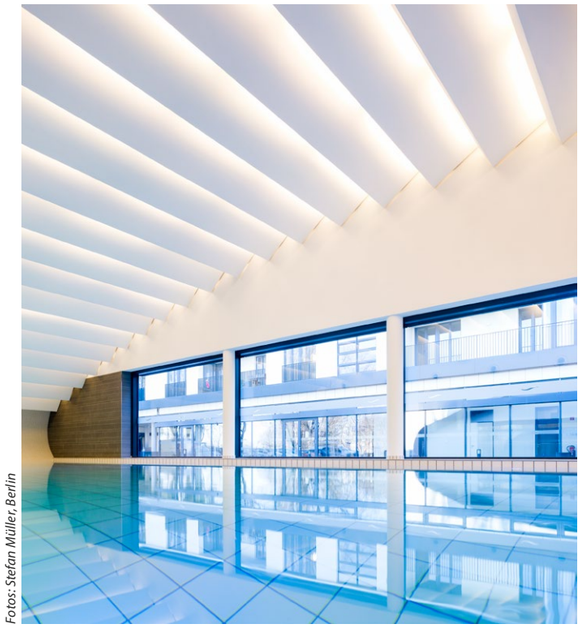
- Ein hauseigener Concierge-Service ist mit Grundleistungen in der Miete enthalten, Zusatzleistungen sind individuell dazu buchbar.
- Sorgfältig gestaltete Gemeinschaftsflächen von der Bibliothek mit Kamin über das Andachtszimmer bis zum hauseigenen Schwimmbad bedeuten eine hochwertige Ergänzung der eigenen Wohnfläche und gewährleisten aktive und angenehme Nachbarschaft.
- Die Johanniter-Unfall-Hilfe betreibt im selben Gebäude eine Notrufzentrale, eine hausinterne Tagespflege sowie eine Senioren-Wohngemeinschaft. So ist die Versorgung für kurzfristige Notfälle ebenso wie für sich ändernde Betreuungsbedürfnisse gesichert.
- Zusätzliche externe Dienstleistungen im selben Haus ergänzen das Angebot für die Bewohner: Restaurant-Café, Physiotherapie und Friseur.

Schon die Fassade kommuniziert das aktive, individuelle und moderne Konzept des Gebäudes durch horizontale Gesimsbänder und vertikal versetzte Loggien. Eine klare, warme und moderne Gestaltungslinie prägt auch die Innenräume des Wohngebäudes.

Das Gebäude liegt im Schnittpunkt zwischen Naherholung, Nahversorgung, Citynähe und örtlichen Sehenswürdigkeiten. Von hier bietet sich den Bewohnern ein fantastischer Blick auf das Weltkulturerbe Potsdams mit seiner Seenlandschaft und dem unmittelbar angrenzendem Havelufer.

Stil und Qualität des Johanniter-Quartiers sind an einem Hotel mit einem Service von drei bis vier Sternen orientiert. 62 anspruchsvolle, barrierefrei ausgestattete Appartements in vier Größen (50, 70, 90 und 130 m²) stehen für Mieter ab 70+ zur Verfügung. Die Wohnungen sind hochwertig mit Eichenparkett





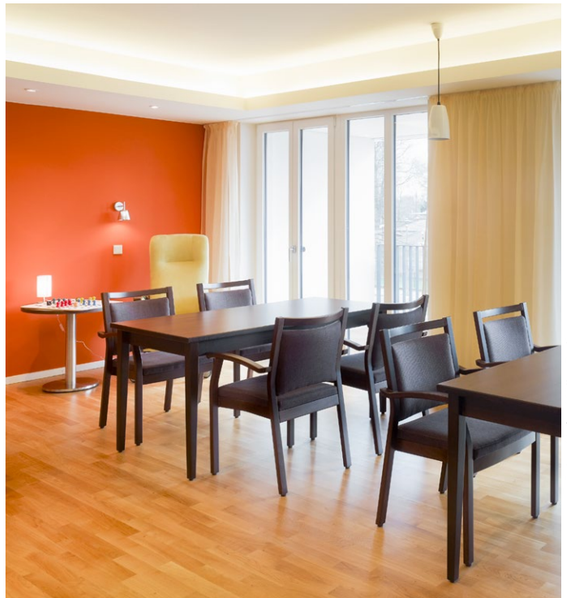
Fotos: Stefan Müller, Berlin

und attraktiven, wohnlichen Bädern ausgestattet. Sie verfügen zudem über große Loggien mit Wasserblick.

Alle Wohnungen besitzen eine automatische Herd- und zentrale Elektroabschaltung und sind für die Installation eines AAL (= Ambient Assisted Living bzw. altersgerechtes Assistenzsystem) ausgestattet. Sie sind darüber hinaus an das Notrufsystem der Johanniter-Unfall-Hilfe angeschlossen.

Der Concierge-Service befindet sich in der Lobby des Wohnhauses und ist mit einem tagsüber stets besetzten Rezeptionstresen ausgestattet. Zusammen mit der hausinternen ambulanten Betreuung bietet dieser Service zuverlässige und persönliche Betreuung für die Bewohner. Um den Wohnhauscharakter zu wahren, wird von dieser Lobby aus nur der Apartmentbereich des Hauses erschlossen. Tagespflege und Wohngemeinschaft erhielten einen separaten Zugang.

Eine wichtige Plattform für Begegnungen innerhalb der Hausgemeinschaft bietet die direkt an die Lobby angrenzende, zentral gelegene Bibliothek mit einem großen gemeinsamen Lesetisch und zwei Internetarbeitsplätzen sowie einem Clubraum mit Kamin. Diese Gemeinschaftsräume werden von den Bewohnern sowohl für informelle Schwätzchen wie auch für gemeinsam organisierte Veranstaltungen wie Dia-Abende oder Filmvorführungen vielfach genutzt. Durch seine unmittelbare Nähe kann der Concierge-Service unkompliziert z.B. bei Internetaktivitäten der Bewohner Unterstützung anbieten.



Fotos: Stefan Müller, Berlin

Von der Lobby aus werden alle gemeinschaftlichen und öffentlichen Räume des Hauses durch einen umlaufenden Erschließungsgang entlang des Atriums intern erschlossen. Auch das im Hof liegende Schwimmbad lässt sich so wetterunabhängig erreichen. Im Schwimmbad mit Sauna und angeschlossener Physiotherapie können sich die Bewohner kompetent beraten lassen und komfortabel fit halten. Darüber hinaus hat sich herausgestellt, dass es den Bewohnern einen sehr hohen Identifikationsfaktor bietet und nachbarschaftliche Aktivitäten anregt.

Ein weiteres Highlight des Hauses ist das Restaurant mit Sommerterrasse zum Wasser. Es bietet neben der Gastronomie mit Mittagstischangeboten insbesondere auch flexibel teilbare Räume für Geburtstage und Veranstaltungen. Wie alle externen Dienstleistungen im Haus ist es auch für Besucher von außerhalb zugänglich und trägt so dazu bei, dass sich das Johanniter-Quartier als offenes und einladendes Haus harmonisch in seine Umgebung einfügt.

Im Johanniter-Quartier in Potsdam ist das Konzept aufgegangen. Hierher ziehen Senioren von 70-88 Jahren aus dem ganzen Bundesgebiet. Sie sind gebildet, beruflich erfolgreich und kulturell interessiert. Neben dem Komfort des Hauses schätzen sie besonders seine architektonische Gestaltung. Dass hier ein neuer Markt entstanden ist, zeigt die große Nachfrage: Bereits drei Monate nach der Fertigstellung waren über 70 Prozent der Wohnungen vermietet. Vier Jahre nach seiner Fertigstellung verzeichnet die Johanniter-Unfall-Hilfe durchgehend Vollbelegung und realisiert inzwischen weitere Johanniter-Quartiere.

Zahlen und Fakten

GENERALPLANUNG: Pötting Architekten

BAUHERR: Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
Landesverband Berlin–Brandenburg

FLÄCHE BGF: 10.000 m²

BAUKOSTEN: 14,5 Mio € brutto
(Kostengruppen 200-700)

PLANUNGSZEIT: 14 Monate

BAUZEIT: 2010-2012

62 Wohnungen von 50-130 m²

–Anzeige –

Neubau eines Wohn- und Pflegezentrums

Helene-Schweitzer-Zentrum mit **4.500 qm Bioboden von wineo®** ausgestattet

Mitte 2014 wurde im ostwestfälischen Steinheim das ca. 7. Mio Euro teure Bauvorhaben „Helene-Schweitzer-Zentrum“ vom diakonischen Träger Evangelisches Johanneswerk verwirklicht, dass Platz für nahezu 80 pflegebedürftige Bewohner bietet. Der Gebäudekomplex beherbergt gleich drei Einrichtungen und realisiert damit ein kommunikatives und zeitgerechtes Konzept der modernen Gemeinschaft: Das Alten- und Pflegeheim Helene-Schweitzer-Haus, das als „erstes Gebäude ohne Flure“ erstellt wurde, das Johannesstift für barrierefreies Wohnen mit ambulanter Pflege sowie das Nachbarschaftszentrum, das eine Begegnungsstätte sowohl für die Bewohner als auch für die Steinheimer Bürgerinnen und Bürger darstellt. Ausgestattet wurde der modern gestaltete, 3-stöckige Neubau mit 4.500 qm Bioboden PURLINE von wineo®. Dieser strapazierfähige und pflegeleichte Bio-Polyurethanboden ist durch seine positiven Gebrauchseigenschaften und seine schöne Optik die ideale Grundlage für eine gesunde Raumluft sowie ökologisches, behagliches Wohnen und sorgt zudem für eine angenehm leise Raumakustik.

Bioboden PURLINE – wohngesund, strapazierfähig, wirtschaftlich

PURLINE ist ein dauerelastischer Bio-Polyurethanboden, der aus nachwachsenden Rohstoffen (Rizinusöl und Kreide als Füllstoff) hergestellt wird. Er überzeugte den Betreiber und den planenden Architekten vor allem durch seine ökologischen und finanziellen Vorteile, die u. a. ein wesentliches Entscheidungskriterium für dieses Produkt waren: Die dauerhafte Senkung der Fixkostenbelastung um bis zu 30 Prozent (lt. Studie vom Pfiff-Institut im Vergleich zu herkömmlichen, elastischen Böden), durch Einsparungen von Wasser, Pflegemitteln und zeitlichem Pflegeaufwand. Neben der positiven Kosten-Nutzen-Analyse überzeugten ebenfalls die einzigartigen Materialeigenschaften: Bei seiner Herstellung „made in Germany“ wird gänzlich auf den Einsatz von Chlor, Weichmachern oder Lösungsmittel verzichtet. Er zeichnet sich durch ein nahezu 100-prozentiges Rückstellverhalten, eine extreme Belastbarkeit (Nutzungsklasse 43) und lange Lebensdauer aus. Selbst im Brandfall ist der emissionsfreie und geruchsneutrale Bioboden sicher und toxikologisch unbedenklich, denn Fluchtwege bleiben durch seine geringe Rauchentwicklung sichtbar. Die Rollenware wurde vollflächig verklebt und ist mit nur 2,5 mm Produktaufbau enorm sanierungsfreundlich.

PURLINE ist durch das dauerelastische Polyurethan-Material leise und gelenkschonend und begünstigt eine angenehm gedämpfte Raumakustik.

Zertifiziert und ausgezeichnet

PURLINE hat die allgemeine bauaufsichtliche Zulassung des DIBT, die CE-Kennzeichnung und entspricht den Qualitätsrichtlinien des TFI-TÜV ProfiCert. Weitere international anerkannte Zertifikate zeichnen den Bioboden aus: z. B. Blauer Engel, EPD, GreenGuard Gold, das finnische M1 für Bauprodukte, das dänische Indoor Climate Label sowie das französische A+ Siegel. Zudem wurde PURLINE vielfach von Architekten ausgezeichnet, u. a. mit dem Interior Design Award, dem Iconic Award „best of best“ und jüngst mit dem German Designs Award “Special Mention 2015” für besondere Designqualität.

Windmöller Flooring Products WFP GmbH

Nord-West-Ring 21, D-32832 Augustdorf
Tel.: 05237/609-527
objekt@windmoeller.de
www.wineo.de

Weniger Ausfallzeiten und Kosten – mit selbstklebendem Kautschukboden

Schnell, effizient, wirtschaftlich und somit perfekt geeignet für Renovierungen in Alten- und Pflegeheimen: Mit nora nTx hat nora systems eine zukunftsweisende und innovative Verlegetechnologie auf den Markt gebracht. Das neue System verkürzt die Verlegezeit um bis zur Hälfte und sorgt so für eine deutliche Kostenreduktion. nora nTx funktioniert auf allen gängigen Untergründen, sogar auf bestehenden Belägen. Der verlegte Boden kann sofort nach der Installation betreten, gereinigt und genutzt werden. So lassen sich Ausfallzeiten gerade bei der Sanierung im laufenden Betrieb, wie sie in Alten- und Pflegeeinrichtungen an der Tagesordnung sind, deutlich verringern.

Schnell und unkompliziert: Alle Komponenten aus einer Hand

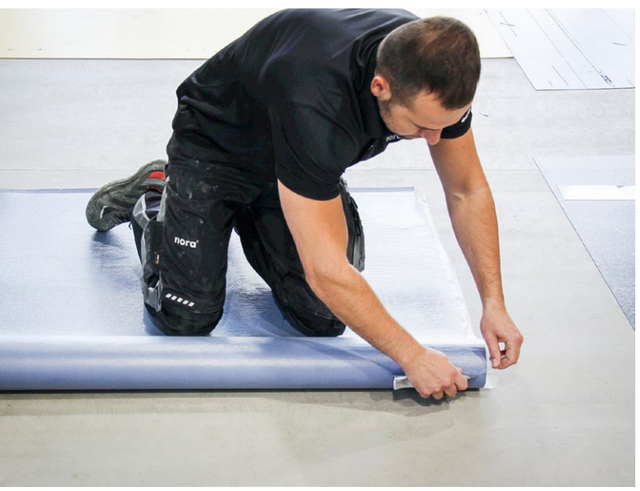
Und so funktioniert es: Auf der Unterseite der noraplan Beläge ist ein kautschukbasierter Klebstoff aufgebracht und mit einer Schutzfolie versehen, die vor der Verlegung einfach abgezogen wird. Ergänzt wird das Angebot durch spezielle Verlegewerkstoffe zur Untergrundvorbereitung wie Spachtelmasse und Grundierung. Alle Komponenten sind perfekt aufeinander abgestimmt. Im Vergleich zur konventionellen Nassverklebung entfallen durch die nora nTx Technologie diverse Arbeitsschritte wie beispielsweise das Auftragen des Klebstoffs. Trocknungs- und Ablüftungszeiten.

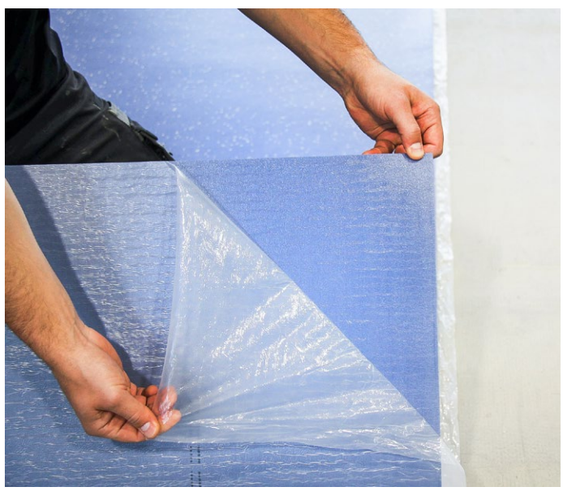
Ideal für die Sanierung im laufenden Betrieb

„Die Installation auf bestehenden Bodenbelägen ist problemlos möglich, sofern diese noch eine ausreichende Grundhaftung besitzen. Somit ist nora nTx für Sanierungsmaßnahmen ideal geeignet“, unterstreicht Uwe Bauer, Leiter der Anwendungstechnik bei nora systems. Die alten Beläge müssen nur leicht angeschliffen und gegebenenfalls grundiert werden, daher gibt es bei der Verlegung auch kaum Staub oder Schmutz – ein großer Vorteil bei der Renovierung im laufenden Betrieb, wie sie in vielen Gebäuden wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen an der Tagesordnung ist. Die Zimmer oder Flure können direkt nach der Verlegung wieder betreten, gereinigt, eingeräumt und genutzt werden. Gleichzeitig wird die Beeinträchtigung von Bewohnern und Personal auf ein Minimum reduziert. In den USA hat die innovative Systemlösung bereits einen Award erhalten: Das namhafte Magazin Architectural Record zeichnete den Belag unter mehr als 500 Bewerbern als bestes Produkt in der Kategorie „Finishes and Surfacing“ aus.

Kautschukböden ideal für Alten- und Pflegeheime

Durch die charakteristischen Eigenschaften des Kautschuks eignen sich nora Bodenbeläge in idealer Weise für den Einsatz in seniorengerechten Gebäuden: Die Böden bieten eine umfangreiche Farbpalette attraktiver, wohnlicher Designs, die es mit und ohne reflexbrechende Oberfläche gibt. Außerdem besitzen sie eine außergewöhnlich hohe Brandsicherheit, perfekte hygienische Eigenschaften und erhöhen die Sicherheit. nora Beläge sind rutschhemmend und mindern darüber hinaus durch ihre dauerelastischen Eigenschaften im Falle eines Sturzes die damit verbundenen Verletzungen. Zudem sind sie auch rollstuhlgeeignet.





Fotos: nora

–Anzeige –

Trinkwasserhygiene in Seniorenheimen

Seniorenheime unterliegen im Bereich Trinkwasserhygiene einer besonderen Beachtung. Ältere Bewohner sind oft anfälliger für die Bakterienaufnahme. Grundsätzliche Vorschriften wie VDI 6023, allgemeine DIN-Normen, eine regelmäßige Gefährdungsanalyse oder aber der DVGW-Hygieneplan reichen nicht aus. Eine dauerhafte Risikoanalyse, Vorsorge und Überwachung der Trinkwasseranlage muss das Ziel sein!

Die Risikobewertung und Konzepterstellung nach DVGW-Arbeitsblatt W 1000 und W 1001 (Water Safety Plan der WHO) bieten eine Systematik, die Risiken in der Wasserinstallation frühzeitig zu erkennen und auch im Hygienebereich zu analysieren.

Das Problem

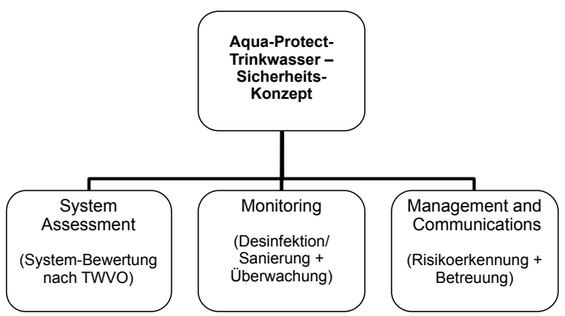
Rost im Trinkwasser, mangelnder Wasserdruck, vielleicht auch Legionellen. Was soll man dagegen tun? In Seniorenheimen ist der Austausch von Leitungen in den meisten Fällen organisatorisch und wirtschaftlich nicht durchführbar.

Der VDI hat bereits 2004 mit der VDI 6001 einen Leitfaden zur Konzepterstellung für die Sanierung von Trinkwasserleitungen herausgegeben. Er empfiehlt eine **Leitungsuntersuchung mit einer Rohrprobenentnahme**, um den Schädigungsgrad zu erkennen. Vorsorglich ist zur Feststellung des Legionellenrisikos eine Biofilmbestimmung durchzuführen (VDI 6023 u.a.). Endoskopien sind nicht Ziel führend, da nur die von Rost und Kalk freigelegte Oberfläche die Wahrheit über den Schädigungsgrad abgibt.

Das Sanierungskonzept

Wenn Schädigungsgrad oder Risiko des Biofilms genau definiert sind, kann durch erfahrene Ingenieure ein Konzept entwickelt werden. Es sind am Markt ca. 20 verschiedene, vor allem zerstörungsfreie Sanierungsmethoden bekannt, die einen vollständigen Austausch der Leitungen vermeiden, auch Rohrsanierungstechniken auf Keramikbasis ohne Bisphenol A und ohne Epoxidharz.

Können Sanierungen und Kontaminationen langfristig vermieden werden? Eindeutig ja! Die DVGW-Arbeitsblätter W 1000 bis W 1001 geben in Ergänzung zu anderen bekannten Regelwerken systematische Risikobewertungen von Trinkwasseranlagen vor, die die Aqua-Protect GmbH in ein schlüssiges Sicherheitskonzept umgesetzt hat. Solche Systeme sind auch mit einer elektronischen Fernüberwachung möglich.



Weitere Informationen :

www.aqua-protect.org

Die Zeit heilt keineswegs immer alte **Wunden** …

NRW-weites Verbundprojekt bietet umfassende Hilfs- und Informationsangebote zum Thema „Alter und Trauma“

Foto: Wildwasser

Wenn die Gefühle von damals im Heute lebendig werden.

Ungefähr zwei Drittel der Menschen in Deutschland, die bis 1946/47 geboren wurden, wurden im Krieg und in der Nachkriegszeit durch Bombardierungen, Flucht, Verluste oder Hunger traumatisiert. Darüber hinaus wird geschätzt, dass in ganz Deutschland in dieser Zeit mehr als 890.000 Frauen vergewaltigt wurden oder Übergriffe beobachten mussten[1]. Und auch außerhalb von Kriegszeiten haben alte Menschen in ihrem Leben verschiedene Traumata – wie bspw. Unfälle oder (sexualisierte) Gewalterfahrungen – erlitten.

Viele von ihnen hatten in der Nachkriegszeit kaum Möglichkeiten, das Geschehene zu verarbeiten, denn Wiederaufbau musste geleistet werden. Eine Inanspruchnahme von Therapie galt als verpönt, spezialisierte Beratungsstellen etablierten sich erst im Laufe der 80er Jahre, so dass die Menschen individuelle Bewältigungsstrategien zum Umgang mit den Erlebnissen entwickeln mussten. Viele haben Zeit ihres Lebens nicht über ihre schmerzhaften Erfahrungen sprechen können.

Neuere Erkenntnisse belegen, dass die psychisch und physisch extrem belastenden Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen – wie Albträume, Herzrasen, Panik oder auch Übererregbarkeit – häufig erst im Alter massiv auftreten. Die Lebensphase Alter ist eine Phase des Wandels und Umbruchs: Die Aufgabe des Berufs, der Verlust des Partners oder der Partnerin, eigene Erkrankungen oder der Umzug in ein Pflegeheim. Auch wenn eine Person Bewältigungsstrategien zum Umgang mit den Erlebnissen entwickelt und angewandt hat, können diese Veränderungen dazu beitragen, dass sie im Alter nicht mehr darauf zurückzugreifen kann[2]. Vor allem Pflegesituationen beinhalten viele potentielle Auslöser für die Reaktivierung alter Traumata, denn sie können mit Gefühlen von Kontroll- und Hilflosigkeit, Ohnmacht und dem Verlust von Selbstbestimmung einhergehen. Denn genau dieses Erleben entspricht den Gefühlen in der zurückliegenden traumatischen Situation. Das Verbundprojekt „Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben“ bietet Unterstützung für Betroffene, ihre Angehörigen und Professionelle aus dem Bereich der Altenhilfe an.

Weitere Informationen

Auf der Internetseite **www.alterundtrauma.de** finden sich zahlreiche Informationen, Praxistipps, Zeitzeugenberichte, Fortbildungstermine und die Möglichkeit Fragen zu stellen. Finanziert wird das Projekt noch bis August 2016 durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW und das MGEPA NRW . Verbundprojektpartner sind Wildwasser Bielefeld e.V., das Institut für soziale Innovationen in Neukirchen-Vluyn (ISI e.V.), das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln (dip e.V.) und die PariSozial Minden-Lübbecke/Herford.

1 Gebhardt, M. (2015): Als die Soldaten kamen. München: DVA.

2 u.a. Heuft, G. (2004): in: PIA, Nr. 3, 1

–Anzeige –

Vorsprung durch Weiterbildung und Studium

Sie sind Einrichtungsleiter einer Seniorenresidenz oder Leiterin eines Pflegedienstes und möchten in Ihrer Region das Pflegeunternehmen der Zukunft werden? Vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft und der knapper werdenden Anzahl an professionell ausgebildeten Pflegefachkräften fragen Sie sich aber, wie die Pflegesituation in Ihrem Unternehmen überhaupt auf dem jetzigen Niveau bleiben kann? Oder gar verbessert werden soll? Bei BAK – Die Bildungsakademie haben sich die Mitarbeiter und Dozenten diese Fragen ebenso gestellt. Daraus entstanden Fort- und Weiterbildungen, die an die Pflegebedürfnisse der Zukunft angepasst wurden. Die Kurse ermöglichen Ihrer Einrichtung einen Vorsprung durch Bildung.

Und so sehen die Weiterbildungen aus: berufsbegleitend, örtlich flexibel, mit der Möglichkeit der Kinderbetreuung, mit Tablet-PC, sowohl für Privatzahler als auch für Einrichtungen bezahlbar.

Es ist erwiesen, dass die Personalbindung vor allem in Unternehmen funktioniert, die in ihre Mitarbeiter investieren. Dabei geht es nicht nur darum, dass der Arbeitgeber die Fort- und Weiterbildung bezahlt. Es ist wichtig, ein weiterbildungsfreundliches Betriebsklima zu schaffen. Wer seinen Arbeitskräften den Freiraum zum lebenslangen Lernen gibt, investiert in die Zukunft des Unternehmens.

Nur wer eine Weiterbildung in seine Wochenplanung integrieren kann, lässt sich weiterbilden. Deshalb orientiert sich BAK – Die Bildungsakademie seit 21 Jahren am Alltag der Teilnehmer. Mit 13 Standorten ist die Akademie gut zu erreichen, so dass eine berufsbegleitende Weiterbildung in den Abendstunden möglich ist. Kleine Lerngruppen und moderne Unterrichtsformen erleichtern das Lernen. Die Kurse werden von Dozenten geleitet, die hauptberuflich im Sozial- und Gesundheitswesen tätig sind. Dieses Konzept garantiert, dass der Unterricht immer realitätsnah und aktuell bleibt.

Die Nachfrage an studierten Pflege- und Führungskräften steigt in Deutschland stetig. Deshalb bietet BAK – Die Bildungsakademie nun auch ein berufsbegleitendes Studium an. In Kooperation mit der Steinbeis Business Academy kann am Standort Dortmund ein auf zwei Jahre verkürztes Bachelor-Studium absolviert werden.

BAK – Die Bildungsakademie

Körnebachstraße 51, 44143 Dortmund
Tel. 0231 / 55720727
Fax. 0231-55720770
post@b-akademie.de | www.b-akademie.de

BERUFSBEGLEITENDE WEITERBILDUNG
IM SOZIALWESEN

BAK
DIE BILDUNGSAKADEMIE

Management-Weiterbildungen
mit Zertifikat

- Management sozialer Einrichtungen/Einrichtungsleitung
- Pflegemanagement/Pflegedienstleitung in der Seniorenhilfe
- Wohnbereichsleitung in Senioreneinrichtungen
- Qualitätsbeauftragter/-manager (m/w)
- Interner Auditor (m/w)
- Hygienebeauftragte/r
- Wundmanager/-in

Kostenfreie Hotline 0800 231 23 12
www.b-akademie.de

Studienorte deutschlandweit
Aachen, Dortmund, Frankfurt/M., Kaiserslautern, Kassel, Karlsruhe, Koblenz, Köln, Lippstadt, Minden, Nümbrecht, Saarbrücken, Siegen

Staatliche Einmischung ist kontraproduktiv

In einer Absichtserklärung wurden am 1. Juli in Hanoi Empfehlungen festgelegt, wie Azubis aus Vietnam nach Deutschland zu vermitteln sind. Die Vorschläge stießen auf heftige Kritik. In einem alternativen Modell wird der Verein vietduc.care das letzte Modul der Sprachschulung und der Praktika in Deutschland organisieren.

Interview mit Prof. Dr. Dr. hc. mult. hc Rupert Huth

Sie waren lange Zeit als Vizepräsident der Deutschen Hochschulrektorenkonferenz eingebunden in internationale Beziehungen und kennen Vietnam durch vielfältige Kooperationen und Projekte des Wissenstransfers. Warum sollten wir ausgerechnet in Vietnam Abiturienten für eine dreijährige Altenpflegeausbildung in Deutschland anwerben?

Die Grundvoraussetzungen sind günstig: eine schnell wachsende Zahl junger Menschen, die nach Berufschancen suchen und nicht allein in einem Studium den großen Wurf sehen. Dazu kommt die konfuzianische Mentalität, aus der in der Regel eine hohe Motivation und Effizienz abzuleiten ist.

Foto: MLP AG

Prof. Dr. Dr. hc. mult. hc Rupert Huth

Eine Schlüsselqualifikation ist die Sprache. Jetzt scheint sich die Forderung nach einer B2-Qualifikation durchzusetzen. Wie sollte in der Vorbereitungsphase einer dreijährigen Ausbildung in Deutschland das Erlernen der Sprache organisiert sein?

Es wird sehr schwer sein, den Schritt von B1 auf B2 in Vietnam zu vollziehen. Hier müsste die Absichtserklärung entsprechend korrigiert werden, da man in Vietnam mit Pauken und Auswendiglernen allenfalls bis B1 kommt. Das B2-Modul sollte in Deutschland erlernt werden, wobei es mir auch um die Fachtermini geht. Im Übrigen hat es sich gezeigt, dass eine mehrmonatige Vorbereitung in Deutschland gegenüber den Altenpflegeeinrichtungen und dem Azubi selbst nur sehr fair ist.

Foto: Deutsche Botschaft Hanoi

Absichtserklärung: Deutsche Botschaft Hanoi

Junge Leute müssten doch aushalten, ins kalte Wasser geworfen zu werden?

Aushalten schon, aber die Erfahrung hat gezeigt, dass aufgrund fehlender Eingewöhnung Irritationen und Missverständnisse entstehen können, die in einer ersten Phase sogar bis hin zum Abbruch der Ausbildung führen können. Im Übrigen ist es grundsätzlich nicht hinnehmbar, dass zwischen dem Bundeswirtschaftsministerium und dem vietnamesischen Ministerium für Arbeit (MOLISA) derartige Details vorgeschrieben werden. Zu Grundsätzen und Rahmenbedingungen sage ich ja, aber eine staatliche Einmischung ist kontraproduktiv.

MOLISA möchte auch ein Monopol bei der Auswahl der B2-Azubis und will Organisationskurse veranstalten. Dafür dürfen 300 Euro Gebühren berechnet werden. Ansonsten sollte niemand gegen Provision vermitteln.

Es entstehen Begehrlichkeiten, wenn man bedenkt, dass zwanzigjährige Vietnamesen während der dreijährigen Ausbildung in Deutschland soviel verdienen wie ein Bankdirektor in Hanoi. Es ist letztlich auch richtig und schafft Klarheit, dass keine zwielichtigen Agenturen abkassieren. Allerdings frage ich mich, warum die deutsche Seite ein derartiges Bürokratiemonster zulässt.

Ich bezweifle die Kompetenz der Molisa, Kurse zu veranstalten und auszuwählen. Das sollen nur die Altenpflegeheime in Deutschland übernehmen. Nicht zuletzt sind mir ausreichend Unregelmäßigkeiten bekannt und man hat hier den Bock zum Gärtner gemacht.

Im Memorandum wird auch gefordert, dass die Altenpflegeeinrichtungen sämtliche Kosten wie Reisekosten oder Gebühren für Sprachkurse übernehmen sollten. Ist dann der Pflegeazubi aus Vietnam noch attraktiv?

Das ist Unsinn und ein Armutszeugnis für die deutschen Verhandlungsführer. Allein vom Gleichstellungsanspruch mit einem deutschen Bewerber wird der Azubi aus Vietnam schon mal um 4000 Euro teurer. Dazu kommt die Hürde, einen Bewerber ohne Eignungstest und Kennenlernen aus 12000 Kilometer Entfernung anzuheuern. Im Übrigen muss ein Student aus Vietnam, der an einer deutschen Hochschule im Rahmen seiner eigenen Privatinitiative studiert, im Schnitt selbst mehr als 50.000 Euro finanzieren. Ich bin mir sicher, dass sich in diesem Bildungsmarkt vieles von allein regelt und staatliche Einmischung nur behindert.

Das Gespräch führte Miriam Ann Hüttl, Pressereferentin www.vietduc.care

REHACARE 2015 legt kurz vor Start deutlich zu

Erwartungen übertroffen: 750 Aussteller aus 36 Ländern – Europas Leistungsschau des innovativen Mittelstands

Starker Endspurt bei den Messevorbereitungen zur REHACARE Düsseldorf 2015: Mit dem Ende der Sommerpause steigt die Zahl der Beteiligungen kräftig an. 750 Aussteller werden vom 14. bis 17. Oktober auf dem Düsseldorfer Messegelände in fünf Messehallen einen weltweiten Überblick über Hilfen für ein selbstbestimmtes Leben geben. "Vor allem das internationale Geschäft wächst deutlich", fasst Joachim Schäfer, Geschäftsführer der Messe Düsseldorf, die aktuelle Entwicklung zusammen. Mit rund 380 Ausstellern kommt mehr als die Hälfte der Beteiligungen aus dem Ausland. „Auf unsere Besucher wartet eine Leistungsschau des innovativen Mittelstandes aus dem In- und Ausland."

Von internationaler Produktvielfalt profitieren

Die Angebote der ausländischen Aussteller der REHACARE auf individuellen Ständen werden auf zahlreichen internationalen Gemeinschaftsständen ergänzt. Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Polen, China, Korea und Taiwan präsentieren sich in der Halle 3 mit Länderschauen. China und Korea sind in diesem Jahr erstmals mit jeweils zwei Gemeinschaftsständen in Düsseldorf vertreten.

Horst Giesen, Direktor der REHACARE, empfiehlt eine zielgerichtete Vorbereitung auf den Messebesuch mit Hilfe des REHACARE Online-Portals, um von der internationalen Vielfalt der ausgestellten Produkte und Dienstleistungen zu profitieren." Kreativität und Innovationsstärke findet man nicht nur auf großen Ständen, sondern auch bei kleineren und mittleren Unternehmen. Oft bieten gerade diese Anbieter die gesuchte Lösung". Das Online-Portal REHACARE.de informiert über die bei der REHACARE 2015 vertretenen Aussteller, Produkte und Services sowie über das Rahmenprogramm mit den Fachveranstaltungen, Referenten und Terminen.

Fotos: Messe Duesseldorf / ctillmann

Markt der Möglichkeiten

Die REHACARE 2015 stellt in den Hallen 3 bis 5, im Erdgeschoss der Halle 7 und in der Halle 7a den Markt der Möglichkeiten vor, mit Behinderung, bei Pflegebedarf und im Alter ein weitgehend eigenständiges Leben zu führen. Das Angebot umfasst Mobilitäts- und Alltagshilfen, Hilfsmittel für die häusliche Pflege, Kommunikationstechnik, barrierefreie Wohnwelten, aber auch Ideen und Produkte für Freizeit, Reise und Sport.

Mehr als

10.000 Entscheider

aller Senioreneinrichtungen in Deutschland und der Schweiz können **HIER** Ihre Werbebotschaft lesen

Nutzen Sie Ihre Chance und lassen Sie sich von unserem Medienteam zeigen, wie Sie Ihre Wünsche am besten verwirklichen können!

0 89/381 69 77-50 oder: info@seniorenheim-magazin.de

Seniorenheim-Magazin · Saarlouiser Straße 18 · 80997 München

postcon

Ihre Ziele

Unser webbasierter Online-Marktplatz

1

Sammelrechnung über alle Lieferungen,

statt Einzelrechnungen von jedem Lieferanten.

Wir entwickeln für Sie Ihr individuelles marktorientiertes Einkaufskonzept.

* changePur: Ein webbasierter Online-Marktplatz mit ca. 200.000 Produkten von rund 200 Lieferanten für Food, Non Food und medizinischen Pflegebedarf.

Einsparungspotential

Bei einer Einrichtung von ca. 150 Bewohnern werden wöchentlich rund 55 Rechnungen bearbeitet. ChangePur reduziert Ihren Bearbeitungsaufwand auf 1 Sammelrechnung in der Woche.

Diesen und weitere gewinnbringende Vorteile stellen wir Ihnen gerne persönlich vor.
Rufen Sie uns unter 040 399 0 899-0 an oder schreiben Sie uns an info@changePur.de

changePur®