

DIETER SPATH, WILHELM BAUER, PETRA GAUGISCH, BEATE RISCH (HRSG.)

»PFLEGE 2020«

LEBENSSTILGERECHTE VERSORGUNG IN DER ALTENHILFE

Vernetzung



Kudentyp



Quartier



Lebensstil



Wohnform



Qualifikation

Teilhabe

Technologie

Personal



Dienstleistung



DIETER SPATH, WILHELM BAUER, PETRA GAUGISCH, BEATE RISCH (HRSG.)

»PFLEGE 2020«

LEBENSSTILGERECHTE VERSORGUNG IN DER ALTENHILFE

AUTOREN:

STEPHAN M. ABT

JAN-BASTIAN ALTEN

PETRA BAYER

DETLEV DÖDING

MICHAEL DOSER

BIRGID EBERHARDT

PETRA GAUGISCH

STEFANIE HILLER

ALŽBĚTA JANDOVÁ

HARTMUT KREMER

EVA MARKUS

GABY MEEKES

TIL MITTLMEIER

ULRIKE MÖSSNER

RALF PASCHOLD

BEATE RISCH

WERNER SCHLITTLER

STEFAN STRUNCK

MICHAEL UHLIG

KERSTIN WESSIG

Impressum

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN: 978-3-8396-0468-7

Titelbild: Bildnachweis von links oben nach rechts unten durchnummeriert:

Nr. 1, 3 und 4: © Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung, Nr. 2: © Karsten Koch, Nr. 5: © melhi - istockphoto.com, Nr. 6: © Yuri Arcurs - Fotolia.com, Nr. 7: © Fraunhofer IAO

Design/Layout: Susanne Ilg

Druck und Weiterverarbeitung:

IRB Mediendienstleistungen

Fraunhofer-Informationszentrum Raum und Bau IRB, Stuttgart

Für den Druck des Buches wurde chlor- und säurefreies Papier verwendet.

© by Fraunhofer IAO, 2012

Verlag: Fraunhofer Verlag

Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart

Telefon +49 711 970-2500

E-Mail: verlag@fraunhofer.de

www.verlag.fraunhofer.de

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist einschließlich all seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die über die engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes hinausgeht, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Speicherung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Die Bevölkerung in Deutschland wird in den kommenden Jahren zahlenmäßig schrumpfen und zugleich wird der Anteil betagter Menschen steigen. Viele von ihnen erreichen erfreulicherweise bei guter Gesundheit ein hohes Lebensalter und gehen dem Individualisierungstrend der Gesellschaft folgend auch dann noch selbstständig ihren Interessen nach. Sie leisten als eigenständige Marktteilnehmer einen wichtigen und in seiner Bedeutung wachsenden wirtschaftlichen Beitrag und sie erhalten ihre gesellschaftliche Teilhabe durch aktives Engagement bis ins hohe Alter.

Der Wunsch nach dem Erhalt von Autonomie, der Beibehaltung eines persönlichen Lebensstils und der Fortdauer gesellschaftlicher Teilhabe ist auch bei eintretendem Hilfe- und Pflegebedarf ungebrochen. Damit sind Autonomie, Lebensstil und Teilhabe wichtige Parameter für die subjektiv empfundene Lebensqualität.

Die wachsende gesellschaftliche Gruppe von älteren Menschen mit Hilfebedarf stellt an die Pflege der Zukunft den Anspruch, ihnen selbstbestimmte Gestaltungsräume zu eröffnen, in denen sie ihre Potenziale und Fähigkeiten nutzen und ihre Wünsche

verwirklichen können. Eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung zukunftsfähiger, bedarfs- und bedürfnisorientierter Versorgungsstrukturen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen kommt der individuellen Lebensstilbetrachtung zu. Unterschiedliche, aus dem gesellschaftlichen Individualisierungstrend erwachsene Wertvorstellungen, eine Ausdifferenzierung finanzieller Leistungsfähigkeit sowie der sozialen Ressourcen prägen die Lebenswelten zukünftiger Kundinnen und Kunden der Altenhilfe und definieren ihre Ansprüche.

Der analytische Blick auf die Interessen, Bedarfe und Lebensentwürfe von Senioren unterstützt eine passgenaue Ausrichtung von Produkten und Dienstleistungen in der Altenhilfe. Das Wissen um Kundenwünsche eröffnet demzufolge neue Chancen für Träger, Produkthersteller und externe Dienstleister. Sie treffen auf einen wachsenden Markt, in dem Lebensstilorientierung wettbewerbsrelevante Vorteile schafft.

Wie können innovative Versorgungsmodelle, Dienstleistungskonzepte und technologische Entwicklungen gestaltet werden, um den individuellen Ansprüchen der Kundinnen und Kunden gerecht zu werden? Wodurch lassen sich wirtschaftlicher Erfolg und zugleich



Inhalt

soziale Gerechtigkeit zukünftig in der Altenhilfe realisieren? Womit können Pflegekräfte in ihrer Arbeit unterstützt werden und welche Rolle nehmen sie in unterschiedlichen Versorgungssettings ein? Diesen Fragestellungen geht das Fraunhofer IAO gemeinsam mit Partnern aus dem Altenhilfesektor im Verbundforschungsprojekt »Pflege 2020« nach. Im Rahmen des Projekts entwickelt und erforscht das Institut gemeinsam mit Herstellern, Dienstleistern und Trägern der Altenhilfe richtungsweisende Strategien und Konzepte für die Pflege der Zukunft.

Die vorliegende Publikation gewährt einen Einblick in wichtige Forschungsergebnisse des Verbundforschungsprojekts »Pflege 2020«. In den Berichten der Partner werden konkrete Lösungsansätze und Bausteine aus der Praxis dargestellt. Es handelt sich dabei

um anwendungsnahe Lösungen, die sich im Alltag an den lebensstilgebundenen Bedürfnissen der Hilfe- und Pflegebedürftigen wirtschaftlich etablieren lassen.

Ziel dieses Buchs ist es, Ihnen gemeinsam mit unseren Autoren und Partnern des Projekts, wissenschaftliche Ergebnisse aufzuzeigen, die eine hohe Praxisrelevanz für die Altenhilfe der Zukunft aufweisen. Unser Dank gilt allen Autoren und insbesondere unseren Forschungspartnern, die maßgeblich zur Gestaltung und Umsetzung zukunftsfähiger Konzepte beigetragen haben und auch zukünftig beitragen werden.

Wir wünschen allen Lesern zahlreiche Anregungen für die Ableitung erfolgreicher Maßnahmen für die zukünftige lebensstilgerechte Versorgung in der Altenhilfe.

Stuttgart, im November 2012

Dieter Spath

Wilhelm Bauer

Petra Gaugisch

VORWORT

Dieter Spath, Wilhelm Bauer, Petra Gaugisch

1 »PFLEGE 2020«

VERBUNDFORSCHUNG ZU LEBENSSTILGERECHTEN MODELLEN IN DER ALTENHILFE

Petra Gaugisch, Beate Risch, Stefan Strunck, Fraunhofer IAO

1.1	HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE ALTENHILFE	12
1.2	LEBENSSTILE UND DEREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE KÜNFTIGE VERSORGUNGSSTRUKTUR	16
1.3	MODELLE EINER LEBENSSTILGERECHTEN VERSORGUNG	30
1.4	ANFORDERUNGEN AN BESCHÄFTIGTE IN VERSCHIEDENEN VERSORGUNGSSITUATIONEN	41
1.5	FAZIT UND AUSBLICK	51

2	»WO WIRD GEPFLEGT?«	
2.1	ANWENDUNG DES KUNDENPROFILGENERATORS – INDIVIDUELLE GESTALTUNG UND PERSPEKTIVEN FÜR EIN ZUKUNFTSFÄHIGES SERVICE-WOHNEN Petra Bayer, Diakonie Neuendettelsau	54
2.2	BETREUTES WOHNEN ZU HAUSE – NOTWENDIGKEIT UND MACHBARKEIT AUS SICHT VON KUNDEN UND SOZIALEN DIENSTLEISTERN Michael Uhlig, CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime, Dienstleistungs GmbH, Berlin	61
2.3	ERNÄHRUNG ALS BASIS FÜR GESUNDHEIT UND LEBENS-QUALITÄT IM ALTER Ulrike Mößner, ARAMARK Holdings GmbH & Co. KG	69
2.4	DIE MAKs®-AKTIVIERUNGSTHERAPIE – EIN GANZHEITLICHES, MULTIMODALES KONZEPT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ Stephan M. Abt, Diakonie Neuendettelsau	76
2.5	DIE BANK ALS DIENSTLEISTER UND FINANZIER IN DER PFLEGEBRANCHE Detlev Döding und Jan-Bastian Alten, Bremer Landesbank	84
2.6	INNENARCHITEKTUR – NUR EIN TREND? Eva Markus, em Innenarchitektur	89
3	»WER PFLEGT?«	
3.1	»demogAP« – DEMOGRAFIEFESTE ARBEITSPLÄTZE IN DER PFLEGE Alžběta Jandová, Technische Universität Dresden	102
3.2	»BidA« – BALANCE IN DER ALTENPFLEGE Stefanie Hiller, Diakonie Neuendettelsau	109
3.3	DIE KONZEPTION VON EINRICHTUNGEN IN ANLEHNUNG AN DAS »PRIMARY NURSING« SYSTEM Ralf Paschold, SV Deutschland	115

4	»WIE WIRD GEPFLEGT?«	
4.1	AAL – CHANCEN UND RISIKEN ASSISTENZSYSTEME IM PFLEGEALLTAG Birgid Eberhardt, locate solutions GmbH	122
4.2	NEUE TECHNOLOGIEN INTEGRIERT IN INNOVATIVE VERSORGUNGSKONZEPTE – EIN WEG ZUR SICHERUNG VON UNABHÄNGIGKEIT IM ALTER? Kerstin Wessig, Generation Research Program (GRP), Humanwissenschaftliches Zentrum der Ludwig-Maximilians-Universität München	128
4.3	LICHT IM SENIORENPFLEGEHEIM – KÜNSTLICHES LICHT ALS HELFER Michael Doser, Herbert Waldmann GmbH & Co. KG in Villingen-Schwenningen	138
4.4	MENSCHENORIENTIERTE BELEUCHTUNGSLÖSUNGEN Hartmut Kremer, Gaby Meekes, Philips Lighting	145
4.5	DEMENTENFÜRSORGESYSTEME – SCHUTZ, SICHERHEIT UND SICHTBARKEIT Til Mittlmeier, Werner Schlittler, Tyco	150
	AUTOREN Verzeichnis	156



1

»PFLEGE 2020«

VERBUNDFORSCHUNG ZU LEBENSSTILGERECHTEN MODELLEN
IN DER ALTENHILFE

PETRA GAUGISCH, BEATE RISCH, STEFAN STRUNCK
FRAUNHOFER IAO

1.1 Herausforderungen für die Altenhilfe

Das Fraunhofer IAO widmet sich seit 15 Jahren dem Thema der zukünftigen Seniorenversorgung aus wissenschaftlicher Sicht. Forschungsarbeiten zu Anforderungen und Kompetenzen der zukünftigen Kundinnen und Kunden, bestehenden und neuen Versorgungsstrukturen, neuen Technologien sowie Mitarbeiter-Qualifizierungen zeigen die verschiedenen Herausforderungen für diesen Zukunftsmarkt auf. Auch Träger und Führungskräfte der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens, aus der Politik und von Verbänden und Unternehmen stehen

angesichts der sich verändernden Altenhilfe vor neuen Herausforderungen. Im Fokus steht die Schaffung einer Unterstützungs- und Pflegeinfrastruktur, die den unterschiedlichen Interessens- und Problemlagen der älteren Bevölkerung gerecht wird. Dabei beinhaltet der Unterstützungsbedarf nicht nur die hauswirtschaftliche Versorgung, Pflege, Begleitung und Anleitung, Kommunikation und Gestaltung des Lebensumfeldes der älteren Menschen. Auch deren Teilhabe am sozialen Leben und an der Wertschöpfung wird mit einbezogen.

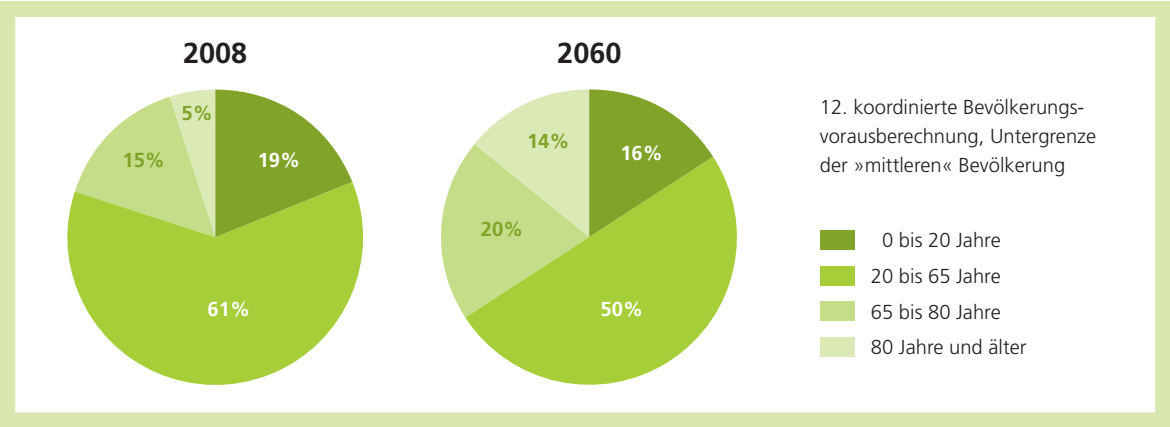


ABB. 1 Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen bis 2060 (Statistisches Bundesamt 2009, www.destatis.de)

1.1.1 Anforderungen an die zukünftige Altenhilfe

Der demografische Wandel in Deutschland ist zunehmend in das Bewusstsein unserer Gesellschaft gerückt. Debatten um die wirtschaftlichen Leistungserbringer der Zukunft und somit die Finanzierung der Renten, die Frage nach der Ausbildung, Qualifizierung und Rekrutierung zukünftiger Fachkräfte, die zukünftige Versorgung der Bevölkerung oder auch die persönlichen Lebensmodelle im Alter sind inzwischen alltäglich.

Unsere Gesellschaft altert, und sie wächst zukünftig vor allem im Bereich der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) stark an, während der Anteil der Leistungserbringer (20 bis unter 65 Jahre) stetig sinken wird (vgl. Abb. 1). Zusätzlich werden die älteren und hochaltrigen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland mit Mehrfacherkrankungen, sogenannte Multimorbidität und zunehmenden gerontopsychiatrischen Erkrankungen belastet sein. Diese Entwicklungen stellen eine Herausforderung aber auch einen Wachstumsmarkt für verschiedenste Bereiche des täglichen Lebens dar.

Die Gesellschaft wird immer »bunter«. Dies wird sich auch bei der Gruppe der zukünftig Älteren und Hochaltrigen zeigen. Menschen mit verschiedenen Hintergründen und verschiedenen Lebensmodellen werden hilfe- und pflegebedürftig. Allen gemeinsam ist, dass sie so lange wie möglich zu Hause leben möchten. Hier gilt es herauszufinden, welche Personen mit welchen individuellen Bedarfen und Bedürfnisse gezielte Kundenanforderungen an häusliche, teilstationäre oder auch stationäre Lebensmodelle stellen.

Der Anteil der familiären Pflege durch Angehörige nimmt seit 2001 prozentual stetig ab, während der Anteil vollstationärer Pflege leicht zunimmt. Der Bereich der ambulanten Pflege ist in den letzten Jahren am stärksten gewachsen (vgl. Abb. 2). Ambulante Versorgungsformen wie betreute Wohngemeinschaften sowie die vielfach geforderte Öffnung der stationären Einrichtungen in den Sozialraum (Quartier) bringen Leistungen stationärer Anbieter vermehrt in den ambulanten Markt hinein. Es ist abzusehen, dass sich diese »Ambulantisierung« der Versorgung fortsetzen wird.

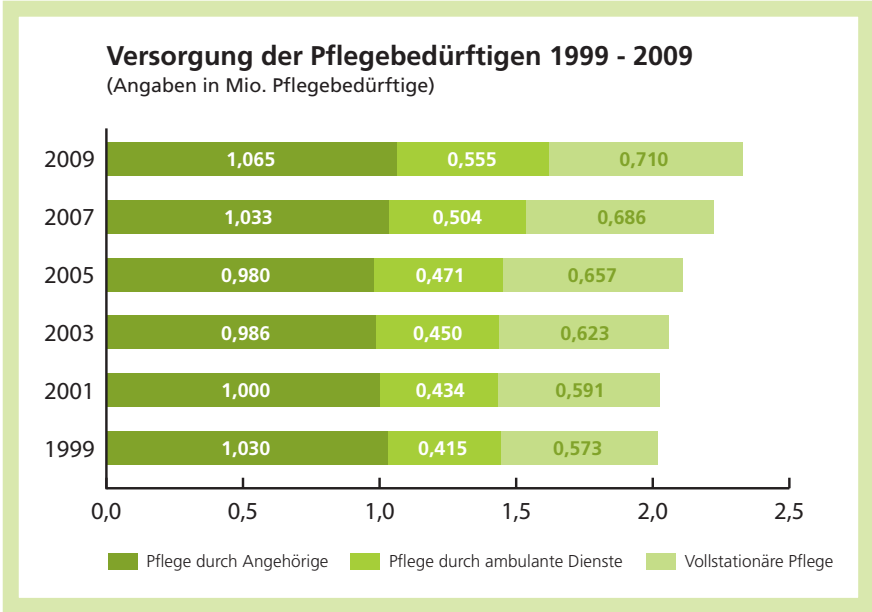


ABB. 2 Versorgung der Pflegebedürftigen 1999 bis 2009. Eigene Darstellung anhand der Pflegestatistiken (Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011)

Veränderungen in der Familienstruktur lassen sich aus dem steigenden Anteil der Einpersonenhaushalte von 1995 bis 2009 in Deutschland erkennen (vgl. Abb. 3). Aus der Altersverteilung ist abzuleiten, dass die zukünftigen älteren Menschen zu immer höheren Anteilen alleine leben werden. Diese Singularisierung sowie die inzwischen immer höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen reduzieren weiterhin die Möglichkeit der familiären Pflege. Künftig ist eine höhere Nachfrage professioneller Anbieter sowohl für die stationäre als auch für die häusliche Pflege zu erwarten.

Bei diesen veränderten Anforderungen stellt sich die Frage, wer die geforderten Leistungen erbringen kann und soll. Mangelnde Attraktivität der Berufe in der Altenhilfe sowie hohe psychische und physische Belastungen lassen erwarten, dass sich der bereits vorhandene Personalmangel verschärfen wird. Für zukünftige Berufe in der Seniorenversorgung müssen Kompetenzen und Qualifizierungen neu ausgerichtet werden. Wandelnden Anforderungen kann mit einer Mischung von Kompetenzen in interdisziplinären Teams begegnet werden.

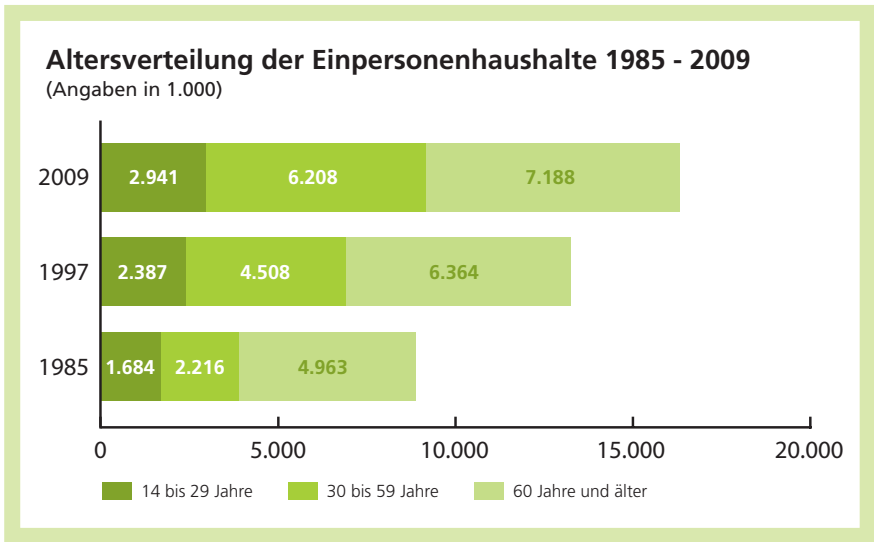


ABB.3
Altersverteilung der Einpersonenhaushalte 1985 bis 2009. Eigene Darstellung anhand der AWA 2009 (Institut für Demoskopie Allensbach 2010) und des Statistischen Jahrbuchs für die Bundesrepublik Deutschland – 1987 (Statistisches Bundesamt 1988)

Der Altenhilfesektor muss belastbare Strategien hervorbringen, damit neue Anforderungen bewältigt werden können. Künftig wird eine Versorgung gefragt sein, die sich am Kunden und dessen Lebensstil orientiert und eine umfassende Unterstützungsleistung bietet. Eine intelligente Vernetzung und der Einsatz neuer innovativer Dienstleistungskonzepte und Technologien können diese Nachfrage bedienen. Sowohl die technologischen als auch die räumlich-organisatorischen Gegebenheiten müssen interdisziplinär und ganzheitlich betrachtet und neu geschaffen werden.

1.1.2
Forschung im Verbund »Pflege 2020«

»Pflege 2020« soll als Wegbereiter zur Weiterentwicklung der kundenorientierten Pflege dienen. Durch eine Kooperation von Herstellern, Dienstleistern und Trägern der Altenhilfe werden anhand praxisnaher Forschung richtungsweisende Strategien und Konzepte für die Altenhilfe der Zukunft zu entwickeln. In der Verbundforschung »Pflege 2020« werden Forschungsfragen aus der Praxis in einem interdisziplinär besetzten Konsortium identifiziert und unter der Leitung des

Fraunhofer IAO ganzheitlich und tief gehend bearbeitet. Die verschiedenen Perspektiven der Partner und deren interdisziplinärer Austausch tragen dazu bei, dass ein Innovationsprozess zwischen Wissenschaft und Betreiber-, Dienstleister- und Herstellerseite angestoßen wird. Durch das Partnernetzwerk fließen die gemeinsam finanzierten Forschungsergebnisse und die entwickelten bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Strategien und Konzepte für die Altenhilfe der Zukunft zeitnah in die Praxis mit ein (vgl. Abb. 4).

Die Forschung im Verbund »Pflege 2020« steht für:

- Ganzheitlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Lösungen,
- Zukunftssicherheit der Konzepte,
- und Praxisorientierung.

Das Fraunhofer IAO wahrt hierbei die neutrale wissenschaftliche Position. Darüber hinaus geben gemeinsame Besuche bei bereits existierenden, innovativen und erfolgreichen Beispielen in Deutschland und dem angrenzenden Ausland wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Aktivitäten.

1.1.3
Literatur

Institut für Demoskopie Allensbach: Die Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse (AWA) 2009, Allensbach 2010.
Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland, Wiesbaden 2009.
Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2001; 2003; 2005; 2007; 2008; 2011.
Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland – 1987, Wiesbaden 1988.



ABB.4
Projektstruktur »Pflege 2020«

1.2 Lebensstile und deren Auswirkungen auf die künftige Versorgungsstruktur

1.2.1 Bedeutung des persönlichen Lebensstils älterer Menschen

Früher wurde »Alter« vornehmlich mit Krankheit und Gebrechen in Verbindung gebracht. Langsam wandelt sich dieses Bild und die »neuen Alten« rücken in die gesellschaftliche Wahrnehmung. Sie werden als Individuen mit steigender sozialer Differenzierung und eigenen Vorstellungen ihrer Lebensgestaltung gesehen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung in Deutschland und der somit längeren »Altersphase« nach dem Ausscheiden aus dem Beruf nimmt eine aktive Gestaltung dieser neuen Lebensphase an Bedeutung zu. Die »Vielfalt des Alters« nimmt zu.

In den letzten Jahrzehnten haben sehr genügsame Menschen der Kriegs- und Nachkriegsgenerationen die Klientel der Altenhilfe geprägt. Nun aber treten Menschen in das höhere Lebensalter und möglicherweise in die Hilfe-/Pflegebedürftigkeit ein, die aufgrund höherer Bildung und längerer Lebenserfahrung in Wohlstand und Fortschritt ganz neue Ansprüche mitbringen. Auch sie stehen unter generationsspezifischen Einflüssen, die ihren Hintergrund prägen.

Diese Menschen steuern ihre Lebensgestaltung allerdings aktiv anhand ihrer individuellen Wertvorstellungen, ihrer finanziellen Möglichkeiten und ihres persönlichen Umfeldes (vgl. Spellerberg 1996 und MGFFI 2008). Diese Lebensstile dienen einerseits als Abgrenzung zum bisherigen Bild des Alters und auch als Abgrenzung zu anderen Lebensperspektiven, andererseits sind sie aber auch verbindendes Element zwischen Menschen gleicher Gesinnung. Die Lebensstilunterschiede variieren heute nicht nur zwischen den Generationen sondern auch innerhalb einer Generation (MGFFI 2008). Hierzu tragen die unterschiedlichen generationsspezifischen Erfahrungen der »neuen Alten« bei.

Lebensstile sind geprägt durch die persönliche soziale Lage in den Bereichen Finanzen, Bildungsstand und Beruf sowie die persönliche Biografie und die individuellen Präferenzen. Dabei zeigen die Befunde der Lebensstilforschung, dass Schichtmerkmale wie Einkommen und beruflicher Status in ihrer Bedeutung für Lebensstile zunehmend zurücktreten, während die Merkmale Alter und Bildung, zum Teil auch Geschlecht, an Bedeutung gewinnen (Spellerberg und Schneider 1999).

1.2.2 Lebensstilforschung bei hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen

Empirische Studien zu Lebensstilen umfassen üblicherweise das gesamte Erwachsenenalter und beziehen sich nicht explizit auf Lebensstile älterer Menschen. In der Markt- und Konsumforschung gibt es zahlreiche Lebensstiluntersuchungen, doch die Gruppe der Hochaltrigen bleibt in diesen Erhebungen häufig unberücksichtigt (vgl. Cirkel et al. (2004), Reifferscheid (1993), MGFFI (2008), Podding (2006), Spellerberg und Schneider (1999)). Die Lebensstile der älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sind nicht erfasst, sodass deren Anforderungen keinen Einfluss auf die professionelle Versorgung bewirken können. »Pflege 2020« hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgungssituation älterer und hochaltriger Menschen vor dem Hintergrund diversifizierter Lebensstile zu erforschen und innerhalb des Forschungsverbundes innovative Lösungsansätze für eine kundenorientierte Versorgung zu entwickeln und zeitnah umzusetzen. Damit sollen Möglichkeiten geschaffen werden, auch im Alter am bisherigen Lebensstil festzuhalten und trotz Hilfe- und Pflegebedarf Stabilität und Orientierung zu erleben.

Die vier »Pflege 2020«-Lebensstile wurden anhand der oben beschriebenen Merkmale ausdifferenziert und werden im Folgenden dargestellt. Neben finanziellen und sozialen Ressourcen (Netzwerk) sowie den Wohnverhältnissen wurden die Werthaltung und das Konsumverhalten sowie das Alltagsmanagement der Hilfe- und Pflegebedürftigen detailliert analysiert. Die Bedeutung von Partizipation und die Affinität und Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Technik sind den verschiedenen Lebensstiltypen zugeschrieben. Menschen können somit einem dominierenden Lebensstiltypen zugeordnet werden, auch wenn immer Überlappungen mit Eigenschaften anderer Lebensstile bestehen.

Entwicklung der vier »Pflege 2020«- Lebensstiltypen

Zur Entwicklung der »Pflege 2020«-Lebensstiltypen wurden insgesamt neun Studien aus Deutschland der Jahre 1996 bis 2006 analysiert. Hierbei wurden die entsprechenden Dimensionen aus den einzelnen Studien herausgearbeitet und anschließend einer Clusterung unterzogen. Auf dieser Grundlage konnten vier Lebensstilmuster gebildet werden, die jeweils ähnliche Merkmale zu denen der untersuchten Studien aufweisen:

- Werteorientierung,
- Alltagsmanagement,
- Teilhabe,
- Konsumverhalten,
- Wohnen,
- Dienstleistungen,
- Technik,
- Alter,
- Finanzen.

Die Auswertungen der »Pflege 2020«-Befragung der »Zukünftigen Kundinnen und Kunden« wurden nach den Merkmalen Haushaltsgröße und Einkommen analysiert, da dies wichtige Unterscheidungsmerkmale der identifizierten Lebensstile waren. Mit den Ergebnissen konnten die entwickelten Lebensstile inhaltlich verifiziert und ergänzt werden. Anhand der Allgemeinen Bevölkerungsumfragen der Sozialwissenschaften (ALLBUS) aus den Jahren 2004 und 2008 wurden darüber hinaus relevante Items zu sozio-kultureller Teilhabe sowie zum Technikinteresse identifiziert. Diese Daten wurden für die Gruppe der ab 65-Jährigen mittels Faktorenanalyse nach Haushaltsgröße und Einkommen analysiert und bestätigten ebenfalls die Clusterung der »Pflege 2020«-Lebensstiltypen.

Passiver Lebensstil

Menschen, die überwiegend dem passiven Lebensstil zuzuordnen sind, orientieren sich vor allem an konservativen und traditionellen Werten. Ihr Leben ist geprägt von Heimatnostalgie, Ehrlichkeit, Ordnung, Sparsamkeit und Sicherheitsorientierung. Es besteht eine klare Abgrenzung gegenüber kulturellen und hedonistischen Werten. Charakteristisch für diese Personengruppe sind eine eher negative Lebenseinstellung, ein zurückgezogener, sicherheitsorientierter Lebenswandel und ein subjektiv schlechter Gesundheitszustand.

Bezeichnend ist ein ausgesprochen passives Freizeitverhalten mit wenig Interessen, seltenen sportlichen Aktivitäten, aber intensivem Fernsehkonsum mit einfacher, volkstümlicher Unterhaltung. Typisch sind seltene soziale Kontakte, Zurückgezogenheit und die Gefahr der sozialen Isolation. Es besteht ein geringes Produktinteresse. Das Konsumverhalten ist vornehmlich von Genügsamkeit, Bescheidenheit, Sparsamkeit und Vernunft geprägt. Charakteristisch ist in dieser Zielgruppe das Wohnen zur Miete in vornehmlich konservativ eingerichteten, kleinen Wohnungen. Personen dieser

Gruppe sind hinsichtlich alternativer Wohnformen wenig experimentierfreudig. Dennoch besteht der Wunsch nach altersgerechter Wohnraumanpassung sowie nach einer altersgerechten Infrastruktur der Wohnumgebung. Sowohl bei leichtem als auch bei intensivem Pflegebedarf kommt eine häusliche Versorgung weniger infrage als in anderen Gruppen. Die Heimakzeptanz ist besonders ausgeprägt.

Personen mit passivem Lebensstil halten sich bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen eher zurück. Eine Affinität zu Mahlzeitenlieferdiensten konnte in der »Pflege 2020«-Befragung »Zukünftige Kundinnen und Kunden« nicht bestätigt werden. An Liefer-, Begleit- und Abholdiensten besteht eher kein Interesse. Demgegenüber interessieren sich diese Personen für haushaltsnahe Dienstleistungen, sind aber nicht zur höheren Bezahlung bereit. Zu technischen Unterstützungen besteht eine geringe Affinität bei ebenfalls geringer Technikkompetenz. Neue Technologien, insbesondere Überwachungstechnik werden abgelehnt.

Im passiven Lebensstil finden sich ein hoher Frauenanteil und überwiegend Ledige oder Verwitwete in Einpersonenhaushalten. Es sind vornehmlich über

70-Jährige und viele Hochbetagte, häufig mit geringem Einkommen und wenig (Zu-)Zahlungsbereitschaft (vgl. Abb. 1).

Aktiv-familienorientierter Lebensstil

Angehörige dieses Lebensstils orientieren sich sehr stark an anderen und deren Wohlergehen, insbesondere an Familienmitgliedern. Sie legen Wert auf Ordnung, Sauberkeit, Anstand, Sicherheit, Pflichterfüllung und Familienleben. Die Personengruppe ist häufig durch Krankheits- und Zukunftsängste geprägt und pflegt dementsprechend einen eher sicherheitsbewussten Lebenswandel. Familienorientierte verfügen über ein insgesamt gutes Allgemeinbefinden.

Freizeitaktivitäten richten sich in dieser Gruppe an den häuslichen, familiären Bereich: Basteln, Heimwerken, Handarbeiten, Gartenarbeit und Entspannen zu Hause stehen dabei im Vordergrund. Besondere Interessen gelten kulturellen und gesundheitsbezogenen Themen. Die Gruppe zeigt einen mittleren bis hohen Medienkonsum mit durchschnittlichem Unterhaltungsniveau. Konsumiert wird gesundheitsbewusst, sparsam,

bescheiden und vernünftig bei eher geringer Konsumfreude und Markentreue. Charakteristisch ist das Wohnen zur Miete, es findet sich aber auch ein hoher Anteil an Wohneigentümern. Familienorientierte sind alternativen Wohnformen gegenüber aufgeschlossener als die Personen mit passivem Lebensstil, würden aber eher auf traditionelle Wohnformen wie Betreutes Wohnen zurückgreifen. Außerdem wünschen sie sich eine altersgerechte Infrastruktur der Wohnumgebung.

Familienorientierte sind dienstleistungsoffen. Interesse besteht hier vorwiegend an haushaltsnahen Dienstleistungen sowie Hilfen bei der Körperpflege. Kennzeichnend sind eine positive Technikeinstellung und eine leicht erhöhte Technikkompetenz. Besonderes Interesse besteht am Notrufsystem.

Familienorientierte Menschen leben häufig in Zwei- und Mehrpersonenhaushalten. Es sind überwiegend 65- bis 75-Jährige mit geringem bis mittleren Einkommen (vgl. Abb. 2).



ABB. 1
Passiver Lebensstil

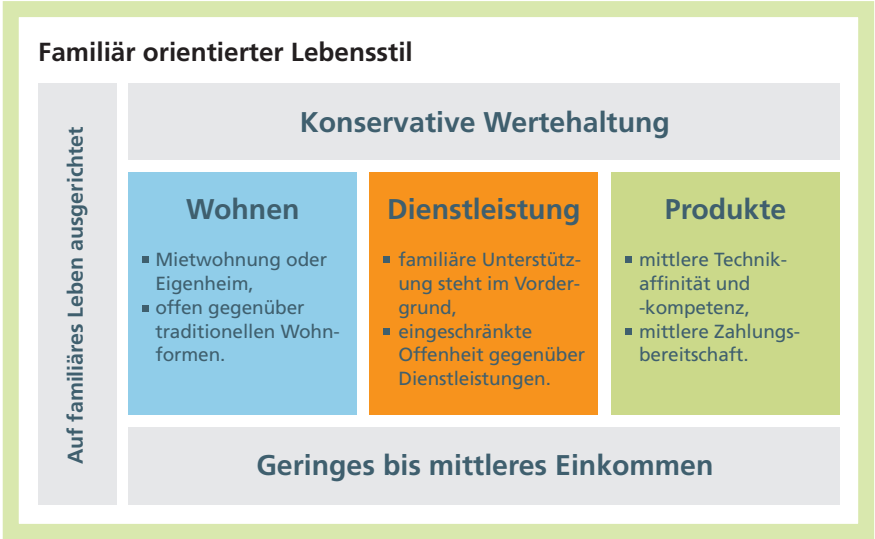


ABB. 2
Aktiver, familienorientierter Lebensstil

Aktiv-gemeinschaftsorientierter Lebensstil

Personen, die sich überwiegend dem gemeinschaftsorientierten Lebensstil zuzuordnen lassen, sind besonders kulturell, sozial und auch religiös orientiert. Kennzeichnend sind Verantwortungsbewusstsein und Hilfsbereitschaft gegenüber Dritten sowie vor allem eine Abgrenzung gegenüber individualistischen Werten. Charakteristisch sind ein guter Gesundheitszustand und ein gutes Allgemeinbefinden der Personen.

Bezeichnend für diesen Lebensstil ist eine gemeinschaftsorientierte Freizeitgestaltung. Typisch sind hier Vereinsarbeit, Kontakt zu Freunden, Shoppen, sportliche Aktivitäten, Reisen, ehrenamtliche Tätigkeiten, Besuche von Sportveranstaltungen und die Affinität zu Gesellschaftsspielen.

Besonderes Interesse gilt kulturellen sowie gesundheitsbezogenen Themen. Die Gruppe zeigt einen eher hohen Medienkonsum mit durchschnittlichem Unterhaltungsniveau. Konsumiert wird preisbewusst, kritisch und qualitätsorientiert. Bezeichnend ist hier die Affinität zu Gesundheitsprodukten. Charakteristisch für die Gemeinschaftsorientierten ist das Wohnen im

Wohneigentum. Dieser Personenkreis steht alternativen Wohnformen aufgeschlossener gegenüber als andere Lebensstile.

Gemeinschaftsorientierte sind dienstleistungsoffen. Diese Dienstleistungen werden als ehrenamtliche Leistungen anderer verstanden. Besonderes Interesse gilt der Inanspruchnahme von Besuchsdiensten und Abholservice, z.B. zum Mittagstisch. Auch diese Gruppe ist durch eine positive Technikeinstellung gekennzeichnet. Sie zeigen eine hohe Technikkompetenz und einen hohen Technikoptimismus. Innovative Technologien für den häuslichen Bereich empfinden sie als interessant, es besteht aber auch ein hohes Interesse an Technologie im stationären Bereich. Auch Kontrolltechnologien finden in dieser Gruppe eine höhere Akzeptanz.

Gemeinschaftsorientierte Menschen sind eher ledige, geschiedene oder getrennt lebende Personen in Einpersonenhaushalten. Sie sind überwiegend 60 bis 70 Jahre alt und verfügen über ein mittleres Einkommen (vgl. Abb. 3).

Aktiv-erlebnisorientierter Lebensstil

Vorwiegend Erlebnisorientierte betrachten das Alter als Chance und Gewinn. Im Vordergrund stehen Individualität, Autonomie, Selbstverwirklichung und Erlebnisorientierung. Kennzeichnend sind Neugier und eine optimistische positive Lebenseinstellung sowie die Abgrenzung gegenüber religiösen, sozialen und familiären Werten. Charakteristisch für diese Personengruppe sind ein extrovertierter Lebensstil und ein guter Gesundheitszustand. Die Menschen fühlen sich jung und fit.

Bezeichnend ist ein ausgesprochen aktives, erlebnisorientiertes Freizeitverhalten. Fitnessorientierung, Trendsport und einfache moderne Unterhaltung stehen im Vordergrund. Das Leben »am Puls der Zeit« ist ebenso charakteristisch für diesen Lebensstil. Es bestehen ein hohes Markenbewusstsein und eine Luxusorientierung. Trotz der Konsumfreude wird auf ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis geachtet. Charakteristisch ist das Wohnen im Wohneigentum. Die Wohnungen sind komfortabel und attraktiv gestaltet. Die Personen dieser Gruppe sind eher experimentierfreudig hinsichtlich der Wohnform.

Erlebnisorientierte sind überdurchschnittlich serviceorientiert und zeigen besonderes Interesse an freizeit- sowie haushaltsnahen Dienstleistungen. Kennzeichnend ist die besonders hohe Technikaffinität. Im häuslichen Bereich besteht besonderes Interesse an modernen Gebäude- und Kommunikationstechnologien.

Personen mit überwiegend erlebnisorientiertem Lebensstil sind meist verheiratet oder leben in einer Partnerschaft in Mehrpersonenhaushalten. Hier finden sich vornehmlich 50- bis 65-Jährige mit hohem Einkommen und einer hohen Ausgabebereitschaft (vgl. Abb. 4).



ABB. 3
Aktiver, gemeinschaftsorientierter Lebensstil



ABB. 4
Aktiver, erlebnisorientierter Lebensstil

1.2.3
Ausprägungen der Lebensstile bei heutigen
und zukünftigen Alten

Bedeutung von Lebensstil bei heutigen
Pflegebedürftigen

Methodik »Pflege 2020«-
Lebensqualitäts-Survey

Im »Pflege 2020«-Lebensqualität-Ssurvey wurden verschiedene stationäre Versorgungs-Settings und ihre Auswirkungen auf die Bewohner und das Pflegepersonal untersucht. Anhand festgelegter objektiver Kriterien wurden Ausstattungs- und Servicemerkmale in insgesamt 25 Einrichtungen bei vier Altenhilfeträgern in Deutschland erfasst. Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 75 Bewohnerinnen und 23 Bewohner verschiedener Pflege-stufen zu ihrer persönlichen Lebensqualität und ihrer Wahrnehmung der räumlichen und sozialen Umwelt befragt. Neben der Bewertung war auch die persönliche Bedeutung des jeweiligen Themas ein wichtiger Bestandteil der Befragung.

Ziel der Untersuchung war es, Zusammenhänge aufzudecken zwischen objektiven Umweltbedin-gungen (25 Begehungen) und der subjektiven Wahrnehmung durch Bewohner (98 Interviews), Angehörige (90 Fragebögen) und Mitarbeiter (104 Fragebögen). Erfragte Themen:

- Sicherheit,
- Orientierung,
- Autonomie,
- Teilhabe,
- Privatsphäre,
- Lebenszufriedenheit.

Die im »Pflege 2020«-Lebensqualitäts-Survey befrag-ten Bewohner heutiger stationärer Altenhilfeeinrich-tungen sind überwiegend sehr genügsam. Sie gehören zu der Generation, die den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit miterlebt hat. Sie scheinen dankbar und zufrieden, sicher versorgt, sauber gepflegt und satt zu sein. Weitere Ansprüche an Dienstleistungen, Konsum oder neue Technik sind ihnen fern. Sie haben sehr kon-servative Werte, häufig eine ausgeprägte religiöse Ver-ankerung und ein geringes Interesse an der Teilhabe außerhalb des Hauses. Somit sind sie zu einem sehr hohen Anteil dem passiven und dem gemeinschafts-orientierten Lebensstil zuzuordnen.

Für Bewohnerinnen und Bewohner der untersuchten Einrichtungen sind in allen erfragten Bereichen vor allem die innerhalb des Hauses stattfindenden As-pekte wesentlich. Die Sicherheit in der stationären Versorgung wird vorrangig anhand von Schließmög-lichkeiten und architektonisch sicherer Gestaltung ab-gebildet. Neben der Bedeutung der Privatsphäre und Teilhabe bezieht sich auch die Autonomie wesentlich auf Möglichkeiten, die im Zimmer bzw. im Haus be-stehen, und umfasst erst nachrangig Aktivitäten in der näheren Umgebung.

Bedeutung von Lebensstil bei zukünftigen
Kundinnen und Kunden der Altenhilfe

Methodik »Pflege 2020«-Befragung
»Zukünftige Kundinnen und Kunden
der Altenhilfe«

In der repräsentativen Befragung der »Zukünftigen Kundinnen und Kunden« wurden 500 Face-to-Face-Interviews durchgeführt mit Menschen im Alter zwischen 55 und 75 Jahren, die ohne Hilfe zu Hause leben. Die Stichprobe erfolgte reprä-

sentativ aufgeteilt nach alten und neuen Bundes-ländern, Stadt-/Land-Verteilung (BIK-Regionen) und Haushaltsnettoeinkommen sowie Geschlecht und Alter. Ziel der Erhebung war es, Erkennt-nisse zu gewinnen über Wünsche an Betreuungs-, Versorgungs- und Dienstleistungen im Alter bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und ihre (Zu-)Zah-lungsbereitschaft für diese Leistungen.

Zunächst wurden in den häuslich durchgeführten Interviews erfragt, welche Kenntnisse und Vor-erfahrungen zu Pflege- und Betreuungssituatio-nen die Befragten haben. Hier ging es um Punkte wie eine mögliche Versorgung durch Angehörige. Auch wurde das persönliche Netzwerk für den Fall der eigenen Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit beleuchtet. Für den weiteren Gesprächsverlauf wurden zwei Grundannahmen getroffen: Die in-terviewte Person sollte sich zunächst vorstellen, nur einen leichter Unterstützungsbedarf zu haben (vgl. Pflegestufe I). Nach Beantwortung der Fragen wurden genau dieselben Fragen nochmals gestellt mit der Annahme, eines hohen Hilfe- und Pflege-bedarfes (Pflegestufe III). Fokussiert wurden dabei die folgenden Themen:

- bevorzugte Wohn- und Versorgungsform,
- Technikeinsatz und Technikausstattung,
- Dienstleistungsangebote,
- Kriterien für die Auswahl einer Altenhilfeein-richtung.

Zukünftige Kundinnen und Kunden bringen – im Ge-gensatz zu den jetzigen Bewohnern stationärer Ein-richtungen – aufgrund höherer Bildung und längerer Lebenserfahrung in Wohlstand und Fortschritt ganz neue Ansprüche mit. Sie erwarten im Alter eine auf sie angepasste Versorgung. Diese muss zum einen individuell auf die physischen und kognitiven Fähig-keiten ausgerichtet sein. Zum anderen spielt in einer zunehmend diversifizierten Welt der Lebensstil der zukünftigen Kunden eine entscheidende Rolle für das Nachfrageverhalten. Die zukünftigen Kundinnen und Kunden haben eine weite Spannweite an Lebensstil-hintergründen, die sich oft überlappen. Ihre finanziel-len und sozialen Ressourcen sind sehr unterschiedlich, genauso wie ihre Wertvorstellungen. Damit ergeben sich ganz unterschiedliche Ansprüche und Interessen sowohl an das Wohnumfeld als auch an Dienstleistun-gen und Produkte.

Trotz der Ungleichheit aller Befragten lassen sich im-mer wieder drei zentrale Aspekte in der zukünftigen Seniorenversorgung herausdifferenzieren, die die we-sentlichen Anforderungen der Kunden darstellen. Am wichtigsten ist den Befragten, ihre Selbstbestimmung zu erhalten und ihre eigene Versorgung individuell ge-stalten zu können. Der Wunsch am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, bestimmt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer Seniorenwirtschaft. Die größ-ten Sorgen machen sich die Befragten um ihre Sicher-heit, das heißt in Notfällen nicht gerüstet zu sein bzw. nicht sicher, oder gut genug versorgt zu werden (vgl. Abb. 5).

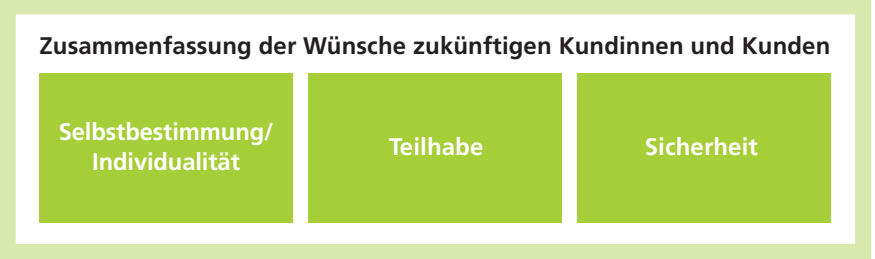


ABB. 5
Zusammenfassung der
Wünsche zukünftiger
Kundinnen und Kunden

1.2.4
Identifizierung der zukünftigen
Kundentypen in der Altenhilfe

Die bisherige Marktgestaltung der Altenhilfe ist geprägt durch die Erstattungssysteme der sozialen Sicherung. Die derzeit gültigen Pflegestufen umfassen dabei nur die körperlichen Defizite einer pflegebedürftigen Person. Ein Schritt in die richtige Richtung wurde im Jahr 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert mit der Beauftragung eines Expertengremiums zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der »Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs« (Bundesministerium für Gesundheit 2009) empfiehlt, neben den körperlichen auch die kognitiven Bedarfe einer hilfe- oder pflegebedürftigen Person zu erfassen. Damit wären die Bedarfe einer zu pflegenden Person deutlich besser abgedeckt als mit den bisherigen Pflegestufen. Der Lebensstil der Betroffenen bliebe aber weiterhin unberücksichtigt.

»Pflege 2020« geht diesen Weg und entwickelt neben den vier Lebensstiltypen auch neun Bedarfstypen anhand möglicher körperlicher und kognitiver Potenziale. Aus der Kombination dieser beiden Einteilungen lassen sich 15 klassische Kundentypen des Altenhilfemarktes

ableiten. Für diese wurden zielgruppengerechte Kombinationen von Dienstleistungen und (Lebens-) Räumen identifiziert und exemplarisch in einer Musterumgebung im »inHaus2« der Fraunhofer Gesellschaft in Duisburg umgesetzt.

Entwicklung der »Pflege 2020«-
Kundentypen

Für die Entwicklung von Kundenprofilen der Altenhilfe wurden neben Lebensstiltypen auch Bedarfstypen ausgearbeitet (vgl. Abb. 06). Anhand verschiedener Ausprägungen von Mobilität und Kognition (grau) und deren Auswirkungen auf die weiteren Pflegebedarfsmodule (blau) sowie die Hilfebedürftigkeitsmodule (grün) konnten die verschiedenen Bedarfstypen (vgl. Abb. 07) entwickelt und beschrieben werden.

Diese neun »Pflege 2020«-Bedarfstypen wurden in interdisziplinären Experten-Workshops bei drei unterschiedlichen Trägern der Altenhilfe in Deutschland validiert und anschließend mit den vier »Pflege 2020«-Lebensstilen zu 15 Kundentypen zusammengeführt.

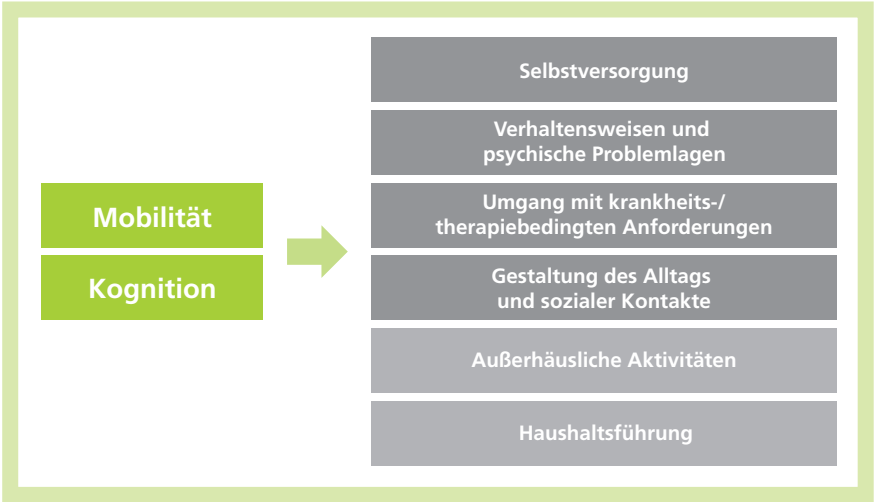


ABB. 6
Entwicklung der Bedarfstypen anhand der verschiedenen Ausprägungen von Mobilität und Kognition und ihrer Auswirkungen auf die Lebensführung im Alltag

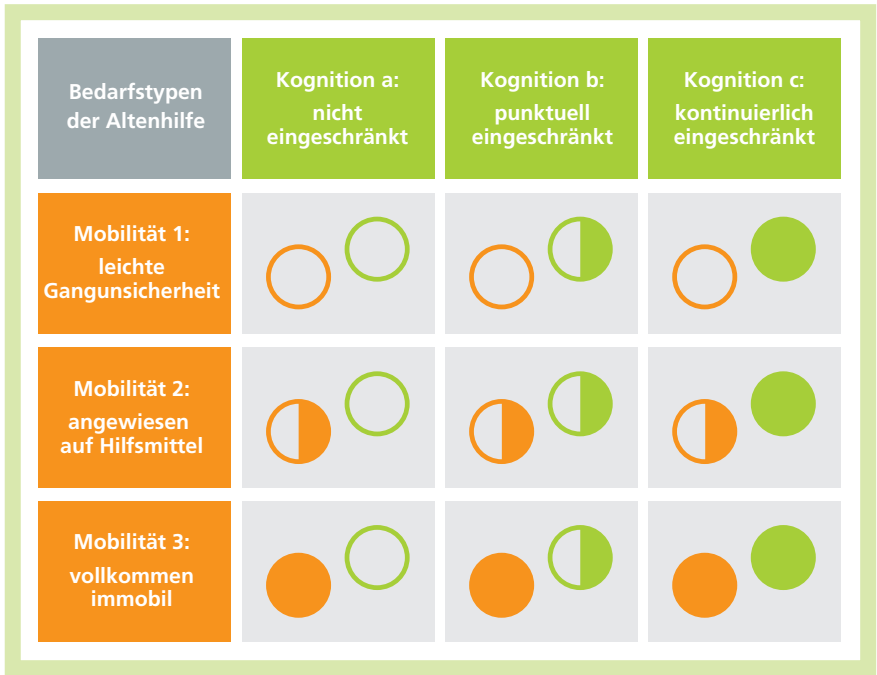


ABB. 7
In Experten-Workshops
validierte Bedarfstypen

Entwicklung kundenorientierter
(Lebens-) Räume und Dienstleistungen
und exemplarische Umsetzung in einer
Musterumgebung

Für diese 15 Kundentypen analysierte das »Pflege 2020«-Konsortium eine zielgruppengerechte Kombination von Dienstleistungen und (Lebens-) Räumen. Unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse und Bedarfslagen konnten typische Muster identifiziert werden, aus denen sich neue kundenspezifische Angebote und neue Kombinationen von Räumen und Dienstleistungen ableiten lassen. Dabei wurde festgestellt, dass sich die 15 »Pflege 2020«-Kundentypen bezüglich der Anforderungen an Dienstleistungen und (Lebens-) Räumen überlappen, so dass aus der Marktperspektive wieder eine Verdichtung vorgenommen werden konnte (vgl. Abb. 8).

Parallel zu den Forschungsaktivitäten wurde im »inHaus2« der Fraunhofer Gesellschaft in Duisburg ein Show-Case »Pflege 2020« zur Umsetzung gebracht (vgl. Abb. 9). Der Show-Case dient dem Verbundforschungsprojekt als Demonstrations- und Forschungsplattform. Hier sind konkrete Anwendungsszenarien realisiert, die den Kundentypen mit gesundheitlichen Einschränkungen ein selbstbestimmtes und sicheres Leben ermöglichen, und sie trotz Pflegebedürftigkeit am gesellschaftlichen Leben teilhaben lassen. Verbundpartner haben im Show-Case die Möglichkeit, sich in diese Plattform einzubringen und ihr Portfolio der Öffentlichkeit zu präsentieren.



ABB. 8
Beispiel der Versorgungsumgebung für einen Menschen, der mit Hilfsmitteln mobil ist, kognitiv phasenweise eingeschränkt ist und einen gemeinschaftsorientierten Lebensstil pflegt



ABB. 9 *Show-Case »Pflege 2020« als Musterumgebung für moderne, technikaffine Nutzer*

Um diese Kundentypen zu identifizieren und frühzeitig ein passendes Angebotsportfolio bereitstellen zu können, wurde der »Pflege 2020«-Kundenprofilgenerator entwickelt. Dieser Generator ermittelt Kundenprofile und Angebote in einer Region, eine Einrichtung oder auch eines ambulanten Dienstes. Der Generator berücksichtigt darüber hinaus die standortrelevanten Merkmale. Anhand der Gegenüberstellung der Kundenprofile und des bestehenden Dienstleistungs- und Produktangebotes können Lücken zwischen Angebot und Nachfrage in bestehenden Versorgungsstrukturen identifiziert und bedarfsgerecht angepasst werden (vgl. Abb. 10). Das Instrument kann sowohl für die Quartiersentwicklung als auch für die Versorgungsplanung der Individuen als Beratungsinstrument eingesetzt werden. Die konkrete Anwendung bei einem Träger der Altenhilfe ist in Kapitel 2.1 dargestellt.

Entwicklung eines Analyseinstrumentes zur Identifikation der Kundentypen: Der »Pflege 2020«-Kundenprofilgenerator

Um wissenschaftliche Erkenntnisse aus den vorausgegangenen Forschungsaktivitäten in die Praxis umzusetzen, wurde der »Pflege 2020«-Kundenprofilgenerator entwickelt und bei einem Träger der Altenhilfe erprobt. Das Instrument dient der

- Identifikation der Kundenprofile,
- Erschließung des vorhandenen Marktes,

- Entwicklung von kundengerechten Dienstleistungen und Produkten.

Anhand der Lebensstilliteratur wurde ein Fragebogenkonzept zur Einzelfallanalyse entwickelt, das auf individueller Ebene den bisher gelebten Lebensstil der Kundinnen und Kunden der Altenhilfe erfasst. Dieses Konzept beruht auf verschiedenen Verhaltensweisen, die die Ausprägung des Lebensstils im Alltag erkennen lassen. In Kombination mit der Bewertung der körperlichen und kognitiven Bedarfslage lässt sich ein umfassendes Kundenprofil abbilden. Auch für die Angebotsseite wurde ein Fragebogen entwickelt, um ein individuelles, lebensstilgerechtes Angebot aus Produkten und Dienstleistungen zu schaffen.

Zur Vervollständigung wurde ein Marktanalysetool entwickelt, das eine umfassende Standortanalyse ermöglicht. Dieses EDV-basierte Tool erstellt interaktiv für jede Kommune zwischen 5.000 bis 100.000 Einwohner anhand von statistischen Kennzahlen eine Übersicht zu den Themen Demografie heute, Demografie 2025, Fertilität, soziale Lage, Arbeitsmarkt, Wohnstruktur, Migration. Mit Hilfe des Tools lässt sich zudem die Positionierung dieser Kommune im Vergleich zum Durchschnitt ähnlich strukturierter Kommunen in Deutschland feststellen.

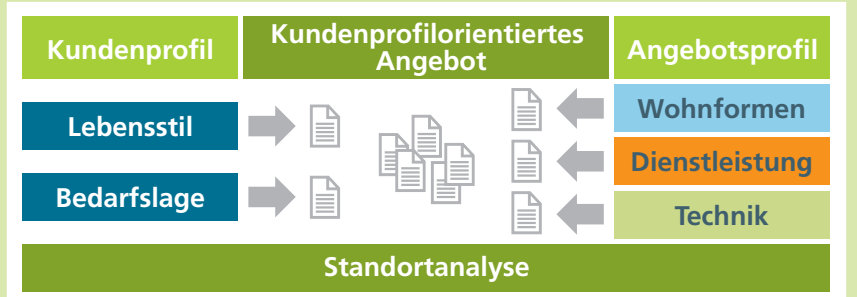


ABB. 10
Struktur des Kundenprofilgenerators

1.2.5 Neue Anforderungen an die lebensstil- gerechte Versorgung in der Altenhilfe

Die Kunden der Seniorenversorgung werden aufgrund ihrer differenzierten Lebensstile immer »bunter«. Darauf müssen sich auch die Angebote am Altenhilfemarkt der Zukunft anpassen: Hier sind vielfältige und individuelle Leistungen gefragt. Um wirtschaftlich und sozial erfolgreiche ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zu entwickeln, spielt die Kundenorientierung eine zentrale Rolle. Wesentliche Ziele zukünftiger Kundinnen und Kunden der Altenhilfe sind der Erhalt der Selbstbestimmung, die Individualität der eigenen Versorgung, der Wunsch nach Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Versorgungs- und Notfallsicherheit. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der Kundenorientierung sind Kenntnisse des Marktes und des Nachfrageverhaltens. Wer die Bedürfnisse potenzieller Kunden analysiert und kennt, kann zukunftsfähige Dienstleistungs- und Angebotspakete entwickeln.

Pflegebedürftige und deren Angehörige können heute aus einer Vielzahl von Dienstleistungsangeboten auswählen. Daher werden eine bedarfsorientierte, individualisierte Ausrichtung der Angebotspalette und eine durchgehende Serviceorientierung für Anbieter im Altenhilfesektor zunehmend wichtiger. Eine entsprechende Versorgung wird zukünftig nur über eine intelligente Vernetzung im Altenhilfemarkt und den Einsatz neuer innovativer Dienstleistungskonzepte und Technologien möglich sein. Hier können auch zunehmend neue Technologien eingesetzt werden, da die »neuen Alten« neben ihren individuellen Wünschen an ein Leben im Alter auch individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten mitbringen. Sie sind zunehmend technikkompetent und zeigen eine Neugierde und wachsende Technikaffinität, durch die neue Technologien zur Alltagsunterstützung in den Altenhilfemarkt hineinwachsen können. Innovative technische Entwicklungen

dienen sowohl den direkten Kunden als auch deren Angehörigen und Dienstleistern im Bereich der Kommunikation und der Sicherheit. Hier steckt enormes Entwicklungspotenzial, denn häufig mangelt es an einem ganzheitlichen Ansatz aus der Verknüpfung von Technologien und Dienstleistungen sowie an belastbaren Geschäftsmodellen.

Durch die Angebotsvielfalt und Verbundlösungen aus verschiedenen Dienstleistungen und Produkten eröffnen sich neue Chancen für Träger, Produkthersteller und Dienstleister. Aber auch die klassischen Berufe in der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung werden sich den neuen Anforderungsprofilen stellen müssen. Hierfür muss eine belastbare Vernetzung mit allen Beteiligten geschaffen werden.

1.2.6 Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 1. Auflage, Berlin 2009.

Cirkel, Michael; Hilbert, Josef; Schalk, Christa: Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Produkte, Dienstleistungen und Verbraucherschutz für ältere Menschen, Berlin 2004.

Eichener, Volker; Schauerte, Martin; Klein, Kerstin: Zukunft des Wohnens: Perspektiven für die Wohnungs- und Immobilienwirtschaft in Rheinland und Westfalen, 1. Auflage, Düsseldorf 2004.

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) (Hrsg.): Wie wollen wir künftig leben? Expertise zu Lebensstilen, Interessenslagen und Wohnbedürfnissen älterer Menschen, Dortmund 2008.

Podding, Benjamin: Die »Neuen Alten« im Wohnungsmarkt – Aktuelle Forschungsergebnisse über eine stark wachsende Zielgruppe. In: vhw Forum Wohnungseigentum (2006) Nr. 3, S. 211-217.

Reifferscheid, Paul: Die Älteren. Zur Lebenssituation der 55- bis 70-Jährigen. Eine Studie der Institute Infratest-Sozialforschung, Bonn 1993.

Spellerberg, Annette: Soziale Differenzierung durch Lebensstile. Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West- und Ostdeutschland. Berlin 1996.

Spellerberg, Annette; Schneider, Nicole: Lebensstile, Wohnbedürfnisse und räumliche Mobilität. Wüstenrot Stiftung Deutscher Eigenheimverein e.V. (Hrsg.), Opladen 1999.

1.3 Modelle einer lebensstilgerechten Versorgung

Durch die Vielzahl an Kundentypen (siehe Kapitel 1.2) ergibt sich auch eine Vielzahl von Anforderungen an das Versorgungsmodell »Pflege 2020«. Es setzt sich aus den Kundentypen, den Angeboten und der Vernetzung der Anbieter zusammen (siehe Abb. 1).

1.3.1 Nachfrage und Angebot – Kundentypen und Anbieter

Um den Umfang an benötigten Angeboten innerhalb des Versorgungsmodells zu erfassen, ist es notwendig, für jeden Kundentyp den Bedarf aufgrund seines Lebensstils und seiner Beeinträchtigungen zu beschreiben. Diese Bedarfe und Bedürfnisse teilen sich in drei Konsumbereiche:

- Wohnumfeld,
- Dienstleistungen,
- Produkte/Technologien.

Im Projekt »Pflege 2020« wurden für die 15 identifizierten Kundentypen die benötigten Angebote ermittelt. Ziel war es, alle Kundentypen optimal zu versorgen. Dadurch weist das gesamtheitliche

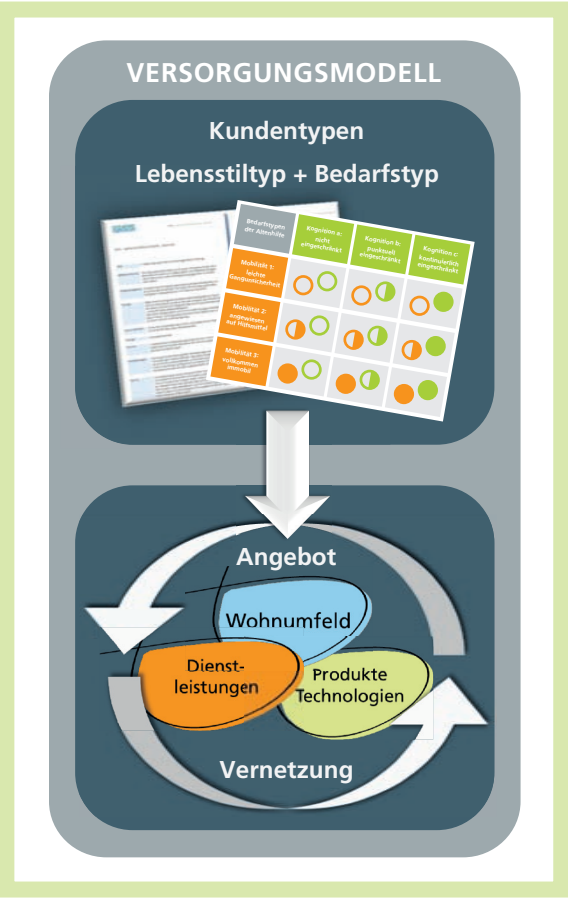


ABB. 1 Versorgungsmodell »Pflege 2020«

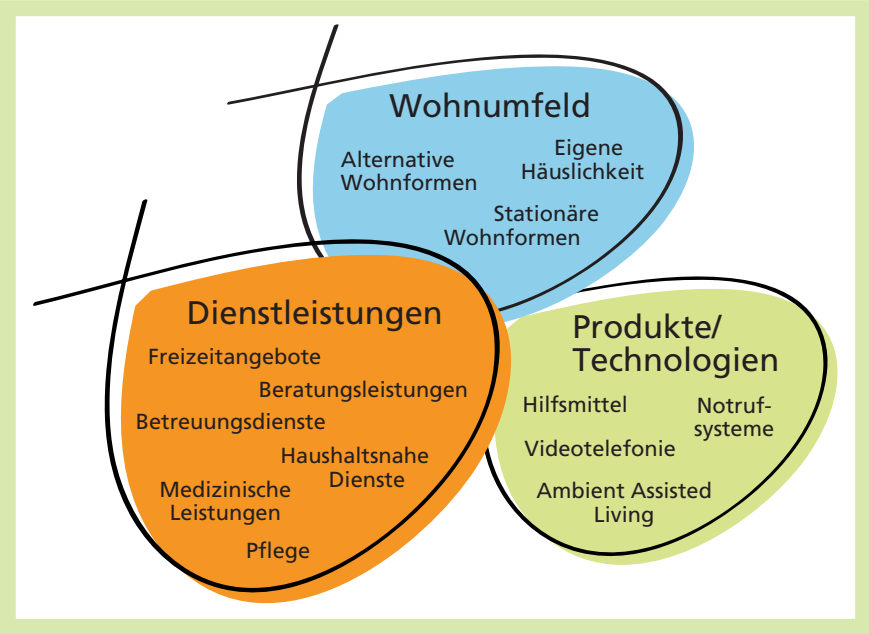


ABB. 2 Vielfalt der Angebote

Angebotsmodell eine immense Zahl von verschiedenen Wohnformen, beteiligten Personen, Dienstleistungen, Produkte und Technologien auf (siehe Abb. 2).

Am Beispiel zweier Kundentypen sollen der individuelle Bedarf und die Bedürfnisse dargestellt werden:

Beispiel 1
Lebensstiltyp: familienorientierter Lebensstil
Bedarfstyp: volle kognitive Leistungsfähigkeit, mit Hilfsmitteln mobil

Beschreibung
Dieser Kundentyp ist charakterisiert durch einen familiär orientierten Lebensstil und volle kognitive Leistungsfähigkeit. Bestehende Mobilitätseinschränkungen werden durch den Einsatz von Hilfsmitteln kompensiert. Die Person wohnt in der Regel mit einem Partner im familiären Verbund.

Wohnumfeld
Die Person kann in ihrem häuslichen Umfeld wohnen bleiben und außerhäuslichen Aktivitäten mit Unterstützung nachgehen. Sie kann ohne Probleme ihrem Lebensstil und Interessen nachgehen. Diese Aktivitäten sind vorzugsweise Heimwerken wie Holz- oder Gartenarbeiten und Handarbeiten wie Stricken, Nähen oder Häkeln. Betreutes Wohnen gemeinsam mit dem Partner wäre eine weitere Option.

Dienstleistungen
Der Unterstützungsbedarf ist hier gering und erfolgt im Wesentlichen durch die Familie. Der Kundentyp nimmt beispielsweise Beratungsangebote zur Wohnraumanpassung, Hilfsmittelberatung, Präventionsangebote und Gymnastik in Anspruch.

Angebote, die die Familie bei der Pflege und Betreuung beraten und entlasten, sollten in diesen Fällen einfach und proaktiv bereitgestellt werden,

z.B. durch eine stundenweise Entlastung und Pflegekurse.

Produkte/Technologien

Wichtig für diesen familienorientierten Kundentyp ist die Kommunikation mit Familienangehörigen. Das TV-Gerät könnte hier als Video-Kommunikationssystem genutzt werden. Mobilitätshilfen wie Treppenlift und Rollator sind aufgrund der Mobilitätsbeeinträchtigung erforderlich und werden akzeptiert.

Bei diesem Kundentyp gibt es die Besonderheit, dass ein Verlust des familiären Netzwerkes eintreten kann, beispielsweise durch den Tod des Partners,

den Wegzug der Kinder oder das Abwenden der Familie. Dann ändert sich auch die Bedarfslage und eventuell auch der Ausdruck des Lebensstils. Die eigene Häuslichkeit ist nicht mehr unbedingt die ideale Wohnumgebung. Eine bessere Alternative wäre betreutes Wohnen mit entsprechenden Räumen oder separaten Zonen um Angehörigen zu treffen. Die Unterstützung, die die Angehörigen geleistet haben, muss nun durch professionelle Unterstützung oder den Freundeskreis ersetzt werden. Dies sind in erster Linie haushaltsnahe Dienstleistungen und niedrigschwellige Betreuungsleistungen wie Begleitservices zum Arzt.

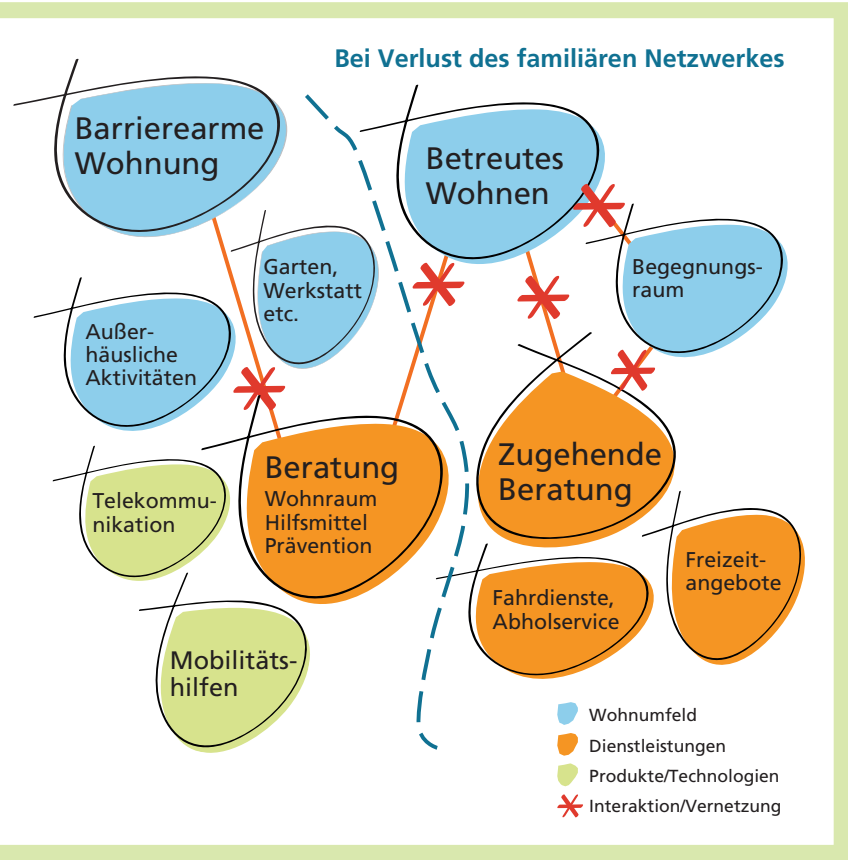


ABB. 3
Individuelles Angebotsmodell eines familienorientierten Lebensstils, volle kognitive Leistungsfähigkeit, mit Hilfsmitteln mobil

Beispiel 2
Lebensstiltyp:
erlebnisorientierter Lebensstil
Bedarfstyp:
permanente Kognitionsstörung, mit Hilfsmitteln mobil

Beschreibung

Dieser Kundentyp ist charakterisiert durch einen aktiv nach außen gerichteten, erlebnisorientierten Lebensstil bei permanent gestörter Kognition. Die Person ist örtlich, zeitlich und situativ nicht orientiert und leidet an Gedächtnisverlust. Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus treten auf. Handlungsabläufe werden nicht mehr strukturiert und koordiniert. Vertraute Personen werden phasenweise nicht erkannt. Die Mobilität ist durch eine Gebundenheit an Hilfsmittel begrenzt. In der Ebene kann die betroffene Person sich selbstständig fortbewegen.

Wohnumfeld

Aufgrund des starken Bedürfnisses nach Individualität (erlebnisorientierter Lebensstil) ist trotz der kognitiven Einschränkungen das häusliche Umfeld denkbar. Da der Kundentyp über die notwendigen finanziellen Mittel verfügt, kann er seine Umgebung auf seine Bedarfe und Bedürfnisse anpassen. Beim Wohnumfeld bezieht sich die Anpassung auf die Erhöhung der Sicherheit, beispielsweise Beseitigung von Stolperfallen, Möglichkeiten zur Unterbringung einer Betreuungsperson und Gestaltung von Räumen, um individuellen Neigungen (beispielsweise künstlerischen Tätigkeiten) nachgehen zu können. Alternativen sind lediglich ein betreutes Wohnen auf hohem Niveau wie in Seniorenresidenzen mit hohem Service oder Hausgemeinschaften mit eigener Wohnung.

Dienstleistungen

Aufgrund der permanenten kognitiven Störung braucht dieser Kundentyp eine Tages- und Handlungsstrukturierung. Diese muss individuell an bisherige Gewohnheiten angepasst werden und umfasst neben einer bedarfsgesteuerten personellen Betreuung (eventuell 24-Stunden-Betreuung) ein individuelles Eventmanagement (über geschultes Personal), einen Fahrdienst und Begleitservice, beispielsweise zur Oper und Angebote in Bezug auf Wellness und Prävention.

Produkte/Technologien

Aufgrund der hohen Technikaffinität kommen auch innovative Technologien wie »Ambient Assisted Living« (AAL), die ein selbstbestimmtes Leben unterstützen, infrage. Der Einsatz von AAL ist vielfältig: So können Küchengeräte und Wasserverbrauch (fern) überwacht werden, Vitaldaten und Aktivitäten lassen sich über Sensoren ermitteln. Die Technologie unterstützt Navigation und Orientung, mit ihrer Hilfe können Bewegung gefördert und innovative Mobilitätshilfen entwickelt werden.

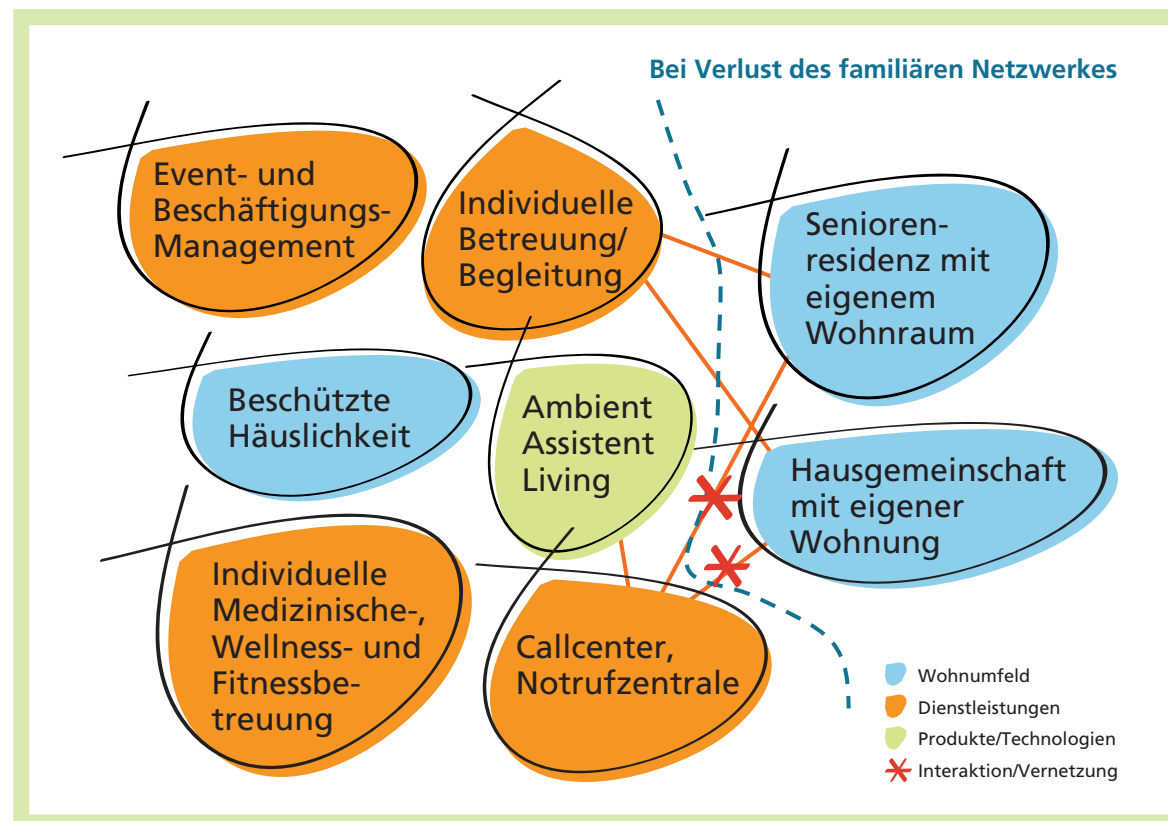


ABB.4 Individuelles Angebotsmodell eines erlebnisorientierten Lebensstils mit permanenter kognitiver Einschränkung

1.3.2 Vernetzung

Aus dem Angebotsmodell wird deutlich, dass diverse Leistungen erbracht werden müssen, um eine lokale und regionale Versorgungsstruktur aufzubauen. Komplettanbieter wird es aufgrund des großen Umfangs an Angeboten äußerst selten geben. Wahrscheinlicher ist die Bildung von Versorgungsstrukturen durch ein Zusammentreffen einer Vielzahl an Beteiligten, die sich auf die Erbringung einzelner Leistungen für eine bestimmte Zielgruppe spezialisieren und somit einen hohen Grad an Professionalität aufweisen.

Wie eine individuelle Versorgung in einer regionalen Struktur organisiert werden kann, zeigt das folgende

Vernetzungsmodell. Dieses Modell wurde in enger Zusammenarbeit mit Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten wie Gerontologie, Gesundheitsökonomie, Medizintechnik und Politikwissenschaften zu den einzelnen Themenbereichen entwickelt.

Zentrale Koordination – Initiator und Betreiber

Die Vernetzung zwischen Seniorenarbeit, offener Altenhilfe, Gemeinwesenarbeit, Pflegeanbietern und Dienstleistern muss gewährleistet werden.

Bei einer Vernetzung im Sinne der Kombination von sich ergänzenden Angeboten ist vom Individuum und seinen Bedarfen und Bedürfnissen auszugehen. Ein

Konzept, welches diesem Aspekt Rechnung trägt, ist das Case-Management in seiner ursprünglichen Idee, Verfahrensweise zu sein, »bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen« (DGCC, 2012). Das Case-Management wird bereits in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens praktiziert, beispielsweise in der Sozialarbeit (Alten-, Jugend- und Familienhilfe), bei der medizinischen Versorgung (Krankenhäuser, Ärzte) und in Pflegeinstitutionen (ambulante und stationäre Pflege). Die Aktivitäten in der Praxis sind Koordinierung, Kooperation, Management im Einzelfall und Management der Fälle (Kategorisierung der Fälle und Ableitung von Handlungsleitfäden). Demgegenüber stehen die theoretischen Grundlagen aus Versorgungsforschung, Lebensweltorientierung, Fallführung, Systemsteuerung und Governance (vgl. Wendt, 2011, S. 8). Hier wird auch der Bedarf einer organisationsübergreifenden Vernetzung formuliert, um diverse erforderliche Dienstleistungen, Produkte und Wohnformen aus einer Hand bereitstellen zu können. Ein solches Case-Management auf der Systemebene wird auch Care-Management genannt (vgl. Klie, 2008, S. 93). Das heutige Case- und Care-Management beschränkt sich allerdings stark auf staatlich organisierte und finanzierte Leistungen im Gesundheitswesen. Um eine lebensstilorientierte Versorgung zu gewährleisten müssen weitere Angebote Eingang finden, beispielsweise privat finanzierte Dienstleistungen oder formelle Pflege durch Angehörige, Freunde und Ehrenamtliche). Diese müssen auf der Systemebene des Case-Managements berücksichtigt und integriert werden. Aufgrund der besseren Organisation der informellen Dienste kommt es auch zu einer höheren Leistungserbringung außerhalb der Sozialkassen. Die Sozialversicherung tritt gemäß dem Subsidiaritätsprinzip erst später ein.

Hierzu muss allerdings ein Umdenken bei allen Akteuren erreicht werden, diese müssen sich neu ausrichten,

hin zu einem sozialraum-orientierten gemeinsamen Handeln. Hierfür sind zwei Schritte notwendig. Zunächst müssen alle an der Versorgung Beteiligten voneinander wissen und sich über ihre Leistungen austauschen. Daraus folgt, dass theoretisch jeder Anbieter mit jedem weiteren Beteiligten vernetzt sein muss, was faktisch derzeit aufgrund von Zeitmangel und Informationsfülle nicht erreicht werden kann. Als zweiter Schritt muss daher eine zentrale Institution identifiziert werden, die die Informationen bündelt und auch Lösungen anbieten kann, wie das individuelle Netzwerk aufgebaut und erweitert werden kann. Diese »Dienstleistungskordinationsstelle« ist sowohl für ältere Menschen als auch für Angehörige, Ehrenamtliche und Anbieter Ansprechpartner.

Mögliche Aufgaben einer solchen zentralen Koordinations- und Anlaufstelle sind:

- Betreuung und Koordination der Nachbarschaftshilfe und bürgerschaftliches Engagement,
- Anlaufstelle für ehrenamtliche Betreuer,
- Dienstleistungs-Tauschbörse,
- Vernetzung mit Einzelhandel: Beispiel AAL-Mittelhessen, Koordination des Lieferservice,
- Sitz des Care-/Case-Managers, aufsuchende Beratung,
- Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige, Wohnberatung,
- Fahrdienste.

Es braucht einen Initiator, der auf regionaler Ebene eine Vernetzung in Gang setzt.

Initiator können sowohl private als auch öffentliche Unternehmen oder öffentliche Träger, z.B. Kommunen und Körperschaften des öffentlichen Rechts sein. Bei der Versorgung älterer Menschen handelt es sich um eine hoheitliche Aufgabe, insbesondere dann, wenn Leistungen der Kranken- und Pflegekassen tangiert werden. Dies ist ein Grund dafür, dass der Staat

Einfluss nehmen kann und soll. Die Versorgungsinfrastuktur aufzubauen, zu planen und aufrechtzuerhalten, ist Aufgabe der Kommune. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Kommune Initiator oder gar Betreiber sein muss. Sie muss lediglich dafür Sorge tragen, dass ein Initiator bei Bedarf gefunden und unterstützt wird. Aus Sicht eines nicht-staatlichen Initiators ist allerdings diese Unterstützung notwendig, um die Vernetzung in erforderlichem Umfang und ohne Gegenwirkung der kommunalen Politik zu initiieren.

Es braucht einen Betreiber, der die Vernetzung auf der Anbieterseite organisiert und die individuelle Versorgung sichert.

Als Betreiber der Koordinationsstelle kommen grundsätzlich ebenfalls sowohl privatwirtschaftliche als auch öffentliche Träger infrage. Potenzielle öffentliche Institutionen sind die Pflegestützpunkte, da sie per Gesetz (§ 92c Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch, i.d.F. vom 21.07.2012) die Aufgaben haben,

- umfassende Auskunft zu geben und Beratungen durchzuführen,
- wohnortnahe Angebote zu koordinieren
- und die Angebote zu vernetzen.

Eine individuelle Beratung und das Fallmanagement können nach § 7a SGB XI allerdings nur solche Personen in Anspruch nehmen, die Leistungen der Pflegekasse erhalten oder einen Antrag gestellt haben. Dies bedeutet, dass erst ein großer Bedarf an pflegerischer Versorgung existieren muss, um ein Fallmanagement in Anspruch nehmen zu können.

Zwar übernimmt der Pflegestützpunkt die Aufgabe, eine Systemvernetzung im Sinne des erweiterten Case-Managements zu vollziehen, dies bezieht sich allerdings nicht auf eine faktische Zusammenarbeit (vertragliche Bindung im Einzelfall). Auch ist eine auf Dauer angelegte Kommunikation und Koordination

zwischen den beteiligten Leistungserbringern im Einzelfall nicht Aufgabe des Pflegestützpunktes. Das trifft insbesondere zu auf die Sammlung von Informationen über den Kunden und dessen Bedürfnisse und der erbrachten Leistungen im Detail, als Grundvoraussetzung eines auf Dauer angelegten Fallmanagements. Die Stützpunkte treten selbst nicht als Vertragspartner im Auftrag des Kunden auf, der Vertrag wird letztlich zwischen dem Pflegebedürftigen und jedem einzelnen Anbieter geschlossen. Eine Ausnahme bilden hier die Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a SGB V. Die Verträge können auch Pflegeleistungen einbeziehen, was jedoch aufgrund des hohen Aufwands der Vorbereitung (Informationsbeschaffung, Verhandlungen), ungeklärten Finanzierungsmodalitäten und Vorbehalte bezüglich des Personals bisher nur wenig in Anspruch genommen wird (vgl. Goldmann, 2008, S. 4). Die Integration von sozialversicherungsfernen Organisationen, beispielsweise Dienstleister im niedrigschwelligen Bereich, ist bei der Integrierten Versorgung beschränkt, wodurch eine Angebotslücke entsteht. Diese wird voraussichtlich auch nicht durch die Kommune abgedeckt. Unabhängig der ungeklärten Frage der Finanzierung hätte auch sie die Verpflichtung, eine unabhängige Beratung durchzuführen und könnte nicht selbst im Auftrag der bedürftigen Personen mit den Anbietern Verträge schließen. Sollte die Kommune die Koordinationsstelle betreiben, würde dies eine grundlegende Neuauffassung der Kommunen und zahlreiche rechtliche Änderungen nach sich ziehen (Rekommunalisierung). Die Kommunen müssten die Aufgaben übernehmen, die im Rahmen der Subsidiarität große Leistungserbringer leisten, die Kostenträgerschaft und in erster Linie das Kontraktmanagement müssten bei den Kommunen liegen (vgl. Klie, 2009, S. 23).

Privatwirtschaftliche Unternehmen wie Pflegeeinrichtungen, Wohnungsbau oder ein Verbund von Dienstleistern könnten diese Mittlerrolle jedoch einnehmen. Sie können Verträge mit den Bedürftigen schließen

und die festgelegten Leistungen selbst erbringen, beziehungsweise durch eine Vernetzung durch Kooperations- und Vertragspartner erbringen lassen. Der Vorteil dieser Lösung besteht darin, dass ein vertragliches Verhältnis auch zwischen dem Koordinator und den Leistungserbringern zustande kommt. Hier können Qualitätsstandards eingeführt und die Kommunikationsfrequenz sowie deren Inhalte vertraglich festgelegt werden. Die vertragliche Vereinbarung zwischen der Koordinationsstelle und dem älteren Menschen kann bereits frühzeitig getroffen werden, beispielsweise bei haushaltsnahen Dienstleistungen oder Handwerkerleistungen. Der Vertrag kann dann modular nach den Bedürfnissen des älteren Menschen ergänzt und flexibel verändert werden.

Ein Koordinator, der vielleicht sogar selbst Leistungen erbringt, ist natürlich in seiner Beratungsfunktion nicht objektiv. Allerdings könnten beispielsweise durch Definition von Qualitätsstandards die Vertragspartner gezwungen werden, vergleichbare und festgelegte Qualität zu liefern und zu garantieren. Wenn wettbewerbsschädigendes Verhalten beobachtet wird, kann der Staat immer noch darüber hinaus regulierend eingreifen. Die Entscheidung für oder gegen die Privatisierung ist ein Trade-off zwischen unabhängiger Beratung und einer funktionierenden koordinierten Versorgung.

Eine einheitliche und übergreifend koordinierte Kommunikation muss gewährleistet werden – unabhängig der Diskussion, wer die Koordination übernimmt. Nur durch eine flexible Zusammenführung unterschiedlichster Beteiligter kann eine individuelle Versorgung geschaffen werden.

Herausforderungen bei der Vernetzung

Eine Vielzahl von Beteiligten erfordert die Berücksichtigung vieler Interessen, die unter Umständen auch konträr zueinander gerichtet sind. Für die Bildung einer

weit angelegten Vernetzung ist es daher erforderlich, im Vorfeld die Interessen der einzelnen Beteiligten zu kennen und gemeinsame Ziele zu definieren.

Beispiele für Interessen der Beteiligten sind:

- Staat/Kommune/Kostenträger: Sicherstellung der Versorgung, Kostenreduktion,
- Unternehmen: Gewinn (beziehungsweise Einnahmen/Beiträge), Kundenbindung, Image,
- Personal: Einkommen, Arbeitsplatzsicherheit, Selbstverwirklichung,
- Ehrenamtliche: Anerkennung, Selbstverwirklichung,
- Angehörige: Entlastung, Verlässlichkeit, Kosten,
- Kunden: Lebensqualität (Individualität), Teilhabe, Sicherheit, Versorgung, Kosten.

Unterschiedliche Interessen müssen auf einen Nenner gebracht werden.

Diese teilweise entgegengesetzten Interessen gilt es, analog den Interessen beim Case-Management, zu vereinen und anzugleichen. Die Beteiligten stehen sich zunächst misstrauisch gegenüber, was zum Scheitern eines solchen Angleichungsprozesses führen kann. Voraussetzung für das Gelingen ist, dass die Partner des geplanten Netzwerks gemeinsame Leitlinien entwickeln, die für alle tragbar sind (vgl. Roters und Roters-Möller, 2011, S. 169).

Auch nach der Formulierung von Leitlinien und der Kenntnis über Ziele und Anreize der beteiligten Anbieter bleibt offen, wie die Interessen der Kunden adäquat vertreten sein können. Jeder Akteur hat seine eigenen oftmals wirtschaftlichen Vorteile im Blick, wodurch nicht das Gesamtwohl der Gesellschaft, sondern die eigenen Vorteile maximiert werden. Neben der Integration von Interessensverbänden aller maßgeblichen Kunden in das Netzwerk wäre eine Selbstregulierung über den Wettbewerb als Lösung denkbar. Gibt es mehrere Anbieter für eine regionale Versorgung, entsteht Wettbewerb, der im Idealfall ein

Wettbewerb über die Qualität darstellt. Es ist jedoch anzunehmen, dass einzelne große Anbieter eine Koordinationsstelle einrichten können, wodurch eine gewisse Monopolstellung befürchtet werden kann. Ein solches Marktversagen rechtfertigt den Eingriff des Staates in Form von Überwachung, Steuerung und Entscheidungen auf der »planungsrechtlichen Ebene« (Klie, 2009, S. 19).

Somit ist das Vernetzungsmodell auf das Zusammenspiel der Kommune (als Initiator), der freien Wirtschaft (Dienstleister und Betreiber), der Sozialversicherungsträger (als Teilfinanzierer) und des Staates (als Regulator) angewiesen.

Rolle der beteiligten Leistungserbringer und Geschäftsmodelle

Professionalisierung der Vernetzung bedeutet Bereitstellung unterschiedlicher Kooperationsmodelle.

Aufgrund der Komplexität ist es unwahrscheinlich, dass ein einzelner Anbieter alle Dienstleistungen erbringt und somit Komplettanbieter wird. Vielmehr wird sich das Netzwerk aus diversen Unternehmen zusammenstellen und seine Kernkompetenz einbringen. Dabei wird es Unternehmen geben, die sich mehr einbringen und ein loserer Netzwerk. Der vertragliche Rahmen innerhalb der Unternehmen muss offen für diese beiden unterschiedlichen Unternehmensentscheidungen sein. Maßgebliche Beteiligte können stärker vertraglich vernetzt werden, beispielsweise durch die Bildung einer juristischen Person, während weitere Anbieter durch einzelne Kooperationsverträge eingebunden werden beziehungsweise durch lose Kooperationen Leistungen erbringen. Bei aller notwendigen Professionalität und Verbindlichkeit kann durch diese Abstufung gewährleistet werden, dass potenzielle Partner ihren Aufwand weitgehend selbst bestimmen

können und auch bei geringem Aufwand die Kontakte zu anderen Anbietern und zu potenziellen Kunden erhalten.

Ein belastbares flexibles Geschäftsmodell wird benötigt.

Eine Betrachtung des Themas Geschäftsmodelle kann vereinfacht an den drei durch Stähler definierten Bestandteilen »Nutzenversprechen«, »Wertschöpfungsarchitektur« und »Ertragsmodell« dargestellt werden (angelehnt an Stähler, 2002, S. 47). Das Nutzenversprechen ist neben dem unmittelbaren Kunden und den Netzwerkpartnern auch für die Angehörigen, den Ehrenamtlichen, dem Staat und den Leistungserbringern zu definieren. Bereits an dieser Stelle wird deutlich, wie viele Beteiligte bei der Entwicklung von Geschäftsmodellen im Altenhilfemarkt berücksichtigt werden müssen. Nutzenversprechen der einzelnen Beteiligten sind analog der bereits oben genannten Ziele zu definieren. Die Leistungserstellung – und damit auch die Wertschöpfungsarchitektur – sind je nach Versorgungsgrad sehr unterschiedlich aufgebaut. Handelt es sich zum Beispiel lediglich um die Unterstützung durch haushaltsnahe Dienstleistungen, beauftragt der Kunde die Koordinationsstelle, die wiederum einen kooperierenden Partner die Leistung erbringen lässt. Die Leistung der Koordinationsstelle ist hier, den für den Kunden passenden Anbieter zu wählen, die Vorbereitungen zu treffen, also Daten und Wünsche zu erfassen und den Dienstleister zu beauftragen und ihn zu kontrollieren. Dieser erstellt beziehungsweise erbringt die Leistung. Die Leistungserbringer in diesem System profitieren von dem vereinfachten Zugang zu einer Zielgruppe. Bei gleichzeitiger Spezialisierung kann zusätzlich über Skaleneffekte ein hohes Maß an Wirtschaftlichkeit erreicht werden und das bei gleicher Qualität. Im Falle einer umfassenderen Versorgung unter anderem mit dem Bezug von Sozialleistungen (insbesondere Sachleistungen) erweitert sich die Wertschöpfungskette um weitere Dienstleister. Auch die

Kostenträger treten in der Wertschöpfungskette auf. Das Ertragsmodell ist ebenso vielfältig. Meist ist es eine Mischung aus verschiedenen Einnahmequellen. Private Leistungen können vom Kunden oder dessen Angehörigen direkt getragen werden (Selbstzahler), Leistungen der Sozialversicherung müssen über diese finanziert werden können. Im Rahmen von Modellprojekten und Integrierter Versorgung müssen in Zukunft neue Modelle der Finanzierungsfähigkeit von Sozial- und Gesundheitsleistungen entwickelt werden. Weitere Einnahmequellen sind je nach Organisationsform Spenden oder Einnahmen über Stiftungen.

Vernetzung auf der Datenebene

Vernetzung tritt im Versorgungsmodell als doppelt besetzter Begriff auf. Zum einen wie oben dargestellt durch eine Vernetzung der Anbieter, zum anderen ist der Begriff auch durch die Informationstechnik belegt. Die IT-Vernetzung betrifft die Vernetzung von Informationen in Form von Daten und ist meist einfacher zu realisieren als die Vernetzung der Akteure (vgl. Heinze und Ley, 2009, S. 6). Die Chancen, die sich aus der Datenvernetzung ergeben, sind vor allem eine flexible, schnelle und wirtschaftliche Leistungserbringung. Wie bereits erwähnt, benötigt die Koordinationsstelle zur exakten Planung detaillierte Informationen der Leistungserbringer. Diese können nur durch Nutzung einer einheitlichen Datenbank schnell zur Verfügung gestellt werden. Im Gegenzug dazu können die Anbieter Detailinformationen über die Kunden erhalten und so maßgeschneiderte Leistungen erbringen und die Zufriedenheit erhöhen. Der Kunde muss seine Angaben nicht jedem Leistungserbringer gegenüber machen, denn seine Angaben sind zentral gespeichert. Er muss lediglich den Zugriff auf bestimmte Daten erlauben. Durch detaillierte Informationen ist es zudem möglich, Prozesse zu optimieren, z.B. bei der Tourenplanung von Pflegediensten oder bei der Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs durch einen Kurierdienst.

Regionale Lösungen

Regionale Vernetzung ist abhängig von regionalen Umständen, Rahmenbedingungen und Personen der Region. Die Vernetzung ist so individuell wie die Bürger und die Umgebung. Dies bedeutet, dass es kein allgemeingültiges Idealbild einer vernetzten individualisierten Versorgung gibt. Regionale, bestehende Strukturen müssen erfasst, analysiert und fallweise ausgebaut werden.

Versorgung im Quartier benötigt einen zentralen Ort des Geschehens.

Ein relativ weit übertragbares Konzept ist das Konzept des Quartiers. Ein Quartier in diesem Zusammenhang wird als Teil einer Stadt verstanden, das sich durch bestimmte Grenzen abhebt – seien diese baulicher, politischer oder gesellschaftlicher Art. Innerhalb dieser relativ abgeschlossenen Region lassen sich regionale Vernetzung und Umfang des Angebotsmodells sehr gut erläutern. Zudem kann ein solches Quartier durch seine Abgrenzung relativ leicht auf andere Städte beziehungsweise Stadtteile übertragen werden.

Um der Koordinationsstelle im oben beschriebenen Sinne zu entsprechen, bedarf es im Quartier einer oder mehrerer solcher Anlaufstellen. Zusätzlich dazu kann ein Dienstleistungszentrum aufgebaut werden, in welchem sich die beteiligten Netzwerkpartner verorten. Hier können auch weitere Anbieter, zum Beispiel Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, ansässig werden.

Ein solches Zentrum könnte folgende Angebote beinhalten:

- Dienstleistungskordinationsstelle,
- Begegnungsstätten,
- Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige, Wohnberatung,
- Mobile Soziale Dienste und Sozialstationen,

- Café, Restaurant,
- Kindergarten,
- Einzelhandel,
- Ärzte, Apotheke,
- Fitnesszentrum mit Präventionsangeboten,
- kulturelle Angebote.

1.3.3

Fazit Versorgungsmodell

Wenn man von den Betrachtungen des Individuums ausgeht, mit seinen Bedürfnissen aufgrund seiner kognitiven und physischen Beeinträchtigungen und seines Bedarfs ausgehend von seinem Lebensstil bedarf es an vielfältigen flexiblen und modularen Versorgungsangeboten. Diese Angebote müssen auf einer Systemebene zusammengebracht werden, sämtliche Beteiligte müssen über ein Vernetzungsmodell miteinander agieren können. Um eine regionale Versorgung zu gewährleisten und dabei die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse zu befriedigen werden folgende Elemente des Versorgungsmodells benötigt:

- Die Bereitstellung aller im Angebotsmodell dargestellten Leistungen,
- einen Initiator, der die Vernetzung startet,
- einen Betreiber, der die Aufgaben als Koordinationsstelle wahrnimmt,
- Leitlinien, die die Vernetzung zwischen den Akteuren fokussieren und regeln,
- ein Geschäftsmodell für die Vernetzung, unter Einbeziehung aller Interessen,
- Vernetzung im Sinne der IT-Infrastruktur,
- regionale Anpassungen der Vernetzung (beispielsweise ein Dienstleistungszentrum im Quartier).

1.3.4

Literatur

Goldmann, Monika: Pflege auf dem Weg in die Integrierte Versorgung. Beispiele aus der Praxis, Dortmund 2008.

Heinze, Rolf G.; Ley Catherine: Abschlussbericht des Forschungsprojektes Vernetztes Wohnen: Ausbreitung, Akzeptanz und nachhaltige Geschäftsmodelle, Bochum 2009.

Klie, Thomas: Sozialpolitische Neuorientierung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung. In: Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, 2009, S. 5-29.

Klie, Thomas; Monzer, Michael: Case Management in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41/2008, Heft 2, S. 92-105.

Roters, Milena; Roters-Möller, Sören: Case Management in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. In: Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Wendt, Wolf R.; Löcherbach, Peter (Hrsg.), Heidelberg 2011, S. 159-174.

Stähler, Patrick: Geschäftsmodelle in der digitalen Ökonomie. In: Electronic Commerce. Szyperski, Norbert et al. (Hrsg.), Band 7, 2. Auflage, Köln 2002.

Wendt, Wolf R.: State of the art: Das entwickelte Case Management. In: Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Wendt, Wolf R.; Löcherbach, Peter (Hrsg.), Heidelberg 2011, S. 159-174.

1.4

Anforderungen an Beschäftigte in verschiedenen Versorgungssituationen

Die professionelle Pflege muss sich dem sozio-demografischen und dem institutionellen Wandel in der Versorgung älterer Menschen stellen. Ein wichtiger Punkt ist es, eine Unterstützungs- und Pflegeinfrastruktur zu schaffen, die den unterschiedlichen und sich verändernden Interessens- und Problemlagen der älteren Bevölkerung gerecht wird. Zudem stellt sich die Frage nach den Auswirkungen des erforderlichen Wandels auf die Kompetenzen und Fähigkeiten in den Pflegeberufen.

Drei Trends machen den Forschungsbedarf im Zusammenhang mit der Personalentwicklung im Umfeld der Altenhilfe deutlich:

- Der Fachkräftemangel und der zunehmende Personal-Mix mit der Aufteilung in berufssgruppenspezifische Verantwortungsbereiche machen neue Formen der Zusammenarbeit notwendig. Interdisziplinär agierende Pflgeteams führen zu neuen Anforderungen in Bezug auf die Steuerung der Arbeitsprozesse, die Qualitätsverantwortung und die Anleitung geringer qualifizierter Kolleginnen und Kollegen.

- Die Entwicklung und Umsetzung pflegerischer Konzepte im Umgang mit speziellen Zielgruppen stellt für die professionell Pflegenden neue Anforderungen an die Diagnostik (pflegerische Assessments) sowie die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen. Aspekte der Beratung, Prävention und Rehabilitation sind dabei ebenso zu berücksichtigen wie eine zielgruppenorientierte Palliativ-Versorgung.

- Spezifische Versorgungssettings beinhalten unterschiedliche Anforderungen an die professionelle Pflege und verlangen spezifische Kompetenzen. So unterscheidet sich der berufliche Pflegealltag einer Pflegekraft in einer stationären Wohngemeinschaft für demenziell Erkrankte erheblich von Pflegenden, die im ambulanten Bereich die Planung und Steuerung des vernetzten Betreuungsangebots im Sinne eines Case-Managements übernehmen. Die je nach Versorgungssetting spezifischen Tätigkeiten müssen zukünftig genauer betrachtet und die Mitarbeitenden befähigt werden, ihre Aufgaben entsprechend auszufüllen.

Die dargestellten Erfordernisse zeigen, wie notwendig es ist, Pflegekräfte zu qualifizieren, um den entsprechenden Herausforderungen in den unterschiedlichen Arbeitsumfeldern zu begegnen. Die Herausforderungen und die Integration von Versorgung in die Lebenswelt der älteren Menschen verweisen darauf »den traditionell medizinischen Pflegebezug zugunsten eines Pflegeverständnisses abzulösen, das Alltagsbewältigung, Integration, Lebensqualität, Teilhabe und Autonomie in besonderer Weise betont« (Knigge-Demal: 2011, S. 76).

Nach der Definition des Internationalen Council of Nurse umfasst Pflege die »eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmungen der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung« (DBfK, ohne Jahr).

Damit wird explizit auf die unterschiedlichen Aufgabenfelder der Pflege hingewiesen, die sich aus der Lebenswelt und damit aus den unterschiedlichen Versorgungssituationen der zu Pflegenden ergeben. Im Rahmen des Verbundforschungsprojektes »Pflege 2020« wurden unterschiedliche Versorgungssettings betrachtet und die Anforderungen, die sich daraus ergeben, genauer definiert.

Anforderungen an das Personal in unterschiedlichen Versorgungssituationen (Settings)

Situationsübergreifend müssen Pflegekräfte über grundlegende Kompetenzen und Befähigungen verfügen, die sich in einem professionellen Berufs- und Pflegeverständnis ausdrücken. Eine genauere Analyse der Einsatzgebiete bzw. Settings, in denen Pflege stattfindet, gibt Ausschluss darüber, welche spezifischen Kompetenzen gefragt sind. Ein Abgleich mit den vorhandenen Kompetenzen durch die Erstellung von Kompetenzprofilen zeigt notwendige Qualifizierungsmaßnahmen auf (siehe Abb. 1).

Im Projekt »Pflege 2020« wurden drei Versorgungssettings genauer betrachtet:

- Gerontopsychiatrische Hausgemeinschaft,
- Quartiersmanagement (Case-Management),
- Wohn- und Technikberatung im Quartier.

Für die Benennung der Anforderungen und notwendigen Kompetenzen wurde der Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen zugrunde gelegt. Dieser wurde im Rahmen des Projektes »Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung« von der Fachhochschule Bielefeld und dem Deutschen Institut für Pflegeforschung entwickelt. (vgl. Knigge-Demal, 2011). Die Anforderungen der genannten Versorgungssettings werden im Folgenden dargestellt.

1.4.1 Anforderungen in Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaften

Immer mehr Pflegeeinrichtungen bieten für demenziell erkrankte Bewohner spezielle Angebote an und organisieren ihre Wohnbereiche in Form einer Hausgemeinschaft.

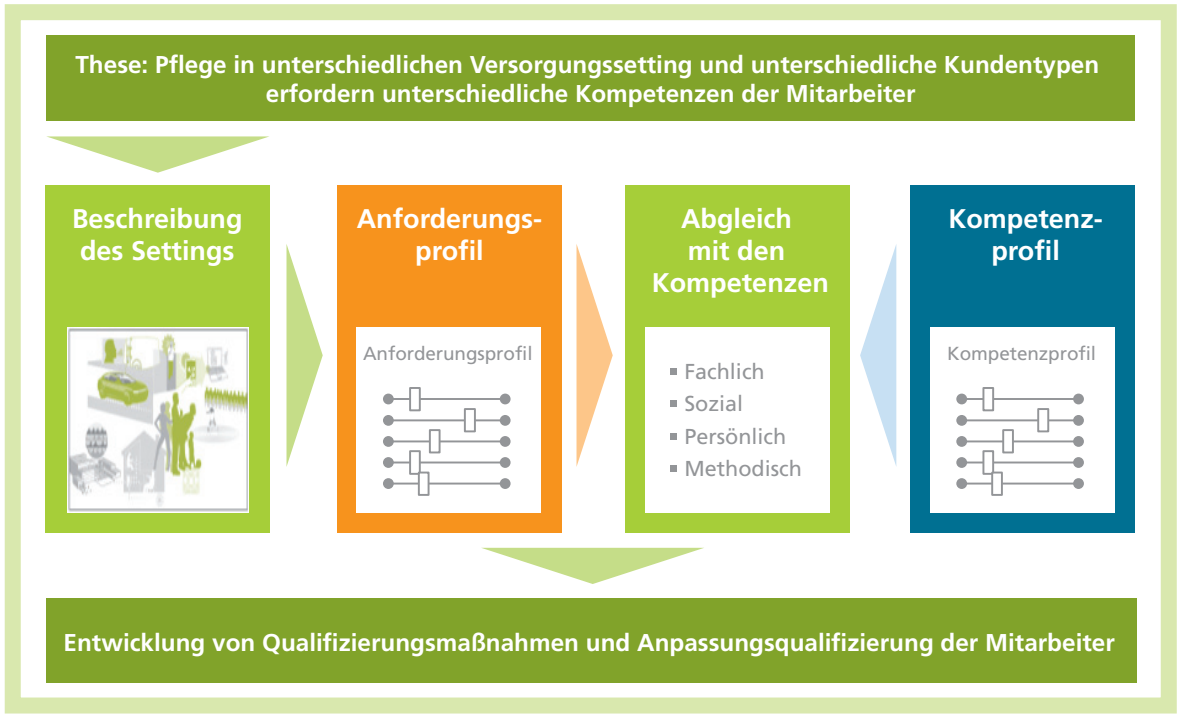


ABB. 1 Vorgehensweise Anforderungsprofile »Pflege 2020«

Prinzipien der Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft

Hausgemeinschaften kehren sich von institutionalisierten, zentral organisierten Versorgungsmodellen ab und wenden sich hin zu einem an der Lebenswelt der Bewohner orientierten Normalitäts-Prinzip. Alle heimatypischen zentralen Versorgungseinrichtungen werden durch kleine Einheiten mit einer familiären Atmosphäre und normalen, alltäglichen Aktivitäten ersetzt (Dezentralisierung).

Das Ziel einer Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft ist es, Alltag, Wohnen und Pflege miteinander zu verknüpfen. Die Trennung von Hauswirtschaft, Pflege und sozialer Betreuung wird aufgehoben. Die gemeinsame Bewältigung des »normalen« Alltags bildet die Grundlage der Tagesstrukturierung. Selbstbestimmung und Teilhabe stehen im Fokus der Versorgung, in der

die medizinisch begründete Pflege in den Hintergrund tritt. Alltagsaktivitäten werden von den Präsenzkraften bzw. Alltagsbegleitern organisiert und durchgeführt. Die Bewohner helfen, je nach individuellen Möglichkeiten, bei der Alltagsgestaltung mit. Pflegerische Leistungen werden bei Bedarf durch Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte erbracht. Dabei orientieren sich die Aktivitäten an der spezifischen Lebenswelt der Bewohner und an der individuellen Biografie. Die Erfahrungen, Fähigkeiten und Interessen der Bewohner werden in das Alltagsgeschehen integriert. Die räumliche Gestaltung der Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft greift Elemente auf, die die Bewohner aus früheren Jahren kennen (Milieugestaltung). Im Innenhof einer Einrichtung für Demenz in Winterbourne in England wurde beispielsweise eine Straße im Stile der 50er Jahre errichtet. Alte Fassaden, originalgetreue Möbel und Waren sollen bei den demenziell Erkrankten Bilder und Emotionen anregen und Orientierung geben.

Gerontopsychiatrische Hausgemeinschaft Spezifika des Settings

Das Ziel einer gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft ist es, Alltag, Wohnen und Pflege miteinander zu verknüpfen

Normalitätsprinzip

Alltagsprinzip

Milieugestaltung

Biografieorientierung

Aktivierung

Räumliches Setting

- Dezentralisierung
- Gemeinschaft als Mittelpunkt

Neuordnung & Organisation

- Hauswirtschaft, Betreuung und Pflege
- Personal-Mix
- Pflege tritt in den Hintergrund

ABB. 2

Spezifika Gerontopsychiatrische Hausgemeinschaft

Personal-Mix in Hausgemeinschaften

Ein wesentliches Merkmal von Hausgemeinschaften ist die Alltagsorganisation durch Präsenzkkräfte. Diese sind für die hauswirtschaftlichen und betreuenden Tätigkeiten verantwortlich. Für diese Mitarbeiter gibt es keine einheitliche Bezeichnung. Es wird gleichermaßen auch von Alltagsbegleitern, Servicekräften und Assistenzkräften gesprochen. Ebenso sind die Zugangsvoraussetzungen für die Qualifizierungsangebote und die Qualifikationsprofile nicht einheitlich geregelt. Zum Teil werden Pflegefachkräfte oder Fachkräfte der Hauswirtschaft zur Präsenzkraft weiter gebildet, häufig werden aber auch über niedrigschwellige Schulungsmaßnahmen formal nicht qualifizierte und fachfremde Personen als Präsenzkraft qualifiziert.

Die Pflegefachkräfte und die Pflegehilfskräfte sind in der Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft für die pflegerischen Aufgaben zuständig. In der Praxis kommt es allerdings häufig zu einer Vermischung von

Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften und den Präsenzkkräften. Deshalb ist es wichtig, klare Aufgabenbeschreibungen zu entwickeln und den unterschiedlichen Berufsgruppen klare Aufgaben zuzuteilen.

Anforderungen an die Pflegefachkraft

Trotz Paradigma der Alltagsorientierung ist in Hausgemeinschaften für die pflegerische und betreuende Intervention spezielles medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Fachwissen bei den Pflegefachkräften handlungsleitend. Menschen mit Demenz haben aufgrund der krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen nicht nur einen höheren, sondern vor allem einen anders gearteten Bedarf an professioneller Pflege und psychosozialer Betreuung als andere Heimbewohner. Die Pflegefachkräfte übernehmen in Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft die Kernfunktionen professioneller Pflege, wie auch in anderen Versorgungssettings,

und erbringen zudem pflegerische Hilfeleistungen. Dabei orientiert sich die pflegerische Leistung insgesamt an der individuellen Pflegeplanung und ist über Bezugspflege organisiert. Die Biografie der einzelnen Bewohner bildet die Basis der Pflegeplanung und deren Umsetzung im Pflegeprozess (vgl. KDA, 2004). Allerdings beinhaltet das Setting der Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft spezifische Anforderungen an die Pflegekräfte, die sich zum einen durch die spezielle Zielgruppe der demenziell Erkrankten und zum anderen aus der Organisationsform der Hausgemeinschaft ergeben.

Zielgruppenorientierte Anforderungen

Die Pflege demenziell erkrankter Bewohner ist aufgrund der speziellen Problemlagen hoch komplex und muss auf die individuelle Biografie und den Lebensstil des Bewohners zugeschnitten, geplant, durchgeführt und gesteuert werden. Eine zentrale Anforderung an den Pflegeprozess für Menschen mit Demenz ist daher die Anwendung von geeigneten Assessment-Verfahren, sowohl für die pflegerische Anamnese als auch für die Messung der Ergebnisqualität, die sich an der Lebensqualität der Bewohner ausrichtet. Eine differenzierte Beurteilung, die neben dem Gesundheitszustand des Bewohners seine soziale Lage und seine Vorlieben und Abneigungen einschließt, stellt die Basis für den gesamten Pflegeprozess dar. Dies bedeutet für die professionelle Pflege, dass die Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf pflegerische Diagnostik erweitert werden müssen. Ebenso sind die pflegerischen Maßnahmen auf die spezielle Zielgruppe hin zu entwickeln und anzuwenden. Grundlage hierfür sind Kenntnisse über neuropsychologische Veränderungen in Folge der Demenzerkrankung und wissenschaftlich gestützte Konzepte der Pflegeintervention, um die Handlungsweisen der Bewohner einzuordnen und adäquat zu agieren (vgl. MDS 2009; Knigge-Demal, 2011).

Organisatorische Anforderungen

Die Hausgemeinschaften führen zu einem interdisziplinär besetzten Pflege- und Betreuungsteam und damit zu einer neuen Konstellation in der Zusammenarbeit. In herkömmlichen Einrichtungen sind die Pflegekräfte für die pflegerisch-betreuerischen Aufgaben und für die Schnittstellengestaltung zur »bewohnerfernen« Hauswirtschaft verantwortlich. Im Hausgemeinschaftskonzept übernehmen Präsenzkkräfte die betreuenden und hauswirtschaftlichen Aufgaben in direktem Bewohnerbezug. Auch andere an der Versorgung Demenzkranker Beteiligte wie Betreuungskräfte nach §87b SGB XI, Sozialarbeiter und therapeutische Fachkräfte sind in die Alltagsgestaltung einbezogen. Die Pflegefachkräfte sind in einer Gerontopsychiatrischen Hausgemeinschaft für den Pflegeprozess und die Pflegequalität verantwortlich und werden bei der Umsetzung des Pflegeprozesses von Pflegehilfskräften unterstützt. Die Sicherstellung einer angemessenen Pflege und Betreuung kann nur gelingen, wenn alle beteiligten Professionen gut miteinander vernetzt sind und im Sinne einer fachkompetenten, wertschätzenden Kooperation zusammenarbeiten. Dies beinhaltet neue Anforderungen für die Pflegefachkräfte im Rahmen der teambezogenen Aufgaben. Hierzu gehören:

- Der Aufbau und die Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Voraussetzung dafür ist, sich auf Aushandlungsprozesse einzulassen und die eigene Meinung und Rolle zu reflektieren,
- die (Mit)Gestaltung klarer Kommunikationsstrukturen und qualifikationsorientierter Aufgabenzuschreibung,
- die Planung- und Steuerung des Pflegeprozesses mit der Koordination der pflegerischen Tätigkeiten,
- die Anleitung und Beratung von Hilfskräften und Ehrenamtlichen
- und die qualitätsgesicherte Ergebniskontrolle der pflegerischen Interventionen.

1.4.2
Anforderungsprofil an das Quartiersmanagement (Case-Management)

Prinzipien des Versorgungssettings »Quartier«

Hinter der Forderung nach einer lebenswelt- und lebensstilorientierte Versorgung steht die Aufforderung, bedarfsorientierte Wohnformen und Dienstleistungen vorzuhalten und gegebenenfalls mit Hilfe von Vertragspartnern zu organisieren und konkret auszugestalten. Damit wird ein Prozess der Diversifizierung in Gang gesetzt.

Durch die zukünftige Angebotsvielfalt und die Stärkung der regionalen Versorgungsstrukturen im Sinne eines Quartiersgedankens bieten sich Chancen für die Weiterentwicklung im Aufgabenfeld der Pflege und eine Erweiterung des Kompetenzprofils der

Mitarbeiter. Eine am Quartier ausgerichtete Versorgungsstruktur erfordert weitergehende Fähigkeiten und Fertigkeiten als die Pflege und Betreuung in traditionell stationären Bezügen und der verrichtungsbezogenen ambulanten Betreuung. Pflege kann im Quartier in der Rolle des Quartiersmanagers agieren. Ziel des Quartiersmanagements ist, Menschen in ihren spezifischen Lebenssituationen bedarfsgerecht und zielorientiert zu unterstützen. Eine neue Aufgabe wäre es, in kooperativer Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen und zuständigen Stellen die erforderlichen Sach- und Dienstleistungen effektiv miteinander zu verknüpfen und planvoll zu steuern. Quartiersmanagement hat darüber hinaus die Aufgabe durch Beratung und Begleitung ältere Menschen und deren Netzwerk zu unterstützen, damit sie ihren Interessen nachgehen und Eigeninitiative entwickeln können (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008).

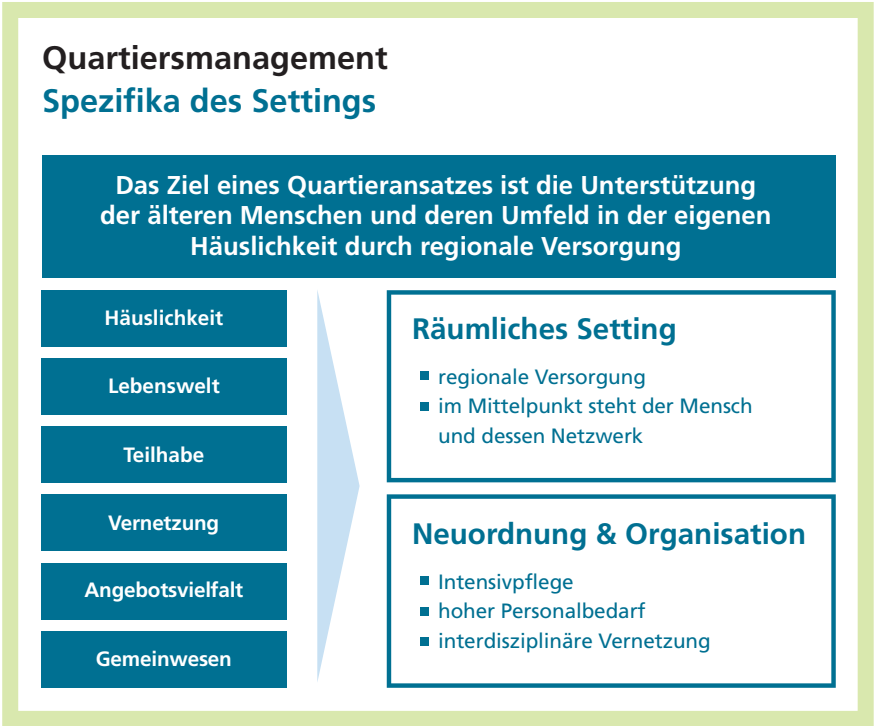


ABB. 3
Spezifika Quartiersmanagement

Setting-bezogene Anforderungen

Im Rahmen des Quartiersmanagements übernimmt die Pflege zusätzliche Aufgaben und kann von der Gesundheitsberatung über die Prävention/Rehabilitation bis hin zur Palliativversorgung neue Angebote entwickeln. Pflege muss sich dabei im Quartier an der Lebenswelt der Bewohner ausrichten. Auf der institutionellen Ebene geht es um den Aufbau, die Koordination und Kooperation in einem umfassenden Versorgungsnetz. Die individuelle Ebene beinhaltet die Organisation des Versorgungsnetzes zwischen professioneller Pflege, Angehörigen, Pflegebedürftigen und ehrenamtlich Engagierten.

Folgende Aufgaben kann die Pflege im Rahmen eines Quartierskonzeptes übernehmen:

- Stärkung der Alltagskompetenz zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Beratung sowie präventive und rehabilitative Angebote,
- Information und Beratung unterschiedlicher Zielgruppen wie Pflegebedürftige, Angehörige, ehrenamtlich Engagierte,
- Begleitung pflegender Angehöriger um Überforderungssituationen zu verhindern,
- Unterstützung von Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung (Quartiersorientierung),
- Erkennung und Organisation von Ressourcen im sozialen Netzwerk in Abstimmung mit dem alten Menschen und seinen Angehörigen sowie in interdisziplinärer Kooperation,
- Entwicklung eines lebenswelt- und lebensstilorientierten Hilfe-Mix aus Pflege- und Dienstleistungsangeboten auf der Grundlage von Assessments,
- Aufbau und Begleitung von ehrenamtlichem Engagement und dessen fachliche Begleitung,
- Aufbau von Netzwerken und Kooperation in unterschiedlichen Institutionen wie Wohnungswirtschaft, Ärzten und Therapeuten
- sowie die interdisziplinäre Problemanalyse und Intervention.

Um den Aufgaben der Pflege im Setting »Quartier« gerecht zu werden, bedarf es einer konsequenten Ausrichtung des Pflegeverständnisses über eine rein personenbezogene Akzentuierung hin zu einem übergreifenden Verständnis, dass den Einzelnen in seinen sozialen Bezügen in den Mittelpunkt stellt. So verstanden ist Pflege auf die gesamte Lebenssituation ausgerichtet und agiert in interdisziplinären Bezügen.

1.4.3
Anforderungsprofil
»Wohn- und Technikberatung«

Die eigenen vier Wände und das Wohnumfeld spielen für den Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen eine bedeutende Rolle. Nach einer Studie des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) wohnt etwa die Hälfte der Bewohner von Seniorenhaushalten im Wohneigentum, jeweils ein Viertel wohnt zur Miete bei Wohnungsunternehmen oder bei privaten Vermietern. Dabei handelt es sich meist um ältere Gebäude, die vielfach nicht altersgerecht angepasst sind. Damit entsteht laut Studie bis zum Jahr 2020 ein zusätzlicher Bedarf an drei Millionen altersgerechten Wohnungsangeboten. Die Nachfrage wird allerdings weitaus höher sein, da in die Berechnungen nur Haushalte von Senioren mit Bewegungseinschränkungen einbezogen sind (BMVBS, 2011, S. 53).

Neue Technologien für den Erhalt der Selbstständigkeit

Zukünftige Wohnraumanpassungen beziehen sich nicht nur auf eine architektonisch barrierearme Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes. Der Einsatz neuer Technologien wird in Zukunft bei der Planung altersgerechter Wohnungen eine erhebliche Rolle spielen. So erhöhen technische Möglichkeiten z.B. der Hausautomation (intelligente Lichtschalter,

Herdabschaltung, etc.) die Sicherheit und die Selbstständigkeit, Informations- und Kommunikationssysteme sichern den Kontakt nach außen. Auch im Rahmen einer Quartiersentwicklung bietet der Einsatz neuer Technologien neue Chancen und Möglichkeiten für die soziale Vernetzung untereinander und für die umfassende Gestaltung des Versorgungsnetzes. Über eine gemeinsame Kommunikationsplattform kann die Vernetzung und Kommunikation innerhalb des Quartiers zwischen den Bewohnern und den Dienstleistern gestaltet werden.

In den letzten Jahren wurden unter dem Begriff »Ambient Assisted Living« (AAL) technische Assistenzsysteme zum Erhalt der Selbstständigkeit erforscht und entwickelt. Die Entwicklungen auf Basis von Mikrosystem-, Kommunikations- und Sensortechnik beziehen sich z.B. auf eine Weiterentwicklung des herkömmlichen Hausnotrufes in Richtung Telemonitoring, auf

die Bereitstellung von Erinnerungsfunktionen oder auf Kommunikations- und Serviceplattformen zur Unterstützung der sozialen Teilhabe und des Versorgungsnetzes vor Ort. Die Besonderheiten an den neuen Entwicklungen im Rahmen von AAL liegen in der konsequenten Verknüpfung der Technologie mit Dienstleistungen. Zwar haben AAL-Technologien noch keine große Marktdurchdringung erlangt, allerdings wird für die Zukunft eine große Marktchance prognostiziert. Neben noch ungeklärten Fragen der Standardisierung und der Finanzierung der AAL-Systeme, herrscht eine große Unkenntnis über die Möglichkeiten von AAL bei den potenziellen Nutzern einerseits und der professionellen Ebene (Handwerker, Architekten, Wohnberatern, Pflegekräfte) andererseits. Um AAL erfolgreich zu realisieren, bedarf es daher an qualifizierten »Vermittlern«, die sowohl beratend als auch organisierend tätig werden. Aktuell fehlen jedoch Fachkräfte, die diese Rolle übernehmen können.

Das Handwerk ist bislang auf die mit AAL verbundenen Herausforderungen und Optionen unzureichend vorbereitet. Spezifische Kompetenzen werden nicht systematisch aufgebaut. Auch die Pflegeverantwortlichen erkennen im Rahmen einer Wohn- und Quartiersgestaltung die Chancen in den AAL-Technologien nur eingeschränkt.

Damit ergibt sich eine dringende Aufgabe, die beteiligten Akteure für die spezifischen Herausforderungen in den AAL relevanten Handlungsfeldern zu qualifizieren. In jüngster Zeit wurden verschiedene Aktivitäten zur Qualifizierung gestartet.

Universitäten und Fachhochschulen bieten spezialisierte Studiengänge zu AAL an. Die Zugänge und die Studieninhalte unterscheiden sich dabei zum Teil erheblich (das AALmagazin, 1/11, S.10f.). Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Innovationspartnerschaft AAL wurde innerhalb der Arbeitsgruppe Fort- und Weiterbildung ein Curriculum für den akademischen Bereich, für das Handwerk und soziale Berufe entwickelt. Dieses Curriculum befähigt Absolventen, technische Assistenzsysteme zu entwickeln, zu managen, zu vertreiben, zu installieren, zu warten und zu empfehlen. Detaillierte Ergebnisse liegen allerdings noch nicht vor (Innovationspartnerschaft AAL, 2011). Darüber hinaus werden seit Beginn des Jahres 2012 bis zum Jahr 2015 neun Projekte im Rahmen der »Förderung Weiterbildung und Zusatzqualifikationen im Bereich altersgerechter Assistenzsysteme – QuAALi« durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Im Rahmen des Forschungsprojektes »Pflege 2020« wurden bestehende Informationen zu den Studiengängen sowie Fort- und Weiterbildungsgänge zusammengeführt und auf mögliche Anforderungen an einen »Technik und Wohnberater im Quartier« übertragen.

Demnach lassen sich die Aufgaben in folgende Schwerpunkte unterteilen:

- **Bedarfsermittlung:** Für die individuelle Bedarfsermittlung beim Bewohner vor Ort muss der Krankheits- bzw. Gesundheitsstatus mit Hilfe von pflegerischen Assessments ermittelt werden. Daneben spielen für die Entwicklung von Lösungsvorschlägen die Betrachtung und Beurteilung von Wohnumfeld, individueller Bedürfnisse und Bedarfe, der sozialen Einbindung und der Ressourcen eine entscheidende Rolle.
- **Lösungsentwicklung:** Auf Basis der Bedarfsermittlung werden verschiedene Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und zielgruppenorientiert visualisiert und präsentiert. Wenn notwendig werden einzelne technische Lösungen zu einem ganzheitlichen situationsadäquaten Assistenzsystem integriert. Ebenso sind geeignete handwerkliche Maßnahmen und Lösungen sowie Finanzierungsmöglichkeiten in die Beratung einzubeziehen. Die handwerklichen Leistungen sind auszuschreiben und die Angebote einzuholen.
- **Implementierung:** Der Technik- und Wohnberater ist erster Ansprechpartner der Bewohner vor Ort und begleitet die Implementierung. Er organisiert und koordiniert alle beteiligten Gewerke und Fachkräfte.
- **Begleitung und Evaluierung:** Der Technik- und Wohnberater im Quartier hat die Aufgabe, die Anwender von Assistenzsystemen für die Nutzung zu befähigen sowie alle organisatorischen und steuernden Aufgaben während des Einsatzes durchzuführen. Ebenso sind die Wirkung und Effekte der technischen Assistenzsysteme zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen.
- **Netzwerkaufbau und -pflege:** Die Bereitstellung der Assistenzsysteme »aus einer Hand« ist nur durch ein breites Netzwerk aus Handwerkern, Herstellern und Dienstleistern möglich. Dieses Netzwerk gilt es aufzubauen und zu koordinieren.



ABB. 4
Spezifika Wohn- und Technikberatung

Für die Wohn- und Technikberatung sind idealerweise Technikkompetenzen sowie Kompetenz in Gesundheit und Pflege miteinander zu kombinieren. Die individuelle Lebenswelt der Nutzer muss hierbei berücksichtigt und in die Beratung und Planung adäquat einbezogen werden. Auch sind Wissen über die Möglichkeiten, den Einsatz und Gebrauch von Assistenzsystemen, barrierefreie Umgebungsgestaltung, über Finanzierungsmodelle sowie rechtliche und ethische Rahmenbedingungen notwendig. Um das Potenzial von altersgerechter Wohnanpassung mit Hilfe technischer Assistenzsysteme auszuschöpfen und eine selbstständige Lebensführung zu erhalten, gilt es, genannte Kompetenzen aufzubauen und idealerweise in die Quartiersentwicklung zu integrieren.

Fazit: Pflege leistet einen wichtigen Beitrag für die lebensstilorientierte Versorgung älterer Menschen. Die »Orte«, an denen Pflege stattfindet, werden sich zunehmend ausdifferenzieren. Die neuen Aufgaben und Tätigkeitsfelder, die sich daraus ergeben, beinhalten Chancen für eine Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Es geht darum, sich in diesen neuen Versorgungsformen zu etablieren und den Wandel in der Versorgung mitzugestalten. Hier ergeben sich nicht nur Perspektiven für den Pflegeberuf als Profession, sondern auch für die einzelnen Beschäftigten.

1.4.4 Literatur

Berliner Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, Berlin 2011

Brandenburg, Hermann: Zukunft der Pflege – der soziale Wandel und neue Tätigkeitsfelder in der professionellen Pflege alter Menschen. In: PR-InterNet/ Pflegemanagement 7-8, 2002, S. 133-148.

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtent-

wicklung (BMVBS): Wohnen im Alter, Forschungsheft 147, Berlin 2011.

Das AALmagazin: Informationen zu intelligenten Assistenzsystemen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter, Ausgabe 1, 2011, [<http://www.aal-magazin.de/ausgabe-01-20100/>; Stand: 22.09.2012].

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN, ohne Jahr, [<http://www.dbfk.de/download/download/ICN-Definition%20der%20Pflege%20-%20ICN%20deutsch%20DBfK.pdf>; Stand: 22.09.2012].

Innovationspartnerschaft AAL, Arbeitsgruppe »Aus- und Weiterbildung«: Vorstellung der Arbeitsgruppe, 2011, [http://partner.vde.com/bmbf-aal/AG/Aus-%20und%20Weiterbildung/Documents/AG_Aus-und%20Weiterbildung.pdf; Stand: 22.09.2012].

Hundenborn, Gertrud; Knigge-Demal, Barbara: Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen im Rahmen des Projektes »Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung«, Bielefeld, Köln 2011.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA): Planungshilfe Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften. Herausgegeben im Rahmen des BMGS-Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Köln 2004.

MDS: Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen, Essen 2009.

Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG), Hrsg: Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Themenheft 3: Den neuen Herausforderungen begegnen – Mitarbeiter weiter qualifizieren, <http://www.bertelsmannsstiftung.de>.

Planer, Katarina: Haus- und Wohngemeinschaften, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2010.

1.5 Fazit und Ausblick

Zukünftige Kundinnen und Kunden wünschen sich im Alter eine auf sie angepasste Versorgung. Zum einen muss sie auf die physischen und kognitiven Fähigkeiten ausgerichtet sein, zum anderen spielt in einer zunehmend diversifizierten Welt der Lebensstil eine entscheidende Rolle für das Nachfrageverhalten. Durch den differenzierten Blick auf die zukünftigen Kundinnen und Kunden wird deutlich, dass die Zukunft nicht dem Einzelangebot, sondern Verbundlösungen aus verschiedenen Dienstleistungen und Produkten gehören wird. Damit eröffnet die lebensstilorientierte Betrachtung in der Versorgung älterer Menschen neue Perspektiven in unterschiedlichen Bereichen. Sie stellt einen neuen Zugang zu den Kundengruppen dar und bildet die Basis für die Entwicklung neuer Versorgungsformen sowie setting-abhängiger Personalentwicklungskonzepte. Ein Schlüssel zum Erfolg liegt dabei in der Vernetzung der Akteure, die sich im Feld der Altenhilfe engagieren. Gemeinsam gilt es, die Versorgungsstrukturen zu entwickeln und so ein ineinandergreifendes Versorgungsnetz zu schaffen. Dabei spielen politische Rahmenbedingungen eine entscheidende gestalterische Rolle. Hier ist in Zukunft eine gesellschaftspolitische Haltung einzunehmen, die neue Versorgungsformen unterstützt und auf den Weg bringt.

Das Fraunhofer IAO will gemeinsam mit den Verbundforschungspartnern von »Pflege 2020« den Weg der interdisziplinären Entwicklung neuer Lösungsansätzen weiter beschreiten und interessante Fragestellungen der Zukunft der Altenhilfe erforschen. Dabei legen wir Wert auf eine ganzheitliche Perspektive, die organisatorische, technologische und räumliche Aspekte berücksichtigt und den Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellt. In einem nächsten Schritt wird aus diesem Grund ein »Pflegecheck« entwickelt, der die Wechselwirkungen der einzelnen Aspekte genauer betrachtet und beurteilt.



2

»WO WIRD GEPFLEGT?«

PRAXISBEISPIELE

2.1

Anwendung des Kundenprofilgenerators – individuelle Gestaltung und Perspektiven für ein zukunftsfähiges Service-Wohnen

PETRA BAYER, DIAKONIE NEUENDETTELSAU

2.1.1 Der Träger und seine Zielsetzung

Die Diakonie Neuendettelsau ist mit über 6.500 Mitarbeitenden in den Bereichen Altenhilfe, Behindertenhilfe, Jugend und Schule, Krankenhauswesen und eigenen Betrieben einer der großen Diakonischen Träger in Deutschland.

Neben zahlreichen Projekten im europäischen Ausland sind die Einrichtungen der Fachabteilung Altenhilfe überwiegend in Bayern angesiedelt. Das Portfolio mit nahezu 30 Abrechnungsbereichen reicht von niedrigschwelligen Angeboten über ambulante Dienste, Service-Wohnen sowie teil- und vollstationäre Einrichtungen.



ABB. 1 Kundenprofile, differenzierte Lebenslagen, Bedürfnisse und Hilfebedarfe (Bilder: Diakonie Neuendettelsau)

Zielsetzung

Als Projektpartner im Verbundforschungsprojekt »Pflege 2020« ermöglicht die Diakonie Neuendettelsau einen direkten Transfer zur angewandten Forschung. In ausgesuchten Einrichtungen werden die Forschungsergebnisse erprobt. Erkenntnisse fließen in die Forschung zurück. Dem Träger dient der Erkenntnisgewinn zur strategischen Planung und Weiterentwicklung seiner Einrichtungen.

In der vierten Forschungsphase des Verbundforschungsprojektes »Pflege 2020« wurde der Kundenprofilgenerator entwickelt. Das Analyseinstrument besteht aus zwei Tools: einer Einzelfallanalyse und einem Marktanalyse-Tool. Bei der Einzelfallanalyse werden die Daten mittels eines Interviews und eines standardisierten Fragebogens ermittelt, während das Marktanalyse-Tool statistische Daten erhebt. Das Instrument ist sowohl zur Ermittlung von Kundenprofilen in bestehenden Einrichtungen gedacht, als auch zur Planung von neuen Einrichtungen dienlich. Es bietet Hilfestellungen bei der kundenprofilorientierten Produkt- und Dienstleistungsentwicklung und identifiziert Lücken zwischen Angebot und Nachfrage (siehe Abb. 10 in Kap. 1.2.3, S. 27).

In Einrichtungen der Diakonie Neuendettelsau wurde das Einzelfallanalyse-Tool des Kundenprofilgenerators erprobt.

- Die Testphase soll dem Träger Erkenntnisse über die Lebensstile und Bedürfnisse der bestehenden Kunden bringen.
- Dabei sollen auch die unterschiedlichen Standorte hinsichtlich der Kunden betrachtet werden.
- Gleichzeitig soll ein Abgleich zwischen dem bestehenden Angebot sowie bestehender und künftiger Bedarfe der Kunden erfolgen.
- Die Befragung soll unter anderem Aufschluss über folgende Fragen geben:
 - Entspricht das bestehende Angebot dem Kunden und seinem Bedarf?
 - Wie müssen die Angebote verändert und angepasst werden?
 - Unterscheiden sich die Kunden in der Stadt von denen auf dem Land?
 - Welche Aspekte sind zu beachten in Bezug auf rüstige oder pflegebedürftige Kunden?

Am Ende werden die Erkenntnisse in die derzeitige Weiterentwicklung des Konzeptes des Service-Wohnens der Diakonie Neuendettelsau einfließen.

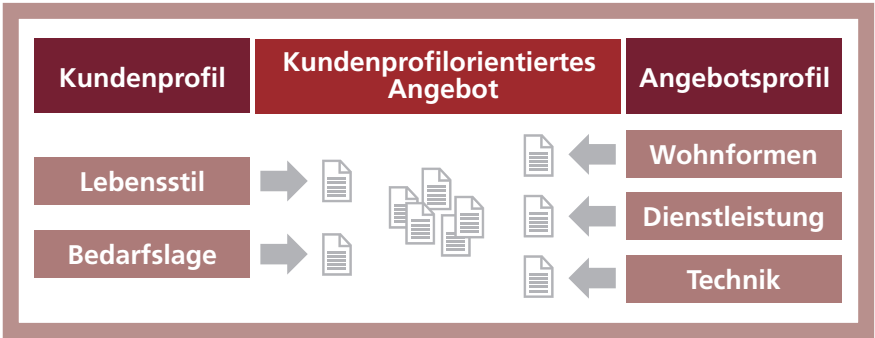


ABB. 2
Kundenprofilgenerator

2.1.2
Durchführung der Kundenprofilanalyse

Struktur des Service-Wohnens

Die Einrichtungen des Service-Wohnens der Diakonie Neuendettelsau sind in ihrer Ausprägung unterschiedlich gestaltet.

Bei der einen großen Gruppe der ausgesuchten Einrichtungen handelt es sich um Verbundeinrichtungen. Diese Verbundeinrichtungen haben meist einen kleinen, mit 40 bis 50 Pflegeplätzen ausgestatteten, stationären Bereich, einen eigenen ambulanten Dienst im Haus sowie einen Service-Wohnen Bereich mit 40 bis 90 Wohnungen. Die Wohnungen sind auf unterschiedliche Eigentümer verteilt. Jede Pflegeeinrichtung hat einen eigenen Versorgungsvertrag mit den Kranken- und Pflegekassen nach Sozialgesetzbuch (SGB) Teil V und Teil XI. Für das Service-Wohnen bestehen Verträge zwischen der Diakonie Neuendettelsau als Serviceleister und den Eigentümern als Servicenehmern.

Die zweite große Gruppe der Einrichtungen fällt unter die »solitär« gestalteten Service-Wohnen Häuser. Diese Häuser sind keiner stationären Einrichtung angeschlossen. Es gibt auch keine stationäre Einrichtung in unmittelbarer Nähe. Die Serviceleistungen bestehen aus einer 24-Stunden-Betreuung. Hierzu steht eigenes Servicepersonal (ein Koordinator) sowie ein Ambulanter Dienst mit Pflegepersonal vor Ort zur Verfügung. Der Koordinator kümmert sich um die Belange der Bewohner. Er organisiert, koordiniert und unterstützt die Gestaltung der Gemeinschaft im Haus. Der Wohnungsumfang liegt zwischen 80 und 145 Wohnungen, die unterschiedlichen Eigentümern gehören.

Die Diakonie Neuendettelsau hat neben ihrer Funktion als Serviceleister unterschiedlich große Eigentumsanteile an den jeweiligen Wohnungen. Bei einer für die

Testphase ausgewählten Einrichtung ist sie alleiniger Eigentümer.

Auswahlkriterien der Einrichtungen

Der Schwerpunkt der Befragung lag auf Einrichtungen des Service-Wohnens. Hier steht die Diakonie Neuendettelsau vor einer Neuausrichtung des Konzeptes. Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) auf Bundesebene sowie das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) auf Landesebene machen eine Konzeptanpassung notwendig. Gleichzeitig laufen langjährige Verträge mit dem Träger als Service-Leister aus. Diese Veränderungen nutzt die Diakonie Neuendettelsau als Chance für die Weiterentwicklung und Neugestaltung eines zukunftsfähigen Konzeptes für ihre Service-Wohnen Einrichtungen.

Der Träger hat insgesamt zwölf Einrichtungen im Service-Wohnen. Diese sind an unterschiedlichen Standorten verteilt. Das Gebiet reicht von Nürnberg/Erlangen (städtischer Bereich) bis ins fränkische Seenland (ländlicher Bereich). Eine Einrichtung liegt im angrenzenden Baden-Württemberg.

Für die Testphase wurden die Einrichtungen hauptsächlich nach der geografischen Lage ausgewählt, um mögliche Stadt-Land-Aspekte erheben zu können.

Umfang der Befragungen

Es wurden insgesamt sieben Einrichtungen für die Erprobung des Kundenprofilgenerators ausgewählt. Davon liegen drei Service-Wohnen Einrichtungen im städtischen Raum und drei im ländlichen Raum (teils Stadtrand) sowie eine stationäre Einrichtung im ländlichen Raum (Stadtrand). Insgesamt konnten 236 Personen befragt werden, was das große Interesse der Bewohner widerspiegelt.

Inhaltliche Schwerpunkte der Befragung

Für die Diakonie Neuendettelsau sind die Inhalte von Bedeutung, die eine direkte Aussage zu den bestehenden Dienstleistungen ermöglichen sowie Aufschluss über das bei den Kunden vorherrschende Wertgefüge geben und eine Tendenz zu persönlichen Lebensstilen erkennen lassen.

Wie werden die Freizeit und Kulturangebote wahr- und angenommen, besteht ein Konsuminteresse? Erfolgen die Freizeitaktivitäten alleine oder in Gemeinschaft? Wie wichtig sind den Befragten Gemeinschaftsaktivitäten und mit wem wird Gemeinschaft gelebt – mit Familie, Freunden oder in der Hausgemeinschaft? Welchen Stellenwert hat das Thema Spiritualität bzw. wie wichtig ist den Befragten das christliche Leben im Haus?

Fragen zum Thema Sicherheit, zur Bereitschaft mit Veränderungen umzugehen, zur Techniknutzung und zum Essensangebot liefern wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung des Service-Wohnens.

2.1.3
Ergebnisse der Kundenprofilanalyse

Die Aussagen und Tendenzen aus den Befragungen sind durch die jeweiligen Strukturen und regionalen Unterschiede der entsprechenden Einrichtungen beeinflusst. Die Ausführungen beschränken sich auf die wesentlichen Aussagen im Kontext der Stadt-Land-Aspekte.

Die in den Einrichtungen angebotenen Freizeit- und Kulturangebote werden zu 70 Prozent von den Befragten genutzt. Kulturelle Angebote werden in den städtischen Einrichtungen nahezu zu 100 Prozent in Anspruch genommen, während Sportaktivitäten wie Gymnastik von den ländlich Befragten deutlich weniger genutzt werden. Das Ausflugsangebot hingegen nutzen die ländlich Befragten deutlich mehr.

Ein Beispiel für nachgefragte Dienstleistungen sind die Hausmeisterdienste, die von mehr als 70 Prozent der Befragten genutzt werden. In der Stadt gehen die Befragten häufiger ihren Bedürfnissen nach Konsum und Luxus nach als auf dem Land.

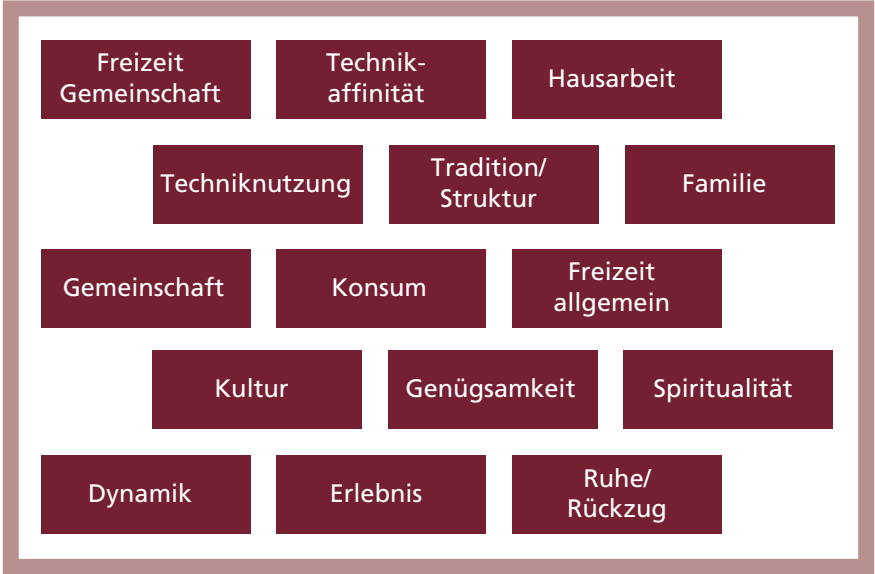


ABB.3
Inhaltliche Schwerpunkte der Befragung

Genügsamkeit und Tradition sind wiederum in den ländlichen Einrichtungen stärker ausgeprägt als in der Stadt. Dort spielt Tradition eine nicht so große Rolle. Die Befragten scheinen sich in der Stadt ihr Leben noch selbstständiger zu gestalten und sind offener für neue Erlebnisse.

Der Kontakt mit Familie und Freunden wird in der Stadt eher selbstständig organisiert. Auf dem Land wünschen sich die Befragten mehr Kontakt mit der Familie, sei es durch Einladungen, Besuche oder gemeinsame Unternehmungen.

Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten in der Wohnanlage erachten alle Befragten als sehr wichtig. In der Stadt organisieren sich die Befragten diese Möglichkeiten nach ihren Bedürfnissen überwiegend selbst. Auf dem Land hingegen nehmen die Befragten die Möglichkeit eher nicht selbst in die Hand.

Spiritualität ist nahezu bei allen Befragten ein wesentlicher Bestandteil ihres Lebens, wenngleich die Bedeutung von Religion und Kirche im ländlichen Umfeld deutlich wichtiger einzustufen ist als in der Stadt. Die Kirche wird als Ort der Begegnung gesehen. Insgesamt wurde ein Unterstützungsbedarf bei Kirchenbesuchen festgestellt.

Die Befragten fühlen sich im Umgang mit Technologien eher unsicher. Das Handy wird unter dem Sicherheitsaspekt und als Kommunikationsmittel dort genutzt, wo die Befragten viel unterwegs sind. Für das Internet interessiert sich nur ein kleiner Teil der städtischen Befragten, während auf dem Land gar kein Interesse daran besteht. In der Stadt fühlen sich die Befragten im Umgang mit Technik sicherer. Sicherheit und abgesichert zu sein sind den Befragten insgesamt überaus wichtige Bedürfnisse.

2.1.4 Erfahrungen des Trägers mit bestehenden Kunden

Die Service-Wohnen Einrichtungen der Diakonie Neuendettelsau gibt es zum großen Teil seit mehr als zehn Jahren. Die Kunden sind damals eingezogen, weil der Schwerpunkt des Konzeptes ihrem Wunsch nach Sicherheit entsprach: Sicherheit durch eine 24-Stunden-Betreuung, durch eigenes Servicepersonal und einen Ambulanten Dienst mit Pflegepersonal vor Ort. Der in den Verbundeinrichtungen bestehende stationäre Bereich gewährleistet in der Regel die Versorgung des Kunden, auch bei eintretender Pflegebedürftigkeit.

Auch das bietet dem Kunden Sicherheit: Er muss nicht mehr umziehen. Das durchschnittliche Einzugsalter lag damals bei 70 bis 75 Jahren. Die meisten Kunden sind mit der Einrichtung gealtert. Heute sind zunehmend Unterstützungsbedarfe aufgrund von steigender Pflegebedürftigkeit festzustellen. Das Einzugsalter hat sich verschoben und liegt heute zwischen 80 und 85 Jahren.

Während die damals Rüstigen die Gemeinschaft selbst gewählt und gestaltet haben, zeigen interne Beobachtungen und Erfahrungen, dass der Hilfebedarf steigt. Die Teilhabe an der Gemeinschaft fällt ihnen zunehmend schwerer. Für die Autonomie der Kunden stellt die barrierefreie Infrastruktur im Haus und im direkten Umfeld des Hauses einen wichtigen Aspekt dar. Differenzierte und den Bedürfnissen der Kunden angepasste Dienstleistungen scheinen einen höheren Stellenwert zu bekommen. Die Nachfrage nach individuellen Dienstleistungen entsprechend der Kundenbedarfe steigt. Nach eigenen Beobachtungen zeigen dies der Rückgang bei den Pauschalangeboten sowie die steigende Nachfrage nach individuellen Leistungen wie beispielsweise Hausmeisterdienste, die je nach Bedarf zur Verfügung stehen und in Anspruch genommen werden.

Diese grob skizzierte Darstellung der Erfahrungen aus dem Service-Wohnen der Diakonie Neuendettelsau lassen vermuten, dass sowohl bestehenden als auch künftigen Kunden nachstehende Aspekte für die Wohnform des Service-Wohnens immer wichtiger werden:

- Möglichkeiten nach Gemeinschaftsaktivitäten im Haus als auch ein barrierefreies Umfeld mit entsprechender Infrastruktur sind ebenso gefragt, wie die Möglichkeit nach individuellem Rückzug.
- Kernthema für die Kunden bleibt der Sicherheitsaspekt. Möglicherweise wird sich die Sicherheit nicht ausschließlich auf die Technologie-, wie Handy, Internet oder sonstige IT-Plattformen reduzieren lassen.
- Die Punkte »Autonomie« und »Selbstbestimmung« werden für die Kunden immer wichtiger. Sie fordern Unterstützungsmöglichkeiten, die ihre Teilhabe an der Gemeinschaft im Haus und an der Gesellschaft insgesamt gewährleisten.
- Die städtischen Kunden wünschen sich darüber hinaus einen Pool an Dienstleistungen, die sie entsprechend ihrer individuellen Bedarfslage auswählen und in Anspruch nehmen können. Sie wollen auch nur bei Inanspruchnahme für diese Dienstleistungen zahlen.



ABB.4 Wesentliche Anforderungen der befragten Kundinnen und Kunden

2.1.5 Zusammenfassende Erkenntnisse

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Erfahrungen der Diakonie Neuendettelsau mit ihren bisherigen Kunden im Service-Wohnen mit den Aussagen aus der Einzelfallanalyse im Wesentlichen decken.

Das Angebotsportfolio des Service-Wohnens konnte mit dem Kundenprofilgenerator überprüft und Tendenzen zwischen den unterschiedlichen Standorten festgestellt werden. Identifizierte Lücken im Angebot sind fehlende Unterstützungsangebote zur Sicherung der Autonomie und zur Teilhabe am öffentlichen Leben. Hier ist über ergänzende Angebote wie »Begleitservice« und »Fahrdienste« nachzudenken.

Es bestätigte sich, dass im Wertegefüge der bisherigen Kunden das Thema Spiritualität einen hohen Stellenwert hat. Die Kirche wird als Ort der Begegnung gesehen. Dies könnte ein Anhaltspunkt für die jeweilige Einrichtung sein, sich in die Gemeinde/Region hinein zu öffnen, indem beispielsweise die Einrichtung zur Teilnahme an den hausinternen Gottesdiensten bei den Gemeindemitgliedern wirbt.

Lebensstile und Prägungen der Kunden konnten abgebildet werden und sind über den Stadt-Land-Vergleich skizziert. Wesentliche Interpretationen hierzu:

- Die Kunden in den ländlichen Standorten scheinen weniger ihren Bedürfnissen nachzugehen als in der Stadt. Die Familie spielt auf dem Land noch eine wichtige Rolle in Bezug auf finanzielle Unterstützung oder im Kontakt durch Besuche, Einladungen oder gemeinsame Unternehmungen.
- Der Wunsch nach mehr Kontakt könnte mit der Struktur der Einrichtung in Zusammenhang stehen oder mit der stärker ausgeprägten Genügsamkeit der Kunden auf dem Land.

- Tradition und Spiritualität haben auf dem Land noch einen höheren Stellenwert als in der Stadt.
- In der Stadt scheint der Kunde sehr viel selbstständiger und seinen Bedürfnissen entsprechend sein Leben zu gestalten. Insbesondere erfüllt sich der städtische Kunde eher seine Bedürfnisse nach Konsum und Luxus. Angebote wie Reisen und kulturelle Veranstaltungen werden häufiger genutzt. Der Kunde ist tendenziell aktiver und erlebnisorientierter. Zu untersuchen wäre hierbei noch, inwieweit dieses Ergebnis durch das unterschiedliche Angebotsportfolio Stadt/Land geprägt ist.

Die Einzelfallanalyse bietet für die Übertragbarkeit auf andere Regionen grobe Anhaltspunkte. Ein Gesamtbild ergibt sich immer nur im Kontext mit den vorhandenen Strukturen der jeweiligen Einrichtungen. Vordergrundig beeinflusst das Wertgefüge des Kunden die Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Es stellte sich aber auch die Frage, inwieweit die Struktur einer Einrichtung den Kunden prägt. Dies wäre insbesondere in den Verbundeinrichtungen genauer zu betrachten.

Wünschenswerte Ausdifferenzierungen

Die Aussagen zum Thema Technik geben keine Erkenntnisse darüber, welche Technologien die Kunden tatsächlich annehmen würden. Es lässt sich vermuten, dass die Kunden in der Stadt eher dazu bereit sind, Technik einzusetzen, da sie das Internet häufiger nutzen und sicherer im Umgang damit sind. Ob sie bereit sind, technikgestützte Dienstleistungen anzunehmen und auch zu bezahlen, bleibt offen.

Tendenzen über die Zahlungsbereitschaft der Kunden im Blick auf die angebotenen Dienstleistungen lassen sich durch die ermittelte Teilnahme an den Angeboten ableiten. Für welche Dienstleistungen die Kunden tatsächlich Geld ausgeben wollen, muss differenzierter betrachtet werden.

Im Hinblick auf mögliche Angebote ist es wünschenswert zu wissen, wie sich das Sicherheitsinteresse der Kunden ausdifferenziert. Handelt es sich beispielsweise um Sicherheit im Alltag durch ein Notrufsystem oder eine Vitalkontrolle? Oder verstehen die Kunden unter Absicherung die finanzielle Absicherung. Hier kann ein Angebot »Wohnrecht« statt »Miete« dem Kundenbedürfnis entsprechen.

Zum Thema Essensangebot ist eine Anpassung der Fragen notwendig. Ist der Kunde zufrieden oder unzufrieden mit dem Angebot? Welchen Stellenwert hat das Essensangebot? Für welchen Standard sind die Kunden bereit Geld auszugeben? Hierbei spielt die Betrachtung des Kundentyps eine wesentliche Rolle.

2.1.6 Fazit der Anwendung des Kundenprofilgenerators

- Die Entwicklung passgenauer Dienstleistungen ist dann erfolgreich, wenn das Kundenprofil erkannt ist und die entsprechenden Bedarfe identifiziert sind.
- Die Kaufkraft der Kunden und ihre Zahlungsbereitschaft sind für die Identifizierung der Kundenbedarfe wesentlich.
- Einflussfaktoren sind regional unterschiedliche Kundenprofile und differenzierte Einrichtungsstrukturen.
- Im Blick auf künftige Technologien und zukünftige Veränderungen der Kundenprofile ist eine Ausdifferenzierung der Kundenbedarfe von Bedeutung.
- Die Anwendung des Kundenprofilgenerators liefert wichtige Teilerkenntnisse zur strategischen Planung und individuellen Gestaltung eines Service-Wohnens.

2.2

Betreutes Wohnen zu Hause – Notwendigkeit und Machbarkeit aus Sicht von Kunden und sozialen Dienstleistern

MICHAEL UHLIG, CURA SENIORENWOHN- UND PFLEGEHEIME
DIENSTLEISTUNGS GMBH, BERLIN

2.2.1 Notwendigkeit häuslicher Unterstützungskonzepte aus Sicht der (hilfebedürftigen) Menschen

Die Fakten sind bekannt: Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland wird nach Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes von derzeit 2,45 Mio.

auf 3,22 Mio. im Jahr 2030 und ca. 4 Mio. im Jahr 2050 steigen. Entsprechend ist auch davon auszugehen, dass der Bedarf an Unterstützungsdienstleistungen und an der Schaffung eines seniorengerechteren Lebensumfelds massiv zunehmen wird. Gleichzeitig machen die Menschen immer deutlicher, wie sie sich ihr Leben im Alter vorstellen.

Zwei Drittel aller Menschen in Deutschland wollen bis zu ihrem Lebensende zu Hause bleiben

Bedarf an »Betreutem Wohnen zu Hause« und Zahlungsbereitschaft

Vorstellungen der Menschen in Deutschland vom Ort des Wohnens im Alter*

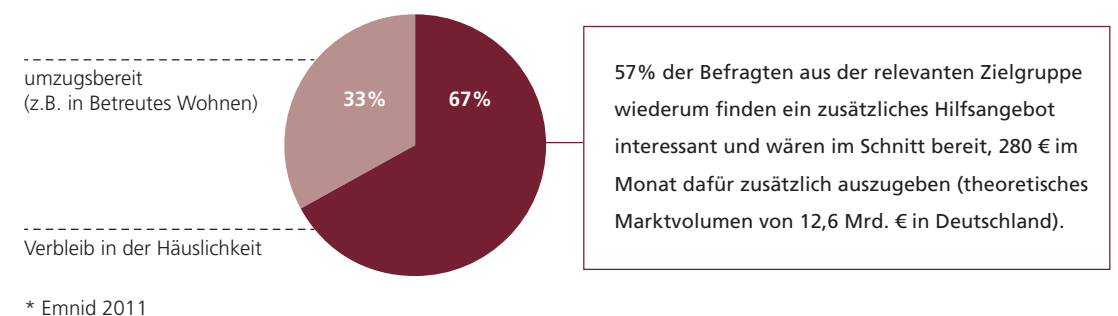


ABB.1 Bedarf an »Betreutem Wohnen zu Hause« und Zahlungsbereitschaft (Quelle: Emnid 2011)

Bekannt ist auch:

- Im Jahr 2025 wird es ca. 10 Mio. Haushalte mit Menschen im Alter 70+ geben.
- Es fehlen ca. 2 Mio. altersgerechte Wohnungen.
- Der Wunsch nach »Hilfen im Haushalt« nimmt bei den > 80-jährigen stark zu.
- Für mehr als 75 Prozent der Menschen in der relevanten Zielgruppe gilt, dass ihnen folgendes wichtig ist: eine wohnortnahe Dienstleistungsinfrastruktur, ein barrierearmer Zugang zum Wohnumfeld, haustechnische Hilfen, Unterstützung bei »Wegen« und die Möglichkeit, an gemeinsamen Unternehmungen teilhaben zu können. (Emnid 2011)

Zumindest augenblicklich noch begrenzt ist die Zahlungsbereitschaft der Menschen selbst (von Emnid mit im Schnitt 280 Euro im Monat – inklusive Maßnahmen der Wohnraumgestaltung – ermittelt). Alle Gestaltungsansätze werden systematisch unterstützende Finanzierungsmöglichkeiten insbesondere der Sozialgesetzbücher berücksichtigen und sehr zielgruppengenaue Angebote beinhalten müssen, um als Geschäftsmodelle tragfähig zu werden. Betreutes Wohnen ist als Produkt grundsätzlich akzeptiert – noch beliebter ist bei den Menschen aber der Verbleib in der gewohnten Häuslichkeit. Es braucht also »etwas« wie ein »Betreutes Wohnen zu Hause«.

Die CURA Unternehmensgruppe hat sich für ihre Projekte der Entwicklung und Umsetzung integrierter häuslicher Dienstleistungskonzepte auch für diese Bezeichnung entschieden. Die in diesem Zusammenhang erhobenen Bedarfs- und Präferenzdaten der Interessenten und Kunden lassen verfeinerte und auf die jeweils fokussierte Region zugeschnittene Aussagen zu. In Abb. 2 sind die Ergebnisse der laufenden Erfassung am Standort Köln, Stichtag 01.08.2011, dargestellt.

Dementsprechend werden die Angebotspakete geplant. Die Daten zugrunde legend, scheinen die

Themen »Sicherheit« und »Hauswirtschaft« den Menschen besonders wichtig, wobei gerade »Sicherheit« sehr viele Komponenten umfasst.

2.2.2
Notwendigkeit häuslicher Unterstützungskonzepte aus Sicht der (sozialen) Dienstleistungserbringer

Der Arbeitsmarkt im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen ist längst von Ressourcenknappheit geprägt. Mit dem zunehmenden Bedarf an entsprechenden Dienstleistungen verschärft sich das Problem weiter. Dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) zufolge werden beispielsweise 230.000 zusätzliche Pflegekräfte in den nächsten zehn Jahren benötigt (bpa 2010). Jedoch wird sich die Situation auch nicht durch zusätzliches Personal entschärfen. Die Gründe dafür sind vielschichtig: zu groß ist der Mehrbedarf, in zu vielen Branchen herrscht Fachkräftmangel und das Berufsfeld wird wohl auch in Zukunft als zu wenig attraktiv wahrgenommen werden. Funktionsfähige Dienstleistungsangebote müssen künftig im Hinblick auf Personalressourcen und insgesamt in höchstem Maß effizient und optimiert gestaltet werden.

Folgende Elemente müssen – aus der spezifischen Sicht eines Anbieters des Sektors »Pflege« wie der CURA Unternehmensgruppe – initialer Bestandteil der konkreten Planungen sein:

- Aus Sicht der Pflegenden:
- erkennbare Elemente der wirksamen Entlastung für die Pflegenden,
 - neue – berufsgruppenübergreifende – Arbeitsteilung,
 - Verbesserung der Attraktivität des Berufes der Pflegenden wie der Gesundheits(fach)berufe generell.

Auswertung der Interessentenangaben in Köln

(Stand: 900 Hausnotruf-Kunden, 1.728 Kontakte)

Alltagsbewältigung	Kunden-Info	Anteil	Bei 2.400 Kunden
Keine Angaben	29	2 %	40
Selbstständig	1.014	59 %	1.408
Teilselbstständig	637	37 %	885
Unselbstständig	48	3 %	
Gesamt	1.728		

Durchschnittsalter der Hausnotruf-Kunden: leicht > 80 Jahre

Größter Bedarf	Kunden-Info	Anteil	Bei 2.400 Kunden
Beratung Hauswirtschaft	370	21 %	514
Hauswirtschaft	68	4 %	94
Keine Angaben	354	20 %	492
Kommunikation	64	4 %	89
Mobilität	36	2 %	50
Sicherheit	815	47 %	1.132
Wohlfühlnachmittag	21	1 %	29
Gesamt	1.728		

Gesundheitszustand	Kunden-Info	Anteil	Bei 2.400 Kunden
Auf Hilfe angewiesen	80	5 %	11
Auf Hilfe angewiesen verwirrt	24	1 %	33
Eingeschränkt mobil	462	27 %	684
Eingeschränkt mobil verwirrt	27	2 %	38
Fit	1.094	63 %	1.519
Keine Angaben	11	1 %	15
Verwirrt	30	2 %	42
Gesamt	1.728		

Wohnsituation 1	Kunden-Info	Anteil	Bei 2.400 Kunden
Altengerecht dezentral	171	10 %	238
Altengerecht dezentral - Renovierung	37	2 %	51
Altengerecht zentral	704	41 %	978
Altengerecht zentral - Renovierung	91	5 %	126
Keine Angaben	12	1 %	17
Nicht altengerecht dezentral	90	5 %	125
Nicht altengerecht dezentral - Renovierung	16	1 %	22
Nicht altengerecht zentral	421	24 %	585
Nicht altengerecht zentral - Renovierung	186	11 %	258
Gesamt	1.728		

ABB.2
Auswertung der Interessenangaben in Köln zum Thema Alltagsbewältigung und Gesundheitszustand (Quelle: Eigene Erhebung)

Aus Sicht des professionellen Betreibers:

- Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Menschen (Lebensstil): Die Zielgruppen werden immer heterogener.
- Die Zahlungsbereitschaft (Lebensstil): 280 Euro im Schnitt monatlich sind – selbst wenn eine Eigenbeteiligung der Kunden in diesem Umfang aktiviert werden kann – kein hoher Betrag. Aus den öffentlichen Kassen sind keine zunehmenden Unterstützungsbeiträge zu erwarten.
- Beachtung der vorstehend dargestellten Sicht der Pflegenden: Motivierte Mitarbeiter sind der wichtigste Faktor für die Realisierung.
- Bedarfsgerechtigkeit für die Kunden: entsprechend der Lebensphase und -umstände – mit sehr unterschiedlichen Verläufen und Situationen.

In der CURA Unternehmensgruppe wird – grob vereinfacht – von folgenden Bedarfs- und Betreuungsanfordernissen im Zeitverlauf ausgegangen:

Mit »Betreutem Wohnen zu Hause« sind die Services gegenüber Interessenten gemeint, die sich (noch) nicht für ein kombiniertes Wohn- und Betreuungsangebot entschieden haben. Diese Services stehen in Abgrenzung zum »Betreuten Wohnen im Seniorenzentrum«, das die verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens und der stationären Pflege umschließt. Zu beachten ist, dass sich auch der Unterstützungsbedarf zu Hause sehr unterschiedlich manifestieren kann. Krisensituationen sind genauso als Auslöser denkbar wie bewusste, vorausschauende Entscheidungen für die verschiedenen Unterstützungsangebote.

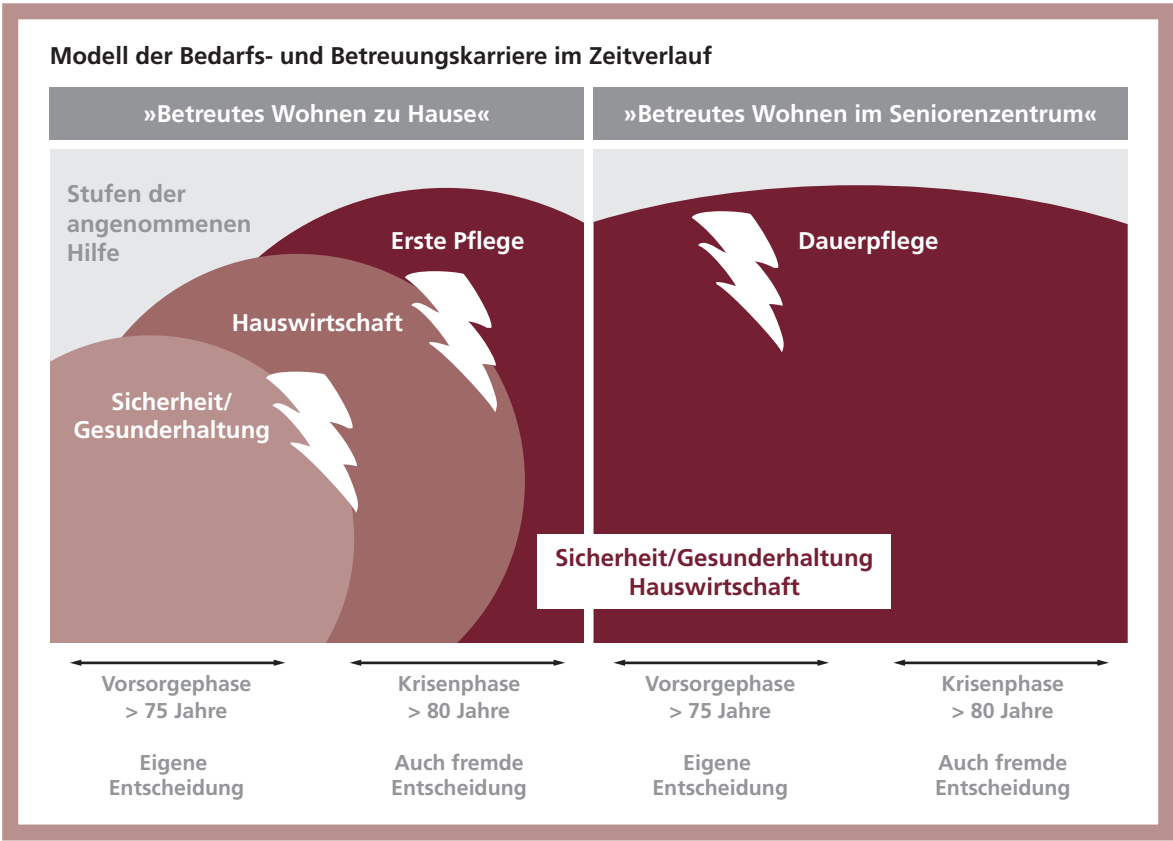


ABB.3 Bedarfs- und Betreuungskarriere im Zeitverlauf

2.2.3
Machbarkeit des integrierten Ansatzes
des »Betreuten Wohnens zu Hause«

Präferenzen der Kunden

Die Notwendigkeit der zielgruppengenaue Angebotsplanung ist bereits herausgestellt worden. Folgt nun die Frage, wie dies ausgestaltet werden kann. Die Gestaltung erfolgt auf Basis der (generellen) wissenschaftlichen sowie der eigenen (lokalen) Erhebungen und anhand der Erfahrungen der Standorte der CURA Unternehmensgruppe im Rahmen ihrer »klassischen« Versorgungsaufträge in der stationären und ambulanten Pflege. Hier lassen sich fünf Themenfelder für die Dienstleistungspakete identifizieren: Sicherheit, Gesunderhaltung, Hauswirtschaft und Lebensfreude – hier liegt der Schwerpunkt auf Angeboten zur Teilhabe der Menschen sowie der Bereich Beratung. Für die Zuordnung zu möglichen Zielgruppen wurden die Kundentypen aus Phase II des »Pflege 2020«-Projektes adaptiert.

Anhand der Darstellung lassen sich typische Relationen zwischen den Kundentypen und ihren Bedürfnissen nachvollziehen. Die Praxiserfahrung zeigt bereits, dass die Angebote wahrscheinlich passgenauer werden, wenn sich die entsprechende Klassifizierung der Interessenten erhöht.

Gestaltung des Leistungsangebotes

Da die personellen Ressourcen im Bereich »Pflege und Betreuung« schon kurzfristig, erst Recht aber perspektivisch nicht mehr ausreichen werden, um die Bedarfe der Menschen mit unterstützenden Dienstleistungen abzudecken, werden neue, klug vernetzte Modelle der Leistungserbringung benötigt. Diese müssen branchenübergreifend effizient gestaltet werden, unter Einbindung technologischer Komponenten.

Die CURA Unternehmensgruppe setzt auf ein integriertes Beratungs- und Dienstleistungskonzept. Dieses Konzept unterscheidet zwischen »Themenwelten«, »Angebotsfeldern« und Querschnitts-

Zielgruppengenaue Angebotsplanung

Pilotstandorte »Betreuten Wohnen zu Hause«:
Vier Kundentypen und fünf Kernbedürfnisse wurden identifiziert und bilden die Grundlage für die Produktentwicklung.

Kundentypen	Sicherheit	Gesunderhaltung	Hauswirtschaft	Lebensfreude	Beratung
Erlebnisorientiert	●	●	●	●	●
Passiv	●	●	●	●	●
Gemeinschaftsorientiert	●	●	●	●	●
Familienorientiert	●	●	●	●	●

● hoch ● niedrig

ABB.4 Zielgruppengenaue Angebotsplanung (Quelle: In Anlehnung an Fraunhofer IAO, Pflege 2020, 2. Projektphase)

Integrationsfunktionen – mit Anspruch der wirtschaftlichen Tragfähigkeit (siehe Abb. 5). Basis für dieses Konzept bilden Einrichtungen in regional eingegrenzten Stadtgebieten. Eine hinreichend große Kundenzahl wird in dieses Konzept mit eingebunden. Ein weiteres Standbein des Konzeptes ist die koordinierte Arbeitsteilung zwischen Partnern, die bereits themenbezogene Praxiserfahrung aufweisen bzw. bereits entsprechende etablierte Produkte anbieten.

Schlüssel für den jeweiligen Zuschnitt des Dienstleistungspaketes für den Kunden ist dabei die Beratung und Abstimmung zum konkreten individuellen Bedarf durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter (Seniorenberater).

Neben den sozialen Dienstleistungsangeboten des CURA-Standortes können die Interessenten auch auf komplexere, meist technologiegestützte Dienstleistungen von Kooperationspartnern zurückgreifen, die ihnen vom jeweiligen Seniorenberater ausführlich erläutert werden. Die Zielgruppen- bzw. Kundentypen-Orientierung spiegelt sich dann im Zuschnitt und auch in der Preisgestaltung und -differenzierung der wählbaren Dienstleistungspakete wider. In Abb. 6 ist das Beispiel für das Themenfeld »Sicherheit« dargestellt.

In der betrieblichen Umsetzung kommt der »Tourenplanung« für die Erbringung der Leistungen eine große Bedeutung zu, ganz ähnlich wie man es von der ambulanten Pflege her kennt.

Themenwelten	Integrationsfunktionen		Angebotsfelder
Sicherheit	Systematischer Informationsaustausch mit Hilfe von Kommunikationstechnologie (Tablet-PC)	Allgemeine (Lebens-) Beratung und Vermittlungskompetenz	24 h - Erreichbarkeit (über HNR hinaus)
Gesunderhaltung			Guck-Besuche und Guten-Morgen-Anrufe
Hauswirtschaft			Sicherheitsorientierte AAL-Lösung z.B. Partner mit Praxiserfahrung in Sensortechnologie
Lebensfreude			Spezifische Beratung (AAL/Wohnraum)
			Telemedizinische Diagnostik und Therapie z.B. Institut für Telemedizin
			Verkostigung
			Spezifische Gesundheitsberatung z.B. Rehazentrum
			Umfassendes Dienstleistungsangebot z.B. qualifizierte Handwerksbetriebe für barrierefreien Umbau
			Spezifische Beratung
			Mobilität (Transfers) z.B. qualifiziertes Taxi-Unternehmen
			Veranstaltungen

ABB. 5 »Betreutes Wohnen zu Hause«: arbeitsteiliges Angebotsprofil

Differenzierte Leistungspakete – Beispiel »Sicherheit«

Kundentypen	Basis	Standard	Premium	Gesundheit & Sicherheit
Hausnotruf ¹	Basis	Standard	Standard	Standard
Guck-Besuch ¹	2 pro Monat	3 pro Monat	Wöchentlich	Wöchentlich
Begleitung bei Behördengängen ¹	✓	✓	✓	✓
Unterstützung bei Formularen ¹	✓	✓	✓	✓
Wohnungskontrolle bei Abwesenheit (1x pro KW) ¹	Länger als 5 Tage	Länger als 5 Tage	Länger als 3 Tage	Länger als 3 Tage
Veranstaltungsinformationen ¹	✓	✓	✓	✓
Kostenlose Veranstaltungsteilnahme In-House ¹	1	2	Alle	Alle
Pflegeplatzgarantie VP/KZP ¹	✓	✓	✓	✓
Versorgungsgarantie AP ¹	✓	✓	✓	✓
Telemedien ²				✓
Preis	110 €	150 €	250 €	375 €

¹ Eigenleistung ² Fremdleistung

ABB. 6 Differenziert Leistungspakete, Beispiel »Sicherheit«

2.2.5 Fazit

Die Aufgabenstellung ist, die Lebens- und Versorgungsqualität für ältere und alte Menschen zu sichern. Diese wünschen sich hinreichende bis umfassende Dienstleistungen entsprechend ihrer individuellen Vorstellungen und Bedürfnisse. Mindestens zwei Drittel der Menschen favorisieren den Verbleib in ihrem häuslichen Umfeld bis zum Lebensende. Parallel verlangt auch der (vor allem personelle) Ressourcenmangel im Gesundheits- und Sozialwesen das Wachstum der sozialen Dienstleistungsangebote im häuslichen Umfeld der Menschen und die

Verzögerung der Inanspruchnahme höherschwelliger Pflege- und Betreuungsleistungen.

Unter dem Arbeitstitel »Betreutes Wohnen zu Hause« verfolgt die CURA Unternehmensgruppe ein entsprechendes Geschäftsmodell. Die Machbarkeit (im Sinne der Eigen-Tragfähigkeit) scheint gegeben, wenn folgende Gesichtspunkte adäquat berücksichtigt werden:

- Lokal auf einige wenige Quartiere bezogene bzw. maximal regional fokussierte Projektplanung (Wichtigstes Instrument ist hier eine adaptierte Tourenplan-Systematik),
- Gewinnung einer hinreichend großen Kundenzahl,

- Definition und Absatz von Standardangeboten in größerer Menge,
- größtmögliche Individualisierung der Angebote durch Einbeziehung von spezialisierten Dienstleistungen von etablierten Kooperationspartnern,
- optimierte branchenübergreifende, aber aus einer Hand koordinierte Arbeitsteilung,
- Entlastung der knappsten Ressourcen, insbesondere im personellen Bereich.

In der CURA Unternehmensgruppe wird dieses Modell bisher von Standorten aus geplant, die bereits seit Langem mit stationären Pflegeangeboten und/oder betreuten Wohnanlagen etabliert sind. Inwieweit sich das Risiko der Realisierbarkeit ohne diesen »Anker« für die Planung an bisher nicht bedienten Standorten verändert, wird derzeit geprüft.

2.2.6 Literatur

Medien- und Sozialforschungs GmbH TNS Emnid:
Umfrage »Wohnwünsche im Alter« im Auftrag des Bundesverbandes Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V., 2011.
bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste; Vortrag Dominik Enste, Mitgliederversammlung des bpa 2009 (Zweitizitat von bpa Geschäftsführer Bernd Tews, 2010) .
Fraunhofer IAO – Pflege 2020 (wie bekannt).

2.3 Ernährung als Basis für Gesundheit und Lebensqualität im Alter

ULRIKE MÖSSNER, ARAMARK HOLDINGS GMBH & CO. KG

2.3.1 Ganzheitliches Konzept zur Seniorenverpflegung

Um die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität im Alter zu fördern, ist eine ausgewogene und genussvolle Ernährung von großer Bedeutung. Eine erfolgreiche Seniorenverpflegung basiert auf einer Vielzahl an Anforderungen, die es zu berücksichtigen gilt. Der Erwartungsdruck an das Management von Senioren- und Pflegeheimen ist hoch. Durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) und die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sind die Rahmenbedingungen für Qualität klar definiert. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) fordert umfangreiche Pflegekonzepte und regelmäßige verpflichtende Weiterbildungsmaßnahmen, um Ernährungsrisiken und Mangelerscheinungen rechtzeitig diagnostizieren zu können (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 2009). Der Spagat zwischen Qualitätssicherung und Einhaltung der Kosten im Pflegebereich ist groß und verlangt nach neuen Lösungen – auch im Küchenmanagement.

Wichtig ist, die Ernährung älterer und pflegebedürftiger Menschen nicht isoliert zu betrachten, sondern sie in ein umfassendes Konzept einzubetten, das die Ansprüche aller Interessensgruppen berücksichtigt. ARAMARK hat in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Senioreneinrichtungen einen ganzheitlichen Ansatz zur Seniorenverpflegung entwickelt. Das Konzept »mosaik« steht für Gesundheit und Lebensqualität im Alter und basiert auf dem Zusammenspiel verschiedener Bausteine.

2.3.2 Ganzheitliches Konzept: Verschiedene Bausteine greifen ineinander

Die bedarfsgerechte Ernährung im Alter ist ein wichtiger Bestandteil im Rahmen der Pflege. In stationären Einrichtungen gilt es, die Ansprüche verschiedener Interessensgruppen zu berücksichtigen. Im Mittelpunkt steht immer der Bewohner mit seinen individuellen Bedürfnissen. Eine Studie des Verbundforschungsprojekts »Pflege 2020« ergab: Für 86 Prozent der Befragten hat die Qualität der Essensversorgung starken Einfluss auf die Wahl der stationären Einrichtung (Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO, 2008).

Neben einer hochwertigen, gesunden Ernährung steigern individuelle Lösungen das Wohlbefinden, die Zuwendung und damit die Lebensqualität der Bewohner. Dies bedeutet auch für die Angehörigen als zweite Zielgruppe einen großen Pluspunkt: Sie können sich darauf verlassen, dass die Senioren in guten Händen und professionell versorgt sind, was ihnen ein sicheres Gefühl gibt. Drittens sollte die Verpflegung den Ansprüchen der Einrichtung entsprechen. Das bedeutet, Qualität, Sicherheit und Kosten sollten optimal im Einklang stehen. Ein ganzheitlicher Ansatz bedeutet auch einen großen Imagezuwachs für die Heime, mit dem sie sich am Markt profilieren können.

Das Zusammenspiel verschiedener Einflussgrößen ist die Basis für eine vollwertige Verpflegung. »mosaik« setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen und stimmt sie professionell aufeinander ab: von der bedarfsgerechten Ernährung über professionelle Speiseplangestaltung und vielfältigen Aktionen bis hin zu einem aktiven Schnittstellenmanagement und einem umfassenden Schulungskonzept für die Mitarbeiter. Daraus entstehen maßgeschneiderte Lösungen, angepasst an die jeweiligen Bedürfnisse der Senioreneinrichtung (Abb. 1).

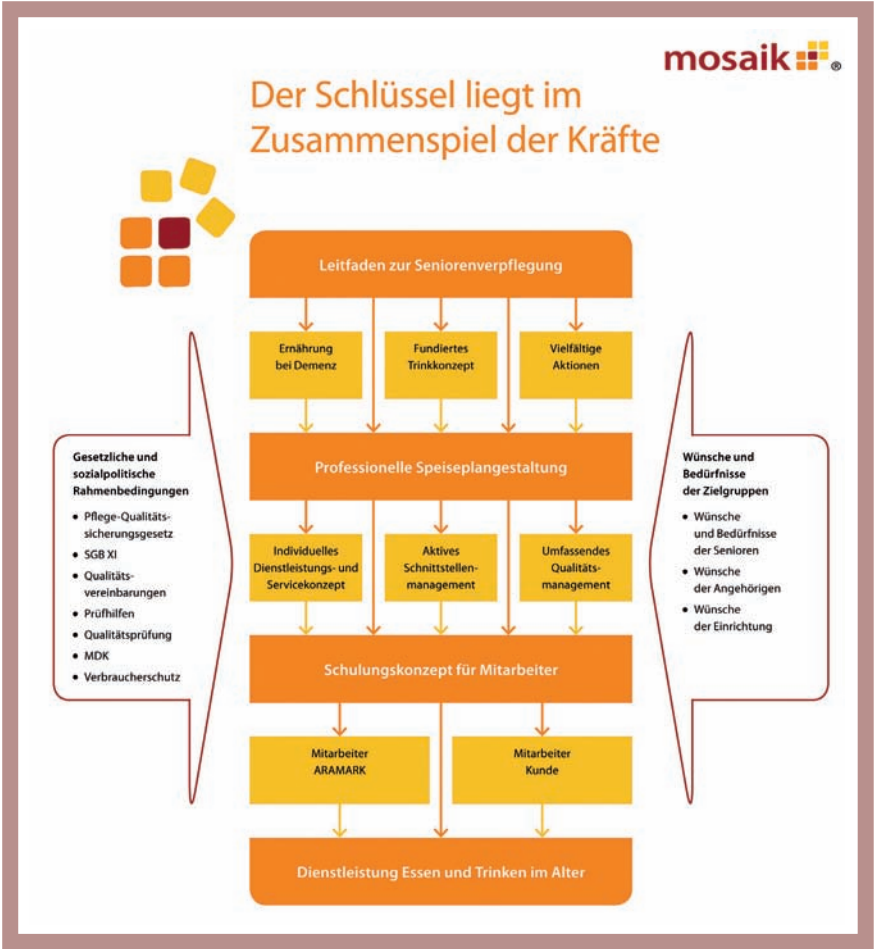


ABB. 1
Das »mosaik«-Konzept und seine Bausteine

2.3.3 Bedarfsgerechte Ernährung – Wünsche erkennen und Appetit wecken

Grundsätzlich sollte die Seniorenernährung auf Basis von ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen und altersbezogenen Empfehlungen, wie beispielsweise bedarfsgerechten Kostformen und Diäten bei speziellen Erkrankungen, erfolgen. Doch die optimale Versorgung mit lebensnotwendigen Nährstoffen ist nur ein Baustein im Rahmen der richtigen Ernährung älterer Menschen.

Für Senioreneinrichtungen stellt das Problem der Mangel- und Fehlernährung im Alter oftmals eine besondere Herausforderung dar. Um Untergewicht und Mangelerscheinungen vorzubeugen, ist es wichtig, sich auf die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Bewohners zu konzentrieren. Den Senioren muss es schmecken. Die Erstellung einer Essbiografie hilft, die jeweiligen Wünsche und Vorlieben der Senioren kennenzulernen und zu dokumentieren. Die meisten älteren Menschen mögen regionale Küche mit klassischen Gerichten und bekannten Zutaten. Durch eine handwerkliche, frische Zubereitung der Speisen ist es möglich, auf die verschiedenen Geschmacksvorlieben einzugehen.

Gerade bei demenziell erkrankten Menschen sollte das Essen ein elementarer Bestandteil in ihrem Alltag sein. Mahlzeiten strukturieren den Tagesablauf und schaffen Orientierung und Sicherheit. In Gemeinschaft eingenommen werden sie zu einem wichtigen Teil des sozialen Miteinanders. Das sinnliche Erleben sollte dabei in den Vordergrund rücken: Ein bekannter Geruch oder Geschmack weckt Erinnerungen und Empfindungen, die anderweitig nicht mehr abrufbar sind.

2.3.4 Fundiertes Trinkkonzept

Vermindertes Durstgefühl, mangelnde Gewohnheit oder fehlende Hilfe beim Trinken – dies sind einige der Gründe für eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr im Alter. Dieses vielschichtige Problem bedarf genauer Analysen. Daher reicht es nicht aus, Trinkkonzepte für Senioren starr an allgemeinen ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen auszurichten. Senioreneinrichtungen sollten vielmehr auf eine ganzheitliche Sichtweise, auf fundierte Qualitätskonzepte und auf Empfehlungen, die auch individuelle Bedürfnisse mit einbeziehen, setzen.

Ein ganzheitliches Trinkkonzept liefert Beispiele für Trinkfahrpläne und -protokolle, die Auskunft geben über die täglich eingenommene Flüssigkeitsmenge, individuell empfohlene Tagesmindest- und Tageshöchst-Trinkmenge sowie Unverträglichkeiten des Einzelnen. Darüber hinaus helfen individuelle Lösungen, die den unterschiedlichen motorischen Fähigkeiten der Bewohner entsprechen, die Flüssigkeitsversorgung zu steigern; beispielsweise durch den Einsatz spezieller Trinkgefäße und Getränke-Inseln.

Detaillierte Informationen und praktische Hinweise zur Gestaltung der Verpflegung älterer und pflegebedürftiger Menschen liefert der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 2011).

2.3.5
Essen als Erlebnis –
Vielfältige Aktionen für die Senioren

Für die meisten Senioren in stationären Einrichtungen sind die Mahlzeiten der Höhepunkt des Tages. Die Qualität der Speisen trägt entscheidend zu ihrem Wohlbefinden, zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands und ihrer Zufriedenheit im Heim bei. Kulinarische Besonderheiten wie etwa persönliche Wunschmenüs, Brunchbuffets, Muttertags-Brunch oder das Kochen nach alten Hausrezepten der Bewohner sorgen für Abwechslung im Alltag. Der »mosaik«-Aktionskalender beinhaltet spezielle kulinarische Höhepunkte – darunter Themen wie beispielsweise Erdbeerwochen, Wald und Wiese mit Wild- und Pilz-Spezialitäten oder Essen wie zu Kaisers Zeiten. Regelmäßige Kochkurse und Backtage ziehen die Senioren gezielt in die Essensvorbereitungen mit ein und ermöglichen ein sinnliches Erleben von Essen und Trinken. So leistet die Küche auch auf sozialer und

integrativer Ebene einen wichtigen Beitrag zum Heimalltag. Ein besonderes Erlebnis für die älteren Menschen ist es, ihre Familien zum Essen einzuladen und somit selbst zu Gastgeber*innen zu werden.

In einer Senioreneinrichtung im brandenburgischen Teltow besteht eine intensive Zusammenarbeit zwischen Ergotherapie und Küche – z.B. bei Sommer- und Grillfesten, Backaktionen oder Weihnachtsfeiern. Gemeinsames Kochen oder Backen lässt gelernte Fähigkeiten wieder aufleben. Für die Senioren ist das aktive Mitgestalten und soziale Miteinander ein besonders schönes und intensives Erlebnis.

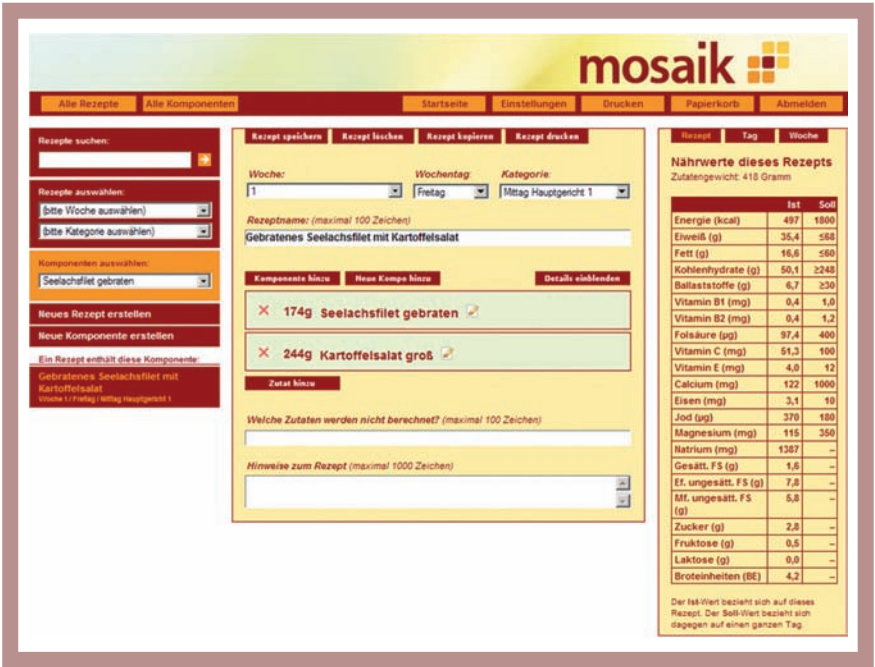


ABB. 2
Auszug aus dem »mosaik«-
Nährwertportal

2.3.6
Sicherheit durch Nährwertportal

Um eine ausgewogene Ernährung nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zu gewährleisten und die Verpflegung an die Bedürfnisse der einzelnen Bewohner genau anzupassen, hat ARAMARK ein professionelles Hilfsmittel entwickelt: das »mosaik«-Nährwertportal. Mit diesem Online-Tool lassen sich Rezepte und Speisepläne nach ihrem Gehalt an Energie und Nährstoffen analysieren. Möglich ist die Auswertung einzelner Zutaten, des gesamten Rezepts oder des kompletten Speiseplans. Die Werte werden in einem Soll-Ist-Vergleich mit anerkannten Referenzwerten der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 2012) verglichen. Das Nährwertportal steht jederzeit sowohl den Verantwortlichen in der Küche als auch den Pflegekräften zur Verfügung. Für diese bedeutet das Tool eine enorme Hilfestellung, denn damit ist nicht nur eine professionelle, genaue Dokumentation auf einfache Weise realisierbar. Es liefert auch wichtige Informationen für die Essprotokolle und bietet somit Sicherheit in der täglichen Arbeit der Pflegekräfte. So wird eine ausgewogene Ernährung nach den DGE-Standards gewährleistet.

In einer Senioreneinrichtung im rheinland-pfälzischen Enkenbach ist das Nährwertportal seit einiger Zeit im Einsatz. Für Risikobewohner werden einzelne Komponenten ausgedruckt und mit dem Essprotokoll abgelegt. Regelmäßige Schulungen der Ausgabemitarbeiter gewährleisten ein richtiges Schöpfen der einzelnen Beilagen und Gerichte analog der im Nährwertportal berechneten Portionsmengen. Dies ist besonders wichtig, um die Nährwertbalance der Bewohner sicherzustellen. Der MDK in Rheinland-Pfalz fordert genaue Nährwertangaben auf den Speiseplänen. Mithilfe des »mosaik«-Portals können die Pflegekräfte in Enkenbach die Nährwerte korrekt und auf einfache Weise errechnen.

2.3.7
Aktives Schnittstellenmanagement –
Kommunikation auf allen Ebenen

In vielen Senioreneinrichtungen herrscht ein enormer Zeit- und Kostendruck. Die Kommunikation kommt dabei meist zu kurz. Darüber hinaus fehlt den an der Pflege Beteiligten oftmals der Einblick in andere Aufgabenbereiche und somit auch das Verständnis für andere Interessensgruppen. Unstimmigkeiten zwischen Küche und Pflege sind daher keine Seltenheit.

Einer der wichtigsten Bausteine von »mosaik« ist die Kommunikation. Das Konzept baut auf ein aktives Schnittstellenmanagement, das die optimale Kommunikation zwischen Pflege, Küche, Service und Einrichtungsleitung ermöglicht und steuert. Denn nur so lässt sich bestmöglich auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren eingehen. Die Kommunikation hilft, Fehler zu vermeiden und verbessert Prozesse und Leistungen auf allen Ebenen.

Die Küche beziehungsweise der Gastronomie-Dienstleister sollte zu einem integrativen Bestandteil der Einrichtung werden. Am Anfang steht die Offenlegung von Aufgabenbereichen und Problemzonen, anschließend folgt die Festlegung von gemeinsamen Zielvereinbarungen. Eine dieser Zielvereinbarungen könnte z.B. die Teilnahme der Küchenleitung an internen Meetings, Pflegekonferenzen oder Heimbeiratssitzungen sein. Auch der regelmäßige Besuch des Kochs auf den Stationen und die Nachfrage bei den Senioren, ob es geschmeckt hat, gehören dazu. Das Schnittstellenmanagement umfasst im Weiteren abgestimmte Prozesse, Verfahrensweisen, Dokumentationen, Kontrollen und die kontinuierliche Leistungsoptimierung.

Ein aktives Schnittstellenmanagement verpflichtet alle Beteiligten dazu, miteinander zu reden. Dadurch funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Küche und Pflege besser und das Verständnis füreinander wächst.

Den Senioren bringt es nachweislich einen Mehrwert: mehr Zuwendung, mehr Individualität, mehr Lebensqualität (weitere Informationen: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, 2000).

2.3.8 Umfassendes Qualitätsmanagement und Schulungskonzept für Mitarbeiter

Qualität und Hygiene sind hochsensible Bereiche in Senioreneinrichtungen. Um die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu erfüllen und den Erfordernissen der Seniorenverpflegung gerecht zu werden, ist ein umfassendes Qualitätsmanagement unerlässlich. Ziel ist es, Abläufe zu systematisieren und transparent zu gestalten sowie Professionalität und Sicherheit zu gewährleisten: vom Einkauf über die Warenwirtschaft bis hin zum Hygienemanagement und zur Analyse von Gefahren und kritischen Kontrollpunkten, kurz HACCP. Ein intensives Schulungs- und Trainingsprogramm für Führungskräfte und Mitarbeiter der Senioreneinrichtung sollte ebenfalls wichtiger Bestandteil sein.

Die besondere Kompetenz sowie das Engagement und Einfühlungsvermögen der Mitarbeiter sind die Basis eines qualitativ hochwertigen Pflege- und Betreuungsprozesses und tragen maßgeblich zur Zufriedenheit der Bewohner bei. Zur optimalen Umsetzung einer altersgerechten Speisen- und Getränkeversorgung gehören daher regelmäßige und professionelle Schulungs- und Trainingsprogramme. Darin werden sowohl das Küchenpersonal als auch die Mitarbeiter der Einrichtung in allen für die Seniorenernährung relevanten Belangen geschult und sensibilisiert.

2.3.9 Der Schlüssel liegt im Zusammenspiel der Kräfte

Aus Sicht der Bewohner und ihrer Angehörigen ist die stationäre Senioreneinrichtung ein Zuhause. Dieses Verständnis ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine zufriedenstellende Verpflegung der Senioren. Hauptaugenmerk sollte immer auf dem einzelnen Bewohner liegen. Lebensqualität, persönliche Zuwendung und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner sollten den Heimalltag bestimmen. Dabei müssen aber auch die gesetzlichen Vorgaben kompetent umgesetzt und die Ansprüche der Einrichtung erfüllt werden.

Um eine vollwertige und erfolgreiche Seniorenverpflegung zu gewährleisten, müssen die verschiedenen Anforderungen in ihrer Vielfalt berücksichtigt werden. Die Lösung ist ein ganzheitliches Konzept, welches aus verschiedenen, aufeinander abgestimmten Bausteinen besteht.

Das »mosaik«-Konzept ist das Ergebnis der langjährigen Erfahrung von ARAMARK in der Seniorenverpflegung. Das Konzept wurde in intensiver Zusammenarbeit mit einer Reihe von Senioreneinrichtungen entwickelt und zeigt in diesen Einrichtungen seine positive Wirkung: Dazu zählen die Vermeidung von Mangelernährung, der weitgehende Verzicht auf Nahrungsergänzungen, die Aktivierung von Demenzkranken durch gemeinsames Kochen sowie hohe Zufriedenheitsergebnisse bei Bewohner- und Angehörigenumfragen.

2.3.10 Literatur

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.); Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e.V. (Hrsg.): Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Ein Leitfaden zur Schnittstellengestaltung, München 2000.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.): DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen, 2. Aufl., Bonn 2011.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.): Ernährung von Senioren in stationären Einrichtungen. Mangelernährung ist keine Seltenheit, Pressemitteilung vom 30. Juni 2009 [<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=941>; Stand 03.07.2012].
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, 1. Aufl., 4. korr. Nachdruck, Bonn 2012.
- Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation: Trendstudie »Kundinnen und Kunden«. Verbundforschungsprojekt »Pflege 2020«, Stuttgart 2008.

2.4

Die MAKS®-Aktivierungstherapie – ein ganzheitliches, multimodales Konzept für Menschen mit Demenz

STEPHAN M. ABT, DIAKONIE NEUENDETTLSAU

2.4.1

Was ist die MAKS®-Aktivierungstherapie?

Die MAKS-Therapie® wurde entwickelt, um Demenzkranke geistig, körperlich und seelisch zu unterstützen. Gefördert von der Leuchtturm-Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, wurde das Therapieprogramm in fünf Pflegeheimen der Diakonie Neuendettelsau erprobt, mit dem Ziel, unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirksamkeit dieser nichtmedikamentösen Therapie zu erforschen. Das Aktivierungskonzept setzt sich zusammen aus den therapeutischen Komponenten motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierung. Erstmals konnte in der MAKS®-Studie die Wirksamkeit dieser Aktivierungsform für ein Jahr nachgewiesen werden, das heißt die Fähigkeiten von an Demenz Erkrankten lassen sich bei gezielter Förderung für ein Jahr stabilisieren.

Das MAKS®-Projekt wurde 2008 bis 2010 im Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen wissenschaftlich untersucht (Projektleiter: Prof. Dr. Elmar Gräbel). Nähere Informationen zum Projekt und zu den Ergebnissen unter www.maks-aktiv.de.

Dr. Birgit Eichenseer (Psychologin und Psycho-Gerontologin) erstellte für das Forschungsprojekt ein Studienmanual mit Übungen aus den drei Bereichen motorisch, alltagspraktisch und kognitiv. Das spirituelle Modul entstand in der Diakonie Neuendettelsau. In der Projektzeit leiteten je drei geschulte Mitarbeiter (zwei Fachkräfte und eine Hilfskraft) die MAKS-Therapie® an (je zehn Teilnehmer pro Gruppe, an sechs Tagen in der Woche für jeweils zwei Stunden).

Das Projektergebnis ist der Nachweis der Wirksamkeit dieses in Gruppen durchgeführten multimodalen Therapieprogramms, also motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierung auf die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz im Pflegeheim im Rahmen einer multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Verlaufsuntersuchung.

2.4.2

Merkmale und Voraussetzungen der MAKS-Therapie®

Der Therapieansatz geht zurück auf den derzeitigen Forschungsstand, dass das Zusammenwirken von psychomotorischer und kognitiver Aktivierung bestmögliche Effektivität im Erhalt von Gedächtnisleistungen hervorbringt. Innovation, Intensität, Regelmäßigkeit und Abwechslung sind weitere kennzeichnende Merkmale.

- Die MAKS-Therapie® ist multimodal (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv und spirituell). Abwechslung ist gegeben durch Vielfalt (breite Themenauswahl, Angebote auch für männliche Betroffene).
- Die einzelnen Module in MAKS® zeichnen sich durch eine innere Systematik entsprechend einem ganzheitlichen Persönlichkeitsverständnis aus. Das Interventionskonzept von MAKS® setzt im Umgang mit Menschen mit Demenz das Kommunikationskonzept der Validation voraus.
- Die MAKS-Therapie® ist speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Gedächtnisproblemen ausgerichtet. Die Teilnehmer sollten gruppentauglich sein und nur leicht bis mittelgradig dement.
- Das Interventionskonzept spricht für Individualität und Ressourcenorientierung: Bei den Betroffenen kann eine Förderung an der individuellen Leistungsgrenze erzielt werden durch Einsatz unterschiedlicher Schweregrade in den Übungen. Leit-Motto: keine Unter- oder Überforderung!
- Voraussetzung ist, dass das Personal den »Eingangstatus« der Teilnehmer kennt, wie biografische Besonderheiten, Befindlichkeiten und Handicaps.
- Die MAKS-Therapie® stützt sich auf das für Menschen mit Demenz anerkannte Pflegekonzept von A. Krohwinkel, im Sinne des erweiterten Strukturmodells ABEDL®, (das »B« steht hier für »soziale Kontakte und Beziehungen aufrechterhalten können«).
- Innovativ sind die von Dr. Birgit Eichenseer völlig neu entwickelten und für Menschen mit Gedächtnisstörungen angepassten geistigen Übungen (Papier- und Bleistiftübungen und PC-Übungen). In MAKS® sind die Übungen seniorengerecht (große Buchstaben) und bestehen überwiegend aus farbigem Bildmaterial (echte Fotografien und keine schematischen Bilder). Im Zentrum stehen bei der Durchführung der spielerische Umgang und die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, nicht aber Leistung im Sinne von »Tempo« oder »richtigen Lösungen«.
- Qualität: »Aus Sicht des Qualitätsmanagements erweist sich die standardisierte Form der MAKS®-Module als Vorteil. Sie unterstützt die Pflegenden bei der Pflegedokumentation, da sich Therapieeinheiten aufgrund ihrer standardisierten Form in eine Pflegeplanung schnell integrieren lassen«, so Prof. Dr. Renate Stemmer von der katholischen Hochschule in Mainz (Kooperationspartnerin und pflegewissenschaftliche Beraterin in der Projektzeit).
- Beitrag zur Qualitätssicherung: Die Pflege-Transparenzvereinbarung (PTVS) fragt gezielt nach Angeboten für Bewohner mit Demenzerkrankungen, die die Kommunikation, Bewegung und Wahrnehmung ansprechen. Mit der Umsetzung der MAKS®-Therapie können Pflegenden diese Bereiche gezielt anregen.

In Einrichtungen ist es sinnvoll, strukturierte Wochen-, Monats- und Tagesübersichten zu erstellen. Auf diese Weise lässt sich im Voraus ein gesamtes Jahresprogramm planen (siehe Abb. 2 und Abb. 3).



ABB. 1 Förderung der alltagspraktischen Fähigkeiten in der Osterzeit

Zeit	Montag bis Samstag
10 min	Spirituelle Aktivierung (alternativ auch erst zum Abschluss; insbesondere, wenn die Intervention nachmittags stattfindet)
30 min	(Psycho-) Motorische Aktivierung
10 min	PAUSE
30 min	Kognitive Aktivierung
40 min	Alltagspraktische Aktivierung

ABB. 2 Planungskonzept und Ablauf von MAKStherapiestunden

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
spirituell	Danken (mein Name)	Die Sinne – das Sehen Blumen	Leben und Lebensfreude	Kirchenjahr Ostersymbole	Kirchenjahr Passionszeit	Wochen- ausklang Segnung
motorisch	Bewegungs- lied (Zauberschnur)	Doppelklöppel	Luftballon und Frisbee	»Geräte- transport« (Plastikeier)	Zielwerfen	Tischkicker (im Freien)
PAUSE						
kognitiv	PB-Übung Erdbeeren puzzeln	PB-Übung Blumen benennen	PB-Übung Symbolpaare (anstreichen)	PB-Übung Buchstaben- zähltext »Ostern«	PB-Übung Was gehört nicht dazu? Werkzeuge	PB-Übung (nach Wahl)
	PC mit Beamer: Bundesländer Europa	PC mit Beamer: Clickfix (Narzissen)	PC mit Beamer: ABC-Übung: Lebensfreude	PC mit Beamer: Ostereier zählen	PC mit Beamer: Gegenstände benennen »Kräuter«	PC mit Beamer: Wörtererkennen im Buchstaben- block (Nr.)
alltags- praktisch	Obstfarben würfeln echte Früchte »erwürfeln«	Dominospiel XXL selber basteln	Gartenbeet, Tiere im Garten echte Hasen	Ostereier färben (im Freien)	Osterbrot (Teig herstellen)	Osterbrot Backen

PB = Papier-Bleistift-Übung

ABB. 3 Ein Wochenbeispiel MAKStherapie: Roter Faden »Ostern«

2.4.3 Aktivierungsmodule der MAKStherapie®

Motorische Aktivierungstherapie

- Aufwärmübungen,
- Übungen mit Tüchern, Fitnessbändern, Handtüchern, Gymnastikstab, Doppelklöppel, Zielwerfen, Schwungtuch, Luftballon u.v.a.m.,
- Tanz, Bewegungslieder, Rhythmusübungen,
- Übungen im Garten.

Psychomotorische Übungen verbinden psychisches Erleben mit motorischen Aktionsformen, wie Tanzen, Kegeln oder Tischkicken.

Alltagspraktische Aktivierungstherapie

- Imbiss zubereiten,
- Handwerkliche Übungen,
- Alltagspraktische Spiele,
- Wahrnehmungsübungen,
- Feinmotorische Übungen mit alltagspraktischem Material (PC und Beamer),
- Weitere Aktivitäten (Nutzgarten, Tiere, feiern, Ausflüge).

Alltagspraktische Fähigkeiten zum Erhalt der Selbstständigkeit werden gefördert durch Arbeiten mit Holz (wie Vogelhäuschen bauen) oder durch Zubereiten von kleinen Mahlzeiten (wie Obstsalat).



ABB. 4 Motorische Aktivierung: Ein vielfältiges Aktivierungsangebot mit seniorengerechten Handgeräten, wie Hanteln, Bällen, bunten Tüchern, Zauberschnur, Schwungtuch, Gymnastikringen; Einsatz von Tischkicker, Kegeln und motorischen Übungen begleitet von Musik.



ABB. 5 Alltagspraktische Aktivierung: Ein Aktivierungsangebot mit handwerklichem Arbeiten sowie Beschäftigungsangeboten im Haus und Garten zur Erhaltung alltagspraktischer Fähigkeiten und der eigenständigen Lebensführung.

Kognitive Aktivierungstherapie

- Kognitive Einstiegsübungen (Feinmotorik),
- Papier- und Bleistiftübungen,
- PC-Übungen mit Beamer,
- PC-Übungen durchführbar auch mit Touchscreen (als Einzelförderung).

Im Bereich der Kognition liegen die Übungsaufgaben überwiegend in drei Schwierigkeitsgraden vor. Das Spektrum der kognitiven Aufgaben reicht von Papier- und Bleistift-Übungen, wie Wörter im Buchstabenmix erkennen bis zu Bilderpuzzle, die mit dem Beamer projiziert und gemeinsam und spielerisch in der Gruppe gelöst werden (Vermeidung von Überforderung).

Die Aufgabe, die im Modus »Bildschirmpräsentation« in einer Office-Power-Point-Funktion durchgeführt wird, nennt sich »Bilder einprägen«. Sie lautet: »Bitte prägen Sie sich die Gegenstände auf der Bildtafel 1 ein und versuchen Sie diese später auf Bildtafel 2 wiederzuerkennen. Beim Klick auf ein Bild (bzw. Antippen mit dem Finger auf dem Touch-Monitor) in der Aufgabenfolie, erscheint eine Smiley-Rückmeldung (richtig/versuchen Sie es noch einmal).



ABB.6 Kognitive Aktivierung:
Einzelsaktivierung am PC mit Touch-Screen-Monitor:
Auch für Männer ist etwas dabei!

Spirituelle Aktivierungstherapie

- Dank (für meinen Namen, meine Persönlichkeit, meine Sinne; Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen),
- Leben und Lebensfreude (Hände, Füße etc.),
- Erfahrung von Freundschaft, Liebe,
- kirchlicher Jahreskreis (Advent, Weihnachten, Passionszeit, Ostern, Pfingsten),
- Persönliche Segnung.

Das Spektrum der Vorschläge zur spirituellen Aktivierung erstreckt sich vom gemeinsamen Singen eines Liedes bis hin zum Austausch von Erfahrungen zu einem bedeutenden Thema, z.B. »Was hat mich heute erfreut?«.



ABB.7 Spirituelle Aktivierung:
Förderung der spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen durch Rituale, Gebet, gemeinsames Singen und Gemeinschaftsgefühl.

2.4.4

Wie profitieren Menschen mit Demenz von der Therapie, bzw. die Menschen, die sie betreuen und begleiten (auch jenseits der Forschungsergebnisse)?

Sie profitieren von:

- der Förderung neuer und noch vorhandener Fähigkeiten (was steckt noch drin in mir?),
- der Bedürfnisorientierung (wie Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung),
- dem Aufhalten des demenzbedingten Rückzugs (Neugierde wird geweckt),
- Menschen entdecken Gemeinschaft (menschlicher Kontakt, sich angenommen fühlen),
- der angebotenen Struktur (Orientierung, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit),
- der Möglichkeit, am Alltagsleben teilzuhaben und damit dem Erleben von »Normalität«,
- dem Vermitteln von Lebensfreude und Lebensqualität, trotz demenzbedingter Einbußen,
- der Förderung nicht nur von einzelnen Menschen mit Demenz, sondern ganzer Einrichtungen. Arbeitszufriedenheit und Wertigkeit der Pflege lassen sich steigern.

2.4.5

Was bringt die MAKStherapie® einer Pflegeeinrichtung? Erfahrungen aus dem Sigmund-Faberheim, Hersbruck

Die Implementierung der MAKStherapie® bedeutet für die Praxis und den Arbeitsalltag in Pflegeheimen nicht nur eine Herausforderung, sondern ist für viele betreuende Fachkräfte ein lang erhofftes Konzept, das »Lösungen« anbietet und ein Ziel beschreibt. Die MAKStherapie® bedeutet für Pflegeeinrichtungen einen »innovativen Schub«. Ursprünglich war der Fokus der Studie auf den einzelnen Teilnehmenden gerichtet.

Es zeigte sich aber, dass eine ganze Einrichtung davon profitieren kann:

- Die MAKStherapie® ist ein multimodales Konzept, das so bislang nicht zur Verfügung stand. Bislang glichen die Betreuungsangebote eher einem »Gemischtwarenladen«.
- Trotz Gruppenaktivierung im Rahmen der Multimodalität der MAKStherapie® ermöglicht diese auch Einzelförderung unter Berücksichtigung von Vorlieben und Wünschen (Setzen von Schwerpunkten).
- Grundlage für die Implementierung der MAKStherapie® ist das praxisnahe und benutzerfreundliche MAKStherapie®-Handbuch. Bislang arbeitete jede Mitarbeiterin mit dem oft rudimentären Material, das vorhanden war.
- Durch das einheitliche Handbuch und die dort vorgegebene Struktur ermöglicht die MAKStherapie® einen »roten Faden« für die Betreuungsangebote eines ganzen Hauses und alle Mitarbeitenden. Bislang wusste die eine Mitarbeiterin oft nicht, was die andere Kollegin tat. Vieles glich einer »Black Box«.
- Die MAKStherapie® fördert auch die innerbetriebliche Fortbildung einer Gesamteinrichtung.
- Die MAKStherapie® ermöglicht Transparenz (Offenlegung) des Therapiekonzeptes einer Einrichtung. Zugleich animiert sie zu einer Zusammenarbeit eines »Gesamteams« bzw. einer »Gesamtintegration« von Betroffenen, Mitarbeitenden, Angehörigen und Ehrenamtlichen.
- Leichter Einstieg: Es wird oft mit Material gearbeitet, das leicht zu sammeln ist oder üblicherweise in Einrichtungen bereits vorhanden ist, wie Bälle, Rhythmusinstrumente, Schwungtuch usw. Ergänzt werden kann nach und nach Zauberschnur, Doppelklöppel, Tischkicker, Schwimnudeln usw.
- Die MAKStherapie® hatte in der Projektphase einen sonst in Pflegeeinrichtungen nicht üblichen hohen Mitarbeiter-Personalschlüssel zur Verfügung, ermöglicht durch Fördermittel. Steht im derzeitigen

Pflegealltag ein geringerer Personalschlüssel zur Verfügung, sind in einzelnen Wohnbereichen auch Kombinationen von abwechselnd nur zwei bis drei Modulen denkbar, die dann aber an verschiedenen Tagen durchgewechselt werden sollten, damit die Ausgewogenheit und Vielfalt des Angebots erhalten bleibt. Auch mit etwas weniger Personal können die wichtigsten Elemente der MAKStherapie® weiter durchgeführt werden, wie es im Modell täglicher Aktivierung mit MAKSt® im Sigmund-Faberheim zu sehen ist.

- Für die vier MAKSt®-Komponenten haben sich bei diesem Modell aus dem Betreuungs- und Pflegepersonal je zwei »Expertinnen« gefunden, die monatlich einen »Durchführungsplan« erstellen, sodass auf jeder Station parallel die jeweils gleiche Übung durchgeführt wird. Das garantiert die nötige Abwechslung der Übungen und den aktiven Erhalt der Bandbreite des im Handbuch erstellten Materials samt seiner Übungen.

2.4.6 Gesellschaftliche und pflegegesetzliche Aspekte

Um die komplette MAKSt®-Aktivierung in einer Gruppe von ca. zehn Personen regelmäßig mit zwei Therapeutinnen/Therapeuten umsetzen zu können, sind zusätzliche Mittel notwendig. Wünschenswert sind Finanzierungsmöglichkeiten durch die Pflegekassen. Aber auch bei den aktuellen Gegebenheiten ist die MAKSt®-Therapie für gerontopsychiatrische Fachkräfte wie auch für Betreuungsassistentinnen und -assistenten in Pflegeheimen nach § 87b (SGB XI) ein herausragendes Konzept, nach dem Motto von Dr. Birgit Eichenseer »mit kleinen Schritten anfangen und dann größere Kreise ziehen«.

2.4.7 Hinweise zum MAKSt®-Handbuch mit DVD und MAKSt®-Schulungen

Im Jahr 2011 erschien das MAKSt®-Praxishandbuch, auf der Grundlage des Studienmanuals, um allen Interessierten das Kennenlernen und die Anwendung dieser Therapie zu ermöglichen. Zahlreiche Übungsvorschläge zu allen vier Modulen ermöglichen den Anwendern die therapeutische Planung und Ausgestaltung für ein Jahr. Das Handbuch richtet sich an alle haupt- oder ehrenamtlich Tätigen im Altenhilfebereich. Auch Angehörige, die ihre Demenzbetroffenen zu Hause versorgen, können Anregungen zur Förderung der Selbstständigkeit aus der Therapie entnehmen. Zu den einzelnen Modulen gibt es im veröffentlichten Handbuch genau beschriebene Aktivierungsmöglichkeiten, in der dort beiliegenden CD und im Internet finden sich weitere, über das Handbuch hinausgehende Übungen zu den vier Modulen.

MAKSt®-Schulungen mit Zertifizierung finden beispielsweise in der Dialog-Akademie Neuendettelsau statt, siehe akademiedialog.de/weiterbildungen.html und www.maks-aktivierungstherapie.de.

2.4.8 Literatur

Eichenseer, Birgit (Hrsg.); Gräbel, Elmar (Hrsg.): Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz, motorisch – alltagspraktisch – kognitiv – spirituell, München 2011.

Eichenseer, Birgit; Abt, Stephan: Aktivierungstherapie MAKSt®. Aktiv und froh leben mit Demenz. In: Die Schwester Der Pfleger 50 (2011), Nr.11, S. 1060-1064.

Graessel, E. et. al.: Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomised, controlled trial. In: BMC Medicine. 9 (2011), Nr. 1.

Oswald, W.; Ackermann, A. (Hrsg.): Kognitive Aktivierung mit SimA-P – Selbstständig im Alter., Wien 2009.

Stemmer, R. et. al.: Maintaining everyday practical and cognitive competencies in dementia sufferers in a home setting. ABSTRACT, 22nd Alzheimer Europe Conference. Changing perceptions, practice and policy, Vienna (2012), (4-6 October).

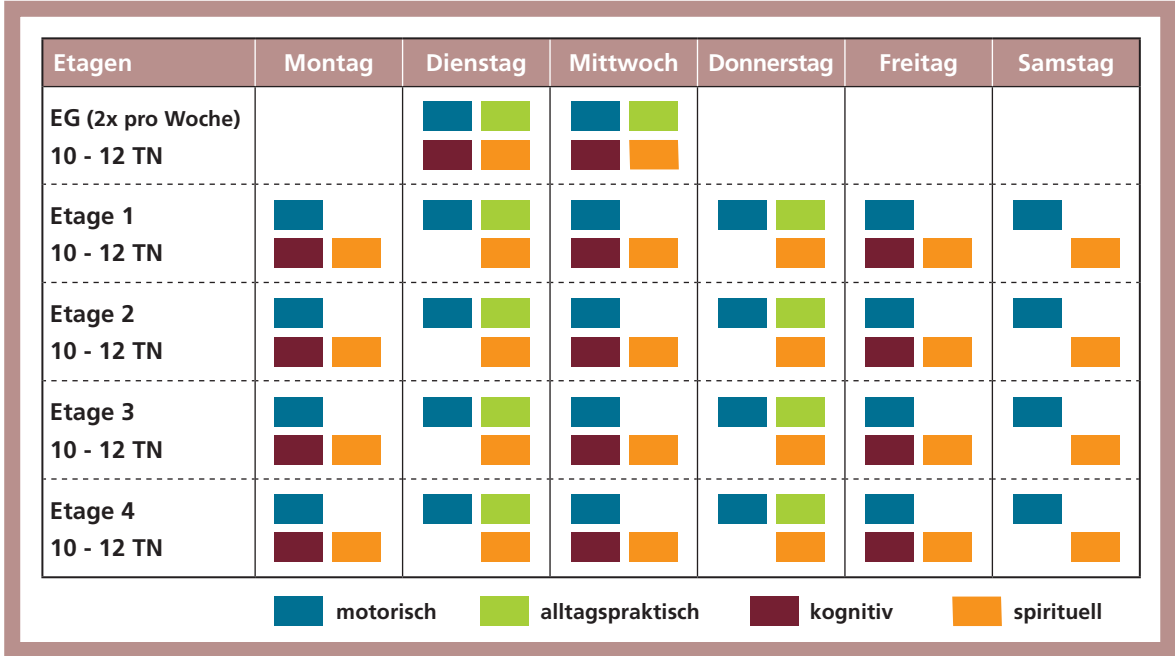


ABB.8 Beispiel der Weiterführung von MAKSt® im Sigmund-Faberheim

2.5

Die Bank als Dienstleister und Finanzier in der Pflegebranche

DETLEV DÖDING UND JAN-BASTIAN ALTEN, BREMER LANDESBANK

2.5.1

Motivation, sich bei einer Verbundforschung zu beteiligen

Dass der Gesundheitsmarkt insgesamt und die Pflegebranche im Speziellen seit Jahren ein Wachstumsmarkt ist und auch in den nächsten Jahren bleiben wird, ist ein Trend in Deutschland, auf den viele Marktteilnehmer bei Investitionen oder ihren jeweiligen Geschäftsmodellen setzen. In Bezug auf die Pflege ist die vielzitierte demografische Entwicklung sicherlich einer der wichtigsten Treiber für die deutlich sichtbare Investitionstätigkeit bzw. die Kapazitätserweiterungen, nicht nur in der vollstationären Pflege.

Die Rahmenbedingungen haben sich für die Marktteilnehmer signifikant von einer durch hohe Nachfrageüberhänge bzw. Nachholbedarf gekennzeichneten regionalen Versorgung hin zu einem mehr und mehr von Verdrängungswettbewerb gekennzeichneten Markt geändert. Die daraus abzuleitende Frage für eine Bank, welcher Betreiber und welches Objekt mit welchem Geschäftsmodell in diesem Markt nachhaltig bestehen kann, beschäftigt uns daher schon seit langer Zeit. Natürlich werden bei der Entscheidungsfindung

für einen meistens mehrere Millionen betragenden Finanzierungsbetrag Vergleiche und Erfahrungen herangezogen. Diese Vergleiche fließen auch ohne konkrete Namen und Standorte oder gar Geschäftsmodelle in die jeweiligen Gespräche mit dem Kunden ein. Wenn diese Gespräche zu angepassten Investitionsentscheidungen beim Kunden führen oder zu einer kontroversen, sich im positivsten Fall gegenseitig befruchtenden Diskussion, bildet dieser Austausch unseres Erachtens den wesentlichen Mehrwert durch einen Finanzierungspartner mit gutem Branchen-Know-how. Hier fließen gegebenenfalls auch Informationen ein, die dem Kunden nicht oder nur schwer zugänglich sind. Nur einen Haken hat dies natürlich: Eine Bank vergleicht dies immer mit erprobten und positiv oder nicht so positiv umgesetzten Modellen. Neue und innovative Geschäftsmodelle und Projekte, die gar auf Annahmen beruhen, wie sich der Markt in der Zukunft ändert oder ändern könnte, haben es naturgemäß schwerer.

In einem Markt- und Wettbewerbsumfeld, das stark im Wandel begriffen ist und dessen herausfordernde Aufgaben sehr komplex sind, ist es daher auch für eine Bank von grundlegender Bedeutung, weiterhin zu

verstehen, welche Problemstellungen und Perspektiven ihre Kunden haben und welche Lösungsansätze die Branche diskutiert. Die Diskussionen und Ergebnisse aus einer Verbundforschungsarbeit »Pflege 2020« des Fraunhofer IAO helfen somit, einen belastbareren Einblick zu erhalten.

2.5.2

Ableitungen aus den Forschungsergebnissen für die Bank

Um es vorwegzunehmen: Es gibt nicht die einzelne zentrale Erkenntnis! Es sind eher die vielen herausgearbeiteten Fragestellungen und Feststellungen, die zu einer deutlich höheren Transparenz darüber führen, welches die Einflussfaktoren für die Pflegebranche sind und wo Ansätze für Verbesserungen bestehen. Dies bezieht sich sowohl darauf, wie der Betreiber mit unterschiedlichen Lebensstilen umgeht und auf die Frage, worauf die Bewohner Wert legen, wofür sie bereit sind, (mehr) zu bezahlen, welche Technikunterstützung angeboten wird als auch auf unterschiedlichste Dienstleistungsangeboten, die zu einer deutlichen Differenzierung im Wettbewerb führen. Vieles davon spiegelt sich ganz oder in Ansätzen in den Gesprächen mit unseren Kunden wider.

2.5.3

Fragestellungen an den Betreiber

Vernetzung

Ein zentrales Thema ist seit Langem die Vernetzung im regionalen Markt. Dies wurde auch im Rahmen der Verbundforschung erarbeitet, die Aspekte hierfür sind in den weiteren Beiträgen deutlich herausgearbeitet. Diese Vernetzungsmodelle werden in der Praxis als Kooperation oder auch durch eigene Betriebe/

Aktivitäten eines Betreibers bzw. Anbieters dargestellt. Grundsätzlich ist sicherlich die Aussage richtig, dass alle Maßnahmen, die zu einer hohen Präsenz in dem jeweiligen regionalen Markt mit differenzierten Angeboten führen, auch sinnvoll sind. Die Frage, die sich allerdings aus Sicht der Bank daraus ergibt, ist, welche nachhaltige Wirtschaftlichkeit bei jeder einzelnen Maßnahme bzw. jedem Angebot unterstellt werden kann. Oder ist vielmehr bei bestimmten Angeboten in Kauf zu nehmen, dass dies temporär oder gar dauerhaft aus anderen Segmenten zu subventionieren ist? Im Ergebnis hilft hier unseres Erachtens eine von vornherein dementsprechend aufgebaute betriebswirtschaftliche Planung mit dem darauf aufsetzenden Controlling. Letztlich muss es in der Summe der Aktivitäten des Anbieters/Betreibers dazu führen, dass eine Vernetzung zu bewertbaren, positiven wirtschaftlichen Effekten führt. Ob sich diese Vernetzung in einer besseren Auslastung der Einrichtungen niederschlägt, bis hin zu deutlich stabileren Belegungszahlen, zu einer guten Reputation führt und/oder höheren Gewinnen, wird die Bewertung im Einzelfall zeigen.

Angebotsgestaltung

Bei den Fragen der Angebotsgestaltung wird künftig mehr als zuvor die Berücksichtigung der Lebensstile der Zielgruppen eine Rolle spielen. Dies ist im Zusammenhang mit deutlich geänderten bzw. sich weiter ändernden Lebensgewohnheiten auch der Pflegebedürftigen eine wesentliche Grundlage für die Ausrichtung der Geschäftsmodelle. Diese Lebensstile spiegeln sich auch heute schon in unterschiedlichen Einstellungsstilen, Essensangeboten sowie Freizeit- und Beschäftigungsangeboten wider. Aktuelle Befragungen bei Bewohnern sowohl von Pflegeeinrichtungen als auch betreuten Wohnungen zeigen geänderte Erwartungen.

Zeitgemäßer Baukörper und Einrichtung

Ein zeitgemäßer Baukörper und die Einrichtung im Zusammenspiel mit einer modernen gegebenenfalls auch innovativen technischen Ausstattung bilden die Grundlage für ein erfolgreiches und wettbewerbsfähiges Objekt. Wie wir von vielen neu eröffneten Häusern, die wir finanziert haben, wissen, ist die Attraktivität des Neuen auch bei der Belegung/Vermietung zunächst groß. Aber was genau macht denn die Attraktivität für den Angehörigen oder den Bewohner aus? Was erleichtert den Bewohnern ein auch im Pflegeheim selbstbestimmtes Leben? Welche technischen Unterstützungen und welche Qualität der Lichtgestaltung bieten sowohl für die Bewohner als auch für die Mitarbeiter einen Mehrwert? Welche Farbgestaltungen und welche Raumkonzepte sind denn zukunftsweisend? Welche Variabilität im Baukörper ermöglicht auch noch in Jahren eine Veränderung der Raumaufteilung? Häufig sind dies Fragen, die im Rahmen von Investitionsplanungen gestellt werden. Und häufig werden diese Fragen vor dem Hintergrund von bereits gemachten Erfahrungen und der Refinanzierbarkeit abgewogen. Da vieles durch die jeweiligen landesspezifischen und bundeseinheitlichen Bauanforderungen vorgegeben ist, bleibt häufig kein großer Spielraum um wirklich neue, innovative Konzepte umzusetzen. Wünschenswert ist in der Branche neue Ideen mit mehr Mut umzusetzen. Dies gilt sowohl für bauliche als auch technische Bereiche. Dabei bleibt natürlich immer die Frage der Bezahlbarkeit.

Ambulant vor stationär

Die politische Aussage »ambulant vor stationär« zieht sich natürlich auch durch die mittlerweile mehrjährige Arbeit im Rahmen des Projektes »Pflege 2020«. Niederschwellige Angebote, wie teilstationäre Angebote, betreutes Wohnen und ambulant versorgte Wohngruppen werden in unterschiedlichster Ausprägung schon seit Langem angeboten. Die Branche diskutiert

über eine verstärkte Quartierlösung mit Pflegewohngemeinschaften und durch eine Initiierung von mehr Selbsthilfe in Verbindung mit Nachbarschaftshilfe und professionellen Zusatzangeboten. Ob diese gänzlich die vollstationäre Pflege entbehrlich machen oder eine sinnvolle Ergänzung der Angebotspalette darstellen, wurde auch im Projekt diskutiert. Die Meinung der Bank schließt sich letzterer Position an. Tendenziell wird es künftig eine breitere Angebotsvielfalt geben, aber auch nicht überall. Ein bestimmender Faktor wird die Frage sein: was das Gesamtpaket kostet, welche Zielgruppe es sich erlauben kann und welche anteiligen Leistungen der jeweilige Kostenträger fiskalpolitisch bereit ist zu refinanzieren. So gibt es schon heute eine Reihe von guten bis sehr guten Angeboten sowohl im ambulanten als auch im vollstationären Bereich, die insbesondere die Klientel ansprechen, die über die entsprechenden Einkommen in Verbindung mit den Versicherungsleistungen aus der Pflegeversicherung verfügen. Eine Spreizung des Angebotes je nach Einkommenshöhe wird aus unserer Sicht auch in Zukunft ausgeprägter wahrgenommen werden als heute.

Personal

Die weitaus größte Herausforderung für die Anbieter und Betreiber von pflegerischen Leistungen liegt schon jetzt in der Gewinnung bzw. dem Halten von qualifiziertem Personal. Dass uns hier alle der demografische Wandel aus umgekehrter Sicht eingeholt hat, ist jedem bewusst. Neben allen personalwirtschaftlichen Maßnahmen ist unser Eindruck, dass aber auch die obigen Punkte mit dazu führen, dass ein Anbieter von pflegerischen Dienstleistungen als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen wird oder auch nicht.

2.5.4

Was ist den Bewohnern wichtig?

In internen Diskussionen haben wir uns häufig die Frage gestellt, wie der Kunde unseres Kunden, also der Nachfrager nach pflegerischen bzw. sozialen Dienstleistungen, die jeweiligen Angebote sieht. Eine Reihe von Befragungen im Rahmen des Projektes »Pflege 2020« haben zum Teil erstaunliche Erkenntnisse erbracht. Andere Ergebnisse wiederum haben die zuvor erwarteten Meinungen bestätigt. Eine gute pflegerische Leistung wird von allen in der Branche vorausgesetzt. Natürlich vom Pflegebedürftigen zuallererst. Die Erkenntnis, dass die Mahlzeiten im hohen Alter und bei pflegebedürftigen Menschen das Highlight des Tages sind, ist nicht neu. Viele weitere Punkte (z.B. kulturelles Angebot, Fahrdienste, Vorlese-service, sinnvolle Einbindung in das Tagesgeschehen) hierzu lassen sich aufführen.

Für eine Bank lässt sich hieraus schließen, dass auch die Anbieter gut beraten sind, ihre Kunden zu fragen, was sie anders und eventuell besser machen können. Dies wird im Geschäftsmodell des Anbieters gegebenenfalls auch zu Alleinstellungsmerkmalen führen, die unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit zu einer permanenten Anpassung an den Markt bzw. einer Umsetzung von Kundenwünschen führen.

2.5.5

Grundsätzliche Annahmen bei der Finanzierung von Einrichtungen für die Pflege

Wenn wir als Bank aus der Sicht der Betreiber die vielfältigen Fragen und aus dem Blickwinkel der Kunden unserer Kunden die Erwartungshaltung bewerten, was sind dann die Voraussetzungen, die die Bank für eine Finanzierung formuliert?

Konzept

Zuerst erwarten wir ein schlüssiges Konzept, das die Fragen zum künftigen Geschäftsmodell für das konkrete Vorhaben beantwortet. Je aussagefähiger auch die Merkmale herausgearbeitet werden, die es der Bank ermöglichen, zu erkennen, was dieses Objekt, dieses Angebot von den anderen unterscheidet, desto eher ist das Interesse geweckt, um sich eingehender damit zu beschäftigen. Schließt dieses Angebot eine Angebotslücke oder will es im qualitativen Wettbewerb andere Angebote verdrängen? Ist es einfach nur neu oder ist es innovativ? Ist es eine Weiterentwicklung, eine Evolution eines bereits umgesetzten Vorhabens? Ist es auf eine spezielle Zielgruppe oder auf ein Krankheitsbild ausgerichtet? Welches Einzugsgebiet ist für das Angebot realistisch? Wie stellt sich die Preisgestaltung im Wettbewerb dar? Sind bestimmte Ausstattungsmerkmale vorhanden oder geht es um spezielle bzw. gute Pflegekonzepte? Eine Reihe von Fragen, die auf die Beantwortung sogenannter weicher Faktoren abzielen. Diese spielen aber zunächst einmal grundsätzlich eine größere Rolle als noch vor Jahren, da es die berühmten »weißen Flecken« nicht oder nur noch selten gibt. Das Bestehen in einem Wettbewerbsumfeld und eine diesbezügliche Professionalisierung der Maßnahmen ist hierbei die Frage, die uns bei der Bewertung des Geschäftsmodells umtreibt.

Kapitaldienstfähigkeit

Bei dem eigentlichen Finanzierungsmodell ist für uns das wichtigste Kriterium, dass aus dem Vorhaben bei erfolgreichem Betrieb die Kapitaldienstfähigkeit nachhaltig gesichert werden kann. Oder sagen wir besser: zuverlässig erwartet wird. Um diese Frage beantworten zu können, wird zunächst ein kompletter Investitionsplan (löffelfertig) erwartet. Die Frage, was ein Pflegeheimplatz oder ein Quadratmeter für eine betreute Wohnung kosten darf, lässt sich eher aus der

umgekehrten Vorgehensweise beantworten. Die Frage müsste lauten, was für ein täglicher Investivkostensatz verhandelt werden kann bzw. welche Quadratmetermiete realisierbar ist. Daraus ergibt sich das Investitionsvolumen, welches daraus bedient werden kann. Und so fällt die Antwort über das maximal mögliche refinanzierbare Investitionsvolumen regional unterschiedlich aus. Die im Finanzierungsplan zu berücksichtigenden Positionen neben dem Eigenkapital sind die fristenkongruenten Finanzierungsmittel der Bank und mögliche Förderprogramme, z.B. der Kreditanstalt für Wiederaufbau. Daraus ergibt sich der kalkulatorische Kapitaldienst, der dem betrieblichen Ergebnis bzw. der Miete gegenübergestellt wird. Eine diesbezügliche Relation muss zu jedem Zeitpunkt der Finanzierungsdauer gewährleisten, dass der Kapitaldienst problemlos bedient werden kann und darüber hinaus auch noch Liquidität für die Instandhaltung und den potenziellen Unternehmervorgewinn zur Verfügung steht.

Betriebswirtschaftliche Planung

Das Ergebnis des Betriebs ermittelt sich aus einer betriebswirtschaftlichen Planung, die auch die in den letzten Jahren generell zu beobachtende längere Belegungsphase berücksichtigen muss. Inwieweit hier schon positive Effekte eines modernen, gut geführten Hauses mit einem fortschrittlichen Pflege- und Betreuungsmodell positiv auf die Entwicklung der Zahlen wirken, kann nicht generalisiert werden. Darüber hinaus sind positive Kosteneffekte aus z.B. energetischen Maßnahmen gegebenenfalls mit einzubeziehen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht heraus sollte oder muss es sogar möglich sein, die jeweiligen Einrichtungen auch dann kostendeckend zu führen, wenn die Auslastungen deutlich unter den noch durchweg bei den Pflegesatzverhandlungen zugrunde gelegten Auslastungszahlen von 95 Prozent liegen. Die durchschnittlichen Belegungszahlen in der Branche untermauern unserer Meinung nach diesen Ansatz.

2.5.6 Finanzierungsmodelle für innovative Ideen?

Die Erwartungshaltung, dass wir jetzt ein »Sonderangebot« bzw. besondere Ideen zur Finanzierung von Innovationen haben, die die Überschrift vielleicht auflöst, können wir leider nicht erfüllen. Die generelle Grundlage, dass sich die wie auch immer gearteten Geschäftsmodelle und deren Investitionen durch die verhandelbaren Pflegesätze bzw. Mieten refinanzieren lassen müssen, gilt natürlich auch für neue Ideen und Produkte. Mit Ausnahme von gegebenenfalls zu akquirierenden Zuschüssen auf Landes- oder Bundesebene und einer nur eingeschränkten Möglichkeit von Förderprogrammen ist der Handwerkskasten beschränkt. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Gesamtsumme der Investitionen wirtschaftlich passen muss und seitens des Investors ein höheres Eigenkapital eingebracht wird.

Wie schon oben dargestellt, haben es neue Geschäftsmodelle, Raumstrukturen und (innen-)architektonische Konzepte bei Banken schwerer, da sie mit bekannten Strukturen und darauf basierenden Kosten verglichen werden. Hinzu kommt, dass eine zu spezielle Ausrichtung einer Immobilie auf einen besonderen Ansatz eines Betreibers eine Bank vor das Problem der Bewertung der Drittverwendungsfähigkeit stellt. Dass dieses Pflegeheim auch künftig als solches genutzt wird, wird dabei unterstellt. Aber es sollte auch von einem anderen Betreiber nutzbar sein, da es ansonsten bei der Beleihungswertermittlung wiederum zu erheblichen Abschlägen führt, und dies wiederum merkt der Kunde dann bei den Zinskonditionen.

Wie hoch die Bank neue Vorhaben also auch mit innovativen Aspekten finanziert und wie sie das Geschäftsmodell des Betreibers bewertet, bleibt der Beurteilung im Einzelfall vorbehalten. Bleibt auch aus der Sicht der Bank der Wunsch, dass alle den Mut haben, Bewährtes weiterzuentwickeln und zumindest in Ansätzen oder für Teilbereiche Neues zu wagen.

2.6 Innenarchitektur – nur ein Trend?

EVA MARKUS, EM INNENARCHITEKTUR

Gestaltung und Innenarchitektur sind weit mehr als nur ein Trend, der populär vermarktet werden kann. Ein gestalteter Lebensraum wirkt sich unmittelbar auf das Wohlbefinden des Menschen aus und kann die Lebensqualität des Einzelnen neben der menschlichen Fürsorge auch in der Pflege erhöhen.

Ziel ist, eine subtile funktionale Gestaltungswelt zu entwickeln, die im Arbeits- und Wohnalltag hilft,

Sicherheit bietet, entlastet und sich dabei nicht in den Vordergrund drängt. Innovative Produkte und Materialien sind dabei wichtige Grundsteine der Planung. Diese müssen individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse und Anforderungen abgestimmt werden.

Ob Sanierung, Umnutzung oder Anbau – die Liste der möglichen Baumaßnahmen ist lang. So wird eine professionelle Planung in der Gestaltung von



ABB. 1
Einladend wohnlich mit natürlichen Optiken: Aufenthaltsbereich einer Tagespflege (Foto: Karsten Koch)

Lebensräumen unerlässlich. Das Wissen des Innenarchitekten um Material, Farbe und Licht sowie Technik, Konstruktion und nicht zuletzt Psychologie schafft die Basis für eine qualitätsvolle Gestaltung.

Dabei steht die soziale Verantwortung des Innenarchitekten neben der Technik, der Konstruktion und der Ästhetik immer im Mittelpunkt. Das physische, psychische und soziale Wohlbefinden des Menschen wird zum Qualitätsindikator der Gestaltung: Durch Optimierung des Lebensraumes kann es gewahrt und gefördert werden. Als Spezialist für Mensch und Raum hat die Kooperation zudem auch organisatorische und wirtschaftliche Vorteile.

Der Innenarchitekt findet in jeder Bauaufgabe die Balance zwischen individueller, funktional wohnlicher Gestaltung und wirtschaftlicher Umsetzung. Er muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Anforderungen der Funktion, der optischen Schönheit und des Wohlfühlens einerseits sowie der Kosten andererseits erreichen.

Bedeutung der Innenarchitektur in Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen

Im Pflegealltag wird eine wohnliche und dennoch hochfunktionale Lebensraumplanung besonders wichtig. So wird die Gestaltung in Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen zur spannenden Planungsaufgabe: Das Wissen um die Krankheitsbilder und der sensible Umgang mit dem Alter bedürfen sorgfältiger Überlegungen. Spezielles Planungswissen und Erfahrungswerte des Planers sind hier eine wichtige Grundlage, um neuen Lebensraum zu schaffen.

Am Anfang steht immer die intensive Auseinandersetzung mit den Menschen, die die geplanten Räume nutzen werden. Für deren Wohlbefinden werden psychische und soziale Aspekte verantwortungsvoll in

den Planungsprozess integriert. Folgende Fragen stellen sich bereits in der Bedarfsanalyse:

- Wie sehen konkret die Anforderungen und Bedürfnisse auf der Nutzerseite (Bewohner wie Mitarbeiter des Hauses) aus?
- Welche internen Abläufe (Raumstrukturen, Laufwege, Arbeitsprozesse etc.) gilt es zu optimieren?
- Wie soll sich die Wohnsituation der Bewohner verändern (Wohngruppenkonzept, WG etc.)?
- Gibt es spezielle Betreuungskonzepte, die in eine architektonische Planung mit einfließen sollen/müssen?

Hinzu kommt der besondere Anspruch, dass der Pflegebereich nicht nur Wohnraum, sondern auch Arbeitsstätte ist. Ebenso findet sich hier die Gastronomie wieder. Hier gibt es eine große Schnittmenge der vielfältigen Verordnungen, Richtlinien und Erkenntnisse für Rahmenbedingungen.

Eine qualitätsvolle, professionelle Innenraumgestaltung kann in Pflegeeinrichtungen zum Wettbewerbsvorteil werden: Verbunden mit der jeweiligen Corporate Identity zeigt die Einrichtung Charakter und bekommt ein einheitliches Gesicht nach außen. Das steigert den Wiedererkennungswert und die Attraktivität des Hauses.

Ebenso ist der erste Eindruck des Hauses bei Angehörigen oft entscheidend: Ein attraktiv gestalteter Eingangsbereich wird zur Visitenkarte des Hauses. Eine qualitativ hochwertige Gestaltung hilft im Alltag, bietet Sicherheit, spricht an, überzeugt und gewinnt Sympathien.



ABB. 2 Licht, Funktion und Materialien im Dialog: Wohnküche einer stationären Pflegeeinrichtung (Foto: Karsten Koch)

Wann lässt sich Innenarchitektur als qualitativ gut definieren?

Dabei ist es schwer, die Qualität der Gestaltung von Lebensräumen objektiv über die reine Funktion hinaus zu erfassen und zu bewerten. In einem Bereich, in dem subjektive Empfindungen oft ausschlaggebend sind, ist es schwer, messbare Indikatoren und Güte-merkmale zu definieren. Wann ist eine Gestaltung gut? Wann ist sie messbar schlecht? Der Blickwinkel der Generation, die die Pflegeeinrichtung auswählt ist meist grundverschieden vom Blick der Generation, die in ihr leben wird.

Es fehlen also nicht nur allgemein akzeptierte Beschreibungsmittel für die Gestaltungsunterschiede. Auch die möglichen Kriterien zur Beurteilung der Gestaltungsgüte sind außerordentlich vielfältig und lassen eine objektive Bewertung nicht zu. Letztendlich sind es individuell emotionale und auch subjektive Empfindungen, durch die Räume als angenehm oder unangenehm empfunden werden.

2.6.1 Materialien

Materialien müssen mit großer Sorgfalt geplant und ausgewählt werden. Neben der Optik, den funktionalen Anforderungen und des Komforts wird der Kostenbereich immer bedeutender. Der Markt bietet eine Vielfalt an entsprechenden Belägen, Oberflächen und Stoffen. Das Spektrum wird immer größer.

Nicht nur die Optik zählt – wenn Materialien die Sinne berühren

Neben Form und Farbe sind Materialien die wichtigsten Parameter der Baugestaltung. So bestimmt die unbewusst wahrgenommene Welt von Material und Farbe

nachhaltig das Wohlbefinden des Menschen. Die Materialität nehmen wir nicht nur visuell, sondern mit all unseren Sinnen wahr: Wir ertasten Wärme, Härte, Rauigkeit und Struktur, wiegen die Schwere in der Hand und prüfen den Klang eines Materials.

Im Alter verändern sich die Sinneswahrnehmungen: Beispielsweise ist die Sehkraft oft eingeschränkt. Dennoch ist das visuelle Kontaktbedürfnis alter Menschen ausgeprägt. Wer hat noch nicht die alte Dame am Fenster gesehen, die dem regen Treiben auf der Straße behaglich mit den Augen folgt. Nicht alle Sinne altern automatisch mit: Beachtenswert ist, dass der Tastsinn im Vergleich zu den anderen Sinnesempfindungen oft noch am intaktesten ist.

Durch den überlegten Einsatz von Materialien und einem differenzierten Zusammenspiel von Struktur, Licht, Material und Oberfläche eröffnen sich hier neue Möglichkeiten. Materialien können nicht nur haptische Wahrnehmungen und Erfahrungen ermöglichen, ansprechen und anregen. Sie können auch im Alltag unterstützen und helfen. Der Tastsinn kann so als eine zusätzliche Informationsquelle dienen.

Wichtige Aspekte im Einsatz entsprechender Materialien sind:

- Sie sollten eine haptische Oberfläche besitzen,
- eine Stimulans über unterschiedliche Oberflächenstrukturen erreichen
- und taktile Erlebnisse schaffen.

So können über den Einsatz von haptischen Materialien, Strukturen, Oberflächen, einer ausgewählten Farbstimmung sowie vertrauten Formen und Elementen die Sinne angesprochen und dabei stimuliert werden. Ein wichtiger Bestandteil der Planungsaufgabe ist dazu die Recherche nach neuen Werkstoffen und Oberflächen, auch wenn diese noch nicht ausreichend bekannt oder erprobt sind und es an Gewöhnung und Erfahrungswerten fehlt.

Ein Beispiel aus dem Projektalltag in der Gestaltung von Pflegeeinrichtungen zeigt, wie schwierig es sein kann, innovative und neue Materialien einzubringen: Seit ein paar Jahren gibt es einen neuartigen PVC-Bodenbelag, dessen Gewebestruktur und Zusammensetzung an Sisalteppiche erinnert. Ursprüngliche Sisalteppiche als solche sind in einer Pflegeeinrichtung sicherlich nicht denkbar. Die Kollektion – eine Kunststoff-Bahnenware mit einer PU Beschichtung – überzeugt durch eine attraktive textile Wirkung und eine breite Palette harmonischer Farbtöne. Der Bodenbelag wurde für Großprojekte entwickelt, bei denen Reinigung, Vielfältigkeit und zurückhaltende Ausstrahlung wichtig sind. Und dennoch: Selbst nach erfolgreichen Einsätzen in Flurbereichen braucht es neben den gängigen Bodenmaterialien wie Linoleum eine hohe Überzeugungsarbeit, bis ein neuer Belag zum Einsatz kommen kann. Unterstützung dabei bieten Forschungsprojekte, wie »Pflege 2020«. Der dort umgesetzte Showcase dient als Plattform und ist ein hilfreicher Begleiter, um den Dialog zwischen Bauherr und Innenarchitekt zu fördern.

Komfort und Sicherheit in der Wohnküche

Wie kann nun ein gezielter Materialeinsatz aussehen? Die Wohnküche vereint hier mehrere Aspekte: Sie lädt nicht nur zum barrierefreien Arbeiten ein, sondern auch zum Zuschauen, Anregen und gemütlichen Beisammensein. Mahlzeiten einzunehmen bedeutet für viele alte Menschen ein wichtiges Tagesereignis. Aber auch das aktive Werken in der Küche gibt Freude und fördert die Selbstständigkeit im Alltag. Höhenverstellbare Korpusse und Geräte bieten Komfort und leisten eine große Unterstützung bei einer körperlichen Einschränkung.

Auch Materialien können hier unterstützen und Sicherheit geben: So gibt es in Höhe des Backofens einen taktilen Reiz in Form einer strukturierten Oberfläche.

Ähnlich des Prinzips der Blindenschrift dient die Riffelung als Orientierungshilfe. Nebenbei bietet es einen zusätzlichen optischen Reiz, wenn man es zusätzlich mit kontrastreichen Ornamenten absetzt.

Den hohen Anforderungen an Reinigung und Pflege von Oberflächen tragen die neuen Materialien Rechnung, sie sind mühelos und ohne Mehraufwand im Pflegealltag zu bewältigen. Auch liegen die Materialkosten nicht höher. Es braucht vielmehr das Wissen um die Materialien und deren überlegten Einsatz im Rahmen einer innenarchitektonischen Entwurfsplanung.

Ausdrucksmittel von Individualität

Neben der sinnlichen Gestaltung von Pflege- und Altenwohneinrichtungen bekommt die bewusste Gestaltung mit Materialien eine weitere Bedeutung:



ABB.3 Geriffelte Oberflächenstruktur als taktile Orientierungshilfe auf Höhe des Backofens (Foto: Eva Markus)

Räume müssen immer mehr in flexiblen Strukturen mit variabler Nutzung ausgebildet werden. So kann die Anforderung sein, dass der Gemeinschaftsraum einer Pflegeeinrichtung zum Essen, für Veranstaltungen aber auch für die Andacht genutzt werden soll. Möblierung und Ausbau bleiben beweglich, mobile Trennwände vergrößern oder verkleinern den Raum. Hier können die Oberflächen gezielt gestaltet werden, um Individualität auszudrücken – sei es durch ausgewählte Motive oder aber durch Farbe und Struktur.

2.6.2 Bodenbeläge

In Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen sind freundlich gestaltete Innenräume in besonderem Maße wichtig. Natürliche Optiken, die innerhalb einer Gesamtkonzeption wirken, können Orientierungshilfe bieten und im Einklang mit Möbeln, Fensterdekoration und Wandbelägen Geborgenheit und Sicherheit vermitteln.



ABB. 4
*Natürlich wohnliche Holz-
optik mit höchsten funk-
tionalen Anforderungen im
Bodenbelag - die Design-
Vinylplanke (Foto: Soenne)*

Doch nicht nur die gesetzlichen Regelungen sind bei der Wahl des Bodenbelags zu beachten. Auch das Innendesign der Räumlichkeiten spielt eine große Rolle. Bodenbeläge strukturieren einen Raum und verleihen ihm die gewünschte Atmosphäre. Weiterhin sind vielfältige Anforderungen an die Auswahl und Planung des Bodenbelages zu berücksichtigen. Hierbei ist eine Unterscheidung in die folgenden Nutzungsbereiche mit unterschiedlichen Anforderungen an Optik und Funktion sinnvoll:

- privater Wohnraum,
- Aufenthaltsbereiche,
- öffentliche Bereiche,
- private und öffentliche Nassbereiche.

Anforderungen zum Einsatz der Bodenbeläge

Die Auswahl und Planung der Bodenbeläge bedarf einer großen Sorgfalt. Neben der Optik, den

funktionalen Anforderungen und dem Komfort wird der Kostenpunkt immer bedeutender. Der Markt bietet eine Vielfalt an entsprechenden Belägen, das Spektrum wird immer größer. Übersicht zu gewinnen ist hier schwer. Grundlegende Auswahlkriterien finden sich in folgenden Punkten:

Optik

- Wohnlichkeit durch behagliche, natürliche Optiken und brillante Farben,
- matte Oberflächen, um Lichtreflexionen und Spiegelungen zu minimieren,
- wertiger und eleganter Ausdruck in repräsentativen Bereichen,
- Berücksichtigung von Krankheitsbildern wie Demenz oder Sehstörungen in der Planung,
- gegebenenfalls unterstützender Bestandteil eines Orientierungs- und Leitsystems.

Komfort

- hoher Begehkomfort,
- Rolllaufeigenschaften, z.B. wie gut kann der Rollator in seiner Richtung gehalten werden.

Funktionalität

- gute Trittschalldämmung, das heißt Optimierung der Akustik,
- geeignete Rutschfestigkeitsklasse,
- höchste Strapazierfähigkeit,
- geringer Fugenanteil,
- Reinigungs- und Pflegevorteile,
- gegebenenfalls antibakterielle Eigenschaften,
- desinfektionsfähig,
- schnittfest, einfache Verlegung und Verarbeitung.

Kosten

- Anschaffungskosten,
- geringe Unterhaltskosten.

Die gängigsten Bodenbeläge in Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen findet man in der Kategorie der nicht

textilen Beläge, den sogenannten elastischen Bodenbeläge. Sie erfüllen zum größten Teil die hohen Anforderungen, die sich aus dem Einsatz in den Einrichtungen ergeben. Weitere gern eingesetzte Bodenbeläge sind waschbare Teppichböden, die den Komfort eines Teppichbodens mit den Vorzügen eines elastischen Belages vereinen. Holzböden und Laminat werden aufgrund ihres hohen Fugenanteils und der speziellen Reinigung eher selten in diesen Bereichen eingesetzt. Mineralische Beläge wie Fliesen und Naturstein werden eingesetzt in Funktionsbereichen wie Treppenhäusern und auch in öffentlichen Bereichen wie der Cafeteria und den Empfangszonen.

2.6.3 Licht

Hat man einmal einen fahlen, schlecht beleuchteten Raum erlebt, so weiß man, dass Licht und Farbe nicht nur eine dekorative Wirkung haben. Viel wichtiger ist neben den funktionalen Aspekten der allgemeinen Ausleuchtung ihr Einfluss auf das körperliche und psychische Wohlbefinden des Menschen. Die Wirkungen des Lichtes auf den Menschen sind vielseitig und im gesamten Ausmaß noch nicht lückenlos erforscht; sie gehen jedoch über den reinen Vorgang des Erkennens von Gegenständen weit hinaus. Im Speziellen wird das Licht im Pflegebereich untersucht: Die Herausforderung liegt auch hier in den verschiedenen Anforderungen an die Ausleuchtung – der Bewohner hat andere Ansprüche als das Pflegepersonal, ebenso der Besucher oder aber der Betreiber des Hauses. Ausreichende Helligkeit, Atmosphäre und Kostenbewusstsein sind die wichtigsten Schlagworte in der Lichtplanung.

Stimmungsmacher: Licht und Farbe

»Ein Haus ist nur bewohnbar, wenn es voller Licht und Luft ist«, sagte Le Corbusier schon im Jahr 1923. Licht

ist eng mit dem persönlichen Wohlbefinden verknüpft, macht Sehen überhaupt erst möglich und ist zugleich eines der wirkungsvollsten Gestaltungsmittel. Mit Licht lassen sich Räume verändern, die Wirkung von Farben und unsere Stimmung verbessern. Der richtige Einsatz von Licht im Spiel mit Farbe kann aktivieren und anregen sowie beruhigen und entspannen. Neben dem Einsatz von farbigem Licht in Therapien und der Medizin ist das Duo Licht und Farbe ein spannendes Gestaltungsmerkmal in der Innenarchitektur.

In der Verkaufsbeleuchtung ist der gerichtete Einsatz von Licht und Farbe besonders gut sichtbar: So ist z.B. das für Metzgereien typische bläulich-kühle Licht, das zwar Filetspitzen schmeichelt, Menschen jedoch frösteln lässt, auf die umlaufende Warentheke begrenzt. In Aufenthalts- und Verzehrbereichen hingegen dominiert eine warme, anheimelnde Beleuchtung.

Es ist ein nicht greifbares immaterielles Gestaltungselement, dessen Beherrschung Erfahrung und technisches Können voraussetzt: Die gezielte Platzierung von Leuchten, Lichtleisten, Spots oder einer hinterleuchteten Voute kann einen Raum modellieren. Auch hier sind wirtschaftliche Faktoren oft ausschlaggebend: Lebensdauer, Energieverbrauch sowie Wartungskosten bestimmen in den Betriebskosten Einsatzmöglichkeiten der Leuchtmittel. Farben und Materialien entfalten ihre Wirkung erst mit dem richtigen Licht. Dabei sind Wissen um Lichttechnik und -wirkung, Leuchtmittel, Materialien und Farbpsychologie neben Material- und Produktkenntnissen das Handwerkzeug des Planers.

Lichtstimmungen im Raum

Allgemein gibt es in einem Raum drei Beleuchtungszonen:

- Licht im Hintergrund zum Ausleuchten des Raumes,
- punktuell Licht zum Arbeiten, Lesen oder Kochen

- und Licht als Akzent auf interessante Raumdetails oder in Form dekorativer Leuchten.

Die Grund- oder auch Allgemeinbeleuchtung ist die Basisbeleuchtung, die einen Raum gleichmäßig erhellt. Sie stellt sicher, dass die Architektur sowie die Objekte und die Menschen im Raum sichtbar sind, und dient der Orientierung. Spezielle Sehaufgaben an einzelnen Plätzen im Raum, z.B. zum Lesen oder für die Computerarbeit, berücksichtigt die Grundbeleuchtung nicht. Damit die Lichtatmosphäre nicht monoton wirkt, ist es sinnvoll, mehrere Leuchten einzuschalten, also die für die Allgemein- und Platzbeleuchtung plus gegebenenfalls zusätzliche Leuchten für die Akzentuierung. Zu beachten sind dabei vorgeschriebene Mindestbeleuchtungsstärken, die auf das den spezifischen Sehaufgaben eines Raumes oder einer Raumzone angemessene Beleuchtungsniveau zielen.

Licht, das im Raum besondere Akzente setzen soll, muss in etwa dreimal so hell sein wie das Licht im Hintergrund. Ideal ist dabei Licht, das Aufmerksamkeit erregt und gleichzeitig Atmosphäre schafft: ein opulenter Kronleuchter, ausdrucksstarke Schirmleuchten an der Decke oder das Licht einer besonders schönen Stehleuchte.

Insbesondere in Räumen, die flexibel genutzt werden müssen, bietet sich die technische Option eines Dimmers an. So braucht man sich nicht auf ein bestimmtes Licht und seine jeweilige Intensität festzulegen und verändert das Licht je nach Bedarf von schummrig und gemütlich bis zu glasklar und leuchtend.

Wechselnde Lichtstimmungen lassen sich auch im Pflegebereich realisieren. Die einfachste Methode besteht darin, in größeren Räumen mindestens fünf bis sieben unterschiedliche Lichtquellen einzurichten. Decken- und Wandleuchten sowie Schienen- oder Seilsysteme dienen der Allgemeinbeleuchtung, Tisch- und Stehleuchten sorgen für behagliche Lichtstimmung

und für gerichtetes Leselicht sowie Akzentbeleuchtung, die den Blick auf Bilder, Gemälde oder farbige Wände richtet.

Das kann über die manuelle Schaltung der einzelnen Lichtquellen bis hin zu eigenen programmierten Lichtszenarien in größeren Mehrzweckräumen führen, die dann komfortabel über ein flaches wandbefestigtes Bedienpaneel abgerufen werden können: die Festbeleuchtung, die gedämpft ausgeleuchtete Präsentation oder Vortragssituation oder die Standardausleuchtung.

2.6.4 Wohnliche Leitsysteme

Die Erfahrung zeigt, dass die Orientierung – sowohl für Besucher, als auch für Bewohner – in den meist größeren und verwinkelten Pflegeeinrichtungen unter Normalbedingungen schwerfällt. Hier liegt zusätzlich die Herausforderung, mit altersbedingten

Krankheitsbildern wie der Demenz oder Sehschwächen gezielt und im doppelten Sinne wegweisend umzugehen. Aus dieser Anforderung heraus stellt sich die Frage nach einem barrierefreien Leitsystem, das Einschränkungen entsprechend begegnen kann.

Neben der funktionalen Orientierung wie der Wegweisung zur öffentlichen Toilette ist die Orientierung innerhalb des Wohngebäudes von Bedeutung. Oft erfordert die Gebäudestruktur eine klare Kennzeichnung der einzelnen Wohneinheiten, in die der Bewohner bestenfalls selbstständig zurückfinden kann. Über die reine Orientierungsfunktion gestaltete Leitsysteme in Altenwohn- und Pflegeheimen bieten einen weiteren Nutzen: Das Haus erhält einen individuellen Charakter, der sowohl dem Bewohner Vertrautes vermittelt, als auch der Öffentlichkeit eine eigene Identität zeigt. So kann eine regionale Themenwahl mit bekannten Motiven im Bewohner Sicherheit, Vertrauen und ein Heimatgefühl hervorrufen.



ABB.5 Mehr als nur Orientierung: Vertraute Motive des Umlandes wecken Erinnerungen und schaffen eine wohnliche Behaglichkeit (Foto: Soenne)

In der Praxis sieht man oft Altenwohneinrichtungen, die zur klaren Abgrenzung der Geschosse bzw. Wohnbereiche unterschiedlich farbige Bodenbeläge einsetzen. Problematisch sind hierbei verschiedene Farbtöne, wie beispielsweise der Blauton, der Demenzkranken Wasser suggeriert und somit unbegehrbar wirkt. In Fällen ohne eine eigene Demenzstation kann dies die Bewohner unnötig verwirren, da die meisten Einrichtungen drei- oder viergeschossig sind, die Auswahl einheitlicher Farben aber begrenzt ist. Zudem geht dabei oftmals der wohnliche Charakter im Lebensraum verloren. Ein Haus könnte hier mit einer neutralen, dabei wohnlichen Gestaltungsbasis in Verbindung mit gezielt gewählten Motiven, Farbakzenten und Materialien an Atmosphäre gewinnen.

Neben den reinen wegweisenden Elementen können verschiedene grafische Elemente Orientierungspunkte

für Geschossebenen, Wohngruppen und Wohnbereiche sein: Wandbeläge wie gestaltete Motivtapeten, Digitaldrucke und Foliencuts bieten eine breite Palette von kostengünstigen Mitteln, Atmosphäre zu vermitteln und die einzelnen Themen zu visualisieren. Ausgesuchte Materialien, als Wanddekoration eingesetzt, unterstützen die sinnhafte Führung der Bewohner.

Zusätzlich können Materialien und Oberflächen im Kleinen Orientierung bieten. So kennzeichnet beispielsweise eine geriffelte Oberfläche in Nähe des Ofens die Hitzequelle, die man im sicheren Umfeld bereits mit dem Tastsinn erspüren kann. Ebenso kann der Handlauf mit entsprechenden Oberflächen und Strukturen Informationen geben, ob man sich z.B. in der Nähe von Treppenstufen befindet.



ABB.6 Ein zeitgemäß interpretierter Landhausstil kombiniert natürliche Materialien wie helle Eiche und Farbtöne in Natur und Ecru mit frischen Akzenten in Zitrus (Foto: Soenne)

2.6.4 Stil

Landhausstil

Die angenehme Atmosphäre eines ländlichen Heims ist in jedes Heim transportierbar. Der Landhausstil hat den Vorteil, dass er für eine kleine Stadtwohnung genauso gut geeignet ist wie für ein geräumiges Landhaus oder sich auf eine Pflege- und Altenwohneinrichtung übertragen lässt. Ziel ist es, kleine Zufluchtsorte zu schaffen, an die sich die Bewohner gerne zurückziehen, sich entspannen aber auch in der Gemeinschaft unterhalten können.

Liegt das Heim in einer ländlichen Region, so kann der Landhausstil in dem Bewohner gleichzeitig das Gefühl

des vertrauten Zuhauses geben: Vertraute Gegenstände und Möbel wecken Erinnerungen und schaffen Geborgenheit und Behaglichkeit. Das kann in den Aufenthaltsbereichen z.B. die Wohnküche mit einer ländlich anmutenden Front sein, oder eine Rahmen-Kassetten-Füllung, die ihren Ursprung im Handwerk hat; des Weiteren z.B. Glasfronten, die zugleich Orientierung und Hilfe bei der Suche nach Tellern und Tassen bieten und Vitrinencharakter haben. Gemusterte Stoffbezüge und Fensterdekorationen erzeugen in besonderem Maße ein ländliches Ambiente.

Die Herausforderung der innenarchitektonischen Gestaltung ist, eine Basis zu schaffen, die dem Heimalltag funktional und wohnlich gerecht wird und den Landhauscharakter gezielt transportiert. Individuelle jahreszeitliche natürliche Dekorationen vervollständigen den Gesamteindruck des behaglichen Zuhauses.



ABB.7 Liebevoller Details und ausgesuchtes Mobiliar schaffen Individualität und ein privates Wohngefühl (Foto: Soenne)



© Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung

3

»WER PFLEGT?«

PRAXISBEISPIELE

3.1

»demogAP« – Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege

ALŽBĚTA JANDOVÁ, TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN

Projektpartner »demogAP«:
Technische Universität Dresden (Projektleitung) | contec GmbH | Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO | IEGUS Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH | Maternus Altenheim GmbH und Co. KG | Paul Wilhelm von Keppler Stiftung | Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

3.1.1 Aktuelle Situation in der Pflege

Der Begriff demografischer Wandel stellt kein Zukunftsszenario mehr dar, er ist längst zur Wirklichkeit geworden. Alle europäischen Länder stehen bereits heute einer deutlichen Alterung ihrer Bevölkerung gegenüber. Angesichts niedriger Geburtenraten und steigender Lebenserwartungen nimmt der Anteil der Älteren in Deutschland immer weiter zu. Besonders stark ist der Anstieg in der Gruppe der Hochbetagten: Während im Jahr 2009 der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung fünf Prozent betrug, werden für das Jahr 2030 bereits acht Prozent prognostiziert (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).

Damit ändert sich auch die Verteilung innerhalb der älteren Bevölkerung zugunsten der Altersgruppen, in denen die Pflegebedürftigkeit besonders oft vorkommt. Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat in den letzten Jahren tatsächlich zugenommen – von 2,02 Millionen im Jahr 1999 auf 2,25 Millionen im Jahr 2007, was einen Anstieg um 11 Prozent bedeutet (vgl. Abb. 1). Bei gleichbleibenden Pflegequoten

wird für ein vergleichbares Zeitfenster in den Jahren 2007 bis 2015 eine Zunahme an pflegebedürftigen Personen von knapp 18 Prozent erwartet (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).

Durch die Veränderung in der Familienstruktur (erhöhte Erwerbsbeteiligung der Frauen, steigender Anteil der Einpersonenhaushalte) sinken die Möglichkeiten zur familiären Pflege, sodass sich die immer stärker werdende Pflegenachfrage zunehmend an die professionellen Anbieter stationärer und ambulanter Pflege richten wird.

Die wachsende Nachfrage nach Pflegeleistungen zieht eine Zunahme des Angebots nach sich. Zwischen den Jahren 1999 und 2009 stieg die Anzahl der Pflegeheime in Deutschland von 8.859 auf 11.634 bzw. um 31 Prozent. Die Wachstumsbranche Gesundheit und Pflege hat im Jahr 2009 ca. 277 Milliarden Euro umgesetzt, wovon fast 11 Prozent (30 Milliarden Euro) auf die stationäre und ambulante Pflege kamen (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2011).

Das Wachstum der Pflegebranche bringt jedoch auch eine steigende Nachfrage nach Pflegepersonal mit sich.

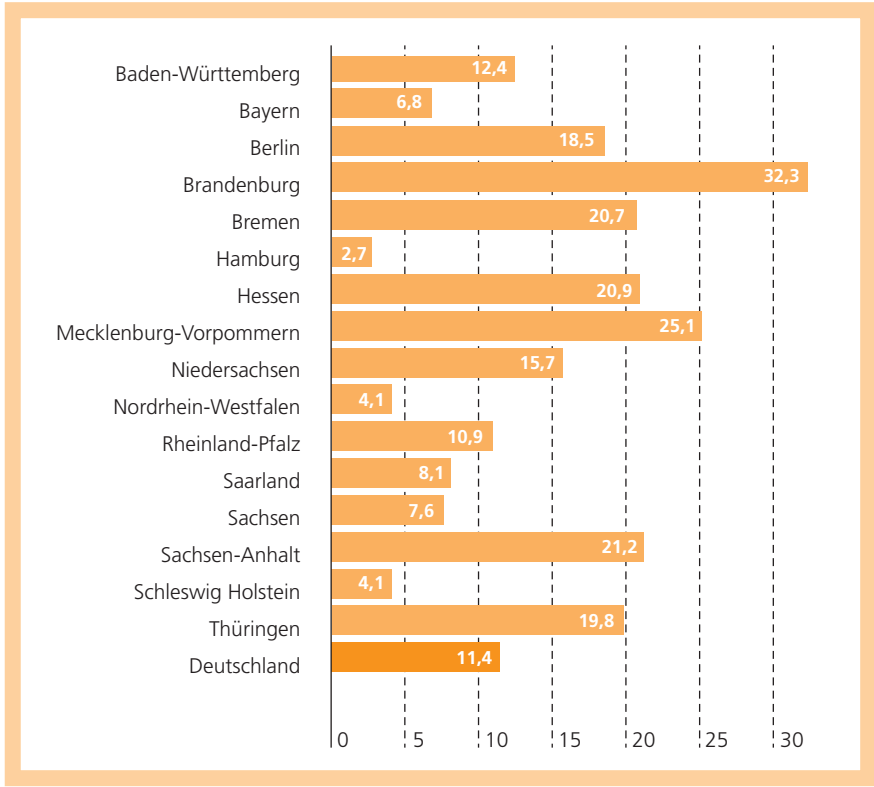


ABB. 1
Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen 2007 gegenüber 1999 (in %) (Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010)

Gleichzeitig werden auch Pflegekräfte immer älter (vgl. Abb. 2), sodass in einigen Pflegeeinrichtungen viele Mitarbeiter/innen das Rentenalter gemeinsam erreichen werden. Die Stellenangebote für examinierte Altenpflegekräfte bleiben jedoch im bundesweiten Durchschnitt bereits heute 110 Tage vakant (Bundesagentur für Arbeit, 2011). Bis 2030 wird in der Altenpflege mit einem zusätzlichen Pflegekraftbedarf von 325.000 Vollkräften gerechnet (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2011), der nicht gedeckt werden kann, solange sich in der Pflegebranche nichts ändert.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Situation in der Pflegebranche ist es notwendig, dass der Pflegeberuf für junge Menschen attraktiver wird. Die Einrichtungen selbst können dazu beitragen, indem sie gesundheitsförderliche Arbeitsplätze bieten, die mit der jeweiligen Lebensphase der Beschäftigten vereinbar sind, und

indem sie für bessere Aufstiegs- oder Weiterbildungsmöglichkeiten sorgen.

Auf der anderen Seite können es sich die Arbeitgeber in der Pflegebranche nicht mehr leisten, auf die Beschäftigtengruppe der über 50-Jährigen zu verzichten. Deshalb muss es zur Personalpolitik eines modernen Pflegeanbieters gehören, all seinen Pflegekräften, egal welchen Alters, den langfristigen Erhalt und die Förderung ihrer Gesundheit sowie der Arbeitsfähigkeit zu ermöglichen. Nur ein ganzheitlicher Ansatz mit dem Ziel, die wesentlichen Belastungen im Bereich der Arbeitsorganisation und der Zusammenarbeit zu steuern und die individuelle Leistungsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten zu fördern, kann die Beschäftigungsfähigkeit des Personals langfristig sichern.

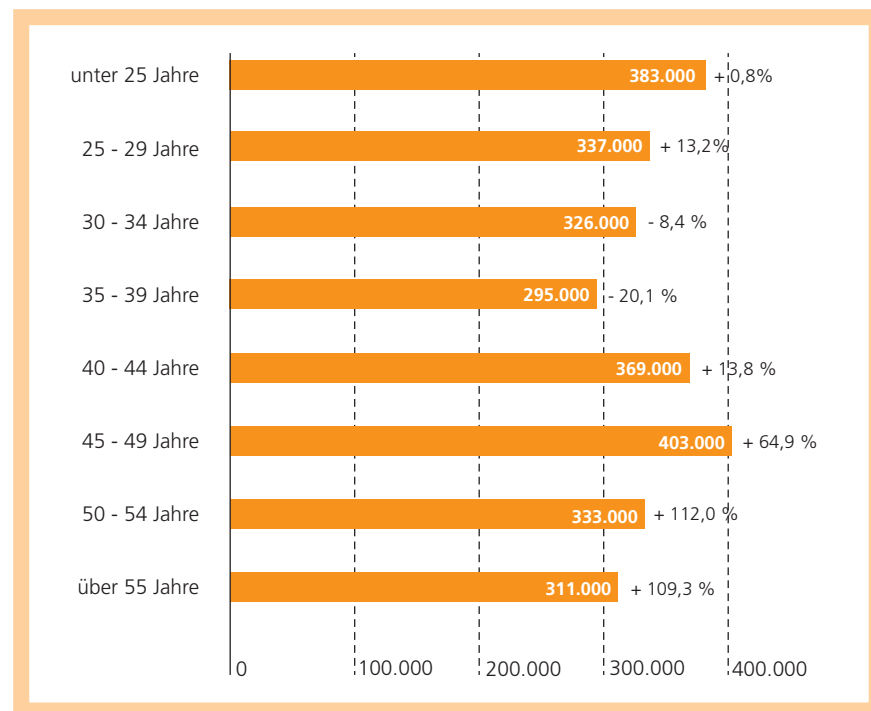


ABB. 2
*Sozialversicherungspflichtige
 Beschäftigung in Gesund-
 heitsberufen nach Alter
 (absolute Anzahl und prozen-
 tuale Änderung 2010 gegen-
 über 2000) (Quelle: Bundes-
 agentur für Arbeit, 2011)*

3.1.2 Projekt »demogAP« und seine Produkte

Um Personalengpässen in den Pflegeeinrichtungen präventiv zu begegnen und Pflegenden einen möglichst langen Berufsverbleib zu ermöglichen, muss die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte gefördert werden.

Dieses Ziel stand im Vordergrund des Förderschwerpunktes 2009-I »Demografischer Wandel in der Pflege«, in dessen Rahmen das Projekt »demogAP«: »Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege« vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wurde. Die fachliche Begleitung der Projektarbeit übernahm die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, administrativ wurde das Projekt »demogAP« durch die Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH (gsub) begleitet. Die Projektlaufzeit betrug drei Jahre (11/2009 - 11/2012).

Die Ausgangsbasis für die Projektarbeit war die Tatsache, dass es nicht an Modellen und Lösungskonzepten mangelt, die eine langfristige Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte zum Ziel haben. Es ist der nachhaltige Transfer in die Pflegepraxis, der gefördert werden muss. Somit machte sich das Projekt zum Ziel, die Pflegeeinrichtungen dabei zu unterstützen:

- das Bewusstsein für eigene demografiebedingte Lage zu entwickeln,
- den konkreten Handlungsbedarf zu erkennen,
- eine geeignete Personal- und Unternehmensstrategie zu entwerfen,
- den Überblick über die im Pflegebereich geeigneten Maßnahmen zu bekommen,
- sich langfristig mit der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Pflegekräfte und mit den Arbeitsbedingungen, die hierfür förderlich sind, auseinander zu setzen.

In den folgenden Kapiteln werden die Kernprodukte der »demogAP«-Teamarbeit vorgestellt: DemoCheck Pflege, Infobox Demografie, Konzepte zur Optimierung der Arbeitslogistik und Arbeitsorganisation, Weiterbildung zum Demografie- und Gesundheits-Coach Pflege sowie sieben Umsetzungsbausteine zur Förderung demografiefester Arbeitsplätze. Der Kontext der Produktbeschreibung ist praxisorientiert gewählt und zeigt, an welchen Stellen die Pflegeeinrichtungen konkrete Unterstützung erfahren.

Veränderung ist nötig – wie gehen wir vor?

Die Schaffung von demografiefesten Arbeitsplätzen in der Pflege – also von Arbeitsplätzen, die unabhängig vom Alter besetzt werden können und die eine langfristige Beschäftigungsfähigkeit fördern – ist ein langer Prozess. Das »demogAP«-Team hat deshalb eine Serie von sieben Umsetzungsbausteinen erstellt, die die Pflegeeinrichtungen auf diesem Weg begleiten. Beginnend mit dem Kommunikationskonzept (Umsetzungsbaustein 1) wird eine praktische Argumentationshilfe angeboten, wie das Thema des Demografischen Wandels seinen Weg in die Einrichtung findet und wie es kommuniziert werden sollte. Durch die Bearbeitung des DemoChecks Pflege, und durch die Hilfe der Infobox Demografie werden Einrichtungsleitungen und deren Mitarbeiter für das Thema weiter sensibilisiert, und bei der Auswahl von zielführenden Maßnahmen unterstützt. Eine Handlungsanleitung für diese beiden Produkte (Umsetzungsbaustein 2) beschreibt den Anwendungsprozess sehr genau. Die Ableitung zielgenauer Maßnahmen aus der Infobox Demografie wird anhand einiger Best-Practice-Beispiele verdeutlicht (Umsetzungsbaustein 3). Spezielle Schritte und die Möglichkeiten zur Optimierung von Arbeitsabläufen und Arbeitsorganisation werden durch mehrere Organisationskonzepte (Umsetzungsbaustein 4) dokumentiert. Für die Nachhaltigkeit der umgesetzten Maßnahmen und der Veränderung in der Einrichtung

muss gesorgt werden. Eine Möglichkeit dafür stellt der sogenannte Demografie- und Gesundheits-Coach dar, dessen Rolle und Kompetenzen in den Umsetzungsbausteinen 5 und 6 beschrieben werden. Wie die Zielerreichung der ausgewählten und umgesetzten Maßnahmen mit der Methode der Wirkungskettenanalyse überprüft werden kann, wird schließlich im Umsetzungsbaustein 7 erläutert.

Die Umsetzungsbausteine zur Förderung demografiefester Arbeitsplätze können von der Projekthomepage www.demogap.de als Dokumente heruntergeladen werden. Darüber hinaus sind sie ab November 2012 als Broschüre »Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege« erhältlich (Herausgeber: Technische Universität Dresden).

Was ist unser Problem und was können wir tun?

Die eigene demografiebedingte Lage zu erkennen und sich der konkreten Probleme bewusst zu werden ist der erste Schritt auf dem Weg zur Sicherung langfristiger Beschäftigungsfähigkeit möglichst aller Mitarbeiter. An dieser Stelle steht das Analyseinstrument DemoCheck Pflege den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung, mit dem eine qualifizierte Bewertung der demografiebezogenen betrieblichen Situation durchgeführt werden kann. Zielgruppe sind Einrichtungsleitungen von Pflegeeinrichtungen (stationäre Altenpflege, ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser). Der DemoCheck Pflege wurde im Rahmen eines Expertengremiums entwickelt und in Pileteinrichtungen erprobt. In der Endphase wird er mit dem Selbstbewertungstool der GDA (www.gesund-pflegen-online.de) verknüpft und online kostenfrei erreichbar sein. Das Instrument ist zweistufig aufgebaut (vgl. Abb. 3): Die Bearbeitung des Kennzahlenteils als erste Stufe ermöglicht dem Anwender einen Vergleich mit anderen Nutzern. Der Fragenteil als zweite Stufe dient der Ermittlung des konkreten demografiebezogenen Handlungsbedarfes in fünf

- Training der Kommunikationskompetenz (Nutzenargumentation),
- Wissensvermittlung (Demografie; Umgang mit DemoCheck Pflege und Infobox Demografie),
- Training in der Erarbeitung von Lösungen,
- Training der Moderationsfertigkeiten,
- Training im Umgang mit Konfliktsituationen,
- Training der Projektmanagement-Fertigkeiten,
- gegenseitiger Informationsaustausch und Netzwerkbildung,
- Praxisreflexion.

Alle Unterlagen zur Ausbildung (Curriculum, Dozentenleitfaden, Teilnehmerunterlagen) stehen in aufbereiteter Form für alle Einrichtungen der Pflege zur Verfügung. Die Ausbildung wird nach dem Projekt- ablauf in Form einer Weiterbildung voraussichtlich vom »demogAP«-Partner contec GmbH angeboten.

Aktuelle Informationen zum Projekt »demogAP« können außerdem der Internetseite www.demogap.de entnommen werden.

3.1.3 Literatur

Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichterstat-
tung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutsch-
land, Nürnberg 2011.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschafts-
forschung: Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung
privater Anbieter im Pflegemarkt, Essen 2011.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder:
Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2:
Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen
und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern,
Wiesbaden 2010.

3.2

»BidA« – Balance in der Altenpflege

STEFANIE HILLER, DIAKONIE NEUENDETTELSAU

3.2.1 Wohlbefinden und Gesundheit in der Arbeit

Die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflege-
kräften muss erhalten und gefördert werden – die
gegenwärtigen und zu erwartenden demografischen
Entwicklungen müssen hier besonders berücksichtigt
werden. Diese Punkte sind Gegenstand des vom Bun-
desministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) initi-
ierten Förderschwerpunktes »Demografischer Wandel
in der Pflege – Modellprogramme zur Bekämpfung
arbeitsbedingter Erkrankungen«.

Die Diakonie Neuendettelsau implementiert als eines
von drei geförderten Projekten das Pilotprojekt »BidA«
- Balance in der Altenpflege, um die Wirksamkeit eines
ganzheitlichen Gesundheitsmanagements in Altenpfe-
geeinrichtungen nachzuweisen. Das Projekt startete
im November 2009 und wird im November 2012 aus-
laufen.

Fachlich wird das Projekt von der Bundesanstalt
für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) be-
gleitet, durch die Gesellschaft für soziale Unter-
nehmensberatung (gsub) unterstützt und durch

Gesundheitsexperten der AOK Bayern und der Berufs-
genossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-
pflege (BGW) extern begleitet.

Ziel des Projektes BidA ist es, ein wirksames, ganzheit-
liches Gesundheitsmanagement einzuführen und zu
entwickeln. Das Wohlbefinden und die Gesundheit der
Mitarbeitenden soll gestärkt werden durch:

- Kraft und Energie für die Arbeit,
- Angenehme Arbeitsbedingungen,
- Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes,
- Unterstützung und Entlastung der Mitarbeitenden.

3.2.2 Piloteinrichtung und Projektschwerpunkte

Piloteinrichtung ist das Seniorenzentrum Neuendet-
telsau:

- Anzahl Wohn- und Pflegeplätze stationär: 178,
- Anzahl Appartements im Service-Wohnen: 57,
- Mitarbeitende: 160,
- Durchschnittsalter: 39,04 Jahre.

Vor allem bei den Beschäftigten in der Pflege stieg das Durchschnittsalter in den Einrichtungen der Diakonie Neuendettelsau in den letzten Jahren enorm an.

Projektschwerpunkte sind:

- Sensibilisierung für die eigene Gesundheit,
- Einführung und Umsetzung eines an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepassten Gesundheitsprogramms,
- Schulungen der Führungskräfte zum Thema »Gesundes Führen«,
- Reduzierung von Arbeitsbelastungen,
- Einführung um Umsetzung eines »persönlichen Gesundheitsbudgets« als Anreizsystem für die Mitarbeitenden,
- Erstellung eines Handlungsleitfadens aus den verschiedenen Produkten des Projekts.

Bei Einführung eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements müssen alle Mitarbeiter mit einbezogen werden. Deshalb nimmt am Projekt die gesamte Belegschaft des Seniorenzentrums teil: Einrichtungsleitung,

Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Beschäftigungstherapeuten, diakonische Helfer/innen, Bundesfreiwilligen-Dienstleistende, Auszubildende, Hauswirtschaftsfachkräfte, Hauswirtschaftshilfskräfte, Verwaltungskräfte und Hausmeister.

3.2.3 Analyse der betrieblichen Gesundheitssituation

Mittels des BGW-Betriebsbarometers, ein Instrument zur schriftlichen Mitarbeiterbefragung, wurde mit Projektbeginn die Gesundheitssituation in der Pilot-einrichtung erfasst und ausgewertet. Auf Grundlage der Ergebnisse wurden die Maßnahmen des Projektes entwickelt. Ergänzend zum BGW-Betriebsbarometer wurden Arbeitssituationsanalysen, ein Gruppendiskussionsverfahren, welches vor allem qualitative Ergebnisse zur betrieblichen Belastungssituation liefert, durchgeführt.



ABB. 1
Projektschwerpunkte »BidA«



ABB. 2
Komponenten des
Gesundheitsprogramms

3.2.4 Gesundheitsprogramm

Das Gesundheitsprogramm wurde als ein Schwerpunkt des Projekts aus den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung entwickelt. Dieses besteht aus einer jährlichen Gesundheitswoche, laufenden Kursen sowie alltagsbegleitenden Maßnahmen am Arbeitsplatz. In Wechselbeziehung dazu steht als weiterer Schwerpunkt die Reduzierung von Arbeitsbelastungen. Dazu werden die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe bis hin zu den einzelnen Arbeitsplätzen auf der Basis von Analysen optimiert.

Gesundheitswoche

Die Gesundheitswoche findet einmal jährlich statt. Planungsgrundlage für die Angebote sind die Ergebnisse der Analyseinstrumente zur betrieblichen Gesundheitssituation. Die Mitarbeitenden werden über den Pro-

jektfortschritt informiert und haben die Möglichkeit, Anregungen zur Erweiterung und Anpassung der Angebote zu geben. Darüber hinaus dient sie der Auffrischung und Motivation.

Laufende Kurse

Die im Rahmen der Gesundheitswoche vorgestellten Angebote werden im weiteren Jahresverlauf als Kurse angeboten. Anhand eines schriftlichen Fragebogens bewerten die Teilnehmer der Gesundheitswoche die einzelnen Angebote. Dabei besteht für sie auch die Möglichkeit, Wünsche zu äußern und Anregungen zu geben. Die Ergebnisse fließen in die Kursplanung ein. Die Kurszeiten entsprechen den Bedürfnissen und Dienstzeiten der Teilnehmer. Dadurch kann eine hohe Teilnahmequote erreicht und gesichert werden.

Alltagsbegleitende Maßnahmen

Die alltagsbegleitenden Maßnahmen sollen die Mitarbeitenden kontinuierlich und nachhaltig für das Thema Gesundheit sensibilisieren. Sie finden dreimal wöchentlich unter Berücksichtigung der betrieblichen Erfordernisse während der Arbeitszeit statt und dauern jeweils 15 Minuten. Durch die integrativen Maßnahmen, wie etwa Kräftigungsübungen, Koordinations- und Konzentrationseinheiten sowie Entspannungs- und Stressbewältigungsstrategien erfahren die Mitarbeitenden, dass es sich lohnt, Zeit und Kraft in die eigene Gesunderhaltung zu investieren. Auch hier werden die Bedürfnisse der Mitarbeitenden den Ergebnissen der Analyseinstrumente zur betrieblichen Gesundheitssituation zufolge berücksichtigt.

Reduzierung von Arbeitsbelastungen

Ein ganzheitliches Gesundheitsprogramm muss aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen bestehen. Es müssen also auch die Arbeitsbedingungen in den Blick genommen werden. Die Beteiligung der Mitarbeitenden bei der Identifikation von Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ist eine zentrale Voraussetzung für die Organisationsentwicklung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Badura et al. 1999, S. 49). Aus diesem Grund wurden zunächst die arbeitsbedingten Belastungen identifiziert, nach Prioritäten gewichtet und daraus Maßnahmen zur Reduzierung entwickelt. Anschließend wurden Arbeitsschritte, Zuständigkeiten und Termine festgelegt. Nach Durchführung und Erprobung der Maßnahmen wurde unter Einbeziehung der Mitarbeitenden der erreichte Umsetzungsstand bewertet.

Persönliches Gesundheitsbudget

Im Rahmen des Projektes wurde ein Anreizsystem für die Mitarbeitenden in Form eines »Persönlichen Gesundheitsbudgets« entwickelt. Dieses besteht aus einem Geldbudget (Staffelung nach Wochenarbeitszeit) sowie einer Freistellung der Mitarbeitenden von vier Arbeitstagen im Kalenderjahr. Die Berechnungsgrundlage sind hier die Arbeitsstunden pro Arbeitstag. Anspruchsberechtigt sind alle Angestellten und Auszubildenden aus Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Haustechnik und Verwaltung.

Das jährliche Geldbudget:

- 50 Prozent des Budgets kommen nicht zur Auszahlung sondern dienen der Finanzierung von Gesundheitswoche und »internen« Maßnahmen des Gesundheitsprogramms,
- 50 Prozent des Budgets können die Mitarbeitenden für externe Maßnahmen nutzen.

Die Freistellung:

- Freistellung der Mitarbeitenden für vier Arbeitstage im Kalenderjahr,
- Berechnungsgrundlage sind die Arbeitsstunden pro Arbeitstag,
- die Teilnahme an der Gesundheitswoche, den laufenden Kursen und den 15-minütigen Maßnahmen kann vor, während oder nach der geplanten Dienstzeit erfolgen.

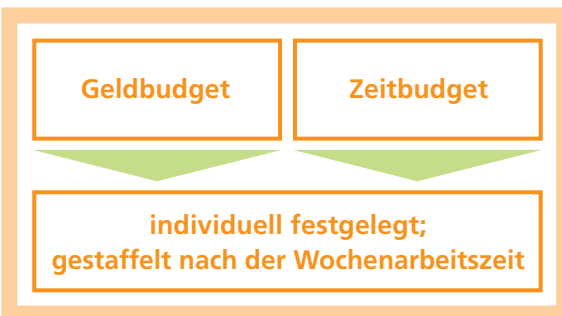


ABB.3 Persönliches Gesundheitsbudget

3.2.6 Führungskräfteeschulungen

Führungskräfte sind bei der Einführung und der langfristigen Etablierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements von großer Bedeutung. Sie tragen durch ihr konkretes Führungsverhalten entscheidend dazu bei, dass arbeitsbedingte Gesundheitsbelastungen reduziert werden können. Westermayer (2011) verweist darauf, dass in Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsgerechter Personalführung Resilienzfaktoren wie Selbstvertrauen oder Arbeitsfreude deutlich besser ausgebildet sind als in untersuchten Vergleichseinrichtungen. Die Führungskräfteeschulungen des Projekts »BidA« dienten deshalb der Sensibilisierung für das Thema »Gesundes Führen« und der Kompetenzförderung. Im dreiteiligen Seminarprogramm sind folgende Seminarziele definiert:

- Reflexion der eigenen Führungshaltung und Stärkung der Führungskompetenz, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu schützen, ihre Zufriedenheit zu stärken und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten,
- Steigerung der Fähigkeit zur Arbeitsbewältigung,
- Reflexion und Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation,
- Anpassung der Führungsinstrumente,
- Weiterentwicklung eines gesundheitsförderlichen Managementsystems.

3.2.7 Steuerung des Projektes

Zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Unternehmen bedarf es einer Strategie und einer konsequenten Umsetzung. Hier hat sich die Balanced Scorecard (BSC) als praxistaugliches Instrument bewährt. Auf der Entwicklung einer BSC für betriebliches Gesundheitsmanagement basiert der Aufbau des eigens entwickelten Excel-basierten

Management-Tools »Cockpit-Tool BGM«, welches Effektivität und Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagements steuert und prüft. Mit diesem Excel-Tool ist es möglich, die elementaren Ergebnisse und Entwicklungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erfassen, zu analysieren und durch definierte Richtwerte zu steuern. Die Führungskraft erhält so einen aktuellen Überblick über die Entwicklungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

3.2.8 Erste Evaluationsergebnisse des Projektes »BidA«

Die Projektevaluation erfolgt erst nach Erscheinen dieses Artikels, daher können nur erste Evaluationsergebnisse dargelegt werden. Der bisherige Projektverlauf zeigt, dass überzeugende Positionierung der Führungskräfte zum Projektvorhaben, Transparenz bei der Darstellung der Projektziele und permanente Kommunikation der einzelnen Projektschritte wichtige Voraussetzungen waren, um die Mitarbeitenden in der Startphase für das Projekt zu interessieren und Offenheit herzustellen. Eine realistische Einschätzung, welche Belastungsfaktoren tatsächlich im Pflegealltag verringert werden können, konnten die Mitarbeitenden erst entwickeln, als konkrete Maßnahmen und Angebote implementiert wurden.

Betriebliches Gesundheitsmanagement in sozialen Unternehmen kann gelingen, wenn man folgende Faktoren berücksichtigt:

- Die Mitarbeitenden müssen durchgängig an der Modifikation der Angebote beteiligt und zur Teilnahme motiviert werden.
- Es muss explizit ein Verantwortlicher benannt werden, der das Gesundheitsprogramm organisiert und die Mitarbeitenden immer wieder dazu motiviert, an den Maßnahmen teilzunehmen. Die Mitarbeitenden

erkennen meist erst nach der Teilnahme, wie notwendig die Maßnahmen waren – Grund dafür sind der hohe Zeitdruck und die Arbeitsdichte.

- Die Maßnahmen sollten arbeitsplatznah stattfinden, das heißt in der Pflege beispielsweise auf der Station. Zunächst wurden die alltagsbegleitenden Maßnahmen in anderen Räumlichkeiten im Haus angeboten, fanden jedoch kaum Resonanz, weil die Mitarbeitenden ihren Arbeitsplatz nicht verlassen konnten oder wollten.
- Die Zeiten für die Durchführung der alltagsbegleitenden Maßnahmen und Kursangebote müssen mit den Mitarbeitenden abgestimmt werden. Jede Station – auch die Hauswirtschaft und Verwaltung – hat festgelegt, zu welcher Uhrzeit es am besten möglich ist, an den 15-minütigen Einheiten bzw. einem längerfristigen Kursprogramm teilzunehmen. Dies führt zu einer hohen Teilnahme.
- Nicht zuletzt ist es wichtig, dass die Führungskräfte die Projektziele offensiv unterstützen, damit die Mitarbeitenden die verhaltensbezogenen Angebote ohne »schlechtes Gewissen« nutzen können. Zudem können Vorgesetzte im »engen Schulterschluss« mit den Beschäftigten strukturell indizierte Gesundheitsbelastungen identifizieren und gemeinsam praxistaugliche Verbesserungen entwickeln.

Für alle Beteiligten war es eine Herausforderung, viele »kleine Stellschrauben« zu identifizieren und damit die betriebliche Gesundheitssituation zu verbessern. Dazu zählte die persönliche Erprobung neuer gesundheitlicher Verhaltensweisen wie auch die konsequente Umsetzung arbeitsorganisatorischer Verbesserungsvorschläge. Erst eine abschließende Bewertung des Projekts kann Sicherheit über positive Effekte geben. Jedoch lässt sich schon jetzt erkennen, dass die Veränderungen einen positiven Einfluss auf die Mitarbeitenden des Seniorenzentrums Neuendettelsau gehabt haben.

3.2.9 Literatur

- Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis, Berlin 1999.
- Westermayer, G.: Der kleine Unterschied. AOK-Bundesverband (Hrsg.) Gesundheit und Gesellschaft Spezial (11/2011), Pflege für die Pflege.

3.3 Die Konzeption von Einrichtungen in Anlehnung an das »Primary Nursing« System

RALF PASCHOLD, SV DEUTSCHLAND

Die Pflege droht aufgegeben zu werden: immer höhere Qualitätsanforderungen einerseits, Personalnot und Sparzwänge andererseits. Unstimmige Personalschlüssel und negatives Image in der Öffentlichkeit, lassen gerade engagierte Pflegekräfte oft verzweifeln. Es ist fraglich, wie der Pflegeberuf die Herausforderungen der Zukunft bewältigen kann. Einen Ansatz bietet das Konzept des »Primary Nursing«. Wie dieses aus der Akutversorgung stammende System der Pflegeorganisation in der Altenpflege eingesetzt werden kann, soll der folgende Text aufzeigen. Der Autor hat in den letzten zwölf Jahren mehrere Einrichtungen nach den Prinzipien des »Primary Nursing« umorganisiert und berichtet aus seinen Erfahrungen.

3.3.1 Pflegedienstleitung (PDL)

Heimgesetz, Heimmindestpersonalverordnung vor allem aber das Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) und seine Anknüpfungen weisen der Pflegedienstleitung eine herausragende Bedeutung für die Organisation und den Betrieb einer Pflegeeinrichtung zu. Die Pflegedienstleitung übernimmt zunehmend eine Rolle, die

mit der des Chefarztes im klassischen Krankenhausbetrieb vergleichbar ist, und zwar hinsichtlich der Verantwortlichkeit und der Bedeutung für die Belegung. Die grundlegende These ist nun, dass eine schlechte Einrichtung, die in großem Umfang schlechte Pflege leistet, immer eine schlechte Heim- oder Pflegedienstleitung oder gar beides hat. Umgekehrt gilt die Beobachtung gleichermaßen: Gute Einrichtungen werden in aller Regel von verantwortlichen Pflegefachkräften geleitet, die dieser Verantwortung gerecht werden. Ein System, das gute Qualitäten zuverlässig und sicher hervorbringen soll, muss daher bei der Position der Pflegedienstleitung beginnen.

Benötigt wird zunächst eine Pflegefachkraft mit einer formalen Qualifikation nach § 8 Heimmindestpersonalverordnung und § 71 SGB XI. Die dort fixierten Forderungen stellen indes nur die Mindestbedingungen dar:

- dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft,
- zwei Jahre Berufserfahrung
- und 460 Stunden Weiterbildung zur Leitung einer Einrichtung.

Es sind aber weniger weitergehende Managementfähigkeiten, die gegebenenfalls durch ein Studium

erworben worden sind, oder besondere ethische Anforderungen, wie sie zum Teil durch caritative Träger formuliert werden, die zusätzlich benötigt werden. Es muss vielmehr auf folgende, über die »regelhaften Anforderungen hinausgehende« pflegefachlichen Qualitäten geachtet werden:

- Die leitende Pflegefachkraft muss in der Lage sein, die Sprache der Ärzte zu sprechen, um von diesen ernst genommen zu werden.
- Sie muss in der Lage sein, auch komplexere Pflegeprobleme zu bewältigen und über praktische Erfahrungen in der Pflege dieser Personengruppen verfügen.
- Idealerweise besitzt sie eine Fachqualifikation als Intensiv- oder Psychiatriefachkraft oder Ähnliches.
- Sie muss in der Lage sein, systematisch zu arbeiten.
- Sie muss in der Lage sein, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten an die Mitarbeiter weiterzugeben.

Diesen Mitarbeitern muss natürlich auch der Rahmen geboten werden, in dem sie arbeiten können und möchten. Gerade vor dem Hintergrund des Verantwortungsdruckes, der auf der Pflegedienstleitung liegt, ist es notwendig der Pflegedienstleitung auch den entsprechenden Freiraum und die entsprechende Sicherheit zu bieten. Wobei hier nicht nur finanzielle Anreize, sondern auch das Gefühl der Selbstständigkeit wichtig sind. Pflegekräfte dieser Qualifikationsstufe sind in aller Regel nicht oder allenfalls vorübergehend dazu bereit, unter der Führung eines Heimleiters im »zweiten Glied« zu arbeiten, sondern wünschen sich einen eigenständigen Verantwortungsbereich.

3.3.2 »Primary Nurse« (PN)

Die herkömmliche Heimkonzeption setzt unterhalb der Pflegedienstleitung die Ebene der Wohnbereichsleitung. Je nach Rahmenfaktoren kann dies auch sinnvoll

sein – z.B. im räumlichen Umfeld, im Rahmen der Forderungen der örtlichen Heimaufsicht, bei entsprechender Bewohnerstruktur. Grundsätzlich kann man auf eine Managementebene unterhalb der PDL verzichten, wenn eine entsprechende EDV eingesetzt wird. Dienstplanung und Abrechnung können auch zentral durch eine Pflegedienstleitung erledigt werden. Diese Tätigkeiten sind vom zeitlichen Aufwand her weit weniger anspruchsvoll als früher und könnten durchaus nebenher erledigt werden. Wesentlich zeitaufwendiger sind in der modernen Altenpflege Planung, Koordination und Überwachung des Pflegeprozesses. Hier setzt der Gedanke der »Primary Nurse« an.

Beim »Primary Nursing« handelt es sich um eine Methode der Pflegeorganisation, welche insbesondere in den anglo-amerikanischen Ländern schon seit einigen Jahrzehnten vor allem im Akutpflegebereich praktiziert wird. Ein markantes und bestimmendes Merkmal ist, dass jeder Patient eine qualifizierte Pflegekraft als »Primary Nurse« zugeordnet bekommt, die von der stationären Aufnahme bis zur Verlegung bzw. Entlassung die Verantwortung für seine Pflege und Versorgung trägt. Im Gegensatz zu anderen Formen pflegerischer Arbeitsorganisation, wie der Funktionspflege wechselt die Verantwortung für den Patienten nicht mit dem Ende der jeweiligen Arbeitsschicht. Die »Primary Nurse« ist im Grunde 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche für die ihr zugeteilten Patienten verantwortlich. Da sie selbst natürlich nicht permanent anwesend sein kann, müssen perspektivisch ausgerichtete, patientenorientierte Planungen und Absprachen für die Zeiten ihrer Abwesenheit erstellt bzw. getroffen werden. Die »Primary Nurse« ist in diesem Zusammenhang dafür verantwortlich, dass die von ihr »verordnete« Pflege von einer qualifizierten Pflegekraft durchgeführt wird. (vgl. Deutsches Netzwerk Primary Nursing 2008).

»Primary Nursing« schafft die organisatorischen Voraussetzungen für die stärkere Orientierung an den

Bedürfnissen der Patienten. Da die Verantwortlichkeit klar benannt wurde und für eine Kontinuität der pflegerischen Versorgung gesorgt ist, kann der professionelle Beziehungsaufbau zum Patienten gefördert werden. Die Patienten wissen, wer für sie hauptverantwortlich zuständig ist. Sie haben damit einen festen Ansprechpartner für ihre Belange. Zudem können durch die Kontinuität bei der Durchführung der Pflegehandlungen die Effekte und Auswirkungen auf die Patienten hinsichtlich ihrer Kausalität besser beurteilt werden, was im Endeffekt der Pflegequalität zugutekommt.

Auch die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen kann gefördert werden. Alle professionell in der Institution Tätigen finden in der »Primary Nurse« eine kompetente »Informationsquelle«, die als zentrale Schlüsselfigur bei der Koordination von Pflege- und Behandlungsleistungen agiert. »Primary Nursing« ist zwar nicht per se gleichbedeutend mit gesteigerter Pflegequalität, kann aber diesbezüglich als ein förderlicher organisatorischer Rahmen betrachtet werden. In analoger Übertragung auf die Altenpflege bedeutet dies folgende Aufgaben:

- Begleitung des Bewohners vom Moment seiner Aufnahme und während des gesamten Heimaufenthaltes,
- Erhebung des Pflege- und Pflegezeitbedarfs, einschließlich der Festlegung der zur Durchführung der Pflege erforderlichen Qualifikationen,
- Planung der Pflege,
- Durchführung der Pflege bzw. Anleitung zur Durchführung der Pflege,
- Überwachung der Durchführung der Pflege,
- primärer Ansprechpartner für:
 - Bewohner und Angehörige,
 - Ärzte und andere Berufsgruppen,
- gegebenenfalls Überleitung ins Krankenhaus und Kontaktperson während des Aufenthaltes.

In der Umsetzung kann für je etwa 30 Bewohner eine Pflegekraft gezielt für diese Aufgaben zuständig sein und die Qualität der Pflege unmittelbar vor Ort sicherstellen. Gerade für die Koordinations- und Kommunikationsaufgaben hat sich der schichtübergreifende Einsatz dieser Fachkräfte bewährt, die von der direkten Grundpflege weitestgehend freigestellt sind und je nach Anforderungen vor Ort die Behandlungspflege ausführen oder gar ausschließlich beratend, überwachend und steuernd tätig sind. Bezüglich der Personalanforderungen und Schichtabdeckungen vor Ort sind viele Modellvarianten denkbar. Die »Primary Nurses« stellen in diesem Pflegekonzept die den Rahmenanforderungen entsprechende Planung der Pflege sicher und sind Bestandteil der Kontrollsystematik zur Sicherstellung des Qualitätssystems. Darüber hinaus sollen sie den Informationsfluss innerhalb des therapeutischen Systems garantieren. Sie sorgen für die Kommunikation zwischen den Beteiligten des »therapeutischen Teams«, stimmen Diätanforderung und Küche aufeinander ab und sorgen dafür, dass die Behandlungstermine bei Fachärzten angesetzt und wahrgenommen werden. Zu ihren Aufgaben gehören neben dem Erstellen und Evaluieren der Pflegeplanung auch Kontroll- und Koordinationsaufgaben. Im Besonderen sind das:

- Kontrolle der korrekten Durchführung der Tagesstruktur,
- fachliche Begleitung der Pflegekräfte,
- Einhalten der zeitlichen Vorgaben bei der Erstellung der Akten (Tagesstruktur, Pflegeplanung) z.B. bei Neuaufnahmen,
- Kontrolle der fachlich korrekten Ausführung der Maßnahmen der examinierten Pflegefachkraft, z.B. Unterstützung/Übernahme der Aufnahme-modalitäten,
- Verantwortung für die Durchführung der Fallbesprechung,
- Erstellen der Bezugspflegepläne.

3.3.3 Pflugespezialisten

Nicht erst durch die jüngste Reform der Pflegeversicherung und die darin festgelegten Expertenstandards (siehe auch § 113 SGB XI) nimmt die Bedeutung von Expertenwissen in der Pflege weiter zu. Pflugespezialisten nach der Lesart dieses Konzeptes sind Pflegefachkräfte, die über das allgemeine Wissen einer Pflegefachkraft hinaus über besondere Kenntnisse und Qualifikationen in einzelnen Teilbereichen der Pflege verfügen. Die Spezialisten beraten die Pflegekräfte wohnbereichs- und bewohnerübergreifend bei speziellen Pflegeproblemen. Insbesondere steuert und kontrolliert der Pflugespezialist den Hilfsmiteinsatz zur Behandlung des speziellen Pflegeproblems. Der Personenkreis der Spezialisten kann durchaus deckungsgleich mit der Pflegedienstleitung (PDL) oder der »Primary Nurse« sein. Er kann diesen aber auch überschreiten.

Einrichtungsübergreifend erarbeiten Pflugespezialisten Standards, die für alle Einrichtungen verbindlich sein sollen. Pflugespezialist bedeutet dabei auf Einrichtungsebene nicht unbedingt eine längerfristige Fachausbildung. In den meisten Bereichen genügt ein Grundlagenkurs zu den Expertenstandards. Indes könnte es auf Trägerebene durchaus sinnvoll sein, für einzelne Fachgebiete Mitarbeiter speziell auszubilden.

3.3.4 Dokumentation und Tagesstruktur

Da die »Primary Nurse« (PN) zwar 24 Stunden am Tag in der Verantwortung steht, aber natürlich nicht permanent anwesend sein kann, bedingt die Umsetzung die handlungsanleitende Pflegeplanung im Dokumentationssystem und eine vollständige Dokumentation aller Maßnahmen und Aktionen. Anstelle der klassischen Pflegeplanung, die Handlungsabfolgen einzig

nach einem Pflegemodell organisiert, und für die praktische Arbeit häufig als wertlos empfunden wird, soll in diesem Konzept die Planungsabfolge »Problem-Ziel-Tagesstruktur« eingesetzt werden. So orientieren sich die einzelnen Maßnahmen handlungsanleitend an dem Tagesablauf des Bewohners. Auf diese Weise können pflegerische Erfordernisse direkt auf den Bewohner abgestimmt und konkretisiert bis zur Zeitangabe der Leistungserbringung vorgegeben werden. Die Tagesstruktur ist so formuliert, dass schon eine Pflegehilfskraft die für sie zutreffenden Aufgaben unmittelbar erkennt und danach arbeiten kann. Für Fachkräfte gilt dies entsprechend. Damit kann die durch Spezialisten oder der »Primary Nurse« angeordnete Pflege von allen Mitarbeitern umgesetzt werden.

3.3.5 »Associated Nurse«

Die »Primary Nurse« ist natürlich nicht die einzige Pflegefachkraft eines Bereiches. Im ursprünglichen PN-System wird sie von »Associated Nurses« begleitet. Deren Verantwortung liegt in der Ausführung des vorgegebenen Pflegeplans insbesondere der Behandlungspflege während der Abwesenheit der primär zuständigen Pflegekraft (vgl. Deutsches Netzwerk Primary Nursing, 2008, S. 9). In der hier vorgeschlagenen Konzeption übernehmen alle Fachkräfte, die nicht mit den Aufgaben der PN betraut sind, diese Funktion. In ihren Verantwortungsbereich gehört die Durchführung der geplanten Pflege. Allerdings müssen Abweichungen von der geplanten Tagesstrukturplanung mit der für die Planung verantwortlichen Fachkraft abgeklärt werden.

3.3.6 Zimmerpflege unter den Bedingungen der Tagesstrukturplanung

Hierzu trägt die Variante der Zimmerdokumentation bei: Damit die Tagesstruktur oder auch Detailpläne aus der Tagesstruktur wie Trink- oder Lagerungsplan praktisch und kontrollierbar umgesetzt werden können, hat es sich bewährt, diese Pläne unmittelbar in den Bewohnerzimmern auszulegen. Was bei dem Bewohner um welche Uhrzeit wie zu erledigen ist, kann so auch ohne spezielle Software von jeder Pflegekraft eingesehen werden. So ist nicht nur eine erhöhte Transparenz bei der pflegerischen Leistungserbringung möglich. Vor allem ist sichergestellt, dass die Pflegekräfte nach einheitlichen Gesichtspunkten an dem Bewohner arbeiten. Das Risiko einer »tollen Planung, von der niemand aus der Praxis etwas weiß«, wird reduziert. Abweichungen von der vorgegebenen Struktur müssen dort kenntlich gemacht werden und sind entsprechend zu dokumentieren sowie mit der planenden Fachkraft zu besprechen.

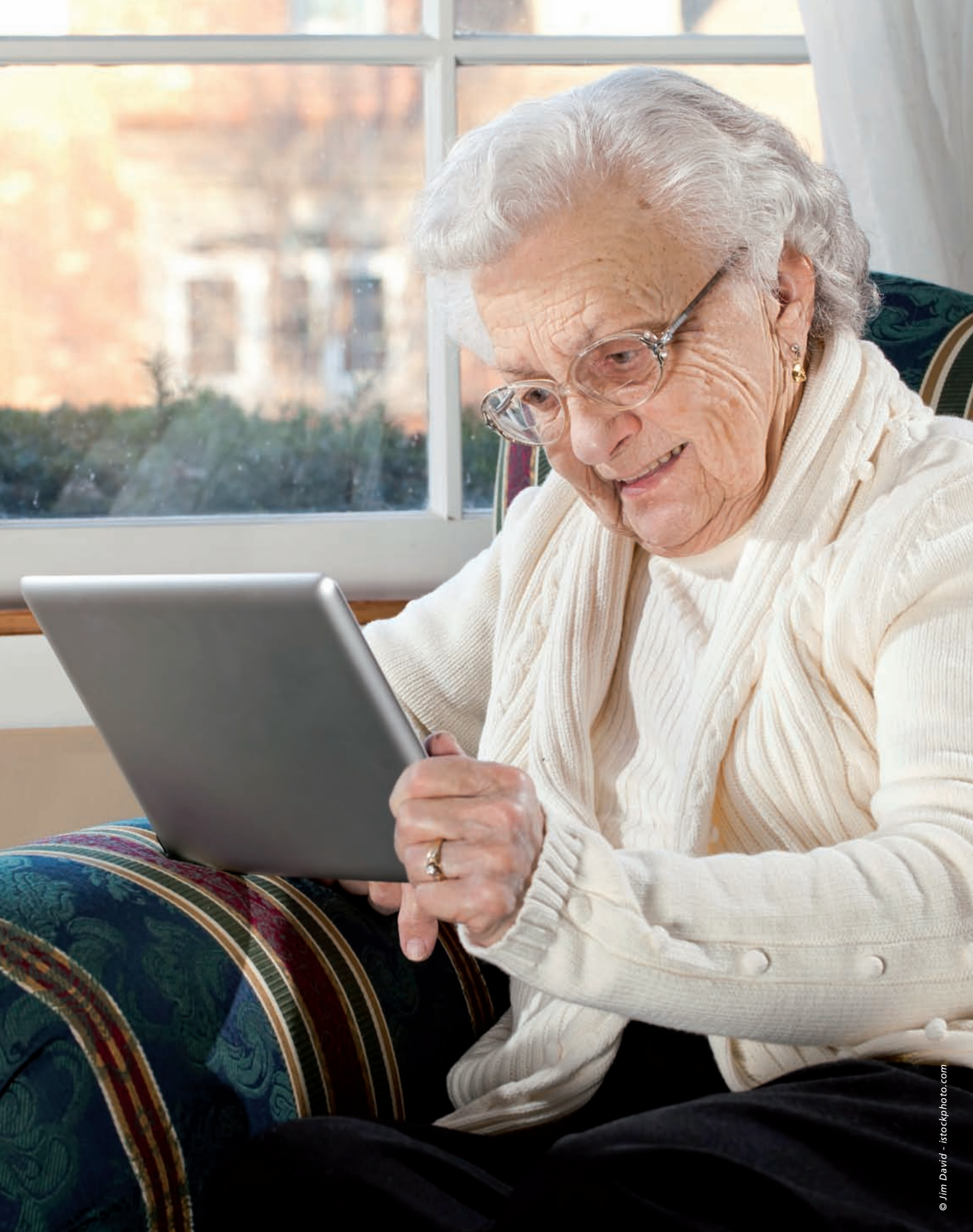
3.3.7 Fazit

Die »Primary Nurse«-Struktur lässt sich durchaus mit den bestehenden Personalschlüsseln umsetzen, wenn man zulässt, dass in Fehl- und Urlaubszeiten die PN in der normalen Schichtabdeckung tätig ist. Freistellungen für stellvertretenden PDL, Praxisanleitung, Planungsaufgaben und dergleichen müssen dann aber gebündelt und administrative Funktionen rationalisiert werden. So entstehen Freiräume, um bereichsübergreifende Aufgaben wie Praxisanleitung oder Stellvertretung der PDL wahrzunehmen, die dann von der PN mit übernommen werden können. Erstaunlicherweise stellt sich dies in der Praxis als das größte Problem dar, werden die erwähnten administrativen Aufgaben, insbesondere die Dienstplanung doch oftmals als »schöne«

Tätigkeiten verstanden, die sich Bereichsleitungen nur ungern wegnehmen lassen. Dies deutet aber vor allem auf einen Fehler im Selbstverständnis der Pflegefachkräfte hin: Nicht die Fachkompetenz wird als erstrebenswerter Wert empfunden, sondern die eigene Stellung in einer Hierarchie, die traditionell dadurch gekennzeichnet ist, dass die Stationsleitung den Dienstplan macht.

3.3.8 Literatur

Deutsches Netzwerk Primary Nursing der Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) e.V. (2008): Merkmale von Primary Nursing [[http://www.dbfk.de/Startseite/PN-Netzwerk/ Merkmale-von-Primary-Nursing.pdf](http://www.dbfk.de/Startseite/PN-Netzwerk/Merkmale-von-Primary-Nursing.pdf); Stand: 05.09.2012].



© Jim David - istockphoto.com

4

»WIE WIRD GEPFLEGT?«

PRAXISBEISPIELE

4.1

AAL – Chancen und Risiken

Assistenzsysteme im Pflegealltag

BIRGID EBERHARDT, LOCATE SOLUTIONS GMBH

4.1.1

AAL – Assistenzsysteme im Alltag

Assistenzsysteme erleichtern unsern Alltag seit der standardisierten Elektrifizierung von Privathaushalten: Verlässliche Stromqualität sowie kompatible Stecker und Normen, die sicherstellen, dass eine Gefährdung der Nutzer von Geräten ausgeschlossen ist, stellen die Grundlage dafür dar.

Die Akzeptanz dessen, was bislang als Assistenzsystem angenommen wurde, war dabei von verschiedenen Fakten abhängig: Die unmittelbare Entlastung von schwerer körperlicher Arbeit durch die Nutzung einer Waschmaschine wurde niemals infrage gestellt. Geschirrspülmaschinen brauchten deutlich länger, bis sie selbstverständlich in Küchen auch kleinerer Haushalte einzogen. Die Zeiten, in denen Anrufbeantworter ein willkommener Aufhänger für Kabarettisten war, liegen dagegen noch nicht sehr lange zurück.

Heute stehen in Küchen, Bade- und Wohnzimmern so viele elektrische Geräte, dass die wenigsten Räume ohne zusätzliche Steckdosenleisten auskommen, da die in den Wänden verfügbaren Stromanschlüsse in

der Regel nicht ausreichen. Und alle Geräte bieten auf die eine oder andere Weise ihre Assistenz an: Mal dienen sie mehr dem Komfort, mal sind sie eher ein Ausdruck von Lifestyle, mal meinen wir, sie aus unserem Leben nicht wegdenken zu können.

So ist es nur folgerichtig darüber nachzudenken, inwieweit technische Geräte dazu beitragen können, in einer sich stark verändernden Gesellschaft die Balance zwischen den Generationen zu erhalten. Die Aufgabe hierbei ist, Assistenzsysteme ganz neu und vorhandene weiter zu entwickeln, die Menschen befähigen, in relativer Selbstständigkeit ihren Lebensabend auch im hohen Alter zu meistern.

Unter dem Begriff AAL, der sich ursprünglich aus »Ambient Assisted Living« ableitet und »altersgerechte Assistenzsysteme« umschrieben wird, hat sich ein Feld von Assistenztechnologien etabliert. Diese assistierenden Technologien sollen in vielen Lebenslagen den Alltag aller Menschen erleichtern, vor allem aber das Leben derjenigen, die entweder auf Unterstützung angewiesen sind oder diese leisten.

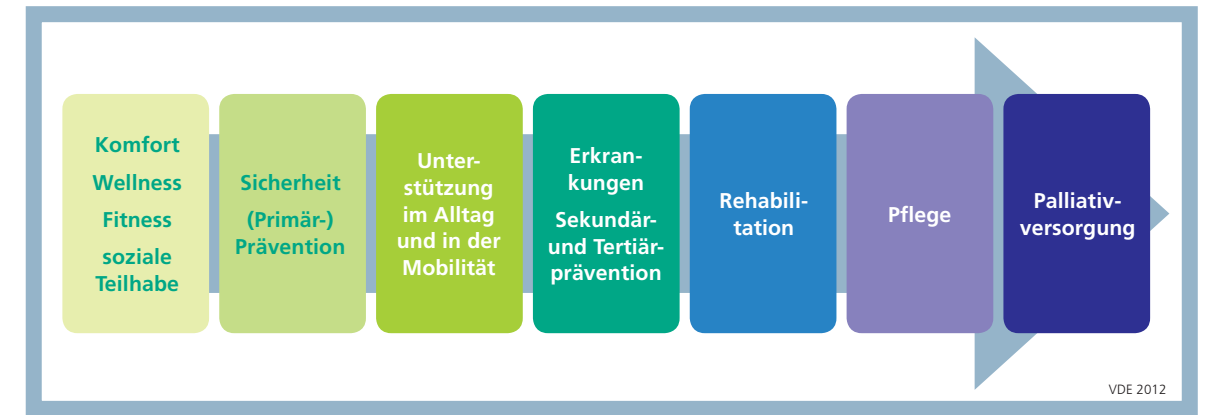


ABB. 1 Leben mit assistierenden Technologien und (neuen) Dienstleistungen

4.1.2

Chancen für Assistenzsysteme im Pflegealltag

Pflegealltag

Pflege im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) Elftes Buch (XI) findet zu etwa einem Drittel in stationären Einrichtungen und zu zwei Dritteln im privaten häuslichen Umfeld statt. Während in stationären Einrichtungen die Pflege von professionellen Pflegekräften durchgeführt wird, werden im häuslichen Umfeld Pflegebedürftige zur Hälfte ausschließlich innerhalb des sozialen Netzes über Familienangehörige, Freunde und Nachbarn gepflegt. Die andere Hälfte wird in Kooperation professioneller, ambulanter und informeller oder privater Pflegenden betreut.

Pflegebedürftige sind zwar fast auch immer gleichzeitig Patienten. Dennoch unterscheidet sich ihre Pflege von der temporären Krankenpflege jüngerer Patienten. Der Zustand der Pflegebedürftigkeit ist eher eine Begleiterscheinung des Alltags und des Lebensabends zu begreifen, und zwar unabhängig davon, ob dieser zuhause oder in einer stationären Einrichtung verlebt wird.

Für Assistenzsysteme im Pflegealltag folgt daraus, dass diese sowohl Alltagssituationen erleichtern und unterstützen als auch den besonderen Anforderungen, die sich aus dem Pflegebedarf ergeben, gerecht werden müssen. Sie sollen Pflegebedürftige mit ihren ureigenen Alltagsbedürfnissen ebenso unterstützen wie diejenigen, die privat oder beruflich die Pflege ausführen.

Assistenzsysteme

Viele der hier vorgestellten Assistenzsysteme erfüllen Funktionen in unterschiedlichen Bereichen. Ihr Einsatz kann einerseits individuell einen Nutzen erbringen, diesen ggfs. jedoch auch im Laufe der Zeit verändern.

Komfort, Wellness, Fitness, soziale Teilhabe

Viele Pflegeeinrichtungen bieten ihren Bewohnerinnen und Bewohnern inzwischen Spielkonsolen an, die ihnen in Gemeinschaft sportliche Betätigungen wie Bowling, Tennis oder Dartspielen erlauben, die sonst aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr möglich wären. Die gemeinsamen Aktivitäten – auch aus dem Rollstuhl heraus – fördern Geschicklichkeit und Koordination, scheinen einen positiven Einfluss auf die Kognition zu haben und bringen Normalität und Spaß ins Leben.

Der persönliche Austausch kann und soll durch technische Assistenzsysteme nicht ersetzt werden. Ist diese aber aufgrund größerer Entfernungen oder nachlassender Mobilität nicht möglich, können neue Videosysteme dafür sorgen, dass mehr Alltag miteinander geteilt werden kann, als dies über Telefonanrufe möglich ist. Neue Internetfernseher bieten die Möglichkeit, gemeinsam Bilder und Fernsehen zu schauen und sich dabei gegenseitig zu sehen und zu unterhalten.

Telekommunikationsroboter wie die schwedische »Giraff« erlauben es, Menschen im Raum zu folgen, ihre Sicht einzunehmen und damit aus der Entfernung ihr Leben zu teilen. Stationäre Einrichtungen sehen in ihr nicht nur eine Anwendung, welche die Kommunikation zwischen Angehörigen oder Betreuern und Bewohnern verbessern kann. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen können die »Giraff« auch aus der Ferne auf Streifzüge durch die Korridore schicken.



ABB.2 Mobiler, über das Internet steuerbarer Telekommunikationsroboter (www.giraff.org)

Sicherheit und Prävention

Für pflegebedürftige Menschen ist eine sichere Umgebung eine wichtige Voraussetzung um mit Unterstützung, aber in relativer Selbständigkeit leben zu können. Dies gilt ebenso für das häusliche Umfeld wie für das Alltagsgeschehen in einem Pflegeheim.

Sichere Haushaltsgeräte wie automatisch abschaltbare Bügeleisen, Kochplatten oder Backöfen sind verfügbar und gehören in jeden Haushalt, speziell aber in Wohnbereichsküchen stationärer Einrichtungen. Diese sollten auch über eine Kontroll- und Meldefunktion verfügen – z.B. bei einer geöffneten Kühlschranktür. Rauch-, Gas- und Wassersensoren geben zusätzliche Sicherheit. Geräte, die nicht vom Strom getrennt werden dürfen, sollten an abschließbare Steckdosen angeschlossen werden (Hausnotrufgeräte, Gefrierschrank etc.). Licht, das ohne aktives Zutun beim Betreten bestimmter Bereiche oder beim Verlassen des Betts aktiviert wird, gibt Orientierung und Sicherheit. Ausreichend helles Licht von mindestens 500 Lux auf Augenhöhe hilft bei Aktivitäten wie Lesen oder Handarbeiten und beim Erkennen der Umgebung. Circadianes Licht mit einem höheren Anteil blauen, energiereichen Lichts am Morgen unterstützt gerade bei Personen, die nicht mehr regelmäßig genügend Tageslicht kommen, den Biorhythmus. Sensorsysteme, die Abweichungen von der Normalität registrieren und interpretieren können, geben privat und professionell Pflegenden einerseits die Sicherheit, dass mit den umsorgten und gepflegten Menschen alles in Ordnung ist. Mit ihrer Hilfe lassen sich die Schlafqualität, die Nutzung von Hilfsmitteln sowie die eigenständige Verrichtung von Alltagsaktivitäten dokumentieren. Durch Speicherung der Daten können über eine Verlaufskontrolle punktuell kaum wahrnehmbare Veränderungen entdeckt werden. Durch rechtzeitige präventive Intervention können gegebenenfalls Notfallsituationen vermieden werden. Treten diese dennoch auf, können sie autonom erkannt und gemeldet werden.

Unterstützung im Alltag und in der Mobilität

Die Liste verfügbarer kleiner und umfassender Assistenzlösungen ist lang. Sie helfen bei körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen, die Kontrolle über das eigene Leben zu bewahren. So sind Kalender, die neben dem Tagesdatum auch die Tageszeit angeben, Möbelstücke, die daran erinnern, nicht ohne Schlüssel das Haus zu verlassen und Temperaturfühler, die beim Absinken der Temperaturen unter eine bestimmte Gradzahl Fenster schließen und die Heizung hochfahren eine große Hilfe im Alltag. Weitere Assistenzlösungen sind Hinweise auf geöffnete Fenster, automatisch gesteuerte Rollläden, Erinnerungsfunktionen, die helfen, Termine ohne Hilfe anderer Menschen wahrzunehmen. Programmierbare Staubsauger- oder Wischroboter sorgen für eine Grundreinigung.

Personen ohne sichere Orientierung profitieren von einem erweiterten, aber sicheren Bewegungsradius, wenn Ortungstechnik dafür sorgt, dass sie nicht verloren gehen können. Sie können so noch selbstständig Besuche unternehmen, bummeln oder einkaufen gehen. Außer Haus sorgen GPS-, im Haus RFID-Lösungen dafür, dass der Aufenthaltsort bei Bedarf ermittelt werden kann. Personen können permanent oder auf konkrete Anfrage lokalisiert werden; zusätzlich kann ein Bereich festgelegt werden, der als »sichere« Zone gilt. Verlässt die Person diese Zone, wird eine Meldung abgesetzt. Die GPS-Module werden unauffällig im Schuh getragen, befinden sich in der Kleidung oder einem GPS-Handy. Mit Hilfe von RFID-Tags kann der Zugang zu Bereichen gesteuert bzw. festgestellt werden, dass ein festgelegter Bereich verlassen wird.

Unterstützung im Umgang mit Erkrankungen

Pflegebedürftige leiden häufig unter Multimorbidität, deren Behandlung ein aufwendiges Medikamentenmanagement erfordert. Voraussetzung hierfür ist eine zentrale Patientenakte, welche neben Angaben zu Diagnosen, Alter, Geschlecht, und Gewicht auch eine Übersicht verschriebener sowie privater Medikamente

beinhaltet. Die Verblisterung aller Medikamente für den stationären und privaten Gebrauch an einer Stelle ist dabei eine zusätzliche Unterstützung. Assistenzlösungen geben ein Signal, wenn Medikamente genommen werden müssen. Gegebenenfalls können sie auch mit einem telemedizinischen Zentrum gekoppelt sein, welches im Falle einer nicht zeitgerechten Entnahme von Medikamenten die Patienten anruft.

Eine Verlegung aus einer häuslichen oder stationären Pflegesituation in ein Krankenhaus verschlechtert häufig den Zustand Pflegebedürftiger – unabhängig von der eigentlichen Einweisungsursache. Effizient gestaltete Prozesse im Krankenhaus sind mit älteren und desorientierten Patienten schlicht nicht kompatibel. Es besteht die Gefahr von Deliren und MRSA-Infektionen. Jede medizinische Behandlung im heimatlichen Umfeld, das heißt zuhause oder in der stationären Einrichtung, ist daher einer Verlegung vorzuziehen. Telemedizinische Anwendungen werden zukünftig verstärkt dazu beitragen können abzuklären, ob eine notfallmäßige Verlegung notwendig ist.

Unterstützung bei der Rehabilitation

Die niederländische Firma »Silverfit« stattet Pflegeheime mit besonderen Fitnessgeräten aus. Diese Geräte erlauben auch Menschen, die auf Rollstühle, Rollatoren oder andere Gehhilfen angewiesen oder kognitiv beeinträchtigt sind, sich an Geschicklichkeits-, Kraft- und Ausdauerübungen zu beteiligen. Mithilfe dieser Geräte können Menschen auch in allgemeiner Fitness oder in einer Rehabilitationsmaßnahme unterstützt werden.

Die häusliche Rehabilitation dagegen erlaubt sowohl älteren Pflegenden als auch Pflegebedürftigen eingespielte Versorgungsformen aufrecht zu erhalten.



ABB.3 »Silverfit« Fitnessraum (www.silverfit.com)

Unterstützung in der Pflege

Viele bereits beschriebene Assistenzsysteme geben Pflegenden einen Überblick über die Situation Pflegebedürftiger, auch ohne permanente persönliche Anwesenheit. Im stationären Umfeld ist dies in Zeiten niedriger Personalschlüssel hilfreich. Durch den Einsatz von Sensormatten und -böden sowie Bewegungsmeldern und anderen Assistenzsystemen sind Lösungen entstanden, die auf einen Blick eine Übersicht über den Zustand der Bewohner einer oder mehrerer Stationen ermöglichen (Abb. 4). Mit dem Einsatz im häuslichen Umfeld können Pflegenden ihren eigenen Angelegenheiten temporär entspannter nachgehen.

Durch den Einsatz von Assistenzsystemen können freiheitsentziehende und beschränkende Maßnahmen gegebenenfalls reduziert werden, wenn die Sicherheit Pflegebedürftiger dadurch gewährleistet bleibt.

Lösungen, die Inkontinenz detektieren, ermöglichen einen bedarfsangepassten, zeitnahen Wechsel von Windeln. Ist der Gang zur Toilette noch eigenständig möglich, sorgt der Einsatz eines Washlets bzw. Dusch-WCs für größere Eigenständigkeit in einer schambehafteten Situation.

In ihrer Mobilität eingeschränkten Personen aus dem Bett zu helfen ist schon für ausgebildete Pflegekräfte anstrengend, vielmehr jedoch für privat Pflegenden, denen eine zusätzliche Person oft nicht zur Verfügung steht. Moderne Pflegebetten bieten eine erhebliche Unterstützung beim Aufrichten von Menschen.

Um über die emotionale Ebene einen Zugang zu demennten Menschen zu bekommen, können neben der Therapierobbe »Paro« auch Biografie-Anwendungen angewandt werden. Mithilfe dieser Anwendungen lässt sich die individuelle Vergangenheit mit Hilfe von Bildern sowie Film-, Ton- oder Musikschnipseln wieder aufleben.

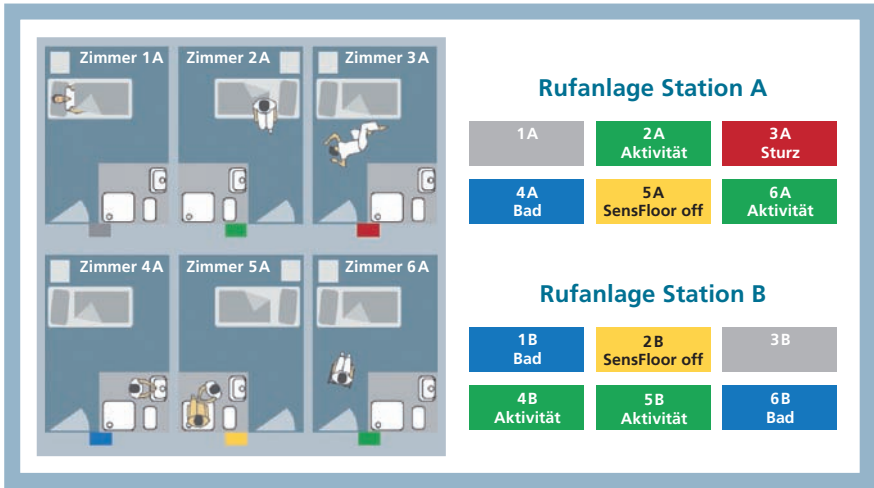


ABB.4 Erkennen verschiedener Situationen unter Einsatz des »SensFloor®-Bodens«

Chancen

Gut gestaltete und akzeptierte Assistenzsysteme bieten im Pflegealltag allen Beteiligten die Möglichkeit, mit der Situation besser umzugehen. Menschen mit Pflegebedarf geben sie in einem gewissen Rahmen einen größeren Spielraum bei der Gestaltung ihres Lebens. Alle Pflegenden tragen eine hohe Verantwortung: Assistenzsysteme sollten dazu beitragen, die Situation besser (er)tragen zu können. Mit dem Einsatz von Assistenzsystemen können sich privat Pflegenden neue Freiräume schaffen, um Pflege gegebenenfalls auch langfristig durchführen zu können, ohne dabei selbst Schaden zu nehmen. Professionell Pflegenden wünschen sich Zeit für menschliche Zuwendung – ein Wunsch, der mittelfristig nur möglich sein wird, wenn sich bestimmte Aufgaben auf technische Systeme verlagern lassen oder durch bessere Prozesse verfügbar sein wird.

Die wichtigsten Aufgaben technischer Assistenzsysteme bestehen darin, die Chance auf eine längere Selbstbestimmtheit zu steigern und die Bereiche Pflege und Beruf besser aufeinander abzustimmen.

4.1.3 Risiken durch Assistenzsysteme im Pflegealltag

Assistenzsysteme haben das Potenzial, Pflegeprozesse effektiver zu gestalten. Nutzt man die dadurch gewonnene Zeit jedoch lediglich dazu, den Pflegekräften die Betreuung von noch mehr Pflegebedürftigen aufzuerlegen, so werden diese zu Recht abgelehnt. Pflegebetreuung im Alter basiert auf längerfristigen Beziehungen als in der durchorganisierten Krankenpflege. Der Zugewinn an Sicherheit, Gesundheit und Zeit muss allen zugutekommen.

Assistenzsysteme können unter Umständen freiheitsentziehende und beschränkende Maßnahmen reduzieren. Bislang gibt es jedoch keine Verfahren, um gerade bei kognitiven Einschränkungen frühzeitig festzulegen, wie ein sicheres und an Inhalten reiches Leben in diesem Zustand individuell gestaltet werden soll. Hier besteht Handlungsbedarf: Analog zur Patientenverfügung sollte es irgendwann selbstverständlich sein, sich frühzeitig zum Leben mit Demenz oder im Pflegefall zu äußern.

Die Einstellung in der Gesellschaft zur privaten Pflege wandelt sich, sie wird weniger selbstverständlich. Der Aufwand, um bedürftige Verwandte zu unterstützen, steht in Konkurrenz zu Familie, Beruf und Hobbys. Technische Assistenzsysteme könnten dazu missbraucht werden, Fürsorge und Pflege wenn nicht zu delegieren, so doch auf das Nötigste zu beschränken.

4.1.4 Literatur

- Demenz Support Stuttgart: Licht und Demenz. DeSSorientiert, Heft 1, 2010.
- Destatis (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2010, Heft 2, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010.
- Gräbel, E.; Ulbrecht, G.; Wagner, D.: Pilotstudie zur möglichen Wirksamkeit von Sportspielen an der Wii-Konsole bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, Diakonie Bayern und Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen, 2010.

4.2

Neue Technologien integriert in innovative Versorgungskonzepte – ein Weg zur Sicherung von Unabhängigkeit im Alter?

KERSTIN WESSIG, GENERATION RESEARCH PROGRAM (GRP), HUMANWISSENSCHAFTLICHES ZENTRUM DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

4.2.1

Modelle für den kombinierten und integrierten Einsatz humaner Hochtechnologie im Alter

Entwicklung und Implementierung von Home Based Technical Care Units (HBTCU)

Der rasante Fortschritt technischer Entwicklungen der Nano- und Informationstechnologie und Sensorik bietet vielfältige Anwendungen zur Sicherung des unabhängigen Alltagslebens alter und hochalter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung und in Senioreneinrichtungen. Vergleichsweise geringe Produktionskosten lassen Massenfertigung und zahlreiche Einsatzmöglichkeiten zu. Der effiziente Einsatz von Spitzentechnologien fördert unabhängiges Wohnen zu Hause, verbessert die gesundheitliche Versorgung Älterer – besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen Europas – und unterstützt durch Krankheitsfrüherkennung und das Monitoring von Krankheitsverläufen Gesundheit im Alter. Wenn es gelingt, durch einen intelligenten Einsatz moderner Technologien älteren Menschen ein möglichst langes selbstbestimmtes

Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen, können die Belastungen, die aus dem demografischen Wandel und der ansteigenden Lebenserwartung resultieren, deutlich verringert werden. Mithilfe moderner Technologien können die kostentreibende stationäre Pflege und teure Aufenthalte in Akutkrankenhäusern vermieden oder zumindest verringert werden (Dinkel, 1999).

Umso erstaunlicher ist, dass neue Technologien, abgesehen von den vergleichsweise einfachen Hausnotrufsystemen, bisher kaum Einzug in die ambulante Gesundheitsversorgung gehalten haben. Potenziale zur Kostensenkung im Gesundheitssystem, Erhöhung der Lebensqualität im Alter und bei Krankheit sowie zur Bewältigung des demografischen Wandels bleiben weitgehend ungenutzt. Ein wesentlicher Faktor zur Verbreitung von Technologien ist das zugrunde liegende Produkt- und Vermarktungskonzept. Das Ziel muss also sein, die notwendigen Investitionen in die Erforschung und Entwicklung dieser neuen Technologien langfristig aus den damit zu erzielenden Einsparungen zu refinanzieren. Das Problem: Die Entwicklung dieser Technologien erfolgt bisher überwiegend mit Blick auf den ersten Gesundheitsmarkt. Dahinter steht

nicht selten die Vorstellung, dass diese von Betroffenen oder deren Angehörigen nachgefragt werden könnten. Die Datenlage zeichnet jedoch ein komplexes Bild:

Allein in der Bundesrepublik werden 980.000 Menschen ausschließlich durch Angehörige gepflegt (Pflegestudie 2050). Diese sind jedoch häufig weder zeitlich noch finanziell in der Lage als Nachfrager auf einem Markt für komplexe technische Lösungen zu agieren. Weitere 225.000 Pflegepersonen bekommen phasenweise Unterstützung durch professionelle Dienste. Darüber hinaus erfolgt die häusliche Versorgung großer und weiter wachsender Teile der Bevölkerung durch Organisationen der Zivilgesellschaft und kleine private Pflegeanbieter. So werden rund 258.000 Pflegebedürftige durch freigemeinnützige Anbieter und 202.000 Pflegebedürftige durch private Pflegedienste versorgt. Die organisatorischen Einheiten sind dabei eher klein. So betreuen 6.327 private Anbieter im Schnitt jeweils 32 Personen und 4.457 Einrichtungen im freigemeinnützigen Bereich jeweils 58 Personen.

Erfolgreiche Geschäftsmodelle für die nachhaltige, innovative Implementierung einzelner »Assisted Ambient Living« (AAL)-Komponenten oder umfassender AAL-Systeme in die häusliche Umgebung zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen müssen besondere Voraussetzungen erfüllen: Sie müssen rentabel sein, das heißt, sie sollten einen Mehrwert für den Nutzer und gleichzeitig einen Gewinn für den oder die Anbieter abbilden. Hierzu ist nicht zwingend erforderlich, dass immer die Nutzer selbst für die AAL-Produkte oder Services oder Dienstleistungen bezahlen. Geschäftsmodelle können auf vielfältige Weise derart gestaltet werden, dass die Endnutzer die AAL-Systeme völlig kostenneutral nutzen können.

Um dies zu erreichen, bedarf es intensiver Kenntnisse des Gesundheitssystems, des Leistungskatalogs und der Ausgabenseite der Kranken- und Pflegekassen. Wichtig ist es auch, die Bedürfnisse der Nutzer

zu kennen und miteinander verschränkte Dienstleistungssystematiken mit einzubeziehen, die zum Teil in Komponenten bereits auf einem existierenden Markt agieren und dort um neue bzw. den Erhalt bereits existierender Kunden werben. Gelegentlich konkurrieren die Systeme aufgrund ihrer unterschiedlichen Innovationskraft z.B. in den Bereichen Hausnotruf oder technologisches Pflegemonitoring miteinander, können in ihrer Kombination jedoch innovative neue Produkte bilden, die einen zusätzlichen Mehrwert für die Nutzer aber auch die Leistungsträger in sich bergen.

Ein Beispiel: Der bereits existierende Hausnotruf ermöglicht dem Pflegedienst, dessen Personalressourcen nicht ausreichen bzw. zu teuer sind, um bei allen Patienten zu Hause im Notfall persönlich nachzusehen, die Nachfrage nach Sicherheitsleistungen trotzdem zu befriedigen. Mit dem Hausnotrufsystem lässt sich ein elektronisches Pflegemonitoring mit einer Pflegekraft implementieren, das Wegegelder einspart, das Sicherheitsbedürfnis der älteren Menschen und ihrer Angehörigen sehr gut befriedigt, die soziale Teilhabe stärkt und sehr viel mehr Patienten kostengünstig gleichzeitig versorgen kann. Gleichzeitig erspart ein solches System den Pflegekassen erhebliche Summen, die ansonsten für die Wegepauschalen des Pflegedienstes anfallen würden. So wird ein Anreizsystem für die Krankenkassen geschaffen, das elektronische Pflegemonitoring durch unterschiedlichste Ansätze voll oder teilweise zu finanzieren. Dem Pflegedienst bietet der Einsatz des elektronischen Monitorings neues Wachstum ohne vermehrten Personaleinsatz bei bestehendem Fachkräftemangel und aussichtsloser Personalsuche.

AAL-Geschäftsmodelle sind daher keine, wie häufig fehlinterpretiert, Use Cases für den Einsatz spezieller Technologien, sondern mehr oder weniger komplizierte Nutzen- und Ertragsmodelle technischer und sozialer Komponenten und Systeme und deren Anbieter- und Nutzerstrukturen. Erfolgreiche Geschäftsmodelle etablieren nachhaltig, möglichst den Nutzen, die

sogenannte »Value Proposition«. Unter diesem Begriff versteht man den durch das Modell gestifteten Mehrwert des Produkts oder des Systems und dessen Optimierung durch die im Geschäftsmodell implementierte Wertschöpfungskette, die wesentliche Einflüsse auf den Produktionswert der AAL-Produkte oder -Systeme ausübt. Dabei ist die Wertschöpfungskette abhängig von den erbrachten Vorleistungen, dem Aufwand für die Herstellung und dem Vertrieb eines Produkts oder Systems. Beispiele hierfür sind:

- ein Geschäftskonzept für AAL Systemanbieter wird von mehreren Teilmärkten getragen,
- Erstattungsmöglichkeiten aus dem regulierten Gesundheitssystem aufgrund von Kostensenkungen,
- Provisionen aus der Nutzung des Systems durch Anbieter konventioneller Produkte und Leistungen.

Forderung bei diesem Modell: Die Kassen sollten im Gegenzug die Kosten für den Aufbau und den Betrieb eines Systems übernehmen. Diese Kosten fallen im Vergleich zu den eingesparten Aufwendungen kaum ins Gewicht. Der Einsatz eines AAL-Systems kann Sozialkassen erheblich geringere Kosten für verzögerte stationäre Entlassungen bringen, z.B. weil noch keine Pflegeeinrichtung oder Rehabilitationsklinik gefunden ist, und reduziert Kosten der Kurzzeitpflege. Ein AAL-System wird häufig gewährt, da pflegende Angehörige zunehmend weit entfernt wohnen und nach Entlassung oder bei akuter Erkrankung eines Angehörigen zu Hause keine 24-Stunden-Versorgung aufbauen können. Die Integration von AAL-Systemen hilft, das Wohnen im eigenen zuvor ungeeigneten Umfeld zu sichern und die integrierte Rehabilitation im häuslichen Umfeld zu garantieren. Besonders in infrastrukturschwachen Regionen werden erhebliche Einsparpotenziale ambulanter Pflegeleistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), das die Bereiche Hausbesuchspauschale, Wegepauschalen und Medikamentengabe behandelt sowie Leistungen des Elften Buches (XI) des SGB, wie die 24-Stunden-Pflege bei gleicher sozialer Teilhabe, durch AAL-Systeme generiert.

Aufgrund der Vergütungsregelungen und Vorschriften des SGB V erfolgen diese Leistungen oftmals hochstandardisiert. Darüber hinaus verfügen weder die kleinen privaten Anbieter noch größere freigemeinnützige Organisationen und erst recht nicht die meisten privaten Pflegenden über ausreichende finanzielle Ausstattung oder das notwendige technische Know-how zur Entwicklung und Einführung eigener technischer Lösungen. Die Nachfrageseite ist durch Kleinteiligkeit und fehlenden Zugang zu technologischen Märkten gekennzeichnet. Hier setzen einfach zu bedienende Lösungen aus integrierten Bestandteilen der Spitzentechnologie an, deren definierte Schnittstellen kompatibel zu Arbeitsprozessen und Geschäftsmodellen der Dienstleistungsanbieter sind. Im häuslichen Umfeld installierte Sensoren und Übermittlungstechnologien interagieren mit medizinischen oder pflegerischen Dienstleistungskomponenten, sogenannte »Home Based Technical Care Units«. Solche Einheiten entlasten pflegende Angehörige und Pflegedienste, erhöhen die Unabhängigkeit und verbessern die Lebensqualität. Zugleich senken sie die Hospitalisierungsquote, die ein wesentlicher Kostenfaktor in einer alternden Gesellschaft ist.

4.4.2 Der mögliche Mehrwert integrierter Versorgungs- und innovativer Care- und Case-Management-Konzepte zur Nutzung ambienter Assistenzsysteme

Seit den 1990er Jahren werden in Deutschland innovative Steuerungsverfahren wie integrierte Versorgung, Disease-Management, Care-Management und Case-Management im Rahmen von Pilotversuchen eingesetzt. Mit diesen Verfahren soll eine bedarfsgerechte Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen erreicht werden (vgl. Ewers & Schaeffer, 2005).

Da sich die Versorgung stärker am Patienten orientiert und Kosten durch verkürzte Behandlungszeiten und bessere Kapazitätsauslastung eingespart werden, entstehen mehr Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (vgl. Glaeske, 2009). Eine Form der integrierten Versorgung sind strukturierte Behandlungsprogramme oder Disease-Management-Programme (vgl. § 137f-g SGB V); sie stehen derzeit im Fokus des Interesses (vgl. SVR, 2007). Dabei handelt es sich um systematische Behandlungsansätze, die für chronisch Kranke eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten (vgl. Scheu, 2002). Grundlage sind sektorenübergreifende klinische Behandlungspfade, die Indikation und Ablauf diagnostischer und therapeutischer Schritte regeln und begleitende Maßnahmen beschreiben (vgl. ebd.). Dabei werden teilweise moderne Informations- und Kommunikationstechniken eingesetzt, z.B. in der Dokumentation mithilfe der elektronischen Patientenakte beim integrierten Wundmanagement. So haben alle Beteiligten, also Ärzte, Wundzentren oder ambulante Pflegedienste jederzeit Zugriff auf die relevanten Daten (vgl. Wessig, 2006), bis hin zum Telemonitoring physiologischer Parameter bei chronischen Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus. Mindestens 20 Krankenkassen bieten im Rahmen integrierter Versorgungsverträge telemedizinische Behandlungsmöglichkeiten für Versicherte, die an Herzinsuffizienz leiden, an.

Die Effektivität telemedizinischer Anwendungen als Teil der Verträge ist in einer ganzen Reihe von Evaluationsstudien belegt (vgl. Chaudhry et al., 2006; Diez et al., 2006; Kielbock et al., 2007; Oeff et al., 2005; Shea et al., 2006; Zugck et al., 2005). Durch das Telemonitoring physiologischer Parameter wie Blutdruck, Gewicht, EKG oder Blutzucker wird eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes unverzüglich registriert, der Hausarzt informiert und zeitnah Anpassungen des Behandlungsplans vorgenommen. Dekompensationen oder Folgeerkrankungen und Verlust von

Lebensqualität können so vermieden werden. Die Telemedizin ist damit nicht nur sehr effektiv, die Studien belegen zudem, dass der Einsatz dieser Technologie Krankenhaus-Einweisungen und Krankenhaustage reduziert und dadurch Kosten signifikant eingespart werden können (vgl. Diez et al., 2006; Heinen-Kammer et al., 2006; Kielbock et al., 2007; Oeff et al., 2005; Zugck et al., 2005). Darüber hinaus ist weniger pflegerische Versorgung notwendig (vgl. Chaudhry et al., 2006), wodurch die Kosten für ambulante Pflege um etwa ein Viertel sinken (vgl. Wootton, 2001). Es finden weniger Hausbesuche gegenüber telefonischen Kontakten statt, was die Versorgungsqualität nicht verringert (vgl. Wootton, 2001). Langfristige Kosteneinsparungen, die die Anschaffungskosten ausgleichen, sind für elektronische Patientenakten belegt (vgl. Shelle, Morton & Keeler, 2006). Durch die permanente Verfügbarkeit der Daten wird die Qualität der ambulanten Versorgung verbessert (vgl. ebd.). Integrierte Versorgungsverträge, die telemedizinische Anwendungen beinhalten, erfüllen folglich das Kriterium der Kosteneffektivität. Damit dürfte auch das Wegfallen der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung zum 01.01.2009 (vgl. § 140d SGB V) kein Hinderungsgrund sein, neue, innovative Verträge zu schließen bzw. die bestehenden weiter auszugestalten.

In Kombination mit telemedizinischen Anwendungen können integrierte Versorgungsverträge helfen, die Situation Älterer in ländlichen Regionen zu verbessern. Dazu ist die verstärkte Einbindung der ambulanten Pflegedienste in die Integrierte Versorgung notwendig. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz oder GKV-WSG wurde 2007 die Möglichkeit für Pflegeeinrichtungen geschaffen, Partner in der integrierten Versorgung zu werden (§ 92b SGB XI). Dies wird jedoch fast ausschließlich in den Bereichen Wundmanagement und Palliative Care umgesetzt (vgl. Budych, 2009). Im Bereich der Behandlungspflege nach § 37 SGB V sind weitere

telemedizinische Anwendungen denkbar und sinnvoll, wie die Überwachung der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente, einer Leistung der ambulanten Pflegedienste. Ältere zwischen 75 und 85 Jahren nehmen im Schnitt drei bis vier Medikamente täglich ein, jeder Dritte in der Altersgruppe sogar mehr als acht Medikamente täglich (vgl. Haslbeck, 2008). Chronisch kranke Ältere nehmen bei Verschlechterung häufig eigenhändig Veränderungen im Medikamentenregime vor. Da sich ein Hausbesuch zur Überwachung der Medikamenteneinnahme für ambulante Pflegedienste auch bei kurzen Anfahrten betriebswirtschaftlich nicht rechnet, verbessert der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien die Compliance. Wird ein Telemonitoring-System mit dem Fernseher des Patienten kombiniert und Televisiten mit den Mitarbeitern des Pflegedienstes oder dem Haus-/Facharzt ermöglicht, kann die Aufforderung, die ärztlich verordneten Medikamente einzunehmen, per Televisite gegeben werden (vgl. Mair & Whitten, 2000). Dadurch entfallen lange Anfahrtszeiten und Patienten erhalten fachliche Unterstützung bei der häufig notwendigen Neu-Anpassung von Routinen im Umgang mit Medikamenten. Chaudhry et al. (2006) beweisen in der 257 Studien betrachtenden Analyse, dass Fehler bei der Medikamenteneinnahme mittels Televisiten vermieden werden.

Telemonitoring bzw. Telenursing deckt einen Teil der Unterstützungsleistungen ab, die Ältere häufig benötigen und die von den Krankenkassen nach § 37 SGB V finanziert werden (Behandlungspflege). Auf der anderen Seite nimmt durch die demografische Entwicklung der Anteil der Älteren stetig zu, die auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) angewiesen sind. Videokonferenzen mit Angehörigen, Freunden oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen sind möglich. Auch die Teilnahme an Programmen zum Gedächtnistraining kann über den Fernseher umgesetzt werden (vgl. Plischke, 2008) und helfen, geistige Flexibilität und Leistungsfähigkeit zu erhalten (vgl. Frank &

Konta, 2005) und kognitiven Einschränkungen vorbeugen. Auch Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz profitieren, wenn das Trainingsprogramm auf alltagsrelevante Probleme zugeschnitten ist (vgl. Werheid & Thöne-Otto, 2006). Über das Fernsehportal ist neben der Teilnahme an Programmen zum Gedächtnistraining die Teilnahme an Programmen möglich, die auf die Stärkung von Balance und Muskelkraft zielen. »Die Beeinträchtigung der Balance und reduzierte Muskelkraft insbesondere in den Beinen und daraus resultierende Haltungs- und Gangveränderungen sind [...] ein entscheidender Risikofaktor für Stürze« (DNQP, 2006, S. 81). Ein Sturzereignis im häuslichen Umfeld zieht eine Kette von Folgeereignissen nach sich und der Ältere findet sich letztlich in einer stationären Pflegeeinrichtung wieder. Durch gezielte Trainingsprogramme können Stürze in der häuslichen Umgebung nachweislich vermieden werden (vgl. DNQP, 2006; Gillespie et al., 2003). Die Verfügbarkeit via Videokonferenz erleichtert den Zugang zu physiotherapeutischen Interventionen und erhält die Alltagskompetenzen (vgl. Gill et al., 2002). Der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) verringert die Wahrscheinlichkeit, in eine stationäre Einrichtung umziehen zu müssen.

Technische Hilfen werden auch von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft empfohlen: Technik soll nicht Betreuung ersetzen, sondern die zeitlichen Ressourcen dafür schaffen. Technik soll Sicherheit geben, Ängste reduzieren und Lebensqualität steigern. Electronic Memory Aids, Palmtops, elektronische Kalender, Voice Organizer oder PDAs (vgl. Lauriks et al., 2007) stimulieren das Gedächtnis, stärken das Gefühl von Unabhängigkeit und sind einfach zu bedienen (vgl. ebd.). MP3-Player, die an ein altmodisches Radio erinnern und nur über einen On-Off-Schalter und einen Lautstärkeregler bedient werden (vgl. Sixsmith, Orpwood & Torrington, 2007), werden von demenziell Erkrankten gerne eingesetzt (vgl. Lauriks et al., 2007).

Spielzeug- und Robotertiere verbessern Sozialkontakte und Wohlbefinden (vgl. Tamura et al., 2004; Tapus et al., 2007; Wada & Shibata, 2006): Demenzkranke reagieren kommunikativer, lächeln mehr, zeigen geringere Stresssymptome und ein weniger agitiertes Verhalten (vgl. ebd.). Per Televisite können Pflegedienste und pflegende Angehörige von jedem beliebigen Ort mit dem Demenzkranken kommunizieren und z.B. die Nahrungsaufnahme, Toilettengänge, Kontinenz- oder Blasentrainings steuern.

Geht man über die bisherige Ausgestaltung des Telemonitorings in der integrierten Versorgung hinaus, sind Anbieter von Pflegeleistungen verstärkt in die integrierte Versorgungsverträge einzubeziehen. Dazu sind bestehende abrechnungstechnische Hürden zwischen SGB V und SGB XI zu beseitigen, die nicht dem Behandlungs- und Pflegeprozess entsprechen (vgl. Budych, 2009; Stegmüller, 2009) und für die meisten Pflegebedürftigen und Angehörigen nicht verständlich sind.

Der technische Stand der Wohnungen Älterer ist oftmals veraltet. Nicht in allen Wohnungen gibt es einen Breitbandinternetzugang oder ein Mobiltelefon mit UMTS- oder Bluetooth-Technologie. Zu bedenken ist auch, dass weder alle ambulanten Pflegedienste noch sämtliche Arztpraxen technisch optimal ausgestattet sind. Im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 bis § 65 SGB V werden gesundheitliche Überwachung, Vorsorgemaßnahmen wie Sturzprophylaxe, Medikamentenkontrolle, gesundheitsbezogene Beratung und ein geriatrisches Assessment durch eine Fachkraft (AGnES = Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention) installiert. Diese Fachkraft konfiguriert ein Telecare-System und schult und unterstützt Patienten bei der Anwendung (vgl. Van den Berg, 2008). Die Datenübertragung physiologischer Parameter erfolgt mittels Bluetooth-Technologie. Bei Bedarf kann das System mit einem Sturzmelder, einem Medikamenten-Timer und einem Peilsender erweitert werden.

Bis Oktober 2008 haben mehr als 1.500 Patienten an einem AGnES-Modellprojekt teilgenommen und zeigten sich sehr zufrieden damit (vgl. BMVBS, 2009). Ein positiver Einfluss auf die physische und psychische Lebensqualität konnte nachgewiesen werden (vgl. Van den Berg, 2008). Vergütungsregeln für Delegationsleistungen in der Häuslichkeit von Patienten im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PfWG) wurden ausgehandelt (vgl. § 87 Abs. 2b SGB V), um das Konzept deutschlandweit als Teil der Regelversorgung umsetzen zu können.

Die positiven Effekte einer pflegerischen Expertise zeigen sich beim Einsatz von Pflegefachkräften in Callcentern. In vielen Projekten ist der Einsatz telemedizinischer Maßnahmen von der Einrichtung solcher gesundheitsbezogener Callcenter begleitet. Vincent et al. (2006) beschreiben und evaluieren den Einsatz eines Notrufsystems, das eine zweiseitige Kommunikation mit Pflegefachkräften ermöglicht. So lassen sich durch den Einsatz eines solchen Systems Hausbesuche reduzieren und die Kosten für ambulante Pflegeleistungen um etwa 25 Prozent senken. Krankenhausaufenthalte konnten verkürzt werden und insbesondere pflegende Angehörige wurden durch das Notrufsystem entlastet, Heimeinzüge lassen sich vermeiden und Ältere bleiben länger in den unteren Pflegestufen (vgl. Ribbert-Elias, 2008).

Der Einsatz von IKT im Case Management birgt vor allem in ländlichen Regionen Chancen: Ein von allen an der Versorgung Beteiligten gemeinsam genutztes, EDV-gestütztes Dokumentationssystem erleichtert es dem Case Manager, den Versorgungsprozess zu überwachen und im Bedarfsfall zu intervenieren. Durch den Einsatz von Televisiten/Videokonferenzen lassen sich zeit- und damit kostenaufwendige Anfahrten zu Hausbesuchen einsparen. Wootton (2001) zeigt, dass dies die Qualität der Versorgung im Vergleich zur herkömmlichen Vorgehensweise nicht beeinträchtigt. Sind mehrere Gesundheitsdienstleister an der Versorgung

beteiligt, lassen sich über Videokonferenzen Fallbesprechungen bzw. -konferenzen abhalten, womit Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren überwunden werden. (vgl. Höhmann, 2002). Der Patient kann an der Besprechung seines Falles teilnehmen. Damit wird gewährleistet, dass seine Wünsche und Ziele berücksichtigt werden und er eine aktive Rolle im Umgang mit seiner Erkrankung einnimmt.

Technologische Hilfen können vom Case Manager im Pflegestützpunkt vermittelt werden. Der Case Manager würde damit auch die Rolle eines Multiplikators für einen Technikeinsatz einnehmen, sind doch Pflegekräfte oft skeptischer gegenüber technischen Möglichkeiten als die Älteren, die sie betreuen (vgl. Maier & Roux, 2008). Auch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft empfiehlt, technologische Hilfen über die Anbieter sozialer Dienste umzusetzen (vgl. Auner, 2005).

Da die Zahlungsbereitschaft eines Großteils der derzeit Älteren für technische Innovationen nicht sehr ausgeprägt ist, muss über Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen der Sozialversicherungssysteme nachgedacht werden. So sind z.B. die Kosten für BUS-Systeme und Ähnliches selbst der Wohnungswirtschaft derzeit zu hoch (vgl. Grauel & Spellerberg, 2008). Anknüpfungspunkte ergeben sich zu personenbezogenen Budgets, die nach § 8 Abs. 3 SGB XI – initiiert von den Pflegekassen – modellhaft erprobt werden. Das Pflegebudget eignet sich besonders für Pflegebedürftige, die nicht über informelle Hilfen wie pflegende Angehörige verfügen. Sie erhalten mehr Geld als Geldleistungsbezieher, die Höhe entspricht der der Sachleistung (vgl. § 36 Abs. 3 SGB XI). Ein Case Manager überwacht den Versorgungsprozess. Die Erbringer der Leistungen müssen nicht zwangsläufig ambulante Pflegedienste sein, auch unabhängige Dienstleister wie Anbieter für haushaltsnahe Dienstleistungen können über das Pflegebudget finanziert werden. Gerade in ländlichen Regionen, wo viele ältere Menschen in Eigenheimen leben, kann das Vorhalten haushaltsnaher

Dienstleistungen dazu führen, dass Hilfe- und Pflegebedürftige länger in ihrer Häuslichkeit leben können (vgl. Herdt & Beckmann, 2008). Unabhängige Dienstleister können oft Leistungen kostengünstiger anbieten als ambulante Pflegedienste; die Pflegebedürftigen können mehr Leistungen in Anspruch nehmen als bisher. Auch die Anschaffungs- und Betriebskosten für ein telemedizinisches System könnten aus dem Pflegebudget finanziert werden.

Mit dem Pflegebudget sollen folgende Ziele erreicht werden (vgl. Klie, 2008):

- eine Stabilisierung der häuslichen Pflege,
- individuell passfähige Hilfen,
- eine Erweiterung des Leistungsspektrums,
- eine Steigerung der Versorgungsqualität
- und eine Stärkung der Nachfragermacht (von der Angebots- zur Nachfragerorientierung).

In den bisherigen Modellprojekten zeigt sich, dass die beteiligten Pflegebedürftigen tatsächlich mehr Leistungen in Anspruch nehmen (vgl. Arntz & Thomsen, 2008a). Pflegebudget-Empfänger können mehr Leistungen für den gleichen Preis »einkaufen« (vgl. Arntz & Thomsen, 2008a). Was die gesundheitsökonomischen Effekte angeht, verweisen Arntz & Thomsen (2008b) darauf, dass das Pflegebudget kurz- und mittelfristig zu Mehrkosten für die Pflegeversicherung führt. Langfristig ist zu erwarten, dass die Zahl der Sachleistungsempfänger im Vergleich zu den Geldleistungsempfängern ansteigen wird, wodurch die anfänglichen Mehrkosten für das Pflegebudget wieder reduziert werden. Das Pflegebudget ist deshalb ein ökonomisch sinnvolles Konzept (vgl. ebd.).

Wootton (2001) stellte schon im Jahr 2001 fest, dass es weniger an technologischen Lösungen fehlt. Vielmehr sind es organisatorische Probleme, die den Einsatz telemedizinischer Komponenten verhindern. Durch die Verbindung von Informations- und Kommunikationstechnologien, AAL und innovativen

Versorgungskonzepten entstehen Umsetzungschancen, welche die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen in ländlichen Regionen verbessern. Bislang gibt es nur wenige Beispiele, in denen Technologieeinsatz und neue Versorgungskonzepte verbunden wurden. Innovative und integrative Konzepte werden daher innerhalb des EU-AAL-Programms entwickelt, in Piloten getestet und in der Praxis evaluiert.

4.4.3 Literatur

- Arntz, M.; Thomsen, S. L.: Crowding Out Informal Care? Evidence From A Social Experiment In Germany, ZEW Discussion Paper No. 8-113, Mannheim 2008.
- Arntz, M.; Thomsen, S. L.: Die ökonomischen Auswirkungen des Pflegebudgets. Vortrag. Veranstaltung vom 16.-17.10.2008, Berlin 2008.
- Auner, S.: Technische Hilfen aus der Sicht ambulanter Dienste und Beratungsstellen. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Technische Hilfen für Demenzkranke. Orientierungshilfe für den Umgang mit technischen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Betreuung Demenzkranker, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 3. Aufl., Berlin 2005, S. 31-36.
- Budych, K.: Kassen sind für Weiterentwicklung. In: Dr. med. Mabuse, Jg. 177/2009, Heft 1, S. 35.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.): Modellprojekt Schwester »AGnES« [<http://www.bmvbs.de/beauftragter/Gesellschaft-staerken-1686.1057075/Modellprojekt-Schwester-AGnES.htm>; Stand: 06.02.2009].
- Chaudhry, B. et. al.: Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency and Costs of Medical Care. In: Annals of Internal Medicine, Jg. 144/2006, S. E12-E22.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Technische Hilfen für Demenzkranke. Orientierungshilfe

für den Umgang mit technischen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Betreuung Demenzkranker, 3. Aufl., Berlin 2005.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück 2006.

Diez, C. et. al.: Telemedizinisches EKG-Monitoring nach herzchirurgischen Operationen - Ergebnisse einer Pilotstudie mit 208 Patienten. In: Herzschrittmachertherapie und Elektrophysiologie, Jg. 17/2006, Heft 4, S. 191-196.

Dinkel, R.: Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In: H. Häfner (Hrsg.): Gesundheit – unser höchstes Gut? Berlin 1999, S. 61-82.

Ewers, M.; Schaeffer, D.: Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. ergänzte Aufl., Bern 2005, S. 7-27.

Frank, W.; Konta, B.: Kognitives Training bei Demenzen und andere Störungen mit kognitiven Defiziten: Schriftenreihe Health Technology Assessment, 26/2005.

Gill T. M. et. al.: A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. In: New England Journal of Medicine, Jg. 347/2002, Heft 14, S. 1068-1074.

Gillespie, L. D. et. al.: Interventions for Preventing Falls in Elderly People. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3/2003.

Glaeske, G.: Vernetzte Medizin. Wie Integrierte Versorgung sektorale Grenzen überwindet – ein Überblick. In: Dr. med. Mabuse, Jg. 177/2009, Heft 1, S. 28-30.

- Grael, J.; Spellerberg, A.: Wohnen mit Zukunft – Soziologische Begleitforschung zu Assisted-Living-Projekten. In: Maier, E.; Roux, P. (Hrsg.): Seniorengerechte Schnittstellen zur Technik. Zusammenfassungen zum Usability Day VI. 16. Mai 2008, S. 36-43.
- Haslbeck, J.: Bewältigung komplexer Medikamentenregime aus Sicht chronisch Kranker. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 13/2008, Heft 1, S. 48–61.
- Heinen-Kammerer, T. et. al.: Telemedizin in der Tertiärprävention: Wirtschaftlichkeitsanalyse des Telemedizin-Projektes Zertiva bei Herzinsuffizienz-Patienten der Techniker Krankenkasse. In: Badura, B.; Kirch, W. (Hrsg.): Prävention – Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses, Berlin 2006, S. 531-549.
- Herd, J.; Beckmann, N.: Haushaltsnahe Dienstleistungen in Hessen. Modul 2: Bedarfsanalyse bezogen auf Haushalte älterer bzw. pflegebedürftiger Personen. HA Report, Wiesbaden 2008.
- Hömann, U.: Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltige Menschen. Expertise für den Vierten Altenbericht der Bundesregierung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen für den Vierten Altenbericht Band III/2002, S. 289-428.
- Kielbock, B. et. al.: Einfluss einer telemedizinisch unterstützten Betreuung auf Gesamtbehandlungskosten und Mortalität bei chronischer Herzinsuffizienz. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 132/2007, S. 417-422.
- Klie, T.: Wirkungen des Budgets. Die zentralen Ergebnisse aus den Modellprojekten. Vortrag. Veranstaltung vom 16.-17.10.2008, Berlin 2008.
- Lauriks, S. et. al.: Review of ICT-based services for identified unmet needs in people with dementia. In: Aging Research Reviews, Jg. 6/2007, S. 223-246.
- Maier, E.; Roux, P.: Seniorengerechte Schnittstellen zur Technik. In: dies. (Hrsg.): Seniorengerechte Schnittstellen zur Technik. Zusammenfassungen zum Usability Day VI. 16. Mai 2008, S. 9-14.
- Mair, F.; Whitten, P.: Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. In: British Medical Journal, Jg. 320/2000, S. 1517-1520.
- Oeff, M. et. al.: Überwachung multipler Herzkreislaufparameter mittels Telemonitoring bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. In: Herzschrittmachtherapie und Elektrophysiologie, Jg. 16/2005, Heft 3, S. 150-158.
- Plischke, H.: Einfach bedienbare mentale und körperliche Trainingsunterstützungssysteme für Senioren – Status quo. In: Maier, E.; Roux, P. (Hrsg.): Seniorengerechte Schnittstellen zur Technik. Zusammenfassungen zum Usability Day VI. 16. Mai 2008, S. 72-77.
- Ribbert-Elia, J.: Fallmanagement zur Verhinderung von Heimeinzügen im Kreis Warendorf – Ein Erfahrungsbericht. In: Case Management, Heft 2/2008, S. 76-80.
- Scheu, C.: Disease-Management – keine Qualität ohne Klinische Pfade. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Klinische Pfade. Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen. Landsberg/Lech 2002, S. 249-254.
- Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote, 2. Aufl., Stuttgart 2008, S. 229-242.
- Shea, S. et. al.: A Randomized Trial Comparing Telemedicine Case Management with Usual Care in Older, Ethnically Diverse, Medically Underserved Patients with Diabetes Mellitus. In: Journal of the American Medical Informatics Association, Jg. 13/2006, Heft 1, S. 40-51.
- Shekelle, P. G.; Morton, S. C.; Keeler E. B.: Costs and Benefits of Health Information Technology. Evidence Report/Technology Assessment No. 132/2006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sixsmith, A.; Orpwood, R.; Torrington, J.: Quality of Life Technologies for People With Dementia. In: Topics in Geriatric Rehabilitation, Jg. 23/2007, Heft 1, S. 85-93.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2008.
- Stegmüller, K.: Schnittstellenfunktion erwünscht. Neue Wege für die Pflege im Rahmen der Integrierten Versorgung. In: Dr. med. Mabuse, Jg. 177/2009, Heft 1, S. 36-38.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung [http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Kurzfassung%20.pdf; Stand: 01.11.2007].
- Tamura, T. et. al.: Is an entertainment robot useful in the care of elderly people with severe dementia. In: Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, Jg. 59/2004, S. 83-85.
- Tapus, A.; Mataric, M. J.; Scassellati, B.: The Grand Challenges in Socially Assistive Robotics. In: IEEE Robotics and Automation Magazine, Jg. 4/2007, Heft 1, S. 35-42.
- Van den Berg, N.: Ergebnisse der Modellprojekte nach dem AGnES-Konzept. Vortrag. Status-symposium »Hausarztunterstützende Konzepte und Strukturen – Die Modellprojekte nach dem AGnES-Konzept«. Berlin, 17.10.2008.
- Vincent, C. et. al.: Public Telesurveillance Service for Frail Elderly Living at Home, Outcomes and Cost Evolution: A Quasi Experimental Design with Two Follow-ups. In: Health and Quality of Life Outcomes, Jg. 4/2006, Heft 41.
- Wada, K.; Shibata, T.: Robot, Therapy in a Care House – Its Sociopsychological and Physiological Effects on the Residents. Proceedings of the 2006 IEEE International Conference on Robotics and Automation. Veranstaltung im Mai 2006.
- Werheid, K.; Thöne-Otto, A.I.T.: Kognitives Training bei Alzheimer-Demenz. In: Der Nervenarzt, Jg. 77/2006, Heft 2, S. 549-557.
- Wessig, K.: Nicht kontrollierte Fremdbeobachtung zur Beurteilung der Effektivität der inter-disziplinären Wundbehandlung in Wundtherapiezentren der aesculine-management. Empfehlungen zur inter-disziplinären Wundversorgung im Rahmen der integrierten Versorgung, Darmstadt 2006.
- Wootton, R.: Telemedicine. In: BMJ, Heft 323/2001, S. 557-560.
- Zugck, C. et. al.: Telemedizinisches Monitoring bei herzinsuffizienten Patienten. Welche Berufskonstellation verhindert die stationäre Wiedereinweisung? In: Herzschrittmachtherapie und Elektrophysiologie, Jg. 16/2005, Heft 3, S. 176-182.

4.3

Licht im Seniorenpflegeheim – künstliches Licht als Helfer

MICHAEL DOSER, HERBERT WALDMANN GMBH & CO. KG
IN VILLINGEN-SCHWENNINGEN

Projektpartner: Derungs Licht AG, Schweiz

4.3.1 Der demografische Wandel und seine Folgen

Licht bedeutete immer schon Leben. Doch ein sich wandelndes Leben braucht ein sich änderndes, angepasstes Licht. Die weltweit demografischen Entwicklungen mit einer zunehmend alternden Bevölkerung

stellen neue Herausforderungen – insbesondere was die Pflege von Senioren betrifft.

Obwohl aktuell und auch zukünftig ein Großteil der Senioren zu Hause gepflegt wird, steigt künftig auch der Anteil an Menschen, die im Pflegeheim betreut werden, an.



ABB. 1
Senioren benötigen deutlich
mehr Licht

Die Pflege zu Hause wird nur begrenzt möglich sein, da sie eine enorme physische und psychische Belastung für die Angehörigen werden kann. Seniorenpflegeheime werden zunehmend für die schwere Pflege benötigt. Bereits heute zeichnet sich eine weitere Tendenz ab, die in den kommenden Jahren noch an Bedeutung gewinnen wird: die Entwicklung neuer Wohn- und Pflegeformen, in denen die Pflege bis zu einem bestimmten Grad möglich sein wird.

Der demografische Wandel bringt auch einen dramatischen Anstieg an Demenzerkrankungen mit sich. Statistisch gesehen sind heute von 100.000 Menschen bereits 1.300 von Demenz betroffen. Nach Schätzung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wird sich die Zahl der Demenzerkrankten bis 2040 verdoppelt haben. Diese und andere Krankheitsbilder werden zu einer Spezialisierung der Pflegeheime führen.

Diese Herausforderungen betreffen jeden – im persönlichen Umgang, im öffentlichen Raum aber auch bei der Planung von Seniorenpflegeheimen. Licht als Planungskomponente wird – neben anderen Faktoren – zu einem wesentlichen Bestandteil. Es dient nicht nur der Bewältigung verschiedener Sehaufgaben, sondern auch dazu, die biologische Wirkung des Tag-Nacht-Rhythmus zu unterstützen.

4.3.2 Licht als stiller Helfer

Mit dem Augenlicht verhält es sich so, wie mit vielen anderen Dingen im Leben: Erst dann, wenn etwas lange selbstverständlich war und plötzlich im Alter nicht mehr richtig funktioniert, merkt man, welcher Verlust droht. Sei es die nachlassende Sehleistung im Alter, der erhöhte Lichtbedarf oder Augenkrankheiten, wie Glaukom. Sehschwächen und -krankheiten können Wahrnehmungsdefizite und eine erhöhte Sturzgefahr mit sich bringen.

Auch der Gehörsinn lässt im Alter nach, für ältere Menschen wird es schwieriger sich zu artikulieren und zu verständigen. Viele Betroffene ziehen sich deshalb verstärkt zurück und zeigen mangelndes Interesse, hierauf folgt häufig eine Depression. Der Geschmacks- und der Geruchssinn lassen im Alter ebenfalls nach. Älteren Menschen haben dadurch oft weniger Appetit und können Nahrung nur erschwert aufnehmen.

Ein besonderer Fokus in der Seniorenpflege wird zukünftig auf Demenzerkrankten liegen. An Demenz Erkrankte sind extrem verwundbar, da kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen verloren gehen. Das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen aber auch Sprache und Motorik können betroffen sein. Neues kann nicht mehr erlernt werden und Unbekanntes führt zu Angst- und Unruhezuständen.

Die Folgen dieser Entwicklungen sind ein höherer Pflegeaufwand und eine intensivere Betreuung. Gleichzeitig steht dem erhöhten Bedarf an Pflege eine starke Personalverknappung gegenüber. Umso wichtiger ist es, sich schon heute mit dem Thema auseinanderzusetzen. Licht als stiller Helfer in Innenräumen kann den Alltag von Senioren und Pflegepersonen deutlich erleichtern. Durchdachte Beleuchtungslösungen erhöhen die Selbstständigkeit sowie die Sicherheit, sie wirken positiv auf das Wohlbefinden und geben ein Gefühl der Geborgenheit.

4.3.3 Wenn die zirkadiane Rhythmik aus dem Rhythmus kommt

Die Erfindung des elektrischen Lichts vor gut 130 Jahren hat dazu geführt, dass wir unseren natürlichen Tagesrhythmus selbst bestimmen können. Zu jeder Tages- und Nachtzeit können wir es Licht werden lassen. Im Laufe der Evolution hat sich der Mensch zwar an die Rhythmik der Natur angepasst hat, heute hält er

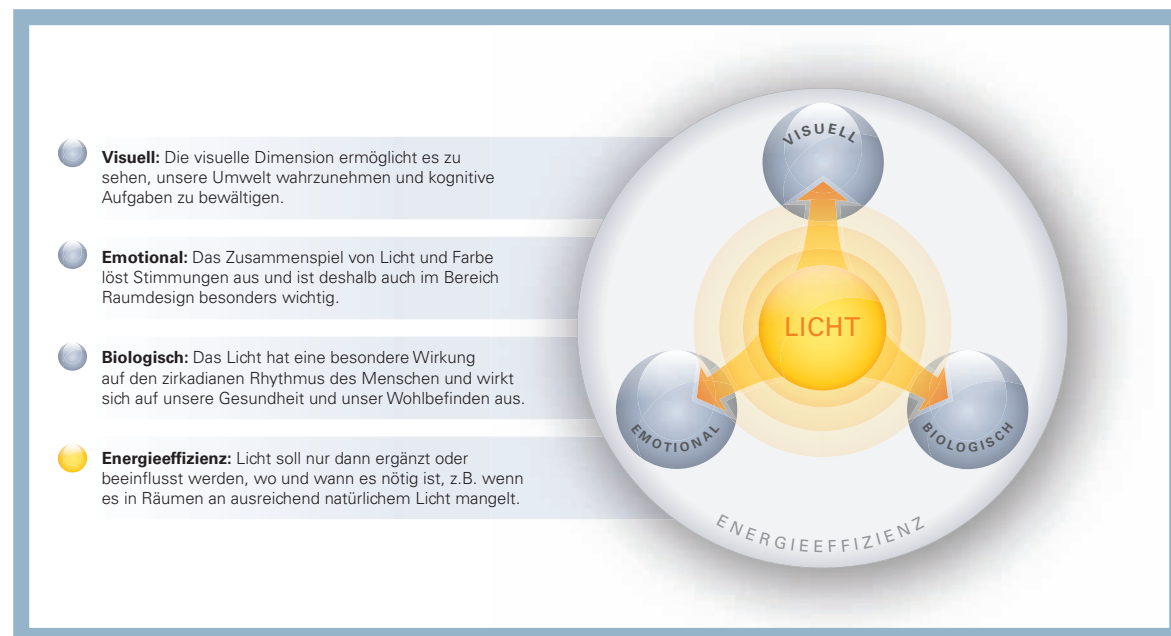


ABB.2 Die Dimensionen des Lichts

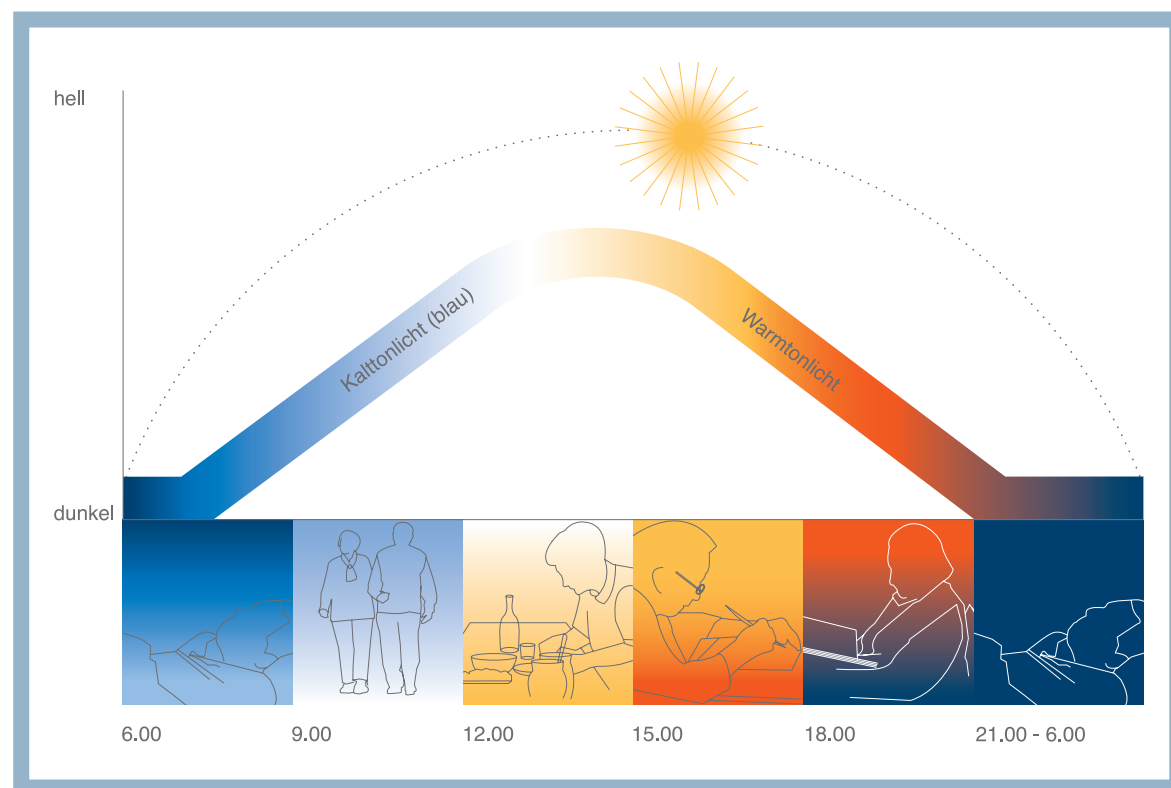


ABB.3 Unterschiedliche Lichtfarben und Beleuchtungsstärken simulieren den Tagesverlauf

sich aber mehr in Innenräumen als im Freien auf. Um die Effekte von Licht auf Körper und Seele zu durchleuchten, untersuchen Wissenschaft und Industrie seit Jahren die biologische Bedeutung des Lichts für den Menschen. Die bislang beobachteten Wirkungen sind vielversprechend – hieraus lassen sich die »drei Dimensionen des Lichts« ableiten: Die erste Dimension »visuelle Wahrnehmung« beschreibt, dass das Licht das eigentliche Sehen ermöglicht. Die zweite Dimension »Emotionen« beschreibt das Zusammenspiel von Farbe und Licht als emotionale Komponente. Die dritte – für den Pflegebereich sehr interessante – Dimension umfasst die aktuellen Erkenntnisse und Untersuchungen über die »biologische Wirkung« des Lichts auf die Gesundheit des Menschen.

Bereits heute gibt es biodynamische Beleuchtungssysteme, die das Tageslicht künstlich nachführen. Die Beleuchtung variiert durch verschiedene Lichtszenen: Morgen, Vormittag, Mittag, Nachmittag, Abend und Nacht. Solch eine Tageslichtnachführung kann die Tagesstruktur durch Synchronisation der inneren Uhr positiv unterstützen. Besonders bei Menschen mit Demenz sind oft die Zeiten durcheinander geraten und die innere Uhr ist nicht mehr richtig getaktet. Eine Tag-Nacht-Umkehr ist häufig die Folge. Um die innere Uhr wieder zu regulieren, sind Beleuchtungslösungen gefragt, die natürliche Lichtimpulse ersetzen können.

Wie funktioniert solch ein künstlicher Tag? Durch den Einsatz von kurzwelligem Kaltlicht (tageslichtweiß 6.500 K) werden bei entsprechender Lichtverteilung und Beleuchtungsstärke spezielle Rezeptoren im Auge, die auf diese Beleuchtung reagieren, angesprochen. Durch das Kaltlicht wird die Produktion des Schlafhormons Melatonin gesenkt und ein Wachheitszustand hervorgerufen. Der Wechsel durch Dynamik über Mischlicht in der Lichtsteuerung während des Tages zu einem gemütlichen Warmtonlicht (3.000 K) am Nachmittag und Abend aktiviert die Produktion von Melatonin und gewährleistet somit eine Tagesstruktur.



ABB.4 Darstellung der Lichtfarben und Beleuchtungsstärken einer Leuchte mit Tageslichtnachführung: Von links nach rechts: morgens – mittags – abends

Solche Lichtsysteme werden bereits heute in Fluren und Aufenthaltsbereichen eingesetzt. Weitere Möglichkeiten sind beispielsweise Pflegeoasen oder Bewohnerzimmer. Beim Einsatz einer automatischen Tageslichtnachführung muss sichergestellt werden, dass die anzuwendenden Zeiten für die unterschiedlichen Lichtfarben nicht durcheinander geraten. Hier ist auch darauf zu achten, dass die Farbgebung der Räume diese Lichteffekte unterstützt.

4.3.4 Das richtige Licht im Seniorenheim

Beleuchtung in Fluren und Aufenthaltsräumen

Insbesondere für Menschen mit Demenz sind Flure und Aufenthaltszonen extrem wichtige Bereiche, da sie oft einen starken Bewegungsdrang haben. Hinzu kommt, dass Demenzkranke Traumbilder aus der Vergangenheit falsch in die Umgebung interpretieren. Vor allem werden sie durch sogenannte »überholende Schatten« und starke Glanz- und Helligkeitspunkte auf dem Boden irritiert. Nicht nur bei Demenzkranken ist zudem



ABB.5 Lange Flure werden homogen ausgeleuchtet, Nischen wirken freundlich, Helligkeitsunterschiede zwischen natürlichem Licht am Ende des Flures und dem Rauminnen werden ausgeglichen

eine verstärkte Sturzgefahr festzustellen. Speziell bei Wanderern, also bei Menschen mit einem starken Bewegungsdrang, ist das Risiko zu Stürzen sehr groß. Stürze im Alter sind die häufigste Ursache für Oberschenkelhalsbrüche. Von den Folgen dieser Brüche erholen sich viele Menschen nicht mehr.



ABB.7 Lichtverteilung Direkt-/Indirektbeleuchtung an der Decke



ABB.6 Hell und freundlich ausgeleuchteter Aufenthaltsbereich mittels Direkt-/Indirektbeleuchtung

Licht bringt die Lösung. Eine gute Beleuchtung in Fluren und Aufenthaltsbereichen kann die angesprochenen altersbedingten Defizite reduzieren. Ein Indirekt-Direkt-Lichtsystem erzeugt nicht nur eine helle und freundliche Allgemeinbeleuchtung, sondern ist gleichzeitig schattenarm und homogen. Ein auf das Minimum reduziertes Maß an Spiegelung und Blendung auf dem Boden verbessert die Raumwahrnehmung erheblich.

Flure sind ein Verkehrsbereich – hier ist es wichtig, den Fußboden auszuleuchten und die Beleuchtungsstärke in Augenhöhe zu wählen. Im Aufenthaltsraum dagegen ist die Beleuchtungsstärke auf Tischhöhe bedeutend, hier muss sich die Beleuchtung auf Sonderwünsche anpassen lassen.

Gutes Licht im Bewohnerzimmer

Das Bewohnerzimmer ist ein persönlicher Wohnbereich und soll Vertrautheit und Geborgenheit schaffen. Das Wohlbefinden, aber auch die Sicherheit der Bewohner stehen im Vordergrund. Ein natürlich wirkendes Allgemeinlicht ist dabei Grundvoraussetzung. Neben einem blendfreien Allgemeinlicht ist ein optimales Leselicht wichtig. Hier steht der Sicherheitsgedanke im Vordergrund: geringe Wärmeentwicklung im Lesebereich, Vermeidung von Verbrennungs- oder Brandgefahr am Leuchtenkörper. Ein Nachtlcht kann den Bewohnern die Angst vor der Finsternis nehmen und beruhigend wirken.

Das Bewohnerzimmer ist gleichzeitig auch ein Arbeitsbereich für das Pflegepersonal. Leuchten mit einem hohen Direktanteil sollen Untersuchungen und Behandlungen unterstützen. Eine Nachtbeleuchtung bietet dem Pflegepersonal beim nächtlichen Rundgang Orientierung. Ideal ist dabei eine Indirektbeleuchtung über die Wand bzw. über die Decke, die möglichst großflächig ausleuchtet und dabei gleichzeitig schattenarm und blendfrei ist.



ABB.8 Indirekt-/Direktbeleuchtung mittels Wandleuchte

Generell empfohlen werden daher fest installierte Leuchten mit warmweißem Licht, die neben der Allgemeinbeleuchtung auch eine Lese- und Nachtbeleuchtung sowie eine Untersuchungsbeleuchtung erlauben. Zudem ist ein verwechslungsfreies Beschriften der einzelnen Lichtszenen wichtig.



ABB.9 Lichtverteilung Direkt-/Indirektbeleuchtung an der Wand

Sicherheit im Bewohnerbad

Im Bewohnerbad beginnt und endet der Tag. Häufig hat es kein Fenster oder ist unzureichend beleuchtet. Deshalb ist auch hier ein gutes Licht für einen positiven und sicheren Start in den Tag empfehlenswert. Im Bewohnerbad finden sehr unterschiedliche Tätigkeiten statt: Neben den Bedürfnissen des Bewohners nutzt das Pflegepersonal diesen Raum auch als Pflegeplatz, z.B. für Hautanalysen. Am Spiegel ist eine gute und großflächige Ausleuchtung des Gesichtsfeldes wichtig. Hierzu ist eine flächige Indirekt-/Direktleuchte oberhalb des Spiegels oder zwei seitlich angebrachte ebenfalls flächige Leuchten sinnvoll. Diese Leuchten müssen blendfrei sein.

Im Duschbereich ist eine großflächige, blendfreie Ausleuchtung erforderlich. Störende Spiegelungen, z.B. auf nassem Boden, sind zu vermeiden. Besonders beim Übergang vom Trocken- zum Nassbereich ist gutes Licht im Bodenbereich wichtig, um die Sturzgefahr zu begrenzen.



ABB. 10 Fensterlose Bäder ausreichend hell und blendfrei ausleuchten

Helles freundliches Licht sorgt für Sicherheit und verbessert die Eigenwahrnehmung der Bewohner. Daher sollte man bei der Auswahl der Beleuchtung auf Folgendes achten:

- weiches, homogenes und schattenarmes Licht,
- Gesichtsbereich blendfrei ausleuchten,
- Spritzwasserschutz,
- gute Farbwiedergabeeigenschaften.



ABB. 11 Schattenbildung im Gesicht links: negativ, rechts: positiv

Entspannung im Pflegebad

Das Pflegebad wird neben den Badetätigkeiten vor allem auch zur Entspannung der Bewohner verwendet. Die Beleuchtung soll diesen Wunsch unterstützen. Entspannungphasen werden durch stimmungsvolle Lichtszenen unterstützt. Dies kann durch sogenannte RGB-Leuchtkacheln mit Farbwechsel, Spots oder auch andere stimmungsvolle Leuchten erreicht werden. Für die Grundausleuchtung ist eine Indirekt-/Direktbeleuchtung vorteilhaft, die störende Spiegelungen auf dem teilweise nassen Boden und irritierende Schattenbildungen vermeidet. Für Hautanalysen in diesem Bereich muss die Beleuchtung ebenfalls hell genug sein. Hier sind Szenenschaltungen von Vorteil.

4.4 Menschenorientierte Beleuchtungslösungen

HARTMUT KREMER, GABY MEEKES, PHILIPS LIGHTING

4.4.1 Bedeutung von Licht

Ob wir uns wohl und sicher fühlen, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab: von unserer Umgebung, den Menschen, die bei uns sind, aber auch von der richtigen Beleuchtung. Licht lässt uns unser Umfeld besser erkennen und ermöglicht uns, unterschiedliche Aktivitäten durchzuführen. Außerdem beeinflusst es unser Empfinden und steuert den biologischen Rhythmus des Menschen. Die Bedeutung des Lichts geht daher deutlich über die reine Funktionalität hinaus. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen.

4.4.2 Physiologische Veränderungen im Auge

Altern ist ein natürlicher Prozess, der physiologische Veränderungen mit sich bringt, so auch im Auge. Das Auge ist eines der wichtigsten Sinnesorgane des Menschen. Wir verstehen die Welt nicht nur bildhaft, sondern verknüpfen mit diesen Bildern Gefühle und Erinnerungen. Nimmt die Sehkraft im Alter ab, führt dies nicht nur dazu, dass Bilder plötzlich verschwimmen, unscharf

oder dunkel werden. Das gesamte Erleben der eigenen Umgebung und damit auch das Gefühl für diese Umgebung, verändert sich drastisch. Ältere Menschen nehmen bei gleicher Beleuchtung deutlich weniger Licht wahr als junge Menschen. Dadurch kann das Gehirn weniger Informationen erfassen. Kontraste und wenig gesättigte Farben können schwerer wahrgenommen und verarbeitet werden. Zudem sorgt die nachlassende Flexibilität des Linsenmuskels dafür, dass sich das Auge an veränderte Lichtintensitäten langsamer anpasst und schneller geblendet wird. Häufig auftretende altersbedingte Augenkrankheiten verschlechtern die visuelle Wahrnehmung zusätzlich. Entsprechend muss die Planung der Beleuchtung an die Sehkraft älterer Menschen angepasst werden.

4.4.3 Soziale Veränderungen im Alter

Der Umzug in ein Seniorenzentrum ist für viele ältere Menschen ein einschneidender Schritt in ihrem Lebensalltag. Plötzlich müssen sie sich in einer neuen, fremden Umgebung zurechtfinden und sehen sich mit einem veränderten sozialen Umfeld konfrontiert. Wenn

der Körper zudem weniger Kraft hat, die Bewegung durch Krankheiten eingeschränkt ist, und die Sehkraft mehr und mehr nachlässt, sind sie plötzlich auf Hilfe angewiesen. Das führt oft zur mentalen Belastung. Ein angenehmes Lebensumfeld kann dem anteilig entgegenwirken und schafft eine gute Grundlage zu einer positiven Grundeinstellung. Die richtige Beleuchtung trägt wesentlich dazu bei, eine angenehme Umgebung zu schaffen, in der sich besonders ältere Menschen wohlfühlen, sozial aktiv bleiben und weiterhin so selbstbestimmt wie möglich am Leben teilhaben können.

4.4.4 Biologisch wirksames Licht

Die physiologischen Veränderungen im Körper gehen über die Wahrnehmung von Licht hinaus. Sie verändern beispielsweise auch die Produktion von Melatonin. Melatonin ist ein körpereigenes Hormon, welches unter anderem maßgeblich den Schlaf-Wach-Rhythmus regelt. Untersuchungen haben gezeigt, dass im Alter deutlich weniger Melatonin produziert wird als in jungen Jahren (Mahlberg et al.). Gerade demenzkranke Menschen leiden verstärkt unter einer gravierenden Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus. Schlafstörungen, nächtliches Umherwandern, aber auch Müdigkeit und Trägheit am Tag sind die Folgen. Bei der Produktion von Melatonin spielt Licht eine signifikante Rolle. Unabhängige Studien zeigen einen direkten und positiven Zusammenhang zwischen Tageslicht, Gesundheit und dem Wohlbefinden von Menschen. Unser zirkadianes System, die sogenannte »Innere Uhr«, wird maßgeblich von der Lichtintensität und der Lichtfarbe, insbesondere den Blau- und Rotanteilen im Lichtspektrum, gesteuert. Abhängig von diesen Faktoren werden im Körper die Hormone Melatonin und Cortisol gebildet, die wesentlichen Einfluss auf unseren Schlaf-Wach-Rhythmus nehmen. Daher beeinflusst Licht unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden viel stärker, als es uns bewusst ist.

Effiziente und intelligente Lichtlösungen können dazu beitragen, das Leben älterer Menschen zu verbessern und die Arbeit des Personals in Seniorenzentren zu erleichtern. Das schafft ein entspanntes Lebens- und Arbeitsumfeld und hilft, den Tagesablauf angenehmer und lebenswerter zu gestalten.

4.4.5 Beleuchtung als Lösung für den Menschen

Physiologische Veränderungen im Alter führen zur Notwendigkeit, die Beleuchtung an die neuen Anforderungen anzupassen. Diese Anforderungen gehen insbesondere bei älteren Menschen über die reine Funktionalität des Lichts hinaus. Sinnvolle Lichtlösungen orientieren sich an den Bedürfnissen der Menschen und nicht nur an den Normen. Sie sind ein Resultat aus den menschlichen Empfindungen und biologischen Notwendigkeiten. Menschen-orientierte Lichtlösungen aus dem Krankenhausbereich sind deshalb auch richtungsweisend für die Beleuchtung von Seniorenzentren. Hierzu gehört die jüngste Entwicklung: das HealWell-Lichtkonzept für Gesundheitseinrichtungen.

4.4.6 HealWell-Lichtkonzept – der Mensch im Mittelpunkt

HealWell wurde zur Verbesserung des Genesungsumfeldes von Patienten in Krankenhäusern entwickelt. Dabei spielt nicht nur die Funktionalität der Beleuchtung eine Rolle, sondern auch die Gestaltung einer Umgebung mit Wohlgefühlcharakter und durch die Integration von biologisch wirksamem Licht.

HealWell beruht auf einer Beleuchtung mit einem intelligent vernetzten Regelsystem, das automatisch einen dynamischen Tageslichtrhythmus simuliert und den

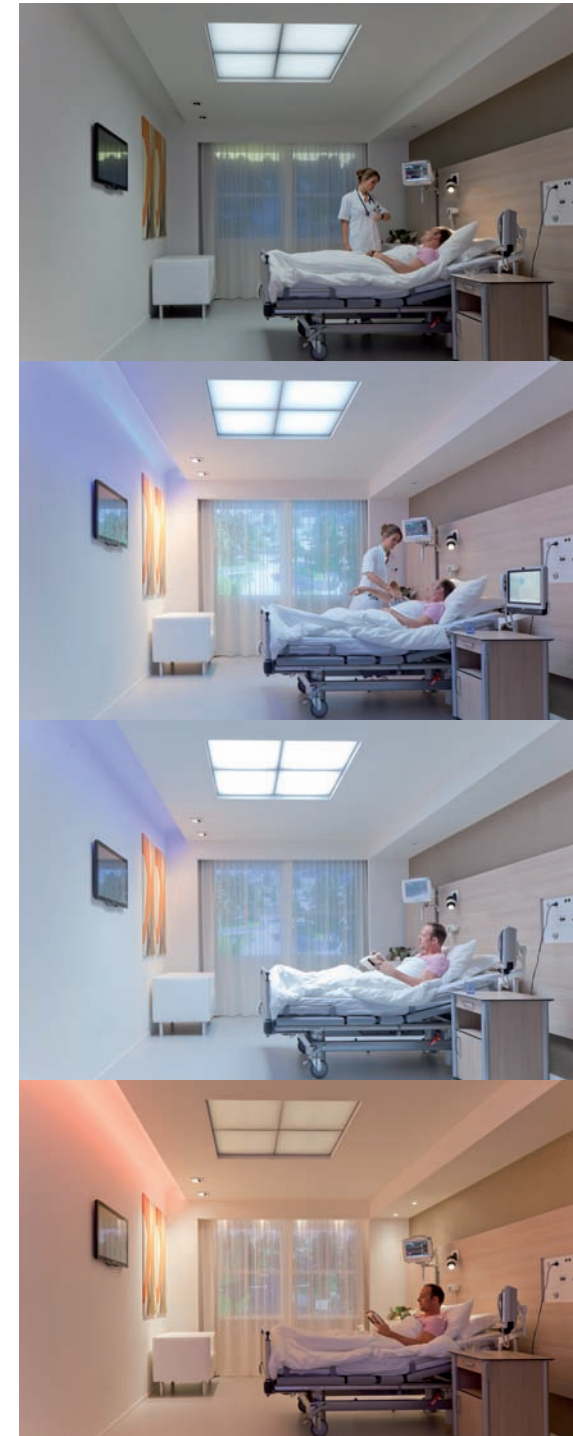


ABB. 1 HealWell - das ganzheitliche Lichtkonzept in den unterschiedlichen Lichtszenen eines Tages

Patienten sowie dem Pflegepersonal die Möglichkeit bietet, einzelne Einstellungen individuell zu verändern.

Ein Lichtpanel stellt breitflächig ausreichend intensives und homogenes Licht für Untersuchungen zur Verfügung. Diese Beleuchtung kann, wann immer dies notwendig ist, über Taster an der Tür oder am Patientenbett bei Bedarf aktiviert werden. Die Beleuchtung entspricht den aktuell gültigen Normen und Richtlinien. In der Nacht kann der Patient ein Orientierungslicht einschalten, um beim Gang zur Toilette nicht zu stürzen.

Eine angenehme und wohnliche Umgebung wird durch Akzentbeleuchtung und farbige Indirektbeleuchtung geschaffen. Über eine kleine Handsteuerung kann der Patient die Farbe der Beleuchtung selbst wählen und je nach eigener Stimmungslage anpassen. Gerade in Krankenhausbereichen, in denen Patienten lange liegen, weil sie schwer krank sind, ist das Gefühl, die Umgebung selbst mitgestalten zu können, ein wichtiger Wohlfühlfaktor.

Damit die künstliche Beleuchtung biologisch wirksam ist, simuliert das Lichtpanel den Verlauf des natürlichen Tageslichts. Dabei werden die Farbtemperatur und das Lichtniveau dem Tagesverlauf entsprechend automatisch verändert. Um den biologischen Effekt zu verstärken, ist ein sogenannter Light-Boost integriert. Die Veränderungen verlaufen dynamisch mit langsamen Übergängen, sodass das Licht jederzeit angenehm ist.

Wissenschaftliche Erkenntnisse der vergangenen Jahre belegen, dass Licht den Schlaf und die Stimmung über Senkung des HADS-Wertes (Hospital Anxiety and Depression Score) positiv beeinflussen kann. Im Rahmen der Entwicklung und Prüfung der HealWell-Beleuchtungslösung für Patientenzimmer führten das Clinical Trial Centre Maastricht und die Universität Maastricht im Universitätsklinikum Maastricht (MUMC) in den Niederlanden eine entsprechende Feldstudie durch. Dabei wurden in der kardiologischen Abteilung verschiedene

physiologische und psychologische Parameter der Patienten während des Aufenthalts erfasst. Anschließend wurden die Ergebnisse der Patienten in der HealWell-Umgebung mit den Ergebnissen der Patienten in der konventionellen Umgebung verglichen. Die Ergebnisse waren eindeutig: HealWell wirkte sich positiv auf die Menschen aus und bestätigte damit die prognostizierte Wirkung:

- Patienten und Pflegepersonal sind zufriedener,
- Patienten schlafen länger,
- Patienten schlafen schneller ein,
- Patienten weisen geringere HADS-Werte auf.

Das Lichtkonzept HealWell erfüllt zusammenfassend nicht nur die Funktionalität einer Beleuchtung, sondern vereint Wohlfühlatmosphäre und biologische Effektivität. Diese menschenorientierte Lichtlösung ist zukunftsweisend für Seniorenzentren. Denn obwohl dieses Konzept ursprünglich für eine Krankenhausumgebung entwickelt wurde, ist es insbesondere auch für Seniorenzentren erstrebenswert, den Menschen und dessen Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen.

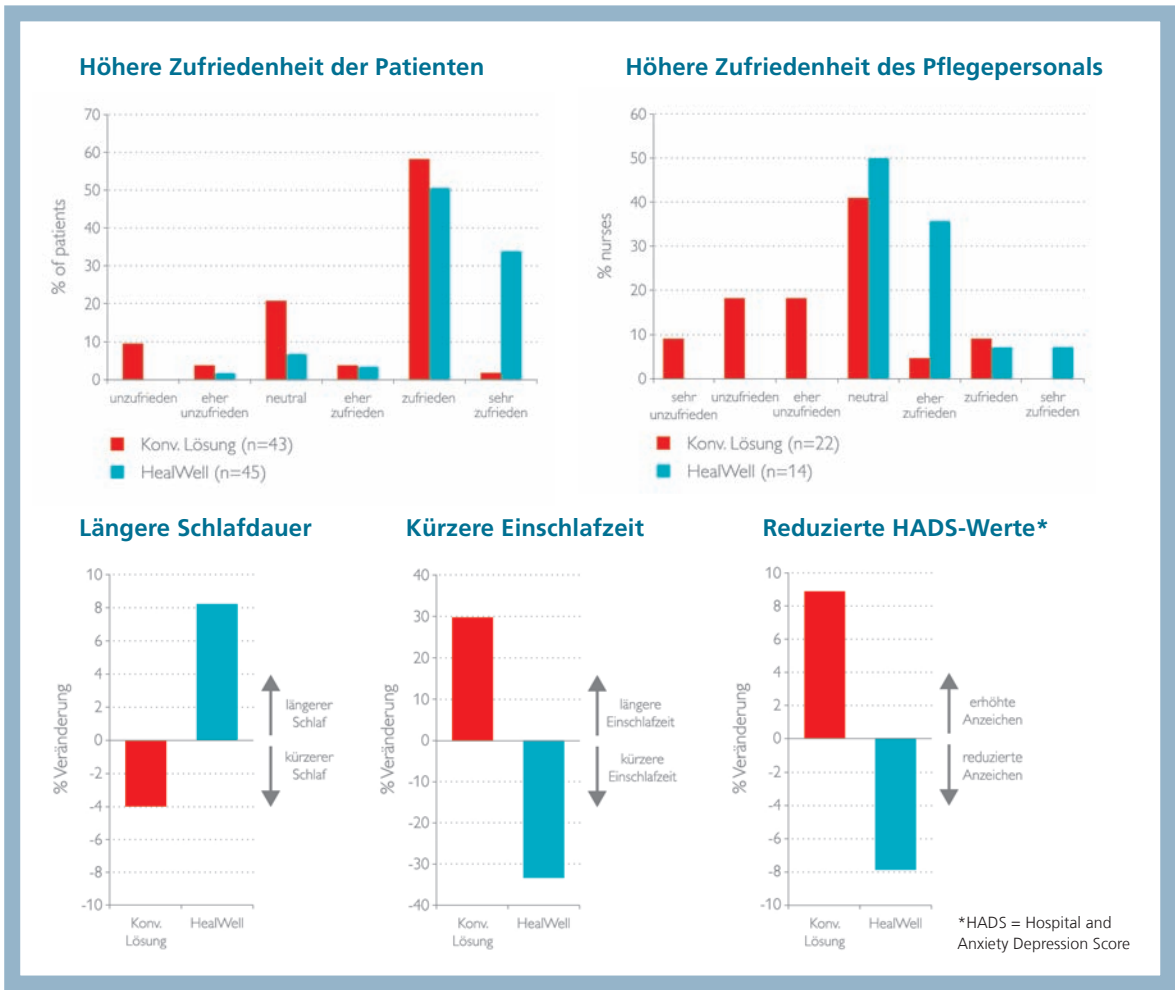


ABB.2 Grafische Ergebnisdarstellungen aus der Validierungsstudie mit der Universitätsklinik in Maastricht, 2011

4.4.7
Anwendung von menschenorientierten
Lichtlösungen für Seniorenzentren

Menschenorientierte (biologisch wirksame) Beleuchtungskonzepte wie HealWell sind dort sinnvoll, wo Menschen längere Zeit verbringen. Im Seniorenzentrum sind das das Bewohnerzimmer und, je nach Pflegestufe der Einrichtung, auch der Gemeinschaftsraum. In Einrichtungen mit Fokus auf demenzkranke Menschen sind solche Lichtlösungen sogar in Verkehrsbereichen empfehlenswert, denn demente Personen wandern viel umher und halten sich häufig in diesen Bereichen auf. Die Resultate, die sich aus solch einem Lichtkonzept ergeben, sind erwartungsgemäß ähnlich erfolgreich wie HealWell im Krankenhaus.

Eine Beleuchtung, die sich an den Bedürfnissen der Menschen orientiert, ist insbesondere aufgrund der speziellen Anforderungen älterer Menschen erstrebenswert. Dabei handelt es sich hier schon lange nicht mehr nur um eine kleine Bevölkerungsgruppe mit sehr speziellen Anforderungen. Der demografische Wandel und die dadurch steigende Zahl an Demenzkranken ist gravierend. Bei Menschen, die älter als 65 Jahre alt sind, erkranken laut Einschätzung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft jährlich etwa 280.000 Menschen an Alzheimer. Es ist also an der Zeit, die Beleuchtung an die speziellen Erfordernisse älterer Menschen sinnvoll anzupassen und menschenorientierte Lichtlösungen in Seniorenzentren einzusetzen.

4.4.8
Literatur

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: »Das Wichtigste 1 - Die Epidemiologie der Demenz«, August 2008.

Gimenez, M. C. et. al.: Annual Proceedings of the NSWOW, Vol. 22, 2011, S. 56-59.

Mahlberg, R. et. al.: Normative data on the daily profile of urinary 6-sulfatoxymelatonin in healthy subjects between the ages of 20 and 84. Psychoneuroendocrinol 2006, Heft 31, S. 634-641.

4.5 Dementenfürsorgesysteme – Schutz, Sicherheit und Sichtbarkeit

TIL MITTLMEIER, WERNER SCHLITTLER, TYCO

4.5.1 Demografiewandel und Gesundheitswesen

Die Menschen in Europa und vor allem in Deutschland werden immer älter: Der demografische Wandel nimmt entscheidenden Einfluss auf unser zukünftiges Leben – auch oder gerade im Bereich des Gesundheits- und Pflegewesens. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die stationärer Pflege benötigen, wächst stetig. Kostendruck und Personalmangel verschärfen zudem die Situation. Insbesondere die zunehmende Anzahl dementer Patienten stellt für Betreiber und Pflegepersonal in Gesundheitseinrichtungen eine neue Herausforderung dar. In dem Kontext unterstützen moderne Technologien wie Kommunikations- und Sicherheitssysteme die sichere und effiziente Pflegearbeit.

4.5.2 Herausforderung Demenz

Demenz: Für die Betroffenen selber und deren Angehörigen ist dies eine gefürchtete Diagnose. Die Erkrankung des Gehirns zeigt vielfältige Facetten und Ausprägungen, an deren Ende oft-

mals körperlicher Verfall, Pflegebedürftigkeit und eine intensive stationäre Rund-um-die-Uhr-Pflege stehen. Mit fortschreitender Demenz gehen nach und nach Alltagskompetenzen und geistige Fähigkeiten verloren. In der Anfangsphase leben Demenzerkrankte kaum körperlich eingeschränkt; Bewegung und eine aktive Teilnahme am sozialen Leben sind unter anderem Teil einer ganzheitlichen, modernen Therapie. Desorientierte, verwirrte und manchmal auch aggressive Patienten mit Demenz erfordern jedoch eine spezielle, intensive Betreuung und Fürsorge in der stationären Pflege. Sicherheit spielt hierbei eine entscheidende Rolle: Denn Weglaufen oder sich Verirren bedeutet ein beachtliches Risiko und eine erhebliche Unsicherheit für desorientierte Patienten und ihre Angehörigen gleichermaßen. Pflegepersonal sowie Betreiber von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen tragen hier eine große Verantwortung und Fürsorgepflicht. Zum einen, um den Schutz und die Sicherheit dementer Heimbewohner jederzeit zu gewährleisten; zum anderen, um das Pflegepersonal im Notfall bei gewalttätigen Angriffen durch Patienten bestmöglich zu sichern.

4.5.3 Dementen-Schutzsysteme im Gesundheits- und Pflegewesen

Sicherheit und Effizienz

Für Demenzerkrankte und ihre Familien ist es beruhigend zu wissen, dass der Patient ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben in einem sicheren Umfeld führen kann, ohne in seiner persönlichen Freiheit eingeschränkt zu werden. Denn die Würde und die individuellen Bedürfnisse des dementen Menschen stehen immer im Mittelpunkt. Neben einer fürsorglichen Betreuung sowie einer hochwertigen, stationären Pflege und Therapie ist daher ein weiterer Aspekt entscheidend: Der Aufenthaltsort der Demenzerkrankten sollte jederzeit genau bekannt sein – und erforderliche Hilfe und Unterstützung stets vor Ort verfügbar. Im stationären Pflegealltag, aber auch in der medizinischen Akutbehandlung von Demenzerkrankten in psychiatrischen Stationen, können hier technische Dementenfürsorgesysteme das Personal und Erkrankte unterstützen. Insbesondere so genannte Echtzeit-Lokalisierungssysteme (Realtime-Location-Systems (RTLS)), die den Aufenthaltsort desorientierter Patienten und des Pflegepersonals in Echtzeit identifizieren und lokalisieren, sorgen so für ein sicheres Pflegeumfeld für Demenzerkrankte und ihre Betreuer.

Neben dem zuverlässigen Schutz und der Sicherheit von Patienten und Personal zählen Transparenz und Effizienz von Arbeitsabläufen zu den wichtigen Qualitätskriterien im Gesundheits- und Pflegewesen. Auch im Pflegebereich wachsen der Kostendruck und administrative Aufwand, begleitet durch einen steigenden Wettbewerbsdruck. Betreiber von Pflegeeinrichtungen müssen somit einen schmalen Grat zwischen einer optimalen Pflege und den dabei entstehenden Kosten bewältigen. In dem Kontext ist die Wirtschaftlichkeit von Abläufen, etwa durch die Dokumentation,

entscheidend – auch für die Reputation von Pflegeeinrichtungen. Das Wissen, wo und wie lange sich Pflegekräfte und beispielsweise Physiotherapeuten im Patientenzimmer aufhalten, das zeitgenaue Erfassen sowie Dokumentieren und Abrechnen von Service- und Pflegearbeiten steigern die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Pflege – stets unter Einhaltung des Datenschutzes.

Skalierbare drahtlose Ortungssysteme entsprechend den Sicherheits- und Schutzbedürfnissen bieten hier eine breite Palette an sinnvollen Lösungsmöglichkeiten und Verbesserungen: Integrierte Dementenfürsorgesysteme ermöglichen eine individuelle, sichere und zugleich effiziente Pflege und Therapie von Demenzerkrankten. Der modulare Systemaufbau ermöglicht bedarfsgerechte Lösungen, vom Schutz einzelner Türen und kritischer Bereiche über die klare Regelung von Zutrittsrechten bis zur zimmergenauen Ortung von Personen in einzelnen Stationen oder im gesamten Gebäude. Die flexible Systemarchitektur ermöglicht eine schnelle, bedarfsgerechte Anpassung bei sich ändernden Anforderungen und Situationen. Im Verbund mit übergreifenden Lichttruf-, Kommunikations- und Sicherheitssystemen tragen drahtlose Ortungssysteme zur Erhöhung von Sicherheit und Effizienz bei.

Schutz und Lebensqualität für Demenzerkrankte

Ein Dementen-Schutzsystem ersetzt nicht die menschliche Nähe oder das soziale Umfeld, kann aber einem dementen Menschen ein möglichst selbstbestimmtes und damit freies Leben ermöglichen. Demenzerkrankte tragen spezielle Armbänder mit integrierten Sendern zur Ortung und Identifizierung – zur höheren Akzeptanz oft in Form einer Uhr. Sollte ein Patient versehentlich oder bewusst versuchen, das Armband abzunehmen, wird das Pflegepersonal umgehend über eine Alarmmeldung informiert. Demente Heimbewohner können sich so innerhalb einer Pflegeeinrichtung

in definierten Schutzzonen frei und vor allem sicher bewegen. Über einen Rufknopf am Armband kann der Patient selbstständig Hilfe herbeirufen, z.B. bei einem Sturz. Ein Eskortenschutz gewährleistet, dass Patienten nur in Begleitung von Betreuern diese Schutzzonen verlassen – beispielsweise zu einem begleiteten Spaziergang oder Arztbesuch außerhalb der Pflegeeinrichtung. Der autorisierte Betreuer trägt hierzu ebenfalls einen aktiven Transponder mit codierten Daten über die Zutrittsberechtigung. Verlassen Patienten- und Pfleger-Transponder gemeinsam geschützte Bereiche, so werden keine Alarmfunktionen ausgelöst.

Demenzerkrankte tragen zum Schutz ein aktives Armband mit integrierten Sendern. Damit können Hilferufe ausgelöst, der jeweilige Aufenthaltsort exakt lokalisiert, Zutrittsrechte geregelt und ein zuverlässiger Schutz vor dem Betreten von Gefahrenbereichen gewährleistet werden.



ABB. 1 Patienten-Transponder

Effizienz und Sicherheit in der Pflegearbeit

Den Überblick über den Aufenthalt von dementen Patienten zu behalten, gewinnt angesichts der stetig wachsenden Zahl für Pflege- und Klinikmanagement an Bedeutung. Pflegekräfte müssen sofort erkennen und informiert werden, wenn desorientierte Patienten definierte Schutzzonen im Innen- und Außenbereich stationärer Pflegeeinrichtungen ohne autorisierte Begleitung verlassen. Abhängig vom Grad der Erkrankung eines Patienten können verschiedene und individuell abgestimmte Schutzzonen festgelegt werden. Außerhalb von geschützten Bereichen halten sich Demenzerkrankte in Begleitung autorisierter Betreuer ebenfalls sicher auf. Zudem ist es für Pflegepersonal wichtig zu erkennen, ob ein Patient in einer echten Notfallsituation umgehende Hilfe benötigt oder lediglich weniger dringende Service- und Pflegeleistungen. Reaktionszeiten lassen sich so verkürzen, geeignete Hilfeleistungen können umgehend und zeitnah erfolgen.

Bei möglichen Gewaltübergriffen durch Patienten oder schweren Pflegearbeiten lassen sich Kollegen oder Pflegekräfte per Knopfdruck zur Hilfe und Assistenz schnell herbeirufen. Im Notfall bieten sogenannte Man-Down-Funktionen zusätzliche Sicherheit für das Personal bei der Pflegearbeit: Sie erkennen, wenn ein Mitarbeiter hinfällt und lösen automatisch einen Notruf aus. Darüber hinaus müssen in der Nachtschicht oftmals mehrere Stationen mit geringer Personalbesetzung betreut werden. Eine automatische Kontrolle, ob Patienten in ihren Betten liegen oder sich über längere Zeit in der Nasszelle aufhalten, entlastet die Pflegekräfte dabei spürbar in ihrer Arbeit. Hierzu sind Sensor-Druckmatten für Patientenbetten über entsprechende Bettensteckvorrichtungen in das Lichtrufsystem eingebunden. Sobald Patienten aufstehen, schaltet sich automatisch das Licht an. Patienten können sich so besser orientieren, die Sturzgefahr verringert sich. Kehren die Patienten nach einem festgelegten Zeitraum nicht in ihr Bett zurück, wird ein Alarm ausgelöst.

So lässt sich verhindern, dass demenzerkrankte Patienten nachts unbemerkt ihr Bett verlassen.

Welche Technik wird eingesetzt, um Demenzerkrankte zu schützen?

Echtzeit-Lokalisierungssysteme orten und identifizieren Personen hierzu mithilfe eines mehrfach kombinierten Signals (RFIR/ID-Technologie): einer Kombination von RF- (kurz- und langwelligen Radiowellen) und IR- (Infrarot-Licht) Signalübertragung. Dazu sind Patienten mit speziellen Sendern in Form aktiver RTLS-Transpondern ausgerüstet, die über eine eigene Adresse (ID) eine eindeutige Identifizierung zulassen. Der integrierte Infrarotsender im Transponder sendet permanent Signale im Infrarot-Bereich, die Wände nicht durchdringen können. Durch die Anpassung des Senders an die jeweilige Bewegungsgeschwindigkeit des Trägers wird unter anderem die Batterielebenszeit vergrößert, was zu mehr Kostenersparnis führt.

Somit ist es möglich, mit einem Tag ausgestattete Personen in einzelnen Räumen und überall, wo entsprechende kombinierte IR/RF-Empfänger installiert sind, präzise zu lokalisieren. Der Patienten-Transponder übermittelt neben der eindeutigen Geräteadresse zur Identifikation des Trägers per Radiowellen-Signal auch den Geräte-Batteriestatus sowie mögliche Alarmrufe. Adressierbare, in der Nähe von Türen installierte LF-Sender (Low Frequency, Radiowellen im Bereich 125 kHz) dienen als Detektions- und Alarmsystem zur punktgenauen Überwachung von Türen und einzelnen Schutzbereichen und wirken wie ein unsichtbares Sicherheitsnetz. Verlassen Patienten ihren Schutzbereich, entschlüsselt ihr am Körper liegende Transponder innerhalb des Sendebereichs des LF-Senders dessen Adresse und sendet diese per Radiolangwellen an eine übergreifende Gefahrenmanagementzentrale oder löst einen Notruf auf der vorhandenen Lichtrufanlage aus. Werden Patienten von autorisierten Betreuern mit

ebenfalls aktivem Transponder begleitet, wird durch den Eskortenschutz die Alarmfunktion unterdrückt. Zudem gewährleisten Redundanz- und Back-up-Funktionen der Systeme einen hohen Sicherheitsstandard und unterstützen zudem die Pflegedokumentation und -protokolle. Durch die Dokumentation können Zustände und Zusammenhänge in der Pflege lückenlos rückverfolgt werden – ein zusätzliches Plus an Sicherheit für das Pflegepersonal.

Schutz, Sicherheit und Sichtbarkeit

Verlassen desorientierte Patienten ihren Schutzbereich, oder tritt z.B. ein plötzlicher Brand auf, werden Pfleger umgehend durch das System entweder über eine Textnachricht oder mithilfe eines zentralen Monitors visuell über den jeweiligen Standort des Patienten informiert. Nur so kann schnelle Hilfe geleistet und wertvolle Zeit für Sofortmaßnahmen gewonnen werden. Dabei kann das Personal die Informationen zu den Standorten von Patienten am Überwachungsmonitor exakt lokalisieren, visualisieren, speichern und kontinuierlich verfolgen. Das System bildet dafür die Gebäudegrundrisse und die notwendigen Details auf einer grafischen Oberfläche ab. Zudem lassen sich auch Zutrittsberechtigungen über die Transponder mithilfe ergänzender integrierter, passiver RFID-Technologie regeln: Personen können so beim Verlassen bestimmter gesicherter Räume erkannt oder nicht autorisierter Zutritt verhindert werden. Zunehmende Verwirrtheit und Orientierungslosigkeit müssen also nicht zwangsläufig die Aktivität der Patienten einschränken.

Nicht nur Demenzerkrankte benötigen Schutz, auch die Pflegenden müssen vor Übergriffen durch verwirrte, aggressive Patienten geschützt werden. Auch hier sorgt die moderne Lokalisierungstechnologie für mehr Sicherheit und erleichtert zusätzlich die Pflegearbeit. Über automatische Identifizierungssysteme können Pflegekräfte ihre Anwesenheit in Patienten- und

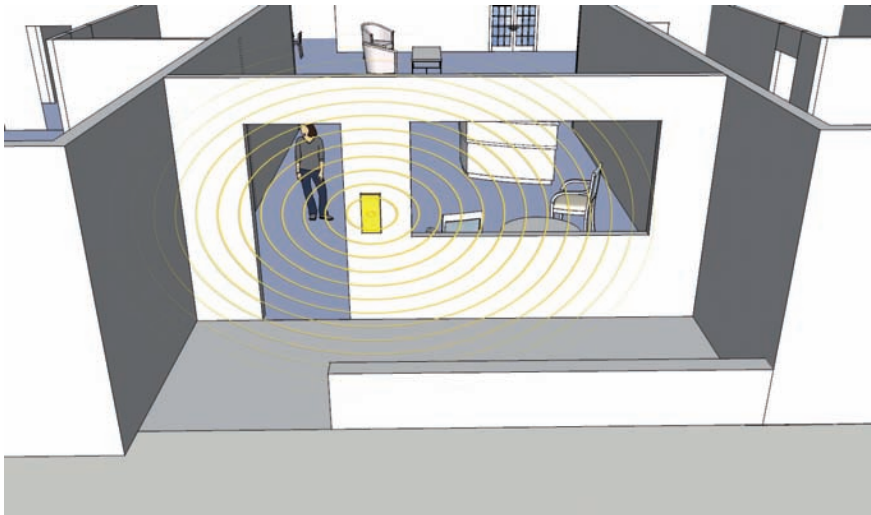


ABB.2
Echtzeit-Lokalisierungssysteme ermöglichen mithilfe der RFIR/ID-Technologie, Patienten zimmergenau zu lokalisieren sowie einzelne Türen oder Schutzbereiche zu überwachen. Eine Kombination von RF- (grün), IR- (rot) und LF- (gelb) Signalübertragung schafft ein unsichtbares Sicherheitsnetz, in dem Demenzerkrankte mit aktiven RTLS-Transpondern über eine eigene Adresse (ID) jederzeit zu identifizieren sind.

Dienstzimmern schnell und einfach markieren: So lassen sich Patienten den verantwortlichen Pflegekräften oder Teams besser zuordnen; alle erforderlichen Pflegemaßnahmen können somit wirksam koordiniert werden. Dazu tragen die Pflegekräfte einen persönlichen, aktiven Transponder bei sich, der über installierte Empfänger an zuvor definierten Bereichen der Pflegeeinrichtung erkannt wird. Betritt ein Mitarbeiter einen Bereich, so erfolgt die automatische Erkennung und Lokalisierung über RF/IR-Empfänger. Durch die

Integration z.B. in das Lichtruf- und Kommunikationssystem lässt sich die Zeit für Pflegearbeiten im Patientenzimmer exakt nachvollziehen. Außerdem kann das Personal jederzeit und überall per Notruftaste punktgenau Hilfe herbeirufen, und zudem schnell identifiziert und lokalisiert werden. So ist auch das Pflegepersonal in Notfällen wirksam geschützt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Sicherung und Ortung von Hilfsmitteln. So lässt sich mithilfe der aktiven

Echtzeit-Lokalisierung Inventar exakt lokalisieren und identifizieren; Tags zum Schutz von Gegenständen sind zusätzlich gegen Manipulation und Entfernen alarmgesichert. Auch der Publikumsverkehr in Pflegeheimen kann über entsprechende Besucher-Transponder-Ausweise geregelt werden. Dadurch können Zutrittsrechte und die Begleitung dementer Patienten durch Angehörige eindeutig geregelt und im Bedarfsfalle auch nachvollzogen werden.

Zukunftsfähige Systeme

Demenz ist eine enorme Herausforderung – für alle Seiten. Für Betreiber von Pflegeeinrichtungen ist es daher entscheidend, zukunftsfähige Lösungen zur Dementenfürsorge einzusetzen, die eine langfristige, hundertprozentige Funktionalität gewährleisten und gleichzeitig flexibel mit den Herausforderungen an die Pflegesituation wachsen. Skalierbare Funk-Technologien mit offener Architektur und optimierten Schnittstellen schaffen hierfür die Basis und eröffnen durch die Integrationsfähigkeit in Lichtruf-, Kommunikations- und Sicherheitssysteme einen ganzheitlichen Lösungsansatz in der Betreuung von Pflegebedürftigen.

Mensch und ergänzende Technik bilden somit im Idealfall eine sinnvolle Allianz, um die zukünftigen Aufgaben der Gesundheits- und Pflegebranchen zu meistern. Dabei stehen die pflegebedürftigen Menschen und deren Versorgung im Mittelpunkt. In dem Kontext unterstützen moderne, diskret und anwenderfreundlich eingesetzte Technologien nachhaltig, indem sie wertvolle Rahmenbedingungen für mehr Betreuungs- und Pflegequalität schaffen. Ein entscheidender Punkt, für den die Öffentlichkeit noch viel stärker sensibilisiert werden sollte.

Autoren

Dr. phil. **Stephan M. Abt** ist Dipl. theol., Dipl. Rel. päd., staatl. exam. Krankenpfleger und derzeit tätig als Leiter des Sigmund-Faber-Heimes in Hersbruck, das in Trägerschaft der Diakonie Neuendettelsau ist. Im Handbuch zur MAKs-Therapie (www.maks-aktivierungstherapie.de) hat er das Modul S (»spirituell«) erstellt. Seine Dissertation zur Unterstützung des salutogenen Potenzials in Reminiszenzgruppen mit Hochaltrigen ist Teil seines Arbeitsschwerpunktes, der im Bereich der Kommunikationskonzepte (Validation) und Interventionskonzepte (MAKS-Therapie®) bei Hochaltrigen und Dementen liegt.

Jan-Bastian Alten ist Bankkaufmann und Diplom-Wirtschaftsjurist (FH). Er studierte nach seiner Ausbildung Wirtschaftsrecht an der Fachhochschule Osnabrück. Danach war er zunächst bei einem Prüfungsverband tätig, bevor er 2008 als Kundenbetreuer im Segment Sozialimmobilien zur Bremer Landesbank wechselte.

Petra Bayer ist Hotelkauffrau, Altenpflegerin und Gerontologin (FH) für angewandte Gerontologie. Seit 2002 ist sie bei der Diakonie Neuendettelsau beschäftigt. Bis 2007 war sie im operativen Bereich der

ambulanten Pflege und der Fachstellen für pflegende Angehörige tätig. Seit 2008 ist sie in der Direktion Altenhilfe für die Bereiche Ambulant, Service-Wohnen, Fachstellen für pflegende Angehörige und diverse europäische Projekte zuständig. Sie begleitet das Verbundforschungsprojekt »Pflege 2020« seit 2008. Als Einrichtungsleitung der Fachstellen sowie als Direktionsreferentin für Service-Wohnen liegt ihr Arbeitsschwerpunkt seit 2011 in der Planung, Koordinierung und Entwicklung des Service-Wohnens und der Fachstellen für pflegende Angehörige.

Detlev Döding ist Sparkassenfachwirt. Nach der Ausbildung und mehrjähriger Tätigkeit bei einer großen regionalen Sparkasse und dem Abschluss des Sparkassenfachwirtschaftsstudiums wechselte er 1987 zur Bremer Landesbank. Seit 1999 ist er dort im Segment Sozialimmobilien tätig und verantwortet seit 2002 die Kundenbetreuung für dieses Segment.

Michael Doser ist seit 1988 bei der Firma Waldmann-Lichttechnik beschäftigt in den Bereichen Vertrieb, Lichtplanung und Objektberatung. Von 1999 bis 2010 war er Produktmanager im Bereich Medizinbeleuchtung, seit Mai 2010 ist er im Business-Development

und leitet den Bereich »Neue Geschäftsfelder«. Er hat zahlreiche Richtlinien und Normen mitentwickelt und ist in diversen Arbeitskreisen sehr aktiv. Seit Beginn der Forschungsaktivitäten »Pflege 2020« ist er aktives Mitglied im Verbundforschungsprojekt.

Birgid Eberhardt ist Gerontologin (FH), Gesundheitsökonomin (ebs), EFQM-Assessorin und Medizininformatikerin. Sie berät Unternehmen zu Themen von Alltagsunterstützenden und -tauglichen Assistenzlösungen (AAL), u.a. den Sozialverband VdK; zuvor Referentin für AAL im VDE (Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e.V.); Vice President Strategic Planning, Leiterin der Entwicklungsabteilung und des Produktmanagements eines mittelständischen Unternehmens (Medizininformatik).

Petra Gaugisch ist Diplompädagogin, Lehrerin für Pflegeberufe und Krankenschwester. Seit 2003 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fraunhofer IAO. Sie forscht im Gesundheits- und Sozialwesen mit den Schwerpunkten Versorgungskonzeptionen und Organisationsentwicklung in der Altenhilfe. Unter anderem ist sie Projektleiterin des Verbundforschungsprojektes »Pflege 2020«.

Stefanie Hiller ist Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH), EFQM-Assessorin und Qualitätsmanagerin (EQ Zert). Seit 2008 ist sie Mitarbeiterin bei der Diakonie Neuendettelsau mit den Arbeitsschwerpunkten der stellvertretenden Leitung und der operativen Umsetzung des Förderprojektes BidA – Balance in der Altenpflege. Zudem macht sie das Qualitätsmanagement der Abteilung Altenhilfe.

Dr. rer. medic. **Alžběta Jandová** ist seit 01/2010 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Arbeitswissenschaft der Technischen Universität Dresden tätig, wo sie das vom BMAS geförderte Projekt »demogAP: Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege« koordiniert. Nach einem Psychologiestudium an der

Friedrich-Schiller-Universität Jena mit dem Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie hat sie an der Technischen Universität Dresden im Themenbereich »Psychische Belastung und Arbeitssicherheit« promoviert.

Hartmut Kremer ist Key Account Manager bei Philips und verantwortlich für den Bereich Lichtlösungen in Seniorenzentren. Mit seiner jahrelangen Erfahrung in Gesundheit und Pflege baut er kontinuierlich das Bewusstsein zum Thema Licht in Seniorenzentren auf. Schwerpunkt von Herrn Kremer ist es, unter Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse, mit sinnvollen Lichtlösungen ein angenehmeres Leben für die Menschen zu ermöglichen. Gleichzeitig sollen diese Lichtlösungen den Betreibern zu mehr Effizienz verhelfen.

Eva Markus ist Diplom-Ingenieurin (FH) für Innenarchitektur und Diplom-Betriebswirtin (VWA). Nach Stationen in Innenarchitektur- und Architekturbüros mit Schwerpunkten in der Planung von 3-5 Sterne Hotels und privater hochwertiger Innenraumplanung spezialisierte sie sich 2009 auf die Planung von Projekten im Altenwohn- und Pflegeheimbereich. Sie sammelte Erfahrung in mehreren Forschungsprojekten des Fraunhofer IAO und IMS, u.a. mit der Entwicklung des Pflegezimmers der Zukunft im Projekt Pflege 2020. Seit April 2011 ist sie freischaffend für Träger von Altenpflegeeinrichtungen bundesweit tätig und eingetragenes Mitglied der bayerischen Architektenkammer.

Gaby Meekes arbeitet bereits 25 Jahre bei Philips und hat in unterschiedlichen Funktionen Innovationen bei Philips vorangetrieben. Sie war in der Forschung und Entwicklung, aber auch im Projektmanagement, Vertrieb und im Marketing tätig. Hier hat sie wesentliche Erfahrungen gesammelt, um diese in ihrer jetzigen Funktion als Innovationsprogramm- und Marketing-Manager für Lichtlösungen im Gesundheitswesen zur Anwendung zu bringen. Der Schwerpunkt ihrer täglichen Arbeit besteht darin, innovative und sinnvolle

Lichtlösungen für das Gesundheitswesen zu entwickeln und voranzutreiben.

Til Mittlmeier (Dipl.-Ing.) ist seit 2002 Leiter des Geschäftsbereiches »Care Communications« bei Tyco International, einem der größten internationalen Anbieter elektronischer Sicherheitssysteme und -dienstleistungen. Tyco entwickelt, produziert und vertreibt weltweit ganzheitliche Sicherheits- und Kommunikationssysteme für die Gesundheits- und Pflegeindustrie. Dazu zählen modernste IP-fähige Lichtruf- und Kommunikationssysteme wie ZETTLER® Medical® 800 IP, speziell für den Einsatz in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Seit 2003 erweitern Echtzeit-Lokalisierungssysteme (RTLS – Real Time Location Systems) für Babyschutz, Weglaufschutz für Demenz-Patienten sowie für die Optimierung der Pflegeorganisation die Leistungspalette.

Ulrike Mößner studierte Oecotrophologie mit Schwerpunkt Ökonomie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Sie ist als Projektleiterin Marketing bei der ARAMARK Holdings GmbH & Co. KG in Neu-Isenburg beschäftigt. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind neben strategischer und operativer Kommunikation die Leitung von ernährungswissenschaftlichen Projekten. Sie ist Mitglied im Lenkungsgremium Nachhaltigkeit des Unternehmens und arbeitete im Expertengremium der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) an den Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen.

Ralf Paschold ist Krankenpfleger und seit über 30 Jahren in der Pflege tätig. Nebenberuflich, langjährig und »sinnfrei« studierte er Jura, Betriebswirtschaft, Philosophie und Geschichte und schloss 1995 die Berufsfachschule des Deutschen Erwachsenen Bildungswerkes in Bonn als Diplom-Pflegedienstleiter ab. Er arbeitete sechs Jahre als Pflegedirektor im Krankenhaus Siegburg. Seit der Jahrtausendwende leitet er verschiedene Altenheime als Heim- und Pflegedienstleiter. Seit 2006

leitet er das Seniorenzentrum St. Martin in Ahrweiler, mit Beginn des Jahres 2010 auch in der Funktion eines Geschäftsführers der Trägergesellschaft SV Sentivo GmbH.

Beate Risch ist Physiotherapeutin, Bachelor of Science in Physiotherapy und Master of Science in Physiotherapy sowie zertifizierte Gesundheitsökonomin. Seit 2008 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation tätig und bearbeitet Themen im Gesundheits- und Sozialwesen. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der anwendungsorientierten Versorgungsforschung in der Altenhilfe (u.a. Verbundforschungsprojekt »Pflege 2020«) sowie der Klinischen Forschung.

Werner Schlittler ist Leiter Produkt-Management und Support bei ADT und TOTAL WALTHER für die Regionen Deutschland, Österreich und Schweiz (DACH) – Tochterunternehmen von Tyco. Unterstützt von einem internationalen Spezialisten-Team, begleitet der Marketing- und Verkaufsspezialist die Produktgestaltung und den Support für die Bereiche Gesundheitswesen und Pflege. Tyco bietet hierzu ein breites Leistungsspektrum aus integrierten, intelligenten Lösungen und Services: von Lichtruf- und Kommunikationssystemen, Videoüberwachung, Brand- und Einbruchschutz über Zutrittskontrolle bis zu übergreifenden Alarm- und Gebäudemanagementsystemen und deren Aufschaltung auf die TÜV-zertifizierte ADT Notruf- und Service-Leitstelle (NSL) in Ratingen.

Stefan Strunck ist Sozialversicherungsfachangestellter und Diplom-Kaufmann. Er studierte Betriebswirtschaftslehre in Mannheim mit Schwerpunkten in Gesundheitsökonomie und öffentlicher Betriebswirtschaftslehre. Seit 2010 ist er am Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Competence Center Workspace Innovation tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der Erforschung zukünftiger Versorgungskonzepte im Bereich Gesundheit und Pflege.

Michael Uhlig, Diplom-Kaufmann, ist seit 2000 im Gesundheits- und Sozialwesen tätig, nunmehr seit 2006 als Leiter Betrieb und Planung bzw. Mitarbeiter im Team Unternehmensentwicklung der CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime Dienstleistungs GmbH in Berlin. Zu seinen Schwerpunkten gehören neben der konzeptionellen Begleitung der Pflegeeinrichtungen auch die sektorenübergreifende Netzwerkarbeit sowie das Entgelt- und Versorgungsvertragswesen. Aktuell ist er Projektleiter des Modells des »Betreuten Wohnens zu Hause« der CURA Unternehmensgruppe.

Prof. Dr. med. **Kerstin Wessig** ist seit 2003 ordentliche Professorin für Pflegewissenschaft, Gerontologie und Medizin an der Evangelischen Hochschule Darmstadt, Direktorin des Instituts für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Darmstadt, Mitglied des Humanwissenschaftlichen Zentrums der Ludwig-Maximilians-Universität, Leiterin der Forschungsgruppen Demographic Change Design, Ambient Assisted Living und Versorgungsforschung am Generation Research Program der LMU München, Leiterin des Human Ambient Technology Lab der TU München und Projektleiterin diverser nationaler und internationaler Forschungsprojekte sowie Mitglied des Landespflegerrats. Sie arbeitet im Beirat für Demenzforschung der Fraunhofer-Gesellschaft und als Mitglied der Kommission für den 7. Altenbericht der Bundesregierung sowie als Mitglied der Europäischen Arbeitsgruppe Demographischer Wandel und Altern in Regionen. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen in der Entwicklung und Implementierung innovativer hybrider Konzepte und Systeme zur erfolgreichen Gestaltung des demographischen Wandels in Europa.

Zukünftige Kunden der Altenhilfe wünschen sich eine Versorgung, die ihnen den Erhalt von Autonomie, Versorgungssicherheit und die Fortdauer gesellschaftlicher Teilhabe auch bei eintretendem Hilfe- und Pflegebedarf ermöglicht. Eine zukunftsweisende Versorgung älterer Menschen muss damit zum einen auf die physischen und kognitiven Fähigkeiten ausgerichtet sein, zum anderen spielt in einer zunehmend diversifizierten Welt die Ausrichtung am persönlichen Lebensstil eine entscheidende Rolle für das Nachfrageverhalten.

Die Publikation, die im Rahmen des Verbundforschungsprojekts »Pflege 2020« am Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO entstanden ist, zeigt anhand theoretischer Überlegungen und praktischer Umsetzungsbeispielen auf, welche Potenziale Unternehmen durch die Gestaltung passgenauer und auf die Lebensstile ausgerichtete Produkte und Dienstleistungen realisieren können. Dabei wird die Unterstützung des Pflegepersonals in der täglichen Arbeit ebenso thematisiert wie der Einsatz neuer Technologien zum Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen.

Die Publikation richtet sich an Träger und Betreiber in der Altenhilfe, Führungskräfte und Unternehmensleitungen, Architekten und Investoren von Sozialimmobilien, Hersteller und Dienstleister im Altenhilfesektor.

ISBN 978-3-8396-0468-7



FRAUNHOFER VERLAG