

Altenpflege



Ziel der Altenpflege, als Langzeitpflege, ist eine stabile Lebensqualität. - Altern in Würde -

Weil die geistigen, körperlichen und sozialen Fähigkeiten im Alter abnehmen, gilt es als Aufgabe, die Fähigkeiten der Selbstpflege des Betroffenen soweit möglich zu erhalten und zu fördern.

Notwendige Pflege, die der Betroffene nicht mehr leisten kann, ist durch die Angehörigen, oder wenn nötig durch Dritte, mit fachspezifischer Ausbildung, zu erbringen.

1962 wurde von Bundespräsident Lübke und seiner Frau Wilhelmine Lübke das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) ins Leben gerufen.

Anlass für die Gründung war die damals als unzureichend empfundene Versorgung älterer Menschen und vor allem die defizitäre Situation der Heime mit ihrem Charakter von Verwahranstalten.

PLANQUADRAT



Die Würde des Menschen



Menschenwürde : In unserem Grundgesetz wurde verankert, dass „...die Würde des Menschen unantastbar ist.“

Dies gilt nicht nur für die Kinder, die Jugendlichen und jene, die in der Blüte ihres Lebens stehen. Auch der Mensch, der bei all seinem Schaffen alt geworden ist, hat ein Anrecht, mit Würde behandelt zu werden.

In einer sich immer schneller verändernden Welt ist dies gewiss keine leichte Übung. Viel zu leicht wird die Würde des Menschen verletzt, wenn unter Druck Entscheidungen getroffen werden sollen, wenn die Gefühle Kapriolen schlagen, oder die Nähe zu groß ist.

Farbgestaltung : soll dazu beitragen, dass sich Bewohner in Altenheimen geborgen, sicher, vertraut und wohl fühlen. Die Umgebung soll Anregung aber auch Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten bieten. Räume müssen wohnlich, harmonisch und behaglich sein. Farbe kann der Schlüssel sein zu Kommunikation und Kontaktaufnahme, Orientierung und Stabilisierung, Konzentration und Aufmerksamkeit, Auslöser von Emotion und Erinnerung. Eine differenzierte Farbgestaltung wirkt gegen Uniformität und Anonymität und betont Individualität.

Die bei älteren Menschen auftretenden Veränderungen im Sehvermögen müssen dabei berücksichtigt werden. Die Trübung und das Vergilben der Augenlinse im Alter beeinträchtigt das Farbsehen. Untersuchungen zeigen, dass Violett, Blau und Grün verblasst wahrgenommen werden. Das bedeutet, dass diese Farben in kräftigeren Nuancen eingesetzt werden können. Ältere Menschen benötigen darüber hinaus bis zu 3,5 Mal stärkere Kontraste als junge Menschen, um einen Gegenstand in seinem Umfeld zu erkennen. Hinzu kommt eine gesteigerte Empfindlichkeit im Alter gegenüber Blendungen. In Altenheimen verstärkt auftretende psychische Erkrankungen wie z.B. Depressionen können durch eine ausgleichende Farbgestaltung und Materialeinsatz positiv beeinflusst werden.



Licht : soll die Orientierung und die Bestimmung des Standortes der Menschen in Raum und Zeit ermöglichen. Es sollte die Kommunikation der Menschen untereinander und natürlich auch das Sehen und Erkennen der Umwelt fördern. Licht sollte Stimmung und Atmosphäre erzeugen, die dem Anspruch und der Erwartung des Menschen und den speziellen Anforderungen der jeweiligen Nutzung entspricht. Licht ist somit ein integraler Bestandteil der Außen- und Innenarchitektur, der insbesondere in der Altenpflege von seinem Bedarf und seiner Qualität her, speziell für Demenzkranke abzustimmen ist und deshalb von Anfang an geplant werden muss.



In diesem Beispiel ist der Speiseraum durch einen Wintergarten vergrößert, der die Lichtspiele des Tages auf den Innenraum überträgt und nach Bedarf durch ein Lichtsystem, das die Tageshelligkeit ausgleicht, ergänzt.

Durch einen Ausgang in der Glasfassade besteht die Möglichkeit unmittelbar in den Garten zu kommen.



Auch im Pflegezimmer helfen Lichtlösungen, denn mit zunehmendem Alter lässt die Sehkraft nach. Ein 60-Jähriger benötigt bereits zwei- bis dreimal so viel Licht wie ein 20-Jähriger. Ein durchschnittlicher 86-jähriger Heimbewohner braucht fünfmal so hohe Beleuchtungsstärken wie ein junger Mensch. Daher ist das gut abgeschirmte Licht am Pflegebett, nebst dem blendfreien und indirekten Licht einer Allgemeinbeleuchtung von großer Bedeutung. Beides zusammen bietet die optimale Flexibilität und erforderliche Helligkeit für den Bewohner und für alle notwendigen Pflegemaßnahmen. Besondere Bedeutung muss der Blendfreiheit zugemessen werden, um Irritationen und Agitiertheit zu vermeiden. Es muss nicht immer eine Lichtinstallationseinheit sein, wohnliche Beleuchtungssysteme sind heute gefragt.





Beispiel einer Sanitärzelle

Behindertengerecht und barrierefrei, der Einbau erfolgte in einer vorhandenen Bausubstanz. Um dies zu bewerkstelligen bestand die Zelle aus mehreren Elementen und wurde vor Ort zusammengesetzt.

Barrierefrei : sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“

„Barrierefreiheit bedeutet Zugänglichkeit und Benutzbarkeit von Gebäuden und Informationen für alle Menschen, egal ob sie im Rollstuhl sitzen, ob es sich um Mütter mit Kleinkindern oder Personen nicht deutscher Muttersprache handelt, ob es blinde, gehörlose, psychisch behinderte oder alte Menschen sind ...“

Da es die vielfältigsten Behinderungen gibt, ist Barrierefreiheit lediglich ein Ideal.

Insbesondere die Natur selbst schafft immer wieder Barrieren, die auch von nicht behinderten Menschen nur schwer zu überwinden sind. Alle durch Leistungseinschränkungen bewirkten Handicaps durch technische Maßnahmen zu kompensieren ist unmöglich, widerspräche zudem auch anderen Idealen (z.B. dem der Naturnähe: Alle Wanderwege behindertengerecht herzurichten könnte auch als Verschandelung der Natur bewertet werden).

Für ein Alten- und Pflegeheim lassen sich die baulichen Voraussetzungen eingrenzen und somit auch umsetzen, Die Zugänglichkeit der für die Heimbewohner zur Verfügung stehenden und nutzbaren Räumlichkeiten sind alle den entsprechenden Richtlinien und Gesetzesvorgaben anzupassen.

Kommunikation : Gerade in der Altenarbeit, wo die langfristige Betreuung pflegebedürftiger Menschen im Vordergrund steht, ist die zwischenmenschliche Ebene und damit ganz besonders die Kommunikation von existenzieller Bedeutung. Allerdings bringt der enge Kontakt mit den alten Menschen, nicht zuletzt der Umgang mit Demenzkranken, deren Verhalten oft krankheitsbedingt verändert ist, oder mit Schwerkranken und Sterbenden, auch für die Pflegekräfte oft seelisch stark belastende Situationen mit sich.



Eine immer größer werdende Gruppe unter den alten Menschen, die auf dauerhafte Betreuung angewiesen sind, bilden die Demenzerkrankten.

Hier sind vor allem zwei zentrale Formen der Demenz zu nennen, nämlich die Alzheimerkrankheit und die Multiinfarktdemenz. Bereits heute lässt sich beobachten, dass die Zahl der Demenzerkrankten in Altenheimen und Altentagespflegeeinrichtungen immer mehr zunimmt. Gerade die Pflege Demenzkranker ist jedoch aufgrund problematischer Verhaltensweisen wie Weglauftendenz oder Aggressivität, die durch den Abbau mentaler Fähigkeiten entstehen können, oft für die Pflegenden besonders belastend. Dies betrifft professionelle Pflegekräfte in Alteneinrichtungen oder dem ambulanten Dienst genauso wie pflegende Angehörige.

Altenbetreuung, in welcher Form auch immer, ist nicht denkbar ohne Kommunikation, nicht zuletzt deshalb, weil hier Empathie und die Vermittlung von Aufmerksamkeit und Zuwendung eine entscheidende Rolle spielen. Gerade schwer Pflegebedürftigen, die sich in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befinden, kann intensive Zuwendung helfen, ihre Situation zu ertragen. Aber auch mobilere alte Menschen, suchen das Gespräch mit den Pflegenden, die für sie wichtige Bezugspersonen sind.

Insbesondere in Altenheimen leidet jedoch die Kommunikation mit den Bewohner[Innen] oft darunter, dass die Pfleger[Innen] durch einen sehr engen Zeitplan stark unter Druck stehen. Die Kommunikation beschränkt sich deshalb hier oft auf das Notwendigste. Zudem werden die Pfleger[Innen] häufig mit kritischen, auch seelisch belastenden Situationen konfrontiert, in denen sie zuweilen unsicher sind, wie sie mit dem alten Menschen oder dessen Angehörigen kommunizieren sollen. Wie sollen sie sich etwa verhalten, wenn jemand eine medizinische Behandlung, die vom Arzt als notwendig angesehen wird, konsequent ablehnt? Wie sollen sie auf verbale Aggressionen von Heimbewohner[Innen] oder Tagesgästen reagieren, wie sie bei einer Demenzerkrankung gar nicht so selten sind, oder mit einem Abbau kommunikativer Fähigkeiten umgehen? Wie sollen sie sich schließlich verhalten, wenn sie mit einem Gesprächsthema wie Sterben und Tod konfrontiert werden, das in unserer Gesellschaft nach wie vor ein Tabu darstellt? Solche extremen Situationen, die in der Altenpflege durchaus zum Alltag gehören, werden von vielen Pflegekräften als belastend, verunsichernd, sogar als beängstigend erlebt, und zwar



keineswegs nur von Berufsanfänger[Innen], sondern auch von Pfleger[Innen] mit langjähriger Erfahrung. Hier wäre es deshalb gewiss sinnvoll, den Pfleger[Innen] Hilfestellung zu geben, die ihnen den Umgang mit diesen und anderen problematischen Kommunikationssituationen erleichtert.

Entwicklung [BMFSFJ]: Im Dezember 2005 gab es in Deutschland ca. 9.700 Pflegeheime mit insgesamt ca. 676.500 vollstationären Dauerpflegeplätzen. Ungefähr 55 % dieser Heime befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft, ca. 37 % wurden von privaten Trägern geführt. Nur 7 % aller Heime befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Die Heime der privaten Träger waren durchschnittlich kleiner als die der freigemeinnützigen Träger. Insbesondere öffentliche Träger tendierten zu großen Einrichtungen.



Der Heimstatistik ist zu entnehmen, dass sich nur noch 10 % der Heim-

plätze in sog. Wohnheimen befinden, weitere 6 % in Altenheimen. Das Gros der Heimplätze (84 %) besteht aus Pflegeplätzen. In den letzten 10 Jahren ist eine Tendenz zur Abnahme von Alten- und Wohnheimen zu erkennen. Ihre Funktion wird zunehmend von Einrichtungen des Betreuten Wohnens übernommen. Außerdem steigt der Anteil der Heime in privater Trägerschaft, während der Anteil öffentlicher Träger sinkt.

Im Dezember 2003 lebten in Deutschland 612.000 pflegebedürftige Menschen dauerhaft in einem Pflegeheim (ohne Bewohner der Pflegestufe „0“). 78 % von ihnen waren Frauen, 45 % waren 85 Jahre und älter, 21 % der Pflegestufe III zugeordnet. Der größte Teil der Heimbewohner hat die Pflegestufe II (45 %), an zweiter Stelle (33%) stehen Bewohner mit der Pflegestufe I.

Die Wahrscheinlichkeit der Unterbringung in einem Heim

steigt mit dem Alter deutlich an. Während von den 65- bis 69-Jährigen nur 1 % im Heim lebt, liegt der entsprechende Anteil bei den 80- bis 84-Jährigen schon bei 8 %, bei den 85- bis 90-Jährigen bei 18 % und bei den 90 Jahre und älteren sogar bei 34 %.

Umzugsgründe sind vor allem:

Erhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation (vor allem Demenzerkrankungen),
Zusammenbrechen der häuslichen Versorgungssituation,
Unfähigkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt wieder selbständig leben zu können,



Wunsch nach geeigneter Betreuung,
Suche nach Sicherheit bei eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten,
Wunsch nach besserer sozialer Einbindung,
Wunsch, Angehörigen nicht zur Last zu fallen.

Menschen mit stärkerer Demenz sind aber weiterhin vorwiegend auf eine Unterbringung im Heim angewiesen. Berücksichtigt man zusätzlich, dass aufgrund einer steigenden Zahl Hochaltriger auch die Zahl der Demenzkranken in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, so verwundert es nicht, dass auch in den Pflegeheimen der Anteil der Menschen mit Demenz immer weiter steigt. Empirische Untersuchungen haben ergeben, dass inzwischen zwei Drittel der Bewohner von Pflegeheimen eine demenzielle Erkrankung aufweisen,

von denen knapp die Hälfte eine schwere Demenz aufweist .

Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen [1998]

- * 10 % - unter 6 Monate
- * 11% - 6 Monate bis unter 1 Jahr
- * 18% - 1 Jahr bis unter 2 Jahren
- * 13% - 2 Jahre bis unter 3 Jahren
- * 18% - 3 Jahre bis unter 5 Jahren
- * 19% - 5 Jahre bis unter 10 Jahren
- * 11% - 10 Jahre und mehr

Aus der Tatsache, dass 79 % der Bewohner von Pflegeheimen länger als 1 Jahr dort leben, wird im 3. Altenbericht abgeleitet, dass es wichtig ist, Heimplätzen einen Wohncharakter zu geben. Was unter „Wohncharakter“ verstanden wird, hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte deutlich



verändert. Während sich heute exakt die Hälfte aller Dauerpflegeplätze in 1-Bett-Zimmern befindet und 85 % der Bewohner von Pflegeheimen ihre Zimmer selbst möblieren und gestalten können, war dies vor 50 Jahren noch grundlegend anders.

1. **Generation** des Pflegeheims [1950 - 1960]

Ausschließlich Mehrbettzimmer / Sanitäreinrichtungen nur an zentralen Stellen

2. **Generation** des Pflegeheims [1960 - 1980]

Ähneln einem Krankenhausbau / Schwesternstützpunkte / Mehrbettzimmer bis 3 Betten / hoher Einsatz von technischen Mitteln.

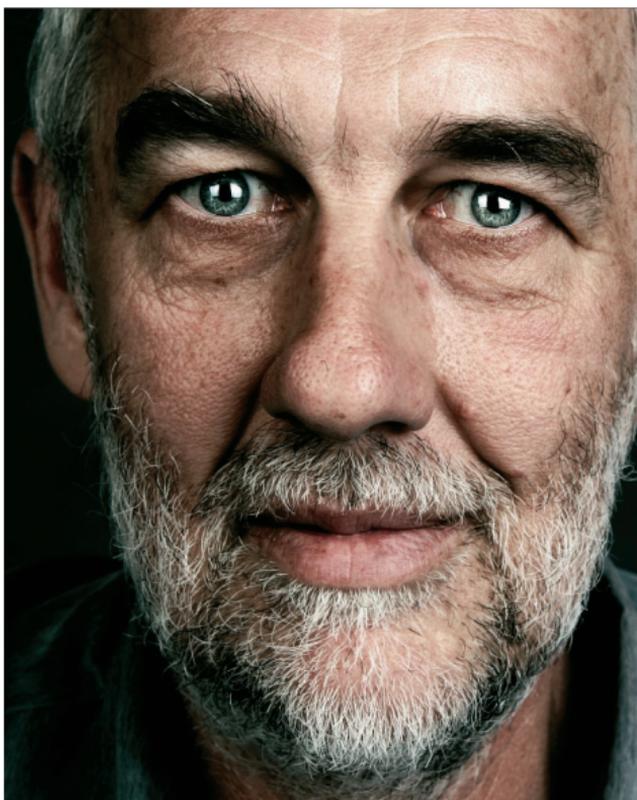
3. **Generation** des Pflegeheimes [1980 - 1995]

Überwiegend Einzel- und Doppelzimmer / Kommunikationsbereiche wurden eingerichtet / Etagenküchen werden integriert / schrittweise Entwicklung zur 4. Generation / Organisationseinheiten bis 30 Bewohner je Wohneinheit in 2 Gruppen entstehen, jedoch hatte nicht jede Gruppe einen eigenen Wohnbereich.

4. **Generation**

Entwicklung der „Hausgemeinschaften“

Das familienähnliche Zusammenleben von Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften sollte auch im Heim möglich werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass auf eine zentrale hauswirtschaftliche Versorgung verzichtet wird und Hausarbeit



wieder in das Alltagsleben der Heimbewohner integriert wird. In kleinen Wohngruppen wird gemeinsam gekocht und gegessen, Reinigungsarbeiten werden wie in einem

normalen Haushalt in den Tagesablauf integriert. In diesen so genannten „Hausgemeinschaften“ können die Bewohner sich an den Hausarbeiten beteiligen und bestimmen selbst über ihre Mahlzeiten und die Organisation des Tagesablaufs. Diese 4. Generation des Pflegeheims unterscheidet sich also grundsätzlich von den bisherigen Organisationsstrukturen der Heime. Sie zeichnet sich auf der baulichen Ebene dadurch aus, dass die einzelnen Wohngruppen als autarke Einheiten konzipiert werden, deren Herz die große Wohnküche und der zentrale Aufenthaltsbereich sind.

Erwartung : Angesichts der zu beobachtenden eingeschränkten Selbstbestimmung im Heim, die zudem mit einer großen Unsicherheit über die Qualität der Pflege verbunden ist, verwundert es nicht, dass ältere Menschen bemüht sind, eine Unterbringung im Heim so lange wie möglich zu vermeiden. Vermutlich sind viele Pflegefehler letztlich auf die





Organisationsstrukturen der traditionellen Heime zurückzuführen. Starker Arbeitsdruck und geringe Individualisierung der Arbeitsabläufe verhindern eine ausreichende Zuwendung zu den einzelnen Bewohnern.

Mit dem neuen Konzept der stationären Hausgemeinschaften verknüpfen sich daher hohe Erwartungen. Das intensivere Zusammenleben von Betreuungspersonal und Bewohnern, verbunden mit einer stärker auf das Individuum abgestellten Betreuung und einem höheren Maß an Selbstbestimmung in der Lebensführung der Bewohner lassen hoffen, dass Pflegemängel in so konzipierten Heimen sehr viel seltener auftreten.

Fazit : Die Form der Hausgemeinschaften stellt kein Patentrezept dar. In der „Idealform“ kann dieses Konzept nicht zur Regelversorgung werden, da oftmals die Krankheitsbilder der Bewohner dies nicht zulassen. Doch können wesentliche Elemente des Hausgemeinschaftskonzepts auch in klassischen stationären Einrichtungen übernommen werden. Da bis 2012, durch den Gesetzgeber bestimmt, der Einzelzimmeranteil 80% der Betten eines APH betragen muss, besteht hier die Möglichkeit neue Strukturen zu schaffen. Wege dorthin werden von uns aufgezeigt.

Vorbereitung für mehr Effizienz

Vorbereitung : Die Umsetzung eines Projektes wie ein Alten- und / oder Pflegeheim bedarf eines gründlichen Nachdenkens, egal ob Neubau oder Sanierung mit Umbau.



Wieviel Pflegebetten, welche Pflegestufen wo, wie groß sollen die Stationen sein, ist „Betreutes Wohnen“ Bestandteil des Konzeptes, soll die Lage zentral sein, gibt es im Umfeld genügend medizinisches Angebot, soll in das Heim eine Praxis eingebunden werden, soll dort eventuell ein Lehrbereich für Altenpflege integriert werden, etc. ...

Denken Sie von Innen nach Außen.

Werden Sie sich über Ihren Raumbedarf klar. Welche bzw. wie viele Räume benötigen Sie? Über wieviel Etagen soll sich das Heim erstrecken, soll es unterkellert werden, oder lassen sich die technischen Räume im EG unterbringen. Soll der Komplex aus mehreren Gebäuden bestehen? Wenn ja,



soll eine Verbindung zwischen den Gebäuden entstehen? Was lässt das Grundstück an Grundrissgestaltung zu, welche Auflagen sind für die Bauaufsicht und andere Behörden zu erfüllen? Wie könnte die Grundrissaufteilung sein, wie die Gestaltung der Fassade, welches Heizungssystem in Abhängigkeit von der Energieversorgung sollte eingesetzt werden. Welche zum Einsatz kommenden Baustoffe, welche Ausbaumaterialien mit welchen Qualitäten etc. etc., das alles werden wir mit Ihnen klären. [Schritt für Schritt]

Kosten : Auf dieser Grundlage lassen sich im Vorfeld die zu erwartenden Kosten bereits eingrenzen. Es bleibt Raum für Änderungen oder Ergänzungen. Man kann agieren und nicht nur noch reagieren. Fördermöglichkeiten und Finanzierungskonzepte können konkrete Form annehmen.

Bild links - Haupteingang vor der Sanierung
Bild rechts - Haupteingang nach der Sanierung

Zum Thema Kosten



Das Thema Kosten bedarf hier einer kleinen Erläuterung. All zu oft werden verschiedene Kostenansätze bzw. Kostenaufstellungen durcheinander geworfen, sodass es im Verlauf eines Projektes zu Irritationen und damit oft zu Auseinandersetzungen kommt, die durch eine klare Definition zu vermeiden gewesen wären. Gerade weil der scharfe Blick auf die Kosten so unerlässlich ist soll dieses Thema hier kurz erläutert werden.

Vertrauen ist gut - Kontrolle ist besser

Planquadrat definiert das Thema „Kosten“ wie nachfolgend aufgezeigt :

Kostenplanung

ist der Oberbegriff für alle Maßnahmen, angefangen von der Kostenermittlung über die Kostenkontrolle und Kostensteuerung.

Die Kostenplanung begleitet von Anfang an kontinuierlich alle Phasen der Baumaßnahme, beginnend bei der Planung über die Zeit der Bauausführung hinaus bis zur letzten Abrechnung.

Kostenvorgabe

ist die Festlegung als Obergrenze für das geplante Bauvorhaben.

Kostenermittlung

ist der Oberbegriff für die Vorausberechnung der entstehenden Kosten und Abrechnung der tatsächlichen Kosten:

1. Schritt Kostenrahmen
2. Schritt Kostenschätzung

3. Schritt Kostenberechnung
4. Schritt Kostenanschlag
5. Schritt Kostenfeststellung

1. Kostenrahmen

wird auf Grund der Bedarfsplanung der Baumaßnahme durch den Bauherrn festgelegt.

2. Kostenschätzung

In der Kostenschätzung werden auf Grundlage der Vorentwurfsplanung meist so genannte Kostenkennwerte oder Erfahrungswerte zu Grunde gelegt.

Brutto oder Netto Grundfläche pro m²/Euro

Brutto Rauminhalt pro m³/Euro

Kosten pro Pflegeplatz €/NE

Nutz- oder Wohnfläche müssen Grenzwerte erfüllen

3. Kostenberechnung

ist nach der Entwurfsplanung die angenäherte Berechnung der Gesamtkosten und ist Voraussetzung für die Entschei-

dung ob das Bauvorhaben so durchgeführt werden soll oder ob die Entwurfsplanung noch einmal geändert werden soll. Die Kostenberechnung ist auch die Grundlage für die Finanzierung.

4. Kostenanschlag

ist eine möglichst genaue Ermittlung der Gesamtkosten. Hierzu gehören die Auftragnehmerangebote, Eigenrechnungen, Honorare, Gebührenberechnungen sowie bereits entstandene Kosten für Grundstück, Erschließung und Planungskosten.

5. Kostenfeststellung

Die Kostenfeststellung ist die Ermittlung der tatsächlich entstandenen Kosten. Die Kostenfeststellung dient dem Vergleich zwischen dem Kostenanschlag und den tatsächlich entstandenen Aufwendungen für das Bauvorhaben. Die Kostenfeststellung ist desweiteren die Voraussetzung Erfahrungswerte und Kostenkennwerte zu ermitteln.

Bauwerkskosten

Bauwerkskosten sind Kosten, die sich aus der Summe der

Kostengruppe 300 + 400 ergeben.

Kostenprognose

Kostenprognose ist die Kostenermittlung für den Zeitpunkt der Fertigstellung des Bauvorhabens. Soll heißen: wird das Bauvorhaben z.B. erst Jahre später realisiert, hat sich die Preisstruktur geändert. Weiß man diese zeitliche Achse schon im Voraus, kommt die Prognose ins Spiel.

Kostenrisiko

das sind die Risiken und Unsicherheiten, die bei jeder Kostenschätzung oder Kostenberechnung auftreten. Hier gibt es unterschiedliche Grenzbereiche.

Bei der Kostenschätzung darf die Abweichung +/- 30% betragen, bei der Kostenberechnung liegt dieser Wert nur noch bei +/- 10%.

Um bei den Kosten immer auf dem Laufenden zu bleiben ist es wichtig diese zu verfolgen, hierzu hat Planquadrat eine Excel-Struktur entwickelt, die es erlaubt nach jeder gezahlten Rechnung den neusten Stand der Kostenentwicklung zu erhalten.

Kostenverfolgung

Die Kostenverfolgung weist die Ist/Soll-Kosten bzw. den aktuellen Kostenstand aus.

Sie dient zur Kontrolle der Kostenentwicklung.

In der Kostenverfolgung werden ausgewiesen :

Gewerkekosten gemäß der Kostenberechnung

Gewerkekosten gemäß der Hauptaufträge

Gewerkekosten gemäß der Nachträge

Gewerkekosten gemäß des Gesamtauftrages

Gewerkekosten - Summe bezahlte Rechnungen

Vergleich Kostenberechnung / Gesamtauftrag

Vergleich Summe Rechnungen / Gesamtauftrag

Kostendatenblatt

Um die Daten für die Kostenverfolgung nachhalten zu können wird das Kostendatenblatt eingesetzt. Hier sind jeweils



die Informationen des einzelnen Gewerkes aufgelistet:

In Worten:

Was ergab die Kostenberechnung, wie hoch ist der Hauptauftrag, welche Größenordnung haben die Nachträge und damit der Gesamtauftrag, wieviel Rechnungen sind bezahlt und welche Summe ergibt sich daraus, wie ist der Vergleich Kostenberechnung / Gesamtauftrag bzw. Rechnungen / Gesamtauftrag?

Zahlungsfreigabe

Die Zahlungsfreigabe ist ein Formblatt, das dem Bauherrn nach jeder, durch den Planer, geprüften Gewerketeilrechnung als Überweisungsgrundlage zur Verfügung gestellt wird. Erst nach Rückgabe einer Kopie mit dem Vermerk der Zahlungsanweisung wird der Betrag in das Kostendatenblatt des Einzelgewerkes eingetragen. Somit ist immer gewährleistet, dass der Kostenstand der realen kaufmännischen Abwicklung entspricht.

Verwendungsnachweis

Ist bei dem Projekt ein Verwendungsnachweis zu führen, sind die o.g. Daten entsprechend in das „Bau-Ausgabebuch“ einzutragen und dienen somit gleichzeitig als Beleg.

Beispiel 1

Neubau APH Hecklingen

BGF ca. 7.000,00 m²

Kosten ca. 20 Mio. DM

Bauzeit ca. 2,5 Jahre

LPH 1 bis 9

Fördermitelanträge, Verwendungsnachweis

Generalplanung

102 Pflegebetten

13 Wohneinheiten Betreutes Wohnen

1 Friseur



Das alte Pflegeheim des DRK Hecklingen, Kreisverband Stassfurth, befand sich vor dem Neubau in den Räumlichkeiten des Schlosses Trotha, welches vom heutigen Neubau nur ca. 100m entfernt liegt. 3 bis 6 Bettzimmer waren die Regel und forderten vom Pflegepersonal erhebliche Anstrengungen, da das Schloss in seinen Grundrissstrukturen aufgrund des Denkmalschutzes den Flä-



chenbedürfnissen eines Altenpflegeheimes nicht angepasst werden durfte. Ein Neubau wurde zwingend erforderlich..

Der Neubau war für den Kreisverband eine Herausforderung, da zum einen die Bettenzahl erhöht wurde und zum anderen 13 Wohneinheiten Betreutes Wohnen dazukamen. Das Gebäude selbst unterlag ebenfalls denkmal-schützenden Forderungen.



Zusätzlich erschwerend war die vor Ort vorgefundene Baugrundsituation. Jeder der drei Flügel hatte andere Gründungsverhältnisse. Von der Wasserhaltung bis zur Pfahlgründung war alles dabei, was sich die Grundbauer wünschen.





Aufgrund der vorherigen Lebenssituation der Bewohner war dem DRK sehr daran gelegen die Ausstattung des Heimes sehr wohnlich und lichtdurchflutet zu gestalten. Im Kern-



bereich des Gebäudes befinden sich die Aufenthaltsbereiche, die durch eine großzügige Stationsküche bereichert wurden.

In drei Etagen sind jeweils drei Flügel, die die einzelnen Wohnbereiche definieren. Diese Wohnbereiche haben noch jeweils einen separaten Aufenthaltsbereich.

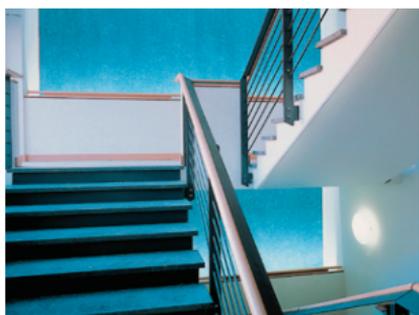


Die Zimmer, ob Einzelzimmer oder Doppelzimmer haben ihre eigene Sanitärzelle. Die Zimmerböden erhielten einen Parkettboden, die Stationsflure einen speziellen Teppichboden, der ebenfalls in den Aufenthaltsbereichen verlegt wurde. Nur im Empfangsbereich und im Treppenhaus kam ein Flie-

senboden zum Einsatz.

Der zusätzliche Speise- und Veranstaltungsraum bietet durch einen Wintergarten die Möglichkeit in die Aussenanlagen zu kommen. In direkter Anbindung an diesen Raum befindet sich die Großküche.

Ebenfalls, im Kernbereich des Hauses, wurde ein Friseursalon installiert. Die Wohnungen des „Betreuten Wohnens“ liegen alle samt im Dachgeschoss und bilden damit eine abgeschlossene



konnte. Durch die hochwertige Ausstattung und den großzügigen Flächenansatz von ca. 53,50m² / pro Bewohnerplatz



Einheit. Jede Wohnung verfügt über eine Dachterrasse, die in die Dachfläche eingelassen wurde und somit von Einblicken geschützt ist.

Letztendlich konnte hier ein Heim geschaffen werden, das eine Unterversorgung vor Ort bestens ausfüllen konnte. Durch die hochwertige Ausstattung und den großzügigen Flächenansatz von ca. 53,50m² / pro Bewohnerplatz schuf das DRK Hecklingen eine Oase für alte Menschen, die diesen „Luxus“ vorher noch nicht erlebt hatten. Das Heim wurde prächtig angenommen und erfreut sich einer großen Beliebtheit im Einzugsgebiet von Stassfurth und Hecklingen.

Beispiel 2

Sanierung APH Halle DRK

BGF Ca. 6.000,00 m²

Kosten ca. 15,5 Mio. DM, Schulungszentrum 0,6 Mio. DM

Bauzeit ca. 2,0 Jahre

LPH 1 bis 9

Fördermitelanträge, Verwendungsnachweis

Generalplanung

98 Pflegebetten

1 Arztpraxis

1 Friseur

1 Schulungszentrum Altenpflegeausbildung LSA



Bei diesem Altenheim handelt es sich um das Haus des Landesverbandes DRK Land Sachsen-Anhalt.

Im Erdgeschoss wurde, auf dem Bild nicht zu sehen, ein Ausbildungszentrum für die Auszubildenden im Pflegebereich des DRK LSA, [auf der Rückseite] des Heimes angebaut.

Bei dem Gebäude handelt es sich um einen Plattenbau, der

sich einer Komplettsanierung unterziehen musste. Durch die Größe der zur Verfügung stehenden Fläche konnten durch mehrere hausinterne Umzugsaktionen alle Bewohner gehalten werden. Es war möglich die Neustrukturierung auch in Bezug auf die Belegung, bis auf [die] Personen der Pflegestufe „0“, aufrecht zu erhalten.

In fünf Bauabschnitten wurde das Haus komplett saniert. Sowohl Rohbau, als auch Ausbau und Infrastruktur wurden erneuert.

Im ersten Schritt stand die Kernsanierung des Flachbaues an. Die Küche wurde provisorisch in das Erdgeschoss des Bettenhauses verlegt. Der Speiseraum wurde in einer räumlichen Doppellachse des Bettenhaus eingerichtet.

Der Flachbau wurde völlig entkernt und neu aufgebaut.

Die Verwaltung, eine Arztpraxis, die Großküche, der Speiseraum, der Friseur und der Aufenthaltsbereich unter der großen Glaspyramide wurden dort geschaffen.

Auch bei diesem Projekt des DRK sollten die Flurböden mit einem speziellen Teppichboden ausgelegt werden. Rechts zu sehen der Flur der Station, links ist die Station als verlängerter Arm bis zur Rückseite des Bettenhaus-



ses zu erkennen.

Die Freifläche unter der Pyramide ist mit einem ebenerdigen Brunnen, der in einen großen Stein integriert ist, versehen. Eine spezielle Lüftungstechnik sorgt für ein ausgewogenes Klima sowohl im Sommer als auch im Winter. Durch leichte Höhenunterschiede ergeben sich abgetrennte Sitzbereiche, die sich größter Beliebtheit erfreuen.



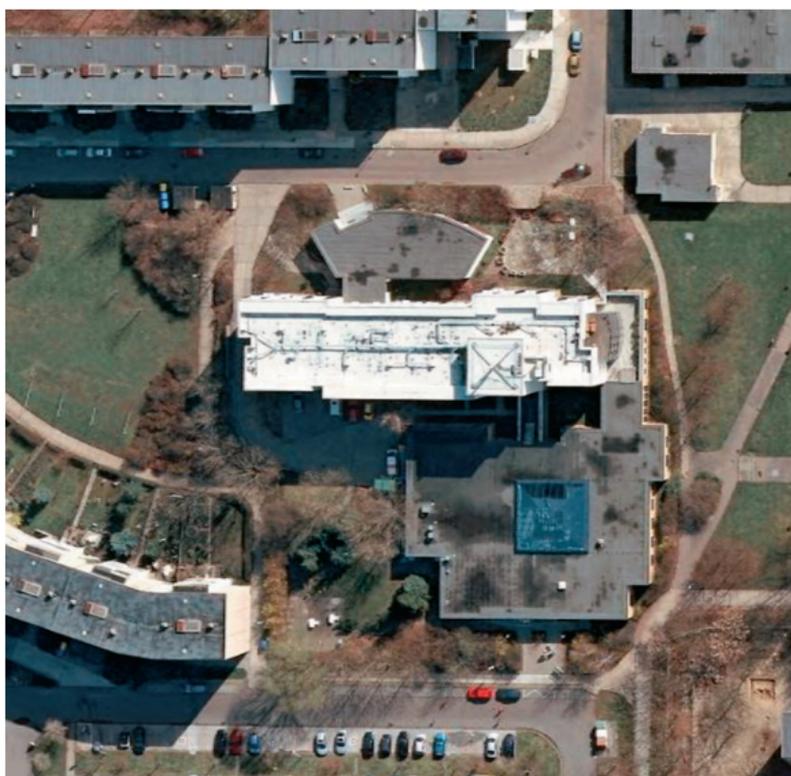
Links im Bild der alte Haupteingang mit seinen Sitzbänken.

Im unteren Bild der Haupteingang heute, auf der linken Seite flankiert vom Aufenthaltsraum der Arztpraxis. Auch hier wurde eine Fläche für Bänke geschaffen, diesmal aber leichte mobile Bänke, die je

nach Jahreszeit eingesetzt werden. Der Empfang ist personell nicht besetzt. Zur Verwaltung durch eine Gastür getrennt, dient er als Beratungsstelle. Durch die Glastür hat der Verwaltungsmitarbeiter immer einen guten Blick auf das Kommen und Gehen im Heim.



Der Durchgang vom Flachbau zum Bettenhaus, sowie der „verlängerte Arm“ der Bettenstation des Flachbaues bilden einen Innenhof, der als absolute Ruhezone ausgebildet wurde. Nur Rasen, keine Pflanzen oder Blumen wurden hier gepflanzt. Lediglich eine Bronzestatue hat dort ihren Platz gefunden. Es gibt nur einen Zugang in diesen Innenhof. Er ist von Aussengeräuschen weitgehend abgeschottet. Im Sommer bildet das umschließende Mauerwerk ausreichende Schattenbereiche, die für ein moderates Klima sorgen.



Beispiel 3

Sanierung APH Halle ASB

BGF ca. 6.000,00 m²

Kosten ca. 15,5 Mio. DM

Bauzeit ca. 2,0 Jahre

LPH 1 bis 9

Fördermitelanträge, Verwendungsnachweis

Generalplanung

88 Pflegebetten

8 Plätze Betreutes Wohnen

1 Arztpraxis

1 Physiotherapie

1 Friseur

1 Therapieraum für Demenz Erkrankte



Bei diesem Gebäudekomplex handelt es sich um einen ähnlichen Plattenbautyp wie beim vorher gezeigten Altenpflegeheim. Hier wurde ein Innenhof geschaffen, der von zwei Seiten des umlaufenden Flures begehbar ist.

Aufgrund der zu großen Gesamtfläche, bezogen auf die neue, reduzierte Bettenzahl des Heimes, war es erforderlich Teilbereiche des Hauses umzustrukturieren bzw. für neue Aufgaben und Zwecke umzuwandeln. Somit wurden Flächenanteile für 8 Wohnungen des „Betreuten Wohnens“, für eine Arztpraxis, eine Physiotherapie, einen Friseur und einem speziellen Therapieraum für Demenzkranke geschaffen.



Die Balkone für jedes Bewohnerzimmer wurden aufgegeben.

Die Flächenanteile der Balkone wurden den Zimmern zugeschlagen und somit die Bewohnerzimmerflächen vergrößert.

Um dem Bedürfnis nach „Aufenthalt im Freien“ gerecht zu werden haben die Stationen jeweils einen Bettenbalkon erhalten.

Dieser Bettenbalkon ist über den Stationsflur zu erreichen. Die barrierefreie Ausführung und die Größe garantieren eine Benutzbarkeit für Jeden, sogar Betten können auf ihn geschoben werden.



Im Rahmen der Projektentwicklung konnten wir den Bauherrn davon überzeugen, dass der Einsatz von Farben für die alten Menschen eine zusätzliche Orientierungshilfe darstellt.

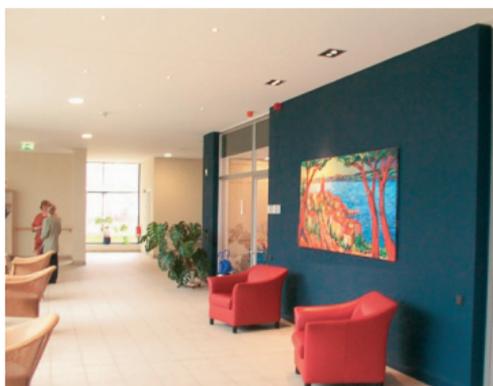
Das „Betreute Wohnen“ wurde mit der Grundfarbe „Grün“ versehen. Der Innenflur und die Aussenseite des Eingangsbereiches „Betreutes Wohnen“ für die 6 Wohnungen mit



8 Bewohnern, bilden die Grundfarbe zu den angrenzenden Bereichen des APH's. Die einzelnen Wohnungen sind im Aussenbereich, zur Gartenseite hin, durch verschiedene Farbgebungen abgegrenzt. [siehe Bilder oben]

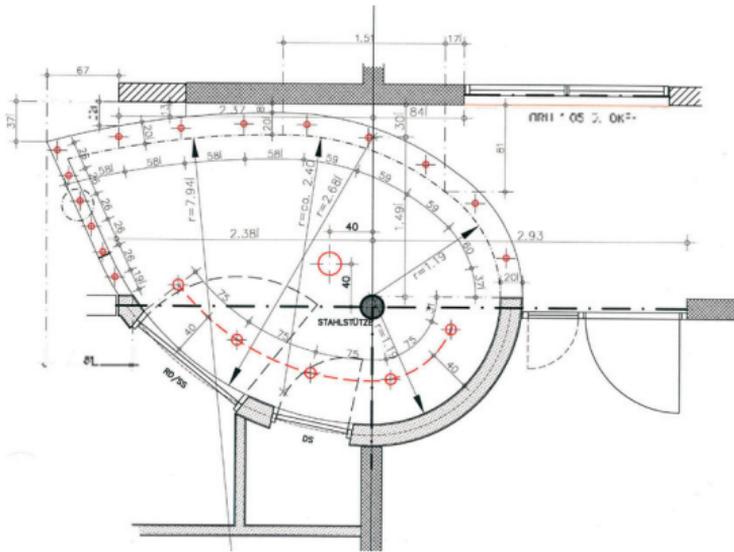
Um den Innenhof beherrschen vier Grundfarben das optische Geschehen. Die Verwaltung ist blau, der kulinarische Bereich, wie Speiseraum und Kiosk, ist in rot gehalten, das betreute Wohnen ist grün [siehe oben] und der allgemeine Aufenthaltsbereich, bestehend aus Lesecke und öffentlichen WC's, wurde beige gestrichen.

Der Innenhof bildet in den schönen Jahreszeiten das Zentrum des Geschehens.



Noch eine kurze Anmerkung zur Küche des Heimes. Sie wurde komplett neu ausgerüstet und umgestaltet. Waren vorher die Kühlräume im Keller, wurden diese in die Küchenebene, ins Erdgeschoss, hochgeholt, um eine zügige Betriebsabwicklung zu gewährleisten. Die Küche ist ausgelegt für ca. 150 Essen, sodass eine gewünschte Mitbewirtschaftung des Umfeldes möglich ist. Die Ausgabe wurde als Tresen konzipiert, somit ist ein direkter Zugang zum Speiseraum gewährleistet. Andererseits erfolgt durch die offene Bauweise eine Kontrolle des Schaffens in der Küche, dies führt zu mehr Aufgeräumtheit und letztlich auch zu mehr Hygiene.

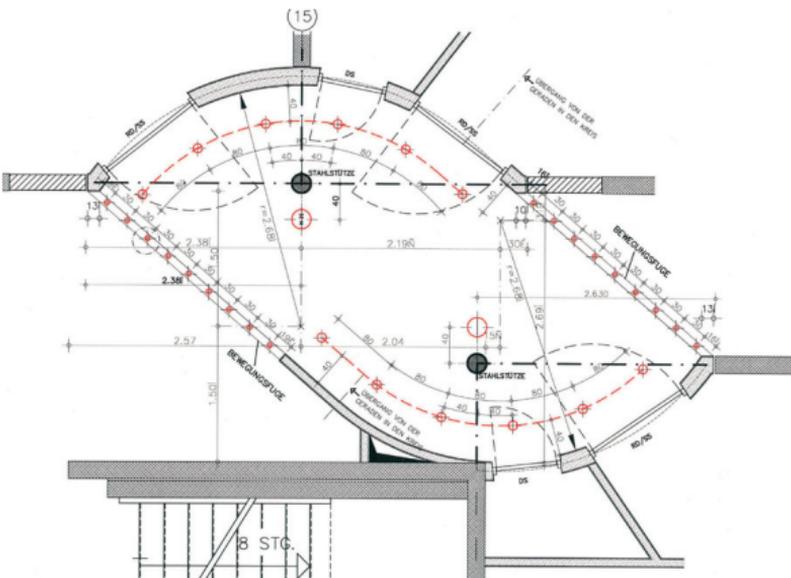


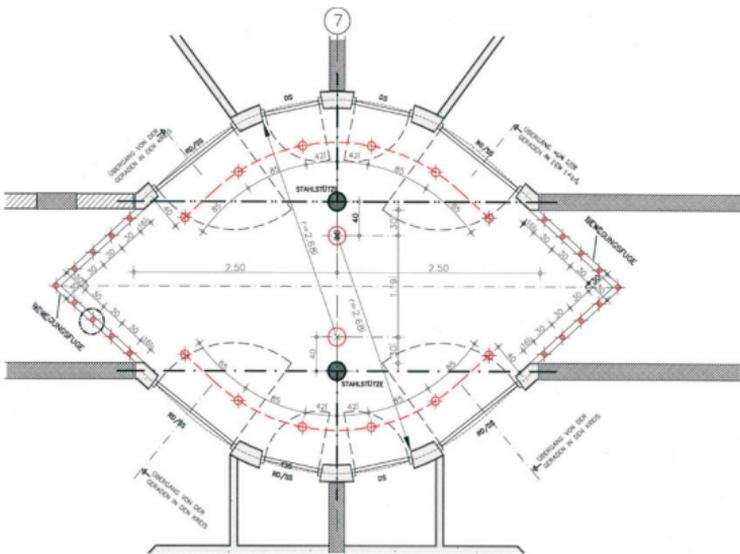


Das Bettenhaus des APH zeichnet sich durch die Länge seiner Flure, ca. 60 m, aus. Diese Geradlinigkeit wurde optisch und konstruktiv durch die Plattenbauweise verstärkt. Es galt



diesen visuellen Eindruck aufzuheben. Unser Vorschlag bestand darin, im Bereich der Bewohnerzimmereingänge die Flurbreite durch organische Formen aufzuweiten, durch an-





dere Licht- und Farbgestaltung gezielt Orientierungspunkte zu schaffen, die gleichzeitig den Stationsfluren die optische Länge nahmen.

Die beiden oberen und die untere Zeichnung zeigen die Lösungen der Eingangsbereichsgestaltung der Zimmereingangsbereiche. Durch einen Unterzug, der später unter der abgehängten Decke verschwand, sowie durch konstruktiv nötige Stützen, die wir als Stahlrundstützen ausbildeten, konnte das Konzept verwirklicht werden.

Zum Schluss :

Das Thema Sicherheits- und Gesundheitsschutz auf Baustellen wird von Planquadrat ebenfalls angeboten. Bei all den vorgenannten Projekten waren wir mit dieser Aufgabe ebenfalls betreut.



Unsere Dienstleistung für Sie



Leistungsangebot:

- Architektur und Innenarchitektur
In allen Leistungsphasen – bei Sanierungen, Um- und Neubauten
- Generalplanung
- „Von der ersten Idee bis zur bezugsfertigen Ausführung“
- Projektsteuerung, Consulting, Si-Ge-Ko
- Bearbeitung von Fördermittelanträgen

Kontakt:

Michael Köller
Dipl.-Bauingenieur VBI
Freier Architekt VDA, BDB
Fon 0201.6125884
Fax 0201.7221697
Mail koeller@planquadrat-mk.de
URL www.planquadrat.-mk.de