







Katharina Puck, BSc

## **Trotz\*Dem enz Leben**

# **Eine Analyse architektonischer Potenziale der Raumgestaltung für Menschen mit Demenz**

### **MASTERARBEIT**

zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom-Ingenieurin

Masterstudium Architektur

eingereicht an der

**Technischen Universität Graz**

Betreuer

Mag.phil. Dipl.-Ing. Dr.phil. Manfred Omahna

Institut für Stadt- und Baugeschichte



### EIDESSTÄTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt, und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

.....

Datum

.....

Unterschrift

### STATUTORY DECLARATION

I declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources/resources, and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

.....

date

.....

signature



## **GENDERERKLÄRUNG**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf geschlechtsspezifische Formulierungen in dieser Masterarbeit verzichtet. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die maskuline Form bei Personenbezeichnungen für beide Geschlechter zu verstehen ist.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>Eine kurze Geschichte der Pflege</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>Wohnsituation</b>	<b>27</b>
3.1	Wohnbedürfnisse im Alter	28
3.1.1	Selbstbestimmung	28
3.1.2	Sozialer Kontakt	29
	<b>CASE STUDY: „Villa Emma“</b>	<b>30</b>
3.1.3	Vertraute Umgebung	32
3.1.4	Kosten	33
3.2	Unterstützende Wohnformen	35
3.2.1	Ambulante Unterstützung	36
3.2.2	Teilstationäre Unterstützung	37
3.2.3	Stationäre Unterstützung	39
3.3	Wohnformen für Menschen mit Demenz	41
3.3.1	Wohnbereichskonzept	41
3.3.2	Hausgemeinschaftskonzept	45
3.3.3	Das Drei-Welten-Konzept	49
	<b>CASE STUDY: Krankenhaus Sonneweid, Wetzikon Schweiz</b>	<b>56</b>
3.4	Stigmatisierende Architektur?	59
	<b>CASE STUDY: De Hogeweyk, Weesp Niederlande</b>	<b>64</b>
<b>4</b>	<b>Ortswechsel Alten-/ Pflegeheim</b>	<b>69</b>
4.1	Bedeutung des Wohnraums	69
4.2	Heimeintritt	71
4.3	Übersiedelung bei Demenzerkrankten	72
<b>5</b>	<b>Aspekte der ökologischen Gerontologie</b>	<b>73</b>
5.1	Raumwahrnehmung	74
5.1.1	Die Mensch-Umwelt-Beziehungen	75
5.1.1.1	Die Feldtheorie	76
5.1.1.2	Die Drei-Ebenen-Theorie	77
5.1.1.3	Der Behavior Setting-Ansatz	80
5.1.1.4	Orts-Bindung	81
5.1.1.5	Bauliche Konsequenz	82
5.1.1.5.1	Milieutherapie	83
	<b>CASE STUDY: Gradmann-Haus, Stuttgart-Kaltental</b>	<b>84</b>
5.1.1.5.2	Biografiearbeit	90
5.1.1.5.3	Gartenarbeit	92
	<b>CASE STUDY: Erlebnispark Grafenwörth Niederösterreich</b>	<b>96</b>
5.1.2	Wahrnehmung / Sinne	101
5.1.2.1	Altersbedingte Veränderung	102
5.1.2.2	Krankheitsbedingte Veränderung	103
5.1.2.3	Bauliche Konsequenz	105
5.1.2.3.1	Akustische Wahrnehmung	106
5.1.2.3.2	Olfaktorische Wahrnehmung	109
5.1.2.3.3	Taktile Wahrnehmung	111
5.1.2.3.4	Optische Wahrnehmung	113
	<b>CASE STUDY: Haus im Park, Bremerhaven</b>	<b>119</b>
	<b>CASE STUDY: Danuvius Haus, Ingolstadt</b>	<b>122</b>

5.1.3 Räumliche Orientierung	125
5.1.3.1 Definition	125
5.1.3.2 Orientierungssysteme	127
5.1.3.2.1 Entwicklungspsychologischer Ursprung	127
5.1.3.2.2 Orientierungsstrategien	127
5.1.3.2.3 Bestandteile des Raums nach Kevin Lynch	129
5.1.3.3 Orientierung bei Demenzpatienten	131
5.1.3.4 Einflussfaktoren zur Orientierung bei Alzheimerpatienten	133
5.1.3.5 Bauliche Konsequenz	135
5.1.3.5.1 Leichte Demenz	135
5.1.3.5.2 Mittelschwere Demenz	135
5.1.3.5.3 Schwere Demenz	138
<b>6 Pflegekonzepte heute</b>	<b>143</b>
6.1 Pflegemodelle	144
6.1.1 Personen-zentrierter Ansatz nach Tom Kitwood	144
6.1.2 Reaktivierende Pflege nach Erwin Böhm	145
6.1.3 Aktivitäten, soziale Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) nach Monika Krohwinkel	145
6.1.4 Kritik an der Durchführung	146
6.2 Bedürfnisse der Erkrankten	147
6.2.1 Sicherheit und Geborgenheit	148
6.2.2 Autonomie und Selbstbestimmtheit	153
6.2.3 Identität und Tätigkeit	156
6.2.4 Sozialer Kontakt und Privatsphäre	159
6.3 Die Pflegenden	163
6.3.1 Geringe Gruppengröße durch kleine Wohneinheit	164
6.3.2 Effiziente Wege durch kurze Entfernung	165
6.3.3 Entlastung durch Übersicht	165
6.3.4 Alltagsunterstützende technische Assistenzlösungen	166
<b>7 Zusammenfassung der baulichen Möglichkeiten</b>	<b>167</b>
<b>8 EXKURS: Grundlagen einer Krankheit</b>	<b>181</b>
8.1 Das Gehirn	181
8.2 Das Gedächtnis im Alter	185
8.3 Was ist Demenz?	186
8.3.1 Neurobiologie der Alzheimer Demenz	187
8.3.2 Stadien der Demenz	188
8.3.2.1 Vorstadium der Demenz	189
8.3.2.2 Leichtes Demenzstadium	189
8.3.2.3 Mittelschweres Demenzstadium	190
8.3.2.4 Schweres Demenzstadium	192
<b>9 Literaturverzeichnis</b>	<b>195</b>
<b>10 Abbildungsverzeichnis</b>	<b>203</b>

## 1 Einleitung

Das Bild des alternden Menschen hat sich in der heutigen Gesellschaft gewandelt. Anstatt ausnahmslos die Einbußen im Alter in den Vordergrund zu stellen, werden vor allem die Kompetenzen anerkannt. Die „*best ager*“ werden nicht nur als ökonomische Gruppe, sondern als aktive und selbstbestimmte Menschen wahrgenommen.<sup>1</sup> Ein langes Leben in den eigenen vier Wänden soll die Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit erhalten. Falls einmal Hilfe nötig wird, unterstützen ambulante Dienste und teilstationäre Einrichtungen die Betroffenen. Dieses Vorgehen, das als „ambulant vor stationär“<sup>2</sup> propagiert wird, stellt einen Lösungsversuch für das durch den demografischen Wandel begünstigte Problem der Überalterung und der befürchteten Überlastung des Pflegesektors dar.

Die Folgen zeigen sich schon heute in den Altenheimen, deren Klientel zusehends von Pflegefällen bestimmt wird und die rüstigen Älteren ausbleiben. Unterstützende Wohnkonzepte wie betreutes oder betreubares Wohnen stellen die neuen Wohnformen für das Alter da. Die einstigen Altenheime jedoch werden immer mehr zu Pflegeheimen. In den bestehenden baulichen Strukturen werden nun vorwiegend körperlich und psychisch erkrankte Personen betreut, die mit spezielleren Einschränkungen belastet sind, als sie nur das Alter mit sich bringt.

Der häufigste Grund in ein Altenheim umzuziehen stellt heute eine Alzheimererkrankung<sup>3</sup> dar, eine spezielle Form der Demenz. Als Demenz bezeichnet man die Folgen einer chronischen oder fortschreitenden Hirnerkrankung, die die Persönlichkeitsmerkmale sowie die intellektuellen Fähigkeiten (wie Lernen, Gedächtnisfunktion, Informationsverarbeitung, Urteilen bzw. Handeln, Orientierungsvermögen etc.) beeinträchtigt. Der Krankheitsprozess zeichnet sich durch verschiedene Stadien aus, die mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen in Zusammenhang stehen und so die Wahrnehmungswelt der Patienten beeinflussen.

So stellt sich für mich die Frage, ob die bestehenden baulichen Strukturen der Altenheime überhaupt für die speziellen Bedürfnisse der „neuen“ Bewohner geeignet sind.

Um der Antwort näher zu kommen und daraus Rückschlüsse auf die Architektur zu ziehen, werden unterschiedliche Forschungsbereiche erkundet und Expertenmeinungen, Studien und Erkenntnisse der Psychologie, Altersforschung, Ökologischen Gerontologie und den Pflegewissenschaften sowie der Pflegepraxis in die Masterarbeit aufgenommen.

1 Vgl. Marquardt 2007, 5.

2 Heeg/Bäuerle 2012, 15.

3 Vgl. Maier 2002, 15.

Der **erste Teil** der Arbeit gibt einen kurzen Rückblick auf die Entwicklungen des Altersbildes innerhalb der Gesellschaft, den Einfluss auf die Wohnverhältnisse, sowie ein Bild vom Stand der Forschung und der Pflege.

Da sich das heutige Leitbild der Pflegeeinrichtungen am „Wohnen“ orientiert, widmet sich der **zweite Teil** der Frage, welche Bedürfnisse die ältere Generation an das Wohnen stellt. Anhand einiger Faktoren wird der hohe Stellenwert, den der Wohnraum im Alter einnimmt, begründet sowie die Befürchtungen und Zweifel besprochen, die sich im Rahmen eines Umzugs in eine institutionelle Einrichtung entwickeln und heutige Betreuungskonzepte dem entgegenwirken. Abschließend wird in diesem Teil auch die Frage behandelt, ob es eine Demenzarchitektur gibt beziehungsweise wie diese aussieht und was das für die Bewohner und die Gesellschaft bedeutet.

Die Gestaltung einer angepassten Umgebung setzt ein fundiertes Wissen über die Erkrankung und die Auswirkung auf die Lebenswelt der Betroffenen voraus. Darum widmet sich der **dritte Teil** drei Aspekten der Umweltwahrnehmung, die durch die Erkrankung erheblich beeinträchtigt werden. Durch die nachlassenden kognitiven Fähigkeiten besitzt die Umwelt einen starken Einfluss auf das Verhalten und das Wohlbefinden der Bewohner. Aus den Erkenntnissen der Mensch-Umwelt-Beziehung wurden Therapieansätze entwickelt, die durch bauliche Maßnahmen Unterstützung finden. Weiters wird die veränderte Sinneswahrnehmung betrachtet, denn nicht nur altersbedingte, sondern auch krankheitsbedingte Veränderungen sollten bei der Planung Beachtung finden. Ein frühes Zeichen der Demenz stellt eine eingeschränkte Orientierung dar, die ebenso thematisiert wird. Eine entsprechend geplante Umwelt kann die Orientierung unterstützen und den Erkrankten Sicherheit und Selbstständigkeit vermitteln, die ihnen immer mehr abhanden kommt.

Um den Einblick in die Pflegepraxis zu vertiefen, werden heute gängige Pflegemodelle kurz thematisiert. In den darauf folgenden Abschnitten werden Planungsempfehlungen abgeleitet, die sich an den psychologischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Das abschließende Kapitel stellt eine Zusammenfassung der baulichen Interventionen dar.

Um ein umfangreiches Verständnis für die Lebenswelt demenziell Erkrankter Personen zu erhalten, finden sich im angefügten Kapitel EXKURS: Grundlagen einer Krankheit Informationen über den Verarbeitungsprozess des Gehirns, die Veränderungen der Leistungsfähigkeit im Alter und die Einflüsse der Erkrankung auf den Patienten.



## 2 Eine kurze Geschichte der Pflege

Vorab behandelt dieser Teil der Arbeit die Folgen gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklung in Bezug auf das Alter, die Pflege von demenziell Erkrankten und daraus resultierende Wohnverhältnisse.

### Antike

„In der griechisch-römischen Antike, der jüdisch-alttestamentarischen Tradition wie auch im Mittelalter wird Altern ambivalent beurteilt.“<sup>4</sup> Neben dem Schrecken des Alters wurden auch Tugenden dieser Lebensphase entdeckt, die von der Befreiung des jugendlichen Leichtsinns und der Leidenschaft geprägt ist.

Schon die Aufzeichnungen antiker Ärzte, beschreiben den Prozess des Alterns und die Veränderungen, die dieser mit sich bringt, wie der erworbene Altersschwachsinn<sup>5</sup>, der als „Dementia“ bezeichnet und als Preis für ein langes Leben hingenommen wurde.

Lange Zeit war die Betreuung und Pflege der Alten ein Teil des Familienlebens. Durch das Leben in einem Drei-Generationen-Haushalt, waren die Alten Bestandteil der Gemeinschaft und unterstützten diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten durch das Übernehmen von Hausarbeiten oder der Betreuung der Enkelkinder. Ihre Lebensqualität wurde durch das eigene Erwirtschaftete und den sozialen Stand bestimmt.

### Kirchliche Pflege

Personen ohne familiären Rückhalt, sowie Arme oder Kranke, deren Zustand als eine Strafe Gottes für ihr sündiges Leben gesehen wurde,<sup>6</sup> fanden meist Zuflucht bei kirchlichen Institutionen, die im Mittelalter unter der Bezeichnung „Hospitäler und Siechenhäuser“ in vielen Orten gegründet wurden. Eine dieser Sozialeinrichtungen ist das 1286 errichtete Heiligen-Geist-Hospital in Lübeck. Das Backsteinbauwerk mit drei charakteristischen Giebeln an der Westfassade, besitzt im Osten eine imposante einschiffige Halle die von einer Holzdecke überwölbt wird. In diesem Raum lebten die Alten und Kranken nach klösterlichen Regeln zusammen. Erst im Jahr 1820 wurde die Halle mit den heute noch vorhandenen 4m<sup>2</sup> großen hölzernen Kammern unterteilt, die sich entlang von zwei Längsfluren durch die gesamte Räumlichkeit erstrecken. Zur Orientierung wurden die Kammern mit Namen und Nummern versehen.

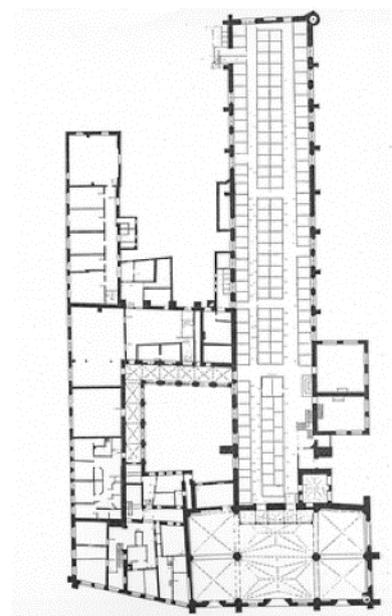
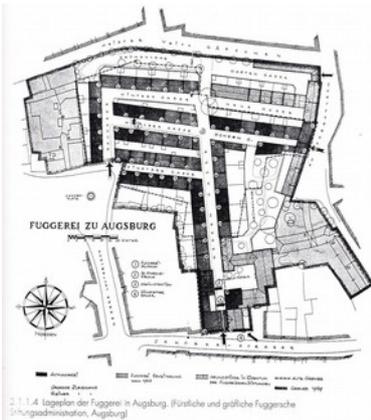


Abb. 1: Heiligen-Geist-Hospital, Lübeck, 1286, Vogelschau  
 Abb. 2: Heiligen-Geist-Hospital, Lübeck, 1286, Grundriss  
 Abb. 3: Heiligen-Geist-Hospital, Lübeck, 1286, Innenraum

<sup>4</sup> Luscher 1994, 1.

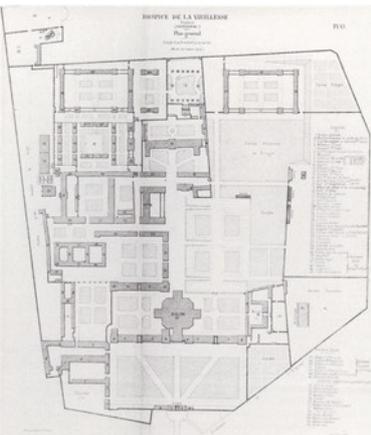
<sup>5</sup> Vgl. Marquardt 2006, 9.



### Bürgerliche Pflege

Mit der Aufklärung und der Säkularisierung übernahm das Bürgertum die Fürsorge der Armen, Alten und Kranken. Initiativen der Kommune, Wohlfahrtsverbände und private Stiftungen widmeten sich der Versorgung der Alten und errichteten Altenwohnheime, die sich oft durch „straffe Hausordnung, einfachste Unterbringung und Versorgung unter weitgehender Reduzierung persönlicher Freiheit“<sup>7</sup> kennzeichneten. Aus der privaten Finanzierung der Kaufmannsfamilie Fugger stammt die Sozialsiedlung Fuggerei in Augsburg, die 1519 errichtet und noch heute bewohnt wird. Das Ensemble wurde als Stadt innerhalb der Stadt konzipiert und von einer Mauer umgeben die sich an drei Toren nach Augsburg öffnet. Die insgesamt acht Gassen werden von Zweigeschossigen Häusern gebildet, deren Grundrisse weitgehend standardisiert wurden. Hier fanden armutsbedrohte Tagelöhner und erkrankte Arbeiter sowie „würdige Arme“ (keine Bettler) ihren Platz.

### Ausgangspunkt der Geriatrie



1656 wurde das Krankenhaus Hôpital de la Salpêtrière in Paris auf Geheiß des Königs Ludwig XIV. eingerichtet. Der Name leitet sich von der früheren Nutzung des Geländes ab. Um Geld zu sparen, wurde die einst genutzte Salpeter-Fabrik zu Herstellung von Schießpulver zu einem Haus für die Armen und Kranken umgestaltet.<sup>8</sup> Es konnte bis zu 8.000 Insassen beherbergen, unter denen sich „[...] Alte, Bettler, Geschlechtskranke, Prostituierte, gescheiterte Selbstmörder, Epileptiker, Demente und chronisch Kranke,“<sup>9</sup> befanden. Viele der Insassen wurden auf richterlichen Beschluss eingewiesen, um so das „Übel“ fern von den Pariser Straßen zu halten. Bekannt wurde die Einrichtung durch die Erforschung unterschiedlicher Nervenleiden wie der damaligen Modekrankheit Hysterie, zudem entwickelte sich das ebenso angesiedelte Alterskrankenhaus zum Ausgangspunkt der Geriatrie. Dies wurde die Wirkungsstätte des französischen Psychiaters Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), der die „Démence sénile“ definierte und diese pathologische Erscheinung von den typischen Alterserscheinungen erstmals unterschied.<sup>10</sup>

62 Paris, Hôpital de la Salpêtrière für Frauen. 1656 gegründet von Louis XIV. Grundriß nach Husson 1862

Abb. 4: Fuggerei, Augsburg, 1521, Vogelschau

Abb. 5: Fuggerei, Augsburg, 1521, Übersichtsplan

Abb. 6: Hospice de la Salpêtrière, Paris, 1656, Ansicht

Abb. 7: Hospice de la Salpêtrière, Paris, 1656, Übersichtsplan

6 Vgl. Luscher 1994, 3.

7 Lorenz 1994, 10.

8 Vgl. Jetter 1986, 149.

9 Hôpital de la Salpêtrière.

10 Vgl. Lauscher 1994, 6.

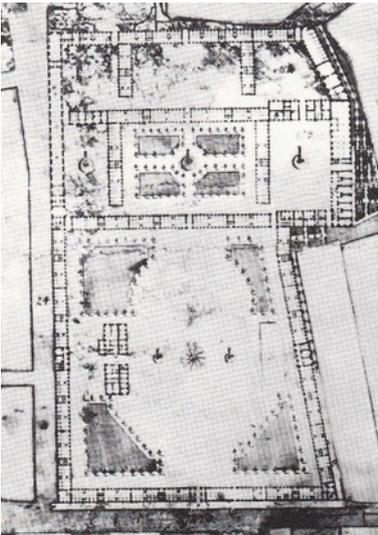
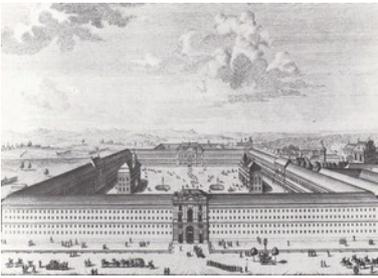
Emil Kraepelin (1855 - 1926), der später auch die Entdeckung von Alois Alzheimer als „Alzheimer Krankheit“ in seinen Lehrbüchern einführte, stellte die senile Demenz als „fortschreitende Verblödung“ unter die „erworbenen Schwächezustände“ und beschrieb die Grundsymptome der Erkrankung:

1. Erste Anzeichen der Erkrankung ab dem 60. Lebensjahr.
2. Auftretende Gedächtnislücken bei neuen Informationen, jedoch ein funktionierendes Altgedächtnis.
3. Persönlichkeitswandel und emotionale Veränderungen wie Gereiztheit, Ungeduld und Egoismus.
4. Einen gesteigerten Sexualtrieb.
5. Im fortschreitenden Verlauf Schwächezustände und der Tod.

Die Ärzte sahen die Lebensführung als Auslöser der Krankheit und empfahlen zur Behandlung beruhigende Medikamente und Diäten.<sup>11</sup> Als unheilbare Krankheit definiert, verloren die Ärzte das Interesse an der Behandlung der Alten und demenziell Erkrankten und widmeten sich gesellschaftlich relevanten Fragen wie Unfällen und akuten Erkrankungen.

11 Vgl. Lauscher 1994, 7.

## Industrielle Revolution



Mit den Folgen der Industriellen Revolution löste sich der Familienbund immer weiter auf. Die Jungen zogen auf der Suche nach Arbeitsplätzen in die Städte und es bildeten sich immer mehr Kleinfamilien. Die Alten blieben zurück und waren auf sich allein gestellt. Gleichzeitig entwickelte sich eine leistungsorientierte Gesellschaft, die die Personen die ihren Beitrag nicht leisten konnten (Alte, Kranke, Behinderte, Kriegsversehrte) von der Gesellschaft „ausgesperrte“. „Alle die den Produktionsprozess stören, indem sie nicht mithalten, werden als Randgruppe ausgesondert“<sup>12</sup>. Wie auch Michel Foucault, der unter anderem die Krankenhäuser und Altenheime als Heterotopien, also andere Räume innerhalb der Gesellschaft beschreibt, veranschaulicht Christian Luscher die Rolle der Anstalten zur Zeit der Jahrhundertwende. „Die Heil- und Pflegeanstalten bildeten eine Welt für sich, Kontakte zur Außenwelt waren kaum vorhanden. Um die Jahrhundertwende waren sie heillos überbelegt, erfüllten aber immer noch ihre Aufgabe, psychisch Kranke aus der Gesellschaft auszugrenzen.“<sup>13</sup> Um die Randgruppen zu beherbergen veranlasste Kaiser Leopold I. 1724 den Bau des *Großarmen- und Invalidenhauses* in Wien (heute: Altes Wiener AKH). Die viergeschossigen Gebäudeflügel umfassten anfangs einen Innenhof, der im Laufe der Jahre ständig erweitert wurde. 1724 lebten innerhalb der Mauern von der Stadt abgeschnitten, knapp 2.000 Personen, unter ihnen Arme, Alte, Obdachlose, Kranke, Invaliden, Studenten und auch Kinder.<sup>14</sup> Mit der Gründung des Narrenturms 1784, entstand in Wien die erste Irrenabteilung, die sich auf die Erforschung psychischer Erkrankungen spezialisierte. Durch die zunehmend schlechteren Wohn- und Lebensverhältnisse der Bevölkerung mussten die Krankenhäuser ständig erweitert werden um die Hilfesuchenden zu beherbergen. So verdoppelte sich in Frankreich die Anzahl der Betten, innerhalb von nur 30 Jahren (1870-1900), auf 370.000 Plätze.<sup>15</sup> Zu dieser Zeit entdeckten die Anstaltspsychiater der Kreisirrenanstalt Erlangen „die wohl heilende Wirkung“ von Beschäftigung, wie z.B. Holzhacken, auf chronisch Erkrankte, zu denen auch die Demenzkranken gezählt wurden.<sup>16</sup>

1906 beschrieb der deutsche Psychiater Alois Alzheimer den Fall seiner Patientin Auguste Deter. Seine Erkenntnisse, die sich nicht nur auf Beobachtung, sondern auch auf pathologischen Untersuchungen stützten, wurden später als *Alzheimer Krankheit* bezeichnet und anerkannt. „Sobald eine biologische Störung nicht mehr als Verhaltensabweichung sondern als Krankheit definiert wird [dies ist meist eine Entscheidung der Gesellschaft - Anm. d. Verf.] wird sie [...] erfaßt und behandelt.“<sup>17</sup>

Abb. 8: Großarmen- und Invalidenhaus, Wien, 1724, Vogelschau

Abb. 9: Großarmen- und Invalidenhaus, Wien, 1724, Übersichtsplan

12 Luscher 1994, 13.

13 Ebda., 7.

14 Vgl. Jetter 1986, 152.

15 Vgl. Luscher 1994, 4.

16 Vgl. Ebda.

17 Labisch 1992, 18.

### Nach dem ersten Weltkrieg

Nach dem ersten Weltkrieg stieg die Zahl der bedürftigen Armen stark an. Es wurden viele Heime gebaut deren Bauform und Ausstattung - Mehrbettzimmer, enge Flure, Gemeinschaftstoiletten, monotone Gestaltung - bis zum Ende des zweiten Weltkriegs erhalten blieb.

Jedoch änderte sich der Umgang mit Alten und Erkrankten in der Zeit des Nationalsozialismus enorm. Durch die Aktion T4 wurde jedes „unwürdige Leben“, dazu zählten körperlich sowie geistig Behinderte und psychisch Erkrankte, systematisch vernichtet. Da innerhalb des Regimes die Versorgung der Soldaten den Vorrang hatte, wurde schon bald die Fürsorge der Alten als Verschwendung angesehen. Die Aktion T4 wurde von den Führungsriege 1941 abgebrochen, nachdem „die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ in der Bevölkerung in einem Maße auf Ablehnung stieß, die sie nicht vorausgesehen hatten.“<sup>18</sup> Um der Versorgung trotzdem Herr zu werden, wurde in den Einrichtungen die sogenannte B-Kost eingeführt, eine vitamin- und eiweißarme Nahrung, wodurch viele im Einzugsbereich der Altenheime durch Unterernährung starben.

Abseits dieser Entwicklung gab es auch andere Bemühungen wie die der Henry und Emma Budge Stiftung zeigen. Das jüdische Ehepaar, Henry und Emma Budge, stiftete Frankfurt ein Altenheim für Juden und Christen nach den hygienisch-medizinischen Erkenntnissen der Zeit. Bei den 1930, nach den Plänen von Ferdinand Kramer, Erika Habermann, Mart Stam und Werner Max Moser, errichteten Bau, wurden einige Prinzipien der klassischen modernen Architektur, wie Licht und Luft, berücksichtigt. Die Ziele der Architekten nach „optimale[r] Besonnung und direkter Freiraumbezug für die einzelnen, in sich abgeschlossenen Wohneinheiten; rationelle Bewirtschaftung der Gesamtanlage durch kurze Wege zum zentralen Gemeinschaftsbereich“<sup>19</sup> sind klar erkennbar. So besteht der zweigeschossige Bau, aus zwei parallelen Wohnzeilen, die durch einen mittig platzierten Querbau verbunden werden. Jede der 100 Wohneinheiten ist nach Süden orientiert und besitzt einen privaten Außenraum. Zudem wurde eine große Speisesaal mit angeschlossener Heimküche, als Gemeinschaftsbereich vorgesehen. Ursprünglich konnte die Anlage nach Norden erweitert werden.

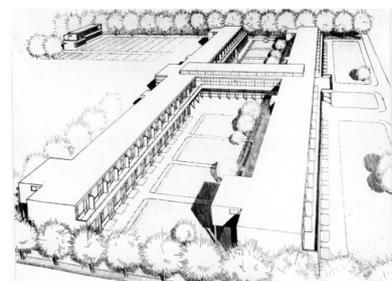
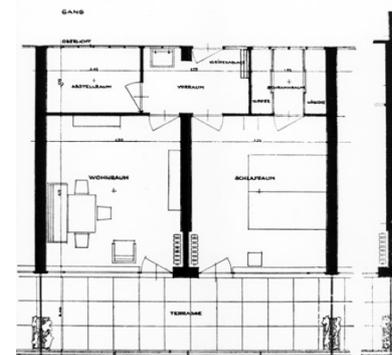


Abb. 10: Henry und Emma Budge Altenheim, Frankfurt, 1930

Abb. 11: Henry und Emma Budge Altenheim, Frankfurt, 1930, Wohnungsgrundriss

Abb. 12: Henry und Emma Budge Altenheim, Frankfurt, 1930, Entwurf

18 Vgl. Luscher 1994, 11.

19 Lorenz 1994, 11.

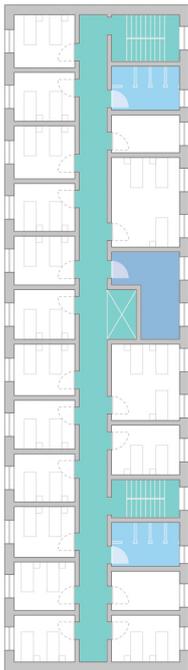
## Nach dem zweiten Weltkrieg

Auch nach 1945 wurden die Alten als Randgruppe stigmatisiert. Das Altersbild wurde von der gesellschaftlichen Norm festgelegt und hat Einfluss auf die Fremd- sowie die Selbsteinschätzung der Personen, die einen alten Menschen im Heim als krank und schwach betrachteten.<sup>20</sup> Der Psychologe Wolf Wolfensberger beschreibt diese Einstellung als neuen Genozid an den Alten und Behinderten und definiert die Haltung als „strukturelle Gewalt“.<sup>21</sup> Die Bevölkerung entwickelte eine allgemeine gerontophobe Haltung, die das Verhalten gegenüber den Alten bestimmte.

### 1. Generation

#### 1. Generation

Anstaltskonzept  
Leitbild: Verwahranstalt



Während 1/3 der Bevölkerung in Mehrgenerationen-Haushalten lebte, wuchs mit der Zeit des Wirtschaftswunder der Trend zur Kleinfamilie weiter an. Um der steigende Zahl der Alten und deren Bedürfnis nach Wohnraum zu begegnen, wurden staatlich geförderte Programme entwickelt, die jedoch enge ökonomische Grenzen setzten. Die damals entstandene Gebäudetypologie wird als die erste Generation der Heimbauten bezeichnet. Sie entsprachen dem Leitbild einer Verwahranstalt und zeichneten sich durch eine hohe Belegungsdichte sowie räumliche Enge aus. Zudem gibt es keine Wohn- und Gemeinschaftsräume für die Bewohner, die als Insassen bezeichnet wurden. Um der hohen Nachfrage an Alten- und Pflegeplätzen zu genügen, wurden 2 bis 6 Bettzimmer vorgesehen, die jede Privatsphäre verhinderten. Erving Goffman, ein kanadischer Soziologe, bezeichnet diese Art der Unterbringung als „totale Institution“ und beschreibt das Machtgefälle zwischen Personal und Bewohnern, das zu einem Verlust der Kontrolle und der Identität, der Bewohner führen kann.<sup>22</sup>

Zwischen den Jahren 1960 bis 1980 verdreifachten sich die Altenheim- und Pflegeplätze und somit auch der Bedarf an Pflegekräften. Da sich der Einsatz von ausgebildeten Krankenschwestern langfristig als zu kostspielig erwies, wurden vor allem unausgebildete Frauen für die Pfl egetätigkeiten angestellt. Diese konnten im Vergleich zu Männern günstiger entlohnt werden und entsprachen dem damaligen von gesellschaftlichen Vorstellungen geprägten Frauenbild, deren weiblichen Eigenschaften den Anforderungen des Pflegeberufs entsprachen. Ende 1950 wurden erste betriebsinterne Schulungen veranstaltet, bis 1960 entsteht das Berufsbild des Altenpflegepersonals mit staatlicher Prüfung.<sup>23</sup>

<sup>20</sup> Vgl. Wahl/Reichert 1994, 31.

<sup>21</sup> Vgl. Luscher 1994, 12.

<sup>22</sup> Vgl. Wahl/Reichert 1994, 34.

<sup>23</sup> Vgl. Geschichte der Altenpflege.

## 2. Generation

Die Entwicklung der zweiten Generation von Pflegebauten reagierte auf die Missstände des typologischen Vorläufers. „Es wurden vorrangig Vorkehrungen getroffen, welche die Pflege Bettlägriger erleichtert“<sup>24</sup> und sich auf die Optimierung der betrieblichen Abläufe konzentriert. Die Bauten zeichneten sich durch eine monotone Gestaltung aus, die den Bewohnern, die als Patienten bezeichnet wurden, weder Privatheit noch Gemeinschaft boten. Dem Leitbild des Krankenhauses entsprechend wirkten die Räumlichkeiten technisch und im Hinblick auf pflegehygienische Tätigkeiten optimiert. Zudem ließen sie kein Gefühl von Wohnlichkeit oder guter Lebensqualität zu. Die Pflegetätigkeiten, die in diesen vom Krankenhaus inspirierten Einrichtungen geleistet wurden, haben sich dem Heilen der Alterserscheinungen verschrieben. Dazu wurde die reaktivierende defizitorientierte Pflege entwickelt, die die Funktionsmängel des Alters zu beheben versuchte. Von den Forschungsergebnissen der Geriatrien der 50er Jahre wurden Therapieansätze abgeleitet, die in vielen Häusern Verwendung fanden. So auch die Hydrotherapie, eine Behandlung für akute und chronische Beschwerden, die sich auf Bäder, Aufgüsse und Dämpfe spezialisierte. Die Therapieräume wurden außerhalb der Stationen (meist im Untergeschoss) eingerichtet und wegen der langen umständlichen Wegführung vieler Orts kaum genutzt.

Zur gleichen Zeit entwickelte sich ein neuer Organisationstyp, das Dreistufenheim. Ein Zusammenschluss von angepassten Altenwohnungen für selbständige Senioren, einem Altenwohnheim sowie einem Pflegeheim, das den Wechsel der Bewohner bei zunehmender Pflegebedürftigkeit innerhalb der Einrichtung zulässt. Diesem Konzept geht der Gedanke voraus, einen Ortswechsel im Alter zu vermeiden, der eine hohe Belastung für viele Ältere darstellt [siehe Kap.: 4. Ortswechsel Alten-/ Pflegeheim]. Jedoch kamen diese enormen Einrichtungen, die nur am Stadtrand errichtet werden konnten, einer „Ghettoisierung“ gleich, da keine Durchmischung oder Nähe zu anderen Bevölkerungsgruppen erreicht werden konnte.<sup>25</sup>

### 2. Generation

Stationskonzept  
Leitbild: Krankenhaus

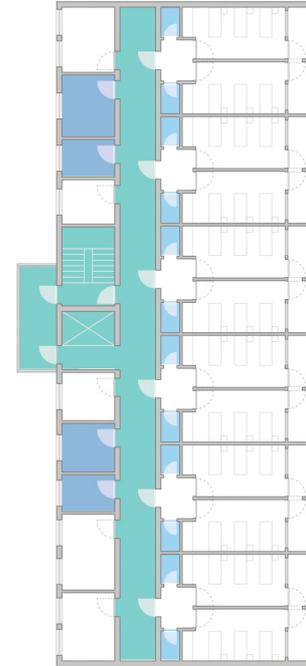
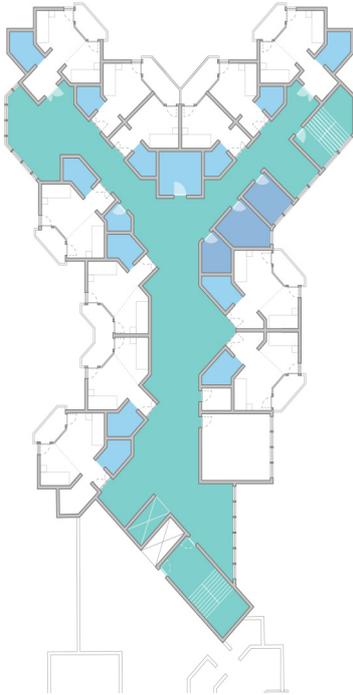


Abb. 14: Darstellung 2. Generation, Stationskonzept

### 3. Generation

#### 3. Generation

Wohnbereichskonzept  
Leitbild: Wohnheim



Die nächste Entwicklungsstufe, die dritte Generation der Pflegeheimtypologie, stellte einen Paradigmenwechsel dar, der sich auf die Erkenntnisse der ökologischen Gerontologie [siehe Kap.: 5 Aspekte der ökologischen Gerontologie] stützte. Obwohl die Einflüsse der Umwelt auf den Menschen in den USA der 1920er als prägnantes Forschungsthema entdeckt wurde, setzt sich die ökologische Gerontologie im deutschsprachigen Raum erst zwischen 1960 und 1970 durch. Die Forschungen zeigten, dass die Optimierung der Mensch-Umwelt-Beziehung [siehe Kap.: 5.1.1 Die Mensch-Umwelt-Beziehungen] einen positiven Effekt auf das Verhalten und das Wohlbefinden der Bewohner hat. „Die Botschaft war: Krankheiten und psychosomatische Leiden lassen sich durch Veränderung der Umweltbedingungen ebenfalls oder sogar effizienter lindern als durch traditionelle medizinische Behandlungen, Einnehmen von Medikamenten oder Psychotherapie.“<sup>26</sup> Dies stellt die Anfänge der „Milieuthherapie“ [siehe Kap.: 5.1.1.5.1 Milieuthherapie ] dar.

Da sich die Entwicklung der Einrichtung nicht mehr an den Missständen der Vergangenheit orientierte, sondern sich aus den Bedürfnissen der Bewohner herausbildete, entstand das Leitbild des Wohnens, das auf die Personen aktivierend wirkt. Die einzelnen Pflegestationen werden auf auf 20 bis 40 Personen reduziert und als kleine Wohngruppen zu einem großen Bau addiert. Die neuen Wohneinheiten, die ein privates Badezimmer besitzen, das den Bewohnern eine selbstständige Körperpflege ermöglicht, fördern die Wohnlichkeit, Individualität und Privatheit, die bei alten Konzepten vermisst wurden. Auch die Arbeit von Eva Kahana, einer amerikanischen Gerontologin, die erkannte, dass eine angepasste Umgebung die Bewohner aktiviert und somit die Selbstständigkeit länger erhalten werden kann, unterstützte die Entwicklung des Wohnbereichskonzepts [siehe Kap.: 3.3.1 Wohnbereichskonzept].<sup>27</sup>

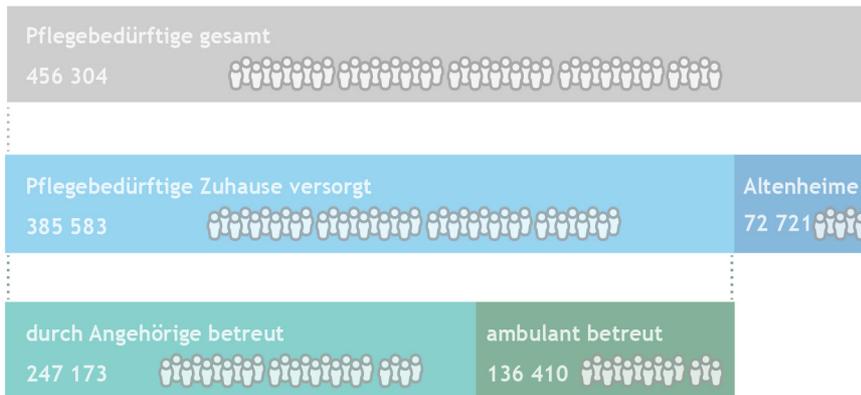
Da der Finanzierungsbedarf der Heim- und Pflegeeinrichtungen laufend steigt, entwickeln sich parallel dazu Alternativen wie ambulante Betreuungsdienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen oder betreutes Wohnen, die die Erhaltung der Selbstständigkeit innerhalb der eigenen Wohnung fördern. Mit der 1994 eingeführten *ÖNORM B 1601 - spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen, Planungsgrundsätze*, wird der Bau altersgerechter Wohnungen innerhalb des geförderten Wohnbaus unterstützt.

Abb. 15: Darstellung 3. Generation,  
Wohnbereichskonzept

<sup>25</sup> Vgl. Lorenz 1994, 13.

<sup>26</sup> Flade 2008, 17.

<sup>27</sup> Vgl. Wahl/ Reichert 1994, 28f.



Dieser Trend hält bis heute an und zeigt, dass viele ältere Menschen in Selbstständigkeit in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus leben. Sogar bei eintretender Pflegebedürftigkeit könnten die Personen gepflegt werden. Jedoch wurde der Ausbau ambulanter Pflegedienste und dezentralen Teilzeitpflegeplätze noch nicht flächendeckend realisiert. Diese Entwicklung führt zu einer Veränderung der Heimbewohner, während mobile und rüstige Rentner sich überwiegend für alternative Wohnmodelle fern ab der institutionellen Einrichtungen entscheiden, stellen nun vor allem pflegebedürftige und demenziell Erkrankte den Großteil der heutigen Heimbewohner dar.

#### 4. Generation

Um sich deren Bedürfnissen optimal anzupassen, wurde die vierte Generation der Heimbauten entwickelt, die mit dem Leitbild: Familie, den Bewohner in den Mittelpunkt stellt. Da die optimale Pflege demenzkranker Personen viel Zuwendung erfordert, werden die Wohngruppen auf 8 bis 12 Personen beschränkt. Zudem fühlen sich die Bewohner durch das biografieorientierte Betreuungskonzept [siehe Kap.: 5.1.1.5.2 Biografiearbeit] geborgen und nehmen die Umwelt als ihr Zuhause an. Um das Gefühl von Normalität vermitteln zu können, wird auf die zentralen Versorgungssysteme, wie Großküche, Wäscherei, etc. verzichtet und gemeinsam mit den Bewohner (auf Freiwilligenbasis) erledigt. Dieses Hausgemeinschaftskonzept [siehe Kap.: 3.3.2 Hausgemeinschaftskonzept] legt großen Wert auf das Wohlbefinden der Bewohner. Jedoch zeigt diese Organisation auch positive Auswirkungen auf das Pflegepersonal.

Mit den Erkenntnissen der ökologischen Gerontologie zeigte sich auch, dass das Pflegepersonal einen wichtigen Einflussfaktor im Bezug auf das Wohlbefinden der Bewohner darstellt. Die Pflegenden rückten immer mehr ins Interesse der Forschung, die den Zusammenhang von Arbeitsbedingung und Pflegeleistungen erkannte [siehe Kap.: 6.3 Die Pflegenden]

#### 4. Generation

Hausgemeinschaftskonzept  
Leitbild: Familie

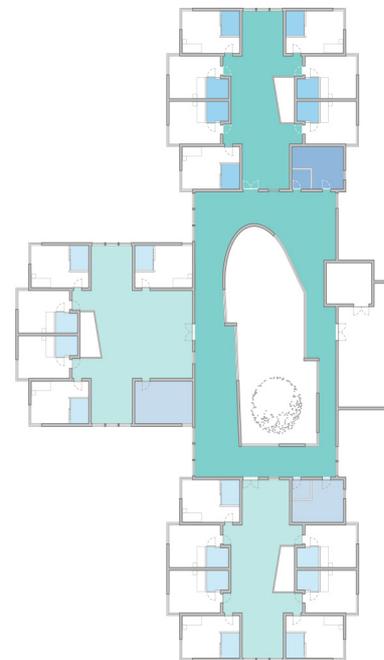
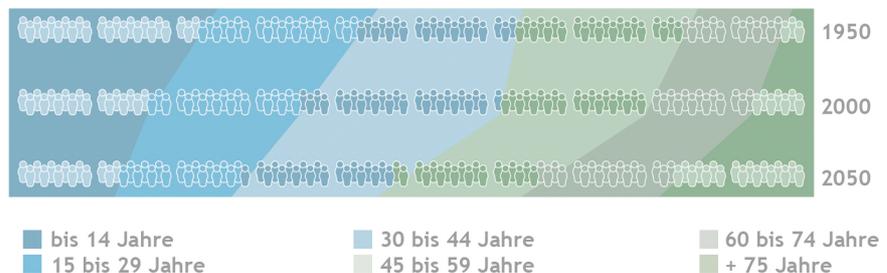


Abb. 16: Darstellung der Pflegebetreuung in Österreich  
Abb. 17: Darstellung 4.Generation, Hausgemeinschaftskonzept

## Entwicklung

Trotz des positiven Fortschritts der Pflege bleibt das Thema auch in Zukunft eine zentrale Frage der Gesellschaft. Das breite Angebot an Betreuungseinrichtungen sowie die Konzepte der Wohn- und Hausgemeinschaft stellen für viele Ältere eine entsprechende Wohnlösung dar, jedoch ist ein flächendeckender Ausbau noch lange nicht gegeben. Zudem stellt die Finanzierung der Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der Zukunft eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar. Seit Jahren werden ungünstige Veränderungen in der Bevölkerungsverteilung und somit des bestehenden Sozialsystems beobachtet.

Während die Geburtenrate stetig sinkt, steigt gleichzeitig die durchschnittliche Lebenserwartung an.<sup>28</sup> Dies führt dazu, dass im Jahr 2050 schon 34% der Bevölkerung über 60 Jahre und rund 17% über 75 Jahre sein werden. Weiters wird mit 11.600 Hundertjährigen (0,18%) gerechnet „bei einer Gesamtbevölkerung, die von rund acht Millionen auf dann 6,4 Millionen zurückgehen wird.“<sup>29</sup> Laut dem derzeitigen Geburtentrend bekommt eine europäische Frau im Durchschnitt 1,53 Kinder.<sup>30</sup> Das bedeutet, dass die Population jeder nachfolgenden Generation um ein Drittel weniger sein wird als die vorhergehende.



Zuweilen blickt man besorgt auf die Zeit, in der die „Babyboomer-Generation“ das Rentenalter erreicht. Die nachfolgenden kinderärmeren Generationen werden die entstehenden Anforderungen im Renten- sowie dem Pflegesystem, wenn es keine grundlegenden Änderungen gibt, kaum bewältigen können.<sup>31</sup> Als eine Chance zur Stabilisierung des Systems, wird die Zuwanderung junger Arbeitskräfte gesehen.

Doch nicht nur die alternde Bevölkerung, sondern auch die wachsende Wahrscheinlichkeit im Alter an Demenz zu Erkranken, stellt die Gesellschaft vor eine weitere Herausforderung. Die Erkrankung tritt ab dem 65. Lebensjahr auf, somit ist nach, Prof. Dr. Eckhard Mandelkow, einem Alzheimerforscher, „[d]er wichtigste Risikofaktor [...] das Altern.“<sup>32</sup> Nur etwa 3% der Betroffenen sind unterhalb dieser

28 Vgl. Sütterlin 2011, 3.

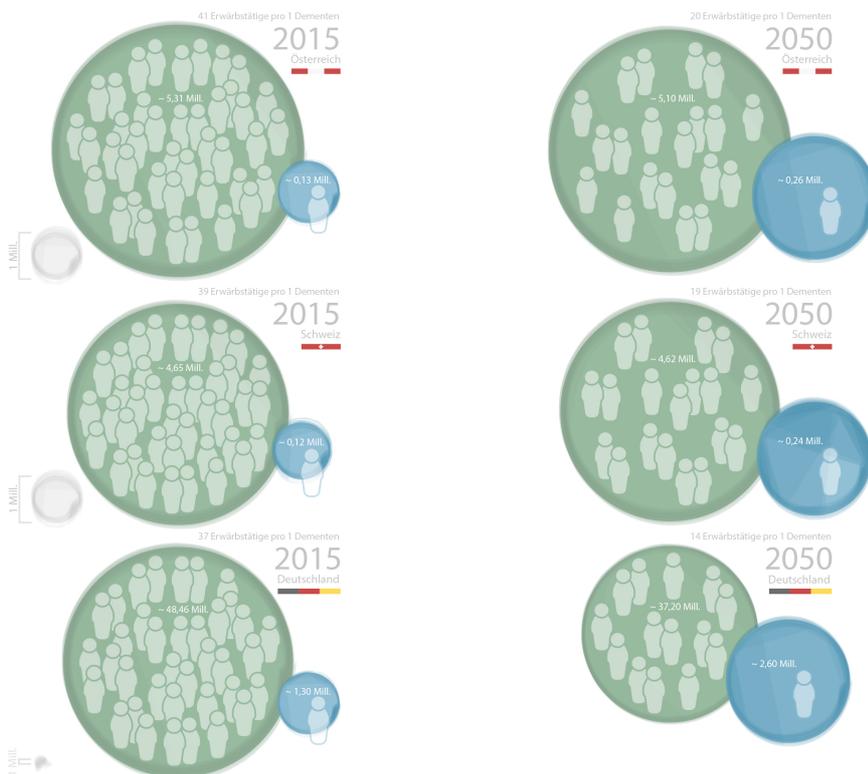
29 Lehr 2007, 24.

30 Vgl. Ebda., 25.

31 Vgl. Sütterlin 2011, 3.

32 Max-Planck-Gesellschaft, o.S.

Altersgrenze angesiedelt. Die tatsächliche Anzahl von Demenzerkrankten ist jedoch schwer zu ermitteln. Aktuelle Schätzungen ergeben, dass in Österreich 130.000 Menschen an Demenz leiden. In der Schweiz werden die Betroffenen auf 120.000 Personen und in Deutschland auf 1,3 Millionen Erkrankte geschätzt. Daraus ergibt sich ein Durchschnittsverhältnis von 1.500 Erkrankten pro 100.000 Einwohnern.<sup>33</sup> Die Zahl der Neuerkrankungen liegt bei ca. 31.000 Personen, das entspricht einem Wachstum von 2%, jährlich.<sup>34</sup> Laut den Prognosen des *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung* werden sich die Betroffenen in Österreich und der Schweiz bis zum Jahr 2050 verdoppeln. In Ländern wie Deutschland, die wenig Verjüngung durch Zuwanderung aufweisen, wird sich die Lage noch drastischer entwickeln.



Optimistischere Stimmen rechnen mit einem weit weniger drastischen Anstieg der Demenzerkrankten, da sich erstens die Forschung sowie Früherkennung und Medikamentierung verbessert hat und zweitens sich der Lebensstil der jüngeren Generationen stark verändert hat.<sup>35</sup> Der Trend zu einer bewussteren sowie gesünderen Lebensführung sowie die ständige Selbstopтимierung und das live-long-learning fordern die Hirnstruktur und bieten neuronale Reserven [siehe Kap.: 8.2 Das Gedächtnis im Alter], die einer Erkrankung entgegen wirken.

Die bevorstehende Veränderung der Bevölkerung wird auch eine Veränderung der Betreuungskonzepte bzw. der Lebenskonzepte mit sich

33 Vgl. Sütterlin 2011, 3.

34 Vgl. Held/ Ermini-Fünfschilling 2006, 95.

35 Vgl. Marquardt 2006, 3.

Abb. 19: Darstellung Entwicklung Erwerbstätige pro 1 Demenzen in Österreich, Schweiz, Deutschland

bringen. Durch den Ausbau von ambulanten Betreuungen können ältere Menschen in ihrer eigenen Wohnumgebung langfristige Unterstützung finden. Schwerwiegendere Erkrankungen wie sie Demenz darstellt, benötigen ein angepasstes Wohnumfeld mit entsprechender Unterstützung. Diese Bauten müssen an die Bedürfnisse der Erkrankten angepasst sein. Um Nachhaltigkeit garantieren zu können, muss auf die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit Rücksicht genommen werden, um auch den Bedürfnissen künftiger Bewohner zu entsprechen.

Wie und welchen Bedürfnissen Rechnung getragen werden muss wird in den folgenden Kapitel behandelt.





### 3 Wohnsituation

Da sich die Gestaltung der Einrichtungen am heutigen Pflegeleitkonzept „Wohnen“ orientieren, möchte ich in diesem Kapitel die grundlegenden Wohnbedürfnisse der älteren Generation beschreiben und welche Faktoren zu einer Änderung ihres Lebensraum führen.

Der Architekt Josef Bernhofer erwähnt in seiner Dissertation zum Thema „Gerontologische Architektur“, dass sich durch die unterschiedlichen Lebenserfahrungen der älteren Generation eine stark heterogene Gruppe ergibt und die Vielfalt der Lebensmodelle das Empfinden von Wohnqualität und Wohnstandard maßgeblich beeinflusst.<sup>36</sup> So stellen Personen aus verschiedenen sozialen Schichten, kultureller Herkunft, familiären Situationen usw. andere Ansprüche an ihren Wohnraum. Dies kann sich in der Wohnungsgröße zeigen, z.B. besitzt in Österreich das durchschnittliche Eigentums Haus rund 139,5 m<sup>2</sup> und ist somit geräumiger wie eine durchschnittliche Gemeindewohnung mit 61,1 m<sup>2</sup>.<sup>37</sup> Aber auch in der Ausstattung und der Gestaltung des Innenraums der aufgrund der Herkunft der Bewohner, z.B. eines städtischen oder ländlichen Umfelds, eine andere Form von Identität/ Gemütlichkeit vermittelt. So bemerkt auch der Philosoph Otto Friedrich Bollnow dass „[...] sich die Erinnerung an die verschiedenen Wohnungen, in denen der Mensch gelebt hat, vor allem die ersten Erfahrungen des Wohnens im elterlichen Haus zu einem Urbild des Hauses verdichten.“<sup>38</sup> Der Einfluss der kindlichen Wohnerfahrungen kann einen Menschen bis ins Erwachsenenalter begleiten<sup>39</sup> [siehe Kap.: 5.1.1.4 Orts-Bindung].



36 Vgl. Bernhofer 2007, 47.

37 Vgl. Statistik Austria 2014, 29.

38 Bollnow 1997, 133.

39 Vgl. Flade 2008, 24.

Abb. 20: Beispiel Küche, städtisch geprägtes Umfeld

Abb. 21: Beispiel Küche, ländlich geprägtes Umfeld

### 3.1 Wohnbedürfnisse im Alter

„Die Lebensweisen und Interessen älterer Menschen sind höchst unterschiedlich. Die Grundorientierungen, Werte und Einstellungen der verschiedenen sozialen Milieus bleiben erhalten und gleichzeitig ist gerade auch unter alten Menschen eine Individualisierung der Lebensstile zu beobachten.“<sup>40</sup> Doch trotz der vielen Unterschiede lassen sich doch einige grundlegende Faktoren definieren, die von älteren Menschen genannt werden, die die Qualität ihres Wohnraums bestimmen. Zu diesen Faktoren zählen neben der Möglichkeit des selbstbestimmten Lebens und der Privatsphäre auch die vertraute Umgebung sowie der soziale Kontakt zu Nachbarn und Freunden, aber auch das Gefühl der Sicherheit die eine Eigentumswohnung mit sich bringt.<sup>41</sup>

#### 3.1.1 Selbstbestimmung

Die selbstbestimmte Lebensgestaltung ist ein wichtiger Faktor im Leben jedes Menschen. Nach vielen Jahren der Eigenständigkeit, in denen Entscheidungen getroffen, Kinder großgezogen und versorgt, Geld verdient und Arbeiten verrichtet wurden, entwickeln viele ältere Menschen die Befürchtung nicht mehr gebraucht zu werden oder schlimmer, selbst Hilfe zu benötigen. Die eigenständige Organisation des Haushalts bestätigt die Bewohner in ihren Fähigkeiten und vermittelt ihnen Sicherheit.

Die Konzentration auf die eigene Wohnung zeigt sich bei vielen älteren Menschen in einer Reduzierung des räumlichen Aktionsradius.<sup>42</sup> Diese Vermeidung der Außenwelt kann aber auch körperliche und unter Umständen psychische Gründe haben. Die Wohnung wird langsam zum Lebensmittelpunkt und ein geliebter Rückzugsort.<sup>43</sup>

Um die Selbstständigkeit und das Leben in der eigenen Wohnung auch bei körperlichen Einschränkungen zu erhalten, sollte der Wohnraum wenn möglich an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst werden. So kann das Badezimmer mit Haltegriffen und einer schwellenlosen Dusche ausgestattet, rutschfeste Bodenbeläge verlegt und Türschwellen sowie Teppichkanten, die die höchste Stolpergefahr darstellen, kaschiert werden.

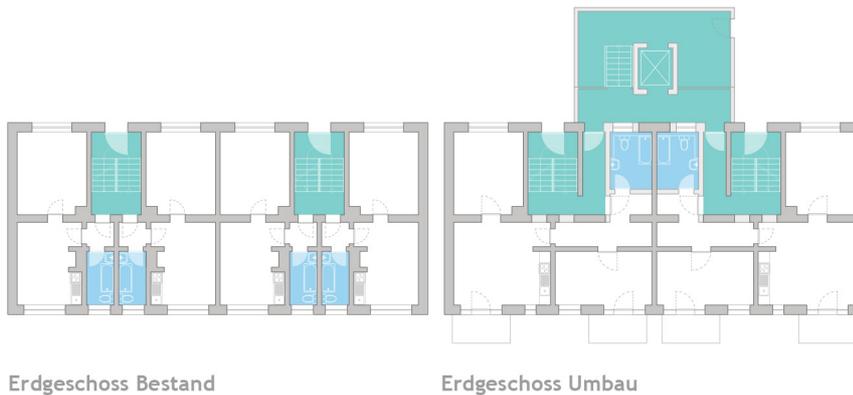
40 Flade 2008, 280.

41 Vgl. Kaiser 2012, 9.

42 Vgl. Flade 2008, 290.

43 Vgl. Scheu 2002, 5. - Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, 70.

Da die Barrierefreiheit bei vielen älteren Geschossbauten eine untergeordnete Rolle spielte, müssten auch die Erschließungen der Obergeschosse entsprechend umgeplant werden. Das Beispiel (Abb.22) zeigt einen möglichen Umbau der Erschließungssituation. Durch den vorgestellten Erschließungsturm, der einen Lift beinhaltet, können die Wohnungen ungehindert erreicht werden. Durch die Zusammenlegung zweier Wohnungen entsteht eine großzügige rollstuhlgerechte Wohnung.



### 3.1.2 Sozialer Kontakt

Im Alter steigt der Anteil der Einpersonenhaushalte, besonders älterer Frauen, die nach dem Tod ihrer Lebensgefährten meist allein bleiben. Die EU-SILC-Erhebungen (Statistics on Income and Living Conditions) der Statistik Austria zeigen, dass allein lebende Frauen stärkere soziale Bindungen außerhalb ihres Haushalts pflegen und so weniger isoliert sind wie Paare im vergleichbaren Alter.<sup>44</sup>

Soziale Isolation oder auch Einsamkeit im Alter sind Schlagworte, die aus diesem Grund im aktuellen Wohnbaudiskurs häufig genannt werden. Soziale Durchmischung und gegenseitige Nachbarschaftshilfe werden als Konzepte des zukünftigen Lebens genannt und in Pionierprojekten (z.B. Mehrgenerationenhaus Waltendorf Graz, Mehrgenerationenprojekt „Villa Emma“ Bonn) erprobt.

Abb. 22: Beispiel  
Umbaumaßnahmen zum  
barrierefreien  
Wohnungsgrundriss

44 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2012, 118.

## CASE STUDY: „Villa Emma“



1. Wohneinheit  
2. Terrasse

3. Pflegestützpunkt  
4. Tagespflege

5. Freibereich der  
Tagespflege  
6. Gästezimmer

Das Gebäude wurde von den Architekturbüro *Alte Windkunst* geplant und nach einer einjährigen Bauphase, im November 2011 von den ersten Bewohner bezogen. Die „Villa Emma“ ist ein integratives Wohnprojekt, dass mit der Mehrgenerationen-Wohngenossenschaft Amaryllis zusammenarbeitet. Durch die gebildeten Netzwerkstrukturen und die Kooperation der Bewohner des Viertels, konnten Wohnräume für selbstständige und unterstützungsbedürftige Menschen jeden Alters geschaffen werden. „Die Wohnungen stehen Menschen unabhängig von ihrem Alter, ihrer Erkrankung, ihrer Behinderung oder ihrem Einkommen zur Verfügung.“<sup>45</sup>

Die insgesamt elf Wohneinheiten zwischen 38m<sup>2</sup> bis 77m<sup>2</sup> sind barrierefrei und behindertengerecht gestaltet und werden durch einen ambulanten Pflegestützpunkt im Erdgeschoss ergänzt. Dieser Pflegedienst steht allen Nachbarn innerhalb des Quartiers zur Verfügung. Weiters befinden sich im Erdgeschoss drei Wohnungen sowie ein Gästezimmer, das je nach Bedarf angemietet werden kann. Zudem wurde ein großer Gemeinschaftsraum mit integrierter Küche vorgesehen, in dem die Bewohner gemeinsam Mahlzeiten einnehmen können.

Im Keller befindet sich eine Werkstatt sowie ein gemeinschaftlich genutzter Hauswirtschaftsraum mit Waschmaschinen, Trockner und Abstellräumen.

Abb. 24: Villa Emma, Bonn 2011,  
Ansicht

Abb. 25: Villa Emma, Bonn 2011,  
Grundriss EG

Diese Projekt stellt, durch die nachhaltige Planung und das Engagement der Nachbarn, eine alternative Wohnlösung für ältere Menschen dar. Jedoch muss die Abhängigkeit der Einrichtung von der freiwilligen Zusammenarbeit bedacht werden, die nicht als selbstverständlich erachtet werden kann. Daher stellt dieses Konzept nur einen Teil eines zukünftigen Versorgungssystems dar und keine allgemein gültige Lösung.

Dabei sollte bedacht werden, dass zwischen „sozialer Isolation“ und „Einsamkeit“ unterschieden werden muss. Soziale Isolation ist eine objektive Darstellung der sozialen Kontakte eines Menschen. Die Einsamkeit ist jedoch ein rein subjektives Empfinden. Das bedeutet, dass eine Person, die durch wenige Sozialkontakte isoliert erscheint, nicht zwangsläufig einsam ist. Dagegen kann eine andere Person mit zahlreichen sozialen Interaktionen sich trotzdem einsam fühlen.<sup>46</sup>

46 Vgl. Lehr 1977, 245.

### 3.1.3 Vertraute Umgebung

Eine vertraute Umgebung vermittelt Sicherheit und lässt ein freies Handeln zu, das wiederum das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, sich zurechtzufinden und auf unvorhergesehenes entsprechend zu reagieren, steigert.<sup>47</sup> Dieses Umweltvertrauen steht im Zusammenhang mit der Dauer des Wohnverhältnisses. Also zeigt sich, dass je länger man an einen Ort wohnt, desto vertrauter erscheinen einem die Häuser, Plätze und Straßen. „Der Mensch erinnert sich an seine Vergangenheit und die Orte in früheren Lebensphasen.“<sup>48</sup> Der gebaute Raum wird zu einem Teil der Identität, er weckt Vertrauen und Sicherheit. Diese Sicherheit ist entscheidend für die Lebensqualität älterer Personen, die laut der Österreichischen Ärztezeitung (Nr.20) oft durch Ängste getrübt wird.

„Mögliche Stressoren [die als Auslöser von Ängsten gelten - Anm. d. Verf.] im Alter sind etwa Verwitwung, Verlust sozialer Kontakte, Abnahme der Mobilität, Umzug in Betreutes Wohnen, Statusverlust durch Pensionierung, finanzielle Probleme, körperliche Erkrankungen, geringere sensorische Kapazität, kognitive Störungen [...]“<sup>49</sup>

Mit der Auflösung des bekannten Wohnverhältnisses entsteht nicht nur die Befürchtung einer Trennung von sozialen Kontakten und Aktivitäten. Da meist auch eine Verkleinerung des Lebensraums mit einem Umzug einhergeht, befürchten viele den Verlust von geliebten Gegenständen, die mit der Lebensgeschichte verknüpft sind.<sup>50</sup> Die Gestaltung der Räume ist ein Ausdruck der Persönlichkeit beziehungsweise der Identität des Bewohners<sup>51</sup> und sollte auch bei einem Wohnungswechsel ermöglicht werden.

47 Vgl. Flade 150.

48 Flade 2008, 48.

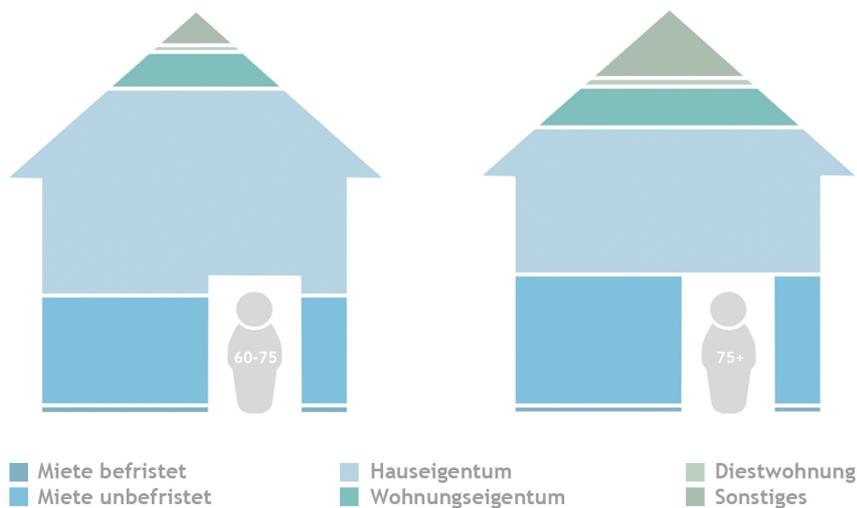
49 ÖÄZ, o.S.

50 Vgl. Bernhofer 2007, 49.

51 Vgl. Saup 1993, 9.

### 3.1.4 Kosten

Wie die Grafik (Abb.25) zeigt leben in Österreich rund 27% der 60- bis 75-Jährigen in einem unbefristeten Mietverhältnis, knapp die Hälfte dieser Altersgruppe lebt im eigenen Haus und ca. 10% in der eigenen Wohnung. In der Altersgruppe der über 75-jährigen leben ebenfalls rund 10% in der eigenen Wohnung, jedoch nur 37% im Eigenheim und knapp ein Drittel in einer unbefristeten Mietwohnung. Diese langjährigen Mietverträge haben oft einen günstigeren Hauptmietzins und sichern so einkommensschwachen Personen das Dach über den Kopf. Doch meist entsprechen diese Häuser und Wohnungen nicht den geforderten Standards älterer Menschen. So kommt es, dass einige Rentner in Wohnungen ohne Badezimmer leben und erst über einen langen Gang laufen müssen um sich zu Waschen oder die Toilette zu benutzen. Probleme ergeben sich auch durch die weit verbreiteten Ölheizungen, da in den Häusern meistens kein Lift vorhanden ist und so das notwendige Heizöl in schweren Kanistern über Treppen in die Wohnungen getragen werden muss. Rund 4,5% der über 75-jährigen (das sind 24.000 Personen) leben in einer Wohnung der Kategorie D. Das bedeutet ohne Wasserentnahmestelle oder eigener Toilette.<sup>52</sup>



Diese Lebensverhältnisse sind den älteren Bewohnern so vertraut, dass sie diese nicht als Einschränkung empfinden.<sup>53</sup> Erst wenn sich der körperliche Zustand dermaßen verschlechtert, dass ein eigenständiges Leben nicht mehr möglich ist oder eine entsprechende Alternative in Aussicht ist, entscheiden sich viele für den Umzug in ein Altenheim. „Denn die eigene Wohnung ist immer noch ein Synonym für Eigenständigkeit.“<sup>54</sup>

52 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, 74-76.

53 Vgl. Flade 2008, 283.

54 Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, 71.

Abb. 26: Darstellung Wohnverhältnisse der 60- bis 75-jährigen und der über 75-jährigen

Die aufgeführten Punkte zeigen ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit im Alter und unterschiedliche Wege wie diese erlangt werden kann. Egal ob das Gefühl der Sicherheit auf der Eigenständigkeit und dem Vertrauen in die eignen Fähigkeiten beruht, oder aus dem sozialen Netz aus Freunden, Nachbarn und Familie kommt. Auch durch eine vertraute Umgebung oder eine ausreichende finanzielle Vorsorge kann das Gefühl von Sicherheit gestärkt werden.

### 3.2 Unterstützende Wohnformen

Selbstständige Senioren verbleiben so lange als möglich in ihrer eigenen Wohnung, um in ihrer bekannten Umgebung ihr Leben zu verbringen. Dadurch verschwindet das Modell des Altenheims immer mehr zugunsten des Pflegeheims.<sup>55</sup>

Erst durch das Eintreten einer ernsten Erkrankung oder Ähnlichem werden vielen älteren Menschen die baulichen Einschränkungen der privaten Wohnung bewusst. Das tägliche Leben wird unter anderem durch das Treppensteigen immer beschwerlicher und die Schwellen bei Türen und Böden bergen eine erhöhte Sturzgefahr. Auch das Fehlen von Haltegriffen in den Badezimmern oder Handläufen bei langen Gängen, die geschwächte Personen stützen können, sind im konventionellen Wohnungsbau nicht zu finden.

Können diese baulichen Hindernisse nicht mehr eigenständig bewältigt werden, wird meist ein Umzug in eine betreute Einrichtung in Betracht gezogen.

Die häufigsten Gründe für den Umzug in ein Pflegeheim sind:

- Die Alzheimer- Krankheit (Demenz)
- Ein Schlaganfall
- Die Parkinson'sche Krankheit
- Beschwerden an Wirbelsäule und Gelenken
- Nachlassende Sinnesapparate (Taubheit, Blindheit)<sup>56</sup>

In Deutschland erhöhte sich innerhalb von 10 Jahren der Anteil von Pflegebedürftigen in Heimen von 63 Prozent auf 85 Prozent. Als häufigster Grund für den Eintritt in ein Pflegeheim wurde eine beginnende Demenzerkrankung angegeben.<sup>57</sup>

In Österreich entscheiden sich rund 80% der pflegebedürftigen Menschen für eine Betreuung durch Angehörige in der eigenen Wohnung.<sup>58</sup> Mehr als ein Drittel der Demenzbetroffenen, das sind derzeit in Österreich 43.000 Personen, wird jedoch im Laufe der Erkrankung in einem Alten- oder Pflegeheim leben.<sup>59</sup>

In Anbetracht dieser Entwicklung ist die Vielfalt der Betreuungs- und Pflegeformen heutzutage eine logische Konsequenz. Die Angebote unterteilen sich in ambulante, teilstationäre und stationäre Konzepte des Sozial- und Gesundheitswesens. Die beschriebenen Dienste sind nicht nur für Demenzkranke, sondern auch für andere Pflegepatienten zugänglich und sinnvoll.

55 Vgl. Sütterlin 2011, 4.

56 Vgl. Maier 2002, 15.

57 Vgl. Sütterlin 2011, 4.

58 Vgl. Caritas, 8.

59 Vgl. Held/ Ermini-Fünfschilling 2006, 95.

### 3.2.1 Ambulante Unterstützung

Diese mobile Pflege und Betreuung gehört zu den wichtigsten Bereichen des heutigen Systems. Nur durch die Unterstützung von Pflegekräften ist die Betreuung älterer Menschen in den eigenen vier Wänden langfristig möglich. Der Ausbau dieses Bereiches der Pflegestruktur ist eines der propagierten Projekte, um den zukünftigen Problemen im Pflegediskurs gerecht zu werden.

Zur Zeit sind die Dienstleistungen je nach Region unterschiedlich stark ausgebaut. Zu den Angeboten zählen hauswirtschaftliche Unterstützung wie „Essen auf Rädern“ sowie Beratungsdienste wie das *Notruftelefon* oder die *Anleitung von Angehörigen*. Aber auch längerfristige Angebote, die vor allem die Pflegetätigkeiten betreffen, wie *Hauskrankenpflege*, *Palliativpflege* oder *Altenfachbetreuung* sind Teil des ambulanten Pflegekonzepts.<sup>60</sup>

Die räumliche Situation kann die Pflegenden bei ihren Tätigkeiten unterstützen. So können schwierige Situationen, z.B. das Einsteigen in die Duschtasse durch eine schwellenlose Dusche erleichtert werden. Ebenso können Haltegriffe und eine Sitzgelegenheit vorgesehen werden, um die betreute Person zu entlasten.



#### Beispiel: Barrierefreies Badezimmer

Ein barrierefreies Badezimmer sieht eine Bewegungsfläche mit einem Durchmesser von 1,5 m vor. Dabei kann die Fläche einer schwellenlosen Dusche sowie 20 cm der Vorderkante eines unterfahrbaren Waschtisches mit einbezogen werden. Der Duschbereich muss laut ÖNORM B 1601 einen Mindestgröße von 90 x 90 cm betragen, jedoch ist eine Größe von 90 x 130 zu empfehlen, um einen Wechsel von Rollstuhl auf Duschsitz zu ermöglichen. Ein Platzbedarf von 155 x 185 empfiehlt sich im Bereich der Toilette, die mit Haltegriffen versehen sein muss. Die Höhenposition der Haltegriffe ist auf den Benutzer anzupassen oder idealerweise höhenverstellbar.<sup>61</sup>

### 3.2.2 Teilstationäre Unterstützung

Die teilstationären Pflegeeinrichtungen bieten Unterstützung in der Pflege für kürzere Zeiträume.

Die *Kurzzeitpflege* ist eine befristete stationäre Betreuung, die meist eine Anbindung an ein Alten- oder Pflegeheim besitzt. Die Aufenthaltszeit kann von wenigen Tagen bis zu 6 Wochen betragen. Meist dient dies zur Entlastung der Angehörigen und wird, zum Beispiel während deren Urlaubszeit in Anspruch genommen.

*Tageszentren*, die auch zu den teilstationären Konzepten zählen, bieten eine *Tagesbetreuung* an. Dieses Angebot wird von älteren Personen genutzt, die in der eigenen Wohnung leben, jedoch zeitweise Unterstützung brauchen. Die *Tageszentren* entlasten auch pflegende Angehörige während deren Arbeitszeit.<sup>62</sup>

#### Beispiel: Räumliche Strukturierung eines Tageszentrums



- |                            |                |                               |
|----------------------------|----------------|-------------------------------|
| 1. Eingang                 | 4. Wohnbereich | 7. Pflegebad                  |
| 2. Abstell- und Lagerräume | 5. Ruheräume   | 8. rollstuhlgerechte Toilette |
| 3. Dienstzimmer            | 6. Kreativraum | 9. Terrasse                   |

Tageszentrum müssen barrierefrei ausgeführt werden und Niveausprünge vermeiden. Ein von außen gut erkennbarer Eingangsbereich, der zudem groß genug dimensioniert ist, um mindestens eine Sitzgelegenheit unterzubringen, erleichtert das ankommen der Benutzer. Ein weiterer Stauraum für Rollatoren oder Rollstühle kann bei starker Frequentierung vorteilhaft sein.

Im Mittelpunkt eines Tageszentrums steht ein großzügiger, heller (am besten natürlich belichteter) Gemeinschaftsraum mit einem offen gestalteten Kochbereich von dem aus der Eingang und der angrenzende Freibereich überblickt werden kann. Der Freibereich muss abgegrenzt und übersichtlich (keine zu hohe Bepflanzung) gestaltet sein, sowie eine schattige vor Zugluft geschützte Terrasse besitzen, um sich an sonnigen Tagen draußen aufhalten zu können.

62 Vgl. Caritas, 9.

Wichtig sind mehrere Rückzugsräume, die die Betreuten zum Entspannen nutzen können, sowie ein „Dienstzimmer“ - ein Raum der nur dem Pflegepersonal zur Verfügung steht.

Zudem können je nach Qualifikation des Pflegepersonals eine Art Kreativraum oder Bewegungs- bzw. Therapieraum vorgesehen werden. Da viele Einrichtungen auch die Möglichkeit einer professionellen Körperpflege anbieten, befindet sich in Tageszentren meist ein großzügig dimensioniertes Pflegebad. Die Toiletten, eine für Frauen, eine für Männer und ein rollstuhlgerechtes WC sollten leicht aufzufinden sein und in der Nähe des Gemeinschaftsraums positioniert werden.

Weiters ist ein Hauswirtschaftsraum von Vorteil, in dem Wäsche gewaschen, getrocknet und verstaut werden kann.

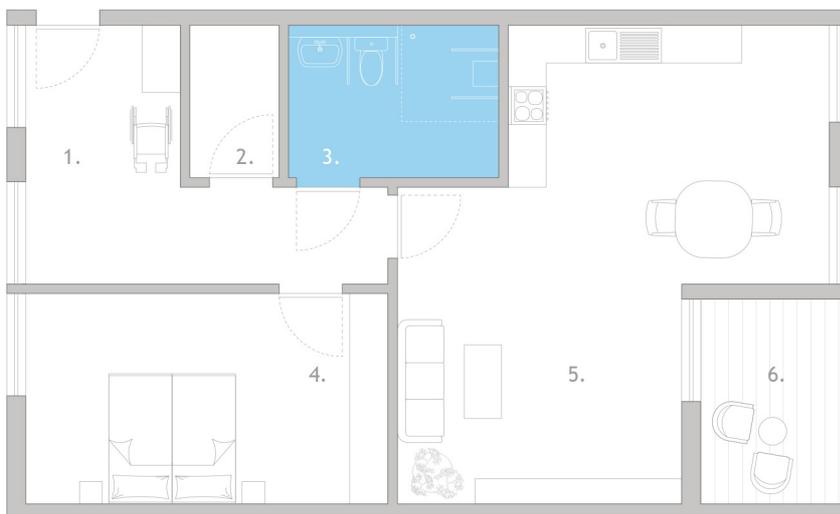
### 3.2.3 Stationäre Unterstützung

In Österreich gibt es rund 700 *Senioren- und Pflegeheime* in denen etwa 65.000 Personen leben. Die Situation der Alten- und Pflegeheime hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Einst waren die Einrichtungen von selbständigen Senioren sowie von pflegebedürftigen Menschen bewohnt. Seit einiger Zeit überwiegen die Anfragen nach Pflegeplätzen, da durch die ambulante und die teilstationäre Pflege das Leben in der eigenen Wohnung oder dem eigenen Haus besser zu bewerkstelligen ist.

Wohnalternativen wie *Betreutes Wohnen, Servicewohnen, Seniorenresidenzen* oder *Betreubares Wohnen* befinden sich in „großen Variationsbreiten baulicher, konzeptioneller und rechtlicher Konstruktionen.“<sup>63</sup>

Die Wohneinheiten dieser Konzepte sind in der Ausstattung den Bedürfnissen älterer Personen angepasst und werden generell als barrierefreie, rollstuhlgerechte Wohnungen vorgesehen.

#### Beispiel: Räumliche Strukturierung einer betreuten Wohneinheit



- |                            |                 |              |
|----------------------------|-----------------|--------------|
| 1. Eingang                 | 3. Badezimmer   | 5. Wohnküche |
| 2. Abstell- und Lagerräume | 4. Schlafzimmer | 6. Terrasse  |

Diese sieht eine durchgängige Bewegungsfläche im gesamten Wohnraum von 1,5 m vor. Die Montage von Drehknopfbeschlägen sollte unterlassen werden, da deren Bedienung vielen Bewohnern Probleme bereiten. Auf hochflorige sowie Bürstenteppiche ist generell zu verzichten. Fenster in einer barrierefreien Wohnung sollten in einer Parapethöhe von 60 cm angebracht werden, da dies eine freie Durchsicht für Rollstuhlfahrer zulässt. Die Fensterbeschläge sollten in einer maximalen Höhe von 1.3 m montiert sein. Für Rollstuhlbenützer sollte die Küche mit einer unterfahrbahen Arbeitsplatte und Spüle sowie Steckdosen in Greifhöhe versehen sein. Zudem werden bei Neubauten Freibereiche eingeplant

63 Vgl. Caritas, 29.

die laut ÖNORM B 1601 stufenlos (besser schwellenlos) erreichbar sind und eine Größe von 3 x 1,5 m bei einem maximalen Gefälle von 3 cm aufweisen. Als standardmäßige technische Ausstattung haben sich Gegensprechanlagen, Tür- sowie Fensteröffner, automatisierter Sonnenschutz und Notruftasten bewährt.

All diese Konzepte bieten eine Grundversorgung und bei Bedarf können Zusatzleistungen angefordert werden. Tritt jedoch ein starker Pflegebedarf auf, zum Beispiel bei einer Demenz, müssen die Betroffenen die Einrichtung verlassen.

Da das Ziel vieler älterer Menschen darin besteht so lange als möglich eigenständig zu leben, informieren sich viele über Wohnalternativen in ihrer Umgebung oder engagieren sich in gemeinschaftlichen Baugruppenprojekten. Diese Eigeninitiative wird durch die Schaffung von nachhaltigen Wohnkonzepten, in denen Barrierefreiheit und dezentrale Pflegeleistungen vorgesehen werden, unterstützt. So kann der Wunsch nach Selbstständigkeit, der dem heutigen Ziel des Sozial- und Gesundheitswesens - „ambulant vor stationär“<sup>64</sup> - entspricht, erreicht werden.

Durch die Eingliederung von Tageszentren beziehungsweise Wohngruppenkonzepten mit ambulantem Pflegestützpunkt, ähnlich dem Projekt „Villa Emma“, in Wohnquartiere, lässt sich eine flächendeckende Pflegestruktur entwickeln. Diese Eingriffe könnten einen positiven Beitrag zur Entwicklung des Pflegesektors leisten.

### 3.3 Wohnformen für Menschen mit Demenz

Die folgenden Konzepte gelten als vielversprechende Wohnformen für demenziell Erkrankte. Während sich das Wohnbereichskonzept und das Hausgemeinschaftskonzept, als Wohnraum für ältere Menschen sowie für Demenzpatienten bewährt hat, ist das Drei-Welten-Konzept vor allem für Demenzerkrankte entwickelt worden, um sich auf die speziellen Anforderungen der Betroffenen während der unterschiedlichen Erkrankungsphasen zu konzentrieren.

Alle drei Konzepte gehen von einem „geschulten und ganzheitlichen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen und [von einer] biografieorientierte[n] Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner“<sup>65</sup> aus.

#### 3.3.1 Wohnbereichskonzept

Das Wohnbereichskonzept wurde um 1980 entwickelt und orientiert sich aufgrund der Größe und Organisation an konventionellen institutionellen Einrichtungen. Durch die hohe Bewohnerkapazität von rund 60 Personen, sowie das Betreuungskonzept, das meist mit wenigen Pflegekräften auskommt und die gemeinschaftliche hauswirtschaftliche Versorgung der Bereiche, kann die Einrichtung von der Heimleitung sehr wirtschaftlich geführt werden. Wie im Funktionsschema (Abb. Fehler: Referenz nicht gefunden) ersichtlich, untersteht der Heimleitung ein öffentlicher Bereich mit Verwaltungstrakt und zentrale Einrichtungen, unterschiedliche Wohnbereiche sowie die Hauswirtschaftsleitung.

Funktionsschema eines Wohnbereichskonzepts



Abb. 30: Funktionsschema eines Pflegeheims mit Wohnbereichskonzept

## Öffentlicher Bereich

Der öffentliche Bereich stellt eine Schnittstelle zwischen den Wohnbereichen und der Außenwelt dar. Neben dem Eingang und Foyer befinden sich hier Verwaltungsbüros und Personalräume sowie von den Wohnbereichsgruppen gemeinsam genutzte Räumlichkeiten, wie ein Andachtsraum, Therapieräume, Mehrzweckraum etc., die den Angebot der Einrichtung entsprechen.

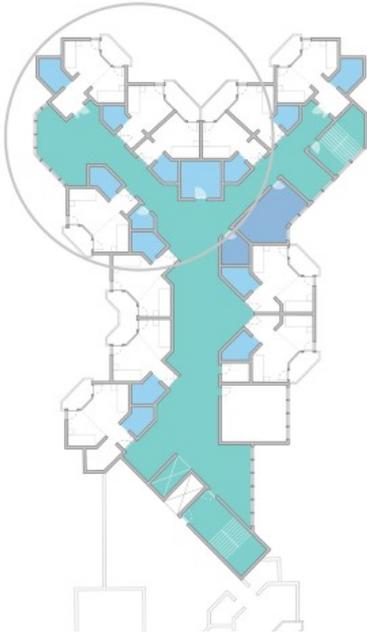
Um eine Eingliederung in das städtische Quartier und somit den Eindruck einer isolierten Institution zu verringern, empfiehlt es sich öffentlich zugängliche Angebote wie ein Café, einen Kiosk, einen Friseur oder eine Arztpraxis im Erdgeschoss einzurichten, die von den Bewohnern und den Nachbarn genutzt werden. Eine solche Einrichtung scheint sinnvoller als ein repräsentativer Eingang oder aufwendige Verwaltungsbüros die Kosten verursachen aber kaum Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohner besitzen.

## Wohnbereiche

Die Bewohner der Einrichtung werden auf drei Wohnbereiche zwischen 20 bis 40 Personen aufgeteilt und diese Wohnbereiche wiederum, in Abhängigkeit des Personalschlüssels und der Raumorganisation, kleineren Wohngruppen zugeordnet. Um den Bewohnern ein Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Orientierung zu vermitteln, sollte die Gruppengröße bei gesunden Bewohnern auf 15 Personen und bei Demenzkranken, aufgrund des höheren Pflegebedarfs, auf 10 Personen beschränkt sein. Um die passende Größe einer Einrichtung zu ermitteln ist daher der Personalschlüssel ausschlaggebend, da sonst die Tendenz besteht kleine Gruppen zu größeren Einheiten zusammenzuschließen. Dies hat eine negative Auswirkung auf das Wohlbefinden der Bewohner sowie die Leistungsfähigkeit der verantwortlichen Pflegekräfte.

Jeder Wohnbereich besteht aus mehreren Gemeinschaftsräumen wie einem Fernsehzimmer, Lesezimmer, Aufenthaltsbereich, etc. sowie einem vom Personal überschaubaren Außenraum. Anstelle der privaten Balkone wird z.B. eine zentrale Gemeinschaftsterrasse vorgesehen, die einen schwellenlosen Zugang besitzt und Platz für mehrere Rollstühle sowie Liegebetten bietet. Der Freibereich muss Wetter- und Zugluft geschützt gestaltet werden und den Blick auf eine belebte Straßenszene, Garten, Spielplatz etc. freigeben.

Jedem Wohnbereich unterstehen zwei kleine Wohnbereichsküchen, die zur Übernahme der Mahlzeiten aus der Zentralküche sowie zur Zubereitung kleiner Speisen, z.B. zum Frühstück oder Abendessen, genutzt werden. Den Wohnbereichsküchen ist auch ein Essbereich zugeordnet, in dem die Bewohner in kleinen familienähnlichen Gruppen essen. Jedoch untergräbt die Versorgung über eine Zentralküche bei vielen Bewohnern das Gefühl von Zuhause. Um dem entgegenzuwirken hat sich das Einbeziehen der Bewohner in hauswirtschaftlich Aktivitäten bewährt. Durch eine angepasste Planung des Küchenbereichs, mit unterfahrbaren Arbeitsflächen sowie zugänglichen Schränken und



1. Wohneinheit für 1 Person
2. Wohneinheit für 2 Personen
3. Gemeinschaftsbereich mit offener Küche
4. Pflegebad

Abb. 31: Schema des Wohnbereichskonzepts, Gebäude

Abb. 32: Schema des Wohnbereichskonzepts, Gruppenbereich

Geräten, können sich die Bewohner beim Tischdecken oder Portionieren der Speisen beteiligen und eine anonyme Restaurantatmosphäre vermeiden.

Innerhalb der Wohnbereiche befinden sich zudem die privaten Zimmer, die standardisiert sind und einen Vorräum sowie Duschbad besitzen. Da im Wohnbereichskonzept die Gemeinschaft im Mittelpunkt steht, wird empfohlen die privaten Zimmer, zugunsten der Gemeinschaftsbereiche, auf mindestens 14 m<sup>2</sup> zu verkleinern. Doch da die meisten Bewohner die privaten Räume ohnehin als sehr klein empfinden, sollte meiner Meinung nach anderen Orts, z.B. im Eingangsbereich oder bei den Verwaltungsbüros, gespart werden.

Zur Unterstützung der Arbeitsabläufe haben sich dezentrale Funktionsräume (Dienstzimmer, Pflegearbeitsräume, etc.), die die Wegstrecken verkürzen und durch die Wohnernähe eine haushaltsähnliche Atmosphäre hervorrufen, bewährt. Ein separates Dienstzimmer für den gesamten Wohnbereich bietet die Möglichkeit ungestört an der Organisation und Dokumentation der Bewohnerdaten zu arbeiten, Team- und Übergabebesprechungen zu führen, Medikamente und Behandlungsunterlagen sicher zu verwahren oder als Ruheraum während der Nachtschicht zu nutzen. Jedoch wird der Kontakt zu den Bewohnern sowie das Überblicken der Gemeinschaftsflächen erschwert. Daher ist die Ergänzung des separaten Dienstzimmers mit einer Arbeitstheke oder einem offenen Arbeitsplatz nahe dem Gemeinschaftsbereich der einzelnen Wohngruppen eine Variante, die die Präsenz der Pflegenden in der Gemeinschaft stärkt und den Bewohnern Sicherheit gibt.

Die dezentrale Positionierung der Pflegearbeitsräume oder Ausgussräume unterstützen das schnelle Handeln der Pflegenden. Sie sind zur Entsorgung von Fäkalien und Reinigung von Steckbecken (Bettpfannen) sowie als Lagerflächen für saubere und schmutzige Wäsche, Müll, Putzmittel und Reinigungsgeräte vorgesehen. Durch eingebaute Lagerflächen in der Nähe der Flure und der Bewohnerzimmer können lange Wegstrecken erspart und das Verstellen der Gänge mit Putz- und Wäschewägen verhindert werden.

### **Hauswirtschaft**

Ein entscheidendes Merkmal des Wohnbereichskonzepts ist die zentrale Hauswirtschaftsleitung, die eine Zentralküche, Wäscherei, Reinigung, Müllentsorgung und Technik beinhaltet. Der Tagesablauf, vor allem des Mittagessens, muss genaustens geplant werden, da dieser mit langen Wegen und lauten Geräuschen verbunden ist, die sich negativ auf das Befinden der Bewohner auswirken. Dieser Service prägt die Heimatmosphäre enorm und lässt den Vergleich mit einem Hotel eher, als mit einem wahren Zuhause zu. Dies kann bei Demenzpatienten zu Unverständnis führen und zu dem Drang die Einrichtung verlassen zu wollen.

### **Fazit**

Die positiven Aspekte des Wohnbereichskonzeptes liegen in den unterschiedlichen Räumlichkeiten, die bei Bedarf auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Bewohner angepasst werden können. So kann die eine Gruppe der Bewohner ihre Mahlzeit mit Unterstützung des Pflegepersonals einnehmen und eine gesündere Gruppe eigenständig essen. Jedoch kann dies auch zu den negativen Aspekten führen, wenn die Organisationseinheiten sehr groß und die Verantwortlichkeit innerhalb der Bereiche intransparent ist. Dann fällt der Kontakt zwischen Bewohnern und den Pflegenden gering aus und die Steuerung der Pflegeprozesse wird erschwert. Zudem treten bei Konzepten mit gesunden Alten und demenziell Erkrankten immer wieder Konflikte auf, die die Lebensqualität beider Gruppen einschränken.

### 3.3.2 Hausgemeinschaftskonzept

Das Hausgemeinschaftskonzept unterscheidet sich nicht nur durch die Größe von dem oben besprochenen Wohngemeinschaftskonzept sondern auch die pflegerische und hauswirtschaftliche Organisation, die die Grundrissgestaltung sowie die Wohnatmosphäre maßgebend beeinflussen. Frei nach dem Wort Martin Heideggers, „Mensch sein [...] heißt wohnen“<sup>66</sup> wird den Erkrankten eine wohnliche familienähnliche Atmosphäre geboten.

Funktionsschema eines Hausgemeinschaftskonzepts



#### Öffentlicher Bereich

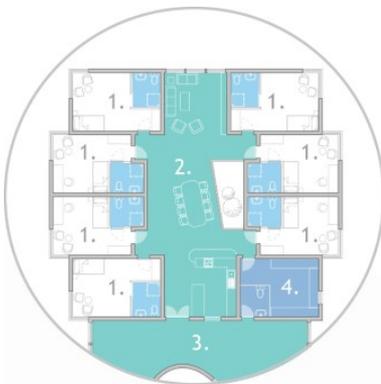
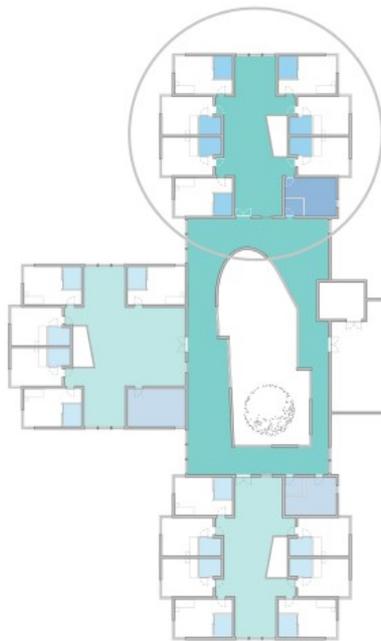
Jedes Projekt besteht aus ca. drei Hausgemeinschaften, die sich gemeinsame Funktionsräume zB. Pflegebad, Therapieraum, Müll- und Putzmittelraum oder auch ein Besucherzimmer für Angehörige sowie einen zentral gelegenen Nachtdienst teilen. Die Beschränkung auf drei Hausgemeinschaften geht auf die Reglementierung der Besucher und somit der Parkplatzmöglichkeiten zurück. Zudem kann bei kleinen Projekten auf einen Empfangsbereich sowie auf Beschilderungen verzichtet werden.

#### Hausgemeinschaft

Die Hausgemeinschaften selbst stellen eine hauswirtschaftlich autarke Gruppe von 8 bis 12 Bewohnern dar, der eine Präsenzkraft vorsteht. Diese Bezugsperson regelt den Haushalt, strukturiert den Tagesablauf und vermittelt Pflegetermine. Diese familienähnliche Situation erzeugt das Gefühl von Normalität und Vertrautheit, dass durch eine kleinteilige wohnungsorientierte Grundrissgestaltung verstärkt wird. Auch die Integration in ein Wohnquartier ist dadurch denkbar.

Das Zentrum jeder Gemeinschaft ist die offene Wohnküche mit angeschlossenen Vorratsraum sowie Ess- und Außenbereich. Eine biografieorientierte Gestaltung des zentralen Bereiches kann in Kleingruppen effektiv umgesetzt werden und die Bewohner betätigen sich aktiv in der Gemeinschaft. So ist der gemeinsame Haushalt, ob

Abb. 33: Funktionsschema eines Pflegeheims mit Hausgemeinschaftskonzept



1. Wohneinheit für 1 Person
2. Gemeinschaftsbereich mit offener Küche
3. Bewegungs- & Verbindungsbereich
4. Hauswirtschaftsraum

Kochen, Tischdecken, Einschenken, Geschirr abwaschen oder die Wäsche zu falten, nicht nur Beschäftigung sondern ein Zeichen der Eigenständigkeit und erhaltener Fähigkeiten sowie beständiger Rituale des Alltags. Die Teilnahme an hauswirtschaftlichen Aktivitäten kann nur durch eine angepasste Umwelt, z.B. unterfahrbare Arbeitsflächen und frei zugängliche Bereiche gewährleistet werden. Ob und in welcher Form die Bewohner die Gemeinschaft unterstützen, ist ihnen selbst überlassen. Viele Demenzkranke, vor allem mobil eingeschränkte, in der letzten Phase der Demenz, sind gern Teil einer Gemeinschaft. Daher sind auch Liegemöglichkeiten im Bereich der Wohnküche vorzusehen.

Die privaten Zimmer entsprechen einem standardisierten Grundriss, sollen jedoch überwiegend mit den eigenen Möbeln eingerichtet werden, um die eigene Identität und das Wohlbefinden zu stärken. Bei der Erschließung der privaten Zimmer werden zwei Typen unterschieden, die den Charakter der Einrichtung beeinflussen können.

1. Gemeinschaftsorientiert: Es besteht ein direkter Zugang oder Sichtkontakt vom privaten Zimmer zur Küche oder zum Gemeinschaftsbereich.
2. Rückzugsorientiert: Die privaten Zimmer werden über einen Gang erschlossen. Dabei ist auf eine Dimensionierung der Gänge und Zwischenbereiche zu achten, die keine Assoziation an einen Bau des Gesundheitswesens weckt.

Um den unterschiedlichen Charakteren der Bewohner gerecht zu werden, können auch beide Konzepte innerhalb einer Hausgemeinschaft vertreten sein.

Durch die Kleinräumigkeit, sowie den Verzicht auf ein separates Dienstzimmer, entsteht ein enger Kontakt zwischen der Betreuungsperson und den Bewohnern. Dieses Konzept stellt eine Abkehr von typischen institutionellen Einrichtungen dar.

Zudem wird die Pflege nicht durch die Bezugsperson, sondern durch eine hausinterne Pflegekraft oder einen ambulanten Pflegedienst geleistet, der eher als Gast der Einrichtung in Erscheinung tritt und die Gemeinschaft nicht dominiert.

### Fazit

Das Hauptaugenmerk des Hausgemeinschaftskonzepts ist jedes Merkmal einer institutionellen Einrichtung oder einer Sonderarchitektur zu vermeiden und das Wohnen sowie Normalität in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei wird auf einen engen Kontakt zu den Bewohnern, Kleinräumigkeit, die Fähigkeiten und Selbstständigkeit zu erhalten, eigenständige Hauswirtschaft und Gemeinschaft großen Wert gelegt. Trotzdem ist auch dieses Konzept nicht für alle Personen passend, da sich viele Bewohner mehr Rückzugsmöglichkeiten und Privatheit wünschen.

Abb. 34: Schema des Hausgemeinschaftskonzepts, Gebäude

Abb. 35: Schema des Hausgemeinschaftskonzepts, gemeinschaftsorientierter Gruppenbereich

---

Dieses Konzept bietet nicht nur den Bewohnern sondern auch den Pflegenden ein angenehmes Umfeld. Das wohnliche Ambiente, die vielfältigen Arbeitsbereiche, die Möglichkeit eigene Ideen einzubringen, die starke Beziehung zu den Bewohnern, die Überschaubarkeit und die kurzen Wege werden als positive Aspekte dieser Arbeitsorganisation gern betont. Jedoch fallen auch negative Gesichtspunkte an, die auf Dauer die Arbeitsleistung erschweren. So gibt es sehr viele Nebentätigkeiten zu erledigen, keine Rückzugsmöglichkeit wie sie ein Dienstzimmer bieten kann, ein hohes Arbeitspensum und eine unklare Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche, die die mentale Belastbarkeit beansprucht.



### 3.3.3 Das Drei-Welten-Konzept

Dieses Konzept wurde von dem Schweizer Heimarzt und Gerontopsychiater Dr. med. Christoph Held für die Pflege demenzkranker Menschen entwickelt. Es unterliegt dem Leitgedanken, dass die Betroffenen während des Krankheitsverlaufs drei essentiell unterschiedliche Lebenswelten erfahren, die mit der Einteilung der Demenzphasen in leicht, mittelschwer und schwer einhergehen. Anhand der Erfahrungen, die die Patienten während dieser Phasen erleben bezeichnet Held diese Erlebniswelten als:

1. „die Welt der kognitiven Erfolglosigkeit“
2. „die Welt der kognitiven Ziellosigkeit“
3. „die Welt der kognitiven Schutzlosigkeit“<sup>67</sup>

Davon ausgehend betont er die Bedeutung einer angepassten Pflege und Umweltgestaltung, die auf die Fähigkeiten und das Erleben der Patienten Rücksicht nimmt. Der steigende Kompetenzverlust wird hingenommen und die vorhandenen Ressourcen weiter aktiviert.

Da das Konzept auf das jeweilige Krankheitsstadium eingeht, besteht die Bewohnergruppe aus einer sehr homogenen Gemeinschaft, die sich an einem ähnlichen Punkt ihres Lebens befinden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass solche Konzepte weniger Konflikte zwischen den Bewohnern hervorrufen, wodurch sich die Lebensqualität der Patienten und die Arbeitsatmosphäre des Personals verbessert. Zudem reduzieren sich die auffälligen Verhaltensweisen und es konnte auf Zwangsmaßnahmen und sedierende Medikamente größtenteils verzichtet werden.

Jedoch verlangt das Drei-Welten-Konzept durch den intensiven Einsatz des Personals einen hohen Grad an Organisation und personellen Einsatz.

### Die Welt der kognitiven Erfolglosigkeit - Leichte Demenz



Das Anfangsstadium der Krankheit [siehe Kap.: 8.3.2.1 Leichtes Demenzstadium] ist durch eine schwindende Leistungsfähigkeit im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, des Planens, der Sprache, sowie der Orientierung usw., geprägt die zu Fehleinschätzungen im Alltag führen und die Erkrankten verunsichern, verängstigen oder auch verärgern. Einfache Handlungsabläufe oder größere Gesprächsgruppen verwirren die Personen, die sich darauf häufig zurück ziehen.

In dieser Phase werden die Personen im Alltag begleitet, um sie in ihren Fähigkeiten und ihrer Identität zu stärken. Das Konzept einer Wohngemeinschaft, das die Erkrankten ermutigt sich zu beteiligen, jedoch gleichzeitig Autonomie und Freiheit zulässt, stellt zur Zeit die vielversprechendste Wohnform für Patienten im leichten Demenzstadium dar. Das selbstständige Erledigen einer sinnvollen Arbeit wie der Abwasch, Tisch decken, Blumen gießen, etc. bestätigt die Person in ihren Fähigkeiten und stärkt das Selbstwertgefühl. Daher ist eine benutzerorientierte Gestaltung der Lebensbereiche, z.B. erhöhte Blumenbeete, genügend Bewegungsfreiheit etc., unverzichtbar.

#### erste Phase: leichte Demenz

Wahrnehmung der eigenen  
Veränderung, Verunsicherung,  
Vertuschen von Defiziten

Nachlassen des Kurzzeit-  
gedächtnisses  
Probleme beim Planen, Urteilen  
und Handeln  
Eingeschränktes Orientierungs-  
vermögen in fremder Umgebung  
Verlust der Eigeninitiative und  
Interessen  
Rückzugsreaktionen  
Ängste und Depressionen  
Scham und Vertuschung der  
Symptome  
Aggression

beginnender Unterstützungsbedarf  
im täglichen Leben

Die Organisation einer Wohneinheit entspricht der Struktur einer Wohngemeinschaft, die sich auf eine Gruppengröße von 6 bis 8 Personen beschränkt. Die kleine Gruppengröße ermöglicht eine optimale Begleitung des Alltags durch die Pflegenden. Auch hier steht die Normalität im Mittelpunkt, die durch die Grundrissorganisation unterstützt wird.

Im Zentrum der Abteilung befindet sich der Gemeinschaftsbereich mit angegliedertem Außenbereich und einer Wohnküche, die mit der Zubereitung der Speisen und unter Miteinbeziehung der Bewohner, die Tagesstruktur vorgibt. Da die Küche für die Bewohner zugänglich ist, werden die Geräte gesichert. Unbedenkliche Gegenstände wie Geschirr, Tischdecken, usw. werden in Schränken mit Glasfronten aufbewahrt, um den Bewohnern den Überblick zu erleichtern.

Die schematische Darstellung zeigt ein gemeinschaftsorientiertes Erschließungskonzept der privaten Räume, das eine übersichtliche Gangsituationen ohne Sackgassen oder Entscheidungssituationen ausbildet, die die Personen verunsichern könnte. Um die räumliche Orientierung zusätzlich zu unterstützen [siehe Kap.: 5.1.3.2.2 Orientierungsstrategien ], können sinnvolle Farbakzente gesetzt werden oder Türschilder mit Bildern und persönlichen Gegenständen die Zimmer markieren.

Der heutige Standard sieht Einzelzimmer vor, jedoch können auch Doppelzimmer den Wünschen mancher Erkrankten entsprechen. Die fremde Umgebung, die Dunkelheit und Einsamkeit eines Einzelzimmers wecken vereinzelt Ängste, die durch eine zweite Person beruhigt werden. Die Zimmer selbst verfügen über ein Bett, einen Einbauschranks und ein eigenes Duschbad. Die weitere Möblierung ist dem Bewohner überlassen und fördert somit das Gefühl hier zuhause zu sein.

Abb. 36: Schema eines Wohnbereichs für Menschen mit leichter Demenz

Ein Dienstzimmer mit großer Fensterfläche, um den Überblick zu bewahren, befindet sich im Zwischenbereich der Wohngemeinschaft und der Versorgungsräume. Dieser Bereich darf von den Bewohnern nicht eigenständig betreten werden, da hier Medikamente, Patientenakten sowie weitere Pflegehilfsmittel verwahrt werden.

Außerhalb der Wohngruppe befinden sich die für die Erkrankten nicht zugänglichen Funktionsräume wie Lager-, Abstell-, Wäsche- und Hauswirtschaftsraum. Dabei ist die lange Wegstrecke zu bedenken, die bei einer dezentralen Lagerung verkürzt werden kann und so weniger Zeit der Pflegenden in Anspruch nimmt.

Um das Wohlbefinden der Bewohner zu unterstützen, wird die Beziehung zu den Angehörigen in jeder Weise bestmöglich gefördert. Sie werden in die Tagesgestaltung miteinbezogen und können auch einen separaten Raum außerhalb der Wohngruppe für die Besuche nutzen.

### **Fazit**

Das Ziel der Wohngruppe für Personen mit leichter Demenz liegt in der Begleitung des Alltags und im Erleben der vorhandenen Ressourcen und nicht der verlorenen Kompetenzen. Das Gefühl der Selbstständigkeit kann durch die angepasste Umweltgestaltung, vor allem durch die erleichterte Orientierung unterstützt werden.



### Die Welt der kognitiven Ziellosigkeit - Mittelschwere Demenz

Personen im Stadium der mittelschweren Demenz [siehe Kap.: 8.3.2.2 Mittelschweres Demenzstadium] sind nicht mehr in der Lage neue Informationen aufzunehmen, zudem können auch keine Handlungen geplant oder überdacht werden. Die Personen reagieren zunehmend auf Außenreize, die ihre Aufmerksamkeit auf sich lenken und verlieren ihre Konzentrationsfähigkeit. Das unruhige Verhalten und der erhöhte Bewegungsdrang, der als Wandern bezeichnet wird, wird der verlorenen zeitlichen Orientierung zugeschrieben<sup>68</sup>. Die Personen glauben, z.B. zur Arbeit gehen zu müssen oder sie suchen Personen aus ihrer Vergangenheit und wandern stetig durch die Gänge. Der unsichere Gang sowie optische Fehleinschätzungen [siehe Kap.: 5.1.2.2 Krankheitsbedingte Veränderung], die viele Bewohner entwickeln, beanspruchen deren Kräfte. Bei auftretenden Konflikten, z.B. verschlossenen Türen oder Sackgassensituationen, die einer Entscheidung bedürfen, reagieren viele mit Verängstigung oder Schreien und Weinen. So kann das gesamte Verhalten als kindlich beschrieben werden. Neben Lachanfällen und Freude zeigt sich auch ein starkes Bedürfnis nach Nähe sowie auch Neid und Missgunst. Zudem geht auch das Verständnis von Eigentum und Privatsphäre verloren, das bei integrativen Projekten immer wieder zu Konflikten führt.

#### zweite Phase: mittelschwere Demenz

Wahrnehmung der eigenen Veränderung lässt nach, steigender Verlust der Kompetenzen

Eingeschränkte zeitliche und räumliche Orientierung  
Verblissen der eigenen Erinnerung und Biografie  
Fehlinterpretationen und Halluzinationen  
Wahrnehmungsstörungen  
herausforderndes Verhalten wie Aggression, Wut  
Enthemmung  
Vernachlässigung der Körperpflege  
Persönlichkeitsveränderungen  
Abnahme der sensorischen Reizverarbeitung

Abhängigkeit von Betreuung und Unterstützung im täglichen Leben

Viele der Erkrankten suchen in diesem Stadium weniger Unterstützung als eher Autonomie. Durch das Gewähren von Bewegungs- und Handlungsspielräumen wird auf dieses Bedürfnis eingegangen und das Selbstwertgefühl gestärkt.

Da die Personen unabhängiger von der Gruppe agieren und keine zeitintensive Begleitung benötigen, kann die Gemeinschaft aus 10 bis 12 Personen bestehen. Die Pflegenden müssen den Bewohnern die Freiheit geben sich ungehindert in der Einrichtung zu bewegen und alles überblicken zu können, ohne den Bewohnern das Gefühl von Überwachung zu geben.

Neben der leitenden Wegführung innerhalb der Einrichtung besteht für den Erkrankten auch die Möglichkeit den Außenraum zu erkunden. Dabei muss die Beschaffenheit des Belags [siehe Kap.: 5.1.1.5.3 Gartentherapie], die Rückführung zum Haus sowie auf eine anregende Gestaltung, mit Aufenthaltsbereichen und Pflanzen, geachtet werden. Bei der Pflanzung ist darauf zu achten ungiftige Pflanzen zu verwenden und die Höhenentwicklung zu berücksichtigen, da sie Sicht der Pflegenden einschränken könnte.

Wie die Bewohner die Einrichtung erleben steht in starkem Zusammenhang mit der Gestaltung der Räumlichkeiten. Die Bewohner zeigen großes Interesse bei Gestaltungselementen, die verschiedene Sinne ansprechen und ihrem biografischen Hintergrund entsprechen. Durch die Positionierung solcher Elemente kann die Wegführung beeinflusst werden.

Abb. 37: Schema eines Wohnbereichs für Menschen mit mittelschwerer Demenz

<sup>68</sup> Vgl. Held/ Ermini-Fünfschilling 2004, 20.

Der stark ausgeprägte Bewegungsdrang veranlasst die Bewohner das private Zimmer zu verlassen. Da sie daher wenig Zeit in ihren Zimmern verbringen, können diese zugunsten des Gemeinschaftsraums oder der Bewegungsflächen kleiner ausfallen als in den Wohneinheiten für leichte Demenzerkrankungen. Auch die Möblierung kann reduziert werden, da sich die Bewohner bei zu vielen Reizen noch schlechter konzentrieren können. Ausgewählte Gegenstände oder Objekte mit starker emotionaler Bedeutung, die Erinnerungen hervorrufen, sollten den Bewohnern im Alltag immer wieder begegnen.

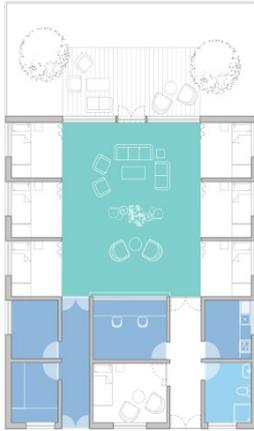
Auch der Küchenbereich kann reduzierter in Erscheinung treten. Die meisten Patienten mit unruhigem Verhalten können sich nicht die gesamte Essenszeit über bei Tisch aufhalten. Um dem zu begegnen, werden unterschiedliche Schritte unternommen. Das Konzept des „Front cooking“, das die Aufmerksamkeit der Wandernden auf das Zubereiten der Mahlzeit lenkt, weckt den Hunger und veranlasst die Personen sich länger ihrer Mahlzeit zu widmen. Eine andere Variante wird als „fliegende Verpflegung“ bezeichnet. Dies bedeutet, dass an den Wegstrecken kleine Häppchen präsentiert werden, an denen sich die Bewohner bedienen.

Neben dem freien Bewegungsspielraum ist auch der Handlungsspielraum entscheidend für das Erleben von Autonomie. So kann die Wahl des Aufenthaltsortes oder das Betreten eines Raumes für den Bewohner maßgebend sein. Um dieses Gefühl nicht zu untergraben sollten nicht zugängliche Räume aus der Wahrnehmung der Bewohner verschwinden [siehe Kap.: 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung]. Die zugänglichen Aufenthaltsbereiche sollten abwechslungsreich gestaltet sein und verschiedene Qualitäten besitzen, damit die Bewohner sich bei Bedarf zurückziehen oder in der Gemeinschaft verbringen können.

### Fazit

Patienten mit mittelschwerer Demenz wird beim 3-Welten-Konzept eine für sie sichere Umgebung bereitgestellt. Bei der Gestaltung ist auf einen ungehinderten Bewegungsdrang zu achten. Wenn die Bewohner Unterstützung benötigen, leistet das geschulte Personal entsprechende Hilfestellungen.

### Die Welt der kognitiven Schutzlosigkeit - Schwere Demenz



Durch die fortgeschrittene Zerstörung der Hirnstruktur in der letzten Demenzphase [siehe Kap.: 8.3.2.3 Schweres Demenzstadium ] leiden die Erkrankten an umfassenden funktionellen und körperlichen Einschränkungen. Der auftretende Sprachverlust sowie die Bettlägerigkeit erfordern eine intensive Pflege. Um ihre Bedürfnisse (Hunger, Durst, Schmerz, Einsamkeit) zu kommunizieren, zeigen die Patienten Verhaltensauffälligkeiten wie Schreien oder Hin- und Herwälzen. Zudem zeigt sich ein übersteigertes Reiz- und Schmerzempfinden, dass vor allem bei lauten akustischen Impulsen ersichtlich ist. Die Bedürfnisse und Verhaltensweisen ähneln denen von Kleinkindern, so zeigen die Patienten enorme Ängste vor der Dunkelheit und dem Alleinsein.

Um entsprechend auf das Bedürfnis nach Gemeinschaft einzugehen aber trotzdem die Personen vor zu starken Reizen einer gemischten Abteilung zu bewahren, werden Einrichtungen vorgesehen, die als „Pflegeoase“ bezeichnet werden. Der geschwächte Zustand der Erkrankten sollte durch keine unnötigen Handlungen oder Transfers erschwert werden. Die Patienten erhalten eine Palliativbehandlung, die die Schmerzen lindert jedoch keine lebensverlängernden Maßnahmen vorsieht. Dies stellt die letzte Station im Leben eines Erkrankten dar.

#### dritte Phase: schwere Demenz

starke körperliche und kognitive Beeinträchtigung bei bestehenden Emotionen und Sinneseindrücken

nonverbale Kommunikation  
Inkontinenz  
Kontrollverlust der Körperfunktionen  
körperlicher und geistiger Abbau  
stereotype Körperbewegung  
Schluckstörungen  
Abnahme des Ess- und Trinkbedürfnisses  
keine Speicherung von Informationen im Gedächtnis  
Gangunsicherheit bis Bettlägerigkeit  
Entkräftung

hoher Pflegebedarf in allen Lebensbereichen

Die abgetrennte Pflegeeinheit kann aufgrund der intensiven Pflege und um unnötige Außenreize zu minimieren, zwischen 4 bis 8 Personen beherbergen. Die Abteilung besteht aus einem Einraum mit Schlafnischen oder auch Schwingbetten, die durch leichte Trennwände, Paravants und Stellwände abgetrennt sind, um Privatsphäre zu bieten und gleichzeitig Teil der Gemeinschaft zu sein. Es werden keine individuellen Sanitärbereiche vorgesehen und der Gemeinschaftsbereich mit Sitz und Liegeflächen gestaltet. Dieser zentrale Bereich der von allen Betten aus zu sehen ist und bei Besuchen von Angehörigen genutzt wird, weist eine hohe Aufenthaltsqualität auf und kann mit Stimmungslichtern und aktivierenden Elementen wie Lichtspielen, Aquarium, Mobilies, Brunnen etc. Impulse setzen. Das Verhindern von Reizüberflutungen darf nicht zu Isolations- oder Einsamkeitsszenarien führen, denn eine reaktivierende Pflege wird durch eine anregende Umwelt unterstützt.<sup>69</sup>

Der Raum vermittelt Ruhe und Geborgenheit. Medizinische Geräte müssen vorhanden sein, dürfen aber das Ambiente nicht dominieren. Lärmende Tätigkeiten, die die Patienten beunruhigen, müssen vermieden und daher ausgelagert werden. So befinden sich die Funktionsräume (Wäsche- und Abstellraum) sowie das Badezimmer und die Küche, in der Speisen erwärmt und püriert werden, außerhalb der Einheit. „Zur Appetitanregung und Vorbereitung der Mahlzeiten werden regelmäßig basal stimulierende Düfte auf der Abteilung eingesetzt

Abb. 38: Schema eines Wohnbereichs für Menschen mit schwerer Demenz

69 Vgl. Heeg 1994, 222.

(Zwiebeln anbraten, Zucker karamellisieren, Kaffee aufgiessen) sowie Geschmacksreizungen durchgeführt.“<sup>70</sup>

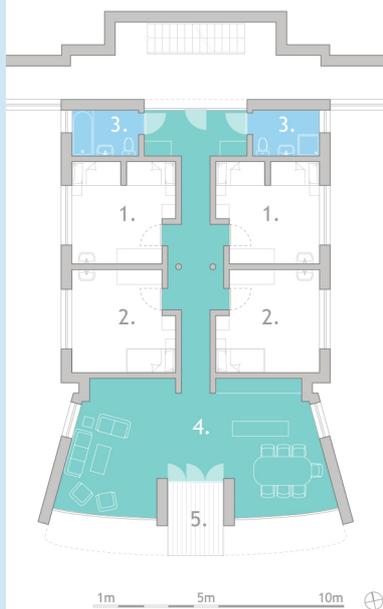
Neben der basalen Stimulation werden auch andere demenzspezifische Behandlungen angeboten, die im selben Raum, wie auch die Grundpflege, stattfinden. So zum Beispiel kinästhetische Bewegungstherapien, bei denen die Patienten zu den Sitzgelegenheiten oder nach Möglichkeit für die Körperpflege ins Badezimmer begleitet werden oder gezielte Geh- und Kriechversuche vorsieht. Dies benötigt natürlich ausreichend Platz für die Patienten und die Pflegenden.

Im Eingangsbereich befindet sich ein separates Sterbezimmer, um zum gegebenen Anlass den Angehörigen und dem Patienten genügend Privatsphäre zu ermöglichen. Dieser Raum entspricht den Bedürfnissen nach Intimität und bietet die Möglichkeit entsprechend zu trauern oder religiöse Zeremonien abzuhalten. Neben einem ruhigen räumlichen Eindruck, sind Möglichkeiten vorzusehen, um den Raum bei Bedarf den Patienten entsprechend, mit Bildern oder religiösen Symbolen, dekorieren zu können.

### **Fazit**

Eine Gestaltung wie sie in Hospizen angewendet wird, und eine introvertierte sowie beschützende Atmosphäre vermittelt, ist bei der Sterbebegleitung von großer Bedeutung. Um den schwer dementen Patienten ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln ist das Leben innerhalb der Gemeinschaft entscheidend. Wegen der gesteigerten Reizempfindung sind alle unnötigen lärmenden Geräte und Tätigkeiten auszulagern. Jedoch sollten leichte beruhigende Stimulationen im Alltag vorhanden sein.

## CASE STUDY: Krankenhaus Sonnweid, Wetzikon Schweiz



1. Doppelzimmer
2. Einzelzimmer
3. Sanitärbereiche
4. Gemeinschaftsbereich
5. Terrasse

Das Krankenhaus Sonnweid ist eine spezielle Einrichtung für Menschen mit Demenz und maßgebend an der Entwicklung des Drei-Welten-Konzepts beteiligt. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Architektenteam Bernasconi + Partner, konnten in mehreren Bauabschnitten und durch laufende Weiterentwicklungen der baulichen Konzeption, die Räumlichkeiten den Bedürfnissen der Bewohnern angepasst werden. Die Bewohner werden innerhalb der Einrichtung nicht mit ihren Defiziten konfrontiert, sondern durch die angepasste Lebensraumgestaltung in ihren Fähigkeiten bestärkt und unterstützt, was folglich eine Minimierung des auffälligen Verhaltens nach sich zieht. Da ein Umzug immer als stressige Situation empfunden wird, wird die Verlegung innerhalb des Hauses erst vorgenommen, wenn dadurch eine deutliche Verbesserung für den Patienten oder die Gruppe entsteht.

Die erste Abteilung für Menschen mit leichter Demenz (Abb.44) wurde 1994 errichtet. Es wurde ein wohnungsähnlicher Lebensraum für 6 Personen geschaffen. Dieser besteht aus vier Schlafzimmern mit je 16m<sup>2</sup>, wobei zwei als Doppelzimmer konzipiert wurden. Dies ist jedoch nicht optimal, da die Bewohner die fehlende Privatheit bemängeln. Jede Einheit besitzt zudem zwei Sanitärbereiche, die um einen Privathaushalt zu entsprechen nicht barrierefrei ausgeführt wurden und die Arbeit der Pflegenden enorm erschweren. Um den Wohncharakter abzurunden wurde zudem auf jegliche Personal- und Funktionsräume verzichtet, was zu einer verschärften Situation für die Arbeitskräfte führt. Das gemeinsame Wohnzimmer mit angeschlossenen Balkon bzw. Terrasse sowie die Küche mit Essbereich wird sehr gerne benutzt, ist jedoch vor allem für Rollstuhlnutzer viel zu klein. Bei der Farbgebung der Wände und Böden wurden helle Pastellfarben verwendet, um eine freundliche Umgebung zu erhalten. Leider ist dadurch kein

Abb. 39: Krankenhaus Sonnweid, Wetzikon CH, Umgebungsplan  
Abb. 40: Grundriss: 1.Abteilung für Menschen mit leichter Demenz

eindringlicher Kontrast zwischen den räumlichen Komponenten gegeben und erschwert die Wahrnehmung der Raumkanten. Dies und der spiegelnde PVC-Boden, der meist als rutschige Fläche interpretiert wird, verunsichern viele demenzkranke Personen.



Die Abteilung für Patienten der mittelschweren Phase (Abb.40) wurde 2001 erweitert. Die meisten Erkrankten dieser Abteilung zeigen herausfordernde Verhaltensweisen, die durch ein hohes Autonomieempfinden und den Umstand, dass sie sich innerhalb des Areals frei bewegen können, reduziert werden. In der Abteilung leben 12 bis 16 Personen, die in 3 Pflegegruppen geteilt werden. Jeweils zwei Doppelzimmer wurden über einen Vorraum verbunden, der sich als positive Pufferzone erweist und das plötzliche Eindringen in die privaten Räume verhindert. Der 2. Erweiterungsbau zeigt einen zweiten räumlich getrennten Gemeinschaftsbereich, der die Möglichkeit bietet bei Konflikten unter den Bewohnern Kleingruppen zu bilden. Da die Personen ein gesteigertes Bewegungsverhalten aufweisen, wurde den Fluren mehr Platz zugeordnet. Zudem wurde eine entscheidende Gefahrenquelle, nämlich die Treppe, beseitigt. Stattdessen wurde eine raumbestimmende Rampe eingebaut, die das Erdgeschoss mit dem Obergeschoss verbindet. Das Gefälle beträgt rund 9,8% und ist nach Norm der Barrierefreiheit nicht zulässig, jedoch ist diese Rampe auch nicht für das eigenständige Befahren von Rollstuhlnutzern vorgesehen, sondern soll den Bewohnern entgegenkommen, die aufgrund ihrer eingeschränkten Beweglichkeit keine Treppen mehr steigen können. Der positive Effekt auf das Verhalten der Bewohner und die starke Benutzung, boten Anlass in einer weiteren Umbauphase, eine weitere Rampe, in einem anderen Gebäudetrakt einzubauen (Abb.41). Ein großer Teil des 2. Erweiterungsbaus wird über die großzügige Verglasung der Rampe natürlich belichtet. Die restlichen Bereiche werden vorwiegend über ein automatisches Lichtsteuersystem hell und schattenfrei ausgeleuchtet. Die automatische Lichtsteuerung hat sich jedoch nicht bewährt, da die Lichtintensität nicht dem Lichtempfinden der Bewohner und Pflegepersonals entspricht. Positiv wird der dunkel gefärbte Boden beurteilt der den „Wanderern“ ein sicheres Gehgefühl vermittelt.



Abb. 41: Grundriss: 2.Abteilung für Menschen mit mittelschwerer Demenz  
Abb. 42: Rampe



1. Bewohner/ Pflegeoase  
2. separierter Bereich

3. Pflegebad  
4. Terrasse

5. Küche  
6. Dienstzimmer

1998 wurde die erste Pflegeoase zur Betreuung und Pflege von schwer dementen Personen eingerichtet. In einem etwa 100m<sup>2</sup> großen Raum werden maximal 7 Personen untergebracht, die wegen ihres geschwächten Zustands kaum mehr das Bett verlassen. Um ihre Ängste und die Einsamkeit zu vertreiben, leben die Menschen in Gemeinschaft und profitieren von einer ständig anwesenden Pflegekraft. Da die Patienten auch die Sterbephase in dieser Abteilung verbringen, wird ein eigener Raum für die Angehörigen vorgesehen, die den Sterbenden in seinen letzten Stunden oder Tagen begleiten. Der Freibereich wird eher genutzt, wenn dieser direkt an den Raum angrenzt und so keine langen Wege voraussetzt. Bietet die von drei Seiten belichtete Pflegeoase allen Patienten einen Blick nach draußen, kann man von einer optimalen Situation sprechen. Bei der Gestaltung des Raumes sollte jedes Krankenhausambiente vermieden und durch das Aufstellen von Stellwänden und leichtem Mobiliar eine Art Privatsphäre für die Erkrankten geschaffen werden. Um für die bettlägerigen Patienten eine visuell ansprechende Umgebung zu schaffen, wurde die gewölbte Decke wolzig blau gestrichen. Zudem wurden als besonderes Lichtelement, Glasfasern in der Decke eingebaut, die einen Sternenhimmel simulieren und bei Bedarf die Farbe wechseln.



Die Gestaltung von Pflegeoasen wird diskursiv besprochen. So wird befürchtet, dass das Zusammenleben in einem Raum das Grundrecht auf Privatsphäre verletzt. Als weiterführenden Ansatz beschreibt das *Kuratorium Deutscher Altenpflege* sein Konzept zur qualitätsgeleiteten Pflegeoase.

„Jeder Bewohner erhält dabei ein eigenes Zimmer mit weit zu öffnenden Türen, die allesamt vom zentral gelegenen Küchen- und Aufenthaltsraum einsehbar sind. Auf diese Weise sind auch Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase nicht vom sozialen Leben ausgeschlossen, sondern können zumindest passiv daran teilhaben.“<sup>71</sup>

Abb. 43: Krankenhaus Sonnweid, Wetzikon CH, Grundriss 3. Abteilung für Menschen mit schwerer Demenz

Abb. 44: Krankenhaus Sonnweid, Wetzikon CH, Pflegeoase

### 3.4 Stigmatisierende Architektur?

Bei der Pflege von Demenzpatienten werden immer wieder die Vor- und Nachteile von segregativen Lebenskonzepten besprochen. Während von den Experten einerseits die Stigmatisierung der Patienten durch eine Sonderarchitektur und deren Ausschluss aus der Gesellschaft befürchtet wird, zeigt sich andererseits eine erhöhte Lebenszufriedenheit die von einer abgeschlossenen angepassten Wohnumwelt abgeleitet wird und von der die Erkrankten profitieren.

Noch in den 1990 Jahren nahmen Altenheime aufgrund des hohen Pflegebedarfs keine demenziell erkrankten Personen auf. Jedoch erkrankten viele Bewohner während des Aufenthalts an einer Demenz, woraufhin die Pflegeleitungen reagieren mussten. Um den Heimbewohnern einen beschwerlichen Umzug [siehe Kap.: 4 Ortswechsel Alten-/ Pflegeheim] zu ersparen, der meist mit weiteren kognitiven Einbußen verbunden ist, wurden Konzepte erarbeitet die ein Zusammenleben der unterschiedlichen Personen (integrativ) oder eine Trennung in homogene Gruppen (segregativ) vorsah. Größere Einrichtungen strebten eine räumliche Trennung sowie getrennte Tagesstrukturen an, die als Vorläufer der heutigen Wohnbereichskonzepte betrachtet werden können, da diese Konzeption beiden Vorstellungen entspricht. Jedoch stiegen mit der Zunahme der Demenzpatienten und den entstehenden Konflikten durch unangepasste Verhaltensweisen die Überlegungen nach einer klaren Trennung.<sup>72</sup> „Nach erfolgter Differenzierung der Heimtypen und Heimbereiche und der Professionalisierung der Pflege, kam es zu einer strikten räumlichen Trennung der Rüstigen einerseits, der Pflegebedürftigen andererseits.“<sup>73</sup> Während sich die damalige Einteilung auf diese zwei Gruppen beschränkte, ist die heutige Aufschlüsselung viel differenzierter. Die Personen werden als:

1. mobile körperlich Erkrankte,
2. mobile psychisch Erkrankte,
3. bettlägrige mit schweren gesundheitlichen Schäden (z.B. als Folge eines Schlaganfalls),
4. sterbende Bewohner, eingeordnet.

<sup>72</sup> Vgl. Kaiser 2014, 19.

<sup>73</sup> Dieck 1994, 194.

### Auswirkung auf die Bewohner der Einrichtungen

Nach der Bildung von Bewohnergruppen, kam die Frage nach welchen Kriterien die Bewohner eingeteilt werden sollten. Während früher alle Alten als gleich betrachtet wurden und so dem Lebensalter entsprechend zusammen wohnten, wird heute der individuelle körperliche und geistige Gesundheitszustand zum entscheidenden Kriterium, um eine erfolgreiche Aktivierung verschiedenen der Gruppen zu gewährleisten.<sup>74</sup> So verdeutlicht unter anderen das Drei-Welten-Konzept [siehe Kap.: 3.3.3 Das Drei-Welten-Konzept] „... wie stark stationäre Angebote differenziert werden müssen, um Antwort auf spezifische Bedürfnisse und Lebenslagen geben zu können.“<sup>75</sup>

Dr. Margret Dieck, ehemalige Leiterin des *Deutschen Zentrums für Altersfragen e.V. Berlin* betonte, dass das Altenheim, durch die bereits erwähnte Wandlung des Bewohnerklientels, kein adäquates Wohnumfeld für gesunde alte Bewohner darstellt, den dieser „... findet in Heimen mit dieser Bewohnerschaft keinen Gesprächspartner, keine Gesellschaft.“<sup>76</sup> Spezieller gestaltet sich die Situation vor allem beim Zusammenleben von dementen und nicht dementen Bewohnern. Da die Verhaltensveränderungen der Patienten im mittelschweren Stadium [siehe Kap.: 8.3.2.2 Mittelschweres Demenzstadium] immer wieder zu Konflikten mit andern Heimbewohnern führen und die Lebensqualität beider Gruppen reduzieren.

Grundsätzlich hängt die Zusammensetzung der Bewohnergruppen jedoch von der psychologischen Verfassung der Bewohner ab.<sup>77</sup> So können Patienten im ersten Demenzstadium vom Zusammenleben mit gesunden älteren Personen profitieren. Beim familienähnlichen und alltagsnahen Zusammenleben innerhalb einer Wohngruppe unterstützen die gesunden Bewohner die Erkrankten und entlasten zudem die Pflegekräfte.

Jedoch zeigt sich bei der Betreuung von Demenzpatienten im mittelschweren Stadium, das nicht nur der psychologische Zustand sondern auch kulturelle, religiöse oder soziale Unterschiede zu Missverständnissen führen können.

74 Vgl. Zank/ Baltes 1994, 154.

75 Kühne 1994, 201.

76 Dieck 1994, 197.

77 Vgl. Atallah/ Champin 1994, 218.

### **Integratives Wohnkonzept**

Ein großer Vorteil dieses Konzepts ist die hohe Flexibilität der Belegung, die sich günstig auf die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung auswirkt.<sup>78</sup> So leben in einer Abteilung demente, alte, junge, geistig und körperlich behinderte Personen zusammen. Ob dieses Zusammenleben funktioniert hängt vor allem von der entstehenden Gruppendynamik ab.<sup>79</sup> Denn dieses Konzept setzt eine hohe Toleranz vor allem der gesunden Bewohner voraus, die meist mit einer Einschränkung ihrer Lebensqualität rechnen müssen. Als bauliche Struktur bewährten sich die Wohnbereichs- und Hausgemeinschaftskonzepte, die ein angenehmes Wohnumfeld schaffen. Dabei können die kognitiv kompetenten Gruppenmitglieder aktiv die Alltagsaufgaben begleiten und die Pflegekräfte dadurch psychisch entlasten. Ab einer fortgeschrittenen Erkrankung ist den „Nicht-dementen Bewohnern [...] das Zusammenleben mit schwer dementen Personen nicht zuzumuten.“<sup>80</sup> Bei integrativen Projekten zeigen viele Erkrankte ein unangemessenes Verhalten, da sie meist „nicht die Art und Dauer der Zuwendung durch das Personal [erhalten - Anm. d. Ver.], derer sie bedürfen.“<sup>81</sup>

### **Teilintegratives Wohnkonzept**

Dieses System wird vor allem bei verhaltensauffälligen Demenzerkrankten in größeren Einrichtungen angewandt. Die Personen beziehen ein Zimmer auf in einer beliebigen Station und werden tagsüber gemeinsam in einen speziell an ihre Bedürfnisse angepassten Raum betreut. Dieser Raum kann wie ein Tageszentrum gestaltet [siehe Kap.: 3.2.2 Teilstationäre Unterstützung] und geführt werden, also auch Personen, die außerhalb der Einrichtung leben, während des Tages betreuen. Dies bringt den Vorteil einer flexiblen Belegung der Zimmer sowie die Entlastung der Station im Tagesbetrieb. Als Nachteil muss der für die Patienten strapaziöse Transfer durch ein in ihrer Wahrnehmung befremdendes Haus erwähnt werden.<sup>82</sup>

### **Segregatives Wohnkonzept**

Darunter wird eine spezialisierte Abteilung für Demenzkranke mit entsprechend geschultem Personal und bedürfnisorientierter Umweltgestaltung, die jeden institutionellen Charakter vermeidet, verstanden. Dieses Modell wurde international von verschiedenen Einrichtungen erprobt\*. Obwohl das eigentlich damit verbundene Ziel, die Verbesserung der kognitiven und der Alltagskompetenz, nicht erreicht wurde, zeigten sich weniger Konflikte im Zusammenleben, wodurch weniger Zwangsmaßnahmen (Fixierungen) und Medikamente benötigt wurden. Durch die homogene Zusammensetzung der Gruppe

78 Vgl. Heeg 1994, 228.

79 Vgl. Kaiser 2014, 19.

80 Flade 2008, 295f.

81 Ebda.

82 Vgl. Heeg/Bäuerle 2012, 20.

\* z.B. Anton Piek-Hofje, Cantou-Modell, Domus Unit, das Schweden-Modell oder die Spezial Care Units (SCU)

wird der Patient „ ... von dem Druck befreit, als >> normal<< zu erscheinen. Er wird nicht mehr überhäuft mit Fragen, Bemerkungen und Urteilen. Er darf in Ruhe mit seinen Symptomen leben, ...“<sup>83</sup> Dies steigerte nicht nur die Lebensqualität der Bewohner, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter. Jedoch wird als größter Nachteil die Stigmatisierung der Bewohner betont.

### Stigmatisierung

Die Experten verschiedener Fachrichtungen empfinden das segregative Konzept als zu krankheitsorientiert und stigmatisierend. „Es wurde argumentiert, dass ein nach dem Prinzip der Wohnlichkeit konzipiertes Pflegeheim auch für Menschen mit Demenz eine bedürfnisgerechte Umgebung bietet und eine spezifische Anpassung an kognitive Einschränkungen nicht erforderlich sei.“<sup>84</sup> Außer dem Aspekt der Wohnlichkeit seien nach dieser Ansicht also keine weiteren Maßnahmen der Lebensraumgestaltung notwendig. Wahrscheinlich veranlasste diese Haltung kritische Stimmen wie den Soziologen und Architekten John Zeisel, Untersuchungen in diesen Bereich zu initiieren, die die Möglichkeit eines positiven Einfluss durch das bauliche Milieus durchaus bestätigen. „This research demonstrates the potential that environment has for contributing to the improvement of Alzheimer’s symptoms.“<sup>85</sup>

Um der Stigmatisierung entgegenzuwirken wird immer wieder die Motivation der Einrichtungen hinterfragt. Es stellt sich die Frage, ob die Konzeption der geschlossenen Abteilung den Patienten vor einer Selbstgefährdung schützt oder die anderen Alten vor Konfrontationen oder um beim Personaleinsatz zu sparen.<sup>86</sup> „Dies macht eine kritische Beobachtung der Entwicklung notwendig, bei der darauf geachtet werden sollte, ob bei den segregativen Konzepten das Motiv der Konfliktvermeidung oder das Motiv der demenzangemessenen Wohn- und Betreuungsqualität im Vordergrund steht.“<sup>87</sup> Die angesprochenen Motive stehen jedoch in Wechselwirkung, denn durch die Vermeidung von Konflikten steigt die Lebensqualität der Erkrankten und dies sollte das Ziel jeder Einrichtung sein.

Ob die Errichtungen von spezialisierten Heimen von der Gesellschaft angenommen werden, hängt vom allgemeinen Umgang mit der Krankheit und den Erkrankten selbst ab. Die Effektivität der rehabilitierenden Wirkung kann in einer spezialisierten Umwelt gesteigert werden, wobei Rehabilitation bei Demenzerkrankungen nicht die Integration in das soziale Umfeld bedeutet, sondern Fähigkeiten zu erhalten und Freude zu empfinden.<sup>88</sup>

Mit der Öffnung der Einrichtungen zur Gemeinde oder einem Quartier kann die Akzeptanz verbessert werden. Zudem kann das Miteinbeziehen

83 Atallah/ Champin 1994, 217.

84 Heeg/ Bäuerle 2012, 23.

85 Zeisel u.a. 2003, 697.

86 Vgl. Grond 1994, 132.

87 Heeg/ Bäuerle 2012, 20.

88 Vgl. Atallah/ Champin 1994, 211.

der Angehörigen und Freunde sowie die Vernetzung mit unterstützenden Organisationen, die auch eine ambulante Betreuung oder ein Tageszentrum beinhalten, dem Misstrauen entgegenwirken.<sup>89</sup> Dies stellt einen positiven Ansatz dar, „um Wohnformen zu durchmischen und durch effektivere Auslastung ein gutes Angebot an Gemeinschaftseinrichtungen zu ermöglichen. Der Gefahr des „Altenghettos“ muß durch sorgfältige bauliche und soziale Einfügung der Gesamtanlage, durch „Öffnung nach außen“ (Veranstaltungs- und Begegnungsangebote an die Öffentlichkeit, öffentliche Wegführung durch die Anlage etc.) und durch Begrenzung des Gesamtvolumens begegnet werden. [...] Eine Aufgabe der Zukunft wird es sein, zusammenfassende Einrichtungen auch für Anforderungen des wachsenden Anteils Altersdementer (Verwirrter) zu schaffen, damit diese Gruppe nicht in Sonderwohnhäusern isoliert wird, sondern in Altenpflegeheimen integriert werden kann, die heute ihren Bedürfnissen räumlich und auch personell meist noch nicht genügen.“<sup>90</sup>

All den negativen Überlegungen der geschlossenen Sonderarchitektur zum Trotz, möchte ich die folgende Einrichtung, De Hogeweyk in den Niederlanden, als positives Beispiel entgegenstellen. Denn „es geht hier nicht um das eigne Altersbild oder gar um das Altersbild der Wissenschaft, das an Vorstellungen zunehmender Hinfälligkeit im höheren Alter gebunden wäre - sondern um Überlegungen und Wünsche alter Menschen [Demenzkerkrankte eingeschlossen - Anm. d. Verf.] selbst.“<sup>91</sup>

89 Vgl. Meier-Baumgartner 1994, 125.

90 Lorenz 1992, 36.

91 Dieck 1994, 198.

## CASE STUDY: De Hogeweyk, Weesp Niederlande



- |                               |                          |                   |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|
| ■ Wohngruppe "Kulturell"      | 1. Arztpraxis            | 6. Supermarkt     |
| ■ Wohngruppe "Häuslich"       | 2. Friseur/ Fußpflege    | 7. Restaurant     |
| ■ Wohngruppe "Großbürgerlich" | 3. Therapieeinrichtungen | 8. Eingang        |
| ■ Wohngruppe "Urban"          | 4. Werkstatt             | 9. Administration |
| ■ Wohngruppe "Indisch"        | 5. Café                  | 10. Theater       |
| ■ Wohngruppe "Christlich"     |                          |                   |
| ■ Wohngruppe "Handwerklich"   |                          |                   |

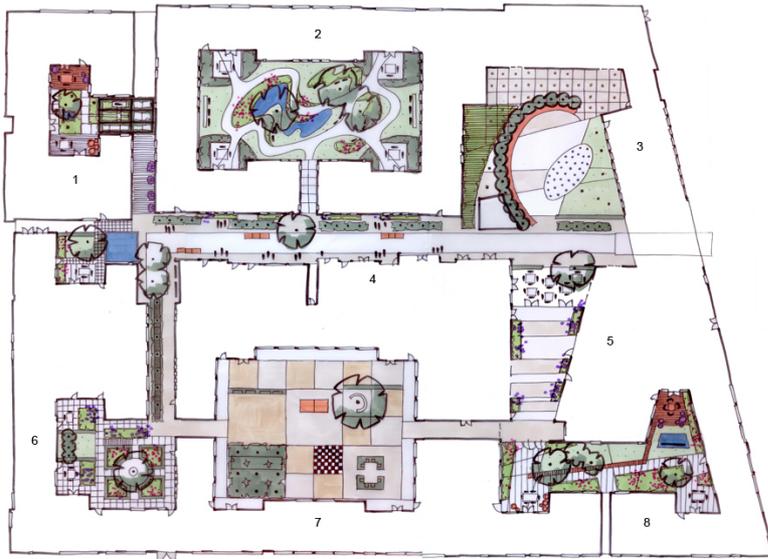
Dieses bemerkenswerte Projekt ging aus einem 2007 ausgeschriebenen Wettbewerb hervor. Das Architektenteam Molenaar & Bol & Van Dillen Architekten präsentierte damals jedoch nicht die Pläne eines Gebäudekomplexes, sondern eine Strategie um das Lebensumfeld der Erkrankten bestmöglich zu gestalten. Nach ihrem Sieg errichteten sie „das Dorf des Vergessens“ das sich rund 20 km südwestlich von Amsterdam befindet. Es befindet sich sowie das ehemalige Pflegeheim inmitten eines Wohnviertels. Dabei bietet das 15.000m<sup>2</sup> große Areal den Bewohnern große Bewegungs- sowie Handlungsfreiheit und das Gefühl von Normalität. „Denn die rund 150 Alzheimer-Patienten haben hier ein zu Hause, das nicht an der Wohnungstür endet. Freiheit ist hier das höchste Gebot.“<sup>92</sup> Das Gebäudeensemble wurde wie ein Quartier einer Kleinstadt strukturiert, in der die Bewohner nicht nur einen Garten und einen Dorfplatz finden, sondern auch Einkaufsmöglichkeiten, ein Café und Restaurant, ein Theater, einen Schönheitssalon sowie eine Arztpraxis und therapeutische Einrichtungen. Die öffentlichen Bereiche sind nicht nur den Bewohnern frei zugänglich sondern auch für die umliegende Bevölkerung geöffnet. Die Patienten erleben hier Alltagssituationen und können sogar eigenständig einkaufen gehen. „Ungewöhnlich ist höchstens, dass es niemand stört, wenn mit Knöpfen

Abb. 45: De Hogeweyk, Weesp NL, 2009, Übersichtsplan

Abb. 46: De Hogeweyk, Weesp NL, 2009, Vogelschau

Abb. 47: Beispiel einer Alltagssituation, Foto: KopArt

oder Taschentüchern bezahlt wird - alles ist erlaubt, solange es die Illusion von Normalität aufrechterhält.“<sup>93</sup> Um dies zu gewährleisten sind die „Supermarktangestellten“ in Wirklichkeit Betreuungspersonen, die „getarnt“ den Alltag der Patienten begleiten und ihnen so viel Freiheit und Sicherheit, wie möglich gewährleisten. „Der Gemütszustand der Bewohner hat sich dadurch deutlich verbessert. Das Ergebnis: Im Vergleich zum alten Pflegeheim in Weesp, das 2009 durch die Wohnsiedlung ersetzt wurde, werden weniger Medikamente benötigt.“<sup>94</sup>



Die Gestaltung der Außenräume orientiert sich an der vertrauten Umgebung der Bewohner und bietet eine erstaunliche Vielseitigkeit. Neben dem städtischen Ambiente des Boulevard und seiner Verlängerung, dem Hof *Het Grote Plein* sowie der Passage mit Einkaufsmöglichkeiten und Restaurant, gibt es angrenzend für die Kulturinteressierten den Theaterplatz. Zudem wurden intimere Grünbereiche vorgesehen, wie der *Vijverpark* und ein gartenähnlicher Bereich mit Blumen im Westen sowie ein Nutzgarten im Osten der zur Gartenarbeit einlädt. Innerhalb der Einrichtung gibt es keine Stufen, Gräben, Zäune, Mauern oder sonstigen Barrieren, die die Bewohner in ihrem Bewegungsdrang einschränken könnten. Um den Patienten eine sichere Umgebung zu bieten wurde bei der Gestaltung der Außenräume nicht nur auf eine anregende Atmosphäre, sondern auch auf die Blickbeziehungen geachtet, die die Wegführung beeinflussen und die Flanierenden immer wieder zu ihrem Ausgangspunkt zurück leiten. „Die Prägnanz des räumlichen Ausdrucks zusammen mit der Vielfalt an Eindrücken schaffen die Orientierung und verleihen den Eindruck von Normalität.“<sup>95</sup>

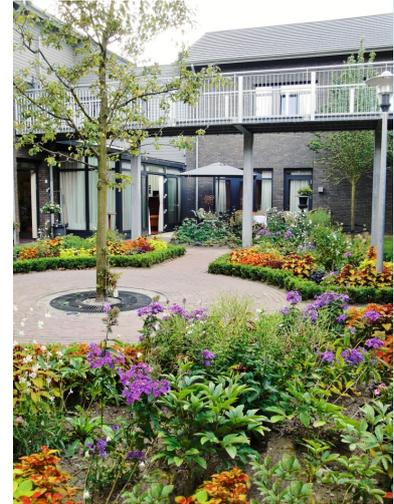


Abb. 48: De Hogeweyk, Weesp NL, 2009, Außenraumgestaltung, Grafik: Niek Roozen

Abb. 49: De Hogeweyk, Weesp NL, 2009, Garten(6), Foto: Madeleine Sars

Abb. 50: De Hogeweyk, Weesp NL, 2009, Het Grote Plein(7), Foto: Madeleine Sars

93 Habekuß 2013, 3.

94 Rupperecht 2012, o.S.

95 Feddersen/ Lüdtkke 2014, 177.



Die Außenräume werden von zweigeschossigen Reihenhäusern mit verschiedenfarbigen Klinkerverkleidungen strukturiert und grenzen sich so vom umliegenden Wohngebiet ab. Ein einziger Zugang, der unter ständiger Beobachtung steht um im Fall der Fälle einen Bewohner zurück zu begleiten, stellt die Verbindung zur Stadt dar. Es wurden 23 Wohnungen auf einer Fläche von 12.000m<sup>2</sup> (BGF) errichtet. Jede dieser Wohnungen besitzt ein Doppelzimmer und sieben Einzelzimmer, zwei Gemeinschaftsbadezimmer sowie eine Küche und einen Wohnbereich mit Blick zum Hof. Die Bewohner dürfen ihre Zimmer selbst einrichten, die Gemeinschaftsbereiche sind jedoch fertig eingerichtet und entsprechen einem von sieben „typischen Lebensstilen“ der niederländischen Bevölkerung.

1. Kulturell
2. Häuslich
3. Großbürgerlich
4. Urban
5. Indonesisch\*
6. Christlich
7. Handwerklich

Beim Einzug in die Einrichtung wird anhand eines speziell erstellten Fragebogens der jeweilige Lebensstil ermittelt, um die perfekte Wohnumgebung für den Neuankömmling zu finden. Die Wohnungen wurden durch die räumliche Konzeption sowie durch die Innenraumgestaltung an diese sieben Kategorien angepasst, um an den vertrauten Lebensstil anzuknüpfen. Die Unterschiede zeigen sich in der Bedeutung der Räume. So spielen die Küchen in den großbürgerlichen Wohngruppen, deren Bewohner meist Küchen- und Hauspersonal beschäftigten und so keine Erfahrung mit Küchenarbeit haben, eine untergeordnete Rolle. Sie sind kleiner dimensioniert und befinden sich nicht im Mittelpunkt der Wohneinheit. Ganz im Gegensatz dazu wurden die Küchen bei den indonesischen Wohngruppen, für die das gemeinsame Kochen und Essen eine zentrale Rolle spielt, umso größer berechnet.<sup>96</sup>

Abb. 51: De Hogeweyk, Weesp  
NL, 2009, Wohngruppe  
Kulturell, Foto: Madeleine  
Sars

Abb. 52: Wohngruppe Häuslich

Abb. 53: Wohngruppe  
Großbürgerlich

Abb. 54: Wohngruppe Urban

Abb. 55: Wohngruppe Indonesisch

Abb. 56: Wohngruppe Christlich,

Abb. 57: Wohngruppe  
Handwerklich

\* Viele Niederländer besitzen durch die ehemaligen Kolonie in Indonesien Vorfahren, deren Lebensstil sich noch heute in deren Wohnumwelt bemerkbar macht.

Obwohl sich die Einrichtung als ein geschlossenes System präsentiert, fügt sich das Gebäude durch die Höhenentwicklung und das Fassadenbild in die vorherrschende Bebauung ein. Und auch wenn eine Ghettoisierung befürchtet wird, zeigt sich das Gegenteil durch die Akzeptanz der Bevölkerung, die die Theatervorstellungen, Lesungen, Cafés, Sommer- sowie Weihnachtsfeiern besucht.

Der Journalist, Fritz Habekuß, der Zeitung *Die Zeit* schildert: „Die Simulation des Alltags hat mehrere positive Effekte: Sie schafft soziale Kontakte und fördert die geistige Aktivität. [...] Dort herrscht an einem Nachmittag im Dezember rege Geschäftigkeit. Aus dem dorfeigenen Café dringt der Gesang von Kindern, dazwischen hört man die Stimmen einiger Bewohner. Gerade ist eine Kindergartengruppe zu Gast, die mit den Dementen die Ankunft von Sinterklaas, dem niederländischen Nikolaus, feiert. Nebenan in der lichtdurchfluteten Einkaufspassage wird mit Unterstützung von zwei Pflegehelfern an Adventsgestecken gewerkelt - eine von vielen Aktivitäten, die Bewohner wählen können, neben Singen oder Basteln und dem unvermeidlichen Bingo. Wichtig ist, dass die Dementen aktiv sind, auch im Alltag.“

Trotz der positiven Berichte und der hohen Lebenszufriedenheit der Erkrankten, werden vor allem in Deutschland, wo ähnliche Projekte nach dem Vorbild von De Hogeweyk angestrebt werden, Gegenstimmen laut. So bezeichnet der Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Peter Michell-Auli, das Projekt als „eine Art Disneyland [...] das mit der Realität nichts mehr zu tun hat“<sup>97</sup> und Reimer Gronemeyer, Professor von der Universität Gießen, empfindet die Täuschung der Bewohner, in einer heilen Welt zu leben, als beleidigend. Er plädiert darauf, dass eine Demenz nicht als Krankheit anzusehen ist, sondern als das „vierte Lebensalter“, das nicht von Ärzten bestimmt werden sollte.<sup>98</sup>



Abb. 58: De Hogeweyk, Weesp NL, 2009, Fassadenbild, Foto: Madeleine Sars

97 Habekuß 2013, 5.

98 Vgl. Ebda.



## 4 Ortswechsel Alten-/ Pflegeheim

Ein Umzug im Alter stellt eine erhebliche Belastung und Zäsur im Leben älterer Menschen dar.<sup>99</sup> „Wohnungs- oder Wohnortwechsel sind bei älteren Menschen um den Faktor 3 seltener als in der Gesamtbevölkerung“.<sup>100</sup> Der Wohnraumwechsel in ein Alten- oder Pflegeheim stellt meist den Beginn des letzten Lebensabschnittes dar und wird daher von vielen so lange als möglich hinausgezögert. Erst durch eine schwerwiegende Erkrankung, dem Tod des Lebenspartners oder gravierende körperliche Einbußen wird der Wechsel in eine institutionelle Einrichtung in Betracht gezogen. Zudem kommt die Ungewissheit der neuen Lebenssituation sowie die Vertrautheit und emotionale Bindung zu den eigenen vier Wänden, die einen Umzug erschweren.

In diesem Kapitel möchte ich einige Punkte, die mit dem Wohnungswechsel in Zusammenhang stehen, eingehen. Dazu zählen die Bedeutung des Wohnraums für den älteren Menschen, die Befürchtungen, die mit einem Altenheim verbunden werden, die positive Auswirkung der Mitbestimmung und das Vorgehen mit demenzerkrankten Personen.

### 4.1 Bedeutung des Wohnraums

Schon in der Antike manifestiert sich der Wert des eigenen Wohnraums, denn nur derjenige, der durch gesichertes Eigentum innerhalb der Gemeinschaft verwurzelt war, konnte sich in die Angelegenheiten der Allgemeinheit einbringen.<sup>101</sup> Das Haus, der Wohnraum, als Zeichen der Verantwortung sowie der erworbenen Macht und Stellung in der Gesellschaft sind Werte, die das Eigen- und Fremdbild bestimmen. „Hier werden Ordnung und Ortung menschlichen Zusammenlebens offenkundig. Familie, Sippe, Stamm und Stand, die Arten des Eigentums und der Nachbarschaft, aber auch die Formen der Macht und Herrschaft werden hier öffentlich sichtbar.“<sup>102</sup> Im zunehmenden Alter können sich die kognitiven Fähigkeiten verringern. Die Personen können sich auf ihre Entscheidungen nicht mehr verlassen und werden schlimmstenfalls von anderen fremdbestimmt. Der Verlust der Autonomie bindet viele noch stärker an den selbst geschaffenen Wohnraum der eine letzte Zufluchtsstätte bleibt und als Bestätigung der eigenen Identität sowie der Fähigkeiten und sozialen Stellung dient.

Auf der Suche nach Wohnlichkeit widmete sich Otto Friedrich Bollnow ebenso der Bedeutung des Wohnraums für den Menschen und definierte diesen als fixen Bezugspunkt im Leben. „Ein Haus wird zur konkreten Mitte seiner Welt.“<sup>103</sup> Nur eine tiefe Verwurzelung zu einem Haus, einem Ort, einer Region kann einem Menschen Halt geben. Jedoch ist

99 Vgl. Mayring/Saup 1990, 85.

100 Flade 2008, 284.

101 Vgl. Arendt 2006, 422.

102 Carl Schmitt 2006, 409.

103 Bollnow 1997, 124.

hier nicht die Rede von materiellem Besitz, sondern von der emotionalen Verbindung die eine Person mit ihrem Lebensraum, dem Erlebten, die damit verbundenen Erinnerungen und Erfahrungen.<sup>104</sup> Je länger jemand eine Wohnung bewohnt, die Räume gestaltet und pflegt, desto verbundener fühlt er sich mit ihr. Diese Verbundenheit zeigt sich bei vielen älteren Personen, die für ihren Wunsch nach Beständigkeit auch beschwerliche Situationen, z.B. Treppensteigen etc., in Kauf nehmen und ihre Lebensqualität beträchtlich einschränken. Wie sich die Lebensqualität im Alter darstellt, wird aufgrund des schwindenden Aktionsradius von der Wohnsituation bestimmt.<sup>105</sup>

Das betrifft besonders Personen, die unfreiwillig in Pflegeanstalten wohnen, die einen hohen Versorgungsaufwand bieten und dadurch Eigenständigkeit untergraben.<sup>106</sup> Diese Situation weckt in vielen Älteren die Befürchtung des fremdbestimmtseins, den Verlust der Autonomie und Identität. In den Köpfen existiert kein Pflegeheim als Wohnort. Daher stellt sich die Frage, was das Gefühl von „Zuhause“ ausmacht und wie die Bewohner die Geborgenheit und Vertrautheit einer Wohnung auch in einer institutionellen Umgebung erfahren können.

Untersuchungen der Altersforschung, vor allem von Winfried Saup, haben in ausführlichen Gesprächen und Interviews, die wichtigsten Konfliktsituationen im Heimalltag erhoben. Dazu zählen:

- Der Aktivitäts- und Funktionsverlust der Bewohner durch die umfangreiche Versorgung, z.B. Zentralküche, Reinigungsservice, Wäschedienst, etc.
- Die soziale Isolation und Einsamkeit trotz der hohen Bewohnerdichte. Beobachtungen zeigten, dass die Kontaktaufnahme kaum in den Gemeinschaftsräumen stattfindet, da die Räume meist zu groß sind und zu wenig Privatsphäre bieten. Halböffentliche Bereiche wie die Vorzonen der privaten Zimmer oder kleine Nischen im Flurbereich bieten sich eher für Gespräche an.
- Eine eingeschränkte Wahlmöglichkeit der Aufenthaltsbereiche. Den Personen stehen in vielen Fällen nur das private Zimmer oder ein großer Gemeinschaftsbereich zu Verfügung. Durch eine kleinteilige Strukturierung können Aufenthaltszonen mit unterschiedlichen Qualitäten geschaffen werden, die den Kontakt fördern oder auch das Alleinesein in der Nähe der Gruppe ermöglichen.
- Die geringe Wohnfläche der Einzelzimmer wird von vielen Bewohnern bemängelt. Die meisten erwähnen dabei das Gefühl eingesperrt und bei ihren Handlungen eingeschränkt zu werden. Die eingeschränkte Stellmöglichkeit der Möbel verhindert z.B.

104 Vgl. Flade 2008, 283.

105 Vgl. Mayring/Saup 1990, 75f.

106 Vgl. Flade 2008, 284.

die Aneignung der Räume und hinterlässt bei den Bewohnern das Gefühl fremd zu sein.

- Die Ausstattung mit standardisierten Möbeln, die meist den hygienischen und pflegeleichten Anforderungen entsprechen, können nicht das Gefühl eines Zuhauses vermitteln. Zudem können geliebte Erinnerungsstücke das Leben der Bewohner nicht weiter begleiten.
- Die eingeschränkte Privatsphäre stellt ein gravierendes Problem dar. Obwohl das Konzept des Mehrbettzimmers und der Gemeinschaftsbadezimmer überholt ist und kaum mehr Anwendung findet, treten immer wieder Verletzungen der Privatsphäre auf. Die meisten Bewohner beklagen sich über das Personal, das nach kurzem Klopfen einfach das Zimmer betritt. Hier könnte neben einer Sensibilisierung des Pflegepersonals auch die Ausgabe von Schlüsseln Abhilfe schaffen.

## 4.2 Heimeintritt

Der Einzug in eine institutionelle Einrichtung stellt einen Wendepunkt im Leben eines alten Menschen dar. Viele möchten ihre selbstständige Haushalts- und Lebensführung in der bekannten Wohnsituation bewahren und fürchten ein nutzloses Leben am Abstellgleis. Nicht selten bemerken die Angehörigen und Pflegenden mit dem Umzug „einen geringfügigen kognitiven Abbau, beschränkte affektive Reaktionen, ein vermindertes psychisches Wohlbefinden, verminderte Hoffnung, erhöhte Angst und erhöhte Depression sowie ein negativeres Selbstbild.“<sup>107</sup> Jedoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die meisten Personen, die heute in ein Pflegeheim einziehen, schon an alterstypisch körperlichen und psychischen Erkrankungen leiden. So ziehen nur 20% der Neuzugänge aus ihrer eigenen Wohnung in die Einrichtung. Die anderen 80% werden von Vorsorgeeinrichtungen überwiesen, vor allem aus Krankenhäusern (53%).<sup>108</sup> Diese „Notfallreaktionen“ nehmen laufend zu und sind aus Sicht der Altersforschung fatal. Wie eine amerikanische Studie gezeigt hat, gingen Personen, die sich selbst für eine Einrichtung entscheiden konnten, viel aktiver und kontaktfreudiger in die neue Lebenssituation und profitierten von einer höheren Wohn- und Lebenszufriedenheit.<sup>109</sup> Entscheidend waren dabei die ausführliche Information und Beratung sowie erste Erfahrungen mit der Heimumgebung. Zudem wurde den Personen die Möglichkeit gegeben, sich emotional und kognitiv auf die Übersiedelung vorzubereiten. Der eigene Entschluss, wann der Einzugstermin stattfindet und welche Möbel und Gegenstände die Person begleiten, wirkte sich ebenso positiv auf die künftige Lebensqualität aus.

<sup>107</sup> Mayring/Saup 1990, 83.

<sup>108</sup> Vgl Ebda., 80.

<sup>109</sup> Vgl Ebda.

### 4.3 Übersiedelung bei Demenzerkrankten

Heute stellt der häufigste Grund eines Heimeintritts eine Alzheimererkrankung dar. In der Anfangsphase benötigen die Patienten lediglich eine Alltagsunterstützung, die von einem Angehörigen übernommen werden kann. Heute werden in Österreich noch 80% der Demenzerkrankten von Familienmitgliedern betreut. Dies bietet den Erkrankten die Möglichkeit so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu leben. Da ein Umzug eine Veränderung des Lebensumfelds mit sich bringt und dies bei vielen Demenzpatienten Reaktionen wie Verzweiflung, Weglaufen, Delirien\* oder schlagartige Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten hervorruft, ist es wichtig den richtigen Zeitpunkt für einen Umzug abzuwägen. Um den Erkrankten nicht zusätzlich zu belasten, ist es bedeutend seine Kompetenzen einzuschätzen. Fällt es dem Erkrankten zusehend schwerer fällt vertraute Personen zu erkennen oder sich in der eigenen Wohnung zurechtzufinden, wird nicht mehr vom positiven Einfluss der eigenen Wohnung ausgegangen. Solche schwerwiegenden Veränderungen treten meist erst ab dem mittelschweren Demenzstadium [siehe Kap.: 8.3.2.2 Mittelschweres Demenzstadium] auf. Oft steigt in dieser Phase auch der Bewegungsdrang der Erkrankten, der in einer entsprechenden Einrichtung besser befriedigt werden kann als in einer typischen Wohnung.

\* Das Delir oder auch Verwirrheitszustand bezeichnet psychische Störungen wie ein verändertes Bewusstsein oder eine Störung der Aufmerksamkeit und der kognitiven Leistungsfähigkeit, das durch organische Veränderungen wie Infektionen oder Dehydrierung hervorgerufen wird.  
Vgl. Kratz 2011, 399.

## 5 Aspekte der ökologischen Gerontologie

Die ökologische Gerontologie widmet sich der Erforschung des Erlebens, des Verhaltens und des Wohlbefindens älterer sowie demenzkranker Menschen, die auf der Basis von der räumlichen und sozialen Umwelt erfolgen. Mit Hilfe der Erkenntnisse der ökologischen Gerontologie können architektonische Rahmenbedingungen bestimmt werden, die die Lebenswelt der Bewohner sowie das Arbeitsumfeld der Pflegekräfte nachhaltig verbessern.<sup>110</sup> Entscheidend für die Planung sind Kenntnisse der Bedürfnisse älterer Menschen sowie der körperlichen und geistigen Einschränkungen die sie in ihrem Leben begleiten. Durch die Einbußen der Sinnesorgane und der geistigen Verarbeitungsleistung stellt die Orientierung ein entscheidendes Hindernis dar, das durch architektonische Maßnahmen, wie sie auch Kevin Lynch beschreibt, entschärft werden kann.<sup>111</sup>

„Die ökologische Gerontologie interessiert sich für die erfassbare Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt, beschreibt das raumbezogene Verhalten und das damit verbundene Erleben. So versucht sie, Rahmenbedingungen zu schaffen und eine Optimierung der Umweltbedingungen für ältere Menschen zu erreichen. Wenn sie die visuellen, auditiven, motorischen und kognitiven Fähigkeiten im Zuge des Alternsprozesses verändern, bekommen die Umweltfaktoren eine zunehmende Bedeutung.“<sup>112</sup>

Im folgenden Kapitel werden vor allem die Aspekte der ökologischen Gerontologie thematisiert, die einen entscheidenden Einfluss auf die baulichen Tätigkeiten aufweisen. Mit einem tiefer gehenden Verständnis für den Einfluss des Raumes auf den Menschen sowie des Wahrnehmungs- und Orientierungsprozesses, die durch eine dementielle Erkrankung entscheidende Veränderungen erfahren, werden Gestaltungsmöglichkeiten vorgestellt, die die Lebensqualität sowie das körperliche und geistige Wohlbefinden verbessern.

110 Vgl. Wahl/Reichert 1994, 36.

111 Vgl. Heeg 1994, 220.

112 Kreimer 2004, 52.

## 5.1 Raumwahrnehmung

Raum ist ein vielfältig verwendeter Begriff der im ordinären Sprachgebrauch als z.B. Wohnraum einen allseitig umschlossenen Teil eines Gebäudes bezeichnet. In der Geografie dient er als Beschreibung eines Areals wie z.B. dem Raum Graz. In der Soziologie existiert der soziale Raum, in dem sich nach Pierre Bourdieu jeder Mensch in Abhängigkeit seines kulturellen, ökonomischen und sozialen Kapitals verorten lässt und so sein Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschema beziehungsweise Lebensstil bestimmt wird.<sup>113</sup> Aber natürlich spielt der Raum eine entscheidende Rolle in der Architektur, wo er einen durch Bauteile oder Elementen definierten Bereich beschreibt.

Der architektonische Raum wird von vertikalen und horizontalen Elementen gebildet, die durch ihre Gliederung und Materialität, Räume trennen, einteilen, verbinden oder Übergangszonen schaffen, um verschiedenen Anforderungen zu entsprechen. Die Räume treten miteinander durch Sichtachsen oder akustische Reize in Beziehung und erwecken dadurch eine ganzheitliche Raumwirkung. Doch wie diese Raumwahrnehmung interpretiert wird, hängt nicht nur von der Dimensionierung des Raums oder den bauphysikalischen Eigenschaften wie Schallreflexion, Geruch, Oberflächenbeschaffenheit, Temperatur, Farbe, Licht, Musterung oder Textur ab, sondern auch von individuellen Erfahrungsmustern, die durch kulturelle, religiöse und gesellschaftliche Einflüsse geprägt werden.

Der Mensch kann sich der gebauten Umwelt nicht entziehen, daher nimmt die Bedeutung des Lebensraumes eine zentrale Rolle ein. Der Psychogerontologe Winfried Saup betont, „Ohne einen Umwelt- und Raumbezug ist das menschliche Leben nicht vorstellbar“<sup>114</sup> und vertritt so wie die beiden Philosophen Otto Friedrich Bollnow und Martin Heidegger die Überzeugung, dass die Existenz des Menschen raumgebunden und von räumlichen Elementen sowie sozialen Bedeutungen gekennzeichnet ist.

Der Raum wird unbewusst wahrgenommen und bewirkt eine Reaktion im Menschen, die dessen Verhalten beeinflusst. Da demenziell Erkrankte ihr Verhalten nicht rational überdenken und an gesellschaftliche bzw. soziale Normen anpassen können, liegt es nahe, dass sie für den unbewussten Einfluss des gebauten Raums empfänglicher sind.

<sup>113</sup> Vgl. Macher 2007, 70.

<sup>114</sup> Saup 1994, 49.

### 5.1.1 Die Mensch-Umwelt-Beziehungen

Der Mensch steht mit seiner Umwelt in einer wechselseitigen Beziehung. Der Raum wird erlebt, sich angeeignet und nach den persönlichen Vorstellungen gestaltet. Doch ebenso wie sich der Mensch auf die Umwelt auswirkt, wirkt sich das Umfeld, das nicht nur bauliche sondern auch soziale Strukturen einschließt, auf die Personen aus. Allein durch wahrgenommene Strukturen werden im Menschen Emotionen und Verhaltensmuster erzeugt.

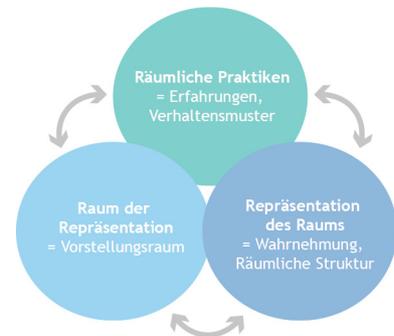
So beschäftigt sich der französische Philosoph Henri Lefebvre in seinem 1974 erschienen, gleichnamigen Text unter dem sozialen Aspekt mit der *Produktion des Raums*. Er beschreibt den geografischen Raum als eine von menschlicher Aktivität geprägte Umwelt, die wiederum Ausdruck des sozialen Raums ist. Der physische Raum ist die Voraussetzung sowie das Resultat jeder sozialer Handlung. Um dies zu vertiefen unterscheidet Lefebvre drei Arten von Räumen, 1. den gebauten Raum, 2. den präsentierten Raum, 3. den gelebten Raum, die durch ihr Zusammenwirken die soziale Umwelt produzieren.<sup>115</sup> Dadurch wird „eine Überwindung der Trennung von materieller und mentaler Welt“<sup>116</sup> geschaffen.

Knapp drei Jahre später skizzierte der Psychologe Alexei Nikolajewitsch Leontjew in seiner Theorie der „*Ringstruktur der Tätigkeit*“ die zweifache Bedeutung des Menschen bezüglich des Raums. Er lässt die soziale Komponente außen vor und betrachtet die Rolle des Menschen als Gestalter sowie als Nutzer der gebauten Umwelt.<sup>117</sup>

Dieses Ring-Modell ist nur eine vereinfachte Darstellung und dient als Grundlage für seine im weiteren genauer erläuterte Thematik vom Einfluss des gebauten Raumes auf den Menschen.

Die Bedeutung eines Raums beziehungsweise der Umwelt wird unbewusst sowie teilbewusst durch den Menschen bestimmt. Nur wenn eine bauliche Struktur wahrgenommen, erlebt und interpretiert wird, erschließt sich daraus ihre Qualität.

Die Produktion des Raums  
(nach Lefebvre 1991):



Ringstruktur der Tätigkeit  
(nach Leontjew 1994):

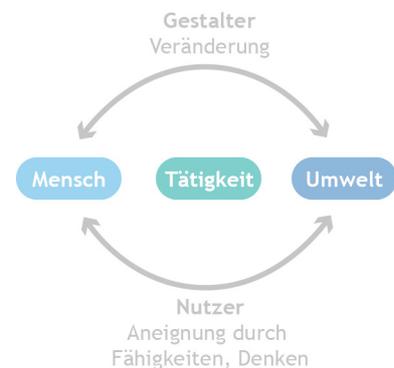


Abb. 59: Die Produktion des Raums  
nach Lefebvre

Abb. 60: Ringstruktur der Tätigkeit  
(nach Leontjew, 1977, mod.)

<sup>115</sup> Vgl. Lefebvre 2006, 330-340.

<sup>116</sup> Macher 2007, 32.

### 5.1.1.1 Die Feldtheorie

Als einer der einflussreichsten Psychologen arbeitete Kurt Lewin in den 1930er Jahren an der Feldtheorie. Sein Interesse galt den Verhaltensmustern<sup>\*</sup> der Menschen in ihrer Umwelt und allen Faktoren, die dieses Verhalten hervorrufen. Die Summe der Faktoren wird als psychologisches Feld bezeichnet, aus dem sich der Name seiner Theorie ableitet. Dieses psychologische Feld ist ein Abbild des persönlichen Lebensraums und schließt innere Situationen wie die momentane Stimmung sowie äußere Situationen wie zum Beispiel die Umgebungstemperatur mit ein.<sup>118</sup>

Elemente des psychologischen Feldes:

- Die persönlichen Bedürfnisse, Ziele und Wünsche des Menschen.
- Die individuelle Sichtweise auf Vergangenheit und Zukunft.
- Die vorhandenen Schwierigkeiten, Hürden und Hindernisse des Raums.
- Die Gruppenzugehörigkeit und die Position innerhalb dieser Gruppe.

Die Wahrnehmung unserer Umwelt wird unter anderem sehr stark durch unsere Bedürfnisse beeinflusst. Dies lässt die Vorstellung eines neutralen Raumes nicht zu, so beschreibt der Architekt Eckhard Feddersen den Raum als ein „subjektives Phänomen, keine objektive Tatsache“<sup>119</sup>. Denn der Raum ist immer die Projektionsfläche unserer Bedürfnisse. Zwar sind die Bedürfnisse demenzkranker Personen aufgrund der Erkrankung meist schwerer zu bestimmen, jedoch gibt es Grundbedürfnisse, die befriedigt werden müssen und durch ihr Verhalten ablesbar werden. So ist das Bedürfnis nach Sicherheit und Zuwendung besonders stark ausgeprägt und zeigt sich in der ständigen Suche nach vertrauten Personen. Der Aufforderungscharakter, der das langwierige kraftraubende „Wandern“ initiiert, hängt von der Stärke des Bedürfnisses ab. Wie schon erwähnt können im psychologischen Feld auch Hindernisse oder Schwierigkeiten auftreten. Diese besitzen einen negativen Aufforderungscharakter. So meiden die erkrankten Personen dunkle bedrohlich wirkende Bereiche. Der Aufforderungscharakter steht immer in Verbindung mit dem Verhalten und ist die Grundlage jeder Handlung.<sup>120</sup>

117 Vgl. Richter 2008, 21-30.

\* Ein Verhaltensmuster setzt sich aus den Gedanken, Handlungen sowie Emotionen zusammen.

118 Vgl. Ehmig/ Richter 2008, 32.

119 Feddersen 2014, 15.

120 Vgl. Ehmig/ Richter 2008, 31-40.

### 5.1.1.2 Die Drei-Ebenen-Theorie

Die Drei-Ebenen-Theorie geht zurück auf die Überlegungen des Schweizer Psychologen Alfred Lang. Seine Arbeit besitzt einen starken Bezug zu den Theorien von Kurt Lewin und widmet sich ebenso der Mensch-Umwelt-Interaktion.

Er definiert zwei Interaktionsweisen des Menschen mit seiner Umwelt, erstens die Gestaltung der Umwelt und zweitens die Aneignung derselben. „Betrachten wir die Welt als eine Ansammlung derartiger Mensch-Umwelt-Einheiten, so ist menschliches Verhalten immer intern (biologisch und psychisch-kognitiv) und extern (materiell und sozial-kulturell) bedingt.“<sup>121</sup> Jede ausgeführte Handlung besitzt eine Bedeutung, die sich im menschlichen Gedächtnis abzeichnet. Da eine Tätigkeit auch immer den Raum in seiner Bedeutung beeinflusst, stellt Lang eine Verbindung zwischen dem Raum und dem individuellen Gedächtnis her, die beide ein System von Bedeutungsinhalten darstellen. Weiters soll erwähnt werden, dass alle Menschen den Raum individuell verändern und vom Raum selbst verändert werden. So stellt das Gebaute einen kulturellen Speicher, beziehungsweise ein konkretes Gedächtnis (concrete mind) dar.<sup>122</sup>

In der Drei-Ebenen-Theorie beleuchtet Lang die Fähigkeit des Raumes das Verhalten der Menschen zu beeinflussen. Diese drei Regulationsprozesse des Raumes werden als Aktivierung, Interaktion und Entwicklung bezeichnet.

#### Aktivierung

Die physische Umwelt kann auf den Menschen anregend oder beruhigend wirken und so unbewusst das menschliche Verhalten regulieren. Dies zeigt sich zum Beispiel bei der Gestaltung des Wohnbereichskonzepts, das sich in aktive und passive Zonen unterteilen lässt. So sind Küche und Wohnzimmer aktive Bereiche, in denen man zusammensitzt, sich austauscht und so die vorhandenen Fähigkeiten der Erkrankten fördert. Die privaten Räume sind hingegen ruhige Orte, die Geborgenheit vermitteln und zum Rückzug bereitstehen. Da der Einfluss des Raumes nur unbewusst oder teilbewusst wahrgenommen wird, kann man sich seiner Wirksamkeit nicht entziehen. Jedoch kann der Einfluss durch *Biofeedback*\* nachgewiesen werden.

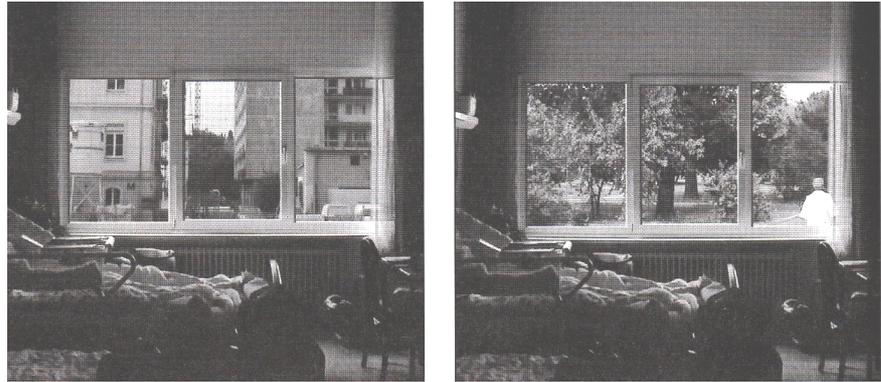
In einer experimentellen Studie zeigte Roger Ulrich, Professor für Architektur, wie sich der Ausblick eines Krankenzimmers auf die Genesung der Patienten auswirkt. Dazu wurden zwei identische Räume geschaffen. Ein Raum hatte einen Ausblick auf einen Straßenzug, von dem anderen Raum konnte ein Garten betrachtet werden. Die Patienten mit Gartenblick hatten eine auffallend kürzere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und zudem wurden weniger Schmerzmittel angefordert.<sup>123</sup>

121 Schulze/Richter 2008, 54.

122 Vgl. Ebda.

\* Ein Verfahren zur Darstellung körperliche Reaktionen.

123 Vgl. Schulze/Richter 2008, 56.



Diese Prägnanz des Ausblicks sollte meiner Meinung nach, auch beim Bau von Alten- und Pflegeheimen beachtet werden, da dadurch nicht nur das Wohlbefinden gesteigert wird sondern auch die zeitliche und räumliche Orientierung unterstützt werden kann.

### Interaktion

Die Interaktion bezeichnet die sozial-regulative Funktion des Raums, die sich auf die Kooperation und Kommunikation der Personen auswirkt. Dies beinhaltet, dass man durch räumliche Merkmale auch soziale Bedeutungen oder Handlungsmuster transportieren kann.

Die Psychologen Andrew Baum und Stuart Valins untersuchten die Auswirkungen der Gestaltung eines Studentenwohnheims auf die sozialen Interaktionen der Studierenden. Eine Gruppe der Studierenden bezog Einzelzimmer, die über einen langen Mittelgang erschlossen wurden (Typ A). Die anderen lebten in einer Grundrisskonfiguration, die einer herkömmlichen Wohnung ähnelte (Typ B). Nach wenigen Wochen zeigten sich die Studierenden, die den Typ A bewohnten im Vergleich zu den anderen Studierenden im Typ B gestresster, defensiver, misstrauischer und gingen Interaktionen aus dem Weg.<sup>124</sup>

Eine ähnliche Konzeptionierung der Erschließungen finden sich bei den Hausgemeinschaftskonzepten [siehe Kap.: 3.3.2 Hausgemeinschaftskonzept], die ihren Fokus auf das Gemeinschaftsleben legen. Analoge Verhaltensweisen zeigen Menschen bei unterschiedlichen Gruppierungen von Sitzgelegenheiten. So treten Personen, die nebeneinander sitzen seltener in Kontakt, als Personen die sich gegenüber sitzen. Dadurch können interaktionsfördernde Maßnahmen abgeleitet werden, die meiner Meinung nach in stationären Einrichtungen noch zu wenig Beachtung finden.#

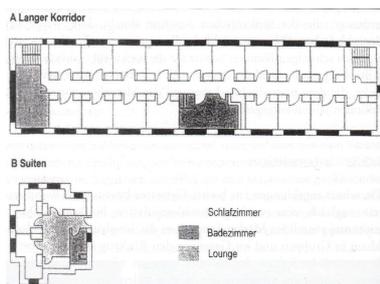


Abb. 61: Verschiedene Krankenzimmerausblicke (nach Ulrich, 1984)

Abb. 62: Gegenüberstellung von Wohnheimsituationen (nach Brehm et al., 2002)

124 Vgl. Schulze/Richter 2008, 58.

## Entwicklung

Der Begriff Entwicklung beschreibt im Gegensatz zu den beiden anderen Ebenen einen dynamischen Prozess, der sich auf die individuelle Persönlichkeitsentwicklung bezieht. Er beschreibt die Selbstdarstellung nach außen, mit der sich eine Person von einer Gruppe abhebt oder sich einer Gruppe zugehörig zeigt. Als Bedeutungsträger können hier auch Besitztümer betrachtet werden, die eine innere Haltung nach außen kommunizieren.

Beispielhaft sind die Zimmer von Jugendlichen, die in Laufe des Erwachsenwerdens eine starke Veränderung erfahren. Nicht nur das Aufhängen von Postern oder das Streichen der Wände als Ausdruck der Aneignung, sondern auch das selbstständige Möblieren ist eine Demonstration ihrer eigenen Identität.

Solche Aneignungsprozesse sollten auch den Bewohnern von Altenheimen ermöglicht werden. Da mit deren Hilfe die eigene Identität gestärkt wird und nach dem beschwerlichen Umzug ein Gefühl von Geborgenheit entwickelt werden kann.

### 5.1.1.3 Der Behavior Setting-Ansatz

Roger Garlock Barker wurde als einer der Begründer der Umweltpsychologie bekannt. In seinen Untersuchungen widmete er sich dem Verhalten von Personen in ihrer natürlichen Umgebung. Mit seinem ganzheitlichen Ansatz entwickelte er die Behavior Setting-Theorie.

Seine Verhaltensbeobachtungen zeigten, dass sich Personen im gleichen Kontext in ihrem Verhalten sehr ähneln, sowie dass sich das Verhalten der Personen durch die Veränderung des Kontextes ebenso verändert. Als Beispiel dient ein Klassenzimmer, in dem sowohl der Unterricht als auch die Pause verbracht wird. Diese beiden unterschiedlichen Situationen (Kontext) verlangen jeweils ein anderes Verhalten der Schüler. Während des Unterrichts agieren die Kinder sehr ähnlich, sie hören zu, melden sich auf Fragen und antworten dem Lehrer. In Pausen ist das Verhalten der Schüler jedoch vollkommen anders.<sup>125</sup>

Dies zeigt, dass das Verhaltensmuster dem entsprechenden Kontext angepasst wird. Welcher Kontext dieses Verhalten generiert, ist jedoch sehr unterschiedlich. Im Beispiel entspricht es der jeweiligen Situation, jedoch können auch die Zeit, Orte oder Personen den Kontext bilden.

Dies bemerkte auch der Philosoph Otto Friedrich Bollnow, der ebenso die Wirkung der unterschiedlichen Räume auf das Verhalten der Menschen beobachtete. „Ein Kirchenraum [...] soll den Menschen zur Andacht stimmen. Und ein Hörsaal [...] soll den Menschen auf das Zuhören hin bestimmen.“<sup>126</sup> Er beobachtete, dass auch der gebaute Raum einen Kontext generiert, durch den das Verhalten bzw. das Wohlbefinden bestimmt wird. Das Empfinden der Raumsituation wird von sozialen oder physischen Aspekten geprägt. Um den gebauten Raum als positiv zu bewerten, müssen die folgenden Faktoren bei der Gestaltung berücksichtigt werden:

1. Sensorische Prozesse: Jede Umweltinformation muss von den sensorischen Apparaten (Augen, Ohren, Nase, Zunge, Haut) aufgenommen werden, um eine Reaktion hervorzurufen. Dabei ist das Reizvolumen entscheidend, dass nicht zu schwach und nicht zu stark vorhanden sein sollte, um eine Raumerfahrung positiv bewerten zu können.
2. Emotionale Reaktion: Hierbei wird der Raum wahrgenommen und nach emotionalen Gesichtspunkten gewertet. Er wird als unangenehm, laut, überfordernd, monoton, beruhigend oder stimulierend empfunden?
3. Umweltbezogene Verhaltensweisen: Die verfügbaren Handlungsfreiräume, wie etwa Bewegungs-, Beziehungs-, Tätigkeits- Entscheidungs- und Kontrollfreiräume, werden in den verschiedenen Lebensbereichen auch unterschiedlich stark beschränkt. Fühlt sich die Person zu stark in ihren Freiheiten beschränkt wirkt sich dies negativ auf die Mensch-

<sup>125</sup> Vgl. Schulze 2008, 42-43.

<sup>126</sup> Bollnow 1997, 149.

Umwelt-Beziehung sowie auf das Verhalten aus.<sup>127</sup> Dies führt entweder zur Vermeidung der räumlichen Situation oder wenn er sich dieser nicht entziehen kann, z.B. in einem Altenheim, zu Aggression oder Depression.

#### 5.1.1.4 Orts-Bindung

Ein weiteres Phänomen der Mensch-Umwelt-Beziehung stellt die Orts-Bindung da. Dieser Begriff bezeichnet die emotionale Anhänglichkeit eines Menschen mit seiner vertrauten Umwelt und unterstreicht die Theorie, dass kein neutraler Raum existieren kann.<sup>128</sup>

Diese Verbundenheit hat ihren Ursprung vor allem in räumlichen Faktoren, wie Vertrautheit mit dem Ort, sowie in sozialen Faktoren, wie den positiven Erlebnissen und Erinnerungen, dem Gefühl der Geborgenheit, der persönlichen Gestaltung und Aneignung eines Raums und den sozialen Kontakten.<sup>129</sup>

Diese beiden Faktoren, räumlich und sozial, treten nicht zwangsweise gemeinsam auf. So können Menschen, die schon lange an einem Ort leben, eine starke Ortsverbundenheit empfinden, obwohl kaum noch Sozialkontakte bestehen.<sup>130</sup>

Roberta M. Feldman, Professorin für Architektur an der Universität von Illinois in Chicago, konnte nachweisen, dass im Falle eines Umzugs ähnliche Wohnstrukturen favorisiert werden und so der Ortswechsel als weniger einschneidendes Erlebnis empfunden wird. Demnach fühlen sich Dorfbewohner eher mit kleinräumigen Strukturen verbunden als mit Strukturen, die einer Großstadt ähneln.<sup>131</sup>

Auch Bollnow beschreibt das bevorzugte Wohnumfeld als eine Grunderfahrung „in dem sich die Erinnerung an die verschiedenen Wohnungen, in denen der Mensch gelebt hat, vor allem die ersten Erfahrungen des Wohnens im elterlichen Haus zu einem Urbild des Hauses verdichten.“<sup>132</sup> Die Wohnerfahrungen prägen den Menschen und bestimmen sein Bild von Gemütlichkeit und Wohnlichkeit.

127 Vgl. Flade 2008, 57.

128 Vgl. Ebda., 140.

129 Vgl. Ebda., 141.

130 Vgl. Richter/ Goller 2008, 177.

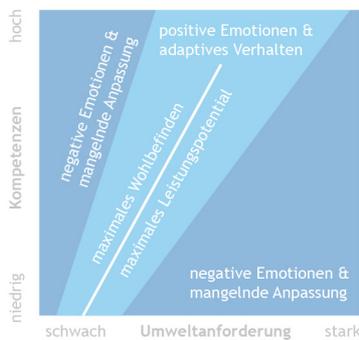
131 Vgl. Flade 2008, 141.

132 Bollnow 1997, 133.

### 5.1.1.5 Bauliche Konsequenz

Die vorgestellten Theorien beschreiben die Einflüsse, die der gebaute Raum auf das menschliche Verhalten haben kann. Die daraus entstehenden Verhaltensmuster begleiten den Menschen sein ganzes Leben und können auch, je nach Grad der Erkrankung in unterschiedlichem Ausmaß, bei Demenzpatienten beobachtet werden. Da demenziell Erkrankte ihr Verhalten nicht rational überdenken und an gesellschaftliche Normen anpassen können, steht ihr Verhalten und Wohlbefinden in einem außergewöhnlich starken Zusammenhang mit ihrer Umwelt. „Je niedriger die Kompetenz des alten Menschen, desto größer der Einfluß der Umwelt auf sein Erleben und Verhalten“<sup>133</sup> Zu diesem Ergebnis kamen die beiden Psychologen, Mortimer Powell Lawton & Lucille Nahemow, die das Umwelthanforderungs-Kompetenzmodell *competence-press-model* entwickelt haben. Es besagt, dass das Wohlbefinden durch die Übereinstimmung der Umwelthanforderungen und der erhaltenen Kompetenzen des Erkrankten erreicht wird. Oder, je weniger Umweltkontrolle die Patienten ausüben können, z.B. auf Lärm, Hitze, Kälte, Blendung, etc., desto höher ist ihre psychische Belastung, die sich in Verhaltensauffälligkeiten zeigt.<sup>134</sup>

Umwelthanforderungs-Kompetenzmodell  
(nach Lawton & Nahemow 1973):



Auch die Gerontologinnen Susanne Zank und Margret Baltes sehen in der Gestaltung der Umwelt einen entscheidenden Faktor, um die Potentiale der Bewohner zu entfalten. Eine fördernde Umwelt muss daher die Balance zwischen Eigenständigkeit und einer notwendigen Unterstützung finden, um das Sicherheitsgefühl zu stärken.<sup>135</sup>

Diese Erkenntnis unterstreicht die Bedeutung einer angepassten Umwelt und war ausschlaggebend für die Entwicklung einiger Therapieformen, die heute innerhalb der Demenzbetreuung Anwendung finden. Sie werden im folgenden Abschnitt genauer beleuchtet.

### 5.1.1.5.1 Milieuthherapie

Das Konzept der Milieuthherapie wurde 1990 entwickelt und wird seither als Leitbild einer zeitgemäßen Pflege propagiert. Es handelt sich um eine umfassende Begleitung demenzkranker Personen, die sich aufgrund von Adaptionsstörungen nicht mehr auf ihre Umwelt einstellen können. In diesem Konzept finden die Patienten Rahmenbedingungen vor, durch die ihre Defizite gemindert und die persönlichen Handlungskompetenzen unterstützt werden. So können durch eine übersichtliche Grundrissstruktur oder ein Orientierungssystem die Bewohner mehr Handlungs- und Bewegungsfreiraum erleben. Dies mindert das Stressempfinden und die Sekundärsymptome der Erkrankung wie auffälliges Verhalten. „Anders als bei anderen Therapien wird hier nicht am einzelnen Menschen angesetzt, sondern an den Bedingungen seiner Umwelt.“<sup>136</sup> Diese Bedingungen werden in drei Bereiche unterteilt.

#### 1. Pflegerisch-therapeutischer Bereich

Dieser Bereich stützt sich auf die Überlegungen des „personen-zentrierten Ansatzes“ nach Kitwood. [siehe Kap.: 6.1.1 Personen-zentrierter Ansatz nach Tom Kitwood]

#### 2. Tagesstrukturierung

Es wird auf eine starre Planung des Tagesablaufes verzichtet, da dies die Pflegenden zu sehr unter Stress setzt und dadurch nicht auf die tagesabhängige Verfassung der Erkrankten eingegangen werden kann.

#### 3. Materieller-umweltbezogener Bereich

Dieser Bereich widmet sich der Anpassung des physischen Umfelds an die Bedürfnisse der Erkrankten. Dabei wird vor allem auf die räumliche Strukturierung geachtet, die überschaubar zu gestalten ist, um den schwindenden Orientierungssinn zu kompensieren. [siehe Kap.: 5.1.3.5 Bauliche Konsequenz(Orientierung)] Außerdem wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, ihren steigenden Bewegungsdrang in einer sicheren Umgebung nachzukommen.

„Im Zusammenwirken der baulichen mit der sozialen Umwelt (Anzahl und Zusammensetzung der Bewohner und Mitarbeiter, soziale Rollen und Regeln) und den organisatorischen Bedingungen entsteht ein Milieu, das die Lebensführung der Bewohner, deren Lebensqualität und die Arbeitsbedingungen des Personals bestimmt.“<sup>137</sup> Ein weiterer Bestandteil des Milieus, der jedoch nicht explizit bei der Konzeptionierung der therapeutischen Umwelt angesprochen wurde, ist die Zusammensetzung der Bewohnergruppen. Um optimal auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen, liegt es nahe eine homogene Gruppe zu bilden, die sich in Lebens- und Wohnerfahrung sowie im körperlichen und kognitiven Zustand ähneln.

<sup>136</sup> Moseke 2005, 34.

<sup>137</sup> Flade 2008, 295f.

Durch die Kombination dieser drei Bereiche wird den Erkrankten ein angepasstes Lebensumfeld geboten, in dem sie sich geborgen und verstanden fühlen. Durch das Minimieren von Stresssituationen treten weniger Verhaltensauffälligkeiten auf und beruhigende Maßnahmen, wie der Einsatz von Medikamenten, können vermieden werden. Die Patienten wirken auf die Pflegenden und Angehörigen glücklicher und zufriedener als in herkömmlichen Pflegeheimsituationen. „Von der Beziehung und dem Milieu hängt es somit ab, ob personales Leben mit Demenz gelingen kann oder ob Menschen als Personen zum Verschwinden gebracht werden.“<sup>138</sup>

### CASE STUDY: Gradmann-Haus, Stuttgart-Kaltental



- |                            |                |                  |
|----------------------------|----------------|------------------|
| 1. Einzelzimmer            | 6. Nachtcáfe   | 10. Dienstzimmer |
| 2. Essbereich              | 7. Wandelhalle | 11. Tagespflege  |
| 3. Küche                   | 8. Pflegebad   | 12. Verwaltung   |
| 4. Wohnzimmer/Therapieraum | 9. Personal    | 13. Garten       |
| 5. Atrium                  |                |                  |

Das Gradmann-Haus in Stuttgart-Kaltental gilt als Modellprojekt und wurde 2001 von den Architekten Hermann+Bosch und Sibylle Heeg im Sinne des Konzepts der Milieuthherapie errichtet.<sup>139</sup> Das Gebäude zeichnet sich durch einen verglasten Wandelgang aus, der die Verbindung zweier Demenzwohngruppen und der Tagespflege darstellt. Die klar ablesbare Typologie unterstützt, neben der farblichen Gestaltung, die Orientierung innerhalb des Hauses.

Jede Wohngruppe ist klar abgegrenzt und beinhaltet jeweils 12 Einzelzimmer, die sich um ein verglastes Atrium gruppieren, und einen

Gemeinschaftsbereich mit einer offenen Küche. Im Atrium befindet sich ein kleiner Garten, der für die Bewohner zugänglich ist und vom Pflegepersonal gut eingesehen werden kann. Durch die Konzeptionierung der Räume werden unterschiedliche Qualitäten erzeugt, die den Bedürfnissen der Personen in unterschiedlichen Demenzstadien entsprechen. So bietet die zentrale Küche den Kontaktsuchenden alltagsnahe Situationen, an denen sie sich beteiligen können. Für Personen, die das Gemeinschaftsleben schätzen, jedoch auch Distanz bewahren wollen, sind zwischen den Bewohnerzimmern Nischen vorgesehen, die einen ständigen Blickkontakt zu den Gemeinschaftsbereichen zulassen. Aktive Bewohner, die sich durch ihren starken Bewegungsdrang auszeichnen, können nicht nur den Weg durch die Wohngruppe antreten, sondern auch die Wandelhalle, den gruppeneigenen Innenhof sowie den Gemeinschaftsgarten betreten. Diese sichere Umgebung bietet den Personen große Bewegungsfreiheit und stärkt das Autonomieempfinden. Zwar werden diese langen Spazierwege gerne beansprucht, jedoch bedeuten diese auch enorm lange Wegstrecken für das Pflegepersonal.

Jedes Bewohnerzimmer besitzt einen Einbauschränk sowie ein Pflegebett. Die weitere Möblierung bleibt den Bewohner selbst überlassen. Um einen gemütlichen, hellen Aufenthaltsplatz zu erhalten, wurde ein dreiseitig verglaster Erker vorgesehen in dem ein kleiner Tisch und ein Stuhl Platz finden. Manche Zimmer, meist für Bettlägrige, haben ein kleines Fenster zum Flur, um zumindest Sichtkontakt zur Gemeinschaft zu gewährleisten. Fast jedem Zimmer ist ein barrierefreier Sanitärbereich mit einem Fenster, einer schwellenlosen Dusche und einem schräg ins Eck eingebauten WC zugeordnet, das dem Pflegepersonal die Hilfestellung erleichtert. Um die Klobrille sowie die Haltegriffe hervorzuheben und so für die Bewohner leichter erkennbar zu machen, wurden die Elemente dunkelblau eingefärbt und somit der Kontrast zu den hellen Fliesen verstärkt.<sup>140</sup> Der Zugangsbereich zweier Zimmer wurde jeweils zu einer Vorzone, der „inneren Loggia“ zusammengefügt und mit einer Sitzgelegenheit sowie persönlichen Gegenständen gestaltet (Abb.65), um die Wiedererkennung zu erhöhen. Nur die Loggia im Zugangsbereich der einzelnen Wohngruppen wurde anders konzeptioniert, da sich dort die Einzelzimmer einen Sanitärbereich teilen und dieser über die Vorzone erschlossen wird. Da die Tür dieses Badezimmers in der Flucht des Ganges liegt, fühlen sich einige Vorübergehende animiert und benutzen den eigentlich privaten Sanitärbereich. Dies stellt eher für die Angehörigen als die Bewohner oder Pflegenden ein Problem dar.<sup>141</sup>

Jede Wohngruppe besitzt eine offene Küche mit angeschlossenem Essbereich, ein Wohnzimmer sowie einen kleinen Innenhof. Obwohl das Mittagessen geliefert wird, ist die Küche für die Bewirtung von 12 Personen ausgestattet. Die Küche besitzt neben dem offenen Bereich auch einen geschlossenen Teil, der für laute Küchenarbeiten vorgesehen



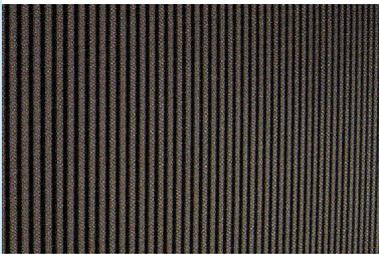
Abb. 65: Gradmann-Haus, Stuttgart, 2001, Grundriss: Bewohnerzimmer

Abb. 66: Beispiel Gradmann-Haus, Stuttgart, 2001, innere Loggia

<sup>140</sup> Vgl. Gradmann Haus Stuttgart, o.S.

<sup>141</sup> Vgl. Heeg/Bäuerle 2012, 138.

ist, um die empfindlichen Bewohner nicht zu belasten. Ein Teil der Küchenarbeitsplatte wurde abgesenkt, um den Bewohnern das Mitarbeiten im Sitzen oder im Rollstuhl zu ermöglichen. Die eigentlich als Wohnzimmer vorgesehenen Räume wurden von den Bewohnern kaum angenommen und als Therapieräume umgenutzt.<sup>142</sup> Die Endlosflure innerhalb der Wohngruppe bieten anregende Sichtbeziehungen zwischen dem Atrium, den Loggien und den Gemeinschaftsbereichen. Während das Atrium den Flur natürlich belichtet, bieten die Sitzmöglichkeiten in den Loggien die Möglichkeit sich auszuruhen. Sollte die natürliche Belichtung nicht ausreichen, kann durch individuell einstellbare Leuchten, die blendfrei montiert sind, der optimal Wert von 500 Lux erreicht werden. Da die Schaltung nicht automatisch ausgeführt wurde, wird die entsprechende Adaption durch die Pflegekräfte meist versäumt.<sup>143</sup>



Als Erweiterung der Endlosflure bietet sich die Wandelhalle an, die die beiden Wohngruppen miteinander verbindet und an ein gemeinschaftliches Nachtcafé sowie Friseur- und Fußpflegesalon angrenzt. Um die Unterschiedlichkeit der Bereiche Wohngruppe und Wandelhalle zu betonen, wurde ein Materialwechsel des Bodenbelags vorgesehen. Der grüngraue Kautschukboden der Wohngruppen steht im starken Kontrast zu dem dunklen Steinboden der Wandelhalle, der den öffentlichen Charakter unterstreicht. Dieser Kontrast löst bei einigen Patienten wegen Fehleinschätzungen, Hemmungen beim Übertreten aus. Ähnliches zeigte sich bei den anfangs stark kontrastierenden weißen Fugen. Die leichten Unebenheiten der Steinplatten erhöhen das Sturzrisiko und führen zu enormen Geräuschentwicklungen, wenn ein Wäsche-, Putz- oder Geschirrwagen darüber rollt. Die Zugänge zu den Wohngruppen sind in unterschiedlichen Farben gehalten (rot, blau), um die Orientierung zu erleichtern, jedoch findet sich ab und zu ein Bewohner in der falschen Wohngruppe wieder. Die starken Farben lenken zudem von der Ausgangstür ab, die wie alle anderen nicht zugänglichen Räume in der Wandverkleidung verschwinden. Die Wand der Wandelhalle wurde aus Schallschutzgründen mit einer eng geschlitzten Platte verkleidet. Jedoch musste diese bald übermalt werden, da das Muster ein visuelles „Flackern“ erzeugte und die Bewohner verstörte.<sup>144</sup> Die andere Seite der Wandelhalle wurde großzügig verglast, um den Blick in den gemeinschaftlichen Garten freizugeben. Durch die Nordorientierung der Glasflächen konnte auf einen Sonnenschutz verzichtet werden, welcher die Lichtqualität mindern würde.

Von der Wandelhalle kann der dreiseitig von Baukörpern umschlossene Gemeinschaftsgarten betreten werden. Die vierte Seite wird durch einen leichten Lattenzaun, mit waagrechten Hölzern in diversen Abständen begrenzt, in dem sich ein unauffällig integriertes Tor befindet. Jedoch musste der Zaun auf 2m erhöht werden, nachdem er überklettert wurde. Um den Eindruck von „eingesperrt sein“ zu vermeiden, wurde der Zaun zu einer Pergola umgebaut.<sup>145</sup> Der Garten

Abb. 67: Beispiel Gradmann-Haus, Stuttgart, 2001, Ausgangstür  
Abb. 68: Darstellung Gradmann-Haus, Stuttgart, 2001, Akustikelement

142 Vgl. Heeg/Bäuerle 2012, 138.

143 Vgl. Ebda., 143.

144 Vgl. Ebda., 144.

145 Vgl. Ebda., 145.

ist überschaubar gestaltet und neben einen Rundweg finden die Bewohner verschiedene farbige, duftende Pflanzen, Windspiele und kleine Aufenthaltsbereiche. Der Weg wird von einem Handlauf begleitet, der die Personen stützt und führt immer zu den farblich markierten Zugängen bzw. der Terrasse der östlichen Wohngruppe zurück.

Durch die kontrastreiche Farbgestaltung und die Betonung der Raumkanten wird die Raumwahrnehmung unterstützt und die Orientierungsfähigkeit verbessert. Um akustische Reize zu mindern, wurden in den Gemeinschaftsbereichen und Fluren schallschluckende Elemente verbaut und ein Kautschukbelag vorgesehen, der den Trittschall mindert.<sup>146</sup> Das Gebäude verfügt über ein spezielles Lüftungskonzept, das vortemperierte Luft aus einem Erdkanal in die Wohngruppen ausbläst und über die Wandpaneele verteilt. Auf weitere technische Hilfen, wie Signalleuchten oder Sprechanlagen, wurde aufgrund der Wohnlichkeit verzichtet, jedoch die technischen Voraussetzungen getroffen, um sie bei Bedarf nachzurüsten.

146 Vgl. Gradmann Haus Stuttgart, o.S.

Um die Wirksamkeit der Therapie zu evaluieren, wurde die Studie „MIDEMAS“ (Milieutherapeutische Demenzwohngruppen Mannheim/Stuttgart) veranlasst. Unter der Leitung der Architektin Sibylle Heeg wurden die Auswirkungen des milieutherapeutischen Ansatzes in sechs Pflegeeinrichtungen untersucht. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde das Personal eingangs geschult und die Einrichtungen entsprechend umgebaut. Als Referenzobjekt dieser Umbaumaßnahmen galt das damals nach den Bedingungen der Milieuthherapie errichtete Gradmann-Haus in Stuttgart-Kaltental.

Innerhalb der Studie wurden folgende Punkte als bauliche Mindestanforderungen formuliert:

„Räumliche Abgrenzung zu anderen Bereichen des Hauses (Wohnungstüre)

Vollständiges Raumangebot (alle notwendigen Räume innerhalb der Wohngruppe)

Wohnküche und Wohnzimmer/Sitznischen

unmittelbarer Zugang zu einem Freibereich (Garten, Terrasse, Balkon)

barrierefreier Bewegungsraum

Überschaubarkeit und leichte Orientierung

Helligkeit, möglichst natürliche Belichtung (indirekte Beleuchtung, ca. 500 Lux)

Vertraute, alltagsnahe Möblierung und biographisch bedeutsame Gegenstände

Anregungen durch Ausblicke, Materialien, Farbgestaltung oder Objekte „<sup>147</sup>

Aus den gegebenen Typologien der beteiligten Einrichtungen (Einbund, Zweibund, Dreibund) konnten verschiedene bauliche Lösungen generiert werden. Jedoch führte dies nicht überall zu idealen Bedingungen.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass der Umbau von bestehenden Einrichtungen im Sinne des milieutherapeutischen Ansatzes möglich ist. Jedoch erwies sich die Eingliederung des Konzeptes innerhalb einer konventionellen Einrichtung als ungünstig, da die unterschiedlichen Arbeitsstile des Pflegepersonals Schwierigkeiten im Arbeitsklima bereiteten.

Während die Verhaltensauffälligkeiten der Patienten innerhalb der sechsmonatigen Untersuchung zurück gingen, stieg die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bewohner an. Dies wird auf das segregative Konzept zurückgeführt, da niemand „normgerechte“, den sozialen Regeln entsprechende Verhaltensmuster einforderte.<sup>148</sup>

Es bleibt anzumerken, dass durch strikte Gestaltungsregeln allein nicht „DAS“ einzig wahre therapeutische Milieu erreichen werden kann. Da die Personen durch ihre individuelle Biografie, Persönlichkeit, Erfahrungen, Kompetenzen, Autonomiebedarf, dem Bedürfnis nach sozialem Kontakt oder Privatheit und dem Krankheitsstadium und dergleichen, unterschiedliche Voraussetzungen schaffen und individueller Unterstützung bedürfen.

Die Architekten haben die Möglichkeit, durch die Beachtung von bestimmten Aspekten, eine Umgebung zu gestalten die die Lebensqualität der Demenzpatienten verbessert.

Unterstützung der Wahrnehmung

Unterstützung der Orientierung

Unterstützung bei der Ausübung von Kompetenzen und Fähigkeiten

Anregende Umgebungsgestaltung ohne Überstimulation

Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit

Förderung der sozialen Kontakte und der Privatsphäre

An die Lebenserfahrung anknüpfen

Förderung des Autonomieempfindens und der Umweltkontrolle

Anpassungsfähig an neue Umstände<sup>149</sup>

148 Vgl. Heeg u.a. 2005, 33.

149 Vgl. Heeg/ Bäuerle 2012, 62.

### 5.1.1.5.2 Biografiearbeit

Die Biografiearbeit, die einen wichtigen Teil des pflegerisch-therapeutischen Bereiches der Milieuthherapie darstellt, widmet sich der individuellen Lebensgeschichte. Durch die Auseinandersetzung mit der Biografie der Erkrankten können die Pflegenden besser auf Patienten eingehen und die einst erlernten Fähigkeiten oder Interessen gezielt ansprechen beziehungsweise fördern. Zudem entwickelt sich ein Verständnis für das Wertesystem, das die jeweilige Person prägt. So besaß zum Beispiel die Religion in der Jugendzeit der meisten Patienten einen ganz anderen Stellenwert als in der heutigen Gesellschaft.<sup>150</sup> Die Möglichkeit an Gottesdiensten teilzunehmen und an bestimmten Feiertagen die Kirche zu besuchen ist ein Teil der Identität der Bewohner, weshalb es wichtig ist einen Raum für religiöse Feiern vorzusehen.

Kristen Day\* und der Architekt Uriel Cohen\*\* bemängeln dass das kulturelle Gedächtnis, das einen wesentlichen Teil unserer Identität darstellt, bei der Innenraumgestaltung von Pflegeheimen kaum Bedeutung findet. Gesellschaftliche Merkmale können als therapeutische Ressource innerhalb der Pflege genutzt werden. Solche Merkmale können jedoch für eine andere Gruppe eine erhebliche Barriere darstellen.<sup>151</sup>



Die räumliche Organisation sowie die Gestaltung der physischen Umgebung sollte auf kulturell basierenden Aktivitäten und Ritualen abgestimmt sein. Ein Versuch in einem New Yorker Pflegeheim, bei dem ein Gang des Gebäudes wie die 42nd Street gestaltetet wurde (mit Autos, U-Bahnschildern und wie in den 1940ern gekleideten Passanten), zeigte eine beruhigende sowie geistig aktivierende Wirkung auf die Demenzkranken.<sup>152</sup> Ähnliche, wenn auch weit verhaltenere Projekte wurden auch in Europa erprobt. So wurde in einem luxemburgischen Altenheim ein Plumpsklo für die bäuerlichen Bewohner vorgesehen. In Deutschland, im Altenheim Adenau Rheinland-Pfalz, wurde ein Demenzbereich eingerichtet, der einem Eifeldorf der 50er Jahre ähnelt.<sup>153</sup> Auch im schon erwähnten Projekt De Hogeweyk finden sich an einem Platz Geschäfte, die die Vergangenheit aufleben lassen.

150 Vgl. Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 45.

\* „assistant professor in the Department of Urban and Regional Planning, University of California“ Day/ Cohen 2000, 361.

\*\* „professor and director of the Institute on Aging and Environment, University of Wisconsin-Milwaukee“ Day/ Cohen 2000, 361.

Abb. 69: De Hogeweyk, Weesp NL, 2009, Biografische Gestaltung, Foto: Madeleine Sars

151 Vgl. Day/ Cohen 2000, 361-399.

152 Vgl. Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 45.

153 Vgl. Heeg/Bäuerle 2012, 32.



Meist werden zur Unterstützung der Erinnerungen persönliche Fotos verwendet zu denen ein emotionaler Bezug besteht. Aber auch persönliche Gegenstände sowie Möbel oder damals verwendetes Handwerkszeug kann die Erinnerung anregen und den Bezug zur eigenen Identität festigen. Diese sollten alltagsnah präsentiert werden. Entweder im Gangbereich oder in den privaten Bereichen, in denen die Bewohner sie immer wieder neu entdecken können.

Bei der Neuplanung von Pflegeheimen sollte dafür genug Platz in den Privaträumen eingeplant werden, damit die Bewohner einen eigenen Schrank oder eine Vitrine, die ihnen viel bedeutet, mitnehmen können. Aber auch eigene Kleidung, Schmuck, Bücher, Bilder und sogar Tischdecken und Porzellan (zum Beispiel Teile des Hochzeitsgeschirrs) können eine große Bedeutung und emotionalen Wert besitzen.

Leider zeigen heutige, von wirtschaftlichen Interessen geprägten, Bautätigkeiten ein anderes Bild. In vielen neu errichteten Altenheimen zeigt sich ein Trend zur „Hotelarchitektur“ mit vormöblierten Zimmern und einem großen hallenartigen Speisesaal. Die standardisierten Zimmer, oft auch mit schwebend montierten Möbeln, um die Reinigung des Bodens zu erleichtern, sind ökonomisch mit Blick auf die Arbeitsabläufe, vermissen jedoch die Art von Wohnlichkeit, die das Identifikationsbedürfnis der Bewohner fördert. Die pflegeleichten, hygienischen Oberflächen vermitteln eher ein Bild eines Krankenhauses als die Gemütlichkeit einer Wohnung.

### 5.1.1.5.3 Gartentherapie

Im Kontext der Gartentherapie befinden sich sowohl Bereiche der Milieuthherapie, indem die Selbstbestimmtheit und die Handlungsbereiche der dementen Menschen gestärkt werden, als auch der Biografiearbeit, da durch das Erleben von Natur Erinnerungen aktiviert werden. Der Aufenthalt in einem angepassten Garten wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden der Erkrankten aus. Neben der Stimulierung der Sinne sowie der Möglichkeit dem Bewegungsdrang nachzukommen, werden Erinnerungen aktiviert.

„Auch wenn der an Demenz erkrankte Mensch Sinnzusammenhänge nicht mehr erfassen, keine Rückschlüsse ziehen oder keine logischen Verbindungen knüpfen kann und den Bezug zu Vergangenheit und Zukunft verliert, fühlt, spürt, sieht und hört er, er reagiert, er bewegt sich, er sucht Kontakt zu seiner Umwelt, er teilt sich mit, er tastet, er liebt, er hat Angst, er spielt, er kann Vertrautes von Fremdem unterscheiden.“<sup>154</sup>

Die Bewegung an der frischen Luft, sowie das natürliche Licht heben die Stimmung und haben eine positive Auswirkung auf den Biorhythmus.<sup>155</sup> Außerdem wird mit Hilfe des Sonnenlichts über die Haut Vitamin D gebildet, welches sich positiv bei Herzkrankheiten, Multiple Sklerose, Osteoporose, Arthritis und Krebs auswirkt. Zudem unterstützt Vitamin D die Eingliederung des Kalziums in die Knochen, das diese stärkt.<sup>156</sup>

154 Bendlage 2009, 8.

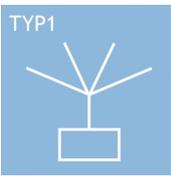
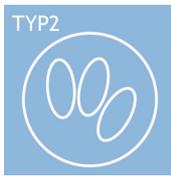
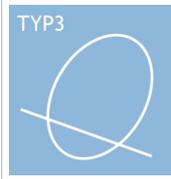
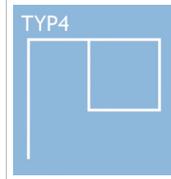
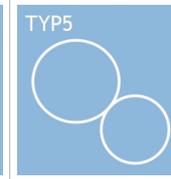
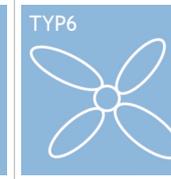
155 Vgl. Brawley 2006, 44.

156 Vgl. Holzmann 2012, 38.

## Typologie

Bei der Gestaltung eines Demenzgartens ist auf die Ansprüche und Möglichkeiten der Personen in den jeweiligen Entwicklungsphasen der Krankheit zu achten. Da diese vor allem die Größe des Gartens, die Wegführung sowie die verwendeten Pflanzen und Aktivierungselemente beeinflussen.

Die folgende Grafik stellt verschiedene Gartentypologien einander gegenüber, um den Orientierungsgrad und das Entscheidungsniveau zu vergleichen. Daraus wird ein Rückschluss auf die Benutzergruppe gezogen, ihre kognitiven Fähigkeiten sowie ihre Mobilität.

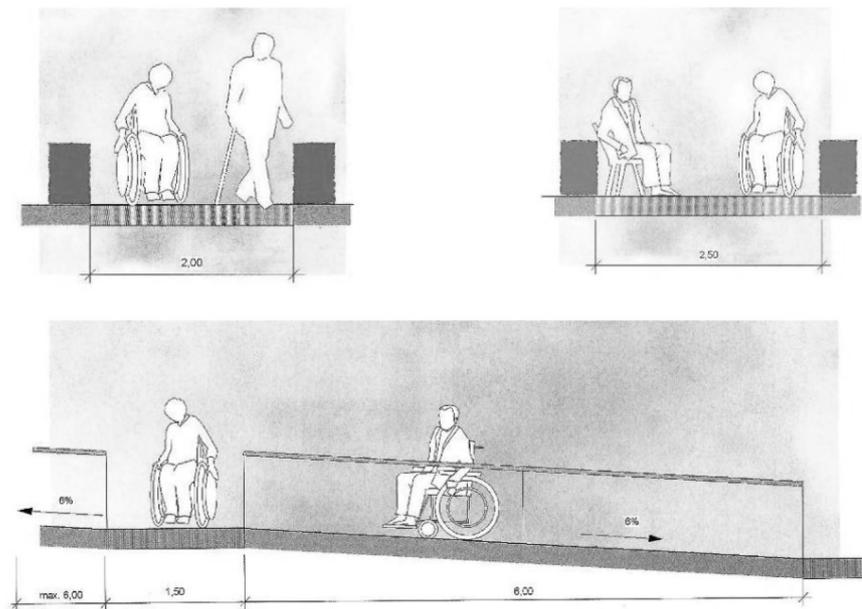
Typologie	TYP1 	TYP2 	TYP3 	TYP4 	TYP5 	TYP6 
<b>Prinzip</b>	Linear ausgerichteter Ansteuerungspunkt - keine Rückführung	Ineinander verlaufende Rundwege - keine Rückführung	Rundweg - automatische Rückführung	Rechtwinklig nach innen gerichtet - automatische Rückführung	Leitende Wegführung - automatische Rückführung	Sensorische Themengarten Therapiekonzept - keine Rückführung
<b>Orientierungsniveau</b>	Hoch	Hoch	Mittel	Mittel bis niedrig	Mittel bis niedrig	Hoch
<b>Entscheidung</b>	Sehr hoch	Hoch	Mittel bis niedrig	Niedrig	Niedrig	Hoch
<b>Demenzgrad - jeweilige Zielsetzung</b>	Vorstadium der Demenz - Selbstbestimmung	Leichte Demenz - Selbstbestimmung, Bewegungsdrang kompensieren	Mittlere Demenz - Selbstbestimmung, Bewegungsdrang kompensieren	Mittlere Demenz - Beruhigung mit Begleitung	Schwere Demenz - Beruhigung mit Begleitung	Schwere Demenz - „Sinnesgarten“ Beruhigung Stimulierung geschulte Begleitung
<b>Mobilität</b>						

Eine barrierefreie Gestaltung, die mit Orientierungshilfen die Defizite der Erkrankten kompensiert, fördert das Gefühl von Sicherheit und Selbstbestimmtheit. Die Möglichkeit sich selbst zu bewegen und selbst zu entscheiden, gibt den Patienten in einem sicheren Rahmen die Möglichkeit, etwas Kontrolle über ihr Leben zurückzuerlangen.

Tab. 1: Typologienvergleich nach Teimann (abgeändert)

## Bewegungsflächen

Das verwendete Wegsystem muss an die Orientierungsfähigkeit sowie an die Mobilität der Benutzer angepasst sein. Im gesamten Freiraum werden Schwellen, Stufen und Unebenheiten vermieden, um die Sturzgefahr zu minimieren. Die Wege sind trittsicher auszuführen und klar von den angrenzenden Flächen zu unterscheiden. Um den Weg auch mit Rollstühlen und Rollatoren befahren zu können, eignen sich Materialien wie Asphalt, eine wassergebundene Decke oder Betonbeziehungsweise Natursteinplatten, die jedoch bei einem dichten Fugenbild Irritationen bei den Benutzern hervorrufen können. Die besten Erfahrungen zeigten sich mit kunstharzgebundenem Natursteinsplitt, da das Material wasserdurchlässig ist und ohne Gefälle verlegt werden kann. Andere wasserdurchlässige Beläge wie Sand, Kies, Schotter, Rasengittersteine oder einzeln verlegte Trittplatten sind aufgrund der schlechten Befahrbarkeit und der Gefahr des Stolperns nicht geeignet.<sup>157</sup>



Die Wegbreite sollte so gewählt werden, dass zwei Rollstühle ungehindert einander passieren können. Im Idealfall also 2m, die sich im Bereich von Sitzgelegenheiten um 0.5m erweitern. Obwohl die Steigung von Rampen laut ÖNORM bis zu 6% betragen darf, ist es sinnvoll bei Benützung durch ältere und geschwächte Personen eine maximale Steigung von 3% zu wählen. Im Bereich der Rampen, aber auch bei anderen Gefahrenstellen, wie Wasserflächen oder starken Geländekanten, müssen Geländer vorgesehen werden, die nicht überklettert werden können und zugleich den Blick in die Umgebung nicht einschränken.

Zudem müssen die Wege und markante Orientierungspunkte abends beleuchtet werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Leuchtmittel blendfrei verbaut werden und keine Schatten bilden, die Demenzpatienten verwirren könnten. Eine Verbauung von Leuchten unterhalb des Handlaufes erweist sich hier als effektive Methode.

Die Wegführung, Einsichtigkeit und die Baudichte sind wichtige Faktoren, die sich direkt auf die Orientierungsfähigkeit der Erkrankten auswirken.

Die Art der Wegführung, zum Beispiel eine gerade Wegführung, die direkt zu einem Aufenthaltsort führt (Tab.1: Typ1) oder eine leitende Wegführung, die eine automatische Rückführung zum Ausgangspunkt beinhaltet (Tab.1: Typ5), fordert das Orientierungs- und Entscheidungsniveau der Benutzer unterschiedlich stark.

Wenn eine eigenständige Mobilität der Bewohner fokussiert wird, bedeutet dies für die Planung eine hohe Einsichtigkeit und wiederum eine geringe Baudichte. Die Benutzer fühlen sich sicherer, wenn sie den Garten überblicken und leicht Blickbeziehungen aufbauen können.<sup>158</sup>

Konzepte wie die der „Sinnesgärten“ die im therapeutischen Bereich eingesetzt werden, besitzen wiederum eine geringe Einsichtigkeit und hohe Baudichte. Durch Anleitung der Pflegenden werden die Sinne der Erkrankten aktiviert. Dieser Prozess braucht Ruhe, Zeit und Privatsphäre, daher zeichnet sich dieses Gartenkonzept durch seine Kleinteiligkeit und spezielle, die jeweiligen Sinne ansprechenden, Elemente aus. Der formalen Gestaltung dieser Elemente sind kaum Grenzen gesetzt. So legt der Erlebnissgarten des Sozialzentrum Grafenwörth in Niederösterreich großen Wert auf die Gestaltung mittels natürlicher Materialien. Anders der mit künstlerischen Elementen ausgestattete „Garten der Sinne“ des Seniorenzentrums Weilerswist in Deutschland.

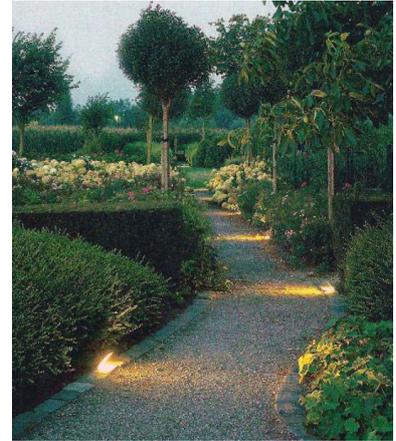


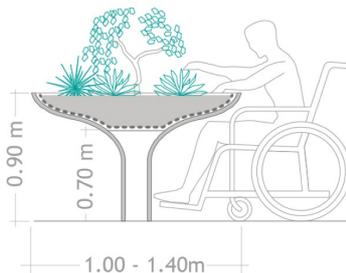
Abb. 72: Beispiel einer indirekten Wegbeleuchtung

158 Vgl. Teimann 2012, 10-12.

## CASE STUDY: Erlebnisgarten Grafenwörth Niederösterreich



Duftbereich	Tastbereich	Geschmacksbereich	Klangbereich
1. Zierkirschenallee	7. Steingarten	14. Berrensträucher	17. Fruchttragende Gehölze
2. Lavendelweg	8. Quellstein	15. Obstbäume	18. Vogelhaus
3. Duftpfad	9. Belagspfad	16. Weinlaube	19. Klangspiel
4. Sitzmauer mit Kräuterbeet	10. Pflanzentastbereich		20. Rauschende Gräser
5. Aromasträucher	11. Birkengruppe		21. Hochbeete
6. Rosenplatz	12. Bachlauf mit Biotop		22. Linde
	13. Wipptier für Kinder		



Der an ein Sozialzentrum angeschlossene Therapiegarten in Grafenwörth, wurde von Landschaftsarchitektin Sylvia Siedler entworfen und entspricht einem typischen Sinnesgarten, also der sechsten Typologie (Tab.1). Somit fordert der Garten ein hohes Maß an Orientierung und Entscheidung von den Patienten, die daher meist begleitet werden. Im Zentrum des Gartens befinden sich mehrere unterfahrbare Hochbeete, die die Bewohner zur Gartenarbeit aktivieren sowie eine große Linde, die als Orientierungspunkt dient. Angeschlossen daran entwickeln sich vier Wegschleifen die jeweils einem Sinn, also Riechen, Fühlen, Schmecken oder Hören, zugeordnet sind, während der Sehsinn in allen Bereichen angesprochen wird. Um die Sinne zu stimulieren, können natürliche oder künstliche Gestaltungselemente verwendet werden.

Da bei der Gestaltung dieses Gartens jedoch ein milieutherapeutischer Gedanke verfolgt wurde, wurden die Wege nur mit natürlichen Elementen bestückt, zu denen die Bewohner einen biografischen Bezug aufbauen können. Durch eine angepasste Gestaltung des Freibereichs können Erinnerungen aktiviert und Kompetenzen und Fähigkeiten gestärkt werden. Eine optimale Gestaltung hat einen biografischen

Abb. 73: Erlebnisgarten Grafenwörth, Niederösterreich, 2006, Übersichtsplan

Abb. 74: Beispiel eines unterfahrbaren Hochbeets



Bezug zu den Benutzern. Die Personen einer Wohngruppe können unter Umständen eine heterogene Gruppe darstellen. Dann müssen die unterschiedlichen Erfahrungen der Menschen, die in einem städtischen Raum oder einem ländlichen Raum aufwuchsen oder auch einen anderen kulturellen Hintergrund besitzen, bei der Gestaltung berücksichtigt werden.<sup>159</sup>

Eine überschaubare Dimensionierung, sowie eine logische Abfolge von Orientierungselementen, die den Garten gliedern, vermittelt den Benutzern das Gefühl von Sicherheit. Markante Punkte des Gartens, wie der Zugang oder hier die Linde im Zentrum, sollten von allen Standpunkten in Erscheinung treten, um einen immerwährenden Orientierungspunkt darzustellen. Sie können durch einprägsame Gestaltungselemente wie einen Torbogen, einen Rosenhain, eine Pergola, eine Skulptur oder einen Brunnen ergänzt werden.<sup>160</sup>

Durch die Möglichkeit sich in einem Garten aufzuhalten können die an Demenz Erkrankten eine Fülle an gezielten Sinneseindrücken erleben, die das Gedächtnis anregen. Jedoch ist bei der Gestaltung eine Überstimulation zu vermeiden, da die Patienten dies als Stressreiz interpretieren und mit Verhaltensauffälligkeiten reagieren.<sup>161</sup>



Abb. 75: Erlebnisgarten  
Grafenwörth,  
Niederösterreich, 2006, Sicht  
auf den Tastbereich  
Abb. 76: Erlebnisgarten  
Grafenwörth,  
Niederösterreich, 2006,  
Sitzmauer mit Kräuterbeet

159 Vgl. Bendlage 2009, 23.

160 Vgl. Holzmann 2012, 43.

161 Vgl. Moseke 2005, 55.

Im Duftbereich wurden stark duftende Pflanzen mit hohem Wiedererkennungswert gepflanzt. Neben einer Zierkirschenallee [1. der Abb. 73] und einem Lavendelweg [2.] wurde ein Duftpfad [3.] angelegt, der die vorbeigehenden Bewohner stimuliert. Eine kleine Sitzmauer mit integriertem Kräuterbeet [4.] lädt zum Erholen oder auch zur Gartenarbeit ein. Am Ende des Weges erwarten dem Nutzer verschiedene Aromasträucher [5.] sowie ein viel genutzter Rosenplatz [6.].

Der Tastbereich bietet vor allem Materialien und Pflanzenarten mit einer eindrucksvollen haptischen Qualität. So führt der Weg vorbei an einem Steingarten [7.], der im Sommer Wärme abstrahlt, einem Quellstein [8.], aus dem Wasser sprudelt, einem Belagspfad [9.], der die Unterschiedlichkeit der Bodenbeschaffenheit demonstriert und zur Sicherheit mit einem Handlauf versehen ist. Darauf folgt eine Birkengruppe [11.] und ein Pflanzentastbereich [10.], die die verschiedenen Blatt- und Rindenstrukturen bereit halten. Dieser Weg schließt mit einem beruhigenden Bachlauf mit Biotop [12.] ab.



Rund um den Geschmacksbereich wurden Beerensträucher [14.] und Obstbäume [15.] bepflanzt, die von rüstigen Bewohnern gepflegt werden können. Den Abschluss dieses Weges stellt eine schattige Weinlaube [16.] dar, die einen sonnen- und windgeschützten Ort zur Erholung bietet.



Im Klangbereich ertönt neben dem Vogelgezwitscher aus dem fruchttragenden Gehölz [17.] und den Vogelhäuschen [18.] auch ein Klangspiel [19.] sowie das Rascheln verschiedener Gräser [20.].

Viele der Stationen wurden zur Stimulierung der Sinne oder zur Aktivierung der Personen vorgesehen, doch leistet ein Garten auch Erholung. Daher sind Aufenthaltsbereiche mit unterschiedlichen Qualitäten vorzusehen, die sowohl zum gemeinschaftlichen Zusammensitzen oder zum alleine Entspannen genutzt werden können.

Die meisten Demenzpatienten schätzen die Gemeinschaft und suchen nach sozialen Kontakten. Positiv ist ein größerer Bereich, an dem sich die Bewohner auch vor Wind und Sonnenstrahlung geschützt aufhalten können. Möglich ist dies zum Beispiel durch eine überdachte Terrasse zwischen Garten und Haus<sup>162</sup>, die sowohl Nähe zum Pflegepersonal als auch eine gute Übersicht über den Garten vermittelt. Obwohl Demenzkranke die Gemeinschaft schätzen, werden auch kleinere, durch Bepflanzung oder Sichtschutzelemente abgetrennte Bereiche vorgesehen, die einen Rückzug ermöglichen. Diese Plätze müssen neben einer Sitzmöglichkeit mit Arm- und Rückenlehnen, auch den Platz für einen Rollstuhl gewährleisten. Um eventuell auftretende Ängste und Orientierungslosigkeit zu vermeiden, ist es ratsam, dass sich das Gebäude oder andere Personen im Blickfeld befinden.<sup>163</sup>

Abb. 77: Erlebnispfad  
Grafenwörth,  
Niederösterreich, 2006,  
zentraler  
Gemeinschaftsbereich

Abb. 78: Beispiel eines privateren  
Rückzugsortes

<sup>162</sup> Pollock Annette 2014, 150.

<sup>163</sup> Vgl. Holzmann 2012, 50.

Der „Garten der Sinne“ des Seniorenzentrums Weilerswist in Deutschland sowie der eben beschriebene Erlebnispark Grafenwörth wurden gleich konzipiert. Beide besitzen ein klar definiertes Zentrum mit einem markanten Orientierungspunkt sowie vier den Sinnen gewidmete Rundwege. Der klare Unterschied besteht in der formalen Gestaltung der stimulierenden Elemente. Während in Niederösterreich ein starker Naturbezug spürbar ist, wurde der Garten in Weilerswist mit Kunstobjekten, die die Sinne ansprechen bestückt.

So findet man im „Garten der Sinne“ ein „Hörrohr“ durch das akustische Reize verstärkt werden sowie eine Steinharfe, die Töne durch Vibrationen spürbar macht. Weiters gibt es ein Tastgeländer (Abb. 79), in dem unterschiedliche Strukturen und Materialien integriert sind, wie auch bewegliche Lupen, um Blätter oder Steine genauer betrachten zu können.<sup>164</sup>



Obwohl diese kreative Art die Sinne zu stimulieren wie eine vielversprechende Möglichkeit erscheint, zeigt sich in der Praxis ein anderes Bild. Laut der Architektin Gisela Crusius bietet ein natürlicher Garten genug Anreize, denn die Erkrankten „nehmen von künstlichen Objekten einfach überhaupt keine Notiz. Wenn man sie darauf hinweist, bleiben sie nicht etwa stehen, um diese interessiert zu betrachten. Sie nicken nur kurz, lächeln freundlich und richten ihre Aufmerksamkeit sofort wieder auf anderes“<sup>165</sup>

Die Wirkung künstlerisch gestalteten Gärten auf Menschen mit Demenz wurde noch nicht erforscht, doch es liegt nahe, dass Elemente die ihre Erinnerungen wecken auf sie ansprechender und interessanter wirken als Objekte die ihnen fremd sind und deren Sinn sie nicht verstehen.

164 Vgl. Seniorenzentrum Weilerswist, o.S.  
165 Crusius, 2004, 28.

Abb. 79: Seniorenzentrum  
Weilerswist, Deutschland,  
2003, Tastgeländer

### Bedürfnisgerechte Gestaltung

überschaubare Dimensionierungen

Markante Punkte als Orientierungselemente

Erinnerungen wecken durch biografischen Bezug

Kompetenzen stärken durch Aktivierung (angepasste Arbeitsplätze - unterfahrbar und mit Sitzmöglichkeit)

Gefühl der Unabhängigkeit vermitteln durch überschaubare Bereiche und leitende Wegführung

durch sensorische Stimulation Erinnerungen wecken

Überstimulation vermieden

wind- und sonnengeschützte Aufenthaltsbereiche

Aufenthaltsbereiche mit verschiedenen Qualitäten und Blick zum Gebäude oder anderen Personen

viele Bänke mit angepasster Höhe sowie Arm- und Rückenlehne und ausreichend Platz für Rollstuhlnutzer

sichere, befestigte Wege mit Handlauf und Beleuchtung

Markanter Zugang zum Gebäude

### 5.1.2 Wahrnehmung / Sinne

Die Aussage des Architekten Eckhard Feddersen „Für Menschen mit Demenz spielen sinnliche Erfahrungen die zentrale Rolle.“<sup>166</sup> können sich Experten der Altersforschung, der Psychologie und der Altenpflege sicherlich anschließen. Denn die Wahrnehmung gilt als die Grundvoraussetzung für jegliche kognitive Leistung, da Informationen der Umwelt erst durch den Wahrnehmungsprozess verarbeitet beziehungsweise abgespeichert werden können. Durch das Zusammenspiel der Sinne - optische Wahrnehmung (Sehen), akustische Wahrnehmung (Hören), taktile Wahrnehmung (Tasten), olfaktorische Wahrnehmung (Riechen), gustatorische Wahrnehmung (Schmecken) - entsteht durch die Weiterverarbeitung im Gehirn ein Bild unserer Umwelt.

Eine eingeschränkte Wahrnehmung erfordert eine erhöhte Konzentration<sup>167</sup>, deren Aufrechterhaltung anstrengend ist und das soziale Leben einschränken kann. Diverse Einflüsse können die Wahrnehmungsfähigkeit negativ verändern. Durch Unfälle, Krankheiten und das Altern treten vermehrt Störungen in den Sinnessystemen auf, deren Ursprung in körperliche Aspekte (Störung der Sinnesorgane), psychische Aspekte (Realitätsverkenning, Desorientierung - u. a. bei Demenzen) oder geistige Aspekte (kognitive Leistungsdefizite, Gedächtnisstörungen) eingeteilt werden.<sup>168</sup>

Vor allem bettlägrige Personen leiden unter einem kleinen Aktionsradius, der eine Verringerung der sensorischen Stimulation mit sich bringt.<sup>169</sup> Durch eine angepasste Umweltgestaltung mit sinnesaktivierenden Elementen können die Patienten ihre Sinne anregen.

Die sensorische Wahrnehmung besteht aus einem Prozess, der sich aus einem physikalischen oder chemischen Reiz und der Weiterverarbeitung im Gehirn zusammensetzt. Jeder Sinn besitzt ein komplexes System aus dem jeweiligen Sinnesorgan mit spezifischen Rezeptoren, die den physikalischen oder chemischen Reiz in einen elektrischen Impuls umwandeln. Dieser Vorgang wird als Transduktion bezeichnet<sup>170</sup>. Die entstehenden elektrischen Impulse werden mittels der Nervenbahnen im Gehirn weitergeleitet.<sup>171</sup>

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Sinneswahrnehmung und dem Unterschied zwischen altersbedingten Veränderungen und krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung.

166 Feddersen 2014, 15.

167 Vgl. Bernhofer 2007, 92.

168 Vgl. Stracke-Mertes 1998, 35.

169 Vgl. Saup 1994, 50.

170 Vgl. Gegenfurtner 2006, 27 f.

171 Vgl. Gegenfurtner 2006, 10. --- Stracke-Mertes 1998, 26.

### 5.1.2.1 Altersbedingte Veränderung

Die körperlichen und geistigen Fähigkeiten werden mit zunehmendem Alter schwächer. Als Ursache wird mitunter das Nachlassen der sensorischen Wahrnehmungssysteme erachtet. Rund 60% der über 65-jährigen sowie 85% der über 80-jährigen Menschen sind mit gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert, wobei jeder zweite unter anderem auf Seh- oder Hörbeschwerden verweist.<sup>172</sup>

Die auftretenden Sehstörungen entstehen durch die Veränderung des Auges (optischen Apparates), z.B. durch die nachlassende Elastizität der Linse, einem zu hohen Augeninnendruck oder durch eine gestörte Netzhautdurchblutung.<sup>173</sup> Dadurch entstehen typische Alterserscheinungen wie Sehunschärfe, die sogenannte Altersweitsicht, eine verminderte Kontrasterkennung, ein eingeschränktes Sichtfeld, eine verzögerte Hell/ Dunkeladaption und Farbdiskriminierung.<sup>174</sup>

Diese Einschränkungen verschlechtern die kognitiven Leistungen auf direkte Weise, da die Aufnahmefähigkeit von Informationen erschwert wird, aber auch auf indirekte Weise, indem die soziale Teilhabe gehemmt ist. Oft beobachtete Rückzugreaktionen fördern eine sensorische Deprivation\*, die psychische Störungen, wie eine Denk- und Orientierungsstörung, Trugwahrnehmung, Stimmungsschwankungen und Halluzinationen sowie eine Schwächung der Gesundheit, Depressionen also auch Suizidgefahr hervorrufen kann.<sup>175</sup>

Um dem vorzubeugen ist es entscheidend eine „reizvolle“ Umgebung zu schaffen, die die Sinne stimuliert.<sup>176</sup> Denn eine angepasste Umgebung kann die auftretenden Defizite kompensieren und die Lebensqualität verbessern.<sup>177</sup>

172 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, 273f.

173 Vgl. Gegenfurtner 2006, 92.

174 Vgl. Marsiske 2010, 412.

\* Entzug von sensorischen Reizen.

175 Vgl. Starcke-Mertes 1997, 33.

176 Vgl. Bernhofer 2007, 79.

177 Vgl. Flade 2008, 281.

### 5.1.2.2 Krankheitsbedingte Veränderung

Da Demenzerkrankungen vor allem bei älteren Menschen auftreten, zeigen sich neben den altersbedingten Veränderungen auch noch Verarbeitungsschwierigkeiten im Gehirn, die aufgrund der krankheitsbedingten Veränderungen auftreten. Die Zersetzung der neuronalen Struktur verhindert, dass die Informationen der eingehenden Sinnesreize zu den verarbeitenden Hirnarealen weitergeleitet beziehungsweise umfassend verarbeitet werden. Die auftretenden Störungen können als Hinweise gedeutet werden, welche Areale des Gehirns betroffen sind.

So kann es vorkommen, dass die Betroffenen einem Gesprächspartner zuhören, jedoch den Inhalt des Gesagten nicht oder fehlerhaft verarbeiten. Dieses gestörte Sprachverständnis wird als *Aphasie* bezeichnet.<sup>178</sup> Sind die motorischen Fähigkeiten eingeschränkt, spricht man von *Apraxie*, die sich durch fehlende Koordination der Blick- und Greifbewegungen abzeichnet.<sup>179</sup> Die Fehlinterpretation von Gegenständen, die durch die falsche Verarbeitung von sensorischen Reizen zustande kommt, wird als *Agnosie* bezeichnet und kann als visuelle, akustische sowie taktile *Agnosie* in Erscheinung treten.<sup>180</sup>

Da das visuelle System eine bedeutende Rolle im Erleben unserer Umwelt besitzt, werden die eingehenden Informationen nicht nur in der primären Sehrinde (*visueller Kortex*), sondern in vielen unterschiedlichen Arealen verarbeitet.<sup>181</sup> So können die unterschiedlichsten visuellen Fehlinterpretationen auftreten.

Die *visuelle-räumliche Agnosie* ist einer der Gründe einer verschlechterten Orientierungsfähigkeit und zeigt sich im Verkennen von räumlichen Dimensionierungen, Distanzen und der falsch eingeschätzten Positionierung von Reizquellen im Raum. Sind die Patienten nicht mehr in der Lage ihre eigene Raumposition zu aktualisieren, ist der Hippocampus, der für die Abspeicherung neuer Informationen verantwortlich ist, von der Zersetzung betroffen.

Die Formagnosie wird auch als *apperzeptive visuelle Agnosie*<sup>182</sup> bezeichnet und beschreibt eine eingeschränkte visuelle Wahrnehmung. Die Betroffenen erkennen meist nur mehr die Grundform von Objekten. Somit werden Verzerrungen, Details, Strukturierungen oder andere wesentliche Merkmale nicht mehr wahrgenommen. Zudem kommt, dass dasselbe Objekt nicht aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln erkannt wird. Zeigt der Patient zudem Schwierigkeiten mehrere Objekte gleichzeitig wahrzunehmen, wird die Störung als *Simultanagnosie* bezeichnet.<sup>183</sup>

178 Vgl. Starcke-Mertes 1997, 34.

179 Vgl. Gerschlager/Baumgart 2007, 106.

180 Vgl. Gegenfurtner 2006, 97.

181 Vgl. Macedonia/Höhl 2012, 95.

182 Vgl. Gegenfurtner 2006, 97.

183 Vgl. Ebda., 96.

Anders zeigt sich die *assoziative Agnosie* bei der die Objekte erkannt und auch kategorisiert werden können, jedoch der Verwendungszweck den Betroffenen unklar bleibt.<sup>184</sup>

Ähnlich den Objekterkennungsstörungen ist auch die Gesichtserkennungsstörung, die auch als *Prosopagnosie* bezeichnet wird. Die Betroffenen können weder die eigenen Gesichtsmerkmale, noch die von angehörigen oder fremden Personen erkennen. Jedoch können andere Merkmale wie Kleidung, Gang, Stimme oder Gestik problemlos erkannt werden.<sup>185</sup>

Diese Krankheitsbilder sind die Folge eines stetigen Krankheitsverlaufs, der sich in der mittleren und späten Phase der Demenz zeigt. Mit diesen Störungen treten auch Sinnestäuschungen und Halluzinationen auf, die als Kompensationsversuch des Gehirns erklärt werden, um den fehlinterpretierten Informationen einen Sinn zu geben.<sup>186</sup>

184 Vgl. Gegenfurtner 2006, 97.

185 Vgl. Ebda., 98.

186 Vgl. Moseke 2005, 21.

### 5.1.2.3 Bauliche Konsequenz

Die nachlassenden Wahrnehmungsfähigkeiten sowie motorischen Fähigkeiten sind im Planungsprozess eines Altenheims ein erheblicher Einflussfaktor der Gestaltung. Jedoch zeigen sich bedeutende Unterschiede in den Anforderungen von alten und von demenzkranken Personen.

Generell sollten die Bestimmungen der *ÖNORM B 1600 Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen* beziehungsweise *B1601 Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen - Planungsgrundsätze* befolgt werden.

Doch ebenso sollten, im Hinblick auf die typischen demenziellen Einschränkungen und Verhaltensweisen, gewisse Eingriffe überdacht werden. So können Relief- und Brailleschriften aufgrund der fehlenden Feinmotorik kaum ertastet werden. Doch gravierender ist die mögliche Fehlinterpretation von taktilen Bodenmarkierungen oder starken Kontrasten im Bodenbereich, die als Hindernisse wahrgenommen werden. Auch die akustischen Interventionen des 2-Sinne-Prinzips, z.B.: Lautsprecherdurchsagen etc., können verkannt werden und verunsichernd auf die Betroffenen wirken.

Bei jedem Eingriff sollte daran gedacht werden, dass die Erkrankten am Verlust der kognitiven Fähigkeiten leiden und die eingehenden Informationen nur schwer verarbeiten können. Eine permanente Konfrontation mit den unterschiedlichsten Eindrücken (zu denen die Betroffenen keinen Bezug finden) kann zu einer Reizüberflutung führen und Stress auslösen. Der erhöhte Stress zeigt sich meist in Verhaltensauffälligkeiten der Erkrankten, sowie Weglauftendenzen oder Rückzugsreaktionen.

Eine ausgewogene Gestaltung der Umwelt, die die Betroffenen stimuliert und gleichzeitig nicht überfordert, sollte immer das Ziel der Gestaltung sein. Um die Überstimulation mit optischen und akustischen Reizen zu minimieren wurden Bewohnergruppen auf maximal 12 Personen beschränkt, da die Reizbarkeit der Erkrankten bei zu vielen Mitmenschen enorm ansteigt. Um trotzdem nicht „abzustumpfen“ werden andere sensorische Anreize gegeben wie Materialien mit unterschiedlichen haptischen Qualitäten, Düfte oder vertraute beruhigende Geräusche, wie der Wind, der durch die Bäume weht oder Wasserplätschern, sowie der Ausblick auf belebte Szenerien, wie spielende Kinder, einen Dorfplatz oder einen Schrebergarten.<sup>187</sup>



Abb. 80: Beispiel eines stark kontrastierenden, taktilen Leitsystems

187 Vgl. Heeg 1994, 225.

### 5.1.2.3.1 Akustische Wahrnehmung

Durch das auditive System werden akustische Reize verarbeitet. Diese Reize entstehen durch Luftdruckveränderung, die das Trommelfell in Schwingung versetzen. Die Schwingungsrates wird als Frequenz bezeichnet und gibt Aufschluss über die Tonhöhe.<sup>188</sup> Der Schalldruck ist für die Lautstärke, die Intensität des Schalls verantwortlich.

Doch die Fähigkeit des Menschen einen Reiz im Raum zu lokalisieren, diesen Reiz einem Objekt oder anderem Lebewesen zuzuordnen oder Sprache und die emotionale Bedeutung zu erkennen, ist nur durch die Verarbeitung im Gehirn möglich.

Die Rezeptoren im Innenohr wandeln den physischen Reiz in einen elektrischen Impuls um und leiten ihn weiter in das Stammhirn, genauer zum Thalamus, und von dort in den *primären auditiven Kortex*<sup>189</sup> - ein Bereich im oberen Schläfenlappen.<sup>190</sup>

Die akustische Wirkung eines Raums kann von unterschiedlichen Faktoren abhängen, z.B. der kulturellen Prägung des Benutzers, der Abschirmung des Schalls und der Reflexion des Schalls im Raum.



So zeigen sich in der Regel Japaner weniger vom Lärm belästigt als Deutsche. Eine Erklärung zeigt sich in den unterschiedlichen erlernten Verhaltensweisen, die die Reaktionen auf eine Geräuschquelle bestimmen. Die Bauweise japanischer Wände ist sehr leicht und dient eher dem Sichtschutz als dem Schallschutz. So werden schon im Kindesalter Methoden entwickelt störende akustische Reize auszublenden. Hingegen schirmen die dicken Mauern der Deutschen den unerwünschten Schall ab.<sup>191</sup>

In einer Versuchsanordnung sollten sich deutsche Probanden in zwei gleich große Räumen auf bestimmte Aufgaben konzentrieren. Die Räume unterschieden sich einzig in der Schalldämmung. Die Mehrheit gab an sich im hellhörigen Raum eingeeengt zu fühlen.<sup>192</sup>

Auch die verbauten Oberflächen können aufgrund der Schallreflexion eine erhebliche Rolle in der Raumwirkung spielen. So zeigt sich, dass sich Personen vor allem bei Gesprächen oder Vortragssituationen schlechter konzentrieren können, wenn sie sich in einem stark hallenden Raum befinden.

Grundtöne charakterisieren die Umwelt, vom Rascheln der Blätter im Wind oder dem Brodeln kochenden Wassers in einem Topf oder dem Klirren von Tellern und Besteck. Solche Geräuschkulissen sind dem Menschen vertraut und wecken auch bei Alzheimerpatienten Erinnerungen, die ihnen Halt geben und die Gewissheit, was zu tun

188 Vgl. Gegenfurtner 2006, 59.

189 Vgl. Ebda., 61.

190 Vgl. Macedonia/Höhl 2012, 108.

191 Vgl. Hall 1976, 56.

192 Vgl. Ebda., 57.

ist.<sup>193</sup> „Akustik ist in der Lage, materielle, räumliche und funktionale Eigenschaften zum Ausdruck zu bringen.“<sup>194</sup>

Die durchschnittlich hörbare Frequenz liegt zwischen 100Hz-12kHz, jedoch nimmt mit zunehmenden Alter die Leistung im höheren Frequenzbereich ab.<sup>195</sup> Sinkt die obere Hörschwelle auf bis zu 8000Hz spricht man von Schwerhörigkeit bzw. Schallempfindungsschwerhörigkeit. „Älteren Personen fällt es schwerer, einfache, niedrigschwellige Reize zu erkennen, geringe Frequenz- oder Intensitätsunterschiede wahrzunehmen, Hintergrundgeräusche auszublenden oder den Ort einer Geräuschquelle zu lokalisieren.“<sup>196</sup> Wird der Schall als störend empfunden liegt es entweder daran, dass die Ursache sowie der Entstehungsort nicht festgestellt werden können oder der Geräuschpegel im Widerspruch zu eigenen Aktivitäten steht.<sup>197</sup> Kann dauerhafter Lärm nicht vermieden werden, zeigt der Körper Reaktionen wie Bluthochdruck, Magengeschwüre und ein steigendes Herzinfarktrisiko. Zudem treten depressive Verstimmungen auf sowie Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Konzentration aber auch Stress, Schlaflosigkeit, Lustlosigkeit und Aggressionen sind Auswirkungen von anhaltendem Lärms.<sup>198</sup> Durch nachlassende kognitive Leistungen sowie Beeinträchtigung des auditiven Systems sind hallende und schlecht schallisierende Räume im Bereich der Altenpflege unbedingt zu vermeiden. Die Anstrengungen einem Gespräch zu folgen ermüdet die Bewohner, die daher soziale Kontakte vermeiden und Abstriche der Lebensqualität in Kauf nehmen.<sup>199</sup>

193 Vgl. Flade 2008, 104.

194 Tauke 2014, 128.

195 Vgl. Gegenfurtner 2006, 31.

196 Martin/Kliegel 2005, 130.

197 Vgl. Pollock Richard 2014, 111. - Vgl. Gegenfurtner 2006, 111f.

198 Vgl. Gegenfurtner 2006, 113f.

199 Vgl. Bernhofer 2007, 81.

Zur Gestaltung einer angepassten akustischen Raumwirkung sollten folgende Punkte beachtet werden:

- „es ist wichtig, Geräusche so eindeutig wie möglich zu halten und alle unnötigen Geräusche zu eliminieren.“<sup>200</sup>
- Die akustischen Reize (von Informationssystemen oder Radio, Fernseher ect.) müssen auf die Umgebung abgestimmt sein. Sie sollten auch individuell regelbar sein um die Lautstärke auf die Tagesverfassung der Erkrankten einzustellen oder gegebenenfalls darauf zu verzichten.
- Eine erhöhte Schalldämmung sollte vorgesehen werden, um störende Schallquellen (Luftschall, Körperschall) oder andere Nebengeräusche zu mildern.
- Um die Raumakustik entsprechend zu gestalten, sollte auf die Raumgeometrien und die Oberflächen geachtet werden. Auch nach der Bauphase kann durch Akustikerelemente unerwarteten Schallreflexionen entgegengewirkt werden.
- Akustikerelemente mit rauen Oberflächen oder Vlies und andere Stoffen können gegen Nachhalleffekte und direkte Schallreflexion eingesetzt werden. Bei großen Räumen sind größere schallabsorbierende Flächen vorzusehen.
- Störende Hintergrundgeräusche sowie Gemeinschaftsbereiche mit breiten und langen Tischen führen zu einer Isolation der Bewohner und verhindern jeden Kontakt untereinander.
- Auch eine entsprechende Beleuchtung und Sitzposition kann den Patienten helfen Gesagtes besser zu verstehen, da sie ihr Gegenüber besser sehen und die Lippenbewegungen beobachten können.

### 5.1.2.3.2 Olfaktorische Wahrnehmung

Beim Riechen reagieren die Rezeptoren der Riechschleimhaut auf gasförmige Stoffe. Obwohl der Geschmackssinn und der Geruchssinn sehr stark miteinander verknüpft sind, unterscheidet sich der Verarbeitungsprozess im Gehirn der eingehenden Informationen. Geruchsinformationen sind die einzigen Sinnesreize, die zur Verarbeitung direkt in die Großhirnrinde, genauer den Temporallappen geleitet werden.<sup>201</sup> Zudem wird die *Amygdala* (auch Mandelkern genannt) aktiviert, die einen Teil des limbischen Systems darstellt und eine emotionale Bewertung vornimmt. Dieser Verarbeitungsprozess deutet darauf hin, dass Gerüche immer eine Bedeutung besitzen, da der Thalamus nicht erst darüber entscheiden muss.<sup>202</sup>

Viele Gerüche sind für die meisten Personen schwer zu beschreiben, auch wenn sie ihnen bekannt erscheinen. Durch die direkte Verarbeitung sind Geruchsinformationen sehr schnell aus dem Gedächtnis abrufbar und können auf Gefahren, wie Gase, Rauchentwicklung oder verdorbenes Essen, hinweisen. Jedoch gibt es auch bei diesem Wahrnehmungssystem altersbedingte Defizite, die sich bei rund 60% der über 65-jährigen und bei rund 80% der über 80-jährigen zeigen.<sup>203</sup> Durch die starke emotionale Verknüpfung von Situationen und Gerüchen können Düfte als Gedächtnishilfen eingesetzt werden. So bringt der „Geruch tiefere Erinnerungen hervor[...] als Sehvermögen oder der Schall“<sup>204</sup> Welchen Wert der Geruch für die Orientierung besitzt, zeigt sich im Verhalten von Altenheimbewohnern, für die der Duft von frisch zubereiteten Kaffee eine bessere Orientierungshilfe ist als ein Piktogramm.<sup>205</sup> „Düfte dieser Art können ein Lebensgefühl schenken; die Abwechslungen und Übergänge tragen nicht nur dazu bei, einen im Raum zu lokalisieren, sondern verleihen dem Alltag auch Würze.“<sup>206</sup> Auch bei demenziell Erkrankten, mit Ausnahme der Alzheimerpatienten, deren Geruchssinn schon in früheren Stadien verloren geht, können mittels Düften Erinnerungen hervorrufen und Emotionen geweckt werden.<sup>207</sup> Zudem kann der Geruch als Schlüsselreiz fungieren, um den Betroffenen an primäre Bedürfnisse zu erinnern wie Hunger oder Durst. „Der Duft von Kaffee oder verschiedenen Teesorten, von gebackenen Brot oder Kuchen, von angebratenen Zwiebeln oder karamellisiertem Zucker führt nicht nur zu einer Stimulation von Appetit und Durst, sondern auch zu erhöhter Aufmerksamkeit und Ansprechbarkeit der Betroffenen.“<sup>208</sup>

201 Vgl. Macedonia/Höhl 2012, 118.

202 Vgl. Gegenfurtner 2006, 72.

203 Vgl. Bernhofer 2007, 82.

204 Hall 1976, 57.

205 Vgl. Bernhofer 2007, 82.

206 Hall 1976, 61.

207 Vgl. Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 71.

208 Ebd., 73.

Hinsichtlich dieser Beobachtung wurden verschiedene Interventionen in der Pflege eingeführt:

### Front Cooking



Dieses Konzept hat sich, mit entsprechenden Abänderungen, bei allen Demenzphasen bewährt und kann auch ergänzend zu einer Großküche geführt werden. Innerhalb eines gemeinschaftlichen Kochbereichs auf der Abteilung kocht eine Betreuungsperson oder ein eigens angestellter Koch vor den Augen der Bewohner. Durch die typischen Kochhandlungen, die Bewegungen und vor allem die Düfte werden die Erkrankten neugierig und beobachten das Geschehen. Diese Situation, die wie ein Ritual auf das Essen vorbereitet, gibt den Patienten Routine und Sicherheit. Das zeigt sich auch abends, wenn normalerweise bei vielen Patienten das „unruhige Wandeln“ einsetzt, dass sich auch dann viele Patienten im Kochbereich einfinden und das Geschehen beobachten.<sup>209</sup> Personen mit leichter oder mittlerer Demenz zeigen ebenso große Freude daran beim Kochen behilflich zu sein. Sie schneiden das Gemüse oder decken den Tisch und entdecken dabei ihre eigenen noch erhaltenen Kompetenzen. Um dies zu unterstützen, werden Arbeitsplatten abgesenkt, damit Tätigkeiten auch im Sitzen möglich sind, und die Geschirrschränke offen gestaltet. Da auch Patienten mit schwerer Demenz oder bettlägrige ein Teil dieser Gemeinschaft sind, sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, diese Patienten am stattfindenden Ereignissen miteinzubeziehen. Neben dem offenen Kochbereich sollte auch ein verschließbarer Raum zur Verfügung stehen in dem gefährliche Gegenstände (scharfe Messer) und Geräte (Fritteuse) verstaut und laute Tätigkeiten wie Pürieren oder Mixen durchgeführt werden können ohne die Bewohner zu stören.

### Fliegende Verpflegung



Da viele Patienten sich nicht lange auf etwas konzentrieren können, fällt es ihnen schwer während der gesamten Mahlzeit am Tisch zu sitzen. Um trotzdem genug Nahrung zu sich zu nehmen wurde versucht eine „fliegende Verpflegung“ zu gewährleisten. Das bedeutet, dass sich in den Gängen und im Garten kleine Imbissstellen befinden, an denen sich die Bewohner jederzeit bedienen können. Diese Stellen sollten aus hygienischen Gründen im Blickfeld des Pflegepersonals sein.<sup>210</sup>

### Basale Stimulation

Basale Stimulation ist eine Therapieform, die bei bettlägrigen, schwerst dementen Patienten Anwendung findet und die Duft- und Geschmackssinne stimuliert. Dabei werden im Patientenzimmer einfache Kochhandlungen durchgeführt, z.B. Zwiebeln anbraten, um bei den Erkrankten ein Hungergefühl zu erzeugen.<sup>211</sup>

Abb. 82: Grundriss einer offenen Küche

Abb. 83: Beispiel einer offenen Küche

209 Vgl. Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 76.

210 Vgl. Ebda., 78.

211 Vgl. Ebda., 77.

### 5.1.2.3.3 Taktile Wahrnehmung

Das taktile System ist das einzige sensorische System das schon bei der Geburt vollständig entwickelt ist.<sup>212</sup> Der Tastsinn bleibt bis ins Kleinkindalter der dominierende Sinn der Wahrnehmung und wird erst mit der Zeit dem Sehsinn untergeordnet.<sup>213</sup>

„Die Oberflächenstruktur [...] wird fast ganz durch den Tastsinn bewertet und gewürdigt, selbst wenn sie visuell präsentiert ist.“<sup>214</sup>

In der Haut befinden sich verschiedene Rezeptoren, die auf spezifische Impulse optimiert sind.<sup>215</sup> Über die Haut nehmen wir Berührung und Temperaturunterschiede wahr. Dieses Temperaturempfinden kann sehr stark sensibilisiert werden, wie ein Versuch mit blinden Probanden zeigte, die sich anhand der Strahlungswärme von Objekten innerhalb eines Raumes orientieren konnten. Weiters werden zu den taktilen Sinneseindrücken auch Muskelbetätigungen wie Anspannung gezählt, die eine koordinierte Bewegung ermöglichen.<sup>216</sup>

Die Ergebnisse einer niederländischen Studie bewiesen den positiven Effekt von haptischen Stimulationen im Altenheim. Die Probanden zeigten sich entspannter, aktiver und kontaktfreundlicher. Zudem verbesserte sich die räumliche Orientierung.<sup>217</sup>

Das haptische Empfinden bleibt in Regel das gesamte Leben lang erhalten, daher können taktile Informationen als Alternative von optischen Merkmalen genutzt werden. Jedoch sollte dabei die nachlassende Feinmotorik berücksichtigt werden und die Elemente in entsprechender Größe präsentiert werden.

Zudem können Materialoberflächen auf spezifische Räume oder Tätigkeiten hinweisen. So verbinden wir glatte Fliesen mit Sanitärräumen oder weiche, flauschige Stoffe mit Polstermöbeln, die üblicherweise im Wohn- oder Schlafzimmer zu finden sind.

212 Vgl. Bernhofer 2007, 83.

213 Vgl. Hall 1976, 70.

214 Hall 1976, 72.

215 Vgl. Gegenfurtner 2006, 63.

216 Vgl. Hall 1976, 70.

217 Vgl. Tauke 2014, 131.

**Beispiele zum Einsatz von taktilen Elementen:**

- Unterschiedliche Elemente oder ein Strukturwechsel an den Handläufen können den Personen zur Orientierung dienen oder auch Anfang und Ende des Handlaufs andeuten.
- Haptische Wandelemente oder Skulpturen können als Orientierungspunkte und für die taktile Stimulation benutzt werden.
- Die Materialität des Bodens sollte Sicherheit und Halt vermitteln, um die Gangunsicherheiten der Bewohner zu kompensieren. Demenzkranke Personen können auf Grund von Fehlinterpretationen bei blauen oder reflektierenden Böden den Eindruck von schwer begehbaren oder gefährlichen Flächen wie Eisplatten erlangen.
- Die Härte und Textur des Bodens bestimmen zudem das Gehgefühl. Alle Bodenbeläge müssen rutschhemmend und mit dem Rollstuhl beziehungsweise Rollator befahrbar sein. Dazu müssen die Materialien sicher verlegt und antistatisch sein.



Abb. 84: Beispiel eines haptischen Wandelements

#### 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung

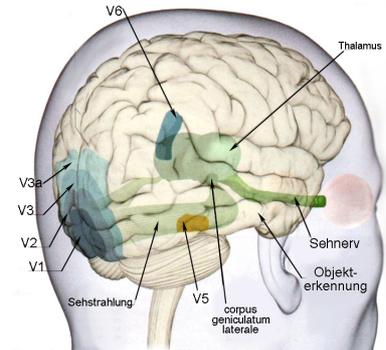
Das Auge erzeugt über die Bündelung des Lichts in der Linse ein Abbild der Umwelt, auf der mit Rezeptoren besetzten Netzhaut.<sup>218</sup> Diese Photorezeptoren im Auge (Stäbchen und Zäpfchen) verarbeiten die elektromagnetische Strahlung, die sich im Wellenlängenbereich von 380-780nm befindet.<sup>219</sup> Durch die Transduktion erfolgt die Weiterleitung über den Sehnerv, hin zum Thalamus und von dort weiter über die Sehstrahlung zum primären visuellen Kortex, der sich im Hinterhauptslappen befindet. Dort werden die Reize analysiert und nach Merkmalen wie Farbe, Orientierung, Textur, Bewegung oder Tiefe beurteilt.<sup>220</sup>

Wie der Philosoph Maurice Merleau-Ponty in seinem Text *Das Auge und der Geist* treffend beschreibt, ist das Sehen viel mehr als nur das Erkennen eines Objektes in seiner Umgebung. „Es ist vielmehr ein Denken, das streng die im Körper gegebenen Zeichen entziffert“<sup>221</sup>

Die besondere Bedeutung der visuellen Wahrnehmung zeigt sich in der vielfachen Verarbeitung der Informationen in den unterschiedlichen Arealen. Die primäre Sehrinde nimmt rund 15% der Großhirnrinde ein, zudem kommen 30 weitere Areale, die bei der Verarbeitung beteiligt sind. Somit sind rund „60% der Großhirnrinde an der Wahrnehmung, Interpretation und Reaktion auf visuelle Reize beteiligt“<sup>222</sup>

Erst durch die Verarbeitung der Reize entsteht das Abbild unserer Umwelt - die eigene Realität. Da eine schnelle Reaktion auf die vielfältigen visuellen Reize entscheidend ist, definiert der Thalamus was wichtig ist, um nur bestimmte Merkmale wahrzunehmen. Um diese noch schneller zu verarbeiten werden aus dem Gedächtnis die bekannten neuronalen Muster abgerufen, die am wahrscheinlichsten dem Gesehenen entsprechen.<sup>223</sup>

Wie schon erwähnt werden visuelle Reize wegen ihrer unterschiedlichen Merkmale bewertet und in spezifischen Arealen verarbeitet. Dadurch lassen sich verschiedene Wahrnehmungsarten unterscheiden, die auf den visuellen Reizen beruhen.



218 Vgl. Gegenfurtner 2006, 28,

219 Vgl. Nüchterlein / Richter 2008, 210.

220 Vgl. Gegenfurtner 2006, 39.

221 Merleau-Ponty 2006, 182.

222 Gegenfurtner 2006, 39.

223 Vgl. Ebda., 56.



### Bewegungswahrnehmung

Das menschliche Sichtfeld lässt sich je nach Fokussierung in unterschiedliche Bereiche einteilen. Das Gesichtsfeld besitzt eine maximale Spanne von horizontal 180° und vertikal 60° nach oben sowie 70° nach unten. Wobei sich das optimale Sichtfeld im Bereich von 30° befindet, hier besitzt das Auge die beste Schärfe- und Detailerkennung. Im darum liegenden peripheren Sichtfeld werden vor allem Farben und Bewegungen wahrgenommen. Um sich vor schnell herannahenden Gefahren zu schützen werden Bewegungsreize, die im peripheren Sichtfeld auftreten, verstärkt. Daher sollte bei der Planung von Aufenthaltsbereichen darauf geachtet werden, dass sich im peripheren Sichtfeld keine bewegten Reize befinden. Diese vermitteln ein unbehagliches Gefühl und können den Raum beengt wirken lassen.<sup>224</sup>

### Tiefenwahrnehmung

Erst durch die Sehnervkreuzung im Gehirn werden die Informationen des rechten und des linken Auges miteinander verrechnet. „Die Verschiebung wird Querdisparation genannt, und aus dieser Information kann das visuelle System die räumliche Tiefe berechnen.“<sup>225</sup>

### Objektwahrnehmung

Um Objekte richtig wahrzunehmen werden die Reize im Schläfenlappen, dem temporalen Kortex, bearbeitet. Es werden Objektkategorien bestimmt, wobei Grundelemente schon Reaktionen auslösen. Zwei Punkte und ein Strich lassen uns z.B. schon in Alltagsgegenständen Gesichter erkennen.<sup>226</sup> „Unabhängig von Entfernung, Beleuchtung, Ansichtswinkel und vielen anderen ‚störenden‘ Variablen können wir Objekte mühelos und schnell identifizieren.“<sup>227</sup> Diese kognitive Leistung leitet der deutsche Philosoph und Mathematiker Edmund Husserl direkt von sensomotorischen Erfahrungen ab.

Der Prozess der Objekterkennung wird in drei Phasen unterteilt:

1. Extraktionsphase: Das Objekt wird innerhalb seines Umfelds erkannt und es beginnt die Differenzierung aufgrund unterschiedlicher Merkmale wie Kontrast, Farbe, Struktur, Muster oder Kontur.<sup>228</sup>
2. Semantische Phase: Die visuelle Information wird mit bereits bestehendem Wissen verglichen. Eine Beeinträchtigung dieser Phase wird als assoziative Agnosie bezeichnet, bei der die Erkrankten nicht mehr wissen wie man den Gegenstand benutzt.
3. Lexikalische Phase: Das Objekt wird benannt. Tritt in dieser Phase eine Störung auf, können die Erkrankten den Gegenstand nicht benennen.<sup>229</sup>

<sup>224</sup> Vgl. Hall 1976, 81.

<sup>225</sup> Vgl. Gegenfurtner 2006, 43.

<sup>226</sup> Vgl. Ebda., 55.

<sup>227</sup> Ebda., 57.

<sup>228</sup> Vgl. Ebda., 96.

<sup>229</sup> Vgl. Ebda., 97.

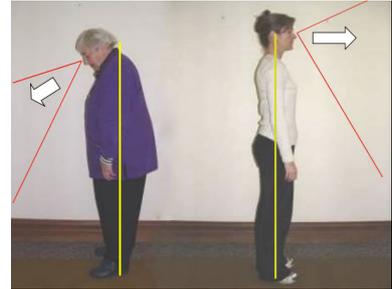
Mit dem Alter wird die Augenlinse dicker und verliert an Elastizität (Presbyopie), wodurch weniger Licht auf die Netzhaut trifft. Um dies auszugleichen benötigt das Auge mehr Licht, ist jedoch auch für Blendungen anfälliger. Etwa 50 % der über 75-jährigen sind mit Problemen der Augen konfrontiert. Es treten Veränderungen von Sehschärfeverringerng, sowie Verringerung der Akkommodationsleistung (Anpassungsfähigkeit zwischen Nah- und Fernsicht) und Hell-Dunkeladaption, Farbwahrnehmungsstörungen, ein eingeschränktes Gesichtsfeld und Kontrastempfindlichkeit auf.<sup>230</sup> All diese Beeinträchtigungen erschweren die Wahrnehmung von Entfernungen sowie Geschwindigkeiten und führen zu einem erhöhten Sturzrisiko.<sup>231</sup> Die Patienten werden durch diese Behinderungen verunsichert. Zudem sollte beachtet werden, dass sich mit dem Alter die Körperhaltung und so auch das Sichtfeld verändert.

### Farbe

Farben können im Menschen Assoziationen wecken und ein Gefühl von warm oder kalt, von Geschmack oder Emotionen hervorrufen. Jedoch unterscheiden sich die Eindrücke je nach Nutzergruppe, da die Wahrnehmung, Bedeutung und Symbolik oder auch Wirkung durch kulturelle und altersspezifische Einflüsse unterscheidet.<sup>232</sup>

Die Auswirkungen der biologischen Farbwirkung untersuchte Dr. phil. Monika Krüger in ihrer Dissertation - *Die Temperaturwirkung von Farben in der bildenden Kunst - Eine Suche nach den Ursprüngen und der Funktionsweise des Warm-Kalt-Kontrastes*. Sie „konnte in einem Laborexperiment zeigen, dass die Wahrnehmung der Umwelt durch rote Sichtfolie - gegenüber der Wahrnehmung durch blaue - die Pulsfrequenz der Probanden signifikant um etwa 10 Schläge pro Minute steigert.“<sup>233</sup> Weitere Studien zeigten auch Veränderungen der Atmung, des Pulses, des Blutdrucks, der Reizbarkeit und der Konzentrationsfähigkeit. Jeder Mensch zeigt andere Reaktionen, die von Farbton, Sättigung, Helligkeit, Umgebung und Einwirkungsdauer abhängig sind.

Wie schon erwähnt können Farben eine beruhigende oder aktivierende Wirkung auf den Organismus haben und somit auf die Funktion des Raumes verweisen. „In diesem Sinne werden Farben zur Orientierung und Ordnung eingesetzt. Orientierung kann weiterhin durch ein farbliches Orientierungssystem sowie differenzierte Gestaltung verschiedener Bereiche gestärkt werden.“<sup>234</sup>



230 Vgl. Martin/Kliegel 2005, 131.

231 Vgl. Bernhofer 2007, 79.

232 Vgl. Nüchterlein / Richter 2008, 209.

233 Ebda., 213.

234 Ebda., 228.

Abb. 87: Darstellung des veränderten Sichtfelds durch die Körperhaltung

### Beispiele zum Einsatz von Farben:

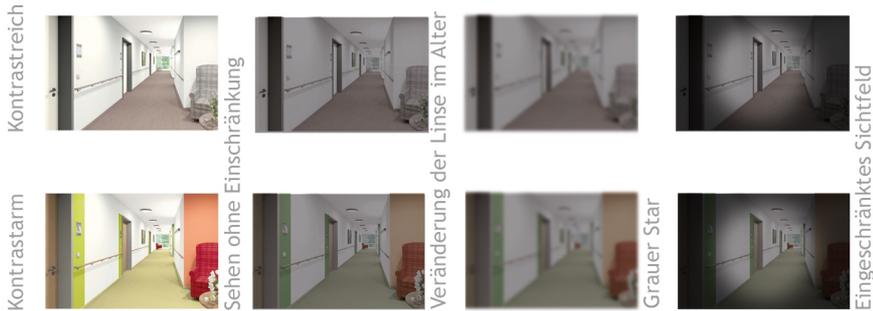
- Der Farbeinsatz in Alten- oder Pflegeheimen dient vor allem der Orientierung und um Raumkanten zu definieren, die die Raumwahrnehmung der Bewohner unterstützt.
- Objekte in Signalfarben, wie z.B. eine rote Tür, ziehen die Aufmerksamkeit auf sich. Ein Versuch zeigte, dass durch eine rote Toilettentür im Blickfeld der Bewohner, diese eher Selbstständig aufgesucht wird, als durch eine typische unauffällige Toilettentür.
- Da vor allem eine wohnliche Atmosphäre erreicht werden soll, ist vom Einsatz eines farblichen Leitsystems, wie man es in Kranken- oder Parkhäusern findet, abzusehen. Ein Konzept mit unterschiedlichen Farbnuancen für jede Wohngruppe ist ebenso wirksam (Abb. 88).
- Durch die Assoziationsfähigkeit können Farben auch herangezogen werden, um Aussagen über die Nutzung des Raumes zu treffen. So wirkt ein kräftiges Rot im Küchenbereich als anregend, ein sanftes Blau oder Grün im Aufenthaltsbereich entspannend.
- Zudem können durch Farbwechsel bestimmte Zonen definiert werden. Jedoch sollte bedacht werden, dass ein Wechsel der Farben im Bodenbelag die meisten Erkrankten irritiert und daher nur sparsam eingesetzt werden sollte.
- Ähnliche Irritationen, die Gangunsicherheiten und Schwindelgefühle verursachen, können durch kleinteilige Muster hervorgerufen werden.
- Es sollte immer bedacht werden, dass ein Überangebot an Informationen zu Stress und Überforderung führen kann. Daher ist ein übersichtlicher und klar erkennbarer Farbeinsatz zu empfehlen.
- Da die Farbgestaltung auch immer mit persönlichen Vorlieben verbunden ist, sollte vor allem in den privaten Zimmern genug Spielraum für Individualisierungen geboten sein.



Abb. 88: Beispiel differenzierter Farbgestaltung

## Kontrast

Der Begriff Kontrast beschreibt die Wechselwirkung benachbarter Farbflächen. Um das Nachlassen der optischen Fähigkeiten zu kompensieren können Farbkontraste genutzt werden, um die räumliche Wahrnehmung zu unterstützen, indem Raumproportionen betont und funktionale Zusammenhänge oder Grenzen kenntlich gemacht werden.



Auch das Hervorheben wichtiger Elemente wie Türen zu den Bewohnerzimmern, Haltegriffe sowie Toilettensitze oder Teller, verbessert die Wahrnehmung und Selbstständigkeit.

In der Farbenlehre wurden viele Farbkontrastvarianten definiert, die in der Kunst und der Architektur Anwendung finden. Jedoch irritieren bestimmte Farbkombinationen demenziell Erkrankte und sollten in der Gestaltung des Lebensumfelds vermieden werden.

**Hell-Dunkel-Kontrast:** Leiden die Erkrankten an einer visuellen Agnosie, können starke Hell-Dunkel-Kontraste, vor allem am Boden, als Hindernisse interpretiert werden. Eine Studie unter der Leitung von Mitzi Perritt, Professorin für Innenraumgestaltung an der Stephen F. Austin State University in Texas, dokumentiert das veränderte Bewegungsverhalten bei 107 Alzheimerpatienten aufgrund der Bodenmusterung. Sie zeigte dass kleinteilige sowie unruhige Musterungen auf Bodenbelägen die Bewegungsgeschwindigkeit hemmen bzw. Gangverunsicherungen hervorrufen. Bei stark kontrastierenden Musterungen, z.B. einem schachbrettartigen Bodenbelag, weigern sich viele diesen zu betreten. Diese Verhaltensweise kann aber auch konstruktiv genutzt werden. Ein dunkler Farbstreifen an den Seiten des Flures, betont die Raumkante und leitet die Personen. Dieser Streifen kann bei den Türen zu den Bewohnerzimmern unterbrochen, jedoch bei den Personalräumen, die von den Patienten nicht betreten werden sollen, durchgezogen sein um als Hemmschwelle zu wirken (Abb. 24).

**Flimmerkontrast:** Dies ist ein optischer Effekt, der bei zwei intensiven Farben mit gleichen Helligkeitswert oder auch bei sehr feinen geometrischen Mustern [siehe CASE STUDY: Gradmann-Haus, Stuttgart-Kaltental] entstehen kann. Da dieses Flimmern eine Reizüberflutung erzeugen kann, sollte darauf in Innenräumen verzichtet werden.<sup>235</sup>



Abb. 89: Darstellung der Wahrnehmung sehingeschränkter Personen von einer kontrastarmen und einer kontrastreichen Flurgestaltung  
Abb. 90: Beispiel von Kontrastkanten im Flurbereich

**Simultankontrast:** Wird eine Farbe aufgrund ihrer umgebenden Fläche anders wahrgenommen, spricht man von einem psychologischen Kontrastphänomen, dem Simultankontrast. Dadurch können bei Erkrankten leichter Fehlinterpretationen hervorgerufen werden, die z.B. Speisen als verdorben erscheinen lassen.

### Licht

Das Licht hat zwei essentielle Funktionen für den Menschen:

1. Licht ist die Grundlage für das Sehen. Durch die altersbedingten Veränderungen der Augen und des Organismus ist es nötig für hervorragende Lichtverhältnisse zu sorgen. Eine gute Beleuchtung, die im Alten- und Pflegeheim bei etwa 500 Lux auf Augenhöhe liegt, beeinflusst die Farbwiedergabe und das Farberleben.<sup>236</sup> Die wahrgenommene Helligkeit wird nicht nur über die Beleuchtungsstärke, sondern über den Reflexionsgrad der Oberflächen erreicht, die von der Farbe, der Helligkeit und der Oberflächenstruktur abhängt. Ein indirektes Beleuchtungskonzept, das die Decke und das obere Drittel der Wand als Reflexionsfläche nutzt, vermeidet die Blendung der Bewohner sowie irreführende Reflexionen am Fußboden.<sup>237</sup>
2. Licht hat eine biologische Wirkung und beeinflusst den Tag-Nacht-Rhythmus. Der menschliche Biorhythmus (= Circadianer Rhythmus) ist genetisch vorgegeben und umfasst eine Periode von ca. 24 Stunden. Dabei ist das Licht der wichtigste Zeitgeber. Ist dieser nicht vorhanden, können der Tagesablauf und der biologische Rhythmus desynchron werden.<sup>238</sup> Dieser Effekt ist bei Altenheimbewohnern zu beobachten, die die meiste Zeit des Tages in Innenräumen verbringen. Viele leiden unter einer starken Müdigkeit am Tag und schlaflosen Nächten.

Durch den Einsatz einer automatisch gesteuerten Lichtdecke, könnte der Tag-Nacht-Rhythmus sowie der Hormonhaushalt der Erkrankten reguliert werden.<sup>239</sup> Diese therapeutische Wirkung von Licht findet immer häufiger den Einsatz im Alten- und Pflegeheimbau. Als Pilotprojekt in der Lichttherapie gilt das Projekt *Haus im Park* in Bremerhaven, das 2005 für 60 Pflegebedürftige (größtenteils Demenzpatienten) eröffnet wurde.

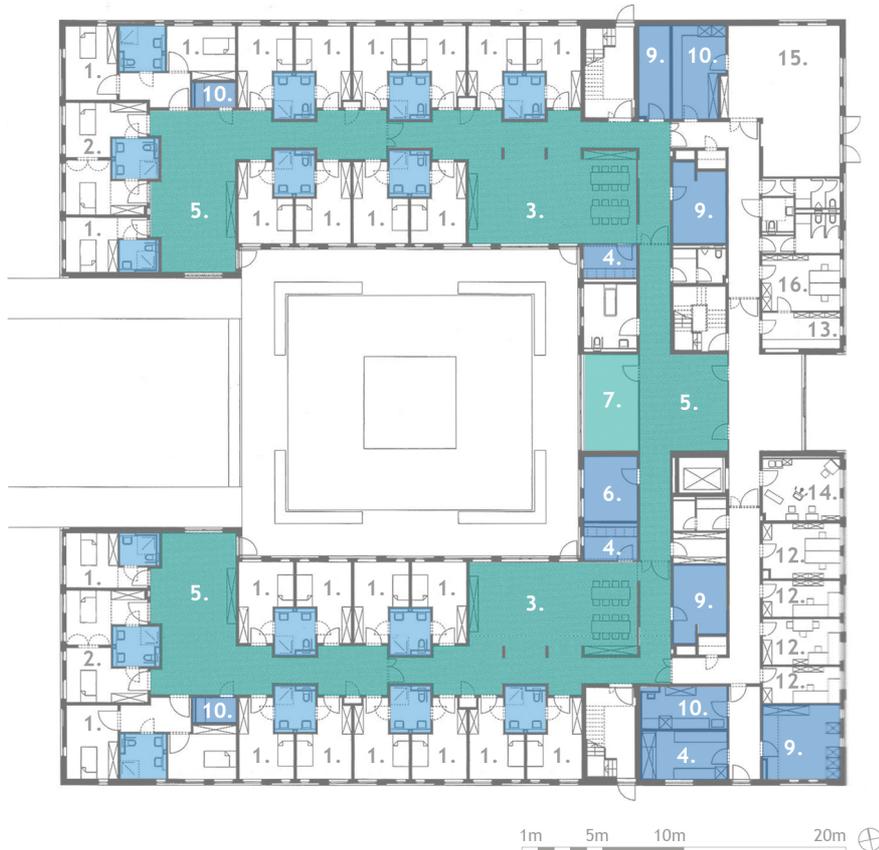
236 Vgl. Nüchterlein / Richter 2008, 228.

237 Vgl. Heeg/ Striffler 2010, 11.

238 Vgl. Wojtysiak/ Lang 2010, 29.

239 Vgl. Heeg / Bäuerle 2012, 164.

## CASE STUDY: Haus im Park, Bremerhaven



- |                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| 1. Einzelzimmer                | 7. Aufenthaltsbereich<br>mit Zugang ins Freie | 12. Verwaltung  |
| 2. Einzelzimmer (kombinierbar) | 8. Pflegebad                                  | 13. Empfang   |
| 3. Wohnraum mit Essbereich     | 9. Lager                                      | 14. Friseur   |
| 4. Küche                       | 10. Schmutzraum                               | 15. Café  |
| 5. Aufenthaltsbereich          | 11. Innenhof                                  | 16. Büro Freiwillige<br>Soziale Dienste<br>SOLIDAR e.V. |
| 6. Pflegestützpunkt            |   |   |

Das Projekt *Haus im Park* wurde 2005 von dem Architekturbüro *Westphal Architekten BDA*, speziell für die Bedürfnisse demenzerkrankter Personen konzipiert. In dem zweigeschossigen Bau wurden vier Wohngruppen mit je 15 Personen vorgesehen, wobei nur eine dieser Gruppen für Personen mit leichter Demenz bestimmt ist. Die anderen drei Gruppen werden von mobilen Personen im mittelschweren bis schweren Demenzstadium und Personen mit herausforderndem Verhalten bewohnt. Um die ansonsten geschlossene Einrichtung ins Gemeinschaftsleben der Stadt Bremerhaven zu integrieren, wurde ein öffentlich zugängliches Café mit Außenbereich, ein Friseursalon und das *Büro für Freiwillige Soziale Dienste SOLIDAR*, im Erdgeschoss des nordöstlichen Gebäudeflügels errichtet.

Der Innenhof (Abb. 92) wird dreiseitig vom Gebäude begrenzt und öffnet sich gegen Südwesten. Dort wird der Weg in den von Hainbuchenhecken umzäunten Garten freigegeben, in dem sich ein Rundweg befindet.



Abb. 91: Haus im Park,  
Bremerhaven, 2005,  
Grundriss

Abb. 92: Haus im Park,  
Bremerhaven, 2005, Innenhof

Die Wohngruppen befinden sich in dem zweibündig ausgeführten Gebäudeflügeln im Nordwesten und Südosten. Der Verbindungsflügel wurde dreibündig ausgeführt, um in einem Gang die Verbindung der Wohngruppen mit gemeinsamen Aufenthaltsbereichen zu ermöglichen. Ein weiterer Gang ist für die Bewohner nicht zugänglich und dient einer unauffälligen, hausinternen Versorgung, sowie als Barriere zum öffentlich zugänglichen Bereich und dem Verwaltungstrakt.

Bei der Planung wurde besonderer Wert auf eine lichttherapeutische Gestaltung gelegt, die in diesem Gebäude erprobt wird. Ziel dieser Therapie ist die Regulierung des Tag-Nacht-Rhythmus, des Hormonhaushalts und des Stoffwechsels der Bewohner<sup>240</sup>. Diese sind dadurch aktiver im Alltagsgeschehen eingebunden, das wiederum ihr Wohlbefinden steigert.



Die Lichttherapie orientiert sich am natürlichen Wechsel der Lichtqualität im Tagesverlauf. Der kurzwellige Blauanteil im Lichtspektrum, der vor allem in den Morgenstunden vorhanden ist, sorgt für eine Ausschüttung aktivierender Hormone und unterdrückt das Schlafhormon Melatonin. Um die Mittagszeit stehen der Blauanteil und der Rotanteil des Lichts in Balance. Erst in den Abendstunden reduziert sich dieser Blauanteil und der langwellige Rotanteil des Lichtspektrums fördert die Produktion des Melatonins. Dadurch werden die Körperfunktionen verlangsamt und es tritt Müdigkeit auf, um die Schlafphase vorzubereiten.



Da sich die Altenheimbewohner tendenziell im Innenraum aufhalten ist die Wahl des Leuchtmittels entscheidend. Die Glühbirne, die aus ökologischen Gründen vom Markt genommen wurde, besitzt einen hohen Rotanteil, der nicht nur für stimmungsvolle Raumsituationen sorgt, sondern auch das Eintreten natürlicher Ermüdungserscheinungen ermöglicht. Die vielfach verwendeten Entladungslampen (Leuchtstoffröhren) besitzen hingegen einen hohen Blauanteil, der die abendliche Melatoninausschüttung verzögert und so eine Disharmonie des biologischen Rhythmus verursacht.<sup>241</sup>



Daher wurden bei dem Projekt *Haus im Park* 18m<sup>2</sup> große Lichtdeckenfelder montiert, die mittels Vollspektrumlampen eine Beleuchtungsstärke von 2000 Lux erzeugen und vollautomatisch die Veränderungen der Lichtqualität während des Tages imitieren. Um eine entsprechende Wirkung zu erzielen, müssen sich die Patienten länger im Bereich der Lichtdecke aufhalten. Um dies zu gewährleisten, wurden die Elemente über den Esstischen installiert, die die Personen während der Mahlzeiten bestrahlen.<sup>242</sup> Die Lichtdecken erzielen zwar die gewünschte Wirkung, sind jedoch in der Anschaffung sehr teuer und mit hohen Betriebskosten belastet.

Durch die zweibündige Grundrissgestaltung entstehen innerhalb der Wohngruppen kurze Flurbereiche, die künstlich beleuchtet werden

Abb. 93: Beispiel einer Lichtdecke der Firma Zumtobel, morgens  
 Abb. 94: Beispiel einer Lichtdecke der Firma Zumtobel, mittags  
 Abb. 95: Beispiel einer Lichtdecke der Firma Zumtobel, abends

<sup>240</sup> Vgl. Monz/ Monz 2001, 68f.

<sup>241</sup> Vgl. Schneider-Grauvogel 2014, 135.

<sup>242</sup> Vgl. Heeg/ Striffler 2010, 15.

müssen. In diesen Bereichen wird eine schattenarme Grundausleuchtung von 300 Lux erreicht. An den Enden der Flure öffnet sich der Raum jeweils zu einem Gemeinschaftsbereich. Dies unterstützt die mobilen verhaltensauffälligen Demenzpatienten, da ihr Weg in den Aufenthaltsbereich gelenkt wird und so nicht das Gefühl einer Sackgasse entsteht.

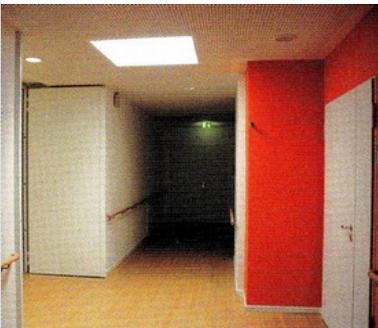
Die Gemeinschaftsbereiche sowie die privaten Zimmer werden über großen Fensterflächen natürlich belichtet. Die raumhohen Verglasungen besitzen eine Parapethöhe von nur 46 cm, um auch im Liegen den Blick ins Freie genießen zu können.

Aus Sicherheitsgründen, um ein unbemerktes Verlassen des Gebäudes zu verhindern, können die Fenster jedoch nur gekippt werden. Das Verlassen der Einrichtung stellte das Pflegepersonal schon in der Anfangsphase vor ein Problem. Da die Grundrisskonfiguration keine Sicht über den gesamten Gartenbereich zulässt, konnte bereits ein Patient unbemerkt durch die Hecke schlüpfen. Um dem nun entgegenzuwirken wurde ein 1,70m hoher Zaun gebaut. Mit einem Alarmsystem, das auf eingeklebte Magnetstreifen in den Kleidern reagiert, wollte man das Weglaufen ebenso verhindern. Da sich dieses System nicht bewährt hat, wird der Haupteingang durch einen Zahlencode gesichert.

Die Einrichtung gilt als Pilotprojekt der Lichttherapie und konnte mit der installierten Lichtdecke eine Möglichkeit präsentieren, die positiven Effekte der Therapie auch in der Betreuung von Demenzpatienten zu nutzen. Jedoch empfinde ich, die künstlich Beleuchtung in diesem Projekt überrepräsentiert. Es hätten durch eine einbündige Gestaltung der Gebäudeflügel die Flurbereiche natürlich belichtet werden können. Weiters hätte eine vierseitige Bebauung den Innenhof geschlossen, einen besseren Überblick des Freibereichs ermöglicht und so den Aufenthalt im Freien entschärft.

Laut David McNair, Leiter der Forschungsgruppe zum Thema Beleuchtung für Alzheimererkrankte des *Stirling's Dementia Services Development Centre*, solle immer eine natürliche Belichtung der Räume angestrebt werden, denn diese „[...] bietet eine hervorragende Lichtqualität“.<sup>243</sup> Um die Einsatzmöglichkeiten einer natürlichen Belichtung besser zu illustrieren, wird im folgenden Abschnitt das Projekt Danuvius Haus in Ingolstadt vorgestellt.

## CASE STUDY: Danuvius Haus, Ingolstadt



- |                            |                 |                 |
|----------------------------|-----------------|-----------------|
| 1. Einzelzimmer            | 4. Rückzugsraum | 7. Personalraum |
| 2. Doppelzimmer            | 5. Pflegebüro   | 8. Atrium       |
| 3. Wohnraum mit Essbereich | 6. Pflegebad    |                 |

Das im Dezember 2004 fertiggestellte Danuvius Haus wurde von dem Architekturbüro Bertold Ziersch geplant und beinhaltet, so wie das Projekt Haus im Park, vier Wohngruppen auf zwei Geschossen. Um das zentrale Atrium wurde ein großzügiger Rundweg für verhaltensauffällige Bewohner geschaffen, der durch die vollflächige Verglasung natürlich belichtet wird. Vor der Glasfassade wurde ein durchgängiger Handlauf vorgesehen, der geschwächte Personen stützt und verhindert, dass die Bewohner gegen die Fenster laufen. Da große Glasflächen auch die Gefahr der sommerlichen Überhitzung mit sich bringen, wurden außenliegende Vertikalmarkisen vorgesehen.<sup>244</sup>

Im Innenhof befindet sich ein kleiner Garten, der durch unterschiedliche Gestaltungsthemen und einen kleinen Rundweg strukturiert wird. Dieser geschützte Raum ist von drei Seiten jederzeit zugänglich und kann vom Personal einfach überwacht werden.

Um eine ideale Belichtung der Bewohnerzimmer zu erreichen, wurden im Obergeschoss, an der gegenüberliegenden Seite der großen Fenster, Oberlichter eingesetzt.<sup>245</sup> Der Lichteinfall kann von den Bewohnern durch Lamellenrollos gesteuert werden.

Die Grundbeleuchtung der Flure erfolgt über große, eingebaute Downlights, um auch an trüben Tagen ausreichend Licht erzeugen zu können. Nachts werden kleinere Downlights verwendet, die in den farbigen Nischen vor den Zimmern integriert wurden. Diese dezente

Abb. 96: Danuvius Haus, Ingolstadt, 2004, Grundriss

Abb. 97: Danuvius Haus, Ingolstadt, 2004, Innenhof

Abb. 98: Danuvius Haus, Ingolstadt, 2004, farbige Nische mit Downlights

Abb. 99: Danuvius Haus, Ingolstadt, 2004, Ausgang in einer dunklen Ecke

244 Vgl. Heeg/Bäuerle 2012, 154.

245 Vgl. Ebda.

---

Beleuchtung ermöglicht den Blick durch den Innenhof zur gegenüberliegenden Seite und unterstützt die Orientierung.

Zudem konnte das Laufverhalten der Bewohner beeinflusst werden, indem helle und dunkle Bereiche bewusst in Szene gesetzt wurden. Durch die intuitive Vermeidung dunkler Gebäudeabschnitte laufen die Patienten immer wieder zu den Gemeinschaftsbereichen, in denen sich das Pflegepersonal und die anderen Bewohner aufhalten.



Bei der Lichtplanung sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Die wahrgenommene Helligkeit wird durch Farbe, Kontraste und Reflexionen der umgebenden Oberflächen beeinflusst.
- Die optimale Lichtmenge auf Augenhöhe wird bei ca. 500 Lux erreicht.
- Einheitliche Lichtquellen an Wand- und Deckenflächen ergeben eine stimmige Gesamtatmosphäre, die Wohnlichkeit vermittelt.
- Indirekte Lichtquellen verhindern die Blendung älterer Menschen, die aufgrund der Veränderungen der Augen besonders anfällig dafür sind.
- Plötzlich wechselnde Lichtintensitäten verunsichern die Bewohner.
- Starke Schatten können von Demenzpatienten falsch interpretiert werden und Ängste auslösen.
- Durch die Planung von Lichtinseln kann die Wiedererkennung unterstützt werden.



- Bei den Lichtquellen sollte auf eine naturgetreue Farbwiedergabe der Umgebung geachtet werden, da eine unnatürliche Hautfarbe die Personen irritieren kann oder Nahrungsmittel als verdorben verweigert werden.
- Schon bei der Grundrissplanung kann eine natürliche Belichtung bevorzugt werden.
- Ein Aufenthaltsraum mit einer natürlichen Belichtung von drei Seiten sollte jeder Gruppe zugänglich sein.
- Das Erleben des natürlichen Tagesrhythmus, von morgens zu abends, ist entscheidend für den circadianen Rhythmus.
- Eine ungünstige Fensteranordnung, wie ein häufiger Wechsel zwischen Wand und Fensterelementen, kann zu Blendungseffekten führen.
- Aus dem gleichen Grund sollte ein stirnseitig belichteter Flur vermieden werden

Abb. 100: Beispiel einer schatten- und blendungsfreien Beleuchtungssituation, Foto: Olaf Becker, Karl Amann

Abb. 101: Beispiel einer Lichtinsel

### 5.1.3 Räumliche Orientierung

Der folgende Teil der Arbeit beschäftigt sich ausschließlich mit der räumlichen Orientierung beziehungsweise mit ihrer Veränderung durch den degenerativen Prozess der Demenz. Erste Anzeichen einer Alzheimer Demenz zeigen sich durch ein eingeschränktes Orientierungsvermögen (zeitlich sowie räumlich). Meist treten Orientierungsprobleme erst auf, wenn man sich in unbekanntem Gegenden bewegt, doch mit der Zeit auch im vertrauten Umfeld.<sup>246</sup> Dies kann zu Verunsicherungen beim Aufenthalt im öffentlichen Raum und zu Rückzugsreaktionen der Bewohner in die eigene Wohnung führen. Der auftretende Mobilitätsverlust und damit einhergehende Einschränkungen der sozialen Kontakte kann in Folge zu Depressionen führen, sowie die Symptome der Desorientierung und des Gedächtnisverlustes verstärken.<sup>247</sup>

Die entstehenden Ängste, das Misstrauen und fehlende Mobilität zeigen enorme Einschnitte in die Lebensqualität der Erkrankten und erhöhen die Bemühungen der Angehörigen beziehungsweise der Pflegekräfte.<sup>248</sup>

Um die auftretende Desorientierung zu kompensieren werden in den Pflegeheimen bauliche Maßnahmen erprobt, die im Punkt 5.1.3.5 Bauliche Konsequenz dargestellt sind.

#### 5.1.3.1 Definition

Der Begriff Orientierung beschreibt die Fähigkeit „seine Position zu definieren“. Dabei spielt es keine Rolle ob reale Strukturen (wie Raum, Zeit, ...) oder abstrakte Strukturen (wie Gesellschaft, Markt, Politik, ...) gemeint sind.

In der Psychologie sind weitere Formen der Orientierung relevant, die folgendermaßen definiert werden:

„[engl. (sense of) orientation; lat. oriens aufgehende Sonne], [KOG], Sichzurechtfinden, Sicheinordnen in die realen zeitlichen, örtlichen, persönlichen und situativen Gegebenheiten. O. ist auch als psychiatrisch-verhaltensps. Kategorie von Bedeutung, was im Ggs. des Desorientiertseins (Verwirrtseins) deutlich wird. ...“<sup>249</sup>

Räumliche Orientierung ist ein komplexer Prozess, der viele unterschiedliche Hirnleistungen beansprucht. Um sich orientieren zu können, müssen Informationen der Umwelt über die Sinne aufgenommen und anschließend verarbeitet werden. Dazu werden nicht nur optische und akustische Reize, sondern auch die Informationen des Gleichgewichtssinns verarbeitet. Zudem werden die Reize des Muskelsinns vom Stamm und Kleinhirn verarbeitet, um schnell auf Unvorhergesehenes zu agieren. Dieses Zusammenspiel der Sinne wird

246 Vgl. Liu/ Gauthier/ Gauthier 1991, 67-74.

247 Vgl. Bernhofer 2007, 117.

248 Vgl. Marquardt 2007, 45-57.

249 Orientierung, o.S.

schon in der frühen Kindheit geschult, wenn Kinder ihre Welt durch Krabbeln erkunden.

Um sich in den komplexen räumlichen Strukturen einer Stadt zielgerichtet orientieren zu können, sind weitere kognitive Fähigkeiten, wie Aufmerksamkeit und die Gedächtnisleistung unverzichtbar.

Durch ein aufmerksames Beobachten der Umwelt können die vorhandenen Strukturen leichter identifiziert und gemerkt werden. Es werden mentale Karten im Gedächtnis abgespeichert, die jederzeit abrufbar sind. Diese Gedächtnisbilder besitzen keinen realen Maßstab und sind bei jeder Person anders geprägt. Durch die unterschiedlichen Erfahrungen und Interessen nimmt jeder Mensch andere Dinge der Umwelt wahr und verknüpft sie mit der individuellen „inneren“ Karte.<sup>250</sup> So orientiert sich der eine anhand von Straßennamen und Plätzen und der andere anhand von Merkmalen im öffentlichen Raum.

„Erleichterung der Orientierung ist die ursprünglichste Funktion des Umweltbildes und wahrscheinlich die Grundlage, auf der sich weitere Gefühlsassoziationen bildeten.“<sup>251</sup>

250 Vgl. Manuela Stöhr 2008, 114.

251 Lynch 160, 145.

### 5.1.3.2 Orientierungssysteme

#### 5.1.3.2.1 Entwicklungspsychologischer Ursprung

Das Orientierungsvermögen entwickelt sich in 3 Phasen unseres Lebens. Bis ins Kleinkindalter (0-2 Jahre) ist das Weltbild eines Menschen noch egozentrisch aufgebaut. Er kann keine Entfernungen, Dimensionen und Standpunkte definieren. Ab dem 2. Lebensjahr bis hin zum 11. Lebensjahr entwickelt sich seine allozentrische Orientierung, die Bezugspunkte und Richtungen zum jeweiligen Standpunkt integriert. Ab einem Alter von 11 Jahren wird das Orientierungsvermögen komplexer und es können kognitive Karten erstellt werden<sup>252</sup>, die Entfernung, Himmelsrichtung und Wegnetze in Bezug zu einander stellen. Dies wird als geozentrische Orientierung bezeichnet. Diese Phasen wechseln sich in der Entwicklung ab, jedoch wird je nach Anforderung die persönlich präferierte Orientierungsmethode angewandt.<sup>253</sup> So kann man die Position von Städten leichter durch Himmelsrichtungen beschreiben als durch Wegpunkte, wie man dies bei einer Wegbeschreibung durch den Stadtraum tun würde.

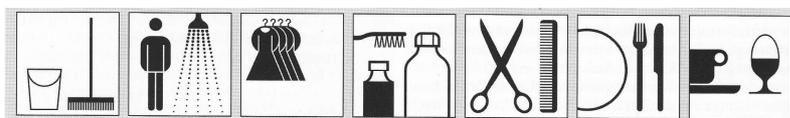
#### 5.1.3.2.2 Orientierungsstrategien

##### Direkte Blickbeziehung

Überschaubare Raumstrukturen geben Sicherheit in der Orientierung und Bewegung. Diese Strukturen sind abhängig von der Grundrissgestaltung, der Transparenz der Räume und der Topografie (im Außenraum). Eine direkte Blickbeziehung ist die einfachste Orientierungsform, jedoch auch relativ selten.<sup>254</sup> Es ist eine beliebte Orientierungsstrategie von Kindern und Verwirrten, die ihre Aufmerksamkeit dem Ziel widmen, das sie vor Augen haben.

##### Informationssystem

Bei dieser Orientierungsstrategie verlässt man sich auf einen vorgegebenen Weg, dem man bis zum Ziel folgt. Es haben sich die verschiedensten Leitsysteme entwickelt, die mit Farbgestaltung, Symbolen, Richtungspfeilen, Piktogrammen, Texten, Schildern oder Grundrissplänen arbeiten. Um solche Systeme zu nutzen, muss auf eine abstrahierte Gestaltungsform zurückgegriffen werden um Verwirrungen durch zu viele Information zu vermeiden.<sup>255</sup>



252 Vgl. Flade 2008, 91.

253 Sigrid Schmitz zit. n. Marquardt 2007, 49.

254 Vgl. Montello/ Raubal 2012, 257.

255 Vgl. Flade 2008, 97.

### Architektonisches Merkmal



Architektonische Merkmale, die als Bezugspunkte genutzt werden, können als eine Mischung der oben genannten Strategien gesehen werden. Die architektonischen Merkmale sind wie ein Informationssystem organisiert. Der Nutzer hat eine direkte Blickbeziehung zum Bezugspunkt und bewegt sich darauf zu. Von dort kann er sich neu orientieren, um seinen Weg fortzusetzen. Dies nennt man sequenzielle Orientierung.<sup>256</sup>

### Kognitive Karten

sind Bilder der Umgebung, die zur Orientierung verwendet werden. In der Bewegung durch ein Gebäude entsteht eine Abbildung der Räume, die uns bei der Orientierung helfen. Dieser Prozess, den unser Gehirn bewältigt, ist sehr komplex. Neben der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit wird auch das Gedächtnis beansprucht, das Raumabfolgen oder Merkmale abspeichert. Die selbst erstellten Karten geben kein genaues oder vollständiges Bild der Umgebung wieder, da sie durch die subjektive Wahrnehmung verzerrt werden.<sup>257</sup> „Ein >objektiv< langer Weg kann kürzer sein als ein >objektiv< sehr kurzer, der vielleicht ein >schwerer Gang< ist und einem unendlich lang vorkommt“<sup>258</sup>

Um die räumliche Orientierung zu erleichtern, sollte die gebaute Umwelt in ihrer Erscheinung Differenzierungen aufweisen. Das bedeutet, dass die eigene Position im Raum bei einer monotonen Raumabfolge schwerer zu bestimmen ist, als bei einer durch Farbe, Form oder Größe gegliederten Struktur. Hier ist auch die räumliche Komplexität von Bedeutung. Je unüberschaubarer das Wegsystem und die Raumkonfigurationen sind, desto schwerer ist es, eine kognitive Karte zu erstellen und der eigenen Position anzupassen.

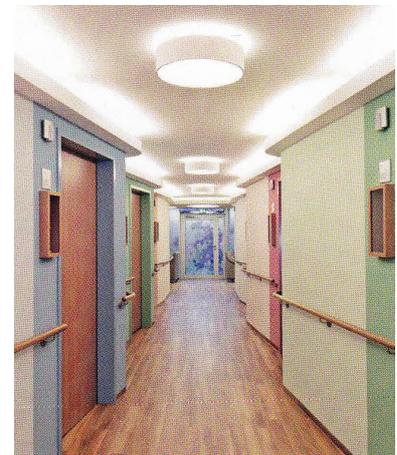


Abb. 103: Beispiel eines markanten Orientierungspunkts (Gustav-Werner-Stift Ravensburg)

Abb. 104: Beispiel einer monotonen Ganggestaltung

Abb. 105: Beispiel einer differenzierten Ganggestaltung

<sup>256</sup> Vgl. Flade 2008, 97.

<sup>257</sup> Vgl. Ebda., 87.

<sup>258</sup> Heidegger 2006, 143.

### 5.1.3.2.3 Bestandteile des Raums nach Kevin Lynch

Kevin Lynch, Stadtplaner und Architekt, beschäftigt sich in seinem Buch „Bilder einer Stadt“ mit der Wiedererkennbarkeit der Städte und definiert dazu drei Kriterien, die dafür erfüllt sein müssen. „Einprägsamkeit“, „Lesbarkeit“ und „Vorstellbarkeit“.<sup>259</sup>

#### Einprägsamkeit

Die Bildprägekraft oder auch Einprägsamkeit ist von der klaren Darstellung eines Gegenstands abhängig. Durch eine leicht zu erkennende Form, eine auffallende Farbgebung und eine nachvollziehbare Anordnung wird Einprägsamkeit gestärkt.

#### Lesbarkeit

Lesbarkeit kann auch als Klarheit bezeichnet werden. Der Begriff beschreibt die Leichtigkeit mit der einzelne Elemente und die daraus entstehenden Muster erkannt werden können. Das bedeutet also, dass Bereiche, Wege und Wahrzeichen leicht identifiziert und zu einem zusammenhängenden System verbunden werden. Dies erleichtert die Orientierung und spendet ein Gefühl von Sicherheit. „Architektonische Lesbarkeit ist das Ausmaß, in dem die Merkmale der gebauten Umwelt dazu beitragen, dass die Nutzer des Gebäudes eine brauchbare kognitive Karte aufbauen können, die es ihnen ermöglicht, mühelos alle Wege im Gebäude zu finden.“<sup>260</sup>

#### Vorstellbarkeit

Vorstellbarkeit ist ein Zusammenspiel von „Identität“, „Struktur“ und „Bedeutung“. Diese Begriffe sind in Lynchs Untersuchung untrennbar miteinander verbunden.

Die „Identität“ (wie Form, Materialität, Oberflächenstruktur, ...) eines Gegenstandes hilft bei der Identifizierung und der weiteren Verarbeitung im Gehirn.

Der Begriff „Struktur“ meint die Beziehung in der der Gegenstand zum Betrachter, zur Umwelt und zu anderen Gegenständen steht, gewissermaßen seine Positionierung im Raum.

Die „Bedeutung“ eines Gegenstandes ist auf der funktionalen oder emotionalen Ebene begründet. Sie gibt ihm einen Sinn, der dem Betrachter bewusst wird und mit dem er sich identifizieren kann.

<sup>259</sup> Lynch 1989, 5.

<sup>260</sup> O'Neill 1991, 259., zit. n. Flade 2008, 94.

## Umweltelemente

Lynch widmet sich im dritten Kapitel der Erforschung der Bildprägekraft von Umweltelementen. Wie nehmen Menschen die Stadt wahr und welche Elemente benutzen sie zur Strukturierung ihrer Umwelt beziehungsweise zur Erstellung ihrer kognitiven Karten?

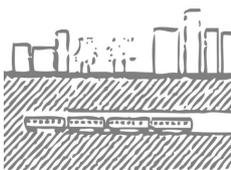
Dazu werden fünf Merkmale zur Orientierung im städtischen Raum definiert. Diese Merkmale können als generelle Orientierungshilfen sowohl im Außen- wie im Innenraum angewandt werden.

### Wege



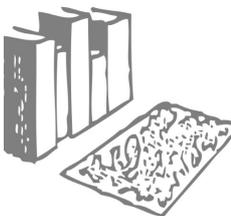
Wege sind lineare Bewegungsflächen und für die meisten Menschen das „vorherrschende Element in ihrem Umgebungsbild.“ Die folgenden Umgebungselemente sind an dieses Wegenetz angeordnet und bilden so den Rahmen.

### Grenzlinien / Ränder



Grenzen sind gegliederte oder auch trennende Elemente, die den Raum strukturieren. Sie sind meist linear und können im Gegensatz zu den Wegen nicht als Bewegungsflächen genutzt werden.

### Bereiche



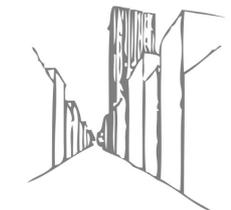
Als Bereiche werden mittlere bis große Gebiete einer Stadt wahrgenommen, die sich aufgrund ihres Charakters von anderen Bereichen der Stadt unterscheiden. Diese Elemente stellen neben den Wegen ein weiteres beliebtes Bezugssystem dar. So gliedern viele Menschen demnach „hier Wege, dort Bereiche“.<sup>261</sup>

### Brennpunkte



Sie könnten auch als Knoten-, Konzentrations- oder Treffpunkte beschrieben werden. Der Brennpunkt ist die Schnittstelle an der eine Struktur in eine andere übergeht z.B. ein Weg der zum Park wird o.ä. An dieser Stelle entsteht eine Verdichtung von Bedeutungen, daher spielt sie eine wichtige Rolle als Orientierungspunkt in den individuellen kognitiven Karten.

### Merk- oder Wahrzeichen



Solche sind optische Bezugspunkte, die von jedem wahrgenommen und als Orientierungsobjekte genutzt werden können. Zum Beispiel ist der Grazer Uhrturm für Einheimische sowie für Touristen ein Orientierungselement der Stadt. Bezeichnend ist, dass sich Merk- oder Wahrzeichen stark von ihrer Umgebung abheben. Sie sind meist Schlüsselfiguren in der Identifizierung und Gliederung von Wegsystemen.

Abb. 106: Weg  
 Abb. 107: Grenze  
 Abb. 108: Bereich  
 Abb. 109: Brennpunkt  
 Abb. 110: Wahrzeichen

Keines dieser Elemente tritt isoliert auf, denn erst durch ihr Zusammenspiel generieren sie ihre Bedeutung.

Als weitere charakteristische Eigenschaften des Raums wird die räumliche Enge und Weite erwähnt, die von den Personen in der Bewegung wahrgenommen wird. Dieses Raumerlebnis kann ähnlich dem „Brennpunkt“ als Orientierungspunkt genutzt werden. Als Beispiel dient ein schmaler Gang, der sich in einen weitläufigen Raum öffnet.

Neben den bereits erwähnten physischen Faktoren - Weg, Grenze, Bereich, Brennpunkt und Wahrzeichen - erwähnt Lynch noch zwei weitere Faktoren, die sozialen und funktionalen Aspekte, die zur Verbesserung der Orientierung dienen. Diese sind jedoch durch die individuelle Prägung der Menschen sehr unterschiedlich.

### 5.1.3.3 Orientierung bei Demenzpatienten

Eine demenzielle Erkrankung hat nachweislich einen negativen Einfluss auf die Orientierung. Dies kann auf kognitive Einflüsse sowie Wahrnehmungsstörungen zurückgeführt werden.

Durch die visuelle Beeinträchtigung, zu der ein eingeschränktes Sichtfeld sowie verminderte Sehschärfe, Kontrastempfindlichkeit oder auch falsche Farberkennung zählen, können Fehlinterpretationen des Raumes (= Raumagnosie) entstehen.<sup>262</sup> Die degenerative Veränderung der Hirnstruktur lässt die Erkrankten Gegenstände, Bereiche oder andere umweltbezogene Informationen falsch interpretieren. So kann es sein, dass ein Erkrankter im Gang eines Pflegeheims auf den Bus wartet, da er aus seiner Umgebung falsche Schlüsse zieht.<sup>263</sup>

Zudem kann eine hohe Dichte an visuellen Informationen und eine Überlagerung der Reize zu Überforderung und Stress führen, was den Orientierungsprozess zusätzlich erschwert.

Die Zerstörung der Gehirnstruktur beeinträchtigt die Verarbeitung der Informationen in den Hirnarealen. Dadurch nimmt die Fähigkeit zur räumlichen Orientierung ab. Die Fähigkeit, sich unbekannte Umgebungen schnell und richtig einzuprägen, Distanzen abzuschätzen oder die mentale Karte zu drehen, wird zunehmend schwieriger. Das liegt an den abnehmenden Fähigkeiten des Kurzzeitgedächtnisses.<sup>264</sup> Ebenso ist eine Vorstellung der Wege sowie die Handlungs- und Entscheidungsplanung nicht mehr möglich, da die Exekutivfunktionen gestört sind.<sup>265</sup>

<sup>262</sup> Vgl. Marsiske u.a. 2010, 412.

<sup>263</sup> Vgl. van der Voordt 2001, 2.

<sup>264</sup> Vgl. Ebda.

\* Als **Exekutivfunktionen** werden höhere geistige Funktionen bezeichnet. Darunter sind die Fähigkeiten sich Ziele zu setzten, Handlungen zu planen, eventuelle Problemstellungen einzukalkulieren, Prioritäten zu setzen, Aufmerksam zu bleiben und Emotionen und Impulse zu steuern.

<sup>265</sup> Vgl. Liu/ Gauthier/ Gauthier 1991, 67-74.

Neue Wege, die noch nicht im vorhandenen Langzeitgedächtnis gespeichert worden sind, können auch nicht abgerufen werden. Rund 60% der Pflegeheimbewohner haben Schwierigkeiten sich räumlich zu orientieren. Dies liegt daran, dass die mentalen Karten verfälscht oder gar nicht erstellt werden können. Das Gefühl für die eigene Position im Raum, Distanzen und Richtungen werden falsch eingeschätzt. So wird die selbstständige Fortbewegung zu einem zunehmenden Problem.

Da Bewegung ein entscheidendes Gefühl der Freiheit und Selbstständigkeit mit sich bringt, entsteht bei demenziell Erkrankten eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Beschränkungen. Eine den persönlichen Kompetenzen angepasste Umgebung kann zum Wohlbefinden der Personen beitragen. Im Gegensatz dazu kann eine bauliche Umgebung die Erkrankten auch überfordern. Dadurch wird Stress und weiters ein herausforderndes Verhalten begünstigt.

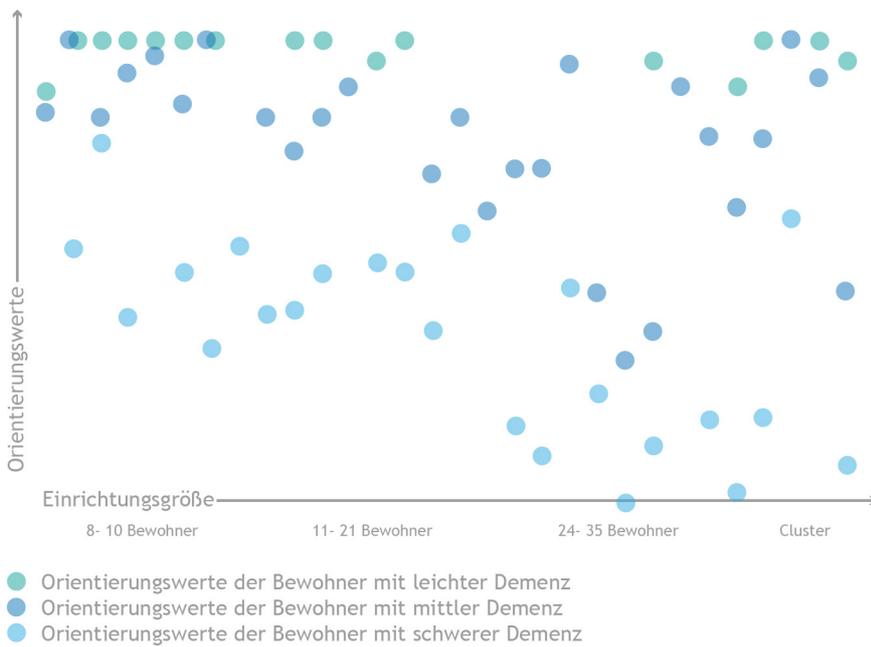
Mit zunehmender Demenz und Rückgang der kognitiven Fähigkeiten muss sich auch die Umgebung den Bedürfnissen entsprechend anpassen. In den folgenden Abschnitten werden bauliche Maßnahmen beschrieben, welche die räumliche Orientierung im jeweiligen Demenzstadium fördern.

#### 5.1.3.4 Einflussfaktoren zur Orientierung bei Alzheimerpatienten

Die hier beschriebenen Einflussfaktoren haben die Untersuchung von Gesine Marquardt zur Grundlage, die 32 Altenpflegeeinrichtungen anhand des Orientierungsvermögens der erkrankten Bewohner analysierte.

Ihre Beobachtungen fokussierten sich auf die von den Bewohnern zurückgelegten Wege.

- „Weg 1: vom eigenen Bewohnerzimmer in den Ess- und Aufenthaltsbereich gehen
- Weg 2: das eigene Bewohnerzimmer identifizieren und aufsuchen können
- Weg 3: die Toilette aufsuchen (ggf. Zusatzinformation, falls mehrere Toiletten im Wohnbereich vorhanden sind: Welches WC wird überwiegend benutzt?)
- Weg 4: den Freibereich (Balkon oder Garten) aufsuchen
- Weg 5: weitere Aufenthaltsbereiche (z.B. Wohnzimmer) aufsuchen,“<sup>266</sup>



Dabei wurde zwischen den drei Demenzphasen (leicht, mittelschwer und schwer) unterschieden und beurteilt, ob die Personen den Weg alleine, durch Unterstützung des Pflegepersonals oder gar nicht bewältigen können.

Die Grafik (Abb. 111) zeigt die durchschnittlichen Orientierungswerte jeder Einrichtung im Bezug zur Bewohnerzahl. Auffallend sind die konstanten Werte der Patienten mit leichter Demenz, die durch sequenzielle Orientierung die Wege eigenständig bewältigen konnten.

Abb. 111: Darstellung der Abhängigkeit von Orientierungsvermögen und Einrichtunggröße

Anders ist das Ergebnis bei mittelschwer und schwer dementen Personen, die sich in kleinen Wohngruppen (8- 10 Bewohnern, 11- 21 Bewohnern) noch gut orientieren konnten, jedoch ab einer Bewohneranzahl von 24 Personen Schwierigkeiten zeigten.

In kleinen Einheiten können sich also alle Bewohner ähnlich gut orientieren und in großen Einrichtungen gibt es eine erhebliche Standardabweichung (nur noch wenige finden die Wege selbständig).

In weiterer Folge wurden verschiedene Faktoren ermittelt, die bei der Konzipierung einer orientierungsunterstützenden Umwelt für Demente eine erhebliche Rolle spielen.

Neben dem wichtigsten Einflussfaktor, der Bewohneranzahl, die in Folge Aufschluss auf die Größe des Gebäudes gibt, wurden zudem die Erschließungsflächen, die Gemeinschaftsbereiche, die Privaträume, die Toiletten und der Freibereich analysiert.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit dieser Analyse und schlüsselt die Erkenntnisse entsprechend den Demenzphasen auf.

### 5.1.3.5 Bauliche Konsequenz

#### 5.1.3.5.1 Leichte Demenz

Die Personen mit leichter Demenz zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Orientierung. Trotz der unterschiedlich großen Gebäudestrukturen konnten sie in allen Fällen die Wege selbstständig bewältigen. Daraus zeigt sich, dass eine übersichtliche Struktur und ein unterstützendes Informationssystem in diesem Fall ausreichen. Durch die Anwendung der sequenziellen Orientierung und kleinen Hilfestellungen sind die Patienten mit leichter Demenz fähig eigenständig ihren Weg zu finden.

#### 5.1.3.5.2 Mittelschwere Demenz

Im Laufe der Auswertung zeigte sich, dass bei Dementen in der mittelschweren Phase viele erlernte Erinnerungsmuster die Orientierung beeinflussen. Abgespeicherte Gebäude- oder Raumstrukturen wirken sich auf das Verhalten der Personen bei der Wegfindung positiv aus.

#### Bewohneranzahl

Bewohner in der Phase der mittelschweren Demenz zeigten in kleineren Wohngruppen von 8 bis 21 Personen sehr gute Orientierungswerte. Erst ab einer Gruppengröße von 24 Personen zeigten sich erhebliche Unterschiede in der selbstständigen Orientierung. In diesem Bereich wurden die schlechtesten Ergebnisse aufgezeichnet. Eine selbständige Wegfindung war nur durch Hilfe der Pflegekräfte möglich. Die Clusterstruktur zeigt hingegen bessere Orientierungswerte. Dies wird auf die kleinteilige Struktur von 3 Wohngruppen zu je 10 Personen zurückgeführt.

#### Erschließungssystem

Die Untersuchung ergab, dass Rundwege auch bei einer mittelschweren Demenz noch alleine bewältigt werden können. Dies kommt dem Bewegungsdrang der meisten Patienten entgegen. Durch das ständige Weiterführen des Weges in einem Rundgang kommt es zu keinen Endstellen. Beobachtungen der Pflegekräfte zeigen, dass Endstellen von Gängen oft Probleme darstellen. Die Personen fühlen sich plötzlich in die Enge gedrängt. Sie müssen eine Entscheidung treffen, wohin sie als nächstes gehen. Dies kann zur Überforderung der Personen führen. Durch das entstehende Stressgefühl kommt Unruhe auf und zeigt sich durch auffälliges Verhalten wie Schreien, Weinen, udgl.

Bessere Orientierungswerte zeigten einfache Grundrisskonfigurationen mit geraden Fluren, da diese leichter zu überblicken sind. Um die hier entstehenden Endstellen zu entschärfen, können die Bewohner zu einem attraktiven Aufenthaltsbereich geleitet werden, z.B. wie beim Projekt „Haus im Park“ [siehe Seite 119], oder durch aktivierende Gestaltungselemente wie bekannte Möbelstücke, Bilder, Handwerkszeug etc., abgelenkt werden.

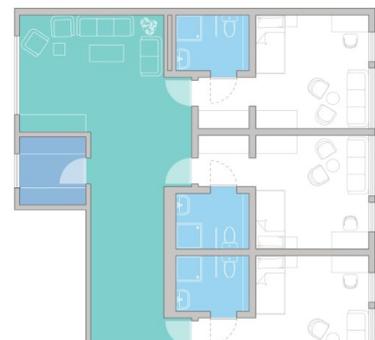


Abb. 112: Beispiel einer Sackgassenlösung

In den größeren Einrichtungen konnten sich die Personen bei Mittelgangerschließungen am besten orientieren. Obwohl diese Art der Erschließung durch einen dunklen Gang der höchstens an den Stirnseiten natürlich belichtet wird und so zu Blendungseffekten führen kann, von vielen Experten abgelehnt wird, konnten sich die Bewohner besser orientieren. Dieser Effekt wird auf das vertraute Erschließungsmuster zurückgeführt, da es den Wohnbauten der 20er bis 40er Jahre entspricht.<sup>267</sup>

### Gemeinschaftsbereiche



Den wichtigsten Stellenwert der Gemeinschaftsräume haben der Ess- und Wohnbereich. Diese kommunikativen Zonen unterstützen die Orientierung und sind Brennpunkte des sozialen Lebens. Die mittelschwer Demenzen zeigten in den Häusern, die einen abgeschlossenen Essbereich anboten, eine bessere Orientierung.<sup>268</sup> Hier werden auch wieder Rückschlüsse auf die vorhandenen Raummuster gezogen, da in den meisten Wohnungen der Essbereich vom Wohnbereich oder Gang getrennt war. In der Nähe des Ess- und Wohnbereichs können weiter einsehbare Gemeinschaftsräume das Interesse der Bewohner an verschiedenen Aktivitäten wecken. Die Ausstattung der Räume wird der Funktion entsprechend angepasst und mit entsprechenden Gegenständen ausgestattet. Ein angrenzender Pflegestützpunkt erleichtert dem Pflegepersonal die Beaufsichtigung und fördert die Beziehung zwischen Bewohner und Pflegenden.

### Privaträume



Die privaten Räume wurden größtenteils selbstständig aufgefunden. Welche Rolle Farbcodierungen oder andere Markierungen dabei hatten, wurde nicht explizit untersucht. Jedoch zeigen die Erfahrungen des Heimalltags dass gestaltete Zugänge sehr gut angenommen werden. Die Individualisierung des Erschließungsbereichs des Zimmers durch Bilder, Pflanzen, Gegenstände oder auch ein Postfach aktiviert die Bewohner im Alltag. Das Betrachten vertrauter Dinge ruft in vielen Erinnerungen und Emotionen hervor.

### Toiletten

Die Auffindbarkeit der Toiletten hängt wesentlich von der Erschließungstypologie ab. Bei manchen Gebäudestrukturen konnten die Toiletten nur durch Hilfe der Pflegenden oder durch Hinweisschilder aufgefunden werden. Als effektive Lösung hat sich eine markante Toilettentür erwiesen, die im Blickfeld der Aufenthaltsbereiche liegt. Bei vielen älteren Personen ist die Kontrolle des Stuhlgangs und der Blase gestört. Das schnelle Auffinden einer Toilette ist dadurch und in Anbetracht von Bewegungsdefiziten um so wichtiger. Dies sollte nicht nur aus hygienischen Gründen, sondern auch in Anbetracht des Wohlbefindens und der Würde Älterer beachtet werden.

Abb. 113: Beispiel eines geschlossenen Gemeinschaftsbereichs

Abb. 114: Beispiel einer individuellen Zimmerbeschriftung

<sup>267</sup> Vgl. Marquardt 2006, 96.

<sup>268</sup> Vgl. Ebda., 85.

## Freibereich

Die Freibereiche, ob Garten, Balkon oder Terrasse, wurden meist nur durch Unterstützung der Pflegekräfte aufgefunden. Obwohl die Freibereiche einen sehr positiven und aktivierenden Effekt auf die Bewohner haben, sollten diese nicht von Patienten alleine aufgesucht werden können. Aus Sicherheitsgründen sollte ein Pfleger die Personen im Garten begleiten. Abgezäunte Terrassen oder Balkone können von den Patienten selbständig aufgesucht werden, wenn diese Bereiche von den Pflegekräften überblickt werden können. Ein gutes Konzept ist der Anschluss von Balkonen oder Terrassen an den überwachten Gemeinschaftsbereich, da hier genug Sicherheit gegeben ist und sich die Personen gegenseitig animieren sich draußen aufzuhalten.



Abb. 115: Beispiel eines Freibereichs mit Anschluss an den Gemeinschaftsbereich

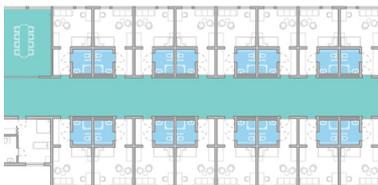
### 5.1.3.5.3 Schwere Demenz

In der Phase der schweren Demenz sind die Personen kaum fähig sich Ziele zu setzen. Die Entscheidungen werden spontan je nach Gefühlslage getroffen. Eine ansprechende aktivierende Umgebung, die Personen „neugierig“ macht, kann helfen die Personen zu leiten. Leitsysteme, die auf Beschriftungen, Farbcodierungen oder Dekorationen etc., ausgerichtet sind zeigen nur geringe Wirkung. Eine leicht ablesbare räumliche Situation, die die Funktion der Räume anhand der Gestaltung und Möblierung erkennen lässt, wirkt sich positiv auf den Orientierungsprozess aus.

#### Bewohneranzahl

Die Orientierungsfähigkeit ist bei schwer dementen Patienten stark eingeschränkt. Dies zeigt sich an den schlechten Werten in den kleinen Wohngruppen von 8 - 21 Personen, die eigentlich die besten Orientierungsvoraussetzungen haben. Die Personen konnten sich nur durch die Hilfe des Pflegepersonals orientieren. Ab einer Gruppengröße von 24 Personen fielen die Werte weiter und zeigten, dass eine selbstständige Orientierung nicht mehr möglich ist. Ein ähnliches Resultat zeigt sich bei Clusterstrukturen, obwohl diese Einrichtungen durch die positiven Bewertung herausstechen. Das Ergebnis ist ähnlich wie bei den kleinen Wohngruppen. Es lassen sich Rückschlüsse auf eine abgetrennte Wohngruppen ziehen, die aus einem kleinen Bewohnerkreis besteht.

#### Erschließung



Hier zeigte sich eine einfache Grundrisskonfiguration mit geraden, übersichtlichen Gängen von Vorteil. Während leichte Wandvorsprünge zur Strukturierung noch kompensiert werden konnten, stellten Situationen die eine Richtungsänderung erzwangen, ein großes Problem da. Weiters wurde beobachtet, dass die privaten Räume eher aufgefunden wurden, wenn diese über einen Gang und nicht über einen Bereich erschlossen wurden. Ob die Flure als Mittelgang oder als einseitige Struktur ausgebildet waren, ergab keinen Unterschied im Verhalten der Personen.



#### Gemeinschaftsbereich

Wie schon bei den mittelschwer Dementen besitzt der Ess- und Wohnbereich als sozialer Treffpunkt große Bedeutung. Soziale Kontakte bringen auch soziale Konflikte mit sich, daher sollte ein Pflegestützpunkt in der Nähe vorgesehen werden, um die Patienten gegebenenfalls unterstützen zu können. Das selbstständige Auffinden der Gemeinschaftsbereiche war meist durch Unterstützung der Pflegenden möglich. Auffallend waren die besseren Orientierungswerte der schwer Dementen, wenn es sich um offen gestaltete Gemeinschaftsbereiche handelte, da diese die Aufmerksamkeit der Personen leichter auf sich zogen. Zudem zeigte sich, dass eine größere Auswahl an Aufenthaltsbereichen die Orientierung beeinträchtigt.

Abb. 116: Beispiel einer Mittelgangerschließung

Abb. 117: Beispiel eines offenen Gemeinschaftsbereichs

Einrichtungen mit einem zentral gelegenen Gemeinschaftsbereich erreichten die besten Orientierungswerte.<sup>269</sup>

### Privaträume

Das Auffinden der privaten Räume war durch Unterstützung der Pflegekräfte möglich. Wobei die Gangerschließung bessere Resultate zeigte als die Erschließung über Gemeinschaftsbereiche.

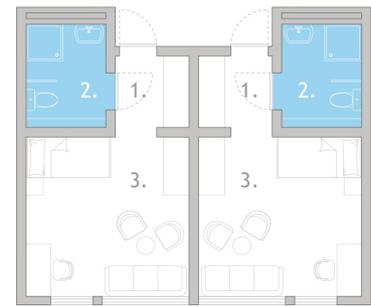
Die Form der privaten Zimmer unterscheidet sich nur in der Erschließung der dazugehörigen Sanitärbereiche. Ein interessanter Effekt zeigte sich bei schwer dementen Patienten, die den Weg zur Toilette eher selbstständig fanden, wenn dieser über einem Vorflur führte. Auch diese Beobachtung wird auf die Erinnerungsmuster zurückgeführt, da die Erschließung einer Toilette über einen Flur einen typischen Wohnungsgrundriss entspricht.<sup>270</sup> Diese räumliche Situation war jedoch nur in einer Einrichtung anzutreffen und kann daher nicht als signifikant gewertet werden.<sup>271</sup>

### Toiletten

Die Toiletten, die außerhalb des privaten Bereichs vorhanden sind, konnten nur mit Hilfe von Pflegepersonal aufgesucht werden. Die Erschließungstypologie sowie ein direkter Blickbezug sind hierbei wesentliche Faktoren des Orientierungsprozesses.

### Freibereiche

Die therapeutisch wirksamen Freibereiche sollten nie alleine aufgesucht werden können und müssen aus Sicherheitsgründen einem ständigen Überblick der Pflegekräfte unterliegen. Ein Anschluss der Freibereiche an den Gemeinschaftsbereich fördert das Auffinden durch die Patienten und kann von den Pflegenden leichter überwacht werden.



1. Vorraum
2. Duschbad
3. Bewohnerzimmer

269 Vgl. Marquardt 2006, 89.

270 Vgl. Ebda., 97.

271 Vgl. Ebda., 90.

Abb. 118: Beispiel einer Sanitärerschließung über einen Vorflur

Räumliche Orientierung ist die wichtigste Voraussetzung für selbstständiges Handeln und Selbstbestimmtheit. Jedoch beeinflussen die Veränderungen der Hirnstruktur die kognitiven Fähigkeiten und somit den Orientierungsprozess. So können keine kognitiven Karten erstellt werden und Blickbeziehungen treten als vorherrschendes Orientierungsmuster auf. Dies sollte bei der Planung immer bedacht werden.

Folgende Punkte unterstützen die Orientierung:

- Geradlinige Gänge unterstützen die Orientierungsfähigkeit und gewähren Überblick. Jedoch können die Flurenden heikle Situationen hervorrufen, denen entsprechend begegnet werden sollte.
- Überschaubare Flure sind effektivere Erschließungszonen als Gemeinschaftsbereiche.
- Einfache Geometrien unterstützen die Orientierung.
- Jedoch gilt es eine monotone Gestaltung zu vermeiden und durch Strukturierung und Unterteilung leicht überschaubare Zonierungen zu schaffen.
- Die Ablesbarkeit der Räume und Raumkanten fördern Überblick.
- Die wesentlichsten Orientierungselemente sind leicht erfassbare Wege, klar definierte Bereiche, gut erkennbare räumliche Grenzen sowie einprägsame Merkmale.
- Zentrale Brennpunkte wie ein Wohnbereich oder eine offene Küche, ziehen Aufmerksamkeit auf sich und leiten die Personen.
- Aufenthaltsbereiche sind ihrer Funktion entsprechend auszustatten und zu möblieren, um die Ablesbarkeit zu erleichtern.
- Eine eingeschränkte Auswahl an Wegmöglichkeiten erleichtert die Orientierung beziehungsweise die Entscheidung wohin sich die Personen bewegen. Jedoch beschränkt dies ebenso den Wahl- und Handlungsspielraum der Bewohner, was bei verhaltensauffälligen Patienten nachteilig sein kann.





## 6 Pflegekonzepte heute

In heutigen Alten- und Pflegeheimen arbeiten die Pflegekräfte unter einem Leitbild, das meist durch ein Pflegemodell [siehe Kap.: 6.1 Pflegemodelle] bestimmt wird. Diese Pflegemodelle stellen ein Gesamtkonzept dar und definieren, wie sich die Pflege in der Praxis gestalten sollte, um das Beste für die Erkrankten zu erreichen. Dabei werden nicht nur die Tätigkeitsfelder des Pflegepersonals sowie der Umgang mit den Bewohnern festgelegt sondern auch Aussagen zur Umweltgestaltung getroffen.

Um diese Konzepte bestmöglich zu unterstützen, müssen sich Architekten und Planende mit diesen Erkenntnissen auseinandersetzen und in die Planung miteinbeziehen.

Die meisten der Pflegekonzepte im Bereich der Demenz orientieren sich am Verständnis der Person (ihrer Identität und Erfahrungen sowie dem biografischen Hintergrund) und der Krankheit selbst. Dadurch können die Bedürfnisse und die Verhaltensmuster der kognitiv eingeschränkten Personen abgeleitet werden und eine verständnisvolle Begleitung gewährleistet werden.

Dieses ganzheitliche Verständnis ist auch im Bereich der räumlichen Planung entscheidend, da nur so unterstützende sowie nachhaltige Gebäude entstehen können.

Das Funktionieren der Pflegemodelle hängt vor allem von der Umsetzung des Pflegepersonals ab, das eine entscheidende Rolle im Pflegebetrieb einnimmt.

Auch hier können Architekten eingreifen, denn das Projekt Pflegeheim bedeutet nicht nur eine angepasste Umgebung für Erkrankte zu gestalten sondern auch einen Arbeitsplatz. Daher müssen bauliche Bedingungen geschaffen werden, die sowohl wohnlich auf die Bewohner wirken, als auch die betrieblichen Arbeitsabläufe unterstützen.

## 6.1 Pflegemodelle

In den Pflegewissenschaften haben sich viele unterschiedliche Pflegekonzepte etabliert, die jeweils eine theoretische Grundlage für die praktische Arbeit darstellen. Ein Pflegemodell definiert den Aufgabenbereich und die Tätigkeitsfelder des Pflegepersonals. Grundsätzlich werden bei der Entwicklung eines Pflegemodells vier Faktoren - der Mensch, die Umgebung, Gesundheit/Krankheit, Pflege - berücksichtigt. Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und besitzen, je nach Modell, unterschiedliche Prioritäten.

Die in diesem Zusammenhang erwähnten Konzepte stellen nur einen kleinen Auszug aus den vielfältigen Modellen und Konzepten der Pflegewissenschaften dar und dienen im weiteren der Formulierung von Gestaltungszielen im Pflegeheimbau.

### 6.1.1 Personen-zentrierter Ansatz nach Tom Kitwood

Der Sozialpsychologe und Psychogerontologe Tom Kitwood entwickelte Ende der 1980er Jahre eine weiterführende Theorie der Pflegekultur auf Basis des *personen-zentrierten Ansatzes*. Im Mittelpunkt seiner Theorie steht der zu pflegende Mensch und seine emotionalen Bedürfnisse - nach Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität - die befriedigt werden müssen, da ansonsten der Abbau der kognitiven Leistungen sowie herausforderndes Verhalten oder ein Zurückziehen verstärkt wird.<sup>272</sup> Um auf diese Bedürfnisse entsprechend eingehen zu können, muss auf die Individualität (der Lebenserfahrung sowie des Krankheitsverlauf) der Erkrankten eingegangen werden. Im Falle der Demenz bedeutet dies sich in die (veränderte) Realität der Patienten zu versetzen um ihnen Sicherheit zu geben. Diese auf Verständnis beruhende Interaktion minimiert den Stress und die daraus folgenden Verhaltensauffälligkeiten wie Schreien, Weinen, Aggression, Unruhe, Schlaf- und Essstörungen, etc.. Durch diese Art der Pflege werden positive Interaktionen im Alltag gefördert und die Erkrankten erleben ihre erhaltenen Kompetenzen. Die Personen sind vitaler und erleben weniger Stresssituationen, wodurch die Gesundheit gefördert wird.

272 Vgl. Kitwood 2008, 121-125.

### 6.1.2 Reaktivierende Pflege nach Erwin Böhm

1983 wurde das *psychobiographische Pflegemodell* bzw. die *reaktivierende Pflege* nach Erwin Böhm, einem österreichischen Pflegewissenschaftler, entwickelt. Das Grundprinzip stellt die Selbstständigkeit dar. Die Erkrankten sollen ihre Kompetenzen stärken und sich selbstbestimmt erleben. Um die verschleierte Kompetenzen der Demenzerkrankten zu aktivieren, muss an die Erinnerungen der prägenden Jahre, die nach Böhm der Lebensspanne zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr entsprechen, angeknüpft werden. „Durch die Kenntnis dieses psychobiographischen Hintergrundes des Lebens lassen sich demnach viele Verhaltensmuster von Menschen mit Demenz erklären.“<sup>273</sup> Da sich viele Erkrankte in ihrer eigenen Realität befinden, die meist von den sozialen und kulturellen Normen ihrer Jugend bestimmt sind, empfinden sie ihre Handlungen als normal, auch wenn sie den heutigen Regeln der Gesellschaft nicht entsprechen („Normalitätsprinzip“). Durch die Biografiearbeit können unnötige Konflikte vermieden und die Zufriedenheit der Bewohner gesteigert werden. „Durch Erforschung der Lebensgeschichte kann herausgefunden werden, wie durch individuell bedeutsame und zeitgeschichtlich passende Milieugestaltung ein „Daheim-Gefühl“ gefördert werden kann.“<sup>274</sup> Heute betonen viele Architekten in der Vorstellung ihrer Pflegeheimprojekte das Thema „Wohnen“, doch inwieweit diese Konzepte ein „Daheim-Gefühl“ in der institutionellen Umgebung schaffen bleibt dahin gestellt.

### 6.1.3 Aktivitäten, soziale Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) nach Monika Krohwinkel

Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel vereint in ihrem Modell, *Aktivitäten, soziale Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens*, kurz ABEDL, viele Aspekte vorausgegangener Konzepte. Auch hier steht die selbstständige Bewältigung von Alltagssituationen bzw. Befriedigung der Grundbedürfnisse im Mittelpunkt, das wiederum Unabhängigkeit und Lebenszufriedenheit bedeuten kann. Dieses Konzept stellt ein Hilfsmittel zur Beurteilung des individuellen Pflegebedarfs dar. Nach der Einschätzung von 13 Aspekten\*, die für das Leben entscheidend sind, werden die vorhandenen Kompetenzen und Defizite der Bewohner formuliert. So kann der Erkrankte gezielt unterstützt werden und die Gefahr des „overprotecting“<sup>275</sup>, also dem Übernehmen von Aufgaben, die die Personen noch selbst erledigen könnten, vermieden werden.

273 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2009, 218.

274 Heeg/ Bäuerle 2012, 30.

\* 1. Kommunizieren - 2. Sich bewegen - 3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten - 4. Sich pflegen - 5. Essen und Trinken - 6. Ausscheiden - 7. Sich kleiden - 8. Ruhen und schlafen 9. Sich beschäftigen - 10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten - 11. Für eine sichere Umgebung sorgen - 12. Soziale Bereiche des Lebens sichern - 13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

275 Vgl. Bernhofer 2007, 168.

#### 6.1.4 Kritik an der Durchführung

Natürlich können diese Konzepte schon an der Durchführung scheitern. Jedoch sollte die Schuld nicht leichtfertig den Pflegenden zugeschoben werden. In der Praxis zeigt sich meist eine fehlende Unterstützung des Pflegepersonals in finanzieller, personeller oder räumlicher Hinsicht.<sup>276</sup>

Zudem sollten alle Mitglieder eines Pflegebetriebs einen Einblick in das Pflegekonzept erhalten, da sonst Konflikte innerhalb des Teams auftreten können, die die Arbeitsbedingungen verschlechtern. Dies zeigte sich bei der Durchführung des MIDEMAS-Projekts (*Milieutherapie - Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation - Stuttgart*) unter der Leitung der Architektin Sybille Heeg. Bei der Integration von Demenzwohngruppen innerhalb einer bestehenden Pflegeeinrichtung wurde das Pflegepersonal der neuen Demenzwohngruppe entsprechend geschult. „In Folge [...] zeigten die anderen MitarbeiterInnen der Einrichtung Unverständnis für die neue Art des Arbeitens. Insbesondere die bessere personelle Ausstattung wurde als Ungerechtigkeit empfunden.“<sup>277</sup>

Trotz der unterschiedlichen Konzepte haben die heutigen Pflegemodelle viele gemeinsame Schnittpunkte. So sollte ein wertschätzender Umgang unter Patienten und den Pflegenden eine Selbstverständlichkeit sein. Aber auch die Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse wie Sicherheit, Geborgenheit, Stärkung der Autonomie, Identität sowie Aktivierung, sozialer Kontakte und Privatheit kann als Basis der meisten Konzepte genannt werden.

Diese Bedürfnisse können auch als die entscheidenden Gestaltungskriterien für den architektonischen Entwurf angesehen werden und werden daher im folgenden Abschnitt genauer beleuchtet.

<sup>276</sup> Vgl. Wahl/Reichert 1994 , 36.

<sup>277</sup> Heeg u.a. 2005, 17.

## 6.2 Bedürfnisse der Erkrankten

Demenz ist eine degenerative Gehirnerkrankung, die Gedächtnisinhalte und kognitive Fähigkeiten langsam auslöscht. Die Betroffenen verlieren mit ihrem Gedächtnis nicht nur Erinnerungen, sondern auch Persönlichkeitsmerkmale. Zudem können keine neuen Informationen abgespeichert werden, wodurch das Orientierungsvermögen gestört wird und die Fähigkeit zu Planen bzw. Entscheidungen zu treffen und danach zu handeln erschwert wird. Verwirrende Situationen und nicht nachvollziehbare Reaktionen ihrer Umwelt begleiten die meisten erkrankten Personen im Alltag. Dies weckt das Bedürfnis nach Sicherheit sowie unterschiedliche Ängste in den Erkrankten, wie die Angst sich bei fortlaufender Krankheit nicht mehr auf sich selbst verlassen zu können und von der Pflege anderer abhängig zu sein, vor dem Verlust der eigenen Identität und schließlich vor dem Tod.

Da demenziell erkrankte Personen intuitiver auf ihre Umwelt reagieren, sollten sich die Planenden der Einflüssen durch die Umwelt auf den Menschen bewusst sein. „Eine ökopyschologische Grundhypothese besagt nämlich: Je niedriger die Kompetenz des alten Menschen, desto größer der Einfluß der Umwelt auf sein Erleben und Verhalten.“<sup>278</sup> [siehe Kap.: 5 Aspekte der ökologischen Gerontologie]

Daher ist es die Aufgabe der architektonischen Gestaltung die Pflegenden in ihrer Arbeit zu unterstützen, um die Kompetenzen der Erkrankten so lange wie möglich zu erhalten und ihnen so die Möglichkeit zu geben ihre Autonomie und Identität zu stärken. Durch die Begleitung wird den Erkrankten ein sicheres Umfeld geboten, das das Gefühl des Ausgeliefertseins und Stress reduziert, damit sich die Menschen wohlfühlen und herausfordernde Verhaltensweisen minimiert werden.<sup>279</sup>

Zwar können gestalterische Empfehlungen zur Entwicklung einer angepassten Umwelt getroffen werden. Jedoch heißt dies nicht, dass dadurch die perfekte Wohnumgebung für alle Bewohner geschaffen wird. Die Individualität der Personen, deren Erfahrungen und Bedürfnisse, sowie die Pflegenden und die Konzeption der Einrichtung, beeinflussen das Empfinden des Lebensraums. Diese kann sich im Verlauf der Erkrankung wandeln. „Diese Variabilität zwischen alten [und auch an demenzerkrankten - Anm. d. Verf.] Menschen, z.B. in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit, in ihren Erwartungen und Bedürfnissen, in ihrem biografischen Gewordensein, gilt es auch im Altenheim zu beachten; sie führt naturgemäß immer wieder zu einem geradezu klassischen Konflikt zwischen der notwendigerweise standardisierten Umwelt Heim und den spezifischen Bedürfnissen der Bewohner.“<sup>280</sup>

278 Vgl. Wahl/Reichert 1994, 28.

279 Vgl. Flade 2008, 19.

280 Wahl/ Reichert 1994, 27.

### 6.2.1 Sicherheit und Geborgenheit

Von Demenz betroffene Personen werden zunehmend verwirrt, sie verwechseln Monate oder auch Jahre und finden sich in unbekanntem sowie bekannten Umgebungen nicht mehr zurecht. Diese zeitliche wie auch die räumliche Desorientierung ruft in den Patienten das Bewusstsein ihrer Defizite hervor. Um trotzdem die Lebenszufriedenheit der Patienten zu erhalten, werden die Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit, die als entscheidende Werte einer Wohnung gelten, erfüllt.

Werden bei der Planung einer Einrichtung die körperlichen sowie die kognitiven Einbußen berücksichtigt, kann das Sicherheitsgefühl der Bewohner gestärkt werden. Es entsteht ein Gefühl von Geborgenheit, das die Akzeptanz des neuen Wohnumfeldes als Zuhause zulässt. Doch um eine sichere Umgebung für Demenzkranke zu errichten, reicht nicht eine barrierefreie Planung aus. Durch die Abbauprozesse im Gehirn entstehen:

in den frühen Phasen einer Demenz erhebliche Schwierigkeiten bei der **Orientierung**,

in der fortgeschrittenen Phase, **Erinnerungslücken** - die Erkrankten laufen auf der Suche nach ihrem „Zuhause“ oder geliebten Personen herum und versuchen das Pflegeheim zu verlassen - dies wird als **Weglauftendenz** beschrieben,

**Fehlinterpretationen** der Umwelt [siehe Kap.: 5.1.2.2 Krankheitsbedingte Veränderung] - die wahrgenommenen Umweltinformationen können im Gehirn nicht richtig verarbeitet werden, daher entstehen Halluzinationen, die die Erkrankten zusätzlich verunsichern.

Um diesen Situationen entsprechend zu begegnen, müssen die Planenden sich in die Realität des Bewohner versetzen, denn trotz der geforderten Sicherheit darf nicht das Gefühl von Eingesperrtsein vermittelt werden. Die Bewohnern brauchen Bewegungs- und Handlungsspielraum, der ihnen in entscheidenden Momenten das Gefühl der Umweltkontrolle gibt.

Wenn Personen im Pflegeheim herumlaufen, folgen sie in der Regel dem Verlauf der Flure. Dabei bilden kontrastreiche Raumkanten und stützende Handläufe ein effektives und sicheres Leitsystem. An bestimmten Punkten, z.B. Flurkreuzungen oder am Ende eines Flures, entstehen jedoch Entscheidungssituationen, die die Erkrankte unter Umständen überfordern. Befinden sich an solchen Punkten zudem Hindernisse, wie eine verschlossene Tür oder eine Sackgasse, können Frustration oder Aggression entstehen. Um solche Reaktionen zu unterbinden, können Sackgassen als Aufenthaltszonen mit aktivierenden Elementen wie Bücherregalen, Spielen, Bildern, vertrauten Gegenständen, etc. gestaltet werden. Die Erinnerungsleistung der

vertrauten Einrichtungen wiegen den collagenartigen, mitunter surreal anmutenden Raumeindruck (Abb.119) bei weitem auf, weshalb sie bei jeder Planung berücksichtigt werden sollten.



Einen weiteren Konfliktpunkt stellen die Türen eines Pflegeheims dar, die möglichst nicht verschlossen werden. Verschlossene Türen erwecken den Eindruck fremd und eingesperrt zu sein. Da die Erkrankten jedoch nicht zu jedem Raum Zutritt haben dürfen, können diese Türen durch eine entsprechende Gestaltung ihrer Wahrnehmung verschwinden [siehe Kap.: 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung]. Die effektivste Lösung stellt eine kontrastreiche Gestaltung dar, die von den nicht zugänglichen Bereichen ablenkt. Während die Türen der Gemeinschaftsräume und privaten Zimmer in kräftigen Farben gestaltet sind, die sich von der Wandfarbe abheben, werden die Türen der nicht zugänglichen Räume in der Farbe der Wand gehalten und verschwinden somit aus dem Wahrnehmungsbereich. Dieser Effekt wird durch Bodenmarkierungen, die sich parallel zur Laufrichtung des Flures befinden, verstärkt. Solch eine durchgängige Linie wirkt als Kontrastkante und wird nur im Türbereich der zugänglichen Räume unterbrochen (Abb. 24). So sind die Funktions- und Personalräume für die kognitiv beeinträchtigten Bewohner kaum erkennbar.

Das Sicherheitsgefühl wird durch eine erleichterte Orientierung gesteigert. Dabei bietet eine kleinräumige sowie eine gut strukturierte Raumorganisation den besten Überblick für die Bewohner und Pflegekräfte. Entsprechend gestaltete Wege leiten die Personen und erfordern keine aktiven Entscheidungen sondern führen immer wieder an den Gemeinschaftsbereichen bzw. am Pflegestützpunkt vorbei. Um die Orientierung bei komplexeren Raumsituationen zu erleichtern, können direkte Blickbeziehungen zu identitätsstiftenden Objekten oder Bereichen, wie ein Atrium oder Freibereich, gezielte Ausblicke aus dem Fenster, eine gemütliche Sitzecke, etc. vorgesehen werden, die das Interesse wecken und die Bewohner von einem Ort zum nächsten führen. Direkte Sichtbeziehungen besitzen einen hohen Aufforderungscharakter und sollten gut durchdacht sein. So zeigte sich, dass eine direkte Sicht zu den Toiletten ihre Nutzung unterstützt und so Inkontinenz entgegenwirkt.<sup>281</sup> Ebenso fördert die direkte Sicht zur Ausgangstür den Wunsch das Gebäude zu verlassen. Um dies zu

Abb. 119: Beispiel einer Sackgassensituation

281 Vgl. Namazi/ Johnson 1991, o.S.

vermeiden, wird der Ausgang parallel zur Laufrichtung des Gangs positioniert und das direkte darauf Zugehen der Bewohner unterbunden.

Einen bedeutenden Einfluss auf das Sicherheitsgefühl besitzt die Beleuchtung. Helle Räume bieten einen guten Überblick und machen Gefahren, wie z.B. Stolperschwellen, schneller ersichtlich. Grundsätzlich ist die Beleuchtung schatten- und blendfrei auszuführen. Da durch altersbedingte Veränderung des Auges ältere Menschen mehr Licht benötigen, jedoch auch blendungsanfälliger sind [siehe Kap.: 5.1.2.1 Altersbedingte Veränderung]. Durch eine starke Schattenbildung können unter Umständen die Gesichter der anderen Bewohner oder Pflegekräfte als bedrohend empfunden werden. Zudem können in Folge des Krankheitsverlaufs bei den Patienten auch optische Fehlinterpretationen auftreten, die z.B. die Unterscheidung eines Schattens und des dazugehörigen Gegenstandes erschweren [siehe Kap.: 5.1.2.2 Krankheitsbedingte Veränderung]. Diese Effekte wirken irritierend und verunsichernd auf die Betroffenen. Natürlich kann die Beleuchtung auch die Orientierungsfähigkeit unterstützt oder bei fortgeschrittener Erkrankung die Bewegungsrichtung beeinflussen. So wird die Aufmerksamkeit der wandernden Personen auf stimmungsvoll beleuchtete Bereiche gelenkt und werden dunkle Bereiche eher gemieden.

Die Gefahr des Stürzens steigt im Alter und zieht meist eine lange Regenerierungsphase mit sich. Jedoch können die Ursachen sehr unterschiedlich sein, von Herz-Kreislaufproblemen, falscher Medikamentierung, Wetterfühligkeit, motorische oder sensorische Einschränkungen, bis hin zu sogenannten Stolperfallen (z.B. glatte Böden und Oberflächen, Türschwellen, Teppichkanten, etc.) oder eine Kombination dieser Faktoren. Durch eine sorgfältige Planungsphase können motorische Defizite durch die Vermeidung von Stolperfallen sowie sensorische Einbußen durch den Einsatz von kontrastierenden Farben und die Vermeidung von kleinteiligen Mustern [siehe Kap.: 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung] kompensiert werden.

Die Gestaltung eines sicheren Umfelds wirkt sich direkt und indirekt auf das Verhalten (Weglauff Tendenz) der Bewohner aus. Der direkte Einfluss ergibt sich aus der Gestaltung eines angepassten Umfelds, das den Erkrankten Entscheidungen abnimmt und ebenso selbstbestimmte Umweltkontrolle zulässt. Die indirekte Wirkung geht von dem Verhalten der Pflegenden aus, die den Erkrankten größere Handlungsspielräume innerhalb einer von ihnen als sicher erachteten Umgebung gewähren. Die Studie *The relationship between self-destructive behaviour and nursing home environment* des Forschungsteams Lee-Fay Low, Brian Draper und Henry Brodaty zeigte, dass stark kontrollierende Einrichtungen mit besonders hohen Sicherheitsstandards ein gefährdendes Verhalten der Bewohner fördern. Ähnliches zeigte sich bei Einrichtungen, die aus Sicherheitsgründen Bettgitter montierten, die

bei mobilen Personen vermehrt zu Stürzen führten.<sup>282</sup> Es zeigte sich, dass Sicherheit durch Kontrolle im Alten- wie im Pflegebereich kein erstrebenswertes Konzept ist. Werden hingegen vorhandene Kompetenzen erkannt und unterstützt, steigt die Lebenszufriedenheit der Bewohner.

Zeitgenössische Heimbauten stehen meist unter dem gestalterischen Leitbild des Wohnens. Die Vermittlung eines familienähnlichen Lebensumfelds weckt bei den Bewohner ein Gefühl von Zuhause und Geborgenheit. Dies wird durch die baulichen Strukturen eines Wohnungsgrundrisses von Großfamilien oder Wohngemeinschaften unterstützt. Um beengende Gefühle zu vermeiden, empfehlen sich unterschiedlichen räumlichen Situationen innerhalb der Wohngemeinschaft vorzusehen, die auch den Handlungsspielraum der Bewohner unterstützen. Ein abgestuftes Konzept, das attraktive öffentliche (Gemeinschaftsraum), halböffentliche (Flure mit Sitzgelegenheit) und private Bereiche (Einzelzimmer) beinhaltet, kann das Gefühl der Umweltkontrolle und die Kontaktmöglichkeiten steigern.<sup>283</sup>

Zudem bieten gut strukturierte, kleinräumige Gebäudestrukturen einen besseren Überblick. Die kurzen Wege unterstützen die Bewohner in ihrer Orientierung sowie das Pflegepersonal bei den täglichen Arbeitsabläufen. Die halböffentliche Flurbereiche bieten ebenso großes Potential zur Förderung von sozialen Kontakten, die daher kleinräumige Elemente zum Verweilen, z.B. Nischen, Loggien etc., beinhalten sollten. Solche Gliederungen werden auch im Freibereich mit Gestaltungselemente wie Gartenlauben, Pergola etc. eingesetzt. Hier werden die Wege gut strukturiert und wettergeschützte Sitzbereiche vorgesehen, die vom Pflegestützpunkt aus einschichtig sind [siehe Kap.: 5.1.1.5.3 Gartentherapie].

Ob in einer institutionelle Einrichtung ein Gefühl von Zuhause generiert werden kann, lässt sich nur schwer beantworten. Jedoch zeigen die Ansätze der *Reaktivierenden Pflege* nach Erwin Böhm [siehe 6.1.2 Reaktivierende Pflege nach Erwin Böhm], dass durch die Milieugestaltung eine Art „Daheim-Gefühl“ gefördert werden kann. Dies setzt eine intensive Auseinandersetzung mit der Biografie der tatsächlichen Bewohner voraus und kann nur Mithilfe der Pflegekräfte realisiert werden.

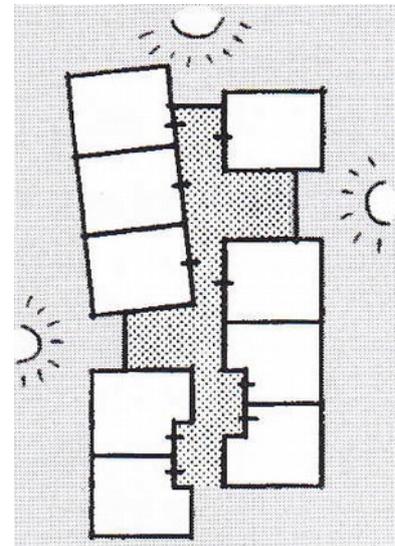


Abb. 120: Darstellung einer strukturierten, kleinräumigen Gebäudestruktur

282 Vgl. Radzey 2014, 141.

283 Vgl. Ebda., 142.

**Checkliste: Sicherheit/ Geborgenheit**

klare, abgestufte Grundrisskonfigurationen

leicht zu überblickende Raumstrukturierung

lange, ungegliederte Räume und undifferenzierte Flure vermeiden

lenkende Wegführung ohne Sackgassen oder Entscheidungssituationen

Sichtbeziehungen berücksichtigen

markante Bezugspunkte, die das Interesse der Bewohner wecken

Wege sollten nicht direkt auf eine Ausgangstür führen

angepasstes Beleuchtungskonzept

schatten- und blendfreie Beleuchtung

Wahl der Materialien und Oberflächenmuster  
[siehe Kap.: 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung]

Sicherheit durch angepasste Umwelt - nicht durch Kontrolle und Freiheitsbeschränkung

Wohlbefinden fördern durch ermöglichte Umweltkontrolle

Potentiale der Flure nutzen - Sitzgelegenheit

durch Milieugestaltung zum „Daheim-Gefühl“

### 6.2.2 Autonomie und Selbstbestimmtheit

Der Kontrollverlust über sein eigenes Leben und seine Umgebung trifft die meisten Erkrankten mehr als die Einbußen der kognitiven und funktionalen Fähigkeiten. „Bereits in den siebziger Jahren hatte der amerikanische Gerontologe WOLK (1976) nachgewiesen, daß die einfache und eingängige Formel „Je mehr Kontrolle, desto höher die Lebensqualität“ eben von der Art der Umwelt abhängt“.<sup>284</sup> Daher ist ein genaues Beobachten und Hineinfühlen in die Erkrankten wichtig, um ein falsches Einschätzen der Leistungsfähigkeit zu vermeiden und sie auch baulich entsprechend zu unterstützen. Die Fehleinschätzung der Personen kann zu einer Unterforderung führen. Der Patient fühlt sich nutzlos oder schlimmer nicht ernst genommen. Andernfalls kann es zu Überforderung führen, wodurch sich die Patienten hilflos fühlen und im schlimmsten Fall durch die ständigen Misserfolge Verhaltensstörungen entwickeln oder depressiv werden. Es empfiehlt sich die vorhandenen Kompetenzen so lange wie möglich zu nutzen und keinen Druck oder Zwang auf die Personen auszuüben.<sup>285</sup>

„Eines der wichtigsten menschlichen Bedürfnisse, das für die eigene Identität von zentraler Bedeutung ist und die Lebensqualität des Einzelnen entscheidend beeinflusst, ist das Streben nach Selbstständigkeit und Selbstbestimmung“<sup>286</sup>

Um das selbstbestimmte Handeln auch in baulicher Hinsicht zu unterstützen, werden Barrieren vermieden die den Bewohner die Möglichkeit gegeben sich frei zu bewegen. Vor allem mobile, jedoch unruhige, Erkrankte können von den sicheren ausgedehnten Bewegungsflächen der institutionellen Einrichtungen profitieren. Großzügige, helle und „grenzenlos“ (ohne Sackgassen) gestaltete Flure mit unterschiedlichen Situationen zum Verweilen werden von den Patienten mit Freude genutzt (Abb.123). Auch Fenster, die verschiedene Ausblicke ermöglichen, z.B. in einen Garten, auf einen Platz, eine Straße, einen Kirchturm, etc., und so räumliche Bezugspunkte auch außerhalb des Hauses bieten, fördern die Orientierung und das Gefühl der Selbstständigkeit. Diese Ausblicke helfen nicht nur bei der räumlichen, sondern auch bei der zeitlichen Orientierung, da die Personen den Jahreszeitenwechsel sowie durch die veränderten Lichtverhältnisse den Tageszeitwechsel miterleben.

284 Wahl/Reichert 1994, 35.

285 Vgl. Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 8.

286 Marquardt 2007, 22.



Obwohl abgeschlossenen Türen aus Sicherheitsgründen zum Standard vieler Häuser gehören, bietet der freie Zugang zwei grundlegende Vorteile:

1. Es wird das Gefühl der Umweltkontrolle und so das Selbstwertgefühl der Bewohner gesteigert.
2. Die verschlossenen Türen vermitteln das Eingesperrtsein, wodurch sich kein „Daheim-Gefühl“ einstellen kann.



Um die Gefahr des Verlassen der Einrichtung schon vorzeitig zu unterbinden, ist die Positionierung sowie die Gestaltung der Zugänge entscheidend. Nicht zugängliche Räume werden parallel zur Laufrichtung und nicht am Gangende positioniert, damit sich die Bewohner nie direkt auf die Türe zubewegen. Um Personen von der Ausgangstür fernzuhalten, kann dieser Bereich „unattraktiv“ gestaltet werden, z.B. durch schlechte Lichtverhältnisse, da sich die meisten von dunklen Bereich fernhalten. Nicht zugängliche Bereiche verschwinden aus der Wahrnehmung der Erkrankten, wenn diese Türen in der gleichen Wandfarbe oder mit dem Material der Wandverkleidung gestaltet werden. Wohingegen die frei zugänglichen Bereich mit kräftigen Farben Akzente setzen und die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Ferner können leitende Linien im Bodenbereich eingesetzt werden, die im Bereich der nicht zugänglichen Räumen über die Türbreite weitergeführt und von vielen Demenzpatienten als Barrieren interpretiert werden [siehe Kap.: 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung].

Das Kaschieren von Türen durch optische Täuschungen, z.B: durch Fototapeten die Bücherregale, Waldwege, etc. vortäuschen, wirkt irritierend auf die Bewohner, wenn sie versuchen ein Buch in die Hand zu nehmen und ist daher nicht zu empfehlen. Ähnlich verhält es sich mit verschlossenen Glastüren, die durch die freie Sicht Bedürfnisse wecken können und im selben Moment den Zutritt verwehren, was in

Abb. 121: Darstellung: Endlosweg  
 Abb. 122: Beispiel: Türe eines Funktions- oder Personalraums  
 Abb. 123: Beispiel einer folierten Glastür

den Bewohnern Ärger und Frustration weckt. Es empfiehlt sich daher transluzente Türen, die verschlossen werden, nicht völlig transparent auszuführen, um eine Durchsicht zu verhindern jedoch den Lichteinfall zu ermöglichen.

Der Aufforderungscharakter von Glastüren kann jedoch auch genutzt werden um positive Impulse der Selbstkontrolle zu fördern. Führt die Tür in einen abgeschlossenen von Pflegepersonal überblickbaren Freibereich, können die Erkrankten ohne die Gefahr wegzulaufen ins Freie treten. „Als Folge erhöhen sich bei ihnen das Kontrollerleben und das Gefühl der Selbstwirksamkeit, was letztlich depressive Stimmungen verringert.“<sup>287</sup>

Weitere wichtige Bereiche, die das Kontrollerleben der Bewohner fördert, stellen die privaten Räume dar. Durch die Aneignung der Räume, die bestenfalls von den Bewohner mit ihren eigenen Gegenständen möbliert werden, entstehen Identifikationsmöglichkeiten mit der Einrichtung, die die Personen unterstützen das Zimmer als ihr neues Zuhause anzuerkennen. Dazu benötigen die Bewohner ausreichend Platz, um unterschiedliche Möblierungsvarianten und Zonierungen innerhalb des Zimmers vorzunehmen. Dabei ist auf genügend Steckdosen, Dimmer und Elektroanschlüsse zu achten, um auch eine passende Raumbeleuchtung zu gewährleisten.<sup>288</sup>

#### Checkliste: Autonomie

„Je mehr Kontrolle, desto höher die Lebensqualität“<sup>289</sup>

unterstützende Orientierung durch architektonische Merkmale [siehe Kap.:  
5.1.3.2.2 Orientierungsstrategien ]

frei Bewegungsmöglichkeit

weite, helle Flure

Endloswege - ohne Sackgassen oder Entscheidungssituationen

Fenster mit gezielten Ausblicken

Türen je nach Zugänglichkeit gestalten

angepasstes Beleuchtungskonzept

Private Zimmer - eigene Möblierung und Zonierung

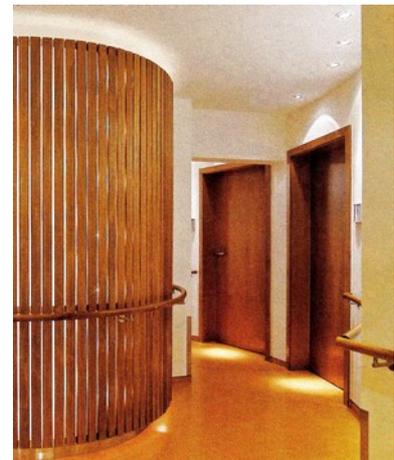


Abb. 124: Beispiel eines architektonischen Merkmals im Flurbereich

287 Radzey 2014, 140.  
288 Vgl. Saup 1994, 62.

### 6.2.3 Identität und Tätigkeit

Mit fortschreitender Erkrankung gehen Erinnerungen und so Teile der eigenen Persönlichkeit stetig verloren. Die Personen verlieren den Bezug zur Umwelt und der eigenen Identität. An diesem Punkt setzt die Tätigkeiten der Biografiearbeit [siehe Kap.: 5.1.1.5.2 Biografiearbeit] an, die durch persönliche Fotos, Geschichten oder Gegenstände, Erinnerungen aktiviert, die meist einen hohen emotionalen Wert besitzen und die Identität der Erkrankten festigen. Die Erfahrungen und Erinnerungen werden in vielen Fällen auch mit Orten verknüpft, denen sie eine spezifische Bedeutung beimessen und die so zur Identifikation mit dem Raum beitragen<sup>290</sup> [siehe Kap.: 5.1.1.4 Orts-Bindung]. Diese identitätsstiftende Funktion von Räumen wird genutzt, um das Wohlbefinden und das „Daheim-Gefühl“ der Bewohner zu steigern. Dazu eignen sich Raumkonfigurationen, die sich an den Merkmale einer Wohnung orientieren, z.B. einer zentralen Wohnküche oder Wohn- und Esszimmer mit Küche und einen angegliederten privaten Bereich, der Schlafzimmer sowie Badezimmer enthält.

Um ein Zuhause zu schaffen, wird an die individuellen Wohnerfahrungen der Bewohner angeknüpft.<sup>291</sup> Da diese aufgrund von kulturellen oder sozialen Unterschieden sehr vielseitig sein können, erleichtert eine homogene Bewohnergruppe die Gestaltung der Räumlichkeiten. Dabei empfiehlt Böhm, auf die Lebenssituation der prägenden Jahre einzugehen, die bei heute 80-jährigen den 50er Jahren entsprechen. Es hat sich als Vorteilhaft erwiesen die Gestaltung von den Erkenntnissen der Biografiearbeit abzuleiten und an die Erfahrungen und Bedürfnisse der wechselnden Bewohner zu adaptieren. Um eine angepasste Situation zu gestalten, ist eine gute Zusammenarbeit des Pflegepersonals und der Planenden erforderlich. Jedoch ist auch die Aneignungsmöglichkeit der Benutzer zu bedenken, die von einem unadaptierbaren Design verhindert wird.



Da der Umgang mit vertrauten Dingen, die eine biografische Bedeutung besitzen, Erinnerungen sowie positive Gefühle wecken können, sind diese in den Alltag der Bewohner miteinzubeziehen. Die eigenen Möbel und Gegenstände sind Ausdruck der Identität. Sie erinnern an das frühere Leben, alltägliche Situationen und Routinen, die letztlich Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Daher ist es bei Demenzkranken besonders wichtig ausreichend große Räume einzuplanen, um auch genügend Platz für die eigenen Möbel bereitzustellen.

Auch die Gestaltung der Gemeinschaftsräume und Flurbereiche kann genutzt werden, um vertraute Szenarien aus dem Gedächtnis hervorrufen. Dabei können neben alltäglichen Situationen auch auf Jahreszeitliche Gestaltungsthemen oder Festtage eingegangen werden.

Abb. 125: Beispiel eines Bewohnerzimmers

289 Wahl/Reichert 1994, 35.

290 Vgl. Radzey 2014, 93.

291 Vgl. Heeg/ Bäuerle 2012, 32.

Jedoch müssen bei einer heterogenen Bewohnergruppe auf die unterschiedlichen kulturellen oder gesellschaftliche Prägungen Rücksicht genommen werden.<sup>292</sup> Der Psychogerontologe Winfried Saup betont, dass eine Gestaltung von anregenden Umweltbedingungen immer auf die „subjektiv bedeutsame Anregungs- und Anforderungsstruktur“<sup>293</sup> zurückgreift. Es werden also die Erfahrungen und Erinnerungen der Bewohner angesprochen. Daher empfiehlt sich die halböffentlichen Bereiche mit Fotos, Collagen und Gegenstände der Bewohner oder auch Elemente aus ihrem früheren Lebensraum (Stadt oder Quartier), z.B. Straßenschilder etc., zu dekorieren. Dadurch werden Erinnerungen und Emotionen geweckt, die die Bewohner zu Gesprächen aktivieren.

Um solche aktivierenden Momente zu fördern, haben sich auch Haushalts- und Handwerksgeräte aus den prägenden Jahren, die meist der Zeit der Familiengründung und des Arbeitslebens entsprechen, bewährt. So beginnen viele Bewohner z.B. die Wäsche aufzuhängen oder zu falten, wenn sie diese in einem Korb oder auf dem Wäscheständer entdecken oder beschäftigen sich mit bekannten Objekten aus ihrer früheren Tätigkeit. Es kann für eine ehemalige Friseurin ein Kosmetiktisch, für einen ehemaligen Handwerker ein spezifischer Werkzeuggestisch oder für Personen aus der Landwirtschaft ein angepasstes Gemüsebeet oder Tiergehege vorgesehen werden. Welche Intervention den Personen entspricht, wird in der Biografiearbeit erarbeitet, denn die Berufsausübung alleine bedeutet nicht Freude an der Tätigkeit.

Studien zeigen, dass solche präsentierten Aktivitäten die Bewohner herausforderten. Rund 75% der Bewohner beschäftigen sich im Laufe des Tages eigenständig mit dargebotenem Material, jedoch fragten nur zwischen 20 - 25% nach Materialien, wenn diese nicht angeboten wurden.<sup>294</sup> Solche „individuell bedeutsame räumlich-materielle Anregungskonstellationen“<sup>295</sup> stärken nicht nur die Identität und erhalten die Kompetenzen, sondern fördern das Orientierungsvermögen der Erkrankten. Eine abwechslungs- und anregungsreiche Umwelt weckt positive Gefühle, die die Identifikation fördert und das Gefühl eines Zuhauses verstärkt.<sup>296</sup>



292 Vgl. Heeg/ Bäuerle 2012, 67.

293 Saup 1994, 61.

294 Vgl. Ebda., 62.

295 Ebda., 61.

296 Vgl. Ebda., 36.

Abb. 126: Beispiel einer Gestaltung des halböffentlichen Bereichs  
Abb. 127: Beispiel des Aufforderungscharakters

**Checkliste Identität/ Aktivierung**

identitätsstiftende Funktion von Räumen  
fördert Wohlbefinden

an individuelle Wohnerfahrungen angeknüpfen

Raumkonfigurationen orientiert sich am  
Wohnungsgrundriss

Gestaltung der Räume leitet sich von  
der Lebenssituation der prägenden Jahre ab

Aneignung durch die Bewohner zulassen

eigene Möbel als Ausdruck der Identität -  
benötigen große Privatbereiche

Aktivierende Umweltgestaltung

bedeutsame Objekte fördern  
Orientierungsvermögen

#### 6.2.4 Sozialer Kontakt und Privatsphäre

Soziale Kontakte sind ein wichtiger Bestandteil des Lebens, deren Förderung an oberster Stelle steht. Die Nähe eines anderen Menschen steigert das Wohlbefinden und das Gefühl der Sicherheit. Zudem werden durch Gespräche und Interaktionen unterschiedliche Hirnareale aktiviert und Erinnerungen hervorgerufen.

Obwohl sich in institutionellen Einrichtungen viele Menschen befinden, bedeutet das nicht dass zwangsläufig Beziehungen entstehen. So bemerkt Saup, „In Alten- und Pflegeheimen treten soziale Isolation und Einsamkeit bei gleichzeitig hoher Bewohnerdichte auf.“<sup>297</sup> Um die soziale Interaktion zu unterstützen, werden attraktive Begegnungszonen vorgesehen, deren Gestaltung im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

Da die überdimensionierten, heute noch einzeln verbreiteten, Einrichtungen der ersten und zweiten Generation [siehe Kap.: 2 Eine kurze Geschichte der Pflege] das Gefühl von Anonymität, Einsamkeit und Isolation vermitteln, werden in den folgenden Projekten der Wohnbereichs- und Hausgemeinschaftskonzepte kleinere Einheiten mit einer geringeren Bewohnerzahl propagiert. Diese Kleinräumigkeit lässt intensivere soziale Kontakte zwischen den Bewohnern sowie dem Pflegepersonal zu.<sup>298</sup>

Durch die räumliche Strukturierung können unterschiedliche Bereiche mit verschiedenen Qualitäten entstehen. Die Anordnung von öffentlichen, halböffentlichen und privaten Räumen mit gestalteten Übergangszonen kann dazu beitragen beiläufig Kontakte aufzubauen. Ein langer, schlauchförmiger Gang mit unzähligen aneinander gereihten Türen wirkt monoton und kann zugunsten eines verbreiterten Flurs, der nicht nur als Verkehrsfläche, sondern auch als halböffentliche Begegnungszonen fungiert, entfallen. In den unterschiedlich gestalteten Aufenthaltsbereichen entstehen soziale Treffpunkte, die vom Pflegepersonal überblickt werden können.

Da das Bedürfnis nach sozialem Kontakt und Nähe von der Lebenserfahrungen beeinflusst wird, müssen Bereiche mit unterschiedlichen Qualitäten eingeplant werden. Während einige Bewohner den Kontakt mit anderen Bewohnern oder Pflegenden suchen, fühlen sich andere (meist Männer) schnell eingeengt und suchen Rückzugsorte von denen sie jedoch das Geschehen in der Gemeinschaft überblicken. Diese Wahlmöglichkeit des Aufenthaltsortes ist nicht nur für das Wohlbefinden entscheidend, sondern steigert auch das Gefühl der Umweltkontrolle.

Demenzpatienten im mittelschwerem und schwerem Stadium suchen häufig Kontakt zu anderen Personen, die ihnen Sicherheit geben. Daher sind bei der Dimensionierung der gemeinschaftlichen Zonen wie Küchenbereich, Wohnzimmer, Sitznischen etc. mindestens 5 m<sup>2</sup> pro



<sup>297</sup> Saup 1994, 56.

<sup>298</sup> Vgl. Radzey 2014, 148.

Bewohner vorzusehen.<sup>299</sup> Um einen intensiven Kontakt zwischen Bewohner und Pflegepersonal zu gewährleisten, empfiehlt sich eine Gruppengröße von nicht mehr als 12 Personen. Bei größeren Einrichtungen, die mehr als 12 Bewohnern umfassen, werden mehrere akustisch getrennte Gemeinschaftsbereiche benötigt, um Unruhe - ein effektiver Stressauslöser, der Verhaltensauffälligkeiten hervorruft - zu vermeiden.



Die Gemeinschaftsbereiche sollten ein definiertes Nutzungsprogramm besitzen, das durch die Gestaltung unterstützt wird.<sup>300</sup> So wird sich eine Lesecke abseits in einen ruhigeren Bereich befinden, jedoch mit Blick zu den anderen Bewohnern. In diesem Bereich befinden sich neben einem gemütlichen Lesesessel auch ein Bücherregal mit Büchern zu unterschiedlichen Themengebieten und auch Bildbände sowie eine Leselampe. Ein Wohnzimmer oder Aufenthaltsbereiche, die soziale Kontakte fördert, benötigen eine helle schattenfreie Beleuchtung, da Hörproblemen durch eine direkte Sicht des Gesprächspartners etwas kompensiert werden können. Zudem sind Störgeräusche, wie Hall oder Radiogeräusche etc., die die Unterhaltung beeinträchtigen, zu vermeiden. Die Kommunikationsbereitschaft kann durch die Sitzposition beeinflusst werden.<sup>301</sup> Es wird zwischen soziefugalen (hemmenden) und soziopetalen (fördernden) Mustern unterschieden.<sup>302</sup> Eine gesprächsfördernde Sitzanordnung ergibt sich, wenn die Gesprächspartner nicht zu weit voneinander entfernt und bestenfalls gegenüber sitzen, um Blickkontakt zu erhalten.

Um ein Gefühl von Geborgenheit und Zuhause zu erhalten, müssen auch private Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sein. Obwohl die meisten Demenzerkrankten einen höheren Gemeinschaftsbedarf zeigen, werden trotzdem personalisierte Einzelzimmer bewohnt, durch die die Identität gestärkt und Ängste sowie Aggressionen gemildert werden.<sup>303</sup> Doppel- oder Mehrbettzimmer wirken auf Dauer sehr belastend auf die Bewohner, da sie der ständigen Kontrolle und Beobachtung der Mitbewohner sowie die mangelnde Möglichkeit der Aneignung des gesamten Raums und unterschiedlichen Schlaf-Wach-Rhythmen unterworfen sind.

Da viele Demenzpatienten vor allem Nachts Ängste entwickeln, fordern Experten vermehrt die Planung von Doppelzimmern, um durch die Anwesenheit einer zweiten Person die Erkrankten zu beruhigen. Ob die Belegung von Doppelzimmern die gewünschte Wirkung zeigt, konnte jedoch noch nicht wissenschaftlich belegt werden. Würde der Forderung nach Doppelzimmern nachgegangen, erforderte dies eine genaue Abstimmung der zusammengelegten Personen. Um die Konfliktpotentiale so gering wie möglich zu halten, müssten sich die Zimmerkollegen in gewissen Punkten, wie Krankheitsstadien,

299 Vgl. Heeg/ Bäuerle 2012, 65.

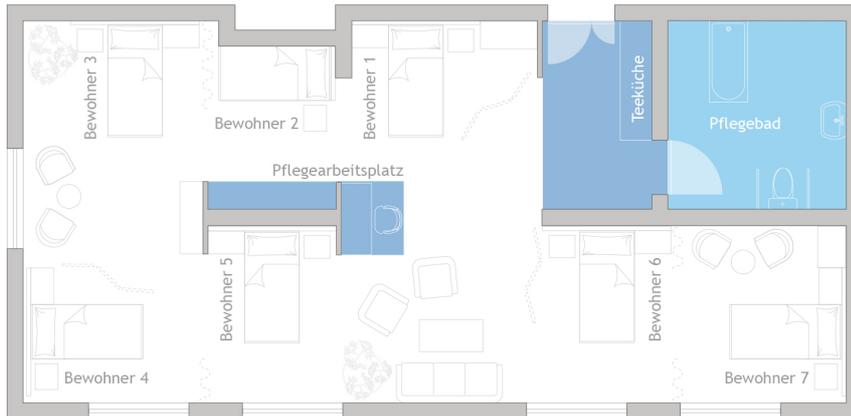
300 Vgl. Saup 1994, 60.

301 Vgl. Flade 2008, 126.

302 Vgl. Ebda., 125.

303 Vgl. Radzey 2014, 142.

Lebenserfahrung/ -stil, kulturellen und sozialem Hintergrund, Kontaktbedürfnis etc., ähneln. Zudem stellen die Nachbelegungen die Pflegekräfte vor große Herausforderungen. Eine flexiblere Anpassung der Räume könnte eine nachhaltige Lösung darstellen. So wäre die Verbindung zweier Räume durch eine Tür, die bei Bedarf geöffnet werden kann, denkbar.



Im letzten Stadium der Demenz schränkt sich die Mobilität der Erkrankten drastisch ein. Durch die Bettlägerigkeit der Patienten reduziert sich die gesamte Lebenswelt auf einen Raum. Da dies auch einen erheblicher Einschnitt der sozialen Interaktionsmöglichkeit bedeutet, wurde das Konzept der Pflegeoase [siehe Kap.: 3.3.3 Das Drei-Welten-Konzept] entwickelt. Da die Privatheit in dieser Krankheitsphase eine untergeordnete Rolle der Lebensqualität spielt und das Bedürfnis nach Nähe sowie Geborgenheit in den Vordergrund rückt, sieht dieses Betreuungskonzept eine Unterbringung von 6 bis 10 Personen<sup>304</sup> in einem Raum vor. Die Strukturierung des Raumes durch Nischen, mobile Paravents und Vorhänge definiert den individuellen Bereich der Bewohner und bietet Privatheit. Durch die Positionierung der Betten, die immer wieder Blickkontakt zu anderen Bewohnern zulassen, wird das Gefühl der Einsamkeit und Isolation vermieden. Eine Pflegeoase wird immer von einer Betreuungsperson überwacht und bietet den Patienten dadurch Sicherheit und Geborgenheit.



Abb. 130: Grundriss einer Pflegeoase

Abb. 131: Beispiel einer Pflegeoase

304 Vgl. Kaiser 2014, 99.

**Checkliste: Sozialer Kontakt/ Privatsphäre**

kleinere Gruppengrößen fördern den intensiveren Kontakt der Bewohner

abgestufte Raumstrukturierung mit verschiedenen Zonierungen

Blickbeziehungen zwischen verschiedenen Aufenthaltsbereichen

akustische Trennung, um Störgeräusche zu vermeiden

Nutzungsprogramme für die Gemeinschaftsbereiche

kontaktfördernde Umgebung  
(Sitzanordnung, Akustik, Beleuchtung, etc.)

Mehrbettzimmer sind sehr belastend -  
fehlende Intimsphäre

mit eingeschränkter Mobilität wird  
Pflegeheim/ Zimmer zur Lebenswelt

im fortgeschrittenem Stadium ist Gemeinschaft im  
Mehrbettzimmer erwünscht

### 6.3 Die Pflegenden

Die Umweltgestaltung kann direkt sowie indirekt Einfluss auf das Wohlbefinden der Erkrankten nehmen. Während bisher die direkten Einflüsse erläutert wurden, widmet sich dieser Abschnitt den indirekten, die vor allem durch die Arbeitsleistung und den Arbeitseinsatz des Pflegepersonal bestimmt werden.<sup>305</sup> „Pflegeheime werden gebaut, weil in ihnen Leistungen effektiver und kostengünstiger erbracht werden können, als dies in häuslicher Umgebung möglich ist.“<sup>306</sup> Um zudem eine gute Pflege gewährleisten zu können, muss auch für gute Arbeitsbedingungen des Personals gesorgt sein. Gut durchdachte, bauliche Strukturen können nicht nur die Erkrankten unterstützen, sondern auch die Tätigkeiten der Pflegenden erleichtern.

Der optimale Umgang mit Demenzpatienten kann nur durch eine angepasste Umwelt erreicht werden. Nicht nur die räumliche und zeitliche Struktur der Einrichtungen, sondern vor allem die Interaktion mit den Pflegekräften prägen die Lebenswelt der Erkrankten. So kann jede krankheitsbedingte Veränderung durch die Unterstützung der Pflegenden aufgefangen werden.<sup>307</sup> Im Gegensatz dazu wertet eine schlechte Pflege die Person ab. Reaktionen wie Angst, Trauer und Aggression haben negative Auswirkungen auf den gesamten Organismus und den Verlauf der Erkrankung.<sup>308</sup>

Fühlen sich die Angestellten unterstützt und ermutigt, wirkt sich dies positiv auf ihre Arbeitspraxis aus. Doch leider zeigt sich, wie in den meisten Pflegeberufen, ein anderes Bild. Das geringe Ansehen der Pflegekräfte in der Gesellschaft, die schlechte Bezahlung und die große psychische Belastung durch die Überarbeitung zerreißt am Nervensystem vieler Pflegekräfte. Dauerhafte Anspannung, Stress und Burn-out sind bekannte Erscheinungen der Pflegebranche. Auf das daraus resultierende, reizbare und zynische Auftreten der Pflegenden reagieren viele Demenzbetroffene mit herausforderndem Verhalten, die jede Interaktion zusätzlich erschwert. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der psychologischen Vorsorge bei Pflegekräften und Interventionen im Arbeitsbereich wie Einarbeitung, Teambildungsprozesse, Supervision und Anerkennung von Leistungen. Denn um ein gutes Umfeld für demenziell Erkrankte zu gestalten, ist die Gesundheit der Pflegekräfte ein wichtiger Faktor.<sup>309</sup>

Inwieweit bauliche Strukturen die negativen Faktoren wie Stress und Burn-out entgegenwirken können, wurde in verschiedenen Studien untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass die Arbeit in größeren Einrichtungen unter starkem Zeitdruck verrichtet wurden, der die Pflegenden unter anhaltenden Stress hielt. Hingegen zeigte sich in kleineren Wohngruppeneinheiten eine besserer Teambildung, eine

305 Vgl. Radzey 2014, 153.

306 Heeg/ Bäuerle 2010, 44.

307 Vgl. Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 22. - Vgl. Kitwood 2008, 84.

308 Vgl. Kitwood 2008, 149.

309 Vgl. Ebda., 156-163.

größere Arbeitszufriedenheit und ein intensiverer Kontakt zu den Bewohnern.<sup>310</sup> Von diesen Ergebnissen wird auch der positive Effekt kleinräumiger Strukturen auf die Bewohner abgeleitet, der unter anderem mit den entspannteren Mitarbeitern begründet wird.

### **6.3.1 Geringe Gruppengröße durch kleine Wohneinheit**

Aus organisatorischer und therapeutischer Sicht sind Wohngruppen mit maximal 12 Bewohnern, die von mindestens zwei der Teammitglieder (Präsenzkraften, Pflegekräften, hauswirtschaftlichen Helfern, Therapeuten oder Freiwilligen) betreut werden, optimal. Bei Demenzerkrankten in Endstadium, die in Form einer Pflegeoase betreut werden, wird aufgrund der intensiven Pflege die Gruppengröße auf 6 bis 10 Personen reduziert.

Die Gestaltung des Pflegeheims hat nicht nur Einfluss auf die Erkrankten, sondern auch auf die Pflegenden. Eine häuslich wirkende Umgebung entspricht dem und unterstützt den personenzentrierten Ansatz eher, als eine klinisch wirkende Umgebung die Effektivität, Hygiene und Optimierung in den Vordergrund stellt.<sup>311</sup> Murna Downs, Professorin und Leiterin der Demenzforschung an der Universität Bradford, könnte den Einfluss der institutionellen Gestaltung auf die Wahrnehmung und Einstellung der Pflegenden bestätigten. In einer von ihr geleiteten Studie wurden die Verhaltensmuster und Kompetenzen der Bewohner einer geriatrischen Klinik, sowie die Einschätzungen des Pflegepersonals, in Bezug auf die vorhandenen Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten erhoben. Nach dem Umzug der Erkrankten und des Pflegeteams in eine kleinere Wohngruppe blieben die gemessenen Werte der Bewohner gleich, jedoch hatte sich die Wahrnehmung der Pflegekräfte geändert. Sie schätzten die Personen ruhiger und kompetenter ein.<sup>312</sup> Kleinere Pflegestrukturen, die nicht dem institutionellen Bild entsprechen, wie Wohngruppen- oder Hausgemeinschaftsmodelle, arbeiten meist bedürfnisorientiert, wodurch ein intensiverer Kontakt zu den Bewohnern ermöglicht wird.

Ein familiäres Umfeld innerhalb der institutionellen Organisation gilt heute als erstrebenswertes Ziel in der Demenzpflege, sowie die „Erhaltung von Ressourcen und die Bestärkung der Demenzbetroffenen Bewohner, noch selbst tätig zu sein“.<sup>313</sup>

310 Vgl. Radzey 2014, 149.

311 Vgl. Heeg/ Bäuerle 2010, 31.

312 Vgl. Ebda., 35.

313 Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 27.

### 6.3.2 Effiziente Wege durch kurze Entfernung

Um das Pflegepersonal zu entlasten sind die Wege innerhalb der Einrichtung kurz zu halten, denn je kürzer der Weg, desto mehr Zeit bleibt für die Bewohner. Da sich die meisten Demenzerkrankten gerne in der Gemeinschaft aufhalten, ist ein zentraler Aufenthaltsbereich wie eine Wohnküche mit angegliederten Pflegestützpunkt von Vorteil. In der Nähe dieses Gemeinschaftsbereichs (am besten im Sichtfeld der Bewohner) empfiehlt sich eine rollstuhlgerechte Toilette, die während des Tages benutzt werden kann, damit die Bewohner nicht zu ihren privaten Zimmer begleitet werden müssen. Zur Verkürzung der Wege haben sich zudem dezentrale Lagermöglichkeiten, z.B. vor den Zimmern oder in Flurnischen, für Pflegemittel und saubere Wäsche bewährt.

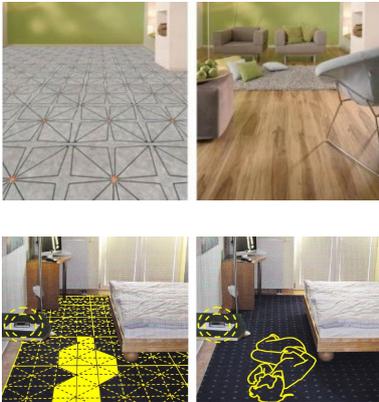
### 6.3.3 Entlastung durch Übersicht

Bei der Grundrissorganisation einer Pflegeeinrichtung sollten die Pflegenden unterstützt werden den Personen Freiheit und Autonomie zu gewähren, aber auch für Sicherheit zu sorgen. Um das Pflegepersonal zu entlasten, kann eine Grundrissform entwickelt werden, die ihnen einen ständigen Überblick gibt. Dabei haben sich zentrale Gemeinschaftsräume sowie Wohnflure in winkel- oder sternförmiger Anordnung, die gut überblickt werden können, bewährt. Patienten mit hohem Bewegungsdrang können von Rundwegen ohne Entscheidungssituationen profitieren. Diese müssen immer wieder zum Gemeinschaftsbereich zurückführen oder wie bei einem Atrium überblickt werden können, um die Pflegekräfte zu entlasten.



Abb. 132: Beispiel einer integrierten Lagerfläche im Flurbereich (geschlossen/geöffnet)

### 6.3.4 Alltagsunterstützende technische Assistenzlösungen (AAL)



Auch der Einsatz von Technologien kann für die Pflegenden entlastend wirken. Es ist jedoch darauf zu achten, dass keine irritierenden Situationen für die Bewohner entstehen, wie z.B. durch Sprechanlagen, wenn der Erkrankte nicht erkennt woher die Geräusche kommen. Auch elektrische Türsperren, die zwar das Weglaufen verhindern, allerdings Stresssituationen hervorrufen, sind gemeint. Diese zeigen sich vor allem in Situationen, wenn eine Personen die Einrichtung verlassen will, der Erkrankte die Tür jedoch nicht öffnen kann. Dann entsteht das Gefühl einer negativen Umweltkontrolle, die sich in Angst und Aggression ausdrückt.

Eine vielversprechende Entwicklung im Bereich der Alltagsunterstützenden technischen Assistenzlösungen (AAL) stellt der großflächige verlegbare Sensorboden dar. Die Sensoren erkennen Schritte und können dadurch das Licht aktivieren oder das Verlassen eines Bereich sowie eine gestürzte Personen erkennen, um unverzüglich das Pflegepersonal zu benachrichtigen. Ein ähnliches Prinzip benutzt eine Schallüberwachungsanlage, die bei erhöhter Schallentwicklung oder einem Sturzgeräusch die Pflegekräfte informiert.

#### Checkliste: Pflegende

kleinere Gruppengrößen fördern  
Bedürfnisorientierung

häuslich gestaltete Umwelt unterstützt fürsorgliche  
Pflege

klinisch gestaltete Umwelt unterstützt  
Effektivität, Optimierung

kurze Wege sparen Zeit

dezentrale Lagerräume

Übersichtlichkeit gibt Sicherheit und Freiheit

Unterstützung durch Technik -  
Türsperre, Sturzerkennung, dezentrale Terminals

## 7 Zusammenfassung der baulichen Möglichkeiten

Die hier beschriebenen Entwurfsempfehlungen setzen sich aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Kapiteln zusammen und sollen die Planenden bei der anspruchsvollen Aufgabe, ein Wohnumwelt für demenziell Erkrankte zu schaffen, unterstützen. Eine qualitativ hochwertige Planung setzt ein Verständnis der Bedürfnisse von Betroffenen sowie der veränderten Lebenswelt während des Krankheitsverlaufs voraus. Die Planenden sind gefordert einen dem Leitbild entsprechenden Entwurf zu verwirklichen, der nicht nur den Pflegeablauf unterstützt, sondern auch an die Wohn- und Lebenserfahrung der Bewohner anknüpft und die Möglichkeit der Aneignung gewährleistet. Die hier beschriebenen baulichen Lösungen sind nicht als striktes Regelwerk anzusehen, sondern als Empfehlungen, die sich im Pflegealltag bewährten.

### Allgemein

Eine Umwelt, die Normalität und Wohnlichkeit suggeriert, wird in vielen der heutigen Einrichtungen praktiziert. Die Bewohner und die Pflegenden profitieren von den kleinen Gruppengrößen, die eine vertraute und leicht überschaubare Grundrissstruktur zulässt. Die kurzen Wege und leicht erfassbare Raumabfolgen fördern die Orientierung und können durch Aneignung und individuelle Gestaltung der Bewohner den Charakter einer institutionellen Einrichtung vermeiden. Zudem ermöglicht eine bedarfsgerechte Gestaltung den Personen die Teilnahme an alltäglichen Situationen, die das Gefühl der Wohnlichkeit und Zufriedenheit verstärken.

### Licht

Das Licht stellt ein essentielles Gestaltungsmittel mit diversen Einsatzmöglichkeiten dar. So ist die Beleuchtung nicht nur ein wichtiger Bestandteil, um Behaglichkeit zu erzeugen, sondern kann auch orientierungsfördernd eingesetzt werden. Durch eine entsprechende Inszenierung verschiedener Bereiche entstehen markante Referenzpunkte, die der Orientierung dienen. Zudem kann auch durch den Einsatz von Licht eine Lenkung der herumwandernden Bewohner von dunkel zu hell erzielt bzw. die Vermeidung dunkler Bereiche genutzt werden, um die Personen am Verlassen der Einrichtung zu hindern [CASE STUDY: Danuvius Haus, Ingolstadt].

Bei der Lichtplanung von Einrichtungen für Ältere ist vor allem auf die veränderte Wahrnehmung [siehe Kap.: 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung] einzugehen, aus der die Notwendigkeit ...

- einer Lichtstärke von 500 Lux in Augenhöhe in Flur und Aufenthaltsbereichen,
- einer Lichtstärke von 2000 Lux in Augenhöhe bei speziellen Sehaufgaben wie Lesen, Handarbeit, Zeichnen, etc.,
- einer indirekten, schatten- und blendfreien Beleuchtung,

- einer blendungsfreien Fensteranordnung (z.B. durch die Vermeidung eines langen, dunklen über die Stirnseite belichteten Gangs oder einen häufigen Wechsels zwischen Wand- und Fensterflächen),
- eines sanften Wechsels der Lichtintensitäten, resultiert.

Bei der Planung wird eine natürliche Belichtung bevorzugt, da das Lichtspektrum der Sonne starken Einfluss auf den Tag-Nacht-Rhythmus, die Produktion von Vitamin D und die Stimmung besitzt. Eine einbündige Typologie sowie ein Atriumbau unterstützen die natürlichen Belichtungsmöglichkeiten und die zeitliche und räumliche Orientierung. Es ist jedoch aufgrund des großen Glasflächenanteils ein außenliegender Sonnenschutz vorzusehen oder durch eine entsprechende Ausrichtung die Überhitzung des Gebäudes zu verhindern.

Da der biologische Rhythmus durch das Lichtspektrum und ebenso durch die künstliche Beleuchtung beeinflusst wird, ist besonders auf die Wahl der Leuchtmittel zu achten. Positive Wirkung zeigen Lichtdecken wie sie im *CASE STUDY: Haus im Park, Bremerhaven* eingesetzt werden.

Automatische Beleuchtungskonzepte, die an Bewegungsmelder gekoppelt sind oder sich an der vorhandenen Lichtintensität orientieren, wurden in der Praxis als problematisch und für die Bewohner als verwirrend beurteilt.

### Schall

Starke langanhaltende akustische Reize führen zu einer Überstimulation und zu Stressreaktionen [siehe Kap.: 5.1.2.3.1 Akustische Wahrnehmung]. Personen, die an einer Demenz-Erkrankung leiden, können solche Störfaktoren nicht verarbeiten und sind daher besonders anfällig. Um eine angepasste akustische Umwelt zu erhalten sollten, ...

- unnötige Geräuschquellen vermieden werden.
- die Lautstärke von Geräten auf die Umgebung und die Tagesverfassung der Bewohner einstellbar sein.
- eine erhöhte Schalldämmung und eine akustische Trennungen zwischen verschiedenen Aufenthaltsbereichen vorgesehen werden.
- mit dem Einsatz von Akustikelementen Nachhalleffekte und direkte Schallreflexion vermieden werden.

## Farbe

Der Einsatz von Farbe unterstützt vor allem die Orientierung, definiert die Raumkanten und erleichtert dadurch die Raumwahrnehmung. Die Trübung der Augenlinsen erschwert die Wahrnehmung von Pastellfarben wodurch der Einsatz von kräftige Farben zu empfehlen ist. Jedoch sollte auf Farbleitsysteme, wie sie in großen Tiefgaragen zu finden sind, verzichtet werden, um eine wohnliche Atmosphäre zu gewährleisten. Übersichtliche und zurückhaltende Konzepte mit unterschiedlichen Farbnuancen für jede Wohngruppe zeigen vergleichbare Orientierungswerte und eine höhere Identifikation mit der Wohnumgebung.

Objekte oder Bereiche mit einer auffällige Farbgebung und starken Kontrast zur Umgebung wecken die Aufmerksamkeit der Bewohner und stellen gut sichtbare Orientierungspunkte dar. Durch die Assoziationsfähigkeit können Farben auch herangezogen werden, um Aussagen über die Nutzung des Raumes zu treffen. So wirkt ein kräftiges Rot im Küchenbereich als anregend, eine sanftes Blau oder Grün im Aufenthaltsbereich entspannend. Ein Farbwechsel zwischen den Zonierungen kann vor allem im Bodenbereich zu Irritationen und Fehlinterpretationen führen.

Da Ältere aufgrund von Gangunsicherheiten und Sehschwächen meist zum Boden blicken, werden Muster oder Farbwechsel im Bodenbelag besonders beachtet. Durch die Erkrankung werden starke Kontraste als physische Barriere wahrgenommen. Der zum Boden gerichtete Blick begünstigt die Wahrnehmung kleinteiliger Muster, die zu ähnlichen Irritationen führen und Schwindelgefühle hervorgerufen. Auch die Farbgebung kann zu Fehlinterpretationen führen, so zeigt sich das ein blauer, glänzender Boden häufig mit rutschigen Flächen wie einer Eisplatte verwechselt wird. Im Gegensatz dazu werden Böden in dunklen, warmen Erdfarben von den meisten Bewohnern als sicher und Halt gebend eingeschätzt. [siehe Kap.: 5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung]

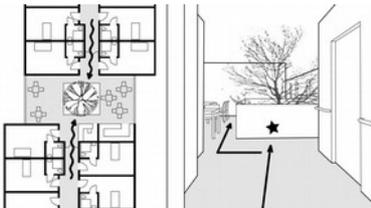


Abb. 134: Danuvius Haus,  
Ingolstadt, 2004,  
Farbleitsystem

### Orientierungsfördernde Architektur

Die Orientierungsfähigkeit ist bestimmend für das Autonomieempfinden und das Wohlbefinden der Bewohner. Wie eben schon erwähnt, unterstützen Farben und Beleuchtung den Orientierungsprozess, jedoch ist die Lesbarkeit, Vorstellbarkeit und Einprägsamkeit der Grundrissorganisation entscheidend [siehe Kap.: 5.1.3 Räumliche Orientierung]. Um dies zu unterstützen empfehlen sich, ...

- einfache Raumgeometrien.
- geradlinige Gänge, die einen leichten Überblick gewähren.
- leicht zu erkennende Wohngruppierungen und Raumkanten.
- Strukturierungen und Unterteilungen langer Gänge in leicht überschaubare Zonierungen.
- aktivierende sowie identitätsstiftende Flurgestaltungen, die auch Möglichkeit zur Aneignung durch die Bewohner bieten und eine monotone krankenhaushähnliche Situation vermeiden.
- direkte Blickbeziehungen zu markanten architektonischen Merkmalen.
- gezielte Ausblicke in die Umgebung zu gewähren, die durch attraktive Situationen wie Gärten, belebte Plätze oder städtische Merkmale die Orientierung und Identifikation fördern.



### Erschließungen

Die Typologien und Erschließungsformen besitzen einen entscheidenden Einfluss auf das Orientierungsvermögen, das durch Zonierungen und klar definierte Funktionsbereiche innerhalb des Gebäudes unterstützt wird.

Für die Wahl der Typologie sind folgende Aspekte relevant:

- die Grundstücksgröße und -proportion,
- die Himmelrichtung und Belichtungsmöglichkeit,
- Lage und Anzahl der Gebäudezugänge sowie der vertikalen Erschließungen,
- Wohnbereichsgröße und deren räumliche Gruppierung (getrennt/geschlossen oder verbunden/offen)
- die entstehenden Weglängen,
- die Orientierungsmöglichkeit und Sichtkontakte innerhalb und außerhalb des Gebäudes,
- die Möglichkeit von Rundläufen.

Daraus können verschiedene Typologien abgeleitet werden, die unterschiedliche Vor- und Nachteile mit sich bringen.

Abb. 135: Darstellung einer direkten Blickbeziehung zu einem architektonischen Referenzpunkt

### Einbündtypologie:

Die Räume werden ausschließlich an einer Seite des Flur positioniert.

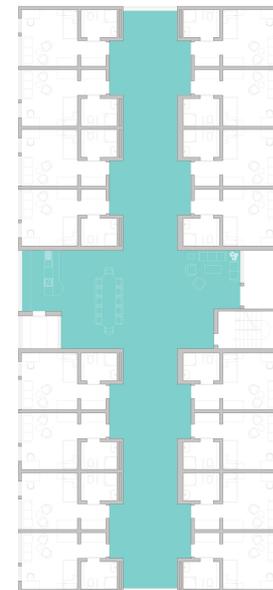
- + gute Belichtung und Belüftung ergibt eine hohe Wohnqualität
- + Sichtkontakt nach Außen unterstützt die Orientierung
- lange Wege sind kostenintensiv, zudem ist das Verhältnis von Verkehrsfläche zu Bewohnerzimmern ungünstig, außer die Flure werden als Zwischenzonen mit Aufenthaltswert gestaltet
- die Flurenden stellen Sackgassensituationen dar, denen entsprechend begegnet werden muss
- eine Gruppenstruktur ist kaum erlebbar



### Zweibündtypologie:

Die Räume befinden sich an beiden Seiten des Flurs.

- + kurze Wege
- erweckt einen monotonen, krankenhaushähnlichen Eindruck, dem durch Auflockerung und Unterteilung entgegengewirkt werden kann
- Tageslichtnutzung über die Stirnseite kann Blendungen der Bewohner hervorrufen
- an den Flurenden ergeben sich Sackgassensituationen, denen entsprechend begegnet werden muss
- Gruppenstruktur ist nicht leicht erkennbar



Durch die Kombination einer einbündigen und zweibündigen Typologie können sowohl die Wege verkürzt, die Flure mit Aufenthaltsbereichen aufgelockert als auch der Lichteinfall sowie der Außenraumbezug verbessert werden.

### Dreibündtypologie:

Zwischen den außenliegenden Bewohnerzimmern wird eine dritte Raumzeile integriert, in der die Dienst-, Nass- und Funktionsräume untergebracht werden.

- + kurze Wege
- + zentrale Versorgungsbereiche
- + kann zu einem Endlosweg entwickelt werden
- die zentralen Räume besitzen keine natürliche Belichtungsmöglichkeit und bieten ein schlechtes Raum- und Arbeitsklima
- die Räume benötigen zudem eine kostenintensive, mechanische Be- und Entlüftung
- durch die gegenüberliegende Zimmeranordnung und die dazwischenliegende Barriere wird die Gruppenbildung der Bewohner erschwert, dem mit einem sozialen Zentrum entgegengewirkt werden kann.

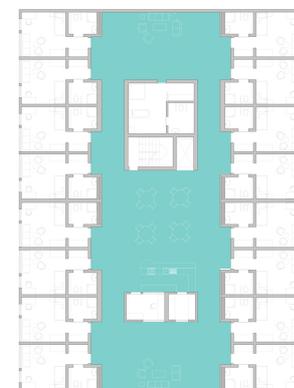
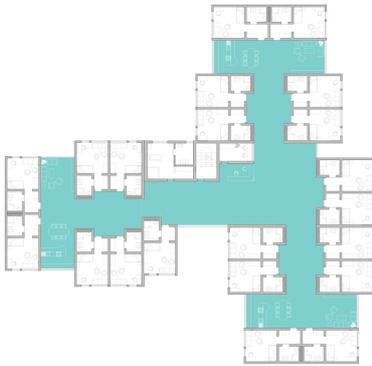


Abb. 136: Darstellung einer Einbündtypologie  
 Abb. 137: Darstellung einer Zweibündtypologie  
 Abb. 138: Darstellung einer Dreibündtypologie

**Cluster:**

Die Bewohnerzimmer gruppieren sich um die Gemeinschaftsbereiche.



- + geringer Verkehrsflächenanteil, da Wege und Gemeinschaftsbereiche sich überschneiden
- + kurze Wege
- das Durchqueren der Gemeinschaftsbereiche führt zur Unruhe
- bei zu großen Wohngruppen entstehen unübersichtliche Raumkonfigurationen
- die Typologie benötigt viel Grundfläche
- die Einrichtungen besitzen eine komplexe, großflächige Außenhülle, die einen hohen Wärmeverlust mit sich bringt

**Kammstruktur:**

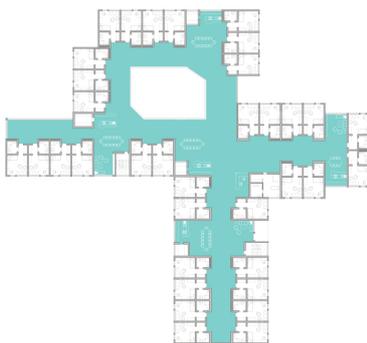
Die Wohnbereiche befinden sich in einbündigen oder zweibündigen Gebäudetrakten, die durch einen Verbindungsriegel zusammengeschlossen werden.



- + klar erkennbare Wohngruppen
- + durch den zentralen Gemeinschaftsbereich entstehen innerhalb der Wohngruppen kurze Wege
- + durch die gleiche Orientierung der Trakte kann jede Wohngruppe optimal belichtet werden
- + das einfache Überblicken der Wohnbereich erleichtert die Arbeit der Pflegenden
- es sind keine Rundwege möglich und die entstehenden Sackgassen führen zu Stressreaktionen der Bewohner

**Flügelstruktur:**

Ähnlich der Kammstruktur, befinden sich die Wohnbereiche in einbündigen oder zweibündigen Gebäudetrakten, jedoch mit unterschiedlicher Ausrichtung, die über einen zentralen Bereich verbunden werden.



- + klar definierte Wohngruppen
- + durch den zentralen Gemeinschaftsbereich bilden sich kurze Wege innerhalb der Wohngruppe
- + durch die differenzierte Orientierung der Wohngruppen entstehen unterschiedliche Qualitäten der Grundrissorganisation und Belichtung, die die Wiedererkennung fördern
- unübersichtliche Gesamtkomposition
- entstehende Sackgassen führen zu Stressreaktionen
- hoher Planungsaufwand

Abb. 139: Darstellung einer Clusterstruktur

Abb. 140: Darstellung einer Kammstruktur

Abb. 141: Darstellung einer Flügelstruktur

Bei Einrichtungen mit einer Kamm- oder Flügelstruktur können klar definierte Wohngruppen gebildet werden. Diese Wohnbereiche bieten eine übersichtliche Struktur, jedoch eine geringe Bewegungsfreiheit. Daher können die Verbindungsbereiche bei entsprechender Gestaltung als Bewegungs- und Erlebnisraum genutzt werden, der eine gesteigerte Lebensqualität der Bewohner mit sich bringt.

#### Atrium:

Die Bewohnerzimmer orientieren sich um einen geschlossenen oder offenen Innenhof.

- + natürliche Belichtung
- + Rundweg
- + Blickbeziehungen
- + geschützter, leicht zu überblickender Außenraum
  
- im Sommer droht Überhitzungsgefahr, daher außenliegender Sonnenschutz notwendig
- lange Wege
- offene Atrien führen zu einer hohen Schallübertragung

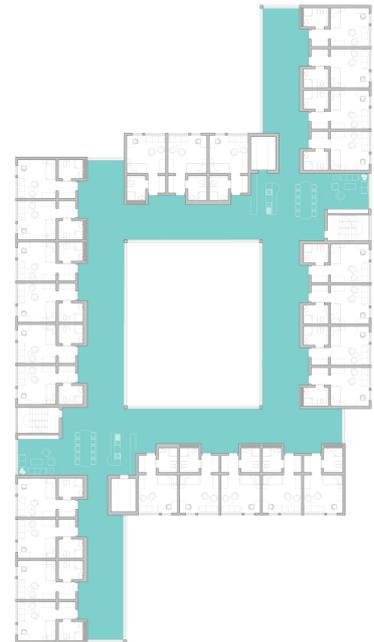


Abb. 142: Darstellung einer Atriumtypologie

## Flure

Da sich die meisten demenzerkrankten Personen kaum in den privaten Zimmern aufhalten, ist die Gestaltung der Flurbereiche von besonderer Bedeutung. Neben der Ausformung als aktivierende Aufenthaltsbereiche sollten diese die Orientierung fördern. Generell sind folgende Aspekte zu beachten:

- Die Wege sind kurz und übersichtlich zu gestalten.
- Bei langen Fluren empfiehlt sich eine Strukturierung durch Farben oder leichte Rücksprünge im Wandbereich sowie das Einfügen eines Zwischenelements (architektonisches Merkmal) als Referenzpunkt, um einen monotonen Eindruck zu verhindern.
- Gebogene Gänge sind zu vermeiden, da diese die Orientierung erschweren und das Sichtfeld begrenzen.
- Breite Flure erhöhen die Aufenthaltsqualität und können so als Zwischenzone oder Gemeinschaftsbereich genutzt werden.
- Das Mindestmaß zwischen den Handläufen beträgt 1.8 m.
- Eine kontrastreiche Farbgestaltung betont die Raumkanten und kann eine leitende Wegführung unterstützen sowie Sehbeeinträchtigungen kompensieren. [siehe Kap.:5.1.2.3.4 Optische Wahrnehmung]
- Durch Überlagerung von raumbildenden Glaselementen, z.B. bei verglasten Atrien, kann ein falscher Raumeindruck entstehen.
- Direkte Blickbeziehungen fördern die Orientierung kognitiv beeinträchtigter Personen.
- Entscheidungen bei der Wegfindung und Richtungswechsel können Stresssituationen auslösen und sind daher zu vermeiden.
- Eine leitende Wegführung kann durch die Beleuchtung, Handläufe und Bodenintarsien unterstützt werden.
- Werden die Flurenden als Sackgassen konzipiert, führt dies zu Situationen, die Erkrankte verunsichern. Es empfiehlt sich den Handlauf und Möblierungen zur Lenkung der Bewegung zu nutzen.
- Rundwege können bei ebenerdigen Wohngruppen in einen vom Pflegepersonal überwachten Außenraum erweitert werden.
- Eine ansprechende Gestaltung kann durch sensorische Elemente, biografische Möblierung oder gezielte Blickbeziehungen zu architektonischen Merkmalen im Innen sowie im Außenraum erzielt werden.

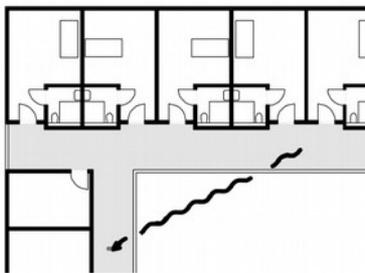
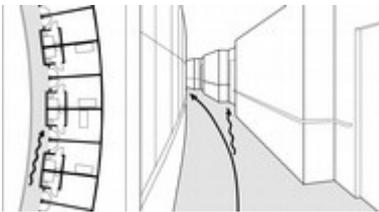


Abb. 143: Darstellung eines eingeschränkten Sichtfelds durch einen gebogenen Flur

Abb. 144: Darstellung überlagerter Glaselemente

Abb. 145: Beispiel einer Sackgassenvermeidung durch lenkende Möblierung

## Bewohnerzimmer

Die Bewohnerzimmer befinden sich in unmittelbarer Nähe der Gemeinschaftsbereiche, um von den Pflegenden schnell erreicht werden zu können. Jedem Zimmer ist ein dazugehöriges Duschbad mit Vorraum angeschlossen. Um nicht direkt aus dem Zimmer in den Gang zu treten, ist eine Vorzone zu empfehlen, die zudem als kleiner Aufenthaltsbereich und Identifikationspunkt genutzt werden kann.

Möglichkeiten zur Ausstattung der Vorzone sind

- eine farbliche Gestaltung und ansprechende Beleuchtung, die die Wiedererkennung fördern,
- eine gemütliche Sitzmöglichkeit, die von allen Herumwandernden zur Erholung genutzt werden kann,
- ein Namensschild, biografische Bilder oder Gegenstände die Erinnerungen wecken
- eine Klingel sowie ein Briefkasten, der den privaten Charakter der Bewohnerzimmer unterstreicht.

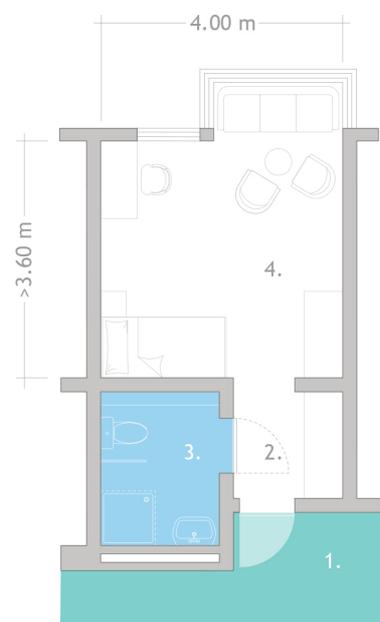


Die Breite der Zimmertür ist mit 80cm ausreichend, auch eine geteilte Stand- und Bedarfstür ist nicht nötig, da im Notfall eine schmale Transportliege verwendet werden kann.

Der Vorraum, von dem aus das Duschbad und das eigentliche Zimmer betreten wird, ist mit einer Garderobe und einem Spiegel, der im Falle auftretender Halluzinationen entfernt werden kann, ausgestattet. Um die Arbeit der Pflegenden zu unterstützen, können im Vorraum dezentrale Lagerflächen vorgesehen werden, die z.B. ein Kühlfach für die speziellen Medikamente des Bewohners beinhalten. Jedoch muss dieses Fach immer verschlossen sein und darf nur vom Pflegepersonal geöffnet werden, was bei den Bewohnern den Eindruck der Bevormundung erweckt.

Das mindestens 4,5 m<sup>2</sup> große Duschbad ist barrierefrei mit rutschfesten Fliesen, unterfahrbarem Waschbecken, schwellenloser Dusche und Haltegriffen sowie einer Sitzgelegenheit in Reichweite des Notrufschalters und einer Ablagefläche zu gestalten. Wichtige Elemente wie die Toilette und die Haltegriffe können durch einen farbigen Kontrast von den umgebenen Flächen hervorgehoben werden, um so für die Bewohner leichter in Erscheinung zu treten. Um bei einem Unfall einen schnellen Zugang ins Bad zu ermöglichen, wird eine Schiebetür oder eine nach außen aufgehende Flügeltür empfohlen.

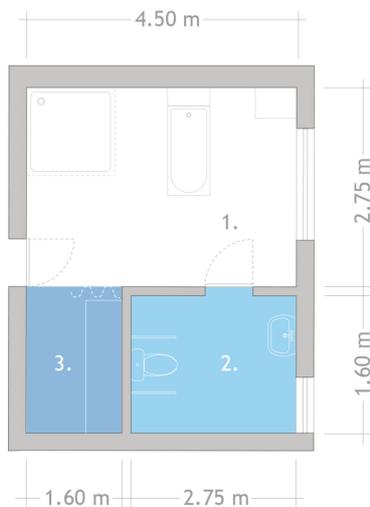
Die Bewohnerzimmer besitzen eine lichte Raumbreite von mindestens 4 Metern, um verschiedene Möblierungsvarianten zu ermöglichen. Eine natürliche Belichtung des Raums wird durch einen zwei- bis dreiseitig verglasten Erker begünstigt. Eine Nordorientierung ist dabei



1. Vorzone
2. Vorraum
3. Duschbad
4. Bewohnerzimmer

Abb. 146: Beispiel einer Vorzone  
Abb. 147: Grundrissvariante:  
Bewohnerzimmers

grundsätzlich zu vermeiden. Gegen eine sommerliche Überhitzung empfiehlt sich ein außenliegender Sonnenschutz, der von den Bewohnern leicht reguliert werden kann. Dafür können auch Vorhänge und Gardinen genutzt werden, die zudem eine wohnliche Atmosphäre erzeugen. Diese wird auch durch die Möblierung mit eigenen Gegenständen unterstützt. Sichtbeziehungen zum Außenraum oder dem Gemeinschaftsbereich fördern die Identifikation und das Sicherheitsgefühl. Dabei bietet eine niedrige Parapethöhe von ca. 50 cm einen ungehinderten Ausblick in liegender sowie im sitzender Position.



1. Pflegebad
2. rollstuhlgerechte Toilette
3. Abstellraum



Abb. 148: Beispiel einer Pflegebadgestaltung

Abb. 149: Grundrissvariante: Pflegebad

Abb. 150: Beispiel eines offen gestalteten Pflegestützpunkts

### Pflegebad

Ein Pflegebad ermöglicht den Bewohnern ein entspannendes Baden oder therapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Da die Benutzung nicht zur täglichen Routine gehört, genügt ein Pflegebad pro 25 Bewohner. Ein Pflegebad sollte, ...

- einen Mindestgröße von 18 m<sup>2</sup> aufweisen, um dem Badenden und dem Pflegenden genügend Platz zu gewähren.
- eine zentrale Lage innerhalb des Gebäudes einnehmen.
- die Privatsphäre der Bewohner schützen, daher ist ein Vorbereich zu empfehlen, der bei geöffneter Tür einen Blick zur Badewanne verhindert.
- eine dreiseitig zugängliche Badewanne, eine schwellenlose Dusche, ein unterfahrbares Waschbecken sowie ein direkt angegliedertes rollstuhlgerechtes WC beinhalten.
- ein angenehmes Raumklima besitzen, das durch eine Fußbodenheizung, natürliche Belichtung und Entlüftung unterstützt wird.
- keine klinische oder technische Atmosphäre vermitteln, daher sind alle pflegerischen Geräte und Hilfsmittel in einem angegliederten Lagerraum zu verstauen, der bei Bedarf schnell erreichbar ist.

Neben der Nutzung als Pflegebad ist auch eine Verwendung als Fußpflegebereich oder Friseursalon möglich.

### Dienstzimmer

Das Dienstzimmer befindet sich an einer zentralen Stelle der Wohngruppe, um den Pflegenden den Überblick zu erleichtern. Dabei kann die Anbindung an einen Gemeinschaftsbereich sowie eine farbliche Hervorhebung des Pflegestützpunkts das Auffinden bzw. die Orientierung der Bewohner unterstützen. Die Kombination eines geschlossenen Bereichs - der für Teambesprechungen, zur Erholung während des Nachtdienst und zur Verwahrung von Medikamenten und Behandlungsmaterial genutzt wird - und eines offenen Bereichs - der durch die ständige Präsenz den Bewohnern Sicherheit vermittelt - ist zu empfehlen.

## Gemeinschaftsbereich

Die Funktionen der Gemeinschaftsräume, ob Essbereich, Küche, kommunikativer Wohnbereich etc., werden durch eine entsprechende Gestaltung und eindeutige Möblierung für die Bewohner klar erkenntlich. Vor allem dem Küchenbereich, der zudem eine anonyme Speiseversorgung vermeidet, die an ein Krankenhaus oder Restaurant erinnert, wird eine hohe Bedeutung im gemeinschaftlichen Alltag zugesprochen. Um die Fähigkeiten der Bewohner zu fördern, empfiehlt sich ein offener Küchenbereich, durch den die Bewohner bei leichten Arbeitsschritten miteinbezogen werden können. Dafür müssen Arbeitsflächen und Waschbecken unterfahrbar und das Geschirr sowie Besteck und Tischwäsche leicht aufzufinden sein. Neben dem offenen Küchenbereich ist zudem ein abgeschlossener Raum vorzusehen, der als Vorratsraum und für lärmende Arbeitsschritte genutzt werden kann, um die Bewohner nicht zu belästigen.

Die Essbereiche sollten unterschiedliche Tischstellungen zulassen. Eine hohe Flexibilität wird durch einen offenen Essbereich ermöglicht, der jedoch eine visuellen Abschirmung benötigt, um ungestört eine Mahlzeit einzunehmen zu können. In Sichtweite der Gemeinschaftsbereiche ist eine gut erkennbare, rollstuhlgerechte Toilette zu positionieren, die während des Tages von allen Bewohner benutzt werden kann.

Die Nutzung der Wohnbereiche wird vor allem durch die Lage und die Offenheit bestimmt. Die Erfahrung zeigt, dass ein offener Wohnbereich eher genutzt wird als ein geschlossener. Ebenso wird ein zentraler Wohnraum in der Nähe des Dienstzimmers eher aufgesucht als ein abgelegener. Generell sind Aufenthaltszonen mit unterschiedlichen Qualitäten vorzusehen. Abgelegene Aufenthaltsbereiche, z.B. die Vorzonen der Bewohnerzimmer, sollten einen Blickbezug zu Aktivitätsbereichen oder einen Pflegestützpunkt aufweisen.

## Außenraum

Jeder Wohngruppe ist ein gemeinschaftlicher Außenraum zuzuordnen, der über den Wohnbereich schwellenlos erreichbar ist und vom Dienstzimmer aus überblickt werden kann. Die Aufenthaltsbereiche im Freien sind wind- und wettergeschützt auszubilden und bieten den Bewohnern mit ihren Rollstühlen und Liegebetten genügend Platz. Bei der Gestaltung der Terrassen ist vor allem auf einen ungehinderten Ausblick im Sitzen wie im Liegen zu achten. Bei der Gartengestaltung muss auf die Einschränkungen der Bewohner eingegangen, die Überschaubarkeit für das Personal gewährleistet und eine mögliche Flucht der Bewohner verhindert werden. Da hohe Zäune das Gefühl des Eingesperrtseins vermitteln, empfiehlt sich eine geschlossene Hecke, die sich in die Gartengestaltung einfügt, jedoch niedrig genug ist, um den Überblick zu gewähren. Die Wegführung und die Dichte der Bepflanzung ist vom Stadium der Krankheit und den damit verbundenen Einschränkungen abhängig [siehe Kap.: 5.1.1.5.3 Gartentherapie]. Um Stolperfallen zu vermeiden, werden befestigte Wege mit Handlauf



Abb. 151: Haus Maria Gail, Villach, 2010, offener Gemeinschaftsbereich, Foto: Paul Ott

vorgesehen, die eine kontrastreiche Abgrenzung zu den Beet- und Rasenflächen darstellen. Die Orientierung kann durch gut sichtbare Merkmale wie einen großen Baum oder einen farbig gestalteten Zugang zum Gebäude unterstützt werden.

### Fenster



Bodentiefe Verglasung sind kritisch zu bewerten, denn sie suggerieren den meist sehbeeinträchtigten Personen freien Durchgang. Um Unfälle und eventuelle Verletzungen zu verhindern, können vorgelagerte Handläufe oder Fensterriegel im Sichtfeld der Bewohner vorgesehen werden.

### Ausgang

Die Weglauftendenz der Bewohner stellt ein hohes Risiko dar. Um ein unbemerktes Verlassen zu verhindern, werden die Ausgänge gesichert. Da der Zugang ins Freie von den Bewohnerzimmern nicht kontrolliert werden kann, wird darauf verzichtet. Bei klar erkennbaren Ausgängen, die mitunter verglast sind, steigert sich die Weglauftendenz der Bewohner. Wenn diese Türen für die Bewohner verschlossen sind, reagieren viele frustriert oder aggressiv und sind schwer zu beruhigen. Um solche Konflikte zu vermeiden, können folgende Maßnahmen angewandt werden:

- Die Ausgänge werden parallel zur Laufrichtung der Flure positioniert, um ein direktes darauf Zugehen zu verhindern.
- Kontrastarme Türgestaltungen werden von den Bewohnern weniger wahrgenommen.
- Ein ähnlicher Effekt wird durch einen wandfarbenen Vorhang erreicht.
- Wirkt der Bereich vor dem Ausgang sehr dunkel, wird dieser von den Bewohner vermieden.
- Da sich die Bewohner gern in der Gemeinschaft aufhalten, kann sich der Ausgang in einem abgelegenen Bereich befinden, der jedoch die Überwachung erschwert, falls Konflikte auftreten.
- Das Verlassen kann auch über das Dienstzimmer erfolgen, das ohnehin ständig besetzt ist und als eine Art Vorraum fungiert.



### Bodenbelag

So wie in allen öffentlichen Bereichen werden die Bodenbeläge auch in Alters- und Pflegeheimen stark beansprucht. Die Wahl des Bodenbelags beeinflusst die Gangsicherheit sowie die wohnliche Atmosphäre. Da durch den schlurfenden Gang vieler Bewohner schon kleine Unebenheiten zu Stolperfällen werden, sind die Böden schwellenlos und rutschfest zu verlegen. Weiters sollte eine Fußbodenheizung vorgesehen werden, da viele Bewohner ohne Schuhe durch die Einrichtung laufen. Um den wohnlichen Charakter der Einrichtung zu verstärken, bieten sich fest verlegte Teppichböden an, die zudem eine schallschluckende Wirkung besitzen. Hochflorige Teppiche sind jedoch zu vermeiden, da sie beim

Abb. 152: Beispiel markanter Fensterriegel

Abb. 153: Beispiel einer kontrastarmen Türgestaltung

---

Befahren mit Rollatoren oder Rollstühlen zu viel Widerstand leisten. Aus hygienischen Gründen ist im Essbereich auf einen Teppichboden zu verzichten. Hier kann ein Linoleumbelag oder alternativ ein PVC- Boden verlegt werden. Um ein krankenhaushähnliches Erscheinungsbild zu vermeiden, können pflegeleichte PVC- Böden in Holzoptik verwendet werden.

Die Wahl der Farbe und der Reflexionsgrad der Oberfläche kann bei den Bewohnern zu Irritationen und Gangunsicherheiten führen. So werden blaue spiegelnde Flächen eventuell als rutschige Eisflächen interpretiert. Auch ein harter Farbwechsel im Bodenbelag kann als physische Barriere missverstanden werden.



## 8 EXKURS: Grundlagen einer Krankheit

### 8.1 Das Gehirn

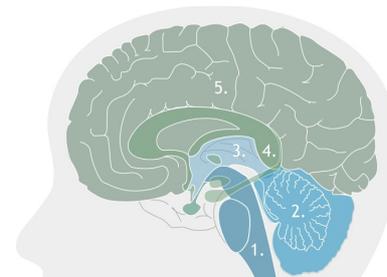
Als Demenz bezeichnet man die Folgen einer chronischen oder fortschreitenden Hirnerkrankung, die die Persönlichkeitsmerkmale sowie die intellektuellen Fähigkeiten (wie Lernen, Gedächtnisfunktion, Informationsverarbeitung, Urteilen bzw. Handeln, Orientierungsvermögen, Sprache und mathematische Fähigkeiten) beeinträchtigt.

Um diesen Vorgang besser verstehen zu können, wird in diesem Kapitel die Arbeitsweise des Gehirns erläutert. Dabei werden der Aufbau des Gehirns, die Grundlagen der Informationsverarbeitung, der Verlauf der Krankheit und die Auswirkungen auf das Verhalten thematisiert.

#### 8.1.1 Der Aufbau des Gehirns

Als lebenswichtiges Organ erfordert das Gehirn besonderen Schutz. Es befindet sich im Schädelknochen und ist von Liquor (*Cerebrospinalflüssigkeit*) umgeben, der in den vier Hohlräumen (*Ventrikeln*) gebildet wird. Durch diese klare Flüssigkeit wird das Gehirn vor Erschütterungen und Stößen geschützt.<sup>314</sup>

Das Gehirn besteht aus dem Hirnstamm [1.] (Grundfunktionen, Schlafen & Erwachen, Blutkreislauf, Atmung und Aufmerksamkeit), dem Kleinhirn [2.] (automatische Bewegungsabläufe, Körperhaltung, Koordination, räumliches Denken, Gleichgewicht), dem Zwischenhirn [3.] (Steuerung des Hormonhaushaltes), dem Limbischen System [4.] (Emotionen - Teil des Wahrnehmens und Erinnerns) und dem Großhirn [5.] (Denken und Informationsverarbeitung).



#### 8.1.2 Die Lappen des Großhirns

Das Großhirn wird wiederum in fünf Areale unterteilt, die als Lappen bezeichnet werden. Einige dieser Areale werden durch zwei prägnante Furchen geteilt.

Im vorderen Bereich des Schädels befindet sich der Stirnlappen [1.] (*Frontallappen*). In diesem Areal wird der „Sitz der Persönlichkeit“ lokalisiert. Das bedeutet, dass in diesem Bereich die jeweiligen Regeln für das soziale Verhalten abgespeichert sind. Zudem werden hier Handlungspläne entworfen und Prioritäten gesetzt.<sup>315</sup>

Daran anschließend, jedoch durch die Zentralfurche getrennt, befindet sich der Scheitellappen [2.] (*Parietallappen*). Dieses Areal ist das Zentrum des räumlichen Denkens. Nahe der Zentralfurche befindet sich der *somatosensorische Sensor* - ein Bereich in dem die haptische Wahrnehmung verarbeitet wird.<sup>316</sup>

Im hinteren Bereich des Schädels befindet sich der Hinterhauptslappen [3.] (*Okzipitalappen*), der auch als visueller Cortex bezeichnet wird

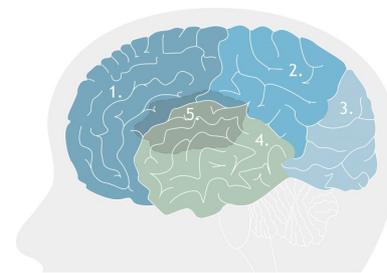


Abb. 154: Der Aufbau des Gehirns  
Abb. 155: Die Lappen des Großhirns

<sup>314</sup> Vgl. Pinel/ Pauli 2007, 72f.

und die gesehenen Informationen sowie Vorstellungsbilder verarbeitet.<sup>317</sup>

An den Seiten befinden sich die Schläfenlappen [4.] (*Temporallappen*), die das primäre Hörzentrum beinhalten. Neben der Verarbeitung akustischer Reize ist der Schläfenlappen in Verbindung mit dem *Hippocampus* (der wegen seiner Form auch als Seepferdchen bezeichnet wird) verantwortlich für die Fähigkeiten des bewussten Lernens, die Informationsverarbeitung und die Bildung von Langzeiterinnerungen.<sup>318</sup>

Der fünfte Lappen wird als Insel [5.] (*Lobus insularis*) bezeichnet und befindet sich hinter den Schläfenlappen und unter Stirn- und Scheitellappen. Hier werden Gerüche verarbeitet und emotionale Bewertungen vorgenommen.<sup>319</sup>

### 8.1.3 Informationsverarbeitung

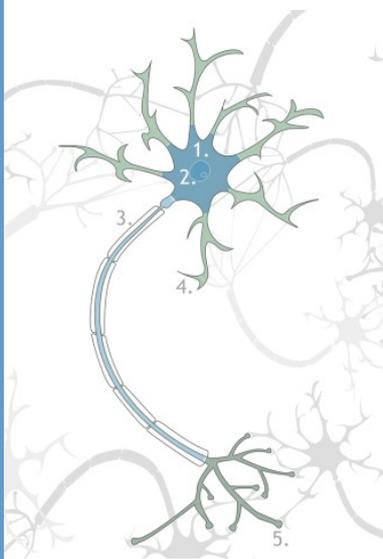
Die Informationsverarbeitung beziehungsweise Informationsweiterleitung wird durch die neuronalen Nervenzellen (*Neuronen*) die über *Synapsen* verbunden sind, bewerkstelligt.

Jede Nervenzelle besteht aus einem Zellkörper [1.], mit innen liegendem Zellkern [2.], der sich in ein Axon [3.] und unzählige Dendriten [4.] verzweigt. Die Dendriten bilden den Impulseingang für Informationen, die als elektrische Ladung innerhalb der Nervenzelle weitergeleitet werden.

Der elektrische Impuls wird durch das myelinbeschichtete\* Axon (*Neurit*) geleitet, an dessen Ende sich die synaptischen Endknöpfchen [5.] befinden. Hier sorgt der elektrische Impuls für die Freisetzung bestimmter chemischer Botenstoffe, die auch Neurotransmitter genannt werden.

Diese Botenstoffe werden in den synaptischen Spalt, den Zwischenraum zwischen synaptischen Endknöpfchen und den Dendriten der nächsten Nervenzelle, abgegeben und docken an die Rezeptoren des besagten Dendriten an. Die Neurotransmitter bewirken eine Änderung der Durchlässigkeit der Zellmembran und so eine Spannungsverschiebung, die einen elektrischen Impuls erzeugt.

Durch dieses System von elektrischer Spannung über chemische



315 Vgl. Gassen 2008, 29f.

316 Vgl. Gluck/ Mercado/ Meyers 2010, 48f.

317 Vgl. Ebda., 57.

318 Vgl. Pinel/ Pauli 2007, 90.

319 Vgl. Macedonia/ Höhl 2012, 121f.

\* Myelin ist eine fettartige Isolierschicht die die elektrische Leitfähigkeit verbessert. Diese Beschichtung ist in oft genutzten Bereichen stärker ausgeprägt um die Verarbeitung der Informationen zu beschleunigen. Je öfter die Nervenzelle angeregt wird desto mehr Verknüpfungen entstehen, die diese Isolierschicht verstärkt. Vgl. Macedonia/ Höhl 2012, 19.

Reaktion zu elektrischer Spannung werden alle Informationen in unseren Gehirn weitergeleitet und verarbeitet.<sup>320</sup>

#### 8.1.4 Arten des Gedächtnisses

Das Gedächtnis unterteilt sich in verschiedene Gedächtnisbereiche, die ständig zusammenarbeiten.

##### Sensorisches Gedächtnis

Das sensorische Gedächtnis wird auch Ultrakurzzeitgedächtnis (UKZG) genannt. Es verarbeitet in einem Sekundenbruchteil die eingehenden Umweltreize wie Sehen, Hören, Fühlen, Riechen und Schmecken. Nur wenn die Aufmerksamkeit auf einen Reiz gerichtet und diesem eine Bedeutung zugemessen wird, wird die Information weiter in das Arbeitsgedächtnis geleitet.

##### Arbeitsgedächtnis

Es wird auch Kurzzeitgedächtnis (KZG) genannt, da sich die Informationen nur zwischen Sekunden bis wenigen Minuten in diesem Speicher halten können. Wird die Information in dieser Zeit nicht bearbeitet, das heißt wird keine Verknüpfung zu bestehenden Informationen im Langzeitgedächtnis erstellt, wird die Information umgehend vergessen.

##### Langzeitgedächtnis

Im Langzeitgedächtnis (LZG) sind alle Informationen, Gefühle, Fähigkeiten, Regeln und Normen, Urteile und Entscheidungssysteme sowie Wörter, Sprache und ähnliches gespeichert, die aus dem Arbeitsgedächtnis weitergeleitet wurden. Es ist der Wissensspeicher des Menschen, der seine Wahrnehmung und sein Verhalten bestimmt.

Das Langzeitgedächtnis wird in zwei weitere Kategorien unterteilt:

Das **deklarative Gedächtnis** (bewusstes / explizites Gedächtnis) speichert abstrakte Informationen und teilt sich in zwei Bereiche. Erstens in das semantische Gedächtnis, das aus erlernten Wissen und allgemeinen Weltwissen ohne autobiografischem Bezug besteht.

Der zweite Bereich wird episodisches Gedächtnis genannt. Die hier abgespeicherten Informationen besitzen einen persönlichen, autobiografischen Bezug wie Erinnerungen an Geburtstage, Urlaube, Hochzeiten oder ähnliches.<sup>321</sup> Bei autobiografischen Informationen spielt der Kontext und die emotionale Bedeutung eine entscheidende Rolle.<sup>322</sup>

Das **non-deklarative Gedächtnis** (unbewusstes / implizites Gedächtnis) bearbeitet unbewusste Informationen und Reize, die wiederum in zwei Bereiche geteilt werden. Ein Teil dieses Gedächtnissystems wird als prozedurales Gedächtnis bezeichnet

<sup>320</sup> Vgl. Pinel/ Pauli 2007, 74 f.

<sup>321</sup> Vgl. Held/ Ermini- Fünfschilling 2006, 8.

<sup>322</sup> Vgl. Buchner/ Brandt 2002, 501f.

und speichert Verhaltensroutinen, wie tägliche Tätigkeiten, etwa Schuhe binden, sowie automatisierte Bewegungsabläufe, die zum Beispiel bei sportlichen Aktivitäten, Musizieren oder Autofahren benötigt werden. Aber es ist auch aktiv bei Fertigkeiten, die Sprache betreffend oder das Auswendiglernen von Gedichten. Der zweite Bereich wird als Priming oder Bahnung bezeichnet. Durch die „erhöhte Wiedererkennungswahrscheinlichkeit von wiederholt präsentierten Merkmalen oder Merkmalseigenschaften“<sup>323</sup> kann das Gehirn neue Reize schneller verarbeiten. Dieser Assoziierungsprozess geschieht meist unbewusst. So entsteht im Kopf das Bild eines Baumes auch wenn nur ein kleiner Zweig oder Blätter zu sehen sind.

Zwischen diesen beiden Kategorien agiert das perzeptuelle Gedächtnis, das durch Wiedererkennung und Einordnung von Objekten oder Umweltfaktoren die Anpassung und Orientierung an veränderte Strukturen ermöglicht. Dieser Prozess geschieht zum Teil bewusst sowie unbewusst.



## 8.2 Das Gedächtnis im Alter

Die Gehirnstruktur verändert sich kontinuierlich im Laufe des Lebens. Lange Zeit glaubte man, dass sich nur in jungen Jahren das Gehirn und somit auch die kognitiven Fähigkeiten ausbilden. Die Forscher gingen davon aus, dass ab dem dreißigsten Lebensjahr zwangsläufig ein Prozess der Verschlechterung der Gedächtniskapazität einsetzt, da man vermutete, dass zu dieser Zeit die Nervenzellen abzusterben beginnen.

Nachfolgende Studien wie die von Raymond Cattell und John Horn beweisen, dass dem nicht so ist. Zwar werden tatsächlich Neuronen abgebaut, jedoch bleibt die Möglichkeit neue Verbindungen (Synapsen) im Gehirn zu bilden bis ins hohe Alter erhalten. Diese als Plastizität bezeichnete Fähigkeit und die Anhäufung neuronaler Reserven stellen sich dem Zellverlust im Alter entgegen.

Diese natürlichen Veränderungen des Gehirns haben Auswirkungen auf den alternden Menschen. Das Vergessen von Kleinigkeiten oder eine verlangsamte Reaktionszeit<sup>324</sup> sowie eine Verschlechterung der Orientierungsfähigkeit können normale Alterserscheinungen sein und deuten nicht zwangsläufig auf eine Demenz hin.

### 8.2.1 Defizitmodell der Intelligenz

Die falsche Annahme, dass die Gedächtniskapazität ab dem dreißigsten Lebensjahr abnimmt, geht auf die Entwicklung des Defizitmodells der Intelligenz zurück.

Sie war die Erkenntnis einer Studie, die während des ersten Weltkrieges in Amerika durchgeführt wurde, um geeignete Rekruten für eine Offizierskarriere auszuwählen. Die Psychologen der *American Psychological Association* entwickelten ein Testverfahren, das die jungen Rekruten und die erfahrenen Offiziere verglich.

Die Ergebnisse wurden 1921 von dem Psychologen Robert Yerkes veröffentlicht. Er wies jedoch damals schon darauf hin, dass die Aufzeichnung, wonach sich ab dem dreißigsten Lebensjahr schon Altersdefizite bemerkbar machen, keine große Aussagekraft besitzen.

Die Testung wurde aufgeteilt in die Bereiche Wortassoziation (die einen Zeitfaktor beinhaltete), Muster aus dem Gedächtnis nachzeichnen, einen Satz aus vorgegebenen Wörtern bilden und Satzfragmente zusammenzufügen.

Die Älteren erreichten bei der Betrachtung des Wortschatzes, der Urteilsfähigkeit und dem Auffassungsvermögen höhere Punkte als die jüngeren Probanden. Da der Test aber zudem das Reaktionsvermögen, geistige Flexibilität und dergleichen beurteilte, lagen die jüngeren mit der Gesamtpunktzahl vor den älteren Testpersonen. Dies wurde als Abbauprozess der geistigen Fähigkeiten gedeutet. Zudem wurde die Auswahl der Vergleichsgruppen bemängelt, da sich die Personen in

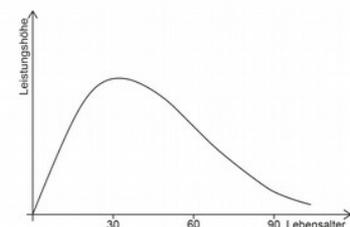
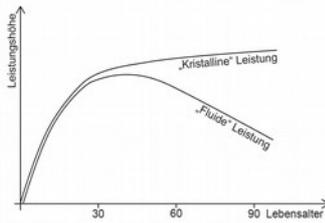


Abb. 158: Defizitmodell der Intelligenz

324 Vgl. Heuser 2003, 21.

Betrachtung des Gesundheitszustandes, der sozialen Stellung sowie der Schulbildung stark unterschieden.<sup>325</sup>



### 8.2.2 Strukturtheorie der Intelligenz

Heute wird die Intelligenz als ein vielschichtiges System betrachtet. Die Psychologen Raymond Cattell und John Horn stellten zwei unterschiedliche Faktoren fest, die sie als kristalline (feste) und fluide (flüssige) Intelligenz bezeichnen.

#### Kristalline Intelligenz

Die kristalline Intelligenz ist das Resultat alles Erlernten und von kulturellen sowie sozialen Einflüssen abhängig. Dazu werden die Inhalte des non-deklarativen Gedächtnisses (wie Verhaltensweisen, Rechnen, Sprachwissen ect.) sowie des deklarativen Gedächtnisses (z.B. Faktenwissen) gezählt. Die kristalline Intelligenz ist vom Alterungsprozess unabhängig und kann nur durch eine Erkrankung des Gehirns oder durch das Vernachlässigen bestimmter Funktionen verloren gehen.

#### Fluide Intelligenz

Die fluide Intelligenz hingegen, die ein Ausdruck der kognitiven Grundfunktionen ist, zeigt eine schlechtere Leistungsfähigkeit im Alter.

Sie ist genetisch bestimmt und beschreibt die Aufnahme- und Verarbeitungsgeschwindigkeit von Informationen. Dadurch können Aufgaben analysiert und Lösungsansätze formuliert werden. Die Funktionen, denen die Leistungsfähigkeit und Lernkapazität sowie logisches und vernetztes Denken zugeordnet werden, befähigen sich an neue Situationen anzupassen.

Die fluide Intelligenz ist zum Teil von der kristallinen Intelligenz abhängig, da bereits gespeichertes Wissen oder Handlungsweisen zur Lösung einer Aufgabe herangezogen werden.

### 8.3 Was ist Demenz?

Demenz bildet einen Überbegriff für alle Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns, welche Gedächtnisfunktionen sowie die Orientierung oder Sprache beeinträchtigen.

Als Demenz werden die Folgen einer anhaltenden oder zunehmenden Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten bezeichnet. Dabei sind Persönlichkeitsmerkmale ebenso wie Gedächtnisfunktionen, planende und entscheidende Funktionen sowie die Orientierungsfähigkeit und sprachliche Fähigkeiten betroffen.

Als Anfangssymptome der Erkrankung können meist Veränderungen in der emotionalen Verarbeitung, der Motivation und des sozialen Umgangs beobachtet werden.<sup>326</sup>

## Formen der Demenz

Die Ursachen einer Demenzerkrankung können sehr unterschiedlich sein, so zählen die *Alzheimerdemenz*, die *Frontotemporale Demenz*, die *Lewy-Körperchen-Demenz* und die *Parkinsondemenz* zu den neurodegenerativen Erkrankungen, in deren Verlauf die Nervenzellen des Gehirns zerstört werden.

Weitere Formen der Demenz, wie zum Beispiel die *vaskuläre Demenz* entstehen durch Gefäßverengungen und die dadurch auftretenden Durchblutungsstörungen der Gehirnareale.

Aber auch Mischformen oder sogenannten sekundären Demenzformen, die durch *Multiple Sklerose* oder Stoffwechselstörungen im Gehirn erzeugt werden, sind bekannt.<sup>327</sup>

Zwischen 55 - 75 % der auftretenden Demenzen haben ihren Ursprung in der Alzheimererkrankung.<sup>328</sup> Somit stellt die Alzheimer-Krankheit die häufigste Ursache bei Demenzerkrankungen dar und wird deshalb in Folge genauer betrachtet.

### 8.3.1 Neurobiologie der Alzheimer Demenz

Die Alzheimer-Krankheit zeigt sich im Gehirn durch degenerative Veränderungen der Nervenzellen, beziehungsweise anhand der Folgen, der Unterbrechung synaptischer Informationsverarbeitung.

Werden an den Gehirnzellen Eiweiße abgelagert, spricht man von *senilen Plaques*. Diese stören die Reizübermittlung und verhindern die Signalübertragung im Gehirn.

Ablagerungen innerhalb der Nervenzellen werden als *Alzheimer-Fibrillen* bezeichnet und bestehen aus Tau-Proteinen. Durch diese Ablagerungen wird der Hirnstoffwechsel gehemmt und der Nährstofftransport zu den Gehirnzellen bzw. der Abtransport von Schlackenstoffen beeinträchtigt. Als Folge der Ablagerungen entstehen mikroskopisch kleine Hirninfarkte.<sup>329</sup>

Anfangs sind nur kleine Areale der Hirnrinde betroffen. In dieser präklinischen Phase werden lange Zeit keine Symptome einer Erkrankung wahrgenommen.<sup>330</sup>

Im Verlauf der Krankheit bildet sich das Hirngewebe zurück und die Hirnkammern, die *Ventrikel*, welche die Hirnflüssigkeit beinhalten, zeigen sich stark erweitert.<sup>331</sup> Durch das Absterben der Neuronen kann sich die Masse des Gehirns um bis zu 20 % verringern.<sup>332</sup> Greift die Krankheit auf den *Hippocampus* über, führt dies zu Problemen bei der

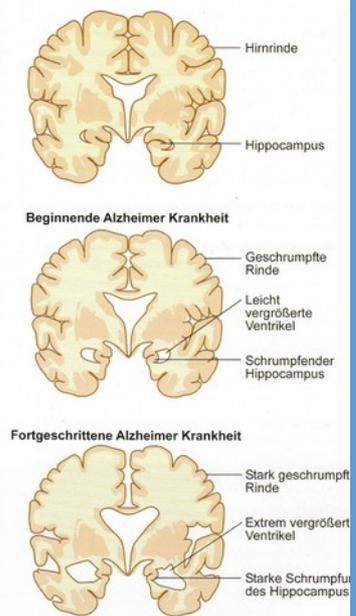


Abb. 160: Schema der Veränderungen der Hirnstruktur während des Krankheitsverlaufs

327 Vgl. Müller, o.S.

328 Vgl. Bernhofer 2007, 64.

329 Vgl. Maier 2002, 18.

330 Vgl. Ebda., 47.

331 Vgl. Alzheimer Forschung, o.S.

332 Vgl. Gerschlager/ Baumgart 2007, 101.

Informationsverarbeitung und zu Gedächtnisstörungen. Die Betroffenen klagen über Vergesslichkeit, beziehungsweise über eingeschränkte Leistungsfähigkeit im Beruf und Alltag. (=Vor-Demenz-Phase)<sup>333</sup>

Die Auswirkungen der Krankheit sind bei jedem Menschen unterschiedlich stark. So können Personen mit vielen Plaques ohne Auffälligkeiten ihr Leben gestalten. Andere zeigen wiederum schon bei wenigen Veränderungen im Gehirn extreme Auswirkungen.<sup>334</sup> Dieser Umstand wird auf die Plastizität des Gehirns zurückgeführt. Durch eine vielfältige Nutzung der unterschiedlichen Gehirnareale entstehen immer neue Verbindungen, die als neuronale Reserven im Falle einer Erkrankung einen Puffer darstellen.

### 8.3.2 Stadien der Demenz

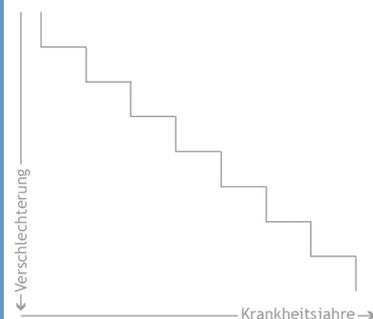
Eine Demenzerkrankung ist ein langwieriger stetiger Prozess, der sich in verschiedene Stadien oder auch Phasen unterteilt und so Rückschlüsse auf die noch vorhandenen Kompetenzen ergibt.

Der Krankheitsverlauf entwickelt sich langsam und zeigt charakteristische defizitäre Sprünge in den Fähigkeiten, die durch weitere Erkrankungen oder Unfälle beeinflusst werden können. So ist zu beobachten, dass einfache Tätigkeiten, wie zum Beispiel Kaffee kochen, von einem auf den anderen Tag nicht mehr möglich sind. Dann treten wieder lange Phasen des Stillstands auf, in der keine Verschlechterung feststellbar ist. Aber auch kurzweilige Verbesserungen konnten beobachtet werden, die meist in Zusammenhang mit positiven sozialen Einflüssen auf Grund der Pflege und Betreuung stehen.<sup>335</sup>

Bei der Analyse des Krankheitsverlaufs bemerkte der amerikanische Alzheimerforscher Barry Reisberg, dass sich die geistigen sowie die funktionalen Fähigkeiten der Patienten gegengleich zu den Fortschritten im Kindesalter entwickeln. Dieser Prozess wird als Retrogenese bezeichnet.

Erst im Alter zwischen fünf und sieben Jahren entwickelt ein Kind die Fähigkeit seine Kleidung entsprechend dem Wetter auszuwählen. Im Laufe der Erkrankung geht diese Fähigkeit verloren und so geschieht es, dass die Person im Winter das Haus in Sandalen verlässt. In solchen Fällen muss die Betreuungsperson Feingefühl beweisen, denn auf Ermahnungen reagieren die meisten Patienten wie ein trotziges Kind. Reisberg vermutet, dass das aggressive und ängstliche Verhalten vieler Patienten eine „psychische Reaktionsweise auf die chronische Überforderung ist, wie man sie auch bei überforderten Kindern beobachten kann.“<sup>336</sup> Der richtige Umgang mit den Erkrankten ist entscheidend, denn die ständige Konfrontation mit ihren Fehlern sowie

Retrogenese der Alzheimerdemenz  
nach Reisberg 1991



Alltagsfähigkeiten und Entwicklungsalter

Instrumentelle Fähigkeiten	8- 12 Jahre
Toilettengang	4 Jahre
Adäquate Kleidung	5- 7 Jahre
Sich ankleiden	5 Jahre
Duschen/ baden	4 Jahre
Inkontinenz	2- 3 Jahre
Sprechen	1 Jahr
Gehen	10 Monate
Lächeln	1- 16 Wochen
Kopf heben	4- 12 Wochen

333 Vgl. Maier 2002, 47.

334 Vgl. Bischof Scherer 2011, Interview: Sacha Beck, Oberarzt Memory- Klinik Waidspital Zürich.

335 Vgl. Bischof Scherer 2011, Interview: Albert Wettstein, Städtärztlicher Dienst Zürich.

336 Vgl. Held/ Ermini-Fünfschilling 2006, 16.

das Herabwürdigen der Patienten, indem sie wie Kinder behandelt werden, beeinflussen den Krankheitsverlauf negativ. Vorstadium der Demenz

Die bereits kurz erwähnte Vor-Demenz-Phase beginnt schon Jahre vor den ersten Symptomen einer Demenz. Die Veränderungen der Hirnstruktur können in diesem Stadium nur durch neurologische Untersuchungen festgestellt werden und sind im Alltag leicht zu übersehen.

Die auftretenden Einschränkungen beim Abrufen von Faktenwissen aus dem semantischen Gedächtnis oder das Planen und Durchführen von Handlungen sowie das Abspeichern von neuen Informationen sind erste Anzeichen einer beginnenden Demenz.<sup>337</sup> Mit den Veränderungen treten bei den Betroffenen oft Rückzugerscheinungen auf, in dem sie Sozialkontakte und Herausforderungen vermeiden. Zudem werden die Alltagsaufgaben nachlässig erledigt und Probleme (meist aus Scham) kaschiert. Es hat sich gezeigt, dass sich dieses Verhaltensmuster schlecht auf die Psyche und so auch auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Die Personen geraten immer schneller in den Abbauprozess, obwohl sie in diesem Vorstadium Gedächtnistechniken zum Ausgleich ihrer Schwierigkeiten nutzen könnten, um so länger geistig aktiv zu bleiben.

Jedoch können die auftretenden Symptome auch Anzeichen von reversiblen Störungen wie übermäßigem Stress oder Depressionen sein, die durch eine entsprechende Behandlung keine bleibenden Schäden hinterlassen.

### **8.3.2.1 Leichtes Demenzstadium**

#### **Verhaltensweisen**

Die Anfänge der Erkrankung sind den meisten Betroffenen bewusst, jedoch ist der Umgang mit der Tatsache, dass die kognitive Leistungsfähigkeit sinkt sehr unterschiedlich. Die Personen entwickeln die verschiedensten Bewältigungsstrategien. Während die einen anfangs ihre Erkrankung leugnen, klagen die anderen über ihr Schicksal. Manche Patienten verfallen in Depressionen oder reagieren übertrieben aggressiv, wenn sie auf Fehler hingewiesen werden.<sup>338</sup> Wieder andere befassen sich mit ihrem Los und arbeiten innerhalb ihrer Möglichkeiten gegen die Krankheit an. Doch egal wie einsichtig sich die Personen der Demenz entgegenstellen, sie können aufgrund der Erkrankung das volle Ausmaß der Defizite nicht mehr registrieren.<sup>339</sup>

#### **Symptome**

Durch die Störung der Informationsverarbeitung und den Verlust von Gedächtnisfunktionen treten Schwierigkeiten beim Abspeichern neuer Informationen auf. Die Betroffenen können Erlebtes oder Ereignisse des Weltgeschehens nicht mehr in das Langzeitgedächtnis einspeichern und

<sup>337</sup> Vgl. Förstl/ Kurz/ Hartmann 2011, 52.

<sup>338</sup> Vgl. Moseke 2005, 18.

<sup>339</sup> Vgl. Müller/ Romero/ Wenz 2010, 26.

sich folglich nicht daran erinnern. Die geistige Beweglichkeit, durch die zum Beispiel längeren Gesprächen gefolgt werden kann, wird immer träger. Es treten erste instrumentierte Alltagsstörungen<sup>340</sup> auf, die sich bei der Planung und Organisation von Handlungen sowie bei der Beurteilung von Situationen bemerkbar machen. Dies zeigt sich beim Bedienen von Maschinen oder beim Zubereiten komplexer Gerichte.

Deutlich zeigen sich die Auswirkungen im Sprachzentrum, wodurch Kommunikation erheblich erschwert wird. Anfangs nimmt das Vokabular der Patienten ab. Die Gespräche verlaufen meist stockend und Anliegen können aufgrund von Wortfindungsstörungen weniger präzise formuliert werden. Die motorischen Fähigkeiten und die Sinneswahrnehmung (außer dem Geruchssinn) bleiben in dieser Phase der Demenz intakt.<sup>341</sup> Jedoch treten durch die Störungen der Merkfähigkeit immer häufiger Orientierungsprobleme auf. Die Personen können Abstände und Geschwindigkeiten nur schwer einschätzen und unbekannte Wegstrecken nicht im Gedächtnis rekonstruieren. Die möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten bei neuen wie unvorhergesehenen Situationen fordern und verunsichern enorm, worauf sich die Betroffenen zurückziehen, um solche Situationen zu vermeiden.

### **Lebensumfeld**

In diesem Demenzstadium können die Erkrankten noch mehrere Stunden täglich alleine verbringen und sogar alleine leben.<sup>342</sup> Durch die vertraute Umgebung, die in ihrem Gedächtnis gespeichert ist, können sie noch lange zuhause leben. Das bekannte Umfeld gibt ihnen Sicherheit und durch die Eingliederung in alltägliche Aufgaben bleiben die vorhandenen Kompetenzen gefordert.

### **8.3.2.2 Mittelschweres Demenzstadium**

#### **Verhaltensweisen**

Wenn das Langzeitgedächtnis Stück für Stück verloren geht und sich die Patienten auch keine neuen Informationen mehr merken können, ist es verständlich, dass sie sich in einer anderen Zeit oder einen anderen Ort versetzt fühlen. Durch das noch erhaltene Wissen und den Versuchen ihrer Situation einen Sinn zu geben, beziehungsweise am Leben teilzunehmen, kommt es häufig zu Fehlinterpretationen im Alltag. In diesem Stadium wird oft beobachtet, dass die Erkrankten unruhig werden, umherwandern und Personen suchen. Die Desorientierung (in Zeit und Raum) verunsichert die Personen. Als typische Reaktion darauf werden Handlungen ständig wiederholt, die ihnen Sicherheit vermitteln.<sup>343</sup> Die Wahrnehmung der Erkrankten stellt ihre Realität dar, daher ist es wichtig nicht immer erklärend auf die Personen einzureden. Viele Patienten reagieren auf Konfrontationen sehr emotional. Wenn die Fähigkeit der emotionalen Selbstbeherrschung in Mitleidenschaft

340 Vgl. Bischof Scherer 2011, Interview: Irene Bopp, Leitende Ärztin Akutgeriatrie Waidspital Zürich.

341 Vgl. Gerschlagel/ Baumgart 2007, 101.

342 Vgl. Förstl/ Kurz/ Hartmann 2011, 52.

343 Vgl. Moseke 2005, 20.

gezogen wurde, können verbale und physische Ausbrüche die Folge sein.<sup>344</sup> Die Einsicht ihrer Defizite geht in diesen Stadium verloren, jedoch bleiben die Persönlichkeitsmerkmale wie die Bedürfnisse nach Anerkennung, Bestätigung und Selbstbestimmtheit erhalten.<sup>345</sup>

### Gedächtnis

Die bereits erwähnten Einbußen im Neugedächtnis und von weiteren kognitiven Fähigkeiten nehmen deutlich zu. Die Krankheit lässt immer mehr Informationen und biografische Details aus dem Gedächtnis verschwinden, was auch oft als Verlust der eigenen Identität interpretiert wird.<sup>346</sup> Zudem reduziert sich die Konzentrationsfähigkeit der Patienten.<sup>347</sup> Basale Aktivitäten<sup>348</sup> wie die Körperhygiene, das Verwalten des Kühlschranks oder das Zubereiten leichter Mahlzeiten werden überkomplex und zu unlösbaren Problemen.

Durch die daraus folgende Untätigkeit am Tag sowie durch die Verunsicherung und Verwirrung bei Nacht, stellt sich bei vielen Erkrankten eine Störung des Schlaf- Wach- Rhythmus ein, die folglich Personen am Tag antriebslos und müde erscheinen lassen kann.<sup>349</sup> Durch die Läsionen in der Hirnstruktur treten je nach Hirnregion unterschiedliche Störungen auf. Ist das Sprachzentrum betroffen, wird die Störung als *Aphasie* bezeichnet. Durch die daraus entstehenden Wortfindungs- und Benennungsstörungen<sup>350</sup> können die Betroffenen keine sinnvollen Sätze mehr bilden und wiederholen laufend inhaltslose Floskeln.<sup>351</sup> Die Folgen der Störungen im Scheitellappen (Partiellappen) zeigen sich in der räumlichen Desorientierung. Es kommt zu Fehlinterpretationen von optischen und akustischen Reizen, die bei rund 20% der Betroffenen Halluzinationen und Wahnvorstellungen hervorrufen.<sup>352</sup> Diese Fehldeutungen können nicht auf ein Nachlassen der Sinnesorgane (Augen, Ohren) zurückgeführt werden, sondern sind die Folgen einer *Agnosie* [siehe Kapitel 4.2.3. Krankheitsbedingte Veränderungen]. Das bedeutet, dass durch die zerstörten Synapsen keine Informationen weitergeleitet werden, die Verbindungen zwischen einem Namen und einer Person oder eines Gegenstands und dessen Bezeichnung herstellen.<sup>353</sup>

### Lebensumfeld

In diesem Krankheitsstadium können die Betroffenen nicht mehr allein in einen Haushalt leben. Eine Betreuung und Versorgung durch einen Angehörigen oder eine Pflegekraft ist unbedingt nötig. Durch die steigende Desorientierung ist der positive Effekt der vertrauten

344 Vgl. Förstl/ Kurz/ Hartmann 2011, 52.

345 Vgl. Müller/ Romero/ Wenz 2010, 26.

346 Vgl. Gerschlager/ Baumgart 2007, 105.

347 Vgl. Förstl/ Kurz/ Hartmann 2011, 54.

348 Vgl. Bischof Scherer 2011, Interview: Irene Bopp, Leitende Ärztin Akutgeriatrie Waidspital Zürich.

349 Vgl. Moseke 2005, 21.

350 *Demenzbedingte Sprachstörungen, o.S.*

351 Vgl. Müller/ Romero/ Wenz 2010, 23.

352 Vgl. Förstl/ Kurz/ Hartmann 2011, 54.

353 Vgl. Moseke 2005, 12.

Umgebung nicht mehr gegeben. Auch die steigende Unruhe sowie die schnell auftretende Aggression oder auch Inkontinenz machen die Pflege zu einer herausfordernden Situation, die durch einen Umzug in eine stationäre Einrichtung entschärft werden kann.

### 8.3.2.3 Schweres Demenzstadium

#### Verhaltensweise

Im letzten Stadium verlieren die Erkrankten die Fähigkeit sich verbal mitzuteilen. Dadurch ist die Interpretation ihres Erlebens sehr schwer nachzuvollziehen. Jedoch schließt man aus dem beobachteten Verhalten der Patienten, dass positive sowie negative Gefühle wahrgenommen und empfunden werden. Daher ist es wichtig den Patienten das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit, Trost, Zuneigung, Anerkennung sowie Liebe zu vermitteln um sie zu beruhigen.<sup>354</sup>

#### Gedächtnis

Durch die ausgeprägten Beeinträchtigungen aller kognitiven Funktionen treten Störungen bei der Ausführung basaler Aktivitäten auf,<sup>355</sup> zum Beispiel beim Waschen, der Körperpflege oder beim Anziehen.

Die sprachlichen Fähigkeiten versiegen<sup>356</sup> völlig, so können einfache Bedürfnisse oder das Schmerzempfinden nicht mehr artikuliert werden. Eine Art Kommunikation kann nur mehr durch einfache emotionale Signale erfolgen. So werden ein Lächeln oder sanfte Berührungen von den Erkrankten noch positiv wahrgenommen und vermitteln ihnen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit.<sup>357</sup>

#### Lebensumfeld

Die letzte Phase der Demenz fordert eine intensive Unterstützung der Betroffenen. Es können sich neurologische Störungen entwickeln, die Symptome einer Epilepsie oder einer *Parkinsonerkrankung* hervorrufen. Die unkontrollierten anfallartigen Bewegungen verunsichern die Patienten, worauf sie einen schlurfenden Gang entwickeln. Die Sturzgefahr erhöht sich enorm und viele Patienten werden bettlägrig. Durch das ständige Liegen und die fehlende Bewegung steigt die Anfälligkeit für eine Verkürzung der Gewebestruktur in den Bändern, Sehnen und Muskeln (*Kontrakturen*), sowie für *Dekubitalgeschwüre*, besser bekannt als Druckgeschwüre oder Wundliegen und Muskelschwund (*Muskelatrophien*). Zudem treten auch häufig Gefäßerkrankungen auf, wie Gerinnsel innerhalb der Blutgefäße (*Thrombose*), die zu Verstopfungen dieser führen können (*Embolie*).<sup>358</sup>

354 Vgl. Müller/ Romero/ Wenz 2010, 27.

355 Vgl. Bischof Scherer 2011, Interview: Irene Bopp, Leitende Ärztin Akutgeriatrie Waidspital Zürich.

356 Vgl. Gerschlager/ Baumgart 2007, 105.

357 Vgl. Förstl/ Kurz/ Hartmann 2011, 55.

358 Vgl. Ebda.





## 9 Literaturverzeichnis

### Selbstständig

- Bendlage, Rudolf, u. a.: **Gärten für Menschen mit Demenz**. Ideen und Planungsempfehlungen, Stuttgart 2009
- Bernhofer, Josef: **Gerontologische Architektur**. Bauliche Umsetzung alternativer Wohn- und Pflege(wohn)formen für ältere Menschen; eine Untersuchung der Wohnverhältnisse älterer Menschen mit Ausblick auf zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten unter dem Aspekt der Gerontologie, mit besonderer Berücksichtigung des Bundeslandes Steiermark, Diss., TU Graz 2007
- Bollnow, Otto Friedrich: **Mensch und Raum**, Stuttgart/Berlin/Köln 1997
- Brawley, E. C.: **Design innovations for aging and Alzheimer's**: Creating caring environments, New York 2006
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: **Hochaltrigkeit in Österreich eine Bestandsaufnahme**, Wien 2009, Online unter: [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen\\_kleine\\_datei.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf), [17.05.2015]
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: **Soziale Lage älterer Menschen in Österreich**, Wien 2012, Online unter: [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/6/4/CH2247/CMS1240821992988/sozialpolitische\\_studienreihe\\_band\\_11.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/6/4/CH2247/CMS1240821992988/sozialpolitische_studienreihe_band_11.pdf), [07.04.2015]
- Caritas: **Betreuung und Pflege alter Menschen**. Positionspapier der Caritas, Wien 2004, Online unter: [https://www.caritas.at/fileadmin/storage/global/document/Positionspapiere/positionspapier\\_pflege.pdf](https://www.caritas.at/fileadmin/storage/global/document/Positionspapiere/positionspapier_pflege.pdf), [06.04.2015]
- Crusius, Gisela: **Gärten für pflegebedürftige Menschen**, Köln 2004, Online unter: <http://www.gartenundtherapie.ch/pdf/Planungshilfe%20Gaerten%20fuer%20Pflegebeduerftige.pdf>
- Döring, Maja/ Kalarickal, Jasmin/ Schlegel, Bianca: **Alternative Wohnformen im Alter**. Chance oder Problemfall?, Potsdam 2006
- Feddersen, Eckhard/ Lüdtker, Insa (Hg.): **raumverloren**. Architektur und Demenz, Basel 2014
- Flade, Antje: **Architektur - psychologisch betrachtet**, Bern 2008
- Gassen, Hans Günter: **Das Gehirn**, Darmstadt 2008
- Gegenfurtner, Karl R.: **Gehirn & Wahrnehmung**, Frankfurt am Main 2006
- Gerschlagner, Willibald/ Baumgart, Gert: **Alzheimer**. Die Krankheit des Vergessens, Wien 2007
- Gluck, Mark/ Mercado, Eduardo/ Meyers, Catherine E.: **Lernen und Gedächtnis**. Vom Gehirn zum Verhalten, Heidelberg 2010
- Hall, Edward T.: **Die Sprache des Raumes**, Düsseldorf 1976

- Heeg, Sibylle, u. a.: **Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieutherapie-Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)-Stuttgart.**, Stuttgart 2005, Online unter: [http://www.demenz-support.de/Repository/fundus\\_forschung\\_2004\\_1.pdf.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_forschung_2004_1.pdf.pdf), [04.02.2015]
- Heeg, Sibylle/ Bäurele, Katharina: **Freiräume.** Gärten für Menschen mit Demenz, Frankfurt am Main <sup>3</sup>2011
- Heeg, Sibylle/ Bäurele, Katharina: **Heimat für Menschen mit Demenz.** Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau - Beispiele und Nutzungserfahrungen, Frankfurt am Main 2012
- Held, Christoph/ Ermini-Fünfschilling, Doris: **Das demenzgerechte Heim.** Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit, Basel 2006
- Heuser, Isabella: **Kognitives Altern und Demenz-Erkrankungen,** Bremen 2003
- Holzmann, Christina: **Gärten für Menschen mit Demenz.** Evaluation ausgewählter Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Wien, Mas., BOKU Wien 2012
- Jetter, Dieter: **Das europäische Hospital.** Von der Spätantike bis 1800, Köln 1986
- Kaiser, Gudrun: **Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft.** Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen, Köln 2012
- Kaiser, Gudrun: **Bauen für ältere Menschen.** Wohnformen - Planung - Gestaltung - Beispiele, Köln 2014
- Kitwood, Tom: **Demenz.** Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2008
- Kreimer, Reinhard: **Altenpflege: menschlich, modern und kreativ.** Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation, Hannover 2004
- Labisch, Alfons: **Homo Hygienicus.** Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt am Main 1992
- Lehr, Ursula: **Psychologie des Alterns,** Heidelberg 1977
- Lorenz, Peter: **Planen und Bauen für das Alter.** Wohnen im dritten Lebensabschnitt, Leinfelden-Echterdingen 1994
- Macedonia, Manuela/ Höhl, Stefanie: **Gehirn für Einsteiger,** Linz 2012
- Macher, Hans-Jürgen: **Methodische Perspektiven auf Theorien des sozialen Raumes.** Zu Henri Lefebvre, Pierre Bourdieu und David Harvey, München 2007
- Maier, Karl F.: **Alzheimer Demenz.** Rat und Hilfe für Angehörige; Diagnose, Verlauf, Behandlung Medikamente, Lebensstil, Hotlines, Leoben 2002
- Martin, Mike/ Kliegel, Matthias: **Psychologische Grundlagen der Gerontologie,** Stuttgart 2008
- Marquardt, Gesine: **Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur.** Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, Diss., TU Dresden 2007

- Mayring, Philipp/ Saup, Winfried (Hg.): **Entwicklungsprozesse im Alter**, Stuttgart/Berlin/Köln 1990
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hg.): **Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen**, Essen 2009
- Monz, Antje/ Monz, Johan: **Design als Therapie. Raumgestaltung in Krankenhäusern, Kliniken, Sanatorien, Leinfelden-Echterdingen** 2001
- Moseke, Andrea: **Wenn nichts mehr ankommt - Demenzkranke als neue Klientengruppe für die Sozialpädagogik**, Münster 2005, Online unter: <http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/316inh.html>, [14.03.2015]
- Müller, Friedemann/ Romero, Barbara/ Wenz, Michael: **Alzheimer und andere Demenzformen. Ratgeber für Angehörige**, Potscheidt 2010
- Pinel, John/ Pauli, Paul: **Biopsychologie**, München 2007
- Radzey, Beate S.: **Lebenswelt Pflegeheim. Eine nutzungsorientierte Bewertung von Pflegeheimbauten für Menschen mit Demenz**, Frankfurt am Main 2014
- Saup, Winfried: **Alter und Umwelt. Einführung in die Ökologische Gerontologie**, Stuttgart 1993
- Scheu, Peter: **Wohnformen im Alter**, Hannover 2002, Online unter: <http://www.mutsumhandeln.de/downloads/wohnformenimalter.pdf>, [08.04.2015]
- Schwarz, Günther: **Wann ist der richtige Zeitpunkt für einen demenzkranken Menschen zum Umzug ins Pflegeheim?. Tipps und Anregungen**, Stuttgart 2006, Online unter: [http://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/Angebote\\_fuer/Alzheimer\\_Beratung/Umzug\\_ins\\_Pflegeheim.pdf](http://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/Angebote_fuer/Alzheimer_Beratung/Umzug_ins_Pflegeheim.pdf), [06.05.2015]
- Statistik Austria: **Wohnen 2013. Tabellenband Mikrozensus- Wohnungserhebung und EU-SILC**, Wien 2014, Online unter: [https://www.wko.at/Content.Node/branchen/k/sparte\\_iuc/Immobilien-und-Vermoegenstreuhaender/tabellenband\\_wohnen\\_2013\\_079206.pdf](https://www.wko.at/Content.Node/branchen/k/sparte_iuc/Immobilien-und-Vermoegenstreuhaender/tabellenband_wohnen_2013_079206.pdf), [16.07.2015]
- Stracke-Mertes, Ansgar: **Altenpflegeexamen. Fragen und Antworten zum mündlichen und schriftlichen Altenpflegeexamen**, Bd. 3, Aachen 1998
- Sütterlin, Sabine: **Demenz in Deutschland, Österreich und der Schweiz**, Berlin 2011 Online unter: [http://www.berlininstitut.org/fileadmin/user\\_upload/Presseschau/pdf\\_Suetterlin\\_Demenz.pdf](http://www.berlininstitut.org/fileadmin/user_upload/Presseschau/pdf_Suetterlin_Demenz.pdf), [12.02.2015]
- Teimann, Sonia (Hg.): **Demenz & Freiraumplanung. Freiraumtypologien für den stationären Pflegeheimbau**, Berlin 2012

## **Unselbstständig**

Arendt, Hannah: **Der Raum des Öffentlichen und der Bereich des Privaten**, in: Dünne, Jörg/ Günzel, Stephan (Hg.): Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften, Frankfurt am Main 2006, 420-433

Atallah, Sami/ Champin, Jean Pierre: **Residence Montvenoux**. Die Gestaltung eines rehabilitativen Umfeldes für alte Menschen mit Alzheimer Demenz in einer stationären Einrichtung, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, Bern u.a. 1994, 211-218

Brand, Christina: **Ein Dorf für Vergessende**, (28.09.2012) Online Unter: <http://www.nextroom.at/article.php?id=36608>, [14.08.2015]

Buchner, Axel/ Brandt, Martin: **Gedächtniskonzeptionen und Wissenskonzeptionen**, in: Müsseler, Jochen/ Prinz, Wolfgang (Hg.): Allgemeine Psychologie, Heidelberg 2002, 493-534

Calabrese, Pasquale/ Lang, Christoph/ Förstl, Hans: **Gedächtnisfunktionen und Gedächtnisstrukturen**, in: Förstl, Hans (Hg.): Demenzen in Theorie und Praxis, Berlin/Heidelberg <sup>3</sup>2011, 11-24

Cohen, Uriel/ Day, Kristen: **The role of culture in designing environments for people with dementia a study of russian jewish immigrants**. Environment and Behavior, 2000, 32.3, 361-399. Online unter: [http://www.researchgate.net/profile/Kristen\\_Day2/publication/249624358\\_The\\_Role\\_of\\_Culture\\_in\\_Designing\\_Environments\\_for\\_People\\_with\\_DementiaA\\_Study\\_of\\_Russian\\_Jewish\\_Immigrants/links/54b448db0cf28ebe92e470da.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Kristen_Day2/publication/249624358_The_Role_of_Culture_in_Designing_Environments_for_People_with_DementiaA_Study_of_Russian_Jewish_Immigrants/links/54b448db0cf28ebe92e470da.pdf), [06.05.2015]

Dieck, Margret: **Das Altenheim traditioneller Prägung ist tot**, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, Bern u.a. 1994, 191-199

Ehmig, Jöran/ Richter, Peter G.: **Die Feldtheorie (Kurt Lewin)**, in: Richter, Peter G. (Hg.): Architekturpsychologie. Eine Einführung, Lengerich u.a. <sup>3</sup>2008, 31-40

Feddersen, Eckhard: **raum lernen, raum erinnern, raum fühlen**, in: Feddersen, Eckhard/ Lüdtke, Insa (Hg.): raumverloren. Architektur und Demenz, Basel 2014, 14-24

Feldman, Roberta M.: **Constancy and change in attachments to types of settlements**. Environment and Behavior, 1996, 28.4, 419-445

Frieling, Heinrich: **Gesetz der Farbe**, Zürich <sup>3</sup>1990

Förstl, Hans/ Kurz, Alexander/ Hartmann, Tobias: **Alzheimer-Demenz**, in: Förstl, Hans (Hg.): Demenzen in Theorie und Praxis, Berlin/Heidelberg <sup>3</sup>2011, 47-72

Grond, Erich: **Psychisch veränderte Menschen im Altenheim**, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, Bern u.a. 1994, 129-146

Habekuß, Fritz: **Im Dorf des Vergessens**, in: Die Zeit-Online, 24.01.2013, Online unter: [www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW\\_Medien/Dokumente/Presseartikel/Demenzdo rf-De-Hogeweyk-Alzey.pdf](http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Presseartikel/Demenzdo rf-De-Hogeweyk-Alzey.pdf), [14.08.2015]

- Heeg, Sybille: **Verbesserte Wohnkonzepte für Menschen im Heim aus der Sicht einer Architektin**, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?*, Bern u.a. 1994, 219-230
- Heeg, Sibylle/ Striffler, Christine: **Lichtgestaltung in Pflegesettings für Menschen mit Demenz**, in: *Demenz Support Stuttgart: DeSSorientiert Licht und Demenz* 1, 10 (2010) 7-17
- Kratz, Torsten: **Konsil- und Liaisonpsychiatrie bei Demenz**, in: Förstl, Hans (Hg.): *Demenzen in Theorie und Praxis*, Berlin/Heidelberg 2011, 395-418
- Krüger, Monika: **Temperaturwirkung von Farben**. Exemplarische dargestellt am Warm-Kalt-Kontrast und dessen Einsatz in der bildenden Kunst, Diss. TU Dresden 2003
- Kühne, Hans: **Alten- und Pflegeheim Kästorf**. Konzeptionelle Merkmale einer interventionsgerontologisch fundierten Altenpflegeeinrichtung, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?*, Bern u.a. 1994, 201-209
- Lefebvre, Henri: **Die Produktion des Raums**, in: Dünne, Jörg/ Günzel, Stephan (Hg.): *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*, Frankfurt am Main 2006, 330-343
- Lehr, Ursula: **Älter werden - aktiv bleiben**: Herausforderungen in einer Gesellschaft zunehmender Langlebigkeit., in: *Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (Hg.): Alt sein 2030 in Österreich. Wege zu einem kreativen, selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben*, Wien 2007, 23-42
- Luscher, Christian: **Senile Demenz, eine schmutzige Krankheit?**, in: Hirsch, Rolf Dieter (Hg.): *Psychotherapie bei Demenzen*, Berlin/Heidelberg 1994, 1-16
- Liu, Lili/ Gauthier, Lousie/ Gauthier, Serge: **Spatial Disorientation in Persons with early senile Dementia of the Alzheimer Type**, in: *The American Journal of Occupational Therapy*, 1991, 67-74, Online unter: [ajot.aota.org/data/Journals/AJOT/930268/67.pdf](http://ajot.aota.org/data/Journals/AJOT/930268/67.pdf), [13.03.2015]
- Macher, Heinz: **Statistik des Lebens**, (07.2009), Online unter: <http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.689411>, in: <http://www.forumgesundheit.at>, [04.04.2015]
- Marsiske, Michael u.a.: **Sensorische Systeme im Alter**, in: Lindenberger, Ulman u.a. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie*, Berlin 2010, 403-424, Online unter: [http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/mm/MM\\_Sensorische\\_2010.pdf](http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/mm/MM_Sensorische_2010.pdf), [10.03.2015]
- Max-Planck-Gesellschaft: **Vergessen und verloren - wenn Proteine unser Gehirn "abschalten" lassen**, (17.02.2009) Online unter: <http://www.mpg.de/575702/pressemitteilung20090216>, in: <http://www.mpg.de/de>, [03.04.2015]
- McNair, David: **licht**. Wahrnehmung und Gesundheit, in: Feddersen, Eckhard/ Lüdtke, Insa (Hg.): *raumverloren. Architektur und Demenz*, Basel 2014, 106-109

- Meier-Baumgartner, Hans Peter: **Rehabilitation in Pflegeheim**, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?*, Bern u.a. 1994, 121-128
- Merleau-Ponty, Maurice: **Das Auge und der Geist**, in: Dünne, Jörg/ Günzel, Stephan (Hg.): *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*, Frankfurt am Main 2006, 330-343
- Montello, Daniel R./ Raubal, Martin: **Functions and applications of spatial cognition**, in: Waller/ Nadel (Hg.): *The APA handbook of spatial cognition*, Washington 2010, 249-264, Online unter: [http://www.geog.ucsb.edu/~montello/pubs/functions\\_applications.pdf](http://www.geog.ucsb.edu/~montello/pubs/functions_applications.pdf), [11.04.2015]
- Müller, Jochen: **Alzheimer - eine Krankheit macht Geschichte**, (30.09.2013) <https://www.dasgehirn.info/entdecken/morbus-alzheimer/alzheimer-2013-eine-krankheit-macht-geschichte-9820>, in: <https://www.dasgehirn.info/>, [02.04.2015]
- Müller-Hergl, Christian: **Wohlbefinden als Ausgangspunkt für Qualität - Dementia Care Mapping**, in: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): *Qualität in der Stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, Stuttgart 2001, 79-88, Online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24423-SR-Band-207.2.pdf>, [08.04.2015]
- Namazi, Kevan H./ Johnson, Beth DiNatale: **Environmental effects on incontinence problems in Alzheimer's disease patients**, in: *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 1991, 16-21, Online unter: <http://aja.sagepub.com/content/6/6/16.short>, [13.03.2015]
- Nüchterlein, Petra/ Richter, Peter G.: **Raum und Farbe**, in: Richter, Peter G. (Hg.): *Architekturpsychologie. Eine Einführung*, Lengerich u.a. 2008, 209-231
- o.A.: **Alzheimerforschung**, Veränderungen des Gehirns und der Nervenzellen im Verlauf der Alzheimer-Krankheit in: [https://www.alzheimerforschung.de/alzheimer-krankheit/illustrationen\\_veraenderung.htm](https://www.alzheimerforschung.de/alzheimer-krankheit/illustrationen_veraenderung.htm), [01.04.2015]
- o.A.: **Demenz**, in: Dorsch: *Lexikon der Psychologie*, <https://portal.hogrefe.com/dorsch/demenz-demetia/>, [31.03.2015]
- o.A.: **Demenzbedingte Sprachstörungen**, (09.04.2010), Online unter: [http://sprachheilwiki.dgs-ev.de/wiki/doku.php?id=stoerungsbilder:demenzbedingte\\_sprachstoerungen](http://sprachheilwiki.dgs-ev.de/wiki/doku.php?id=stoerungsbilder:demenzbedingte_sprachstoerungen), [10.06.2015]
- o.A.: **Geschichte der Altenpflege**, Online unter: [http://www.pflegewiki.de/wiki/Geschichte\\_der\\_Altenpflg](http://www.pflegewiki.de/wiki/Geschichte_der_Altenpflg), [05.08.2015]
- o.A.: **Gradmann Haus Stuttgart**, Online unter: [http://www.demenz-support.de/gradmann-stiftung/bauprojekte/gradmannhaus\\_stuttgart\\_kaltental/](http://www.demenz-support.de/gradmann-stiftung/bauprojekte/gradmannhaus_stuttgart_kaltental/) [15.08.2015]
- o.A.: **Hôpital de la Salpêtrière**, Online unter: [https://de.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital\\_de\\_la\\_Salp%C3%AAtre](https://de.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_de_la_Salp%C3%AAtre), [04.08.2015]

- o.A.: **Kuratorium Deutsche Altenhilfe**, (20.04.2009), Online unter:  
<http://www.kda.de/news-detail/items/qualitaetsgeleitete-pflegeoasen-verzichten-auf-mehrbettzimmer.html>, [08.08.2015]
- o.A.: **Orientierung**, in: Dorsch: Lexikon der Psychologie,  
<https://portal.hogrefe.com/dorsch/>, [11.03.2015]
- o.A.: **ÖÄZ**, (25.10.2014), Online unter:  
<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2014/oeaez-20-25102014/angststoerungen-herbert-bachler-katharina-pils-psychiatrische-erkrankungen.html> [17.07.2015]
- o.A.: **Seniorenzentrum Weilerswist**, Online unter:  
<http://www.menschwerk.com/institut-fuer-humane-umfeldplanung/10/awo-seniorenzentrum-weilerswist>, [18.08.2015]
- o.A.: **Soziales Planen**, Online unter:  
[http://www.sozialesplanen.de/PLANEN\\_BAUEN/PFLEGEEINRICHTUNG EN/gspgradmannhausk.html](http://www.sozialesplanen.de/PLANEN_BAUEN/PFLEGEEINRICHTUNG EN/gspgradmannhausk.html) [15.08.2015]
- o.A.: **Villa Emma**, Online unter:  
<http://www.villa-emma-bonn.de/28.html> [05.08.2015]
- O'Neill, Michael J.: **Evaluation of a conceptual model of architectural legibility**. in: Environment and Behavior, 1991, 23, 259-284
- Pollock, Annette: **sinnreiche außenräume für menschen mit demenz**, in: Feddersen, Eckhard/ Lüdtkke, Insa (Hg.): raumverloren. Architektur und Demenz, Basel 2014, 146-153
- Pollock, Richard: **architektur, akustik und demenz**, in: Feddersen, Eckhard/ Lüdtkke, Insa (Hg.): raumverloren. Architektur und Demenz, Basel 2014, 110-113
- Richter, Peter G.: **Mensch-Umwelt-Einheit(en) als Gegenstand der Architekturpsychologie**, in: Richter, Peter G. (Hg.): Architekturpsychologie. Eine Einführung, Lengerich u.a. 32008, 21-30
- Richter, Peter G./ Goller, Katrin: **Ortsidentität und Ortsbindung**, in: Richter, Peter G. (Hg.): Architekturpsychologie. Eine Einführung, Lengerich u.a. 32008, 175-207
- Saup, Winfried: **Altenheime als „Umwelten“**. Beiträge aus psychologischer und architektonischer Sicht, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, Bern u.a. 1994, 15-47
- Rupprecht, Isabelle: **Demenzdorf 'De Hogeweyk' in Weesp**, in: Detail, (22.08.2012) Online unter:  
<http://www.detail.de/artikel/demenzdorf-de-hogeweyk-in-weesp-9119/>, [14.08.2015]
- Schmitt, Carl: **Das Recht als Einheit von Ordnung und Ortung**, in: Dünne, Jörg/ Günzel, Stephan (Hg.): Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften, Frankfurt am Main 2006, 409-419

- Schneider-Grauvogel, Elisabeth: **Die biologische Wirkung des Lichts**, in: Kaiser, Gudrun: Bauen für ältere Menschen. Wohnformen - Planung - Gestaltung - Beispiele, Köln 2014, 135-136
- Schulze, Berit: **Der Behavior Setting-Ansatz (Roger G. Barker)**, in: Richter, Peter G. (Hg.): Architekturpsychologie. Eine Einführung, Lengerich u.a. 2008, 41-52
- Schulze, Berit/ Richter, Peter G.: **Das Drei-Ebenen-Konzept der Mensch-Umwelt-Regulation (Alfred Lang)**, in: Richter, Peter G. (Hg.): Architekturpsychologie. Eine Einführung, Lengerich u.a. 2008, 53-63
- Stöhr, Manuela: **Kognitive Karten**, in: Richter, Peter G. (Hg.): Architekturpsychologie. Eine Einführung, Lengerich u.a. 2008, 113-140
- Tauke, Beth: **haus der sinne**. Wahrnehmung und Gedächtnis, in: Feddersen, Eckhard/ Lüdtke, Insa (Hg.): raumverloren. Architektur und Demenz, Basel 2014, 146-153
- van der Voordt, Theo J. M.: **Lost in a nursing home**, in: Bulletin of People-Environments. Delft 2001, Online unter: [http://www.bk.tudelft.nl/fileadmin/Faculteit/BK/Over\\_de\\_faculteit/Afdelingen/Real\\_Estate\\_and\\_Housing/Organisatie/Medewerkers\\_RE\\_H/Personal\\_pages/VanderVoordt/General\\_list/doc/2001-Voordt\\_LostNursingHome.pdf](http://www.bk.tudelft.nl/fileadmin/Faculteit/BK/Over_de_faculteit/Afdelingen/Real_Estate_and_Housing/Organisatie/Medewerkers_RE_H/Personal_pages/VanderVoordt/General_list/doc/2001-Voordt_LostNursingHome.pdf), [17.04.2015]
- Wahl, Hans-Werner/ Reichert, Monika: **Übersiedelung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe**, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, Bern u.a. 1994, 15-47
- Wojtysiak, Andreas/ Lang Dieter: **Physiologische Grundlagen**. Die biologische Wirkung von Licht auf den Menschen, in: Demenz Support Stuttgart: DeSSorientiert Licht und Demenz 1, 10 (2010) 17-33
- Zank, Susanne/ Baltés, Margret M.: **Psychologische Interventionsmöglichkeiten in Altenheimen**, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, Bern u.a. 1994, 147-175
- Zeisel, John u.a.: **Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units**, in: The Gerontologist, Vol. 43, No. 5, 697-711, Online unter: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/43/5/697.full.pdf+html> [15.08.2015]

## Dokumentation

Bischof Scherer, Ursula: **Demenz - Die Filme**. CH 2011 (DVD: Neue Zürcher Zeitung, 2011)

## ÖNORM

ÖNORM B 1601 (Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen - Planungsgrundsätze)

## 10 Abbildungsverzeichnis

Puck, Katharina

Abb.: Cover, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 40, 42, 58, 59, 62, 63, 64, 73, 81, 85, 88, 90, 98, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 123, 132, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 149, 151, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163

### Publikationen

Feddersen, Eckhard/ Lüdtkke, Insa (Hg.): **raumverloren**. Architektur und Demenz, Basel 2014  
Abb.: 41, 83, 102, 126, 152

Gerschlager, Willibald/ Baumgart, Gert: **Alzheimer**. Die Krankheit des Vergessens, Wien 2007  
Abb.: 162

Heeg, Sibylle/ Bäurele, Katharina: **Heimat für Menschen mit Demenz**. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau - Beispiele und Nutzungserfahrungen, Frankfurt am Main 2012  
Abb.: 28, 42, 65, 66, 67, 91, 99, 100, 101, 105

Holzmann, Christina: **Gärten für Menschen mit Demenz**. Evaluation ausgewählter Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Wien, Mas., BOKU Wien 2012  
Abb.: 70, 71, 72, 77, 78

Jetter, Dieter: **Das europäische Hospital**. Von der Spätantike bis 1800, Köln 1986  
Abb.: 2, 7, 8, 9

Kaiser, Gudrun: **Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft**. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen, Köln 2012  
Abb.: 147, 155

Kaiser, Gudrun: **Bauen für ältere Menschen**. Wohnformen - Planung - Gestaltung - Beispiele, Köln 2014  
Abb.: 82, 87, 89, 104, 107, 121, 122, 124, 125, 133, 148

Lorenz, Peter: **Planen und Bauen für das Alter**. Wohnen im dritten Lebensabschnitt, Leinfelden-Echterdingen 1994  
Abb.: 5

Marquardt, Gesine: **Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur**. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, Diss., TU Dresden  
Abb.: 137, 145, 146

Richter, Peter G. (Hg.): **Architekturpsychologie**. Eine Einführung, Lengerich u.a. 32008  
Abb.: 60, 61, 108, 109, 110, 111, 112

Teimann, Sonia (Hg.): **Demenz & Freiraumplanung**. Freiraumtypologien für den stationären Pflegeheimbau, Berlin 2012  
Tab.: 1

## Internet

<http://www.abziersch.de/projekte/gewerbe.html?id=20>

**Abb.: 136**

<http://www.arge-historische-bauten.de>

**Abb.: 1**

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Youkoukan06n4592.jpg>

**Abb.: 80**

[http://www.dbz.de/artikel/dbz\\_Demenzkrankte\\_bleiben\\_aktiv\\_Das\\_Wohndorf\\_De\\_Hogeweyk\\_in\\_Weesp\\_NL\\_1383171.html](http://www.dbz.de/artikel/dbz_Demenzkrankte_bleiben_aktiv_Das_Wohndorf_De_Hogeweyk_in_Weesp_NL_1383171.html)

**Abb.: 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 68**

<http://www.detail.de/inspiration/altenwohn-und-pflegeheim-in-maria-gail-100955.html>

**Abb.: 153**

[https://www.dkm.de/content/dam/g4265-0/internet\\_neu\\_1/pdf\\_dateien/pdfs/vortraege/Radzey\\_Umgebungsgestaltung\\_Bremen\\_Juni2015\\_Netz.pdf](https://www.dkm.de/content/dam/g4265-0/internet_neu_1/pdf_dateien/pdfs/vortraege/Radzey_Umgebungsgestaltung_Bremen_Juni2015_Netz.pdf)

**Abb.: 131, 134**

<http://freshideen.com/wohneideen/das-zuhause-gemuetlich-einrichten.html>

**Abb.: 20**

<http://www.future-shape.com/>

**Abb.: 135**

<http://gesundheit.naanoo.de/blog/weber-b-fraktur>

**Abb.: 106**

<http://hausdekoratation.org/1679/franzoesisch-land-kuechen>

**Abb.: 21**

<http://icm-institute.org/fr/actualite/un-jour-au-coeur-de-lhopital/>

**Abb.: 6**

<http://www.juedische-pflegegeschichte.de>

**Abb.: 10, 11, 12**

<http://www.khwe.de/seniorenhaeuser-pflege/st-johannes-baptist-seniorenhaus-beverungen/index.php>

**Abb.: 69**

<http://www.light11.de/lightMAG/das-light11-haus/>

**Abb.: 103**

<http://www.mainpost.de>

**Abb.: 129**

<http://map.neue-nachbarschaft.de/projekt/1528/52>

**Abb.: 23**

<http://www.naturimgarten.at/gemeinden-und-organisationen/referenzflaechen/der-memory-garten-anregung-aller-sinne-senecura-grafenwoerth>

**Abb.: 74, 75, 76**

<http://www.nuernbergluftbild.de/index.php?main=1&news=92>

**Abb.: 4**

<https://www.pflege.de/pflegeanbieter/suche/haus-aja-textor-goethe>

**Abb.: 127**

[www.aok-pflegeheimnavigator.de](http://www.aok-pflegeheimnavigator.de)

**Abb.: 150**

<http://www.photo-world.de>

**Abb.: 3**

<http://www.raumunddemenz.de/>

Abb.: 116, 128, 130

<http://www.roither.net/taktile-leitsysteme-1.html>

**Abb.: 79**

<http://www.schillinger-fenster.de/detailloesungen.html?list=cat&id=4>

(Altenheim Mannheim)

Abb.: 154

<http://unicocktail.de/barrierefreies-bad>

Abb.: 26

<http://user.medunigraz.at/helmut.hinghofer-szalkay/XIV.6a.htm>

Abb.: 84

[http://www.zumtobel.com/ms\\_download/Zumtobel\\_PR\\_StKatharina\\_DE.pdf](http://www.zumtobel.com/ms_download/Zumtobel_PR_StKatharina_DE.pdf)

Abb.: 94, 95, 96