



DIPLOMARBEIT

Landschaft Curativa -
Gesundheitslandschaft für den Krankheitsverlauf
einer Alzheimererkrankung

**ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen
Grades einer Diplom-Ingenieurin
unter der Leitung**

Ao.Univ.Prof. Dipl.-Ing. Dr.techn. Christian Kühn

E 253/1

Institut für Architektur und Entwerfen
Abteilung für Gebäudelehre und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien

Fakultät für Architektur und Raumplanung
von

Valentina Lucich, BSc
01215990

Diese Diplomarbeit untersucht das Potential einer neuen Typologie der Architektur für Pflegeeinrichtungen, die gekennzeichnet ist durch eine offene Raumorganisation mit größtmöglicher Integration in die Gesellschaft in räumlicher sowie sozialer Hinsicht. Die Arbeit umfasst einen Überblick über die Krankheit Alzheimer und ihre räumlichen Auswirkungen sowie darauf aufbauend eine Analyse des architektonischen Kontextes mit unterschiedlichen Fallbeispielen. Zudem bietet die Arbeit eine ausführliche Ortsanalyse Bolzens mit Ausblick auf die städtebauliche Entwicklung. Auf dieser Grundlage entwickelt die Diplomarbeit einen eigenen Entwurf für eine neue Art der Pflegeeinrichtung als Gesundheitslandschaft. Diese Landschaft Salutare ist eine Umgebung, die Alzheimererkrankten hilft, selbstbestimmt einen Alltag in den verschiedenen Stadien der Krankheit zu führen. Der ganzheitliche Ansatz umfasst eine Vielzahl an Angeboten für Betroffene und ihre Familien von der Tagespflege bis hin zur stationären Behandlung sowie Angebote für die Nachbarschaft wie beispielsweise Kinderbetreuung, ärztliche Versorgung und Einkaufsmöglichkeiten. Ziel der Landschaft Salutare ist es, eine Gegenposition zur architektonischen Haltung der Isolation einer Pflegeeinrichtung von der Gesellschaft aufzuzeigen und Synergieeffekte herauszuarbeiten.

This diploma thesis examines the potential of a new typology of architecture for a care center, which is characterized by an open spatial organization with the greatest possible integration into society in terms of space and social aspects. The work includes an overview of the Alzheimer's disease and its spatial effects as well as an analysis of the architectural context with different case studies. In addition, the work shows a detailed analysis of Bolzano with latest governmental strategies for urban development. On this basis, the thesis develops its own design for a new type of a care center as a landscape of health. This 'landscape salutare' is an environment that helps Alzheimer's sufferers to self-determine an everyday life in the various stages of the disease. The holistic approach includes a wide range of services for affected persons and their families, from day care to inpatient treatment, as well as offers for the neighborhood such as childcare, medical care and shopping facilities. The aim of the 'landscape salutare' is to show a new strategy in contrast to conventional architectural of isolating care facility from society and to merge synergy effects.

Wien, am 7. Januar 2021

eigenhändige Unterschrift

landschaft curativa
gesundheitslandschaft für den krankheitsverlauf
einer alzheimererkrankung

diplomarbeit von valentina lucich
betreut von ao.univ.prof.dipl-ing.dr.techn. christian kühn

tu wien | technische universität wien
januar zweitausendeinundzwanzig

inhalt

0. vorwort	06
1. alzheimer und seine räumlichen auswirkungen	08
demenz und alzheimer	10
die drei stadien der alzheimererkrankung	14
behandlung und allgemeines pflegeangebot in italien	20
spezifische pflege in südtirol	26
krankheitsverlauf und das pflegesystem in bozen	30
	34
2. architektonischer kontext	
raum und demenz	36
entwicklung der architektur für bedürftige	40
individualisierte pflegestrategien	44
fallbeispiele	
molenaar&bol&vandillen, de hogeweyk	50
ishigami, haus für ältere menschen in akita	56
gasparin meier architekten, nonntal	60
pardellerputzerscherer, grieserhof altershaus	70
gruppo di progettazione comunale, don bosco	80
3. ort [bozen, stadtviertel firmian]	86
stadtgeschichte	88
typologie und topografie	94
neue stadtentwicklung in firmian	104
4. entwurf	116
wohneinheit als privater rückzugsraum	118
gemeinschaftsräume in der wohngruppe	134
organisation mehrerer wohngruppen	148
konstruktion	180
gesundheitsgarten	190
5. literatur	212
6. abbildungen	216
7. dankagung	218

vorwort

Die Entscheidung, sich im Rahmen dieser Diplomarbeit mit dem Thema Alzheimer auseinandersetzen, hängt mit einer Erkrankung im familiären Umfeld zusammen, die zugleich aufmerksam gemacht hat für das Potential neuer Formen der Architektur in der Alzheimerpflege.

Diese neue Volkskrankheit verläuft in mehreren Phasen, die zu unterschiedlich starken kognitiven und physischen Einschränkungen führt. Das bedeutet, dass es bereits im Anfangsstadium des Alzheimers einen gewissen Bedarf an Pflege gibt, die sich aber in ihrer Intensität deutlich von späteren Phasen unterscheidet. Die Pflegetätigkeiten können in diesem Stadium noch größtenteils von Familienangehörigen übernommen werden und so bleibt der Patient im vertrauten Umfeld. Unweigerlich wird bei einer Alzheimererkrankung aber der Punkt kommen, an dem der Betroffene auf professionelle Hilfe angewiesen ist und das ist mit der Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung verbunden. In dieser Phase reagiert der Alzheimererkrankte jedoch sehr sensibel auf Veränderungen und so kann der Umzug in ein Heim die jeweilige Situation geprägt durch Orientierungslosigkeit und dem Gefühl nicht verstanden zu werden zusätzlich verschlimmern. Der Übergang vom Zuhause in eine fremde Unterkunft könnte vielerorts

durch die frühzeitige Gewöhnung an eine Einrichtung in Form von Tagestherapien oder wochenweiser Unterbringung für den Patienten erleichtert werden. Ich sehe das Potential bei solchen Einrichtungen, eine Architektur zu entwickeln, die auf das veränderte Raumempfinden der Alzheimererkrankten eingeht. Die Maxime sollte dabei sein, institutionalisierte Zwänge abzubauen und Wahlmöglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten anzubieten. Überspitzt ausgedrückt erfordert die innere Unruhe und der Bewegungsdrang der Betroffenen eher eine offene Landschaft an Bewegungsflächen als lange Gänge, die in Sackgassen enden.

Ein Alltag in einer Alzheimer-Pflegeeinrichtung sollte Routinen in eine neue Form der Zirkulation als Spaziergang integrieren. Das bedeutet, dass sich die gewählten Routen je nach Persönlichkeit und Gemüt des Patienten unterscheiden. In diesem Szenario bespielt die Architektur diese Landschaft mit unterschiedlichen räumlichen Angeboten, die zu gewissen Tätigkeiten einladen und eine intuitive Erschließung erzeugen. Ein Entwurf hat in diesem Zusammenhang auf die verschiedenen Sinneseindrücke einzugehen und darf nicht zur Reizüberflutung führen. Ein bewusstes Zusammenspiel aus gebauter Umwelt und Natureindrücken kann auf eine subtile Art den Patienten stimulieren und dazu beitragen, den Verlust der kognitiven Fähigkeiten spielerisch zu verlangsamen. Die architektonischen Anforderungen an dieses Gebäude in Form einer Landschaft sind vielfältig und werden im Laufe dieser Arbeit näher definiert.

Eine zentrale Aufgabe ist jedoch das Entwickeln einer Haltung zum Grad der Privatheit in einer Gemeinschaftsunterkunft. Diese Diplomarbeit erarbeitet eine Herangehensweise an das Bauen für Alzheimererkrankte auf mehreren Ebenen, die auch die gesellschaftliche Integration in sozialer und räumlicher Hinsicht miteinschließt und Synergieeffekte für eine Nachbarschaft herausarbeitet. An einem exemplarischen Ort in Bozen wird die entwickelte Entwurfsstrategie angewendet und somit das neugebaute Stadtviertel Firmian um eine notwendige soziale Infrastruktur erweitert, die auch abseits der Pflegeleistungen für Alzheimererkrankte neue Nutzungsformen und Angebote für die Nachbarschaft bietet.

01_ alzheimer und seine räumlichen auswirkungen

demenz und alzheimer

Demenz ist eine einschneidende Diagnose und hängt mit einer Reihe unterschiedlicher Krankheiten im Zusammenhang. Dabei ist ein wesentliches Merkmal der Demenz die Verschlechterung des Gedächtnisses, was neben den psychischen Einschränkungen auch physische Auswirkungen hat. Im Rahmen der Demenz sind demnach die kognitiven Fähigkeiten signifikant vermindert und führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Motorik. Diese Wesensveränderung wird von der erkrankten Person bis zu einem gewissen Grad selbst wahrgenommen.

Auch wenn der Krankheitsverlauf der mit Demenz zusammenhängenden Erkrankungen linear ist und es derzeit in den meisten Fällen keine medizinische Behandlung gibt, die das Fortschreiten vollständig stoppen kann, ist der Gedächtnisverlust nicht abrupt, sondern passiert in Schüben. Die Betroffenen fühlen jedoch von Beginn, dass etwas nicht stimmt. Der damit verbundene Stress beeinträchtigt die sozialen, arbeits- und beziehungsbezogenen Aktivitäten der Betroffenen nachhaltig.¹

Demenz ist eine gesellschaftliche Herausforderung, die in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen hat. Die Zahl der Betroffenen in Italien

über 65 Jahren beträgt zwischen 4 bis 6%. In jüngeren Bevölkerungsgruppen tritt Demenz hingegen marginal auf. Tatsächlich ist das Alter der treibende Faktor der Demenz. Es wird angenommen, dass die Anzahl Demenzerkrankten weiter steigt: Im Jahr 2010 waren 35,6 Millionen Menschen von Demenz betroffen und es wird erwartet, dass sich die Zahl bis 2030 verdoppelt und bis 2050 sogar verdreifacht.²

Für das Verständnis des Volksleidens Demenz ist es essenziell, den natürlichen Alterungsprozess von Demenz klar abzugrenzen. Mit dem Alterungsprozess der Menschen geht das Absterben von Gehirnzellen einher, doch das kennzeichnet noch keine Demenz. Bei einer Demenz sterben Gehirnzellen deutlich schneller ab. Die Brisanz des Themas ist in Bezug auf die weitreichenden gesellschaftlichen Auswirkungen außergewöhnlich. So leiden in Italien etwa 1.000.000 Menschen an Demenz. In Österreich sind etwa 130.000 Menschen betroffen.³

Jüngste internationalen Untersuchungen zeigen, dass es weltweit über 35 Millionen Menschen mit Demenz gibt und jährlich über sieben Millionen neue Fälle auftreten. Es wird erwartet, dass sich die Zahl der Menschen mit Demenz, vor allem im Zusammenhang mit der Alzheimer-Krankheit, in den nächsten 40 Jahren verdreifachen wird.⁴

Demenz tritt in unterschiedlichen Formen auf, die nach dem Verlauf der Erkrankung unterschieden werden. Demnach unterscheidet man in reversible und irreversible Demenzen. Der Anteil der reversiblen Demenzen ist allerdings unbeträchtlich. Der Großteil der Demenz-Erkrankungen ist irreversibel und damit nicht heilbar.

Eine umfassende Behandlung kann jedoch unter Umständen eine Verschlechterung des Zustandes verlangsamen. Die irreversible Demenz teilt sich in primäre und sekundäre Formen auf. Die primären Formen sind degenerativ, zu denen die Alzheimer-Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz sowie die Front-temporale Demenz zählt. Die sekundäre Demenz ist auf eine Durchblutungsstörung im Gehirn zurückzuführen. Dazu zählt die vaskuläre Art zu den am häufigsten diagnostizierten sekundären Formen.⁵

Der Großteil der Demenzen tritt im Zusammenhang mit einer Alzheimererkrankung auf. Die Krankheit geht auf den deutschen Psychiater und Neuropathologen Alois Alzheimer zurück. Er entdeckte dieses Krankheitsbild an einer 55-jährigen Patientin im Jahr 1906. Darauf aufbauend verfasste Alois Alzheimer eine große Anzahl an Studien, die sich mit dem Zerfall des Nervengewebes und seinen Auswirkungen beschäftigen: Gedächtnisdegeneration, paranoides Delirium, auditive Halluzinationen, Aphasie, Apraxie und Agnosie. Seine Studien und die daraus abgeleiteten Symptome sind bis heute der Kern der Alzheimer-Forschung und bilden die Grundlage für die klinische Behandlung.

Es herrscht jedoch noch weitestgehend Unklarheit, welche Ursachen die Alzheimer-Demenz auslösen. Eine weit verbreitete Meinung in dieser Hinsicht geht davon aus, dass ein quantitativ anormales Vorhandensein von Ablagerungen der Substanzen Beta-Amyloid und dem Tau-Protein im Gehirn eine Alzheimer-Erkrankung begünstigt. Eine mit ausführlichen Studien belegte Gewissheit gibt es aber noch nicht.

Die Krankheit ist im Anfangsstadium schwer zu diagnostizieren, denn es sind vergleichsweise milde Symptome, die jedoch mit fortschreitendem Verlauf schwerwiegender werden. Die kognitiven Fähigkeiten des Erkrankten nehmen nämlich mit der Zeit rapide ab. Das zeigt sich an Verhaltensauffälligkeiten, die einen geregelten, eigenständigen Alltag nicht mehr zulassen. Einfache Bewegungsabläufe wie das Binden der Schnürriemen oder das Ankleiden fallen ebenso schwer wie das Artikulieren einer eigenen Meinung. Die erkrankte Person ist nun auf intensive Pflege angewiesen.

Der Prozess der Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung ist komplex. Da es kein Alleinstellungsmerkmal gibt wird bei der Diagnose auf das Ausschließen anderer Krankheiten gesetzt, die ein ähnliches Krankheitsbild haben. Somit gibt es keine absolute Zuverlässigkeit, aber doch an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, dass eine Alzheimer-Erkrankung vorliegt. Definitiv kann die Diagnose nur durch eine in vivo oder postmortale Hirnbiopsie nachgewiesen werden.⁶

- 01 F. Izzicupo u. a., Alzheimer: Conoscere la malattia per saperla affrontare. Istituto Superiore di Sanità, Rom 2009
- 02 WHO und Alzheimer's Disease International, Hrsg., Dementia: a public health priority. Geneva 2012.
- 03 S. Höfler und E. Auer, Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit 2015
- 04 Osservatorio demenze, Istituto Superiore di Sanità, „Epidemiologia delle demenze“. Osservatorio demenze, Istituto Superiore di Sanità, 2020, [Online]. Verfügbar unter: <https://demenze.iss.it/epidemiologia>
- 05 F. Izzicupo u. a., Alzheimer: Conoscere la malattia per saperla affrontare. Istituto Superiore di Sanità, Rom 2009
- 06 F. Izzicupo u. a., Alzheimer: Conoscere la malattia per saperla affrontare. Istituto Superiore di Sanità, Rom 2009

die drei stadien der alzheimererkrankung

Die Rückbildung des Hirngewebes betrifft jeweils unterschiedliche Bereiche des Gehirns. So sind auch die verschiedenen Symptome der Krankheit zu erklären, die eine große Bandbreite an Veränderungen in Bezug auf die kognitiven und motorischen Fähigkeiten ausmacht. Jede Krankheit führt demnach zu einem individuellen Leid.

Die Persönlichkeit der erkrankten Person hat dabei einen maßgeblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Die kognitiven Störungen sind abhängig von dem persönlichen Hintergrund des Erkrankten, seiner Geschichte, seinen Charakteristiken sowie vom körperlichen Zustand und seinem Lebensstil. Dementsprechend ist kein Krankheitsverlauf gleich. Das bedeutet, dass die Behandlung ebenso flexibel sein muss, wie die Alzheimer-Erkrankung selbst. Dieser Anspruch gilt in Hinsicht auf die therapeutischen Behandlungen und auf die räumliche Ausstattung der Einrichtungen. Kein Patient gleicht einem anderen. Deshalb muss auch die Architektur dementsprechend flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse eingehen können. Obwohl die Krankheit unterschiedliche Formen annimmt, lässt sich doch der Verlauf der Alzheimer-Krankheit in drei maßgebliche Phasen gliedern.

Die Anfangsphase zeichnet sich durch erste Gedächtnisschwächen aus. Es fällt der erkrankten Person merklich schwerer, die richtigen Worte zu finden und ein Gespräch aktiv zu führen. Außerdem treten Persönlichkeitsstörungen auf wie fehlendes Zeitgefühl, Angstzustände und Depressionen. In der zweiten Phase ist die Rückbildung des Hirngewebes weiter fortgeschritten. Neben den Gedächtnisschwierigkeiten treten räumliche Wahrnehmungsstörungen auf. Die Sprachstörungen werden nun deutlich wahrnehmbar und es fällt der erkrankten Person immer schwerer zu kommunizieren. Die Motorik ist ebenfalls stark eingeschränkt. Hinzukommen Halluzinationen, Wahnvorstellungen und zunehmende Aggressivität. Besonders auffällig ist in dieser Phase, dass die Person ziellos umherwandert. Diese innere Unruhe entwickelt sich aus der gestörten räumlichen Wahrnehmung und aus den fortgeschrittenen Gedächtnisschwierigkeiten. In der letzten Phase der Alzheimer-Erkrankung ist das Hirngewebe dermaßen zersetzt, dass es zu schwerwiegenden Einschränkungen der kognitiven und motorischen Fähigkeiten kommt. In diesem Endstadium der Krankheit kommt es zum Verlust der Sprache und selbst einfache Bewegungsabläufe können nicht mehr ausgeführt werden. Die Lücken im Gedächtnis sind zu groß geworden, als dass ein Erinnern an elementare Tätigkeiten möglich wäre, die ein Leben lang den Alltag des Erkrankten geprägt haben.⁷

Zusammengefasst sind es in allen drei Phasen kognitive Defizite, die charakteristisch für die Alzheimer-Erkrankung sind. In Zahlen ausgedrückt treten in 87% der Erkrankungen maßgebliche Gedächtnisprobleme auf. Dazu zählt Apraxie und Agnosie. Apraxie (vom griechischen a- Präfix der Verneinung, und praxía: tun) beschreibt die Unfähigkeit, Bewegungen zu machen, die zielgerichtet sind, wie beispielsweise das Binden der Schuhe. Agnosie (aus dem Griechischen a-gnosis, „nicht wissen“) bezeichnet die Wahrnehmungsstörung, Bekanntes als solche zu erkennen. Dazu zählen Personen aus dem engsten Umfeld, die für die Erkrankten zu Fremden werden sowie Alltagsgegenstände und Gerüche. In besonders schlimmen Fällen kann auch das eigene Spiegelbild als etwas Fremdes wahrgenommen werden. In 72% der Erkrankungen gibt es massive Sprachprobleme. Die erkrankte Person kann sich nicht mehr artikulieren und verliert

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

PHASE 1 Anfangsstatur (leicht)

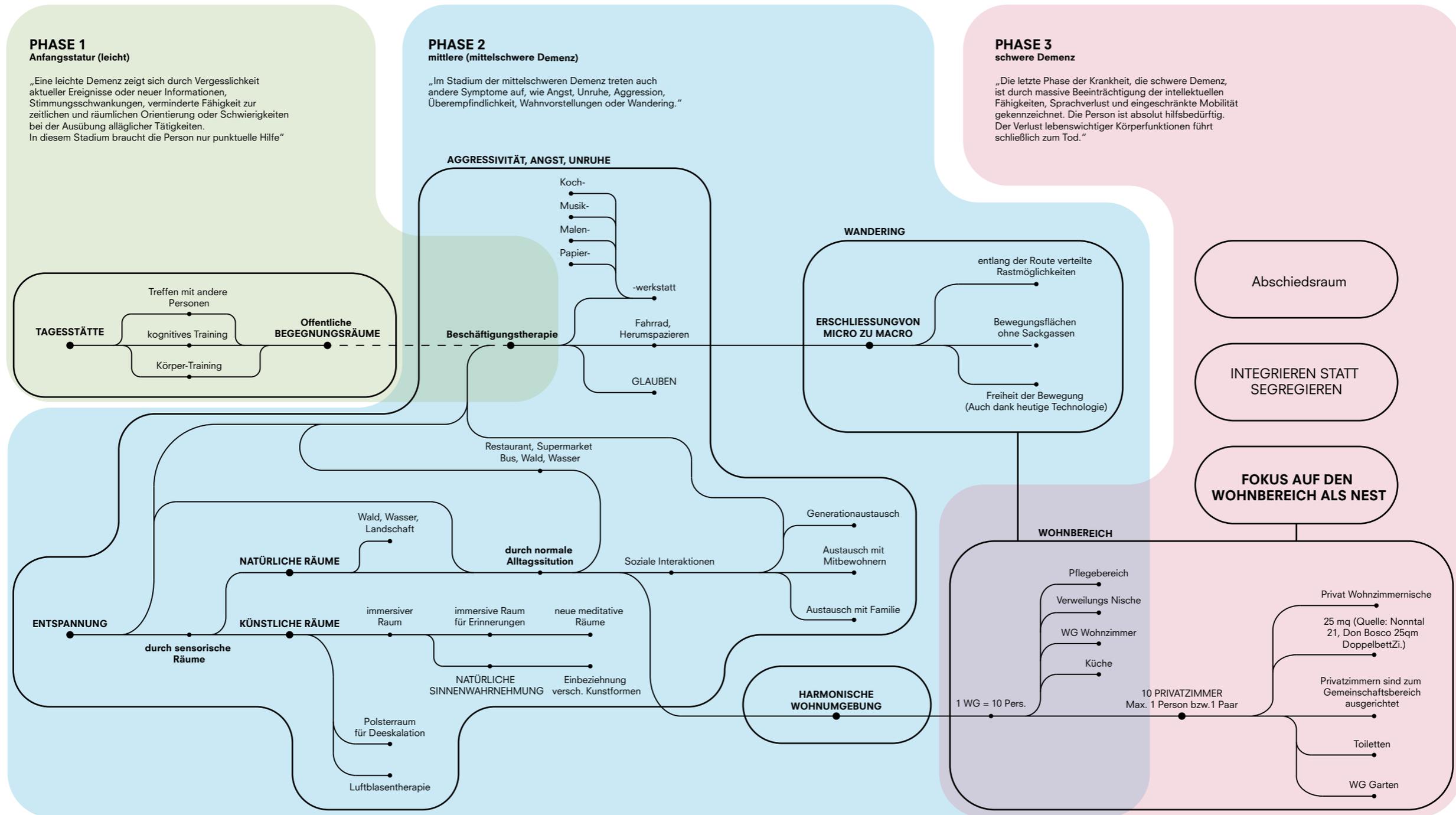
„Eine leichte Demenz zeigt sich durch Vergesslichkeit aktueller Ereignisse oder neuer Informationen, Stimmungsschwankungen, verminderte Fähigkeit zur zeitlichen und räumlichen Orientierung oder Schwierigkeiten bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten. In diesem Stadium braucht die Person nur punktuelle Hilfe“

PHASE 2 mittlere (mittelschwere Demenz)

„Im Stadium der mittelschweren Demenz treten auch andere Symptome auf, wie Angst, Unruhe, Aggression, Überempfindlichkeit, Wahnvorstellungen oder Wandering.“

PHASE 3 schwere Demenz

„Die letzte Phase der Krankheit, die schwere Demenz, ist durch massive Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten, Sprachverlust und eingeschränkte Mobilität gekennzeichnet. Die Person ist absolut hilfsbedürftig. Der Verlust lebenswichtiger Körperfunktionen führt schließlich zum Tod.“



schematische darstellung des krankheitsverlaufs

das Gefühl für die richtigen Worte. Zu Beginn der Krankheit schwindet zunächst der informative Gehalt der Kommunikation. Es fällt schwerer, sich präzise auszudrücken und so werden Worte zunehmend umschrieben. Im weiteren Stadium der Krankheit wird die Sprache immer weiter reduziert und mit Lauten konnotiert bis es zu einem vollständigen Verlust der Sprache kommt. In etwa jeder zweiten Erkrankung leidet die Person an einer schwerwiegenden räumlichen Störung mit drastischen Orientierungsproblemen. Die Erinnerungen an die vertraute Umwelt, zu der die eigene Stadt, die eigene Nachbarschaft und die eigene Wohnung zählt, verschwindet immer mehr aus dem Gedächtnis bis sich jegliche Beziehung zum bekannten Raum auflöst.⁸

Diese kognitiven Störungen erzeugen bei der erkrankten Person das Gefühl, nicht verstanden zu werden und sich selbst auch nicht mehr zu vertrauen. Die psychologischen Störungen werden in drei Hauptkategorien eingeteilt und umfassen zum einen das Denken und die Wahrnehmung, des Weiteren die Zuneigung und als dritte Kategorie das Verhalten und Benehmen. Die psychologischen Störungen in Bezug auf das Denken und die Wahrnehmung umfassen Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Wahnvorstellungen zeigen sich durch inkongruente Vorstellungen oder Anschauungen, die ohne äußerliche Reize ausbrechen. Halluzinationen hingegen lassen Realität und Einbildung verschwimmen, so dass die betroffene Person mit Reizen überflutet wird und sich geistig verliert. Halluzinationen können in Form von allen Sinneswahrnehmungen auftreten, nicht lediglich visuell. Im Zusammenhang mit Demenz treten Halluzinationen in unterschiedlicher Intensität auf. Diese Schwankungen können den Eindruck der Unberechenbarkeit des Leidenden verstärken. Die zweite Hauptkategorie der auftretenden psychologischen Störungen im Rahmen einer Alzheimer-Erkrankung schließt sämtliche Formen von Depressionen und Angstzuständen mit ein. Bei Depressionen leidet der Patient unter einem langanhaltendem Stimmungseinbruch. Dem geht eine gewisse Apathie einher und führt in den meisten Fällen zur Isolation. Bei Angstzuständen hingegen nimmt die erkrankte Person eigene Ängste in einer extremen Art und Weise wahr, die auch ohne Stimuli auftreten können und einen geregelten Alltag nicht zulassen. Als letzte grundlegende Kategorie der

psychologischen Störungen der Alzheimer-Erkrankten setzt sich aus den verschiedenen Formen der Verhaltensstörungen zusammen. Dazu zählt zunächst die Erregung, die ein Gefühl von Nervosität erzeugt und sich auch motorisch bemerkbar machen kann. So kann Erregung dazu führen, dass betroffene Personen Schubladen ziellos durchstöbern oder Gegenstände neu platzieren. Hinzu kommt die Enthemmung als Verhaltensstörung. Hierbei kann Enthemmung zu schwerwiegender sexueller Belästigung und Exhibitionismus führen. Eine passivere Verhaltensstörung ist die Apathie, die jegliche Motivation oder Tatendrang vermissen lässt. Ähnlich wie die Depression, ist Apathie eine Störung die langfristig anhält. Dem entgegen gestellt kann auch Euphorie auftreten, die ohne ersichtlichen Grund bei der erkrankten Person auftreten kann. Auch Schlaflosigkeit und Essstörungen könne im Rahmen der psychologischen Störungen auftreten.⁹

Zusammengefasst hat Alzheimer einen direkten Einfluss auf die Wahrnehmung der Umwelt und stört diese Wahrnehmung zunehmend mit dem Verlauf der Krankheit bis hin zu vollständiger Entkopplung. Während kognitive Störungen tiefere Ursachen haben durch das Absterben der Hirnzellen, können die daraus hervorgehenden psychologischen Störungen neben medikamentöser Behandlung auch durch positive Reize in der Umwelt des Erkrankten beeinflusst werden. Eine sensible Architektur kann Stress reduzieren und Therapien dadurch unterstützen.

- 07 F. Izzicupo u. a., Alzheimer: Conoscere la malattia per saperla affrontare. Istituto Superiore di Sanità, Rom 2009
- 08 Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Area Integrazione Socio-sanitaria e Progetti Obiettivo, und Romano Del Nord, Architettura per l'Alzheimer; Il malato di Alzheimer e l'ambiente. Regione Toscana, 2002.
- 09 F. Izzicupo u. a., Alzheimer: Conoscere la malattia per saperla affrontare. Istituto Superiore di Sanità, Rom 2009

behandlungen und allgemeines pflegeangebot in italien

Die therapeutischen Strategien, die zur Behandlung von Demenz zur Verfügung stehen, sind pharmakologisch, psychosozial und integriertes Management der Pflege. Seit einigen Jahren wird vermehrt in zahlreichen Studien an wirksameren Therapien geforscht. Leider ist die Forschung noch am Anfang und es wird noch eine nicht absehbare Zeit dauern, bis erste Erfolge zu verzeichnen sind.

Seit ungefähr 15 Jahren sind jedoch Medikamente verfügbar, die bestimmte Symptome der Krankheit kontrollieren. Dazu zählen Cholinesterasehemmer. Ihre Wirksamkeit ist aber auf einen gewissen Teil der Betroffenen beschränkt und es ist wichtig die Therapie im frühen bis mittleres Stadium der Krankheit zu beginnen.

Dieses Medikament unterdrückt die Aktivität des Enzyms Acetylcholinesterase im Gehirn. Dadurch wird den Gehirnzellen eine größere Menge an Acetylcholin zur Verfügung gestellt, das einen der bedeutendsten Neurotransmitters im Nervensystem ausmacht. Studien haben belegt, dass nämlich im Gehirn eines Alzheimer-Erkrankten eine zu geringe Menge an Acetylcholin zur Hauptursache für gewisse Symptome ist.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends ließ die zuständige italienische Gesundheitsbehörde die Erstattung dieser Medikamente für die Alzheimerbehandlung zu. Dies war ein Meilenstein für die Therapiemöglichkeiten. Zusätzlich begann das italienische Gesundheitsministerium im großen Maßstab neue Beobachtungsstudien zu fördern, um die Wirksamkeit der Cholinesterasehemmer zu untersuchen. Für dieses Forschungsprojekt wurden landesweit Alzheimer-Zentren geschaffen, die sogenannten Alzheimer Assessment Units (UVA). Diese UVA-Zentren waren für die Verordnung der medikamentösen Therapien zuständig und kontrollierten gleichzeitig in Langzeituntersuchungen die Wirkung der Tabletten. Die Behandlung wurde vom Staat vollständig erstattet und sind auch bekannt als CRO-NOS-Studien. Im Jahr 2005 wurde der Abschlussbericht vorgelegt und die Forschungsergebnisse ausgewertet. So kam die Langzeituntersuchung zu dem Ergebnis, dass die Wirkung der Cholinesterasehemmer leider doch begrenzt ist. Das Forschungsprojekt wurde trotzdem verlängert und so bleibt die Ausgabe der kostenfreien Alzheimer-Medikamente an die Teilnahme an der staatlichen Gesundheitsstudie UVA gekoppelt.

Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich mit den Jahren verbessert und mit dem Medikament Memantin (NMDA-Glutamat-Rezeptor-Antagonist) steht ein weiteres Molekül bereit, dass Krankheitssymptome kontrollieren kann. Es wird jedoch im Gegensatz zu den Cholinesterasehemmern nicht in Anfangsstadien, sondern in Endstadien der Krankheit verschrieben. Memantin ist ebenfalls erstattungsfähig.¹⁰

Sowohl in der Zeit vor der Erforschung der medikamentösen Behandlung, als auch gegenwärtig mit der integrierten pharmakologischen Alzheimer-Therapie, sind alternative Behandlungsansätze Teil der Forschung. Diese alternativen Herangehensweisen umfassen Gedächtnis-Therapien gegen kognitive Symptome und Behinderungen sowie Therapien, die mit psychologischen Ansätzen Verhaltenssymptome behandelt. Neben der ROT (Reality Orientation Therapy) gibt es Musik-Therapien, kognitive Verhaltens-Therapien, Validierungs-Therapien, Reminiszenz-Therapien, Licht-Therapien, Beschäftigungs-Therapien, Multisensorik-Therapien (Snoezelen), Aroma-Therapien, tiergestützte Therapien und Kunst-Thera-

pien. Auch wenn es viele nicht-pharmakologische Behandlungen gibt, ist das Belegen der Wirksamkeit dieser Therapien nicht einfach. Zum einen umfasst eine Vielzahl dieser Studien nur wenige Teilnehmer und ist deshalb kaum aussagekräftig. Zum anderen führt die stark ausgeprägte Heterogenität der Patienten dazu, dass sich Behandlungsfortschritte nur sehr unterschiedlich bemerkbar machen.¹¹

Heute wird ein Ansatz zur Behandlung von Alzheimer verfolgt, der sich in der Praxis bewährt hat, dessen Wirksamkeit jedoch noch nicht durch Studien vollständig belegt ist. Diese Methodik wird auch bezeichnet als Integriertes Gesundheitsmanagement (Disease Management, Case Management, Chronic Care Model oder Continuity of Patient Care). Diese klinische Herangehensweise ist essentieller Bestandteil von Behandlungen anderer chronischer Krankheiten wie onkologische Erkrankungen und Diabetes. Das integrierte Gesundheitsmanagement umfasst die Betreuung des Patienten mitsamt seiner Familie durch einen Facharzt unter Einbeziehung eines Expertenzentrums. Die Therapie beginnt mit dem Evaluieren einer individuellen Strategie für die erkrankte Person. Die Behandlung ist so ausgelegt, dass der Patient mit seiner Familie im Zentrum des Netzwerks an Fachkräften steht, zu dem ambulante Fachdienste zählen, sowie Tageszentren, häusliche Pflegedienste, Pflegeheime, Langzeitpflegeeinrichtungen und das Krankenhaus. Der Austausch der Krankenakte wird durch elektronische Einsehbarkeit für alle Beteiligten unterstützt. Diese Behandlungsmethodik ist vielversprechend, aber noch nicht flächendeckend verbreitet.¹²

Alzheimer ist eine schwere Krankheit mit erheblichen Beeinträchtigungen bis hin zur völligen Hilflosigkeit, die eine umfassende Pflege und ständige Betreuung benötigt. Die Arbeiter der Pflegebranche sind konfrontiert mit der stetigen Abnahme der Fähigkeiten der Patienten und dem kontinuierlichen Prozess des Vergessens, der einen selbststrukturierten Alltag nicht zulässt. Die zeitaufwendigste Pflegeleistung ist die Organisation des täglichen Lebens und die körperlich Unterstützung. Ungefähr vier Stunden täglich werden für hygienische Pflege aufgewendet und etwa drei Stunden täglich wird der Patient begleitet bei Aktivitäten innerhalb und

außerhalb der eigenen vier Wände.

Diese Aufsichtspflicht wird oftmals zur maßgeblichen Belastung für Familienangehörige und für das soziale Umfeld der Person. Doch ungeachtet dessen zieht ein Großteil der italienischen Familien es vor, solange es geht selbst den Patienten zu betreuen und zu pflegen. Um die einschneidenden Folgen einer Alzheimererkrankung für Familien besser verkraften zu können, wünschen sich viele bessere Angebote von den Gesundheitskassen in Hinsicht auf Haushaltshilfen und Ausbau von ambulanten Pflegeangeboten. Das ergab eine Studie von CENSIS. Des Weiteren gibt es einen stark zunehmenden Bedarf an Pflegeeinrichtungen, die tageweile oder wochenweise in Anspruch genommen werden kann.¹³

Im Allgemeinen ist die Alzheimerversorgung in Italien noch an bedeutenden Stellen ausbaufähig. Nach einer Untersuchung von SENSIS im Jahr 2016, können lediglich 12,5% der Patienten eine Tageseinrichtung besuchen. Noch weniger, nämlich nur 9,5% der erkrankten Personen kommen in den Genuss von Hauspflege mit integriertem Gesundheitsmanagement. Letztere Pflegeleistung umfasst durchschnittlich 7,4 Stunden pro Woche.¹⁴

Auch der Aufenthalt in Gesundheits- oder Pflegeeinrichtungen ist selten. Oft gleichen die Einrichtungen unpersönlichen Krankenhäusern. Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit kann dorthin ein Patient für einen Zeitraum von etwa zwanzig Tagen eingewiesen werden.

Damit gibt es einen erheblichen Investitionsrückstau in der italienischen Alzheimerbehandlung, der verstärkt wird durch steigende Alzheimererkrankungen in einer immer älter werdenden Gesellschaft. Der demographische Wandel vollzieht sich auch in Italien. Hier besteht die Bevölkerung etwa zu 22,9% aus älteren Menschen und damit deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 18,5% .⁽¹⁵⁾ Für das Jahr 2050 wird überdies ein Anteil von 34,3% prognostiziert ⁽¹⁶⁾. Diese Tendenz lässt die momentanen Angebote einer Alzheimererkrankung zu einem gesundheitsrelevanten Missstand werden. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 4,7% der älteren Bevölkerung von einer Alzheimererkrankung betroffen sind. Insbe-

sondere Frauen mit einem Alter von über 80 Jahren gehören mit 14,2% zur stark betroffenen Risikogruppe. Alzheimer gehört zu den Todesursachen von mehr als 52.000 Todesfällen pro Jahr bei älteren Menschen.¹⁷

Ungeachtet der Brisanz des Themas sind neue Pflegekonzepte rar. Etwa jeder zweite der betroffenen Patienten wird von Familienmitgliedern behandelt ohne Einbezug von Tagesstätten oder fachmännisch betreutes Wohnen.¹⁸ Das ist teilweise auch auf die hohen Kosten und dem Mangel an Soziosanitären Einrichtungen, die von der öffentlichen Hand finanziert werden, zurückzuführen.¹⁹

Einer Erhebung des Nationalen Instituts für Statistik zufolge sah sich im Jahr 2019 in mehr als 910.000 italienischen Familien mindestens eine Person gezwungen, sich in Vollzeit der Pflege eines kranken, älteren Angehörigen zu kümmern. Das war oft verbunden mit der Aufgabe des Arbeitsplatzes und einem Bruch in der beruflichen Karriere. Diese Personen waren meist zwischen 35-75 Jahre alt und insbesondere Ehepartner und Kinder. Am häufigsten sind Frauen von dieser Situation betroffen. Eine Umfrage vom ISTAT im Jahr 2019 ergab, dass 24% der Frauen ihre Arbeitszeit reduziert haben, um einen kranken Familienangehörigen zu pflegen. Im Kontrast dazu gaben dies lediglich 3,2% der Männer an.²⁰ Abhängig von dem Krankheitsstadium, in dem sich der Patient befindet variiert der Pflegebedarf zwischen drei bis neunzehn Stunden pro Tag.

- 10 Osservatorio demenze, Istituto Superiore di Sanità, „Trattamenti e gestione integrata“. 2020, [Online]. Verfügbar unter: <https://demenze.iss.it/trattamenti/>.
- 11 A. Göhner, M. Hüll, und S. Voigt-Radloff, „Nichtmedikamentöse Behandlung von Demenz in gerontopsychiatrischen Einrichtungen“, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016, S. 169–183, 2016.
- 12 F. Izzicupo u. a., Alzheimer: Conoscere la malattia per saperla affrontare. Istituto Superiore di Sanità, Rom 2009
- 13 AIMA - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer und CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali, „L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: RIFARE IL PUNTO DOPO 16 ANNI“, CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali, 2016. [Online]. Verfügbar unter: http://www.alzheimer-aima.it/img/iniziative/Aima-Censis-24-febbraio_Sintesi-dei-risultati.pdf.
- 14 AIMA - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer und CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali, „L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: RIFARE IL PUNTO DOPO 16 ANNI“, CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali, 2016. [Online]. Verfügbar unter: http://www.alzheimer-aima.it/img/iniziative/Aima-Censis-24-febbraio_Sintesi-dei-risultati.pdf.
- 15 ISTAT, Italia in cifre. Istituto nazionale di statistica, 2015.
- 16 ISTAT, „Il futuro demografico del paese“, 2018. [Online]. Verfügbar unter: https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni_demografiche.pdf.
- 17 ISTAT, „La salute mentale nelle varie fasi della vita“, 2018. [Online]. Verfügbar unter: https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf.
- 18 AIMA - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer und CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali, „L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: RIFARE IL PUNTO DOPO
- 19 ISTAT, „La cura: conciliare lavoro e famiglia“, 2018. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.istat.it/it/files/2019/11/ConciliazioneCuraLavoro2019.pdf>.
- 20 ISTAT, „La cura: conciliare lavoro e famiglia“, 2018. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.istat.it/it/files/2019/11/ConciliazioneCuraLavoro2019.pdf>.

spezifische pflege in südtirol

Nach Interviews im Rahmen dieser Masterarbeit mit verschiedensten Akteuren der Südtiroler Alzheimerpflege wie etwa Liliana Di Fede - Generaldirektorin der Betrieb für Sozialdienste Bozen, Cristiana Zainea – Pflegedienstleiterin des Seniorenwohnheims „Don Bosco“ und Barbara Zerbini - Leiterin der Alzheimerabteilung des Seniorenwohnheims „Don Bosco“, werden zwei Hauptproblematiken deutlich. Zum einen gibt es im Allgemeinen zu wenig geschulte Pflegekräfte, die speziell ausgebildet sind für den Umgang mit Alzheimer-Erkrankten. In erster Linie ist die Pflegeleistung der professionelle Umgang mit den besonderen Verhaltensproblemen und der intensiven Aussichtspflicht und die Organisation des Alltags. Außerdem ist das Angebot an Einbeziehung der Jugend im Rahmen eines freiwilligen Sozialen Jahres, eines Wehersatzdienstes oder als Sozialpraktikum nicht ausgebaut. Die freiwillige Arbeit der Jugend in der Pflege ist dabei auch wichtig für eine Gesellschaft. Nachbarstaaten wie Österreich und Deutschland sind in dieser Hinsicht gute Beispiele.

Darüber hinaus fehlen in Südtirol Einrichtungen für Menschen mit Alzheimer. Im Speziellen sind es nur 10 Pflegeeinrichtungen in Bozen, die Unterbringung und Betreuung für pflegebedürftige Menschen bieten. Von

diesen fast fünfhundert Pflegeplätzen sind aber nur 14 explizit für Demenz leidende Personen konzipiert. Auch in Südtirol ist der demographische Wandel zu beobachten, was die Situation der geringen Anzahl an Pflegeplätzen explizit für Demenz-Kranke verschärft.²¹

Betrachtet man die Situation in Südtirol im architektonischen Kontext, fällt auf, dass die überwiegenden Pflegeeinrichtungen typologisch der geschlossenen Krankenstation zugerechnet werden können. Ungeachtet der unzähligen Forschungsstudien führender Mediziner ist diese Typologie des Wegsperrens in Südtirol populär. Historisch betrachtet hat die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in Südtirol den Ursprung in den Armenheimen, die gesellschaftlich verpönt waren. Wohlhabende Familien sahen es als Zumutung, einen Familienangehörigen von einer fremden Person pflegen zu lassen. Diese überholte Einstellung kann nur gesellschaftlich überwunden werden, wenn hybride Angebote zwischen ambulanter Pflege und stationärer Pflege angeboten werden. Die räumliche Organisation der größtenteils in den 70er Jahren gebauten Pflegeheimen mit monotonem und von der Außenwelt isoliertem Charakter lässt diese Organisationsform nur selten zu.

Die Pflegeheime für ältere Menschen in der autonomen Provinz Südtirol grenzen sich von denen im Rest Italiens ab aufgrund von verfassungsrechtlicher Primärkompetenz in sozialen Angelegenheiten. Pflegeheime in Südtirol zählen als soziale Einrichtungen und nicht als Gesundheitsstrukturen, wie im Rest Italiens. Diese Definition der Einrichtung drückt dabei auch einen besonderen Anspruch an die Pflegeheime als integraler Teil der Gesellschaft aus. Im restlichen Italien ist dies anders geregelt. Die Pflegeheime gelten dort als RSAs (Residenza Sanitarie Assistenziali).

Es ist eine Trendwende in der architektonischen Entwicklung zu beobachten, die eine neue Haltung zur Verflechtung von Gesellschaft und Pflege zum Ausdruck bringt. Insbesondere nordeuropäische Länder zeigen eindrucksvoll die Vielfalt an architektonischen Typologien, die Raum zum Pflegen bieten. Sie verbindet einen Ansatz, der die Pflege in den Alltag integriert und eine Trennung von Krankheit und sogenannter Normalität

in der Gesellschaft aufzulösen versucht. Die interne Organisation ändert sich zu dem von der entkoppelten Einheit hin zu gemeinschaftlichen Angeboten in Wohngruppen.

Ein Gemeinschaftsraum verbindet private Schlafräume, im Vergleich zu den restlichen Räumen nicht zu groß sein sollen. Der Gemeinschaftsraum funktioniert als Kommunikationsraum und verschiedenste Tätigkeiten passieren simultan, so dass der Alltag selbst die Bewohner stimuliert und eine Monotonie nicht aufkommen lässt. Selbstverständlich ist die medizinische und krankenpflegerische Versorgung in Form von Fachpflegekräften integriert und unterstützt die Person in ihrem Alltag. Diese Entwurfshaltung aus Kleingruppen und offenen Gemeinschaftslandschaften erzeugt eine gewisse Identität bei den Bewohnern. Das Gefühl der Zugehörigkeit ist dabei nicht zu unterschätzen. Dieser gemeinschaftliche Ansatz kann aber nur funktionieren, wenn es zugleich ganz private Rückzugsräume gibt. Hinzu kommt, dass die unterschiedlich ausgeprägten Krankheitsverläufe Mehrbettzimmer in Hinsicht auf Ruhephasen und Schlaf oft unmöglich machen.

Zusammengefasst kann die Architektur einen Rahmen schaffen, der bestimmte positive Situationen in der Pflege unterstützt. Durch die bewusste Anordnung der Funktionen einer Pflegeeinrichtung und dem Abwiegen von Kommunikationsräumen und privaten Rückzugsräumen wird Einfluss auf den künftigen Alltag der Einrichtung genommen. Es gibt einen umfassenden Katalog an Elementen, die in der Planung von Pflegeeinrichtungen einen vielversprechenden Einfluss erzeugen können. Dazu gehören beispielsweise der Zugang zu Gärten, Ruheräume und eine bewusste Farb- und Materialwahl.²²

21 Autonome Provinz Bozen-Südtirol, Autonome Provinz Bozen-Südtirol, „Die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung bis 2030“. Autonome Provinz Bozen-Südtirol, Autonome Provinz Bozen-Südtirol, 2014.

22 Aus dem Interview mit Liliana di Fede, Generaldirektorin der Betrieb für Sozialdienste Bozen

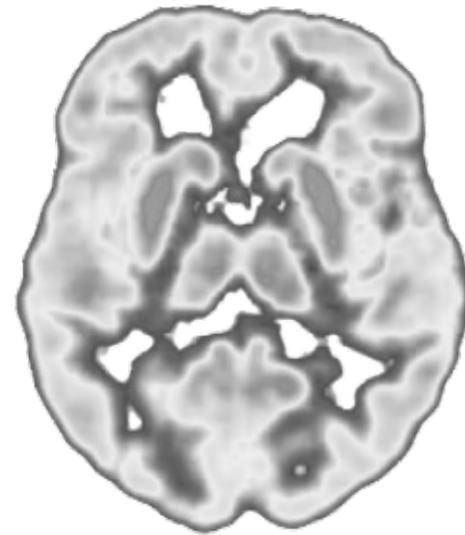
krankheitsverlauf und das pflegesystem in bozen

In der Anfangsphase sollte das soziale Umfeld der erkrankten Person so wenig wie möglich verändert werden. Aufgrund der zunehmenden Desorientierung und der Gedächtnisprobleme kann ein Ortswechsel die Beschwerden verstärken und sich sehr negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Mit anderen Worten ausgedrückt bedeutet das, dass das soziale und räumliche Umfeld eine Konstante im Leben des Patienten bildet, die sich sehr beruhigend auf die Gemütslage des Leidenden auswirkt. Die eigenen vier Wände helfen dabei immens sich zu identifizieren und erden. Im fortlaufenden Stadium der Alzheimer-Erkrankung, wenn sich der Gesundheitszustand merklich verschlechtert, wird beim Hausarzt ein Facharztbesuch beantragt. In der „Memory Clinic“ des nächstliegenden Krankenhauses wird in der Abteilung für Geriatrie eine umfassende Untersuchung des Gehirns vorgenommen und den speziellen Ursachen der Gedächtnisstörungen nachgegangen. Im Fokus steht in erster Linie das Ermitteln einer sinnvollen Pflegestrategie. Die klinische Diagnose geht mit dem Anspruch auf Pflegegeld und den Grad der benötigten Hilfe einher. Diese Hilfeleistung wurde vor zehn Jahren eingeführt und basiert auf dem deutschen Modell, das eine Pflegeversicherung darstellt, die gemeinsam

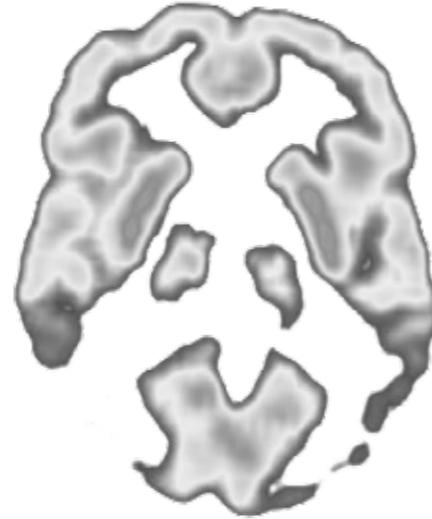
vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert wird. Im Bozen wird aber das Pflegegeld ausschließlich von der öffentlichen Hand finanziert. So stellt in der Provinz Bozen das Pflegegeld eine umfassende Unterstützung dar, die eine häusliche Pflege im frühen Anfangsstadium ermöglicht.²³

Der Gesetzgeber schafft damit Anreize, ambulante professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen, was wesentliche Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hat. Darüber hinaus gibt es Angebote bestimmter Pflegeeinrichtungen, Personen tage- und wochenweise aufzunehmen. Diese Angebote werden zunehmend in Anspruch genommen und führen nachweisbar zu einer Entlastung der pflegenden Familienangehörigen. Der fortschreitende Krankheitsverlauf kann jedoch ab einem bestimmten Punkt eine häusliche Pflege unmöglich machen. Die Person ist in diesem Stadium auf umfassende professionelle Pflege Tag und Nacht angewiesen. In diesem Zusammenhang wird von einer Institutionalisierung des Alzheimer-Erkrankten gesprochen. Der Umzug vom privaten Zuhause in eine Pflegeeinrichtung gilt es dabei so behutsam wie möglich zu gestalten, um die Verwirrung der Person so gering wie möglich zu halten.

Die emotionalen Auswirkungen auf die Person haben einen großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und so ist ein konstantes Unterstützersystem unabdingbar. Eine weitsichtige Pflegestrategie integriert von Beginn der Diagnose Fachkräfte, die mit der Zeit zu Vertrauenspersonen des Patienten werden. Der gleiche Anspruch gilt für das räumliche Umfeld. Eine Pflegeeinrichtung muss schon vor dem endgültigen Umzug des Alzheimer-Erkrankten in seinem Alltag integriert sein. So kann beispielsweise durch Tagespflege oder wochenweiser Kurzzeitpflege der künftige Bewohner schonend an das Leben in der Pflegeeinrichtung herangeführt werden. Ebenso wichtig ist der Einbezug des sozialen Umfelds in den Alltag in der Pflegeeinrichtung. Mehrzweckräume für Geburtstagsfeiern oder anderen Gemeinschaftaktivitäten sind ebenso bedeutend für die Linderung der Krankheitssymptome wie gemeinsame Weihnachtsfeste.²⁴ Ist die Krankheit so fortgeschritten, dass der Patient bettlägerig ist und einen maßgeblichen Teil der Eigenständigkeit verloren hat, ist nur noch eine stationäre Behandlung in einem spezialisiertem Seniorenhaus möglich.



gesunde gehirnaktivität



gehirnaktivität mit alzheimer

- 23 Abteilung Soziales Land Südtirol, „28 Fragen rund ums Pflegegeld“. Abteilung Soziales Land Südtirol, Juni 2019, [Online]. Verfügbar unter: http://www.provinz.bz.it/familie-soziales-gemeinschaft/senioren/downloads/28_Fragen_zur_Pflegeeinstufung_Jahr_2019.pdf.
- 24 Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Area Integrazione Socio-sanitaria e Progetti Obiettivo, und Romano Del Nord, Architettura per l'Alzheimer; Il malato di Alzheimer e l'ambiente. Regione Toscana, 2002.

02_architektonischer kontext

raum und demenz

Der Mensch identifiziert sich unter anderem maßgeblich durch seine direkte Umgebung. Das schließt die gebaute sowie die soziale Umgebung mit ein. Eine Alzheimer-Erkrankung führt zu wesentlichen kognitiven Einschränkungen und zerstört auf diese Weise ein Leben lang aufgebaute Beziehung. Die daraus entstehende Verwirrung verändert auch das Selbstverständnis eines Betroffenen mit drastischen Auswirkungen.

Der Patient entrückt immer weiter alten Gewohnheiten und beginnt, sich unverstanden und fremd zu fühlen. Das bedeutet, dass sich die Beziehung zu zentralen Orten des gewohnten Alltags wie eine Heimatstadt, die Nachbarschaft oder das Zuhause kontinuierlich auflöst. Auch engste Familienmitglieder und Freunde schließt dieser Prozess des Entrückens mit ein. An die Beziehung zu ihnen kann sich der Alzheimer-Erkrankte im Laufe des Krankheitsverlaufs nicht mehr erinnern. Neben der räumlichen und sozialen Umwelt schwindet auch das Verständnis für alltägliche Gegenstände und ihre Handhabung. Es beginnt eine neue Realität für den Betroffenen, die durch maximale Verunsicherung und Instabilität gekennzeichnet ist. Diese Verunsicherung und Verständnislosigkeit führen zu einem Zustand der Angst und Frustration.¹

In Hinblick auf diese neue Übersensibilität sind die Anforderungen an eine geeignete Umwelt für einen Alzheimer-Erkrankten hoch. Jede Person entwickelt eigene Kommunikationsstrategien, die nur schwer zu entschlüsseln sind und reagiert individuell auf Reize.

Die Architektur nimmt hier eine besondere Rolle ein, um den neuen Bedürfnissen der Person gerecht zu werden. Zum einen ist die verbleibende Beziehung zum sozialen Umfeld und gebauten Umfeld zu schonen und zu fördern. Zum anderen muss auch auf einen besonderen Pflegebedarf eingegangen werden, um Gefahren für die Person zu minimieren.

Das Ziel der Architektur ist zudem, durch räumliche Konfigurationen neue Kommunikationsmethoden in den Alltag der Betroffenen zu integrieren. Das verbleibende Verständnis für Beziehungen zu Orten, Menschen und Gegenständen so lange wie möglich aufrecht zu erhalten ist die Maxime und spiegelt den Kern der Bedürfnisse wider.

Neben der sozialen Umwelt nimmt die gebaute Umwelt eine kompensatorische Rolle im Alltag ein. Emotionen können durch bekannte Rückzugsräume besser verarbeitet werden und erzeugen ein Gefühl der Erdung. Menschen mit Demenz sind in ganz besonderer Weise auf diese beruhigende Wirkung auf Empfindungen angewiesen. In Abhängigkeit von der Krankheitsphase kann dieser empfundene Schutzraum sehr unterschiedlich ausfallen.

In Kombination zu einem stabilen und empathischen Umfeld kann der Verlauf der Alzheimer-Erkrankung zwar nicht gestoppt werden, aber doch nachweislich Verhaltensprobleme, psychotische Symptome und den Rückgang der für einen eigenständigen Alltag notwendige Fähigkeiten reduzieren.²

Dieser ganzheitliche Ansatz wird auch als „prothetische Umgebung“ beschrieben. Die Pflege wird in Form von sozialer und gebauter Umwelt zu einer metaphorischen Prothese, die den Patienten Eigenständigkeit schenkt. Die Grundvoraussetzung zum Aufbau einer prothetischen Umge-

bung bilden zum einen medizinische Fachkräfte mit spezieller Ausbildung und individuellen Pflegeprogrammen. Des Weiteren ist eine geeignete Infrastruktur von Relevanz, die in Form von physischen Räumen auf die komplexen Anforderungen der Demenzpflege abgestimmt sind und sich aus der individuellen Interpretation des Erkrankten ergeben. Eine gängige Methodik zur Schaffung solcher Räume ist die Herangehensweise, einen gebauten Zustand zu schaffen, der dem gewohnten Zuhause ähnelt.

Ein vertrautes Erscheinungsbild stimuliert das Gedächtnis und hat eine beruhigende Wirkung auf den Patienten. Das umfasst neben liebgewonnenen Alltagsgegenständen wie Bilder oder Einrichtungsgegenstände soziale Interaktion sowie bekannte Gesichter im regelmäßigen Abstand.

Auch eine geschützte Privatsphäre zum Verarbeiten der Eindrücke gehört zu den grundlegenden Bedürfnissen eines Alzheimer-Erkrankten. Dabei erschwert die Unfähigkeit der Person Wünsche und Bedürfnisse verständlich zu artikulieren den Aufbau einer prothetischen Umgebung immens.³

Im Verlauf der Krankheit ist der Alzheimer-Erkrankte durch eine kontinuierliche Abnahme der kognitiven Fähigkeiten lediglich im Anfangsstadium in der Lage, seine Gedanken mitzuteilen und dem Pflegepersonal einen unverstellten Einblick in seine Persönlichkeitsstruktur zu geben.

Dieser Phase kommt eine zentrale Bedeutung in der Organisation zu und kann hilfreich sein für Handlungen und Kommunikationsversuche im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf. Nur ein erfahrenes Umfeld kann mit der Komplexität dieses Prozesses fachmännisch umgehen. Unter dem Gesichtspunkt, dass Alzheimer eine sehr individuell ausgeprägte Krankheit ist, ist ein aufmerksames Handeln und Analysieren des sozialen Umfelds in dieser Entwicklungsperiode essentiell für die Auswahl geeigneter Therapien und Behandlungsansätze.⁴

- 01 Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Area Integrazione Socio-sanitaria e Progetti Obiettivo, und Romano Del Nord, Architettura per l'Alzheimer; Il malato di Alzheimer e l'ambiente. Regione Toscana, 2002
- 02 F. Izzicupo u. a., Alzheimer: Conoscere la malattia per saperla affrontare. Istituto Superiore di Sanità, Rom 2009
- 03 M. Jones, Gentlecare: changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way. New Westminster, B.C.: Moyra Jones Resources, 2007
- 04 WHO und Alzheimer's Disease International, Hrsg., Dementia: a public health priority. Geneva, 2012

entwicklung der architektur für bedürftige

Das Konzept der prothetischen Umgebung für angewandte Pflege von Menschen mit Demenz hängt eng mit der Geschichte der Architektur für Bedürftige zusammen. Im Folgenden werden maßgebliche Entwicklungen der Architektur der Pflege umrissen.

Eine bedeutende städtebauliche Entscheidung war es, vom Ende der Antike bis etwa zum 9. Jahrhundert auf krankenhaushartige Einrichtungen innerhalb der Stadtmauern größtenteils zu verzichten. Diese Entscheidung fußt auf epidemiologischen Überlegungen, die es als notwendig erachteten, jegliche Infektionsrisiken innerhalb des Stadtlebens zu minimieren. Es war lediglich üblich, im privaten Bereich ärztliche Hilfe in der Stadt in Anspruch nehmen zu können. Erst ab dem neunten Jahrhundert entwickelt sich im städtischen Kontext die Typologie der prähistorischen Spitäler, die für alle Gesellschaftsschichten zugänglich waren und Pflegeleistungen anboten. Im Mittelalter waren klösterliche Einrichtungen ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung, wie beispielsweise das Kloster Cluny in Burgund. Die Gesundheitsinstitutionen wurden auch Hôtel oder Hospital genannt und glichen sakralen Bauten in ihrer Maßstäblichkeit der großen Säle und langen Flure sowie in der Durchführung von Tätigkeiten im Rah-

men der Pflege, die durch feste Riten und Rituale religiöse Züge hatte. Ein bedeutendes Gebäude dieser Art ist das Pariser Hotel Dieux in der Nähe des Kirchengebäudes im Stadtzentrum. Die Typologie der Hotel Dieux war nicht Teil eines Klosters, auch wenn die Pflegenden hauptsächlich Kleriker waren.⁵

Oft waren diese Gebäude durch ihre Bauart untrennbar mit der umgebenden Stadt verwoben. Eine klare Trennung war in den meisten Fällen nicht abzulesen und so konnte es geschehen, dass sich Höfe, Gassen und Brücken unmerklich zu „Pre-Spitälern“ entwickelten. Diese aus heutiger Sicht gelungene Integration von Pflegeeinrichtungen in das Stadtgefüge war zu jener Zeit unerwünscht. Zu groß war in der Gesellschaft die Angst vor Menschen, die an Geisterkrankheiten litten. Auch vor ansteckenden Krankheiten fürchtete sich die Gesellschaft nachvollziehbarer Weise, die von derartigen Pflegeeinrichtungen ausging. Aus diesem Grund wurden Pflegeheime wie krankenhaushartige Einrichtungen in der Antike bevorzugt außerhalb der Stadtgrenze geplant und somit gesellschaftlich wie räumlich vom Stadtleben ausgegrenzt.

Die ersten allgemeinen Krankenhäuser kamen im 18. Jahrhundert auf. Diese Typologie grenzt sich von vorherigen Gesundheitsbauten ab durch spezialisierte Räume für verschiedenste Therapien, die in dieser Zeit verstärkt von der Wissenschaft erforscht wurden. Zur gleichen Zeit entstanden europaweit in den größeren Städten Armenhäuser (Alberghi dei poveri). Diese Gebäude hatten den Zweck, die zu der Zeit unzähligen Armen von der Straße zu holen und damit für mehr Recht und Ordnung zu sorgen. Sie dienten dabei vorwiegend dem Zweck der Umerziehung und strahlten zum großen Teil einen auffallend monumentalen Charakter aus. Solche Armenhäuser konnten bis zu achttausend Menschen beherbergen.

Die ersten Wohltätigkeitshospize (Ospizi della carità) entstanden im 19. Jahrhundert. Es ist datiert, dass in Turin im Jahr 1880 das erste italienische Gebäude dieser Gattung entstand. In Häusern dieser Typologie wurde sich ausschließlich um die Betreuung und Pflege alter Menschen und Waisen gekümmert. Sie befanden sich dabei in ländlichen Regionen

abgeschieden vom städtischen Leben. Erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts wurden diese Einrichtungen durch spezialisierte Pflegeheime ersetzt, die sich entweder auf die Unterbringung von Waisen oder auf die Pflege älterer Menschen fokussieren. Die Nachkriegsarchitektur hat zu dem die Gattung der Gesundheitsmaschine hervorgebracht, die dem menschlichen Maßstab nicht immer gerecht wurden, jedoch kostengünstig gebaut werden konnte und sich schnell in Europa verbreitete.

Eine Identifikation der Bewohner mit der Pflegeeinrichtung und die Vermittlung des Gefühls, sich wohlfühlen, stand hierbei nicht im Vordergrund. Diese herrschende Haltung in der Gesundheitsarchitektur entwickelt sich im Laufe des 20. Jahrhundert vom Wahrzeichen des Wohlfahrtsstaates hin zum kommerziellen Antimonument und abschließend zur Wiedereingliederung der Pflegeeinrichtungen in die Gesellschaft auf soziologischer als auch architektonischer Hinsicht.⁶

Ungeachtet der Tatsache, dass der Charakter und die Organisationsstruktur eines Krankenhauses die einer Seniorenresidenz grundlegend verschieden ist, sind Gemeinsamkeiten in der philosophischen Haltung im Planungsprozess zu erkennen und diese Ansätze sind zum Teil sehr unterschiedlich in Europa gewesen. In Nordeuropa beispielsweise ist eine vielfältigere Herangehensweise an dieses Thema zu erkennen als etwa in Italien. Das Bewusstsein für eine sensible Umgebung in deutlicher Abgrenzung zu den Gesundheitsmaschinen der Moderne war in diesen skandinavischen Regionen vor wenigen Jahren noch deutlich ausgeprägter als in Italien. Aber auch in Italien hat sich nun die Einsicht durchgesetzt, Gesundheitsbauten als prothetische Umgebung zu sehen.

In diesem Zusammenhang hat die italienische Region Lombardei 1994 einen Leitfaden herausgegeben, der sich dem Thema Alzheimer auf experimenteller Weise architektonisch annähert. Viele Studien und Untersuchungen folgten. Heute weiß man um den positiven Einfluss einer gebauten und sozialen Umgebung, die dem Bewohner ein Gefühl der Zugehörigkeit vermittelt und beruhigt. Dieses Verständnis sieht sozialen und gebauten Raum als Prothese, die die Krankheit zwar nicht stoppen kann, aber den

- 05 C. Wagenaar (Hrsg.), The architecture of hospitals, Rotterdam 2006
- 06 M. Maierhofer, A hospital is not a tree - Die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit (TU Wien 2016)
- 07 Yvonne van Amerongen, Gründerin von De Hogeweyk, The „dementia village“ that's redefining elder care, <https://www.ted.com/talks/yvonne_van_amerongen_the_dementia_village_that_s_redefining_elder_care>

individualisierte pflegestrategien

Der Grundsatz der Pflege, das Individuum in den Mittelpunkt der Planung zu stellen und nicht die Gesellschaft, der man einen vermeintlichen Gefallen damit erweist, andersartige und kranke Menschen aus der Stadt zu holen, hat sich erst im letzten Jahrhundert entwickelt. Seit den 80er Jahren sehen die bedeutendsten Therapieformen im Pflegemodell vor, die pflegebedürftige Person als eigenständiges Individuum wahrzunehmen.

Zu den gängigen Therapien zählen: Gentle Care, das Environmental-Behaviour-Modell sowie die Deinstitutionalisierungsmethode. Gentle Care gehört zu den Behandlungsansätzen, die sich auf die Beziehung des Patienten zur Umwelt konzentrieren.⁸ Die kanadische Therapeutin Moyra Jones entwickelte diese Methodik in den 80er Jahren und schreibt dem gebauten Raum eine herausragende Rolle bei der Therapie zu. Personen, die ihre sensorischen, physischen und kognitiven Fähigkeiten verloren haben, sind stark auf eine Umgebung angewiesen, die den Patienten in seinem Alltag unterstützt.

Das ist dabei aber nur durch eine individuelle Anpassung dieser Räume an das Individuum erfolgsversprechend und wirkt „so wie ein Rollstuhl

das Individuum unterstützt.“⁹ Das erklärte Ziel dieser Herangehensweise ist es, das Wohlbefinden der erkrankten Person nachweislich zu fördern durch Stressvermeidung und das Reduzieren von physischen und/oder pharmakologischen Zwangsmitteln, um Verhaltensprobleme in den Griff zu bekommen und die physisch-psychische Anspannung des Individuums zu kontrollieren.

Die architektonische Unterstützung für diese Methode ist das Bereitstellen von Räumen des gemeinschaftlichen Wohnens in Kombination mit sehr privaten Zimmern, die als spezifische Rückzugsräume der Bewohner geplant werden. Dieses Konzept sieht auch den Einsatz von technologischem Hilfsmittel vor, um die Betreuer in ihrer Aufsichtspflicht dezent zu unterstützen. Der selbstgewählte Rückzug als integrale Bestandteil eines gemeinschaftlichen Zusammenlebens gilt es in besondere Weise dem Bewohner zu ermöglichen.

Während des Krankheitsverlaufs nimmt der Orientierungssinn der Personen deutlich ab und Unverständnis sowie Verwirrung beginnen seinen Alltag zu prägen. Ein vertrautes Umfeld kann in diesem Stadium Vertrauen wecken und das Gefühl der Entfremdung vom sozialen und gebauten Raum reduzieren.

Der Ansatz von Gentle Care möchte möglichst viele Situationen des Zwangs erst gar nicht entstehen lassen durch ein vielfältiges Angebot an Aktivitäten, die simultan stattfinden können und gleichzeitig Gewohnheiten schafft, die einen Tagesablauf gliedern. Gemeinschaftsräume sind jederzeit offen und bieten in periodischen Abständen Annehmlichkeiten wie Kleinigkeiten zu Essen, Musik oder Wohlfühlprogramme wie Massagen.

Neben den multifunktionalen Räumen und der freien Erkundung dieser Einrichtungen ist das betreuende Personal ein essentieller Teil des Pflegekonzeptes. Der Ansatz sieht vor, dass die Pflegenden sich Zeit nehmen, den Patienten kennenzulernen und über die Person mit der Zeit viel erfahren. Damit wird an einem Vertrauensverhältnis gearbeitet, das zu einer nicht zu unterschätzenden therapeutischen Allianz heranreifen kann. Die positive

Entwicklung der Patienten unter dem Konzept der Gentle Care ist durch zahlreiche Studien belegt. Verhaltensstörungen und auch die Belastungen der Familienangehörigen nehmen spürbar ab.

Zusammenfassend sind die ausschlaggebenden Kriterien des Gentle Care-Konzeptes, dass die Therapie in einer Wohngruppe passiert mit vielen Gemeinschaftsräumen, es aber dennoch Rückzugszone gibt, die aber zum Schutz des Patienten subtil beaufsichtigt werden. Außerdem ist eine Verbindung zum früheren Leben ausdrücklich gewünscht in Form von regelmäßigem Besuch der Familie und Freunde und dem Einbezug liebgewonnenen Gegenständen in die Wohngruppe.

Die Organisation des Alltags soll genügend Ruhepausen vorsehen und durch ein breites Angebot an Aktivitäten Zwängen bei der Person entgegenwirken. Hinzu kommt, dass die Natur einbezogen werden soll und durch die therapeutischen Wirkungen eines Gesundheitsgartens die Pflege unterstützt. Als wesentlicher Punkt bei der Gestaltung der Gemeinschafts- und Privatbereiche ist darüber hinaus wichtig, dass viele Objekte im Raum platziert werden, die die Motorik anregt durch beispielsweise Truhen und Schubladen, Stoffen oder Kuscheltieren. Der Raumfluss hat obendrein natürlich zu erfolgen. Eine Beschilderung, die Assoziationen an ein Krankenhaus aufkommen lässt sind in dieser Hinsicht zu vermeiden.

Das „Environmental-Behaviour“-Modell von Johan Zeisel, Joan Hyde und Sue Levkoff befasst sich mit Umgebungen, die speziell für Alzheimer-Erkrankte entwickelt sind und Orientierung bietet bei der Organisation von Raumabfolgen und Schwellen in Pflegeheimen. Mit Hilfe eines umfassenden Fragekatalogs an unterschiedlichste in der Pflege involvierte Personen hat diese Forschungsgruppe aus Boston, USA, ein Standardwerk für die Planung von Räumen für Alzheimer-Erkrankte erarbeitet.

Es werden acht Kernmerkmale definiert für die Planung der Räume. Zunächst ist sicher zu stellen, dass die Gebäudeausgänge durch das Pflegepersonal jederzeit beaufsichtigt werden können. Diese Ausgänge sollen außerdem möglichst dezent sein, um die Gefahr des unbeaufsichtigten Streunens außerhalb der Einrichtung zu verhindern. Die Wegeführung

innerhalb der Anlage soll sowohl kontinuierlich, als auch besonders ersichtlich geplant werden. In den Zimmern gilt eine besonders hohe Privatsphäre, die durch geeignete Maßnahmen zu schützen ist. Dieser Ort ist das Herzstück der Pflege und soll durch Einrichtung und persönliche Gegenstände personalisiert werden. Das Zimmer ist der Ort, mit dem sich der Bewohner identifiziert und wo er Ruhe findet.

Die Gemeinschaftsräume sind im Vergleich dazu möglichst gesellschaftsfördernd auszugestalten und zahlreich anzubieten. Unterschiedliche Räume mit verschiedenen Ausformungen stimulieren die Patienten unterschiedlichste Tätigkeiten zu unternehmen. Weitere bedeutende Punkte sind die externe Freiheit mit den Parametern Verfügbarkeit und Unterstützung wie auch der Wohnsitz mit den Parametern Vertrautheit und Größe. Zentral ist überdies auch die Unterstützung der Autonomie durch ein Abwägen von Sicherheit und Prothetik. Als achttes Kriterium listet die Forschungsgruppe um Johan Zeisel den Umgang mit Sinneswahrnehmungen auf. Dazu zählen Geräuschmanagement und Verständlichkeit sowie weitere anregende Reize, die durch einen bewussten Umgang eine Reizüberflutung unterbinden sollen.¹⁰

Neben dem Gentle Care-Konzept und dem Environmental-Behaviour-Modell ist das Pflegemodell der Deinstitutionalisierung seit den 60er Jahren in West- und Nordeuropa weit verbreitet. Es ist dabei eine Abkehr von starren Pflege-Infrastrukturen gemeint, die keinen Raum zulassen für Individualismus und viel mehr als „totale Institutionen“ angesehen werden, die vom urbanen Leben isoliert wurden.

In der Regel gibt es zwei Strategien, mit diesen oftmals großmaßstäblichen Strukturen umzugehen. Sie können einerseits geschlossen werden oder andererseits durch Bereitstellung von Wohn- und Gemeinschaftsraum in die jeweilige überwiegend ländliche Umgebung reintegriert werden. Das Aufbrechen dieser Großstrukturen in kleinere Parzellen für ein Miteinander von Wohngruppen und Umgebung hat ein großes Potential für neue Wohnformen und Dienstleistungen. Bedeutender ist aber, dass durch eine räumliche Verknüpfung mit anderen Generationen einhergeht mit der sozi-

alen Integration der Pflegebedürftigen in die Gesellschaft. Auch die Rolle der Privaträume in einer Wohngruppe ändert dadurch ihren Charakter vom Krankenzimmer in ein Apartment und der Patient sein Selbstverständnis vom Pflegefall zum Mieter.¹²

Ein herausragendes Beispiel dieser Deinstitutionalisierung ist Herman Herzbergers „De Drie Hoven“ in Amsterdam, geplant und gebaut in den 70er Jahren. Sein Entwurf für ein Pflegeheim sieht eine hybride Lösung aus Wohnkomplex und Pflegeeinrichtung vor, die unterschiedliche Lebensräume und unterschiedliche Pflegestufen miteinander verknüpft. Die Wohneinheiten sind eingebettet in eine Landschaft aus unterschiedlichen offenen Bereichen für verschiedenste Aktivitäten, die als Straßendecks funktionieren und eine durchmischte soziale Interaktion fördert.¹³

Dieser Ansatz ist weniger eine therapeutische Anleitung zur Heilung der Krankheit, sondern eher ein Beitrag zur Linderung der Symptome durch ein stabiles Umfeld und größtmögliches Wohlbefinden der Bewohner.

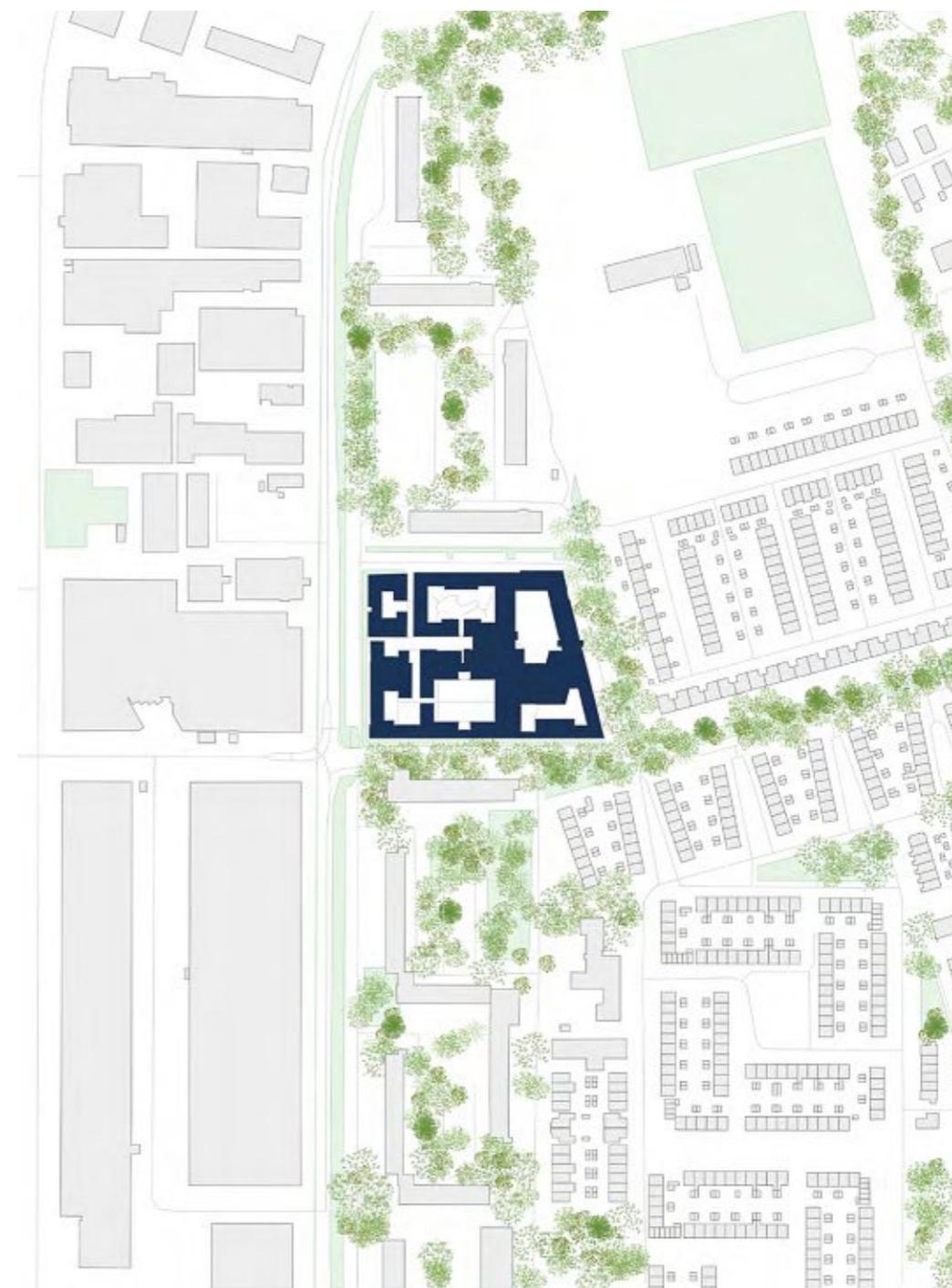
Dieses Konzept der Reintegration der Pflegebedürftigen in die Gesellschaft führt zu einer spürbaren psychischen Resistenz bei den Patienten. In anderen Worten ausgedrückt ist das Aufbrechen der abgeschiedenen großmaßstäblichen Pflegeeinrichtungen in sogenannte Pflegedörfer mit größtmöglicher Interaktion mit der Gesellschaft förderlich für den Krankheitsverlauf der Bewohner und hilft dabei Vorurteile und Berührungängste zu den pflegebedürftigen Menschen abzubauen.

Die Herangehensweise umfasst zunächst die Unterteilung des Wohnraums der Personen in kleinere Bereiche, um Vertrautheit der erkrankten Person mit der Umgebung zu schaffen. Des Weiteren bieten unterschiedliche Platzsituationen den Demenz-Kranken Bühnensituationen des täglichen Lebens und stimuliert den Geist durch eine kontinuierlich wechselnde Szenerie. Materialwahl, Lichtstimmung und Sensorik können diese Eindrücke verstärken. Hinzu kommt das starke Gemeinschaftsgefühl der Bewohner der Anlage.¹⁴

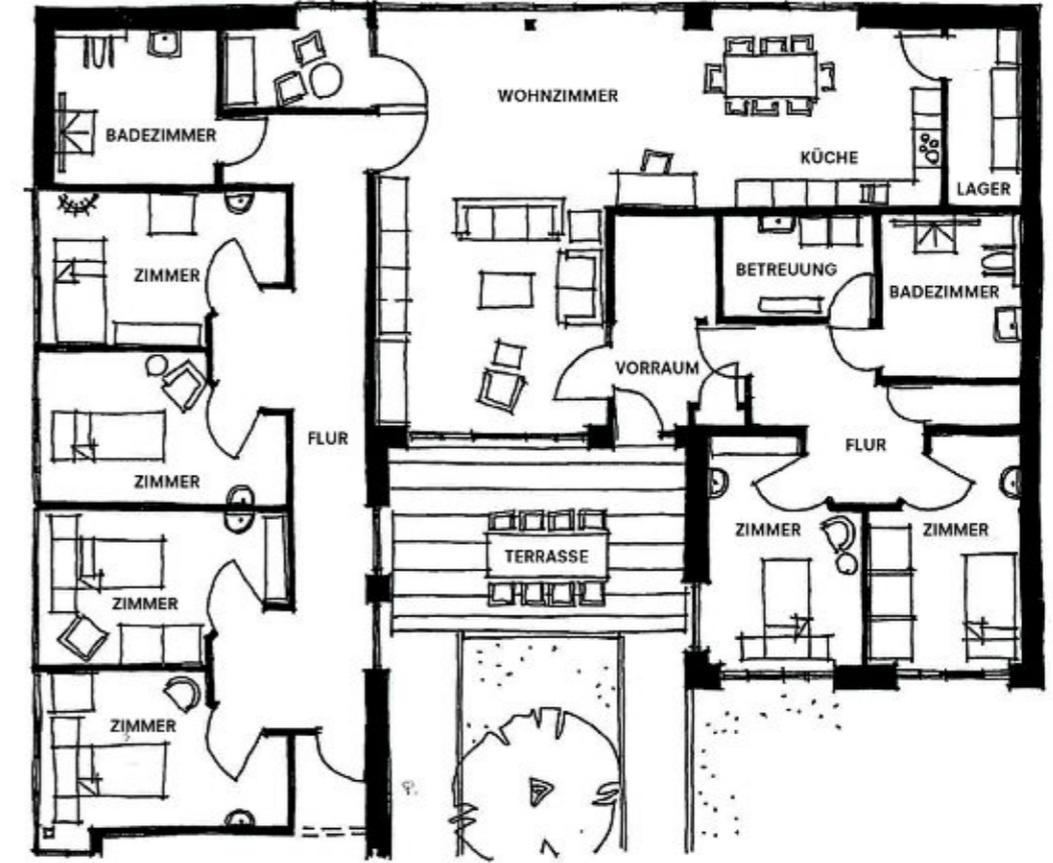
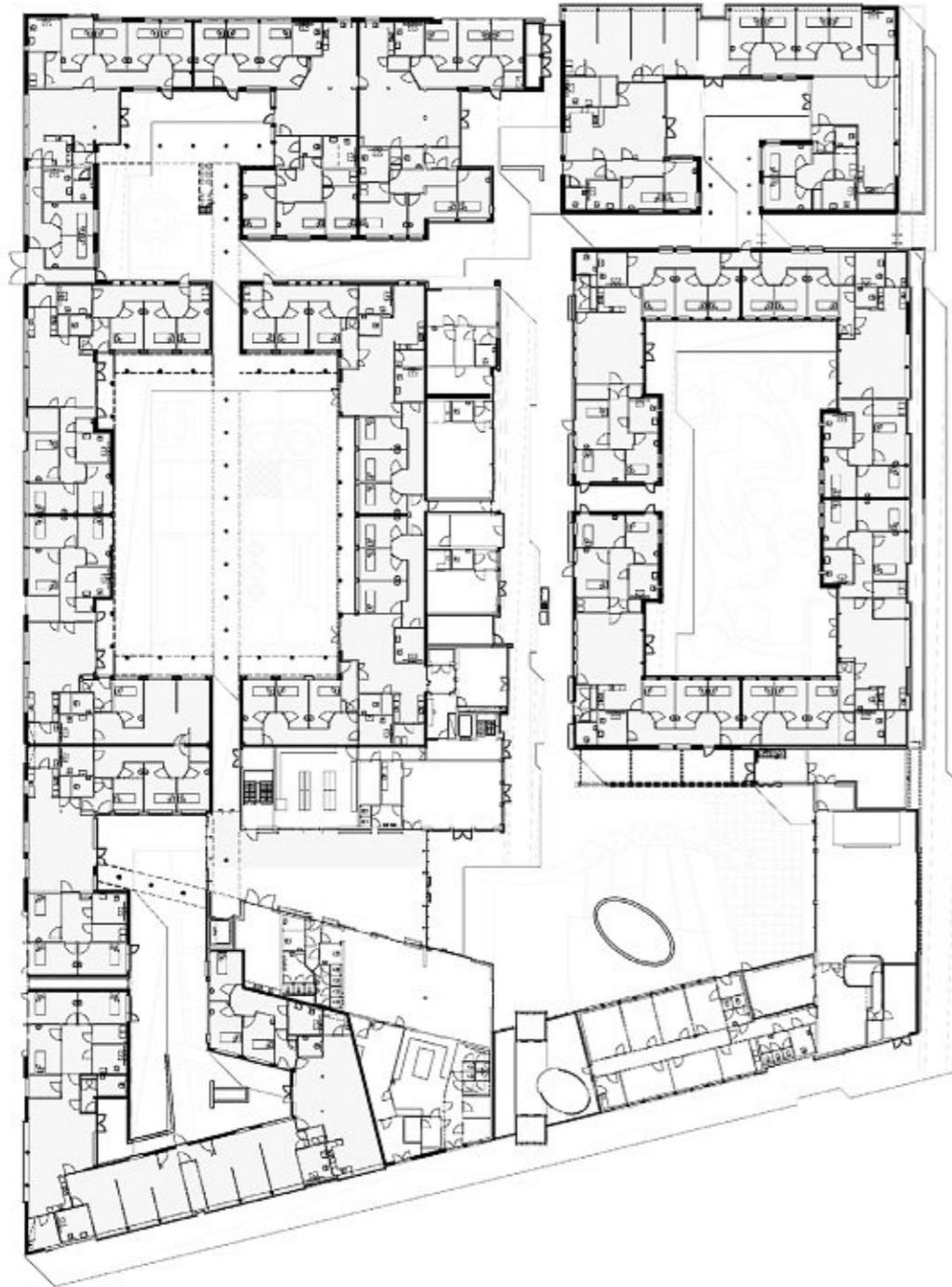
- 08 M. Jones, *Gentlecare: changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way*
New Westminster, B.C. 2007
- 09 Moyra Jones, *Intervista Ancora in gioco, l'autonomia degli anziani fra famiglia, servizi e società*, Milano 1993
- 10 The Effectiveness of an Environmental and Behavioral Approach to Treat Behavior Problems in a Patient with Dementia with Lewy Bodies, T. J. Huh u.a.. *Elite-Marcandonatou, Case Study*, Ann Longterm Care 2008
- 11 *Asylums 1991E*. Goffman, *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Penguin social sciences (Harmondsworth, Eng New York 1991)
- 12 Louise Dedenroth Høj, *Exploring the potentials of dementia village architecture* (2019)
- 13 Zardini u. a. 2012, M. Zardini – G. Borasi – M. Campbell – *Centre canadien d'architecture* (Hrsg.), *Imperfect health: the medicalization of architecture*(Montréal 2012)
- 14 Louise Dedenroth Høj, *Exploring the potentials of dementia village architecture* (2019)

molenaar&bol&vandillen, de hogeweyk

Die Pflegeeinrichtung De Hogeweyk ist als neue Typologie geplant und gleicht einer Dorfstruktur. Dabei ist alles auf die Pflege der Demenzerkrankung abgestimmt, die durch eine umfassende Integration mit der Nachbarschaft unterstützt wird. In der Planung wurde eng mit dem Pflegepersonal zusammengearbeitet. Am Ende des Entwurfsprozesses wurde eine kleinteilige Anlage präsentiert, die sich in vielerlei Hinsicht von konventionellen Einrichtungen abgrenzt. In De Hogeweyk leben Demenzerkrankte weitestgehend selbständig in einer Gemeinschaft und bekommen von einem Pflegeteil individuelle Hilfe. Dieser Ansatz folgt der Strategie, durch Zugehörigkeit und Wohlbefinden, die Symptome der Alzheimererkrankung abzuschwächen. Die ohnehin schon starke Verwirrung und andere kognitive Probleme werden so gut es geht nicht durch externe Zwänge verstärkt. Das Projekt wurde im Jahre 2009 im urbanen Kontext der Stadt Weesp in der Nähe Amsterdams realisiert und setzt sich aus ursprünglich 23 Häusern zusammen, die etwa 152 Bewohner aufnehmen können. Im Jahre 2018 wurde die Pflegeeinrichtung um vier Häuser erweitert. Nach dieser Erweiterung bietet die De Hogeweyk nun Platz für 180 Menschen. Ein breites Angebot ist außerdem Teil der Anlage, wie beispielsweise ein Supermarkt, ein Theater, ein Restaurant und verschiedene Freizeit-Clubs.



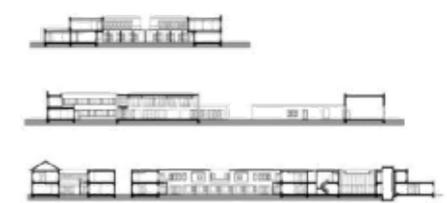
lageplan



grundriss ausschnitt



- gemeinschaftsbereich
- privatzimmer
- verwaltung



schnitt

Die 27 Wohneinheiten unterteilen sich in die Kategorien „bürgerlich“, „urban“, „heimelig“ und „kulturell“ und sollen dadurch auf die verschiedenen bisherigen Lebensstile der Bewohner eingehen können. Fassettenreiche Gemeinschaftsbereiche verbinden die Privateinheiten mit einer Vielzahl an räumlichen Situationen und thematischen Angeboten. Die Gemeinschaftsküchen spielen in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle. Die Gemeinschaftsflächen werden außerdem durch ein breites Spektrum an Möbeln und Einbauten erweitert. Diese teilweise flexiblen Elemente ermuntern zu spontanem Zusammentreffen. Die Dekorationen und Alltagsgegenstände stammen aus den aufgegebenen Haushalten der Bewohner und zeichnen ein Bild des abwechslungsreichen Nebeneinanders und der Vielfalt an Persönlichkeiten.

Die Erschließung des Demenzdorfes ist recht frei geplant durch ein großes Wegenetz, das zum Spazieren einlädt und durch unterschiedliche Platzsituationen verbunden ist. Die Zonierung ist bewusst offengehalten. An bestimmten Stellen ist der Weg wettergeschützt durch Überdachungen. Zusätzlich zum Außenraum gibt es sechs verschiedene Innenhofsituationen. Jeder Innenhof hat einen eigenen Charakter, der durch eine bestimmte Materialwahl und Bepflanzung ausgedrückt wird. Eine Andersartigkeit hilft bei der alltäglichen Orientierung und regt die Sensorik an. Der Einfluss der Jahreszeiten verstärkt die Wirkung.

Das Gemeinschaftsgefühl der Bewohner ist besonders ausgeprägt. Die dörfliche Struktur als spannendes Zusammenspiel aus Privatheit und Öffentlichkeit mit klar definierten Schwellen ist als Leitgedanke auf allen Ebenen des Entwurfs spürbar. Die Bewohner sind umgeben von selbstgestalteten Räumen, die an schweren Tagen Halt geben und dem Patienten ein Gefühl der Zugehörigkeit geben.¹⁵

Obwohl die Erschließung innerhalb der Anlage sehr frei ist, gibt es aus Gründen der Kontrollierbarkeit nur einen Ein- und Ausgang. Die Nachbarschaft ist trotzdem eingeladen, die unterschiedlichen Angebote des Pflegedorfes zu nutzen. Diese Art der funktionalen Offenheit bezieht sich auf Richard Sennetts urbane Theorie einer „offenen Stadt“.¹⁶



15

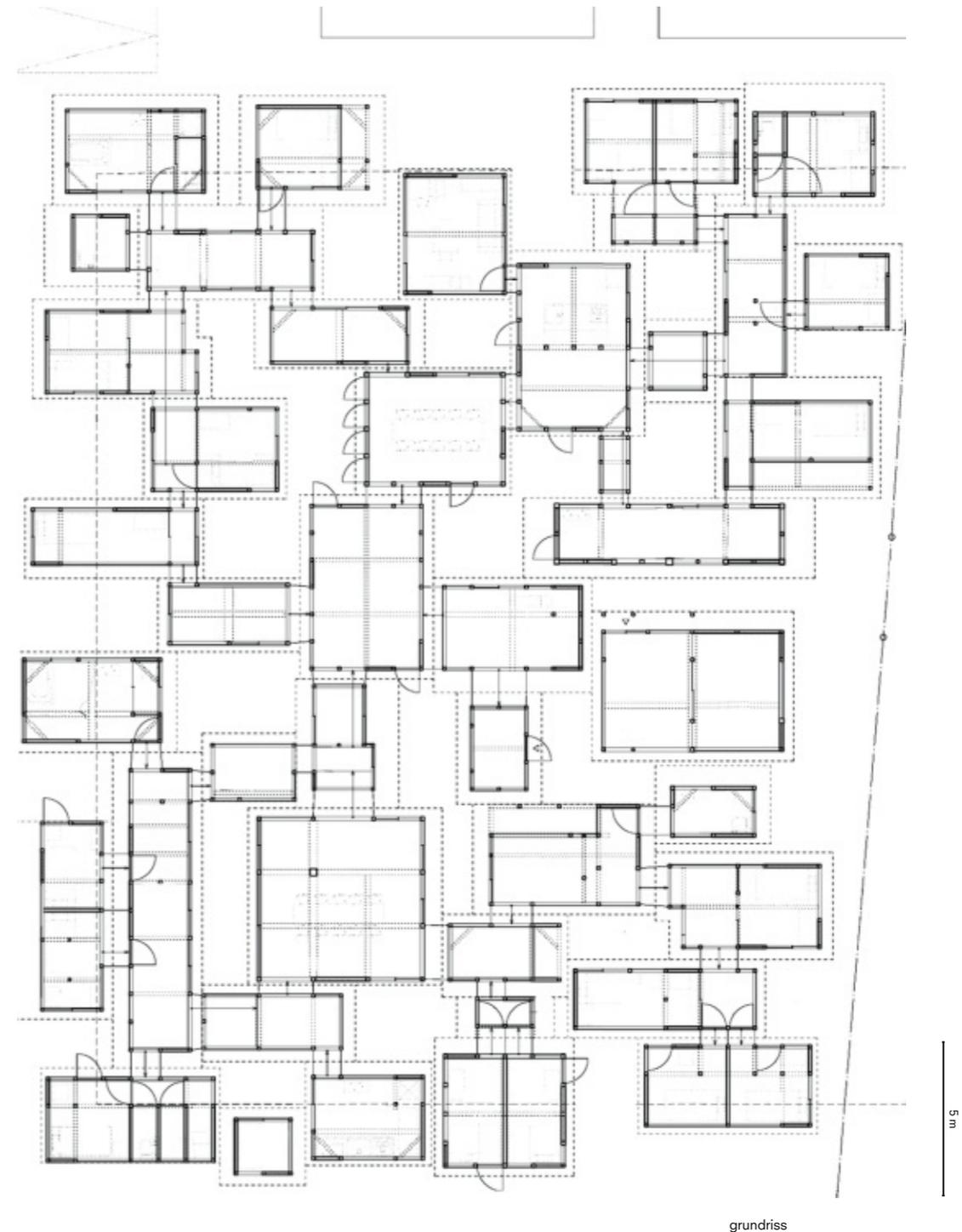
Louise Dedenroth Høj, Exploring the potentials of dementia village architecture, 2019

16

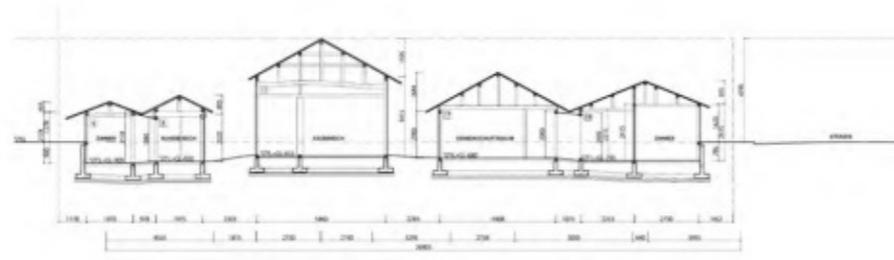
Die offene Stadt 2018, R. Sennett, Die offene Stadt: eine Ethik des Bauens und Bewohnens,
übers. von M. Bischoff München 2018, 97-106

junya ishigami, haus für ältere menschen in akita

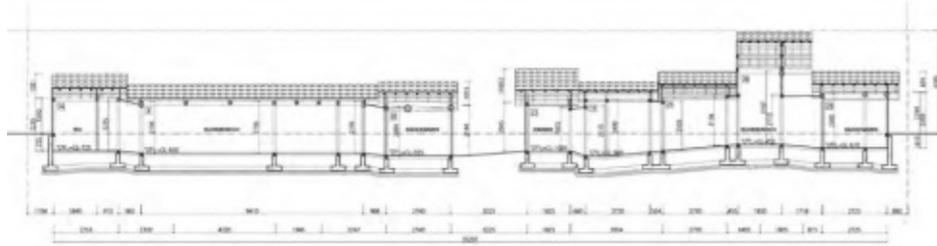
Junya Ishigami bezieht mit dem Projekt eine Gegenposition zur Typologie der ausgegrenzten Pflegeeinrichtungen der Moderne. Sein Ansatz ist dabei radikal inklusiv. Im Fokus stehen nicht sportliche und gesunde Menschen mit Standardgrößen, die den Proportionen des Modulators zugrunde liegen, sondern Behinderte und Pflegebedürftige. Mit dieser Haltung unterscheidet sich der Entwurf Ishigamis wesentlich von konventionellen Pflegeeinrichtungen. Ein Hauptmerkmal für Architektur, die sich an demenzkranke Menschen richtet, ist die Durchmischung des Raumangebotes mit abwechslungsreichen Zonierungen, die im Alltag Orientierung geben. Die Wegeführung ist hierbei hochgradig intuitiv. Das Projekt ist nicht aufgebaut wie eine skalierte Dorfgemeinschaft mit größeren Plätzen und breiten Hauptstraßen, vielmehr setzt es sich aus unzähligen Einzelsituationen zusammen die besondere Charakteristiken aufweisen. Es wurde geplant, durch die Methodik des traditionell japanischen „Hikiya“ aus ganz Japan Häuser zum Bauplatz zu transportieren und anschließend bis auf die Holzskelettkonstruktion freizulegen. Die ausgewählten Häuser waren bereits zum Abriss freigegeben und könnten auf diesem Weg im neuen Kontext recycelt werden. Der Entwurf ist eine Landschaft aus Einzelräumen. Leider wurde er nicht realisiert.¹⁷



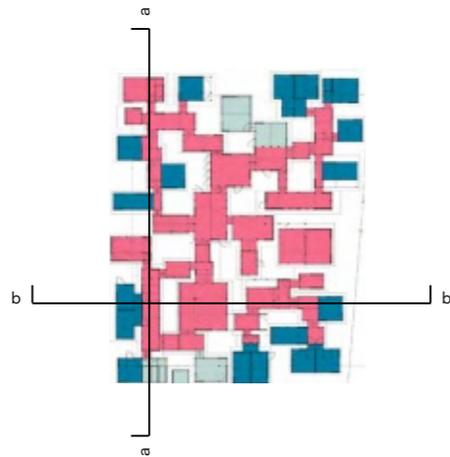
grundriss



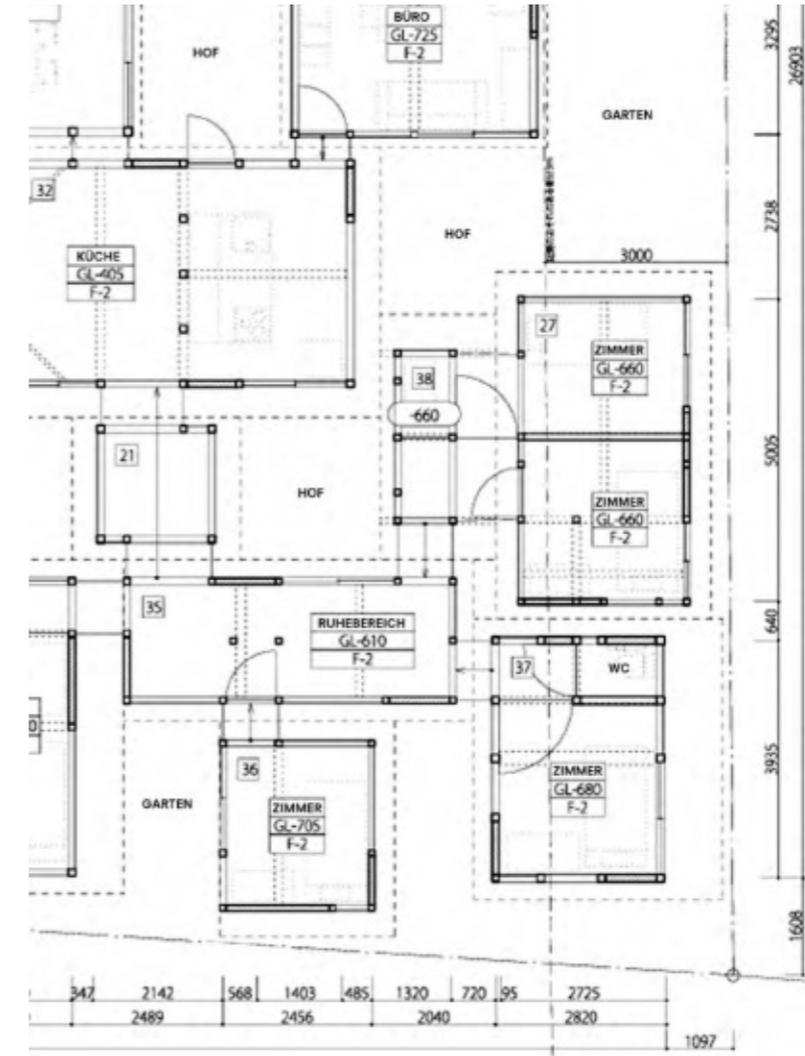
schnitt a



schnitt b



- gemeinschaftsbereich
- privatzimmer
- verwaltung

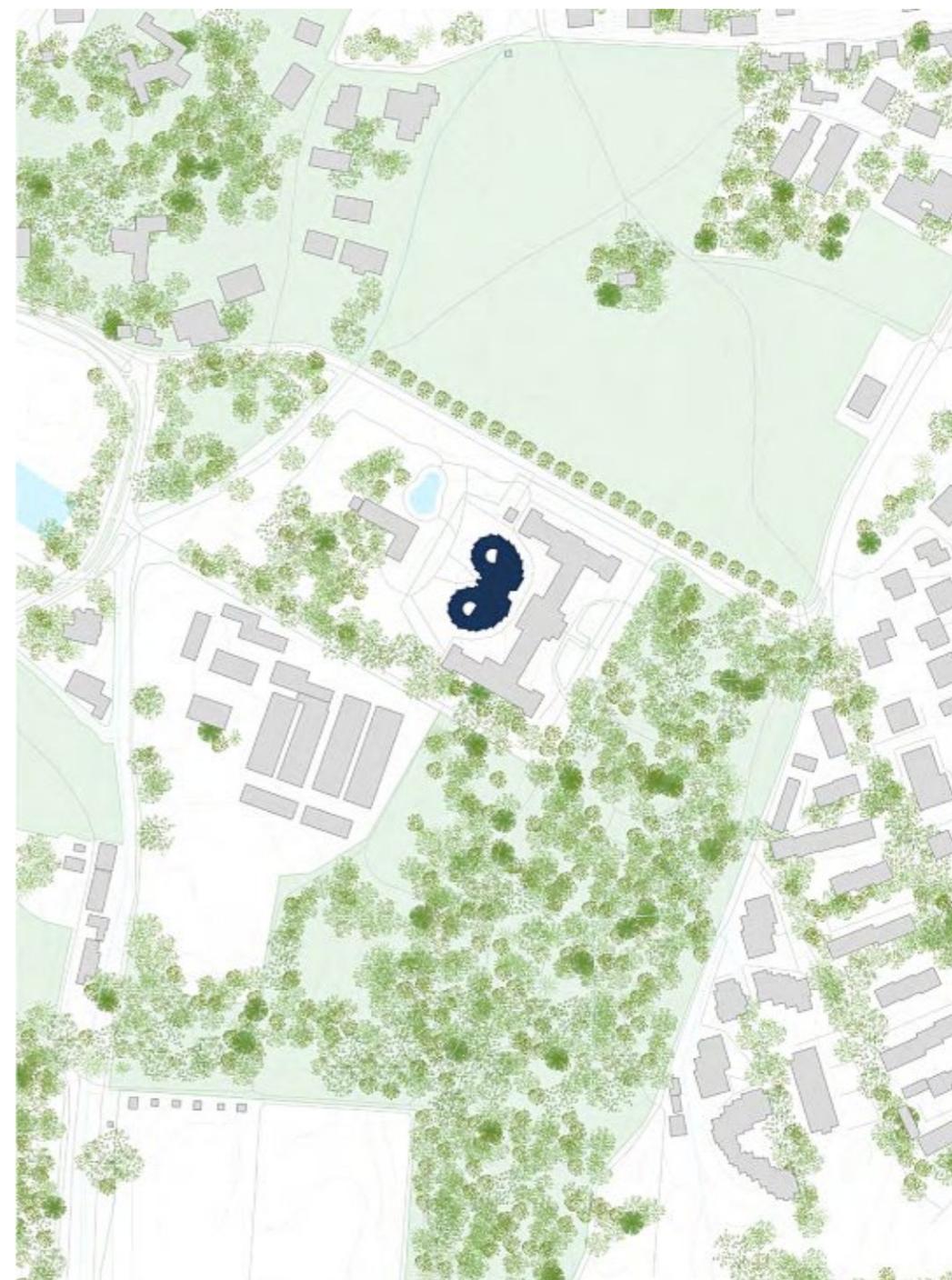


ausschnitt des entwurfs

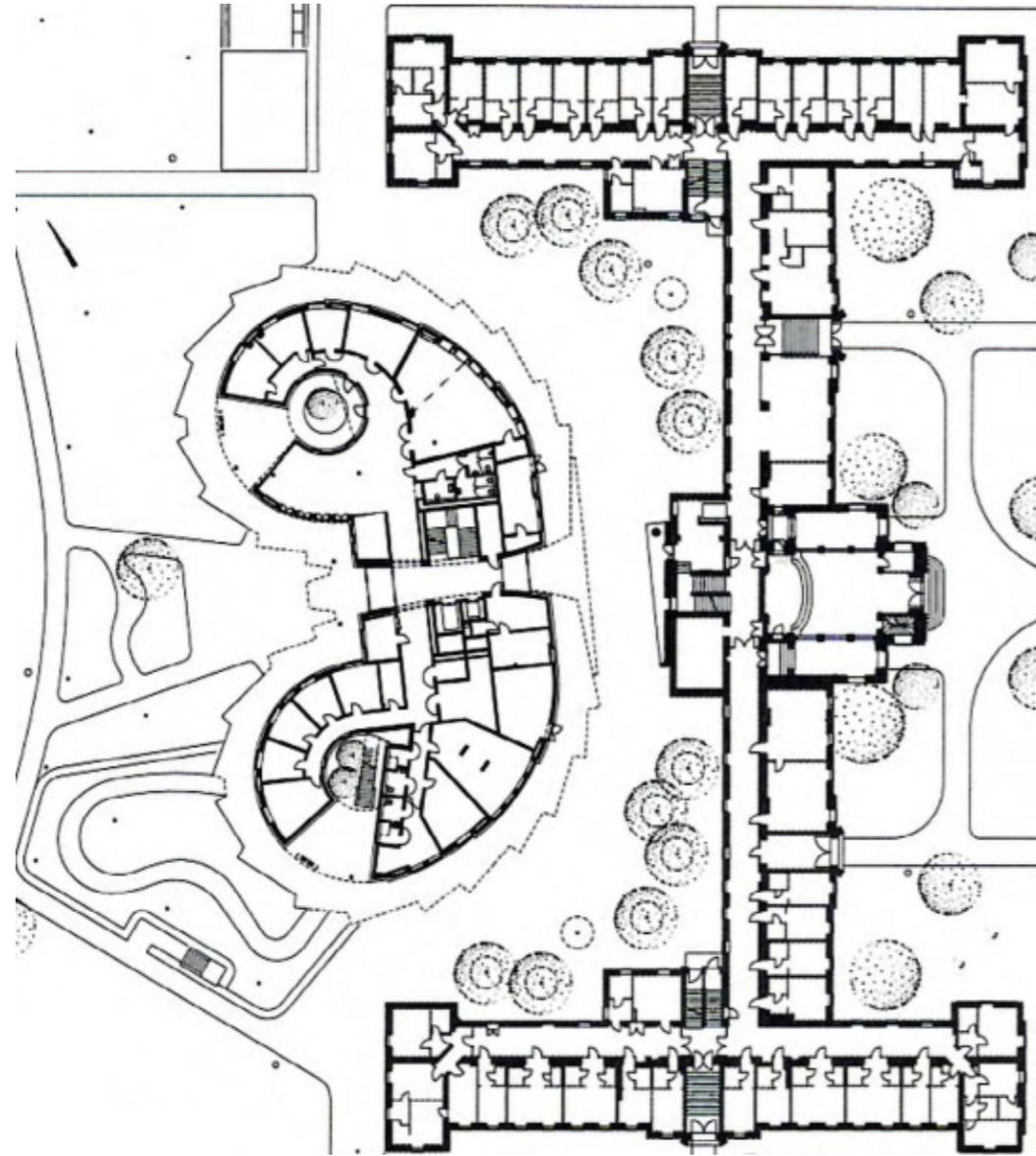
gasparin meier architekten, nonntal

Die Geschichte der Architektur für Pflegeeinrichtungen geht in Salzburg bereits auf das Jahr 1898 zurück. Damals wurde die erste Versorgungsanstalt in der Stadt eröffnet. Es war ein monumental anmutendes Gebäude, das im Auftrag der Regierung unter Kaiser Franz Joseph I. geplant wurde. Es sicherte über hundert Jahre die gesundheitliche Versorgung und Pflege der Salzburger Senioren. Erst 2014 musste das Gebäude maßgeblich umgeplant werden und an die zeitgenössischen gesundheitsarchitektonischen Standards angepasst werden.

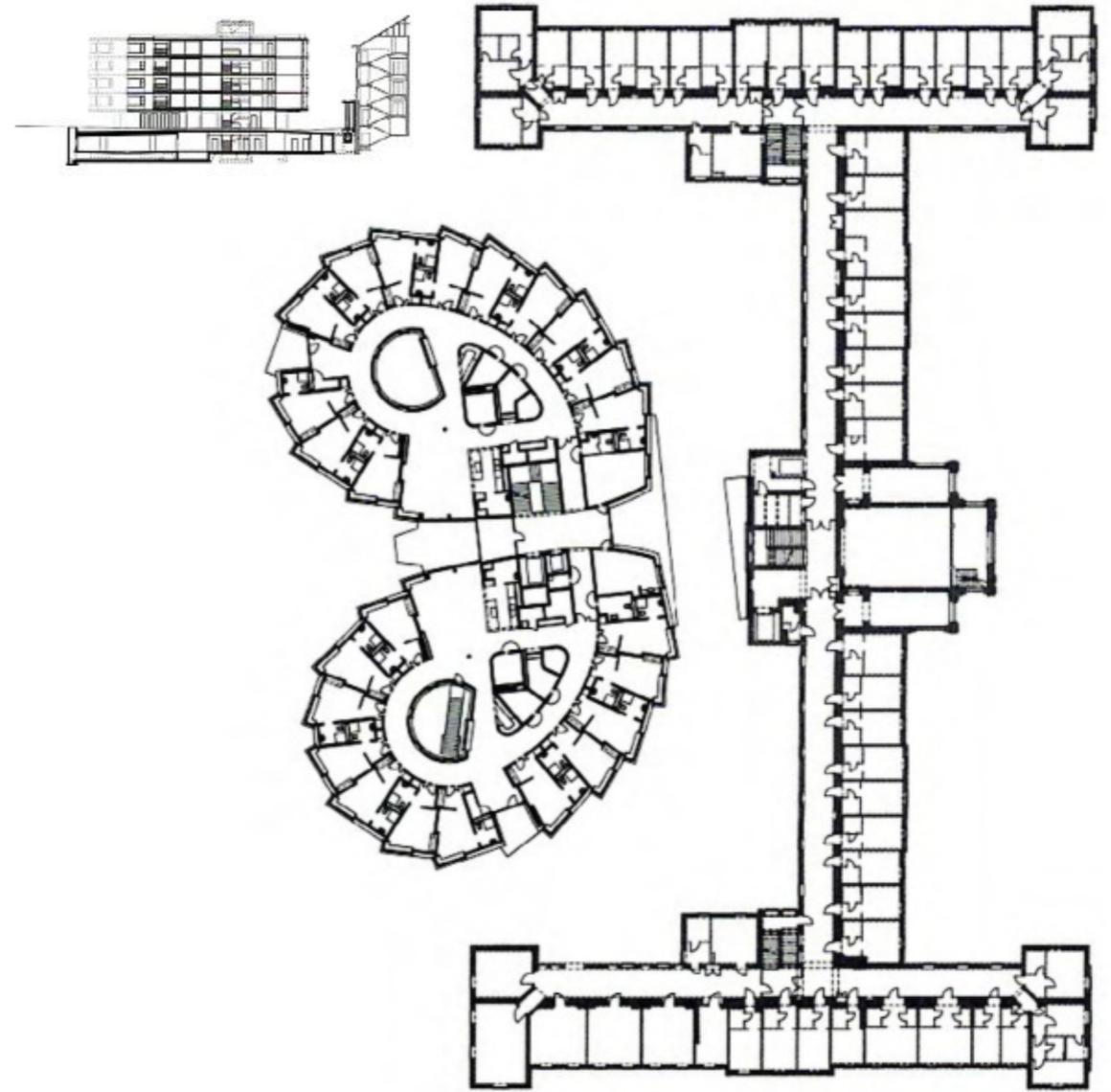
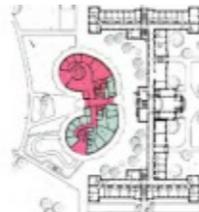
Im Zuge eines Wettbewerbs wurde das Villacher Architekturbüro Gasparin Meier Architekten beauftragt den denkmalgeschützten Bestand durch einen Anbau zu erweitern und das Nutzungskonzept der Seniorenpflege um geförderten Wohnbau zu ergänzen. In Zusammenarbeit mit den Bewohnern und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung wurde somit an der Rückseite des Bestands ein Neubau geplant, der im spannenden Dialog zu der historischen Versorgungsanstalt steht. Der Entwurf ist geprägt von der Auflösung des großen Bauvolumens, das auf ein umfassendes Raumprogramm zurückzuführen ist. Aus diesem Grund wurde der Grundriss in zwei tropfenartige Zonen unterteilt, die durch ein mittiges Erschließungs-



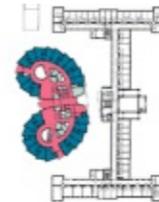
lageplan



erdgeschoss



- gemeinschaftsbereich
- privatzimmer
- verwaltung



obergeschoss

element verbunden sind. Der Charakter der Intervention lässt den Bestand deutlich ablesbar, schafft aber eine neue Komposition durch bewusste Materialwahl und Integration der Umwelt in das Projekt. Die Bezeichnung der Einrichtung als Seniorenhaus unterstreicht den gemeinschaftlichen Ansatz.

Die Architekten haben mit ihrem gebauten Raum den Grundstein für die starke Hausgemeinschaft gelegt, indem Erschließungsflächen zu zwanglosen Kommunikationsorten weiterentwickelt wurden. In einem Gespräch im Rahmen dieser Masterarbeit verriet der Leiter der Einrichtung Christian Kagerer, dass die Bewohner viel Wert darauf legen, dass dieses Seniorenhaus nicht als Heim bezeichnet wird. Sie eint das Selbstverständnis, Bewohner zu sein, denen im Alltag an notwendigen Stellen geholfen wird. Die Assoziation des Begriffs „Heim“ mit seinem klinischen Beigeschmack trifft in der Tat in keinerlei Weise auf diese Anlage zu.¹⁸

Das familiäre Format des Zusammenlebens bildet sich aus 8 Wohngruppen mit offenen Gemeinschaftsflächen und jeweils 12 privaten Zimmern. Diese Form der Pflege schafft spürbar ein Zusammengehörigkeitsgefühl.¹⁹ Die gesamte Organisation der Raumabfolgen zeichnet sich durch eine klare Überschaubarkeit aus und unterstützt durch subtile Wegeführung die Bewohner, die zum Teil auch an Demenz leiden, bei der alltäglichen Orientierung.

An zentralen Orten gibt es allzeit besetzte Schalter für das Pflegepersonal sowie Zugang zu den Büros der diensthabenden Pflegekräfte. Im Erdgeschoss befinden sich die Therapieräume, die Cafeteria und ein Saal, der für verschiedene Aktivitäten genutzt werden kann. Außerdem gibt es dort den Verwaltungstrakt und Ruhebereiche für das Pflegepersonal.

Die Natur wurde an bewussten Stellen stark in die Architektur einbezogen und lockert das Raumempfinden merklich auf. An wärmeren Tagen wird beispielsweise das Erdgeschoss durch eine großzügige Außenanlage erweitert mit einer Vielzahl an Sitzgelegenheiten für die Bewohner.

Bei der Planung wurde zudem auf abwechslungsreiche Blickbeziehungen geachtet, wie etwa zu einem öffentlichen Teich. Das Nachbarschaftsleben soll durch solche Interventionen Teil des Alltags der Bewohner werden und auch den Austausch der unterschiedlichen Generationen fördern. Das Bergpanorama aus Kapuzinierberg, Gaisberg und Unterberg rahmt den Außenbereich, der ansonsten an gebäudenahen Stellen durch die Geometrie der auskragenden Elemente in den Obergeschossen wettergeschützt ist.

Den Bewohnern soll unabhängig von Regen oder Schnee offenstehen, einen Spaziergang an der frischen Luft unter Aufsicht eines Pflegers zu unternehmen. In den oberen Geschossen befinden sich die acht Wohngruppen bestehend aus Privatzimmern und Gemeinschaftsfläche. Das Konzept sieht vor, dass der Kontrast des Wohnens in dieser Pflegeeinrichtung zum vormals eigenständigen Wohnen möglichst gering sein sollte. Daher werden die Bewohner ermutigt, sich aktiv in die Gemeinschaft einzubringen, indem sie zum Beispiel leichtere Hausarbeit je nach Möglichkeit übernehmen.

Es geht im Grundsatz um das Aufbrechen der Passivität und um das Vermitteln des Gefühls, gebraucht zu werden. Die Pflegeleistung wird in Absprache mit dem Netzwerk aus Familienangehörigen, Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal individuell für den Bewohner definiert.

Dabei hat das Pflegepersonal mehr die Rolle eines Alltagsmanagers als die des Kontrolleurs. Die Bewohner haben in jeder Wohngruppe Zugang zu Wohnküchen, die das Zentrum der Wohngemeinschaft bilden. Hier werden die täglichen Mahlzeiten zubereitet unter Mithilfe der Bewohner. Daran anschließend befinden sich große überdeckte Gemeinschaftsterrassen, die zwei Wohneinheiten miteinander verbinden und einerseits einen schönen Ausblick in das Umland geben.

Zum anderen bildet dieser Bereich die Bühne für Bewohnerfeste und Veranstaltungen wie Tanzgruppen oder Nikolausfeiern. Jede Wohngemeinschaft besteht aus 12 Privatzimmern, die individuell eingerichtet sind.



Hier finden die Bewohner die notwendige Ruhe und können sich selbstbestimmt von der Gemeinschaft zurückziehen. In dem Bewusstsein, dass der Bewohner auch bettlägerig werden könnte, wurde die Brüstungshöhen dementsprechend herabgesetzt, um jederzeit einen guten Ausblick zu ermöglichen. Darüber hinaus orientieren sich die Fenster in leicht abgesetzter Form in unterschiedliche Richtungen. Die Nebenräume wie beispielsweise die Büros der Pflegekräfte sind im Zentrum der Wohneinheiten platziert.

Die Betreuer haben einen guten Überblick aus diesen Inseln. Die schleifenartige Erschließung um diese Inseln kommt auch dem Bewegungsdrang mancher Demenz leidender Personen zugute. Hinzu kommt in jeder Wohngruppe eine Loggia, die im Alltag besonders als kurzer Rückzugsort genutzt wird. Spezielle Behandlungsräume wie die für eine Bubble Therapie sowie ein eigenes Friseur- und Fußpflegestudio grenzen an die Treppenhäuser an.²⁰

Der Charakter der offenen Wohnform wird durch eine spezifische Material- und Lichtstimmungswahl unterstrichen. Auch Dekorationen und Einbauten verstärken die ohnehin wohlthuende Atmosphäre. Das Orientierungskonzept wurde von der Künstlerin Ingeborg Kumpfmüller entworfen.

Zusammenfassend ist dieses Projekt ein herausragendes Beispiel für eine zeitgemäße Pflegeeinrichtung, die neben der sozialen Umgebung also der empathischen und professionellen Betreuung, die das Individuum darin unterstützt, den Alltag nach Kräften selbst zu beschreiten, eine beispielhaft gelungene gebaute Umwelt aufweist, die eine Vielzahl an Aktivitäten begünstigt und eine Identifikation der Bewohner mit ihrem Zuhause schafft.²¹

18 Interview mit Christian Kagerer, Leiter des Hauses, „Besuch des Seniorenhaus Nonntal in Salzburg“, März 04, 2020

19 Interview mit Frau Kapeller, Pflegefachkraft, „Besuch des Seniorenhaus Nonntal in Salzburg“, März 04, 2020

20 F. Leeb, Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept, *architektur.aktuell*, Feb. 2020

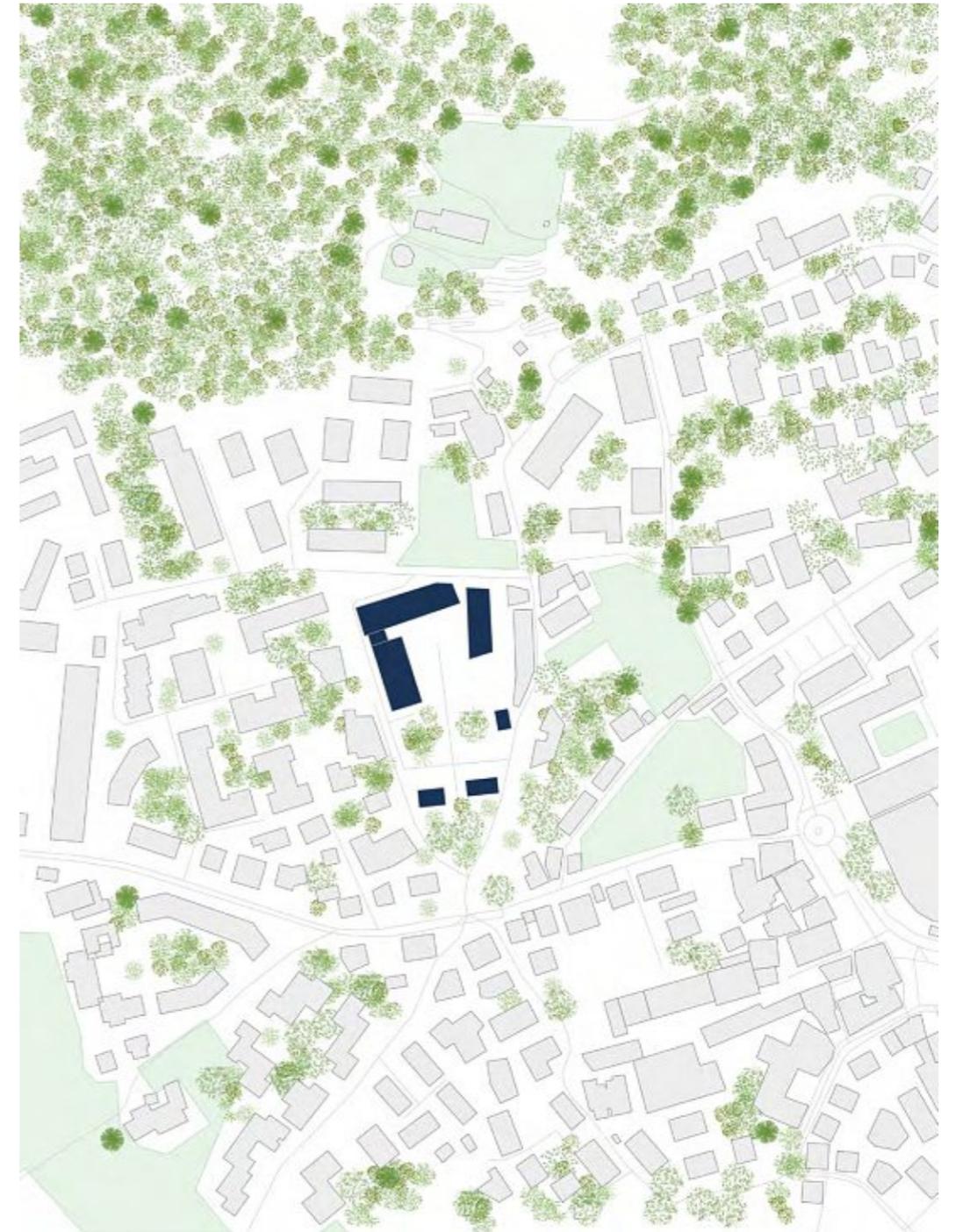
21 Sonja Gasparin und Beny Meier, „SeniorInnenwohnhaus Nonntal“, gehalten auf der TURN ON | Architektur Festival, ORF RadioKulturhaus, Juli 03, 2020, [Online] https://www.turn-on.at/turn-on_20/program.php?id=467.

pardellerputzerscherer.architekten, grieserhof altershaus

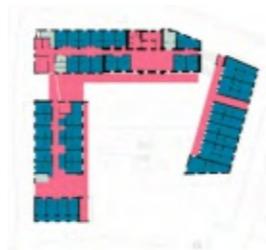
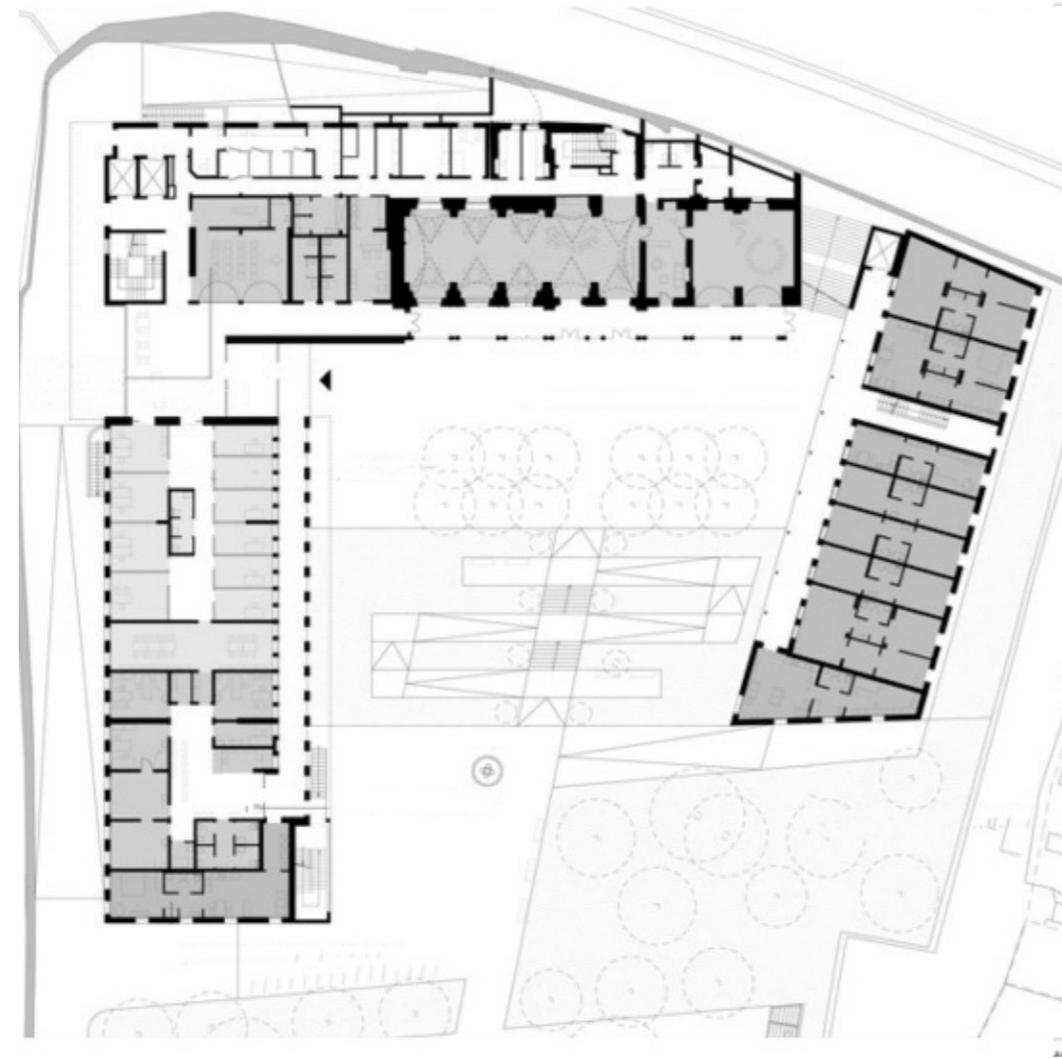
Nährt man sich dem Grieserhof im Bozener Viertel Gries, so fällt zunächst die gelungene Verschmelzung des historischen Grieserhofs mit einem funktionalen Anbau auf. Das Anwesen befindet sich auf einem malerischen Grundstück umgeben von Weinbergen in unmittelbarer Nähe einer frühgotischen Pfarrkirche. Die Geschichte dieses Hofes reicht bis in das Jahr 1840 zurück und wurde seitdem in mehreren Umbauphase erweitert. Damals lies Ignaz v. Aufschneider seinen Familiensitz „Villa Aufschneider“ samt Gästehaus Huebenhof auf dem Grundstück erbauen.

Schon Mitte des 19. Jahrhunderts war dieser Huebenhof ein beliebtes Reiseziel in Adelskreisen. Gries hatte sich europaweit bekannt gemacht als Luftkurort und war wegen des angenehmen Klimas in Südtirol gefragt. Im Jahre 1885 wurde das Gästehaus unter dem Namen Grieserhof verkauft und um Seitenflügel im Erdgeschoss erweitert. Die Funktion als Gästehaus änderte sich im 20. Jahrhundert mehrfach. Das Gästehaus wurde zum professionellen Sanatorium und später zur Augenklinik.

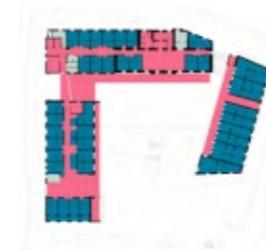
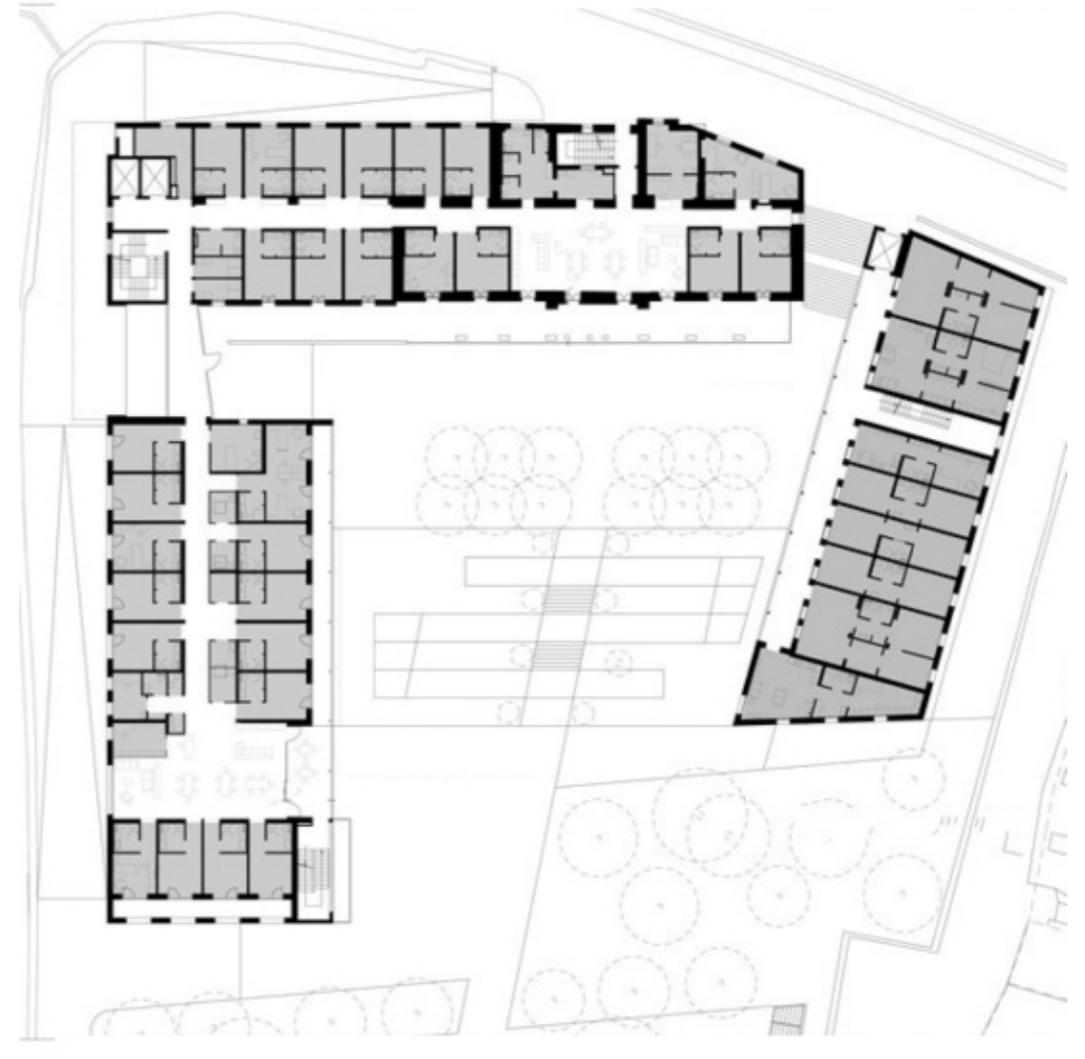
Ab der Jahr 1955 wurde der Grieserhof zu einem Krankenhaus mit Geburtsstation, das bis 1990 von den Tertiarschwestern in Bozen betrieben



lageplan



erdgeschoss



- gemeinschaftsbereich
- privatzimmer
- verwaltung

obergeschoss



historisches hauptgebäude des grieserhofs



erweiterung des grieserhofs



wurde. Erst 2017 wurde der Grieserhof durch einen Umbau durch das Architekturbüro PardellerPutzerScherer zu einem Seniorensitz mit Schwerpunkt auf der Vereinbarkeit von betreutem Wohnen und Pflege.²²

Die Pflegeeinrichtung ist durch ihre Organisation und Raumaufteilung eng mit der Nachbarschaft verbunden. Ein Park der frei zugänglich ist, bildet das Herz der Anlage. Hier treffen Generationen aufeinander und es kommt zu regem Austausch. Von besonderer Bedeutung ist hierbei das Café, das ein Treffpunkt bildet und die Bewohner an dem ungespielten Theaters des Alltags teilhaben lässt.

Der St. Elisabeth Stiftung war es ein zentrales Anliegen, dass die gesellschaftliche Durchmischung zum Grundkonzept des Entwurfs wird. Verwaltungsleiter Norbert Spitaler unterstreicht diese Haltung im Interview im Rahmen dieser Masterarbeit.

Neben dem gepflegten Park und dem liebevoll geführten Café, das eine Bereicherung für die Nachbarschaft darstellen, gibt es weitere Angebote, die sich nicht ausschließlich an die Bewohner des Grieserhofs richten. Es gibt beispielsweise eine Tagesstätte mit Cafeteria, eine Kapelle, ein Ambulatorium für Basisärzte, ein Friseurstudio und eine Kindertagesstätte. Es gibt außerdem ein kleines Museum, das an die archäologischen Funde des Pons Drusi aus der Römerzeit erinnert.

Durch diese vielfältigen Angebote wird die Nachbarschaft auf program-matischer sowie räumlicher Ebene eng in den Betrieb des Seniorensitzes integriert. Die Bewohner identifizieren sich stark mit dem Grieserhof, der in Bozen samt Umland weitgehend bekannt ist.

Die Wohneinheiten sind aufgeteilt auf die verschiedenen Trakte des histo-rischen Bestands sowie im Neubau von 2017. Dabei gibt es neben dem klassischen Privatzimmer unterschiedliche Wohnformen wie etwa die Wohngemeinschaft. Im Osten befindet sich das Laubenganghaus mit 30 Seniorenwohnungen. Im Westen liegen vier autonome Wohngemeinschaften. In jedem Stockwerk befinden sich zwei Wohngemeinschaften mit je-

weils 15 Wohneinheiten. Die offene Wohnküche bildet in dieser Wohnform das zentrale Element. Hier wird täglich gekocht und sich ausgetauscht. Eine familiäre Situation kommt dabei auf und hilft den Bewohnern dabei sich zurecht zu finden und den Alltag gemeinsam zu meistern. Das Pflegepersonal steht kooperativ zur Seite. Das persönliche Gespräch hat im Grieserhof eine ganz bedeutende Rolle und so sind auch die zahlreichen Sitzgelegenheiten verteilt über die gesamte Anlage weit zu verstehen, die zum Beisammensitzen einladen.

Das Projekt Grieserhof ist ein anschauliches Beispiel, wie durch weitsich-tige Raumplanung in Form von unterschiedlichen Dienstleistungs- und Erholungsangeboten ein Mehrwert für eine ganze Nachbarschaft ge-schaffen werden kann und ein dadurch erzeugtes Treiben verschiedener Generation in der Anlage die Bewohner unterhält. Dieses Konzept verhin-dert dadurch Vereinsamung und das Gefühl der Ausgrenzung.²³

22 Architekturstiftung Südtirol und Studio Pardeller Putzer Scherer Architekten, „Grieserhof - Seniorencentrum“, Grieserhof - Seniorencentrum. [Online]. Verfügbar unter: <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorencentrum/>

23 Interview mit Norbert Spitaler - Verwaltungsleiter Grieserhof Seniorenwohnhaus, Feb. 19, 2020

gruppo di progettazione comunale, don bosco

Das Seniorenwohnheim Don Bosco ist eines der ältesten Altersheime der Stadt Bozen und beherbergt derzeit 170 Plätze. In Interviews im Rahmen dieser Masterarbeit haben mir die Pflegedienstleiterin dieses Seniorenheims Cristiana Zainea und die Leiterin der Alzheimerabteilung Barbara Zerbini mit ihrer Expertise sehr weitergeholfen. Im Jahr 1956 wurde es errichtet und wurde seither mehrmals erweitert. Das großmaßstäbliche Hauptgebäude ist mit seinen 111m Länge und 14m Breite eine sehr prä-sente Erscheinung im Bozener Stadtbild. Im Laufe der Jahre wurde das Seniorenwohnheim Don Bosco um eine Abteilung erweitert, die sich explizit um Menschen mit Alzheimererkrankung kümmert. Damit ist diese Spezialpflegeeinrichtung die erste ihrer Art in Südtirol. Im Jahre 2017 wurde sie eröffnet und besteht aus einem ringförmigen Zubau, der sich stark vom Bestand abgrenzt. Die architektonische Gestaltung hängt eng mit dem dynamischen Erschließungskonzept zusammen, das auf die Demenzerkrankung abgestimmt ist. Die Alzheimer-Abteilung geht auf die verschiedenen Stadien der Krankheit räumlich ein und schafft einen Rahmen für ganzheitliche Pflegeansätze.²⁴

Die Einrichtung kann bis zu 14 Patienten aufnehmen und ist eng mit den

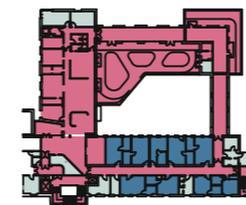
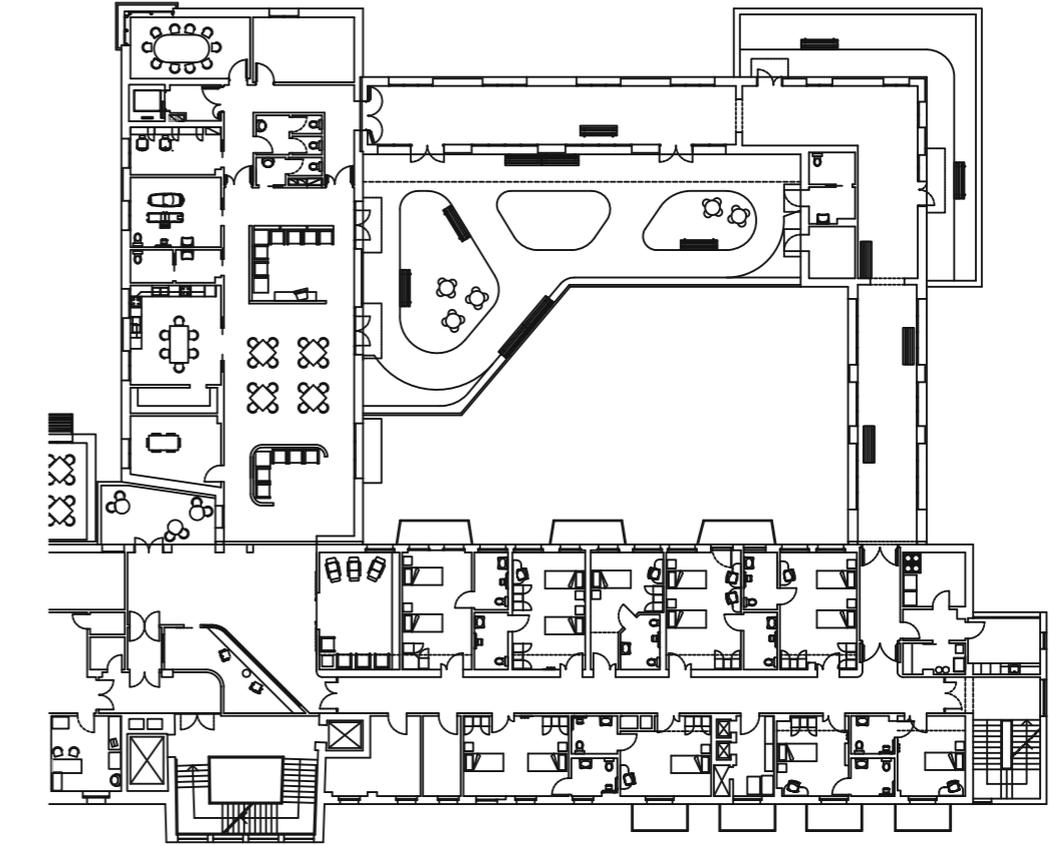
therapeutischen Angeboten des Altersheims verknüpft. Die Station ist als geplant als Übergangort bei Verhaltensstörungen der Alzheimererkrankten und bereitet die Pflege im Altersheim Don Bosco vor. Hier wird mit den Patienten kooperativ gearbeitet, um die bestmögliche Pflegestrategie erarbeiten zu können. Eine empathische Herangehensweise des geschul-ten Personals steht in dieser Hinsicht im Vordergrund. Die Station lebt einen Pflegeansatz, der neue Wege in der Alzheimerpatienten-Betreuung aufzeigt. Die Bewohner können frei entscheiden, wann sie Mahlzeiten ein-nehmen möchten und wo lang sie spazieren möchten. Es werden lediglich Angebote gemacht, aber kein unnötiger Stress von Seiten der Pflege er-zeugt durch starre Zeitpläne.

Die Architektur des Anbaus reagiert auf diese Haltung in vielerlei Hin-sicht. Die ringartige Verkehrsfläche verbindet fünf Doppelzimmer und vier Einzelzimmer mit jeweils angeschlossenem Sanitärbereich. Die Gemein-schaftsräume wie Küche, Esszimmer, Wohnbereich, Fernsehbereich, Ent-spannungs- und Aktivitätsraum, Musikzimmer und Malwerkstatt bespielen die Knotenpunkte der schleifenartigen internen Erschließung. Die tägliche Kommunikation findet in all jenen Bereichen auf informelle Weise statt. Auch ein Wintergarten ist Teil des Entwurfs, der an bewussten Stellen Orte der Entschleunigung anbietet.

Die Blickführung in die Umwelt erweitert den limitierten Bewegungsradius des Patienten ohne eine Reizüberflutung zu erzeugen. Die Koordinatorin Barbara Zerbini erklärte im Rahmen dieser Masterarbeit, dass die Philo-sophie der Pflege auf größtmögliche Behaglichkeit bei den Bewohnern abzielt. Die gelebte Empathie ist im Alltag deutlich zu erkennen und macht ein weiteres Mal deutlich, dass es eine gute Architektur in der Pflege nur in Kombination mit einer starken und einfühlsamen sozialen Umwelt ge-ben kann. Demnach sind auch räumliche Angebote für das Personal im Rahmen der Planung zu erarbeiten. Diese Angebote können kleine Ni-schen mit besonderem Ausblick sein, die in die Routine einen Moment Ruhe bieten oder auch spezielle Mitarbeiterbereich mit Annehmlichkeiten. Das Seniorenwohnheim Don Bosco zeigt mit dieser Einstellung eine ganz besondere Wertschätzung im ganzheitlichen Ansatz für alle Menschen im

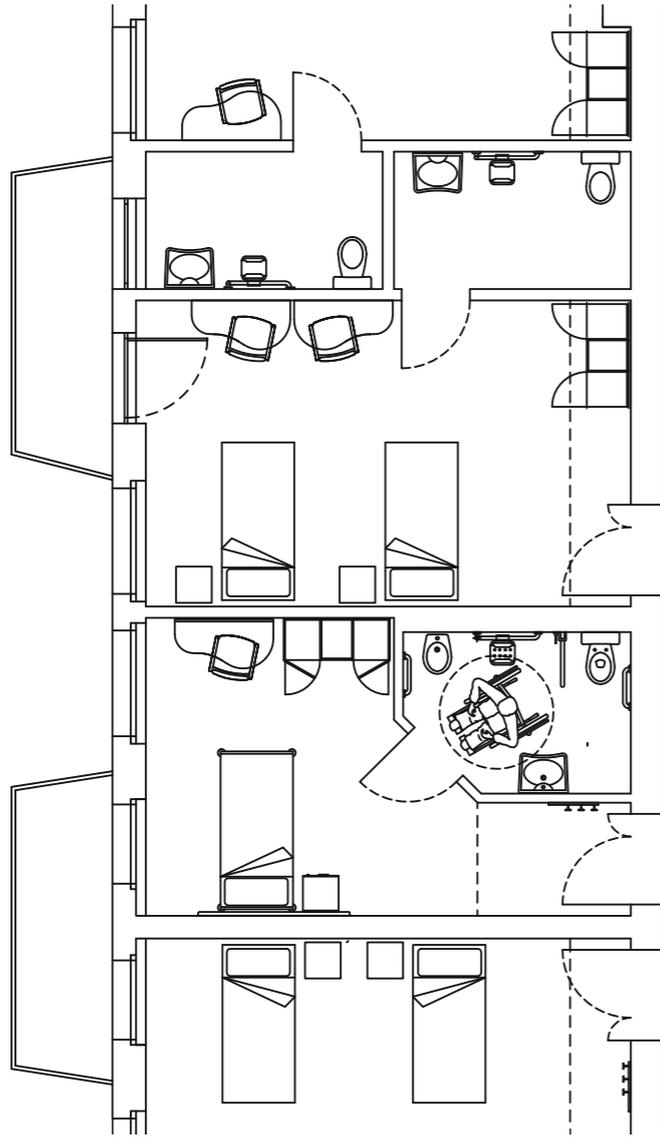


100 m



- gemeinschaftsbereich
- privatzimmer
- verwaltung

10 m



privatzimmer

2 m



don bosco seniorewohnheim bozen

24

Interview mit Cristiana Zainea - Leiterin dieses Seniorenheims, „Besuch der Alzheimerabteilung des
Seniorewohnheim ‚Don Bosco‘ in Bozen“, Feb. 19, 2020

25

Interview mit Barbara Zerbini - Leiterin der Alzheimerabteilung, „Besuch der Alzheimerabteilung des
Seniorewohnheim ‚Don Bosco‘ in Bozen“, Feb. 19, 2020

03_ort [bozen, stadtviertel firmian]

stadtgeschichte

Die Stadt Bozen ist Landeshauptstadt der gleichnamigen Provinz und hat einen Sonderstatus in Italien. Sie liegt markant in einer Talsohle der südlichen Alpen und hat ein mildes Mikroklima. Neben dieser topographischen Besonderheit ist auch die Gesellschaft Bozens geprägt vom Zusammenleben verschiedenster kultureller Identitäten. Die Stadt wurde aufgrund ihrer Grenznähe in der Alpenregion im Laufe der Geschichte mehrfach von unterschiedlichen Herrschern annektiert. Im Jahre 1363 verlor das Tiroler Grafengeschlecht unter seiner letzten Nachfahrin Margarete Maultsch Bozen zusammen mit dem Land Tirol an die Habsburger.¹

Im Zuge der Neuordnung Europas nach der französischen Revolution im Jahre 1805 wurde die Stadt Bozen zunächst Bayern zugesprochen. Kurz darauf im Jahre 1809 unterstand Bozen dem italienischen Königshaus.² Gemeinsam mit Partisanengruppen unter Führung Andreas Hofers wurde im gleichen Jahr erfolgreich gegen Frankreich gekämpft. Nach dem Sturz Napoleons wurde Bozen samt Umland wieder Teil des Österreichischen Kaiserreichs bis zum Ende des zweiten Weltkriegs. Im Jahr 1919 wurde Bozen von Italien annektiert. Die gesamte Provinz wurde in Folge der neuen Zugehörigkeit unter dem aufkommenden Faschismus in den

20er Jahren massiv italienisiert. Neben einer umfassenden Politik der italienischen Sprachförderung, wurde durch weitreichende städtebaulichen Entscheidungen Bozen eine neue Identität gegeben. Es sind in dieser Periode eine Vielzahl an faschistischen Gebäuden entstanden, die das neue Selbstverständnis ausdrücken. Bozen blieb auch nach dem Zweiten Weltkrieg italienisch jedoch unter Gewährung eines verfassungsrechtlichen Sonderstatus. Für deutschsprachige Minderheiten war jedoch ein gesetzlich garantierter Minderheitenschutz vorgesehen. Das Zusammenleben der beiden Kulturen verlief nicht immer ohne Reibung und so war die Gesellschaft in zwei Lager geteilt mit beiderseitigen Vorurteilen. Vereinzelt steigerte sich der Hass bis hin zu Extremismus wie beispielsweise in den 60er Jahren durch die Terrorgruppierung „Befreiungsausschuss Südtirol“ oder in den 80er Jahren durch die Terrorgruppierung „Ein Tirol“. Diese Gruppen einte nicht selten eine identitäre Nähe zu Österreich. Heutzutage gehören solche Ausschreitungen der Vergangenheit an. Dennoch ist die Gesellschaft noch immer geteilt, was unter anderem durch eine Trennung des Bildungssystems in deutschsprachige und italienischsprachige Einrichtungen deutlich wird. Aber auf Grund vieler Reformen in den letzten Jahrzehnten ist das Stadtleben durch ein friedliches und offenes Zusammenleben beider Kulturen geprägt.³

Bozen ist eine wohlhabende und sehr lebenswerte Stadt. Die Einwohnerzahl Bozens wächst kontinuierlich. Im Jahre 2001 zählte sie noch 96.000 Menschen. Etwa zwei Jahrzehnte später sind es bereits 107.200 Menschen, die in Bozen leben. Diese Bevölkerungsentwicklung erfordert auch neue Städteplanung und die Entwicklung von angrenzenden Peripherien zu neuen Stadtvierteln. In diesem Sinne wurden beispielsweise die beiden Gebiete Firmian und Casanova städtebaulich entwickelt.

- 01 F. Huter, Herzog Rudolf der Stifter und die Tiroler Städte, 1. Wagner Innsbruck, 1971, pp. 9s.
- 02 M. Forcher, Bayern, Tirol: die Geschichte einer freud-leidvollen Nachbarschaft. Wien: Herder, 1981. pp 173 s.
- 03 I. Riccioni, Bolzano, città di frontiera: bilinguismo, appartenenza, cittadinanza, 1a ed. Roma: Carocci, 2012.



bozen 1945



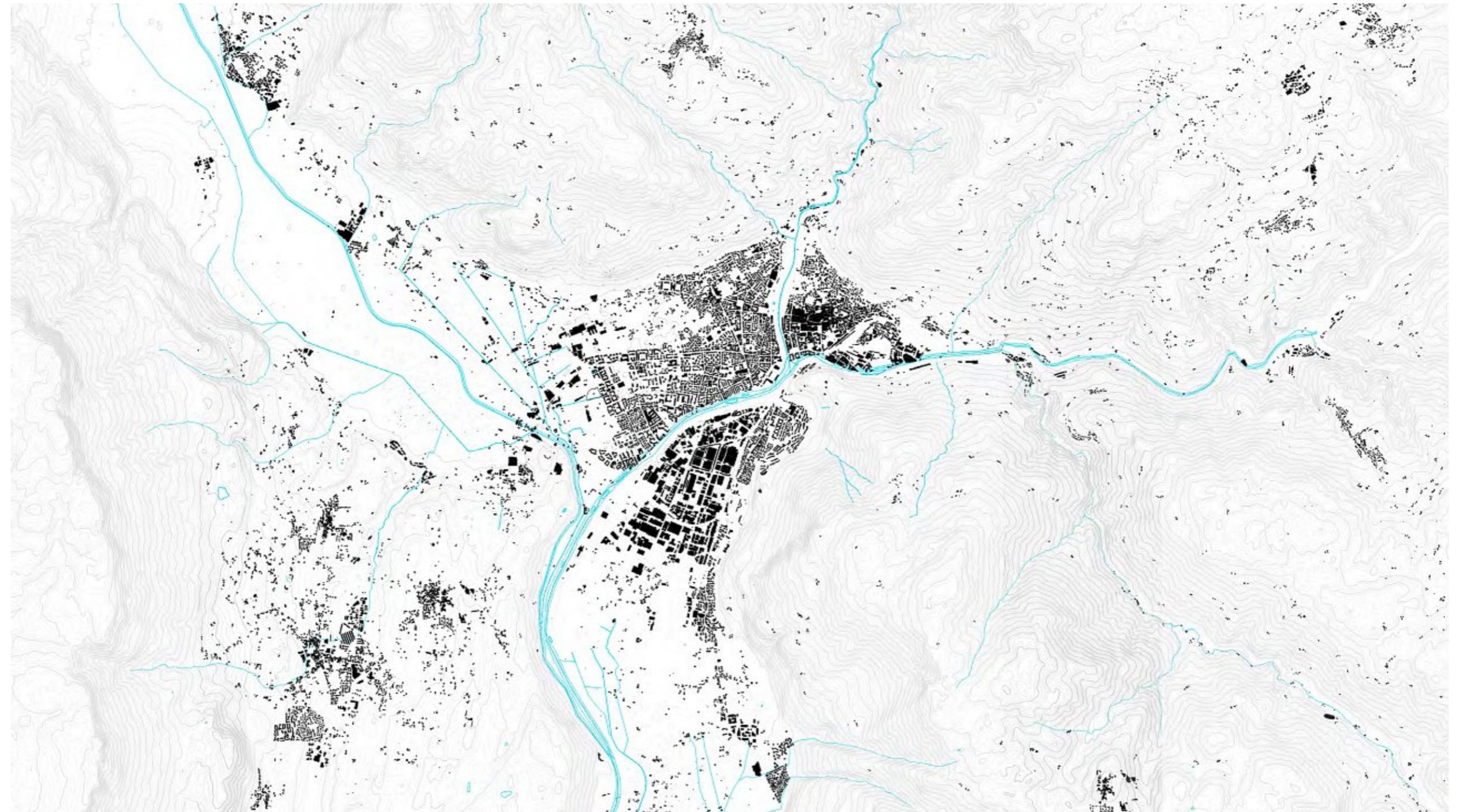
bozen 1956



bozen 1983



bozen 1997



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
 The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



2,000 m

typologie und topografie

Die städtebauliche Entwicklung Bozens basiert auf einem Kometenmodell. Dieses Kometensystem beschrieb der Bozener Architekt und Stadtplaner Carlo Bassetti im Rahmen dieser Masterarbeit als Strategie, Bozen aus dem historischen Zentrum heraus entlang des Tals zu entwickeln. Diese räumliche Bewegung ähnelt dabei einem Kometenschweif. Dieses Konzept für einen Masterplan wurde im Jahre 2009 von der Stadtverwaltung Bozens erarbeitet als Ergänzung zum Bebauungsplan (PUC) und bildet seitdem die Grundlage aller baustrategischen Entscheidungen der Stadt. In den vergangenen Jahren sind eine Reihe von Änderungen des Bebauungsplans auf diesen neuen Masterplan zurückzuführen. Der strategische Umgang mit dem begrenzten bebaubaren Flächen in der Talsohle Bozens ist wesentlich für eine nachhaltige Entwicklung.⁴

Dabei ist der Schutz der charakteristischen Weinberge und Apfelanbaugebieten gegenüber einer Ausdehnung der Stadt Bozen abzuwägen. Ein Grundverständnis für diese typographischen Besonderheiten des Ortes sind essentiell für den Planungsprozess.⁵ Unter diesem Gesichtspunkt haben im Jahre 2001 das Architekturbüro MetroGrammA in Zusammenarbeit mit den Landschaftsarchitekten Stefan Tischer und Helene Hölzl eine

sorgfältige Analyse mit hohem wissenschaftlichem und kulturellem Gehalt vorgestellt. In ihrem Buch „4 Städte“ haben die Entwicklungsstufen der Stadt Bozens anhand von detaillierten Plandarstellungen aufgezeigt und die Vielfalt der räumlichen Qualitäten zusammengefasst. Zum einen ist das die für die Alpensüdseite charakteristische Vegetation, zu der auch der Wald und die Bergwände gezählt werden. Im Kontrast dazu werden die landwirtschaftlich genutzten Flächen aufgeführt.

Durch ihre Parzellierung und Heterogenität bilden sie ein komplexes Zusammenspiel der Agrarkultur aus Wein, Obst und Weide. Hinzu kommen die urbanen Freiflächen, die teilweise gepflastert und teilweise grün sind und sich am Fluss entlangziehen. Die kennzeichnenden Gebäudearten wurde insgesamt in vier Typologien unterschieden. Zunächst gibt es die autarken Siedlungen, die sich meist über einen langen Zeitraum im familiären Verbund entwickelt haben und die Weideflächen im Umland Bozens bewirtschaften. Als zweite weit verbreitete Bebauungsart wurden die ländlichen Gebäude in der Peripherie Bozens im Tal mit landwirtschaftlichem Hintergrund definiert. Als dritte Typologie wurden infrastrukturelle Anlagen wie Obstsammelschuppen sowie Handwerks- und Handelshallen. Als letzte prägende Gebäudetypologie wurden die klassischen urbanen Stadthäuser aufgelistet, die sich über hunderte Jahre entwickelt haben und den langwierigen Prozess der Stadtentwicklung sichtbar machen.⁶

Diese Kategorien kennzeichnen vier Stadtbilder Bozens, die damit die architektonische Diversität zum Ausdruck bringen und aus durch die Vielfalt ortsspezifische Synergien entstehen lässt, die den eigentlichen Charakter Bozens beschreiben.

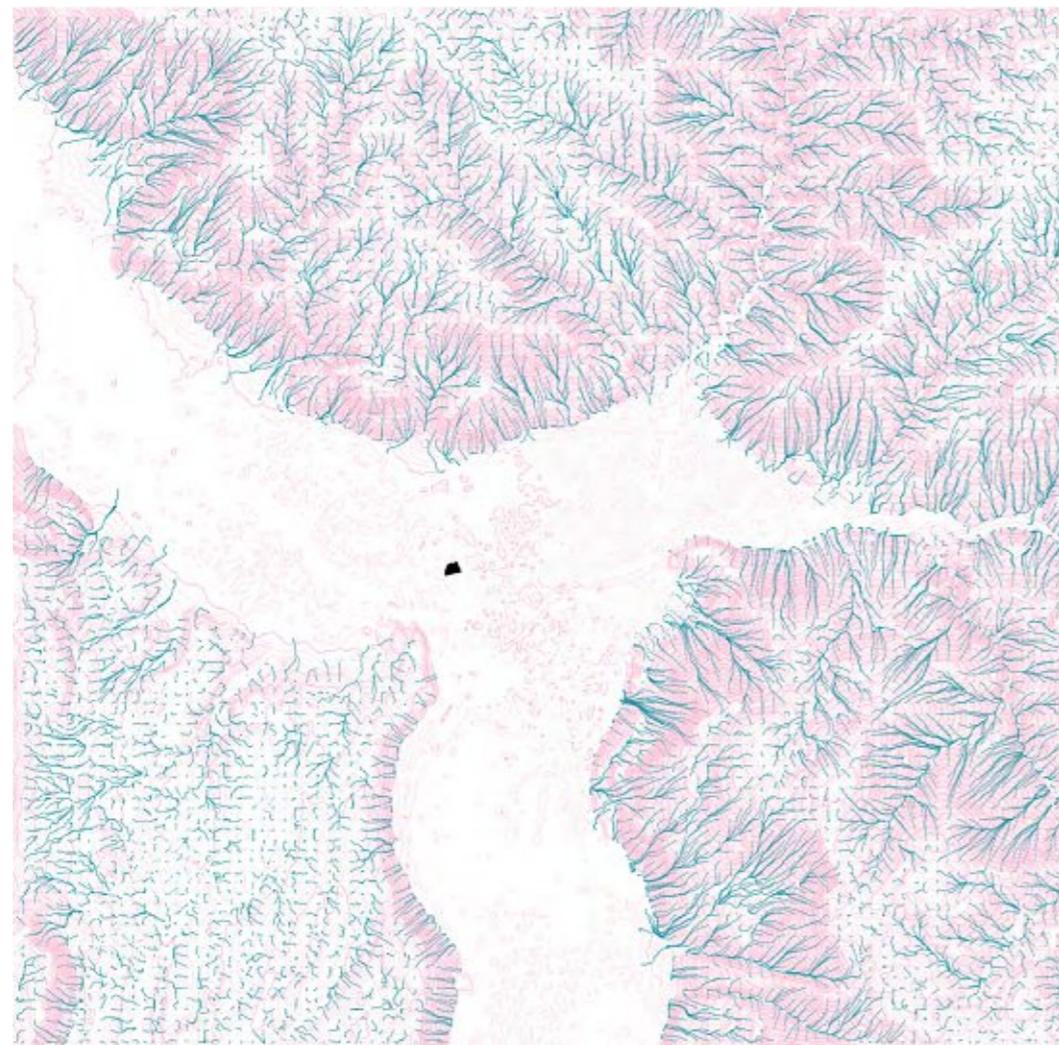
Jedes Stadtbild beschreibt eine Ökologie, die sich aus physischen Räumen, eigenen Lebensweisen und der jeweiligen Beziehung zu umgebenden Gebieten zusammensetzt. Die Komplexität ergibt sich aus der Ausgestaltung der Schwelle untereinander, die zum Teil nicht eindeutig definiert werden kann und durch ein Zusammenspiel von Infrastrukturen wie dem ausgebauten Straßennetz aus Ortsstraßen und Autobahnen, Wasserstraßen und dem modernen Schienennetz zusammengehalten wird.

Die vier unterschiedlichen Gebietscharakter Bozens teilen sich auf in Agro_city, Border_city, City_in und Poly_city.⁷ Die Agro_city ist das Gebiet im Tal, das direkt an die Stadtbebauung angrenzt und hauptsächlich landwirtschaftlich genutzt wird. Es bildet die Schnittstelle von der Peripherie zum Stadtkern und hat im Zuge der städtebaulichen Erweiterung Bozens eine besondere Bedeutung als potenzielle neue Stadtviertel. In der Agro_city befinden sich demnach neben Wirtschaftshöfen und Lagerhallen Großsupermärkte und neue Wohnsiedlungen an angebundener Infrastruktur wie Schulen und Kindergärten. Auch Pflegeeinrichtungen und andere größere Anlage befinden sich in der Agro_City. Die Border_city kennzeichnet ähnlich wie die Agro_city die Randbereiche Bozens, in denen städtisches Leben in Peripherie mit landwirtschaftlichem Schwerpunkt übergeht. Im Kontrast zur Agro_city befindet sich die Border_city jedoch nicht im Tal, sondern am Hang und markiert die dortige Schwelle zum unbebauten Gebiet. Wegen der hohen Errichtungskosten am Berg ist die Border_city weniger attraktiv für städtebauliche Erweiterung. Zudem ist der Natur- und Landschaftsschutz in diesen Regionen wesentlich strikter als im Tal.

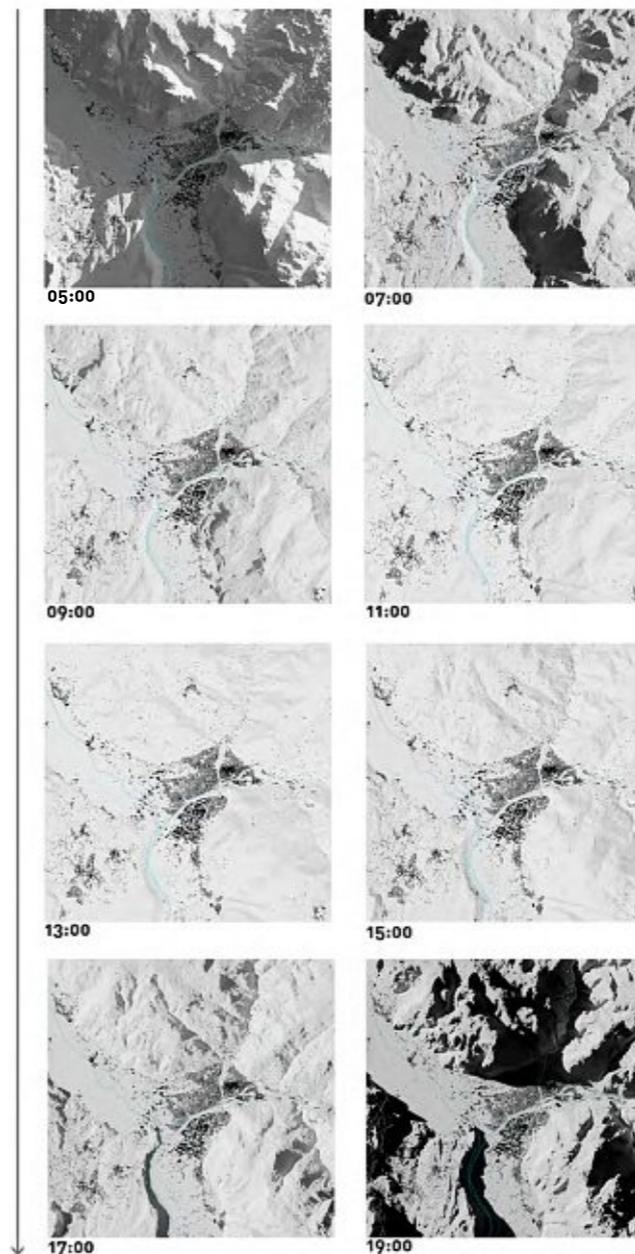
In der Border_city gibt es hauptsächlich autarke Höfe, die oftmals über Generationen von Familien geführt werden, als auch vereinzelt kommerzielle Anlagen der Hotellerie, die sich durch die Abgeschlossenheit profilieren. Die City_in beschreibt den Stadtkern Bozens, der sich zusammensetzt aus dem historischen Zentrum, der monumentalen Stadterweiterung unter dem Faschismus, dem Gewerbegebiet, der Industriezone und dem innerstädtischen Gebiet der Wohnbauoffensive aus den 60er Jahren. Abschließend bezeichnet die Poly_city die abgeschiedenen Siedlungen und Gehöfte im Talbereich und an den Berghängen. Das Gebiet zeichnet sich durch eine räumliche sowie gesellschaftliche stark ausgeprägt Unabhängigkeit aus und bildet durch die Fragmentierung eine polyzentrische Stadt, die autonom von dem konsolidierten Stadtkern ist.

Die Poly_city bezeichnet also keine flächendeckenden Regionen wie es die Grenzgebiete Agro_city und Border_city tun, sondern setzt sich aus unzähligen Fragmenten zusammen.

- 05 Carlo Bassetti, „Interview mit dem Architekt und Stadtplaner Carlo Bassetti“, Feb. 21, 2020.
- 06 MetroGrammA, Stefan Tischer, und Helene Hoelzl, 4 Städte - VORSCHLÄGE ZUR STÄDTEBAULICHERN VERDICHTUNG IN BOZEN. Bolzano: Stadtgemeinde Bozen - Assessorat für Urbanistik, 2001
- 07 Stadt Bozen - Assessorat für Urbanistik und Zeiten der Stadt, „MASTERPLAN DER STADT BOZEN 1. Projekttrichtlinien für den BLP“. Stadt Bozen - Assessorat für Urbanistik und Zeiten der Stadt, 2009, [Online]. Verfügbar unter: http://www.gemeinde.bozen.it/UploadDocs/7366_Masterplan2009_A01_DE_rid.pdf.



höhenlinien und falllinien von bozen mit umgebung

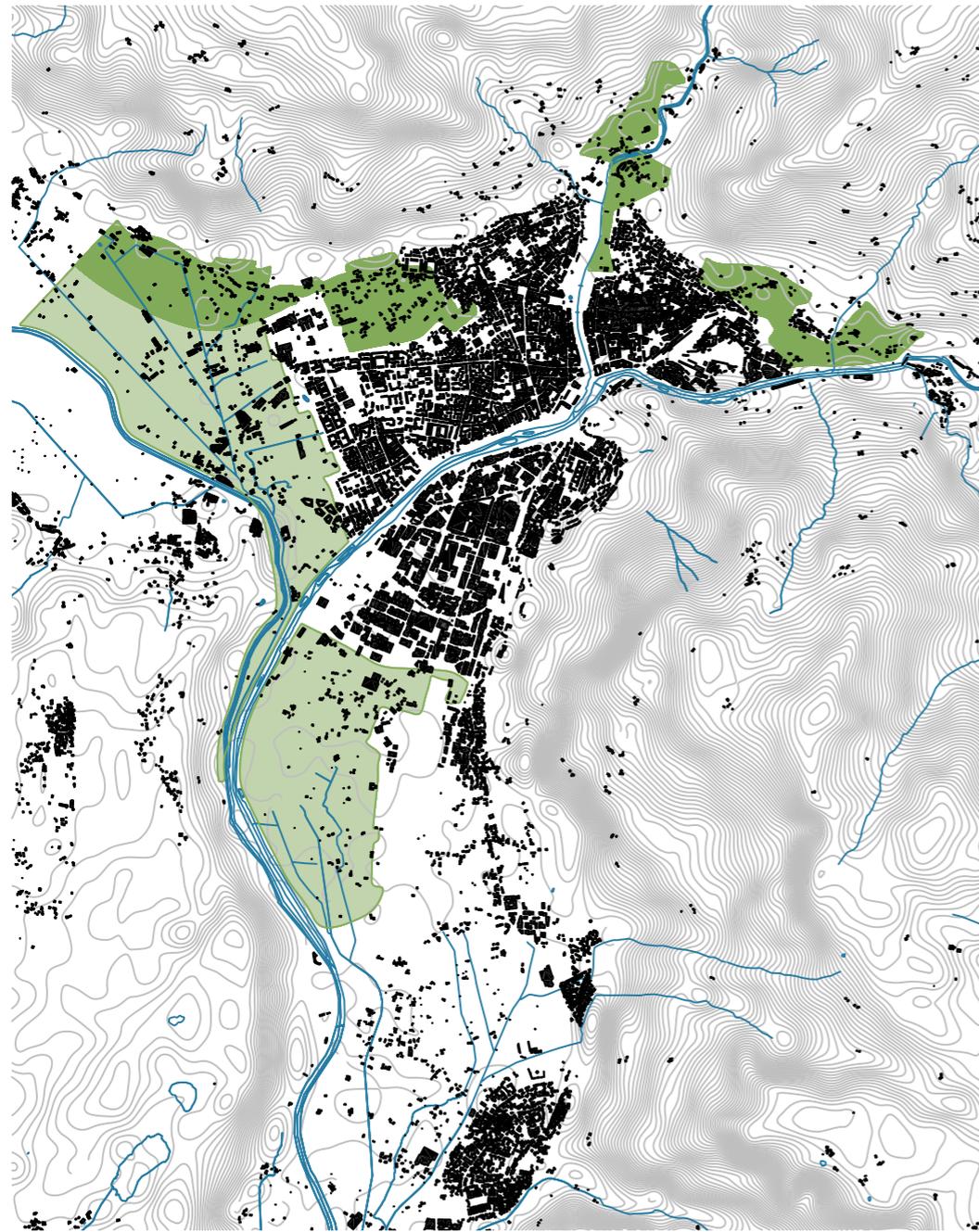


verschattungsstudie talsohle bozens exemplarisch am 15.6

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



2,000 m



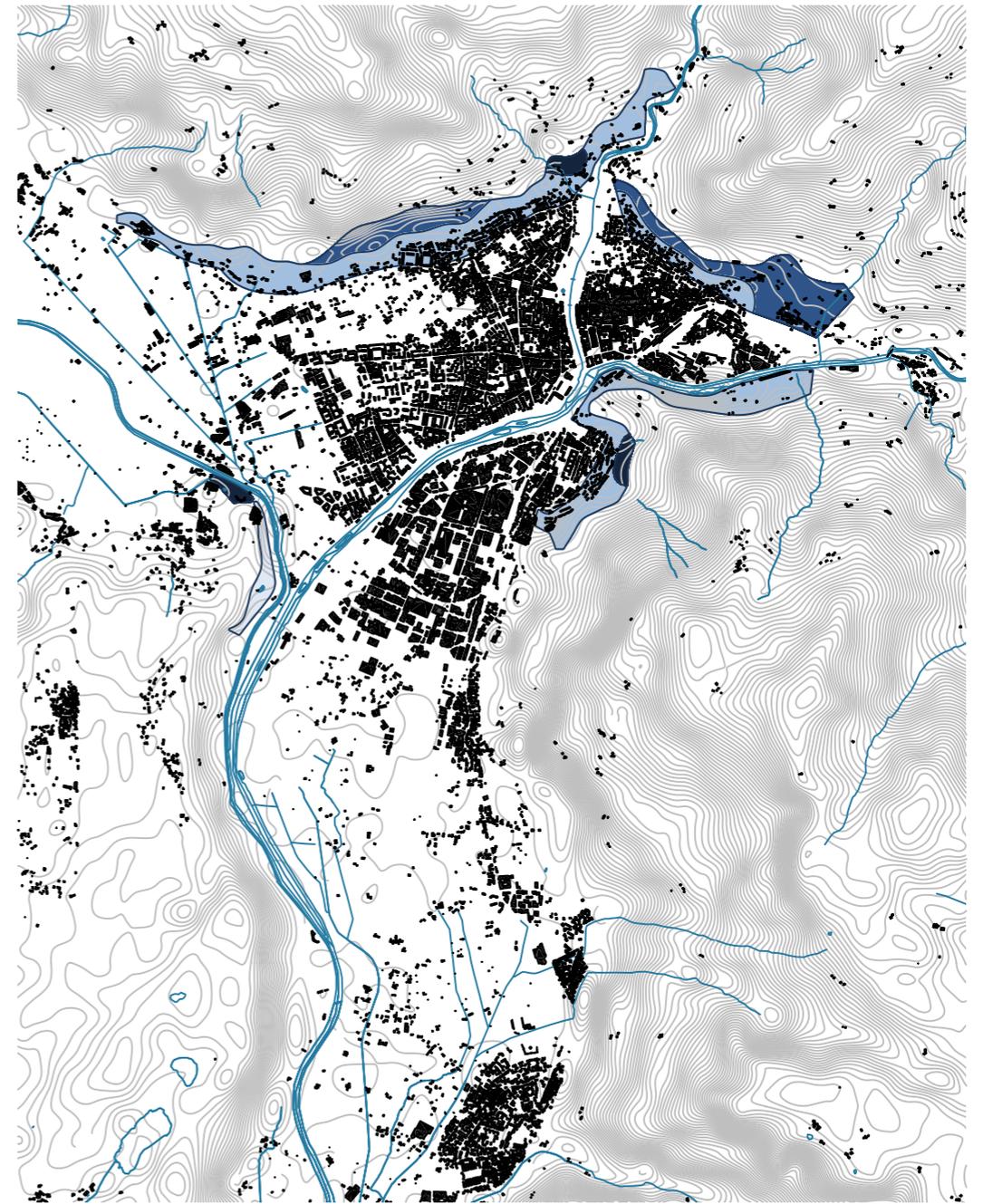
weinanbauggebiete obstanbauggebiete

agro_city

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
 The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



2.000 m



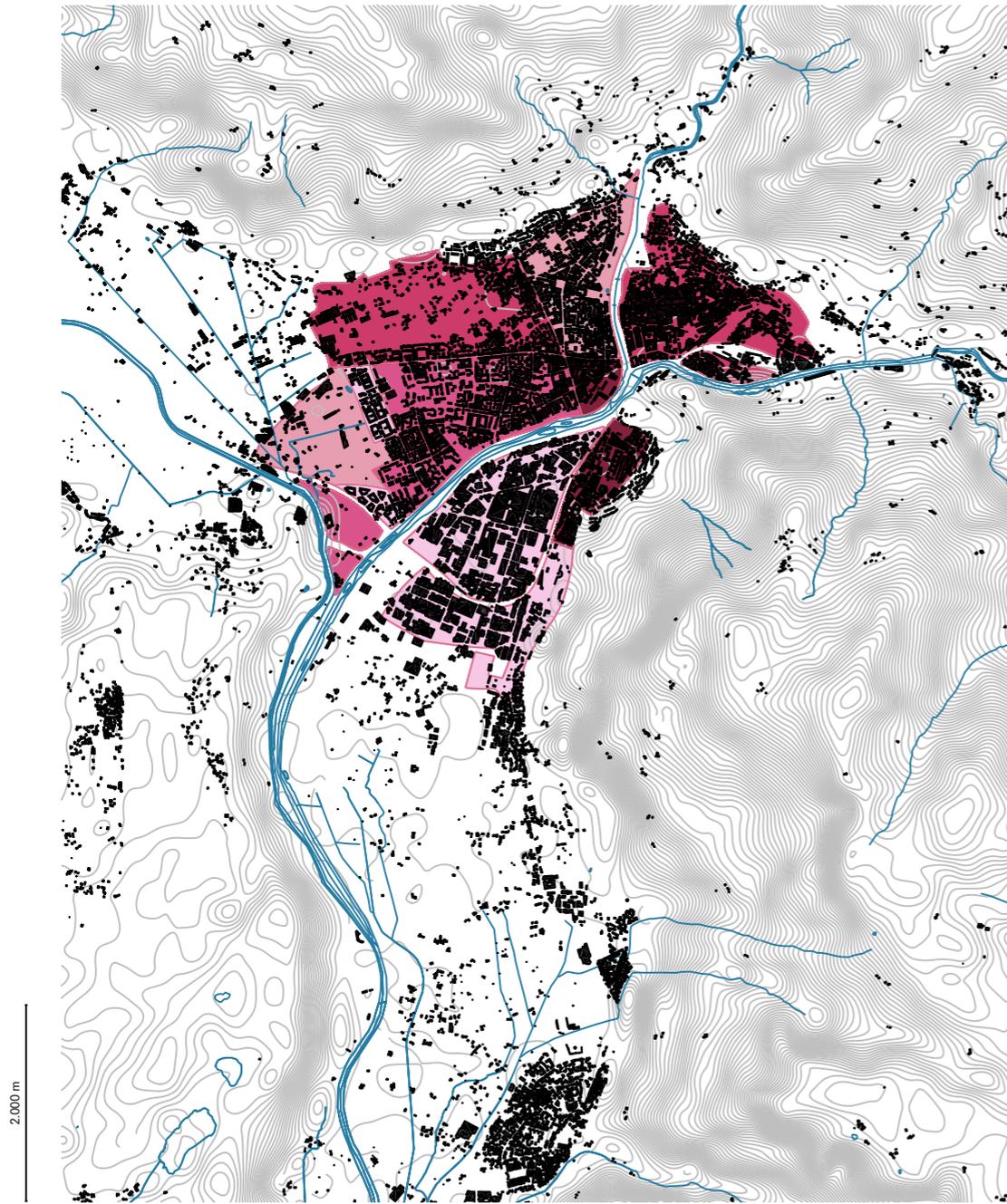
weinberge stadtrandbebauung histor. grotten burgen

border_city

2.000 m

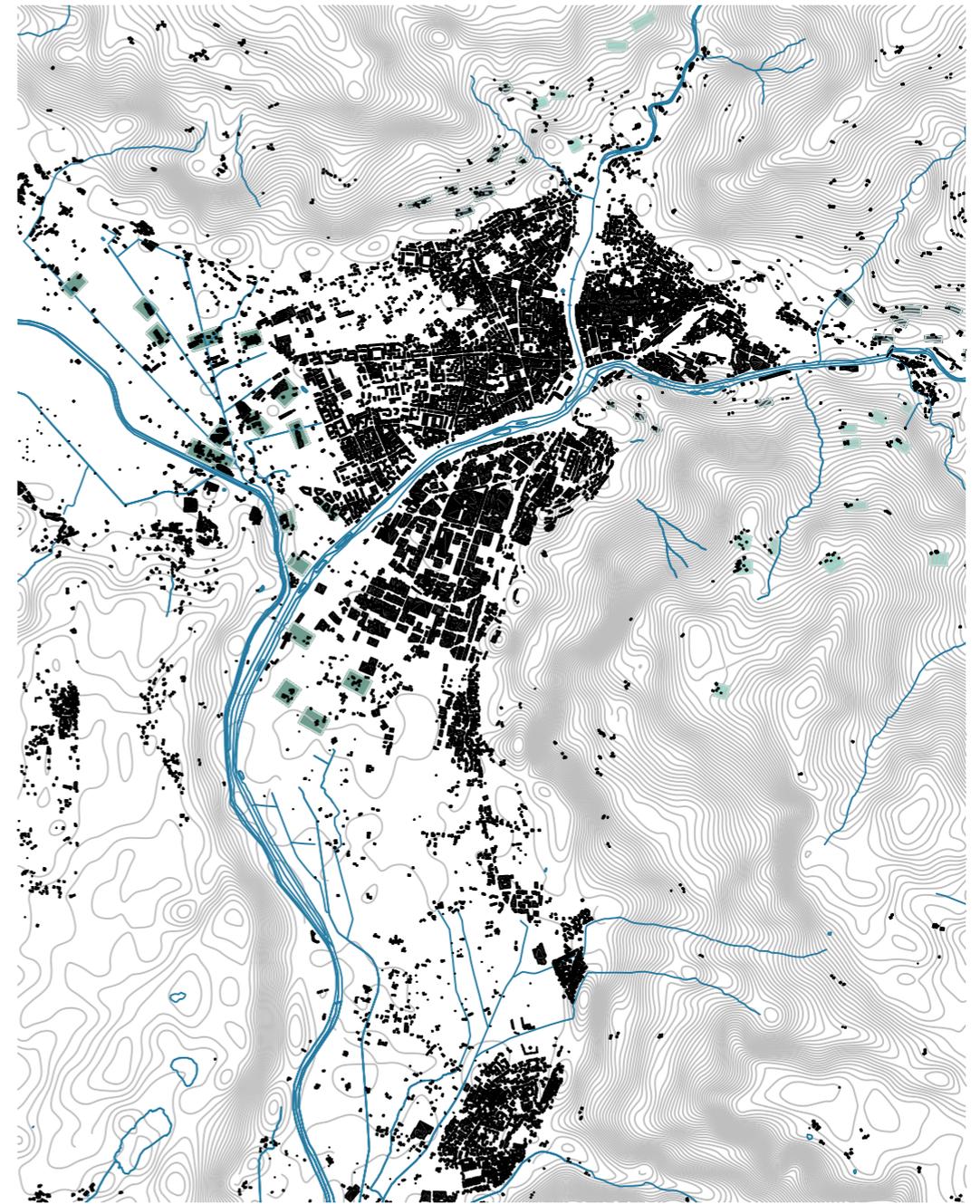


Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



- histor. centrum
- stadterw. 1940
- stadterw. 1970-79
- stadterw. 1960-69
- industriezone

city_in



- gehöfte am hang
- agglomerationen im tal
- bergsiedlungen

poly_city

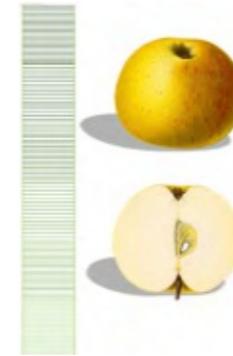
neue stadtentwicklung in firmian

Unter dem Hintergrund, dass diese Masterarbeit einen Beitrag zur aktuellen Diskussion um die Integration einer Pflegeeinrichtung in die Gesellschaft darstellt und mögliche Synergieeffekte herausarbeitet, die ein Pflegeheim infrastrukturell für eine gesamte Nachbarschaft schenkt, bietet sich als Ort für diesen Entwurf ein Grundstück an der Grenze zur Peripherie Bozens an. Die Grenze der Stadt zur Peripherie hat unter dem Gesichtspunkt der Stadterweiterung Potential, denn hier entsteht in absehbarer Zeit eine große Nachfrage an gesellschaftlicher Grundversorgung wie etwa medizinische Versorgung und Sozialdienste. Im Allgemeinen ist also die Schnittstelle von City_in zu Agro_city für diese Art der Intervention geeignet. Das Gebiet Firmian liegt im Süden Bozens und gehört neben dem im Westen Bozens liegenden Casanova zu den jüngsten Stadtentwicklungen. In den Jahren 2006 bis 2016 wurden hier intensiv Wohnbau betrieben und attraktive Wohnungen geschaffen. Firmian und auch Casanova haben jedoch den Makel, dass ein breites Angebot für die neuen Bewohner fehlt in Hinsicht auf Arbeitsplätze, Freizeitaktivitäten und Gastronomie. Das führt dazu, dass überspitzt ausgedrückt, die Menschen lediglich zum Schlafen in jenen Gebieten sind. Integrale Städteplanung hat auf dieses Phänomen adäquat zu reagieren und Anreize zu schaffen, die den Ort beleben.⁸





landwirtschaftliche nutzungs Vielfalt

**apfelsorten**

_gala
 _golden delicious
 _pink lady
 _fuji
 _braeburn
 _red delicious
 _kanzi
 _jazz
 _roho

erntezeit

mitte august

anordnung

linear

**weiße rebsorten**

_gewürztraminer
 _chardonnay
 _sauvignon blanc
 _müller-thurgau (rivaner)
 _weißburgunder
 _grauburgunder
 _goldmuskateller
 _riesling

erntezeit

anfang september bis mitte oktober

anordnung

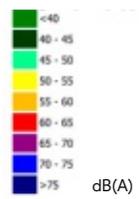
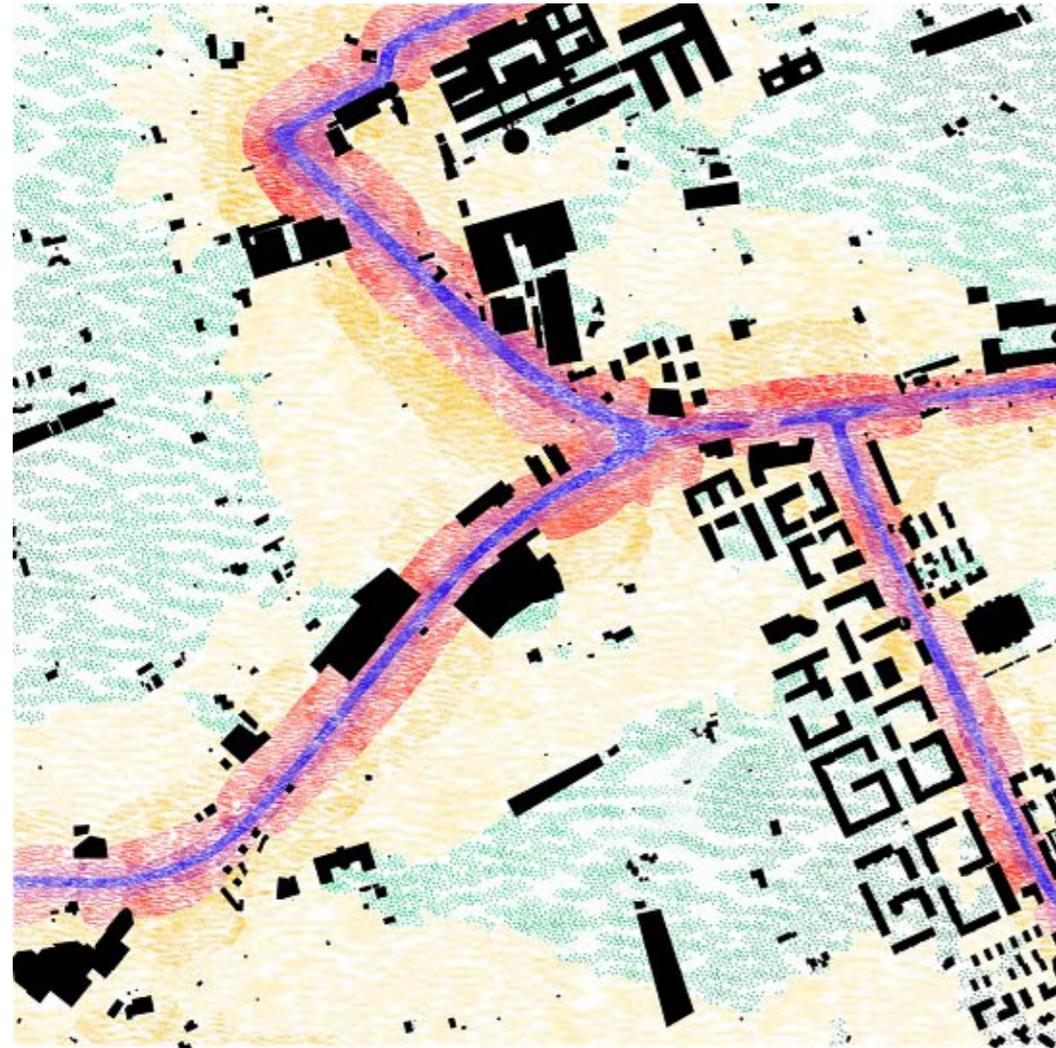
linear

rote rebsorten

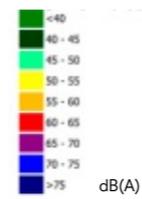
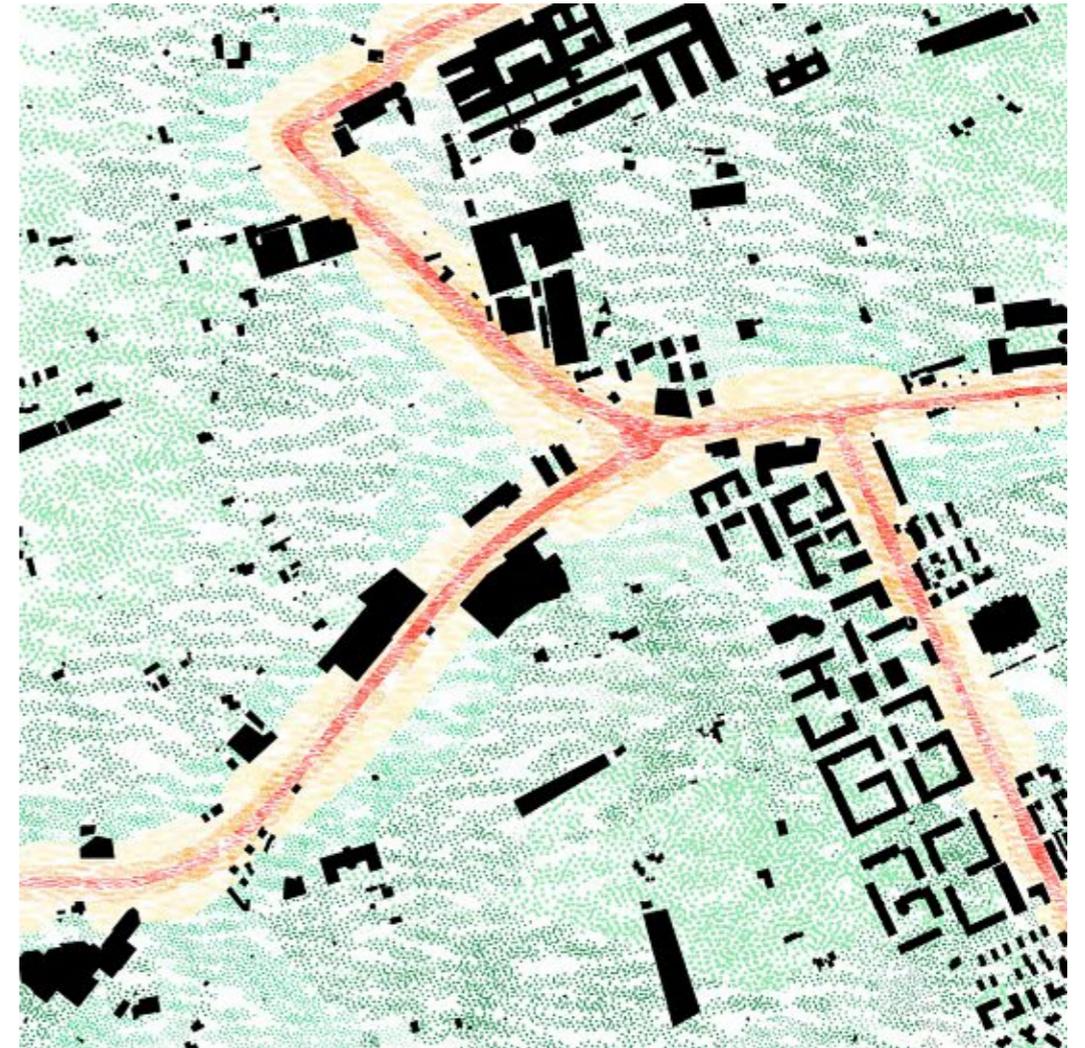
_lagrein
 _blauburgunder
 _cabernet
 _merlot
 _edelfernatsch (trollinger)
 _st. magdalener
 _rosenmuskateller
 _kalterersee auslese
 _südtiroler merlot rosé



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

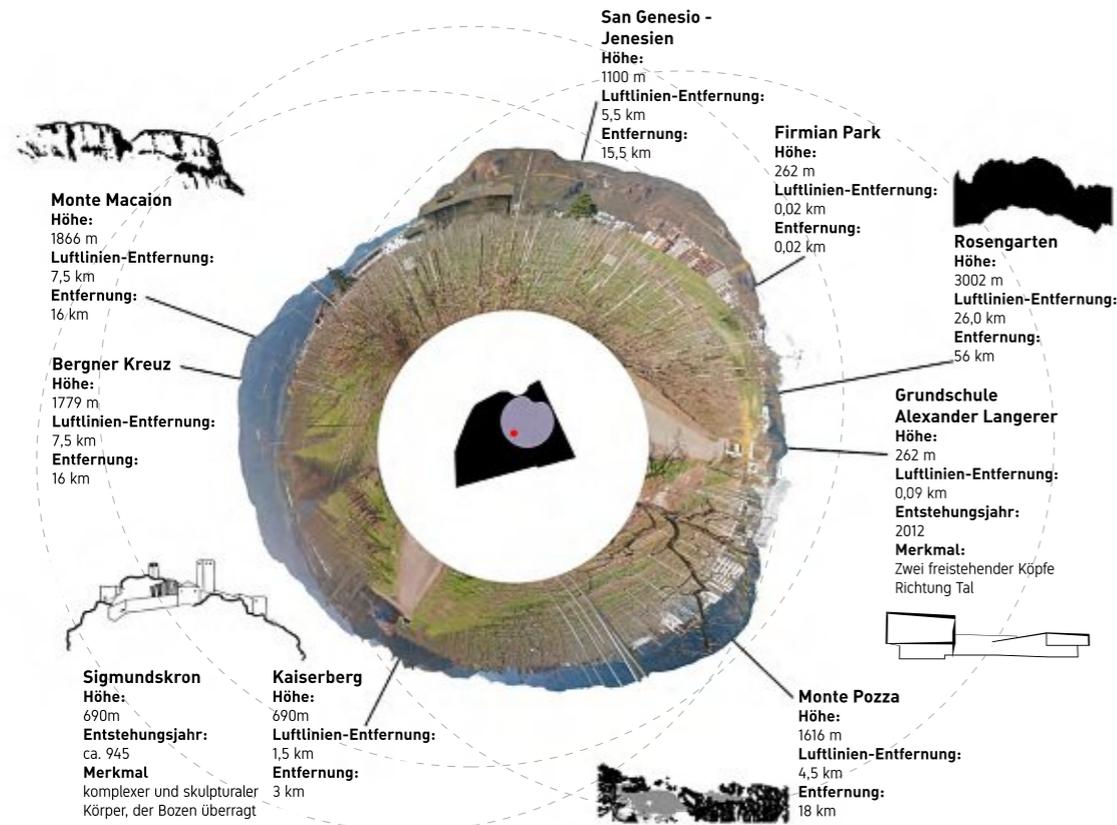


lärmkarte firmian (tag)

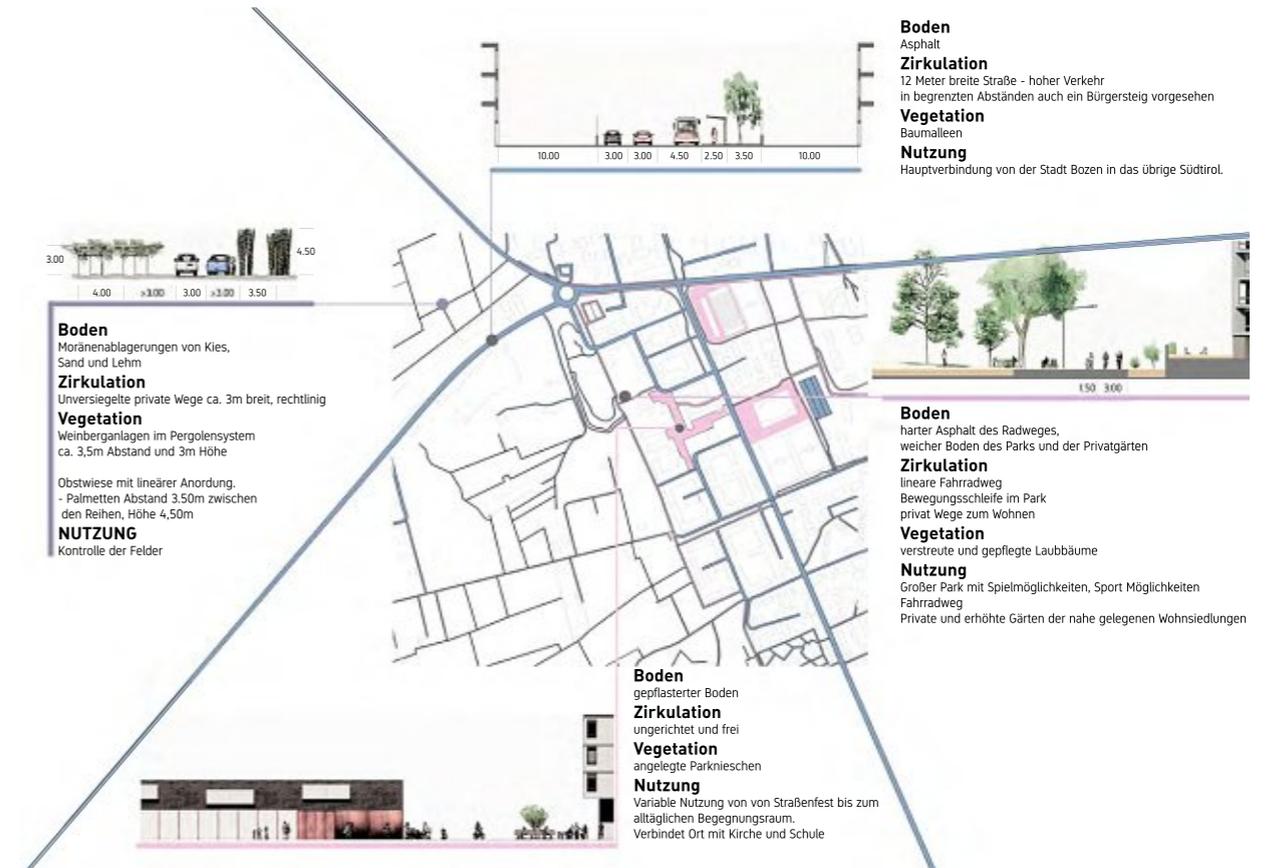


lärmkarte firmian (nacht)

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



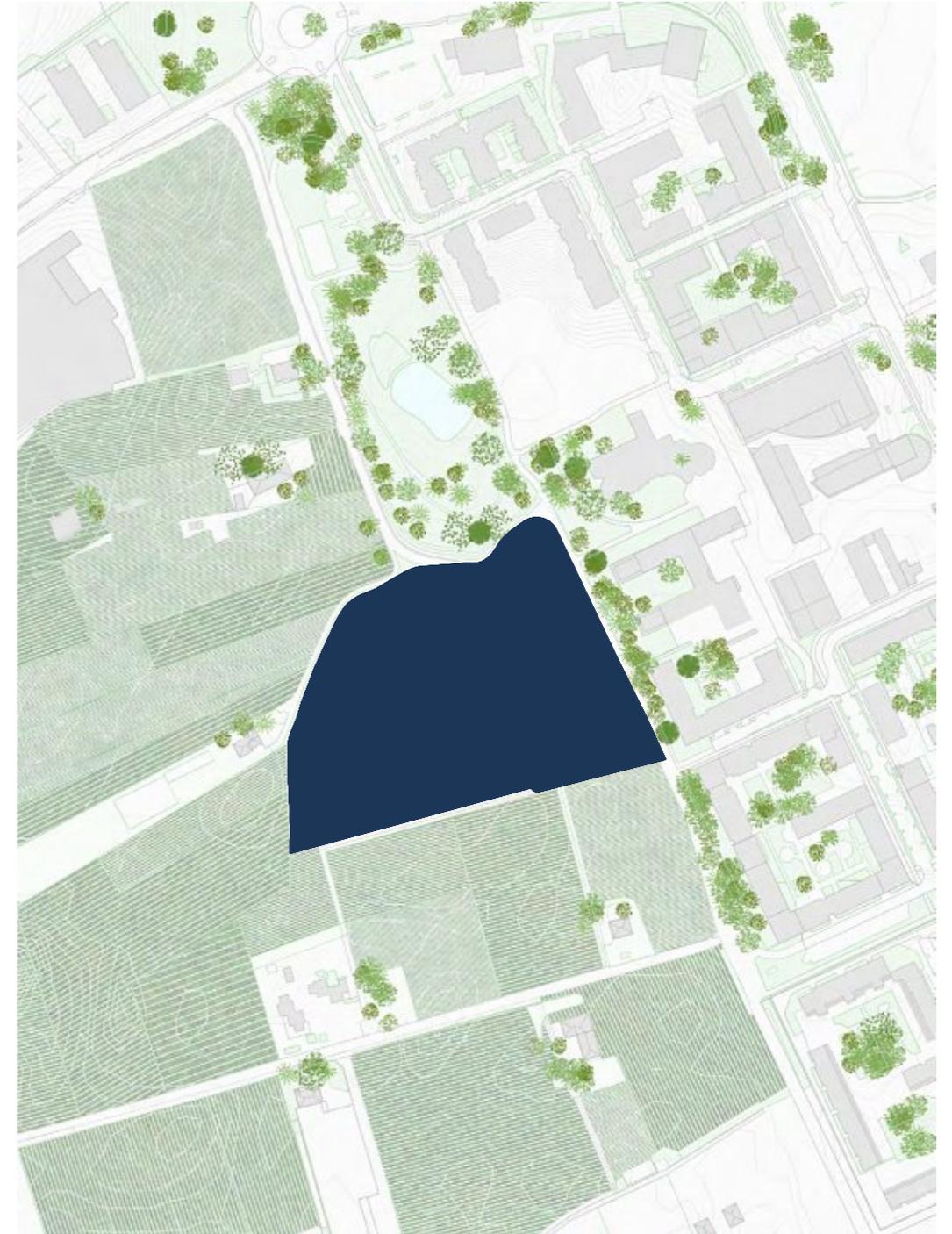
landmarks



nachbarschaftsanalyse firmian



lageplan mit grundstück



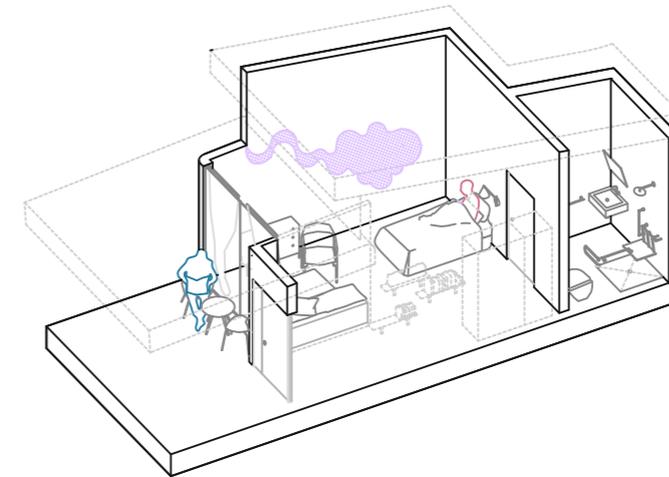
100 m

04_entwurf

wohneinheit als privater rückzugsraum

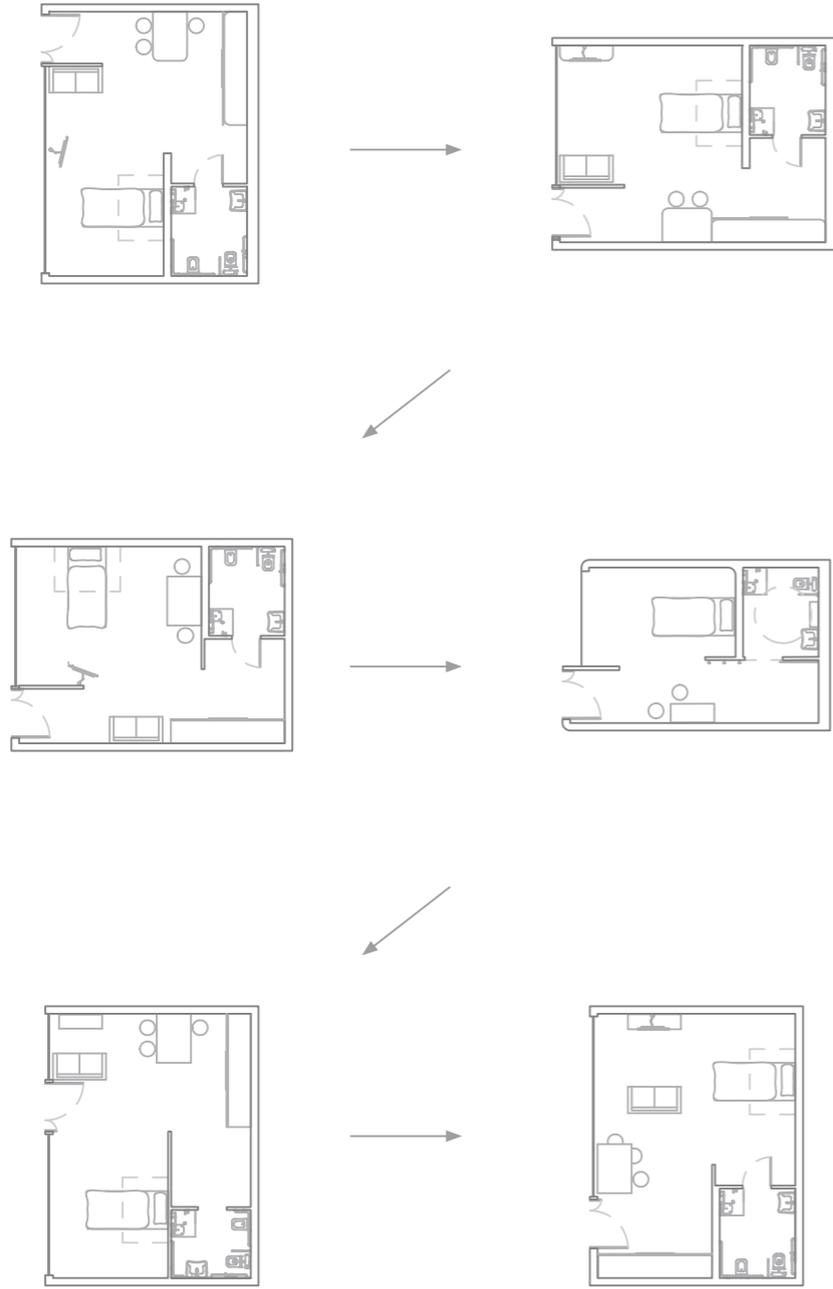
Der Entwurf einer neuen Gesundheitslandschaft spielt mit dem Verhältnis von Privaträumen zu Gemeinschaftsräumen. Auf Grundlage der Analyse der Alzheimererkrankung und der typologischen Entwicklung der Pflegearchitekturen ist der private Rückzugsraum von besonderer Bedeutung. Dieser Ort wird durch persönliche Gegenstände wie Bilder oder Möbelstücke aus den früheren Zeiten zu einer vertrauten Umgebung des Bewohners. Dem Bewohner steht jederzeit offen, sich selbstbestimmt von der Gemeinschaft zurückzuziehen und im eigenen Zimmer zur Ruhe zu finden.

Jede Wohneinheit besteht aus einem Hauptraum mit Bett, Schrank und Sitzecke mit angeschlossenem Sanitärbereich und Vorraum vor der Einheit, der als Interpretation einer traditionellen Veranda die Schwelle zwischen intemem und gemeinschaftlich genutztem Bereich bildet. Temporär können Einheiten durch das Öffnen von Schiebeelementen in den Zwischenwänden zusammengeschlossen werden und die Sitzecke kann gegebenenfalls als Schlafgelegenheit für Familienbesuch genutzt werden. Ein großes Oberlicht bietet dem Bewohner zudem eine Vielzahl an Lichtstimmungen über den Tag verteilt und bildet zusammen mit extensiver Dachbegrünung aus Heilkräutern ein Lüftungskonzept für natürliche Beruhigung.

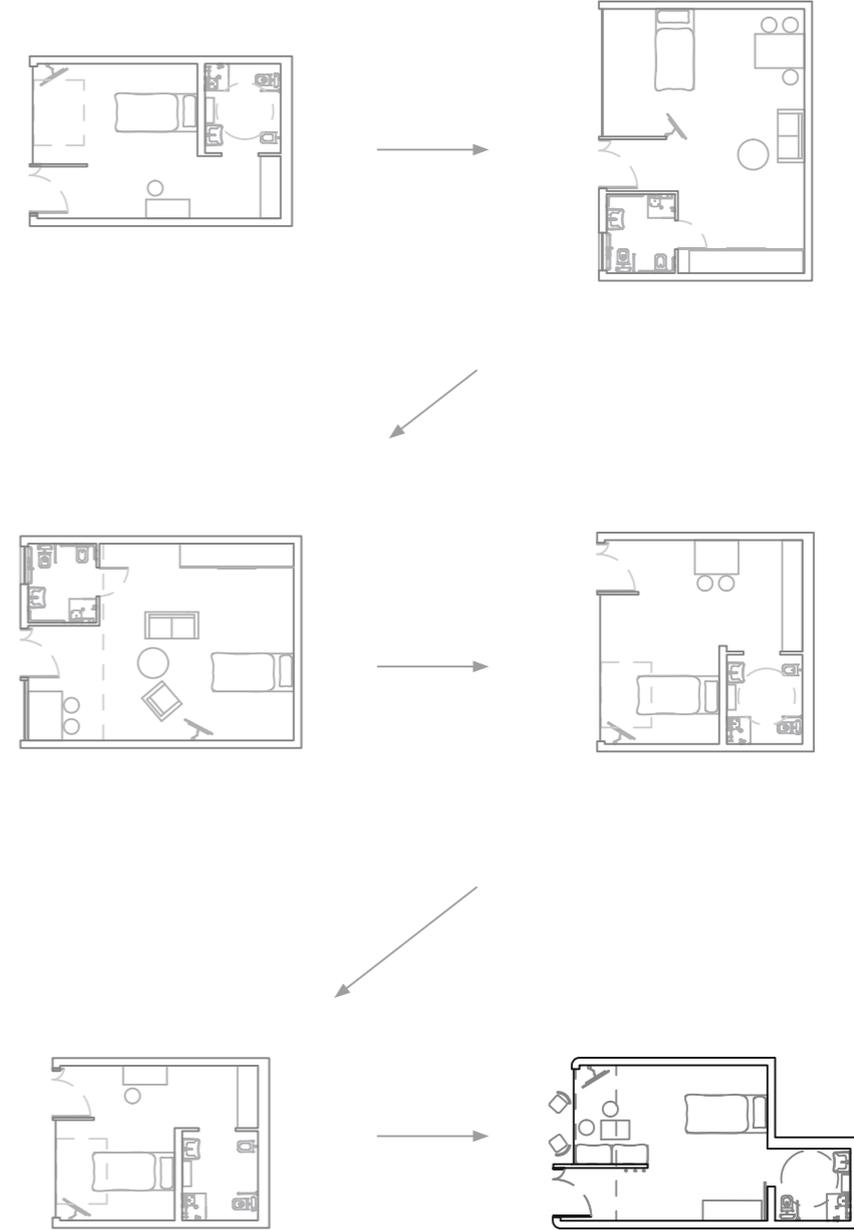




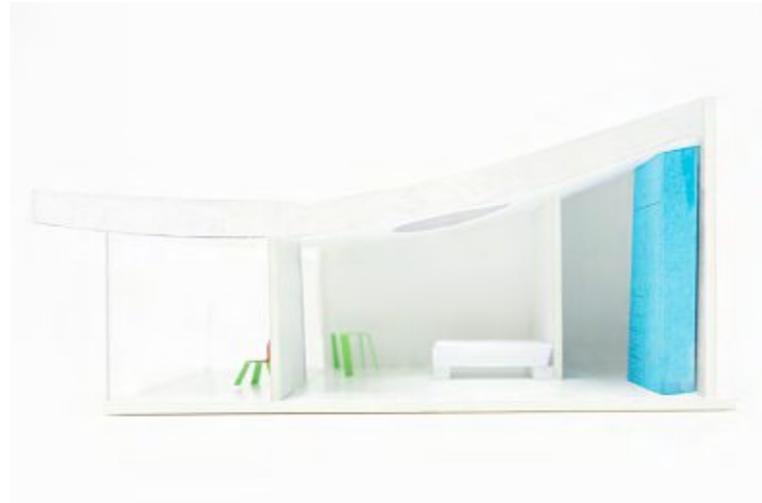
perspektivische darstellung einer wohneinheit



varianten der wohnheiten



varianten der wohnheiten



geometriestudie 01



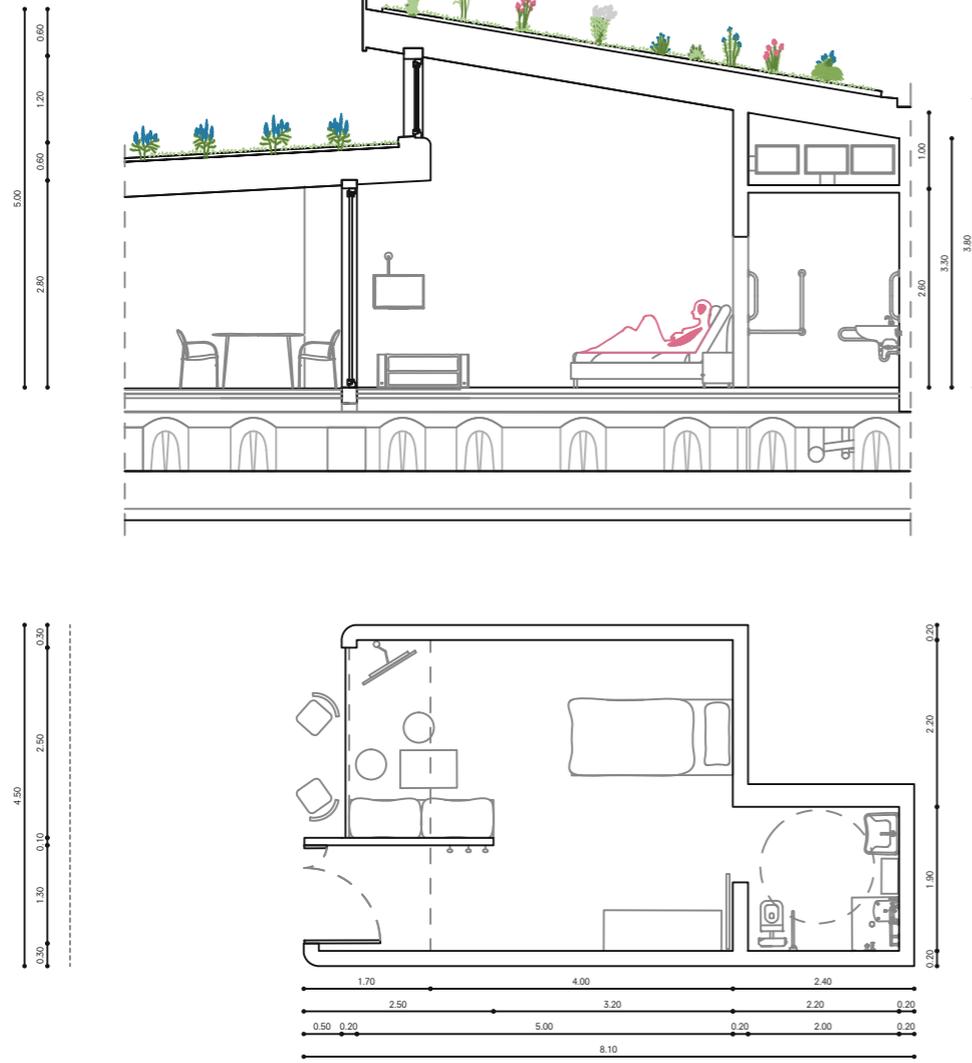
geometriestudie 02



geometriestudie 03

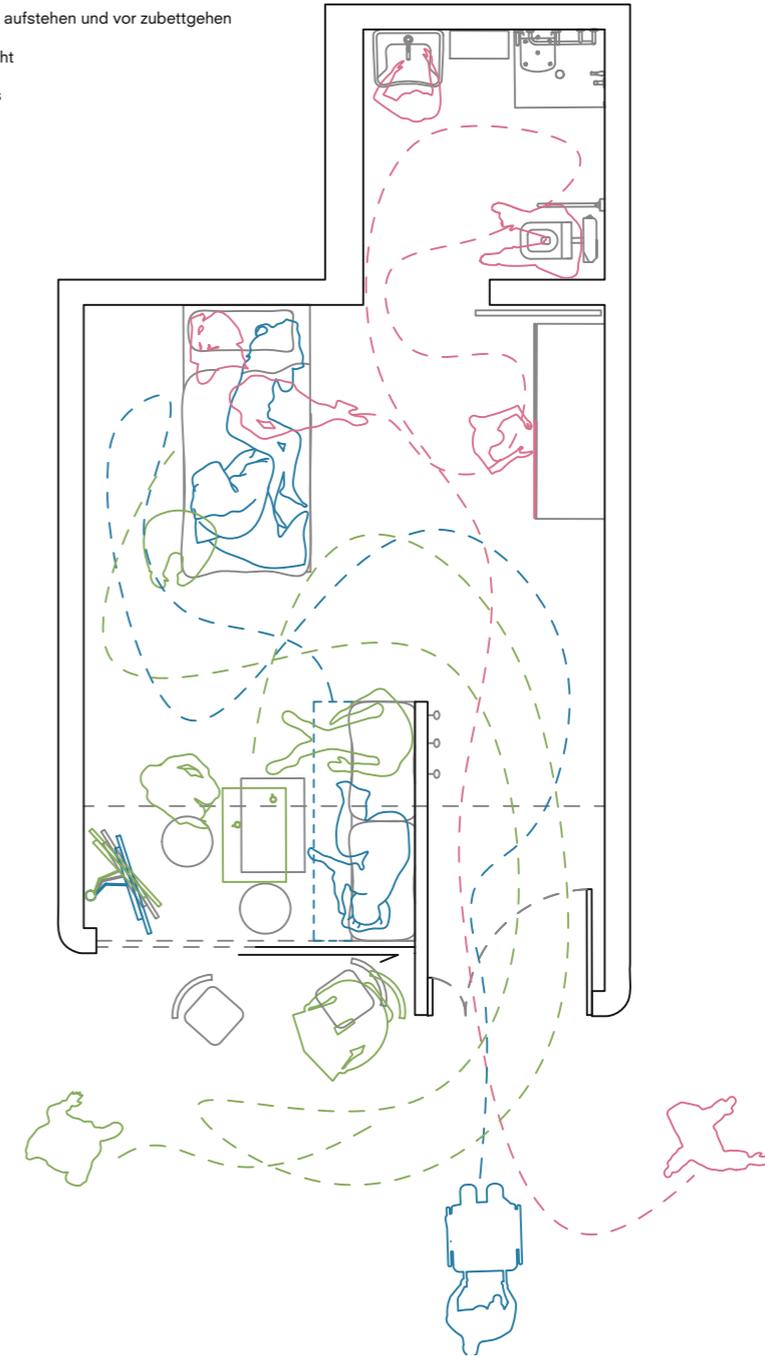


geometriestudie 03



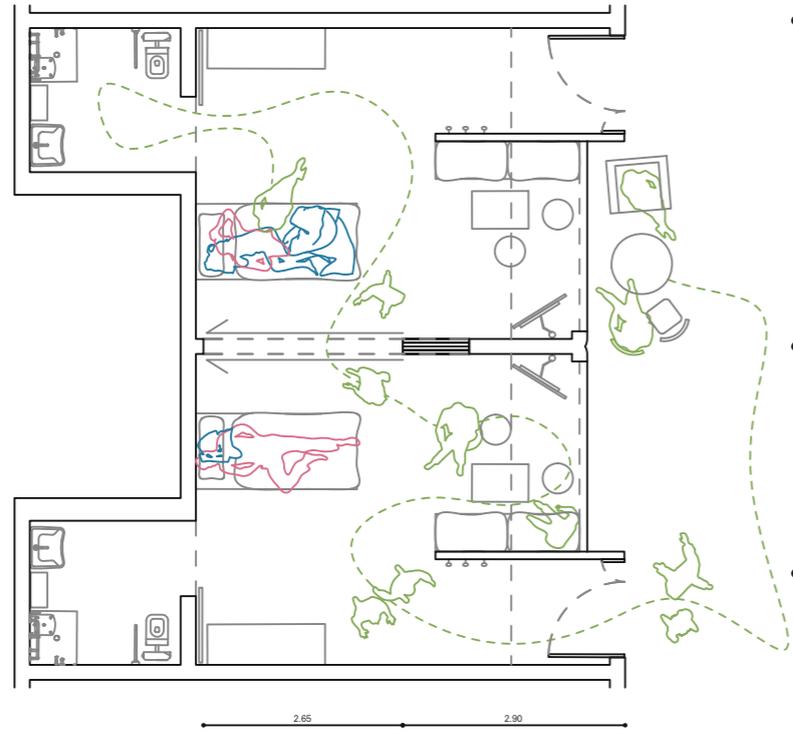
schnitt | grundriss m. 1:100

- nutzung nach dem aufstehen und vor zubettgehen
- nutzung in der nacht
- nutzung unter tags

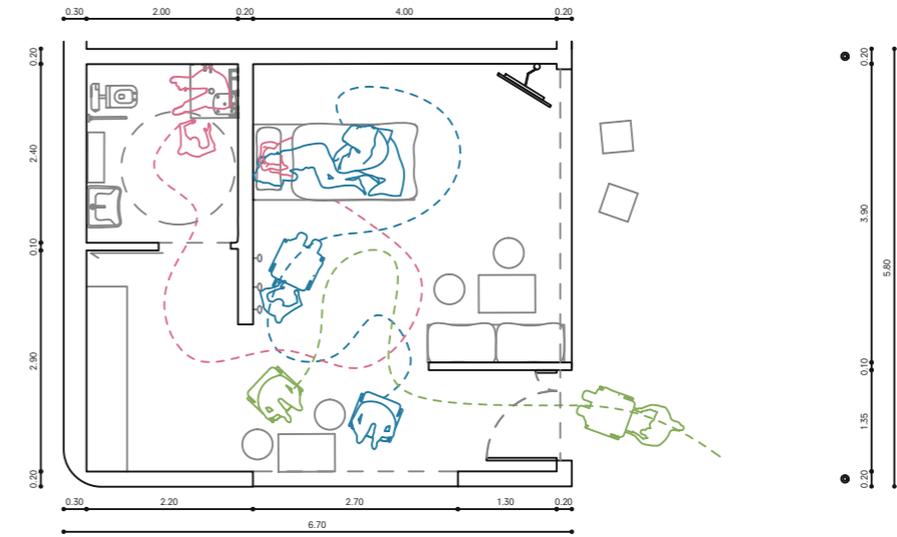


nutzungsdiagramm

es gibt verschiedene versionen, die auf die sehr individuelle krankheit alzheimer eingehen. zudem können einheiten durch schiebeelemente untereinander verbunden werden, um temporär gemeinschaftsbe-
reiche zu schaffen



nutzungsdiagramm zweier temporär zusammengeschalteter wohnheiten 1:100



- nutzung nach dem aufstehen und vor zubettgehen
- nutzung in der nacht
- nutzung unter tags

nutzungsdiagramm eines größeren zimmers für bettlägrige 1:100

exemplarische sonnenstandsanalyse für den 15.6.



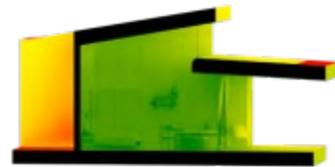
05:00



06:00



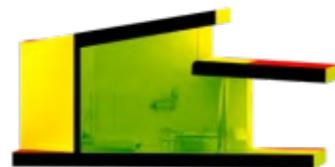
07:00



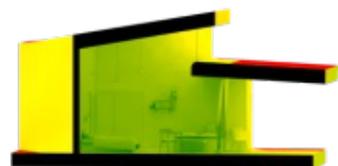
08:00



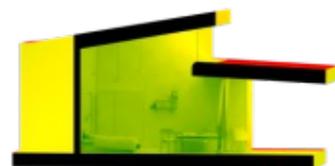
09:00



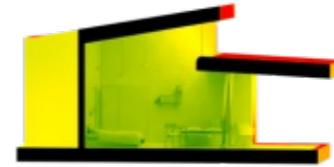
10:00



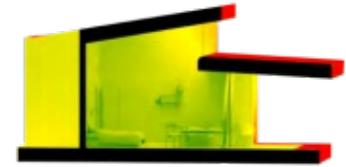
11:00



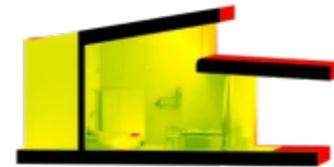
12:00



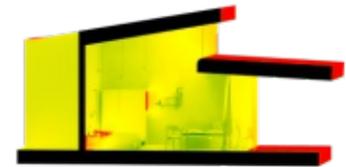
13:00



14:00



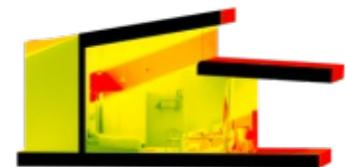
15:00



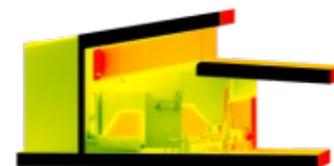
16:00



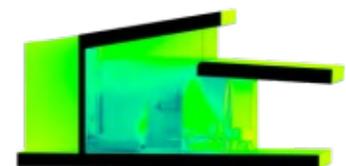
17:00



18:00



19:00



20:00



01



02



03



04



- 01 quirlblütiger salbei h 30 - 60 cm juni - sept
- 02 thymian sandkraut h 3 - 30 cm mai - sept
- 03 purgier lein h 5 - 30 cm juni - juli
- 04 tausendgüldenkraut h 10 - 50 cm juli - sept
- 05 lavendel - h 25-50- mai-september
- 06 kriechender günsel h 7 - 30 cm mai - aug
- 07 fingerkraut h 10 - 20 cm juni - aug
- 08 bruchkraut h 5 - 30 cm juni - okt

05



06



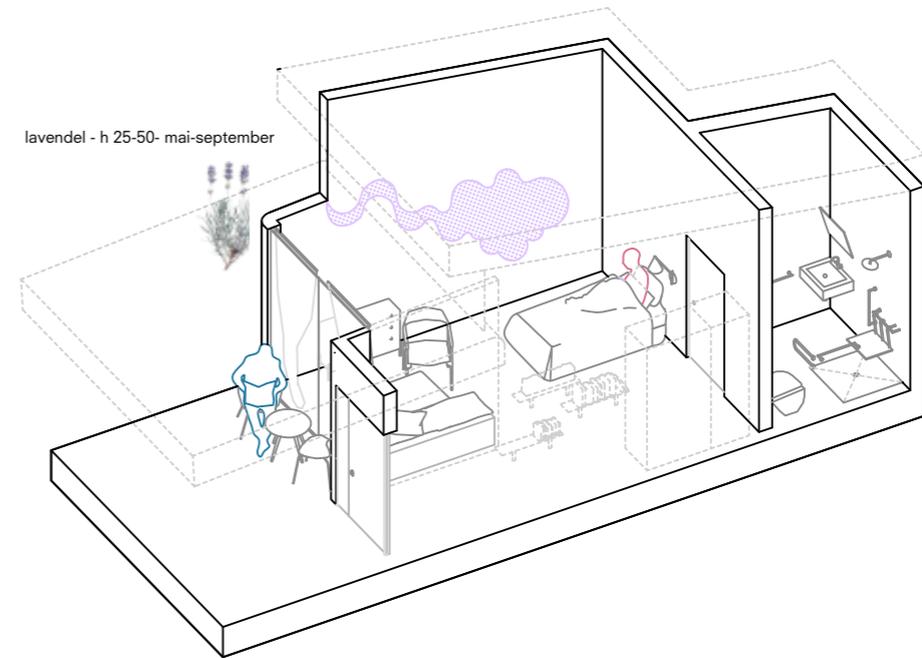
07



08



vielfalt der dachbegrünung



lavendel - h 25-50- mai-september

axonometrische darstellung der wohnheit mit lüftungskonzept für natürlichen beruhigung

gemeinschaftsräume in der wohngruppe

Mehrere Wohneinheiten bilden eine Wohngruppe. Das architektonische Konzept sieht hierbei vor, dass auf Gänge als Erschließungsfläche verzichtet wird und vielmehr offene Freiflächen die Einheiten untereinander verbinden, die zum Austausch der Bewohner anregen. Eine Vielzahl an Sitzgelegenheiten verteilt sich auf den Zwischenraum, der durch Nischen und kleineren Platzsituationen ein breites Angebot an räumliche Qualitäten von intim bis öffentlich aufweist. Die Idee der Gesundheitslandschaft wird im kleinen Maßstab auf die Organisation der Wohngruppe angewendet. Der Charakter soll bewusst familiär sein und die Identifikation mit der Gemeinschaft fördern.

Die vielen Blickbeziehungen innerhalb der Wohngruppe sind Teil therapeutischen Strategie, die kognitiven Fähigkeiten der Alzheimererkrankten durch subtile Stimulation zu trainieren ohne sie mit Reizen zu überwältigen. Im Zentrum befindet sich ein Patio mit heimischer Bepflanzung, der von den Bewohnern als erweiterter Wohnraum genutzt werden kann. In jeder Wohngruppe befinden sich außerdem die notwendigen Infrastrukturen für das Zusammenleben. Diese umfassen Küche, Rezeption, Büros für das Pflegepersonal, Lager, Wascherei und Besuchertoiletten.

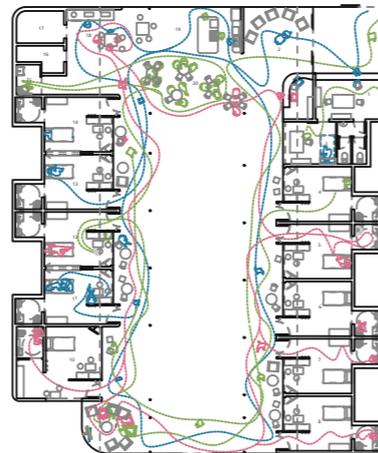


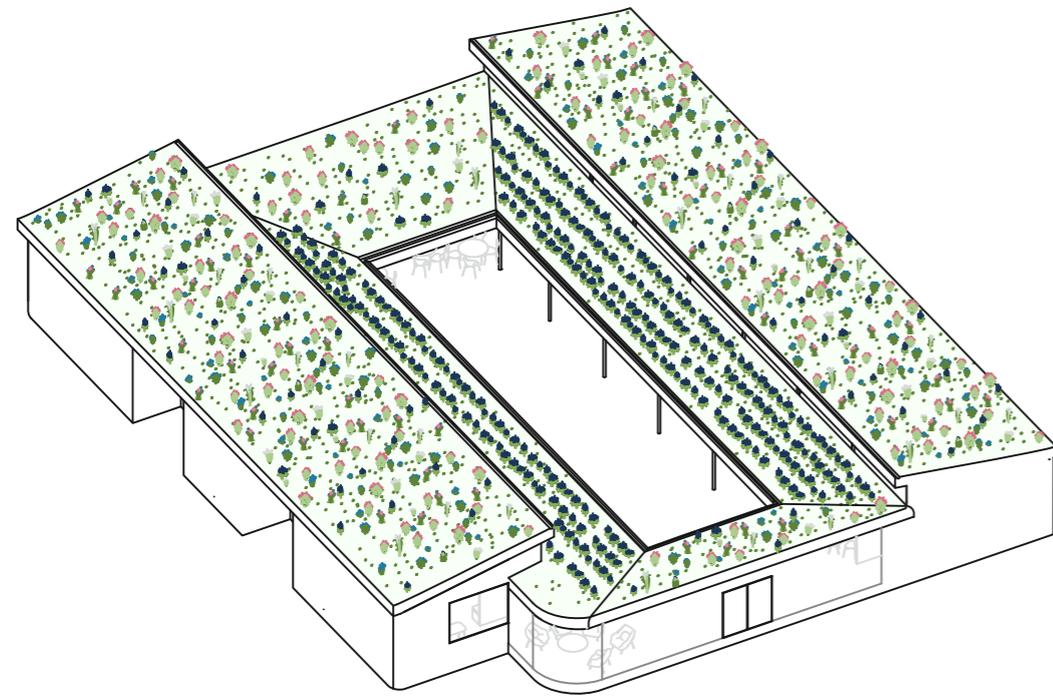


perspektivische darstellung des offenen gemeinschaftsraums

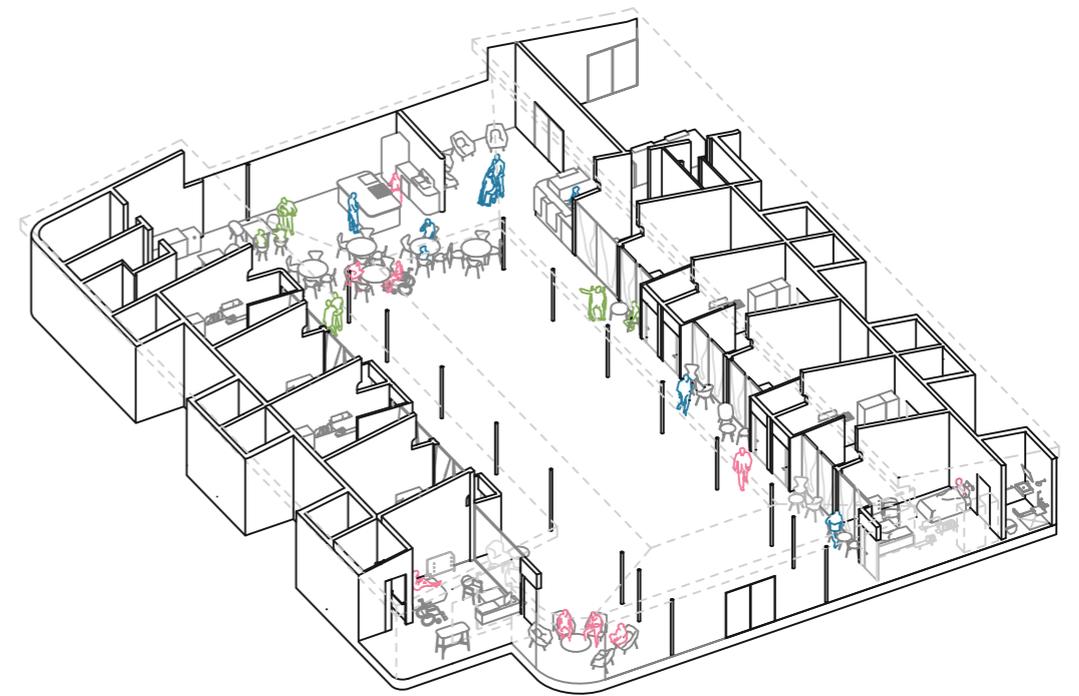
- 01 haupteingang, mit sichtbare krankenpflege station
- 02 rezeption bei eingang zu community, mit wartenesche bereich
- 03 büro der leitung von pflegedienst mit integrierte übernachtungsmöglichkeit
- 04 zimmer 1 - 25.40 qm
- 05 zimmer 2 - 25.40 qm
- 06 zimmer 3 - 25.40 qm
- 07 zimmer 4 - 25.40 qm
- 08 zimmer 5 - 25.40 qm
- 09 lounge
- 10 zimmer 6 - 33.20 qm
- 11 zimmer 7 - 25.40 qm
- 12 zimmer 8 - 25.40 qm
- 13 zimmer 9 - 25.40 qm
- 14 zimmer 10 - 25.40 qm
- 15 besucher wc
- 16 lager
- 17 lager
- 18 wäscherei
- 19 küche
- 20 essraum/ wohnzimmer

- nutzung nach dem aufstehen und vor zubettgehen
- nutzung in der nacht
- nutzung unter tags





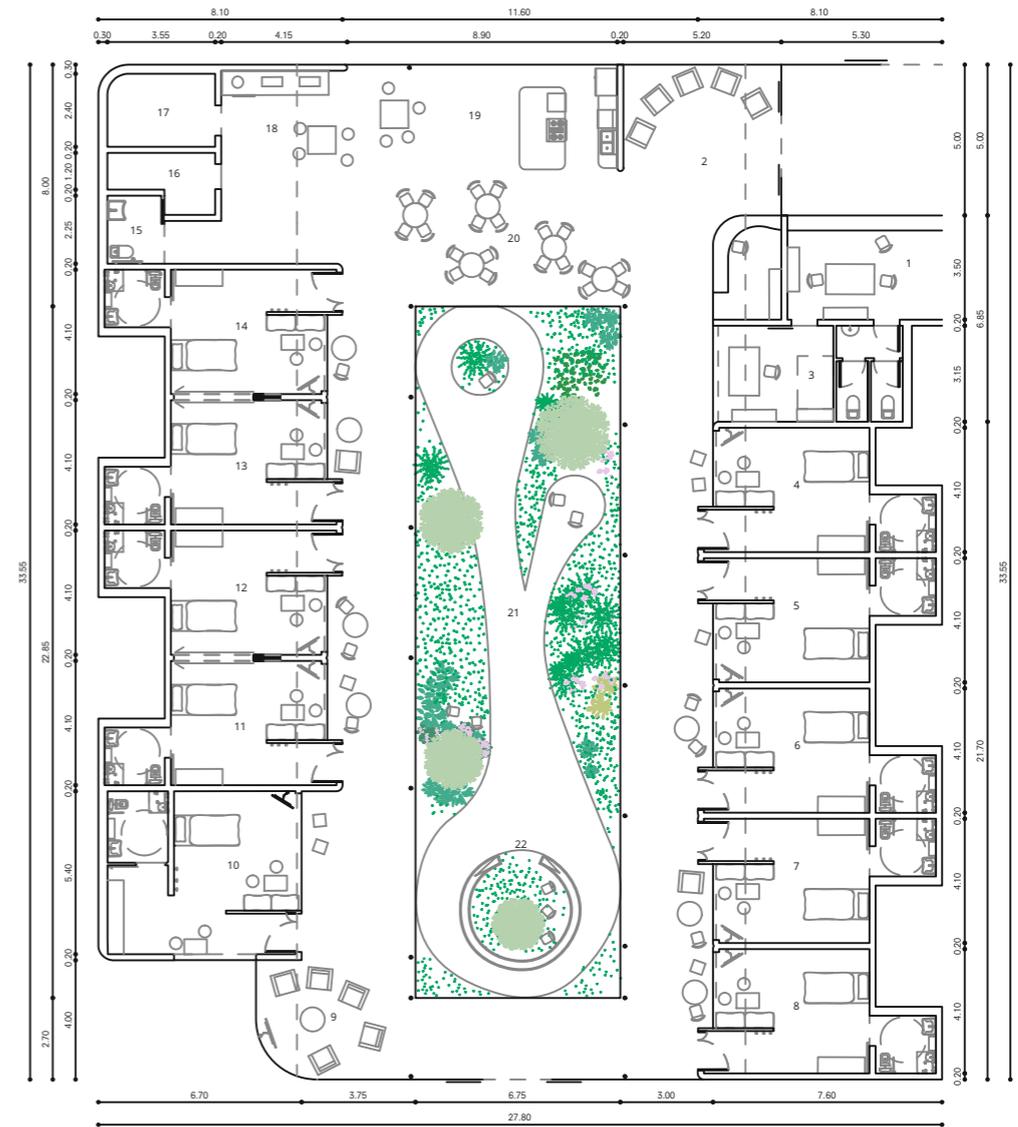
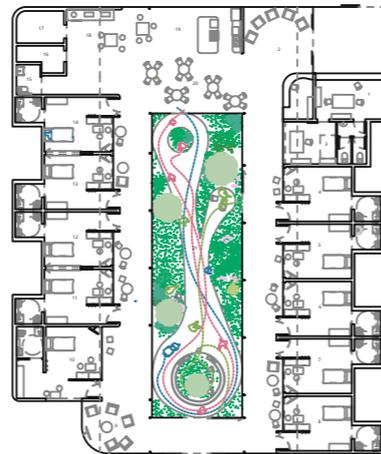
vielfalt der dachbegrünung

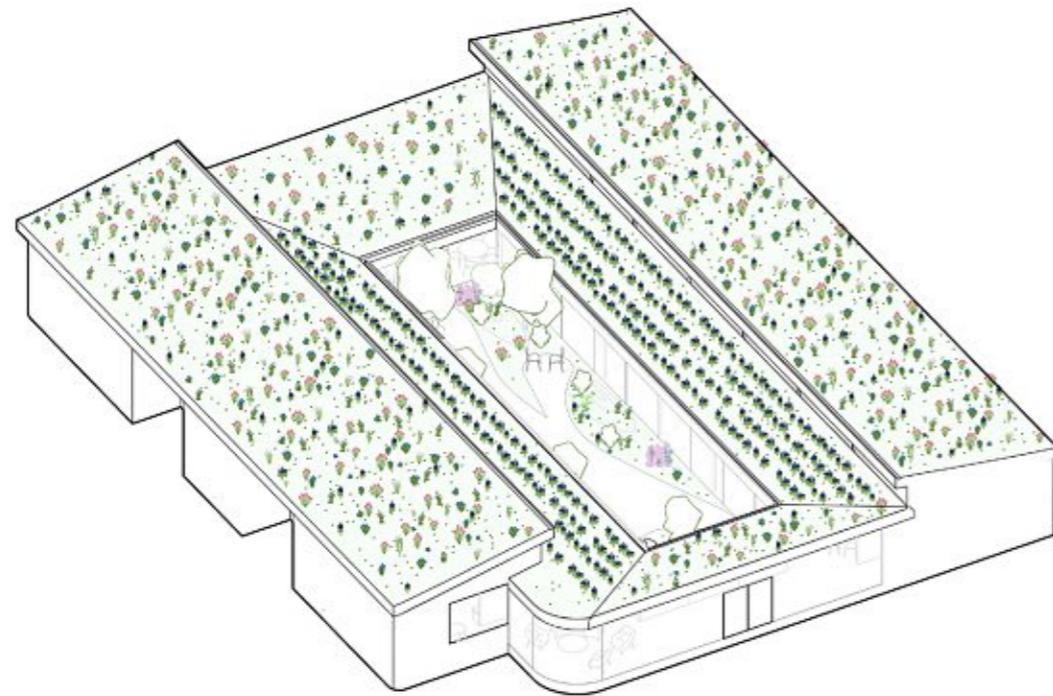


axonometrische darstellung der wohngruppe

- 1 haupteingang, mit sichtbare krankenpflege station
- 2 rezeption bei eingang zu community, mit warteniesche bereich
- 3 büro der leitung von pflegedienst mit integrierte übernachtungsmöglichkeit
- 4 zimmer 1 - 25.40 qm
- 5 zimmer 2 - 25.40 qm
- 6 zimmer 3 - 25.40 qm
- 7 zimmer 4 - 25.40 qm
- 8 zimmer 5 - 25.40 qm
- 9 lounge
- 10 zimmer 6 - 33.20 qm
- 11 zimmer 7 - 25.40 qm
- 12 zimmer 8 - 25.40 qm
- 13 zimmer 9 - 25.40 qm
- 14 zimmer 10 - 25.40 qm
- 15 besucher wc
- 16 lager
- 17 lager
- 18 wäscherei
- 19 küche
- 20 essraum/ wohnzimmer
- 21 gemeinschaft garten
- 22 plantschbecken

- nutzung nach dem aufstehen und vor zubettgehen
- nutzung in der nacht
- nutzung unter tags





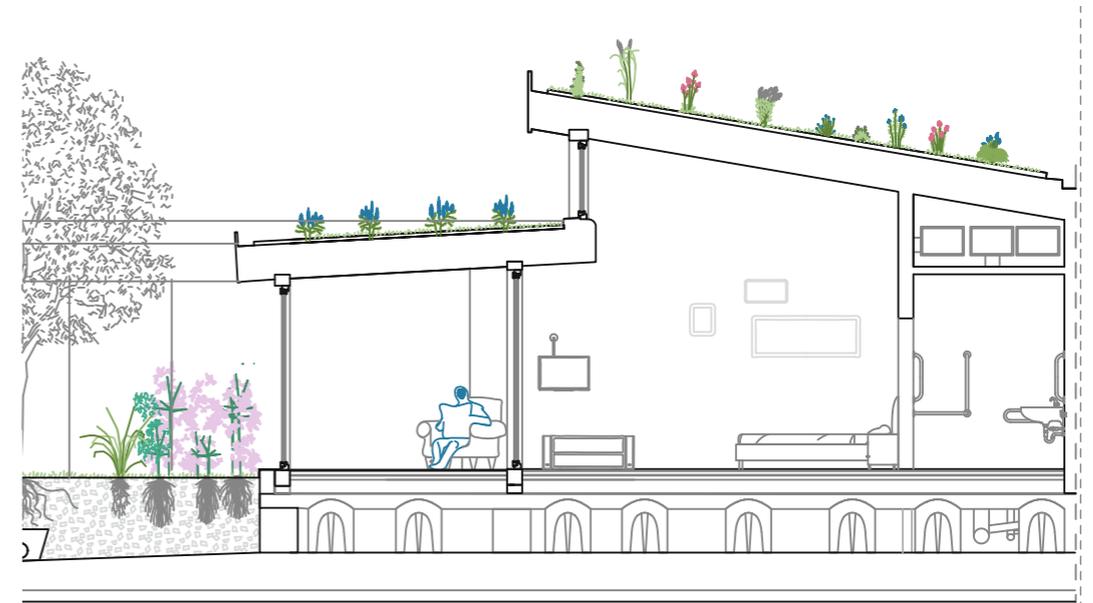
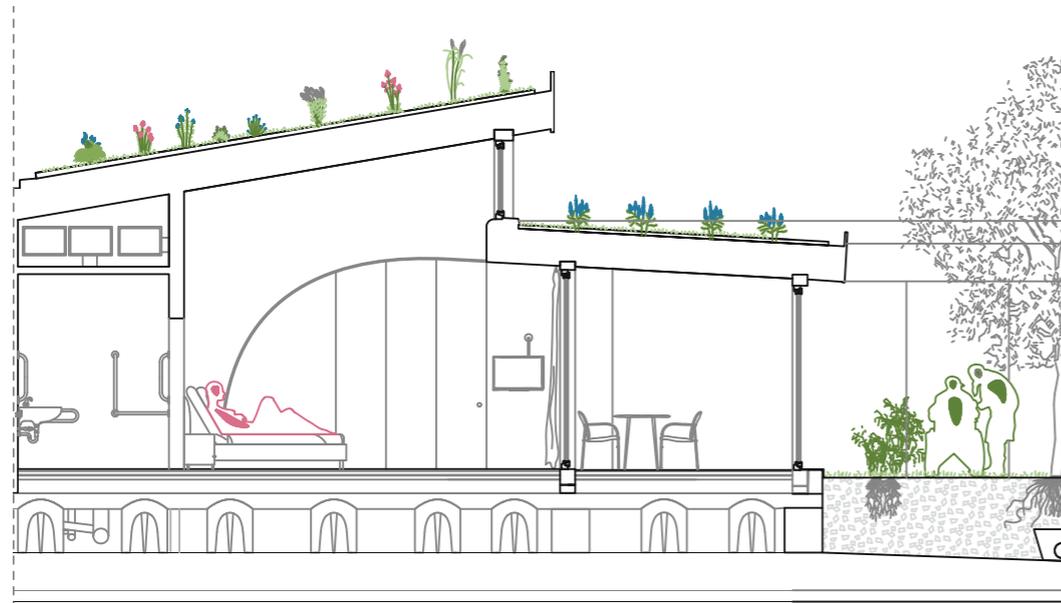
vielfalt der dachbegrünung und des patios

ausrichtung der wohnheiten zum begrünten innenhof bezieht jeden bewohner in das gemeinschaftsleben mit ein
 der 3 meter breite zwischenbereich soll sowohl als bewegungsfläche als auch als erweiterter wohnbereich dienen



der bewohner bestimmt aktiv den grad der teilhabe an der gemeinschaft,
 auch wenn er im bett liegen muss

axonometrische darstellung der integration des gartens für jeden bewohner



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
 The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

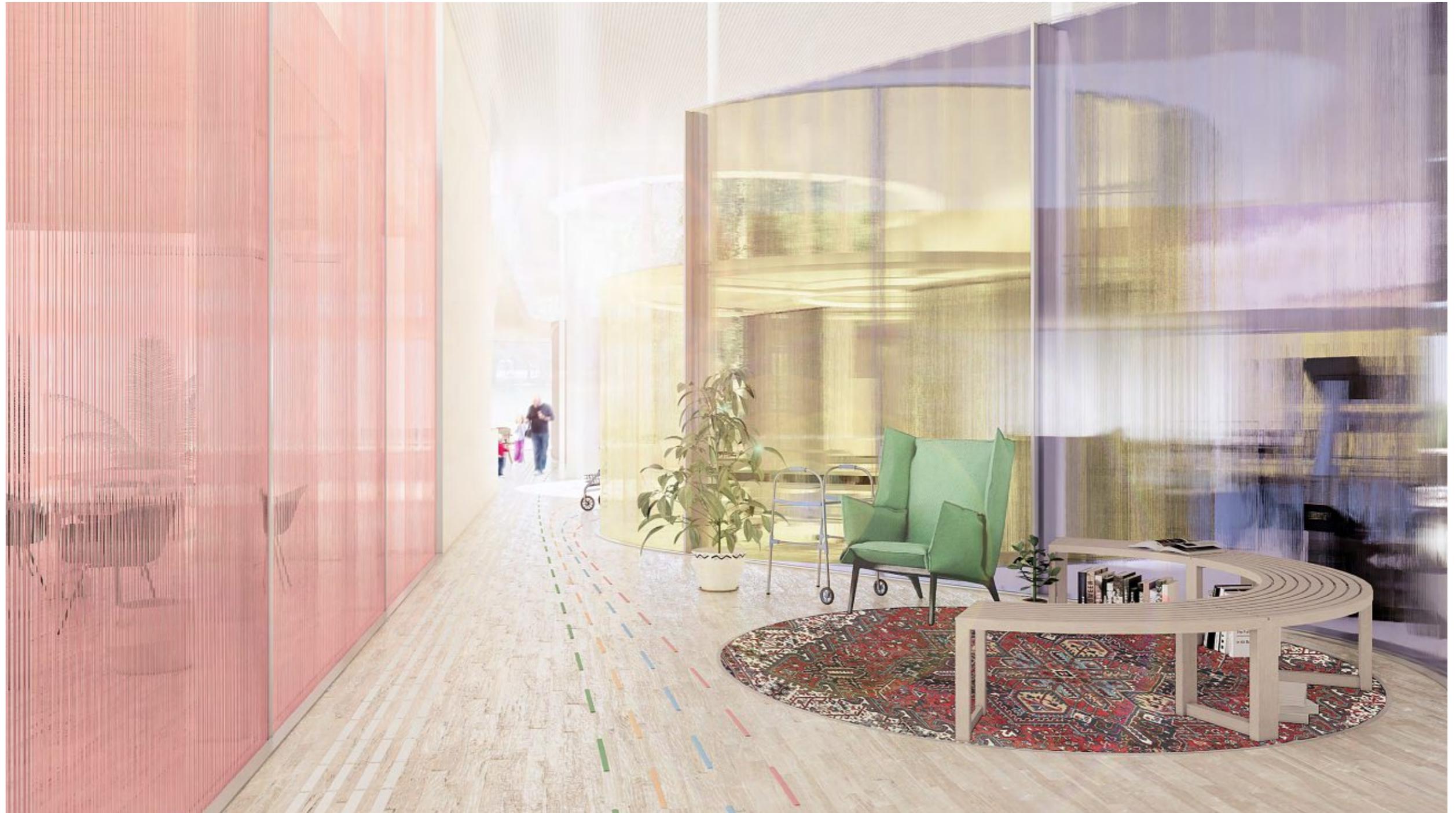


organisation mehrerer wohngruppen

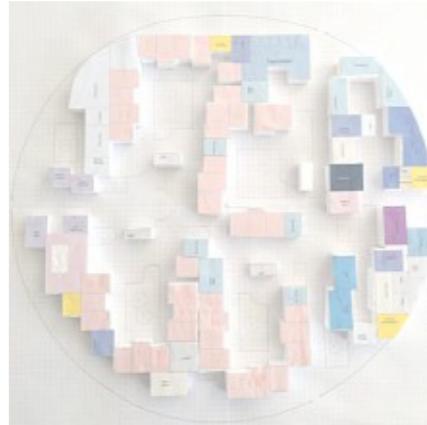
Die vier Wohngruppen sind eingebunden in eine Gesundheitslandschaft mit einer großen Bandbreite an Angeboten von formalen Therapieräumen bis hin zu informellen Aktivitäten, die sich spontan ergeben. Die Organisation dieser Landschaft Salutare integriert Alltagsroutinen in eine neue Form der Zirkulation als Spaziergang. Auf diese Weise setzt sich die jeweilige Betreuung aus individuellen Pflegeleistungen zusammen, denn der Krankheitsverlauf einer Alzheimererkrankung ist sehr personenabhängig.

Die freie Zonierung der Gesundheitslandschaft umfasst neben den Wohngruppen eine Hauptachse, in der sich ein Schwimmbad, Gymnastikräume und verschiedene Therapieräume befinden. In der Nähe zum Eingang befindet sich zudem eine Tagespflege für Alzheimererkrankte im Anfangsstadium, um einen krankheitsbedingten Umzug im späteren Verlauf der Krankheit durch frühzeitige Eingewöhnung zu erleichtern. Hinzukommen außerdem Angebote, die helfen, die Nachbarschaft zu integrieren und Synergieeffekte zu schaffen. Dazu zählen eine Kinderbetreuung, ein Restaurant, Nahversorgung und Multifunktionsräume für die Nachbarschaft. Die gesamte Landschaft Salutare kann vom Bewohner begangen werden und regt zu vielfältigen Aktivitäten an.





perspektivische darstellung mit blick auf den innenbereich



vier wohngruppen mit introvertierten innenhöfen



öffnung der innenhöfe zur landschaft

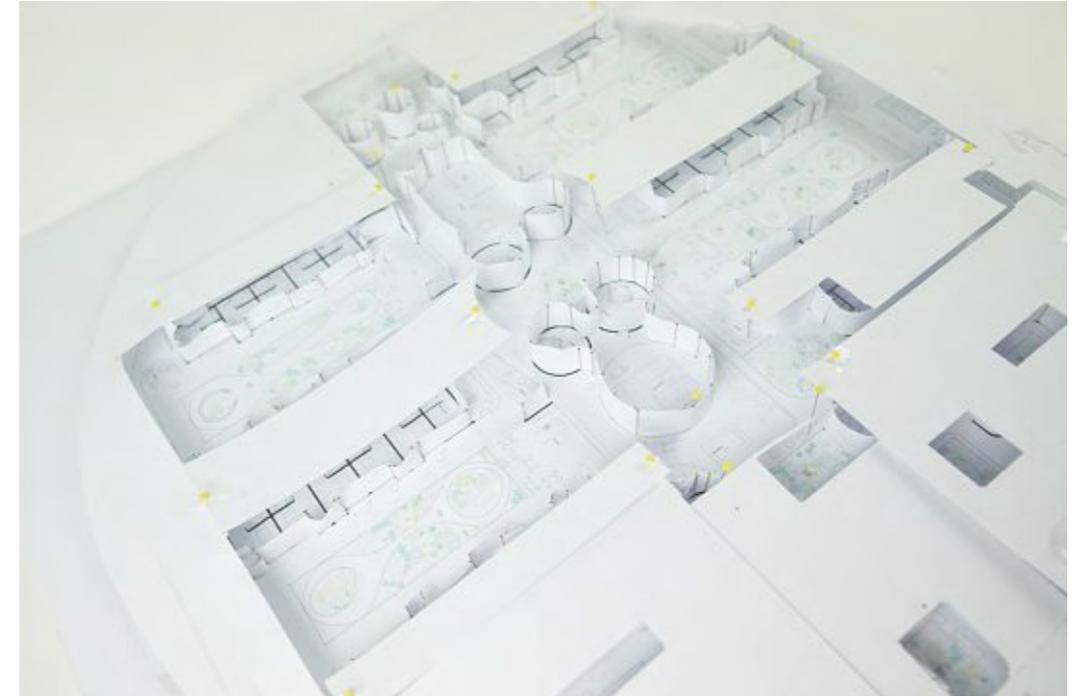
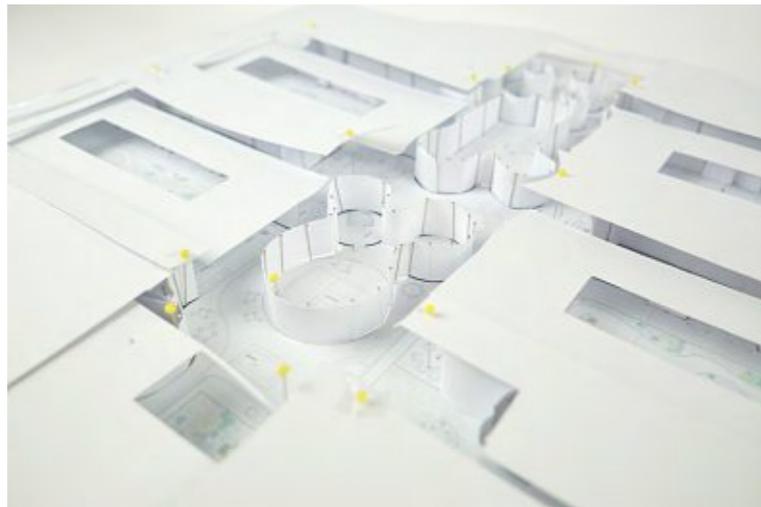
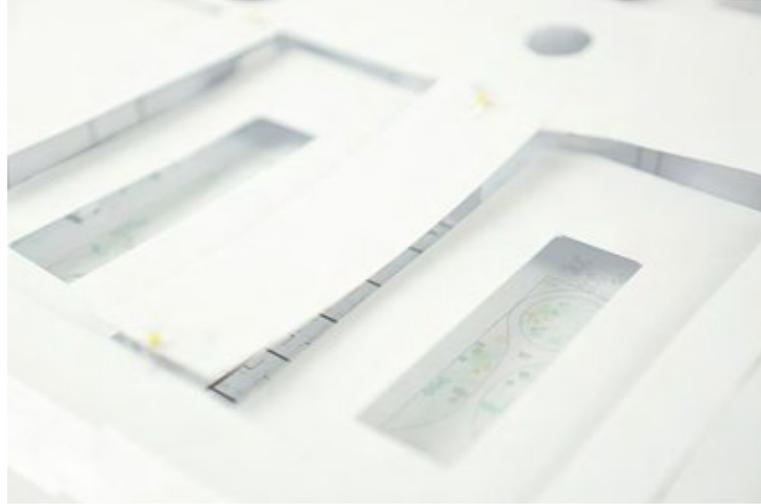


aktivierung der mittelachse des gebäudes



organisatorische raumaufteilung mit starkem außenbezug
und interessantem mittelbereich für erweiterte funktionen

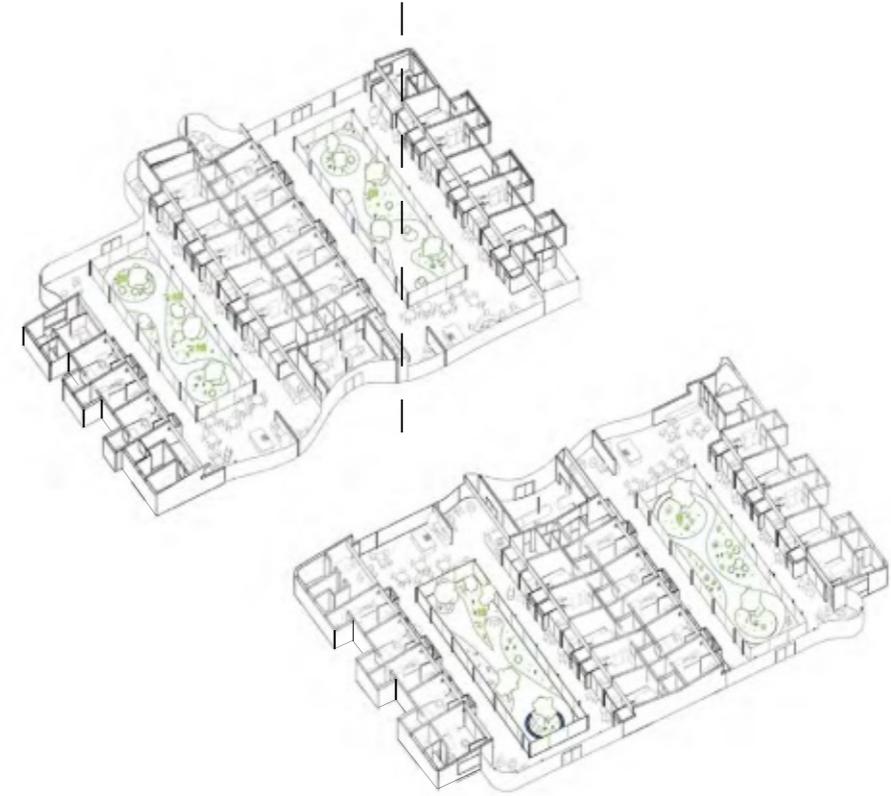






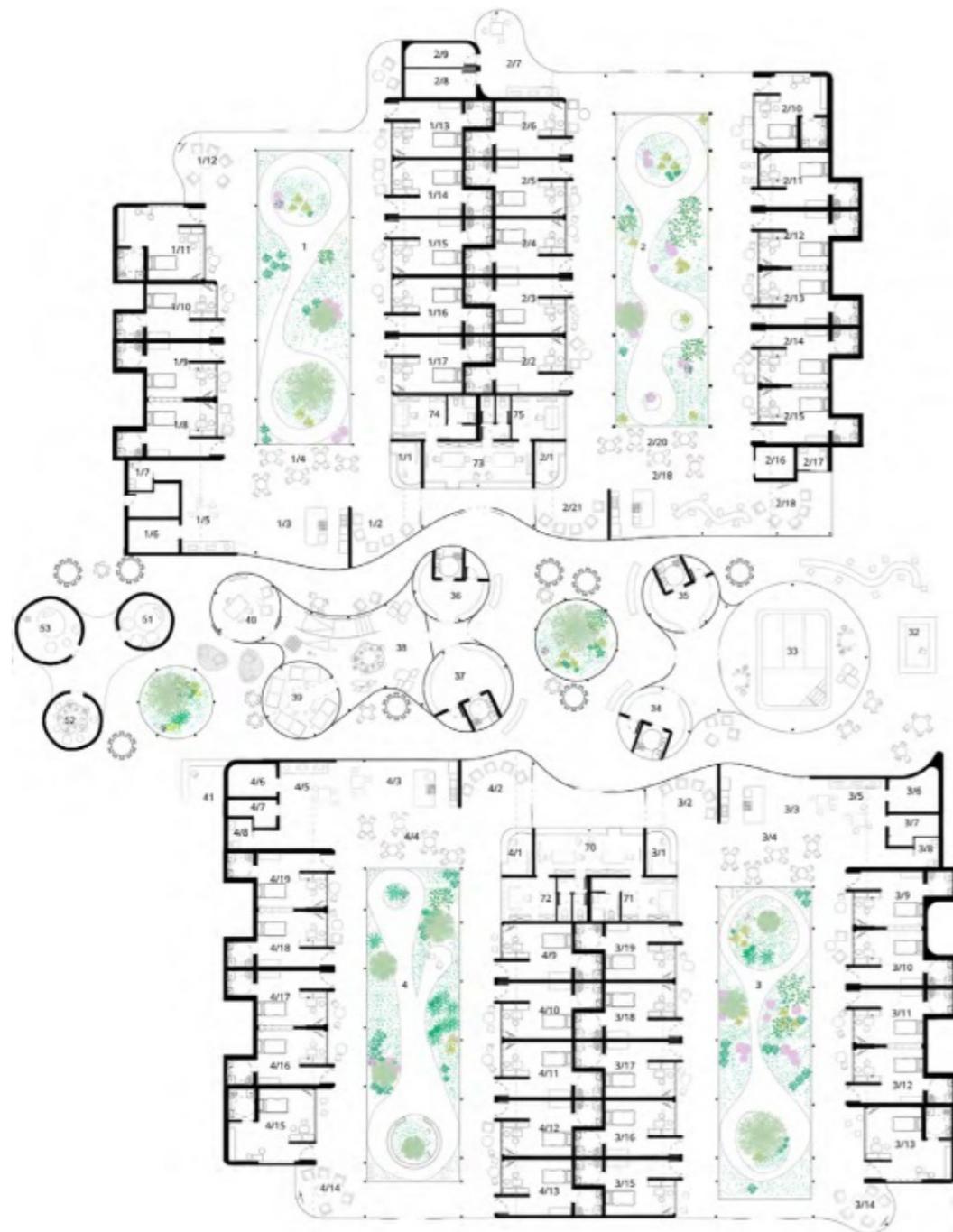
grundriss der vier wohngruppen

gemeinschaftsfläche mit sichtbezug der wohngruppen untereinander

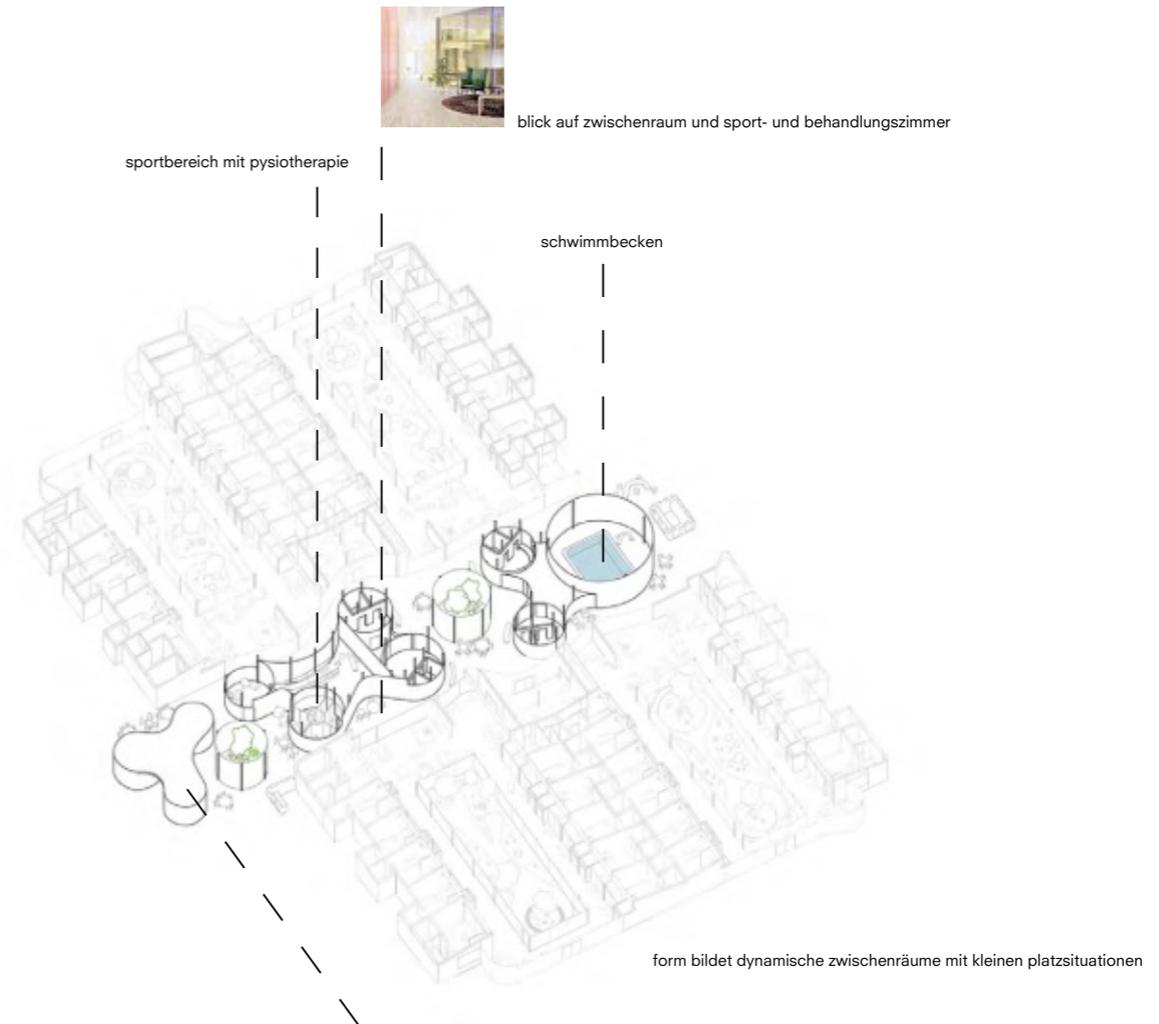


- 1. rezeption
- 2. nische
- 3. küche
- 4. essbereich
- 5. wäscherei
- 6. lager
- 7. besucher toilette
- 8. zimmer 1 - 25.40 qm
- 9. zimmer 2 - 25.40 qm
- 10. zimmer 3 - 25.40 qm
- 11. zimmer 4 - 33.20 qm
- 12. lounge
- 13. zimmer 5 - 25.40 qm
- 14. zimmer 6 - 25.40 qm
- 15. zimmer 7 - 25.40 qm
- 16. zimmer 8 - 25.40 qm
- 17. zimmer 9 - 25.40 qm

axonometrische darstellung der vier wohngruppen



grundriss



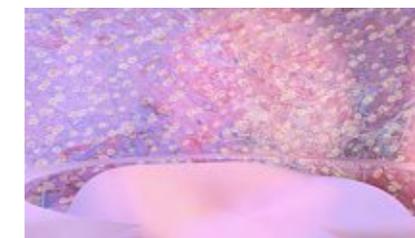
blick auf zwischenraum und sport- und behandlungszimmer

sportbereich mit physiotherapie

schwimmbecken

form bildet dynamische zwischenräume mit kleinen platzsituationen

- 32. rezeption
- 33. schwimmen
- 34. umkleiden
- 35. umkleiden
- 36. umkleiden
- 37. umkleiden
- 38. gymnastik
- 39. physiotherapie
- 40. physiotherapie
- 41. rezeption
- 51. polsterraum
- 52. konzentrationszone
- 53. digitaler immersionsraum



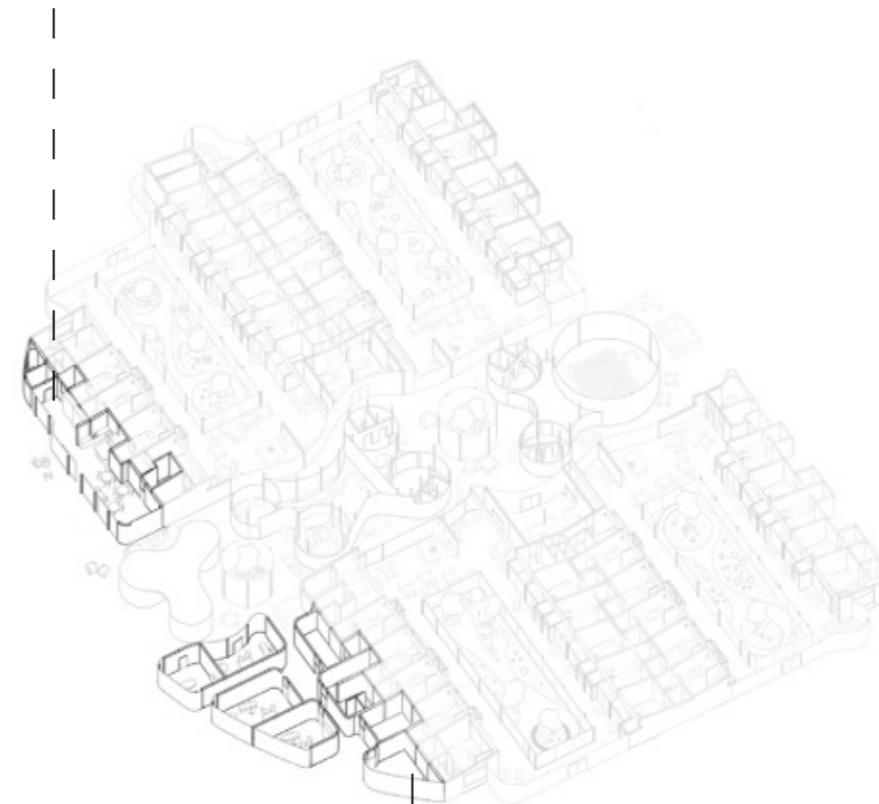
immersive room für therapiezwecke

axonometrische darstellung der informellen körpernahen therapieinfrastrukturen



grundriss

tagespflege

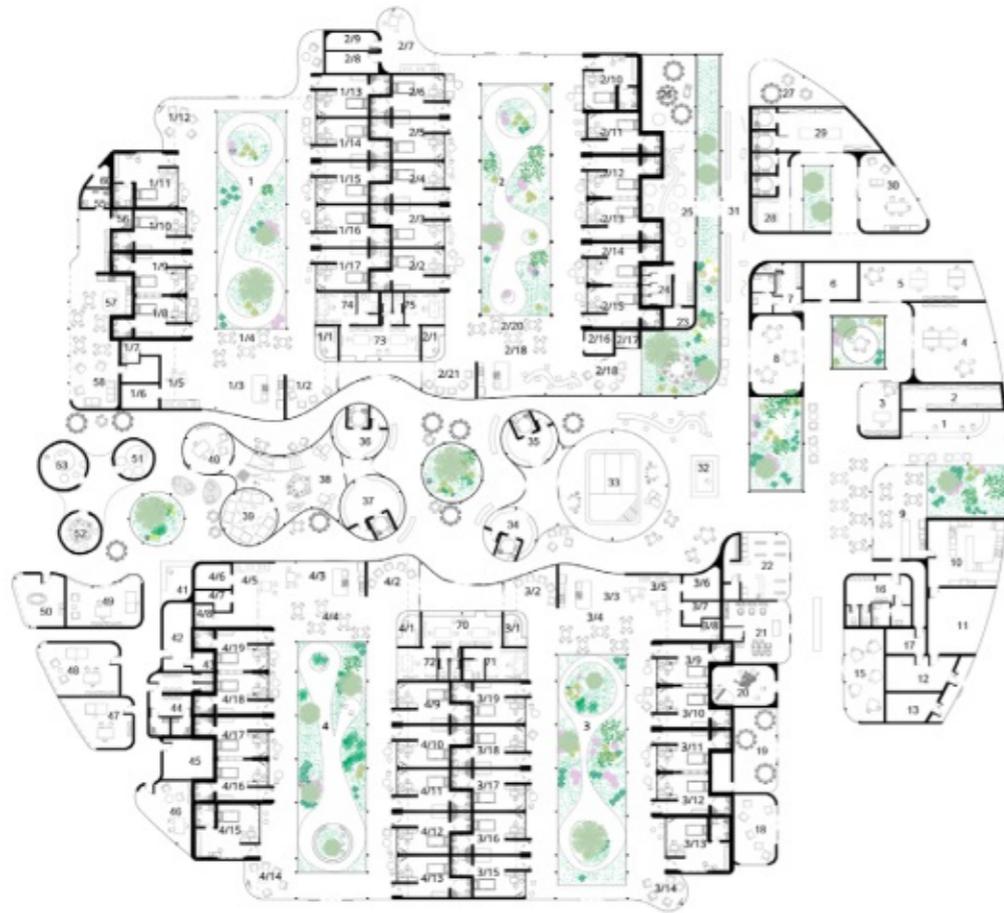


- medizinische versorgung
- 42. beobachtungssaal
 - 43. lager
 - 44. toilette
 - 45. lager
 - 46. logopädie
 - 47. allgemeinmedizin
 - 48. ergotherapie
 - 49. psychologie
 - 50. seifenblasentherapie

- senioren-tagestätte
- 55. toilette
 - 56. toilette
 - 57. küche tagesstätte
 - 58. tagesstätte
 - 60. lager

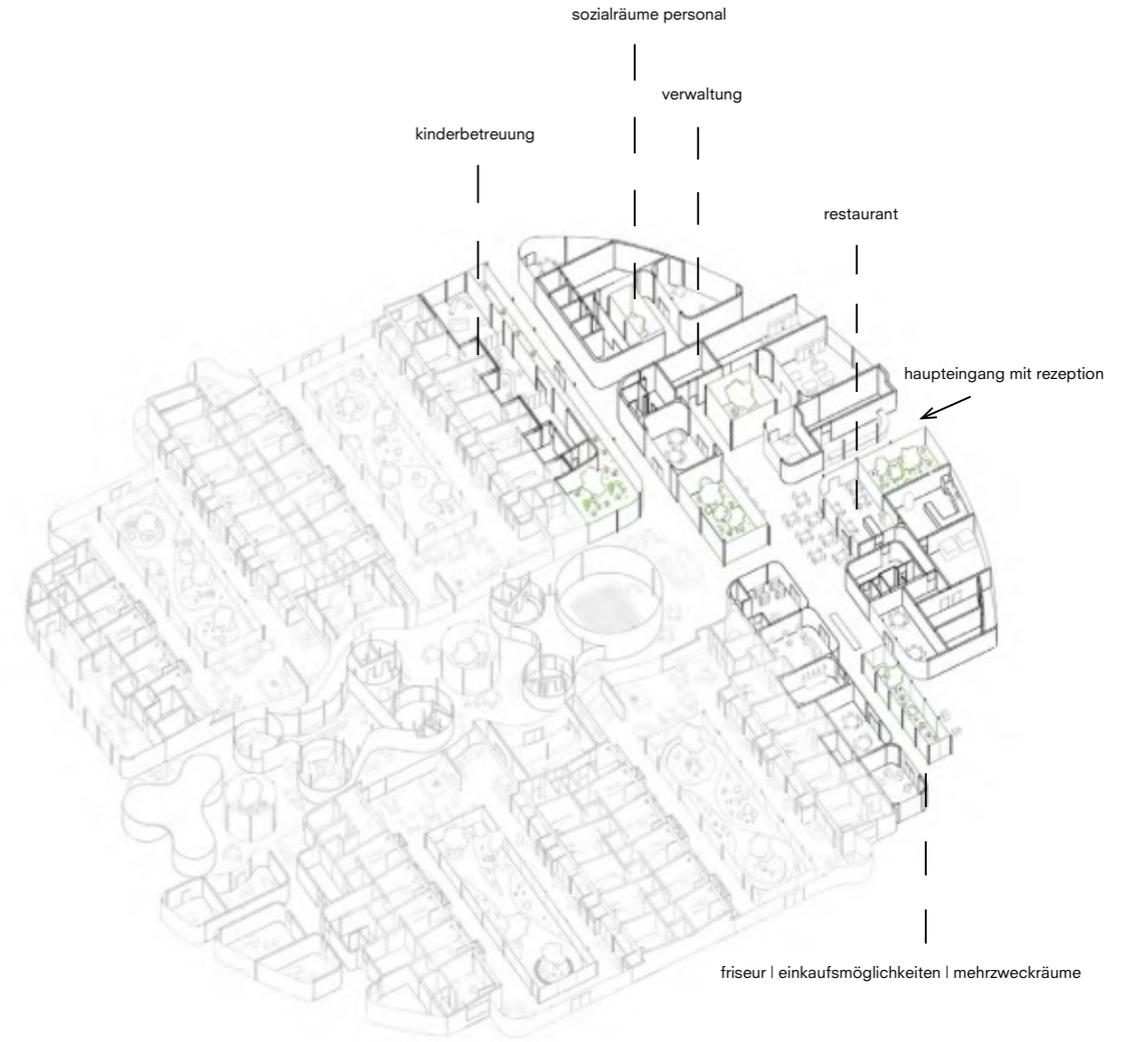
medizinische versorgung

axonometrische darstellung der formellen therapie- und pflegeinfrastrukturen



öffentliche angebote als interpretation eines dorfplatzes für die integration der nachbarschaft und als schwelle der wohngemeinschaft zur umwelt

grundriss



- verwaltung
- 1. haupteingang mit rezeption
 - 2. lager - rezeption
 - 3. verwaltung - leiterbüro
 - 4. büro
 - 5. büro
 - 6. lager
 - 7. toilette
 - 8. mehrzweck

- dorfplatz
- 9. restaurant
 - 10. küche
 - 11. lager
 - 12. müllraum
 - 13. technik
 - 14. externe durchgang
 - 15. mehrzweck
 - 16. toilette
 - 17. lager
 - 18. mehrzweck
 - 19. mehrzweck
 - 20. musiktherapie
 - 21. schönheitssalon
 - 22. einkaufen

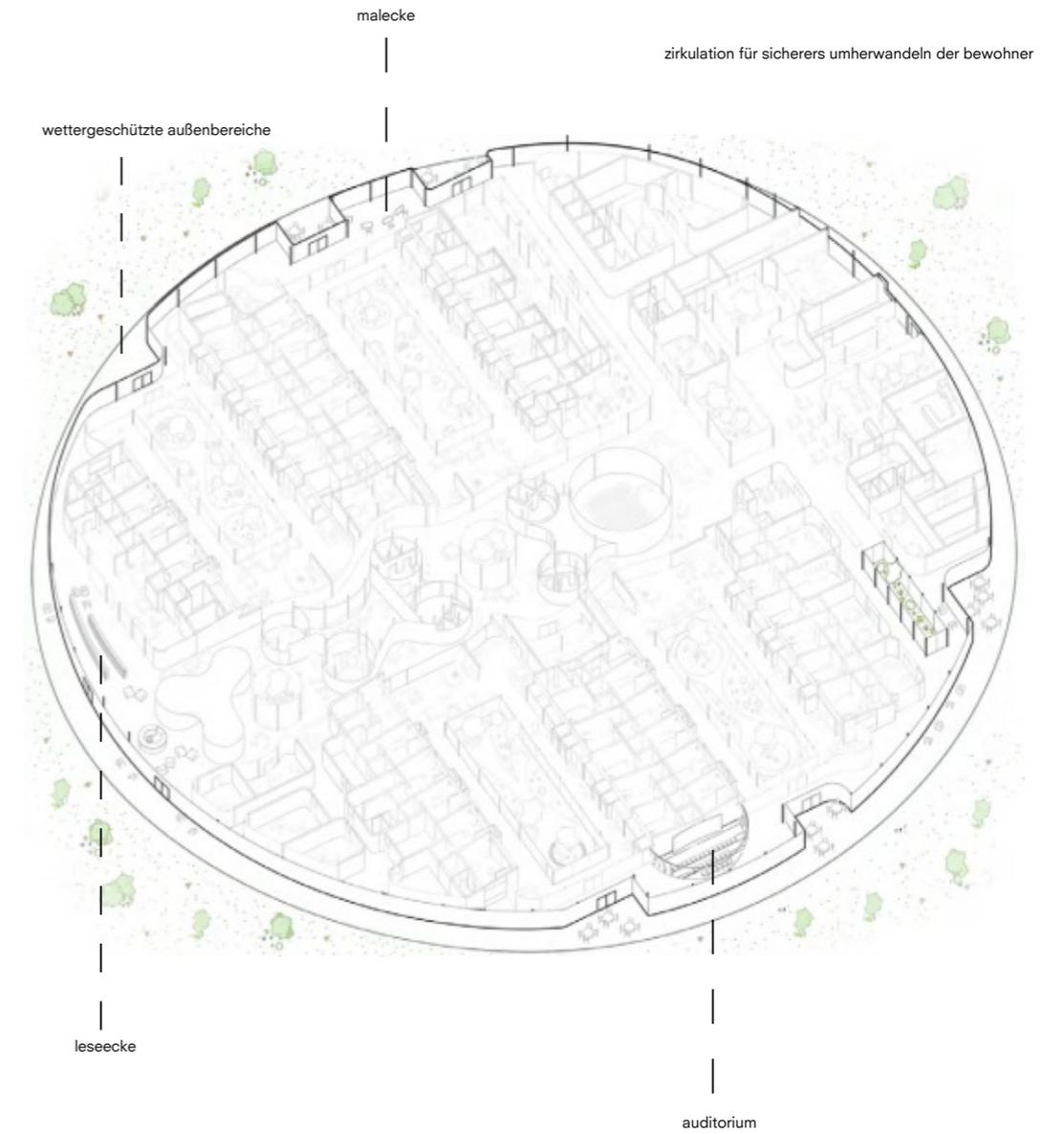
- unternehmenskindergarten
- 23. lager
 - 24. toilette
 - 25. unternehmens kindergarten
 - 26. nachmittagsbetreuung

- personal
- 27. mehrzweckraum
 - 28.+29. garderobe
 - 30. aufenthalt pflege

axonometrische darstellung der öffentlichen bereiche

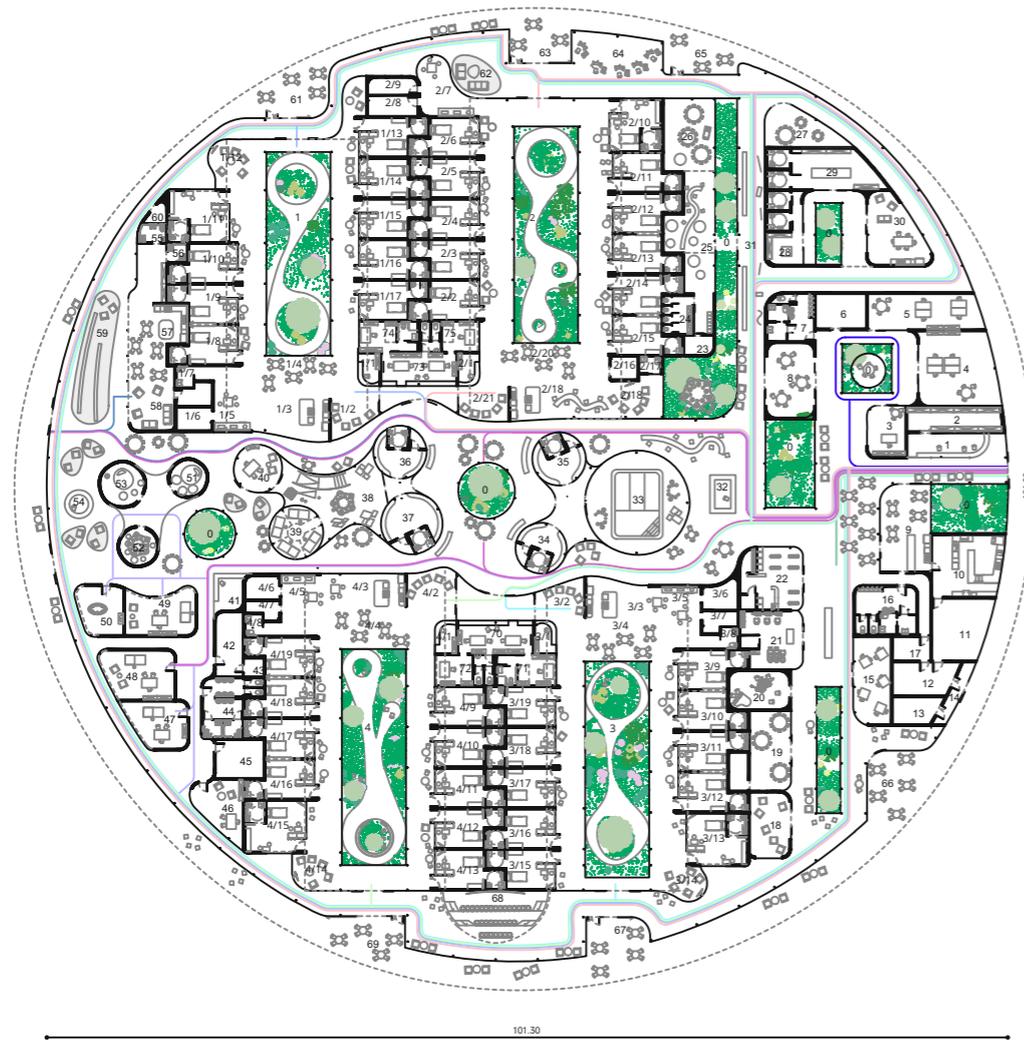


axonometrische darstellung aller zonierungen



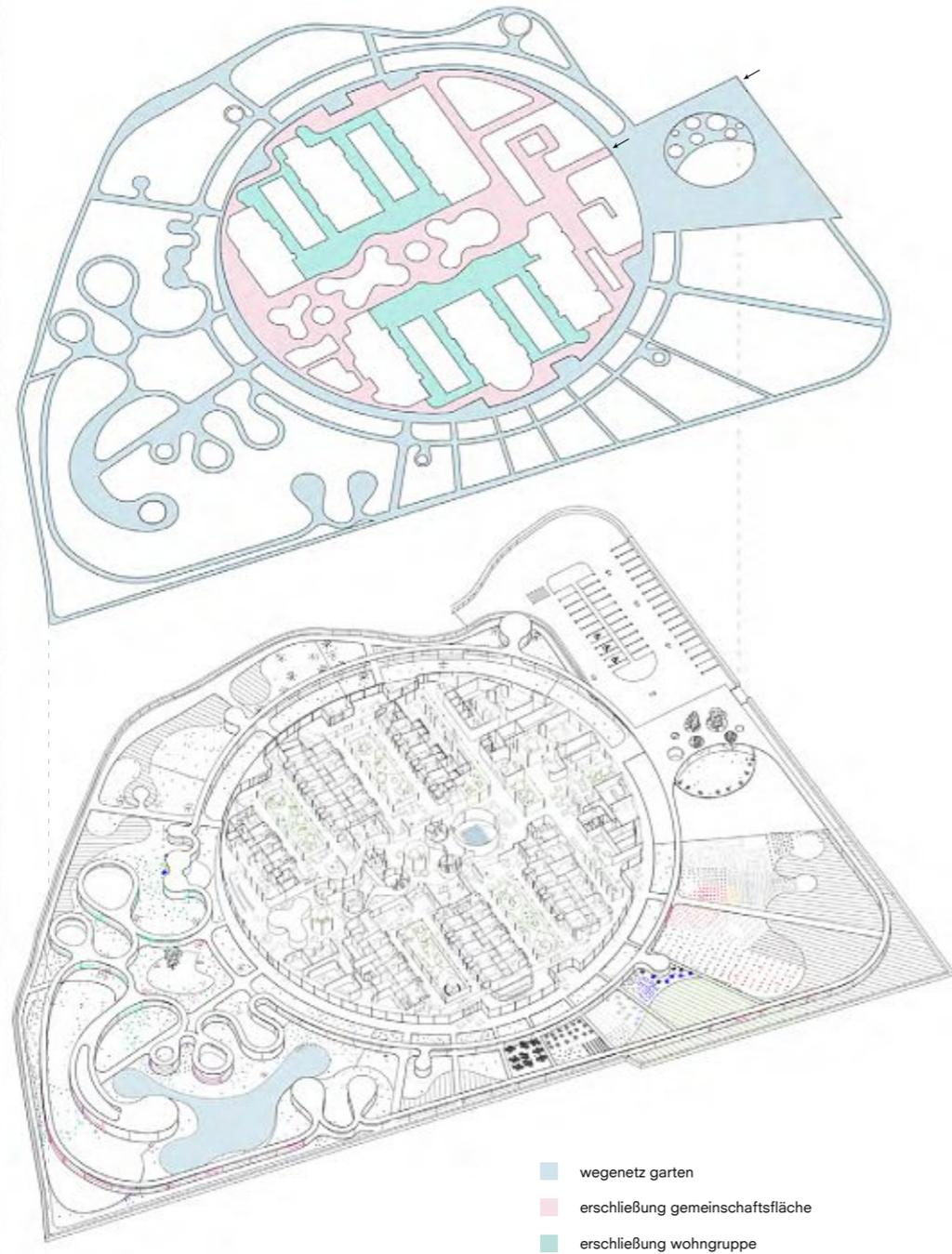
die umlaufende erschließung mit orientierung zur bergwelt bietet unterschiedliche räumliche qualitäten sowohl für gemeinschaftaktivitäten als auch für die einzelne person als rückzugszone

axonometrische darstellung der umlaufenden erschließung



grundriss

0.	Patio	48.	Ergotherapie
1.	Haupteingang mit Rezeption	49.	Psychologie
2.	Lager – Rezeption	50.	Seifenblasentherapie
3.	Verwaltung – Leiterbüro	51.	Polsterraum
4.	Büro	52.	Konzentrationszone
5.	Büro	53.	digitaler Immersionsraum
6.	Lager	54.	Rezeption
7.	Toilette	55.	Toilette
8.	Mehrzweck	56.	Toilette
9.	Restaurant	57.	Küche Tagesstätte
10.	Küche	58.	Tagestätte
11.	Lager	59.	Bücherecke
12.	Müllraum	60.	Lager
13.	Technik	61.	Terrasse
14.	Externe Durchgang	62.	Lounge
15.	Mehrzweck	63.	Terrasse
16.	Toilette	64.	Freie Kunsttherapie
17.	Lager	65.	Terrasse
18.	Mehrzweck	66.	Terrasse
19.	Mehrzweck	67.	Terrasse
20.	Musiktherapie	68.	Auditorium
21.	Schönheitssalon	69.	Terrasse
22.	Einkaufen	70.	Empfang + Krankenpflege Station 3+4
23.	Lager	71.	Dienstarzt 3+4
24.	Toilette	72.	Leitung Pflegedienst 3+4
25.	Unternehmens Kindergarten		
26.	Nachmittagsbetreuung	WG 1-4	
27.	Mehrzweck	1.	Rezeption
28.	Garderobe	2.	Nische
29.	Garderobe	3.	Küche
30.	Aufenthalt Personal	4.	Essbereich
31.	Ausstellungsecke	5.	Wäscherei
32.	Rezeption	6.	Lager
33.	Schwimmen	7.	Lager
34.	Umkleiden	8.	Besucher Toilette
35.	Umkleiden	9.	Zimmer 1 - 25.40 qm
36.	Umkleiden	10.	Zimmer 2 - 25.40 qm
37.	Umkleiden	11.	Zimmer 3 - 25.40 qm
38.	Gymnastik	12.	Zimmer 4 - 25.40 qm
39.	Physiotherapie	13.	Zimmer 5 - 33.20 qm
40.	Physiotherapie	14.	Lounge
41.	Rezeption	15.	Zimmer 15 - 25.40 qm
42.	Beobachtungssaal	16.	Zimmer 16 - 25.40 qm
43.	Lager	17.	Zimmer 17 - 25.40 qm
44.	Toilette	18.	Zimmer 18 - 25.40 qm
45.	Lager	19.	Zimmer 19 - 25.40 qm
46.	Logopädie		
47.	Allgemeinmedizin		



zirkulation



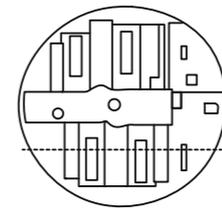
lageplan

100 m

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



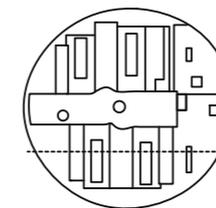
allgemeinmedizin toilette



längsschnitt

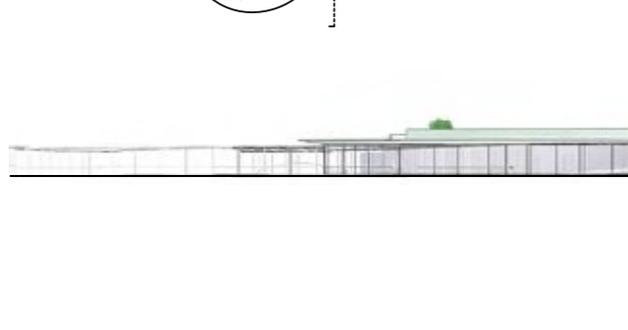
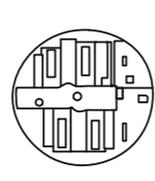
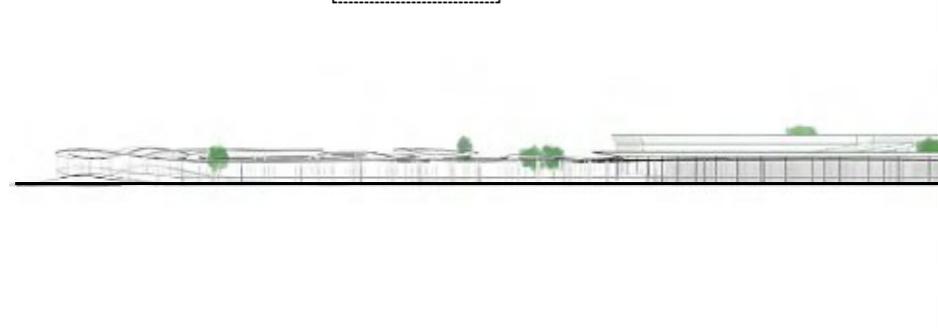
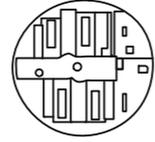
20 m

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

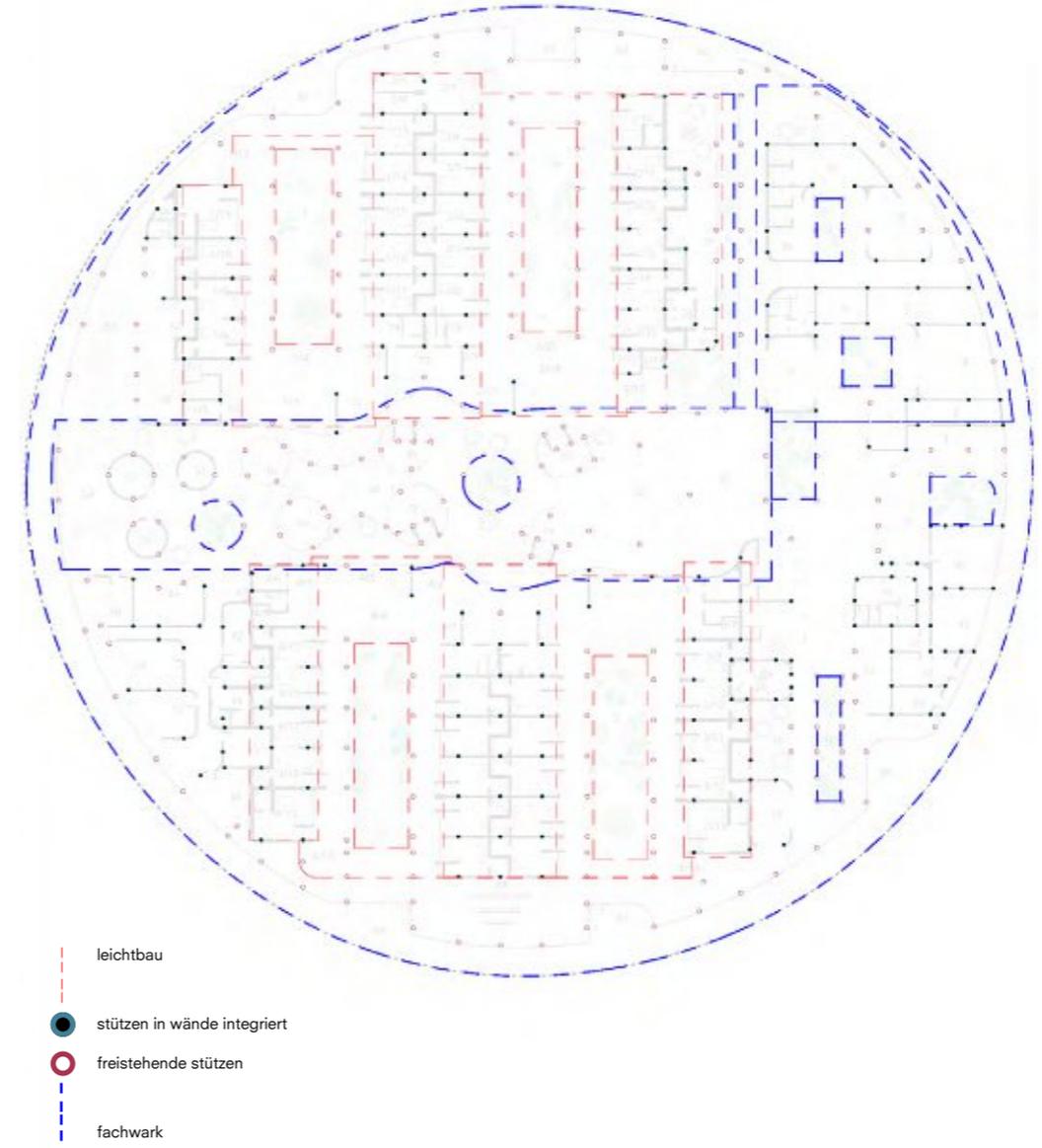


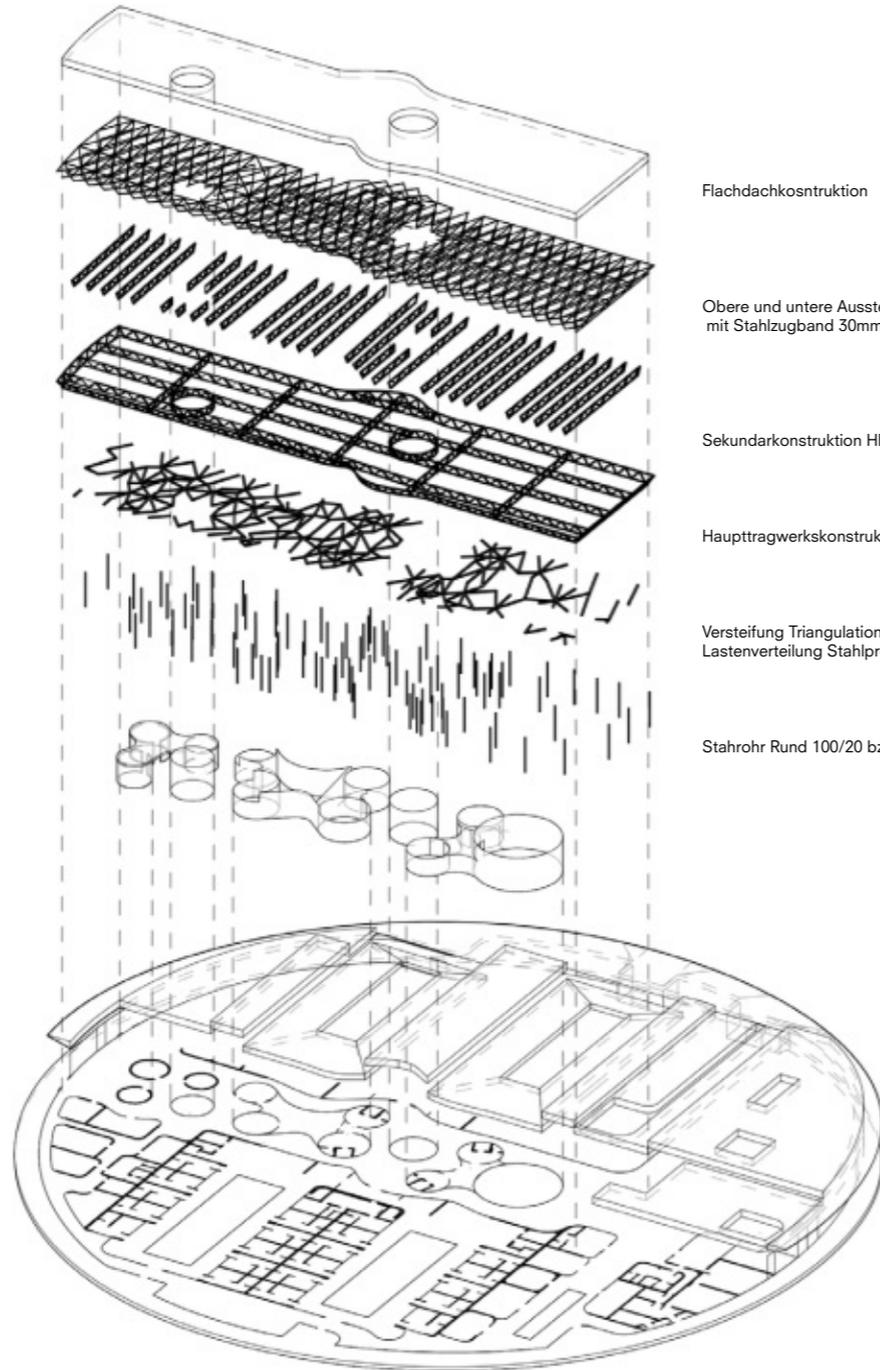
längsschnitt





konstruktion





Flachdachkonstruktion

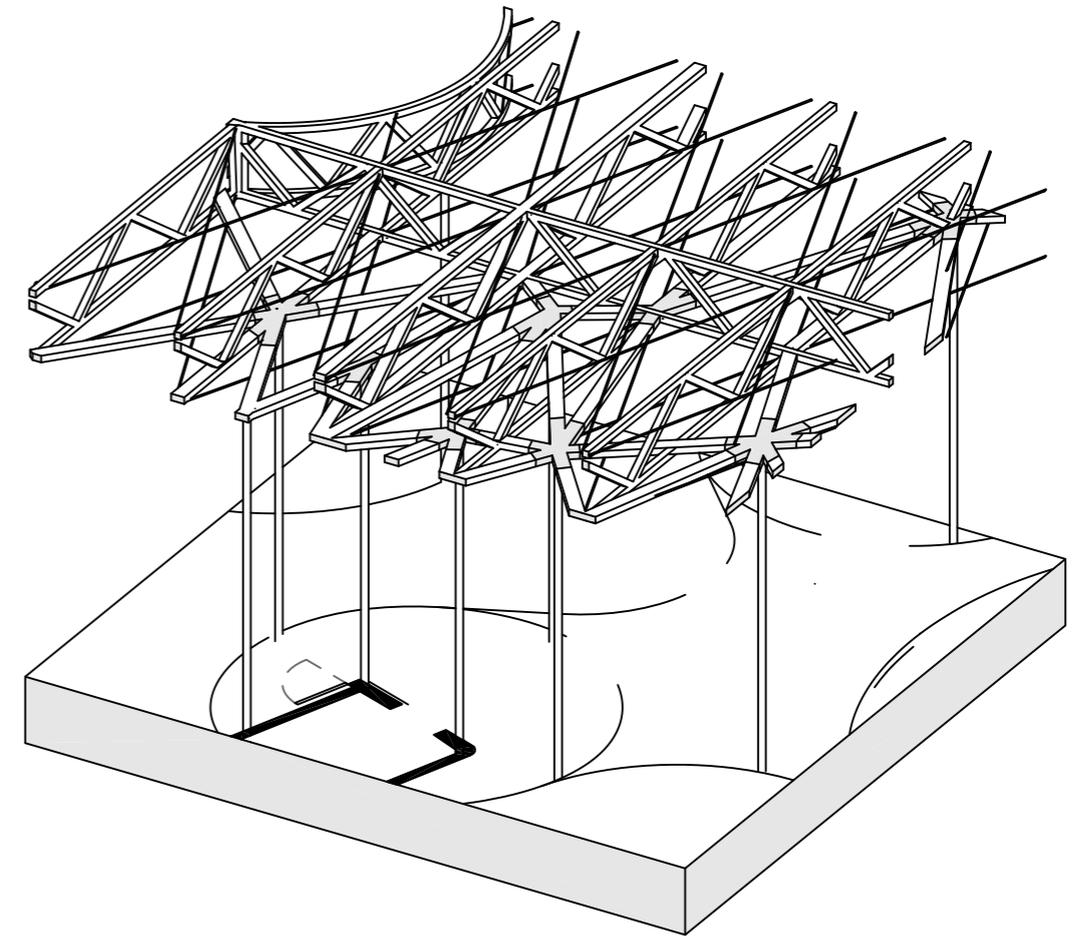
Obere und untere Aussteifung
mit Stahlzugband 30mm bzw. lt. Stat. Erf.

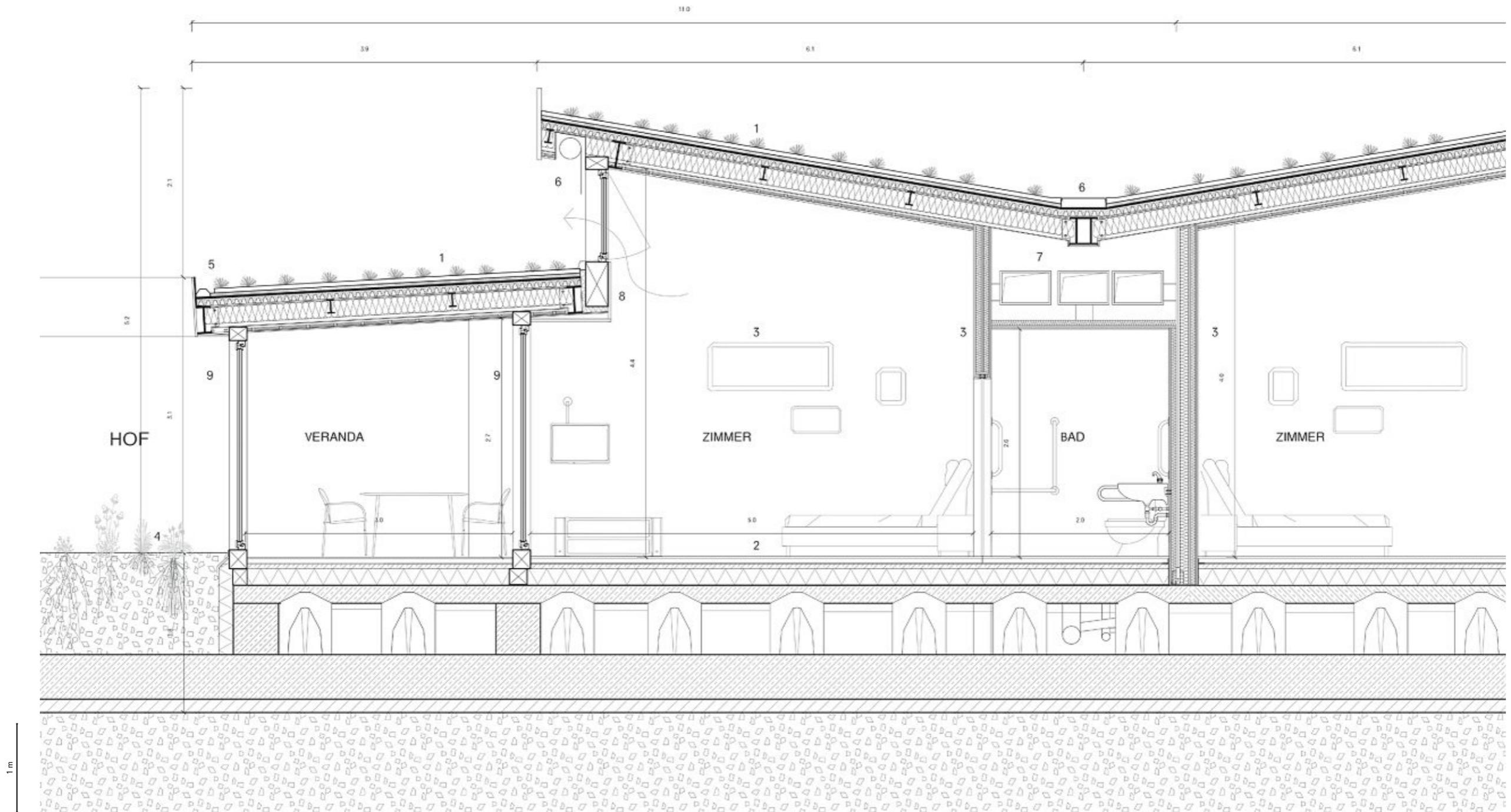
Sekundärkonstruktion HEA 260 bzw. lt. Stat. Erf.

Haupttragwerkskonstruktion HEA 400 bzw. lt. Stat. Erf.

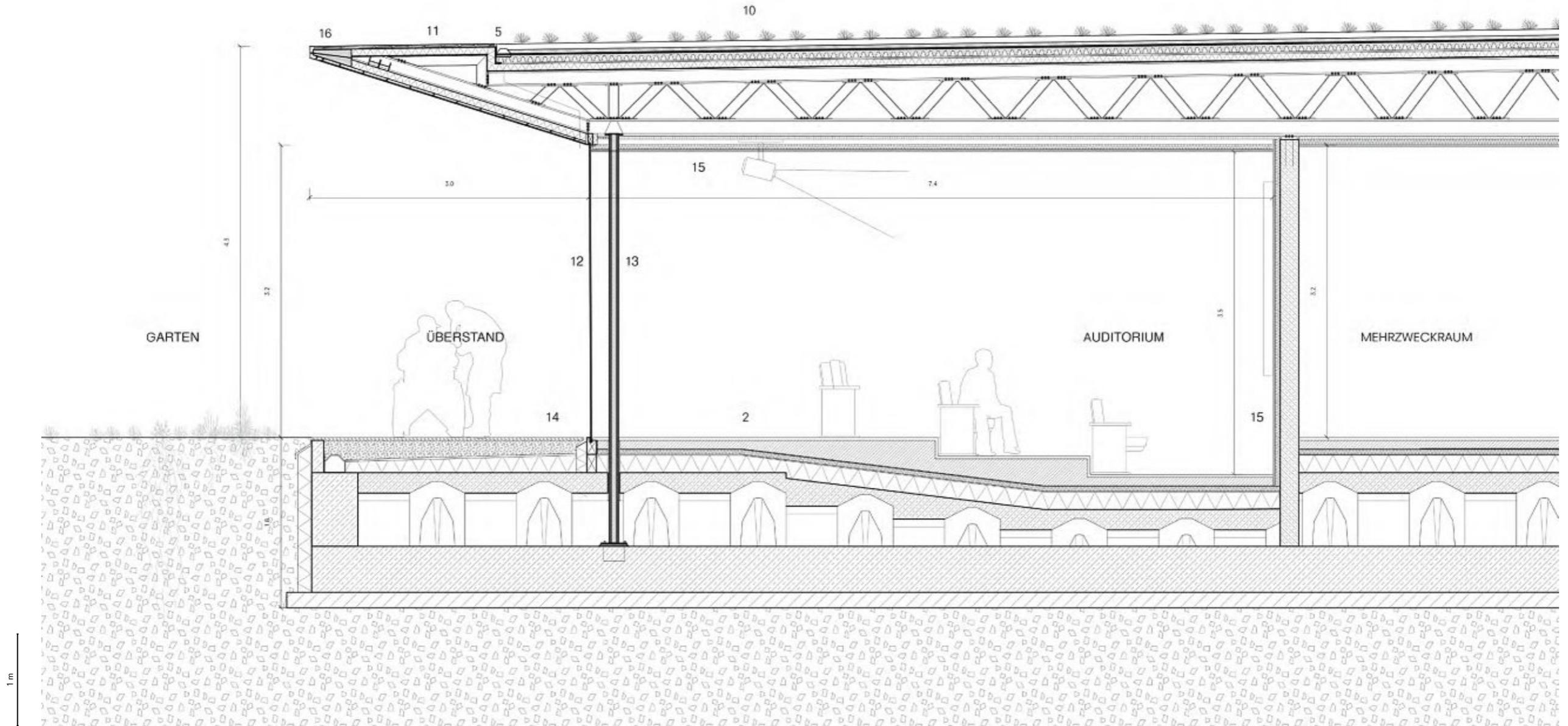
Versteifung Triangulation
Lastenverteilung Stahlprofil HEA 220 bzw. lt. Stat. Erf.

Stahrohr Rund 100/20 bzw. lt. Stat. Erf.





fassadenschnitt durch eine wohngruppe mit leichtbauweise 1:50



fassadenschnitt durch offenes auditorium mit fachwerk-konstruktion 1:50

1 Gründachkonstruktion

Vegetation lt. Pflanzenkatalog
 5 cm Substrat
 4 cm Pflanzenmatte
 1,5 cm Dränagematte
 Trennlage
 0,8 cm Abdichtung 3.Lagig
 10 cm Trapezblech mit Stahlbeton lt. stat. Erf.
 20 cm Wärmedämmfilz
 Hauptstahlträger IPE300 lt. stat. Erf.
 Sekundärstahlträger IPE1600 lt. stat. Erf.
 3 cm 2x Gipskarton-Feuerschutzplatte
 5 cm Installationsebene
 1.25 cm Gipskartonplatte

2 Bodenplatten gegen Erdreich

2 cm Bodenbelag
 Parkett Trockenbereiche
 Fliesen Nassbereiche
 7 cm schwimm. Heizestrich
 PAE-Folie
 3 cm Trittschalldämmung
 PE-Folie
 15 cm Hartschaumdämmung
 20 cm Stahlbetonausgleichsschicht lt. stat. Erf.
 70 cm belüftetes Fundament lt. stat. Erf.
 Kriechraum mit Installationen
 50 cm Stahlbetonplatten-Fundament lt. stat. Erf.
 15 cm Magerbeton
 Erdreich

3 Zimmertrennwand (Trocken-Nass-HKLS)

1.25 cm Gipskartonplatten
 1.25 cm Gipskartonplatten
 7,5 cm C-Profil (75mm)+Minerallwolle
 1.25 cm Gipskartonplatten
 (Stahlrohrstützen Rund 100/20 bzw. lt. Stat. Erf.)
 1.25 cm Gipskartonplatten
 7,5 cm C-Profil (75mm)+Minerallwolle
 1.25 cm Gipskartonplatten (1.5 cm GK-Feuchtraumplatte)
 1.25 cm Gipskartonplatten (1.5 cm GK-Feuchtraumplatte)
 7,5 cm (Installationsebene Sanitärmontage, Leitungsführung usw.)

4 Innenhofgarten

Vegetation lt. Pflanzenkatalog
 90 cm Erdreich
 10 cm Kiesdränage
 1,5 cm Dränmatte im Gefälle
 Trennlage
 0,8 cm Abdichtung 3.Lagig im Gefälle
 50 cm Stahlbetonplattenfundament lt. stat. Erf.
 15 cm Magerbeton
 Erdreich

5 Dachrinne**6 Außenrollos****7 HKLS****8 Holzbalken****9 Glasfassade 3-Fach Verglasung**

Innen-Innen / Innen-Aussen
 Teil - Offenbar / Teil - Fix

10 Gründach mit Fachwerk

Vegetation lt. Pflanzenkatalog
 5 cm Substrat
 4 cm Pflanzmatte
 1,5 cm Dränmatte
 Trennlage
 0,8 cm Abdichtung 3.Lagig
 10 cm Trapezblech mit Stahlbeton lt. stat. Erf.
 1.8 cm Spanplatte
 7 cm Wärmedämmung Minerallwolle
 Dampfbremse
 1,25 cm Spanplatte
 Stahlkonstruktion Fachwerk lt. Stat. Erf.
 (Stahlprofil HEA400; HEA260; HEA220)
 4,5 cm Akustikdecke nach Erf.
 5 cm Installationsebene
 2,5 cm 2x Gipskartonplatte (Gelochte GK-Platte)

11 Vordach

Aluminiumverbundplatte
 0,6 cm Unterkonstruktion Aluminium
 5,5cm Rohrschiene 55/25mm
 0,8 cm Abdichtung 3.Lagig
 1,8 cm Spanplatte
 7 cm Wärmedämmung Minerallwolle
 Dampfbremse
 1,25 cm Spanplatte
 Stahlkonstruktion Fachwerk lt. Stat. Erf.
 Stahlprofil HEA400; HEA260; HEA220
 1,25 cm Spanplatte
 Dampfbremse
 7 cm Wärmedämmung Minerallwolle
 1,8 cm Spanplatte
 5,5cm Rohrschiene 55/25mm
 0,6 cm Unterkonstruktion Aluminium
 1,5 cm Holzverkleidung Ausführung lt. Architekt

12 Pfostenrigelkonstruktion Isolierverglasung

Stahlprofilssystem 180/60 mm

13 Stahlrohrstützen Rund 100/20 bzw. lt. Stat. Erf.

14 Bodenplatte unter Vordach
 3 cm Wasserdurchlässige Bodenbelag

15 cm Kies
 1,5 cm Dränmatte
 Trennlage
 0,8 cm Abdichtung 3.Lagig
 15 cm Hartschaumdämmung in Gefälle
 20 cm Stahlbetonausgleichsschicht lt. stat. Erf.
 70 cm Belüftete Fundament lt. stat. Erf.
 Kriechraum mit Installationen
 50 cm Stahlbetonplattenfundament lt. stat. Erf.
 15 cm Magerbeton
 Erdreich

15 Akustik Gipskartonplatte nach Erf.

4,5 cm Akustikdecke nach Erf.
 5 cm Installationsebene nach Erf.
 2,5 cm 2x Gipskartonplatte (Gelochte GK-Platte)

16 Holzkeil Vordach

gesundheitsgarten

Die Landschaft Salutare umgibt ein Gesundheitsgarten, der unmittelbar an landwirtschaftlich genutzten Felder grenzt. Dabei wird die lineare Bewirtschaftung dieser Apfel- und Weinanbaugelände im Entwurfsprozess aufgenommen. Der Gartenbereich setzt sich aus vier maßgeblichen Zonen zusammen, die allesamt strahlenartig in linearer Form vom Hauptgebäude in die Umgebung übergehen. Angrenzend an das Restaurant befindet sich der Garten der Selbstversorgung mit vielerlei Gemüse und Obst. Auf diesen Bereich folgt ein Kräutergarten mit heimischen Heilkräutern, die unter anderem für Aromatherapien und Tees genutzt werden. Als dritte Zonierung des Gartenbereichs gibt es einen Blumengarten mit unterschiedlichen Nischen und Platzsituationen zum Verweilen und für unterschiedlichste Aktivitäten. Hier befinden sich beispielsweise auch das Auditorium für Veranstaltungen an wärmeren Tagen sowie ein kleiner Marktplatz, auf dem in regelmäßigen Abständen lokale Produkte angeboten werden. Des Weiteren gibt es einen Andachtsraum inmitten eines Blumenfeldes. Die vierte Kategorie der Außenraumnutzung ist der Garten der Gräser. Dieser Bereich umfasst verschieden hohe Grasflächen und bietet eine Bandbreite zur Stimulation der Sensorik. Der Gesundheitsgarten ist auch offen für die Nachbarschaft und bietet eine Bühne für täglich neue Geschichten.





perspektivische darstellung mit blick auf den gartenbereich



landschaftskonzept der unterschiedlichen zonierung

1. Douglasie H 40 - 90 m April - Mai	2. Feld Ulme H 1 - 40 m März - April	3. Berg Ulme H 30 m März - April	4. Walnuss H 5-25 m Mai
5. Esskastanie H 30 m Juni	6. Kolben Sumach H 3 - 6 m Juni - Juli	7. Rotbuche H 40 m April - Mai	8. Korbweide H 3 - 5 m März - April
9. Sal Weide H 3 - 8 m März - April	10. Stachelbeere H 0,6 - 1,5 m April - Mai	11. Alpen - Johannisbeere H 0,8 - 1,5 m April - Mai	12. Kriechende Rose H 0,5 - 3 m Juni
13. Rotblättrige Rose H 1 - 3 m Juni - Juli	14. Kartoffel Rose H 1 - 1,5 m Mai - Sept	15. Wein Rose H 1 - 3 m Juni - Juli	16. Kultur Birne H 20 m April - Mai
17. Brombeere H 1 - 4 m Mai - Aug	18. Wald Himbeere H 0,6 - 2 m Mai - Juni	19. Kultur Apfel H 10 m Mai	20. Mehlbeere H 3 - 10 m Mai
21. Felsenbirne H 1 - 3 m April - Mai	22. Weißdom H 10 m Mai	23. Zwetschge H 3 - 15 m April - Mai	24. Vogel Kirsche H 2 - 25 cm April - Mai
25. Schwarzdorn H 1 - 3 m April - Mai	26. Sanddorn H 5 m Juli - Sept	27. Herlitzke H 2 - 5 m März - April	28. Blutroter Hartriegel H 1 - 5 m Mai - Juni

katalog der gewählten baumarten



gartenbereich für den anbau von gemüse zur selbstversorgung

1. Gelbhart H 80 - 150 cm Juni - Juli	2. Gemüse Spargel H 30 - 150 cm Mai - Juli	3. Feldsalat H 15 - 15 cm April - Mai	4. Wegwarte H 30 - 150 cm Juli - Okt
5. Lupine H 100 - 150 cm Juni - Aug	6. Stumpfkresse H 10 - 80 cm Juni - Sept	7. Wilde Stumpfkresse H 20 - 60 cm Mai - Sept	8. Barbarakraut H 30 - 90 cm Mai - Juli
9. Steinkraut H 10 - 20 cm März - Mai	10. Portulak H 10 - 30 cm Juni - Sept	11. Pastinak H 30 - 100 cm Juli - Sept	12. Felsen Fetthenne H 10 - 35 cm Juni - Aug
13. Erdbeere H 100 - 250 cm Okt - Nov	14. Kohl Kratzdistel H 50 - 150 cm Juni - Sept	15. Rainskohl H 30 - 100 cm Juni - Sept	16. Bocksbart H 20 - 70 cm Mai - Juli
17. Gemüse Schwarzwürzel H 60 - 120 cm Juli - Aug	18. Gelbe Sparglerbeere H 10 - 30 cm Mai - Juni	19. Outer Heinrich H 20 - 60 cm Juni - Sept	20. Spreizende Melde H 30 - 80 cm Juli - Okt
21. Kurzstängel Queller H 5 - 30 cm Aug - Okt	22. Kleiner Wiesentopf H 15 - 40 cm Mai - Aug	23. Weißer Gänsfuß H 20 - 150 cm Juli - Okt	24. Schlangen Wiesenküsterchen H 30 - 100 cm Mai - Juli
25. Weg Malve H 15 - 50 cm Juni - Okt	22. Tomate H 50 - 200 cm Mai - Aug	23. Mangold H 35 - 60 cm Juni - Aug	24. Karfiol H 15 - 50 cm

katalog der gewählten gemüsearten





<p>1. Zweibel Zahnwurst H 30 - 60 cm Mai - Juni</p>	<p>2. Glocken Heide H 15 - 50 cm Juni - Sept</p>	<p>3. Schnee Heide H 15 - 30 cm Jan - April</p>	<p>4. Großer Wiesenknohl H 30 - 150 cm Juni - Sept</p>
<p>5. Zottiges Weidenröschen H 30 - 80 cm Juni - Sept</p>	<p>6. Stumpf Weidenröschen H 10 - 50 cm Juli - Sept</p>	<p>7. Vierkantiges Weidenröschen H 30 - 100 cm Juli - Aug</p>	<p>8. Nessel Seide H 30 - 150 cm Juni - Aug</p>
<p>9. Ackermilch H 15 - 20 cm Juni - Okt</p>	<p>10. Hügel Meier H 15 - 30 cm Juni - Sept</p>	<p>11. Sprossende Felsennelke H 15 - 45 cm Juni - Okt</p>	<p>12. Ampfer Krötenich H 20 - 80 cm Juli - Okt</p>
<p>13. Moschus Malve H 40 - 125 cm Juni - Okt</p>	<p>14. Stumpfblutauge H 30 - 100 cm Juni - Juli</p>	<p>15. Blutroter Storchschnabel H 15 - 50 cm Juni - Aug</p>	<p>16. Stumpf Storchschnabel H 25 - 100 cm Juni - Sept</p>



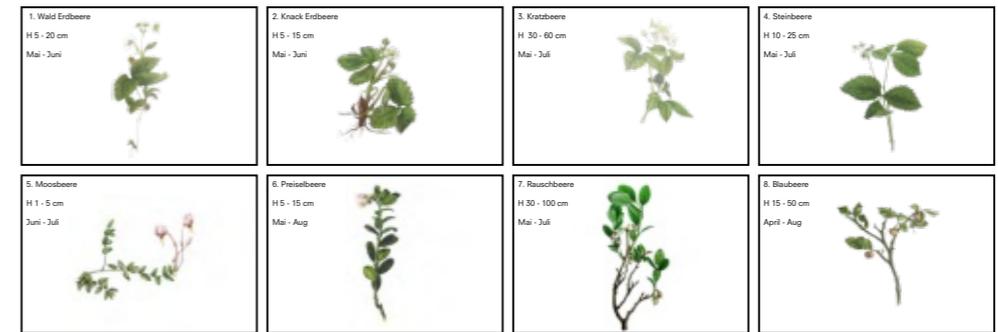
gartenbereich mit unterschiedlichen gräsern



katalog der gewählten gräser



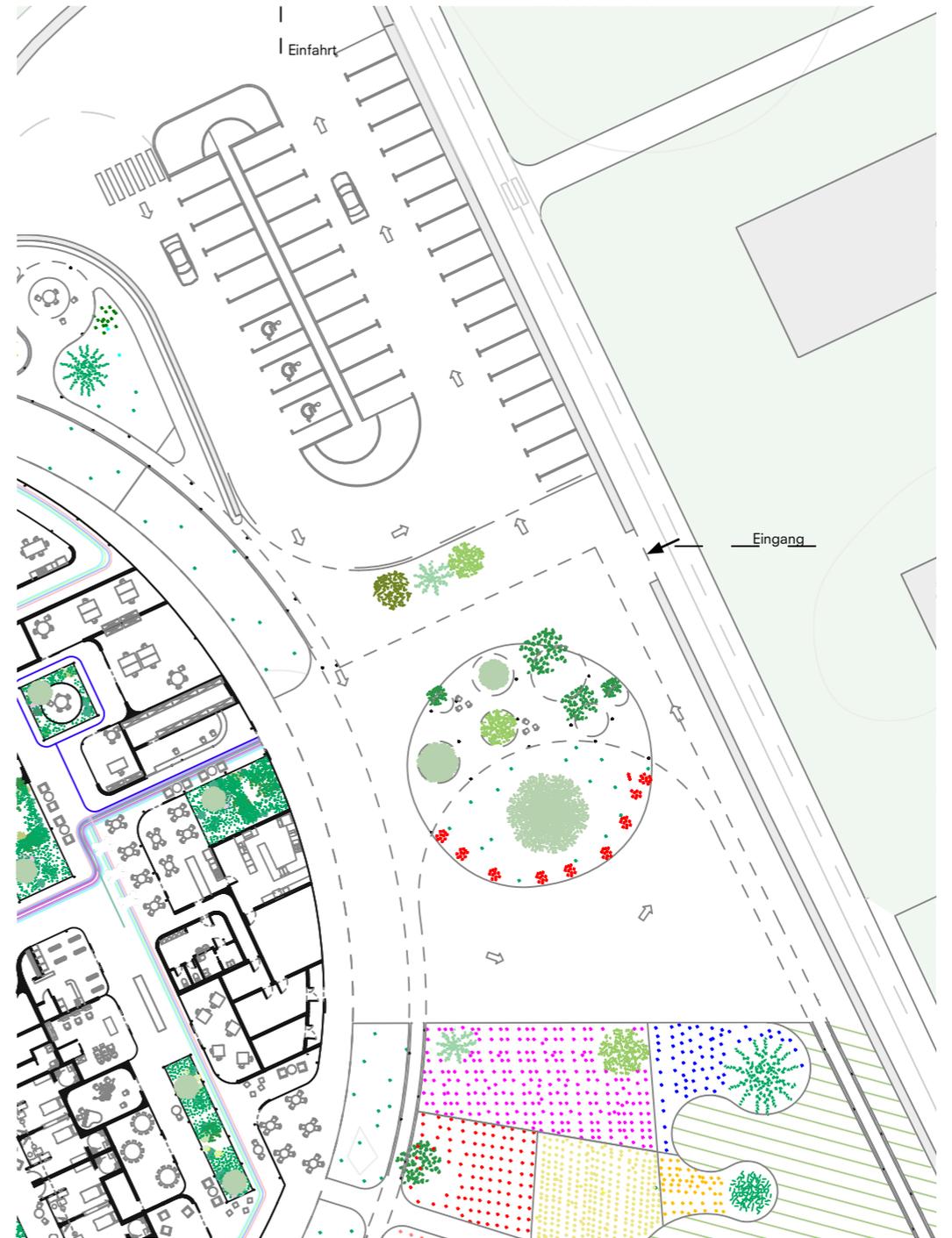
gartenbereich mit unterschiedlichen früchten



katalog der gewählten früchte

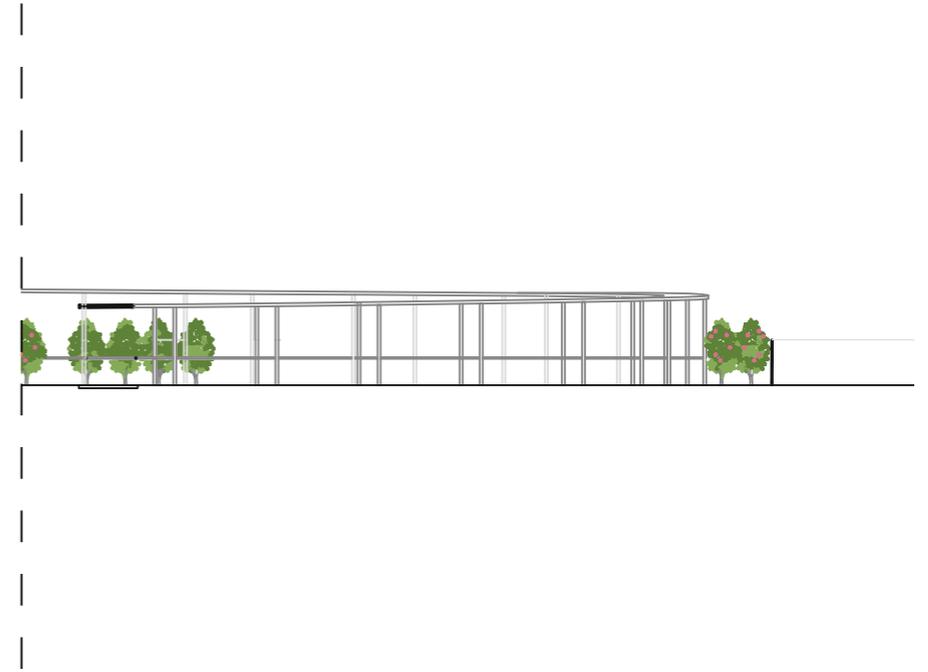
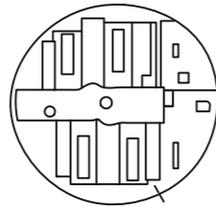
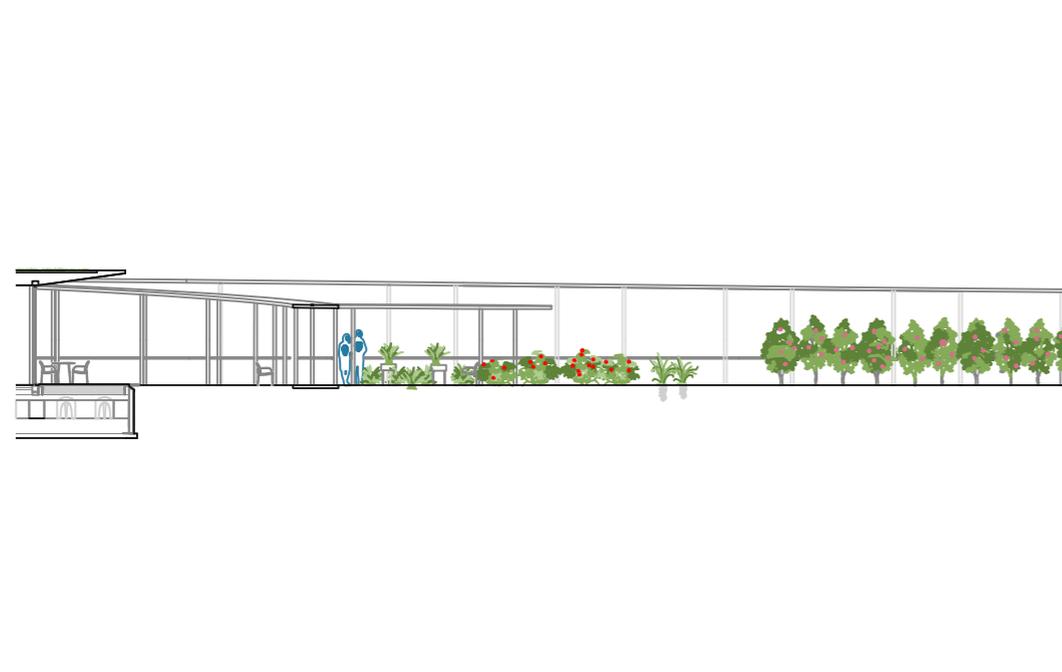


grundrissausschnitt gartenbereich



grundrissausschnitt eingangsbereich





schnitt durch den garten



perspektivische darstellung des entwurfs im städtebaulichen kontext

literatur

- [1]Abteilung Soziales Land Südtirol, „28 Fragen rund ums Pflegegeld“. Abteilung Soziales Land Südtirol, Juni 2019, [Online]. Verfügbar unter: http://www.provinz.bz.it/familie-soziales-gemeinschaft/senioren/downloads/28_Fragen_zur_Pflegeeinstufung_Jahr_2019.pdf.
- [2]AIMA - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer und CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali, „L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER: RIFARE IL PUNTO DOPO 16 ANNI“, CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali, 2016. [Online]. Verfügbar unter: http://www.alzheimer-aima.it/img/iniziativa/Aima-Censis-24-febraio_Sintesi-dei-risultati.pdf.
- [3]Andreas Huber, „Wohnen im Alter – zwischen Wunsch und Wirklichkeit“, DETAIL, S. 916–922, Sep. 2012.
- [4]Architekturstiftung Südtirol und Studio Pardeller Putzer Scherer Architekten, „Grieserhof - Seniorenzentrum“, Grieserhof - Seniorenzentrum. [Online]. Verfügbar unter: <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorenzentrum/>.
- [5]Autonome Provinz Bozen-Südtirol, Autonome Provinz Bozen-Südtirol, „Die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung bis 2030“. Autonome Provinz Bozen-Südtirol, Autonome Provinz Bozen-Südtirol, 2014.
- [6]Barbara Zerbini - Leiterin der Alzheimerabteilung, „Besuch der Alzheimerabteilung des Seniorenwohnheim ‚Don Bosco‘ in Bozen“, Feb. 19, 2020.
- [7]Carlo Bassetti, „Interview mit dem Architekt und Stadtplaner Carlo Bassetti“, Feb. 21, 2020.
- [8]Carlo Caltagirone u. a., „Guidelines for the Treatment of Alzheimer's Disease from the Italian Association of Psychogeriatrics“, Drugs & Aging, 2005.
- [9]Cristiana Zainea, „Interview mit Dott.ssa Cristiana Zainea, Pflegedienstleiterin des Don Bosco Seniorenheims“, Feb. 19, 2020.
- [10]E. Feddersen, I. Lüdtko, und H. Braun, Wohnen im Alter: Entwurfsatlas. Basel: Birkhäuser, 2009.
- [11]M. Forcher, Bayern, Tirol: die Geschichte einer freud-leidvollen Nachbarschaft. Wien: Herder, 1981.
- [12]Giovanni Damiani, „Casanova -Der Auftrag für den Durchführungsplan“. Assessorats für Urbanistik der Gemeinde Bozen; Assessor Architekt Silvano Basetti, 2002.
- [13]E. Goffman, Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Harmondsworth, Eng New York: Penguin, 1991.
- [14]A. Göhner, M. Hüll, und S. Voigt-Radloff, „Nichtmedikamentöse Behandlung von Demenz in gerontopsychiatrischen Einrichtungen“, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016, S. 169–183, 2016.
- [15]S. Höfler und E. Auer, Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit [u.a.], 2015.
- [16]L. D. Høj, „Exploring the potentials of dementia village architecture“, 2019, S. 14.
- [17]T. J. Huh, P. A. Areán, H. Bornfeld, und A. Elite-Marcandonatou, „The Effectiveness of an Environmental and Behavioral Approach to Treat Behavior Problems in a Patient with Dementia with Lewy Bodies: A Case Study“, Ann Longterm Care, Bd. 16, Nr. 11, S. 17–21, Nov. 2008.
- [18]F. Huter, Herzog Rudolf der Stifter und die Tiroler Städte, 1. Wagner Innsbruck, 1971.
- [19]ISTAT, Italia in cifre. Istituto nazionale di statistica, 2015.
- [20]ISTAT, „Il futuro demografico del paese“, 2018. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsio->

ni_demografiche.pdf.

[21] ISTAT, „La cura: conciliare lavoro e famiglia“, 2018. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.istat.it/it/files//2019/11/ConciliazioneCuraLavoro2019.pdf>.

[22] ISTAT, „La salute mentale nelle varie fasi della vita“, 2018. [Online]. Verfügbar unter: https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf.

[23] Istituto nazionale di statistica, *INVECCHIAMENTO ATTIVO E CONDIZIONE DI VITA DEGLI ANZIANI IN ITALIA*. Istituto nazionale di statistica, 2020.

[24] F. Izzicupo u. a., *ALZHEIMER: CONOSCERE LA MALATTIA PER SAPERLA AFFRONTARE*. © Istituto Superiore di Sanità, 2009.

[25] M. Jones, „Interview“, gehalten auf der *Ancora in gioco, l'autonomia degli anziani fra famiglia, servizi e società*, Milano, 1993.

[26] M. Jones, *Gentlecare: changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way*. New Westminster, B.C.: Moyra Jones Resources, 2007.

[27] Kapeller und Christian Kagerer, *Leitung des Hauses*, „Besuch des Seniorenhaus Nonntal in Salzburg“, März 04, 2020.

[28] F. Leeb, „Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept“, *architektur.aktuell*, S. 58–67, Feb. 2020.

[29] Libera Università di Bolzano, „Piano Sociale Qualità della vita“, *Città di Bolzano*, 2011. [Online]. Verfügbar unter: https://www.comune.bolzano.it/UploadDocs/9700_Piano_sociale_2011_ita.pdf.

[30] M. Maierhofer, „A hospital is not a tree - Die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit“, *Technischen Universität Wien*, Wien, 2016.

[31] F. Márquez Cecilia, R. C. Levene, C. Kerez, und J. Ishigami, Hrsg., *Christian Kerez, 2010-2015, Junya Ishigami, 2005-2015*. Madrid: El Croquis editorial, 2015.

[32] Martin Prince, Adelina Comas-Herrera, Martin Knapp, Maëlénn Guerchet, und Maria Karagiannidou, „World Alzheimer Report 2016“, *Alzheimer's Disease International (ADI)*, London, 2016. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf>.

[33] Martin Prince, Anders Wimo, Maëlénn Guerchet, Gemma-Claire Ali, Yu-Tzu W, und Matthew Prina, „World Alzheimer Report 2015“, *Alzheimer's Disease International (ADI)*, London, 2015. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.

[34] MetroGramMA, Stefan Tischer, und Helene Hoelzl, *4 Städte - VORSCHLÄGE ZUR STÄDTEBAULICHEN VERDICHTUNG IN BOZEN*. Bolzano: Stadtgemeinde Bozen - Assessorat für Urbanistik, 2001.

[35] Norbert Spitaler - Verwaltungsleiter Grieserhof Seniorenwohnhaus, „Interview mit“, Feb. 19, 2020.

[36] Osservatorio demenze, Istituto Superiore di Sanità, „Epidemiologia delle demenze“. *Osservatorio demenze, Istituto Superiore di Sanità*, 2020, [Online]. Verfügbar unter: <https://demenze.iss.it/epidemiologia/>.

[37] Osservatorio demenze, Istituto Superiore di Sanità, „Trattamenti e gestione integrata“. 2020, [Online]. Verfügbar unter: <https://demenze.iss.it/trattamenti/>.

[38] Regione Toscana Giunta Regionale, Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, Area Integrazione Socio-sanitaria e Progetti Obiettivo, und Romano Del Nord, *Architettura per l'Alzheimer; Il malato di Alzheimer e l'ambiente*. Regione Toscana, 2002.

[39] I. Riccioni, *Bolzano, città di frontiera: bilinguismo, appartenenza, cittadinanza*, 1a ed. Roma: Carocci, 2012.

[40] Roberto Raschetti, Giacomina Carla Sorrentino, Bruno Caffari, Marina Maggini, Nicola Vanacore, und Nello Martini, „A cohort study of effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease“, *Springer-Verlag*, S. 1–8, 2005.

[41] S. Sally, „*Redesigning Domesticity: Creating Homes for the Elderly*“, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, S. 80–87, 2014.

[42] R. Sennett, *Die offene Stadt: eine Ethik des Bauens und Bewohnens*, 1. Auflage. München: Hanser Berlin, 2018.

[43] Sonja Gasparin und Beny Meier, „SeniorInnenwohnhaus Nonntal“, gehalten auf der *TURN ON I Architektur Festival, ORF RadioKulturhaus, Juli 03, 2020*, [Online]. Verfügbar unter: https://www.turn-on.at/turn-on_20/program.php?id=467.

[44] Stadt Bozen - Assessorat für Urbanistik und Zeiten der Stadt, „MASTERPLAN DER STADT BOZEN 1. Projekttrichtlinien für den BLP“. *Stadt Bozen - Assessorat für Urbanistik und Zeiten der Stadt*, 2009, [Online]. Verfügbar unter: http://www.gemeinde.bozen.it/UploadDocs/7366_Masterplan2009_A01_DE_rid.pdf.

[45] Stiftung St. Elisabeth, „Leben im Alter - Grieserhof“, [Online]. Verfügbar unter: <http://www.stiftung-st-elisabeth.it/seniorenwohnheime/grieserhof-leben-im-alter.html?acceptcookie=1>.

[46] C. Wagenaar, Hrsg., *The architecture of hospitals*. Rotterdam: NAI Publishers, 2006.

[47] Weltgesundheitsorganisation und Alzheimer's Disease International, Hrsg., *Dementia: a public health priority*. Geneva, 2012.

[48] Yvonne van Amerongen, Gründerin von De Hogeweyk, *The „dementia village“ that's redefining elder care*. 2018.

[49] M. Zardini, G. Borasi, M. Campbell, und Centre canadien d'architecture, Hrsg., *Imperfect health: the medicalization of architecture*, 1st ed. Montréal: Canadian Centre for Architecture : Lars Müller Publishers, 2012.

[50] „Österreichischer Demenzbericht“.

[51] „The Effectiveness of an Environmental and Behavioral Approach to Treat Behavior Problems in a Patient with Dementia with Lewy Bodies: A Case Study“.

Abb.1 messung der gehirnstromaktivität im kontext einer alzheimererkrankung, www.aerzteblatt.de/nachrichten/62885/Alzheimer-Plaques-gehen-Demenz-um-20-bis-30-Jahre-voraus

Abb.2 De Hogeweyk - Grundriss, <https://www.detail-online.com/article/dementia-village-de-hogeweyk-in-weesp-16433/>

Abb.3 De Hogeweyk - Ausschnitt, <https://hogeweyk.dementiavillage.com/de/architectuur/>

Abb.3 De Hogeweyk - Schnitt, <https://hogeweyk.dementiavillage.com/de/architectuur/>

Abb.4 De Hogeweyk - Foto credit Madeleine Sars, Eindhoven, <https://www.detail-online.com/article/dementia-village-de-hogeweyk-in-weesp-16433/#>

Abb.5 De Hogeweyk - Foto credit Madeleine Sars, Eindhoven, <https://www.detail-online.com/article/dementia-village-de-hogeweyk-in-weesp-16433/#>

Abb.6 junya ishigami, haus für ältere menschen in akita - Grundriss aus *El Croquis* editorial, 2015. s 232

Abb.7 junya ishigami, haus für ältere menschen in akita – Schnitt A aus *El Croquis* editorial, 2015. s 233

Abb.8 junya ishigami, haus für ältere menschen in akita – Schnitt B aus *El Croquis* editorial, 2015. s 232

Abb.9 junya ishigami, haus für ältere menschen in akita – Ausschnitt des Entwurfs aus *El Croquis* editorial, 2015. s 232

Abb.10 Seniorenwohnhaus Nonntal – EG Grundriss aus „Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept“, *architektur.aktuell*, S. 58–67, Feb. 2020.

Abb.11 Seniorenwohnhaus Nonntal – OG Grundriss aus „Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept“, *architektur.aktuell*, S. 58–67, Feb. 2020.

Abb.12 Seniorenwohnhaus Nonntal – Schnitt „Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept“, *architektur.aktuell*, S. 58–67, Feb. 2020.

Abb.13 Seniorenwohnhaus Nonntal – Foto aus „Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept“, *architektur.aktuell*, S. 58–67, Feb. 2020.

Abb.14 Seniorenwohnhaus Nonntal – Foto aus „Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept“, *architektur.aktuell*, S. 58–67, Feb. 2020.

Abb.15 Seniorenwohnhaus Nonntal – Foto aus „Seniorenwohnhaus Nonntal, Salzburg - Traditionsreicher Ort - neues Konzept“, *architektur.aktuell*, S. 58–67, Feb. 2020.

Abb.16 grieserhof altershaus, Grundriss Erdgeschoss, <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorenzentrum/>

Abb.17 grieserhof altershaus, Grundriss Obergeschoss, <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorenzentrum/>

Abb.18 grieserhof altershaus, Foto, <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorenzentrum/>

Abb.19 grieserhof altershaus, Foto, <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorenzentrum/>

Abb.20 grieserhof altershaus, Foto, <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorenzentrum/>

Abb.21 grieserhof altershaus, Foto, <https://atlas.arch.bz.it/de/grieserhof-seniorenzentrum/>

Abb.22 gruppo di progettazione comunale, don bosco - Grundriss, Umweltbericht des projektes Provinz Bozen

Abb.23 gruppo di progettazione comunale, don bosco - Ausschnitt, Umweltbericht des projektes Provinz Bozen

Abb.24 gruppo di progettazione comunale, don bosco – Foto comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&id_context=31495

Abb.24 gruppo di progettazione comunale, don bosco – Foto comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&id_context=31495

Abb.25, 26, 27, 28 Historische Luftbilder, <http://www.provinz.bz.it/natur-umwelt/natur-raum/kartographie/orthofotos-und-historische-luftbilder.asp>

Abb.29 agro city nach : MetroGramMA, Stefan Tischer, und Helene Hoelzl, 4 Städte - VORSCHLÄGE ZUR STÄDTEBAULICHEN VERDICHTUNG IN BOZEN. Bolzano: Stadtgemeinde Bozen - Assessorat für Urbanistik, 2001.

Abb.30 border city nach : MetroGramMA, Stefan Tischer, und Helene Hoelzl, 4 Städte - VORSCHLÄGE ZUR STÄDTEBAULICHEN VERDICHTUNG IN BOZEN. Bolzano: Stadtgemeinde Bozen - Assessorat für Urbanistik, 2001.

Abb.31 city in nach : MetroGramMA, Stefan Tischer, und Helene Hoelzl, 4 Städte - VORSCHLÄGE ZUR STÄDTEBAULICHEN VERDICHTUNG IN BOZEN. Bolzano: Stadtgemeinde Bozen - Assessorat für Urbanistik, 2001.

Abb.32 poly city nach : MetroGramMA, Stefan Tischer, und Helene Hoelzl, 4 Städte - VORSCHLÄGE ZUR STÄDTEBAULICHEN VERDICHTUNG IN BOZEN. Bolzano: Stadtgemeinde Bozen - Assessorat für Urbanistik, 2001.

Abb.33-38- Aus M. Spohn, M. Golte-Bechtle, und R. Spohn, Hrsg., Was blüht denn da?, 59., aktualisierte und erw. Aufl. Stuttgart: Kosmos, 2015.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie für ihre Unterstützung.

Außerdem möchte ich mich bei meinem Betreuer Ao. Univ.Prof. Dipl.-Ing. Dr.techn. Christian Kühn für seine erhellenden Anmerkungen und Denkanstöße bedanken; Liliana Di Fedè für den unschätzbaren Einblick in den Pflegebetrieb Bozens; Barbara Zerbini, Cristina Zainea, Carlo Bassetti und Christian Kagerer, Norbert Spitaler für die Interviews.

Des Weiteren gilt mein Dank Julian und Silvano für ihre Hilfe.