

Diplomarbeit

Leben mit Demenz – eine Einrichtung im ländlichen Raum

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades

eines Diplom-Ingenieurs/Diplom-Ingenieurin

unter der Leitung von

ao.Univ.Prof.Dr.techn.Dipl.Ing.

Helmut Schramm

E253.2 Institut für Architektur und Entwerfen

Abteilung für Wohnbau und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien

Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

Sandra Weikmann

0525855

Donaugasse 26

3435 Erpersdorf

Erpersdorf, am 23.05.2013

Inhaltsverzeichnis

1. Kurzbeschreibung	6
1.1 Motivation zu dieser Arbeit	6
1.2 Aufbau der Arbeit	8
2. Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts – Demenz	11
2.1 Ursachen der Krankheit	13
2.2 Verlauf der Krankheit	14
2.2.1 Stadium 1: leichte Demenz	14
2.2.2 Stadium 2: mittlere Demenz	15
2.2.3 Stadium 3: schwere Demenz	15
2.3 Heilung und Handlungsbedarf	17
3. Das Altern der Gesellschaft – Demographische Entwicklung	20
3.1 Österreich	20
3.1.1 Trends in Österreich	20
3.1.2 Generation 65+	21
3.1.3 Pflegebedarf in Österreich	22
3.2 Deutschland	25
3.2.1 Trends in Deutschland	25
3.2.2 Generation 65+	26
3.2.3 Pflegebedarf in Deutschland	27
3.3 Europa	30
3.4 Österreich und Deutschland im Vergleich	31
4. Gefühle werden nicht dement – einfach zum Nachdenken	33
5. Die 4 Generationen – Geschichte des Pflegeheims	37
5.1 Die 1. Generation der Pflegeheime	37
5.2. Die 2. Generation der Pflegeheime	37
5.3 Die 3. Generation der Pflegeheime	37
5.4. Die 4. Generation der Pflegeheime oder stationäre Hausgemeinschaften	38

6. Geschichte des Pflegeheimbaus in Deutschland	40
6.1 Vom Krankenhaus zum Wohnumfeld	40
6.2 Vorzeigebauwerke der 90er Jahre	40
6.3 Weiterentwicklung der Wohngemeinschaften	41
6.4 Aktuelle Pflege- und Betreuungsformen demenzkranker Menschen	41
6.4.1 Häusliche Pflege	42
6.4.2 Teilstationäre Pflege	42
6.4.3 Selbstständige Wohnformen	43
6.4.4 Ambulant betreutes Wohnen	43
6.4.5 Pflegeheime (stationäre Pflege)	44
7. Leitbilder der Betreuung in Pflegeheimen	47
7.1 Leben in der Gemeinschaft „Hausgemeinschaft“	47
7.1.1 Zielgruppe	48
7.1.2 Personalaufwand und Tagesablauf	48
7.1.3 Bauliche Umsetzung	49
7.1.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen bei Hausgemeinschaften	49
7.2 Leben in der Nachbarschaft „Demenzwohngruppe“	49
7.2.1 Zielgruppe	50
7.2.2 Personalaufwand und Tagesablauf	50
7.2.3 Bauliche Umsetzung	50
7.2.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen bei Demenzwohngruppen	51
7.3 Wohnbereiche mit besonderer Dementenbetreuung	51
7.3.1 Zielgruppe	51
7.3.2 Personalaufwand und Tagesablauf	51
7.3.3 Bauliche Umsetzung	52
7.3.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen bei Wohnbereichen mit besonderer Dementenbetreuung	52
7.4 Die Pflegeoase	52
7.4.1 Zielgruppe	53
7.4.2 Personalaufwand und Tagesablauf	53
7.4.3 Bauliche Umsetzung	53
7.4.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen der Pflegeoase	53

8. Pflegeeinrichtungen im Vergleich	55
8.1 Heim für Demenzkranke am Zentrum für Psychiatrie, Bad Schussenried	55
8.2 Haus im Park, Bremerhaven	58
8.3 Altenpflegeheim Naunhofer Straße, Leipzig	62
9. Entwurf einer Demenz-Einrichtung	68
9.1 Analyse des Ortes	68
9.2 Personalaufwand und Pflegegeld in Deutschland	70
9.3 Bauplatzbeschreibung	72
9.4 Aufgabenstellung Wettbewerb	73
9.5 Bauplatzanalyse	78
9.6 Der Entwurf	83
9.6.1 Konzeptioneller Ansatz	83
9.6.2 Das Prinzip „Marktplatz“	85
9.6.3 Die Hausgemeinschaften	87
9.6.4 Die Zimmer	90
9.6.5 Das Personal	91
9.6.6 Die Erschließung	93
9.6.7 Die Bauphasen	95
9.6.8 Orientierbarkeit	103
9.6.9 Material und Design	104
9.6.10 Planmaterial	105
9.5.11 Freiraumgestaltung	141
9.5.12 Haustechnik-Konzept	155
9.5.13 Statisches Konzept & Details	156
9.5.14 Umnutzung des Gebäudes	162
10. Quellenverzeichnis	168
10.1 Literaturverzeichnis	168
10.2 Abbildungsverzeichnis	172



1. Kurz- beschreibung

1. Kurzbeschreibung

Ziel der Diplomarbeit ist es, auf dem Grundstück eines ehemaligen Pflegeheimes in Affinghausen (D), unter Einbeziehung des alten Gebäudeensembles, eine Modelleinrichtung für demenzkranke Menschen im ländlichen Raum zu schaffen. Nach der Analyse der Krankheit, ihrem Verlauf und einigen bereits vorhandenen Beispielen, spielt nicht nur die städtebauliche Einbindung eine große Rolle, sondern auch die Frage, was Patienten, ihre Angehörigen und das betreuende Personal benötigen, um die Betreuung und das Leben der Betroffenen so lebenswert wie nur möglich gestalten zu können.

***„Das Glück des Augenblicks
lässt sich nicht für später aufheben.“***
(Zitat von Ernst Ferstl)

1.1 Motivation zu dieser Arbeit

Immer wieder spricht man in Verbindung mit Alzheimer von der Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts. Doch was dies wirklich bedeutet, erfährt man oftmals erst wenn ein Bekannter oder Verwandter davon betroffen ist.

Da es keinen größeren Risikofaktor für Demenz, als das Alter gibt, war dies in meinem Fall meine 96jährige Urgroßmutter. Auch sie litt die letzten Jahre ihres Lebens an Alzheimer-Demenz.

Körperlich ging es ihr eigentlich immer gut. Doch mit der Zeit trat das Vergessen auf.

Ihre gute körperliche Verfassung machte die Betreuung durch eine Pflegekraft zu Hause möglich. Wie es für den Krankheitsverlauf typisch ist, geschah das Vergessen im Rückwärtsgang. Zuerst erkannte sie ihre Urenkel, danach ihre Enkelkinder und am Schluss sogar ihre eigenen Kinder nicht mehr.

Das Vergessen reichte nach einiger Zeit schließlich soweit, dass sie ihr eigenes Haus nicht mehr erkannte und nur mehr die Erinnerungen an ihre Jugendjahre und ihre alte Heimat blieben.

So stand meine Urgroßmutter eines Tages am offenen Fenster und flehte Passanten an, sie mögen ihr doch bitte helfen, denn sie würde in diesem Haus festgehalten werden, gegen ihren Willen.

Zum Glück war sie Zeit ihres Lebens eine gesellige, freundliche und in ihrem Dorf gut bekannte Frau, sodass alle wussten, dass sie hier zu Hause war und man sich gut um sie kümmerte.

Auch ihre Pflegekräfte waren stets freundlich und um ihr Wohlsein bemüht.

Trotzdem fühlt man sich als Angehöriger machtlos. Man will nur das Beste für die betroffene Person und ist oft ratlos was diese Entscheidung betrifft. Doch ob nun ein Platz in einem Pflegeheim mit liebevoller Betreuung oder die Pflege im eigenen Haus als Richtig erachtet wird, hängt von der Person selbst und den Lebensumständen ab.

Meine Urgroßmutter war auch im hohen Alter wöchentlich auf ihrer Frauenrunde im Dorfwirtshaus, und ich denke, sie hätte sicher auch ihren Spaß und ihre Freunde im Pflegeheim gefunden.

Fakt ist jedoch, dass der größte Teil der Betreuung und Pflege von Familienangehörigen oder Pflegekräften zu Hause geleistet wird. Durchschnittlich ca. 72 Stunden pro Woche ohne ausreichender finanzieller Unterstützung oder Entlastungsangeboten. Diese belastete Situation führt oftmals auch dazu, dass Angehörige an Depressionen und Erschöpfung leiden.

Aus Sicht der betroffenen Person, fühlt er sich stets von Menschen umgeben, die alles besser können und wissen als er selbst. Dies kann zu Angstzuständen, Hilflosigkeit, Einsamkeit und die daraus resultierenden Aggressionen führen, oftmals auch gegen sich selbst.

Aufgrund dieser Tatsachen ist meiner Meinung nach die Betreuung Demenzkranker in Pflegeheimen keineswegs ein Zeichen von Schwäche oder Lieblosigkeit der Angehörigen. Im Gegenteil. Da sie aufgrund einer solch großen Belastung oftmals selbst zu Depressionen

neigen und somit zu Hilfebedürftigen werden, ist dies eine Möglichkeit, sich und seine Gesundheit vor dieser Überforderung zu schützen.

Die gewonnene Zeit sollte man stattdessen für regelmäßige Besuche nutzen - voller Hoffnung und Lebensfreude, denn Gefühle stecken bekanntlich an.

Aus dieser Überzeugung heraus, bin ich sehr bemüht, den negativen Beigeschmack von Pflegeheimen entgegenzuwirken und einen Ort zu schaffen, an dem sich das Pflegepersonal, die Betroffenen und deren Besucher wohlfühlen können und verstanden fühlen und den man gerne mit einem Lächeln betritt.

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich mit ihrem Wissen und Erfahrungen bei meiner Diplomarbeit begleitet haben. Ein großer Dank geht auch an meine Familie, die mich unermüdlich unterstützt und mir das Studium ermöglicht hat.

1.2 Aufbau der Arbeit

Meine Arbeit beginnt mit einer kurzen Zusammenfassung und meiner persönlichen Motivation für diese Arbeit.

Im Kapitel 2, gehe ich dann näher auf die Entdeckung, die Ursachen und den Verlauf der Krankheit „Demenz“ ein. Da es jedoch noch keine Heilung für diese Krankheit gibt, erörtere ich kurz den Handlungsbedarf in Bezug auf die architektonische Entwicklung.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in Österreich, Deutschland und der EU und ich versuche vor allem den Grund für das immer Älter werden der Menschen auf den Punkt zu bringen.

Anschließend kommt ein Kapitel, in dem man kurz inne halten soll, um sich Gedanken über unsere Gefühle, die der Betroffenen und Angehörigen machen zu können.

In den Kapiteln 5 und 6 möchte ich euch die Geschichte des Pflegeheimbaus näher bringen. Vor allem Deutschland gilt als einer der Vorreiter in Sachen Pflegeheimbau.

Gefolgt von den Leitbildern der Betreuung in Kapitel 7, komme ich danach zu einem Vergleich von bestehenden Pflegeheimen mit Demenzstationen.

Das letzte Kapitel bringt mich über die Analyse des Ortes zu meinem Entwurf, in dem ich die Erkenntnisse meiner Arbeit einfließen lassen werde.



2. Volkskrank- heit des 21 Jhdt.

2. Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts – Demenz

Demenz wird häufig mit „fortschreitendem Verlust geistiger Fähigkeit“ beschrieben und verändert auch zunehmend die Persönlichkeit der Erkrankten. Sie tritt mit höherem Alter immer häufiger auf.

Es ist eine Erkrankung bei der Nervenzellen im Gehirn fortwährend zerstört werden. Diese Nervenzellen sind normalerweise für das Gedächtnis, das Denkvermögen und vor allem für Lernvorgänge zuständig. Angefangen von Symptomen wie Gedächtnisstörungen und mangelndes Urteilsvermögen bis hin zur Bettlägerigkeit, machen das Leben anfangs schwer und schließlich ohne Betreuung unmöglich.¹

Erstmals wurden die Symptome der Krankheit vom deutschen Neuropathologen und Psychiater Alois Alzheimer entdeckt und beschrieben. Er fand heraus, dass es im Gehirn seiner Patienten typische mikroskopische Veränderungen gab und untersuchte dies näher. Später war es er, der dieser Krankheit seinen Namen gab.²

Weitere Hinweise auf die Krankheit „Demenz“, oder wie sie damals bekannt war des „Altersblödsinns“, bieten zwei Zitate aus der psychiatrischen Literatur Anfang des 20. Jahrhunderts.

- Emil Kraepelin (1910): „In ihrer stärksten Ausprägung führen die psychischen Veränderungen der Greise zum Krankheitsbild des Altersblödsinns (dementia senilis). Den Grundzug dieses Leidens bildet eine allmähliche fortschreitende, eigenartige psychische Schwäche, die in der Abnahme der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses als besonders kennzeichnende Züge hervortreten.“³
- Eugen Bleuler (1916): „Die *Ursachen* des Altersblödsinns sind noch ganz dunkel, jedenfalls ist Erbanlage dabei beteiligt. Die Fälle häufen sich etwa vom 65. Jahr an. Besonders frühes Versagen der trophischen Energie des Gehirns kommt namentlich vor (...) bei *Alkoholikern* (...), bei *Manisch-Depressiven* und bei *Herzkranken*. Anlass zum Ausbruch geben nicht selten akute schwächende Krankheiten, (...). *Differentialdiagnose*. (...) Es ist

¹ Vgl. HEL, 2004

² Vgl. FUC, 2005, Seite 6

³ Vgl. KRA, E.: zitiert in Wettstein (1991), Seite 34

willkürlich, wo man die Grenzen ziehen will. Für forensische Zwecke wird man sich an praktische Momente halten;⁴

Die Früherkennung ist wie bei jeder Erkrankung sehr wichtig und ausschlaggebend für die Geschwindigkeit des Fortschritts. Anfangs gelingt es den Betroffenen meist sehr gut, den Verlust des Kurzzeitgedächtnisses mit Strategien aus dem Langzeitgedächtnis zu kompensieren und zu überspielen. Jedoch nimmt die Erkrankung stetig zu. Meist beginnt der Verlust des Gedächtnisses bei den Patienten im Rückwärtsgang. Das heißt, dass die erst erlebten Erinnerungen zuerst verschwinden und dies bis hin in die frühe Kindheit reicht. Dieser Prozess ist jedoch keineswegs gleichförmig, sodass viele Patienten Schwierigkeiten mit der zeitlichen Einordnung der Erinnerungen haben.

Ebenso wie bei den Erinnerungen, erfolgt auch der Verlust von geistigen Fähigkeiten wie z.B. die Beherrschung wenn man wütend oder aggressiv ist. Man verlernt so zu sagen, die richtige Umgangsweise mit Gefühlsregungen. Dies ist nicht nur verwirrend, sondern bedeutet für die Betroffenen Stress, Angst und Orientierungslosigkeit, was wiederum zu Wutanfällen und Aggressionen führen kann, die sie wie es scheint, nicht mehr kontrollieren können.⁵

Die Beschwerden bei Alzheimer-Demenz sind oft sehr unterschiedlich und nicht bei allen Patienten gleich stark ausgeprägt. Die Krankheit verläuft von Patient zu Patient unterschiedlich und in einer unterschiedlichen Geschwindigkeit.

Intensität und Art der Beschwerden sind sowohl abhängig vom betroffenen Hirnareal, als auch der Vorbildung, der körperlichen Verfassung und den Lebensumständen des Patienten. Die Gemeinsamkeit ist jedoch eine sehr traurige. Bei allen Erkrankten nimmt die Hirnleistung stetig ab.⁶

⁴ Vgl. BLE, M (1966), Seite 208

⁵ Vgl. HEL, 2004

⁶ FUC, 2005, Seite 7

2.1 Ursachen der Krankheit

Bis dato konnte die Ursache von Alzheimer-Demenz nicht geklärt werden. Fakt ist, dass bei dieser Krankheit Gehirnzellen absterben. Charakteristisch für die Krankheit sind die Ablagerungen im Gehirn (Alzheimer-Fibrillen und Plaques). Sie entstehen durch die nicht vollständig abgebauten Bruchstücke der Gehirnzellen in Kombination mit anderen Eiweißen.

Durch diese Vorgänge nimmt nicht nur die Hirnmasse deutlich ab, sondern auch die Konzentration wichtiger neuronaler Botenstoffe, sowie die Anzahl der Nervenbindungen.

Bei rund sechs Prozent der Betroffenen wird eine genetische Ursache zwar vermutet, konnte jedoch noch nicht bewiesen werden. Trotzdem ist die Erkrankungsgefahr bei Verwandten ersten Grades deutlich erhöht.

Frauen erkranken etwas häufiger als Männer, was zum Teil aber auch auf das zu erwartende höhere Lebensalter zurück zu führen ist. Eine Ansteckungsgefahr ist jedoch ausgeschlossen.

Das Risiko an Demenz zu erkranken wird neben der möglichen genetischen Belastung auch noch von anderen Faktoren beeinflusst wie z.B. der Schulbildung, das soziale Umfeld, gesundheitliche Faktoren (Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, Schilddrüsenunterfunktion), dem individuellen Lebensstil (Verzehr von bestimmten Nahrungs- und Genussmitteln), sowie Depressionen oder zurückliegende schwere Gehirnverletzungen eine große Rolle. Sie sind auch entscheidend für den zeitlichen Verlauf der Krankheit.⁷

Neben der Alzheimer-Demenz gibt es auch noch andere Formen der Demenz wie z.B. die vaskuläre Demenz. Sie entsteht infolge von schweren Krankheiten wie z.B. Hirninfarkten und Schlaganfällen. Auch der Missbrauch von Alkohol, Arzneimitteln und das Rauchen, zählen zu den häufigsten Risikofaktoren.

⁷Vgl. FUC, 2005, Seite 6

Die Symptome ähneln denen bei Alzheimer-Demenz. Ein Unterschied besteht jedoch in der Wahrnehmung des eigenen Zustandes. So können die an der vaskulären Demenz erkrankten Personen die Veränderungen eher wahrnehmen, als die an Alzheimer-Demenz Erkrankten.

Leider gibt es auch bei dieser Form der Demenz keine Heilung. Man kann jedoch versuchen, das Risiko einer solchen Krankheit, die zu Demenz führen kann, zu minimieren. Die besten Chancen hat man mit einem gesunden Lebensstil und körperlichen Training. Bei z.B. Bluthochdruck kann auch mit Medikamenten versucht werden einem Schlaganfall etc. vorzubeugen.⁸

2.2 Verlauf der Krankheit

Demenz wird in nachfolgende drei Stadien eingeteilt.

2.2.1 Stadium 1: leichte Demenz

In diesem Stadium sind die Anzeichen oftmals noch schwer zu erkennen. Angefangen bei Konzentrationsstörungen, Überforderungsgefühlen, Interessenlosigkeit bis hin zu Ängsten, die meist darauf beruhen, dass die Betroffenen den Verlust der geistigen Fähigkeiten selbst wahrnehmen, bis hin zum sozialen Rückzug. In diesem Stadium können die betroffenen Personen ihren Alltag noch relativ eigenständig bewältigen, auch wenn sie auf Hilfsmittel wie Merktettel (da meist erstmals nur das Kurzzeitgedächtnis betroffen ist) zurückgreifen müssen. Dieses Stadium bleibt von den Angehörigen meist unerkannt. Als Grund für die Vergesslichkeit wird der Alltagsstress vermutet und somit schnell darauf vergessen.⁹

Weitere Anzeichen sind:

- das Vergessen von Namen
- das Wiederholen von Sätzen und Phrasen
- Schwierigkeiten beim Finden der richtigen Worte
- Gesprochene Sätze werden kürzer und weniger komplex

⁸ Vgl. www.meduniwien.ac.at, Zugriff am 10.09.2011

⁹ Vgl. HEL, 2004

- im Gespräch verlieren sie oftmals den Faden aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten¹⁰

2.2.2 Stadium 2: mittlere Demenz

Spätestens in diesem Stadium werden die Beschwerden stärker und für jeden sichtbar. Hier treten bereits vermehrt Orientierungsstörungen auf, die oftmals zu Persönlichkeitsänderungen führen und somit eine erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität auslösen können. Die meisten Demenzerkrankungen werden erst in diesem Stadium festgestellt. Es kommt oftmals auch zur Vernachlässigung der Körperpflege, der Ernährung und des Haushaltes. Die Hilfe von Angehörigen oder Pflegepersonal wird notwendig, um die täglichen Verrichtungen des Alltags zu meistern. Angehörige müssen sich bei der Betreuung zu Hause bewusst sein, dass kleine Unachtsamkeiten wie das Brennen lassen einer Kerze zu großen Problemen und Katastrophen führen kann.¹¹

Weitere Anzeichen sind:

- die örtlichen und zeitlichen Orientierungen schwinden
- Gegenwart und Vergangenheit werden vermischt
- der Tag-Nacht-Rhythmus kann verloren gehen
- Sinneseindrücke werden zunehmend falsch interpretiert
- Halluzinationen können auftreten
- Schwindender Geschmackssinn führt zur Appetitlosigkeit
- Berührungen können als unangenehm empfunden werden
- Stimmungswechsel treten sehr häufig auf¹²

2.2.3 Stadium 3: schwere Demenz

In diesem Stadium ist es den Betroffenen unmöglich alleine zu leben. Sie sind auf die Hilfe anderer angewiesen. Die Wohnung/das Haus wird nicht mehr als das Zuhause erkannt, Familienmitglieder und Freunde sind plötzlich fremd und der Bezug zur Gegenwart geht zunehmend verloren. Hier setzen auch vermehrt körperliche Beschwerden wie

¹⁰ Vgl. FUC, 2005, Seite 7

¹¹ Vgl. HEL, 2004

¹² Vgl. FUC, 2005, Seite 8

Schluckbeschwerden, Inkontinenz etc. ein. Dieses Stadium reicht bis zum bettlägerigen Pflegefall.¹³

Weiter Anzeichen sind:

- die Kontaktaufnahme zu Betroffenen ist nur noch schwer möglich
- dennoch reagieren die Erkrankten oft positiv auf Stimmen und Berührungen.¹⁴

Nicht alle Erkrankten durchleben jedoch alle drei Stadien und enden als vollkommener Pflegefall. Es lassen sich durchaus Schwankungen, was den Zustand der Betroffenen angeht, feststellen. So kann es während des Krankheitsverlaufs immer wieder zu guten Tagen mit mehr Klarheit und Erinnerungsvermögen kommen. Der Durchschnitt der Lebensdauer nach der Diagnose Demenz liegt bei etwa sieben Jahren.

Zusammengefasst noch einmal die häufigsten Symptome der Demenz:

Kognitive Störungen

- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsschwierigkeiten
- Störungen des Denk- und Urteilsvermögens
- Störung der Reizverarbeitung

Funktionelle Störungen

- Zunehmende Unselbstständigkeit bei komplizierten und einfachen Alltagsfähigkeiten
- Unsicherheit der Bewegungen und Gangstörungen
- Störungen der Körperhaltung
- Kontrollverlust über Darm und Blase
- Schluckstörungen
- Andauernde Bettlägerigkeit

¹³ Vgl. HEL, 2004

¹⁴ Vgl. FUC, 2005, Seite 8

Verhaltensstörungen

- Wahnhafte Störungen
- Depression
- Gefühlsschwankungen
- Angst
- Hyperaktivität
- Apathie
- Schlaflosigkeit, unruhiges Herumwandern
- Verbale und körperliche Aggressionen ¹⁵

2.3 Heilung und Handlungsbedarf

Statistiken zufolge waren im Jahr 2009 bereits 95.000 Menschen an Demenz erkrankt. Diese Zahl ist nicht nur sehr hoch, sondern ihre Prognosen für die zukünftige Entwicklung noch um einiges erschreckender. Bis zum Jahr 2050 rechnet man mit einem Anstieg auf ca. 290.000 Betroffenen. Das ergibt eine durchschnittliche Neuerkrankungsrate von etwa 75.000 Patienten pro Jahr.

Dabei ist die häufigste Demenzform Alzheimer-Demenz (60-80%), gefolgt von der vaskulären Demenz (10-25%), die in Folge von Durchblutungsstörungen häufig z.B. nach Schlaganfällen auftritt. An dritter Stelle steht die Demenz nach Lewykörperchen (7-25%), die in Verbindung mit der Parkinson-Krankheit auftritt. ¹⁶

Trotz neuester Technik der Forschung konnte bis dato noch kein Heilmittel gegen Demenz auf den Markt gebracht werden. Geforscht wird an einer Impfung gegen das Vergessen. Bereits 2008 hoffte man auf einen Durchbruch in der Medizin, der jedoch leider bis heute ausblieb. Es sind zwar bereits Medikamente zur Behandlung von Demenz vorhanden, jedoch lässt sich damit die Erkrankung nur hinauszögern und nicht heilen. ¹⁷

¹⁵ Vgl. HEL, 2004

¹⁶ BUN, 2009, Seite 8

¹⁷ HÖR, www.neurologie-psihiatrie.universimed.com, 2009, Zugriff am 24.03.2011

Die vorher genannten Zahlen zeigen, dass wir nicht nur auf die Medizin hoffen sollten, sondern es auch an der Zeit ist zu handeln! Nicht nur auf dem Sektor der Krankenbetreuung, sondern auch in der Architektur. Die wichtigsten Fragen hierbei sind: „Was benötigt Architektur, damit Menschen mit Demenz würdevoll leben und wir ihnen den Alltag erleichtern können? Wie kann Architektur den Betroffenen das ohnehin schon schwierige Leben lebenswerter gestalten?“ Und: „Was kann Architektur zu Erleichterung der Betreuung beitragen?“.

Um diese Frage einigermaßen beantworten zu können, ist nicht nur eine Analyse von bestehenden Pflegeeinrichtungen, sondern auch deren Geschichte der Entstehung sehr hilfreich. Was haben sie gemeinsam? Was unterscheidet sie? Wie gehen sie auf die unterschiedlichen Pflegestufen ein? Farben, Formen, Freiräume, Angebote, Aufgaben, Barrierefreiheit, Sicherheit, Orientierbarkeit, Wiedererkennung, ...



3. Das Altern der Gesellschaft

3. Das Altern der Gesellschaft – Demographische Entwicklung

Durch die Analyse der Geburtenzahlen, Sterbefällen und Wanderungen eines Landes, lassen sich Veränderungen im Umfang und der Struktur der Bevölkerung aufzeichnen. Aus diesen Aufzeichnungen gewinnt man anschließend Prognosen für die Zukunft, die wiederum Aufschluss über das Gesundheitssystem (z.B. Pflegebedarf etc.) geben können. Dies bietet vor allem politischen Entscheidungsträgern die Möglichkeit auf eine Vorausplanung.

3.1 Österreich

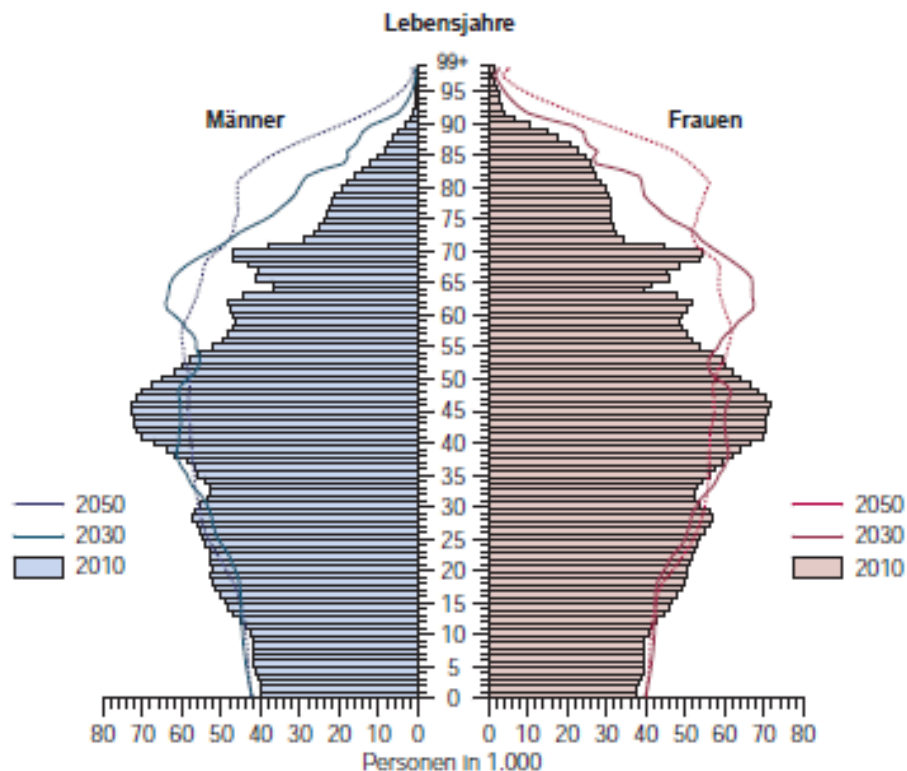
Statistiken zufolge, erlebte Österreich zwar im Jahr 2009 einen Bevölkerungszuwachs von 0,2% im Vergleich zum Vorjahr, jedoch ist dieser nur halb so hoch wie im Jahr zuvor. Dies liegt einerseits an einem starken Rückgang des Wanderungssaldos (Zuzüge minus Wegzüge von Ausländern) und andererseits an einer negativen Geburtenbilanz (Lebendgeborene minus Verstorbene).

In Zahlen bedeutet das eine Bevölkerung von 8,375.290 Mio. Menschen zum Anfang des Jahres 2010. Ein Anstieg von 20.030 Personen im Vergleich zum Vorjahr.

Das stärkste Wachstum verzeichnete das Bundesland Wien mit einer prozentuellen Steigung von +0,7%. Kärnten hingegen hatte als einziges Bundesland einen Bevölkerungsrückgang von -0,2% zu verbuchen.

3.1.1 Trends in Österreich

Ein bereits langfristiger demographischer Trend in Österreich ist das „demographische Altern“. Dies bedeutet, dass es immer mehr ältere Menschen gibt, die einerseits durch die immer höher werdende Lebenserwartung (2009: Männer 77,4 Jahre, Frauen 82,9 Jahre) und andererseits auf den Rückgang der Geburtenzahlen zurückzuführen ist. Verstärkt wird dieser Trend durch die zwei Boom-Geburten-Generationen von 1940 bis 1943 und den frühen 1960er Jahren (siehe Abb. Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050).



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsvorausschätzung.

Abb. 1: Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050

3.1.2 Generation 65+

Bei den 65jährigen oder älteren geht man davon aus, dass sich die Zahl binnen der nächsten 40 Jahre um 10,5% steigern wird. Prozentuell gesehen, lag dieser Stand der Personen zum Jahresbeginn 2010 immerhin bei 17,5%. Das sind 2,5% über dem Stand der Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre (15%).

Mit einem Prozentsatz von +22,8% nahm vor allem die Gruppe der 85jährigen und älteren zu. Dies sind immerhin 177.650 Personen. Hand in Hand mit dieser erfreulichen Entwicklung geht jedoch die Vermehrung von altersbezogenen Krankheiten wie z.B. Demenz. Diese Krankheit tritt durch den Fortschritt der Medizin, die die Lebenserwartung von Menschen stetig steigert, immer häufiger auf.¹⁸

¹⁸ Vgl. STA, 2010, Seite 21–38

In Österreich leben derzeit etwa 100.000 Menschen, die von Alzheimer-Demenz betroffen sind. Statistiken zufolge wird sich diese Zahl jedoch bis 2050 verdoppeln.¹⁹

Einer bundesdeutschen Studie zufolge führen Demenzerkrankungen die Liste für die Gründe einer Aufnahme in einem Pflegeheim mit 43% an. Darüber hinaus führt Demenz auch mit 47% zu einer Pflegebedürftigkeit. Somit gibt es keine andere psychische oder körperliche Krankheit, die so oft zu einem Pflegebedarf im Alter bzw. zu einer stationären Aufnahme in Pflegeheimen führt als Demenz. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Demenzkranken liegt bei acht Jahren, die sie zum Großteil in Pflegeheimen verbringen.²⁰

Lebenserwartung in Gesundheit seit 1991 nach Geschlecht

Healthy life expectancy since 1991 by sex

Lebenserwartung	Männer			Frauen			Veränderung 1999 bis 2006 in Jahren	
	1991	1999	2006	1991	1999	2006	Männer	Frauen
bei der Geburt (in Jahren)								
Insgesamt	72,3	74,8	77,1	79,0	80,9	82,7	2,3	1,8
Guter Gesundheitszustand	55,7	58,6	61,8	56,9	60,9	63,2	3,2	2,3
Schlechter Gesundheitszustand	4,1	4,0	4,0	5,1	4,9	4,8	0,0	-0,1
Anteil in guter Gesundheit in %	77,0	78,3	80,2	72,0	75,3	76,4	-	-
fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren (in Jahren)								
Insgesamt	14,4	15,6	17,2	18,0	19,3	20,6	1,6	1,3
Guter Gesundheitszustand	6,0	7,8	8,8	6,0	8,7	9,0	1,0	0,3
Schlechter Gesundheitszustand	2,6	2,5	2,5	3,7	3,2	3,3	0,0	0,1
Anteil in guter Gesundheit in %	41,7	50,0	51,2	33,3	45,1	43,7	-	-

Q: STATISTIK AUSTRIA, Berechnungen auf Basis der Sterbetafeln 1991, 1999 und 2006 sowie der Fragen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes im Rahmen der Mikrozensus-Sonderprogramme „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999 und der Gesundheitsbefragung 2006/07. - Lebenserwartung in guter Gesundheit umfasst die Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“, Lebenserwartung in schlechter Gesundheit die Antwortkategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“. Erstellt am: 21.08.2007.

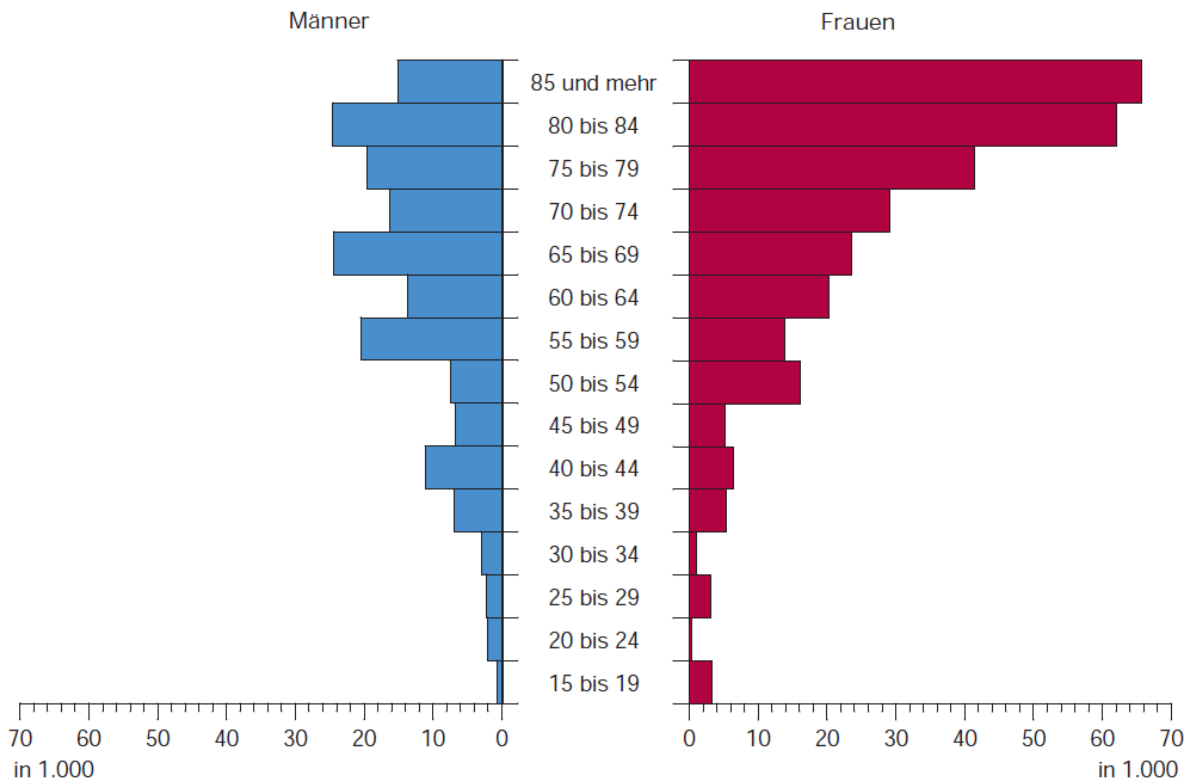
Abb. 2: Lebenserwartung in Gesundheit seit 1991 nach Geschlecht

3.1.3 Pflegebedarf in Österreich

Derzeit ist die genaue Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Österreich leider nicht genau bekannt. Einer österreichischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2006/2007 der Statistik Austria zufolge, gab es zu diesem Zeitpunkt rund 471.000 Menschen die bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Essen, Waschen, Anziehen etc.) Probleme hatten. Diese Zahl der pflegebedürftigen Menschen setzte sich aus 174.000 Männern und 297.000 Frauen zusammen.

¹⁹ Vgl. FUC, 2005, Seite 6

²⁰ Vgl. www.bmask.gv.at, Zugriff am 27.09.2011, Seite 8–9



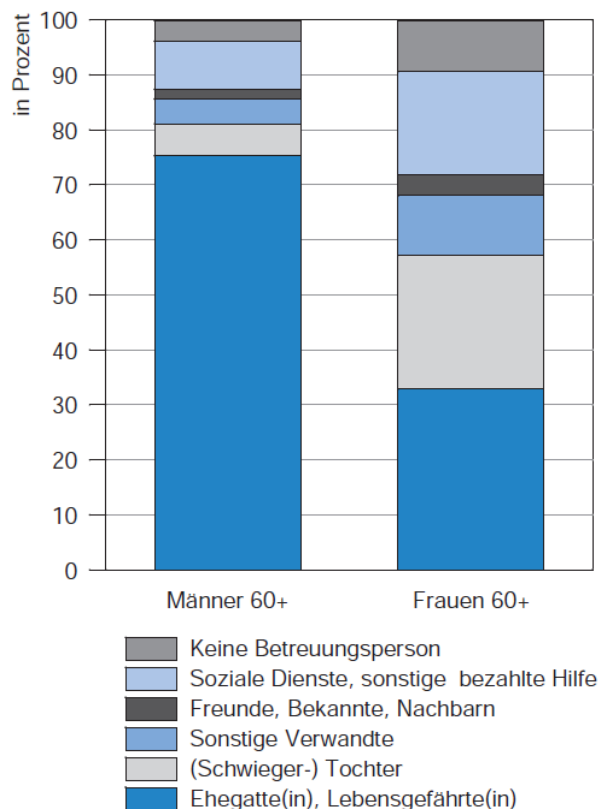
Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 3: Probleme bei Basisaktivitäten des täglichen Lebens

Der Überschuss an pflegebedürftigen Frauen lässt sich zum Teil auch mit dem erhöhten Frauenanteil an der Gesamtbevölkerung ab der Altersgruppe von 50 bis 54 Jahren erklären. Diese Zahl nimmt mit Höhe des Lebensalters zu. In der Altersgruppe von 75 +, liegt der Frauenanteil bereits bei 2/3 der Personen. Prognosen zufolge wird dieser Unterschied bis 2030 bzw. 2050 abnehmen.

44.000 Personen gaben an, dass sie bei akuter Krankheit bzw. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit keine ausreichende Unterstützung haben. Frauen sind auch in diesem Fall häufiger davon betroffen als Männer. Während $\frac{3}{4}$ der Männer ab 60 Jahren hauptsächlich von ihren Gattinnen oder Lebensgefährtinnen betreut werden, werden Frauen in dieser Altersgruppe nur in einem Drittel dieser Fälle von ihrem Gatten oder Lebenspartner betreut. In diesen Fällen übernehmen die Pflege meist eine Tochter oder ein sonstiger Verwandter bzw. sozialer Dienst.

Doch nur 9% der betroffenen Männer und 19% der Frauen nehmen diese Dienste in Anspruch.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österr. Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 4: Betreuung älterer Menschen bei längerer Krankheit

Anfang August 2010 gab es in ganz Österreich 851 Wohn- und Pflegeheime. Von ihnen werden rund 75.000 Pflegeplätze zur Verfügung gestellt. Diese Zahlen stammen aus einer Datenbank des Sozialministeriums für Betroffene und Angehörige und stützen sich auf Auskünfte der Heimverwaltungen, da Alten- und Behindertenbetreuung in Österreich Ländersache ist.²¹

Bundesland	Wohn- und Pflegeheime				Wohn- und Pflegeplätze			
	insgesamt	öffentlich	privat	konfessionell	insgesamt	öffentlich	privat	konfessionell
Österreich	851	403	369	79	75.038	35.994	32.491	6.553
Burgenland	42	7	30	5	1.969	444	1.106	419
Kärnten	70	25	39	6	4.743	1.635	2.748	360
Niederösterreich	111	58	39	14	11.705	6.820	3.613	1.272
Oberösterreich	129	99	13	17	12.696	10.415	841	1.440
Salzburg	79	66	12	1	5.558	4.546	877	135
Steiermark	199	40	141	18	11.575	3.884	6.736	955
Tirol	82	66	13	3	5.500	4.063	1.151	286
Vorarlberg	54	33	19	2	2.264	1.175	944	145
Wien	85	9	63	13	19.028	3.012	14.475	1.541

Q: BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, <http://www.infoservice.bmask.gv.at> Stand: 3. August 2010

Abb. 5: Wohn- und Pflegeheime/-plätze 2009/2010

²¹ Vgl. STA, 2010, Seite 55, 76

3.2 Deutschland

Die Bevölkerungszahl Deutschlands lag zu Beginn 2010 bei rund 81,802.000 Personen. Dies bedeutet einen Rückgang von 0,2% im Vergleich zum Vorjahr (200.000 Personen). Seit 2008 wurde erstmals ein Wanderungsverlust verzeichnet. Dieser setzte sich im Folgejahr mit einem Abwanderungsverlust von 13.000 Menschen fort. Diese Zahlen basieren auf den Abmeldungen bei den jeweiligen Meldebehörden. Dabei ist festzuhalten, dass durch die Einführung der persönlichen Steueridentifikationsnummer für alle Einwohner Deutschlands, im Jahr 2008 und 2009 eine Vielzahl von Bereinigungen der Melderegister von Amtswegen her durchgeführt wurden und sich dies auch in der Abwanderungszahl widerspiegelt.

Ein weiterer Grund für den starken Rückgang ist das Geburtendefizit von 189.000 Menschen. Berlin konnte als einzige Stadt in Deutschland einen Bevölkerungszuwachs von 11.000 Personen verzeichnen.²²

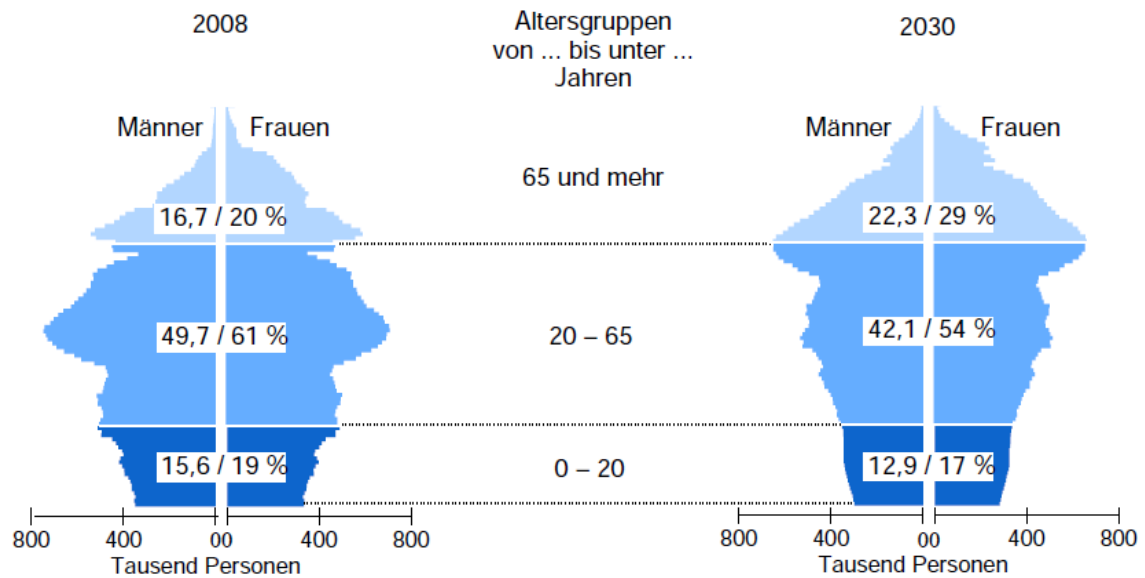
3.2.1 Trends in Deutschland

Durch die bereits jetzt schrumpfende Bevölkerungszahl, geht man davon aus, dass es im Jahr 2030 nur mehr 77,4 Mio. Einwohner in Deutschland geben wird. Dies bedeutet einen Rückgang von fast 5 Mio. Einwohnern im Vergleich zum Jahr 2008 (-5,7%).

Ebenso wie in Österreich, gibt es auch in Deutschland eine immer höhere Lebenserwartung für Neugeborene. So lag der Durchschnitt im Jahr 2008 für Jungen bei 77,2 Jahren und bei den Mädchen mit 82,4 Jahren deutlich höher. Doch diese Werte werden voraussichtlich in den kommenden Jahren noch um 3 bis 4 Jahre steigen.

Wie in der Bevölkerungspyramide dargestellt, vermutet man also einen immer größer werdenden Spagat zwischen unter 20jährigen und über 65jährigen.

²² Vgl. www.destatis.de, Zugriff am 29.09.2011



1 2030 Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung).

Abb. 6: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland in Tausend/in % der Gesamtbevölkerung

3.2.2 Generation 65+

Der Vergleich zwischen den Jahren 2008 und 2030 macht das Ganze eindeutig. So erwartet man bei der Generation 65+ einen Anstieg von insgesamt 9%. Sie machen damit im Jahr 2030 voraussichtlich 29% der Gesamtbevölkerung aus. Im Vergleich dazu nimmt die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren stetig ab. Es wird mit einem Verlust von 2% gerechnet.

Wenn man bedenkt, dass die Generation 65+ bereits 2008 um 1% mehr Anteil an der Gesamtbevölkerung als Deutschlands Jugend ausmacht, ist dieser Sprung im Jahr 2030 auf eine Differenz von 12% gewaltig.

Ebenso wie in Österreich, gibt es auch in dieser Generation einen Frauenüberschuss(58%). Einerseits wegen der höheren Lebenserwartung und andererseits spürt man noch die Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges.²³

Die immer höher werdende Lebenserwartung spürt man auch beim Prozentanteil der Generation 85+ an der Gesamtbevölkerung. Diese steigt nämlich von 2% (1,5 Mio. Menschen) im Jahr 2009 voraussichtlich auf 4% im Jahr 2030 und weiter auf 9% bis im Jahr 2060 an.²⁴

²³ Vgl. www.destatis.de, Seite 8–24, Zugriff am 29.09.2011

²⁴ Vgl. www.destatis.de, Zugriff am 29.09.2011, Seite 11

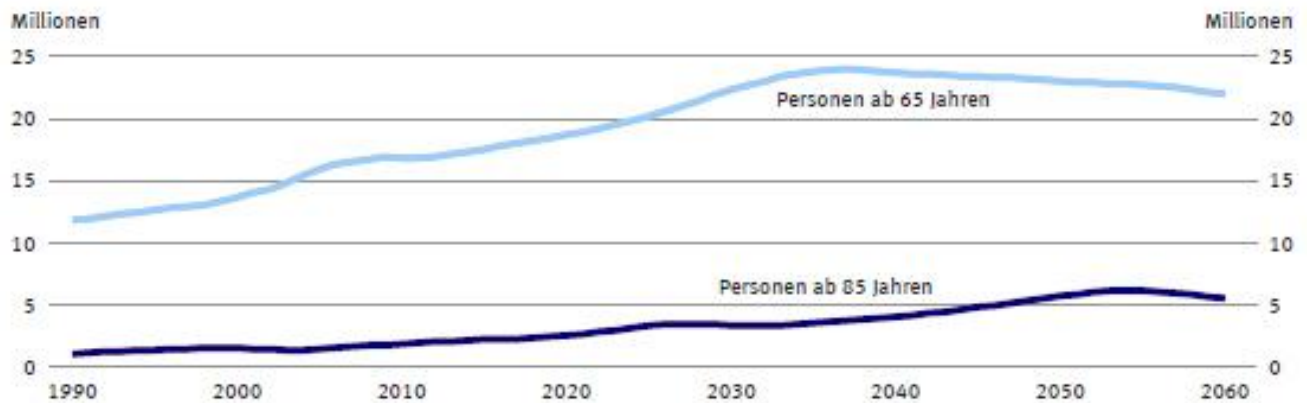


Abb. 7: Entwicklung der älteren Bevölkerung von 1990 bis 2060 in Deutschland

Schenkt man der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Glauben, so leben rund 1,1 Mio. Demenzkranke in Deutschland. Und es werden jährlich rund 250.000 Personen mehr. Durch die steigende Bevölkerungsalterung nimmt dies auch keinen Abbruch. Schätzungen zufolge sind bis zum Jahr 2050 etwa 2,6 Millionen Deutsche davon betroffen.²⁵

3.2.3 Pflegebedarf in Deutschland

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Deutschlands Menschen nicht nur länger leben, sondern diese Zeit erfreulicher Weise auch größtenteils gesund verbringen können. Bei einer Befragung im Jahr 2009 gaben jedoch 23% an, in den vier Wochen vor der Befragung derart gesundheitlich beeinträchtigt gewesen zu sein, um den alltäglichen Tätigkeiten nicht nachkommen zu können. Bei dieser subjektiven Selbsteinschätzung war der Anteil der Männer und Frauen ziemlich gleich.

Da der Anteil an gesundheitlichen Problemen erwartungsgemäß mit dem Alter steigt, waren 17% der 65–69jährigen, 21% der 70–74jährigen und 29% der über 75jährigen gesundheitlich beeinträchtigt.

In Zahlen waren Anfang 2010 gut 2,3 Mio. Deutsche pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches SGB XI. Die Mehrheit von Ihnen (67%) waren Frauen. 83% über 65 Jahre und 55% sogar über 80 Jahre.

Seit Einführung der Pflegestatistik im Jahre 1999 hat der Anteil an pflegebedürftige Menschen von 2 Mio. auf gut 2,3 Mio. leicht zugenommen.

Auch hier gibt es ebenso einen deutlichen Frauenüberschuss, der jedoch auch auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass Männer öfter von ihren Partnerinnen im Alter gepflegt

²⁵ Vgl. www.deutsche-alzheimer.de, Zugriff am 29.09.2011, Seite 1

werden als umgekehrt. Diese Personen verzichten meist zunächst auf eine Antragsstellung auf Pflegebedarf und fallen somit nicht in die Statistiken.

Die Pflege erfolgt bei 69% der Bedürftigen zu Hause. 31% (717.000 Personen) wurden hingegen vollstationär in Pflegeeinrichtungen aufgenommen. 24% dieser Personen liegen in der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren. Bei den ab 90jährigen steigt diese Zahl schon fast auf die Hälfte, sprich auf 48% an.

Grundsätzlich lässt sich ein Trend zur professionellen Pflege in speziellen Einrichtungen und durch ambulante Dienste verzeichnen. So nahm die Zahl der vollstationär betreuten Personen um 27 % zu. Dies bedeutet immerhin eine Zunahme von 155.000 Personen. Bei den ambulanten Diensten stieg die Zahl zwar nur um 140.000 Personen, was prozentuell gesehen jedoch mit 34% deutlich mehr ausmacht. Bei der Pflege durch Angehörige war die Zunahme lediglich 4% (38.000 Personen).

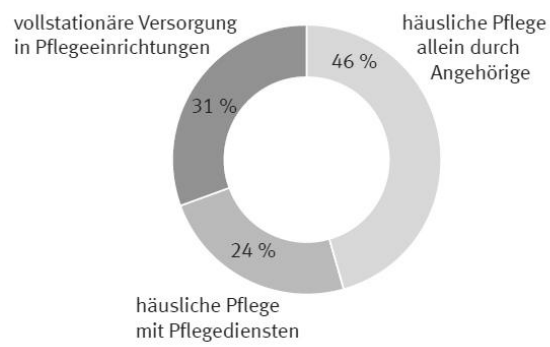
Für 2030 werden etwa 3,4 Mio. Pflegebedürftige in Deutschland erwartet.²⁶

	Insgesamt	Männer	Frauen		Insgesamt	Männer	Frauen
unter 15	0,6	0,6	0,6	unter 15	0,5	0,5	0,6
15 – 59	0,5	0,5	0,5	15 – 59	13,3	15,3	11,2
60 – 64	1,7	1,7	1,6	60 – 64	22,3	25,1	19,4
65 – 69	2,7	2,8	2,5	65 – 69	24,0	25,1	22,8
70 – 74	4,7	4,7	4,8	70 – 74	25,0	24,1	25,7
75 – 79	9,9	8,8	10,7	75 – 79	26,9	23,2	29,2
80 – 84	19,9	15,7	22,3	80 – 84	31,9	25,3	34,5
85 – 89	38,0	28,3	41,6	85 – 89	39,3	30,0	41,7
90 und mehr	59,1	36,8	66,7	90 und mehr	48,0	35,2	50,4
Insgesamt	2,9	1,9	3,8	Insgesamt	30,7	23,2	34,4

Abb. 8: Pflegequote 2009 in %
(Anteile an der jeweiligen Altersgruppe)

Abb. 9: Heimquote 2009 in %
(Anteile an allen Pflegebedürftigen der jeweiligen Altersgruppe)

²⁶ Vgl. www.destatis.de, Zugriff am 29.09.2011, Seite 73, 82, 83



	Anzahl in Tausend	Anteil in %
Pflegebedürftige insgesamt	2 338	100
zu Hause versorgt	1 621	69,3
allein durch Angehörige	1 066	45,6
zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste	555	23,7
in Pflegeeinrichtung vollstationär versorgt	717	30,7

Abb. 10: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2009

3.3 Europa

Der demografische Wandel hin zu einer Mehrheit der älteren Menschen lässt sich nicht nur in Österreich und Deutschland feststellen, sondern auch in allen anderen europäischen Ländern. An der Spitze ist und bleibt jedoch Deutschland – voraussichtlich auch für die nächsten 20 Jahre. Österreich steht prozentuell gesehen an Platz sechs und Irland bildet das Schlusslicht mit 11,3%. Allerdings ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen in Irland auch deutlich gesunken.

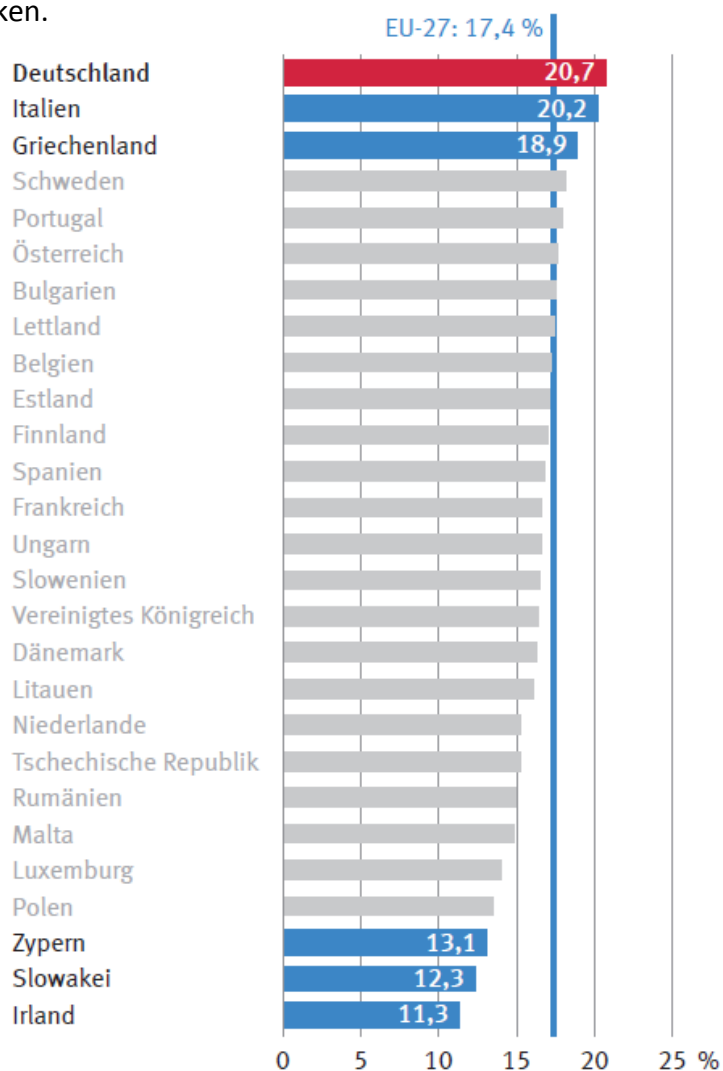


Abb. 11: Generation 65+, Anteil von Personen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung am 1.1.2010

Frankreich weist neben Irland zwar die gegenwärtig höchsten Geburtenzahlen auf, ist jedoch im Alterungsprozess der Gesellschaft deutlich weiter voraus als Irland.

Sprach man früher noch von einem Phänomen der 100jährigen, so ist dies heutzutage schon keine Seltenheit mehr. Besonders in den Niederlanden leben eine Vielzahl von

Menschen mit über 100 Jahren. Von damals (1960) 60 Personen wurden heute (2010) 1.700 Personen, was eine Steigerung von 2800% bedeutet. Im Vergleich dazu, wuchs die Gesamtbevölkerung nur um 45%. Vor allem Frauen haben hier die Nase vorne. Sie machen rund 86% der über 100jährigen in den Niederlanden aus.

Grund dafür sind die erleichterten Lebensbedingungen und die verbesserte gesundheitliche Versorgung.

Viele der 65jährigen und älteren Menschen wollen sich vor allem im Alter den Traum, ihren Lebensabend im warmen und sonnigen Süden zu verbringen, verwirklichen. Das beliebteste Zielland dafür ist Spanien, in dem rund 226.000 EU-Ausländer ab 65 Jahren gemeldet waren. Oben voran die Briten mit einem Anteil von 94.000 Menschen. Deutschland liegt dabei an Platz zwei mit 53.000 Menschen.²⁷

3.4 Österreich und Deutschland im Vergleich

	Österreich	Deutschland
Bevölkerungszahl	8,375.290 EW	81,802.000 EW
Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr	0,20%	-0,20%
Trends	demographisches Altern	Schrumpfung der Bevölkerung, demographisches Altern
Lebenserwartung Frauen	82,9 Jahre	82,4 Jahre
Lebenserwartung Männer	77,4 Jahre	77,2 Jahre
Generation 65+	17,50%	20,00%
Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren	15,00%	---
Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren	---	19,00%
Demenzerkrankte	100.000 Menschen	1,1 Mio. Menschen
Pflegebedürftige Menschen	~ 471.000 Menschen	~2,3 Mio. Menschen

²⁷ Vgl. www.destatis.de, Zugriff 29.09.2011, Seite 13–15



4. Gefühle werden nicht dement

4. Gefühle werden nicht dement – einfach zum Nachdenken

Laut einer Studie von Wissenschaftlern aus Iowa, fand man jetzt heraus, dass Menschen mit Demenz und Alzheimer, trotz ihrer Vergesslichkeit, genau dieselben Gefühle haben, wie Menschen ohne diese Erkrankung.

Man zeigte den Betroffenen Filme mit unterschiedlichen Inhalten. Einmal eher lustig, einmal traurig. Und obwohl sie sich am Ende des Films nicht mehr an den Inhalt erinnern konnten, blieb die Grundstimmung (Freude, Traurigkeit) erhalten.

„Die Seele eines Menschen wird NIE dement!“

„Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare.“

(Zitat von Christian Morgenstern)

Auch wenn sich an Demenz erkrankte Personen mit der Zeit vielleicht nicht mehr verbal richtig ausdrücken können, kann man trotzdem ihre Stimmung anhand ihrer Körperhaltung, Mimik, Stimmlage und Gestik ablesen. Vielleicht können sie die Freude über einen Besuch von Angehörigen nicht mehr richtig zeigen, es ist aber gewiss, dass sie sich darüber freuen.

Darum wird es umso wichtiger, sich mit positiven Gedanken und Gefühlen diesen Menschen zu nähern, um ihnen etwas davon in ihrer oft einsamen Welt spüren zu lassen.²⁸

„Gott gibt jedem Alter des Menschen seine dazugehörigen Sorgen.“

(Zitat von Paulo Coelho)

²⁸ Vgl. www.goldjahre.de, Zugriff am 15.09.2011

Was wünschen sich Demenzkranke Menschen wirklich?

„M. B. Detweiler (USA) hat sich mit diesem Thema beschäftigt und Angehörige und Patienten mit einer DAT-Erkrankung (DAT = Demenz des Alzheimer Typs) befragt und folgende Antworten erhalten:

Freue dich mit mir, wenn mir etwas gelingt. Gerade wegen meiner Schwierigkeiten ist es nicht „selbstverständlich“, wenn ich Alltagsaufgaben bewältige.

Rufe mich an oder besuche mich, wann immer dir danach ist. Oft fühle ich mich einsam und ängstlich. Dann freue ich mich über jeden Kontakt.

Ich bin nicht ansteckend, also halte nicht unnötig Abstand zu mir. Auch mir tut behutsamer und einfühlsamer körperlicher Kontakt gut.

Spare mir gegenüber nicht mit Anerkennung. Ich bin keine „leere Hülle“. Gerade wegen meiner Probleme genieße ich Wertschätzung besonders.

Versuche, dich in meine Lage zu versetzen. Wie geht es dir, wenn du Dinge nicht findest, dich wegen Krankheit schwach und hilflos fühlst oder du dich in der Öffentlichkeit „blamierst“?

Betrachte mein Verhalten nicht als „aggressiv“, „nervend“ oder „enthemmt“ drückt es nur meinen Wunsch nach Bewegung, Kontakt und Orientierung aus.

Akzeptiere, dass mein Befinden von Tag zu Tag schwanken kann. Fühle dich nicht belogen, wenn ich Besuchern oder Ärzten gegenüber auflebe und diese kaum nachvollziehen können, wie schlecht es mir sonst überwiegend geht.

Sprich langsam, ruhig und verständlich mit mir. Mit deinen Gefühlen (Ärger, Nervosität) steckst du mich an.

Warum soll ich mich dauernd anpassen, zumal mir dies zunehmend schwerer fällt? Könntest du nicht auch manchmal auf meine Vorstellungen eingehen?

Nicht alle Welt muss meine Diagnose kennen. Also verkünde sie nicht jedem. Außerdem macht es mich misstrauisch, wenn ich merke, wie andere über mich sprechen.

Fasse mich nicht lieblos an. Halte und behandle mich nicht wie einen Kriminellen, für den man sich schämt und der versteckt werden muss.“²⁹

Diesen Äußerungen zu folge, haben viele Patienten den Wunsch nach

- Klarheit und Strukturierung
- Orientierbarkeit und Verständlichkeit
- Bewegung und Kommunikation
- Geborgenheit, Rückzugsmöglichkeiten und Diskretion

Diese Wünsche gilt es nun so gut wie möglich in die Architektur zu integrieren um so einen Ort zum Wohlfühlen zu schaffen.

²⁹ BER, 1999, Seite 30



5. Die 4 Generationen

5. Die 4 Generationen – Geschichte des Pflegeheims

Bezogen auf die menschliche Geschichte der Erde, ist die Pflegebedürftigkeit im Alter ein relativ junges Phänomen. Erst der Fortschritt der Medizin und die heutigen Techniken ermöglichen die Lebensverlängerung bis ins hohe Alter. Daraus wiederum, resultiert die Notwendigkeit der Pflege im Alter.

5.1 Die 1. Generation der Pflegeheime

Nach dem ersten Weltkrieg stieg die Pflegebedürftigkeit alter Menschen rapide an, was den Bau von Pflegeheimen begründete. Die Phase der ersten Generation der Pflegeheime, ist eher als das „**Verwahren von Insassen**“ zu betrachten. Diese Ansicht reichte bis in die 60er Jahre. Als Vorbild dienten die Strafanstalten. Gemeinschaftliche Sanitäreinrichtungen gab es nur in den Gängen. Von einer liebevollen Altenpflege, war man in dieser Phase weit entfernt und durch die überhöhte Belegungsdichte wurde die Privatheit der Patienten schwer verletzt.

5.2. Die 2. Generation der Pflegeheime

In den 70er Jahren wurde die Belegungsdichte etwas zurück genommen. **Als Vorbild zur Gestaltung dienten Krankenhäuser.** Man versuchte die Pflegeabläufe so gut wie möglich zu optimieren, was wiederum auf Kosten der Patienten geschah. So wurden vermehrt Drei- und Zweibettzimmer angeboten. Die Pflege verbesserte sich jedoch zunehmend. Man hielt sich an die sogenannte reaktiven Pflege, was bedeutete, dass man Funktionsmängel im Alter nicht mehr einfach als gegeben hinnahm, sondern versuchte mit speziellen Trainingsprogrammen und Aktivitäten dagegen anzukämpfen. In den Pflegezimmern gab es zur körperlichen Pflege lediglich Waschtische.

5.3 Die 3. Generation der Pflegeheime

Erst in den 1980er und 90er Jahren war der **Grundgedanke von Pflegeheimen das Wohnen.** Man wollte den Patienten ein wohnliches Umfeld bieten, in welchem die

Motivation zur Selbständigkeit stark gefördert wurde. Individualität und aktivierende Pflege standen im Vordergrund und man versuchte die Wohnbedürfnisse mit der Pflege so gut wie möglich zu verbinden. Zur Steigerung der Privatheit wurden die Zimmer meist als Einzelzimmer ausgeführt. Darüber hinaus verfügten alle Zimmer über einen separaten Nassbereich.

5.4. Die 4. Generation der Pflegeheime oder stationäre Hausgemeinschaften

In dieser Zeit wurde erstmals der Begriff „**Hausgemeinschaft**“ publik gemacht. Als Leitbild dafür diente die **Familie**. Die Einzelzimmer, mit behindertengerechtem Nassbereich, wurden zu kleinen familienähnlichen Wohngruppen zusammengefasst. Das Pflegebad wird als „Wohlfühloase“ angepriesen und im Mittelpunkt jeder Hausgemeinschaft steht eine großzügige Wohnküche, die gerne als Treffpunkt der Bewohner genutzt wird. Feste Bezugspersonen, die Präsenzkkräfte, begleiten die BewohnerInnen in kleinen, überschaubaren Gruppen von 10-16 Personen und übernehmen die Rolle der Hausfrau im Familienhaushalt. Sie stellen die wichtigsten Bezugspersonen für die BewohnerInnen dar und strukturieren den Tag. Die Unterstützung bei den täglichen Hausarbeiten richtet sich nach dem individuellen physischen und psychischen Zustand der BewohnerInnen.

Der Schwerpunkt liegt nun nicht mehr auf der Pflege, sondern am Wohlbefinden und Leben der Betroffenen. Speisenzubereitung, Reinigung und Wäschepflege werden dezentralisiert und in den Wohngruppen selbst organisiert. Man versucht so alltagsnahe wie möglich mit den Bewohnern umzugehen bzw. zu leben.

„Die Ziele der 4. Generation sind:

- Die Fähigkeiten und Selbständigkeiten der BewohnerInnen zu erhalten und zu fördern
- Das soziale und familiäre Umfeld der BewohnerInnen in den Ablauf des Alltages einzubinden
- Die Angehörigen mit zu integrieren
- Das Ehrenamt auszuweiten³⁰

³⁰ www.muenchen.de, Seite 7, Zugriff am 01.04.2011



6. Geschichte des Pflegeheimbaus

6. Geschichte des Pflegeheimbaus in Deutschland

In den letzten zwei Jahrzehnten gab es einen drastischen Umschwung im Bereich der stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Besonders die günstigen Finanzierungsmöglichkeiten und öffentlichen Förderungen regten zu innovativen und qualitätsvollen Projekten an. Ebenso die Empfehlungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) und die Förderung von Modellvorhaben, sowie die Ausschreibung von Architekturwettbewerben zu Pflegeheimbauten in Deutschland, spielten eine große Rolle in der Entwicklung. Meist führten diese Bauvorhaben auch über die baulichen Mindestanforderungen (Heimmindestbauverordnung) hinweg, was wiederum den Wettbewerb und die Entwicklung vorantrieb.

6.1 Vom Krankenhaus zum Wohnumfeld

So war auch bereits 1988 der Impuls durch das KDA ausschlaggebend für den Paradigmenwandel in der Geschichte des Pflegeheimbaus. Weg von den funktionellen, krankenhaushähnlichen Pflegeheimen und hin zu einem Ort des Wohlfühlens und Wohnens. Dadurch wurde Deutschland, was den Pflegeheimbau betrifft, auch zum Vorbild für Österreich. Auf dem Weg zu mehr Wohnlichkeit, verzichtete man meist auf die zentralen im Erdgeschoss angesiedelten großräumigen Speisesäle. Sie wurden von dezentralen Wohn- und Essräumen auf jedem Geschoss abgelöst.

6.2 Vorzeigebauwerke der 90er Jahre

Innovative Projekte der 90er Jahre, die im Auftrag des BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) durchgeführt wurden, brachten verschiedene Lösungen, wie man mit den neugewonnenen Erkenntnissen umgehen konnte. Wie z.B. das Konzept der „kleinen Stadt“, die das Gebäude in private, halbprivate und halböffentliche Zonen teilte. Die inneren Erschließungszonen wurden als attraktive „innere Straßen“ oder „Marktplätze“ angepriesen, die nicht nur Licht in das Gebäudeinnere brachten, sondern auch oft über mehrere Geschosse reichten.

Der zweite Ansatz war der Vorschlag, dass die BewohnerInnen eines Altenpflegeheims in Form von Wohngemeinschaften zusammenleben und ihren Alltag gemeinsam verbringen könnten. So richtete man ein „gemeinsames Wohnzimmer“ ein, das mehrere Zimmer zu einer Wohngemeinschaft zusammenschließt.

Anlass zu der Findung neuer Leitbilder war damals jedoch nicht die steigende Zahl alter und pflegebedürftiger Menschen wie heute, sondern der Wunsch nach neuen Wohnformen für Pflegeheime. Erst die erschreckenden Statistiken der letzten Jahre, lassen auf einen massiven Platzmangel in den bestehenden Pflegeheimen schließen und begründen somit die Notwendigkeit von Einrichtungen für Menschen mit Demenz.

6.3 Weiterentwicklung der Wohngemeinschaften

In Deutschland beschäftigte man sich mit der Weiterentwicklung der Wohngemeinschaften Ende der 90er Jahre. Zu diesem Zeitpunkt gab es jedoch schon einige erprobte Beispiele auf diesem Gebiet in Schweden, den Niederlanden, Frankreich und England. Sie alle zielten auf eine familienähnliche und gemeindenahere Betreuung von psychisch erkrankten Menschen, sprich auch Menschen mit Demenz, ab. Ihnen sollte die Möglichkeit geboten werden, solange wie nur möglich selbstständig bzw. mit betreuender Hilfe zu leben und den Alltag zu meistern. Besonderen Wert legte man auf die gemeinsame Haushaltsführung wie Wäsche waschen, gemeinsam Kochen, Essen etc.³¹

6.4 Aktuelle Pflege- und Betreuungsformen demenzkranker Menschen

Demenz ist eine der häufigsten Ursachen, die die Pflege und Hilfestellung durch Angehörige und/oder Pflegekräfte ausmacht. Angefangen von den psychischen Problemen wie dem Verlust geistiger Fähigkeiten, bis hin zum körperlichen Abbau, der das selbstständige Leben oftmals nicht mehr zulässt.

Wie die Mehrheit der älterer Menschen, wünschen sich auch Demenzkranke, das selbstständige Leben in der vertrauten Umgebung solange wie nur möglich genießen zu können.

³¹ Vgl. HEE, 2008, Seite 22–25

So werden rund 60% der Betroffenen von ihren Angehörigen versorgt und gepflegt. Oftmals wird die Unterstützung durch soziale Dienste in Anspruch genommen. Die übrigen 40% teilen sich auf Pflegeheime, Psychiatrische Kliniken und ambulante Versorgungen auf.

6.4.1 Häusliche Pflege

Wie bereits erwähnt, werden rund zwei Drittel der an Demenz erkrankten Personen heutzutage in der Familie bzw. durch Angehörige zu Hause gepflegt. Dabei gelangen die Pflegenden nicht nur an ihre physischen und finanziellen Grenzen, sondern auch an ihre psychische Belastungsgrenze.

Doch auch heute wird das Pflegeheim oftmals noch mit einer ungenügsam, liebevollen Betreuung assoziiert, was schließlich die Entscheidung für einen Platz im Pflegeheim erschwert. Studien zufolge ist dieser Schritt jedoch bei Demenzkranken über kurz oder lang schließlich unumgänglich. Auch professionelle ambulante Dienste können einen mittelschwer Demenzkranken auf Dauer nicht professionell und sicher in seiner vertrauten Umgebung behandeln.

Verhaltensauffälligkeiten und der Drang nach Bewegung im Zusammenhang mit einer gewissen Desorientierung, machen dies unmöglich.³²

„Demenz ist nicht die Krankheit des Betroffenen, sondern die dessen Angehörigen.“

6.4.2 Teilstationäre Pflege

Als Unterstützung zur häuslichen Pflege, werden sogenannte Tages- und Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Sie sollen den pflegenden Angehörigen die Möglichkeit bieten weiterhin ihren Beruf ausüben zu können, mit der Gewissheit, dass sich ihre Angehörigen in guter Betreuung befinden. Meist werden diese Plätze von stationären Einrichtungen in separaten Bereichen zusätzlich angeboten.

Die Patienten werden dort betreut und mit den Grundleistungen der Pflege versorgt.

³² Vgl. www.wg-qualitaet.de, Seite 11–21

Bei der Tagespflege werden die Betroffenen am Ende des Tages wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückgebracht, während sie bei den Kurzzeitpflegeplätzen für einen gewissen Zeitraum in der Einrichtung aufgenommen werden.

Leider werden teilstationäre Angebote in Deutschland von der Bevölkerung nicht ausreichend angenommen.

6.4.3 Selbstständige Wohnformen

Diese noch sehr junge Form des Wohnens, wird derzeit von nur rund einem Prozent der Zielgruppe genutzt. Die Bewohner sind vergleichbar mit Mietern, die je nach Bedarf verschiedene Pflegeleistungen erhalten. Erbracht werden diese von ambulanten Pflegediensten und eignen sich bei entsprechender Gestaltung des Lebensraums auch für demenziell erkrankte Personen, da diese zwar eine ständige Betreuung benötigen, jedoch nur geringe pflegerische Leistungen.

Trotz des niedrigen Bekanntheitsgrades, wurden bereits 2006 vom KDA rund 200 bis 250 Wohngruppen realisiert.³³

6.4.4 Ambulant Betreutes Wohnen

Diese Art des Wohnens stellt eine Schnittstelle zwischen häuslichen und institutionellen Wohnformen dar. Es handelt sich hierbei um barrierefreie Wohnungen, die entweder in sanierten Altbauten oder eigens erbaute Wohnanlagen entstehen. Die Anzahl der Wohnungen variiert sehr stark.

Ausgegangen wurde bei diesem Konzept von der Betreuung alter Menschen. Da es sich bei Demenz jedoch um eine altersbedingte Krankheit handelt, müssen erst die genauen Grenzen und Möglichkeiten von betreutem Wohnen für Demenzkranke erprobt und ausgeforscht werden.

Das Konzept ist jedoch klar. Federführend für den Ablauf der Pflege sind die Wohngemeinschaftsbewohner bzw. deren Angehörige oder gesetzlichen Betreuer selbst. Sie entscheiden über die Strukturierung der Pflege, wer sie ausführt, mit wem die Wohnung geteilt wird, wie sie ausgestattet ist bis hin zur Ernährung.

³³ Vgl. MAR, 2006, Seite 24–25

Dies erläutert zugleich die Wichtigkeit von engagierten Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertretern. Sie wählen auch den entsprechenden Pflegedienst aus.

Zu den Vorteilen für die Bewohner zählen u.a.:

- die Integration in ein normales Wohnumfeld sowie die Gestaltung der Räumlichkeiten
- die Ausstattung und Tagesabläufe wie in einem Privathaushalt
- die Möglichkeit der Beteiligung von pflegebereiten und –fähigen Angehörigen am Dienstplan
- die Beteiligung an relevanten Haushaltstätigkeiten wie z.B. Kochen, Einkaufen, Hausarbeiten
- die Mitsprache an der Gestaltung der Pflegeabläufe sowie des Pflegepersonals

Die Qualität einer betreuten Wohngemeinschaft richtet sich vor allem am Verhältnis der Bewohner zum Personal, sowie an der möglichen Beteiligung am Alltag.

„In Demenz-WGs findet die Pflege nicht ‚am Bett‘, sonder am Küchentisch statt!“

6.4.5 Pflegeheime (stationäre Pflege)

Trotz aller Bemühungen von Angehörigen und Pflegediensten, zur Betreuung Demenzkranker im eigenen Heim, bleibt der Schritt zu einer stationären Pflege über längere Sicht leider nicht aus.

Durch den allmählichen Verlust der Orientierung, Wahrnehmung und körperlichen Fähigkeiten, ist eine sichere und gefahrlose Betreuung zu Hause meist schon im mittleren Stadium der Erkrankung nicht mehr möglich und von ambulanten Pflegediensten nicht mehr zu gewährleisten.

Durch den Wandel der Versorgungsgrundsätze von demenzkranken Personen, sind in den letzten Jahrzehnten jedoch eine Reihe von neuen Pflege- und Versorgungsmodellen in Pflegeeinrichtungen entstanden.

Der Grundsatz liegt in der segregativen Betreuung in einem wohnlich gestalteten Umfeld. Das bedeutet, dass Demenzkranke in einer homogenen Gruppe (Menschen mit derselben Krankheit) betreut werden. Dies erfolgt, je nach Wunsch und sozialer Herkunft des Betroffenen, entweder in Form einer Gemeinschaft oder einer Nachbarschaft.

Die neu entstanden Modelle sind sehr darum bemüht, den BewohnerInnen ein vertrautes, gemütliches Umfeld zu bieten, in dem sie die Pflege bekommen, die sie benötigen.

Die BewohnerInnen werden so gut als möglich zur Eigenständigkeit und zu verschiedene Aktivitäten angeregt. Frei nach dem Motto:

„Das Ergebnis ist zweitrangig, der Weg ist das Ziel!“

³⁴

³⁴ Vgl. www.wg-qualitaet.de, Seite 11–21



7. Leitbilder der Betreuung

7. Leitbilder der Betreuung in Pflegeheimen

Die vorherrschenden Leitbilder zur Betreuung alter und pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen, stützen sich entweder auf das Vorbild des Zusammenlebens in einer Gemeinschaft oder in einer Nachbarschaft. Welche Form der Betreuung für jeden Einzelnen richtig und sinnvoll ist, kommt vor allem auf das Wesen und den sozialen Hintergrund einer Person an. Hier gibt es weder ein Richtig noch ein Falsch. Auch die Kombination der beiden Betreuungsformen innerhalb eines Pflegeheimes ist heutzutage üblich. Dies wird vor allem bei Umbauten oder Sanierungen bereits bestehender Pflegeheime angewandt. Die Trennung von Gemeinschaft und Nachbarschaft erfolgt hierbei entweder geschossweise oder durch Kopplung unterschiedlicher Baukörper bzw. Gliederung des Grundrisses eines Pflegegeschosses.

Bei der Planung eines Pflegeheims ist es jedoch auch sehr wichtig, nicht nur auf die Wünsche der Betroffenen, obgleich diese zu den wichtigsten Anregungen in der Planung gehören, einzugehen, sondern auch auf jene des Pflegepersonals.

Da die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen auch körperlich sehr anstrengend ist, sollte auf eine sinnvolle Anordnung und Nutzbarkeit der Räume geachtet werden, um den Alltag für alle Beteiligten zu erleichtern.

Jedoch lässt sich die bauliche Umsetzung nicht von dem verfolgtem Konzept trennen. Daher ist es besonders wichtig, schon im Vorfeld zu wissen, auf welches Konzept man sich stützen möchte und auf welche Besonderheiten zu achten ist bzw. welche Raumgrößen und Nutzungen eingeplant werden müssen.

7.1 Leben in der Gemeinschaft „Hausgemeinschaft“

Die 4. Generation des Pflegeheimbaus richtete sich hauptsächlich nach den Gedanken „Leben in einer Gemeinschaft“ und prägte in diesem Zusammenhang auch das Wort „Hausgemeinschaft“, was für das alltagsnahe Leben und Geborgenheit in einer Pflegeeinrichtung steht.

In Deutschland setzte sich vor allem der KDA sehr stark dafür ein. Im Unterschied zu den anderen europäischen Ländern, in denen dieses Leitbild nur für Menschen mit Demenz eingesetzt wird, ist der KDA der Meinung, dass es für alle Menschen in Betreuungseinrichtungen geeignet ist.

Hausgemeinschaften sind kleine, überschaubare Wohneinheiten. In ihrem Urkonzept lebten 6 bis 8 Personen in einem gemeinsamen und familiären „Haushalt“ zusammen. Später wurde die Belegungszahl auf bis zu 12 Personen ausgeweitet, um den Personaleinsatz möglichst gering zu halten. Ziel einer jeden Hausgemeinschaft ist es, die Selbstständigkeit der BewohnerInnen solange als möglich aufrecht zu erhalten und zu fördern. Dies geschieht in einem vertraut wirkenden Wohnumfeld, das vor allem Geborgenheit ausstrahlt.

7.1.1 Zielgruppe

Das Zusammenleben in einer Gemeinschaft ist dank eines/r AlltagsmanagerIn für jede Pflegestufe geeignet. Da die Fähigkeiten der BewohnerInnen je nach Pflegestufe und täglicher Verfassung unterschiedlich ausfallen, können diese die gemeinsam ausgeführten Aktivitäten nicht nur aktiv leben, sondern an schlechten Tagen ebenso passiv erleben.³⁵

7.1.2 Personalaufwand und Tagesablauf

Der/Die bereits erwähnte AlltagsmanagerIn kümmert sich gemeinsam mit den Bewohnern um den „Haushalt“. Darunter fallen die gemeinsame Essenszubereitung, das Waschen der Wäsche sowie alle anderen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten bilden sogleich einen Großteil des Tagesablaufs. Hinzu kommen noch gemeinschaftliche Aktivitäten wie z.B. Spaziergänge im Freien.

Die klassischen Pflegestützpunkte des Personals entfallen hierbei zur Gänze und werden durch kleine Arbeitsplätze in der Nähe der BewohnerInnen ersetzt.

³⁵ Vgl. HEE, 2008, Seite 26–47

7.1.3 Bauliche Umsetzung

Da die Essenszubereitung und Hauswirtschaft in den Hausgemeinschaften stattfindet, benötigt man als Herzstück einer jeden Hausgemeinschaft einen gemütlich eingerichteten Wohn- und Essbereich mit offener Küche. Angrenzende Räume wie der Hauswirtschaftsraum, die Waschküche und die Speisekammer, bieten den nötigen Platz für die gemeinsame Haushaltsführung. Als Rückzugsmöglichkeit, besitzt jede/r BewohnerIn ein Einzelappartement mit Vorzimmer und eigenem Sanitärbereich. Bei der Ausführung, ist besonders auf die Barrierefreiheit aller Räume zu achten. Auch der Zugang ins Freie sollte ohne Hindernisse gewährt sein.

Die körperliche Pflege spielt sich hauptsächlich im Hintergrund ab und wird durch zentrale Pflegebäder für alle Hausgemeinschaften gelöst.

7.1.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen bei Hausgemeinschaften

- Ess- und Wohnbereich mit Küche und Speisekammer
- Waschküche und Hauswirtschaftsräume
- Rückzugsmöglichkeiten (Einzelzimmer)
- Barrierefreier Zugang zum Freibereich
- Mehrere kleine Arbeitsbereiche für das Personal
- Zentraler Pflegeraum (Pflegebäd) für alle Hausgemeinschaften³⁶

7.2 Leben in der Nachbarschaft „Demenzwohngruppe“

Als Alternative zur Hausgemeinschaft, findet man das Konzept der Nachbarschaft. Von der privaten Zone des Zimmers gelangt man hier nicht wie bei der Hausgemeinschaft in ein gemeinschaftliches Wohnzimmer, sondern in den halböffentlichen Flur, von dem aus man in gemeinschaftliche Bereiche gelangt. Der Vorteil hierbei ist, dass die unterschiedlichen gemeinschaftlichen Bereiche von unterschiedlichen Gruppen genutzt werden können. So ist nicht nur die Trennung von Gruppen mit und ohne Hilfebedarf bei der Nahrungseinnahme möglich, sondern die Bewohner können auch frei wählen, wo und mit

³⁶ Vgl. www.salzburg.gv.at, Seite 9–10

wem sie den Tag verbringen möchten. Der Nachteil dieses Systems ist jedoch die fehlende gemeinsame Haushaltsführung, die sogleich vertraute Beschäftigung, Abwechslung und Anregung zur Eigenständigkeit bietet.

7.2.1 Zielgruppe

Beim Konzept der Demenzwohngruppe leben vorwiegend Menschen mit Demenz des mittleren bis fortgeschrittenem Stadiums zusammen. Durch diese Gemeinsamkeit will man den BewohnerInnen den Pflegebedarf zukommen lassen, den sie benötigen. Menschen mit Demenz haben oftmals einen sehr ausgeprägten Drang nach Bewegung und Aktivitäten. Darum ist der barrierefreie Zugang zu den Räumlichkeiten und ins Freie, sowie eine ansprechende Farb- und Lichtgestaltung zur Orientierung auch hier ein großes Thema. Im Gegensatz zur Hausgemeinschaft ist jedoch auch die Kombination mit einer Tagespflege und die Unterbringung in Doppelbettzimmer denkbar.

7.2.2 Personalaufwand und Tagesablauf

Das Personal ist eigens auf die Betreuung, Pflege und Begleitung von demenzkranken Personen geschult. Anders als bei der Hausgemeinschaft nehmen die gemeinsamen häuslichen Aktivitäten eine untergeordnete Rolle ein und werden oftmals auch zentral verrichtet. Die Essensanlieferung durch ein Cateringservice ist genauso denkbar, da die Betreuung der BewohnerInnen im Vordergrund steht. Aus diesem Grund wird das Pflegepersonal auch durch Haushaltshilfen unterstützt, um sich vermehrt um die BewohnerInnen kümmern zu können.

7.2.3 Bauliche Umsetzung

Wie bereits erwähnt wird die Essenszubereitung zentral für alle Bewohner organisiert bzw. oftmals auch durch ein Cateringservice übernommen. Darum benötigt man je nach Organisation, eine zentrale großräumige Küche bzw. ausreichend Platz für Essensanlieferungen und genügend Warmhaltemöglichkeiten.

Bei der Zusammenlegung mehrerer Demenzwohngruppen zu einer größeren Einheit, ist die Integration eines Pflegestützpunktes sowie ein Bewohner naher Arbeitsplatz für das Personal erforderlich.

Das Konzept der Demenzwohngruppe lässt sich auch hervorragend als Teilkonzept bei der Sanierung oder dem Umbau eines bestehenden Pflegeheimes umsetzen. Hierzu wird lediglich ein kleiner Bereich demenzfreundlich gestaltet und eingerichtet.

7.2.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen bei Demenzwohngruppen

- Großräumige zentrale Küche
- Rückzugsmöglichkeiten (Einzel- oder Zweibettzimmer)
- Barrierefreier Zugang zum Freibereich
- Bewohner naher Arbeitsbereich für das Personal (ev. Pflegestützpunkt)
- Gruppenraum (für gemeinsame Mahlzeiten)
- Tages- und Gemeinschaftsräume

7.3 Wohnbereiche mit besonderer Dementenbetreuung

Diese Wohnbereiche unterscheiden sich von den Hausgemeinschaften und den Dementenwohngruppen primär durch die Bewohner und den qualifizierten Umgang mit Demenzkranken. Die Überschaubarkeit und die häusliche Umgebung treten dabei in den Hintergrund.

7.3.1 Zielgruppe

Zu der Zielgruppe gehören Menschen mit Demenz im mittleren und fortgeschrittenen Stadium mit schweren Verhaltensauffälligkeiten und einem ausgeprägtem Bewegungsdrang. Darum wird auch besonderer Wert auf einen weglaufsicheren Freibereich gelegt. Um ihr Verhalten nicht negativ zu beeinträchtigen, ist die Vermeidung von belastendem akustischem Stress umso wichtiger.³⁷

7.3.2 Personalaufwand und Tagesablauf

Wie bereits erwähnt, ist die Betreuung von demenzkranken Menschen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten durch ein qualifiziertes Personal notwendig. Zu den Grundsätzen der Betreuung zählt das sorgfältige Eingehen auf deren Bedürfnisse. Der Pflegeprozess

³⁷ Vgl. HEE, 2008, Seite 26–41

orientiert sich vor allem an den Vorlieben, Abneigungen und an der Biografie des Betroffenen. Die aktivierenden Betreuungsangebote finden acht Stunden täglich, mindestens an fünf Tagen der Woche statt.³⁸

7.3.3 Bauliche Umsetzung

Bei der Umsetzung dieses Konzepts ist darauf zu achten, bei Bedarf kleinere Gruppen bilden zu können und in mehreren Aufenthaltsräumen spezifische Gruppenaktivitäten anbieten zu können.

Durch die Betreuung von Menschen mit erhöhtem Bewegungsdrang, wurden die sogenannten „Endloswege“ bekannt. Dabei handelt es sich um Wegschlaufen, sowohl im Innen- als auch im Außenbereich, auf denen die Betroffenen immer wieder an den Anfang ihrer Strecke zurückgeführt werden. Da Demente oft Schwierigkeiten mit der Orientierung und Wahrnehmung haben, ist ein sicheres „Wandern“ sehr wichtig. Dabei ist darauf zu achten, dass jeder Richtungswechsel und jede Wegkreuzung eine Schwierigkeit für die BewohnerInnen darstellen kann. Durch die mangelnde Orientierung können diese zu unnötigem Stress führen.

7.3.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen bei Wohnbereichen mit besonderer Dementenbetreuung

- Gruppenraum (für gemeinsame Mahlzeiten und Aktivitäten)
- Rückzugsmöglichkeiten
- Platz zum „Wandern“ drinnen und draußen (Endloswege)
- Mehrere Tages- und Gemeinschaftsräume³⁹

7.4 Die Pflegeoase

Entwickelt wurde das Konzept der „Oase“ 1998 im Krankenhaus Sonnweid in der Schweiz. Anstoß dazu gab die Vielzahl an sehr pflegebedürftigen BewohnerInnen und die Beobachtung, dass Menschen mit Demenz trotz eingeschränkter Mobilität die Gesellschaft anderer BewohnerInnen suchten.

³⁸ Vgl. WEY, 2004, Seite 9–11

³⁹ Vgl. HEE, 2008, Seite 26–47

In Deutschland wurde dieses Modell erstmals im Seniorenzentrum Holle umgesetzt, dass somit als Vorreiter für die Thematik Pflegeoase gilt.⁴⁰

7.3.1 Zielgruppe

Das Konzept der Pflegeoase zielt vor allem auf Menschen im weit fortgeschrittenen Stadium der Demenzkrankheit ab, bei denen schon massive kognitive Einschränkungen und eine Vielzahl physischer Symptome vorhanden sind. Diese BewohnerInnen können das tägliche Leben ohne Unterstützung durch eine Pflegekraft nicht mehr selbstständig meistern. In der Pflegeoase befinden sich meist 6 bis 9 BewohnerInnen in einem Raum, der in Nischen gegliedert ist. Diese Nischen werden oftmals mit privaten Gegenständen, Bildern und Erinnerungen der Bewohner gestaltet, um ein vertrautes Gefühl herbei zu führen.

7.4.2 Personalaufwand und Tagesablauf

Die Betreuung erfolgt rund um die Uhr. Man ist sehr versucht, dem Alleinsein und der Isolation von bettlägerigen Patienten und den geringen Kontaktzeiten mit dem Pflegepersonal entgegenzuwirken. Dieser Punkt hat jedoch schon oftmals starke Kritik ausgelöst. Die Begründung dafür war der Vorwurf, die Privat- und Intimsphäre der Betroffenen zu verletzen.

Aus diesem Grund wird die Tagesoase immer häufiger diskutiert. Der Unterschied liegt am Ende des Tages, wo die Bewohner in ihre eigenen Zimmer zurückgebracht werden.

7.4.3 Bauliche Umsetzung

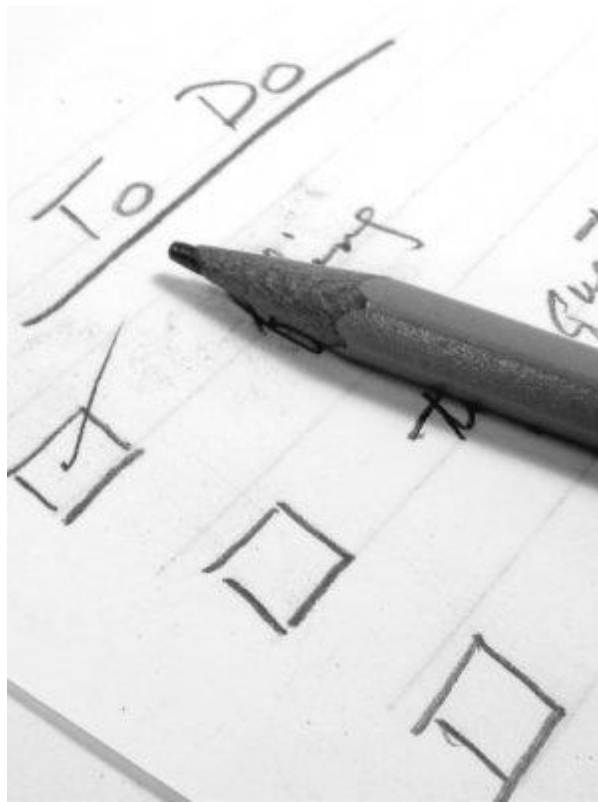
Der Raum einer Pflegeoase zeichnet sich durch seine spezielle Form, Farb- und Lichtgestaltung aus. Das Ziel dabei ist es, die Sinne der Patienten anzuregen und je nach Stimmung, Gefühlslage und Tageszeit, den Raum farblich zu gestalten.

7.4.4 Zusammenfassung der baulichen Mindestanforderungen der Pflegeoase

- Pflegeraum für 6–9 Personen mit Nischenunterteilung
- Besondere Form, Farb- und Lichtgestaltung zur Sinnesanregung⁴¹

⁴⁰ Vgl. RUT, 2008, Seite 12–15

⁴¹ Vgl. HEE, 2008, Seite 26–47



8. Pflegeeinrichtungen im Vergleich

8. Pflegeeinrichtungen im Vergleich

Um mich meiner Aufgabenstellung – die Planung einer Einrichtung für Demente in Deutschland – zu nähern, möchte ich in diesem Kapitel Gemeinsamkeiten in bestehenden Pflegeeinrichtungen ausfindig machen und diese dementsprechend analysieren.

8.1 Heim für Demenzkranke am Zentrum für Psychiatrie, Bad Schussenried

Gründe für die Auswahl:

- Spezialeinrichtung für Menschen mit Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen
- Anbau an ein bereits bestehendes Pflegeheim
- Naturnahe Umgebung

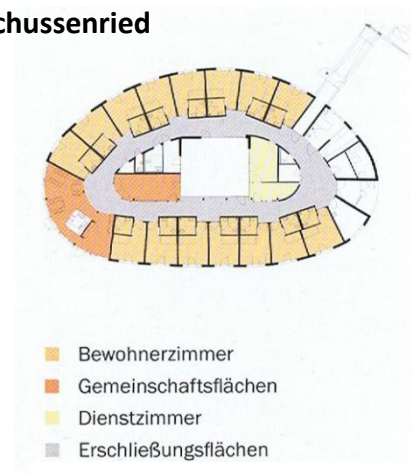


Abb. 12: Heim Bad Schussenried

Daten und Fakten:

Architekt:	mlw architekten (Ravensburg)
Fertigstellung:	2003
Adresse:	Abt Siard-Haus Aulendorfer Straße 63 88427 Bad Schussenried
Angebot gesamt:	Vollstationäre Pflege für psychisch kranke Menschen 150 Plätze gesamt Kurzeitpflege Tagespflege
Angebot für Demenzkranke:	15 Plätze, bei Bedarf 1-2 Tagespflegeplätze zusätzlich

Das Gebäude besteht insgesamt aus 6 Wohnbereichen. Der Anbau der Demenzstation wurde 2003 fertiggestellt und bietet nun 15 mobilen Menschen mit Demenz mit herausfordernder Verhaltensweise, Platz und die entsprechende Pflege. Zusätzlich können 1 bis 2 Tagesgäste vom Personal betreut werden.

Kommt es im späteren Verlauf der Krankheit zu einer andauernden Bettlägerigkeit, wird der Patient in einen Pflegebereich des Altbaus verlegt.

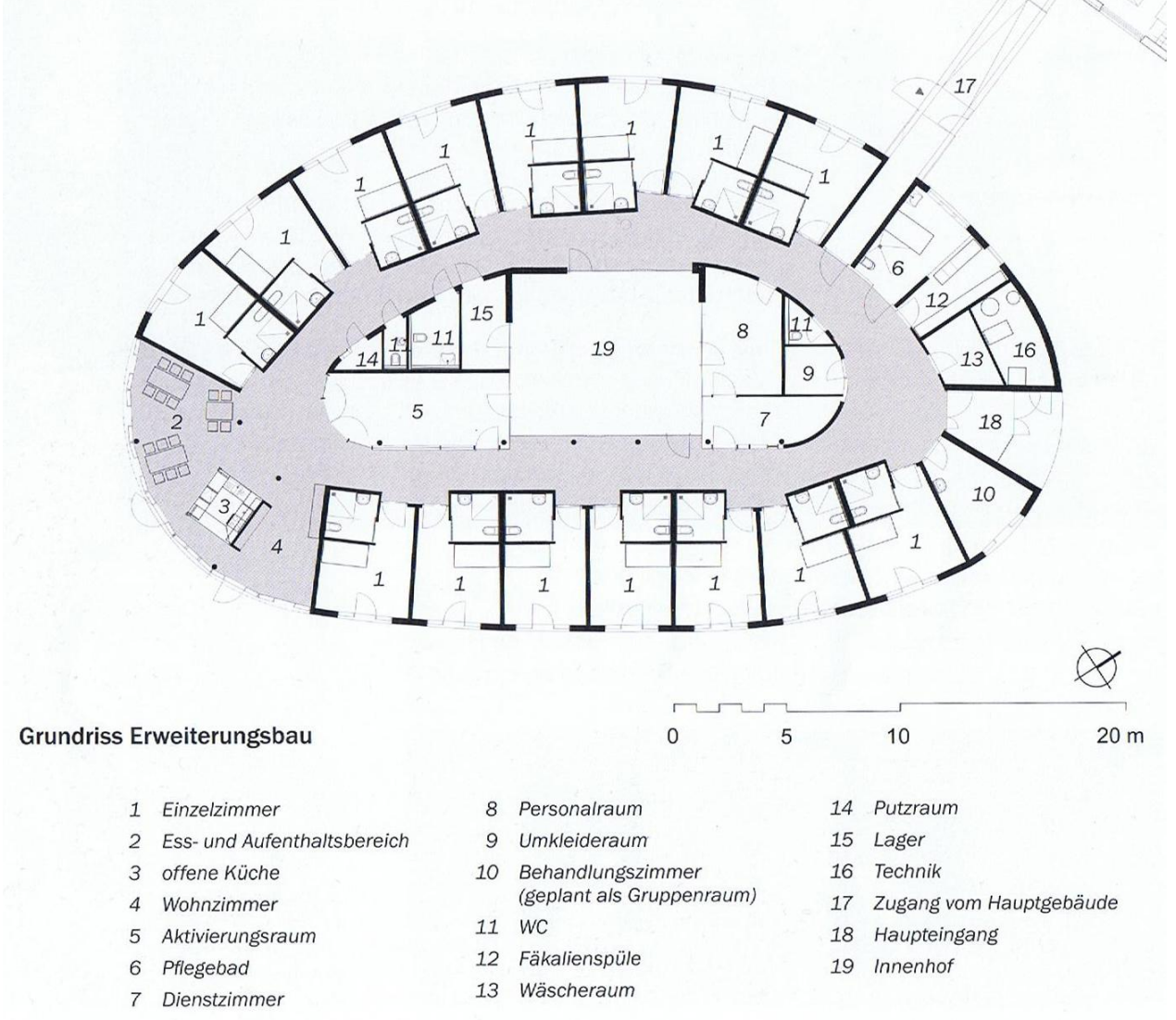


Abb. 13: Grundriss Erweiterungsbau, Heim Bad Schussenried

Da Demenzkranke mit herausfordernden Verhaltensweisen einen besonderen Drang zur Bewegung haben, wurde bei der Planung der Demenzstation das Hauptaugenmerk auf einen Endlosweg in Form eines Rundgangs gelegt. Er führt einerseits an den an der Außenseite situierten Einzelzimmern, dem Pflegebad und den Waschräumen etc. vorbei und andererseits um den geschützten Innenhof, sowie die Personalräume in der Mitte des Gebäudes. Die Verbindung zum bestehenden Pflegeheim wurde durch einen verglasten Gang im Norden gelöst. Zusätzlich erhielt das Gebäude einen separaten Eingang im Nordosten.

Der Flur des eingeschossigen Baus, der Aktivierungsraum, sowie ein Großteil der Personalräume, werden durch die Oberlichter und den über 60m² großen Innenhof natürlich belichtet. Die restlichen Zimmer, sprich die Einzelzimmer, die Pflegeräume und die Gemeinschaftsräume, liegen an der Außenseite des Gebäudes und werden dadurch auch mit natürlichem Licht versorgt. Die im Süden des Gebäudes gelegenen Gemeinschaftsräume, wie der gemeinschaftliche Ess- und Aufenthaltsbereich, die offene Küche und das angrenzende Wohnzimmer, sind offen vom Flur aus erschlossen und bieten einen guten Ausblick und Zugang zu einem beschützten Garten. Dieser ist auch über die Einzelzimmer erreichbar und läuft um das gesamte Gebäude. Eingegrenzt wird der Garten durch einen transparenten Maschendrahtzaun der genug Sicht auf die Umgebung, die angrenzende Straße und den Parkplatz des benachbarten Einkaufsmarktes bietet. Durch negative Erfahrungen wurde dieser Zaun jedoch von den ursprünglichen 1,20 m auf 2,0 m erhöht.

Die Essensversorgung zu Mittag erfolgt durch eine Zentralküche und wird auf Tablett serviert. Die offene Küche im Gemeinschaftsraum wird für die Zubereitung des Frühstücks, Abendessens und diversen Zwischenmahlzeiten genutzt. Diese werden gemeinsam mit den BewohnerInnen zubereitet und eingenommen.

Die 15 Bewohnerzimmer sind durchschnittlich 16m² groß und besitzen jeweils einen eigenen Nassraum (5,1 m²) der mit Dusche, WC und Waschbecken ausgestattet ist.

Kommentar

Die Erschließungsform eines gekrümmten Endlosweges ist unterschiedlich zu betrachten. Einerseits bietet er ausreichend Bewegungsraum und verkürzt optisch den Flurbereich, andererseits ist er durch die Krümmung nie ganz einsehbar. Weder für die Bewohner noch für das Pflegepersonal. Da die Türen zu den Einzelzimmern etwas zurück gesetzt sind, bilden sich somit im Flurbereich immer wieder Ecken und Kanten. Erfahrungsberichten nach, kann dies zu einer erhöhten Verletzungsgefahr führen, da Bewohner die mit gesenktem Kopf wandern, diese nicht rechtzeitig erkennen können.

Die Situierung der Gemeinschaftsräume im Süden ist in Verbindung mit der gekrümmten Glasfassade optimal für eine ganztägige natürliche Belichtung ausgelegt.

Die Größe der Einzelzimmer, Bäder, und Pflegeräume ist durchaus angemessen, jedoch ist der Bereich der Gemeinschaftsräume mit insgesamt 52m² (35m² Ess- und Aufenthaltsraum und 17m² Wohnzimmer) entschieden zu klein.

Die Freibereiche (63m² Innenhof, und ca. 600m² Garten) sind für die Bewohner gut erreichbar. Der Innenhof lässt sich vom Flur aus erreichen und ist mit Sitzgelegenheiten und im Frühjahr einem Hochbeet ausgestattet. Der Garten lässt sich über den Zwischengang zum Altgebäude, dem separaten Eingang, den Gemeinschaftsräumen und über die Einzelzimmer der BewohnerInnen erreichen. Dies macht die Kontrolle über die Bewohner im Garten für das Personal etwas schwierig, bietet den Bewohner jedoch genügend Entscheidungsfreiraum um dem Gefühl des „Eingesperrt seins“ entgegenzuwirken.⁴²

8.2 Haus im Park, Bremerhaven

Gründe für die Auswahl:

- 4 Wohngruppen
- für Menschen in allen Demenzstadien
- Naturnahe Umgebung (Lage im Park)

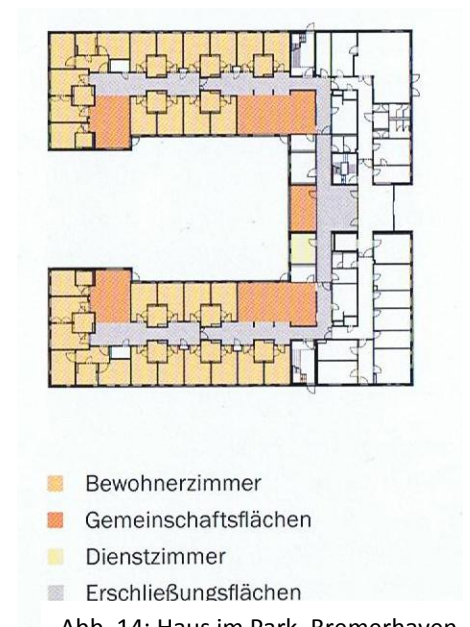
Daten und Fakten:

Architekt: Westphal + Partner (Bremen)

Fertigstellung: 2005

Adresse: HAUS IM PARK
Johann-Wichels-Weg 2
27574 Bremerhaven

Angebot für Demenzkranke: Stationäre Pflege mit 60 Plätzen
4 Wohngruppen für je 15 Demenzkranke
(1 Wohngruppe beginnende Demenz, 3 Wohngruppen mittlere bis schwere Demenz, auch mit herausfordernden Verhalten)



⁴² Vgl. HEE, 2008, Seite 76–85

Bei dem Projekt „HAUS IM PARK“ handelt es sich um einen Neubau, der im Jahre 2005 fertiggestellt wurde. Es liegt im Bürgerpark der Stadt Bremerhaven und beinhaltet 4 Wohngruppen speziell auf die Bedürfnisse von demenzkranken Personen ausgerichtet. In jeder Wohngruppe leben 15 Personen in einer überschaubaren Gruppe zusammen. Eine Gruppe ist für Menschen mit beginnender Demenz, die anderen für Menschen mit mittlerer bzw. schwerer Demenz (mit herausfordernder Verhaltensweise) gedacht. Um den Kontakt zu außenstehenden Personen und Angehörigen zu steigern, bietet das Gebäude nicht nur den BewohnerInnen, sondern auch den Besuchern, ein Café mit Außenterrasse im Eingangsbereich, sowie einen Friseursalon.

Bei der Zusammenstellung der Wohngruppen wird auf ein gemischtes Verhältnis zwischen Einzelgängern und gruppenfähigen Menschen geachtet. Verlegt werden die BewohnerInnen innerhalb des Hauses nur dann, wenn die Ausgewogenheit der Gruppe bzw. das Aktivitäts- bzw. Aggressivitätsverhalten gefährdet ist.

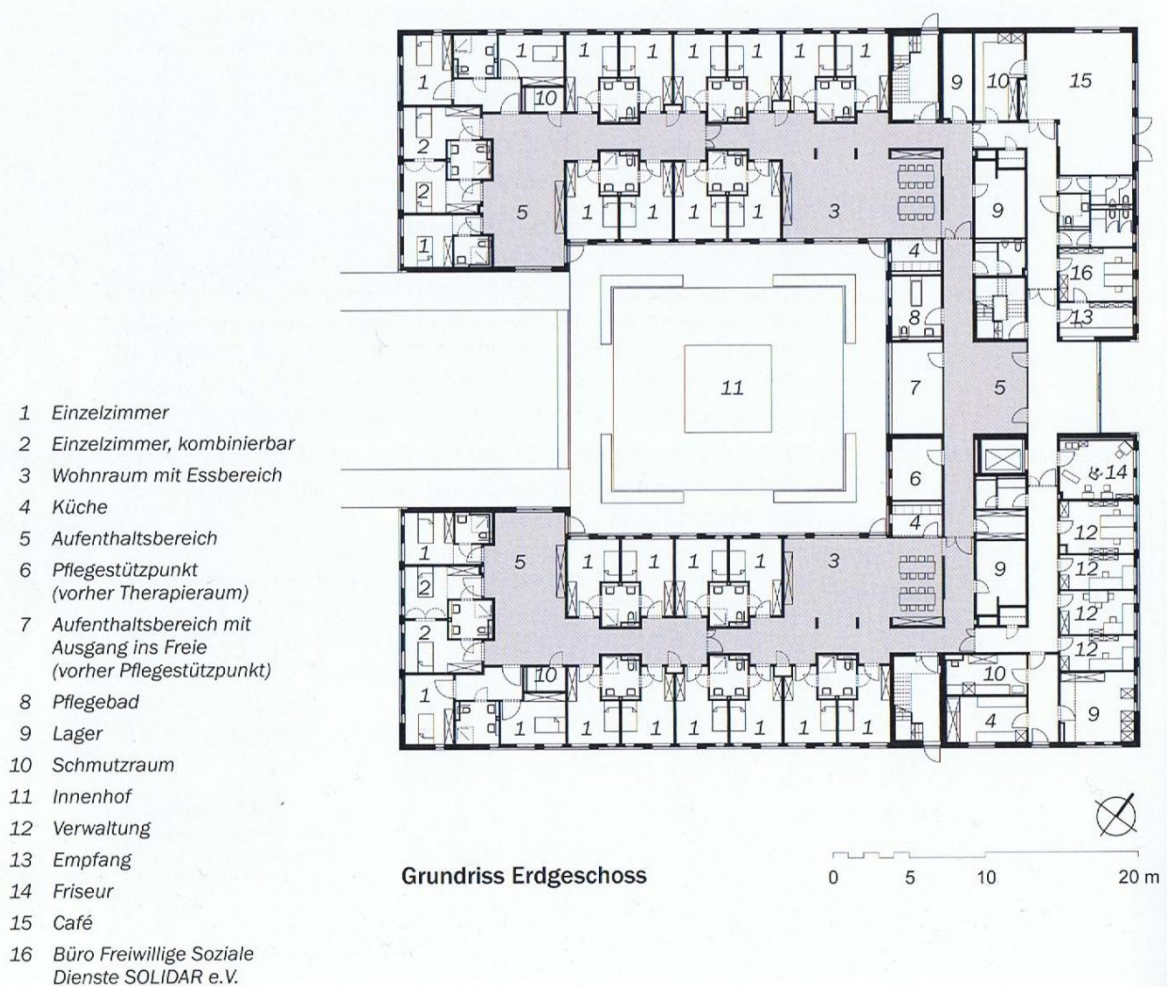


Abb. 15: Grundriss EG, Haus im Park, Bremerhaven

Erschlossen wird das U-förmige Gebäude an der Verbindungsseite im Nordosten. Gleich neben dem Eingang befindet sich der bereits erwähnte Friseur. Weiter rechts sind die Büroräumlichkeiten eines Vereins mit 150 freiwilligen Mitarbeitern angesiedelt. Sie waren von Anfang an in die Planung des Gebäudes mit einbezogen. Folgt man den Flur links gelangt man an dessen Ende zu einem Café mit Außenterrasse. Von diesem Trakt führen 3 Zugänge zum eigentlichen Pflegeheim. Der sich anknüpfende Erschließungsgang verbindet 2 Wohngruppen. Die Gemeinschaftsräume liegen alle am inneren Erschließungsgang. 2 weitere Wohngruppen befinden sich im Obergeschoß. Die Einzelzimmer sind sowohl an die Außenseite als auch zum Innenhof hin situiert. Zwei Einzelzimmer teilen sich je ein Bad mit Doppelwaschbecken, einer Dusche und einem WC. Es ist von beiden Zimmern aus direkt zugänglich und besitzt an beiden Türen jeweils Innen und Außenriegel zum Verschließen. Einige Zimmer sind auch so geplant, dass man 2 Zimmer durch eine Doppeltüre miteinander verbinden kann.

Jede Wohngruppe besitzt einen zentralen Wohnraum mit Essbereich (60m²), wo die Speisen eingenommen werden. Diese liefert eine Zentralküche im Erdgeschoss mittels Wärmewagen.

Der Aufenthaltsraum ist offen zum Flur gestaltet und bietet Ausblick auf den 37m² großen Park. Um den Ausblick ins Grüne auch von den Zimmern bzw. im Liegen aus den Betten genießen zu können, besitzen die Fenster lediglich eine Parapethöhe von 47cm.

Der großzügige Innenhof mit angrenzendem Garten wird über die Gemeinschaftsräume der Wohngruppen im Erdgeschoss erschlossen. Ein weiterer Zugang für die Bewohner im Obergeschoss, entstand durch die Verlegung des Pflegestützpunktes im Erdgeschoss. Dort befindet sich jetzt ein Aufenthaltsraum mit Zugang ins Freie. Im Obergeschoss sind keine Balkone vorhanden.

Als zentraler Blickfang des Innenhofs, dient ein Wasserbecken mit bis zu 1 Meter Tiefe. Um den Schutz der Bewohner jedoch gewährleisten zu können, wurde ein Stahlgitter direkt unter der Wasseroberfläche eingezogen. Im Sommer werden vor allem die Sitzgelegenheiten unter den zwei großen Sonnenschirmen genutzt. Der angrenzende Garten umläuft das Gebäude an 3 Seiten und wird durch einen Rundweg durchzogen.

Kommentar

Die Erschließung innerhalb einer Wohngruppe erfolgt durch einen geraden Flur. Am Ende des Flures befindet sich jeweils ein Gemeinschaftsraum. Dadurch können „wandernde“ Bewohner, die ev. die Orientierung am Ende des Flurs verloren haben, vom Pflegepersonal in den Gemeinschaftsräumen „aufgefangen“ werden und betreut werden. Allerdings könnte dieser Bewegungsraum für Menschen mit herausforderndem Verhalten zum Wandern zu wenig Platz bieten.

Die Erschließung des Verwaltungstraktes wird durch einen zweiten Flur sichergestellt.

Da der Garten bzw. Innenhof nur über die Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume im Erdgeschoss erreicht werden kann, ist ein gewisses Maß an Kontrolle möglich. Das große Wasserbecken in der Mitte finde ich angesichts der Tatsache, dass Demenz häufig mit Wahrnehmungsstörungen verbunden ist, in dieser Form und Größe fehl am Platz. Es nimmt zu viel Platz, an dem man demenzgerechte Aktivitäten anbieten hätte können.

Die Größe der Bewohnerzimmer ist durchaus angemessen. Das geteilte Badezimmer ist laut Aussagen des Personals für die BewohnerInnen kein Problem. Allerdings stellt es ein großes Problem für ihre Angehörigen dar, da man einen so intimen und hygienischen Bereich nicht gerne mit „Fremden“ teilt. Des Weiteren können zwei Ausgänge im Badezimmer vor allem für demente Personen ziemlich verwirrend sein, was durch die Verwechslung der Türen häufig zu einer Störungen der Privatheit des anderen Bewohners führen kann.

Die ursprüngliche Idee einer offenen Küche, die an dem Gemeinschaftsraum im Erdgeschoss anschließt, konnte leider aus brandschutztechnischen Gründen nicht realisiert werden.

Die Notlösung einer Trennung mittels einer Glasscheibe, lässt durch den erheblichen Platzmangel, eine Beteiligung der BewohnerInnen an diversen Küchentätigkeiten leider nicht zu.⁴³

⁴³ Vgl. HEE, 2008, Seite 158–167

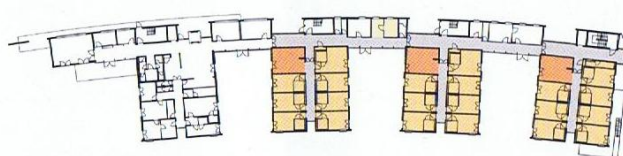
8.3 Altenpflegeheim Naunhofer Straße, Leipzig

Gründe für die Auswahl:

- Zwei unterschiedliche Wohnmilieus in einem Gebäude vereint
- EG für Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz in Form von Hausgemeinschaften
- OG integrative Pflegebereiche in Form einer Nachbarschaft

Daten und Fakten:

Architekt:	PPL GmbH, Frau Barbara Brakenhoff (Leipzig)
Fertigstellung:	2003
Adresse:	Städtisches Altenpflegeheim Naunhofer Straße Naunhofer Straße 12 04299 Leipzig
Angebot für Demenzkranke:	3 Wohngruppen im Erdgeschoß/Hausgemeinschaften Pro Wohngruppe 7–8 Plätze Für mobile Menschen von mittlerer bis schwerer Demenz mit und ohne herausfordernden Verhalten Betreuung von Menschen mit leichter Demenz in den OGs



Erdgeschoss
Wohngemeinschaften



Obergeschoss
Nachbarschaft

- Bewohnerzimmer WG
- Gemeinschaftsflächen WG
- Dienstzimmer
- Erschließungsflächen
- Bewohnerzimmer NB
- Gemeinschaftsflächen NB

Das Grundstück liegt zwischen zwei Hauptverkehrsstraßen im Leipziger Stadtteil Stötteritz. Die Entwurfsidee war das Konzept „Häuser an einer inneren Straße“ zu entwerfen, die genügend Platz für die Umsetzung zweier unterschiedlicher Wohnmilieus in einem Gebäude bietet.

Abb. 16: Altenpflegeheim
Naunhofer Straße

Anhand dieser Abbildung lässt sich sehr gut der Unterschied zwischen einer Wohngemeinschaft (Hausgemeinschaft) und dem Wohnen in Form einer Nachbarschaft erkennen.

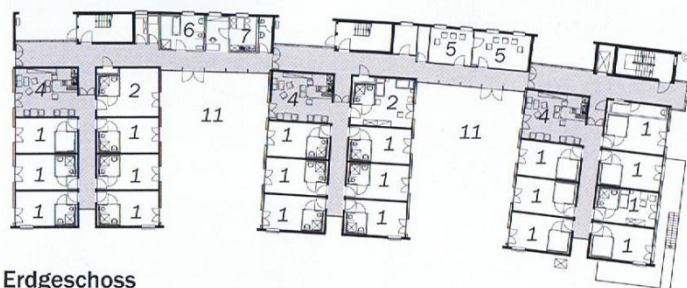
Im Erdgeschoss befinden sich die 3 Hausgemeinschaften. Sie ermöglichen eine Betreuung von 23 BewohnerInnen. Die Gemeinschaftsfläche befindet sich innerhalb jeder Wohngemeinschaft und bietet den BewohnerInnen genügend Platz für gemeinsame häusliche Aktivitäten.

Die Bewohner einer Hausgemeinschaft sind sozusagen einem Gemeinschaftsbereich zugeordnet bzw. umgekehrt.

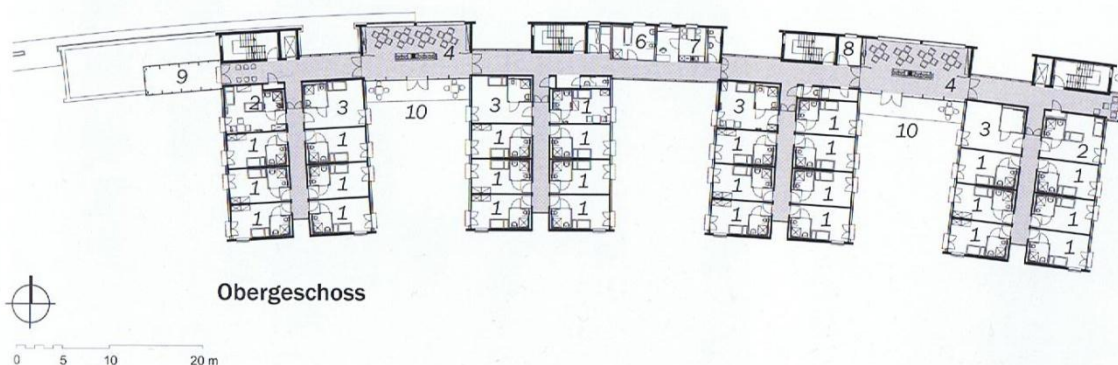
Im Gegensatz dazu, bieten die zwei Obergeschosse Platz für jeweils 33 bis 34 BewohnerInnen. Hier werden auch Personen mit leichter Demenz betreut. Das Zusammenleben wird in Form einer Nachbarschaft organisiert. Die Gemeinschaftsflächen sind nun nicht mehr den unterschiedlichen „Häusern“ zugeordnet, sondern liegen an der „inneren Straße“ (Hauptflur). So können die BewohnerInnen selbst entscheiden, welchen Gemeinschaftsraum sie nutzen wollen bzw. mit welchen BewohnerInnen sie in Kontakt treten wollen.

Die Erschließung erfolgt in allen Geschoßen gleich. Der Hauptflur verbindet die 4 dreigeschossigen Wohntrakte kammartig miteinander. Die einzelnen Zimmer erreicht man über die angrenzenden Mittelgänge. Zwischen den Wohntrakten im Erdgeschoss befindet sich jeweils ein Garten, der sowohl vom Hauptflur, als auch von den Bewohnerzimmern aus erschlossen werden kann.

- 1 Einzelzimmer
- 2 Doppelzimmer
- 3 Einzelzimmer rollstuhlgerecht
- 4 Gemeinschaftsraum mit Küche
- 5 Therapie
- 6 Pflegebad
- 7 Dienstzimmer
- 8 Rollstuhllager
- 9 Luftraum
- 10 Balkon
- 11 Garten



Erdgeschoss



Obergeschoss

Abb. 17: Grundriss EG u. OG, Altenpflegeheim Naunhofer Straße

Der Haupteingang und Teile der Verwaltungsräume, befinden sich im Norden des Gebäudes und schirmen die Wohntrakte von der stark befahrenen Naunhofer Straße etwas ab. Im Gebäudeteil an der Spitze liegen die öffentlichen Bereiche wie Café, Friseur, Fußpflege und ein Mehrzweckraum.

In den Obergeschossen befinden sich jeweils zwei Balkone, die gegenüber den Gemeinschaftsräumen mit offener Küche angeordnet sind. Die Zimmer verfügen alle über Doppelfenster, mit einem kleinen Austritt ins Freie (französisches Fenster).

Insgesamt bietet das Gebäude 79 Einzelzimmer und 6 Doppelzimmer. Alle Zimmer verfügen über einen eigenen Nassbereich. 8 der Einzelzimmer sind rollstuhlgerecht eingerichtet. Alle Zimmer sind nach Osten und Westen hin ausgerichtet und bieten Ausblick in einen der Innenhöfe. Die Innenhöfe haben zur übersichtlicheren Orientierung verschiedene Gestaltungsthemen und sind in unterschiedlichen Farben bepflanzt. Von ihnen gelangt man in einen geschützten Garten.

Kommentar

Die 4 dreigeschossigen Wohnhäuser werden mittels einer inneren Straße (60–100m langer Hauptflur im Norden) miteinander verbunden. Die einzelnen Zimmer erreicht man jeweils über einen 15m langen Mittelflur mit Aussicht in den Garten. In den Obergeschossen sind die Flurenden als kleine Rückzugsmöglichkeiten mit einem Tisch und drei Sesseln ausgestattet. Im Erdgeschoss fehlen diese zum Teil. Die Funktionsräume und Treppenhäuser sind alle im Norden des Gebäudes zu finden. So bleibt im Süden Platz für die Einzelzimmer, die jeweils eine West-Ost-Ausrichtung haben. Die Gemeinschaftsräume sind je nach Angebotenem Milieu unterschiedlich gestaltet. Im Erdgeschoss, wo die 3 Hausgemeinschaften zu finden sind, fungiert der Gemeinschaftsraum als Wohn- und Essbereich mit offener Küche. Jedes „Haus“ besitzt einen solchen Raum, der zwar an der inneren Straße liegt, jedoch nur von den Nebenfluren der einzelnen Häuser erreicht werden kann. Somit ist die Zuordnung eines Wohn- und Essbereichs pro Hausgemeinschaft sichergestellt.

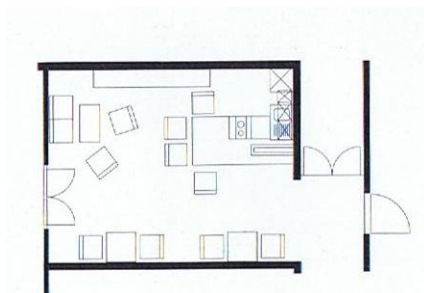


Abb. 18: Essbereich Wongemeinschaft

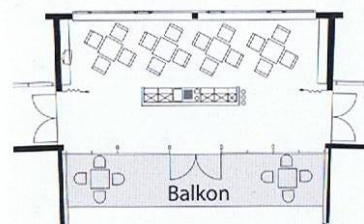


Abb. 19: Essbereich der Nachbarschaften

Im Gegensatz dazu befinden sich in den Obergeschossen pro Geschoss jeweils 2 Gemeinschaftsräume, die von der inneren Straße aus erschlossen werden können. Somit sind sie nicht den Häusern zugeordnet und bieten den Bewohnern die Wahlmöglichkeit zwischen den Räumen. Auch sie besitzen eine Küchenzeile, die jedoch gleichzeitig die Trennung zum Erschließungsgang darstellt. Erfahrungswerten zufolge sind sie jedoch mit ca. 2m²/Platz eher klein dimensioniert und vor allem für Rollstuhlfahrer schwer erreichbar. Gegenüber den beiden Räumen ist jeweils ein Balkon angebracht, der zum Verweilen einlädt.

Die Bewohnerzimmer sind alle mit eigenem Badezimmer ausgestattet und bieten in den beiden Obergeschossen durch ihre französischen Fenster einen kleinen Austritt ins Freie, der für die Rollstuhlfahrer jedoch auch nicht zu benutzen ist. Im Erdgeschoss führen die

Zimmer der Hausgemeinschaften in die drei Innenhöfe. Von ihnen aus gelangt man in den angrenzenden Garten. Um sich besser orientieren zu können, wurden die Innenhöfe mittels unterschiedlichen Farben und Konzepten gestaltet, was sehr hilfreich für die BewohnerInnen ist.

Die Zubereitung der Speisen erfolgt im Untergeschoss und wird mittels Wärmewägen in die jeweiligen Gemeinschaftsräume befördert. Im Gegensatz zu den Obergeschossen werden jedoch in den 3 Hausgemeinschaften alle Vor und Nachbereitungen im Beisein der BewohnerInnen vollbracht.

Auf jedem der Geschosse befindet sich jeweils ein Dienstzimmer und ein Pflegebad für die BewohnerInnen. Sie werden gerne zum Baden und zur Anwendung von Aromatherapien genutzt. Zusätzliche Therapieräume befinden sich ausschließlich im Erdgeschoss an der Nordseite des Erschließungsflurs.⁴⁴

⁴⁴ Vgl. HEE, 2008, Seite 168–177



9. Entwurf einer Demenz-Einrichtung

9. Entwurf einer Demenz-Einrichtung

9.1 Analyse des Ortes

Die Gemeinde Affinghausen liegt im deutschen Bundesland Niedersachsen und somit im Nordwesten Deutschlands.



Abb. 20: Deutschland – Bundesland Niedersachsen

Der Landkreis Diepholz grenzt auf niedersächsischem Gebiet südlich an Bremen (39km Entfernung).⁴⁵

Die Gemeinde Affinghausen ist Teil der Samtgemeinde Schwaförden und hat eine Gesamtfläche von rund 12km².

Die Einwohnerzahl ist seit dem Jahr 2001 von 977 auf 843 Einwohner (Stand 30.06.2011) gesunken.

Die nächst größeren Städte sind Sulingen (11 km), Bassum (13 km) und Bruchhausen-Vilsen (9 km).



Abb. 21: Wappen Affinghausen

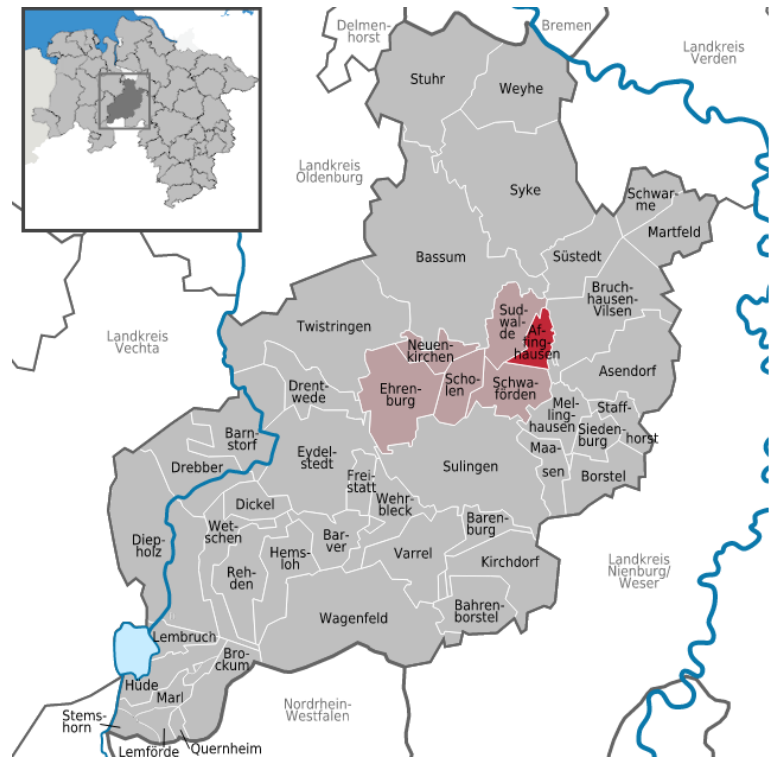
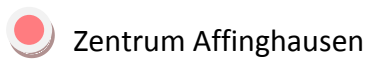
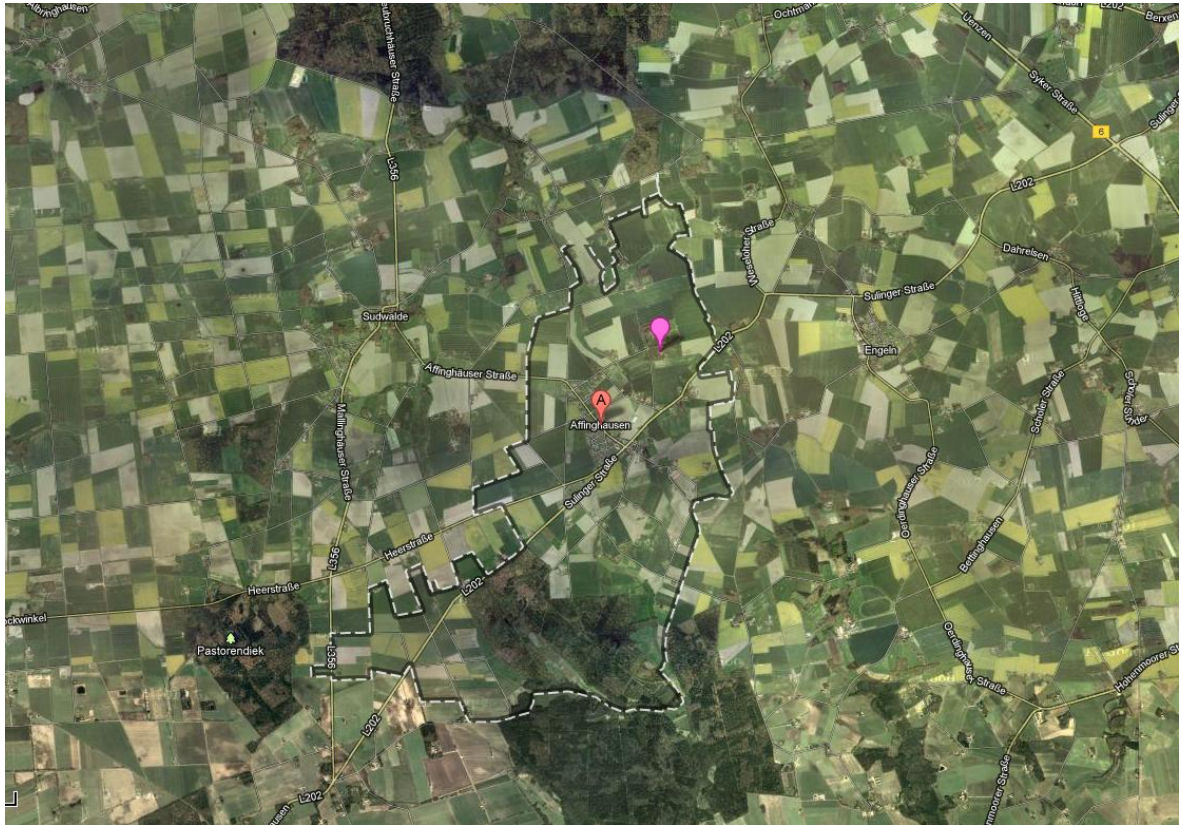


Abb. 22: Landkreis Diepholz - Gemeinde Affinghausen

⁴⁵ www.info-affinghausen.de, Zugriff am 18.11.2011



Zentrum Affinghausen



Lage des Grundstückes

Abb. 23: Gemeinde Affinghausen

9.2 Personalaufwand und Pflegegeld in Deutschland

Personalaufwand

Als Grundlage zur Berechnung des erforderlichen Personalaufwands, dienen die sogenannten Pflegeschlüssel. Je nach Pflegestufe und Anzahl der zu betreuenden Personen, ermittelt sich somit der Mindestpersonalbedarf.

Pflegestufe	Anzahl Personal zu	Pflegebedürftigen
0	1	12,16-14,50
1	1	3,65-4,50
2	1	2,43-3,00
3	1	1,82-2,20

46

⁴⁶ Vgl. www.michael-wipp.de, Zugriff am 22.05.2013

Pflegegeld

Prinzipiell wird Pflegebedürftigen die Wahlmöglichkeit zwischen der Inanspruchnahme von Sachleistungen (Hilfe von Pflegediensten) oder Pflegegeld gewährt. Die Voraussetzungen um Pflegegeld beziehen zu können, ist die Sicherstellung der häuslichen Pflege durch Angehörige oder ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen

Vollstationäre Versorgung

Ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege der Betroffenen nicht möglich, wird eine vollstationäre Pflege gewährt. Die Notwendigkeit einer solchen Pflege kann im Auftrag der Pflegekasse vom MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) überprüft werden. Diese Überprüfung entfällt jedoch für Pflegebedürftige der Pflegestufe III, da dies eine Voraussetzung für die Gewährung dieser Pflegestufe darstellt.

Je nach Pflegestufe berechnet sich ein pauschaler Sachleistungsbetrag, der von der Pflegekasse an das Pflegeheim (Pflegesatz) ausbezahlt wird.

Pflegestufe	Pflegesatz (monatlich)
1	1.023 €
2	1.279 €
3	1.550€
In Härtefällen bis zu	1.918 €

Die darüber hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten (für Unterbringung, Verpflegung, Investitionskosten und ev. Kosten für Komfortleistungen) selbst tragen. Darüber hinaus, darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75% des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Das Heimentgelt setzt sich aus dem Pflegesatz, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten, sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten zusammen.

Kurzzeitpflege

Bei dieser Form der Betreuung sind die Betroffenen nur für eine begrenzte Zeit auf die stationäre Pflege angewiesen. Dieser Fall kann insbesondere im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, oder zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege auftreten.

Die finanzielle Unterstützung der Pflegeversicherung, ist bei dieser Form jedoch unabhängig der anerkannten Pflegestufen. Sie steht allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zu. Der Betrag beläuft sich auf 1.550 € für vier Wochen/Kalenderjahr.⁴⁷

9.3 Bauplatzbeschreibung

Das Grundstück befindet sich am Rande der Gemeinde Affinghausen (D). Es liegt in einer ländlichen Umgebung und wird größtenteils von einem Waldstück umrandet.

Auf dem Grundstück befindet sich ein alter Gutshof, der Anfang des 20. Jahrhunderts erbaut wurde. Im Jahre 1965 wurde er damals schon zu einem Alten- und Pflegeheim mit rund 40 Plätzen umgebaut. In den Jahren 1984/85 und 1994/95 fanden Sanierungen, Umbauten und Anbauten statt.

Insgesamt gab es danach 94 Pflegplätze. Sie wurden im Bereich der Schwerstpflege vergeben. Darunter waren schwer psychiatrisch Erkrankte, Demenzkranke, Wachkomapatienten (Phase "F"), sowie jüngere psychisch veränderten Menschen.

1996 wurden das Gebäudeensemble und die Betreiberschaft der Einrichtung durch eine bundesweit tätige Pflegeheim-/ Senioren-Dienstleistungsgesellschaft übernommen.

Aufgrund fehlender Sanierungen und Reparaturarbeiten, wurden erste Bereiche der Einrichtung im Jahre 2001 durch die Aufsichtsbehörde geschlossen. Dies führte schließlich im Jahre 2006 zur Stilllegung der gesamten Einrichtung aufgrund mangelnder Belegung.

Die folgenden Jahre stand das Gebäude leer und trägt deutliche Spuren von dem damaligen Vandalismus und Diebstahl an allen Einbauten. 2010 folgte die Zwangsversteigerung.

Seit August 2010 gehört das Anwesen nun Herrn Alfried Kostrewa aus 31535 Neustadt am Rübenberge, der bereits 1984 bis 1996 Eigentümer des Gutshofes war.

⁴⁷ Vgl. www.bmg.bund.de, Zugriff am 22.05.2013

Nun sollen östlich des Bestandes auf einer ca. 1,7 ha großen Freifläche 5 Wohngruppen mit jeweils 12–15 Plätzen in Form von Hausgemeinschaften entstehen. In einem 2. Bauabschnitt soll jedoch die Möglichkeit gegeben sein, zwei weitere Hausgemeinschaften neu zu errichten.

9.4 Aufgabenstellung Wettbewerb

Aus den Wettbewerbsunterlagen:

Das Vorhaben

Geplant ist die Entwicklung einer Modelleinrichtung für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum.

Das 6 ha große Grundstück mit altem parkähnlich angelegten Baumbestand, die Atmosphäre und der „Charme“ der Bestandsgebäude (Gutshaus, Scheune, etc.) sowie eine ca. 1,7 ha große bebaubare Freifläche östlich des Bestandes sind die Grundlagen für die Entwicklung eines mehrgliedrigeren Konzeptes zur Begleitung, Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz.

Wettbewerbsaufgabe

Auf der oben schon erwähnten Freifläche östlich des Bestandes, sollen 5 Wohngruppen mit jeweils 12–15 Plätzen in Form von „Hausgemeinschaften“ nach den Vorgaben der sog. 4. Generation im Pflegeheimbau (siehe KDA, Kuratorium Deutsche Altershilfe) entstehen. Eine der fünf Hausgemeinschaften muss neben dem Zugang zu den allgemeinen Außenanlagen einen besonders geschützten (gesicherten) Außenbereich haben. Diese Hausgemeinschaft wird wahrscheinlich als „geschlossene Wohngruppe“ organisiert.

Die Gesamtplanung der Gebäude auf dem Anwesen muss die Möglichkeit beinhalten, in einem 2. Bauabschnitt zwei weitere Hausgemeinschaften neu zu errichten.

Die erforderliche Barrierefreiheit, der Hausgemeinschaftsgedanke, die vorhandene Grundstücksgröße und die geplante Einbeziehung des Außenbereiches sprechen für

freistehende eingeschossige Bauformen. Dagegen spricht der Personaleinsatz vor allem im Nachtwachenbereich und vielleicht auch die Witterung. Die Auflösung dieses Widerspruches ist eine wesentliche Herausforderung dieser Planungsaufgabe.

Die Wettbewerbsaufgabe beinhaltet ebenfalls einen Planungsvorschlag für die Außenanlage und die notwendigen Parkplätze (siehe Außenanlage). Entstehen soll ein stimmiges Ensemble von Gebäuden unter Berücksichtigung der besonderen Gestaltungsanforderungen der Außenanlagen für Menschen mit Demenz.

Neben der freien Zugänglichkeit aller Bereiche des Anwesens durch eine komplette Einfriedung des Grundstücks sollte der Gedanke eines „Marktplatzes“ oder „Dorfzentrums“ aufgenommen werden, dass von allen Bewohnern als Kommunikationsmittelpunkt genutzt werden kann. Dieser „Marktplatz“ sollte von allen neu entstehenden Gebäuden aber auch von den Bestandsgebäuden möglichst einfach erreichbar sein.

Beachtung muss finden, dass sowohl die Bewohner wie die Mitarbeiter und Gäste auch bei schlechterer Witterung zwischen den Gebäuden/Gebäudekomplexen wechseln können. Dies gilt auch (besonders) für die Nachtwache(n).

Bestand (nicht Wettbewerbsaufgabe)

Zu dem Modell-Gedanken gehört außerdem dass es für die Bewohner der Einrichtungen, möglicherweise aber auch für die Besucher und Gäste, unterschiedliche „Dienstleistungsangebote“ auf dem Gelände und in den Bestandsgebäuden (Scheune, Saal, etc.) geben soll. Stichworte hier: Café, Friseur, Bäckerei, Kiosk, Gärtnerei, etc.

Diese sollen der sog. „Milieugestaltung“ dienen, also im geschützten Rahmen des Anwesens den Bewohnern ein abwechslungsreiches Angebot bieten, so wie es in der häuslichen Umgebung und Nachbarschaft auch der Fall wäre.

Neben der Sanierung und Neuwidmung der Bestandsgebäude wird der Ostflügel – nach Totalsanierung – ca. 20 schwertpflegebedürftigen Bewohnern Heimat und Betreuung nach dem Konzept der „Pflegeoase“ bieten.

Für den Wettbewerb zu berücksichtigen ist hier allerdings, das durch diesen Ostflügel (im Bereich de Giebels/im übersichtsplan und den Bildern gekennzeichnet) eine Verbindung zum Neubauensemble geschaffen werden soll.

Die Außenanlagen (für den Wettbewerb zu berücksichtigen)

Die bestehenden Waldbestände auf der Westseite des Grundstücks sind bereits parkähnlich angelegt. Der Baumbestand östlich des Teiches muss noch aufgeforstet und möglicherweise verkleinert werden.

Von allen Hausgemeinschaften und Bewohnerbereichen sollten die Bewohner einen direkten Zugang zu dem „Marktplatz“ haben. Damit ist gemeint, dass es einen zentralen Bewegungs- und Kommunikationsbereich geben sollte, der durch eine anziehende und spannende Gestaltung von allen Bewohnern angenommen und gern genutzt wird. Hier sollten die Bewohner auch in Kontakt mit Pflanzen und Gehölzen (Obst) kommen können. Kleine (Hoch-)Beete können von den Bewohnern als Arbeitsflächen/Gartenflächen genutzt werden. Aber auch hier gilt: Die Ideen müssen so umgesetzt werden, dass sich auch an Demenz erkrankte Menschen zurecht finden. Entsprechende Hinweise bzw. Literatur findet sich unter den Begriffen „Gartengestaltung“ und „Demenz“ im Internet.

Stichpunkte zur baulichen Gestaltung der Hausgemeinschaften:

- grundsätzlich Einzelzimmer, ev. 1 bis 2 Doppelzimmer je Hausgemeinschaft; dabei von Vorteil: flexible Bauweise um eine spätere Umnutzung/Anpassung des Pflegekonzeptes einfach zu machen (z.B. aus zwei Einzel- ein Doppelzimmer, etc.).
- bestimmte Funktionsräume entsprechend der gesetzlichen Vorgaben werden von mehreren Wohngruppen genutzt (Abstell-, Pflegearbeitsräume, Badezimmer als „Wohlfühl-Oase“, etc.).
- alle Wohngruppen/Hausgemeinschaften sollen grundsätzlich autark leben. Das heißt: keine zentrale Wäscherei, keine Großküche, keine „pompösen“ Empfangshallen“, etc.
- jede Wohngruppe organisiert seine Tagesabläufe einschließlich der Zubereitung der Mahlzeiten, das Reinigen der Wäsche etc. grundsätzlich eigenständig.
- Empfangsbereich/zentrale Anlaufstelle für Besucher, Gäste etc.

Raumprogramm für eine Hausgemeinschaft mit 12 Bewohnern. Je nach Gesamtkonzept könnte eine Hausgemeinschaft bis zu max. 14 Bewohner beheimaten:

Einzelzimmer	14,0-18,0
Duschbad	4,5
m ² je Bewohnerzimmer	22,5
m² bei 12 Bewohnern:	ca. 270,0
Wohn- u. Aufenthaltsraum mit integrierter Küche	50,0-65,0
Vorratsraum	8,0
Hauswirtschaftsräume 2 Stück á 8-10m ² (Wäsche rein und unrein)	20,0
Büro, Dienstzimmer, Medikamente	10,0
Abstellraum/evtl. mit Platz für Fäkalienspüle	8,0
Behinderten WC/öffentlich zugänglich für Bewohner	5,0
Gäste- u. Personal-WC	4,0
Allgemeine Fläche je Hausgemeinschaft:	ca. 120,0
Gesamtfläche je Hausgemeinschaft:	ca. 390,0

Auf dem Anwesen sollen zunächst 5 Hausgemeinschaften neu errichtet werden. Das Raumprogramm für diese:

Anzahl der Hausgemeinschaften	5
Fläche je Hausgemeinschaft	390,00
m² Gesamt:	ca. 1950,00
2-3 Hausgemeinschaften teilen sich 1 Pflegebad á 18 m ²	36,0
1 Arztzimmer für alle Hausgemeinschaften	12,0
Empfangsbereich für Besucher, Gäste	je nach Entwurf
Fläche von allen HG genutzt:	ca. 48,0
Gesamtfläche 60 Plätze:	ca. 1998,0

Alle außerdem erforderlichen Räume (siehe a bis c) die gemäß Heimmindestbauverordnung notwendig sind, können in den Bestandgebäuden untergebracht werden (die Planung hierfür ist nicht Wettbewerbsaufgabe/könnte aber Erwähnung finden im Erläuterungsbericht)

- a) Haupthaus (ehemals Gutshaus): Verwaltung, Personal, Sozialräume
- b) Ehemalige Scheune: Lagerräume, Therapie- und Beschäftigungsräume, etc.
- c) Langgezogener Pfeletrakt/Ostflügel: Umbau und Sanierung zu einer Pflegeoase/Palliative Care Station für ca. 20 Bewohner

Das 8-eckige Rondell zwischen Ostflügel und der bebaubaren Freifläche könnte z.B. zu einem „öffentlichen“ Café umgebaut werden. Da dieser Pavillon in den zu beplanenden Bereich hineinragt und möglicherweise ein sinnvolles Konzept beeinträchtigt, wäre aber auch der Vorschlag des Abrisses denkbar.

Energieversorgung

Im Bereich der Gesamtenergieversorgung wären grundsätzliche Überlegungen wünschenswert. So wurde uns bereits eine Kooperation mit einem Landwirt der Gemeinde angeboten, die Energieversorgung über ein Blockheizkraftwerk in Verbindung mit einer Biogasanlage zu betreiben. Aber auch Energieeinsparungen und der Einsatz anderer regenerativer Energieformen sollte in die Planung mit einbezogen werden.

9.5 Bauplatzanalyse

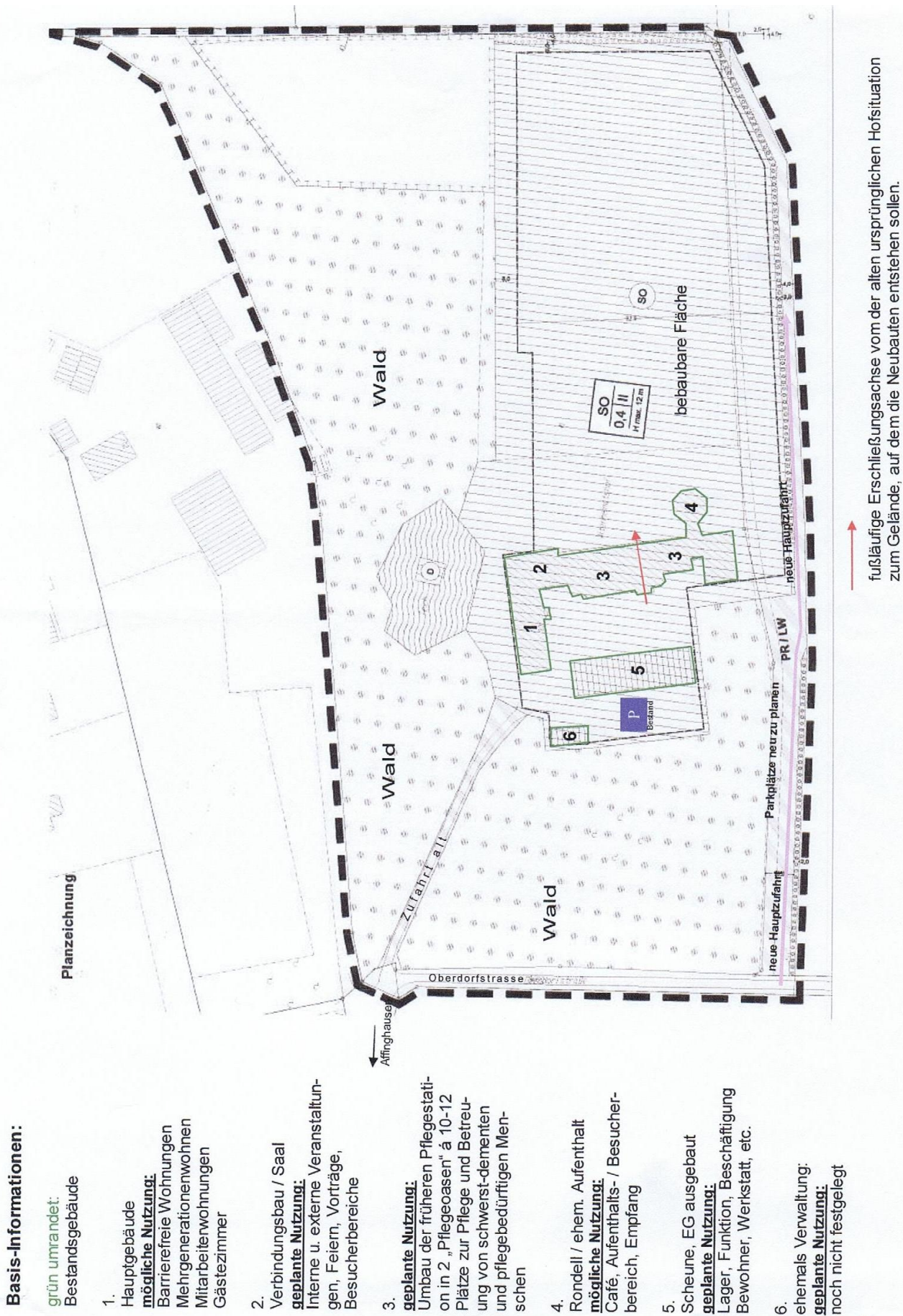


Abb. 24: Basis-Informationen Wettbewerbsareal

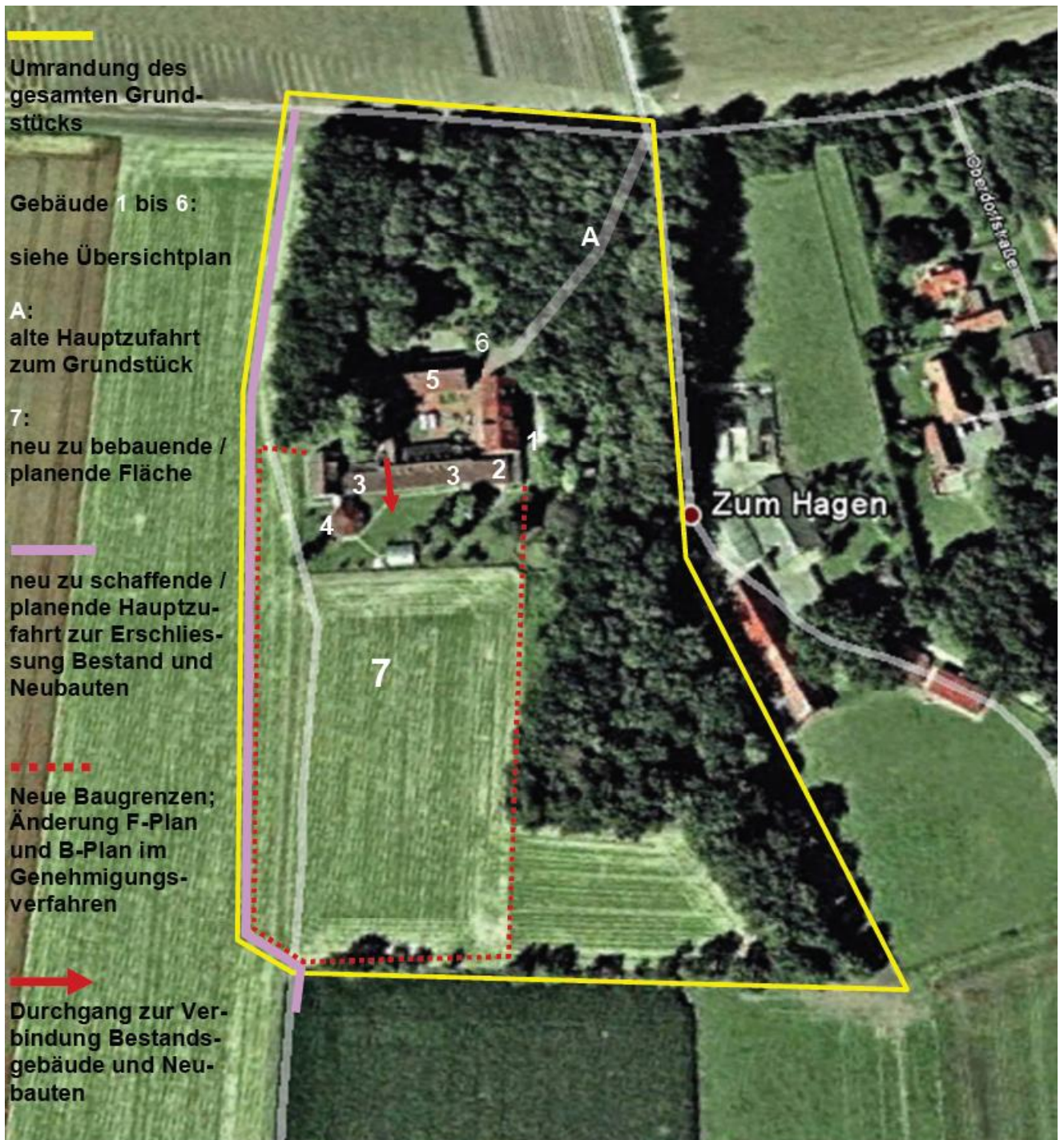


Abb. 25: Luftansicht Wettbewerbsareal



Abb. 26: Blick auf das ehemalige Hauptgebäude



Abb. 27: Blick vom Innenhof auf die Fassade der Scheune



Abb. 28: Blick auf den langgezogenen Pflegetrakt ev. Verbindung zum neuen Areal



Abb. 29: Blick vom Dach des Haupthauses/Herrenhauses auf den Innenhof



Abb. 30/31: Blick vom Dach des Haupthauses/Herrenhaus auf den Innenhof





Abb. 32: Blick vom Dach des Haupthauses /Herrenhaus auf den Innenhof



Abb. 33: Sicht von Süden auf den langgezogenen Pflge- trakt / Westgiebel



Abb. 34: Süd-Ansicht Rondell



Abb. 35: Ostseite und Sicht auf das



Abb. 36: Ost-Ansicht des langgezogenen Pflge- traktes (zukünftiger „Pflgeoasen“)



Abb. 37: Aktuelle Hauptzufahrt zu den Bestandsgebäuden



Abb. 38: Links 1/Westgiebel des ehem. Haupthauses /Herrenhauses;
Rechts 5/Giebel der Scheune, in der Lager- und Funktionsräume untergebracht sind



Abb. 39/40: Innenhofgestaltung zwischen den Bestandsgebäuden mit Blick auf die
Westseite den langgezogenen Pflgetraktes, in dem 2 neue Pflegebereiche (sog.
Pflegeoasen) entstehen.



Abb. 41/42: neu zu bebauende/planende Fläche

9.6 Der Entwurf

9.6.1 Konzeptioneller Ansatz

Grundsätzlich stützt sich mein Entwurf sowohl bei der Gebäudeformfindung, als auch bei der Grundrissgestaltung auf **das Prinzip eines „Marktplatzes“**.

Die durch meine Analyse gewonnenen Erkenntnisse, kamen vor allem in der Gestaltung der Grundrisse zum Tragen.

Obwohl die Größe des Grundstücks, freistehende eingeschossige Gebäude (die jeweils nur eine Hausgemeinschaft beinhalten) zulassen würde, und dies einem auch in der Ausschreibung nahe gelegt wurde, habe ich mich schlussendlich doch für nur einen zwei- bzw. dreigeschossigen Gebäudekomplex entschieden. Die Gründe hierfür waren...

... aus Sicht der Bewohner:

- mehr Interaktion zwischen den Hausgemeinschaften
- bessere Kommunikation zwischen den Bewohnern und dem Personal
- bei Notfällen bzw. Unfällen kann rasch geholfen werden – mehr Augen sehen mehr

... aus Sicht des Personals:

- kürzere Wege
- weniger Personalaufwand vor allem beim Nachtdienst
- rasche Hilfestellung für Kollegen bei Notfällen oder Personalengpässen

... aus Sicht der Architektur:

- mehr Gestaltungsmöglichkeiten im Falle einer späteren Umnutzung des Gebäudes
- Ökonomischer im Bezug auf den Rohstoffverbrauch und damit verbundene Materialkosten
- Effizientere Energieversorgung des Gebäudes

Aufgrund meines Entwurfes, findet das Rondell keinen Fortbestand. Im Zuge dessen habe ich auch den vorgeschlagenen Eingangsbereich nach Süden in Höhe des ehem. Rondells verschoben. Dies bietet mir die Möglichkeit, den Eingang des Altbestandes direkt an den geplanten Parkplatz anzuschließen und eine kleine Cafeteria mit südseitiger Terrasse einzurichten.

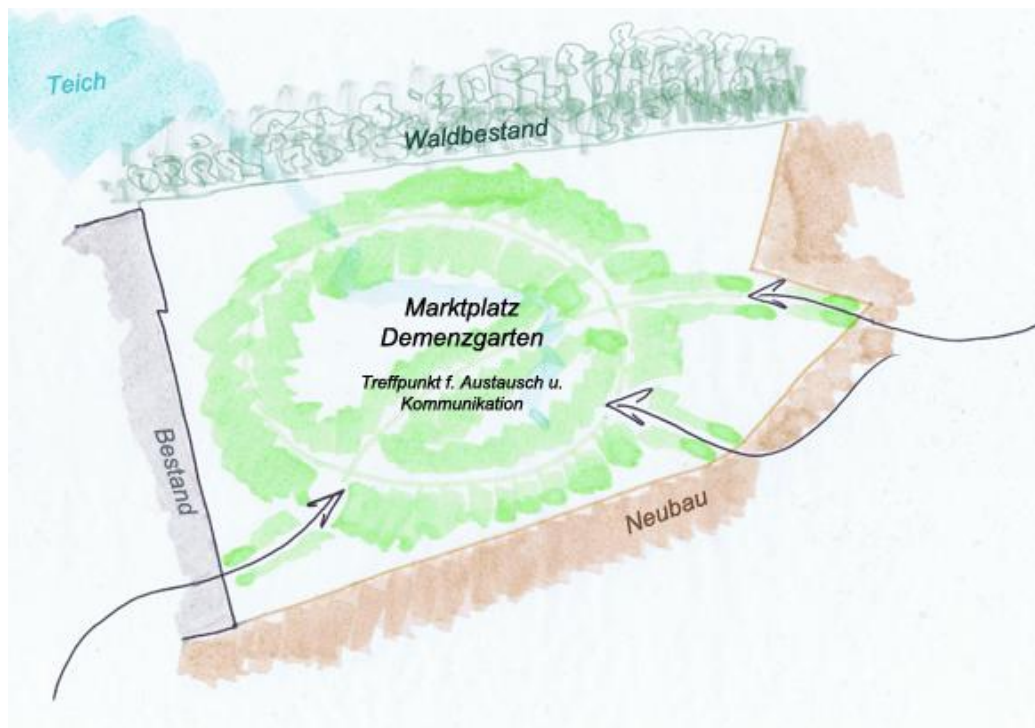
Da sich in meinem Gebäudekomplex alle Hausgemeinschaften, das Personal und ihre Besucher aufhalten, sehe ich es von Vorteil, die Zusatzleistungen wie Friseur, Bäckerei, Fuß- und Nagelpflege etc. im Erdgeschoß des Neubaus anzusiedeln. Dies bietet durch die kürzeren Wege und die bessere Auffindbarkeit mehr Nutzungsmöglichkeiten für Bewohner und Personal.

Dasselbe gilt auch für Übergangswohnungen der Angehörigen. Durch die Unterbringung im 2. Obergeschoß verkürzen sich die Wege für Besuche zu den Hausgemeinschaften.

Die dafür vorgeschlagenen Bereiche im Altbestand, könnte meiner Meinung nach für andere Betreuungsformen wie betreutes Wohnen genutzt werden. Auch Wohnungen für Mehrgenerationen oder Dauerwohnungen für Angehörige, die sich das eigene Haus im Alter nicht mehr leisten können, wären denkbar.

9.6.2 Das Prinzip „Marktplatz“ – öffentlicher Bereich

Für gewöhnlich versteht man unter einem Platz, eine freie Fläche, umgeben von Objekten wie Häuser, Bäume etc. Der Dorf- bzw. Marktplatz wurde schon von jeher als Treffpunkt für Tauschgeschäfte, Handel und vor allem als Kommunikationsmittelpunkt genutzt.



Durch die Form des neuen Gebäudekomplexes, welche sich sowohl in Richtung des Altbestandes im Westen, als auch in Richtung des Waldstückes mit Naturteich im Norden richtet, wird ein ebenso erwähnter zentraler „Marktplatz“ geschaffen.

Er findet Gestalt in einem öffentlichen, frei zugänglichen Demenzgarten, der nicht nur von den Bewohnern, dem Personal und den Besuchern der neuen Demenzstationen sondern auch des Altbestandes genutzt werden soll.

Das Konzept „Marktplatz“ wird im kleineren Maßstab auch im Neubau selbst und später in der Grundrissgestaltung der einzelnen Hausgemeinschaften angewandt.

Vom zentralen Freibereich, dem Demenzgarten, gelangt man in das großzügig gestaltete Foyer. Durch das zentrale Stiegenhaus verbindet es alle Ebenen miteinander, und fungiert somit als Ort der Begegnung und Kommunikation zwischen den Bewohnern verschiedener

Hausgemeinschaften sowie den Besuchern. Durch Lufträume verbindet es alle oberirdischen Geschoße, und übernimmt somit die Rolle des „Marktplatzes“ innerhalb des Gebäudekomplexes.



9.6.3 Die Hausgemeinschaften – halböffentlicher Bereich

Die 5 Hausgemeinschaften der ersten Bauphase befinden sich sowohl im Erd- als auch im ersten Obergeschoß. Bei Bedarf und Durchführung der zweiten Bauphase, kann diese Zahl auf 7 erhöht werden. In einer Wohngruppe befinden sich bis zu 12 Bewohner. Ausnahme bildet hier die Hausgemeinschaft 2. Sie befindet sich im Erdgeschoß und verfügt über die Möglichkeit, bis zu 3 weitere Bewohner zur Kurzzeitpflege aufzunehmen. Die Zimmer dafür, lassen sich durch Öffnung einer Schiebewand an die Räumlichkeiten anhängen.

Das Herzstück einer jeden Hausgemeinschaft bildet die großzügige offene Wohnküche, welche als Treffpunkt für Kommunikation und gemeinsame Aktivitäten steht. Sie ist sozusagen die kleinste Ausführung des „Marktplatzes“ in meinem Projekt.



Angrenzend daran befinden sich die Hauswirtschaftsräume. Jede Wohngruppe verfügt über eine Speisekammer, einen Abstellraum für Haushaltsgeräte, je einen Wäscheraum für schmutzige und saubere Wäsche, sowie Besucher- und Personal-WCs mit angrenzendem Raum mit Fäkalienpüle.

Die Hauswirtschaftsräume werden mit den AlltagsmanagerInnen zum gemeinsamen Wäsche waschen, bügeln, Lebensmittel aufbewahren etc. verwendet. Dabei spielt eine große Rolle, die Einbeziehung der Bewohner in die Aufgaben des Alltags. Das bietet nicht nur Abwechslung, sonder fördert auch die Denkleistung und Motorik.

Auch kleine Erfolgserlebnisse haben große Bedeutung!

Die Mitarbeit der Bewohner richtet sich jedoch nach dem täglich wechselnden physischen und psychischen Zustand.



Bei der Grundrissgestaltung der Hausgemeinschaften, spielten vor allem die gewonnenen Erkenntnisse meiner Analyse eine wichtige Rolle.

Da es sich bei den Bewohnern ausschließlich um demenzkranke Menschen handelt, war es mir ein großes Anliegen, genügend Platz für sogenannte „Wanderer“ auch innerhalb der Räumlichkeiten zu schaffen, um dem Bewegungsdrang mancher Bewohner auch bei Schlechtwetter und unter Beobachtung der AlltagsmanagerInnen gerecht zu werden. Natürlich stehen den Bewohnern hierfür auch die Gänge der einzelnen Geschoße und die Gemeinschaftsbereiche zur Verfügung. Doch an Tagen, an denen die Orientierungslosigkeit und Verwirrung groß ist, sollte dies auch in der vertrauten Wohngruppe möglich sein. Besonders wichtig ist es auch, auf unnötige Ecken und Kanten, die eine Gefahr beim Herumwandern mit gesenktem Kopf darstellen, zu verzichten.

Die Wanderstrecken durch das familiäre „Wohnzimmer“ bieten auch interessante Bereiche, die zum Verweilen, Beobachten und Erleben einladen.

Dazu zählen:

- das Aquarium, zu dem das tägliche Füttern der Fische gehört



- eine begrünte Wand, die je nach Bepflanzung und Jahreszeit, ihre Form und Farbe ändert
- ein Lichthof, der durch rankende Pflanzen Licht und Farbe widerspiegelt und den ein oder anderen Sichtkontakt zu anderen Hausgemeinschaften und Bereiche bietet; er wird auch gerne als Bezugspunkt genutzt und dient der Wiedererkennung
- eine Tastwand, die regelmäßig und gemeinsam mit den Bewohnern mit den unterschiedlichsten Dingen bestückt werden kann
- Sitzgelegenheiten



An diese interne Straße, reihen sich auch die privaten Räume der Bewohner. Jede Hausgemeinschaft besitzt neben den Einzelzimmern, auch ein bis zwei Doppelzimmer. Jedes Zimmer hat seinen eigenen Nassbereich mit barrierefreiem Duschplatz, WC und Waschbecken.

9.6.4 Die Zimmer – privater Bereich

Die Anordnung der Zimmer und Nasszellen, wurde in Hinblick auf eventuell spätere Umnutzungen oder Zusammenlegungen der Zimmer getroffen. (siehe auch 9.5.14 Umnutzung des Gebäudes)

Um ein vertrautes Gefühl bei den Bewohnern zu wecken, können Möbel wie Kästen, Nachtkästchen, Bilder oder Stühle und Tische für die Sitzecke von den Bewohnern selbst mitgebracht werden. Damit erkennbar wird, wer in den jeweiligen Zimmern wohnt, werden an der Wand zwischen den Zimmern, mitgebrachte Familienfotos sowie Namensschilder angebracht.

Jedes Zimmer verfügt über eine Sitzecke mit Ausblick in die Hausgemeinschaft und einem Schlafbereich, von dem man einen barrierefreien Zugang ins Freie hat. Im Erdgeschoß ist dies der Garten und im ersten Obergeschoß ein gesicherter Balkon. Die Wahlmöglichkeit zwischen Innen- und Außenbereich soll den Bewohnern ein Gefühl der Selbstständigkeit und Selbstentscheidung ermöglichen und gegen das oft befürchtete Gefühl des „eingesperrt seins“ wirken.

Natürlich sind die Zimmer auch mit Fernseher und Radios ausgestattet bzw. können ebenfalls von den Bewohnern mitgebracht werden. Es wird jedoch auch von den Betreuern darauf geachtet, dass diese Beschäftigung nicht zum Hauptaugenmerk der Bewohner wird.

Die Hausgemeinschaften der zweiten Bauphase im zweiten Obergeschoß verfügen über eigene Dachgärten. Die Zimmer der Hausgemeinschaft VII, die auch als „geschlossene Wohngruppe“ geführt werden kann, verfügen zudem zusätzlich über eigene Balkone.

Einzelzimmer

Die Einzelzimmer haben eine Größe von ca. 16,5m² und verfügen über eine eigene Nasszelle mit ca. 4,7m². Die Nasszellen werden über eine Schiebetür erreicht und verfügen über einen barrierefreien Duschplatz, ein WC mit Haltegriffen, sowie ein Waschbecken.

Der Schlafbereich bietet sowohl Ausblick auf den Gang der Hausgemeinschaft, wo das Geschehen animierend zum Verlassen des privaten Zimmers auffordern kann, sowie Ausblick ins Freie. Da die Fenster lediglich eine Parapethöhe von 60 cm über fertige

Fußbodenoberkante besitzen, wird dies auch im Liegen gewährleistet. Gleichzeitig hilft die Parapethöhe des Fensters, den Bewohnern mit Demenzerkrankung, diese von Türen zu unterscheiden. Der Ausblick, der wiederum auch Einblick ins Zimmer bedeutet, kann von den Bewohnern durch Ziehen der Vorhänge selbst bestimmt und gewählt werden.

Doppelzimmer

Jede Hausgemeinschaft verfügt auch über ein bis zwei Doppelzimmer. Hier können z.B. Ehepartner, die dasselbe krankheitsbedingte Schicksal ereilt hat, Bekannte oder Bewohner mit Ängsten vorm Alleinsein untergebracht werden.

Sie sind mit rund 29 m² und einem Nassbereich von ca. 7,5m² großzügiger angelegt als die Einzelzimmer. Die Hauptunterschiede der Einrichtung bezieht sich auf die Sitzecke, die zusätzlich über ein Sofa verfügt, sowie auf die Nasszelle, die mit einem Doppelwaschbecken ausgestattet ist. Die Entscheidung über Ein- und Ausblicke, die geringe Parapethöhe, sowie der Zugang zum Nassbereich und ins Freie, gleichen den Einzelzimmern.

9.6.5 Das Personal

Um die Voraussetzungen für eine gute und liebevolle Betreuung durch das Personal sicherstellen zu können, ist es auch wichtig, ihnen den Alltag mit den Betroffenen durch Anordnung der Räumlichkeiten, so angenehm wie möglich zu gestalten. Dem Personal muss die Möglichkeit gegeben werden, das Geschehen innerhalb der Wohngruppe immer gut im Auge behalten und dieses somit kontrollieren zu können.



Dadurch spielte die Lage des Dienstzimmers eine große Rolle um den bestmöglichen Überblick über die Eingänge zu den Zimmern und die Ausgänge der Wohngruppen zu bieten. So kann auch nächtlichen Wanderern und herumirrenden Bewohnern schnell geholfen werden.

Die Zimmer für Bewohner, die zur Kurzzeitpflege aufgenommen werden, befinden sich gleich neben den Personalräumen im Erdgeschoß. Dies ermöglicht eine rasche und intensivere Betreuung bei z.B. Eingewöhnungsschwierigkeiten der Neulinge.

Um sich in den Pausen erholen und abschalten zu können, stehen dem Personal eigene Freibereiche zur Verfügung. Im Erdgeschoß ein eigens angelegter Garten und im 2. Obergeschoß eine Außenterrasse.

Zum Ausgleich der oft körperlich anstrengenden Pflege- und Betreuungsarbeit, bietet der Fitnessbereich nicht nur ein Schwimmbad und ein Whirlpool zur Entspannung, sondern auch einige Fitnessgeräte um Ausdauer und Muskeln zu stärken.



9.6.6 Die Erschließung



Der Haupteingang für Besucher der Demenzstationen liegt im Osten des Grundstücks. Hier befindet sich ein Parkplatz für Besucher. Über einen Vorplatz erreicht man den Eingang. Von diesem aus gelangt man entweder in den Fitnessbereich zu seiner Rechten, oder ins Innere des Gebäudes und zum zentralen Foyer zu seiner Linken. Der Gang, der diese Bereiche miteinander verbindet, verfügt über mehrere zusätzliche Nutzungen, die sowohl den Bewohnern des Neu- als auch des Altbaus zur Verfügung stehen. Hier findet man nicht nur den Andachtsraum mit eigenem Garten („Garten der Stille“), sondern auch einen Friseur, Fuß- bzw. Nagelpflege, Massage- und Therapieräume, sowie das allgemeine Arztzimmer, Personal- und Verwaltungsräume.

Das angrenzende Foyer mit eigenem Kiosk, für die morgendliche Zeitung, und Café, bietet den Bewohnern, dem Personal und auch den Besuchern genügend Platz zum Verweilen und Kommunizieren. Eine großflächige, zwei- bis dreigeschossige Glasfassade, die durch Schiebeelemente im Erdgeschoß mit dem Demenzgarten verbunden werden kann, lässt eine freundliche und helle Atmosphäre entstehen.

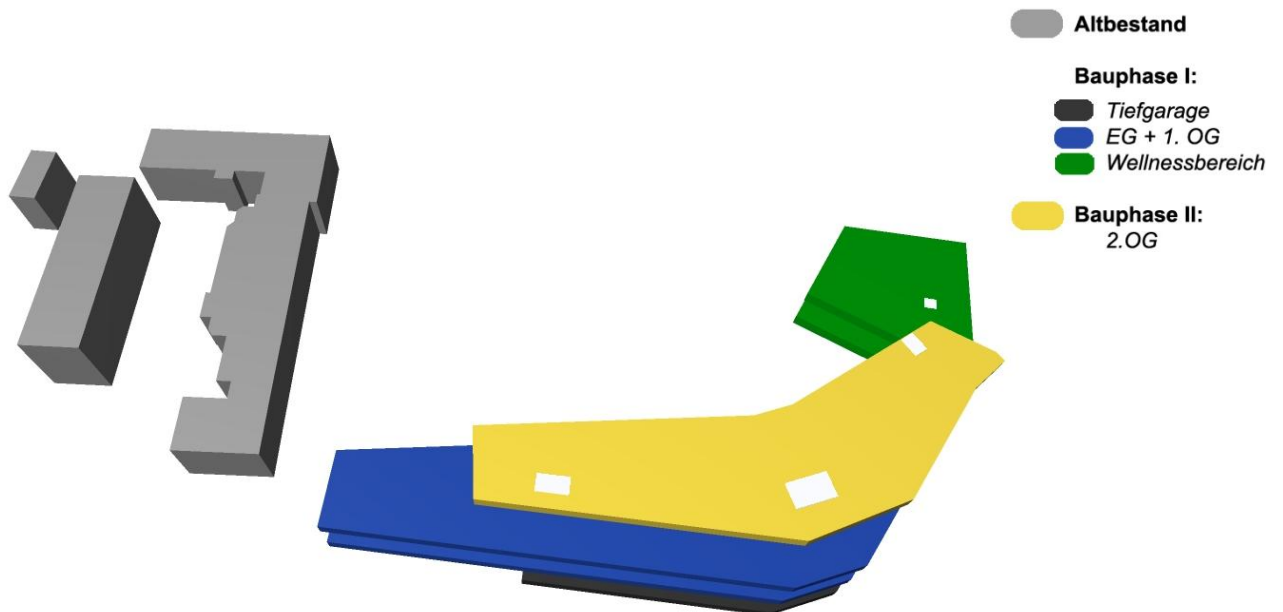
Über das zentrale Stiegenhaus gegenüber vom Eingang des Demenzgartens, sowie über zwei Nebestiegenhäuser, gelangt man in das erste Obergeschoss. Es verfügt nicht nur über 3 weitere Hausgemeinschaften, sondern auch über eine öffentliche Bibliothek, einer Terrasse mit Aussicht in den Demenzgarten, einer Aussichtsbrücke, einem Pflegebad, sowie einer Pflegeoase. Das Obergeschoss des Wellnessbereichs ist ausschließlich über eine interne Stiege im Erdgeschoss zu erschließen.

In der gewünschten zweiten Bauphase bzw. bei Bedarf, kann das zweite Obergeschoss errichtet werden. Hier sind nochmals zwei weitere Hausgemeinschaften, sowie Personalräume und zwei Wohnungen für Angehörige zu finden. Beide Hausgemeinschaften besitzen Zugang zu einem Dachgarten. Da der Dachgarten über dem Wellnessbereich jedoch ausschließlich von der Hausgemeinschaft VII genutzt und erreicht werden kann, eignet sich diese besonders für die gewünschte Nutzung einer geschlossenen Hausgemeinschaft.

Durch die Verschiebung des Haupteinganges des Altbestandes auf Höhe des ehemaligen Rondells, entsteht hier der neue Ein- bzw. Durchgang zum Demenzgarten, sowie eine kleine Cafeteria mit südseitiger Terrasse. Diese Terrasse schließt an den Freiraum der Hausgemeinschaften I und II im Erdgeschoß an. Eine dieser Hausgemeinschaften kann durch Trennung des gemeinsamen Freibereichs auch als geschlossene Wohngruppe fungieren, bis die zweite Bauphase abgeschlossen ist.

9.6.7 Die Bauphasen

Die geforderten Bauphasen gliedern sich wie folgt:



Bauphase I

Kellergeschoß

Tiefgarage

Im Kellergeschoß des Gebäudekomplexes ist eine für das Personal zugängliche Tiefgarage angesiedelt. Die Abfahrt befindet sich im Osten des Grundstücks neben dem Besucherparkplatz beim Haupteingang. Sie wird mittels Ampelanlage geregelt.

Haustechnikräume

Die gesamte Haustechnik für den Gebäudekomplex sowie für den Fitnessbereich befindet sich im Keller.

Müll- und Lagerräume

Der anfallende Müll kann hier getrennt und zwischengelagert werden. Die Lagerräume werden zur Aufbewahrung und teilweisen Kühlung von Lebensmitteln, sowie zur Lagerung von notwendigen Geräten, Rollstühlen und Möbeln herangezogen.

Erdgeschoß – öffentliche Bereiche

Fitnessbereich

Im Erdgeschoß des Fitnessbereichs befindet sich ein Hallenbad. Es steht allen Bewohnern und dem Personal (Alt- und Neubau) zur Verfügung. Hier finden sowohl Wassertherapien als auch Wassergymnastikstunden statt. Das Bewegungstraining im Wasser schont nicht nur die Gelenke und den Rücken, sondern kräftigt auch das Herz-Kreislaufsystem sowie die Muskulatur. Diese Form des Trainings ist vor allem für ältere Menschen sehr gut geeignet.



Andachtsraum/Sakristei/Aufbahrung

Jeden Sonntag sowie an Feiertagen wird hier der Gottesdienst abgehalten. Je nach Bedarf finden auch Krankensalbungen statt. Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien, steht das Verabschiedungs- und Aufbahrungszimmer nach Ableben eines Bewohners den Angehörigen und Bewohnern zur Verabschiedung bereit.

Garten der Stille

Der angrenzende Garten kann bei Schönwetter zum Abhalten des wöchentlichen Gottesdienstes sowie für Festlichkeiten wie Fronleichnam und das Erntedankfest verwendet werden. Er bietet jedoch auch Platz zum Gedenken verstorbener Bewohner.

Arztzimmer mit Warteraum

Zu festgelegten Ordinationszeiten sowie bei Notfällen, findet hier die ärztliche Betreuung der Bewohner, durch AllgemeinmedizinerInnen benachbarter Gemeinden statt. Ein kleiner Raum für Blutabnahmen steht ebenfalls zur Verfügung. Die notwendigen Medikamente werden vorschriftsmäßig gelagert. Bei Bedarf kann auch der jeweilige Hausarzt/die Hausärztin die Betreuung des Bewohners übernehmen. Nach Durchführung der zweiten Bauphase, wäre auch ein eigener Heimarzt denkbar.

Friseur/Fuß- und Nagelpflege

Bei dem Betrieb des Friseurs, sowie der Fuß und Nagelpflege, wäre es ebenfalls denkbar, dass dies durch Friseure und Kosmetiker der umliegenden Nachbarorte geschieht.

Massage- und Therapieräume

Diese Räumlichkeiten bieten Platz für Massagen und spezielle Bewegungstherapien. Diese können auch in kleinen Gruppen stattfinden. Der angrenzende Freibereich wurde als „Spielplatz für Erwachsene“ mit speziellen Trainingsgeräten für ältere Menschen ausgestattet. So können Bewegungstherapien bei Schönwetter auch im Freien und in frischer Luft abgehalten werden.

Verwaltung/Sekretariat/Empfang

Zu den Aufgaben des Sekretariats und der Verwaltung zählen:

- Erste Anlaufstelle zur Aufnahme von Bewohnern und Personal
- Koordination von Terminen, Besprechungen
- Schnittstelle zwischen Personal, Lieferanten und der Buchhaltung
- Rechnungslegungen
- Schriftverkehr (Einladungen, Werbung, etc.)
- Postverteilungsstelle
- etc.

Personalraum

Personalräume findet man auf jedem Geschöß. Sie sind mit Umkleiden und eigenen versperrbaren Spints, sowie WCs ausgestattet. Sie bieten kleine Teeküchen und Sofas für die Pausen. Freibereiche für das Personal sind im Erdgeschoß sowie im 2. Obergeschoß vorhanden. Durch eine interne Stiege, die das erste und zweite OG miteinander verbindet, kann die Dachterrasse auch vom Personal im 1. Obergeschoß genutzt werden.

Rollstuhl- und Gerätelager

Diese Lagerräume befinden sich auf allen Geschößen. In den oberirdischen Geschößen sind sie gleich neben dem Haupttreppenhaus untergebracht.

Café/Bäckerei



Das Café im Erdgeschoß bildet das Herzstück des Gebäudekomplexes. Von hier aus lässt sich das das Geschehen im und außerhalb des Gebäudes betrachten und bildet aufgrund seiner Lage den Kommunikationsmittelpunkt zwischen allen Hausgemeinschaften.

Lufträume verbinden die oberirdischen Geschöße miteinander.

Durch die Schiebeelemente in der Fassade lässt sich der Bereich bei Schönwetter zum Demenzgarten hin erweitern. So verfließen die Grenzen zwischen Innen und Außenbereich.

Kiosk

Um alte Gewohnheiten aufrecht zu erhalten, können sich hier die Bewohner selbst oder mit Angehörigen, die Sonntagszeitung sowie Zeitschriften holen.

Erdgeschoß – halböffentliche Bereiche

Pflegebad

Das Pflegebad teilen sich mehrere Hausgemeinschaften. Es verfügt über eine Badewanne, ein WC sowie einen Duschplatz. Hier werden Bewohner körperlich gepflegt, die nicht mehr in der Lage sind, dies selbst zu tun.

HG (Hausgemeinschaft) I u. II/Kurzzeitpflege

Diese beiden Hausgemeinschaften befinden sich im Erdgeschoß des Gebäudes. Sie teilen sich den an die Zimmer angrenzenden Freibereich mit den Gästen der Cafeteria des Altbestandes.

Die Hausgemeinschaft II verfügt zusätzlich über die Möglichkeit, bis zu 3 weitere Personen in Form der Kurzzeitpflege zu betreuen. Dies bedeutet, dass Familien, die ihre an Demenz erkrankten Angehörigen selbst betreuen, diese bei Notfällen oder zur eigenen Entlastung über eine kürzere Zeit hier unterbringen können.

Diese Auszeit ist für nicht gelernte pflegende Angehörige besonders wichtig, um sich auch mal Zeit für sich und seine Bedürfnisse zu nehmen. Gestärkt und mit neuen Energien, gelingt die Pflege und der Umgang mit den Betroffenen um einiges leichter.

1. Oberschoß öffentliche Bereiche

Fitnessbereich

Im Obergeschoß des Fitnessbereichs befindet sich neben einem Whirlpool zur Entspannung auch ein kleines Fitnessstudio, das dem Personal zum Ausgleich, sowie zur Stärkung des Körpers für die Pflegearbeit dienen soll.

Bibliothek

In dieser Bibliothek dürfen auch Kinderbücher nicht fehlen. Da sich die Bewohner aufgrund ihrer Erkrankung geistig zurückbilden, können Kinderbücher ein vertrautes und geborgenes Gefühl verleihen. Angehörige können sich hier mit ihren Liebsten zurück ziehen und Erlebnisse aus der Kindheit aufflammen lassen.

Stationsleitung

Die Stationsleitung ist im 1. Obergeschoß untergebracht. Angrenzend befindet sich ein Besprechungsraum, der für Gespräche mit Mitarbeitern und Angehörigen genutzt werden kann.

Terrasse u. Aussichtsbrücke

Von diesen Bereichen aus, lässt sich das Treiben im Demenzgarten sowie im Foyer beobachten und miterleben. Die Aussichtsbrücke befindet sich jedoch im Gegensatz zur Terrasse im Inneren des Gebäudes. Sie fungieren als Treffpunkt zwischen den Hausgemeinschaften.

1. Oberschoß halböffentliche Bereiche

Pflegebad/Lagerraum/Personalräume

Siehe Erdgeschoß

Pflegeoase

Die Pflegeoase dient der besseren Betreuung von dauerhaft bettlägerigen Bewohnern mit schwerer Demenz. Es handelt sich dabei um einen Raum für insgesamt 5 Einzelbetten, der durch Nischen unterteilt wird und dem Gefühl des Alleinseins entgegen wirken soll. Dieser Raum eignet sich auch zur Anwendung von Lichttherapien, die vor allem für Demenzkranke Menschen im letzten Stadium sehr ansprechend sind.

HG III, IV und V

Um auch den Bewohnern im 1. Obergeschoß einen privaten Freiraum bieten zu können, verfügen alle Zimmer über gesicherte Balkone. Benachbarte Zimmer teilen sich einen gemeinsamen Balkon. Dieser lässt sich über eine klappbare Trennwand bei Bedarf und Wunsch der Bewohner auch teilen. Zwischen den einzelnen Balkonen ranken Pflanzen empor und geben somit den Balkonen eine privatere und idyllischere Atmosphäre.

Bauphase II

2. Obergeschoss – öffentliche Bereiche

Kaminzimmer

Das Kaminzimmer bietet auch im Winter einen lauschigen Platz der Begegnung.

Wohnungen für Angehörige

Diese Wohnungen stehen Angehörigen zur Verfügung, um die Eingewöhnung ihrer Liebsten in den Alltag der Wohngruppen zu erleichtern. Dies bietet die Möglichkeit, das Personal vor Ort auf die Lieblingsbeschäftigungen und Gewohnheiten des neuen Bewohners aufmerksam zu machen und somit gleich am Anfang für ein vertrauterer Gefühl zu sorgen. Das positive Gefühl, immer willkommen zu sein, wird dadurch verstärkt.

Natürlich stehen ihnen die Wohnungen auch im Falle von Krankheiten ihrer Liebsten und für Zeiten der Verabschiedungen zur Verfügung.

2. Obergeschoss – halböffentliche Bereiche

HG VI u. VII

Beide Hausgemeinschaften verfügen über den Zugang zu einem Dachgarten. Da der Dachgarten der Hausgemeinschaft VII jedoch ausschließlich über diese erreichbar ist, eignet sich die Hausgemeinschaft besonders gut für die Betreuung der geforderten geschlossenen Wohngruppe.

Um den Bewohnern, die Möglichkeit auf einen privateren Freiraum zu bieten, sind auch diese Zimmer mit entsprechend gesicherten Balkonen ausgestattet.

9.6 8 Orientierbarkeit



Um den Bewohnern die Orientierung innerhalb des Gebäudes zu erleichtern, werden den Hausgemeinschaften unterschiedliche Farben und Symbole zugeordnet.

Diese werden auch auf Hinweisschildern in den öffentlichen Bereichen, sowie in den Aufzügen und Stiegenhäuser verwendet. Bei Bedarf können auch Armbänder in der jeweiligen Farbe und mit dem entsprechenden Symbol an die Bewohner verteilt werden.




Die Farben spiegeln sich außerdem in den Möbeln der Wohngruppen, sowie den Vorhängen der Bewohnerzimmer wieder.

Alle anderen Bereiche werden wie gewohnt und in gut leserlicher Schrift und Höhe beschildert.

Erdgeschoß:

Hausgemeinschaft I	Blau	Wolke	
Hausgemeinschaft II	Braun	Baum	

1. Obergeschoß

Hausgemeinschaft III	Rot	Stern	
Hausgemeinschaft IV	Violett	Blume	
Hausgemeinschaft V	Grün	Vogel	

2. Obergeschoß

Hausgemeinschaft VI	Gelb	Mond	
Hausgemeinschaft VII	Orange	Sonne	

9.6 9 Material und Design

Um keinen allzu großen farblichen Kontrast zum Altbestand herzustellen, habe ich mich bei der Fassade für Fassadenplatten der Fa. Rockpanel in der Farbe RAL 8024 entschieden. Das warme Beigebraun wirkt in Kombination mit den Glaselementen ruhig und vertraut.

Farbliche Akzente bekommt die Fassade durch die Pflanzen, die sich an vorgefertigten Stangen als Sichtschutz zwischen den Balkonen empor schlingen.

Da die einzelnen Hausgemeinschaften zur besseren Orientierung mittels Farben und Symbolen gekennzeichnet sind, halten sich die übrigen Materialien und Farben eher dezent und im Hintergrund.

Beim Innenausbau sollte auf ökologische und natürliche Materialien geachtet werden. So wirken sich z.B. Lehmbauplatten durch seine Fähigkeit der Wärme- und Feuchtigkeitsregulierung positiv auf das emotionale und körperliche Befinden der Bewohner aus.

Die Bodenbeläge werden schlicht und einheitlich gehalten, da ein Wechsel oftmals als Hindernis wahrgenommen wird. Hierfür eignet sich besonders Linoleum, dessen Hauptbestandteile Leinöl, Holz- oder Korkmehl, Naturharze und Kreide sind. Er besitzt eine glatte Oberfläche, ist strapazierfähig und leicht zu reinigen. Außerdem enthält er keine Weichmacher und Lösungsmittel und kann mit Naturharzen verklebt werden.

In den Bereichen, in denen durch Schiebeelemente Außen- und Innenraum miteinander verschmelzen, kommen Holzfußböden zum Einsatz.

Fenster und Türen werden prinzipiell aus Lärchenholz hergestellt, außer es handelt sich dabei um untergeordnete Räumlichkeiten, die dem Personal vorbehalten sind. Diese Türen (z.B. Putzmittellager) werden als Tapetentüren in Wandfarbe ausgeführt, um unnötige Neugierde bei den Bewohnern zu vermeiden.

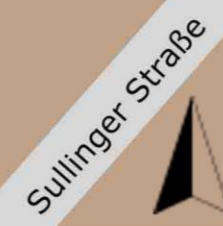
9.6.10 Planmaterial

Planmaterial:

Lageplan, M=1:2000



Grundriss Lageplan, M=1:2000



Planmaterial:

GR Gesamtareal, M=1:1000



Planmaterial:

GR Erdgeschoß, M=1:500



Grundriss Erdgeschoß, M=1:500

Planmaterial:

GR 1. Obergeschoß, M=1:500



Grundriss 1.Obergeschoß, M=1:500

Planmaterial:

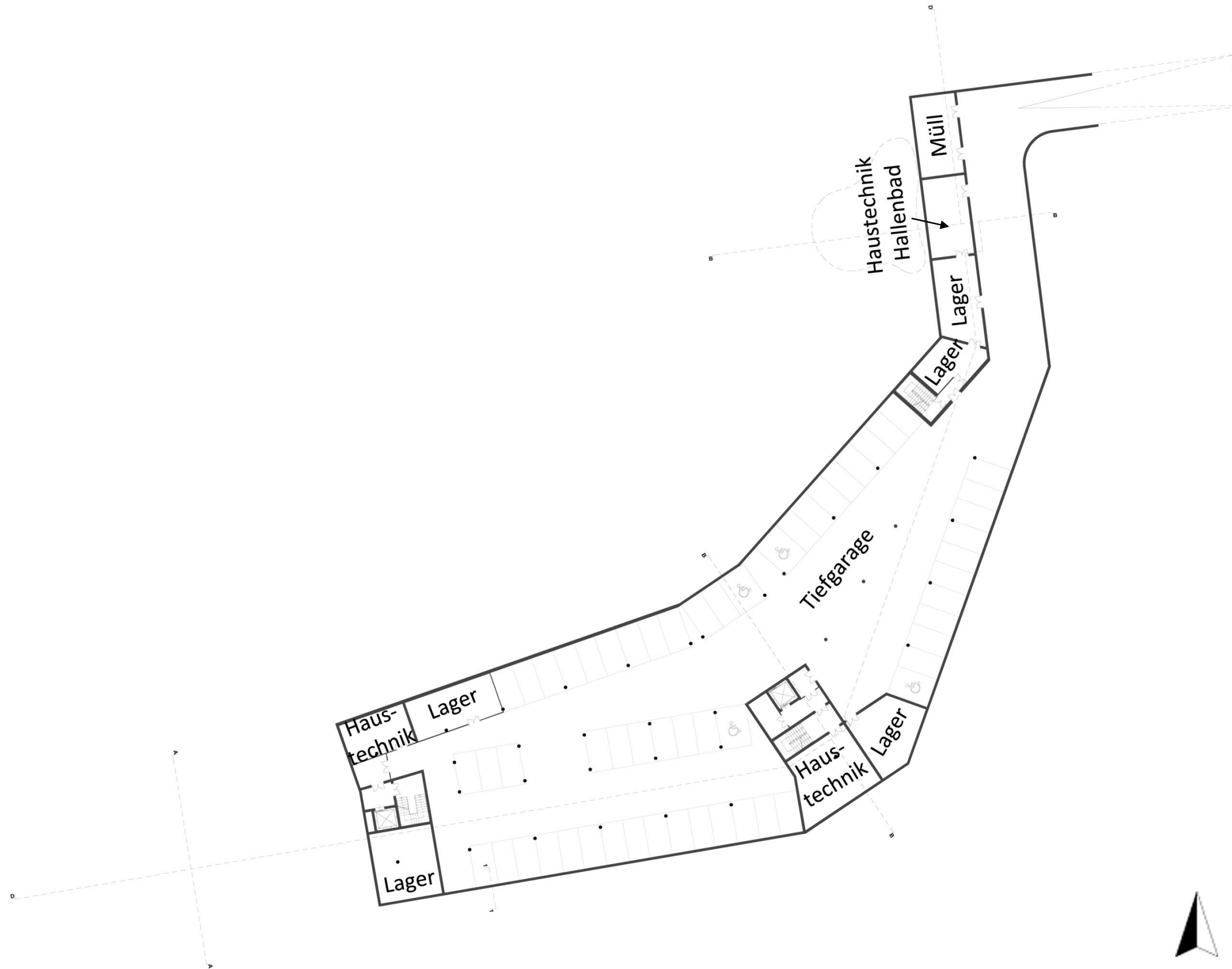
GR 2. Obergeschoß, M=1:500



Grundriss 2.Obergeschoß, M=1:500

Planmaterial:

GR Kellergeschoß, M=1:500



Grundriss Kellergeschoß, M=1:500



GR Erdgeschoß, Hausgemeinschaft I u. II, M=1:250



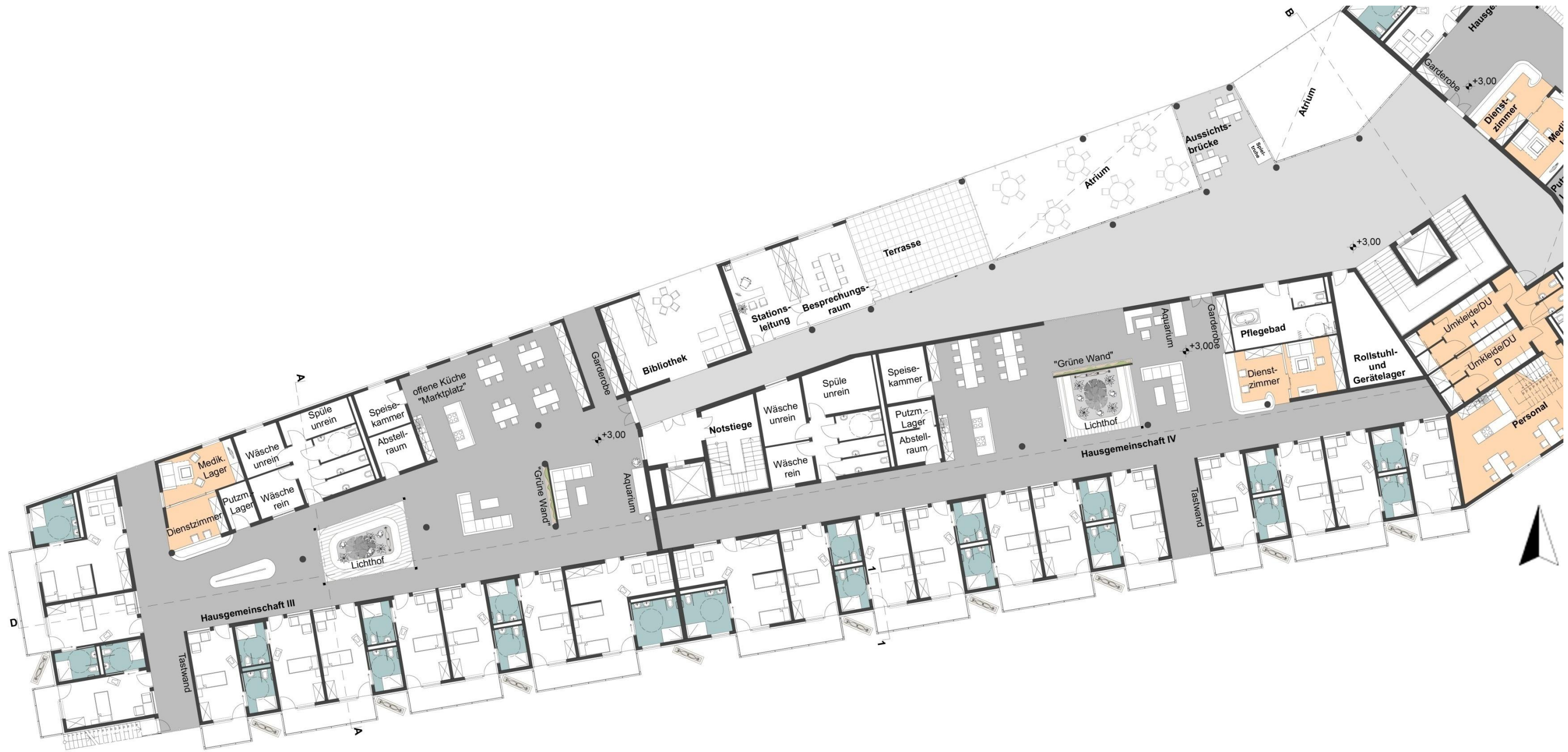
- Sichtbeziehungen Personal
- Spazierwege innerhalb der Hausgemeinschaften

Planmaterial:

GR EG, öffentliche Bereiche M=1:250



GR Erdgeschoß, öffentliche Bereiche, M=1:250



GR 1.Obergeschoß, Hausgemeinschaft III u.VI, M=1:250



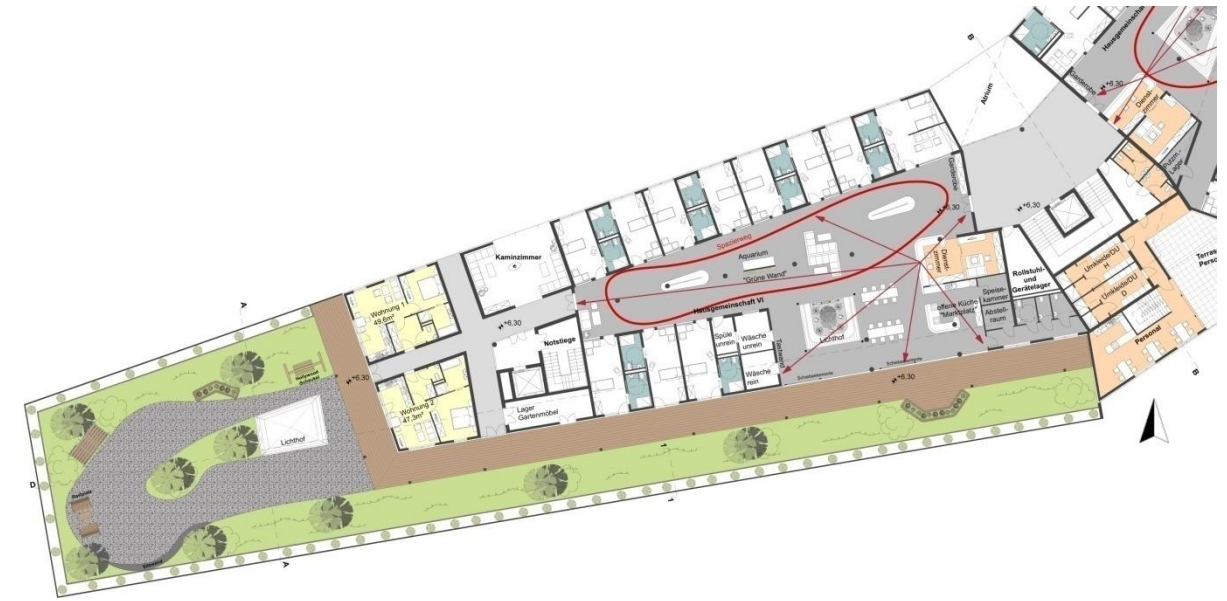
- Sichtbeziehungen Personal
- Spazierwege innerhalb der Hausgemeinschaften

Planmaterial:

GR 1.OG, HG V M=1250



GR 1.Obergeschoß, Hausgemeinschaft V u. Fitnessbereich, M=1:250



- Sichtbeziehungen Personal
- Spazierwege innerhalb der Hausgemeinschaften

Planmaterial:

GR 2.OG, HG VI M=1250



GR 2.Obergeschoß, Hausgemeinschaft VI u. Wohnungen Angehörige, M=1:250



- Sichtbeziehungen Personal
- Spazierwege innerhalb der Hausgemeinschaften

Planmaterial:

GR 2.OG, HG VII M=1:250



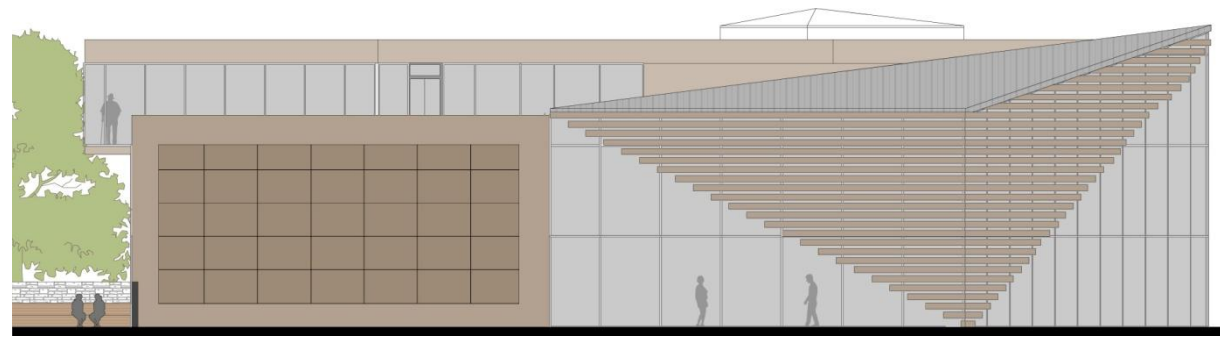
GR 2.Obergeschoß, Hausgemeinschaft VII u. Fitnessbereich, M=1:250

Planmaterial:

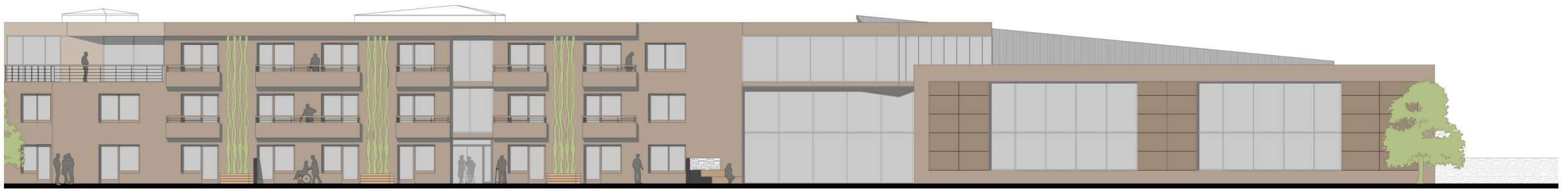
Ansicht Nord, M=1:250

Ansicht Ost, M=1:250

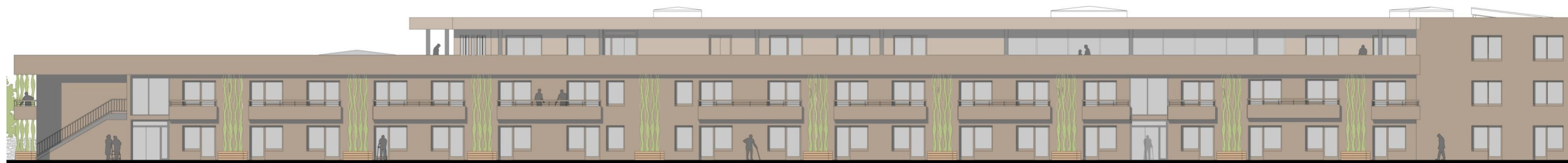
Ansicht Süd, M=1:250



Ansicht Nord, M₁=1:250



Ansicht Ost, M=1:250



Ansicht Süd, M=1:250

Planmaterial:

Ansicht West, M=1:250

Ansicht Nord-West, M=1:250

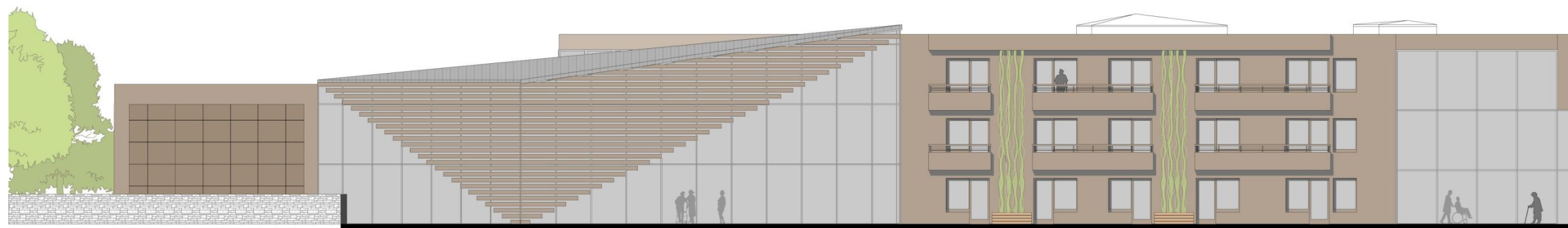
Ansicht Nord-West, M=1:250



Ansicht West, M=1:250



Ansicht Nord-West, M=1:250



Ansicht Nord-West, M=1:250

Planmaterial:

Schnitt A-A, M=1:250

Schnitt B-B, M=1:250

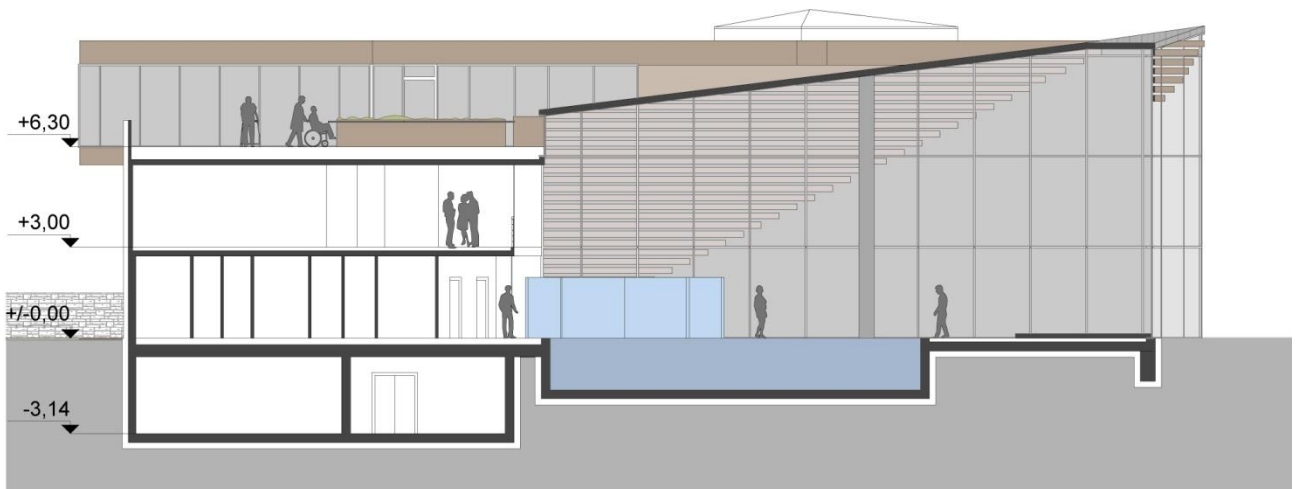
Schnitt C-C, M=1:250



Schnitt A-A, M=1:250



Schnitt B-B, M=1:250



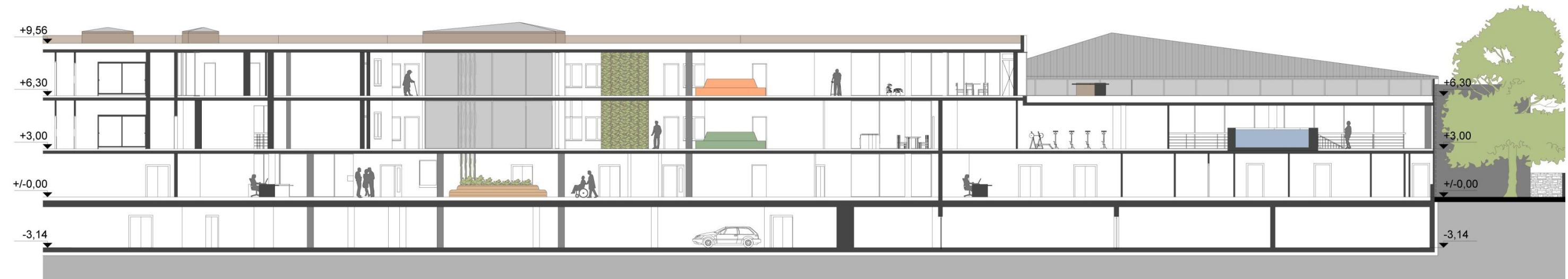
Schnitt C-C, M=1:250

Planmaterial:

Schnitt D-D, M=1:250



Schnitt D-D, M=1:250



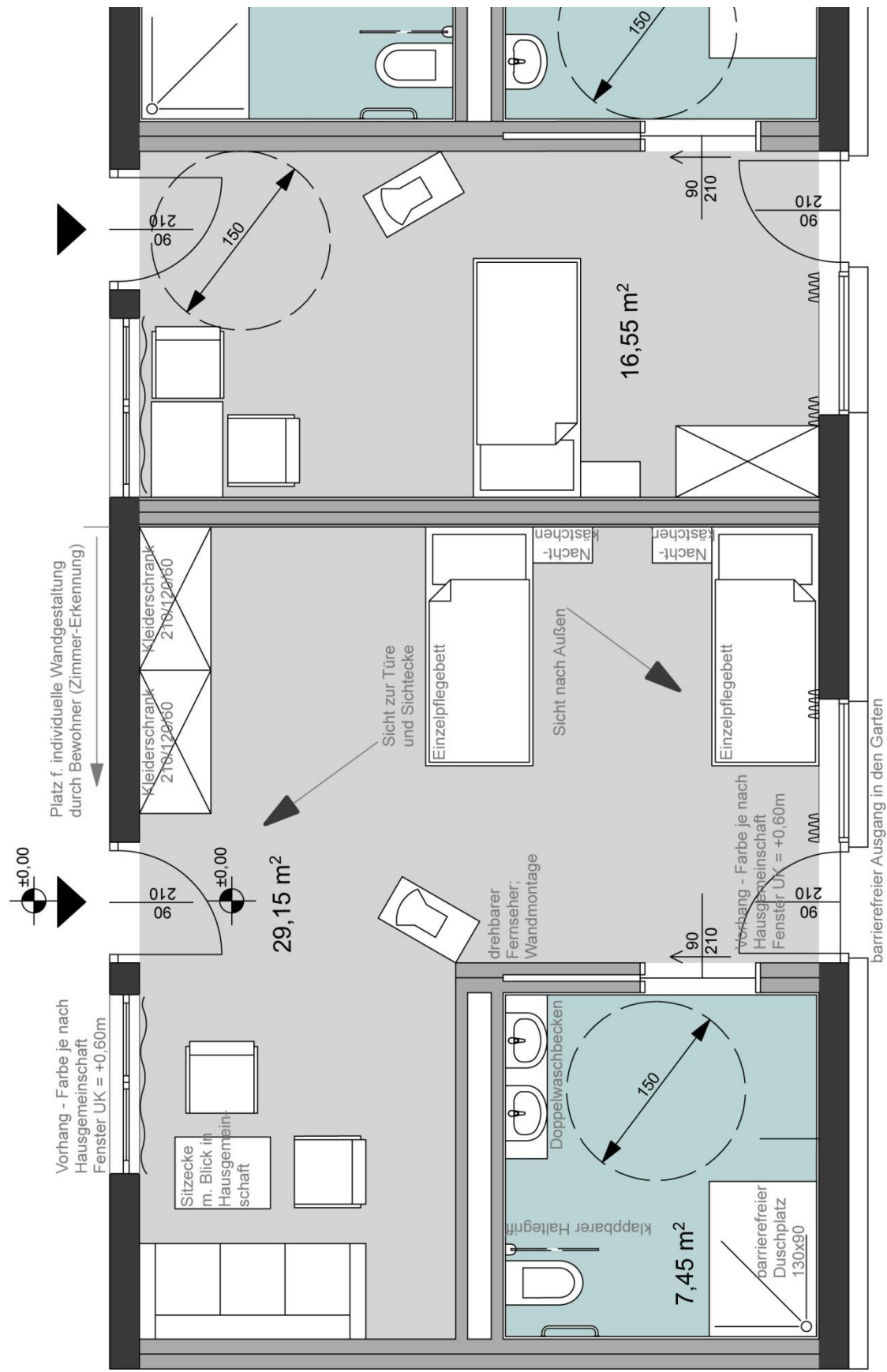
Schnitt D-D, M=1:250

Planmaterial:

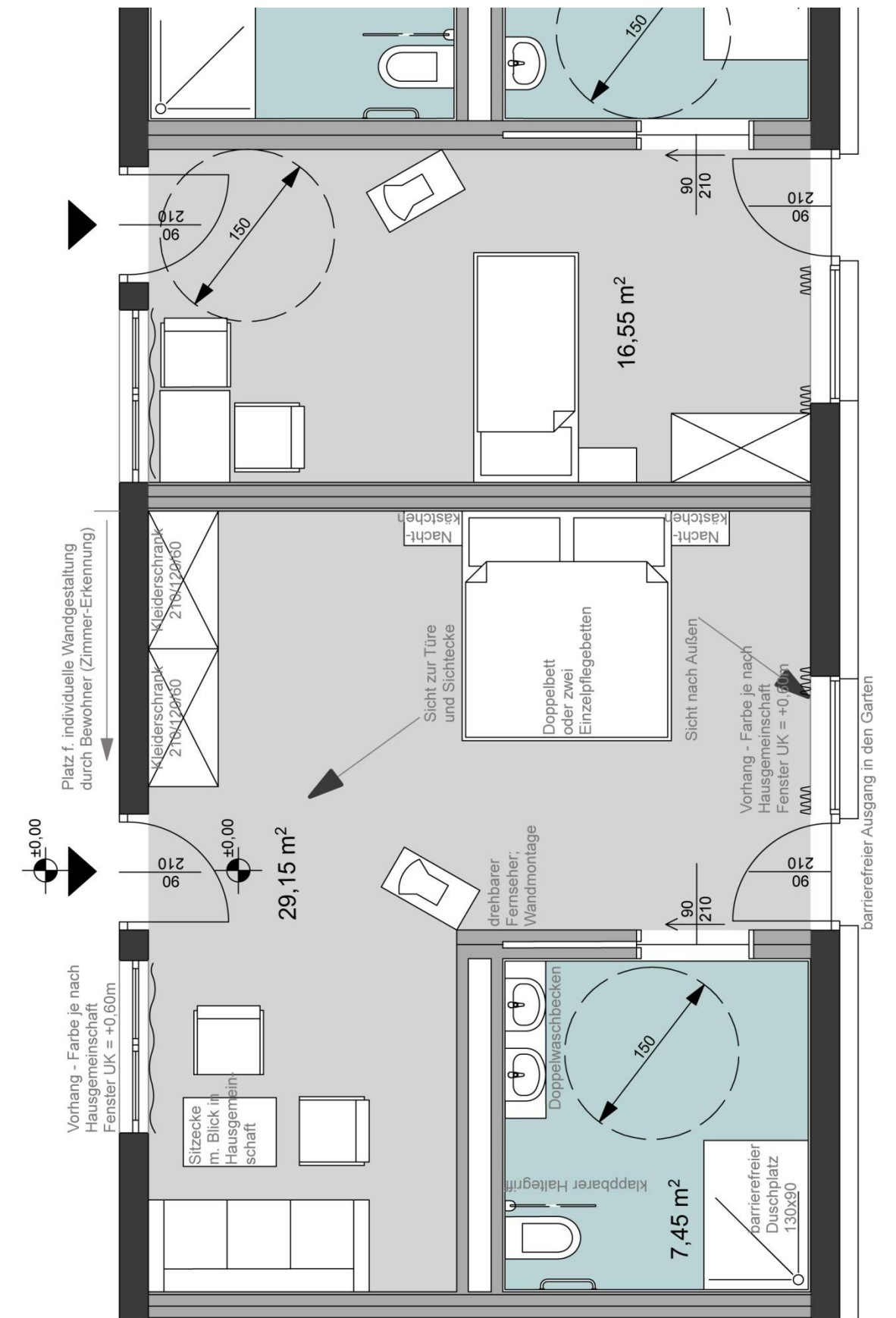
GR Einzelzimmer; M=1:50

Planmaterial:

GR Doppelzimmer; M=1:50



Grundriss Doppelzimmer, M=1:50



Grundriss Doppelzimmer, M=1:50

9.5.11 Freiraumgestaltung

Wie bereits erwähnt, befindet sich im Mittelpunkt meiner Freiraumplanung der "Marktplatz", der in Form eines Sinnesgarten angelegt wurde.

Ein Sinnesgarten, soll wie der Name schon verrät, die 5 Sinne der Menschen ansprechen und eignet sich somit perfekt für Ältere und auch demenzkranke Menschen.

Doch nicht nur diese finden Spaß an den verschiedenen Angeboten und Aktivitäten. Sie werden gerne von Groß und Klein, egal ob jung oder alt angenommen.

Prinzipiell stellt der Marktplatz das Verbindungsglied zwischen Alt- und Neubau dar und ist somit Treffpunkt für Kommunikation und Austausch zwischen allen Bewohnern, Besuchern und dem gesamten Personal (Alt- und Neubau). Der Hauptzugang liegt jedoch beim Foyer des Neubaus. Von hier aus gelangen alle 7 Hausgemeinschaften in den barrierefrei zugänglichen Garten. Ein Rundgang führt die Besucher von dort, durch alle Bereiche und lässt sie dabei den Garten mit allen Sinnen erleben. Gequert wird dieser Rundgang durch einen Verbindungsweg zwischen dem neuen Durchgang vom Altbestand bis hin zur Rückseite des Haupteingangs des neuen Gebäudes. Um sich auch immer wieder etwas ausruhen zu können, befinden sich regelmäßig Sitzplätze, Bänke, Hollywood-Schaukeln etc. entlang der Wege und Pfade.

Zur besseren Orientierung, Lesbarkeit und Überschaubarkeit des Gartens, wurde auf eine Geländemodellierung verzichtet. Sträucher und niedrig wachsende Büsche werden auf max. 1m Höhe beschränkt, damit der Garten auch von Rollstuhlfahrern überblickt werden kann.

Zwischen den Wegen entstehen einzelne Flächen, die den Sinnen "Sehen", "Schmecken", "Tasten", "Riechen" und "Hören" zugeordnet wurden. Natürlich gibt es Überlagerungen bei den Bereichen, doch jeder Bereich enthält spezielle Aktivitäten und Stationen, die auf die jeweiligen Sinne angepasst sind.



- Sichtbeziehungen
Foyer
- Hauptwege
Demenzgarten

Planmaterial:

GR Demenzgarten, M=1:500



GR Demenzgarten, M=1:500

Ein Rundgang durch den Garten

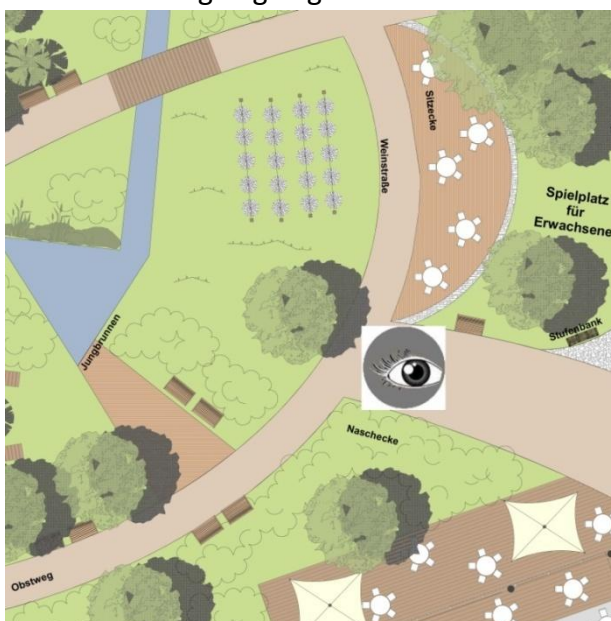
Bei der Wegeführung wurde speziell darauf geachtet, dass es auch hier genügend Platz für "Wanderer" gibt. Dies übernimmt der Endlosweg (Rundgang). Das besondere Merkmal eines Endlosweges liegt darin, dass der Weg immer zum Ausgangspunkt zurück führt und sich die Menschen somit nicht verlaufen oder verirren können.

Da Kreuzungen oftmals bei Demenzerkrankten zu Verwirrungen und Entscheidungsblockaden führen können, wurden diese auf ein Minimum reduziert. Die vorhandenen Abzweigungen zu Treppelwegen und Pfaden, können von den Besuchern des Gartens begangen werden, sind jedoch nicht zwingend notwendig um an den Ausgangspunkt zurück zu kehren. Bei den beiden Hauptwegen wurde bis auf einmal, beim Überqueren der Wasserstraße, auf einen Wechsel des Bodenbelags verzichtet, da ein solcher oftmals als Barriere oder Stufe wahrgenommen wird und zu Verunsicherung führen kann.

Die Zugänge des Gartens wurden so gewählt, dass sich am Ende des Weges immer Stellen befinden, an denen Personal stationiert ist. So können Bewohner die sich verirrt glauben, aufgefangen und zurück in ihre Hausgemeinschaft gebracht werden.

Sehen

Betritt man den Demenzgarten vom Foyer des Neubaus aus, beginnt hier der Bereich des "Sehens". Von hier aus hat man einen Überblick über den gesamten Garten und kann das Geschehen entweder vom Foyerbereich, der zugehörigen Außenterrasse oder der bei der ersten Kreuzung angelegten Sitzecke mit Mauerbank betrachten.



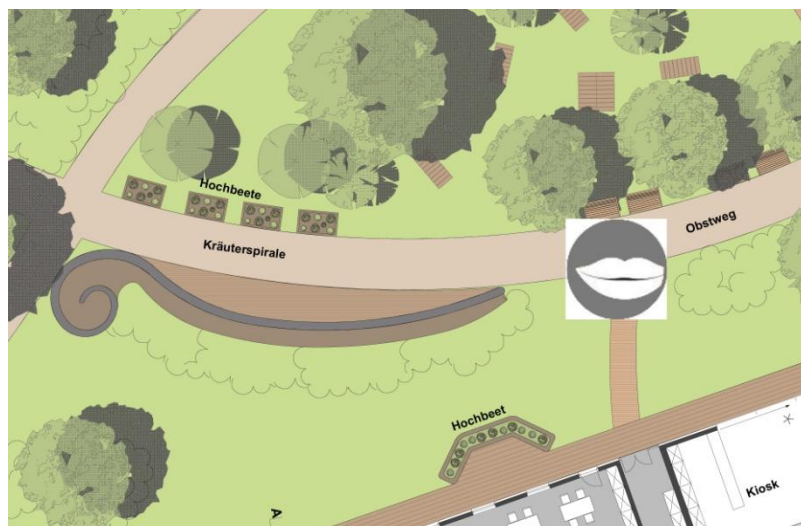
Schmecken

Durchwandert man den Garten nun im Uhrzeigersinn, befindet man sich bereits am sogenannten "Obstweg", der mit einer Naschecke beginnt. Jede Menge Beeren laden zum Probieren ein und werden auch gerne mit den Bewohnern für die selbst zubereiteten Nachspeisen gepflückt.

Weiter des Weges, gelangt man zur ersten Abzweigung, die zum sogenannten "Jungbrunnen" führt. Dabei handelt es sich um eine Wasserstraße, die vom vorhandenen Naturteich im Nordwesten des Grundstücks abgezweigt wurde und hier ihre Mündung findet. Hier lässt sich gut dem Plätschern des Wassers lauschen, oder dem Wasserspiel zusehen, wie es sich den Weg über Stock und Stein bahnt.

Von hier aus gelangt man auch zur angrenzenden Grünfläche, die sich mit ihren Gartenmöbeln hervorragend als Liegefläche anbietet, auf der man gerne auch mal sein Nickerchen hält.

Zurück am Hauptweg, führt der Obstweg, mit seinen Apfel-, Birnen- und Kirschbäumen weiter zu einer Kräuterspirale und Hochbeete die von den Bewohnern gemeinsam mit den AlltagsmanagerInnen betreut werden. Das selbstgezogene Obst und Gemüse wird gerne in den Küchen der Hausgemeinschaften zubereitet.

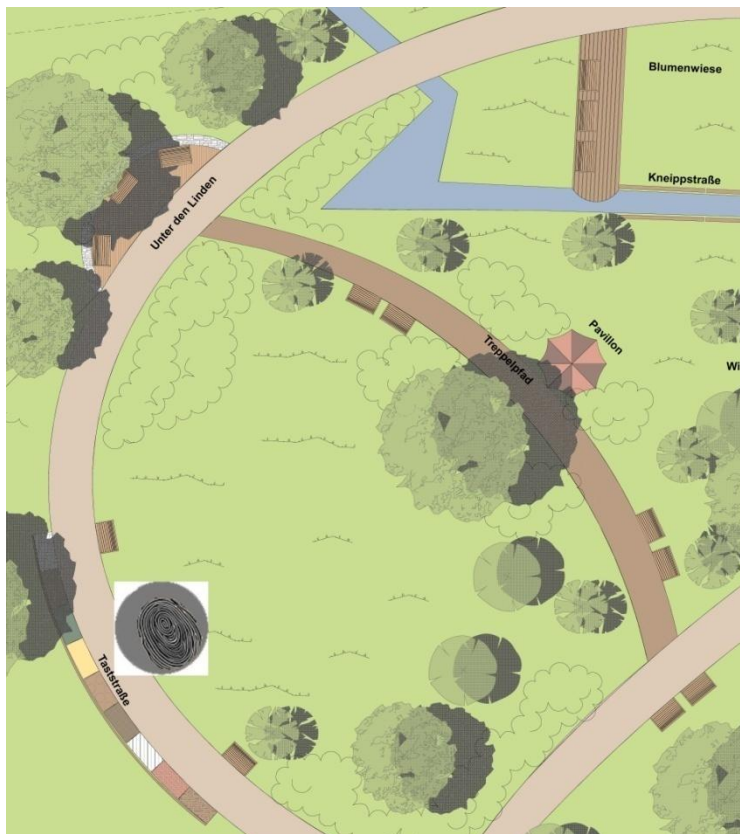


Tasten

Nach Überquerung der ersten Kreuzung, gelangt man zur Taststraße. Entlang des Weges sind hier Felder aufbereitet, die mit unterschiedlichen Bodenbelägen gefüllt sind. Sand, Kies, Gras, Waldboden, Naturstein etc. finden hier Anwendung und werden auch gerne im Sommer barfuß begangen. Natürlich gibt es hier auch etwas für die Hände zum Ertasten. Ebenso wie in den Hausgemeinschaften finden hier Tastwände ihren Einsatz. Bestückt mit den unterschiedlichsten Materialien fühlt man hier kalte, warme, raue, glatte, feine, grobe,... Stoffe zwischen den Fingern.

Bei dem eher schattigeren Platz "Unter den Linden" findet sich eine Abzweigung die zu einem "verwunschenen" Pavillon führt. Ein wenig versteckt und durch Efeu und Rosen bepflanzt findet man hier einen "Rückzugsort" inmitten der Natur. Er stellt auch einen Verbindungsweg zwischen den beiden Hauptwegen dar.

Verlässt man den Rundweg jedoch nicht, gelangt man zu einer Kneippstraße. Da die bereits erwähnte Wasserstraße aus Gründen der Sicherheit an keiner Stelle (ausgenommen der Einmündung, die jedoch besonders gesichert wird) tiefer als 10cm ist, lässt sich dies hervorragend zum Wassertreten verwenden. Hierfür stellt man die Schuhe am Steg ab, und durchläuft den Wasserweg. Ein Geländer sorgt für Halt. Dies wird gemeinsam mit dem Personal in den heißen Sommermonaten genutzt und bringt den Kreislauf in Schwung.



Riechen

Weiter des Weges gelangt man zu einer Blumenwiese und Duftsträuchern, die je nach Jahreszeit verschiedenen Blüten und Gerüche hervorbringen. Über Lavendel, Veilchen, Rosen, Flieder bis hin zum Holler, lassen sich unzählige Düfte erschnuppern. In konzentrierter Form, können Düfte auch in der Duftorgel beschnuppert werden.

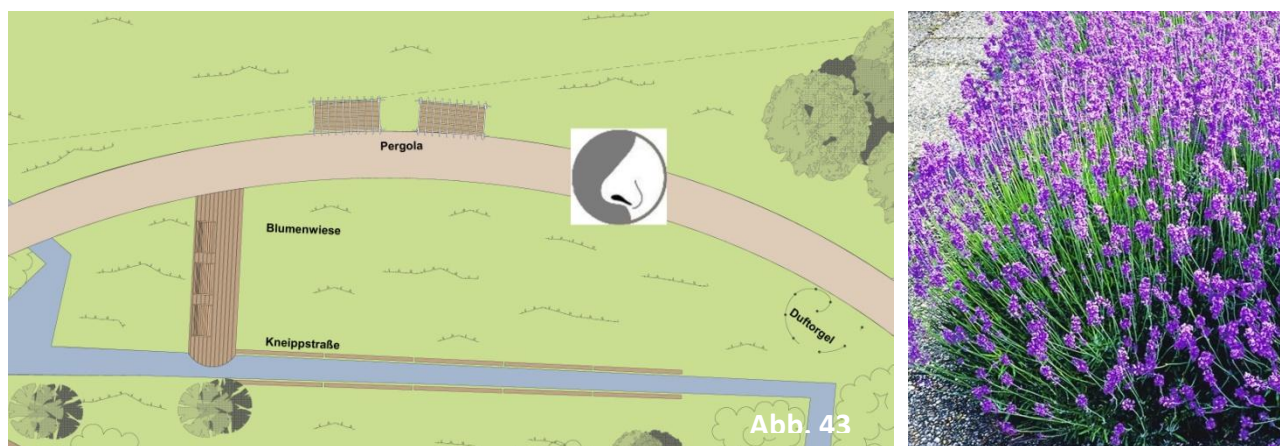


Abb. 43: eigene Darstellung m. Grundriss Duftorgel lt. Richter Spielgeräte GmbH

Abb. 44: Duftorgel, Richter Spielgeräte GmbH

Hören

Von hier aus gelangt man auch zum letzten Bereich im Demenzgarten, der Bereich des "Hörens". Über verschiedene Klang- und Windspiele lassen sich hier die unterschiedlichsten Geräusche erzeugen und wahrnehmen und bietet Spaß für Jung und Alt.

Da demenzkranke Menschen eher in der Vergangenheit leben als im Jetzt (aufgrund des Krankheitsverlaufs), und oftmals denken sie wären noch berufstätig, befindet sich an dieser Kreuzung auch eine „Bushaltestelle“. Es könne hier zwar keine Busse halten, jedoch kommt regelmäßig Personal vorbei um die dort sitzenden Bewohner abzuholen um für andere Aktivitäten zu begeistern.

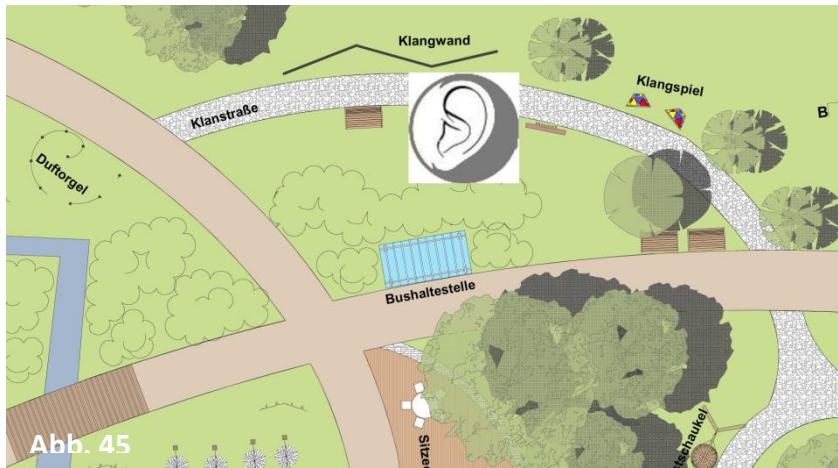


Abb. 45: eigene Darstellung m. Grundriss Klangspiel lt. Richter Spielgeräte GmbH
 Abb. 46/47: Richter Spielgeräte GmbH

Der Spielplatz für Erwachsene

Der Grünfläche zwischen dem Bereich "Hören" und dem Foyer kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie beinhaltet einen "Spielplatz für Erwachsene" und grenzt an die im Erdgeschoß befindlichen Massage-und Therapieräume an. Damit ist die Möglichkeit gegeben, Therapiestunden bei Schönwetter auch im Freien an der frischen Luft abhalten zu können, was wiederum Abwechslung für die Bewohner bietet. Auf diesem "Spielplatz" finden sich Geräte die speziell für das höhere Alter entworfen wurden. Sie zielen auf die Beweglichkeit, Geschicklichkeit und das Zusammenspiel der beiden Gehirnhälften ab und bilden somit ein gutes Rundumtraining für die Betroffenen. Die vorhanden Geräte wie "Armspiel", "Stufenbank", "Lebensweg", "Nestschaukel", "Drehbügel für Arme" und auch "Hollywood-Schaukeln" können gefahrlos auch ohne spezielle Betreuung genutzt werden und stehen auch den Besuchern und Angehörigen zur Verfügung.

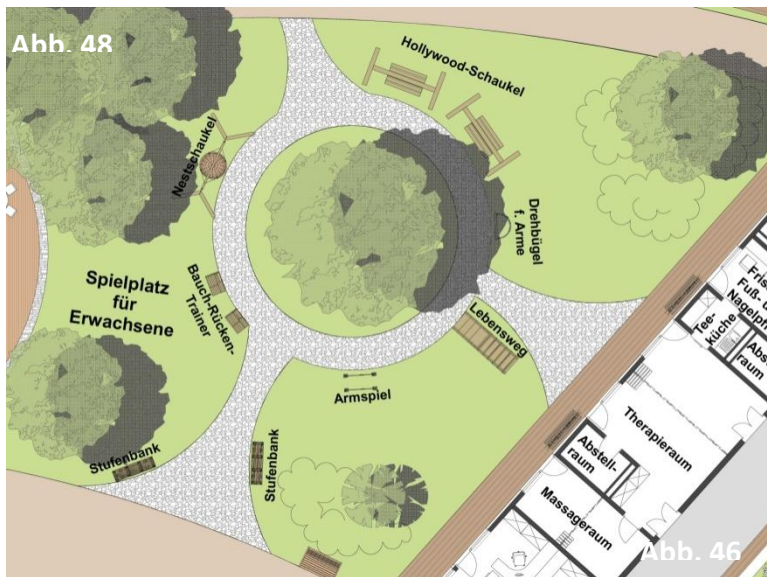


Abb. 48: eigene Darstellung m. Grundriss Spielgeräte lt. Richter Spielgeräte GmbH
 Abb. 49–52: Richter Spielgeräte GmbH

Der Garten der Stille

Der Garten der Stille befindet sich im Osten des Grundstücks neben dem Vorplatz des Haupteinganges. Er schließt an die Räumlichkeiten des Andachtsraumes sowie des Arztzimmers an und dient bei Schönwetter für den Gottesdienst oder kirchliche Feste wie Fronleichnam und das Erntedankfest. Nach dem Tod eines Bewohners kann der Garten jedoch auch als Gedenkstätte und Ort des Rückzugs und der Besinnung dienen. Das Wasserbecken strahlt dabei durch die Ruhe des Wassers eine beruhigende Wirkung aus.



Garten für Personal

Der im Erdgeschoß an die Personalräume grenzende Freibereich steht zwar durch das Wasserbecken des Andachtsgartens mit diesem in Verbindung, ist jedoch als eigenständiger Freibereich zu betrachten, da er ausschließlich dem Personal zur Verfügung steht und von diesem betreten werden kann. Er verfügt außerdem über eine Terrasse, die in den Pausen als Erholungsort und Treffpunkt unter Kollegen genutzt werden kann.



Garten Hausgemeinschaft u. Altbestand

Der daran angrenzende Garten steht den Hausgemeinschaften I und II im Erdgeschoß zur Verfügung. Die Bewohner gelangen entweder über den allgemeinen Zugang von der Hausgemeinschaft aus oder über die privaten Zugänge der einzelnen Zimmer in den Garten. Der Terrassenbereich vor den Zimmern, wird mittels Kletterpflanzen, die sich an vorgefertigten Stangen hinauf schlingen in kleinere Bereiche unterteilt, die meistens von zwei Zimmern aus begehbar sind. Diese Bereiche können mittels klappbarer Trennwände, je nach Wunsch der Bewohner, weiter unterteilt werden, um somit kleine private Freibereich zu schaffen.

Im Westen grenzt der Garten an die geplante Cafeteria im Altbestand. Somit gibt es auch hier die Möglichkeit, auf andere Bewohner des Altbestandes, sowie deren Besucher und Personal zu treffen.

Natürlich besteht auch die Möglichkeit, den Garten zu teilen. Damit könnte während der ersten Bauphase hier die geschlossene Wohngruppe betreut werden.

Dachgärten

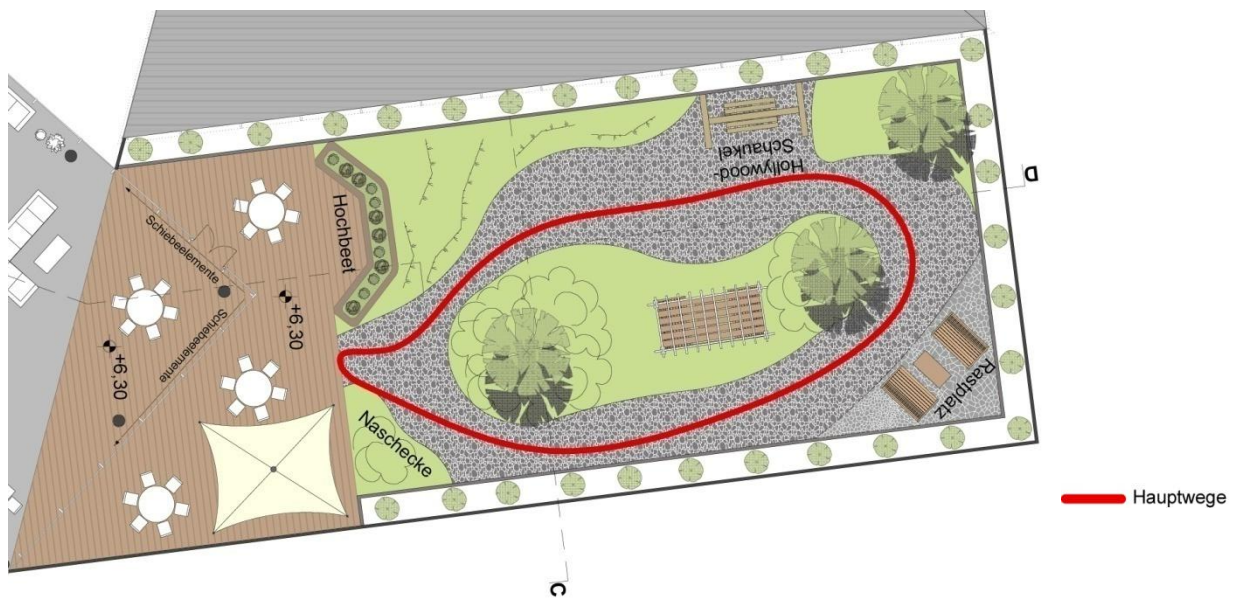
Die Hausgemeinschaften der zweiten Bauphase haben Zugang zu den Dachgärten, wobei der Dachgarten über dem Fitnessbereich ausschließlich für die Hausgemeinschaft VII zur Verfügung steht. Dabei handelt es sich um die geschlossene Wohngruppe mit eigenem Freibereich.

Der zweite Dachgarten ist auch von den unteren Geschoßen über das zweite Treppenhaus mit dem Lift zu erreichen. Hier befinden sich auch die Wohnungen für Angehörige, die ebenfalls Zutritt zum Freibereich haben. Somit kann er auch zB als abendlicher Treffpunkt zwischen Angehörigen genutzt werden.

Beide Dachgärten verfügen ebenfalls wie der Demenzgarten im Erdgeschoß über einen Rundweg für „Wanderer“, Hochbeete, sowie Rastplätze und Sitzmöglichkeiten.



Planausschnitt Dachgarten HG VI, M=1:250



Planausschnitt Dachgarten HG VII, M=1:250

Gesicherte Balkone

Die Balkone des ersten Obergeschoßes sind ebenfalls private Freibereiche, die von den Bewohnerzimmern aus begehbar sind. Somit erhalten auch diese Bewohner die Möglichkeit auf einen barrierefreien Zutritt ins Freie, ohne dabei das Stockwerk verlassen zu müssen. Wie schon im Erdgeschoß, können die Balkone, die von zwei Zimmern aus begehbar sind mittels klappbarer Trennwände unterteilt werden.

Die Balkone im zweiten Obergeschoß, stehen lediglich der Hausgemeinschaft VII zur Verfügung. Da diese als geschlossene Wohngruppe, mit eigenem Freibereich (Dachgarten), gedacht ist und nicht so oft in den Genuss des Demenzgartens kommt, soll ihnen mit den Balkonen, mehr Wahlmöglichkeit und Privatheit im Außenbereich geboten werden. (siehe Ansichten und Pläne 1. Obergeschoß)

9.5.12 Haustechnik-Konzept

Wie bereits in der Ausschreibung erwähnt wurde, bot ein Landwirt der Gemeinde an, die Energieversorgung über ein Blockheizkraftwerk in Verbindung mit einer Biogasanlage sicher zu stellen.

Aus meiner Sicht, ist jedoch auch eine kontrollierte Wohnraumlüftung mit Wärmerückgewinnung von Vorteil.

Bei diesem System, wird die verbrauchte Luft über einen Wärmetauscher geleitet, der die Wärme der Abluft an die frische Zuluft überträgt und diese somit vorheizt.

Damit wird gewährleistet, dass immer hygienische Luftverhältnisse im Gebäude herrschen, unabhängig davon, wie oft die Räume gelüftet werden oder zu welcher Jahreszeit oder unter welchen Wetterbedingungen. Die Schadstoffe, die entstehende Feuchtigkeit sowie das Kohlendioxid werden einfach abtransportiert. Damit ist die Zuluft viel sauberer.

Durch die eingebauten Filter, kann auch die Pollenbelastung innerhalb des Gebäudes deutlich reduziert werden. Dies hilft vor allem Allergikern und führt auch dazu, dass weniger Staub in den Räumen vorhanden ist.

Die Fenster können jedoch weiterhin geöffnet werden, was vor allem außerhalb der Heizperiode sehr empfohlen wird. Dadurch kann Strom für den Ventilator eingespart werden. In der Heizperiode sollten die Fenster jedoch möglichst geschlossen bleiben. Auch wenn dies nicht immer gelingt, wird der Energieverbrauch deutlich gesenkt.

Zur Warmwasserversorgung und Heizungsergänzung schlage ich außerdem eine Solaranlage vor, da es (außer dem Waldstück das sich jedoch im Norden des Grundstücks befindet) keinerlei Verschattungen vorhanden sind.

Der restliche Energiebedarf kann über das bereits angesprochene Blockheizkraftwerk erfolgen.

Ein Blockheizkraftwerk ist eine Kraft-Wärme-Kopplungsanlage, in der sowohl Strom als auch Heizwärme produziert wird. Durch eine Turbine oder einem Motor, der den Generator antreibt, wird Strom erzeugt. Als Nebenprodukt wird Wärme erzeugt, die in direkter Nähe zur Abnahmestelle genutzt werden sollte, da die Verteilung von Wärme mit hohen Energieverlusten einhergeht.

9.5.13 Statisches Konzept & Details

Das Fundament

Hierbei ist zu beachten, dass mein Gebäude nur teilweise unterkellert ist. Im Kellergeschoß befinden sich die Tiefgarage, sowie Lager- und Haustechnikräume. Das Fundament bildet eine Fundamentplatte auf verdichtetem Erdreich. Diese wird geglättet und flüssigkeitsdicht hergestellt.

Die Lasten der darüber liegenden 3 Geschoße, werden von Betonstützen abgefangen.

Bei dem nicht unterkellerten Gebäudeteil, kommt ebenfalls eine Fundamentplatte zum Einsatz. Diese wird jedoch umrandet von einer Frostschräge hergestellt.

Oberirdische Geschoße

Das tragende System der oberirdischen Geschoße ist bei beiden Gebäudeteilen gleich aufgebaut. Prinzipiell werden die Außenwände, sowie die Trennwände zwischen Gang und Zimmer bzw. Haushaltsräumen etc. als tragende und aussteifende Wände ausgeführt.

Ebenso die Trennwände, die das Foyer von den Hausgemeinschaften trennen und somit eigene Brandabschnitte bilden.

Zusätzlich dienen die 3 Stiegenhäuser der Lastabführung und Aussteifung des Gebäudes.

Bei größeren Spannweiten, werden die Lasten mittels Betonstützen abgefangen, so auch im Foyer.

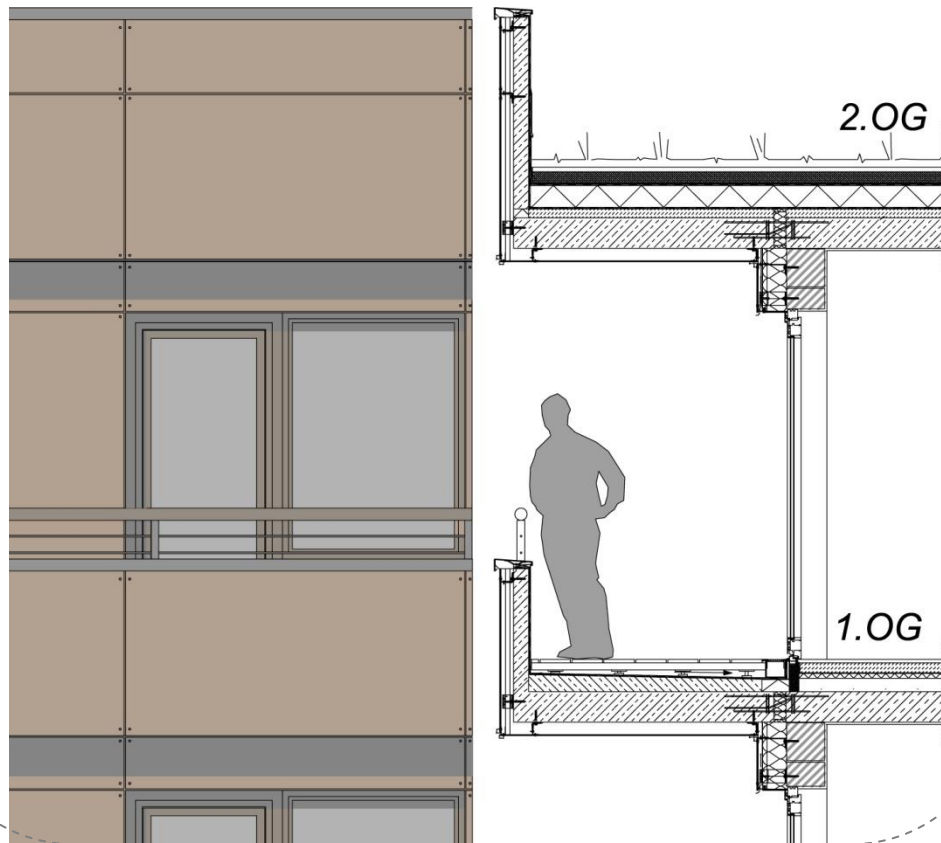
Die Innenwände und Trennwände zwischen den Zimmern werden in Trockenbauweise als Doppelständerwände mit je zweifacher Gipskartonbeplankung ausgeführt. Dadurch ist der erforderliche Schall- und Brandschutz gewährleistet.

Dieses Tragsystem ermöglicht auch die einfache Zusammenlegung von Zimmern, im Falle einer Umnutzung, was von großem Vorteil ist.

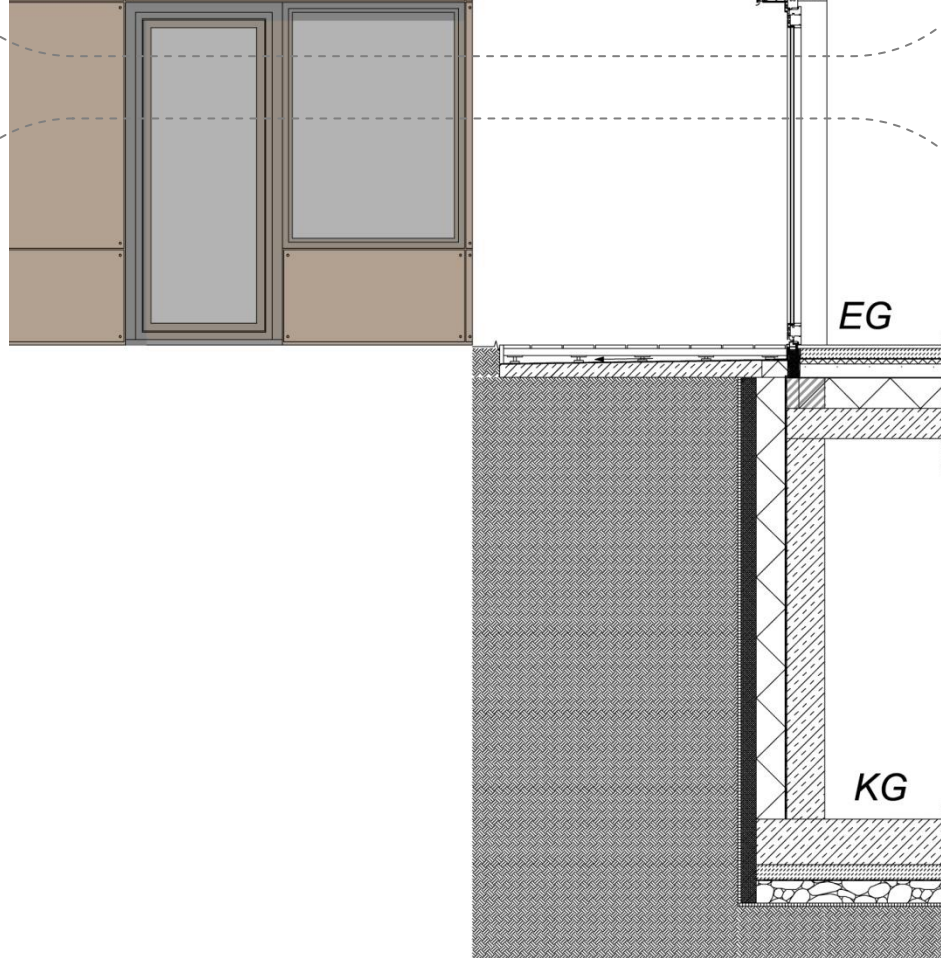
Fitnessbereich

Als Tragendes System des Fitnessbereichs, dient ein Stützenraster aus Betonstützen. An die Innenwände werden dadurch keinerlei statische Anforderungen gerichtet. Dies ermöglicht ebenfalls einen Ausbau in Trockenbauweise.

Teil 1



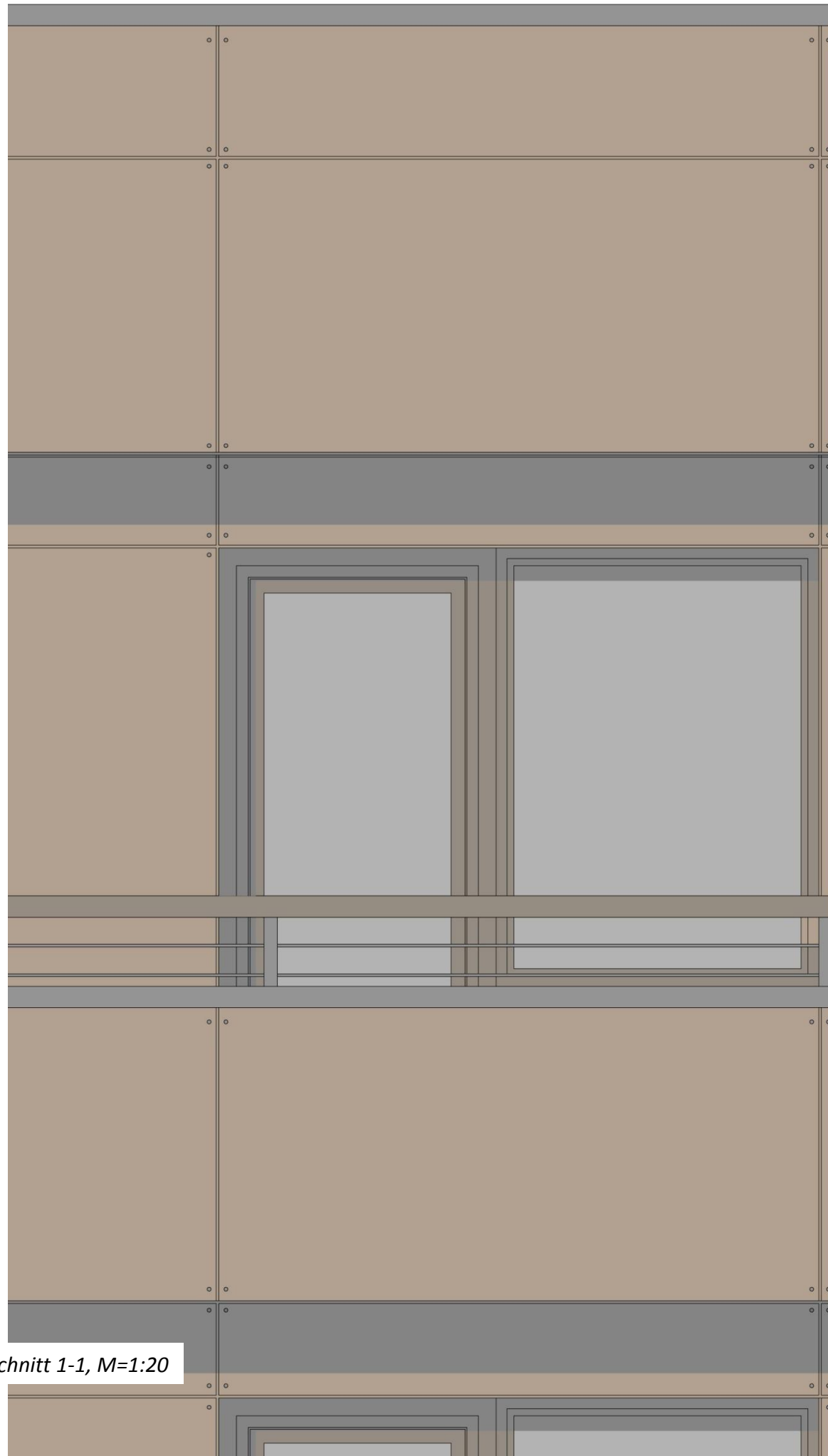
Teil 2



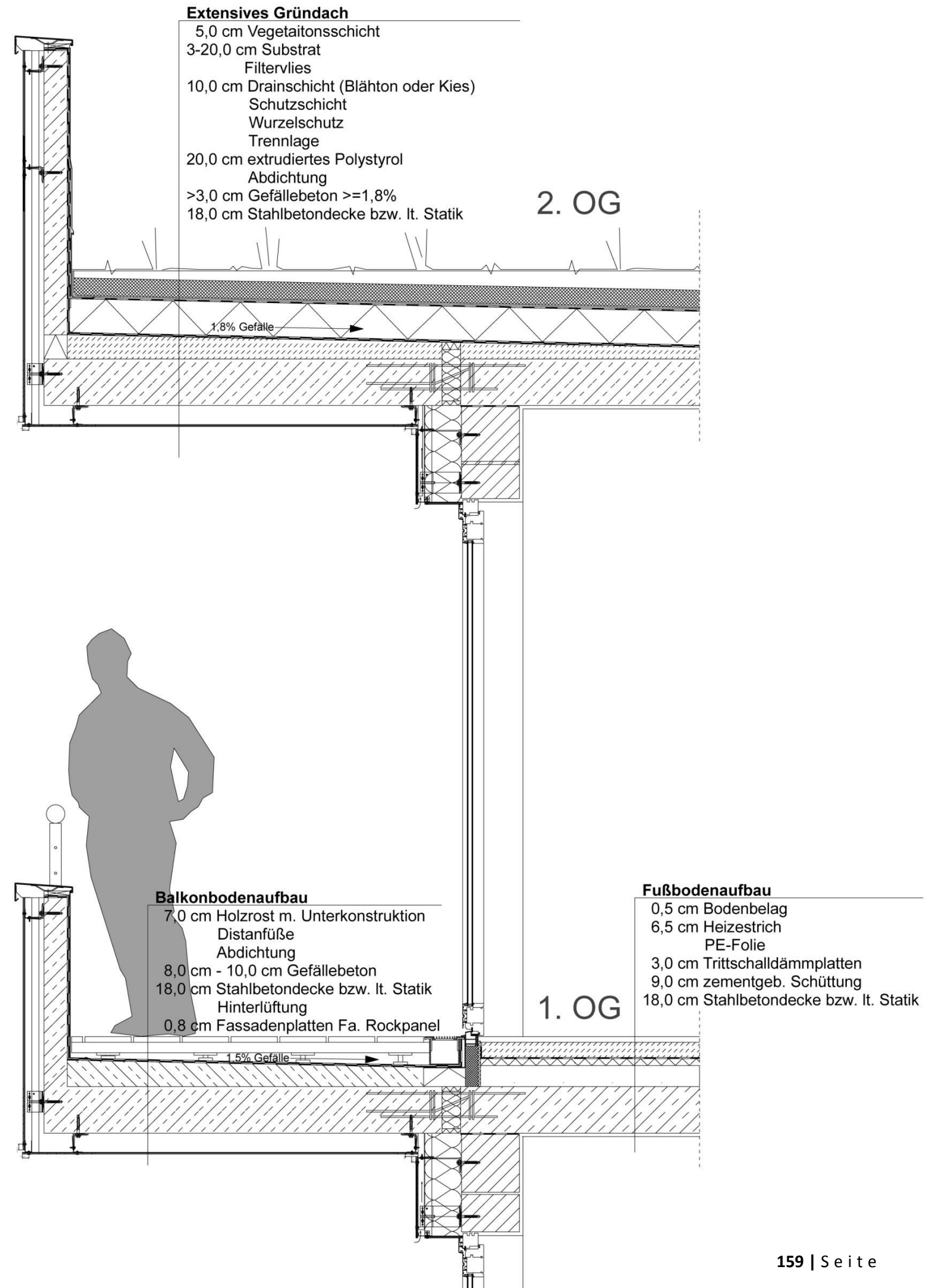
Fassadenschnitt 1-1, M=1:50

Planmaterial:

Fassadenschnitt 1-1, Teil 1, M=1:20

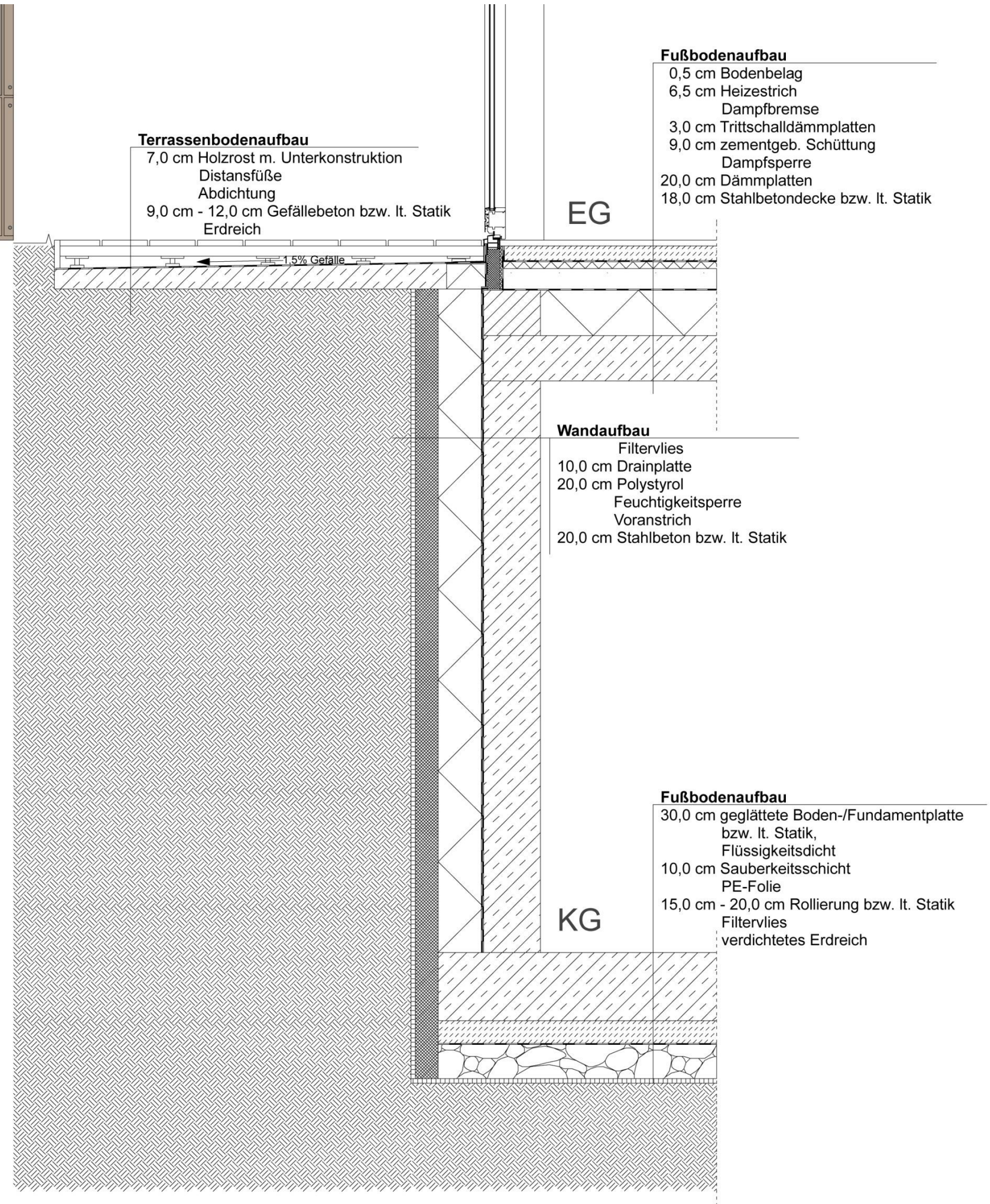
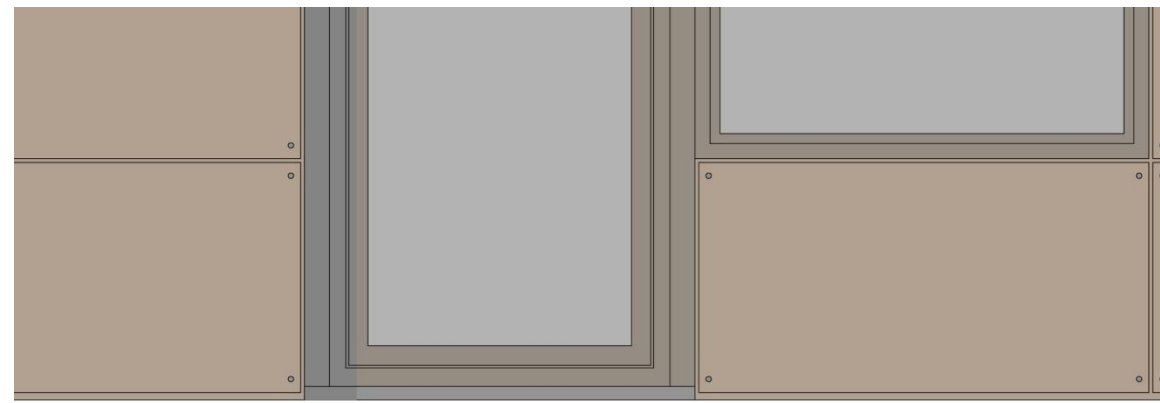


Fassadenschnitt 1-1, M=1:20



Planmaterial:

Fassadenschnitt 1-1, Teil 2, M=1:20



Fassadenschnitt 1-1, M=1:20

9.5.14 Umnutzung des Gebäudes

In Hinblick auf spätere Nutzungsmöglichkeiten oder Änderung der Betreuungsform, können die Hausgemeinschaften 1 und 2 sowie 3 und 4 durch geringe bauliche Änderungen zusammengelegt werden. Durch den bestehenden Lichthof, wäre eine spätere Zusammenlegung durch eine interne Stiege auch geschoßübergreifend denkbar.

Aufgrund des gewählten statischen Konzepts, lassen sich bereits durch geringe Umbaumaßnahmen, relativ einfach zwei Einzelzimmer zusammen legen. Das kommt einer eventuell späteren Umnutzung des Gebäudes sehr entgegen.

Planmaterial:

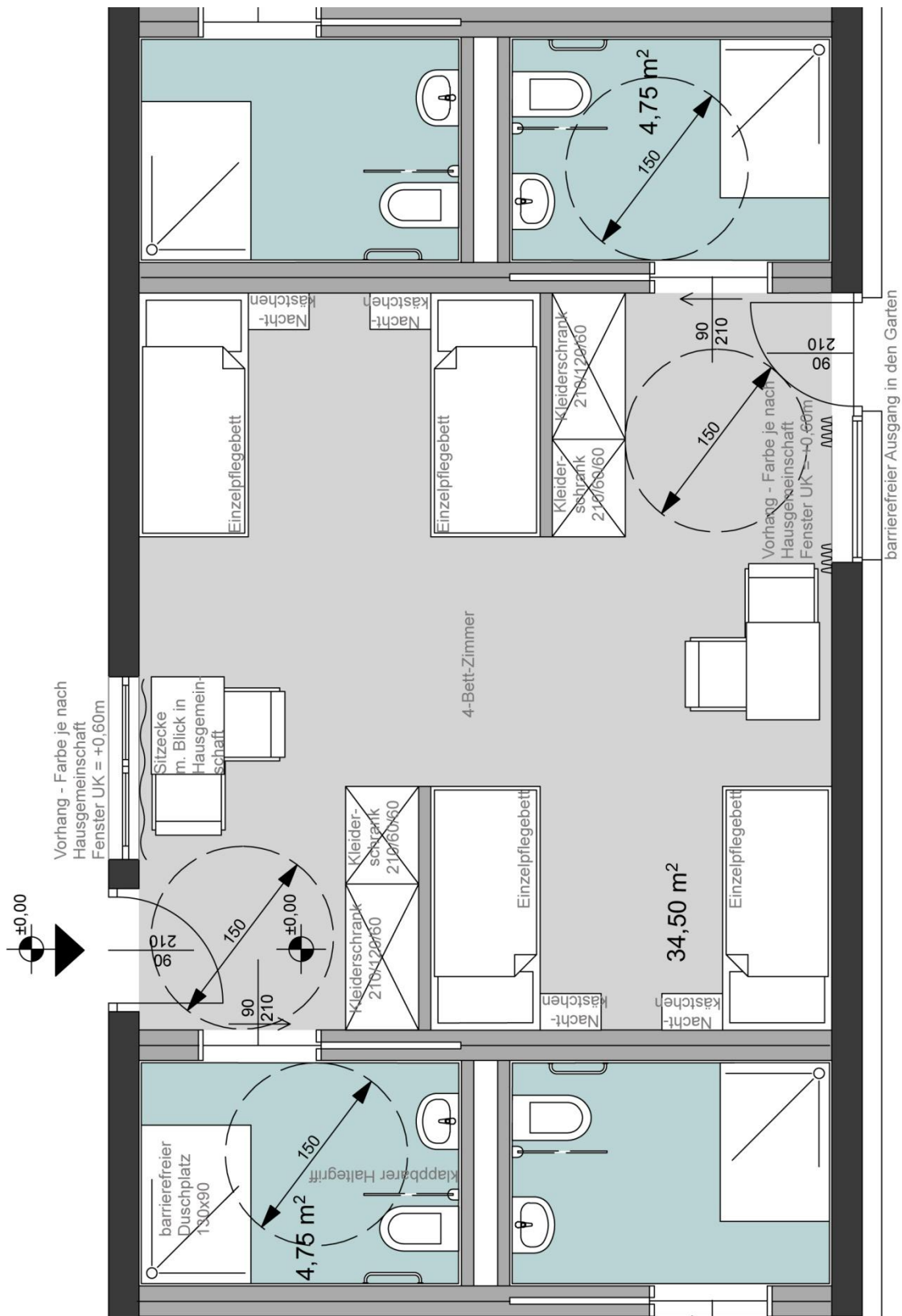
Grundriss 4-Bett-Zimmer; M=1:50

Grundriss 4-Bett-Zimmer; M=1:50

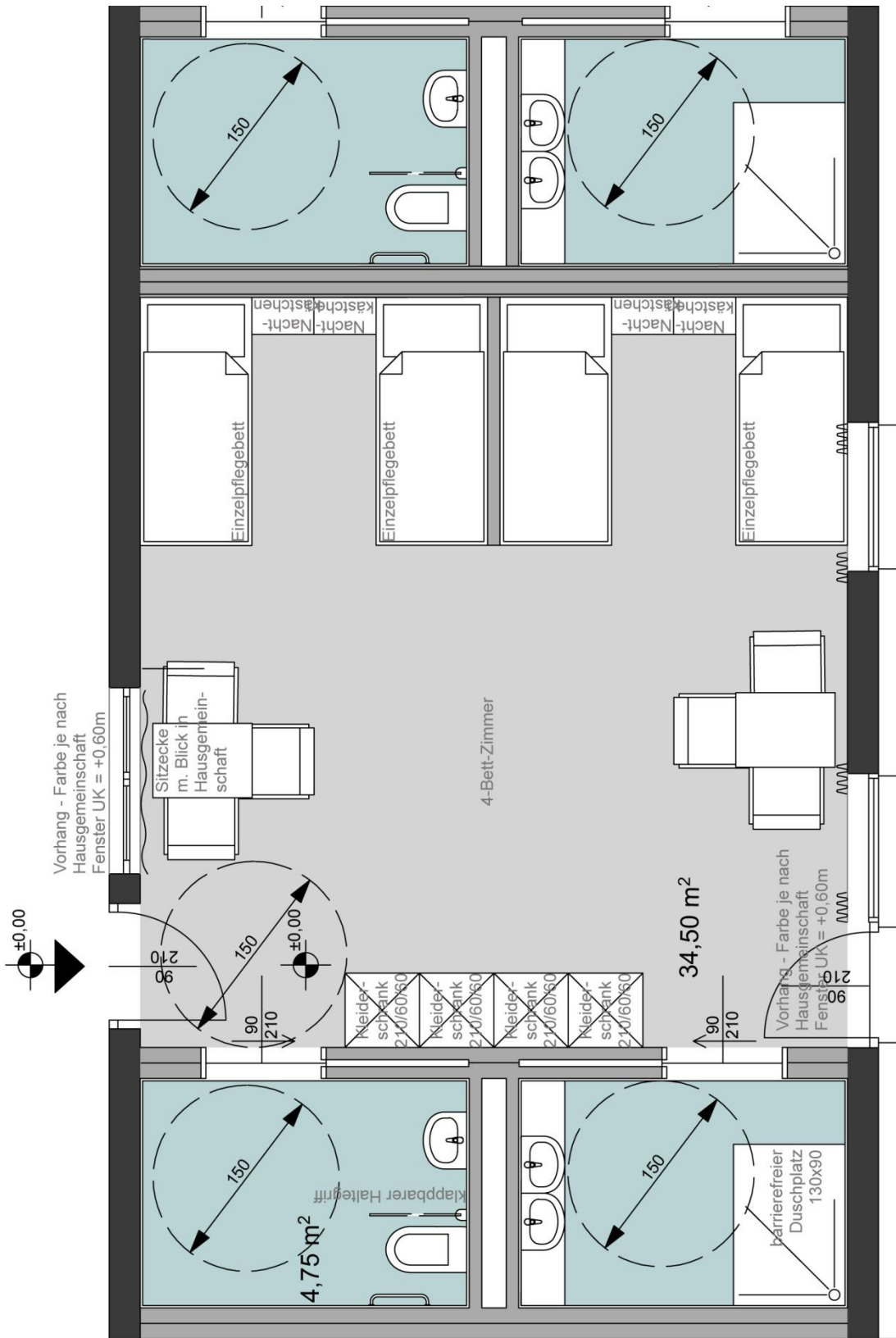
Grundriss betreutes Wohnen/Altersheim,

Doppelzimmer; M=1:50

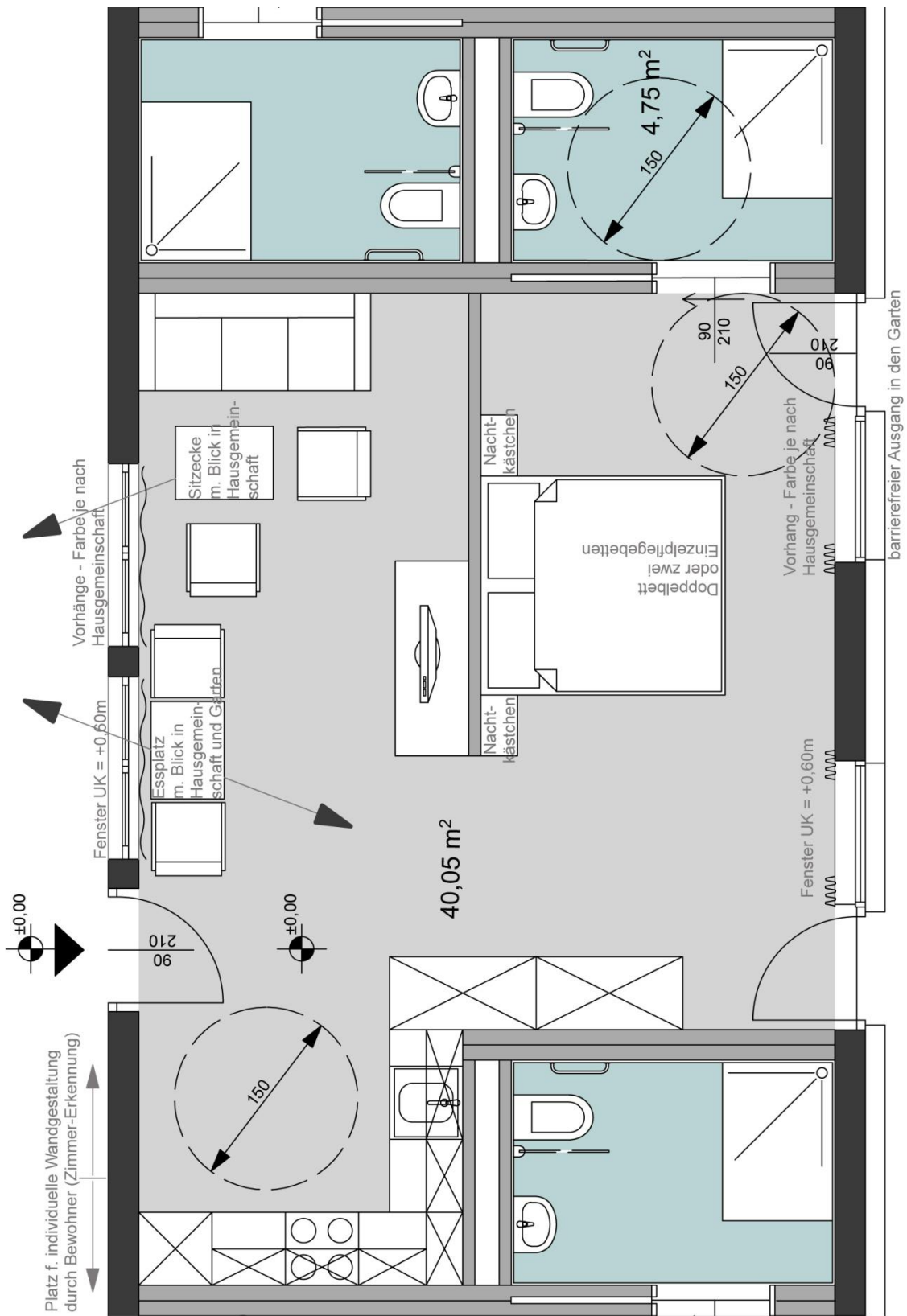
Grundriss 3-Bett-Zimmer mit Nischen; M=1:50



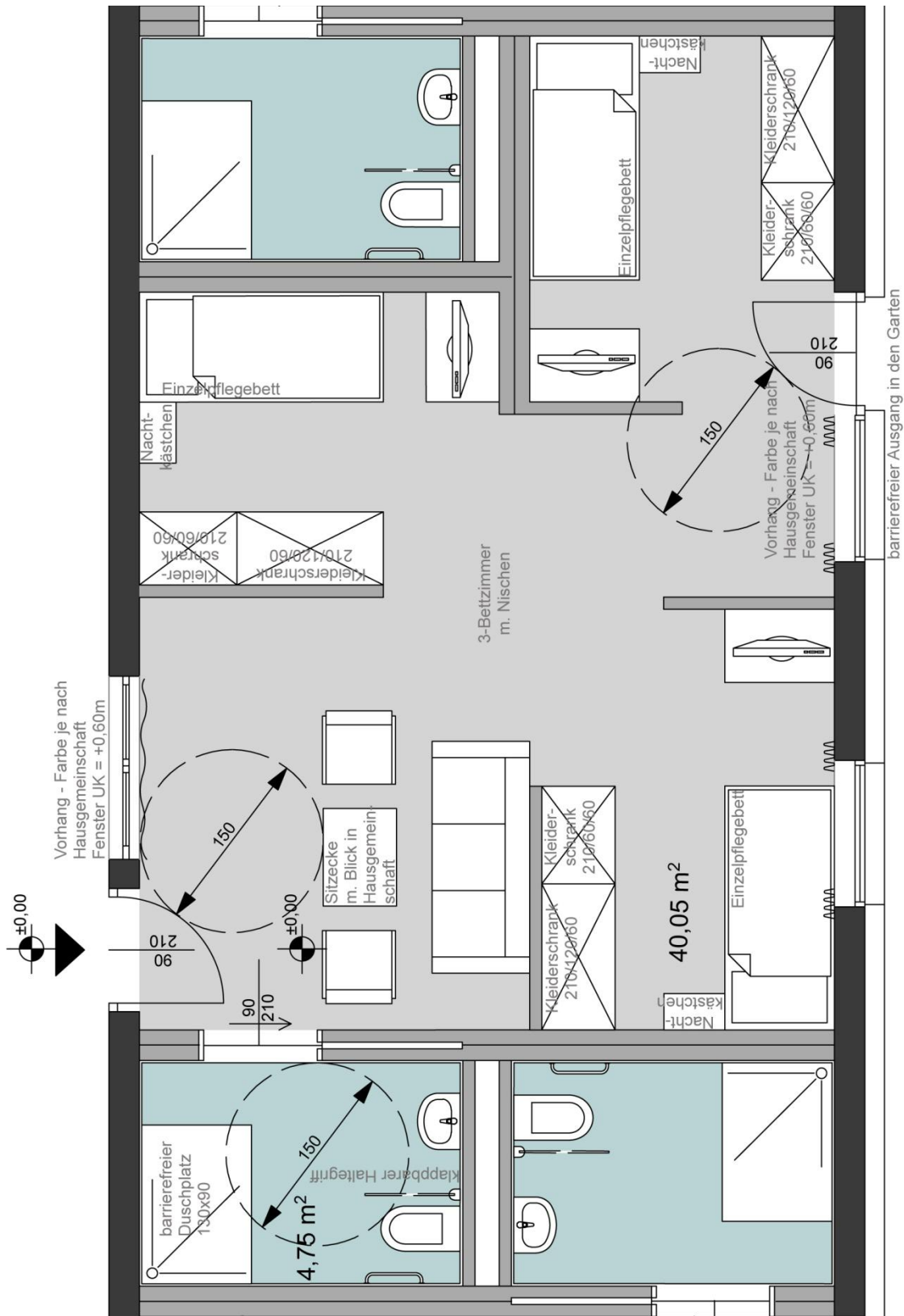
Grundriss 4-Bett-Zimmer, M=1:50



Grundriss 4-Bett-Zimmer, M=1:50



Grundriss Betreutes Wohnen/Altersheim; Doppelzimmer, M=1:50



Grundriss 3-Bett-Zimmer mit Nischen M=1:50

**„Ich beginne nun die Reise,
die zum Sonnenuntergang des Lebens führt.“**

(Zitat von Ronald Reagan, amerik. Präsident von 1981–1988)

10. Quellenverzeichnis

10.1 Literaturverzeichnis

BER, 1999

Berghoff Ingrid: Förderpflege mit Dementen, das Selbst-Erhaltungs-Therapie-Konzept (SET), Wiesbaden, 1999

BLE, M (1966)

Bleuer, M (Hrsg.): „Eugen Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie: Ergänzter Neudruck der zehnten Auflage von Manfred Bleuler“; Springer-Verlag: Berlin-Heidelberg 1966

BUN, 2009

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Leben mit Demenz, eine Initiative von Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Österreichisches Rotes Kreuz, Volkshilfe

FUC, 2005

Dr. Fuchs Fabiola, NÖ Gesundheits- und Sozialfonds/Bereich Gesundheit: Demenz, Was nun?, Krems, 2005

HEE, 2008

Heeg Sibylle und Bäuerle Katharina: Heimat für Menschen mit Demenz – Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen, Frankfurt am Main, 2008

HEL, 2004

Christoph Held: Das demenzgerechte Heim, Basel, 2004 (Karger Verlag)

HÖR, <http://neurologie-psychiatrie.universimed.com>, 2009, Zugriff am 24.03.2011

Dr. Hörandl Friederike, <http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/demenzerkrankungen-innovationen-er%C3%B6ffnen-neue-therapiem%C3%B6glichkeiten>, 2009, Zugriff am 24.03.2011

JAN, 2006

<http://www.profil.at/articles/0610/560/135206/demenz-das-vergessen-alzheimer-volkskrankheit-21-jahrhunderts>, Irene Jancsy, 2006, Zugriff am 01.09.201

KRA, E.: zitiert in Wettstein (1991)

Krapelin, E.: zitiert in Wettstein (1991), Wettstein, A.: „Senile Demenz: Ursache – Diagnose – Therapie – Volkswirtschaftliche Konsequenzen“, Verlag Hans Huber: Bern 1991

MAR, 2006

Dipl.-Ing. Gesine Marquard, Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur:

Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, Dresden 2006

RUT, 2008

Dr. Anja Rutenkröger und Christian Kuhn: „Im Blick haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle, www.demenz-support.de, Zugriff am 08.09.2011

STA, 2009

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschland bis 2060, koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, 2009, <http://www.destatis.de> Zugriff am 28.05.2011

STA, 2010

Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, 2010
http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html, Zugriff am 10.09.2011

STA, 2010

Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demographischer Wandel in Deutschland, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Onlineausgabe November 2010 Heft 2,
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>, Zugriff am 28.05.2011

SÜT, 2011

Vgl. www.berlin-institut.org, Sütterlin Sabine, Hoßmann Iris, Klingholz Reiner: Demenz Report, Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, Zugriff am 01.04.2011

WEY, 2004

S. Weyerer, M. Schäufele, I. Hendlmeier, Ch. Kofahl, H. Sattel, B. Jantzen, P. Schumacher: Evaluation der Besonderen Stationäre Dementenbetreuung in Hamburg (Internetversion), 2004, http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/besondere-station_C3_A4re-dementenbetreuung,property=pdf.pdf, Zugriff am 08.09.2011

www.bmask.gv.at, Zugriff am 27.09.2011, Seite 8–9

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Demenzhandbuch;
http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/7/6/7/CH2222/CMS1218114744041/demenzhandbuch_inter.pdf, Zugriff am 27.09.2011

www.bmg.bund.de, Zugriff am 22.05.2013

<http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/stationaere-pflege.html>, Zugriff am 22.05.2013

www.destatis.de, Zugriff am 29.09.2011

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Stati>

stiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Aktuell,templateld=renderPrint.psml,
Zugriff am 29.09.2011

www.destatis.de, Zugriff am 29.09.2011

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in
Deutschland, 2011

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004,property=file.pdf>, Zugriff am
29.09.2011

www.destatis.de, Zugriff am 29.09.2011

Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Ältere Menschen in Deutschland und der EU,
2011

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004,property=file.pdf>, Zugriff am 29.09.2011

www.destatis.de, Zugriff am 29.09.2011

Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Ältere Menschen in Deutschland und der EU,
2011

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004,property=file.pdf>, Zugriff am 29.09.2011

www.destatis.de, Zugriff 29.09.2011

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004,property=file.pdf>, Zugriff am 29.09.2011

www.deutsche-alzheimer.de, Zugriff am 29.09.2011

<http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf>,
Zugriff am 29.09.2011

www.goldjahre.de, Zugriff am 15.09.2011

<http://www.goldjahre.de/Demenz-Alzheimer/Gefuhle-werden-nicht-dement.html>,
Zugriff am 15.09.2011

www.info-affinghausen.de, Zugriff am 18.11.2011

www.info-affinghausen.de/tl/Unsere-Lage-.---.html

www.meduniwien.ac.at, Zugriff am 10.09.2011

<http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/alz13.htm> Zugriff am
10.09.2011

www.michael-wipp.de, Zugriff am 22.05.2013
http://www.michael-wipp.de/kennzahlen/kennzahlen_bw.html, Zugriff am 22.05.2013

www.muenchen.de, Zugriff am 01.04.2011

www.schwafoerden.de, Zugriff am 18.11.2011
<http://www.schwafoerden.de/internet/page.php?naviID=15000002&site=15000009&typ=2>

www.salzburg.gv.at
Das Hausgemeinschaftskonzept in Senioreneinrichtungen, Ein Leitfaden zur Planung und Implementierung von Hausgemeinschaften im Bundesland Salzburg,
http://www.salzburg.gv.at/HGM_Endfassung_Dezember_2010.pdf, Zugriff am 08.09.2011

www.statistik.at, Zugriff am 28.05.2011
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html

www.wg-qualitaet.de
Im Auftrag des BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen, Berlin 2002, www.wg-qualitaet.de/src/documents/article440-25-25.pdf, Zugriff am 15.09.2011

10. 2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050

Quelle: <http://www.statistik.at>, Zugriff am 10.09.2011

Abb. 2: Lebenserwartung in Gesundheit seit 1991 nach Geschlecht

Quelle: <http://www.statistik.at>, Zugriff 10.09.2011

Abb. 3: Probleme bei Basisaktivitäten des täglichen Lebens

Quelle: <http://www.statistik.at>, Zugriff 10.09.2011

Abb. 4: Betreuung älterer Menschen bei längerer Krankheit

Quelle: <http://www.statistik.at>, Zugriff 10.09.2011

Abb. 5: Wohn- und Pflegeheime/-plätze 2009/2010

Quelle: <http://www.statistik.at>, Zugriff 10.09.2011

Abb. 6: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt: *Bevölkerung Deutschland bis 2060, koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, 2009*, <http://www.destatis.de> Zugriff am 28.05.2011

Abb. 7: Entwicklung der älteren Bevölkerung von 1990 bis 2060 in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, *Ältere Menschen in Deutschland und der EU, 2011*, <http://www.destatis.de>, Zugriff am 29.09.2011

Abb. 8: Pflegequote 2009 in %

Abb. 9: Heimquote 2009 in %

Abb. 10: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2009

Quelle Abb. 8 bis 10: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, *Ältere Menschen in Deutschland und der EU, 2011*, <http://www.destatis.de>, Zugriff am 29.09.2011

Abb. 11: Generation 65+, Anteil von Personen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung am 1.1.2010

Quelle: <http://www.destatis.de>, Zugriff am 29.09.2011

Abb. 12: Heim Bad Schussenried

Abb. 13: Grundriss Erweiterungsbau, Heim Bad Schussenried

Abb. 14: Haus im Park, Bremerhaven

Abb. 15: Grundriss EG, Haus im Park, Bremerhaven

Abb. 16: Altenpflegeheim Naunhofer Straße

Abb. 17: Grundriss EG u. OG, Altenpflegeheim Naunhofer Straße

Abb. 18: Essbereich Wongemeinschaft

Abb. 19: Essbereich der Nachbarschaften

Quelle Abb. 12 bis 19: Heeg Sibylle und Bäuerle Katharina: *Heimat für Menschen mit Demenz – Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen, Frankfurt am Main, 2008*

Abb. 20: Deutschland – Bundesland Niedersachsen
Quelle: <http://de.wikipedia.org>, Zugriff am 10.04.2013

Abb. 21: Wappen Affinghausen
Quelle: <http://www.schwafoerden.de>, Zugriff am 18.11.2011

Abb. 22: Landkreis Diepholz - Gemeinde Affinghausen
Quelle: <http://upload.wikimedia.org>, Zugriff am 18.11.2011

Abb. 23: Gemeinde Affinghausen
Quelle: <http://maps.google.at>, Zugriff am 10.04.2013

Abb. 24: Basis-Informationen Wettbewerbsareal

Abb. 25: Luftansicht Wettbewerbsareal

Abb. 26: Blick auf das ehemalige Hauptgebäude

Abb. 27: Blick vom Innenhof auf die Fassade der Scheune

Abb. 28: Blick auf den langgezogenen Pflgetrakt ev. Verbindung zum neuen Areal

Abb. 29: Blick vom Dach des Haupthauses/Herrenhauses auf den Innenhof

Abb. 30/31: Blick vom Dach des Haupthauses/Herrenhaus auf den Innenhof

Abb. 32: Blick vom Dach des Haupthauses/Herrenhaus auf den Innenhof

Abb. 33: Sicht von Süden auf den langgezogenen Pflgetrakt / Westgiebel

Abb. 34: Süd-Ansicht

Abb. 35: Ostseite und Sicht auf das Rondell

Abb. 36: Ost-Ansicht des langgezogenen Pflgetraktes (zukünftiger „Pflgeoasen“)

Abb. 37: Aktuelle Hauptzufahrt zu den Bestandsgebäuden

Abb. 38: Links 1/Westgiebel des ehem. Haupthauses /Herrenhauses; Rechts 5/Giebel der Scheune, in der Lager- und Funktionsräume untergebracht sind

Abb. 39/40: Innenhofgestaltung zwischen den Bestandsgebäuden mit Blick auf die Westseite des langgezogenen Pflgetraktes, in dem 2 neue Pflgebereiche (sog. Pflgeoasen) entstehen.

Abb. 41/42: neu zu bebauende/planende Fläche

Quelle Abb. 24-42: Zugesandte Wettbewerbsunterlagen

Abb. 43: eigene Darstellung m. Grundriss Duftorgel lt. Richter Spielgeräte GmbH

Abb. 44: Duftorgel, Richter Spielgeräte GmbH

Abb. 45: eigene Darstellung m. Grundriss Klangspiel lt. Richter Spielgeräte GmbH

Abb. 46/47: Richter Spielgeräte GmbH

Abb. 48: eigene Darstellung m. Grundriss Spielgeräte lt. Richter Spielgeräte GmbH

Abb. 49–52: Richter Spielgeräte GmbH

Quelle: Abb. 43-52: <http://www.richter-spielgeraete.de/>, Zugriff 07.03.2013

Bei den nicht angeführten Abbildungen und Plänen unter dem Kapitel 9, handelt es sich um eigene Darstellungen.