

Masterarbeit von Valerie Rehle

GESTERN WIRD SCHÖN.

Ein Sensibilisierungsapparat zur Gestaltung von Lebensräumen
für Menschen mit Demenz

Masterarbeit

Hochschule für Technik Stuttgart
Fakultät Architektur und Gestaltung
Studiengang International Master
of Interior-Architectural Design

Valerie Rehle

Mat.Nr. 671046
Jahrgang 2012
SS 2014

Betreuung: Prof. Klaus Peter Goebel
Dr. Michaela Rotsch
Dipl.-Soz.-Päd., MSW Katja Schlüter

Dank an

Agnes & Rudolf
Sebastian
Meine Mutter Eva
Tina, Lore, Agi & Paul
Katja
Dr. Michaela Rotsch
Prof. Klaus Peter Goebel

Alle Angaben und Empfehlungen dieser Arbeit wurden mit größter Sorgfalt in dem vorgegebenen Zeitrahmen von vier Monaten überprüft und zusammengetragen. Bei Handlungsempfehlungen handelt es sich um eine Auswahl gängiger Quellen und eigene Beobachtungen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

	SEITE
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS / LEGENDE	006
KURZFASSUNG / ABSTRACT	008
EINLEITUNG	012
<u>THEORETISCHER TEIL</u>	016
<i>I. Wir werden alt. Neue Herausforderungen in Zeiten des demografischen Wandels in Deutschland</i>	017
1. Überall Alter – Hauptdeterminanten des demografischen Wandels und die Folgen	020
2. Ey Alter! Alter, ein heterogenes Phänomen	022
3. Chronisch dement – Demenz als Folge einer immer älter werdenden Gesellschaft	024
4. Alles alt, alles schlecht? Altenpotenziale universal gestalten und fördern	026
<i>II. Demenz: Verlauf und Auswirkungen</i>	031
1. Demenzformen	033
a) Alzheimer Demenz	033
b) Vaskuläre Demenz	034
c) Mischformen	034
2. Symptome und Verlauf der Alzheimer-Demenz	035
a) Die drei Stadien der Demenz	035
b) Besondere Verhaltensweisen	038
c) Wege in eine demenzielle Welt	042
3. Auswirkungen auf die Sensorik	044
a) Hören	045
b) Sehen	046
c) Fühlen	048
d) Riechen	048
e) Schmecken	049
4. Auswirkungen auf die Motorik	ANALYSE 1 050
<i>III. Bedürfnisträger: Mensch mit Demenz</i>	057
1. Bedürfnistheorien nach Abraham Maslow und Werner Obrecht	ANALYSE 2 062
2. Welche Bedürfnisse hat ein Mensch im Verlauf einer Alzheimer-Demenz?	068
a) Rückschlüsse aus den besonderen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz	ANALYSE 3 072
b) Rückschlüsse aus der offenen Beobachtung zweier Menschen mit Demenz	ANALYSE 4 076
3. Bedarfe für Mensch mit Demenz – Antworten aus Pflege und Technik	084
a) Therapieansätze und Bezüge im Raum	085
b) Versorgungssettings für Menschen mit Demenz	087
c) Einsatz von neuen Technologien	089

	SEITE
<i>IV. No place like home – Leben und Wohnen mit Demenz</i>	091
1. Wo und wie wohnen alte und demenziell erkrankte Menschen	094
2. Wohnformen und Versorgungsstrategien	096
a) Menschen mit Demenz: Strategien für ein sicheres Wohnen zu Hause	097
b) Alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz	100
<i>V. Gestern wird schön. Morgen auch. Fazit und Ausblick</i>	105
<u>KONZEPTIONELLER TEIL</u>	108
<i>I. Konzept einer mobilen Ausstellung zur Sensibilisierung für Demenz</i>	109
1. Zielgruppe, Anforderungen und Verortung	113
2. Inhalte und Gestaltungsmittel	113
<i>II. Entwurf einer mobilen Ausstellung zur Sensibilisierung für Demenz</i>	124
1. Wissensvermittlung (1) und (2)	126
2. Sensibilisierung am Objekt (1), (2), (3) und (4)	130
<u>QUELLENVERZEICHNIS</u>	142
1. Literatur	142
2. Internetquellen	145
3. Gesprächsverzeichnis	147
<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	148

Abb.	Abbildung
a.k.a.	also known as
Def.	Definition
f	folgende
Nr.	Nummer
S.	Seite
u.a.	und andere
vgl.	vergleiche
Qu.	Quelle

ÜBERBLICK

: gekennzeichnete Textabschnitte geben dem Leser einen Überblick bzw. eine Zusammenfassung über Inhalt und Vorgehensweise der entsprechenden Kapitel

FRAGESTELLUNG

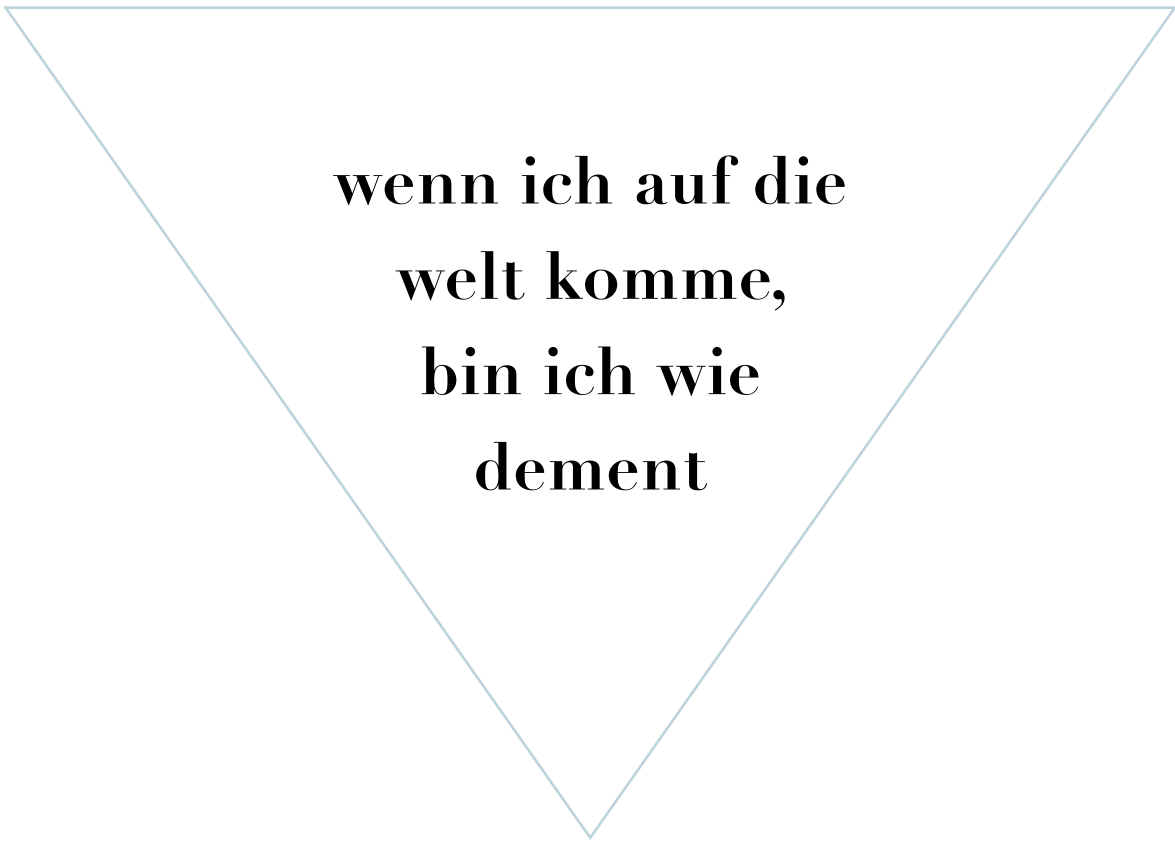
? gekennzeichnete Textabschnitte heben wichtige Fragestellungen hervor

ERKENNTNIS

! gekennzeichnete Textabschnitte markieren gewonnene Erkenntnisse und/oder wichtige Inhalte

gekennzeichnete Seiten markieren Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Lebensräumen für Menschen mit Demenz

diesseits



wenn ich auf die
welt komme,
bin ich wie
dement

jenseits

***DE**

Die vorliegende Arbeit ist in zwei Teile gegliedert. Der erste und theoretische Teil befasst sich mit der Frage, inwiefern eine bewusste, räumliche Gestaltung auf die Wünsche und Bedürfnisse von alten und dementen Menschen antworten kann, damit ein möglichst langes selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im vertrauten Wohnumfeld möglich wird. Der zweite, konzeptionelle Teil der Arbeit versucht die Frage zu beantworten, wie man mit einem Ausstellungskonzept Gestalter und Interessierte für das Thema Demenz sensibilisieren kann.

Einleitend beschäftigt sich der erste Teil der theoretischen Arbeit mit der Frage, was Alter ist bzw. wer sich eigentlich als „alt“ bezeichnen kann. Ein Einblick über die aktuelle und zukünftige demografische Lage Deutschlands soll Ursachen und Folgen und damit einhergehende Bedürfnisse einer älter werdenden Gesellschaft zusammentragen, die immer heterogener wird. Der demografische Wandel wird als Gestaltungschance verstanden, welche die Potenziale des Alters nutzt und die Bedürfnisse aller Generationen miteinbezieht.

Mit dem Alter tritt aber auch eine schwerwiegende Folge in den Vordergrund, nämlich die damit verbundene zunehmende Tendenz an Demenz zu erkranken.

Die Definition, Ursachen und Kategorien (Stadien) von Demenz werden im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit eingehend erläutert, um die sogenannten besonderen Verhaltensweisen besser nachvollziehen zu können und die individuelle Realität eines Menschen mit Demenz für den Außenstehenden zugänglich zu machen. Es wird außerdem untersucht, inwiefern sich Demenz auf das Verhalten sowie die Sensorik und Motorik des Betroffenen auswirken kann, um direkte Rückschlüsse auf die Gestaltung der Lebensräume von Menschen mit Demenz zu schließen.

Wie alle Menschen stellen auch Menschen mit Demenz Bedürfnisse an ihre räumliche Umwelt. Da sie selbst nur selten Auskunft darüber geben können, werden im dritten Teil Bedürfnistheorien von Abraham Maslow und Werner Obrecht auf ihre Relevanz für das Raumerleben von dementen Menschen analysiert, um wiederum Rückschlüsse zu ziehen, welche Bedarfe die Innenarchitektur erfüllen kann.

***EN**

The following work is divided into two parts. Part one is the theoretical part, which focuses on the question how consciously planned interior architecture can agree with wishes and needs of elderly people and those who suffer from dementia to ensure a self-dependent and self-determined living in their familiar home as long as possible. The second conceptual part tries to answer the question how designers and other interested people could be sensitised by an exhibition dedicated to dementia.

The theoretical part starts with the question what age actually is and who could define himself as old. An overview of the actual and prospective demographic situation in Germany highlights causes and consequences as well as the needs of a society, which is getting older and even more heterogeneous than ever before. Therefore, the demographic change is interpreted as a general planning matter that gives the chance to benefit the potential of age and includes the needs of all generations. Besides that this topic indicates the fact that ageing increases the risk of suffering from dementia.

The second part of the work discusses the definition, causes and states of dementia to understand challenging behaviors of people with dementia and to guide the way to their individual interpretation of reality. For that matter, research on specific behaviors, senses and motor functions will draw guidelines in how to design an environment for people with dementia.

As all human beings have needs addressed to their environment, people with dementia have this, too. Being aware that people with dementia rarely can provide information due to their needs, the third part analyses the relevance of the theory of needs from Abraham Maslow as well as Werner Obrecht to draw conclusions from the needs which can be provided by Interior Architecture.

Furthermore, a review of current knowledge and strategies of maintenance in the background of care and technology will be given, as well as design principles, which were already developed in the past.

Since more and more people are getting older and/or are suffering from dementia, the fourth part gives attention to the question how and where these people are living. Besides that it assembles different types of living, designed for people who aren't able to live self-dependent anymore. These new types of

Darüber hinaus wird ein Einblick gegeben, welche Erkenntnisse und Versorgungsstrategien es im Bereich der Pflege und Technik derzeit gibt und welche gestalterischen Ansätze bereits entwickelt wurden.

Im vierten Teil wird geklärt, wo und wie ältere und demente Menschen derzeit leben und welche Wohnformen neben dem eigenen Zuhause in Frage kommen, wenn ein eigenständiges Leben nicht mehr möglich ist. Neue Wohnformen sind auf verschiedene Bedürfnisse von älteren und dementen Menschen zugeschnitten und entwickeln sich stetig weiter.

Der theoretische Teil schließt mit einem Fazit ab und richtet den Blick in die Zukunft einer alternden Gesellschaft und welche verantwortungsvolle Rolle dabei Gestalter in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen spielen werden.

Um Bedürfnisse zu erkennen, Fragen zu prüfen und Fehler zu vermeiden, wurden unterstützend zu der theoretischen Auseinandersetzung qualitative Experteninterviews durchgeführt sowie Vorträge besucht. Dabei wurden vorrangig offene Fragen gestellt.

Als weitere Methode wurden offene Beobachtungen mit Hilfe von Bild- und Sprachaufzeichnungen durchgeführt. Das geschah im Wesentlichen in dem persönlichen Umfeld der Verfasserin und konzentrierte sich auf die Demenzerkrankung beider Großeltern. Ein wöchentlicher Besuch in der AWO Begegnungsstätte Stuttgart Ost weitete den Blick für das Leben und die Herausforderungen älterer Menschen in Deutschland.

Der konzeptionelle Teil unterstützt das Anliegen dieser Arbeit, Gestalter und Interessierte für das Thema Demenz zu sensibilisieren. Dabei wird versucht eine Antwort darauf zu geben, wie eine mobile Ausstellung auf das Thema Demenz aufmerksam machen kann, ohne dabei zu dramatisieren oder gar zu schockieren, sondern viel mehr die „Welt“ von Menschen mit Demenz zu zeigen, die mit entsprechenden Wissen und Einfühlungsvermögen immer verständlicher werden kann.

Diese Erkenntnisse zusammengefasst, sollen Bedürfnisse und Wünsche von alten und demenzkranken Menschen

living are focused on the specific needs of elderly people as well as people with dementia and they are constantly evolving.

The theoretical part concludes by looking towards the future of a society, which is getting older and therefore demands on designers being aware of their responsibility and cooperation with multiple disciplines.

To broaden the theoretical debate, qualitative interviews with experts were conducted and also lectures were participated. Therefore, mostly open questions were asked.

Another methods was to implement open observation by intruding digital image and voice recording, which prior-ranking happened in author's personal environment and focused on dementia of their grandparents. Besides that, weekly visits at the AWO Begegnungsstätte Stuttgart Ost pointed out ongoing challenges of elderly people's life in Germany.

The conceptual part supports the general ambition of this work to sensitised designers and other interested people for the issue of dementia.

This work tries to show how a mobile exhibition can zoom in on dementia without dramatising and scandalising this topic. This exhibition is on the one hand a great possibility to show the world of dementia patients and to get informations about it and on the other hand also a way to understand this world with great empathy.

As result this work should highlight wishes and needs of elderly people and those who suffer from dementia in order to give assistance in how Interior Architecture could be a positive influence of their lifes.

Another aim is to transfer the topic of age and dementia to the context of Interior Architecture and focus on the affected people at the same time. For that matter, the theoretical part should provide an overview about the environmental needs of people with dementia. It is necessary to take an interdisciplinary look at seniority and people with dementia, to generate reasonable solution strategies for the future. Therefore we use different sights of Social work, Sociology and Gerontology.

These two parts together assamble an instrument, which sensitises how to design environments for people with dementia.

aufzeigen und Aufschluss darüber geben, welche Maßnahmen im gestalterischen Kontext das Leben dieser positiv beeinflussen können.

Ziel der Arbeit ist es, die Thematik Alter und Demenz in den innenarchitektonischen Kontext zu setzen und dabei den Fokus auf die Betroffenen zu legen.

Aus dem theoretischen Teil der Arbeit soll ein Apparat hervorgehen, welcher einen Überblick auf räumliche Bedarfe dementer Menschen geben soll. Dabei stützt sich die Arbeit auf Ansätze aus der Sozialen Arbeit, Soziologie und Gerontologie, um durch eine interdisziplinäre Betrachtung der Thematik Alter und Demenz in Zukunft sinnvolle Lösungsansätze zu generieren. So setzt sich die Arbeit aus zwei Teilen zusammen und bildet einen Sensibilisierungsapparat zur Gestaltung von Lebensräumen für Menschen mit Demenz.

Bestandteile der Masterarbeit, **Sensibilisierungsapparat zur Gestaltung von Lebensräumen für Menschen mit Demenz:**

Def. Sensibilisierung: *Bewusstmachung eines Begriffes, Sachverhaltes oder Problems*

Def. Apparat: *Zusammenstellung von Hilfsmitteln (Bibliothek) oder ein Werkzeug / ein Gerät / eine Maschine*

Der **SENSIBILISIERUNGS_APPARAT**

hat zwei Aufgaben:

(1) Dem Gestalter und Interessierten eine auf ihn zugeschnittene Zusammenstellung (inkl. gewonnener Erkenntnisse) des Themas geben; ihn informieren

„Zusammenstellung von Hilfsmitteln (Bibliothek)“

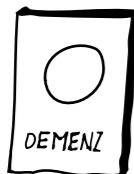
&

(2) Den Gestalter und Interessierten mit Unterstützung eines „Werkzeuges“ auf das Thema aufmerksam machen; ihn sensibilisieren.

„oder ein Werkzeug / ein Gerät / eine Maschine“

HANDBUCH

siehe Theoretischer Teil



AUSSTELLUNG

siehe Konzeptioneller Teil



SENSIBILISIERUNG

für das Thema Demenz

Der eigentliche Beweggrund mich in meiner Masterarbeit mit dem Thema Demenz zu beschäftigen, war ein persönlicher. Als Enkelin eines Großelternpaares mit Demenz des Typs Alzheimer, stellten sich mir in den letzten Jahren immer mehr Fragen. Zu dem Zeitpunkt, als es meiner Großmutter immer schwerer fiel, sich in ihrem vertrauten Wohnumfeld zurechtzufinden, bewegte mich der Verlauf einer Krankheit nicht nur als Familienangehörige, sondern auch als Innenarchitektur-Studentin. Vor allem die zunehmende Schwierigkeit, sich in den eigenen vier Wänden zu orientieren, verlegte Gegenstände wieder zu finden, aber auf der anderen Seite auch die ungefilterte Begeisterungsfähigkeit für schöne Dinge (Natur, Musik, Familie), drängte mir die Frage auf, inwiefern eine bewusste, räumliche Gestaltung ein langes selbstständiges und selbstbestimmtes Wohnen von alten und dementen Menschen fördern kann.

Im Zuge meiner ersten Recherchen zum Thema „Alter“ und „Demenz“ fiel mir eine Tatsache schnell auf: Gestaltung für ältere Menschen und Menschen mit Demenz hat aus vielerlei Hinsicht einen großen Gestaltungsbedarf! Gestalterische Lösungen sind, wie ich auf den Fachmessen Altenpflege in Hannover und Pflege & Reha in Stuttgart feststellen konnte, in der Regel stark produktorientiert, als nutzerorientiert, also rein funktional. Ein älterer Mensch, der auf Hilfen im Alter angewiesen ist, hat wie jeder andere Mensch auch, ästhetische Bedürfnisse (siehe III.) und möchte wahrscheinlich nicht jedes mal daran erinnert werden, dass er alt und hilfebedürftig ist, sobald er entsprechende Produkte benutzt. Die Gestaltungssprache ist oft sehr klinisch, steril und kühl und wird so assoziativ mit den Begriffen „krank“, „gebrechlich“ und „alt“ in Verbindung gebracht. Eine generelle Abneigung gegen altersgerechte Gestaltung, ist also sehr gut nachvollziehbar und weist gleichzeitig auf die Notwendigkeit hin, alters- und demenzgerechte Gestaltungsprinzipien zu überdenken. Wie kann alters- und demenzgerechte Gestaltung also noch aussehen? Oder was sollte ein Gestalter beachten, wenn er Lebensräume und Produkte für eine Gesellschaft entwirft, die immer älter wird?

Die mediale Präsenz der Thematik „Überalterungsgesell-

schaft“ und „Demenz“ ist seit einigen Jahren verschiedenen gesellschaftlichen Kontexten zu entnehmen. Politik, Öffentlichkeit und wissenschaftliche Disziplinen beschäftigen sich intensiv mit dem demografischen Wandel und seinen Folgen für die Gesellschaft. (Kreuzer u.a. 2008: 7) Als Zyniker könnte man sagen, dass die Überalterung Deutschlands vor allem eins tut: Geld kostet. Was hat eine Gesellschaft davon, kostenspielige alters- und demenzgerechte Gestaltung nicht nur in privaten Bereichen, sondern auch in öffentlichen Bereichen anzuwenden? Man könnte folgern, dass kostengünstige und wirtschaftlich effiziente Pflegeheime für die Massen doch auch ein Weg wären.

Nein, das wäre kein Weg – zum Glück! „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ (Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) Wohnen im Alter muss würdevoll gestaltet und lebbar sein. Unsere Gesellschaft ist auf sozialen Werten aufgebaut, die im Grundgesetz fest verankert sind. Die Bundesrepublik Deutschland ist ein sozialer Bundesstaat (Art. 20, Abs. 1 Grundgesetz) und hat ihre sozialen Prinzipien im Sozialgesetzbuch (SGB) festgehalten mit der Aufgabe „ein menschenwürdiges Dasein zu sichern.“ (§ 1 SGB I) Die Umwelt an die Bedürfnisse von hilfsbedürftigen Menschen anzupassen, rührt also nicht aus einem Helfersyndrom und Empathieempfinden Einzelner. Es ist unsere Pflicht als Teil der Gesellschaft, ebenso als Gestalter. Folglich stellt sich die Frage, welche Wünsche und Bedürfnisse alte und demente Menschen an die Ausgestaltung ihrer Lebensräume haben und wie die Gestaltung darauf antworten kann?

Ein älterer Mensch kann seine Vorstellungen, wie ein auf seine Bedürfnisse abgestimmter Lebensraum gestaltet sein sollte äußern. Menschen mit Demenz können das nur erschwert oder gar nicht mehr. Wie kann ein Gestalter dennoch auf die Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz eingehen und wie stellen sich Bedarfe in der Innenarchitektur dar?

Das Ziel der Arbeit ist es, die Thematik Alter und Demenz in den innenarchitektonischen Kontext zu holen und dabei den Fokus auf die Betroffenen zu legen. Mit

Hilfe von Recherchen, Experteninterviews und offenen Beobachtungen, soll aus dem theoretischen Teil der Arbeit ein **Apparat** („Zusammenstellung von Hilfsmitteln“) hervorgehen, welcher einen Überblick der räumlichen Bedarfe dementer Menschen geben soll. Dabei stützt sich die Arbeit auf Ansätze aus der Sozialen Arbeit, Soziologie und Gerontologie, da nur durch eine interdisziplinäre Betrachtung der Thematik Alter und Demenz, sinnvolle Lösungsansätze generiert werden können, die Lebensräume von alte und dementen Menschen langfristig verbessern. Um nachvollziehen zu können, welche Hilfen in der Umwelt eines alten und dementen Menschen gestellt werden sollten, beschäftigt sich der theoretische Teil neben den Symptomen der Erkrankung auch mit den sogenannten „besonderen Verhaltensweisen“. Ebenso wird untersucht, inwiefern Demenz Sensorik und Motorik beeinflusst und Rückschlüsse gezogen wie sich daraus sich daraus folgende räumliche Anforderungen aussehen könnten. Der theoretische Teil soll neben der reinen Wissensvermittlung, vor allem Gestalter für Demenz sensibilisieren, um diese stärker im gestalterischen Kontext zu thematisieren. Der konzeptionelle Teil unterstützt das Anliegen dieser Arbeit, Gestalter und Interessierte für das Thema Demenz zu sensibilisieren. Dabei stellt sich die Frage, wie eine mobile Ausstellung, wiederum interpretiert als **Apparat** („Werkzeug“), auf das Thema Demenz aufmerksam machen kann, ohne dabei zu dramatisieren oder gar zu schockieren, sondern viel mehr „die Welt“ von Menschen mit Demenz zeigt, die mit entsprechenden Wissen und Einfühlungsvermögen immer zugänglicher werden kann und durch ihre eigene Logik besticht.

Anfang!



WE WE WE
ALL ALL ALL
LIVE AGE DIE

I.

Wir werden alt.

HINFÜHRUNG ZUM THEMA DEMENZ
ALS FOLGE DER ÜBERALTERUNG
DER GESELLSCHAFT UND
DEREN HERAUSFORDERUNGEN
UND POTENZIALE.

•

I. Wir werden alt. Neue Herausforderungen in Zeiten des demografischen Wandels in Deutschland

Ich bin 28 Jahre alt und ich bin alt. Oder zumindest nicht mehr so richtig jung – finde ich. Jeder der das liest und die 40 überschritten hat, wird wahrscheinlich gerade schmunzeln. Jeder der unter 20 ist, wird sich vielleicht gerade denken: „Naja, alt jetzt nicht gerade, aber...“. Es scheint, egal in welchem Alter wir uns gerade befinden, man hat immer Gründe zu denken man sei alt und mindestens ebenso viele um sich jung zu fühlen. Denn es wird immer Menschen geben, die sind jünger als man selber, wie es auch immer Menschen geben wird die älter sein werden. Außer man heißt Misao Okawa, wurde am 5. März 1898 geboren, ist 116 Jahre alt und derzeit älteste Mensch der Welt. (Website Wikipedia, Liste der ältesten Menschen) Ein wesentlicher Faktor, der uns suggeriert wie alt oder jung wir uns fühlen, scheint also zu sein, wer uns gerade gegenübersteht.

Aber was ist eigentlich „alt“? Und wer ist eigentlich „alt“? Sind wir das nicht alle? Irgendwie? Ein biss-

chen mehr, ein bisschen weniger? Auf die Frage wann man alt sei, antworteten 50 Prozent der Deutschen: „Wenn man zum Pflegefall wird.“ (Website P.M. Magazin) Jeder dritte Deutsche findet, man ist alt, wenn man starr und unflexibel wird. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt wiederum fest: „Alt ist man, wenn mehr als 50 Prozent des eigenen Jahrgangs bereits verstorben sind“. (Website P.M. Magazin) Der Architekt Matthias Hollwich vertritt eine andere These. Seiner Ansicht nach ist man „alt“, sobald man die

Hälfte der durchschnittlichen Lebenserwartung seines Jahrgangs bzw. Herkunftslandes, erreicht hat. (Hollwich, Website Vimeo) Laut der Website www.lebenserwartung.info habe ich eine Lebenserwartung von 78,09 Jahren. Nach der Thesen von Hollwich, heißt das konkret, dass ich ab 39 Jahren „alt“ bin.

So alt, so gut – es ist also schwer zu sagen, wann man alt ist. Alter ist wohl vielmehr eine kulturelle Konstruktion oder ein „soziokulturelles Phänomen“ (Medebach 2011: 17) als eine rein psychologische oder biologische Wirklichkeit, welche wie das Geschlecht „eine Grunddimension menschlichen Daseins“ ist. (Medebach 2011: 17, Originalquelle nicht beschaffbar). Fakt ist, dass wir alle älter werden. (Gröhe 2014: 3) Das zeigt sich anhand der wachsenden Zahl Hochbetagter. Lebten 2009 1,5 Millionen Menschen in Deutschland, die mindestens 85 Jahre alt waren, so geht man davon aus, dass diese Zahl in den kommenden Jahrzehnten kontinuierlich steigen und im Jahre 2050 etwa 6 Millionen betragen wird. Das würde einem Bevölkerungsanteil von 9 % entsprechen. (Haustein/Mischke 2011: 12) Und erfreulicherweise ging es alten Menschen in der westlichen Gesellschaft zu keinem Zeitpunkt in der Geschichte der Menschheit besser als heute. (Haustein/Mischke 2011: 89) Warum ist Alter/n dennoch so negativ behaftet? Herrad Schenk beruft sich auf folgendes Sprichwort: „Alle wollen alt werden, aber keiner möch-

Abb. 1: Paradox (Eigene Darstellung)



Qu. Foto: Website Bobby Neel Adams

te alt sein“; und markiert damit ein Paradox: „Der Wunsch möglichst lange zu leben, ist genauso ausgeprägt wie die tiefe Angst vor dem Alter.“ (Schenk 2008: 15) Viele Menschen verbinden mit Alter vielmehr Gebrechlichkeit, Verwirrtheit, Einsamkeit als Gegenteiliges. Sie fürchten mit dem Alter ihre Selbstständigkeit zu verlieren und ein Pflegefall zu werden. Kompensiert wird diese Angst mit oft düsteren Zukunftsprognosen der Medien. (Naegele 2008: 17) Als Leser kann man den Eindruck gewinnen, eine alternde Gesellschaft sei eine „schlechtere Gesellschaft“. (vgl. Schenk 2008: 15) Viele Skeptiker scheinen dabei zu vergessen, dass sie mit großer Wahrscheinlichkeit auch einmal alt sein werden. Die Frage ist, ob man mit diesem Bewusstsein auch noch gegen das Alter und die negativen Folgen wettern würde, oder ob man nicht versuchen würde eine andere Haltung einzunehmen, indem man Altern als eine spannende Herausforderung betrachtet, die es zu meistern gilt. Natürlich gibt es nicht nur die schönen Seiten des Alterns. Aber die gibt es in keiner Lebensphase. Auch Kindheit, Jugend, junges und mittleres Erwachsenenalter, (...) sind vor Krisen nicht bewahrt. Die Angst vor dem Alter ist aber insofern berechtigt, denn mit dem Steigern der Lebenserwartung, erhöht sich auch das Risiko krank zu werden. (vgl. Gröhe 2014: 3) Wir wissen nicht wie lange die sozialen Sicherungssysteme, die steigende Gesundheits- und Pflegekosten kompensieren können und die Wirtschaft

auf sinkende Arbeitskraft und reduzierte Innovationskraft reagieren wird. (vgl. Naegele 2008: 20) Wir wissen, aber auch nicht, welche Chancen in den Herausforderungen des demografischen Wandels liegen. „Statt uns von den düsteren Visionen lähmen zu lassen, sollten wir neugierig in die Zukunft blicken und ihre Herausforderungen annehmen.“ (Schenk 2008: 16)

Abb. 2: Mind Of Age (Eigene Darstellung)



Mark Twain

Qu. Foto: Website Bobby Neel Adams

Dabei darf nicht vergessen werden Menschen, die bereits ein gewisses Alter erreicht haben, in die Diskussion mit einzubinden. Denn sie wissen, wie es ist alt zu sein und welche Herausforderungen auf einen zukommen. Sie einzubeziehen ist auch ein Schutz, um Ideen wieder zu verwerfen, die im konzeptionellen Bereich vielleicht funktionieren könnten, aber an dem alltäglichen Leben eines alten Menschen vorbeiziehen, dieses Leben zu stark verherrlichen oder dramatisieren und dabei Werte, Würde und Respekt vor den älteren Menschen hinten anstellen.

Die folgenden drei Kapitel versuchen einen Einblick in Ursachen und Folgen der Überalterung Deutschlands zu geben und den Blick auf die älteren Menschen zu richten. Dabei wird unweigerlich eine schwerwiegende Folge des Alterns in den Vordergrund treten, nämlich die Demenz. Am Ende des I. Teils wird ein Ausblick in die Zukunft gewagt, die zwar etwas älter ist, aber keineswegs krank, gebrechlich und hilflos – wenn man es vom richtigen Standpunkt aus betrachtet.

I.1. Überall Alter

Hauptdeterminanten des demografischen Wandels und die Folgen

Im Laufe meiner Schulkarriere wurde meinen Klassenkameraden und mir mehrmals die Bevölkerungspyramide Deutschlands gezeigt – welche da schon längst keine mehr war. Was für eine Bedeutung diese Darstellung hatte, war mir damals noch nicht verständlich. Im Gedächtnis blieben mir viel mehr Phänomene wie der Pillenknick und der geburtenstärkste Jahrgang 1964 a.k.a. Babyboomer (Website Deutschlandradio Kultur), als die Tatsache, dass wir auf eine Überalterung zusteuern, welche uns als Gesellschaft vor ganz neue Herausforderungen stellen wird. In den letzten Jahren dann, konnte man verstärkt die Bemühungen der Bundesregierung wahrnehmen, durch Anreize wie Elterngeld oder den rechtlichen Anspruch auf Kita-Plätze (vgl. Naegele 2008: 15), meine Generation bzw. die Generation über mir davon zu überzeugen, mindestens zwei Kinder in die Welt zu setzen. Diese „Erziehungsmaßnahme“ hat aber offensichtlich bei vielen meiner Schulkameraden (im übertragenen Sinne) keine Wirkung gezeigt. (vgl. Statistisches Bundesamt 2009: 23 - 28) Jede Elterngeneration wird nur zu etwa zwei Dritteln ersetzt und 40% der jetzt ge-

burtfähigen Jahrgänge werden kinderlos bleiben. Damit ist dieser Faktor die eigentliche „driven force“. (Naegele 2008: 15) Neben der bereits angesprochenen andauernden niedrigen Geburtenrate und damit einhergehenden wachsenden Kinderlosigkeit, wird davon ausgegangen, dass die Gesamtbevölkerung Deutschlands von derzeit 80,5 Millionen Einwohnern im Jahr 2012 (Website DESTATIS) auf 65 bzw. 70 Millionen im Jahr 2060 schrumpfen wird. (Statistisches Bundesamt 2009: 5) Man könnte dabei vermuten, dass mit einem Rückgang der Haushalte zu rechnen ist. Dem ist aber nicht so, da insbesondere auch bei älteren Menschen der Trend zunehmen wird kleinere Haushalte bzw. Einpersonenhaushalte zu führen. (Naegele 2008: 14) Eine weitere Hauptdeterminante ist die „Fortsetzung des globalen Trends zur Alterung der Gesellschaft“ (Naegele 2008: 14). Menschen werden immer älter werden. Mit jedem Geburtenjahrgang Deutschlands steigt auch dessen Lebenserwartung pro Jahr um 3 Monate. (Website Bundesministerium des Inneren) Experten sprechen hier von einem „dreifachen Altern der Bevölkerung“. Diese Faktoren sind:

Abb. 3: Formationen der Bevölkerungspyramide

Qu: DESTATIS 2009, Eigene Darstellung (vereinfacht)

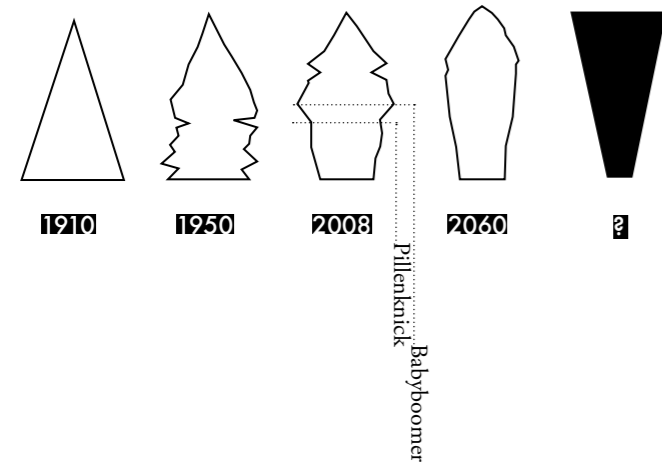


Abb. 4: Jahrgang 1964 a.k.a. Babyboomer

Qu: Website Noz



1. Zunahme der absoluten Zahlen älterer Menschen,
2. ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung und
3. überdurchschnittliche Zunahme des Phänomens der Hochaltrigkeit. (Naegele 2008: 14)

Ein weiterer Faktor ist eine „ethnisch-kulturelle Differenzierung“ des Alterns, auch unter dem Sammelbegriff „Altern in der Fremde“ zu fassen. So möchte die Hälfte der in Deutschland lebenden Türken über 55 (20% der türkisch abstammigen Bevölkerung) in Deutschland alt werden. (Naegele 2008: 14) Die anhaltende Kinderlosigkeit verweist auch auf folgende Problematik: aus dem Kontext betrachtet, dass Deutschland, aufgrund des akuten Rohstoffmangels stärker in Bildung und Humankapital investieren muss (vgl. Imkamp 10.10.2013), kann es beunruhigen, dass mit nur wenig Nachwuchs zu rechnen ist. Politik und Wirtschaft in Deutschland haben versäumt rechtzeitig familienfreundliche Maßnahmen (Krabbelgruppen, Ganztagschulen etc.) zu fördern. Länder, in denen solche Maßnahmen früher installiert und nicht wie hierzulande „negativ konnotiert“ wurden, weisen eine deutlich höhere Geburtenrate auf. (vgl. Naegele 2008: 15) Ohne Zweifel: Die Bevölkerungsstruktur Deutschlands wird sich ändern. Gerhard Naegele, Inhaber des Lehrstuhls für Soziale Gerontologie der Technischen Universität in Dortmund, fasst die Folgen (Trends) wie folgt zusammen (Naegele 2008: 17):

1. Die weiter sinkende Geburtenrate führt zu einem zahlenmäßigen Rückgang der Gesamtbevölkerung.
2. Es gibt bald mehr ältere als junge Menschen in Deutschland. 2050 wird es doppelt so viele über 65-Jährige als unter 20-Jährige geben.

3. Es folgt eine gleichzeitige Alterung und Abnahme der Bevölkerung im Erwerbsalter. Das Erwerbspersonenpotenzial wird zunehmend durch ältere Arbeitnehmer geprägt. Die Belegschaften altern.
4. Die Zahl der sehr alten Menschen wird drastisch ansteigen, damit verbunden der altersspezifische Hilfe- und Pflegebedarf.
5. Der Trend zur ethisch-kulturellen Differenzierung der Bevölkerung hält an.
6. Damit einher geht die Bedeutungszunahme des Phänomens des ‚Alterns in der Fremde‘. Die älteren Menschen mit Migrationshintergrund sind die am stärksten steigende Bevölkerungsgruppe unter den Älteren insgesamt.
7. Dies alles findet regional unterschiedlich statt. Besonders betroffen sind bereits die Ballungszentren, (...).

Für die Gesellschaft – also für uns – genauso wie für Politik und Wirtschaft „besteht die große Herausforderung der Zukunft darin, eine demografisch alternde Gesellschaft innovativ und leistungsfähig zu erhalten.“ (Höpflinger 2008: 31) Es gilt also nicht länger allein darauf zu setzen, dass mehr Kinder geboren werden, oder Unternehmen Fachkräfte aus anderen Ländern abwerben (auf dass diese dann als Folge der Abwanderung vor den gleichen Herausforderungen wie wir stehen), sondern die vorhandenen Altenpotenziale aktiv zu fördern. Dabei sollte nicht von einem Alten-Ideal ausgegangen werden, das sich auf eine Minderheit bezieht. Die Frage ist vielmehr, wie man die Potenziale aller Alten fördern kann – auch diese derer die in ihrer Mobilität und ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sind. Und vor allem: was könnte das räumliche Umfeld leisten, um die Potenziale zu fördern?

1.2. Ey Alter! Alter, ein heterogenes Phänomen

Älter ist länger. Alter ist heute sogar die längste Phase eines Menschenlebens. Länger als Kindheit und Jugend zusammen und länger als die mittleren Erwachsenenjahre. (Schenk 2008: 17) Alter ist anders. Jeder ist anders als jeder andere und das ändert sich auch im Alter nicht. Ebenso wie in den anderen Lebensphasen „verlaufen biologische, psychische und soziale Prozesse des Alterns von heute“ sehr differenziert ab. (Höpflinger 2008: 36) Jedes Alter ist anders. Angemerkt sei hier, dass man bei alten Menschen zwischen den verschiedenen Generationen unterscheiden muss: die „alten Alten“ (Jahrgänge zwischen und während der zwei Weltkriege) sind in einer anderen Zeit aufgewachsen, die bei vielen von Armut und Angst geprägt war und auf konservativen Werten basierte. Die „neuen Alten“ (Jahrgänge ab 1950) dagegen sind in einer Friedens- und Wohlstandsperiode aufgewachsen, die mit einer „raschen Auflösung traditioneller kultureller Werte konfrontiert“ wurden. (Höpflinger 2008: 32) Bei ihnen sind „Individualisierung, Pluralisierung und Dynamisierung der Lebensvorstellungen und Lebensverläufe“ immer deutlicher zu erkennen. (Höpflinger 2008: 35) Die Scheidungsrate bei langjährigen Paaren nimmt zu, immer mehr Menschen wechseln ihren Job auch wenn sie über 45 sind. Außerdem ist eine „verstärkte räumliche Mobilität“ wahrzunehmen. „Soziale Verhaltensweisen – wie Sport, Sexualität, Lernen usw. –, die früher nur jüngeren Erwachsenen zugetraut wurden, werden immer mehr als zentrale Voraussetzungen eines erfolgreichen Alterns definiert“ und auch das Konsumverhalten gleicht sich immer mehr dem der jüngeren Erwachsenen an. (Höpflinger 2008: 35)

Die späteren Lebensphasen befinden sich in einem „dreifachen Wandlungsprozess“, der sich erstens durch eine „rasche demografische Alterung“ ergibt. Zweitens haben die neuen Generationen der Alten andere Lebenshintergründe als

die Generationen vor ihnen und drittens entstehen daraus „neue Modelle und Formen des Alterns“. (Höpflinger 2008: 31)

Es ist ein neues Zeit_Alter angebrochen. Das Gesellschaftsbild von Menschen in der zweiten Lebenshälfte ändert sich allmählich – zumindest unter denjenigen die sich in diesen Phasen befinden. Die gängige Zweiteilung in die Erwerbstätigen auf der einen Seite und den Rentner auf der Anderen „entspricht nicht mehr der Realität, da die zweite Lebenshälfte verschiedene Lebensphasen umfasst.“ (Höpflinger 2008: 32) Der Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand wird vielfältiger und flexibler werden. (Schenk 2008: 20) 97 % der Generation 65+ sind eigenständig und führen ihren eigenen Haushalt. 2009 lebten in nahezu jedem dritten deutschen Haushalt Menschen ab 65 Jahren. Acht von zehn waren sogar reine Seniorenhaushalte. (Haustein/Mischke 2011: 17)

Heterogenität hört auch im Alter nicht auf. Wünsche, Einstellungen, Träume sind im Alter mindestens genauso unterschiedlich, wie in der Lebensphase davor. Bei der Suche nach Konzepten, um der bevorstehenden Überalterung der Gesellschaft in Deutschland Antworten zu geben, wird das oft vergessen.

In Deutschland sind immer mehr alte Menschen von Altersarmut betroffen. Heterogene Konzepte müssen auch alten Menschen gerecht werden, die finanziell und gesellschaftlich schlechter gestellt sind. Denn nur auf diese Weise können auch sie ihr Leben aktiv gestalten und aktiv bleiben. Neben Altersarmut ist auch Einsamkeit und soziale Isolation von alten Menschen ein brisantes Thema, das stärker in die planerische Diskussion mit einbezogen werden muss, um allen älteren Menschen gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten. Das gilt im aller besten Falle auch für Menschen mit Demenz und andere Menschen mit Beeinträchtigungen.

Abb. 5: Es wird Zeit_Alter



Qu.: Website Pinterest

Es wird Zeit_Alter

I.3. Chronisch dement

Demenz als Folge einer immer älter werdenden Gesellschaft

Demenz ist präsent. Es vergeht kaum eine Woche, in der nicht in irgendeiner Form von Demenz (Fachkräftemangel, Pflegereform, Ursachenforschung Alzheimer-Demenz, Medizin,...) berichtet wird. Warum das in den letzten Jahren zugenommen hat, liegt im wesentlichen an zwei Gründen: Erstens, wie bereits erläutert, die steigende Überalterung und der damit zusammenhängende Anstieg von Menschen die an Demenz leiden. Und zweitens das allmählich wachsende (und notwendigen) Interesse der Öffentlichkeit gegenüber einem Thema, das lange tabuisiert wurde. (Website Spiegel) Prominente Betroffene wie Ronald Reagan, Walter Jens, oder Rudi Assauer und ihre Angehörigen haben dabei einen großen Anteil geleistet.

Der Begriff „Demenz“ ist aus dem lateinischen abzuleiten und bedeutet wörtlich **weg vom Geist** bzw. **ohne Geist**. Es beschreibt das wesentliche Merkmal einer Demenzerkrankung: der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 7)

In den letzten Jahren hat sich Demenz zu einer Volkskrankheit entwickelt, was von manchen „als Tribut für eine höhere Lebenserwartung gesehen“ wird. (Medebach 2011: 1) Wesentlicher Implikator für die vermehrte Erkrankung an Demenz ist tatsächlich der eigentlich glückliche Umstand, dass wir immer älter werden. Denn mit dem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken kontinuierlich an: ist bei den 60-Jährigen nur jeder Hundertste betroffen, so ist es bei den 80-Jährigen jeder Zehnte und bei den Menschen über 90 sogar jeder Dritte. (Kurz 2013: 5)

In Deutschland leben derzeit ungefähr 1,4 Millionen Menschen mit Demenz. Jährlich erkranken etwa 300.000 Menschen neu. (Website Allianz für Demenz) Das Bundesministerium geht davon aus, dass sich die Zahl der Menschen mit Demenz bis zum Jahr 2030 auf etwa 2,2 Millionen

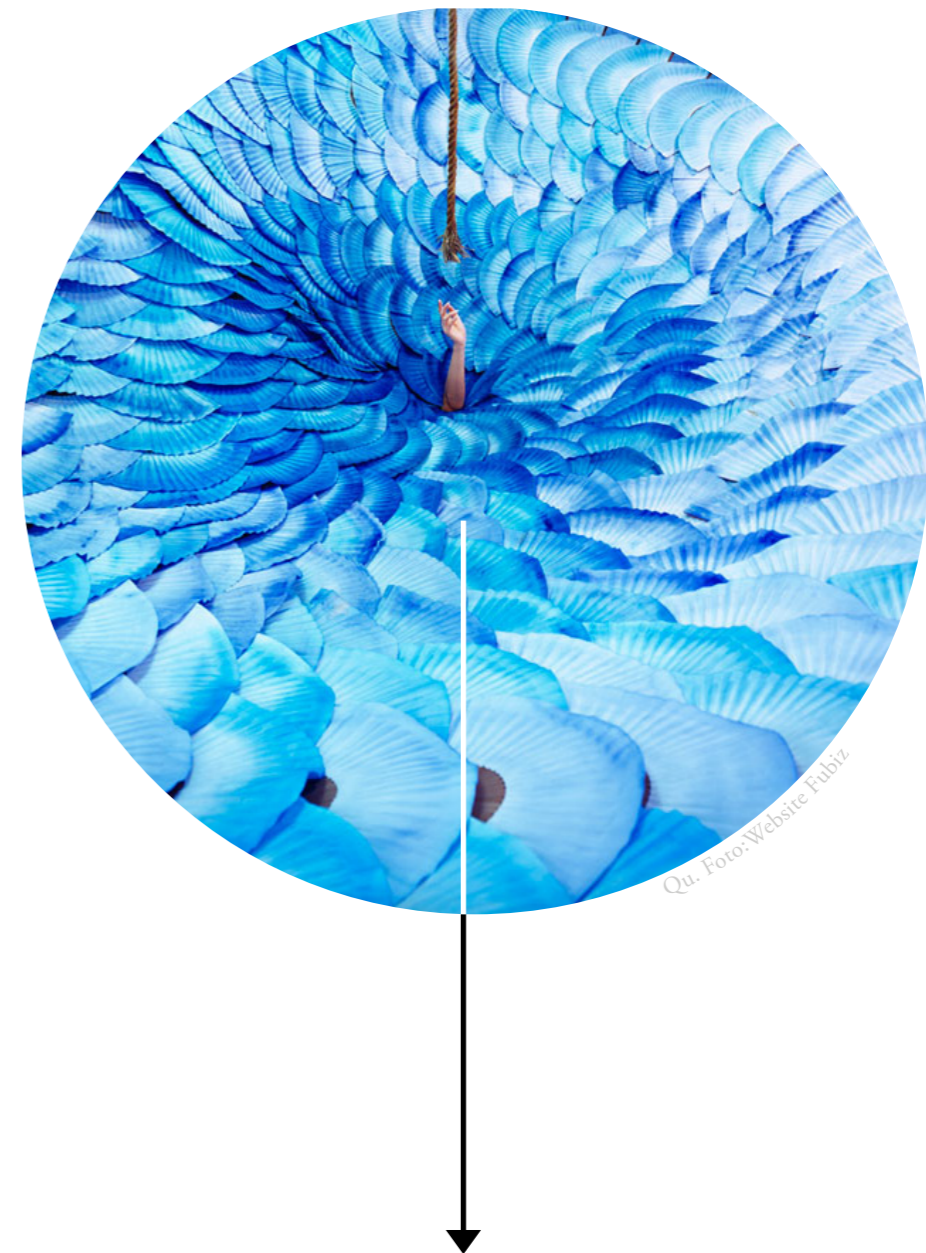
erhöhen könnte (Website Bundesministerium für Gesundheit) – soweit bis dahin nicht ein Heilmittel gefunden wurde. Demenz betrifft nicht nur Deutschland. Momentan leben weltweit ca. 35,6 Millionen Menschen mit Demenz. (Website TAZ) Im Dezember 2013 haben sich die G8-Staaten in London getroffen, um sich das erste Mal ausschließlich dem Thema Demenz zu widmen. In der Abschlusserklärung verpflichteten sich die Staaten bis 2025 „ein wirksames Medikament zur Heilung von Demenz zu entwickeln oder zumindest ein Arzneimittel, das die Symptome wirksam lindert.“ (Website TAZ)

Demenz ist präsent, aber nicht plausibel. Bis jetzt weiß man relativ wenig über die Ursachen der Krankheit. Es bleibt zu hoffen, dass Forschergruppen bald einen Durchbruch in Prävention und Therapie von Demenz melden können.

Bis das soweit ist (oder auch nicht) müssen wir als Gesellschaft neue Wege gehen, um Menschen mit Demenz Möglichkeiten zu schaffen, ein Leben zu leben, das ihnen so lange wie möglich, eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zuspricht. Denn die „Lebensqualität Betroffener hängt entscheidend davon ab, wie sich die Gesellschaft ihnen gegenüber verhält.“ (Website TAZ) Der Weg kann nicht zielgerichtet ins Pflegeheim gehen, indem man davon ausgeht, dass ein Mensch, dessen kognitive Fähigkeiten (Fähigkeiten, Informationen zu verarbeiten) und logische Denkprozesse immer mehr eingeschränkt sind, nicht in der Gesellschaft leben kann. Um neue Wege zu finden, sollte man untersuchen welche Bedürfnisse Menschen mit Demenz haben und was sie zur Gesellschaft beitragen können.

Dabei geht es nicht allein darum seine ethische Grundhaltung gegenüber alten und dementen Menschen zu überdenken und Empathie zu üben. Ein Blickrichtungswechsel à la „was kann ich von alten und dementen Menschen lernen?“ würde der Debatte um Demenz nur zu Gute kommen.

Abb. 6: Demenz



Qu. Foto: Website Fubiz

*Demenz (aus dem lat. demens)
„weg vom Geist“ / „ohne Geist“*

I.4. Alles alt, alles schlecht

?

Altenpotenziale universal gestalten und fördern

Wir werden alt, wann auch immer das eintreten wird, und wie auch immer das aussehen wird. Aber ab einem gewissen Punkt wird es nicht mehr so sein wie es einmal war.

Alt sein wird sich wandeln – hoffentlich zum Guten. Damit es gut altern kann, müssen sich einige Rahmenbedingungen ändern bzw. anpassen. Das haben auch Politik und Wirtschaft in Deutschland erkannt. (vgl. Infobroschüre „Eine neue Kultur des Alterns, Altersbilder in der Gesellschaft, Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts“).

Zunächst einmal sollte sich das Bewusstsein der Jungen, aber auch das der Alten ändern. Wenn alte Menschen denken sie seien eine Last, dann sind sie auch eine. Sie denken das, wenn sie mit Situationen konfrontiert werden, in denen es beispielsweise eine Last ist, eine Fahrkarte am DB-Automaten zu ziehen. Gesellschaftliche Teilhabe und individuelle Entwicklung hängen immer mehr von den technischen Kompetenzen des Nutzers ab. Für ältere Menschen müssen deshalb Wege entwickelt werden, die es ihnen ermöglichen neue Medientechnologien zu bedienen und die Nutzungsgraddauer neuer Medien zu erhöhen. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010: 14) Natürlich setzt das auch voraus, dass sich ältere Menschen mit der digitalen Welt stetig auseinandersetzen und ihre Medienkompetenzen schulen.

Vielerorts ist es aber auch eine Last, Stufen zu überwinden und sich zu orientieren. Für eine leichte Erschließung von Gebäuden und Räumen, sowie eine gute Orientierung im Verkehr und öffentlichen Bauten, muss sich zunächst einmal das Bewusstsein ändern, und dann die Konzept- und Entwurfspraxis von Bauherrn, Architekten, Innenarchitekten, Designern, Städten und Kommunen. Ist ein Gebäude für Menschen mit Einschränkungen (alt, dement, behindert, schwanger, ...) – barrierefrei – erschließbar, hat gute Gestaltung nicht

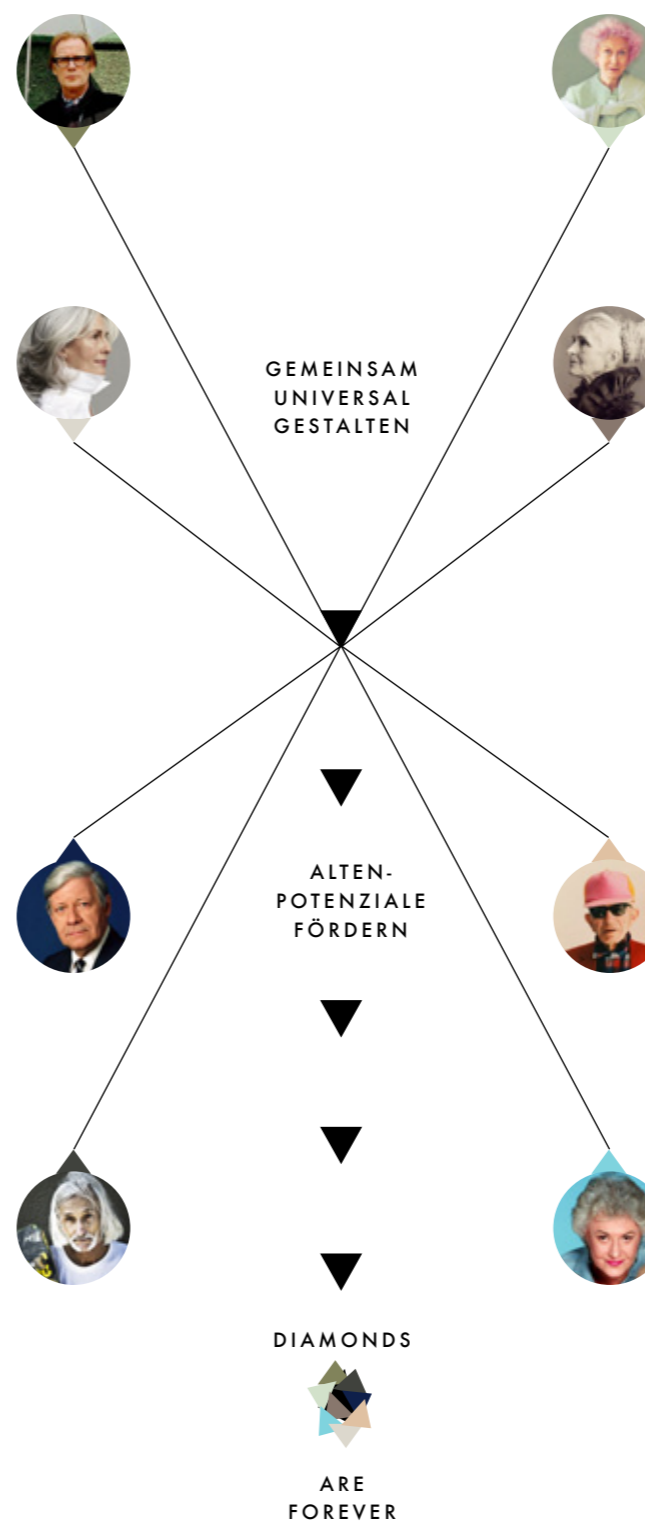
nur einen visuellen Effekt, sondern auch und vor allem einen funktionalen. Ist ein älterer Mensch im Stande den Fahrkartenautomat zu bedienen, dann ist das ein Junger mit ziemlicher Sicherheit auch. Andersrum eher weniger. Man spricht dann von „Universal Design“. Ein Gestaltungsansatz, der auf die Intuition des Nutzers setzt und physische Einschränkungen einbezieht, genauso wie mögliche psychische.

Alte Menschen sind volle Mitglieder der Gesellschaft. Es geht darum negative Altersbilder zu revidieren und ältere Menschen aufzufordern sich aktiv einzubringen. Alter/n braucht eine neue Herangehensweise. Dabei ist nicht nur die Aufgabe sich auf die Fürsorge- und Hilfsbedürftigkeit zu konzentrieren. Vielmehr sollte sich der Blick auf Potenziale weiten, die Altern mit sich bringt und Wege geschaffen werden, diese Kompetenzen zu fördern. Ältere Menschen haben einen Trumpf, den auch die Arbeitswelt mehr und mehr erkennt: sie verfügen über implizites Wissen. Wissen, das ein Mensch im Laufe seines Lebens durch Erfahrung gesammelt hat. Wissen, das in keinen Lehrbüchern steht. Dieser Erfahrungsschatz ist wertvoll. (vgl. Naegele 2008: 25) Auch die Bundesregierung hat, nicht nur aus der demografischen Not heraus, erkannt, Maßnahmen zu fördern, welche „Aktivitäten (..) erhalten und Aktivitätspotenziale (..) entfalten.“ (Website Bundesregierung, Demografiestrategie der Bundesregierung)

Ältere Menschen haben keine einheitlichen Vorstellungen davon, wie sie ihren Lebensabend gestalten wollen. Auch haben sie dafür nicht die gleichen Mittel. Lebensstile und Vorlieben sind differenzierter als je zuvor (Ries 2012: 9) und fordern somit differenzierte Konzepte!

Der demografische Wandel, dessen Hauptdeterminante die steigende Lebenserwartung ist, kann dem Individuum und der Gesellschaft neue Perspektiven eröffnen, wenn man diese als Gestal-

Abb. 7: Diamonds are forever



Qu. Fotos (von li. ob., nach re. un.): (1) Website Artistic Drama, (2) Website Pinterest, (3) Website Pinterest, (4) Website Pinterest, (5) Website Laut gegen Nazis, (6) Website Pinterest, (7) Website Gill out, (8) Website The blue review

tungsaufgabe versteht.

„Solidarität muss über die Familiengrenzen hinaus gehen.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010: 16) Es ist Aufgabe aller Generationen gemeinsam die Herausforderungen anzunehmen. Junge Menschen sollten dabei alte Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen nicht benachteiligen. Ebenso sollten kulturelle Unterschiede auch im Alter berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite müssen sich ältere Menschen der Gesellschaft öffnen und bereit sein, Hilfe anzunehmen, wenn sie diese denn brauchen.

Neues Wohnen braucht das Alter. Die demografische Alterung wird nicht nur Konsequenzen für „das gesamte Sozialsystem haben, (...) sondern auch auf den Wohnungsmarkt.“ (Huber 2012: 916) Dabei besteht die Aufgabe nicht nur darin, altersgerechten Wohnraum zu schaffen und Bestand barrierefrei umzubauen. Viel mehr geht es darum Lebensräume zu generieren, die sich an das Alter an die individuellen Bedürfnisse anpassen lassen. Der Blickwinkel muss sich dabei auch auf den Städtebau richten, denn Netzwerke jeglicher Art stellen eine soziale Einbindung und quartiersbezogene Versorgungsstrukturen sicher. Alleinstehenden Menschen muss es genauso möglich sein eigenständig zu leben – in mitten der Gesellschaft und nicht zwangsläufig in einem isolierten Pflegeheim. Menschen mit Demenz sollte es durch eine neue Zusammengehörigkeit ermöglicht werden, möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu leben. Altern und Demenz ist Herausforderung und Chance zugleich, sowohl unser Gesellschaftsbild, wie auch unsere Gestaltungsprinzipien neu zu überdenken. Es geht nicht darum eine allgemeingültige Antwort zu finden, wie Wohnen für alte und explizit demenzielle Menschen auszusehen hat. „DIN18025“ bzw. „DIN18040“, „altersgerecht“ und „barrierefrei“

Abb. 8: Bedürfnisträger: Mensch mit Demenz



Qu.: Website Konfetti im Kopf, Michael Hagedorn

Bedürfnisträger: Mensch mit Demenz

sagen nicht viel über die biologischen, physiologischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse eines alten bzw. demenziellen Menschen aus. Ein Mensch ohne Demenz kann im besten Falle seine Bedürfnisse äußern – wenn man ihn danach fragt. Ein Mensch mit Demenz kann in der Regel im fortgeschrittenen Stadium seine Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr verbal ausdrücken – er hat es verlernt. Es liegt also an uns als Gestalter zu fragen, welche Bedürfnisse ein Mensch mit Demenz hat.

„Um das Verhalten von Demenzkranken besser zu verstehen, ihre Wohnumwelten passgenauer auf ihre Bedürfnisse zuzuschneiden und das selbstständige Wohnen zu unterstützen, bedarf es vor allem der Kenntnis über die Auswirkungen der Räume und Wohnwelten auf ihr komplexes Erleben und Handeln. Mit diesem Wissen stehen wir jedoch erst am Anfang.“ (Myllymäki-Neuhoff 2009: 31)

Dieses Zitat der Erziehungswissenschaftlerin und Gerontologin Johanna Myllymäki-Neuhoff betont den Einfluss der räumlichen Umgebung auf Empfinden, Wahrnehmung und „komplexes Erleben und Handeln“ eines Menschen mit Demenz. Die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverlauf der Alzheimer-Demenz, Gespräche mit Experten aus Bereich Pflege, soziale Arbeit und Architektur, sowie Besuche auf Fachmessen zum Thema Pflege (Altenpflege Messe in Hannover / Pflege und Reha Messe in Stuttgart) haben mich zur Überzeugung kommen lassen, dass altersgerechte Gestaltung noch großen Gestaltungsbedarf hat. Das wesentliche Problem ist, dass Lösungsansätze generell mit folgender Grundhaltung gestaltet werden: Was ein alter Mensch (mit/oder ohne Demenz) nicht mehr kann und nicht: Was ein Mensch (mit/oder ohne Demenz) noch kann oder besser; was er braucht, damit er

bestimmte Dinge wieder kann.

Menschen mit Demenz handeln nicht lösungseffizient. Denn zum Lösen von Problemen muss man in der Lage sein rational zu denken und zu reflektieren. Zu beiden sind die Betroffenen nicht mehr im Stande. Menschen mit Demenz handeln, soviel steht fest, aus dem Bauch heraus, intuitiv. (vgl. Schröder 06.05.2014) Sie lassen sich, ähnlich wie Kinder, von schönen Dingen leiten und freuen sie sich über bunte, glitzernde Gegenstände – nur sind sie keine Kinder!

Ich bin der Auffassung, dass ein Gestalter, sei es ein Innenarchitekt, Architekt oder Produktdesigner (...), immer erst zusammentragen sollte, wer der/die Nutzer ist/sind, was der/die kann/können und was der/diejenige braucht/brauchen, bevor er Gestaltungsansätze generiert. Um zu fragen, wer jemand ist, muss man dessen Biografie kennen (Biografiearbeit). Um zu fragen, was derjenige kann, muss man auch seine Biografie kennen, genauso wenn man wissen will, was derjenige braucht, also welche Bedürfnisse er hat. Bedürfnisse sind aber nicht nur mit der individuellen Biografie verknüpft. Es gibt Bedürfnisse die jeder Mensch hat. Doch welche Bedürfnisse hat ein Mensch mit Demenz? Was braucht er um seine Bedürfnisse zu befriedigen? Und wie können Umwelt und Räume auf diese reagieren bzw. mit diesen kooperieren?

Bevor es auf eine Antwortsuche geht, widmet sich der zweite Teil dieser Arbeit Ursache, Arten und Verlauf der Demenz, um zu verstehen, was hinter einen Begriff steht, den viele nur mit „alt“, „verwirrt“ und „krank“ assoziieren.



II.

Demenz

ERLÄUTERUNG UND
VERLAUF VON DEMENZ
UND DIE AUSWIRKUNGEN
AUF SENSORIK UND MOTORIK

II. Demenz: Verlauf und Auswirkungen

Abb. 10: Risikofaktor Alter: Anteil an Demenz Erkrankter

Qu: Alzheimer Gesellschaft (Eigene Darstellung)

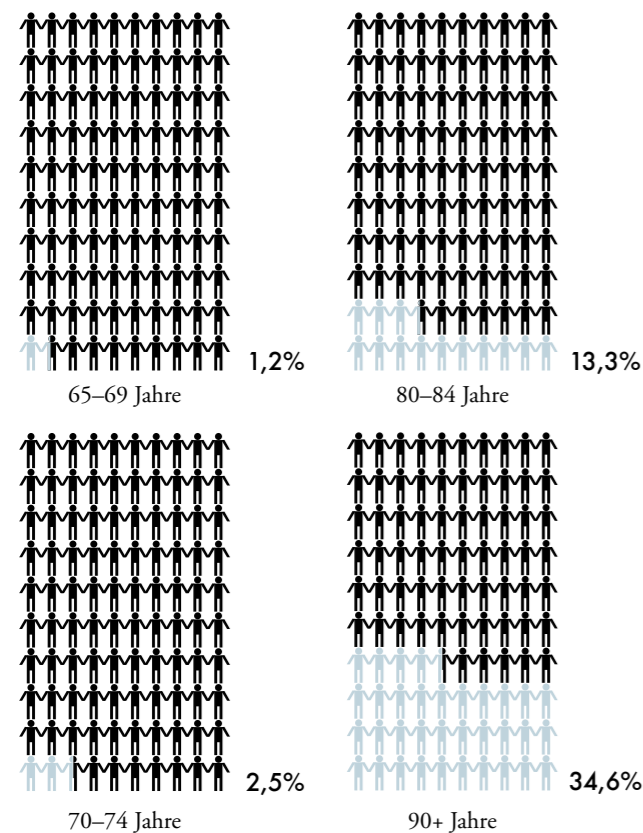
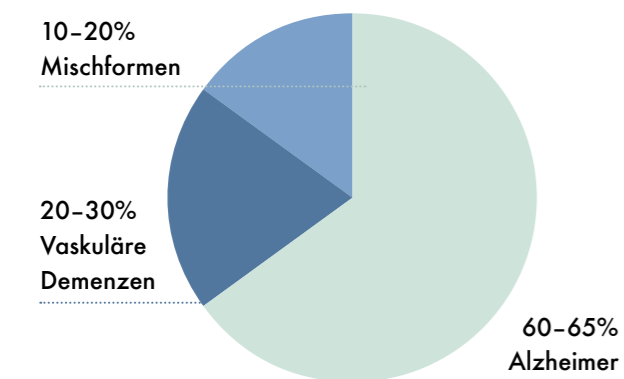


Abb. 11: Demenzformen

Qu: Bundesministerium für Gesundheit (Eigene Darstellung)



Alter und Demenz sind zwei Begriffe, die unmittelbar miteinander in Verbindung stehen, denn das Risiko, an einer Demenz zu erkranken steigt, mit dem fortschreitendem Alter an (vgl. Abb. 10). Demenz ist eigentlich ein Sammelbegriff für mehrere Erkrankungen des Gehirns. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 26) Die am häufigsten auftretende Demenzform ist der Alzheimer-Typ (vgl. Abb. 11). (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8)

Demenz ist eine schwerwiegende Hirnveränderung, die zu einem deutlichen Verlust geistiger Fähigkeiten führt und damit „zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung.“ (vgl. Eschweiler 12.03.2014)

Am Anfang einer Demenz kommt es zu immer häufigeren Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, im weiteren Verlauf gehen auch bereits eingetragene Inhalte des Langzeitgedächtnisses verloren. Durch diese Prozesse verliert der Betroffene nach und nach die erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 7) Dadurch wird eine normale Interaktion mit der Umwelt immer schwieriger und das „Verhalten weicht immer stärker von früheren Mustern ab.“ (Richter 2003: 6) Der Betroffene wirkt auf sein Umfeld zunehmend unverständlich bzw. verwirrt und verhält sich in bestimmten Situationen „unangemessen“. Damit geht Demenz weit über eine bloße Gedächtnisstörung hinaus: „Sie erschüttert das ganze Sein des Menschen – seine Wahrnehmung, sein Verhalten und sein Erleben.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 7)

Da die Persönlichkeit und die Biografie des Betroffenen eine wesentliche Rolle für den Verlauf und die Symptomatik spielt, gibt es kein allgemein gültiges Krankheitsbild. (Richter 2003: 7) Demenz ist ein Phänomen, dessen Ursachen noch weitgehend unbekannt und Verläufe so differenziert sein können wie der Betroffene selber.

II.1.

Demenzformen

Es gibt unterschiedliche Formen einer demenziellen Erkrankung. Demenz ist „ein Muster von Symptomen, das eine unterschiedliche Gestalt und Ausprägung haben kann.“ (Kurz 2013: 5) Alzheimer-Demenz ist die häufigste, aber nicht die einzige Ursache einer Demenz. (Kurz 2013: 12) „Demenzerkrankungen können bis zu 100 verschiedene Ursachen haben.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8) Grundsätzlich wird zwischen primären und sekundären Demenzformen unterschieden. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8) 90% der Demenzen sind primäre und verlaufen im Gegensatz zu den sekundären unumkehrbar (irreversibel). Sekundäre Demenzen sind meist Folgeerscheinungen von Grunderkrankungen wie Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangel und chronische Vergiftungserscheinungen durch Drogenmissbrauch oder Medikamente und in der Regel behandelbar und zum Teil auch heilbar. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 7) Aus diesem Grund ist eine Abgrenzung der Demenzform bei der Diagnosestellung so wichtig.

II.1.a) Alzheimer Demenz

Die Demenz der Alzheimer-Typs ist mit 60–65% die häufigste irreversible Demenzform. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8) Der Name stammt von Alois Alzheimer, der um 1900 die Krankheit anhand der typischen Symptome seiner Patientin Auguste D. entdeckte und dokumentierte. (vgl. Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 47)

Alzheimer-Demenz ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns, bei der die Nervenzellen und Synapsen langsam fortschreitend untergehen. Das Absterben betrifft vor allem die „Abschnitte des Gehirns, die für das Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und Orientierungsfähigkeit wichtig sind.“ (Kurz 2013: 6) Dieser Prozess verläuft bei

jedem Menschen differenziert.

Für den Untergang der Nervenzellen sind fehlerhafte Stoffwechselforgänge verantwortlich. Dabei werden Eiweißbestandteile der Nervenzellhüllen durch ein „Vorläufer-Eiweiß aber auch durch zwei andere Enzyme (...) gespalten. Dadurch entsteht ein Bruchstück, das sich zu unlöslichen, für die Nervenzellen schädlichen, Fäserchen zusammenlagert. Sie verklumpen in der Folge zu größeren Ablagerungen [Beta-Amyloide].“ (Kurz 2013: 6) Haben sich diese sogenannten Plaques einmal gebildet, können diese nur noch schwer abgebaut werden. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 48) Bestehend aus Fäserchen und Ablagerungen wirken die Beta-Amyloid-Eiweißfragmente auf die Nervenzellen und Synapsen und energieproduzierende Zellorganellen (Mitochondrien) wie Giftstoffe. (Kurz 2013: 6)

Als zweite Auffälligkeit rufen diese auf noch nicht genau erforschte Weise Veränderungen im Inneren der Nervenzellen hervor. (Kurz 2013: 7) Dabei werden die sogenannten „Tau-Proteine“ (Eiweißstoffe) umgebaut. „Dadurch kann es sich nicht mehr an die Transportstrukturen anheften und verliert seine normale Stützfunktion.“ (Kurz 2013: 7) Gleichzeitig verkleben diese zu Faserknäueln (Neurofibrillenbündel), welche nach und nach die Nervenzellen in Teilen der Hirnrinde ausfüllen und ihre Funktion dabei derart stören, dass diese schließlich zugrunde gehen. (vgl. Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 49) Durch den Zelluntergang kommt es zum Ausfall von Überträgerstoffen, die für die Informationsverarbeitung im Gehirn verantwortlich sind. (Kurz 2013: 7)

Die Ursachen einer Demenz des Alzheimer-Typs sind bisher noch weitgehend unerforscht. Bei der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um ein Zufallsmuster. Fehler in der Erbinformation, die zu einer Alzheimer-Demenz führen, sind sehr selten. (vgl. Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 49)

Das Alter bleibt der wichtigste Risikofaktor. Negative Lebensereignisse oder Umweltgifte haben keinen nachgewiesenen Einfluss auf die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Alzheimer-Demenz. Jedoch besteht bei Personen „mit geringer Schulbildung, niedriger beruflicher Qualifikation sowie lebenslang geringer geistiger, sozialer oder körperlicher Aktivität“ ein erhöhtes Risiko im Alter an Alzheimer zu erkranken. (Kurz 2013: 8)

II.1.b) Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz ist die zweithäufigste Demenzform, bei der es meist infolge von Durchblutungsstörungen des Gehirns zum Absterben des Nervengewebes kommt. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 12)

Die Symptome sind ähnlich zu denen einer Alzheimer-Demenz und setzen oft nach wiederholten, häufig unbemerkten, kleinen Schlaganfällen ein, welche eine Unterbrechung der Durchblutung verschiedener Gehirnareale zur Folge haben. (vgl. Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 33) Sie wird daher auch als „Multi-Infarkt-Demenz“ bezeichnet. (Kurz 2013: 13)

Als Hauptursachen werden Faktoren genannt, „die generell das Risiko von Gefäßerkrankungen erhöhen“. Das sind zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Diabetis mellitus, chronischer Alkoholmissbrauch oder Rauchen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 12)

Mischformen sind in den meisten Fällen Demenzerkrankungen, welche die Symptome und Verlaufsform von Alzheimer aufweisen, „bei denen aber darüber hinaus Veränderungen der Hirngefäße nachzuweisen sind.“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 36) Es kommt also zu einer Kombination aus Alzheimer und einer vaskulären Demenz.

II.1.c) Mischformen

Des Weiteren gibt es noch eine große Zahl von Krankheiten, „die als Ursache einer Demenz in Frage kommen.“ (Kurz 2013: 12) Dazu gehören u.a. Creutzfeldt-Jakob, Frontotemporale lobäre Degeneration (Morbus Pick), Parkinson und Lewy-Körperchen-Demenz.

Die Symptome einer Depression ähneln oft die einer Demenz. Depressionen können die geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, zu Konzentrations-, Gedächtnis- und Denkstörungen führen. Auch anhaltende Antriebslosigkeit, ein Anzeichen einer Demenz, können ebenso auf eine Depression hinweisen. (vgl. Eschweiler 12.03.2014) Auf Grund der sich ähnelnden Symptome ist bei der Diagnosestellung umso wichtiger eine Depression ausschließen zu können. Dafür ist es notwendig, den Patienten über einen längeren Zeitraum (mindestens sechs Monate) zu beobachten, denn es kann sein, dass sich die depressive Verstimmung verbessert hat und die Symptome abgeflacht sind. Eine Diagnose von Demenz kann folglich nur über eine Zeitspanne von mehreren Monaten erfolgen (Abb. 12). (vgl. Eschweiler 12.03.2014)

Abb. 12: Symptome Demenz

Qu: Barry Reisberg (Eigene Darstellung)

SYMPTOME DEMENZ

Gedächtnisstörungen	Verhaltensveränderungen
Namen vergessen	unruhig
Dinge verlegen	aggressiv
gestörte Orientierung	misstrauisch
gestörtes Zeitgefühl	depressiv
Sprachstörungen	gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
Angehörige und Freunde werden nicht mehr erkannt	Sinnestäuschungen
	Halluzinationen

II.2. Symptome und Verlauf der Alzheimer-Demenz

Es gibt verschiedene Definitionen, die den Verlauf der Alzheimer-Demenz beschreiben. Generell wird aber zwischen drei Stadien unterschieden. Diese Definitionen dienen dazu die Symptome und Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz besser zu verstehen. Aber auch wie in vielen anderen Bereichen gibt es Definitionen, Haltungen und Meinungen, die voneinander abweichen. Da es bei den Symptomen der Alzheimer-Demenz nicht nur um körperliche geht, sondern in erster Linie um kognitive, die das Wesen der Betroffenen verändern, sind sie so schwer „kategorisierbar“. Dadurch, dass man noch so wenig über die Ursachen weiß oder wie es in einem Menschen im fortgeschrittenen Stadium eigentlich aussieht, gibt es keine einheitliche Definition. Allen Ansichten kann dieses Kapitel nicht gerecht werden. Im Folgenden werden die Stadien zusammengefasst wiedergegeben. Als Basis dienen in erster Linie Erläuterungen aus der Medizin.

Der Untergang der Nervenzellen beginnt viele Jahre „bevor die ersten Symptome einer Demenz einsetzen“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 87) in einem eng begrenzten Bereich des mittleren Schläfenlappens. (Kurz 2013: 9) Mit der Zeit weitet sich der Krankheitsprozess im Temporallappen weiter aus, greift den Hippokampus an, was sich in ersten Gedächtnisstörungen bemerkbar macht. Bei einem „ausgedehnten Befall der Hirnrinde (...) entsteht [schließlich] der Zustand der Demenz.“ (Kurz 2013: 9) Der Verlauf und die Geschwindigkeit verläuft von Patienten zu Patienten sehr unterschiedlich. Man sagt, dass Alzheimer umso schneller verläuft, je früher sie im Leben auftritt. (Kurz 2013: 9) Im Schnitt dauert die Alzheimer-Demenz von den ersten Symptomen bis zum Tod sieben Jahre. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8) Es kann aber auch deutliche Abweichungen geben. (vgl. Eschweiler 12.03.2014)

II.2.a) Die drei Stadien der Demenz

Charakteristisch für den Verlauf der Alzheimer-Demenz ist ihr „schleichender, nahezu unmerklicher Beginn“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8). In dem ersten Stadium, welches auch als „leichte kognitive Störung“ bezeichnet wird, treten erste Gedächtnisstörungen auf, welche in erster Linie die Speicherung und den Abruf von (neuen) Informationen betreffen, sowie Stimmungsschwankungen und abnehmende Reaktionsfähigkeit. (vgl. Kurz 2013: 9)

Die Erkrankten benützen kürzere Sätze und einfachere Worte oder brechen mitten im Satz ab und haben Schwierigkeiten ihre Gedanken zu Ende zu bringen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8) So wird zum Beispiel anstelle von „Kannst du mir bitte die Schere geben“ gesagt: „Kannst du mir bitte das Ding zum schneiden geben“. Außerdem treten vermehrt zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen auf. Die Funktionsfähigkeit im Alltag ist aber noch nicht beeinträchtigt. (Kurz 2013: 9)

In dieser Anfangsphase nimmt der Betroffene die Veränderungen, die in ihm vorgehen, bewusst wahr. Es baut sich ein großer Leidensdruck für den Betroffenen und die Angehörigen auf. Aufgrund der Gedächtnislücken geraten die Erkrankten oft völlig durcheinander und fühlen sich dadurch gedemütigt und beschämt. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 24) Als Reaktion darauf ziehen sich viele immer mehr zurück, verschließen sich zunehmend Neuen und Veränderungen.

„Der Übergang zur Demenz ist fließend“. Kommt es zum Auftreten von Problemen bei einfachen Alltagsverrichtungen, spricht man vom ersten der drei definierten Stadien der Alzheimer-Demenz:

3 STADIEN – Leichtgradige Demenz
 Mittelschwere Demenz
 Schwere Demenz

Abb. 13: Stadien der Alzheimer-Demenz

Qu: Barry Reisberg (Eigene Darstellung)

STADIEN ALZHEIMER-DEMENTZ

Grad	Stadium	Symptome
leicht	1	Unauffällig
	2	Subjektive Gedächtnisstörungen (die nur der Betroffene bemerkt)
	3	Leistungsdefizit bei anspruchsvoller Arbeit
	4	Hilfe bei komplexen Aufgaben nötig
	5	Hilfe bei Wahl der Kleidung nötig
mittel-schwer	6	Hilfe beim Ankleiden nötig Hilfe bei Körperhygiene nötig Hilfe beim Gang zur Toilette nötig Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
	7	Wortschatz auf 6 Wörter reduziert Wortschatz auf 1 Wort reduziert Fortbewegung unmöglich Sitzen unmöglich Lächeln unmöglich Kopf aufrecht halten unmöglich

Jedes Stadium dauert durchschnittlich drei Jahre lang an. (Kurz 2013: 10)

Im Stadium der leichtgradigen Demenz fällt es dem Betroffenen zunehmend schwerer neue Informationen zu speichern oder abzurufen (vgl. Abb. 13). Inhalte von Gesprächen oder Mitteilungen aus der Zeitung und Fernsehen können nicht mehr gemerkt werden. An kurz zurückliegende Ereignisse kann sich nur brückerhaft erinnert werden, Gegenstände werden verlegt, Verabredungen vergessen. Außerdem ist das planerische und organisatorische Denken zunehmend gestört. (Kurz 2013: 10)

Das Urteilsvermögen und die Entscheidungsfähigkeit sind eingeschränkt, aber nicht komplett aufgehoben. Alltagsaufgaben können weitgehend selbständig durchgeführt werden. Bei komplizierten Tätigkeiten (Geldgeschäfte, Steuer),

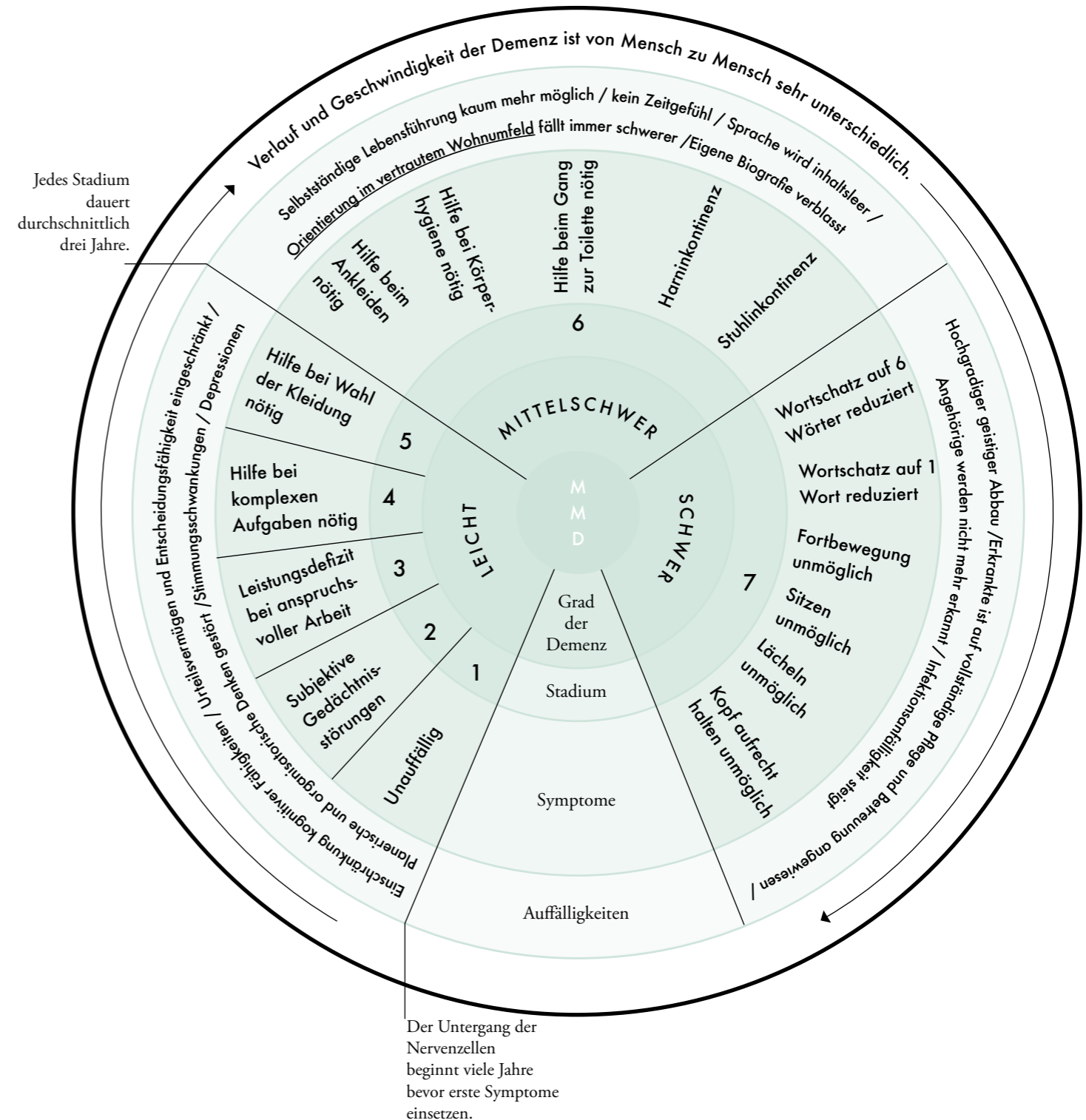
sind Erkrankte aber auf Hilfe angewiesen. Bei vielen Menschen mit Alzheimer-Demenz sind Antriebsmangel, starke Stimmungsschwankungen oder depressive Zustände häufig. (Kurz 2013: 11)

Bei der mittelschweren Demenz ist eine abnehmende Fähigkeit bei der Bewältigung der Alltagsaufgaben festzustellen, „der eine selbstständige Lebensführung nicht mehr zulässt“. Einfache Aufgaben wie Einkaufen, Kochen, Körperpflege, Kleiderwahl beanspruchen zunehmend Unterstützung anderer Menschen. (Kurz 2013: 11)

Das Zeitgefühl verliert sich allmählich ganz, Orientierung im vertrauten Wohnumfeld fällt immer schwerer. Die Sprache wird inhaltsleer, die Aussprache undeutlich. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 10) Der Erkrankte kann nur noch einfache, kurze Mitteilungen aufnehmen. Die eigene Biografie verblasst und die Wahrnehmung der eigenen Krankheit geht verloren. Der Betroffene erkennt manchmal Angehörige nicht mehr und lebt zeitweise in der Vergangenheit. Verstorbene sind wieder lebendig, der Alzheimer-Patient befindet sich im besten Erwachsenenalter. Es kann vorkommen, dass er vor seinem eigenen Spiegelbild erschrickt.

Im Spätstadium, der schweren Demenz „besteht ein hochgradiger geistiger Abbau“, der Erkrankte ist vollkommen auf Pflege und Betreuung von anderen Menschen angewiesen. (Kurz 2013: 12) Angehörige werden nicht mehr erkannt und die Sprache beschränkt sich auf wenige Wörter. Körperliche Symptome wie Gehschwäche und Schluckstörungen treten auf. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 10) Viele sind auf einen Rollstuhl angewiesen oder werden bettlägerig. Die Infektionsanfälligkeit steigt. „Die Alzheimer-Krankheit selbst führt nicht zum Tod. Die häufigste Todesursache ist eine Lungenentzündung.“ (Kurz 2013: 12)

Symptome und Verlauf einer Alzheimer-Demenz



II.2.b) Besondere Verhaltensweisen

Demenz ist weitaus mehr als der Verlust der geistigen Fähigkeiten. Sie beeinträchtigt das Verhalten, die Wahrnehmung und Erleben des Betroffenen – „das gesamte Sein des Menschen“. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 23)

Es gibt typische Verhaltensweisen demenzieller Menschen, auch Sekundärsymptome genannt, die auf ihr Umfeld zunächst irritierend wirken können. Setzt man sich aber mit den Ursachen für ein solches Verhalten auseinander, so ist es in der Regel durchaus verständlich. Der Betroffene ist durch den Verlust von Gedächtnis und Erinnerungsvermögen nicht mehr im Stande, logische Verknüpfungen herzustellen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 30) Im Umgang mit demjenigen ist es daher sehr wichtig, sich immer wieder in die Lage des Betroffenen zu setzen und Auslöser für bestimmte Verhaltensweisen zu erkennen und gegebenenfalls zu beseitigen. (Kurz 2013:28) Mit dem Fortschreiten der Krankheit, entstehen im Gedächtnis des Betroffenen immer mehr Lücken. Darunter leidet nicht nur das Kurz- und Langzeitgedächtnis, sondern auch die Urteilsfähigkeit und das Denkvermögen. Es fällt immer schwerer neue Informationen und Eindrücke zu ordnen oder zu bewerten, Entscheidungen zu treffen und Schlussfolgerungen zu lösen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 26)

Im Folgenden werden besondere (herausfordernde) Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz erläutert. Manche haben auf den ersten Blick vielleicht wenig mit dem Bezug zum Raum zu tun, jedoch können auch beispielsweise Nervosität in Form von häufigen Fragen, ein Hinweis auf einen Störfaktor im Raum sein. Im nachfolgenden Kapitel (...) wird sich dann wieder auf diese Erläuterungen bezogen werden, um ggf. Rückschlüsse zu ziehen, ob besondere Verhaltensweisen auf bestimmte Bedürfnisse schließen oder nicht.

Angst und Depression

In dem ersten Stadium der leichten Demenz nimmt der Betroffene seine „Leistungsverluste“ wahr. Dinge, die früher Routine waren, gelingen nicht mehr, ohne den Grund zu kennen. „Diese Veränderung erzeugt Niedergeschlagenheit aus der eine längere depressive Phase resultieren kann.“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 59) Der Betroffene befindet sich in einer Identitätskrise. (Schröder 2012: 20)

Den Verlust, der Leistungsfähigkeit zu kompensieren, bedeutet ständiger Stress. Der Erkrankte hat Angst Fehler zu machen und aufzufallen. Um seine Vergesslichkeit zu verbergen ziehen sich viele aus ihrem sozialen Leben zurück. Hobbys werden aufgegeben, neue Bekanntschaften vermieden, andere Menschen beschuldigt z.B. das Geld weggenommen zu haben. Der niederländische Arzt Jan-Peter van der Steen beschreibt das erste Stadium deshalb auch als „das bedrohte Ich“. (Steen 2012: 18) Da das Erinnerungsvermögen abnimmt, wird auch Bekanntes immer fremder und erzeugt Angst und Unsicherheit. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 59)

Bei Depression und Isolation kann es helfen, den Betroffenen sinnvolle Aufgaben zu geben, ihnen Anerkennung zu schenken und Geborgenheit zu vermitteln. (Kurz 2013: 28)

Misstrauen und Schuldsuche

Da Informationen nicht mehr so schnell verarbeitet werden können, wittert ein an Demenz Erkrankter instinktiv negatives. Wenn sich der Betroffene beispielsweise nicht mehr erinnern kann wo er das gerade abgehobene Geld abgelegt hat, oder immer wieder die Erfahrung macht, dass er seinen Geldbeutel nicht findet, wird er misstrauisch. Die Schuld bei jemanden anderen zu suchen ist ein typisches Verhalten und wird auch als „Bestellungswahn“ bezeichnet.

Sinnestäuschungen und Wahn

„Die Übergänge zwischen Misstrauen und Wahn können fließend sein.“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 60) Wahn ist es dann, wenn sich die Realität des Erkrankten nicht mehr korrigieren lässt.

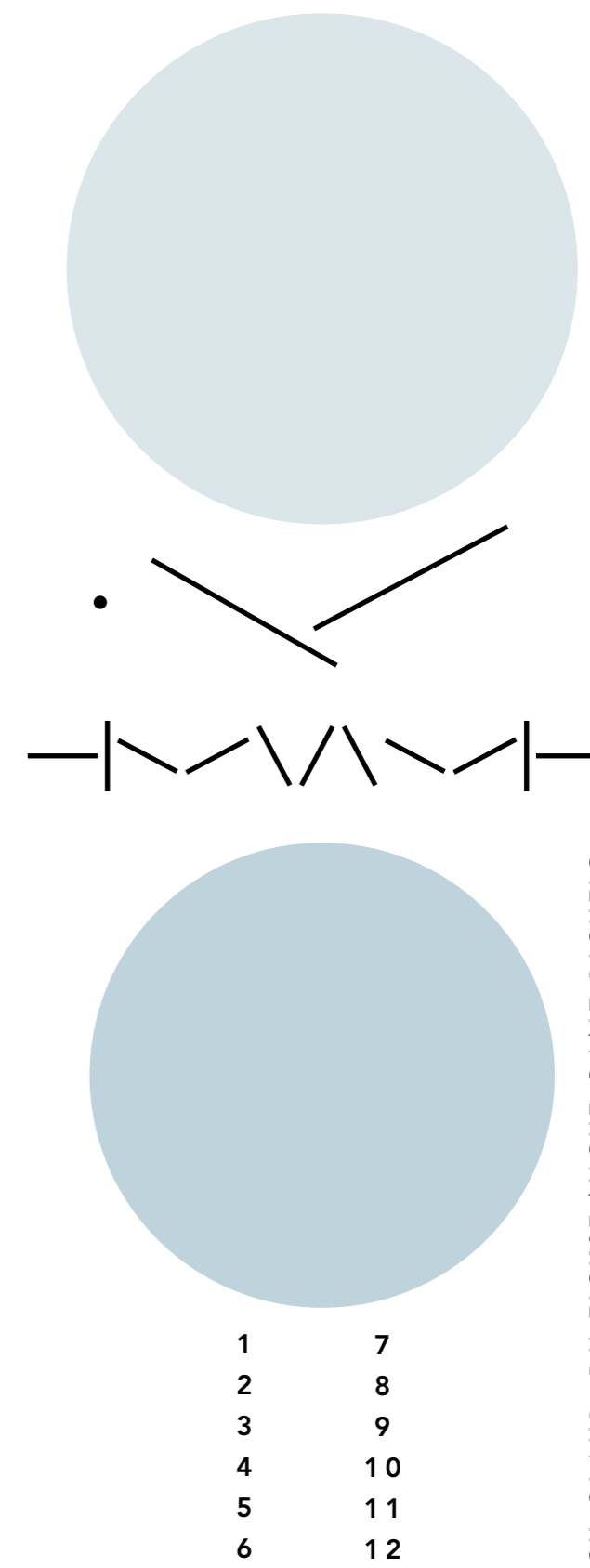
Da es dem Betroffenen immer schwerer fällt, Situationen und Wahrnehmungen richtig einzuschätzen, kann das zu Erklärungsversuchen führen, die nicht mit der Realität übereinstimmen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 34) Im fortgeschrittenen Stadium kann es auch zu Halluzinationen (Wahrnehmungen ohne entsprechende sinnliche Realität) kommen. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 61)

Wiederholen gleicher Fragen

Wenn das Kurzzeitgedächtnis angegriffen ist stellen viele Erkrankte immer wieder dieselbe Frage oder erzählen die immer gleichen Alltagsfloskeln. Das kann für das Gegenüber sehr ermüdend sein. „Die ständige Vergewisserung hilft der kranken Person, mit ihren Zweifeln umzugehen. Wiederholte Fragen sind ein „Zeichen von Angst und Unsicherheit.“(Bundesministerium für Gesundheit 2014: 31) Man sollte deshalb immer versuchen die Fragen zu beantworten, zu beruhigen und ggf. die Faktoren, welche die Unsicherheit auslösen, beseitigen. Falls einem mal die Geduld fehlen sollte, hilft es auf ein Thema zu lenken oder kurz aus dem Raum zu gehen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 32)

Wiederholen gleicher Handlungsabläufe

Führt ein Kranker die immer wieder gleiche Handlung aus, wie z.B. Abwaschen, Schuhe putzen, Fegen, sollte man nicht beunruhigt sein. Der Betroffene hat eine Aufgabe gefunden, die ihm gut gelingt und die er mag. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 31)

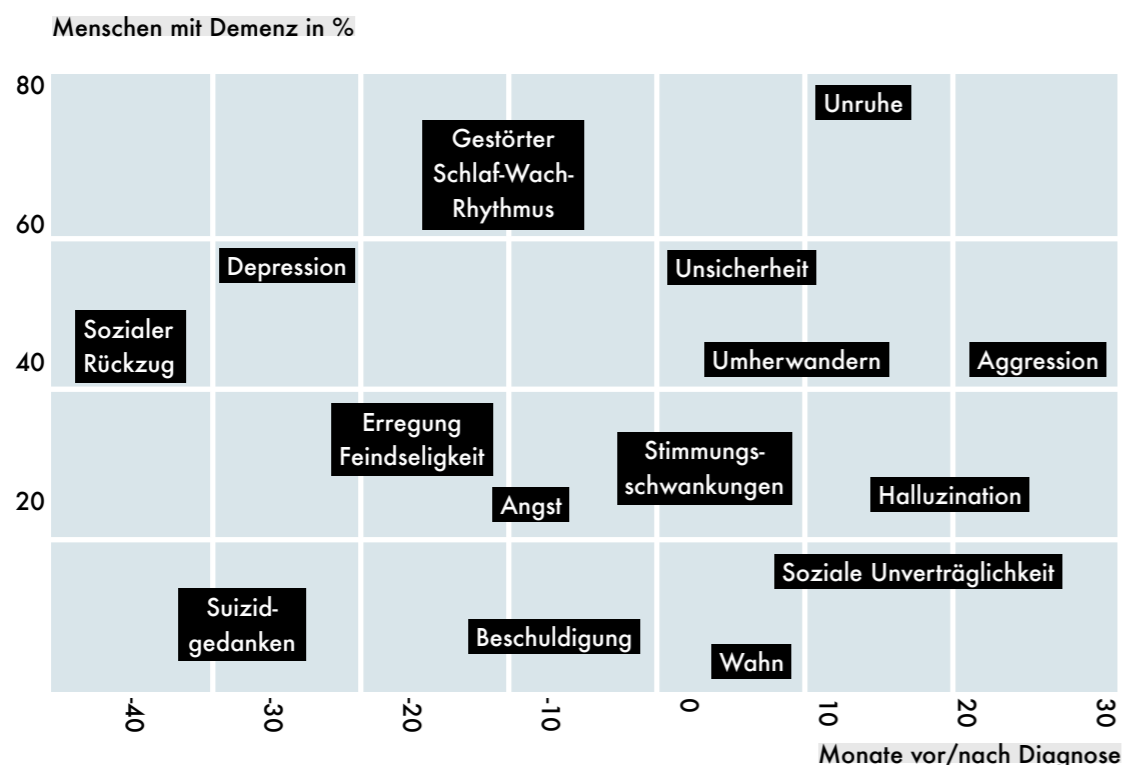


ICH GLAUB, DU TICKST NICHT GANZ RICHTIG

Abb. 14: Spezifische Verhaltensweisen bei Demenz

Qu: Alzheimer Gesellschaft (Eigene Darstellung)

ENTWICKLUNG VON SPEZIFISCHEN VERHALTENSWEISEN BEI DEMENZ



Unruhe und Bewegungsdrang

Im mittleren Stadium haben viele Betroffene „einen ausgeprägten Bewegungsdrang, gepaart mit starker Unruhe.“(Bundesministerium für Gesundheit 2014: 32) Sie sind innerlich angespannt und ständig nervös (Agitiertheit).

Gehen gehört zu den „Aufgaben“ die der Erkrankte lange selbstständig ausführen kann. Außerdem stärkt es ihr Selbstwert- und Körpergefühl und gewährt eine gewisse Entscheidungsfreiheit. Es kann aber auch ausdrücken, dass derjenige auf der Suche nach etwas (Sicherheit und Geborgenheit) oder jemanden (Mensch aus der Vergangenheit) ist. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 32)

24-Stunden-Tag – nächtliche Unruhe

Mit einer fortschreitenden Demenz gerät auch der Schlaf-Wach-Rhythmus durcheinander. Das liegt daran, dass der Mensch mit Demenz, nicht mehr den Tag von der Nacht unterscheiden kann, bzw. nicht mehr zuordnen kann, „wann man zu schlafen hat“. Außerdem veranlasst eine ebenso typische Tagesmüdigkeit den Demenzkranken zu häufigen „Nickerchen“ während des Tagesgeschehens und/oder zu einem frühen Zubettgehen. Das kann wiederum zu einer ausgeprägten Durchschlafstörung führen. Als Folge tritt bei manchen dementen Menschen das Phänomen der „nächtlichen Umherwandern“ statt. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 63)

Aggressives Verhalten

Manche Menschen mit Demenz können sich verbal und körperlich aggressiv verhalten. Wutausbrüche und aggressives Verhalten treten vor allem in Situationen auf, die für ihn nicht überschaubar und verständlich sind. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 62) „Die Kranken leben in einer Welt, die sich für sie dauernd verändert.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 36) Dadurch sind sie ständig beunruhigt und verunsichert. Bei einfachen Verrichtungen, wie zum Beispiel dem täglichen Ankleiden, kann es zu Missverständnissen der Absicht anderer Menschen oder der gesamten Situation kommen. Der Betroffene fühlt sich bedroht, dass ein scheinbar fremder Mensch, ihre Hose ausziehen möchte und reagieren verständlicherweise aggressiv. Ablenkung kann hier eine gute Strategie sein, indem man zum Beispiel beim Verrichten der Körperpflege gemeinsam ein Lieblingslied singt. Generell empfiehlt es sich immer beruhigend auf die Situation einzuwirken.

Abb. 15: Uhren-Zeichnen-Test

Qu: (Eigene Darstellung)

WER HAT AN DER UHR GEDREHT?

Der Uhren-Zeichen-Test ist Teil des sogenannten Mini-Cog Test, ein weitverbreitetes Schnell-Screening zur ersten diagnostischen Abklärung demenzieller Erkrankungen. Der Mini-Cog unterscheidet Demenz von Nicht-Demenz mit einer Trennschärfe von 87%. Außerdem wird der Test zur Abgrenzung von Demenz und Depression eingesetzt (78%). Er ist aber nicht besonders spezifisch bezüglich der Art der Demenz. (vgl. Eschweiler 12.03.2014)

Der Patient wird gebeten, das Zifferblatt einer Uhr zu zeichnen und eine bestimmte Zeigereinstellung ("13:25 Uhr", "Fünf vor halb Zwei") einzutragen. Die Durchführung dauert 2-5 Minuten. Anhand der Abweichungen in der Darstellung von der „Normal-Leistung“ (Aufteilung des Zifferblattes, Schriftbild der Zahlen, Fehlen der Zeiger und Ähnliches) lassen sich Rückschlüsse auf das Ausmaß der Hirnfunktionsstörung ziehen (Website Wikipedia, Uhren-Zeichnen-Test)

Mini-Cog Test zum download: www.alz.org/documents_custom/minicog.pdf

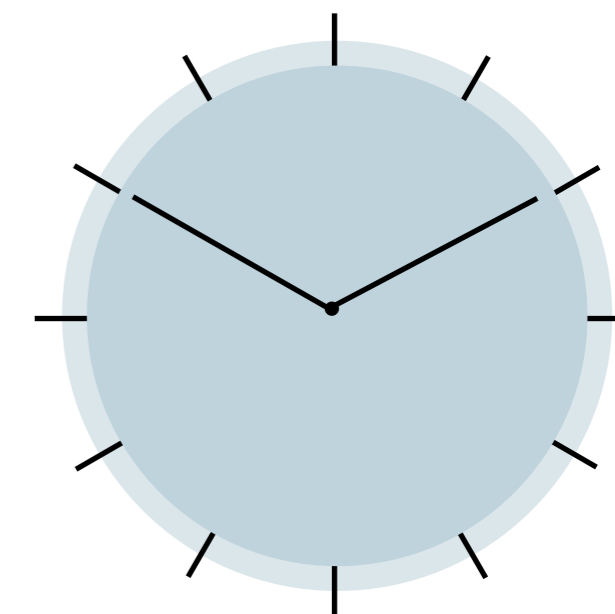


Abb. 16: Demenzielle/Irdische Welt



II.2.c) Wege in eine demenzielle Welt

Menschen mit Demenz leben in ihrer eigenen Welt. In der eigenen Welt zu leben ist tatsächlich wörtlich zu verstehen. Die Metapher, die eigentlich im Sprachgebrauch verwendet wird, um den Charakter eines Menschen zu beschreiben, der in seiner „eigenen Welt lebt“, der nicht mit der Masse geht, introvertiert ist, vielleicht verträumt, etwas „weltfremd“ ist (...), bezieht sich eher auf die Gedankenwelt. Bei Menschen mit Demenz ist mit der eigenen Welt, aber sowohl die psychische, als auch die physische Welt gemeint. So kann der Raum in der sich der Betroffene befindet, ein ganz anderer sein, wie er in Realität ist.

Dinge und Situationen können eine völlig andere Bedeutung haben als aus der Betrachtung eines Menschen ohne Demenz. Menschen mit Demenz drohen daher zu vereinsamen, da ihnen keiner in ihr Erleben und Empfinden zu folgen vermag.

Um den Kontakt zu ihnen aufrecht zu erhalten, müssen sich die Angehörigen und Betreuenden in die Welt des Betroffenen hinein begeben und in die jeweilige Situation einfühlen. „Nur wer den Zugang zu deren Realität erhält, kann ihr Verhalten richtig einschätzen und zu einem zufriedenen Miteinander gelangen.“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 131) „Gesunde“ Menschen sind in der Lage, zwischen den Welten zu wechseln, demenzielle Menschen nicht. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 131) Der Schlüssel zu dieser Welt, verbirgt sich meistens in der Biografie. „Einschneidende Erlebnisse, persönliche Ängste und Charaktereigenschaften der Betroffenen zu kennen, heißt, sie auch während der Krankheit besser zu verstehen.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 24)

Der oft praktizierte psychobiografische Ansatz nach Erwin Böhm (vgl. auch III.2.a), setzt an der „Prägungszeit“ des Betroffenen an, die bis ungefähr zum 25. Lebensjahr verläuft. (Heeg/Bäuerle

2008: 30) Diese Erinnerungen und Prägungen sind am längsten präsent. Die Auseinandersetzung mit dem Lebensweg des Betroffenen, kann wertvolle Aufschlüsse darüber geben, welche Gegenstände und Atmosphären (Milieugestaltung) ein Wohlbefinden fördern können und an das „individuelle Erinnerungsvermögen“ anknüpfen. (Heeg/Bäuerle 2008:30)

„Menschen mit Demenz müssen als Person ernst genommen werden, mit ihren Gefühlen, ihrer Sichtweise auf die Welt und ihrer Realität.“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 131) Emotionen gewinnen eine große Bedeutung, denn während andere Fähigkeiten abnehmen, entwickeln demenzielle Menschen „so etwas wie den siebten Sinn.“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 132) Als Gegenüber muss man sich bewusst machen, dass sich die eigene Gefühlslage stark auf den Betroffenen übertragen kann. (vgl. Schröder 06.05.2014)

Die kognitiven Fähigkeiten eines Menschen mit Demenz nehmen unterschiedlich schnell ab. Für einen guten Umgang, der den Betroffenen fordert bzw. anspricht und somit seine vorhandenen Fähigkeiten fördert, ist es wichtig immer wieder zu prüfen in welchem Stadium sich der Betroffene befindet (vgl. Abb. X: Stadien der Alzheimer-Demenz), d.h. wie er die jeweilige Welt erlebt. Der Gerontopsychater Dr. Christoph Held hat die drei Stadien als „Drei-Welten-Modell“ beschrieben. Das Modell ordnet jedem Stadium das jeweils dominante Erleben des Betroffenen zu Website Erlenhof:

1. die Welt der kognitiven Erfolglosigkeit
2. die Welt der kognitiven Ziellosigkeit
3. die Welt der kognitiven Schutzlosigkeit

Das eigene Ich geht nach und nach verloren. Der fortschreitende Gedächtnisabbau hat zur Folge, dass logisches, rationales Denken immer weniger

gelingt und führt so weit, dass der Betroffene das Wissen darüber verliert, „wer er war“ und „wer er ist“. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 25) Die Vergesslichkeit kann nicht mehr rückgängig gemacht werden. „Gehirntraining“ in Form von regelmäßigen Abfragen ist daher sinnfrei und vielmehr beschämend für den Betroffenen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 26)

Gedächtnislücken sind, wie bereits beschrieben, meistens auch die Ursache für das unverständliche Verhalten des Betroffenen. Versucht man sich in die Welt hinein zu versetzen, kann man die Reaktionen nachvollziehen. **Erkennt** man die Person nicht, die einem gerade hilft die Hose auszuziehen, heißt das für den Menschen mit Demenz, dass er die Person in diesem Moment nicht **kennt**. Logische Abfolgerungen können nicht mehr nachvollzogen werden, Fragen zu Motivation und Gefühlen können nicht mehr gefasst und geäußert werden. Es macht daher in der Regel wenig Sinn, sich auf Diskussionen einzulassen in der Hoffnung durch logische Argumente den Betroffenen zu überzeugen. „Bei zunehmender Desorientierung kann die Konfrontation mit der Realität dem Wohlbefinden des Kranken schaden. So kann die Aussage „Dein Mann ist doch schon vor langer Zeit gestorben“, die demente Frau immer wieder neu in die Trauer stürzen. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 132) Menschen mit Demenz brauchen wie alle Menschen auch, das Gefühl, dass ihr Handeln, ihr Denken und ihre Emotionen einen Sinn ergeben. Es ist wichtig die Fähigkeiten zu fördern, damit sie für ihr Sein und Tun Wertschätzung und Bestätigung erhalten können. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 132)

Wie kann eine bewusste räumliche Gestaltung den Betroffenen dabei unterstützen sich in der realen, irdischen Welt zurechtzufinden und seine verminderte Umweltkompetenz ausgleichen?

II.3. Auswirkungen auf die Sensorik

Ein Mensch mit Demenz verliert zunehmend die Fähigkeit logische Schlussfolgerungen zu schließen. Es kann dann beispielsweise passieren, dass sich der Betroffene beim Tee trinken die Zunge verbrennt und weitertrinkt, da ihm der Rückschluss, dass der Tee zu heiß war, nicht mehr gelingt. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 26)

Die Sinneswahrnehmung spielt bei Menschen mit Demenz eine zentrale Rolle. Reizüberflutung, welche die Aufnahme- und Verarbeitungsmöglichkeiten eines Erkrankten übersteigt, führen zu einer erhöhten Stömpfindlichkeit. Diese lösen Angst, Unsicherheit und Abwehr aus und können sich in Hyperaktivität, ungesicherten Schlägen und Fluchtverhalten (Katastrophenreaktion) äußern. (Richter 2005: 8) Eine Beeinträchtigung der Sinne kann die Symptome von Demenz verstärken. (Reiter 2005: 17) Es ist deshalb wichtig, zu verstehen, welche Auswirkungen der Gedächtnisverlust auf die Sinneswahrnehmung (Sensorik) hat. Demenz greift nicht die Sinnesorgane an, aber die Art und Weise wie sensorische Reize im Gedächtnis verarbeitet werden. Sensorische Stimulation durch beispielsweise Musik-, Kunst- und Tanztherapien unterstützen den Betroffenen beim Ausleben seiner Gefühle. Die Wahrnehmung der Sinne bedeutet lebendig zu sein, sich selber zu fühlen und zu spüren. (Website Deutsche Alzheimer) Der Entzug von Sinnesreizen (sensorische Deprivation) wiederum kann dazu führen, dass der Betroffene motorische, akustische und optische Selbststimulationen ausführt (Schaukelbewegungen=motorisch, ständiges Rufen=akustisch, Halluzinationen=optisch).

Für Menschen mit Demenz muss eine Umgebung (Milieu) geschaffen werden, welche die Sinne anspricht, aber nicht beeinträchtigt. Die Gestaltung der räumlichen Umgebung kann einen großen Beitrag leisten, unerwünschte Folgeerscheinungen des Verlustes der kognitiven Fähigkeiten zu

vermeiden bzw. zu mindern. „Gerade bei der Beeinträchtigung der Sinnesorgane sind deprivationsfördernde Faktoren zu beseitigen.“ (Richter 2005: 16) Eva Richter fasst deprivierende Faktoren in Pflegeheimen wie folgt zusammen:

- lange Flure, fehlende Orientierungshilfen
- unangemessene Lichtverhältnisse
- hallende Akustik (keine schallschluckende Teppiche, Vorhänge, Deckenabhängung bzw. Fehlen einer Schalldämpfung von Außengeräuschen; fehlende vertraute Geräusche)
- wenig Raum und Möglichkeiten für persönliche Möbel und Gegenstände
- das Verbleiben in den Betten ohne Anregung ihrer Sinne sowie dauernde Superweichlagerung (Entzug von Wahrnehmungsqualität, Gleichgewicht, räumlicher Orientierung)
- keine Strukturierung durch Tageskleidung (Nachthemd wird zum Taghemd) und ständige Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln aus arbeitsökonomischen Gründen
- pflegerische Maßnahmen erfolgen ohne gezielte taktile oder andere Stimulis
- Erschwerte Kommunikation bleibt reduziert.

Diese Auflistung lässt darauf schließen, wie deprivierende Faktoren im architektonischen Milieu aussehen können.

Im folgenden werden die Auswirkungen einer Demenz auf die Sinne Hören, Sehen, Riechen und Schmecken erläutert, um anschließend Rückschlüsse auf mögliche Bedürfnisse zu ziehen.

Definition

Der Begriff Deprivation (von lat. deprivare, deutsch berauben) bezeichnet allgemein den Zustand der Entbehrung, des Entzuges, des Verlustes oder der Isolation von etwas Vertrautem sowie das Gefühl einer Benachteiligung. (Website Wikipedia, Deprivation)

II.3.a) Hören

Abb. 17: Hören



Qu.: Website Alzheimer, Claudia Thoenen

Ein intakter Hörsinn ermöglicht „die Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte über die lautsprachliche Kommunikation“ (Decker-Maruska/Hofmann/Lerch 2008: 47) und unterstützt einen Menschen mit Demenz wesentlich bei der Orientierung in einer oft unverständlichen Welt. Musik und Gesang können ein Weg sein trotz Wortfindungsschwierigkeiten Emotionen zum Ausdruck zu bringen und sich auch auf Verhaltensstörungen sehr positiv auswirken. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 84) Jedoch kann das Gehörte auch Irritationen hervor rufen. Raschelndes Laub wird dann zum Beispiel als gefährliche Einbrecher interpretiert, „ein knackendes Heizungsrohr wird zu Gewehrschüssen.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 27) Ein hoher Geräuschpegel (Lärm) und Hintergrundgeräusche können Stress, Unwohlsein, Angst und Aggression auslösen, da Menschen mit Demenz ihre volle Konzentration benötigen, um Wörter zu verstehen und ihre Bedeutung zuzuordnen

(Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 135) Erschwert wird die Kommunikationsfähigkeit drastisch, wenn bei einer Demenz auch eine Schwerhörigkeit dazukommt. Die Tendenz von Schwerhörigkeit betroffen zu sein, steigt ähnlich wie bei Demenz auch mit dem Alter stark an. (Website besser hören) Experten gehen davon aus, dass ca. ein Drittel der demenziell Betroffenen gleichzeitig unter einer Schwerhörigkeit leiden. (Decker-Maruska/Hofmann/Lerch 2008: 46) „Je weniger die dementen Patienten hören, desto schneller schreitet die Krankheit voran.“ (Website Ärzte Zeitung) Um eine verstärkte Isolation entgegen zu wirken, ist es wichtig Schwerhörigkeit (an)zuerkennen und nicht als Begleiterscheinung des Alterns zu stigmatisieren. Schwerhörige Menschen mit Demenz sind extrem gefährdet auf der „sensorischen, kognitiven und sozialen Ebene (..) eine Deprivation zu erleiden.“ (Reiter 2003: 18) Eine gute Akustik und Schallabsorbierung sind deswegen ein wichtiges Gestaltungsmittel.

II.3.b) Sehen

Abb. 18: Sehen



Qu.: Website Alzheimer, Claudia Thoelen

Unabhängig von einer Demenz nehmen **Sehschärfe**, **Akkommodation** (Anpassung an die jeweilige Sehentfernung), **Adaption** (Anpassung an Helligkeitsunterschiede) und **Kontrastintensität** mit zunehmenden Alter von Natur aus ab. (Website Sehen im Alter) Altersbedingte Veränderungen des Sehvermögens sind außerdem:

- erhöhte Empfindlichkeit gegenüber grellem und blendendem Licht
- reduzierte periphere Sicht („aus dem Augenwinkel“)
- reduzierte Tiefenwahrnehmung
- veränderte Wahrnehmung von Farben

(Website Dementia)

Demenz erschwert zunehmend das „Gesehene“ zu interpretieren, um ein sinnvolles Bild entstehen zu lassen. Visuelle Beeinträchtigungen verstärken diesen Vorgang. Dadurch nimmt ein Mensch mit Demenz seine Umgebung anders wahr als jüngere Menschen. (Website Dementia) So ist die Beleuchtungsstärke, die ein Hochbetagter benötigt

um gut zu sehen, mindestens drei mal so hoch wie bei einem jungen Menschen. (Radzey/Kreutzer 2010: 4) Ohne gute Kontraste verschwimmt die Welt vor den Augen und der Betroffene kämpft immer mehr darum, einen Sinn aus dem zu machen, was er noch wahrnimmt. (Website Dementia) Um diese Defizite auszugleichen, spielen Farben, Kontraste und eine richtige Beleuchtung bei älteren Menschen (mit oder ohne Demenz) eine besondere Rolle. Farbe und Licht stimulieren, geben Orientierung und wecken Erinnerungen und Assoziationen. (Website Baulinks) Deswegen ist ein bewusster Umgang in den Lebensräumen von Menschen mit Demenz sehr wichtig und fördert die Selbstständigkeit und das Wohlbefinden.

Tageslicht und künstliches Licht spielen nicht nur für die optische Wahrnehmung eine wichtige Rolle und sind „essentiell für die auf das Sehen bezogenen Funktionen.“ (Radzey/Kreutzer 2010: 4) Licht hat auch eine biologische Wirkung, beeinflusst unsere Innere Uhr (circadiane System) und reguliert unseren Schlaf-Wach-Rhythmus. Genauso wirkt sich Licht auf die Stimmung und das Wohlbefinden des Menschen aus. (Radzey/Kreut-

Abb. 19: Sehen



Qu.: Website Alzheimer, Claudia Thoelen

zer 2010: 5) Farb- und Lichtgestaltung sind zwei wesentliche Faktoren, die das Sehen und damit die visuelle Wahrnehmung von alten Menschen und Menschen mit Demenz positiv beeinflussen, das Wohlbefinden steigern und Orientierung geben können.

Orientierung durch entsprechende Farbgebung wird beispielsweise in vereinzelt Krankenhäusern und Pflegeheimen für Menschen mit Demenz eingesetzt. Um den Tellerrand leichter wahrzunehmen, wird Geschirr mit einem roten Rand eingesetzt. (Website Zeit, Wo bin ich hier). Generell wird auf Teller mit Verzierungen wie beispielsweise Blumen verzichtet, da es bei Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium passieren kann, dass sie nicht mehr unterscheiden können, ob es sich um Essen oder eine Verzierung handelt (vgl. Schwägerl 27.12.2013).

Einen bewussten Umgang mit Farben und Kontrasten empfiehlt auch DSDC (Dementia Services Development Center, Schottland). So können beispielsweise in einem Krankenzimmer, in dem sich ein Mensch mit Demenz ständig neu orientieren muss, Türen eine auffälligeren Farbe aufweisen,

als die Wand drum herum. (Website Dementia) Ein roter Toilettensitz hilft bei der Positionierung. Denn rot ist die letzte Farbe, die ein Mensch mit Demenz wahrnimmt. (Website Zeit, Wo bin ich hier) Ein entgegengesetzter Effekt kann ebenso erzeugt werden. Bei Türen, die nicht zugänglich sein sollen, empfiehlt es sich deren Farbe an den Hintergrund anzupassen. Ebenso wird geraten, bei der Bodengestaltung auf Kontraste (z.B.: hohe Farbkontraste) zu verzichten, da ein Betroffener annehmen könnte es handle sich um eine Stufe. Bei Stufen hingegen macht es Sinn einen kontrastierenden Streifen an der Vorderkante anzubringen. (Website Dementia) Irretierende Muster oder Motive auf Tapeten und Teppichen sollten vermieden werden; ebenso Schattenbildung durch gute Ausleuchtung. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 36)

Vereinfachte Piktogramme haben sich als Orientierungshilfe bereits bewährt. Auch hier ist zu beachten, dass die Tiefenwahrnehmung zunehmend eingeschränkt ist. (Website Rehacare) Daher sollten 2D anstatt 3D-Darstellungen eingesetzt werden.

II.3.c) Fühlen

Abb. 20: Fühlen



Qu.: Website Alzheimer, Claudia Thoelen

Menschen mit Demenz sind auch im fortgeschrittenen Stadium in der Lage, „ihre Umwelt sinnlich wahrzunehmen.“ (Website Deutsche Alzheimer) Später ist der Tastsinn das einzig „Wirkliche“, auf das der Betroffene noch direkten Bezug nehmen kann. (Website Demenz Ratgeber) Körperliche Nähe in Form von Umarmungen, Streicheleinheiten und Augenkontakt geben ihnen ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 54) Die Fähigkeit sinnlicher Kommunikation bleibt weitaus länger erhalten als die sprachliche Kompetenz. (Kieslich 2008: 159) Es ist ein guter Weg mit der Gefühlswelt des Betroffenen in Kontakt zu treten.

Dabei muss sensibel auf die Intimsphäre des jeweiligen Menschen eingegangen werden, da es manchen leichter, dem anderen wiederum schwerer fällt, ihr Bedürfnis nach Körperkontakt zum Ausdruck zu bringen. (Kieslich 2008: 159) Die Lust nach Sexualität bleibt bei vereinzelt erhalten, anderem wiederum haben ein erhöhtes Bedürfnis, was dann auch zu enthemmtem Verhalten führen kann. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 197)

II.3.d) Riechen

Abb. 21: Riechen



Qu.: Website Alzheimer, Claudia Thoelen

Gerüche wecken Erinnerungen und Emotionen und wirken anregend. Gelangen Duftmoleküle über die Zellen der Riechschleimhaut in die Nase, bewirkt das eine Ausschüttung neurochemischer Stoffe. Durch diesen Prozess empfinden wir Gefühle. Riechen ist also sehr eng mit Gefühlen verbunden. (Website Alzheimer BW)

Alzheimer-Patienten wie ältere Menschen leiden häufig unter einer Geruchsstörung bzw. Geruchsblindheit (Anosmie) und diese kann vereinzelt sogar zu den ersten Symptomen einer Demenz gehören. (Website Alzheimerinfo) Bei Geruchsstörungen können Düfte dann abstoßend wirken. Daher muss auch hier festgestellt werden, welche Düfte als angenehm empfunden werden, also eine sogenannte hedonische Wirkung (Duftsympathie) haben.

Um Erinnerungsfreuden durch Düfte anzuregen hat sich auch hier ein Blick in die Biografie (Biografiearbeit) bewährt. Fichtenduft kann so zum Beispiel Menschen ansprechen, die früher gern gewandert sind, Pinienduft an Urlaube in Italien. Man spricht dann von einer Semantischen Wirkung. (Website Alzheimer BW)

II.3.e) Schmecken

Abb. 22: Schmecken



Qu.: Eigene Darstellung

Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. Für viele alten Menschen ist gutes und ausreichendes Essen ein wichtiges Stück Lebensqualität. Für Menschen mit Demenz sind Mahlzeiten außerdem Anlässe zur Freude, altbekannte Rituale zu beleben und Stütze für einen strukturierten Tagesablauf. Gemeinsam mit anderen Menschen zu essen hat eine „zentrale soziale Funktion im Miteinander der Menschen.“ (Ganß/Wißmann 2013:1) Essen und Trinken ist also nicht nur lebenswichtig, um körperlich fit zu bleiben. Nahrungsaufnahme wird auch eine besondere Aufgabe für das Genussempfinden von dementen Menschen zugesprochen. Kommt es bei alten und dementen Menschen zu Geruchsstörungen, beeinflusst das auch direkt den Geschmackssinn. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 151) Der Geschmackssinn für „süß“ bleibt am besten erhalten, während „salzig“, „bitter“ und „sauer“ immer schlechter erkannt werden. Das erklärt auch die Vorliebe vieler Betroffener für Süßes. (Website Ernährungsberatung) Aufgrund des verringerten Geschmacksempfindens wird gerne zuviel gesalzen. (Niklewski/Nord-

mann/Riecke-Niklewski 2013: 151) Verwendung von Kräutern oder Zubereitungen wie Grillen, Backen, Dämpfen, die den Eigengeschmack von Speisen unterstützen, können hier einen Ausgleich schaffen. „Flüssige Speisen werden als geschmacksintensiver wahrgenommen.“ (Website Ernährungsberatung) Essen bietet darüber hinaus auch andere aktive Handlungsabläufe. Zum einen wird die Motorik gefordert und zum anderen unterstützt gemeinsames Essen mit anderen in Kontakt zu treten, zu sprechen, zuzuhören und das Zugehörigkeitsempfinden zu stärken. (vgl. Feuler 2013: 16-17) Mit Gabel, Messer und Löffel zu essen ist ein erlernter Vorgang, der im Verlauf einer Demenz vergessen werden kann. Deshalb ist es wichtig, Geschmackpräferenzen, Essgewohnheiten und Rituale zu beachten bzw. anhand der Biografie zu erfragen. Ebenso wichtig ist es auf eine angenehme und ansprechende Atmosphäre zu achten. Diese kleinen Unterstützungshandlungen können dazu beitragen, dass der Betroffene noch lange selbstständig essen kann. Außerdem fördern diese das Wohlbefinden erheblich und regen den Appetit an. (Feuler 2013: 17)

II.4. Auswirkungen auf die Motorik

Der Begriff Motorik beschreibt das „Zusammenspiel von Kraft, Geschicklichkeit und Beweglichkeit.“ (Loeschcke/Pourat 2014: 19) Alzheimer-Demenz hat in der Regel keine direkten Einwirkungen auf die Motorik und physischen Fähigkeiten des Betroffenen. Jedoch führt der Untergang der Nervenzellen dazu, dass erlernte Bewegungsabläufe nach und nach vergessen werden. In Hinblick auf die Motorik ist besonders, dass einige Menschen mit Demenz vor allem im mittleren Stadium einen ausgeprägten Bewegungsdrang haben, auch unter dem Begriff „Agitiertheit“ bekannt (vgl. II.2.b)). Dieser unkontrollierbare Bewegungsdrang stellt eine besondere Herausforderung für die Betreuenden dar, aber auch für die Ausstattung des Wohn- und Lebensumfeld des demenziellen Menschen. Es kommt oft vor, dass Menschen mit Demenz weglaufen und sich zwangsläufig verlaufen. Es gibt mittlerweile Schulungen, bei denen Polizisten lernen, mit verwirrten, dementen Menschen umzugehen (Website SHZ). Ebenso gibt es viele neue technische Errungenschaften, die es beispielsweise ermöglichen den Verlorengegangenen mit Hilfe von GPS-Geräten zu orten. Im dritten Stadium (schwere Demenz) ist der Betroffene in den meisten Fällen nicht mehr in der Lage seine Motorik gezielt zu steuern. Das kann dazu führen, dass das Schlucken „verlernt“ wird

oder wie man das Besteck zum Mund führt. Auch wenn Alzheimer-Demenz nicht direkt auf die motorischen Fähigkeiten einwirkt, so ist der Betroffene auch nicht vor den gängigen Alterserscheinungen gewahrt. Veränderung der Körperstatur und nachlassende Muskelmasse bzw. Muskelkraft führen zu Motorikeinschränkungen haben auch immer unmittelbar einen Einfluss auf die Mobilität. Unter Mobilität versteht man einen Teilaspekt der Motorik, der alle Bewegungen zusammenfasst, die eine Positionsänderung über Fortbewegung zum Ziel haben. (Loeschcke/Pourat 2014: 23) Zur Mobilität gehören außerdem sich setzen zu können, aufzurichten, hinzulegen oder Treppen zu steigen usw.. (Loeschcke/Pourat 2014: 23) So sind 22,6 % der älteren Menschen in ihrer Motorik eingeschränkt. Das hat zur Folge, dass theoretisch fast ein Viertel der Seniorenhaushalte barrierefrei bzw. barrierearm gestaltet sein müssten, um ihre Bewegungseinschränkungen zu kompensieren und ihre Selbstständigkeit zu wahren. In den Seniorenhaushalten mit über 80-jährigen geht man davon aus, dass „fast dreimal so viele mit motorischen Bewegungseinschränkungen leben.“ (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 49) Die Gesamtkonstitution vieler alter Menschen hindert sie daran, „beim Gehen den Fuß ausreichend anzuheben und koordiniert abzurollen.“

(Loeschcke/Pourat 2014: 23) Dieser als „schlürfend“ wahrgenommene Gang und der ebenso schwindende Gleichgewichtssinn (Sensomotorik) erhöht das Risiko schwer zu stürzen erheblich. Nachlassende Reaktionszeit, die ein rechtzeitiges Abstützen bzw. Abfedern verzögert, kann infolge dessen zu schweren Verletzungen führen. Da ein Sturz im hohen Alter und die anschließende Genesung oft zu Folge haben, dass sich der gesamte Gesundheitszustand des Betroffenen dramatisch verschlechtert (vgl. Loeschcke/Pourat 2014: 23), ist eine sogenannte „Sturzprophylaxe“ die zentrale Maßnahme bei altersgerechten Neu- bzw. Umgestaltung von Lebensräumen. Viele Betreuende und Pflegende in der Sturzvermeidung sogar mit die wichtigste Aufgabe der Architektur. (vgl. Gloning 18.03.2014) Fein- und Grobmotorik können im Alter ebenso beeinträchtigt sein, uns beispielsweise das Öffnen von Schraubverschlüssen erheblich erschweren. (Loeschcke/Pourat 2014: 24) Die Summe bzw. Wechselwirkung dieser Einschränkungen können ältere Menschen und Menschen mit Demenz sehr leicht in Stresssituationen bringen. (Loeschcke/Pourat 2014: 24) Dieser Aspekt der Stressbewältigung muss noch mehr in den Fokus der Gestaltung gerückt werden, sei es bei der Gestaltung von Lebensräumen (insbesondere sei hier die Schwellen Thematik angesprochen), Oberflächen und Materialien, aber auch Interface-Design und Produktdesign.

Zu Wissen und zu Erkennen, welche Einschränkungen ein alter und/oder dementer Mensch haben kann, ist ein wichtiger Aspekt, um Lebensräume und Produkte zu gestalten, die mit Körper und Sinne erlebbar sind. Die folgende Analyse soll klären, welche räumlichen Anforderungen sich aus den sensorischen und motorischen Fähigkeiten eines Menschen mit Demenz ableiten lassen.

Abb. 24: Anteil 65+ mit genutzten Fortbewegungshilfen
Qu: KDA-Repräsentativbefragung von Seniorenhaushalten 2009, Eigene Darstellung

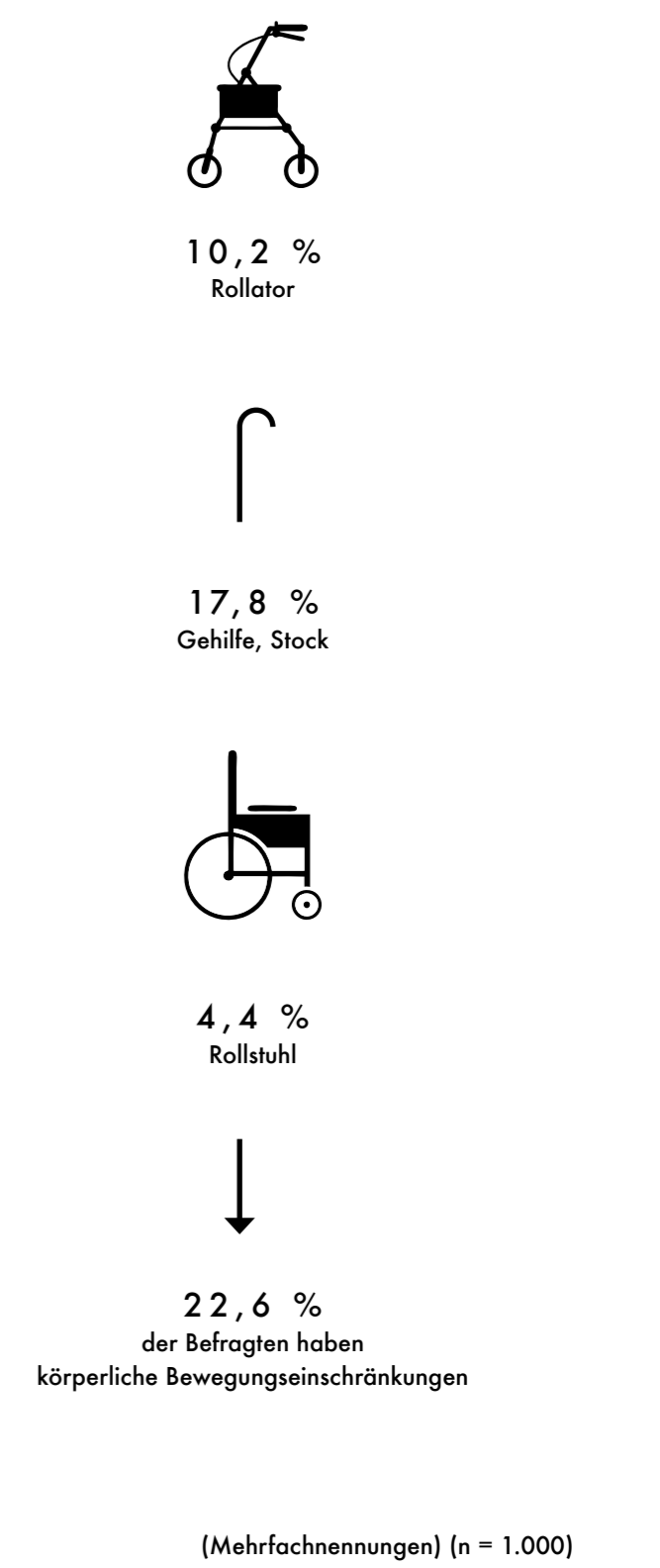


Abb. 23: Demenz und Motorik



Qu.: Website Brycewmyer

SENSORIK



Hören unterstützt lautsprachliche Kommunikation und Orientierung.

BEEINTRÄCHTIGUNG
ALTERS- / DEMENZBEDINGT

Tendenz an Schwerhörigkeit zu erkranken steigt mit dem Alter. Akustischer Stress und Schwerhörigkeit kann Demenz beschleunigen und Isolation verstärken. Gehörtes kann auch Irritationen hervor rufen und fehlinterpretiert werden.

MÖGLICHE
STÖRFAKTOREN

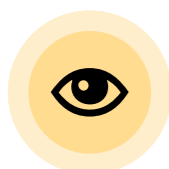
Lärm und Hintergrundgeräusche können Stress, Unwohlsein, Angst und Aggression auslösen, da volle Konzentration benötigt wird, um Wörter zu verstehen und ihre Bedeutung zu zuordnen.

RÄUMLICHE
ANFORDERUNGEN

Gute Akustik und Schallabsorbierung.
Lärmquellen unterbinden (Verkehr, akustische Signale usw.)

ANREGUNGEN

Ausgewählte Musik und Gesang können Wortfindungsschwierigkeiten ausgleichen, Emotionen zum Ausdruck bringen und Erinnerungen wecken.



Sehen gibt Orientierung und schafft Wohlbefinden. Tageslicht reguliert den Schlaf-Wach-Rhythmus (circadiane System).

Im Alter nehmen Sehschärfe, Akkommodation, Adaption und Kontrastintensität ab. Es kommt zu erhöhter Lichtempfindlichkeit, reduzierte periphere Sicht, reduzierte Tiefenwahrnehmung, veränderte Wahrnehmung von Farben.

Erhöhte Empfindlichkeit gegenüber grellem und blendendem Licht. Große Muster (Karos, Streifen) können einen „Flimmereffekt“ auslösen Unwohlsein und Angst verursachen. Ohne gute Kontraste „verschwimmt“ das Gesehene.

Bewusster Einsatz von Farben Kontrasten und Licht.
Beleuchtungsstärke min 500 Lux / Kontraste schaffen / wichtige Informationen mit kräftigen Farben hervorheben / Verzicht auf große Muster und Verzierungen und reflektierende Materialien wie Glas, Metall oder polierte Oberflächen

Rot ist die letzte Farbe, die wahrgenommen wird.



Piktogramme: 2D anstatt 3D-Darstellungen / Kontraste zwischen Hintergrund und Schrift. Satte, warme und helle Farben werden besser unterschieden, als kalte Pastellfarben



Tastsinn von besonderer Bedeutung: Einziger direkter Bezug zur Umwelt. Körperliche Nähe schenkt Geborgenheit und Sicherheit.

Keine direkte Beeinträchtigung. Sinnliche Kommunikation bleibt länger als die sprachliche erhalten.

Individuelle Intimsphäre beachten! Übersichtlicher, geordneter Einsatz von Materialien um Reizüberflutung zu vermeiden.

Bewusster Einsatz von Materialien und Oberflächen. Sensorische Stimulation durch haptisch anregende Materialien / „Materialechtheit“ - Materialien, die einen leichten Wiedererkennungswert haben und vertraut sind.

Snozzelräume können bei Erregungszuständen eine beruhigende Wirkung haben.



Gerüche wecken Erinnerungen, Emotionen und können eine anregende Wirkung haben.

Tendenz eine Geruchsstörung zu haben im Alter relativ häufig (Geruchsblindheit).

Durch Geruchsstörung können Düfte abstoßend wirken.

Bewusster Einsatz von Düften und Gerüchen. Erinnerungen durch Düfte anregen (Biographiearbeit).

Semantischen Wirkung: Fichtenduft kann z.B. Menschen ansprechen, die früher gern gewandert sind, Pinien-duft an Urlaube in Italien.



Geschmack ist wichtiges Instrument zur Genussempfindung. Geschmackssinn für „süß“ bleibt am besten erhalten, „salzig“, „bitter“ und „sauer“ werden immer schlechter. Essen ist ein sozialer, motorischer, ritueller Handlungsablauf

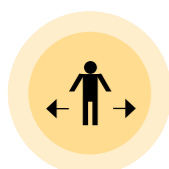
Tendenz eine Geschmacksstörung zu haben nimmt im Alter zu (Geschmacksblindheit).

Schlechte Beleuchtung, Hintergrundgeräusche (...) können sich negativ auf das Essverhalten auswirken.

Angenehme und ansprechende Atmosphäre, Übersichtlichkeit (Essraum/Esstisch)
Rot-Orange Töne wirken appetitanregend.

Appetitanreger für den Suppenkasperl:
Bunte und vielfältige Speisen wecken die Neugier. Das Auge isst mit!

MOTORIK



Motorik ist Zusammenspiel von Kraft, Geschicklichkeit und Beweglichkeit. Demenz hat keine direkten Einwirkungen auf Motorik und physischen Fähigkeiten. Sich fortzubewegen stärkt das Selbstwert- und Körpergefühl und gewährt eine gewisse Entscheidungsfreiheit.

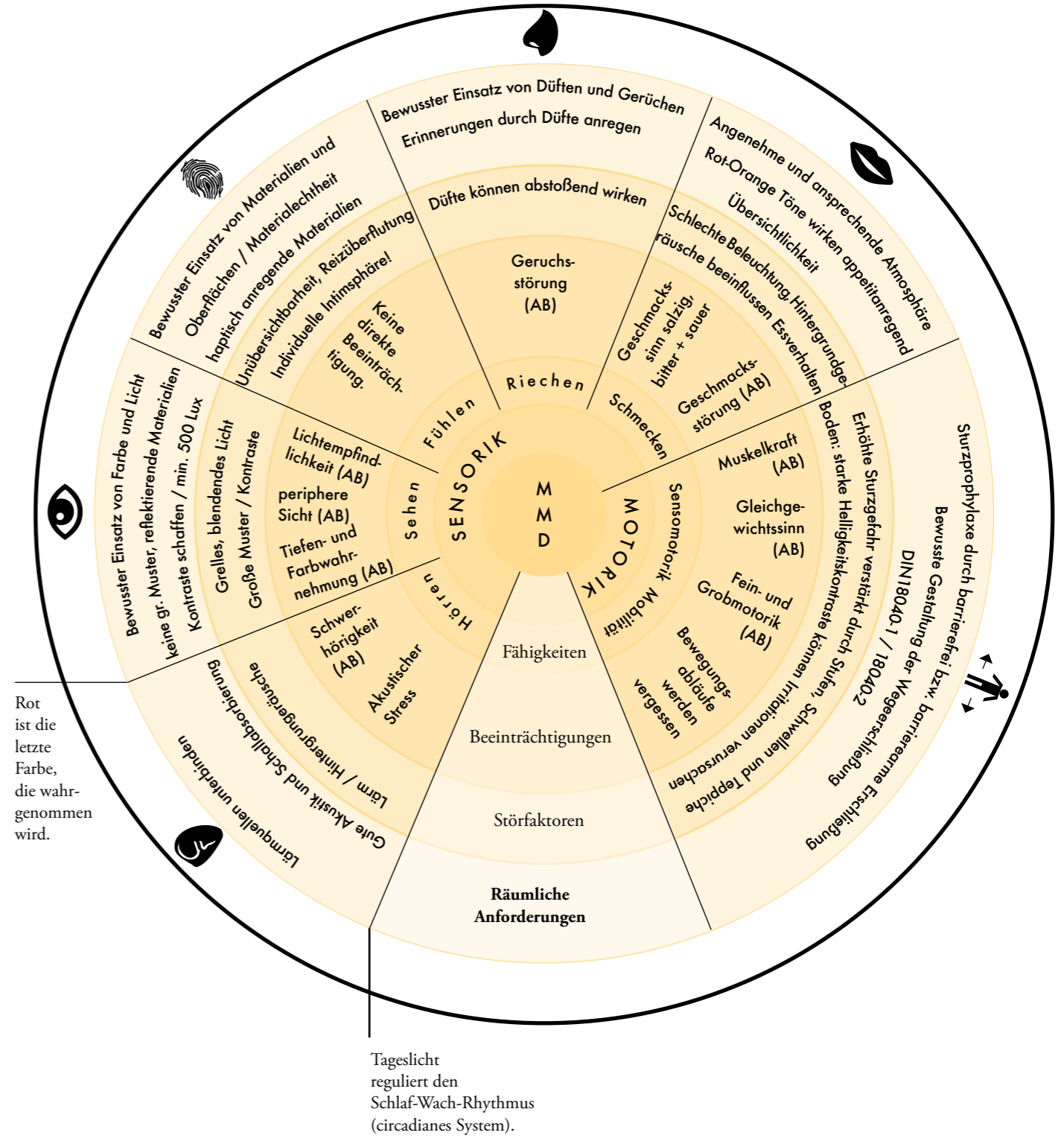
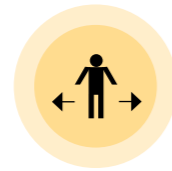
Bedingte Alterserscheinungen: Veränderung Körperstatur, nachlassende Muskelkraft, schwindende Gleichgewichtssinn, eingeschränkte Fein- und Grobmotorik
Erlernte Bewegungsabläufe werden nach und nach vergessen, häufig ist ein ausgeprägter Bewegungsdrang typisch (2. Stadium)

Erhöhte Sturzgefahr verstärkt durch Stufen, Schwellen und Teppiche. Bodengestaltung: starke Helligkeitskontraste (Fußbodenwechsel) können Irritationen verursachen und ein Sturzrisiko darstellen.

Bewusste Gestaltung der Wegeerschließung / Sturzprophylaxe durch barrierefrei bzw. barrierearme Erschließung

Norm Barrierefreies Bauen: DIN18040-1 / 18040-2 (früher DIN18025)

Mögliche sensorische und motorische Beeinträchtigungen und sich daraus folgernde räumliche Anforderungen



AB = Altersbedingt



III.

Bedürfnisse

WELCHE BEDÜRFNISSE HAT
EIN MENSCH MIT DEMENZ
UND WIE KANN DIE
RÄUMLICHE UMWELT
DARAUF POSITIV REAGIEREN?

III. Bedürfnisträger: Mensch mit Demenz

Die eigenen vier Wände gewinnen mit dem Alter an noch größerer Bedeutung als ohnehin schon. Mit zunehmendem Alter verbringen Menschen hier deutlich mehr Zeit. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008: 36)

Wohnen „trägt entscheidend zu Lebensqualität, Wohlergehen und Zufriedenheit bei (...)“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013: 9) Bedarfsgerechter Wohnraum kann verschiedene Bedürfnisse älter werdender Menschen erfüllen.

Ruhe, Erholung, Sicherheit und Vertrautheit sind mit unter Qualitäten, die eine Wohnung bietet. Diese Faktoren werden für viele Menschen mit dem Alter immer wichtiger. Wohnqualität ist ein wesentlicher Indikator für Lebensqualität.

„Wohnen“ kann als Bedürfnisbefriedigung eines Menschen verstanden werden, denn eine Wohnung bietet Schutz und Rückzug. Die UNO-Generalversammlung hat mit der Resolution 46/91 „Grundsätze der Vereinten Nationen für ältere Menschen“ den Lebens- und Wohnbedingungen große Bedeutung verliehen und darüber hinaus fünf Kategorien festgelegt, unter welchen Bedingungen alte Menschen leben sollen:

**Unabhängigkeit, Partizipation,
Fürsorge, Selbstverwirklichung
und Würde.**

In Bezug auf die Lebens- und Wohnbedingungen betont die UNO, dass ältere Menschen so lange wie möglich selbstständig wohnen und aktiv bleiben sollten. (Tauke 2009: 9) Dieser Ansatz wird vor allem in folgenden festgeschriebenen Grundsätzen deutlich:

Definition

Ein Bedürfnis ist das Verlangen oder der Wunsch, einem empfundenen oder tatsächlichen Mangel Abhilfe zu verschaffen.

(Website Wikipedia, Bedürfnishierarchie)

1. Ältere Menschen sollen durch eigenes Einkommen, durch Unterstützung seitens ihrer Familie, der Gemeinschaft und Selbsthilfe in ausreichendem Maße Zugang zu Nahrung, Wasser, Kleidung und Gesundheitsversorgung haben. (...)

5. Ältere Menschen sollen in einer Umgebung leben können, die sicher ist und ihren persönlichen Präferenzen sowie ihren sich ändernden Fähigkeiten anpasst.

6. Ältere Menschen sollen so lange wie möglich zu Hause leben können. (...)

13. Ältere Menschen sollen eine geeignete Betreuung in Anspruch nehmen können, die ihnen Schutz, Rehabilitation sowie soziale und geistige Anregung in einer humanen und sicheren Umgebung bietet.

14. Ältere Menschen, die in einem Heim oder einer Pflege- oder Behandlungseinrichtung untergebracht sind, sollen die Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können; worunter auch ihre Würde, ihre Anschauungen, ihre Bedürfnisse, und ihre Privatsphäre sowie ihr Recht, über ihre Betreuung, Pflege und Lebensqualität eigenständig zu entscheiden, uneingeschränkt zu wahren ist.

15. Ältere Menschen sollen die Möglichkeiten zu ihrer persönlichen Entfaltung voll ausschöpfen können. (...)

18. Ältere Menschen sollen ohne Unterschied nach Alter, Geschlecht, rassischer oder ethnischer Herkunft, Behinderung oder sonstiger Stellung gerecht behandelt und unabhängig von ihrem wirtschaftlichen Beitrag geschätzt werden.

Auszug Resolution der Generalversammlung,
46. Tagung, 16. Dezember 1991

(Website UN)

Es ist in der Verantwortung von Bauherren, Trägerschaften, Behörden, Innenarchitekten, Architekten, Designern, usw. Lebensräume zu generieren, welche älteren Menschen ein möglichst langes, selbstbestimmtes und selbstständiges Leben ermöglichen. Der Alltag der Bauwelt sieht aber anders aus. Hingegen der Heterogenität im Alter (vgl. I.2) sind die dargestellten Altenbilder in Kommunen und Sozialverbänden „noch allzu oft stereotyp.“ (Becker/Cachola Schmal/Haas 2013: 8) Auch wenn die Gruppe der Achzigjährigen (vgl. Website Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) die am stärksten wachsende Altersgruppe ist, so „ist es bei vielen Neubauprojekten, öffentlichen wie privaten, noch immer keine Selbstverständlichkeit, dass Gesichtspunkte des demografischen Wandels hinreichend berücksichtigt werden.“ (Becker/Cachola Schmal/Haas 2013: 14). Die projizierte Zielgruppe sind vielerorts bevorzugt „junge, gesunde Erwachsene“, anstatt Kinder und ältere Menschen. (Becker/Cachola Schmal/Haas 2013: 8)

Weitaus differenzierter ist die Konzeption von Wohnmodellen für Menschen mit Demenz. Klar ist, dass sich, wie die meisten Menschen, in der Regel auch demente Menschen in ihrem vertrauten Lebensraum am wohlsten fühlen und sich am besten zurecht finden. Ältere Menschen wünschen sich so lange wie möglich daheim leben zu können. (Website Planung Barrierefrei) Die Aufmerksamkeit kann sich deshalb nicht allein auf Neubauprojekte richten, sondern muss sich auch dem Wohnbestand widmen.

Es gibt bereits viele Lösungsansätze, wie der eigene Wohnraum altengerecht bzw. barrierearm bzw. barrierefrei umgestaltet werden kann. Der Laie selber kann sich über Wohnplattformen und Beratungszentren darüber informieren, mit welchen Mitteln dies geschehen kann.

Viele Maßnahmen mögen dem funktionalen An-

Abb. 26: Altersgerecht?



Qu. Fotos (von li. ob., nach re. un.): (1) Website Marienhospital, (2) Website Auforum, (3) Website Wikipedia, (4) Website Hilfsmittel Aktuell, (5) Website Medicalexpo, (6) Website Auforum

spruch vielleicht genügen. Betrachtet man sie aber aus ästhetischer Sicht, so sind es vor allem Lösungen, die an den Defiziten des Alterns ansetzen. Es schießen einem eher Adjektive wie „alt“, „krank“ und „pflegebedürftig“ in den Kopf, als „würdevoll“, „ansprechend“, „gewinnbringend“. Es scheint geradezu verständlich, dass man ein barrierefreies Bad, oder einen altersgerechten Zugang zu seiner Wohnung erst in Anspruch nehmen will, wenn es ohne wirklich nicht mehr geht. Viele Produkte, die einen Menschen mit Einschränkungen unterstützen sollen, haben eine abschreckende Gestaltungssprache. Manche suggerieren dem Nutzer förmlich krank zu sein, ohne dass er es tatsächlich ist. Schwierig ist das vor allem auch bei Produkten und baulichen Maßnahmen, die nachträglich installiert werden und somit meistens im harten Kontrast zum Bestand stehen, wie beispielsweise Haltegriffe, Treppenlift, usw. (vgl. Abb. 26).

Nachträgliche Maßnahmen können verstärkt bei Menschen mit Demenz zu schwerwiegenden Konflikten führen. Denn die Bereitschaft für Veränderungen stößt bei dementen Menschen meist auf großen Widerstand und kann den allgemeinen Zustand sogar deutlich verschlechtern. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 119)

Gerne wird bei Gestaltungskonzepten für Menschen mit Einschränkungen der Begriff „bedarfsgerecht“ genutzt und meint damit Gestaltungsansätze, die den Bedürfnissen einer bestimmten Zielgruppe entsprechen. Dabei werden oft rein praktische Bedürfnisse gefiltert, deren Lösung dann nicht über Raumprogramme und rein funktionale Produkte hinaus gehen. Bei bedarfsgerechter Gestaltung für alte Menschen geht es viel mehr darum, was der Nutzer nicht mehr (leisten) kann und welche Probleme er hat. Was ein alter oder demenzieller Mensch aber für ästhetische Ansprüche hat, wird nicht selten außen vor gelassen. Der Hauptkritikpunkt, auf dem dieses Ka-

pitel aufbaut ist deshalb die Herangehensweise davon auszugehen, was jemand nicht mehr kann und nicht was jemand noch kann, welche bei Gestaltern, Sozialpädagogen, Ärzten usw., stark verbreitet ist. Oder weiter gedacht, was jemand braucht, damit derjenige etwas (wieder) kann. Verschiedene Ansätze in der Therapie von Menschen mit Demenz haben verinnerlicht, den Menschen mit Demenz anzusprechen, zu aktivieren und seine Kompetenzen zu fördern (Validation, Basale Stimulation, Biografiearbeit). Ebenso sollten Gestalter diese Grundsätze/Gestaltungsprinzipien zunächst einmal für sich definieren und dann verinnerlichen.

Dafür es wichtig, sich erstens mit dem Krankheitsbild auseinanderzusetzen (vgl. II.) und im zweiten Schritt anzuerkennen, dass Menschen mit Demenz Bedürfnisse haben. Aufbauend auf dieser Erkenntnis und der Definition der Grundsätze/Gestaltungsprinzipien, sollten sich Gestalter auf die grundsätzlichen Bedarfe in ihrer Wohn- und Lebensraumkonzeption für alte und demenziell erkrankte Menschen beziehen.

Die zentrale Frage lautet deshalb: Was haben Menschen mit Demenz für Bedürfnisse und welche Bedarfe müssen aus Sicht der Innenarchitektur geschaffen werden, um diese zu befriedigen? Als Grundlage dienen Bedürfnistheorien von Abraham Maslow und Werner Obrecht. Sie sollen Aufschluss darüber geben, welche Bedürfnisse ein Mensch mit Demenz hat und welche Bedürfnisse mit der Raumgestaltung agieren bzw. von ihr abhängig sind. Die Interpretation erfolgt auf dem Wissensstand der Autorin und ist kein Garant für eine allgemeingültige Aussage.

Definition

Bedarf ist das konkrete, greifbare Verlangen nach bestimmten Gütern/Mitteln/Dingen/Dienstleistungen zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. (vgl. Schlüter 01.06.2014)

Abb. 27: Frau im Pflegeheim

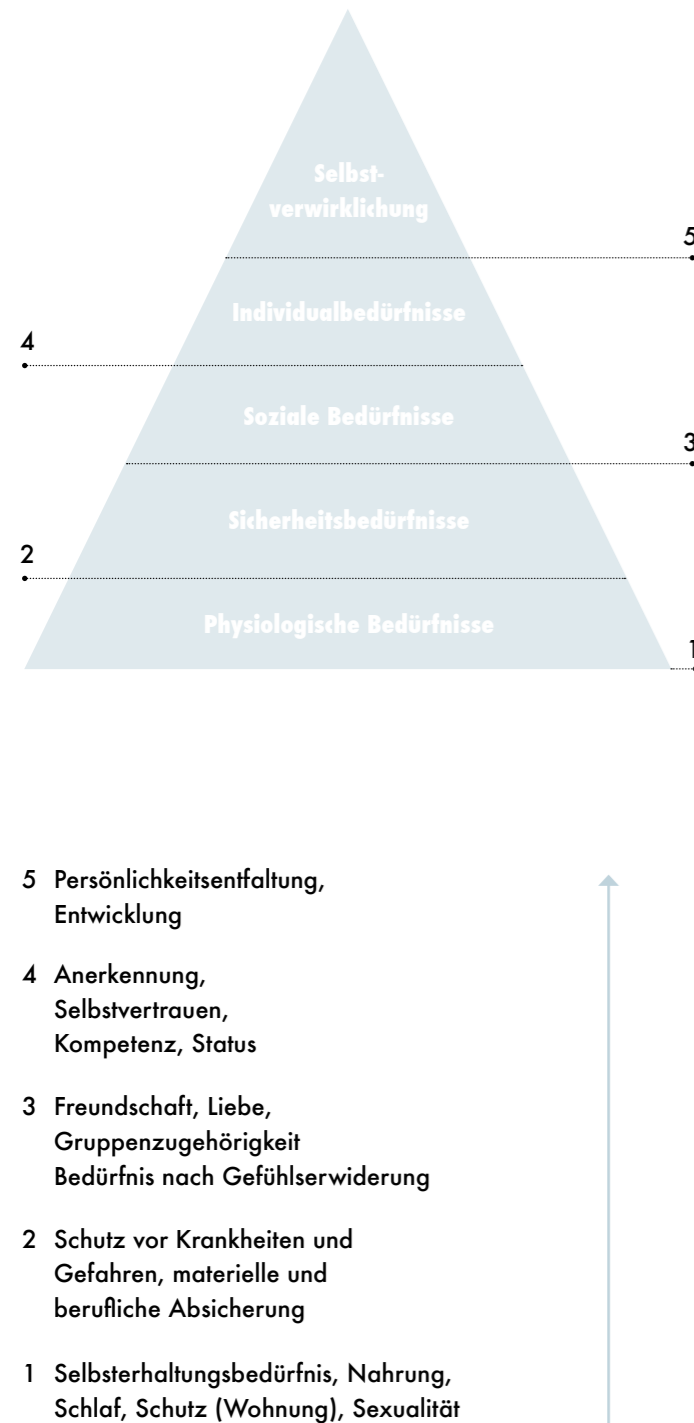


Qu.: Website Granser, Peter Granser

III.1. Bedürfnistheorien nach Abraham Maslow und Werner Obrecht

Abb. 28: Maslowsche Bedürfnispyramide

Qu: Website Wikipedia (Eigene Darstellung)



Über die Bedürfnisse eines Menschen hat, wurden verschiedene Theorien aufgestellt. Eine der bekanntesten Bedürfnistheorien ist mit die sogenannte Bedürfnispyramide, die Abraham Maslow in seiner sozialpsychologischen Theorie beschreibt. Die Bedürfnispyramide ordnet die Bedürfnisse eines Menschen in fünf Stufen an. Ist die erste Bedürfniskategorie „Physiologische Bedürfnisse“ befriedigt (zu ca. 70%), tritt die nächsthöhere Kategorie „Sicherheitsbedürfnisse“ in den Vordergrund. Ist diese erfüllt, kann das nächste Bedürfnis gestillt werden usw.. (Website Wikipedia, Bedürfnishierarchie)

Die Grundbedürfnisse unterscheiden sich in ihrer Ausprägung von Mensch zu Mensch. Ebenso variiert der Sättigungsgrad stark von den individuellen Erwartungen. Ungeachtet dessen spielen die Herkunft und Erziehung dem individuellen Bedürfnis eine besondere Rolle zu. (Website Wikipedia, Bedürfnishierarchie)

Interpretiert man diese Theorie auf die Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz, so wird vor allem die Bedeutung des „Schutzes“ deutlich, dessen wichtige Funktion gerade im Alter die Wohnung übernimmt. „Schutz“ ist laut Abraham Maslow ein physiologisches Bedürfnis (vgl. Abb. 28).

Generell stellt das Sicherheitsbedürfnis eine wichtige Kategorie dar. Durch den Verlust der kognitiven Fähigkeiten, kommt es zur Fehlinterpretation der Umwelt, weshalb sich ein Mensch mit Demenz oftmals unbewusst Gefahren aussetzt (vgl. II.1).

Eine weitere anerkannte Bedürfnistheorie ist die von Werner Obrecht, Professor an der Hochschule für Soziale Arbeit in Zürich. Kasper Geiser, ebenfalls Professor an der Hochschule für Soziale Arbeit in Zürich, beschreibt in seinem Buch „Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit“ die bio-psycho-soziale Theorie menschlicher Bedürfnisse von Werner Obrecht.

Seiner Ansicht nach ist ein zentraler Aspekt der Sozialen Arbeit die Bedürfnisbefriedigung ihrer Adressaten (Klienten), da die Nichtbefriedigung ihrer Bedürfnisse zu einem Problem bzw. ihre Erfüllung zu einer Lösung führen kann. (vgl. Geiser 2009: 55 ff.) Die Befriedigung der Bedürfnisse eines Menschen führt zu einem „Soll-Zustand“, der auf biologischen, psychischen und sozialen Werten basiert. In dieser theoretischen Sichtweise kommen dem Gehirn die entscheidenden Funktionen zu (Geiser 2009: 53):

- Es registriert Bedürfnisse, denen zufolge Motivation erzeugt wird, als Absicht zu Handeln;
- es ist zu Kognitionen fähig, die zwischen Selbst- und Umweltbild eine Beziehung herstellen, Orientierung erzeugen hinsichtlich Raum und Zeit, Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung erkennen und auf diese Weise Motivation erzeugen,
- es steuert das zielgerichtete, problemlösende (und Bedürfnisbefriedigende) Handeln.

Die Bedürfnistheorie setzt sich aus drei Klassen (-> „Systeme“) zusammen (vgl. Analyse 2): „Individuen, ausgestattet mit einem Zentralnervensystem (**biologisches Niveau**), müssen, um sich wohl zu befinden und gesund zu bleiben, ihre Bedürfnisse befriedigen; dazu sind sie auf Selbstwissen und Wissen über die Welt, insbesondere über andere Menschen angewiesen (**biopsychisches Niveau**); dieses Wissen erwerben sie unter anderem als Mitglieder von sozialen Systemen (**biopsychosoziales Niveau**).“ (Geiser 2009: 56)

Für das Zusammentragen der Bedürfnisse eines Menschen ist es wichtig, das das Individuum zunächst einmal selber zu analysieren. Um das Den-

ken, Fühlen und Handeln von Individuen nachvollziehen zu können, muss man ihre soziale Position in ihrer sozialen Umwelt analysieren („Analyse des Individuums“). (Geiser 2009: 93)

Jeder Mensch ist Träger dieser Bedürfnisse – mit oder ohne Demenz. Dennoch gibt es Unterschiede wie stark bestimmte Bedürfnisse bei einem Individuum ausgeprägt sind. Ebenso lässt sich sagen, dass bei Menschen mit Demenz, aufgrund der krankheitsbedingten Sekundärsymptome, bestimmte Bedürfnisse stärker ausgeprägt sind als bei Menschen ohne Demenz.

Für die Gestaltung stellt sich die Frage, inwiefern die räumliche Umgebung im besten Falle bedarfsgerecht gestaltet sein sollte, um Bedürfnisse, die an den Raum gekoppelt sind, zu befriedigen.

Doch welche Bedürfnisse können überhaupt durch das architektonische Milieu erfüllt werden? Analysiert man die biologischen, biopsychischen und biopsychosozialen Bedürfnisse, gibt es durchaus Bedürfnisse, die mit der Gestaltung bzw. Innenarchitektur in Verbindung stehen (vgl. Analyse 2).

Die folgende Analyse fasst die Bedürfnisse, die in Verbindung mit der Innenarchitektur eines Raumes stehen, zusammen. Im zweiten Schritt werden daraus resultierende „räumliche Anforderungen“ erläutert und im dritten Schritt beispielhaft in „praktische Anwendungen“ übersetzt.

Die Innenarchitektur kann nur einen Anteil der Bedarfe berücksichtigen bzw. befriedigen (oder bearbeiten). Eine ganzheitliche Erfüllung der Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz bleibt ein interdisziplinärer Prozess.

BEDÜRFNISTHEORIE NACH W. OBRECHT

BEDEUTUNG FÜR INNENARCHITEKTUR

RÄUMLICHE ANFORDERUNGEN

ÜBERSETZUNG IN PRAKTISCHE ANWENDUNG

BEDÜRFNISSE AN DAS ARCHITEKTONISCHES MILIEU

I. Biologische Bedürfnisse
 1. nach physischer Integrität, d.h. nach Vermeidung von Verschmutzung, das Wohlbefinden reduzierenden (schmerzhaften) physikalischen Beeinträchtigungen (Hitze, Kälte, Nässe); Verletzungen sowie Gewalt;
 2. nach den für die Selbsterhaltung (Autopoiese) erforderlichen Austauschstoffen: a) Nahrung (Stoffwechsel), b) Wasser und c) Sauerstoff;
 3. nach sexueller Aktivität und nach Fortpflanzung;
 4. nach Regenerierung;

II. Biopsychische Bedürfnisse
 5. nach wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation durch a) Gravitation, b) Schall, c) Licht, d) taktile Reize (sensorische Bedürfnisse);
 6. nach schönen Formen in spezifischen Bereichen des Erlebens (Landschaften, Gesichter, unversehrte Körper); ästhetische Bedürfnisse;
 7. nach Abwechslung/Stimulation
 8. nach assimilierbarer orientierungs- und handlungsrelevanter Information:
 a. Bedürfnis nach Orientierung;
 b. nach einem der gewünschten Information angemessenen Code (Bedürfnis nach „Sinn“), d.h. nach dem Verstehen dessen, was in einem und um seinem herum vorgeht und mit einem geschieht, insofern man davon Kenntnis hat (...);
 9. nach subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnung auf Erfüllung;
 10. nach praktischen Kompetenzen, Regeln und Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen in Abhängigkeit der subjektiv relevanten Ziele (Kontroll- oder Kompetenzbedürfnis);

III. Biopsychosoziale Bedürfnisse
 11. nach emotionaler Zuwendung (Liebe, Freundschaft, aktiv und passiv) (Liebesbedürfnis);
 12. nach spontaner Hilfe (Hilfebedürfnis);
 13. nach sozial (kulturell) er Zugehörigkeit durch Teilnahme im Sinne einer Funktion (Rolle) innerhalb eines sozialen Systems (Familie, Gruppe, Gesellschaft (Mitgliedschaftsbedürfnis);
 14. nach Unverwechselbarkeit (Identität);
 15. nach Autonomie;
 16. nach Fairness;
 17. nach Kooperation
 18. nach sozialer Anerkennung (Funktion, Leistung, Rang)
 19. nach Gerechtigkeit
 (vgl. Geiser 2009: 352-353)

– Schutz vor äußeren Einflüssen (physikalische, chemische) und Verletzungen
 – Rückzug, Erholung, Sicherheit Ruhephasen
 – Sensorische Stimulation durch Akustik, Licht, Farbe und haptische Reize
 – Ästhetik, Schönheit, Wunsch nach ästhetischem Erleben
 – Aktivierung, Anregung durch (visuelle, akustische) Stimulation
 – Orientierung, Fähigkeit Informationen und Funktionen zu erfassen und im Alltag anzuwenden

– Schutz vor äußeren Einflüssen (Hitze, Kälte, Nässe), automatisch oder gesteuert, Schutz vor Verletzungen (Sturzprophylaxe)
 – Rückzugsmöglichkeiten
 – Förderung sensorischer Stimulationen im Raum: hören, sehen, fühlen, riechen (Reizpotenzierung)
 – Ästhetische Gestaltung, also nicht nur rein funktional
 – Anregende Gestaltung durch Stimulierung visueller, akustischer Reize
 – Leichte Orientierung im Raum, intuitive Bedienung von Funktionen

– Einsatz von AAL's und Installationstechnik zur Regulierung von Heizung, Klimaanlage und Wasserversorgung, Barrierefreiheit
 – beruhigende Ruhezeiten im privaten und öffentlichen Bereich, drinnen wie draußen
 – siehe Analyse 1
 – Individuelles Ästhetikempfinden erkennen und reagieren
 – Aufforderungscharakter durch anregende Gestaltung, Monotonie vermeiden
 – Orientierung durch Einsatz von Farbe, Licht und Form (vgl. Analyse 1)

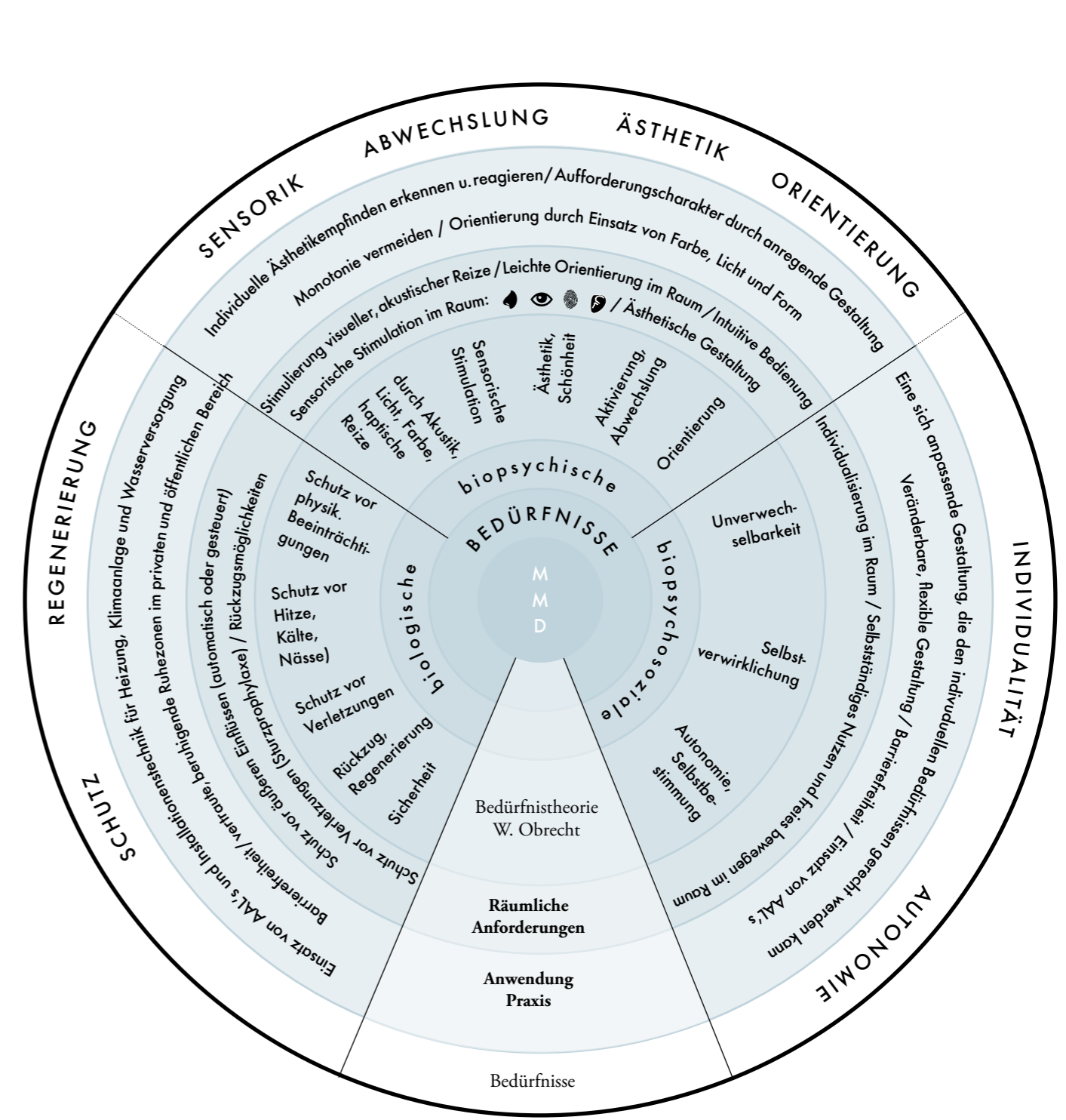
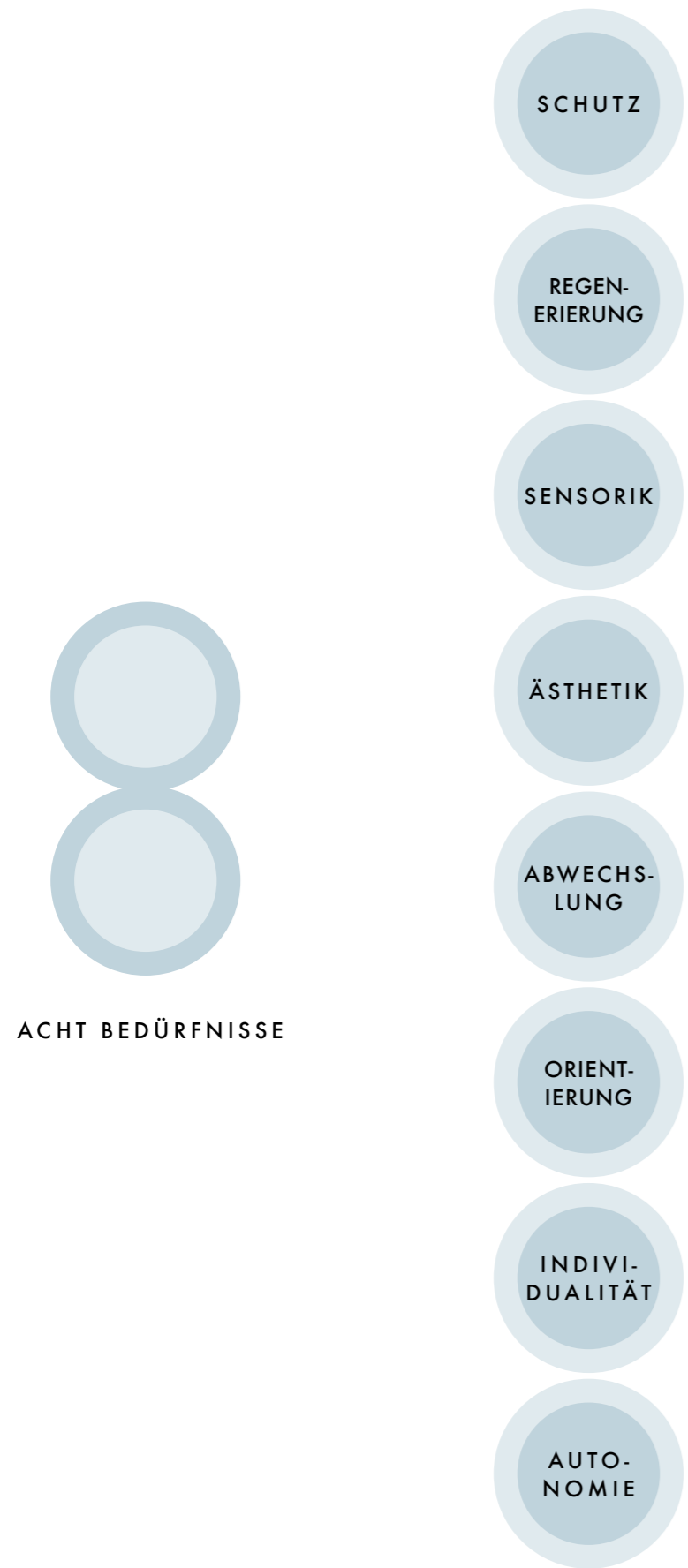
– Veränderbare, flexible Gestaltung
 – Eine sich anpassende Gestaltung, die den individuellen Bedürfnissen gerecht werden kann, Barrierefreiheit, Einsatz von AAL's



HANDLUNGSEMPFELHUNG

schwarz: Bedürfnisse mit Bezug zur Innenarchitektur
 grau: weitere Bedürfnisse ohne direkten Bezug zur Innenarchitektur

Mögliche Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und sich daraus folgernde räumliche Anforderungen



HANDLUNGSEMPFELHUNG

III.2. Welche Bedürfnisse hat ein Mensch mit Demenz im Verlauf einer Alzheimer-Demenz?

Abb. 29: Blickrichtungswechsel



Qu.: Website Konfetti im Kopf, Michael Hagedorn

BLICKRICHTUNGSWECHSEL

Um ein Lebensumfeld zu schaffen, welches einen Betroffenen dabei unterstützt möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt zu leben, muss man sich mit den Veränderungen seines Wesens und seinen Bedürfnissen befassen.

Die Bedürfnistheorien von Maslow und Obrecht haben einen Überblick gegeben, welche Bedürfnisse ein Mensch mit Demenz haben könnte.

Es ist wichtig hier nochmal zu betonen, dass

1. Menschen mit Demenz individuelle Bedürfnisse haben und es keine allgemeingültige Antwort gibt.
2. Es kaum Erkenntnisse gibt, wie ein Mensch mit Demenz fühlt und was er empfindet; welche Bedürfnisse er hat.

Aber wir wissen, dass durch den Untergang der Nervenzellen die Instrumente des Denkens wie Sprache, Gedächtnis, Handlungsfähigkeit und Wiedererkennungsfähigkeit verloren gehen. Der Mensch verlernt sich Dinge zu merken, sich zu orientieren, sich auszudrücken und zu verstehen, Gesichter und Gegenstände zu erkennen. (Steen

2012: 12) Die irdische Welt lässt sich gedanklich nicht mehr begreifen.

Es ist zudem bekannt, dass ein Mensch mit Demenz dadurch seine Sinne neu „kalibriert“. Dadurch, dass die kognitiven Fähigkeiten nach und nach weniger werden, rücken die sensorischen, die motorischen Fähigkeiten in den Vordergrund (vgl. Steen 2012: 12), aber auch vor allem Emotionen und Gefühle. Menschen mit Demenz sind wie „Seismografen“, die sehr sensibel auf Atmosphären und Stimmungen reagieren können. (vgl. Schröder 06.05.2014)

Demenz wird immer mehr als psychologisches Entwicklungsgeschehen aufgefasst und nicht nur als einen Verlauf einer Krankheit. „Diese Sichtweise eröffnet die Möglichkeit, sich den verschiedenen individuellen Seinsformen der Demenz positiv zu nähern, ohne stets die kognitiven Defizite der Betroffenen hervorzuheben.“ (Myllymäki-Neuhoff 2009: 30)

Menschen mit Demenz betreten eine neue Lebensphase, die sich im Verlauf der Demenz immer mehr der emotionalen Gefühls- und Herzensebene annähert. (vgl. Schröder 06.05.2014)

Abb. 30: Lebensphasen in der westlichen und östlichen Kultur

Qu: Schröder 06.05.2014 (Eigene Darstellung)

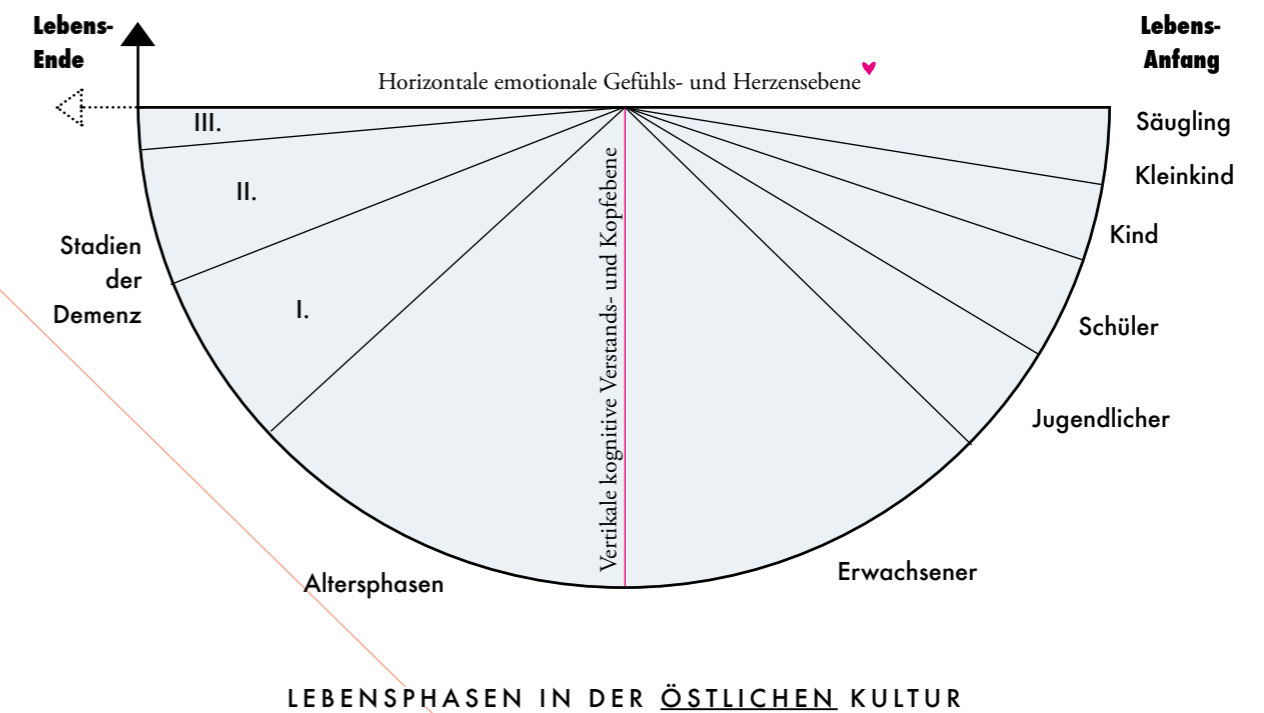
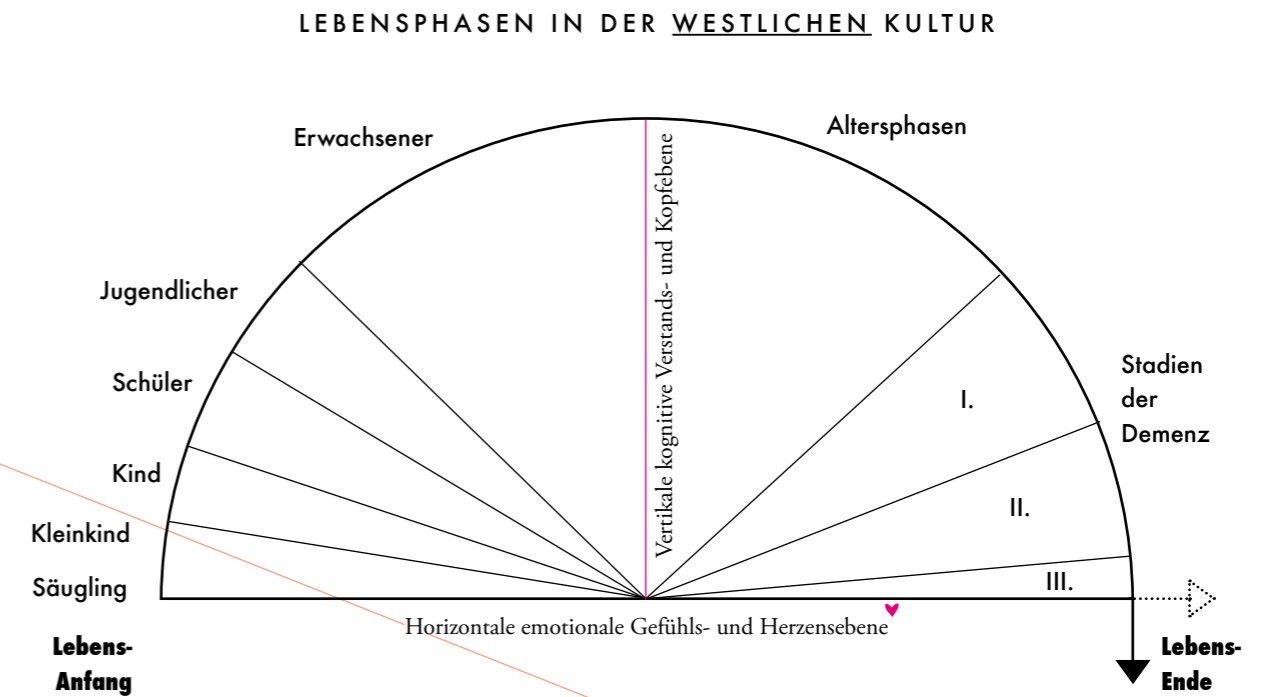
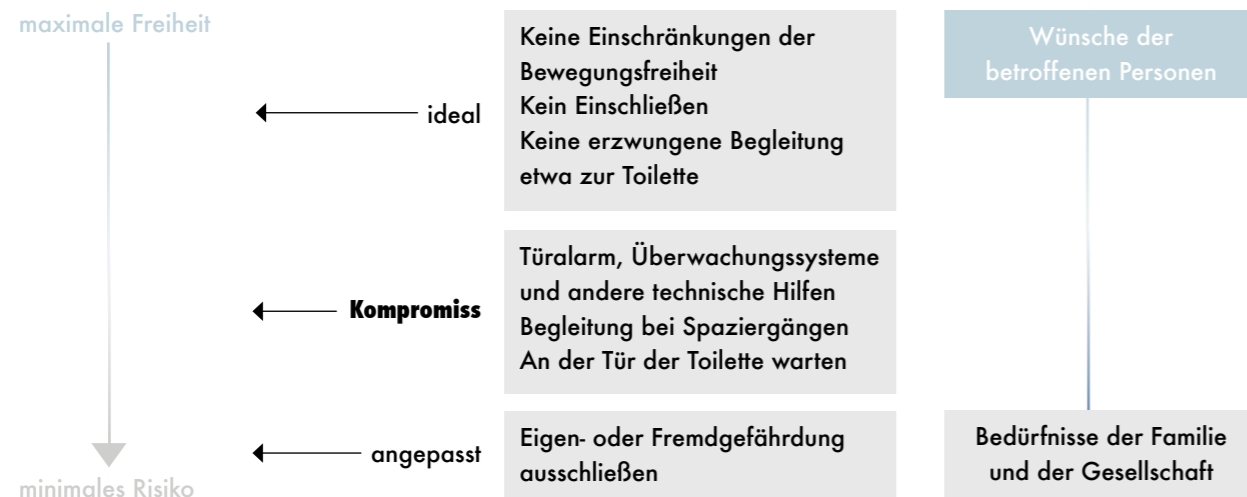


Abb. 31: Maximale Freiheit - Minimales Risiko bei Bewegungsfreiheit

Qu: Nuffield Council on Bioethics aus Demenzreport (Eigene Darstellung)



Nach allgemeinem Verständnis der westlichen Gesellschaft, befindet sich ein Mensch ungefähr in der Mitte seines Lebens auf dem Höhepunkt, wenn seine kognitive Verstands- und Kopfebene am weitestens ausgeprägt ist (vgl. Abb. 30). Dagegen gehen viele Menschen der östlichen Gesellschaft davon aus, dass ein Mensch in seinem Leben zweimal auf dem „Höhepunkt“ befindet: als Säugling und als alter (dementer) Mensch (emotionale Gefühls- und Herzensebene). (vgl. Schröder 06.05.2014)

Fehlleistungen in der Raumerinnerung und das Schwinden der spontanen Raumanpassungsfähigkeit, konfrontieren den Betroffenen regelmäßig mit Grenzsituationen. (Myllymäki-Neuhoff 2009: 30) Das bedeutet, dass Bedürfnisse wie **Orientierung, Schutz, Selbstbestimmung und Sicherheit** im Alter eine besondere Gewichtung bekommen, denn „ein wesentliches Kriterium (...) ist es für eine Person sich kompetent, autonom und sicher zu fühlen.“(Myllymäki-Neuhoff 2009: 30)

Der Begriff Selbstbestimmung enthält im Zusammenhang mit Demenz teilweise „heikle“ Aspek-

te. (Sütterlin/Hoßmann/Klingholz 2011: 58) Wie kann die Autonomie eines demenziell erkrankten Menschen gewahrt werden, wenn er seine Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr eindeutig artikulieren kann und womöglich durch sein Verhalten sich und andere Menschen gefährdet?

Selbstbestimmung versus Versorgungssicherheit. Das klingt nach einem Kompromiss und ist auch einer. Die Selbstbestimmung eines Menschen mit Demenz zu unterstützen, heißt auch abzuwägen, welche unmittelbaren Konsequenzen das für die Angehörigen und Betreuenden hat. „Selbstbestimmung ist grundsätzlich als Selbstbestimmung in Abhängigkeit zu verstehen.“ (Website Demenz Support)

Wenn man die Bedürfnisse eines Menschen definiert, dann muss man auch die Bedürfnisse der Menschen miteinbeziehen bzw. gegenüberstellen, die den Betroffenen betreuen und pflegen (Partner, Familie, Pflegekräfte, usw.). Folgendes Beispiel erläutert so einen Prozess:

Hat ein Betroffener einen ausgeprägten Bewegungsdrang und neigt dazu selbstständig das Haus zu verlassen, dann möchten die betreu-

Abb. 32: Mann im Pflegeheim



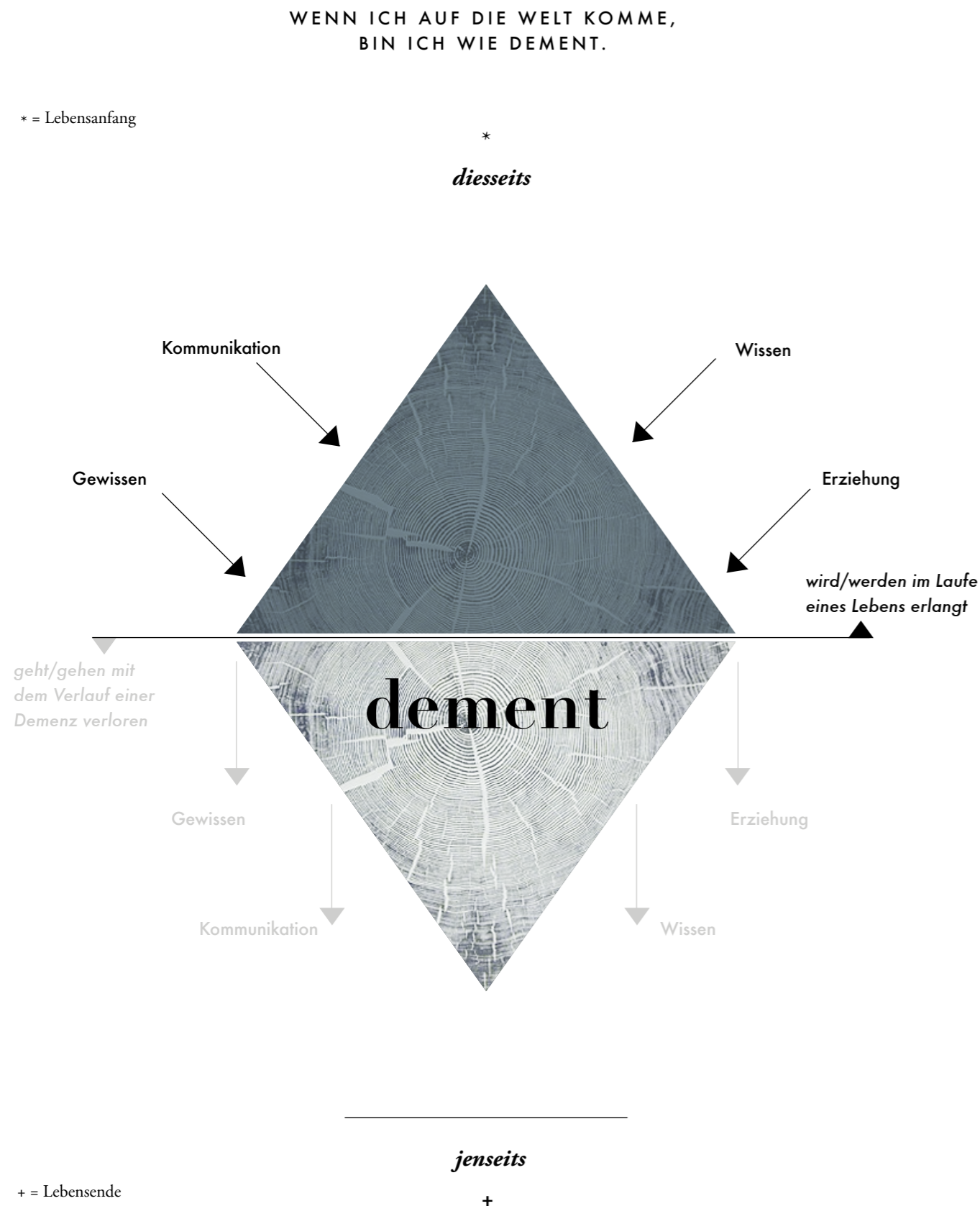
Qu.: Website Granser, Peter Granser

den Personen sichergehen, dass dadurch kein Risiko für ihn (dementer Mensch) noch für Andere entsteht. Anstatt denjenigen einzusperren oder gegenteilig dem Risiko auszusetzen, dass er z.B. verloren geht, wäre ein möglicher Kompromiss: 1. An der Tür einen Alarm zu installieren, damit die Betreuenden wissen, wann der Betroffene das Haus/die Wohnung verlässt. 2. Ihn bei den Spaziergängen zu begleiten. 3. Technische Hilfsmittel einzusetzen (vgl. Abb. 31).

Es ist daher wichtig, dass Angehörige, Pflegenden und Betreuende über die gesamte Dauer der Erkrankung stets abwägen, welche Bedürfnisse der Betroffene akut hat und wie man diese befriedigen kann. Denn die Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz wandeln sich. (Sütterlin/Hoßmann/Klingholz 2011: 69) Während der Betroffene in den ersten beiden Stadien besondere Verhaltensweisen an den Tag legt und relativ agil ist, so zieht er sich in der dritten und letzten Phase (schwere Demenz), bereits stark zurück. „Sprachliche Kommunikation ist kaum mehr möglich (...), die zeitliche Orientierungsstörung ist soweit fortgeschritten, dass Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

nun endgültig an Bedeutung verloren haben. (...)“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 95) Die motorischen und koordinierenden Fähigkeiten sind immer stärker gestört; Bewegungsabläufe gelingen nicht mehr. Den Kopf selbstständig zu heben, zu lächeln und zu schlucken wird immer schwieriger. Der Betroffene ist von seiner Umgebung nun voll und ganz abhängig. (Steen 2012: 8) „Die selbständige Lebensfähigkeit ist aufgehoben.“ (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 96) An die Betreuung, Pflege und räumliche Umgebung nun ganz andere Anforderungen als in den vorhergehenden Stadien gestellt werden. In den meisten Fällen entscheiden sich die Angehörigen spätestens jetzt für eine Verlegung in ein stationäres Pflegeheim. Durch die stark abweichenden Anforderungen auch an die räumliche Umgebung und Funktionen zum 3. Stadium (umweltbezogene Bedürfnisse), wird sich die Analyse deshalb auf das 1. und 2. Stadium der Alzheimer-Demenz konzentrieren.

Abb. 33: diesseits / jenseits



III.2.a) Rückschlüsse aus den besonderen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz

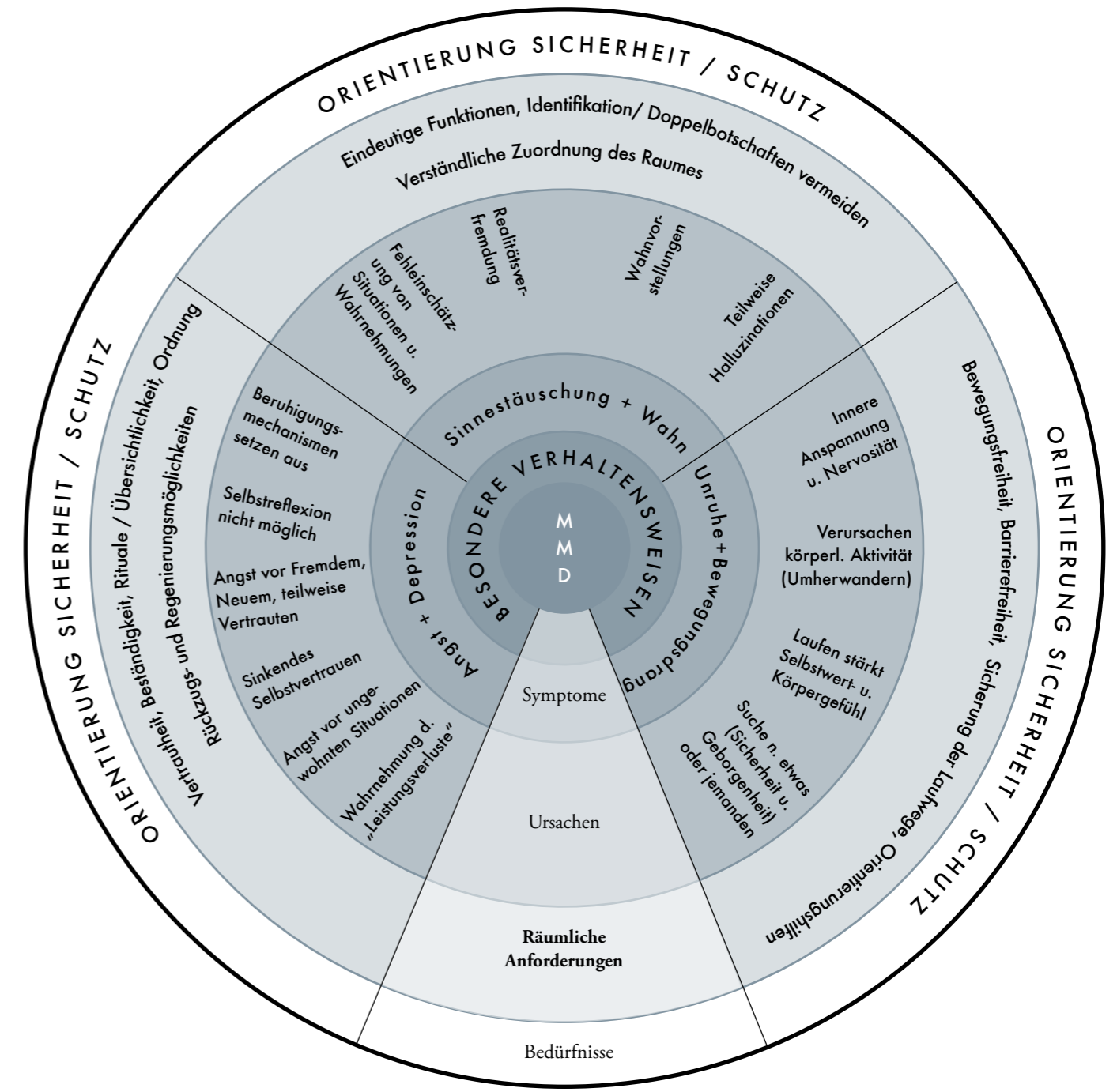
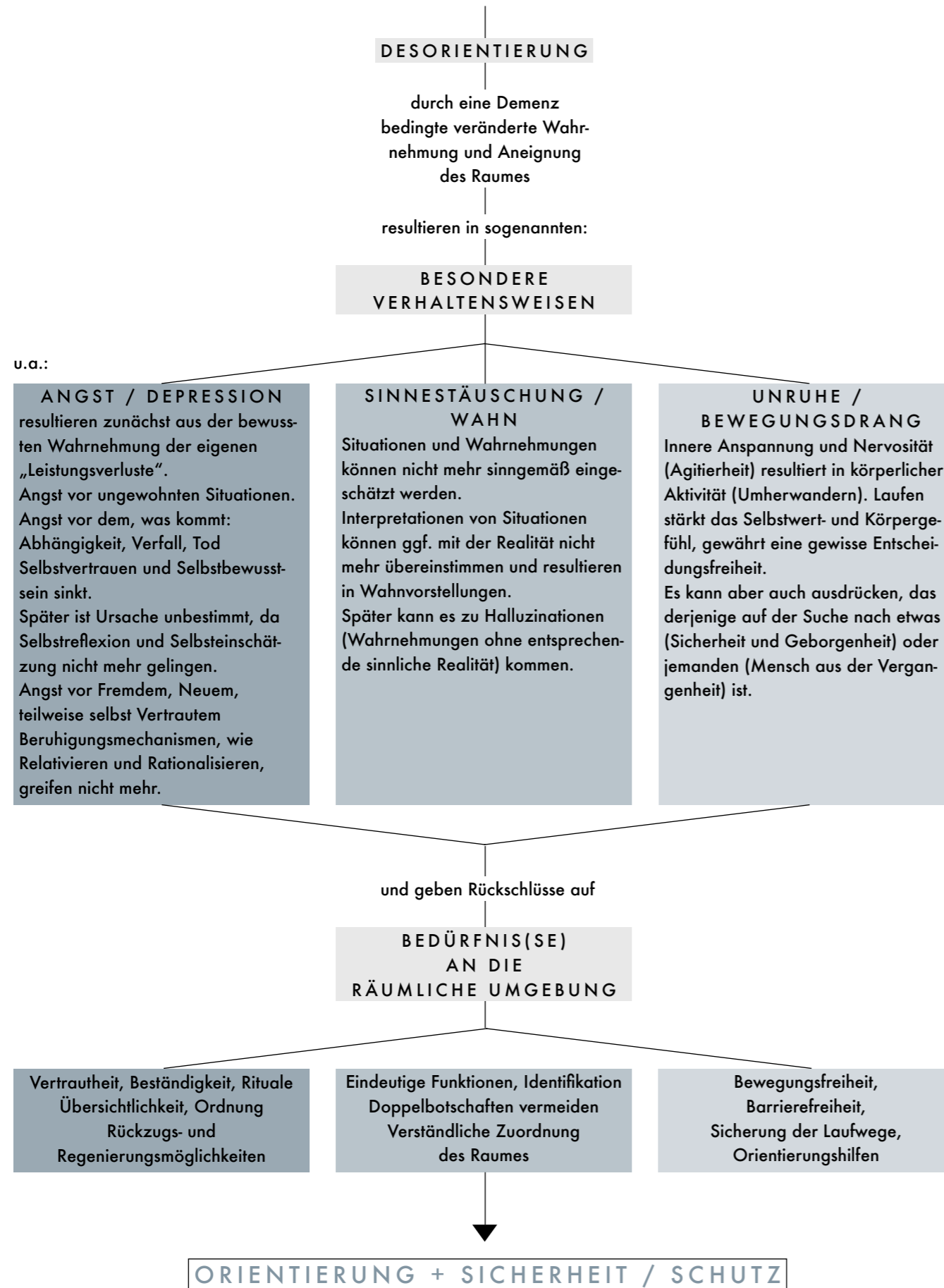
Menschen mit Demenz entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung besondere Verhaltensweisen (vgl. II.2.b), die individuell stärker, schwächer oder gar nicht ausfallen können. Begründet liegt dieses Verhalten, wie bereits erwähnt, in dem Verlust der geistigen Fähigkeiten, die neben dem Verhalten, auch die Wahrnehmung und das Erleben des Betroffenen beeinträchtigen. Diese Erkenntnis mag einem in der Theorie logisch vorkommen. In der Praxis aber können diese Handlungsmuster Angehörige und betreuende Personen, durch die damit verbundene Veränderung der Persönlichkeit der Menschen und ihre „neue“ Sichtweise auf die Welt, Umgebung und Mitmenschen, vor besondere Herausforderungen stellen. (vgl. Schröder 2012: 19) Sich mit den Auslösern des ‚neuartigen‘ Verhaltens zu beschäftigen ermöglicht Rückschlüsse auf die eigentlichen Bedürfnisse und erleichtert darüber hinaus den alltäglichen Umgang damit. Denn oft ist „auffälliges Verhalten“ ein Hinweis auf ein Defizit, einen Wunsch, ein Bedürfnis. Der demente Mensch weiß sich nur nicht besser auszudrücken bzw. so wie er es einmal gelernt hat. Im Grunde ähnlich wie ein Säugling oder Kleinkind, wenn es schreit. Vieles ist eher ein Kommunikationsproblem und manches kann sich durch ein sensibilisiertes Umfeld lösen. Handlungsmuster von Menschen mit Demenz sind „untrennbar und wechselseitig mit dem sie umgebenden Wohnumfeld verflochten (...)“ (Myllymäki-Neuhoff 2009: 31) Doch was kann man von den besonderen Verhaltensweisen ablesen, die ein Mensch mit Demenz - in der Regel - aufzeigt? Welche Bedürfnisse kann man daraus erkennen? Und welche Rolle spielt das architektonische Milieu dabei? Im Kapitel „11.2.b) Besondere Verhaltensweisen“ wurden bereits die gängigen Handlungsmuster

beschrieben. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, daraus Bedürfnisse zu erfassen, um Erkenntnisse über mögliche gewinnbringende Interventionen im Raum zu erzielen. Dabei wird nochmal betont, dass die Bedürfnisse von Mensch zu Mensch verschieden sein können und sich im Verlauf ändern. Zu den typischen Verhaltensweisen gehören:

- Angst und Depression
- Misstrauen und Schuldsuche
- Sinnestäuschungen und Wahn
- Wiederholen gleicher Fragen
- Wiederholen gleicher Handlungsabläufe
- Unruhe und Bewegungsdrang
- 24-Stunden-Tag – nächtliche Unruhe
- Aggressives Verhalten

Für die Innenarchitektur sind vor allem **Angstzustände**, die auf das räumliche Umfeld zurückgeführt werden können, relevant. Genauso können **Sinnestäuschungen und Wahn**, auf Störfaktoren im räumlichen Umfeld hinweisen. **Unruhe und Bewegungsdrang** sind insofern von besonderer Bedeutung, da sie spezielle Anforderungen an die Umwelt (räumliches, städtisches) stellen. Darüber hinaus stellt Orientierungsfähigkeit ein wesentliches Sicherheitsbedürfnis dar, welches im Verlauf der Demenz mehr und mehr verloren geht. Desorientierung im Raum ist ein erhöhter Stressfaktor für den Betroffenen. Neben der Frage, wie die Gestaltung des räumlichen Umfelds des Betroffenen helfen kann sich selbstständig zu orientieren, ist von allgemeinem Interesse, was die Innenarchitektur zum Wohlbefinden beitragen kann. Wie bereits erwähnt, wird sich die Analyse auf das erste und zweite Stadium der Alzheimer-Demenz beziehen.

Besondere Verhaltensweisen eines Menschen mit Demenz und sich daraus folgernde räumliche Anforderungen





Neuestes Mittagsschlaf-Ritual meines Großvaters:
intuitiv – innovativ – kreativ

III.2.b) Rückschlüsse aus der offenen Beobachtung zweier Menschen mit Demenz

Einige der erläuterten, besonderen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz sind mir als Enkelin eines Großelternpaares mit Demenz nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis begegnet.

Meine Großeltern leben alleine in einem Einfamilienhaus am Tegernsee. Das Haus Feuerbach wurde Ende der dreißiger Jahren von den Eltern meiner Großmutter gebaut und viele Jahre als Gästehaus betrieben. Meine Großmutter hat einen Teil ihrer Kindheit hier verbracht und ist dadurch eng mit dem Haus verbunden.

Heute leben meine Großeltern im Erdgeschoss. Im 1. Obergeschoss befindet sich eine Ferienwohnung, die gelegentlich vermietet wird. Im 2. OG steht ein Gästezimmer für die Familie und ein Zimmer meiner Großmutter zur Verfügung. Mein Großvater verhält sich eher passiv, liest viel, schaut fern und seniert, während meine Großmutter sehr aktiv ist, den Haushalt schmeißt und den Alltag organisiert. Eine Rollenverteilung, die bis heute Bestand hat. So fallen die durch die Demenz bedingten Verhaltensmuster meiner Großmutter generell mehr auf.

Der Beginn der Alzheimer-Demenz verlief, wie so oft, schleichend. Am Anfang projizierte meine Großmutter Vergesslichkeiten auf ihren Mann, bei dem vor ca. sechs Jahren Alzheimer diagnostiziert wurde.

Irgendwann stellten wir fest, dass nicht nur mein Großvater leicht vergesslich war, sondern auch meine Großmutter. Irgendwann konnte sie die Steuer nicht mehr machen, das obligatorische Weihnachtsessen mit der leckersten Ente der Welt wurde in ein Wirtshaus verlegt, Enkel bekamen übertrieben viel Geld zugesteckt ;-) oder gar nichts mehr :-), die Gerichte wurden einfacher, März wurde Oktober, die Tütensammlung („kann

man noch brauchen“) immer umfangreicher und der Kühlschrank immer leerer.

Es wurde deutlich, dass sie Hilfe benötigen, um sich im Alltag zurecht zu finden. Leichter gesagt als getan für zwei Charaktere, die ungern Hilfe annehmen, schon gar nicht, wenn sie was kostet. Nach einigen Konflikten wurde ein „Versorgungsetting“ aufgestellt, das momentan zumindest so gut funktioniert, dass die beiden alleine leben können:

Nebenan wohnt meine Großtante, die für ihre kleine Schwester erste Ansprechpartnerin ist. Ein- bis zweimal täglich kommt eine Alltagshelferin, die „gute Seele“, bringt Lebensmittel vorbei und schaut nach dem rechten. Meine Mutter und meine Tante fahren jeweils einmal die Woche für einen Tag an den Tegernsee. Beide wohnen eine Stunde entfernt in München und sind berufstätig. Ein ambulanter Pflegedienst unterstützt seit kurzem einmal wöchentlich meinen Großvater bei der Körperhygiene.

Im März 2014 habe ich eine Woche mit ihnen verbracht und konnte einen Einblick in ihr Leben mit Demenz bekommen. Ein Auszug meiner Beobachtungen ist auf den folgenden Seiten dokumentiert. Einige sind aus dem Kontext der Innenarchitektur gegriffen. Ich erachte sie aber dennoch als wichtig, da man daraus vieles über Orientierung, Denken und Fühlen herauslesen kann, was rückwirkend wiederum auch für die räumliche Gestaltung von Nutzen sein könnte.

Die Erkrankung meiner Großeltern hat mich für dieses Thema überhaupt sensibilisiert und mich auf viele Probleme aufmerksam gemacht, mit denen ein Mensch mit Demenz in seinem vertrauten Wohnumfeld konfrontiert wird, aber auch welche wichtige Bedeutung es für das Wohlempfinden hat. Welche essentielle Bedeutung der Raum gerade für einen Mensch mit Demenz hat, wurde mir durch meine Großeltern erst bewusst gemacht.

mei, is' das schön!



Alles fängt so an. Die erste Handlung nach Ankunft ist in der Regel der Gang zum Fenster. Hier verbringt man die erste Viertelstunde mit meiner Großmutter (es könnte sicherlich auch eine Stunde werden): Blick aus dem Wohnzimmer, auf den Tegernsee. „Mei, ham wir's gut“, „mei, is' das schön“ – über die Schönheit der Natur kann man sich mit ihr lange unterhalten. Die Sonne, der See, die Pflanzen, die Vögel, die Berge,... Schöne Dinge zu beschreiben, scheint meiner Großmutter im Dialog mit anderen Menschen noch Sicherheit zu geben. Auf dem Themengebiet der Schönheit, gibt es kein Falsch und kein nicht wissen / nicht können. Da gibt es nur das individuelle Empfinden. Natur, Schönheit und Ästhetik spielt für die Wahrnehmung und das Wohlbefinden eine wichtige Rolle. Die Natur sagt ihr welche Jahreszeit ist, nicht der Kalender. Die Betonung, wie gut es sie es haben, soll außerdem markieren, dass eben alles in Ordnung ist und alles so bleiben soll.

was ein tag! (?)

Gedächtnisstütze – welcher Tag ist heute? Um den Überblick zu wahren, vergleicht meine Großmutter jeden Morgen, das Datum der Tageszeitung mit dem Kalender und macht ein Kreuz. Eine handliche digitale Uhr, mit Tag-, Monat und Jahresangabe auch eine viel benützte Stütze, die oft in das jeweilige Zimmer mitgenommen wird, wo sich aufgehoben wird.



„ZACKI
ZACKI!“

direkt ersichtlich

Die Küchenschränke, die eine verglaste Tür haben bzw. die offenen Regale, verursachen am wenigsten Verwirrung. Meine Großmutter muss sich nicht erinnern, was im Schrank steht oder merken was sie gerade sucht, sondern kann direkt sehen, was drinnen steht und „zugreifen“.

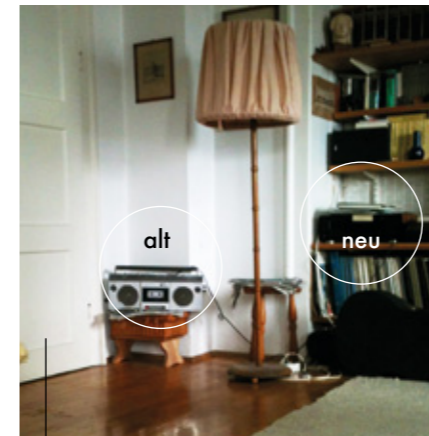


ich habe heute leider kein gedeck für dich.



In der einen Woche, die ich bei meinen Großeltern gewohnt habe, konnte ich morgens anhand der Gedecke feststellen, ob meine Großmutter über Nacht vergessen hatte, dass ich da bin. Denn sah ich sie am morgen zum ersten Mal, ließ sie sich nicht anmerken, ob sie wusste, dass ich da bin oder nicht. Der Tagesablauf richtet sich nach Frühstück, Mittagessen, Kaffee und Kuchen und Abendessen. Festverankerte Rituale, die meinen Großeltern neben Selbsterhaltung und sozialem Austausch außerdem Orientierung geben .

altbewährtes hat einen (alten) wert.



Seit einiger Zeit wird wieder ein altes, analoges Radio zum Musik hören verwendet. Die Anlage mit Verstärker und deutlich besseren Sound wird nicht mehr benutzt. Die Bedienung ist weit komplexer, das Radio hat einfach einen an/aus Knopf. Musik hat, für beide als Musiker, einen besonderen Stellenwert. Die Melodien erkennen beide grundsätzlich, nicht mehr den Komponisten. Erfreuen tut's die beiden trotzdem sehr.



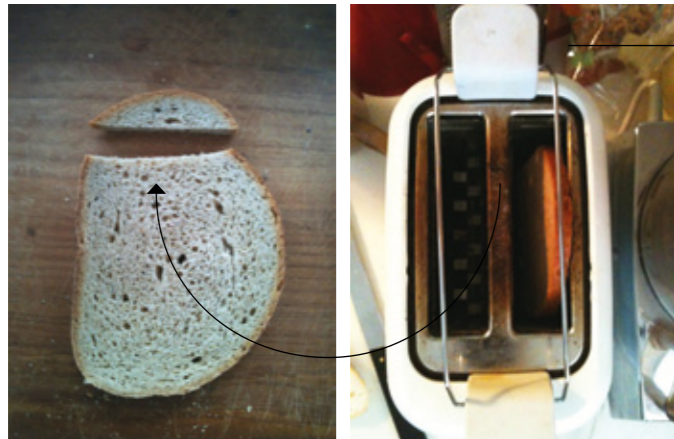
Verpackung
00er Jahre



Verpackung
80/90er Jahre

Neue Produkte bzw. Lebensmittel, die meine Großeltern nicht schon seit mindestens zehn Jahren regelmäßig verzehren oder verkochen, werden nicht mehr angenommen, da sie nicht mehr zugeordnet werden können. Dagegen erkennen sie Lebensmittel, die seit Jahrzehnten schon die gleiche Verpackung haben, noch ohne Probleme. Die Philadelphia-Verpackung z.B. hat zwar die Form verändert, Logo und Farbgebung sind aber in den Grundzügen gleich geblieben. Gleiches gilt für Fleisch, Käse, Obst und Gemüse. Hier hat es sich jedoch bewährt die Frischwaren in Klarsichtfolie um zu packen, damit beim Öffnen des Kühlschranks direkt die Verlinkung „Lebensmittel X“ stattfinden kann.

was nicht passt, wird passend gemacht.



Damit die Brotscheibe in den Toaster passt, schneidet meine Großmutter diese nicht etwa in zwei gleiche Hälften, sondern gerade so viel ab, damit die Scheibe rein passt. Eigentlich logisch, aber nicht unbedingt üblich. Es zeigt, dass sie immer noch „Probleme“ lösen kann – kreativ und intuitiv.

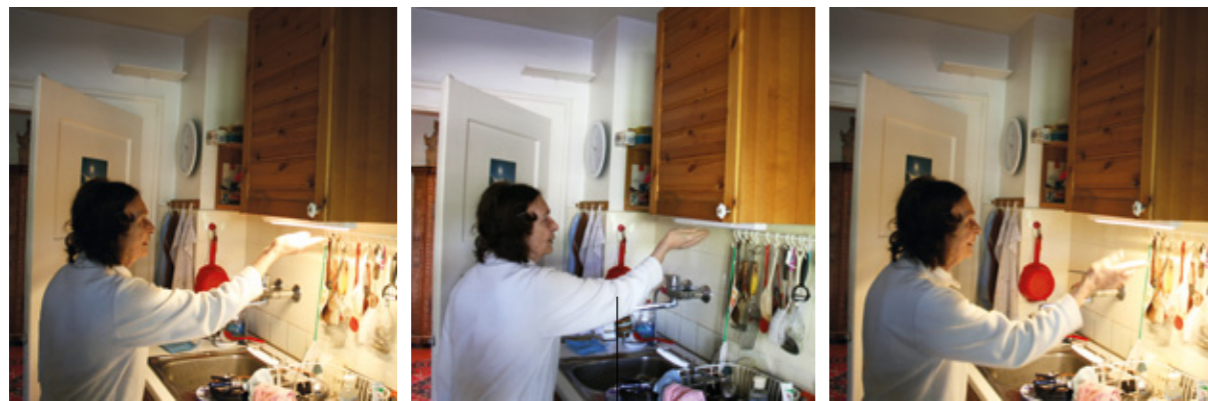
funktions- nicht produktorientiert.

Dieser Käseschäler ist multifunktional. Hauptsächlich war er als Kuchenheber im Gebrauch. Seit kurzen wird er auch als Spargelschäler benutzt.



Ich koche Kartoffeln für den Spargel.
Meine Oma: „Was machst du denn da mit denen?“
Ich: „Ich koche die Kartoffeln für den Spargel“
Oma: „Aha. Sehr eigenartig. Das hab ich ja noch nie gemacht.“

man lernt nie aus - auch nicht bei demenz



Ein neues Licht mit Bewegungsmelder über der Arbeitsfläche in der Küche hat meine Großmutter erlernt zu bedienen. Die motorische Einprägung scheint ihr zu helfen, sich daran zu erinnern, wie das Licht angeht.

rote was?



Glöckchen wechsele dich. Früher hat mir meine Großmutter eingebläut, ja keine Schneeglöckchen zu pflücken und in die Vase zu stecken, denn sie seien giftig und geschützt (und sind es immer noch). Nun kann man die Glöckchen im Frühling auf dem Esstisch meiner Großmutter finden. „Giftig“ und „geschützt“ scheinen zwei Eigenschaften zu sein, die es nicht mehr gibt - oder zumindest nicht mit Schneeglöckchen in Verbindung gebracht werden. Adjektive gehen verloren, aber nicht die „schönen“ Dinge. Was sie mir als kleines Kind „eingepflanzt“ hat, ist für sie nicht mehr da. Irgendwie hat da ein Rollentausch zwischen Großmutter und Enkelin stattgefunden.

„Oma, hast du eine Nagelschere für mich?“
Meine Oma: „Eine Nagelschere? ... Meinst du sowas?“, und drückt mir eine Papierschere in die Hand.

draußen sein



Die schönste Zeit verbringt man mit meiner Oma draußen in der Natur. Hier gibt es keine falschen Verhaltensweisen. Alltag und Pflichten werden vergessen. Sie lebt tatsächlich im Hier und jetzt.

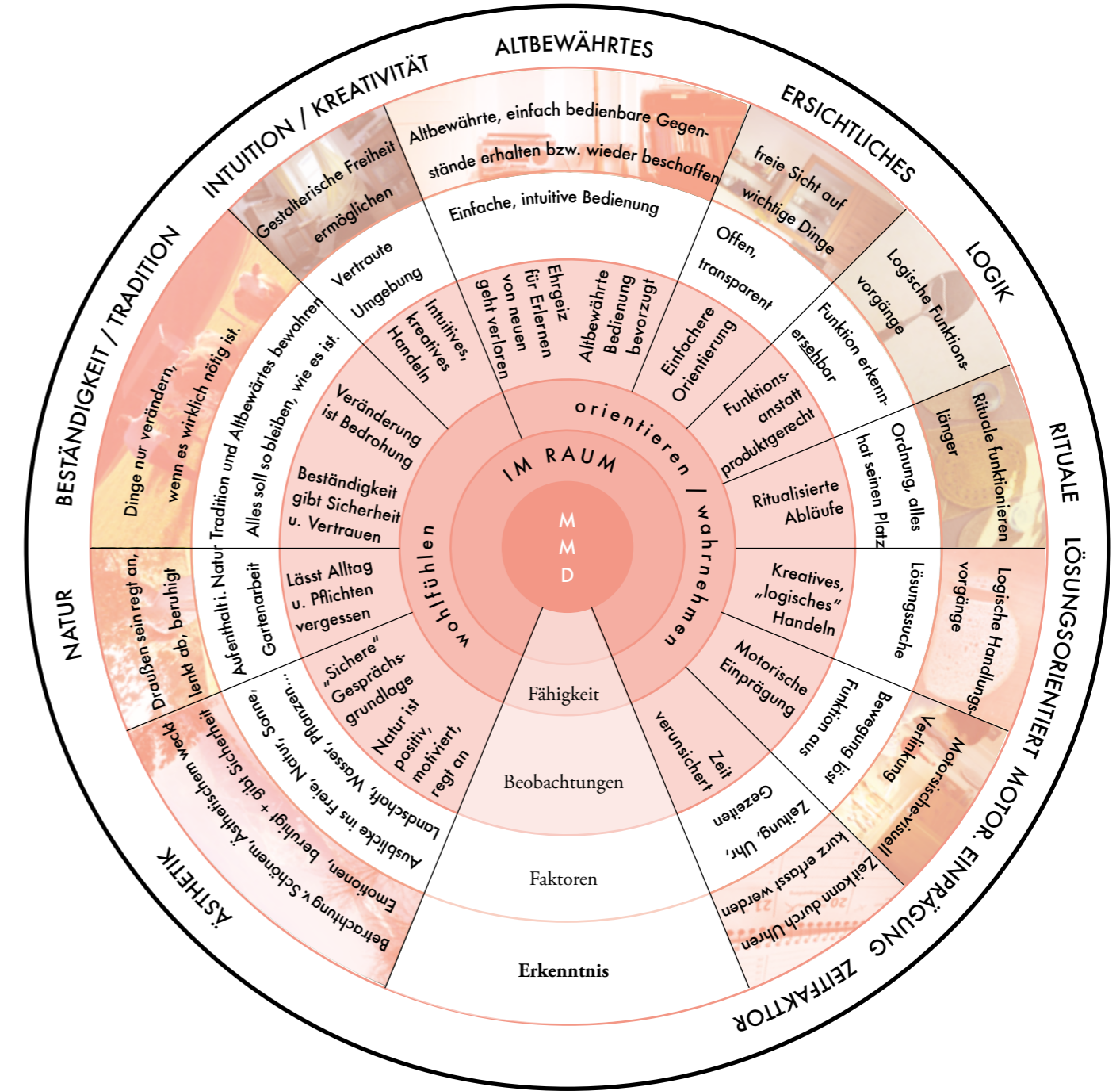
tierliebe. und dass die bauern, bauern bleiben.



Ich kann mich nicht daran erinnern, dass meine Oma früher Kühe gestreichelt hat. Jetzt tut sie es mit großer Freude. Die Kuh stellt keine Fragen, korrigiert nicht und ist auch nicht genervt. „Und dass die Bauern, Bauern bleiben.“ Dinge, die schon immer so waren, mag meine Großmutter mittlerweile am liebsten. Veränderungen steht sie generell sehr skeptisch gegenüber und werden teilweise sogar als Bedrohung wahrgenommen.

Wohlfühl-, Orientierungs- und Wahrnehmungsfaktoren im räumlichen Umfeld

Die Erkenntnisse, die ich aus den offenen Beobachtungen ziehen konnte, können teilweise auf andere Betroffene zutreffen oder gar nicht. Im Umgang mit meinen Großeltern interessierte mich vor allem, welche Faktoren dazu beitragen, dass sie sich wohlfühlen und gut orientieren können bzw. wie sich bestimmte Dinge wie Zeit wahrnehmen und Problemstellungen lösen. Eine wichtige Erkenntnis war, wie hilfreich ritualisierte Abläufe sein können. Rituale, die schon seit Jahrzehnten gepflegt wurden, haben noch lange Bestand und vermitteln Sicherheit und Selbstständigkeit. Für die Innenarchitektur heißt das wiederum, dass sie ritualisierten Abläufen entsprechenden Raum geben sollte bzw. bei Veränderungen im Raum die Rituale nicht zwingen sollte sich zu ändern. Deutlich wurde auch der enge Bezug zur Natur in vielerlei Hinsicht: zum einen helfen die Gezeiten sich zeitlich grob zu orientieren und zum anderen bietet sich die Natur als gute Gesprächsgrundlage an. Hier gibt es kein falsch und richtig, sondern nur die unumstrittene Ästhetik von Natur, Sonne, Tieren und Landschaft. Der Blick ins Freie regt an und beruhigt gleichermaßen. Sonnenlicht aktiviert die Sinne und trägt zum Wohlbefinden bei. Um sich im räumlichen Umfeld besser zu orientieren, hat es sich u.a. bewährt die Vielzahl von Gegenständen, die es üblicherweise im Haushalt gibt, zu reduzieren. Allerdings sollte bei jedem Gegenstand abgewägt werden, welche Bedeutung ihm zukommt. Wesentlich war die Erkenntnis, dass der Intuition mit der Demenz eine große Bedeutung zukommt. Das ein Leben lang Erlernte geht verloren und somit muss sich der Betroffene mehr und mehr auf sein Bauchgefühl verlassen. Er handelt intuitiv, spontan und nicht reflektiert. Problemstellungen werden nicht rational gelöst, indem auf einen breiten Erfahrungsschatz zurückgegriffen wird, sondern viel mehr unreflektiert, spontan und aus dem Bauch heraus.



III.3. Bedarfe für Menschen mit Demenz – Antworten aus Pflege und Technik

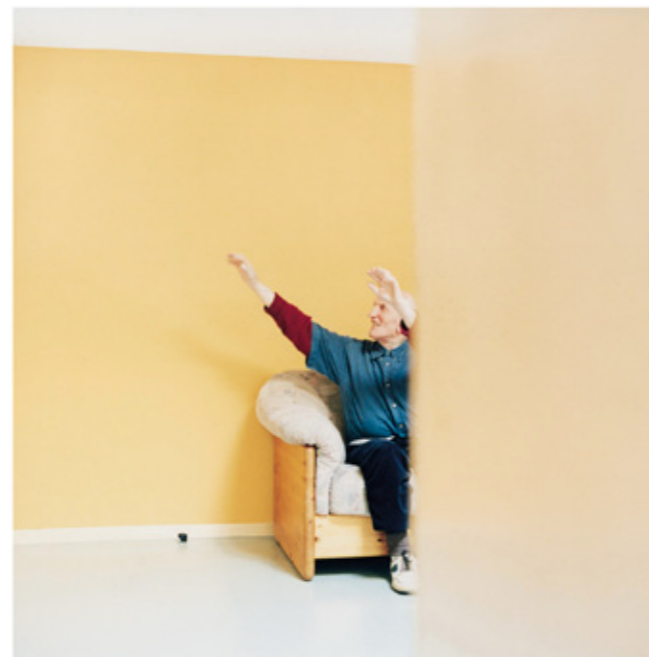
Nachdem untersucht wurde, welchen körperlichen (motorisch und sensorisch), geistigen und seelischen Bedürfnisse ein Mensch mit Demenz haben kann, richtet sich der Blick nun auf die Pflege von Menschen mit Demenz. Es stellt sich dabei die Frage, inwiefern Therapieansätze, Pflegeeinrichtungen und technische Innovationen vorhandene Fähigkeiten, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz fördern bzw. wo diese ansetzen. Relevant aus der Sicht eines Gestalters ist sicherlich, an welchen Punkten die räumliche Gestaltung eine kooperierende Rolle spielt.

So können Therapieansätze, welche die sensorische Wahrnehmung eines Menschen mit Demenz beispielsweise durch Licht und Farbe aktivieren, dem Gestalter hilfreiche Hinweise auf mögliche Bedarfe im Raum geben, die den Betroffenen in seinen Fähigkeiten unterstützen und individuelle Bedürfnisse befriedigen.

Mit sogenannte „Versorgungssettings für Menschen mit Demenz“ sind stationäre und teilstationäre Einrichtungen gemeint, welche speziell für Menschen mit Demenz entwickelt wurden und spezifische Gestaltungsprinzipien haben, die sich aber hauptsächlich im Raumprogramm widerspiegeln und keine Vorgaben machen zu Orientierung und Wohlbefinden geben. Inwiefern technische Hilfen in die Gestaltung von Räumen eingebunden werden können und welche Bedarfe sie überhaupt abdecken, soll im Folgenden ebenfalls geklärt werden.

Dabei wird lediglich ein Einblick gegeben, da es mittlerweile eine Vielfalt an Therapie- und Versorgungsformen sowie technischen Innovationen gibt, die sich stetig weiterentwickeln.

Abb. 34: Mann im Pflegeheim



Qu.: Website Granser, Peter Granser

III.3.a) Therapieansätze und Bezüge im Raum

Bei einer Alzheimer-Demenz gibt es keine medikamentöse Heilung. Zwar gibt es Medikamente, die den Verlauf der Krankheit verzögern können, sogenannte Antidementiva, die Demenz aufhalten können diese jedoch nicht. (vgl. Raza-vi 19.04.2014) Aber es gibt therapeutische Ansätze, welche versuchen, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten und im positiven Sinne zu beeinflussen. „Dabei haben nicht nur die Art der Pflege und Betreuung, sondern auch die Gestaltung der Lebenswelt eine ausschlaggebende Bedeutung.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 29) Bei der Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Demenz, kann das Wohlbefinden erheblich gesteigert werden, wenn sowohl die Qualitäten eines Zuhauses, als auch die Anforderungen für die Gewährleistung von optimaler Betreuung und Pflege erfüllt werden. (Heeg/Bäuerle 2008: 29)

Im Folgenden werden therapeutische Ansätze vorgestellt und die jeweiligen Bezüge zum Raum hergestellt.

Eine weit verbreitete Therapieform ist, wie bereits erwähnt, der **biopsychographische Ansatz** nach dem österreichischen Pflegeforscher Erwin Böhm (Stichwort: Biografiearbeit). Durch eine bewusste Gestaltung des Wohnraumes des Betroffenen, die an das individuelle Erinnerungsvermögen des Betroffenen anknüpft, sollen verlorene Fähigkeiten wieder reaktiviert („Wiederbelebung der Altenseele“) und der Prozess der Auflösung der Persönlichkeitsstruktur verzögert werden. (Heeg/Bäuerle 2008: 29) Eine sogenannte Milieugestaltung greift „individuell bedeutsame und zeitgeschichtlich passende“ Gestaltungselemente auf und gliedert diese in den Raum mit ein. Als „Prägungszeit“ beschreibt Böhm die Jugendjahre bis etwa zum 25. Lebensjahr.

Einige stationäre Einrichtungen haben diesen Ansatz verallgemeinert und ihre Heime größtenteils mit altmodischem Mobiliar ausgestattet. Dazu Böhm in einem Fernsehinterview: „Mir geht es wirklich darum, bei jedem einzelnen Menschen, die singuläre Biographie (...) spezifisch zu erheben und nicht so global drüber zu stülpen. Überall müssen alte Möbel stehen und überall müssen alle alten Frauen Blumen gießen, (...) das ist ein Blödsinn, das ist eine Frechheit.“ (Website Youtube, Böhm) Mit dieser Aussage, beschreibt Böhm eine Entwicklung seines Ansatzes und distanziert sich sogleich von ihm. Zu folgern, dass eine bedürfnisorientierte Einrichtung für Menschen mit Demenz zwangsläufig mit alten Möbeln ausgestattet werden muss, ist also zu kurz gedacht.

Der sogenannte „**Personzentrierte Ansatz**“ nach dem englischen Sozialpsychologe und Psychogerontologen Tom Kitwood stellt die Kommunikation und Beziehung zwischen Pflegenden und Betroffenen in den Mittelpunkt und besteht aus vier wesentlichen Elementen (Heeg/Bäuerle 2008: 29, Originalquelle nicht beschaffbar):

- den Wert des Menschen mit Demenz anerkennen (Value Base),
- sie als einzigartige Individuen behandeln und die Tatsache anerkennen, dass jeder Mensch individuell auf die neurologischen Beeinträchtigungen reagiert (Individualized), die Welt aus dem Blickwinkel der Person mit Demenz betrachten (Perspective)
- die Erkenntnis, dass jegliches menschliche Leben in Beziehungen wurzelt und dass Menschen mit Demenz eine besondere soziale Umgebung benötigen, die ihre Beeinträchtigung auffängt und Möglichkeiten persönlichen Wachstums fördert (Social Environment).

Kitwoods Ansatz geht davon aus, dass der Schlüssel für ein Wohlbefinden des Betroffenen, wie bei Erwin Böhm, in der Biografie verborgen ist. Durch einen auf die Person bezogenen Umgang durch Betreuende, aber auch durch die Gestaltung des räumlichen Umfelds, wird Wohlbefinden und soziales Vertrauen aufgebaut. (Heeg/Bäuerle 2008: 29)

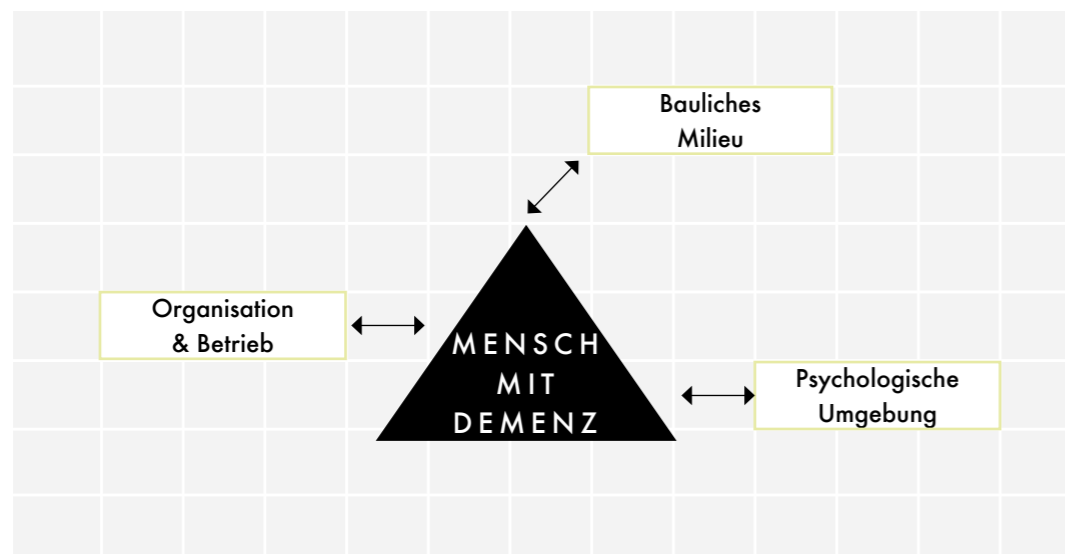
Dieser Ansatz macht deutlich, dass bedürfnisorientierte Gestaltung des Lebensraumes nicht nur funktionsgerecht sein muss, sondern und vor allem dem Wohlbefinden des Betroffenen und der Betreuenden zu Gute kommen sollte.

Der **milieuthераpeutische Ansatz** baut auf verschiedenen Theorien auf. Der Grundgedanke ist, dass sich die materielle und soziale Umgebung an die Bedürfnisse, Empfindungen und Fähigkeiten des Menschen mit Demenz anpassen müssen und nicht umgekehrt. (Heeg/Bäuerle 2008: 33) Für die Gestaltung („Milieugestaltung“) heißt das wieder-

um, die materielle Umwelt (Gebäude und Freifläche) im Sinne des milieuthераpeutischen Ansatz bewusst zu gestalten. (Heeg/Bäuerle 2008: 276) Die Architektin Sybille Heeg hat diesen Ansatz interdisziplinär weiterentwickelt, um „Bauplanung und Innenraumgestaltung mit psychologischen und pflegerischen Ansätzen“ zu verbinden, damit „dem Anspruch einer komplexen Milieuthераpie“ gerecht werden kann. (Heeg/Bäuerle 2008: 33) Auch dieser Ansatz ist personendifferenziert anzuwenden und richtet sich nach den individuellen Biographien, Fähigkeiten und dem Verlauf der Stadien. In der Praxis haben sich daraus verschiedene Wohn- und Betreuungsformen entwickelt und ermöglichen dem jeweiligen Bedürfnisprofil entsprechend, den Betroffenen in das passende Milieu zu verlegen. (Heeg/Bäuerle 2008: 33) Dieser Ansatz macht deutlich, welchen Einfluss, aber auch, welche Verantwortung Planer von Lebensräumen für Menschen mit Demenz, sei es ein Architekt oder Innenarchitekt, gegenüber dem Nutzer hat.

Abb. 35: Dreidimensionales Modell der Milieuthераpie

Qu: Heeg/Bäuerle 2008: 34 (Eigene Darstellung)



III.3.b) Versorgungssettings für Menschen mit Demenz

Das klassische Alten- oder Pflegeheim gibt es nicht mehr. In den letzten Jahren haben sich eine Vielzahl von Wohn- und Betreuungsinstitutionen für Menschen mit Demenz entwickelt. Sybille Heeg und Katharina Bäuerle von Demenz Support Stuttgart haben vier relevante Konzepte für Menschen mit Demenz zusammengefasst:

Hausgemeinschaft

Der Begriff „Hausgemeinschaft“ „bezeichnet eine familienähnliche Wohn- und Lebensform für pflegebedürftige und/oder verwirrte, alte Menschen.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 38)

Das Konzept, eingeführt vom KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe), fördert das Prinzip der Alltagsnormalität und ist auf eine überschaubare soziale Gruppe (bis zu 12 Bewohner) ausgelegt. Zum Raumprogramm gehört ein eigenes abschließbares Zimmer oder Apartment mit integrierter Dusche/WC und eine große Wohnküche, um die sich alle Einzelzimmer gruppieren. Im Optimalfall ist außerdem ein geschützter Außenbereich angegliedert. (Website Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) Typische Merkmale einer Hausgemeinschaft nach diesem Modell sind:

- Aufhebung der starren Trennung von Pflege, Hauswirtschaft und sozialer Betreuung,
- feste Bezugspersonen,
- ein räumliches Konzept, das in der Regel auf eine zentrale Wohnküche hin ausgerichtet ist.

(Website Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)

Demenzwohngruppe

Demenzwohngruppen sind ähnlich wie Hausgemeinschaften konzipiert, unterscheiden sich aber durch eine deutliche Zielgruppenorientierung und eine konzentrierte Ausrichtung auf eine demenzspezifische Betreuung und Pflege und nicht, wie bei Hausgemeinschaften üblich, auf eine gemeinsame Haushaltsführung.

Demenzwohngruppen sind in erster Linie auf mobile Menschen mit Demenz ausgerichtet, die sich im mittleren und fortgeschrittenen Stadium befinden. (Heeg/Bäuerle 2008: 40) Als Vorteil wird eine homogen belegte Gruppe (12-15 Bewohner) angesehen, da das „bauliche, organisatorische und soziale Milieu spezifisch auf deren Bedürfnisse ausgerichtet werden kann.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 40) Ähnlich wie bei der Hausgemeinschaft orientiert sich die Tagesstruktur am Alltag und integriert gemeinsames Essen und Hauswirtschaft mit in den Bewohneralltag. Vorhandene Fähigkeiten werden durch Biografiearbeit erkannt und beispielsweise durch motorische, künstlerische und musische Aktivitäten gefördert. (Heeg/Bäuerle 2008: 40)

Bauliche Anforderungen umfassen, wie bei der Hausgemeinschaft, eine zentrale Wohnküche und weitere halbprivate Aufenthaltsbereiche. Wichtige Maßnahme ist ein „großzügiger barrierefreier Bewegungsraum, unmittelbarer Zugang ins Freie und eine Licht- und Farbgestaltung, die Wahrnehmung und Orientierung unterstützt.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 40) Eine an der Wohnbiografie orientierte Gestaltung „ist ein wichtiges, aber nicht ausschließbares Gestaltungsprinzip.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 40) Es gibt keine eindeutige Präferenz, ob Einzel- oder Doppelzimmer integriert sind, da es immer wieder BewohnerInnen gibt, die von einer Wohnraumteilung profitieren. (Heeg/Bäuerle 2008: 40)

Abb. 36: Objekte mit einer Geschichte



Qu.: Website Granser

Wohnbereiche für besondere Dementenbetreuung

Wohnbereiche für besondere Dementenbetreuung haben eine räumliche Abgrenzung zu anderen Bereichen und sind auf spezifische Pflege- und Betreuungskonzeption für Menschen mit besonderen Verhaltensweisen ausgelegt. (Heeg/Bäuerle 2008: 41) Im Gegensatz zu den Haus- und Wohngemeinschaften liegt der Schwerpunkt „nicht primär auf dem häuslichen Kontext und der Überschaubarkeit, sondern auf dem qualifizierten Umgang mit dem Erkrankten.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 41)

Die Bewohneranzahl kann größer sein als bei Haus- und Wohngemeinschaften, wenn sie mehrere Aufenthaltsbereiche haben, um bei Bedarf kleine Gruppen zu bilden. (Heeg/Bäuerle 2008: 41)

Baulich gesehen sind Grundrisse mit „Endloswegen“ charakteristisch und weniger clusterförmige Anordnungen der einzelnen Bereiche. (Heeg/Bäuerle 2008: 41) Ebenso sind weglaufsichere Freibereiche und ein demenzfreundliches Milieu die Regel.

Spezialeinrichtungen mit differenzierten Settings

Spezialeinrichtungen mit differenzierten Settings setzen an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner an, mit dem Anspruch das Wohn- und Betreuungssetting variabel auf die sich verändernden personenbezogenen Verläufe der Demenz einzustellen. (Heeg/Bäuerle 2008: 42) Der Ansatz basiert auf der Feststellung, dass nicht alle BewohnerInnen die familienähnlichen Strukturen und alltagstypischen Beschäftigungen bevorzugen. Spezifische Milieugestaltung meint hier Einrichtungen, die eine „optimale Passung zwischen Bedürfnissen und Milieu herstellen“ und sich an einer homogenen Gruppe orientieren, ähnliches Verhalten, physische Zustände, aber auch Lebensstile und ethnische Herkunft aufweisen. (Heeg/Bäuerle 2008: 42) Darstellen kann sich das zum Beispiel in Nachkriegswohnküchen oder anprechenden Teesalons. (Heeg/Bäuerle 2008: 42)

Einige Einrichtungen mit diesem milieuthérapeutischen Ansatz haben für die spezifischen Bedürfnisse der BewohnerInnen spezifische Settings entwickelt, die vor allem auf demente Menschen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang und herausfordernden Verhaltensweisen an den Tag legen. Aus diesem Ansatz haben sich sogenannte „Pflegeoasen“ entwickelt, die speziell für Menschen mit Demenz im dritten Stadium entwickelt wurden (Heeg/Bäuerle 2008: 42).

Die Befriedigung der individuellen Bedürfnisse durch differenzierte Settings erfordert nutzungs-offene, bauliche Lösungen bzw. unterschiedliche bauliche Ausprägungen in einer Einrichtung, die ganz unterschiedlich aussehen können. (Heeg/Bäuerle 2008: 42)

Definition

Bei sogenannten clusterförmigen Grundrissen, werden die Bewohnerzimmer um eine Mitte angelegt (Heeg/Bäuerle 2008: 272)

III.3.c) Einsatz von neuen Technologien

Die steigenden Zahlen derer, die an Demenz erkranken haben neue Konzepte und Ansätze hervor gebracht, die Antworten geben, wie Menschen mit Demenz mit Hilfe von technischen Lösungen länger selbstständig leben können. Diese neuen Technologien werden unter dem Programm Ambient Assisted Living (AAL) zusammen gefasst, zu dt.: „Umgebungsunterstütztes Leben“. Es ist vor allem im Interesse der Politik, „neue Versorgungsansätze“ zu generieren, „die technische Innovationen mit den von Menschen [Pflegende, Betreuende] erbrachten Dienstleistungen kombinieren.“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011: 14)

Das Programm AAL verfolgt auf internationaler Ebene intelligente Produkte und Ferndienstleistungen sowie Pflegedienste, die dazu genutzt werden, „das Leben älterer Menschen in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung, am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft im Allgemeinen zu verbessern.“ (Die Europäische Kommission/Der Ausschuss der Regionen/AGE Plattform Europe 2011:40) Technische und behördliche Schwierigkeiten für das umgebungsunterstützte Leben sollen abgebaut werden, „innovative intelligente Wohnräume und Anwendungen zur Unterstützung eines unabhängigen Lebens im Alter gefördert und bekannt gemacht werden.“ (Die Europäische Kommission/Der Ausschuss der Regionen/AGE Plattform Europe 2011:40) AAL's sollen Handlungsabläufe von alten und an Demenz erkrankten Menschen nicht von außen aktiv beeinflussen, sondern im Hintergrund wirken.

So senden Sensoren im Boden Signale, wenn der Betroffene gestürzt ist. Haushaltsgeräte, die regelmäßig im Gebrauch sind, senden ebenfalls ein Signal, wenn sie ungewöhnlich lange nicht benutzt wurden (z.B.: Wasserkocher). Der Herd schaltet sich automatisch ab, der Wasserhahn

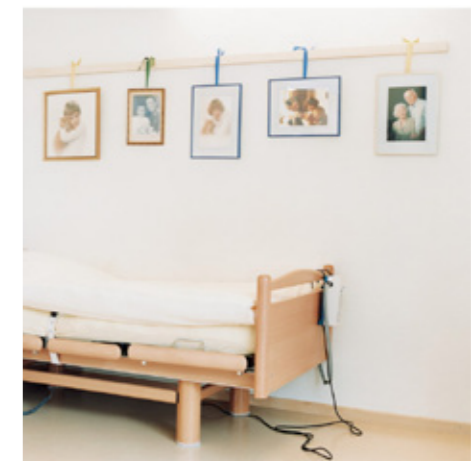
wird automatisch abgedreht.

Setzen AAL's die aktive Bedienung des Nutzers voraus (z.B. Notfallknopf), so erfordert das auch Innovationsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit älterer Menschen bis ins hohe Alter. Es gibt vermögensschwache Alte, und besser gestellte und es gibt Alte, die bis ins hohe Alter selbständig und agil bleiben und andere die früh auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

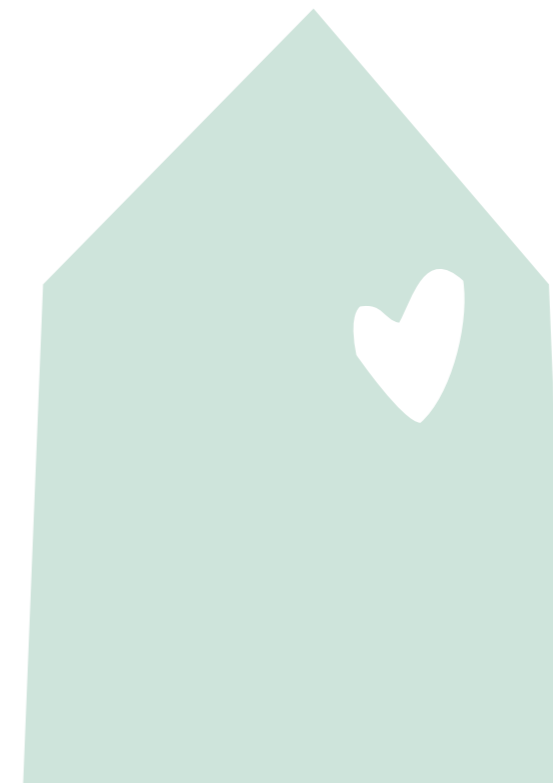
Neue Technologien, wie AAL können lediglich nur „eine wertvolle Hilfe leisten, wenn sie alltags tauglich, benutzerfreundlich und erschwinglich sind.“ (Demografie Strategie der Bundesregierung S.4).

Bei Menschen mit Demenz setzen diese neuen Technologien meistens bei der Überwachung mit dem Ziel Gefahren für den Betroffenen auszuschließen bzw. zu kontrollieren. Kritisch betrachtet, kann man sagen, dass viele Maßnahmen mehr auf die Bedürfnisse des Betreuenden ausgerichtet sind (sensorische Überwachung) und weniger auf die des Betroffenen. Dennoch wird der Einsatz von neuen Technologien, als wichtige Zukunftsstrategie gesehen, „wenn es darum geht, die Chancen für das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu erhöhen (...).“ (Radzey 2011: 10)

Abb. 37: Pflegebett



Qu.: Website Granser



No place like home.

IV.

Leben + Wohnen

LEBEN UND WOHNEN MIT DEMENZ.
WIE UND WO WOHNEN ALTE UND
DEMENTE MENSCHEN UND WELCHE
VERSORGUNGSSTRATEGIEN GIBT ES?

Demenz verändert vieles. Wünsche und Vorstellungen bezüglich der Gestaltung des eigenen Lebensabends können sich schlagartig ändern. An Alzheimer zu erkranken kann man nicht einplanen. Und selbst, wenn mehr älter werdende Menschen darüber nachdenken ihre Wohnung altersgerecht zu gestalten, um eventuellen Mobilitätseinschränkungen auszugleichen, so kann man vermuten, dass im Verhältnis dazu eher wenige bereit sind, ihre Wohnung „dementgerecht“ auszurüsten. Abgesehen davon, kann es keine DIE dementgerechte Wohnung geben, denn der Verlauf einer Alzheimer-Demenz verläuft individuell. Keiner kann vorhersagen, wie sich das Leben des Betroffenen und der Angehörigen ändern wird. Und keiner kann daher im Vorfeld abschätzen, wie sich der Lebensraum anpassen muss, damit ein langes selbständiges und selbst-

bestimmtes Leben möglich ist. Das Ergreifen von Maßnahmen, deren wirklicher Nutzen schwer abzuschätzen ist, ist also nicht nur aus finanzieller Sicht fraglich. Die bauliche Veränderung der Lebensräume Betroffener birgt das Risiko, dass sie sich zu einem späteren Zeitpunkt in ihrer eigenen Wohnung nicht mehr zurecht finden. Auch wenn die Wohnung oder das Haus im Vornhinein altersgerecht gestaltet ist, so ist das keine Garantie, dass sich derjenige auch später noch dort wohl fühlt oder entsprechende Versorgungsstrategien angenommen werden.

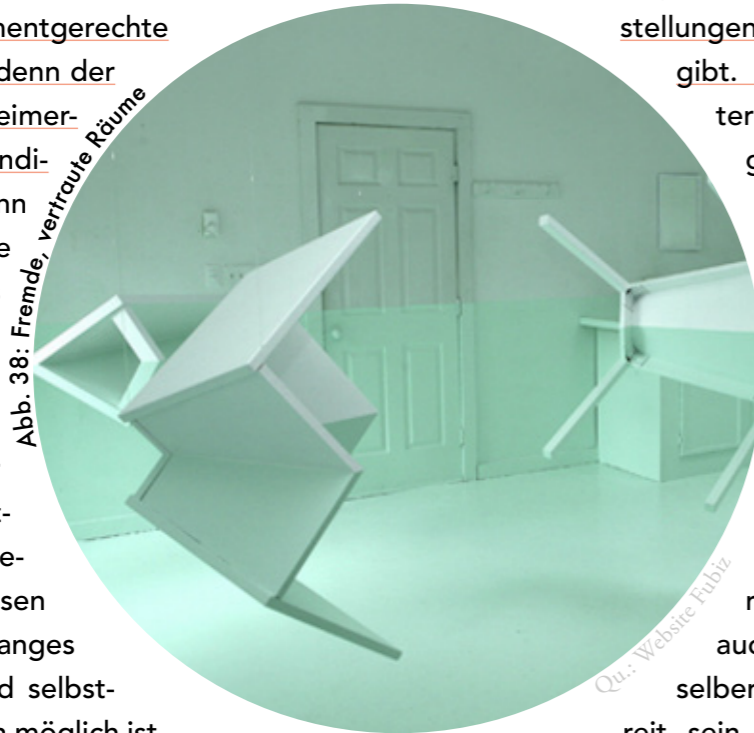


Abb. 38: Fremde, vertraute Räume

Qu.: Website Futbiz

Wohnen bekommt im Alter einen neuen Stellenwert. Hier verbringen ältere Menschen nach Ende der Erwerbstätigkeit die meiste Zeit. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008: 36) Hier ist ihr Lebensmittelpunkt, der bedeutendste Aufenthaltsort. Wohnqualität ist ein entscheidender Indikator für die Lebensqualität älterer Menschen, ebenso für Menschen mit Demenz.

Doch wie Wohnqualität konkret auszusehen hat, darüber gibt es genauso vielfältige Vorstellungen, wie es alte Menschen gibt. Der Lebensstil von älteren werdenden Menschen gleicht sich nicht an – im Gegenteil. Ihr Leben hat sie zu Individualisten gemacht. (Huber 2012: 917 ff.) Diesen unterschiedlichen Ansprüchen Sorge zu tragen, ist die Aufgabe von Innenarchitekten, Gestaltern, Bauherren und Kommunen, aber auch der älteren Menschen selber. Sie sollten im Alter bereit sein, entweder ihren Wohnraum entsprechend anzupassen oder ein neues Zuhause zu wählen, welches ihren Bedürfnissen entspricht.

Darüber wie solche Wohnräume aussehen können, gibt es eine Vielfalt an neuen Konzepten, die im Kapitel IV. 2 vorgestellt werden. Aber nicht nur Vorstellungen und Wünsche an das Wohnumfeld sind formgebend für neue Wohnmodelle, sondern auch Faktoren, wie Altersarmut oder die steigende Anzahl an Single-Haushalten – auch im Alter. Außerdem stellt sich die Frage wie man alternde Migranten in neuen Wohnmodellen inte-

griert und ein soziales miteinander fördert. Zwar muss nicht alles nach dem Wünschen von Frauen ausgerichtet sein, Tatsache ist aber auch, dass aufgrund ihrer Lebenserwartung deutlich mehr Frauen alt werden als Männer („Feminisierung des Alterns“). So lebten 2009 44% der Frauen ab 65 Jahren alleine. (Haustein/Mischke 2011: 20) Dementsprechend ist auch der Frauenanteil an Demenz Erkranktendebildet höher (vgl. Bickel 2012: 1) Die steigende Zahl von Menschen mit Demenz und Menschen mit körperlichen und geistigen Einschränkungen stellt die Hauptherausforderung dar (wobei das natürlich nicht heißt, dass unter den Menschen mit Demenz, nicht auch sozial benachteiligte und Migranten sind). Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz sollten daher auch schicht-, geschlechts- und kulturspezifisch ausgerichtet sein. (Heeg/Bäuerle 2008: 71)

Es muss sich nicht nur die Qualität für altersgerechtes Wohnen ändern, sondern auch die Quantität. Denn der Bevölkerungsanteil der Älteren wird kontinuierlich ansteigen: es ist zu erwarten, dass die Zahl der über 65-Jährigen bis 2030 auf 22,3 Millionen Menschen ansteigen wird (2009 waren es 16,7 Mio.). „In Zukunft wird mit 28 % mehr als jeder vierte Bundesbürger älter als 65 Jahre sein. (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 27) Über 80-Jährige sind damit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe. Damit wird deutlich, dass mit einem weiter steigen-

den Bedarf an altersgerechten Wohnmodellen zu rechnen ist, auf den Kommunen, Bauherren und Gestalter reagieren müssen.

Es besteht demnach ein Bedarf an altersgerechten Wohnungen und dieser wird weiter ansteigen. Doch ist eine barrierefreie Wohnung, die alle Regeln der DIN Normen befolgt, eine Garantie für Wohnqualität und eine selbständige Lebensführung?

Damit sich ein Mensch in seinem Wohnumfeld wohlfühlen kann, sollte diese auch seinen ästhetischen und praktischen Ansprüchen entsprechen. Eine altersgerechte Wohnung kann den Bewohner in seiner Selbstständigkeit unterstützen, wenn er in seiner Mobilität eingeschränkt ist. Doch bei stärker körperlicher und geistiger Beeinträchtigung, beispielsweise in Form einer Demenz, muss das Umfeld ganz anderen Bedürfnissen Rechnung tragen. Mit Umfeld ist hier nicht nur die Wohnung selber gemeint, sondern vor allem das Quartier mit Infra- und Versorgungsstrukturen in dem eine altersgerechte Wohnung angesiedelt ist. Der demografische Wandel fordert, dass sich der Wohnungsmarkt in Zukunft auf die Bedarfe älterer Menschen ausrichtet (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 9) Soweit die Anforderungen für das Wohnen im Alter an die Zukunft, doch wie sieht die Realität aus? Wie und wo leben alte und demenzielle Menschen heute? Welche Wohnmodelle gibt es aktuell für Menschen mit Demenz?

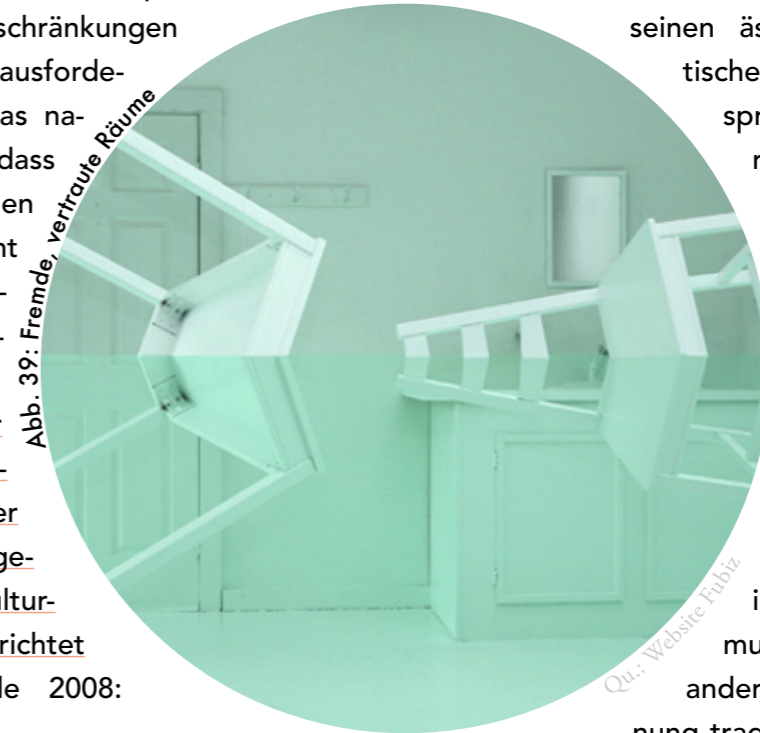


Abb. 39: Fremde, vertraute Räume

Qu.: Website Futbiz

IV.1. Wo und wie wohnen alte und demenziell erkrankte Menschen?

In einem vertrauten Wohnumfeld zu leben, ist für die meisten Menschen wichtig und ein essentielles Bedürfnis. Denn eine Wohnung bietet zum einen die Erfüllung zweier biologischer Bedürfnisse: Schutz und Regenerierung (vgl. III.1). Und zum anderen kann der Bewohner diese nach seinen ästhetischen Empfindungen individuell gestalten und damit zwei weitere Bedürfnisse befriedigen: Ästhetik und Individualität.

Wohnen im Alter setzen viele Menschen mit Sonderwohnformen, wie Pflegeheime, Betreutes Wohnen, Generationenhäuser usw. in Verbindung. Tatsächlich ist die häufigste Wohnform im Alter eine „normale“ Wohnung. Alternative Wohnformen machen derzeit nur 7% aus. (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 27)

Laut einer telefonischen Befragung der Altersgruppe über 50 durch die Medien- und Sozialforschung GmbH TNS Emnid 2010 bzw. 2011 in Deutschland, bekräftigten viele Befragte den Wunsch nach einem sicheren und eigenständigen Leben im Alter. (Ries 2012: 12) Zwei Drittel der älteren Menschen in Deutschland möchten ihren Lebensabend „in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus führen.“(Ries 2012: 12) Nur ein Drittel der Deutschen ist bereit noch einmal umzuziehen, um ein selbstständiges Leben führen zu können (vgl. Abb 40). (Ries 2012: 12) Das bedeutet jedoch nicht automatisch Alten- oder Pflegeheim. Diese Institutionen „haben deutlich an Akzeptanz verloren.“ (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 54) Vielmehr formulieren Seniorinnen und Senioren den Wunsch nach Wohnmöglichkeiten, die altersgerecht (barrierefrei, -reduziert) gestaltet sind und beispielsweise an integrierte, professionelle Dienstleistungen gekoppelt sind. (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 55)

Wenn die Bereitschaft der älteren Menschen über 65 momentan gering ist, im Alter umzuziehen, wie leben sie und sind diese Wohnungen ge-

eignet, um gegebenenfalls bei körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen möglichst lange selbstständig zu leben?

2008 lebte fast jeder zweite Seniorenhaushalt in den eigenen vier Wänden. (Haustein/Mischke 2011: 23) Gut zwei Drittel der Wohneigentümer (65 %) lebten in einem Einfamilienhaus, 13 % in Zweifamilienhäusern (vgl. Abb 41). Jedes fünfte Wohneigentum (21 %) war eine Wohnung in einem Mehrfamilienhaus (Wohngebäude mit drei und mehr Wohneinheiten). Dagegen wohnte die Mehrzahl der Mieter in Mehrfamilienhaushalte (78 %), „11 % in einem Zweifamilienhaus und knapp 9 % hatten ein Einfamilienhaus gemietet.“ (Haustein/Mischke 2011: 23 f) Senioren über 65 lebten 2008 durchschnittlich auf 91 m², wobei Eigentümerhaushalte bis zu 47 m² mehr zur Verfügung hatten als Mieterhaushalte. Man kann feststellen, dass der Großteil der Wohnungen nicht altersgerecht ist (vgl. Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 11). Doch was ist altersgerecht? Laut dem Forschungsbericht „Wohnen im Alter, Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf“ der 2011 vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung in Auftrag gegeben wurde, ist eine Wohnung altersgerecht, wenn:

- der Zugang zur Wohnung möglichst barrierefrei gestaltet ist,
- innerhalb der Wohnung oder zum Balkon/ zur Terrasse keine Stufen und Schwellen zu überwinden sind,
- die Türen im Sanitärbereich eine ausreichende Breite haben,
- im Sanitärbereich ausreichende Bewegungsflächen vorherrschen,
- eine bodengleiche Dusche zur Verfügung steht.

(Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 9)

93% der Bausubstanz in Deutschland ist nicht barrierefrei (vgl. Gohla 09.04.2014). Diese Zahl macht deutlich, dass noch viel geschehen muss, damit Altern auch gerecht begegnet wird und Menschen nicht aufgrund ihres Alters eine soziale Teilhabe verneint wird.

Darüber hinaus sollte eine altersgerechte Wohnung nicht nur baulichen Anforderungen entsprechen. Altersgerechte Wohnmodelle bieten ebenso „infrastrukturelle und soziale Angebote vor Ort sowie die Möglichkeit, bei Bedarf auf Unterstützungsangebote zurückgreifen zu können.“ (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 10) Die Summe dieser Aspekte erfüllen lediglich 5 % der Seniorenhaushalte. Das heißt konkret das nur 0,5 Millionen von 11 Millionen Wohnungen älterer Menschen barrierefrei bzw. -reduziert ist. (Kremer-Preiß/Mehnert/Stolarz 2011: 11) Jeder fünfte Mensch über 65 ist in seiner Mobilität eingeschränkt (vgl. II.4). Somit wird deutlich, dass ein Großteil der älteren Menschen in ihrer selbständigen Lebensführung eingeschränkt ist.

Von besonderer Bedeutung sind die eigenen vier Wände, vor allem für Menschen mit Demenz. Das vertraute Wohnumfeld ermöglicht es dem Betroffenen in der Regel sich bis ins zweite Stadium der Demenz zu orientieren und gewohnten Aufgaben und Gewohnheiten nachzugehen, die außerhalb der Wohnung kaum noch alleine möglich sind. Man geht davon aus, dass mehr als die Hälfte der Menschen mit Demenz zu Hause wohnt und von Angehörigen gepflegt wird. Genaue Angaben gibt es aber nicht, da Statistiken und Befragungen in der Regel nur erfassen, wie viele Menschen – unabhängig von ihrer Krankheit – zu Hause gepflegt werden.

Abb. 40: Bereitschaft zum Umzug (65 Jahre und älter)

Qu: Erhebung durch TNS Emid, 2010 (Eigene Darstellung)

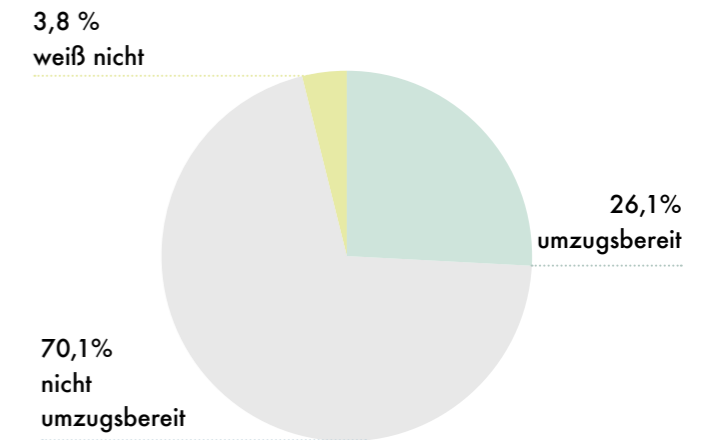
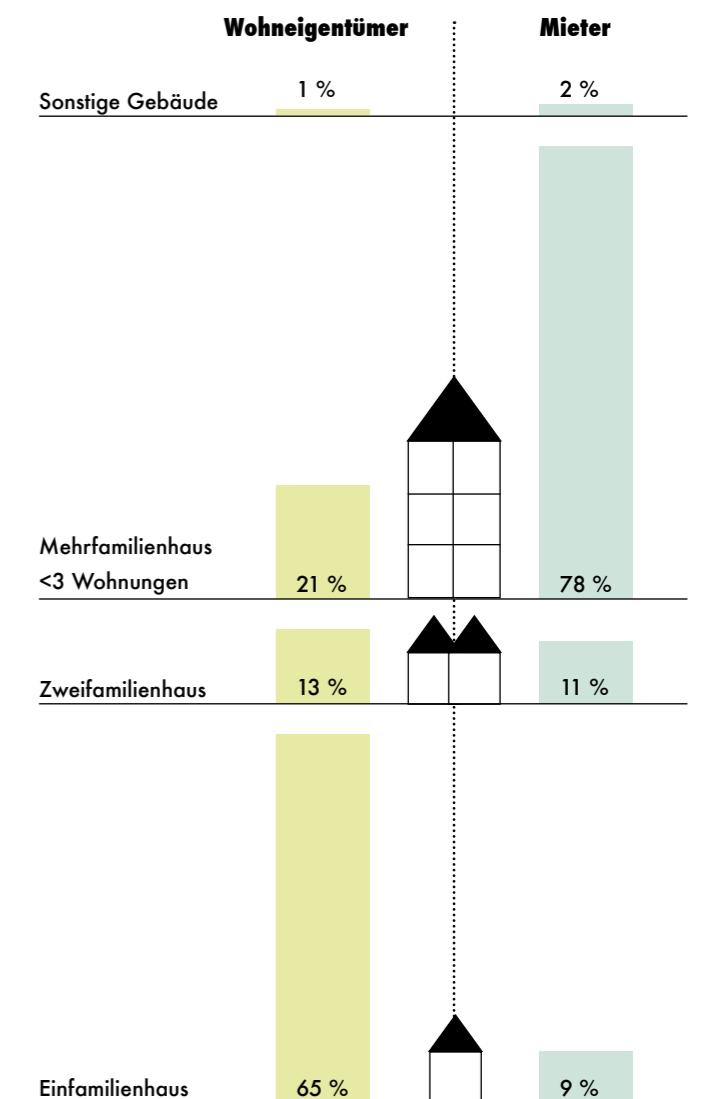


Abb. 41: Wohnform von Haushalten (65 Jahre und älter)

Qu: Statistisches Bundesamt, 2008 (Eigene Darstellung)



IV.2. Wohnformen und Versorgungsstrategien

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Vielzahl an neuartigen Wohnkonzepten entwickelt, die nicht nur Antworten darauf gegeben haben, wie eine altersgerechte Wohnung aussehen kann, sondern auch wie eine entsprechende Versorgungssituation aussehen sollte. (Radzey 2011: 9) „Die Grenzen zwischen stationären und ambulanten Pflege- und Betreuungsangeboten verwischen sich zunehmend.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 17) „Wohnen und Versorgen werden als Gesamtkonzept verstanden, zwischen denen ein enger Zusammenhang besteht.“ (Radzey 2011: 9)

Dieser Ansatz macht noch einmal deutlich, dass gute Wohnkonzepte für ältere und demente Menschen, immer von einem effektiven interprofessionellen Austausch abhängig sind. Eine altersgerechte Wohnung allein stellt die Versorgung eines alten Menschen nicht sicher. Soziale Netzwerke, ehrenamtliche oder professionalisierte sowie medizinische Dienste sind fester Bestandteil bei der Daseinssicherung älterer Menschen und müssen bei der Planung immer mit einbezogen werden. Wie diese Verbindung aussehen kann, macht das Modell „Wohnformen als Sorgesettings“ von Angelika Sennlaub deutlich (vgl. Abb. 42).

Generell kommen drei Wohnformen als „Sorgesettings“ für alte Menschen in Frage. Bei diesen Sorgesettings haben sich in den letzten Jahren noch einige Erweiterungen entwickelt:

- **Privates Wohnen** (z.B.: Familie, Paar, Single)
- **Gemeinschaftliches Wohnen** (z.B.: Hausgemeinschaft, Generationenhaus, Demenz-WG)
- **Institutionelles Wohnen** (z.B.: Altenpflegeheim)

(vgl. Radzey 2011: 9f)

Im Privaten Wohnen ist die Autonomie am größten, die Versorgungssicherheit aber am geringsten. (Radzey 2011: 9). „Im Gegensatz dazu bietet das institutionelle Wohnen eine hohe Versorgungssicherheit mit deutlich geringeren Anteil an Selbstbestimmung.“ (Radzey 2011: 9) Das gemeinschaftliche Wohnen stellt einen Kompromiss zwischen Selbstbestimmung und Versorgungssicherheit dar. So bietet es eine deutlich höhere Versorgungssicherheit als privates Wohnen (Gerade bei Alleinstehenden), ohne die Selbstbestimmung so stark einzuschränken, wie in institutionalisierten Einrichtungen. (Radzey 2011: 10)

IV.2.a) Menschen mit Demenz: Strategien für ein sicheres Wohnen zu Hause

Die eigenen vier Wände haben höchste Wertepriorität. (Kruse/Wahl 2010: 415). Mit der Pflege zu Hause kommen Angehörige dem Wunsch der meisten Betroffenen nach, bei eintretender Krankheit daheim gepflegt zu werden. (Sütterlin/Hoßmann/Klingholz 2011: 30)

Zu Hause zu leben fällt Menschen mit Demenz in der Regel wesentlich leichter und ist, wenn entsprechende Hilfestellungen (Strategien) gestellt werden können, zunächst oftmals die beste Lösung. Viele Handlungsmuster kann der Betroffene in vertrauter Umgebung noch lange praktizieren; Verhaltensweisen und Wohnumfeld sind „untrennbar und wechselseitig (...) verflochten.“ (Myllymäki-Neuhoff 2009: 31) Die gewohnte Ordnung und Erinnerungsstücke vermitteln das Gefühl von Sicherheit und geben Orientierung. Das vertraute Wohnumfeld fungiert dabei quasi als „Korsett“. (Myllymäki-Neuhoff 2009: 30)

Menschen mit Demenz können in der Regel eine Zeit lang gut alleine leben, wenn entsprechende ambulante, soziale und häusliche Hilfestellungen bereitgestellt werden. Mit sozialen Hilfestellungen sind hier vor allem Angehörige bzw. zwischenmenschliche Beziehungen (Nachbarn, Freunde,...) gemeint, die täglich nach dem Betroffenen schauen und sich nach seinem Befinden erkundigen. Im weiteren Verlauf kann das Hilfsnetz durch professionelle Dienste ergänzt werden. Die Hilfestellungen sind anfangs meist organisatorischer Natur. Es geht darum den Betroffenen in seinem individuellen Tagesablauf zu unterstützen, ihn ggf. an Mahlzeiten, Termine, etc. erinnern.

Der Verlauf der Alzheimer-Demenz stellt den Betroffenen und die Angehörigen vor immer neue Herausforderungen. Damit eine gute Betreuung

und Pflege möglich sein können, müssen in der Regel individuelle Maßnahmen getroffen werden, die sowohl den Betroffenen, als auch den Betreuenden im Alltag unterstützen.

Für den Verbleib in der eigenen Wohnung gibt es drei Strategien:

- **Räumliche Strategien** (Wohnraumanpassung)
- **Technische Strategien** (Lösungen zur Verbesserung von Sicherheit (AAL), Kompetenz etc.
- **Soziale Strategien** (Familie, Nachbarn, soziale Dienste, Pflegekräfte aus Osteuropa)

(Radzey 2011: 10f)

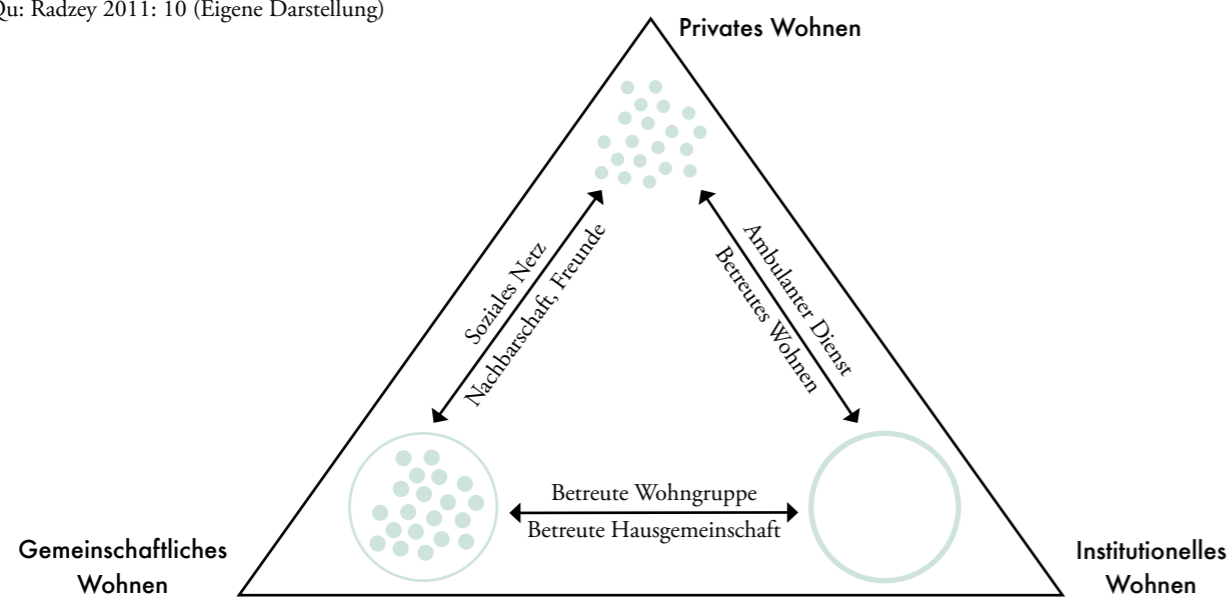
Eine sogenannte Wohnraumanpassung soll das vertraute Wohnumfeld barrierefrei bzw. barrierearm umgestalten. Die dafür baulichen Anforderungen fasst die DIN 18040 „Barrierefreies Bauen“ zusammen. Außerdem wurden Gestaltungsempfehlungen zusammengestellt, die sich speziell bei Menschen mit Demenz bewährt haben („Wohnraumanpassung bei Demenz“ von Kuratorium Deutsche Altershilfe und „Improving the design of housing to assist people with dementia“ von Dementia Services Development Centre, Schottland)

Die „Top ten“ Gestaltungsempfehlungen von Dementia Services Development Centre sind:

1. Beleuchtungsstärke der Lichtquellen im Haus zu verdoppeln
2. Gute Akustik gewährleisten und Lärmquellen reduzieren
3. Gute Beschilderung auf Augenhöhe sicherstellen
4. Farbtonkontraste einsetzen, um Wände, Fußleisten und Böden voneinander zu differenzieren. Sicherstellen, dass sich der Farbton des Bodens sich durch die gesamte Wohnfläche und Außenanlage fortsetzt.

Abb. 42: Wohnformen als Sorgesettings

Qu: Radzey 2011: 10 (Eigene Darstellung)



5. Farbkontrast einsetzen, um Lichtschalter und wichtige Objekte hervorzuheben.
6. Gegenstände und Bilder (besser als Farben) einsetzen, um zwischen den verschiedenen Räumen und Bereichen der Wohnung zu unterscheiden
7. Sicherstellen, dass die Funktionen in Küche und Bad leicht zu verstehen sind. Moderne Armaturen vermeiden.
8. Sicherstellen, dass wichtige Räume wie Toilette gut zu sehen sind und Möbel und Einrichtung verständlich die Funktion jedes Raumes transportieren. Eindeutige Beschilderung an den Türen anbringen.
9. Illuminierte Uhren (24 Stunden Anzeige) in jedem Raum anbringen.
10. Alle Türen sollten vom Eingang der Wohnung aus klar zu erkennen sein. Schranktüren sollen mit einer Glasfront versehen werden oder offen sein.

Dementia Services Development Centre 2013: 35

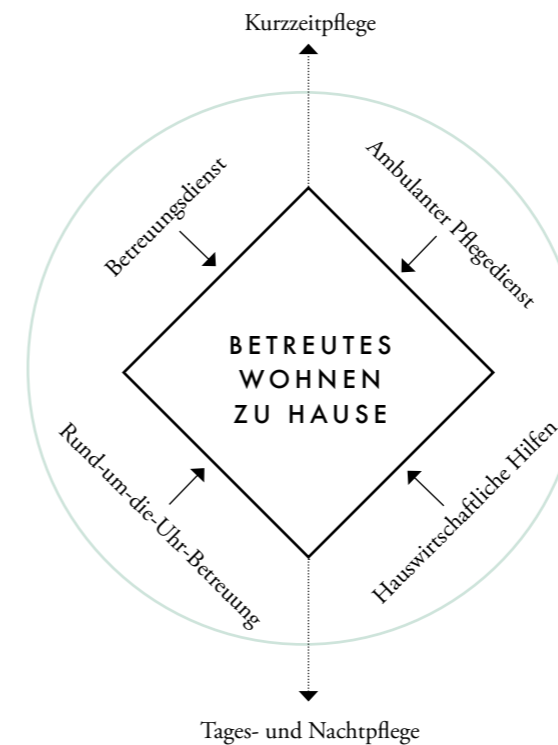
Für einen Menschen mit Demenz ist es schwierig, „sich an ein neues Umfeld zu gewöhnen, weil dies ein gutes Gedächtnis und Anpassungsfähigkeit voraussetzt.“ (Website Dementia) Mit die wichtigste Maßnahme ist dafür zu sorgen, dass „die wichtigsten Gegenstände und Orte gut zu erkennen sind.“ (Website Dementia) Veränderungen in der Wohnung verwirren den Betroffenen meistens oder beängstigen ihn. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014: 45-46) Deshalb sollte immer abgewägt werden, ob die Veränderung wirklich notwendig ist. Wenn ja sollten die Maßnahmen „möglichst behutsam und schrittweise eingeführt werden.“ (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014: 46) Wenn zum Beispiel ein Gerät (z.B.: Wasserkocher) ersetzt werden muss, so empfiehlt es sich,

am besten das gleiche Modell zu kaufen. Ist dieses vergriffen, dann sollte zumindest auf ein Modell mit ähnlicher Formgebung, gleicher Farbe und Funktionsabläufen zurück gegriffen werden. Können gewisse Produkte wie beispielsweise ein zeitgemäßes Funktelefon auf Grund der komplexen Handhabung nicht mehr bedient werden, so hat es sich z.B. schon bewährt ein altes Telefon mit Drehscheibe zu installieren, was eher alten Handlungsmustern entspricht und intuitiver zu bedienen ist. (vgl. Schwägerl 27.12.2013). Welche technischen Strategien ist gibt, wurde in dem Kapitel III.2.c) erläutert. Für die soziale Strategie ist die „wichtigste Unterstützungsressource für Demenzbetroffene [...] andere Menschen.“ (Radzey 2011: 11) Sie leisten den wesentlichen Beitrag zur Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz, aber auch bei Pflegebedürftigen ohne Demenz. Von den insgesamt 2,5 Millionen Menschen (Stand 2014, Bundesministerium für Gesundheit), die pflegebedürftig sind, werden knapp zwei Drittel zu Hause versorgt.

Auch wenn das private Hilfsnetz gut strukturiert ist, wird voraussichtlich der Zeitpunkt kommen, und der Betroffene nicht mehr alleine leben kann. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 114) Einkaufen wird zum großen Stressfaktor, Essenszubereitung fällt immer schwerer, usw.. Ist es den Angehörigen nicht möglich den Betroffenen adäquat zu unterstützen, gibt es auch hier eine Vielzahl von Versorgungskonzepten, die über die der ambulante Pflegedienste hinaus geht (vgl. Abb. 43). Welche Versorgungsmöglichkeiten gibt es für Menschen, die trotz ihrer Erkrankung lange zu Hause wohnen bleiben wollen? Um es zu gewährleisten, so lange wie möglich zu Hause zu leben, gibt es verschiedene Versorgungsformen, die sowohl den Betroffenen unter-

Abb. 43: Versorgungssettings betreutes Wohnen zu Hause

Qu: Eigene Darstellung



stützen als auch den unmittelbar Betreuenden entlasten. Betreutes Wohnen zu Hause ist eine sinnvolle Lösung, wenn Menschen mit Demenz auf Alltagshilfen angewiesen sind, aber nicht zwangsläufig gepflegt werden müssen. (Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2012: 7) Bei der Organisation der Hilfen entscheidet man zunächst, ob Unterstützung beim Betreuen oder Pflegen benötigt wird. Betreuungsdienste bieten sich an, wenn die Pflegeperson zeitliche Entlastung braucht. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 207). Ebenso gibt es engagierte Ehrenamtliche, die bei der Betreuung Entlastung bieten. Benötigt man professionelle Hilfe bei der Pflege des Betroffenen (medizinische oder psychiatrische Fachpflege, Intim- und Körperpflege), empfiehlt sich ein ambulanter Pflegedienst. Träger sind Wohlfahrtverbände oder privatgewerbliche

Anbieter. Hauswirtschaftliche Hilfen unterstützen bei Haushaltstätigkeiten, wenn der Betroffene dazu nicht mehr in der Lage ist und/oder die Angehörigen dafür keine Kapazitäten haben. Kann ein Mensch mit Demenz nicht mehr alleine leben und kommt eine Unterbringung im Heim nicht in Frage, gibt es die Möglichkeit eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu engagieren. Neben Pflegediensten gibt es auch Selbständige, die eine solche Dienstleistung anbieten. Immer öfter werden auch Hilfen aus Osteuropa angestellt, welche deutlich günstiger sind als Professionelle. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 215) Kann nicht durchgehend eine Betreuung am Tag gewährleistet werden, gibt es auch die Möglichkeit den Betroffenen tagsüber in Tagespflege zu geben bzw. bei unruhigen Schlafenden und nachtaktiven in die Nachtpflege. Einige Altenheime bieten dieses Zusatzangebot an, ebenso haben sich Einrichtungen darauf spezialisiert. (Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 220) Sind Angehörige für einen begrenzten Zeitraum nicht in der Lage den Betroffenen zu betreuen, gibt es die Option der Kurzzeitpflege.

Abb. 44: Wohlfühlen im vertrauten Umfeld



Qu.: Website ekmd

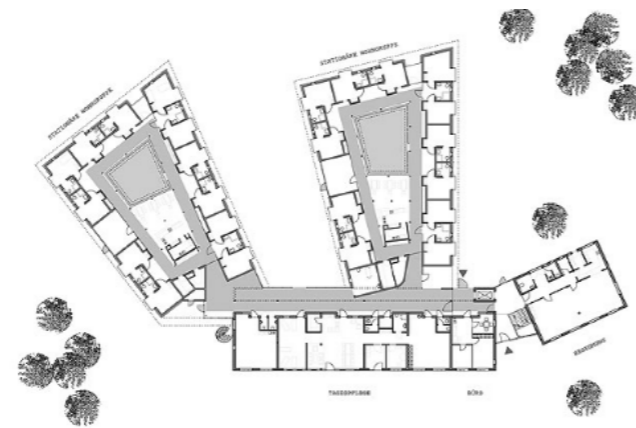
IV.2.b) Alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz und ältere Menschen

Bei leichter bis mittelschwerer Demenz können die Betroffenen wie bereits erwähnt „bei guter Unterstützung und einer Anpassung des Wohnumfelds noch längere Zeit selbstständig zu Hause leben.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 8) Ausschlaggebend für den Umzug in eine Pflegeeinrichtung sind meistens Situationen, in der die Gesundheit des Betroffenen gefährdet ist (z.B.: reduzierte Nahrungsaufnahme, mangelnde Hygiene, usw.), oder weil er für sich selber und für Andere eine Gefahrenquelle darstellt (Herdplatten anlassen, weglaufen usw.). Wenn es keiner nahestehenden Person möglich ist eine Rund-um-die-Uhr Versorgung zu leisten, dann ist in der Regel der Umzug in eine Pflegeeinrichtung der nächste Schritt. Spätestens im dritten Stadium benötigt ein Mensch mit Demenz eine ganzheitliche Betreuung und Pflege, die ein einzelner Angehöriger nicht alleine leisten kann.

Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung ist oft mit Konflikten verbunden, egal ob es zu einem frühzeitigen Umzug in eine Einrichtung kommt, die den Betroffenen in seiner Selbständigkeit passend unterstützt oder ein späterer Umzug in eine Einrichtung mit Rund-um-die-Uhr Betreuung. Beide Optionen haben Vor- und Nachteile. (vgl. Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 117)

Im stationären Bereich gibt es im Bau eine typologische Vielfalt, da es „unterschiedliche Konzepte zum Wohnen und Betreuen von Menschen mit Demenz gibt, zu denen jeweils andere bauliche Lösungen passen.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 48) Inzwischen schätzt man, dass 60 bis 70 Prozent der Bewohner von entsprechenden Einrichtungen, demenz sind. (Heeg/Bäuerle 2008: 8) Dabei werden im wesentlichen zwei unterschiedliche Zielgruppen angesprochen: zum einen Menschen mit

Abb. 45: Gradmann Haus, milieutherapeutisch orientiert



Qu.: Website Sozialplanen

Demenz mit „normalem“ Verlauf, die vor allem Geborgenheit und Übersichtlichkeit benötigen, und zum anderen Menschen mit besonderen Verhaltensweisen, die oft sehr mobil sind und dadurch sicheren Bewegungsraum beanspruchen. (Heeg/Bäuerle 2008: 48)

Wie solche institutionalisierte Wohnformen speziell für Menschen mit Demenz aussehen können wurde bereits erläutert (vgl. III.2.b). Diese sind: **Hausgemeinschaften**, **Demenzwohngruppen**, **Wohnbereiche für besondere Dementenbetreuung** und **Spezialeinrichtungen mit differenzierten Settings**. Doch welche Wohnformen kommen darüber hinaus noch in Frage?

Betreutes Wohnen (in entsprechenden Wohnanlagen) besteht in der Regel aus barrierefreien Einzelwohnungen in eine Wohnanlage integriert. Älteren Menschen bietet diese Wohnform Privatsphäre und Selbstbestimmung auf der einen Seite und Sicherheit und Versorgung durch ambulante Pflegedienste bei Bedarf. (Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2012: 8) Diese Wohnform ist auch eine Alternative für ältere Menschen, die nicht zwangsläufig an einer Demenz leiden.

Abb. 46: Sozialer Wohnungsbau für Senioren, Barcelona



Qu.: Website Sozialplanen

Quartierskonzepte sind altersgerechte Wohnformen, welche in Stadtvierteln und Gemeinden angegliedert sind und das nachbarschaftliche Wohnen in Quartieren stärken und beleben sollen (Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2012: 8). „In diesem überschaubaren Sozialraum sollen ältere Menschen nicht mehr in gesonderten Einrichtungen leben müssen. Stattdessen werden Wohnviertel ihren Bedürfnissen angepasst und das Miteinander von Jung und Alt ermöglicht.“ (Feddersen/Keller 2012: 941) Es gibt deutliche Unterschiede bzgl. der Größe, der Art, Leitbild, Organisation und Initiatoren. Der Erfolg von Quartieren hängt zum einen von dem Engagement der Bürger ab, zum anderen von der Zusammenarbeit kommunaler Verwaltung, Wohnungswirtschaft und Pflegeanbietern. (Feddersen/Keller 2012: 942)

Bei ambulanten Hausgemeinschaften gibt es zwei Varianten. Einerseits sind das reine **Seniorenhausgemeinschaften** und andererseits **generationenübergreifende Hausgemeinschaften**. „Charakteristisch (...) ist das Leben in einer Solidargemeinschaft, in der sich die Mieterinnen und Mieter bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben gegenseitig unterstützen.“ (Bayrisches Staatsmi-

nisterium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2012: 9).

Ambulant betreute Wohngemeinschaften lassen sich zwischen einem Leben in den eigenen vier Wänden (mit ambulanter Betreuung und Pflege) und einem Leben in einem Pflegeheim (mit vollstationärer Versorgung) einordnen. (Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2012: 10) Die Wohnform wird vor allem von Menschen mit Demenz in Anspruch genommen (Demenz-WGs). Privatleute schlie-

Abb. 47: Generationenwohnhaus, St. Gallen



Qu.: Website Archplan

Abb. 48: De Hogewegk, Siedlung für Demenzkranke, Holland



Qu.: Website Digital Planeur

Ben sich zusammen, um eine Wohngruppe für ihre erkrankten Angehörigen zu gründen und die hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege selbstbestimmt zu organisieren. (Heeg/Bäuerle 2008: 17) Die BewohnerInnen haben jeweils einen eigenen Wohn- und Schlafbereich und eine Wohnküche (max 12. Personen). Alle Mitglieder einer Wohngemeinschaft bilden eine selbstständige Gemeinschaft, „die eigenverantwortlich über alle betreffenden Angelegenheiten entscheidet und sich ihrem Alltag (...) von (...) Dienstleistungsanbietern unterstützen lässt.“ (Bayrisches Staats-

Abb. 49: Pflegeheim Lana, Bauernstube, Südtirol



Qu.: Huber 2012: 18

ministerium für Arbeit und Sozialeordnung, Familie und Frauen 2012: 11) Alle Dienstleister haben einen Gaststatus. Wenn ein Bewohner nicht mehr in der Lage ist seine Wünsche und Anliegen zu äußern, so übernimmt ein Vormund diese Aufgabe.

Die Vielfalt von Versorgungskonzepten und Wohnformen ist groß. Von vielen Experten werden ambulant betreute Wohngruppen als beste Versorgungsform für Menschen mit Demenz angesehen, da sie Normalität und Selbstbestimmung bei relativ hoher Versorgungssicherheit ermöglichen. (Radzey 2011: 11)

Aber auch der Quartiergedanke birgt viel Potenzial. Aufgebaut auf den drei Säulen: altersgerechtes Wohnen, soziale Unterstützung und Pflege (vgl. Feddersen/Keller 2012: 940), bezieht er die Gesellschaft in den Betreuungsprozess mit ein und lässt die Versorgung älterer Menschen nicht allein bei deren Angehörigen und professionalisierten Institutionen. (vgl. Volpp 01.04.2014) Für Menschen mit Demenz können eine vertraute Nachbarschaft und soziale Kontakte im Quartier eine erste unterstützende Funktion bei nachlassenden Kompetenzen bieten und Sicherheit vermitteln. (vgl. Schmalenfeld 2010: 161f)

Abb. 50: Altersgerechte Siedlung für unterschiedliche Zielgruppen, „BOOM Community“, USA



Qu.: Website Boom for Life

Zusammenfassend lässt sich außerdem sagen, dass „demenzgerechte“ Wohnwelten drei Komponenten erfüllen sollten:

- die optimalen baulichen Elemente des Wohnumfelds,
- die psychosozialen Milieus
- und die Organisation der Betreuung, Pflege und des Zusammenlebens

(Myllymäki-Neuhoff 2009: 31)

Es ist deutlich geworden, dass Architektur und Innenarchitektur durch eine bewusste Gestaltung des Lebensraumes eine besondere Bedeutung sowohl für das Leben und Wohnen von alten Menschen, als auch von Menschen mit Demenz zukommt. Das „Befinden und Verhalten wird in starkem Maß auch von der baulichen Umgebung beeinflusst.“ (Heeg/Bäuerle 2008: 12)

Für die baulichen Anforderungen einer Pflegeeinrichtung heißt das, dass sie sich stetig weiterentwickeln sollten. Ein Anspruch sollte es sein „die Qualitäten eines Lebens wie zu Hause“ zu ermöglichen. (Heeg/Bäuerle 2008: 12)

Im Neubau entstehen im Idealfall Häuser, die sich

dem Älterwerden der Bewohner und ihrem sozialen Gefüge anpassen können. „Um eine ausgewogene Mischung unterschiedlicher Altersgruppen zu erreichen, weisen innovative Projekte auch vielfältige Wohnungsvarianten innerhalb eines Hauses auf.“ (Feddersen/Keller 2012: 937) Sibylle Heeg und Katharina Bäuerle haben drei anleitende Fragen formuliert, die ihrer Meinung nach ein Gestalter bei der Konzeptionierung stellen sollte und hier abschließend zitiert werden sollen:

- Wie kann das Prinzip der Wertschätzung baulichen Ausdruck finden?
- Wie kann durch bauliche Mittel erreicht werden, dass Betreuende leichter Zugang zu Menschen mit Demenz finden?
- In welcher Weise kann die Umgebung unmittelbar zum Wohlbefinden beitragen und zur emotionalen Heimat werden?

(Heeg/Bäuerle 2008: 30)

GESTERN WIRD SCHÖN.

V.

Ausblick

DEMENZ ALS
HERAUSFORDERUNG
ANSTATT
BEEINTRÄCHTIGUNG

MORGEN AUCH.

Wir werden alt, vielleicht auch dement. In vielen kreativen Köpfen ist diese Tatsache bereits angekommen. Es gibt eine Vielzahl an innovativen, nutzergerechten Konzepten und Gestaltungsprinzipien, welche die Bedürfnisse einer älter werdenden Generation miteinbeziehen. Die gebaute Realität sieht jedoch noch anders aus.

Die Gestaltung von Lebensräumen, sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich, vernachlässigt zu oft die Erfordernisse, die es benötigt damit ein Mensch mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen gleichberechtigt, selbstständig und selbstbestimmt leben kann und ihm eine gesellschaftliche Teilhabe zu jeder Zeit möglich ist.

Gestalter aller Disziplinen müssen stärker für das Thema Altern und die damit einhergehenden Folgen der Demenz sensibilisiert werden, damit Gestaltungsprinzipien wie Universal Design nicht nur in gebauten Umwelten umgesetzt werden, wo ein Großteil der Zielgruppe jenseits der 70 ist. Aus dieser Arbeit geht zudem hervor, dass dieser Weg nicht alleine gegangen werden kann. Ein stetiger, interdisziplinärer Austausch zwischen allen Disziplinen, die sich aus verschiedenen Gründen dem Thema annehmen, ist eine wesentliche Voraussetzung für eine lebenswerte und effektive Gestaltung von Umwelten einer stark alternenden Gesellschaft.

In erster Linie geht es dabei nicht darum, gängige Normen wie die DIN 18040 zu befolgen und denkbar überall anzuwenden. Es geht viel mehr darum, die Bedürfnisse älterer und dementer Menschen zu untersuchen, denn viele Barrieren werden durch kompensatorische Fähigkeiten ausgeglichen und stellen keine Einschränkung der Selbstständigkeit dar. Genauso wenig bedeutet das bei Neubauten DIE Vorzeige-Wohnung zu gestalten, denn die gibt es nicht – zumindest nicht für einen Menschen mit Demenz.

Vielmehr geht es um das Schaffen bzw. Umge-

stalten von Strukturen, die sich auf die individuellen Bedürfnisse flexibel anpassen lassen. Gerade um Menschen mit Demenz auf ihrem Weg zu begleiten, muss sich das Umfeld, sowohl das räumliche als auch das menschliche, anpassen – nicht umgekehrt. Damit sich das Umfeld anpassen kann, müssen sich diejenigen, die für Gestaltung verantwortlich sind, mit den individuellen Wünschen und Bedürfnissen eines jeden Einzelnen auseinandersetzen, um das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit und Kompetenz sowie seelische, geistige und körperliche Gesundheit zu bewahren und zu stärken. Von besonderer Bedeutung für Menschen mit Demenz sind dabei Orientierung, Sicherheit und Wohlbefinden.

Die Gewährleistung von Mobilität, dichten quartiersbezogenen Versorgungsstrategien, Orientierungshilfen, Schutzmechanismen und ästhetischen Parametern, können Gestalter in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen Rahmenbedingungen schaffen, die es ermöglichen bis ins hohe Alter und bei Demenz aktiv und selbstbestimmt zu leben.

Der hiermit abgeschlossene erste Teil der vorliegenden Arbeit hatte zum Ziel, Gestalter und Interessierte für das Thema Demenz zu sensibilisieren und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es zwar mögliche Anforderungen an die räumliche Umgebung, aber keine einheitliche Lösungsansätze gibt, die auf die individuellen Bedürfnisse antworten können. Im zweiten Teil wird dieses Anliegen durch ein Ausstellungskonzept unterstützt. Gemeinsam bilden die zwei Teile einen Sensibilisierungsapparat, der Altern und Demenz als Herausforderung begreift und nicht als Beeinträchtigung.

Gestern wird schön. Morgen auch.

Abb. 51: Demente Blumenvase



I.

Konzept

WIE KANN MAN MIT
EINER AUSSTELLUNG
GESTALTER UND INTERESSIERTE
FÜR DAS THEMA DEMENZ
SENSIBILISIEREN?

I. Konzept einer mobilen Ausstellung zur Sensibilisierung für Demenz

Die Arbeitsfelder von Innenarchitekten, Architekten und Designern verlangen, dass sie sich schnell und reflektiert in verschiedenste Themenbereiche hineinarbeiten und das erlangte Wissen kreativ anwenden. Denn wenige unter ihnen haben sich allein auf ein komplexes Gebiet, wie Altenheime, Kindergärten, Shop- oder Restaurant-Design, spezialisiert.

Der schnelle Zugriff auf Wissenpools durch das World Wide Web, hat auch die Arbeitsweise von Gestaltern revolutioniert. Viele Konzepte verfügen über eine fundierte Recherche, die sich in einem funktionierenden Entwurf im besten Falle widerspiegeln.

In der Konzeptphase eines Projektes gehört es u.a. dazu, sich mit der Zielgruppe auseinanderzusetzen, die zukünftig dort leben, arbeiten, einkaufen, wohnen, etc. soll.

Am besten gelingt das wohl, indem man sich persönlich von der Zielgruppe ein Bild macht, mit Vertretern von ihnen ins Gespräch kommt, Wünsche und Bedürfnisse dokumentiert und Probleme analysiert. Mittlerweile hat sich auch der interprofessionelle Austausch verschiedenster Disziplinen weiter kultiviert. (vgl. Cruz 06.04.2013)

Viele Spezialisten haben erkannt, dass nicht nur ein konkretes Projekt von einer interdisziplinären Zusammenarbeit profitiert, sondern vor allem neues, wertvolles Wissen und Arbeitstechniken generiert werden. (vgl. Cruz 06.04.2013)

Demenz ist eine vielschichtige Thematik, die viele Disziplinen beschäftigt und fortlaufend neue Erkenntnisse hervorbringt. Immer mehr Menschen leben mit Demenz. Und deswegen müssen Gestalter, wenn ihre Konzepte auf die Veränderungen gewinnbringend reagieren sollen, sich nicht „nur“ mit dem Krankheitsbild und entsprechenden Gestaltungsprinzipien auseinandersetzen. Als Gestalter ist es wichtig zu verstehen, dass man die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (und älterer Menschen) nur beantworten kann,

wenn man sich mit ihrer eigenen individuellen Realität, der „demenziellen Welt“, beschäftigt.

Dass Demenz mehr ist als schwere Gedächtnisstörungen, die das ganze Sein eines Menschen erschüttern und immer stärker beeinflussen, wurde im theoretischen Teil dieser Arbeit ausführlich erläutert. Es ist aus unterschiedlichen Gründen jedoch unrealistisch zu erwarten, dass sich Gestalter und die Gesellschaft im Allgemeinen, im Zuge der Überalterung Deutschlands und dem damit verbundenen kontinuierlichen Steigen der Anzahl dementer Menschen, mit diesem Thema grundlegend auseinandersetzen.

Die Notwendigkeit, das Thema Demenz stärker in den gesellschaftlichen Kontext zu rücken, ist da. Genauso ist es wichtig, dabei nicht eine mitleidige Haltung einzunehmen. Sie hilft keinem und belegt Demenz mit einem rührseligen Schleier.

Der Regisseur David Sieveking hat in seinem Film „Vergiss mein nicht“ die Demenz seiner Mutter einfühlsam, respektvoll und mit einer Portion Humor dokumentiert. Dieser Film zeigt die andere Seite von Demenz und löst es von seiner deprimierenden Stigmatisierung.

Das Ausstellungskonzept soll eine ähnliche Haltung einnehmen und den Besucher für das Thema Demenz sensibilisieren. Es soll Fragen aufwerfen, Verwunderung und Verständnis auslösen, Empathieempfinden fördern, ohne dabei Mitleid zu erzeugen.

Dabei soll auch Wissen zugänglich gemacht werden, das auf den Erkenntnissen der theoretischen Arbeit aufbaut.

Filmtipp

Sieveking, David 2013: Vergiss mein nicht (Dokumentarfilm), Deutschland



Wie kann mit einem Ausstellungskonzept für das Thema Demenz sensibilisieren?



MIT EINER
 AUSSTELLUNG
 GESTALTER UND
 INTERESSIERTE
 FÜR DAS
 THEMA
 DEMENZ
 SENSIBILISIEREN

.
 !
 :

I.1. Zielgruppe, Anforderungen und Verortung

Die Ausstellung soll Menschen, seien es Innenarchitekten, Architekten, Designer, Trägerschaften, Bauherren ansprechen. Genauso ist die Ausstellung aber auch an Menschen gerichtet, die sich generell für das Thema Demenz interessieren, ob aus privaten oder beruflichen Gründen.

Um eine breite Masse zu erreichen, soll die Ausstellung mobil sein und ihren Standort wechseln können. Verortet wird sich die Ausstellung vorrangig in öffentlichen Räumen, beispielsweise in Räumlichkeiten die an einer Institution gekoppelt sind (Krankenhäuser, Begegnungszentren, Rathäuser, etc.). Aber auch Veranstaltungsorte in Form von Messen oder Museen kommen in Frage. Vorhandene Beleuchtungskonzepte können ggf. erweitert werden. Generell funktioniert die Ausstellung ohne eine fest installierte Beleuchtung. Stromanschluss ist aber Voraussetzung.

Für die Gestaltung heißt das, dass die Außenwirkung Neugier erzeugen soll und den Besucher aus möglichst vielen Blickrichtungen einlädt. Ebenso bedeutet das, dass sich die Elemente der Ausstellung flexibel auf die jeweiligen räumlichen Begebenheiten anpassen lassen müssen.

Als Voraussetzung für eine gelungene Installation der Ausstellung sind außerdem folgende Rahmenbedingungen vorgesehen:

- vor Ort: Deckenhöhe von mindestens 4 m, bei einer max. Ausstellungshöhe von 3 m, sowie ein ebenerdiger Boden,
- Flächenbedarf von ca. 80 qm²,
- Konstruktion aus einzelnen Bauteilen bestehend, leicht montier- bzw. demontierbar,
- transportierbar in einem Kleinlaster,
- modulare Bestandteile
- flexibel anpassbar an die jeweilige Kulisse
- Weiterführung / Anreihung der Elemente möglich
- einheitliches Bild

I.2. Inhalte und Gestaltungsmittel

Wie kann man das Interesse von Menschen für das Thema Demenz wecken ohne dabei mit Negativbildern zu arbeiten? Mit welchen Mitteln kann man einen neuen Blick auf Demenz erzeugen und Verhaltensweisen von dementen Menschen nachvollziehbar darstellen und nicht bloßstellen?

Um diese „Effekte“ zu erzeugen, sieht das Konzept des Sensibilisierungsapparats vor, neben der reinen schriftlichen Wissensvermittlung (Theoretischer Teil), in einer Ausstellung den Besucher das Thema Demenz zugänglich zu machen. In der Ausstellung erfolgt diese sogenannte Sensibilisierung in erster Linie durch die Betrachtung von Objekten. Diese Objekte erzählen Geschichten, stellen Situationen dar und zeigen dabei auf, wie ein Mensch mit Demenz seine Umwelt wahrnimmt und wie er sie „versteht“. Es geht darum Logik, Intuitivität und Kreativität demenzieller Denkprozesse an Hand von Objekten zeigen. Zusätzlich kann sich der Besucher optional über Demenz im Allgemeinen und Gestaltungsbedarfe von Menschen mit Demenz im Raum leserlich informieren. Das Wissen wird wiederum auf zwei Weisen transportiert:

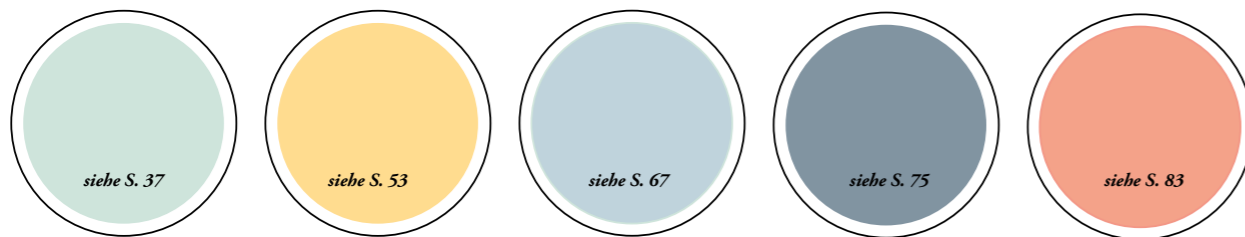
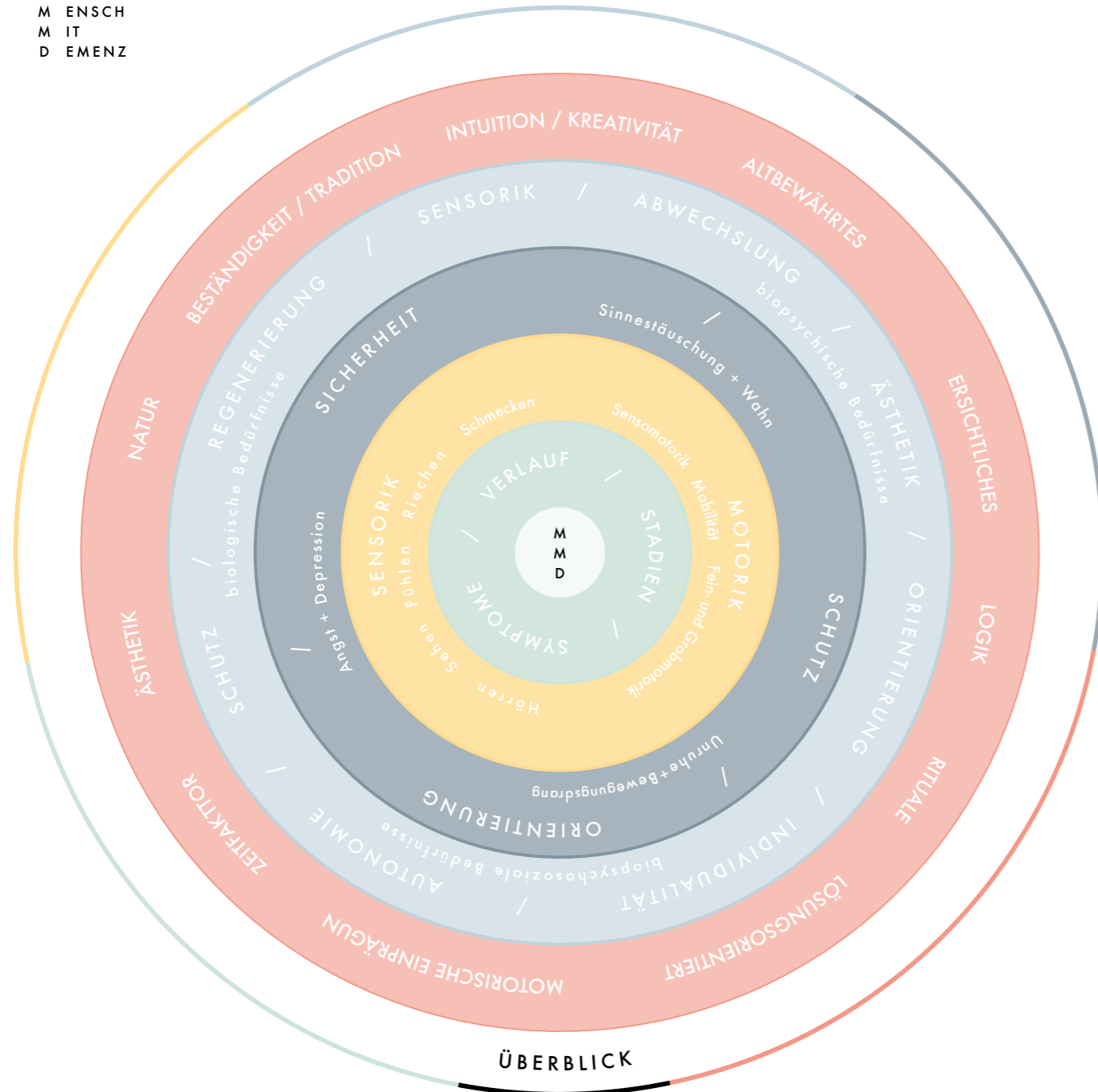
Erstens in Form eines Handbuchs, welches die Erkenntnisse der theoretischen Arbeit gesammelt darstellt und in der Aufstellung ausgelegt wird. Zweitens auf einer Art Stellwand, die Teil der Ausstellung ist.

Die Ausstellung ist bewusst nicht chronologisch konzipiert, da es auch keinen chronologischen Verlauf einer Demenz gibt.

Dem Besucher ist freigestellt, welche Teile der Ausstellung er begeht und mit welchen er sich näher befasst.

Die Objekte können gegebenenfalls weiter entwickelt und die Ausstellung somit vergrößert werden.

M ENSCH
M IT
D EMENZ



Die

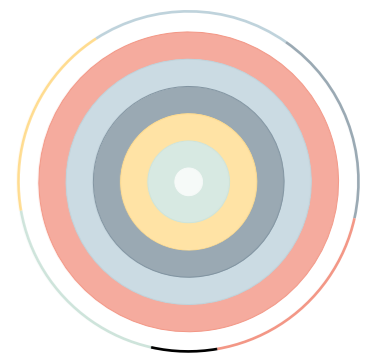
AUSSTELLUNG

informiert
anstatt belehrt

klärt auf
anstatt verklärt

WISSEN

über
entsprechende
räumliche Anforderungen,
die auf spezifische
Bedürfnisse von
Menschen mit Demenz
eingehen,
werden über
ein Schaubild vermittelt.



Wissensvermittlung

Symptome und Verlauf einer Alzheimer-Demenz

Mögliche sensorische und motorische Beeinträchtigungen und sich daraus folgernde räumliche Anforderungen

Mögliche Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und sich daraus folgernde räumliche Anforderungen

Besondere Verhaltensweisen eines Menschen mit Demenz und sich daraus folgernde räumliche Anforderungen

Wohlfühl-, Orientierungs- und Wahrnehmungsfaktoren im räumlichen Umfeld

Abb. 52: Blumenarrangements



Qu. Eigene Darstellung

Menschen mit Demenz handeln oft intuitiv. Mit dem Verlauf der Demenz gelingt es dem Betroffenen immer schwieriger Gedankengänge „richtig“ miteinander zu verknüpfen. Problemstellungen werden nicht rational gelöst, indem auf einen breiten Erfahrungsschatz zurückgegriffen wird, sondern viel mehr unreflektiert, spontan und aus dem Bauch heraus. Das hat zur Folge, dass Handlungsabläufe „anders“ stattfinden und Situationen anders interpretiert werden können als bei Menschen ohne Demenz. Die Beispiele der verschiedenen Blumenarrangements zeigen anschaulich, wie ein eigentlich „einfacher“ Vorgang, nämlich Blumen in eine Vase zu stellen, unterschiedlich interpretiert werden kann und macht deutlich, dass Menschen mit Demenz durchaus kreativ, innovativ und logisch handeln.

Die

AUSSTELLUNG

stellt dar
und stellt nicht bloß!

regt an
und regt nicht auf.

OBJEKTE

stellen
Logik,
Intuitivität
und Kreativität
„demenzieller“ Denkprozesse
dar.



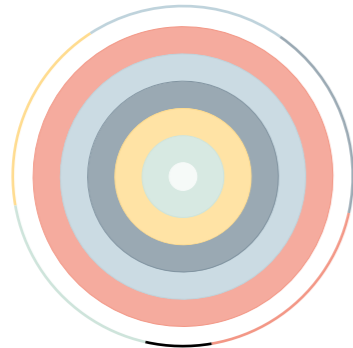
*Sensibilisierung
am Objekt*

Die

AUSSTELLUNG

gliedert sich in

2 Wege / 2 Bereiche

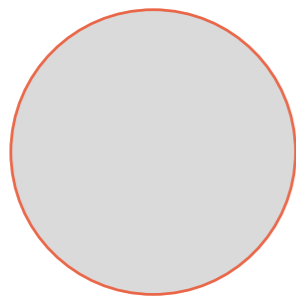


Sensibilisierung am Objekt



Wissensvermittlung

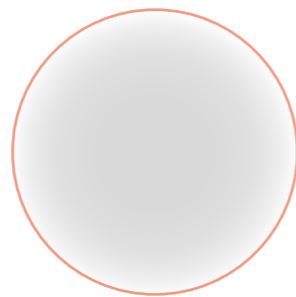
wird im Folgenden mit diesem Symbol dargestellt



(1)



Vollfläche symbolisiert irdische / reale Welt



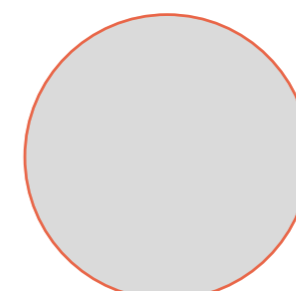
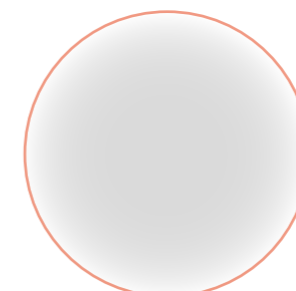
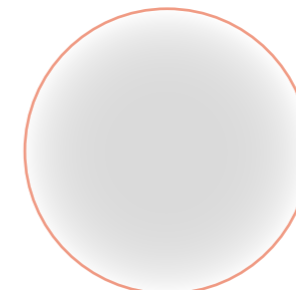
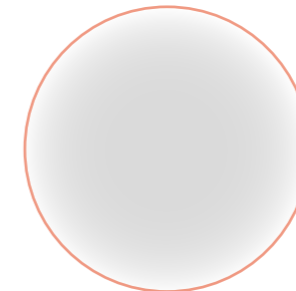
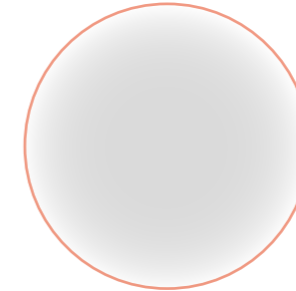
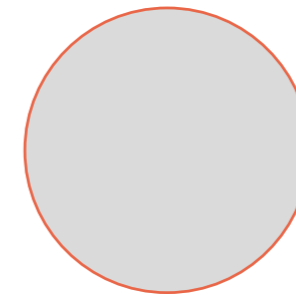
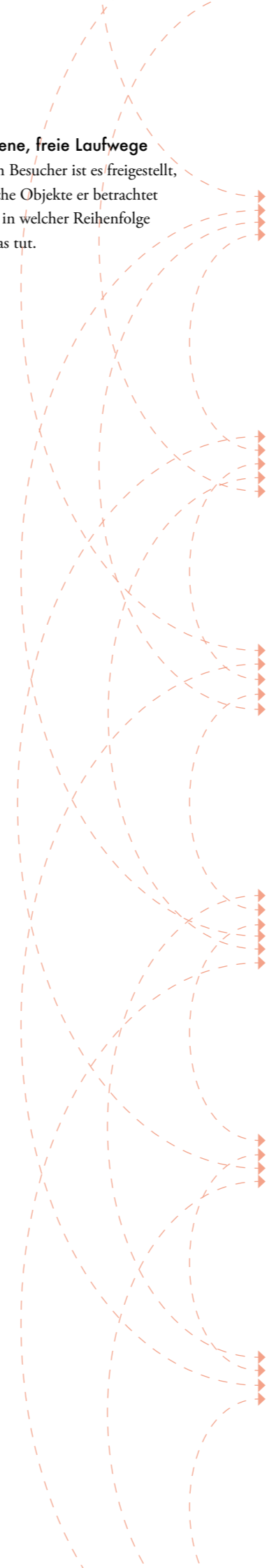
(2)



Farbverlauf symbolisiert demenzielle Welt

Offene, freie Laufwege

Dem Besucher ist es freigestellt, welche Objekte er betrachtet und in welcher Reihenfolge er das tut.



Wissensvermittlung (1)

Der Besucher wird durch ein Zitat auf einen scheinbaren Widerspruch von Demenz aufmerksam gemacht.

Sensibilisierung am Objekt (1)

Der Besucher kann anhand eines Schlüsselobjektes, welches auf fünf verschiedene Weisen interpretiert wird, nachvollziehen, wie Logik und Kreativität durch Demenz eine neue Bedeutung bekommen.

Sensibilisierung am Objekt (2)

Der Besucher entscheidet selber, welche Darstellung eines bestimmten Symbols am eindeutigsten zu verstehen ist. Dadurch wird er nachvollziehen können, welche Bedeutung eindeutige Symbole und Informationsvermittlung für Menschen mit Demenz haben.

Sensibilisierung am Objekt (3)

Anhand eines Schlüsselobjektes, dem eine eindeutige Funktion zugeordnet ist, wird dem Besucher durch eine Aneinanderreihung weiterer Objekte mit ähnlicher Formsprache, aber anderer Funktion deutlich, wie logisch eine intuitive Handhabung von Objekten (Gegenstände) bei Demenz sein kann.

Sensibilisierung am Objekt (4)

Durch eine Projektion werden in kurzen Abständen unterschiedliche Kontraste auf Oberflächen transferiert. Dadurch erfährt der Besucher, wie leicht ein Mensch mit Demenz Kontraste fehlinterpretieren kann.

Wissensvermittlung (2)

Optional kann sich der Besucher über die Symptome und Verlauf von Demenz sowie die sensorischen, motorischen Fähigkeiten und Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz, bezogen auf die räumliche Umwelt, informieren und austauschen.

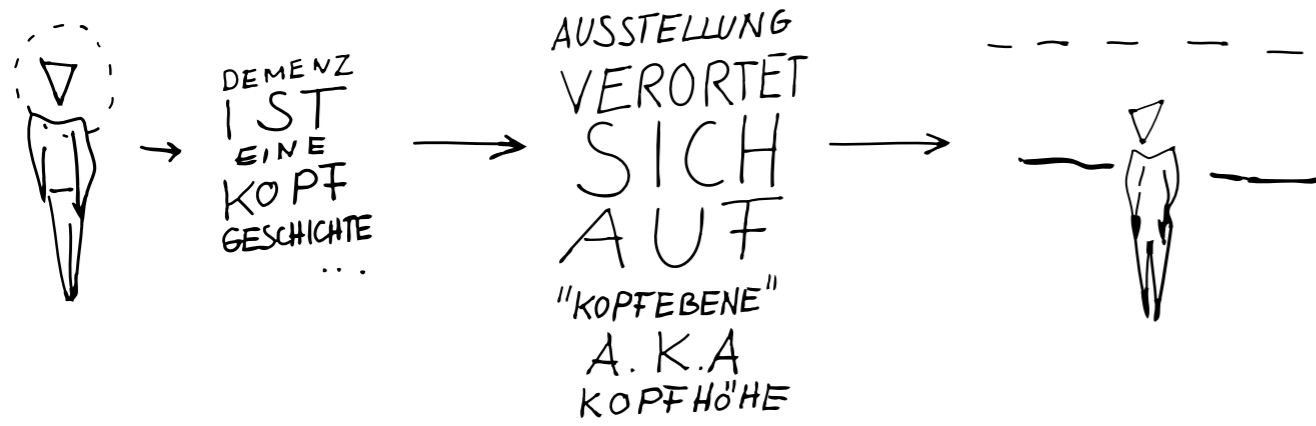
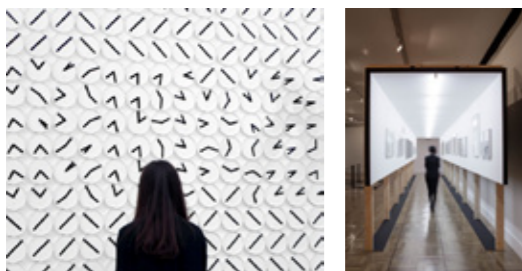


Abb. 53: Leitbilder / Inspiration



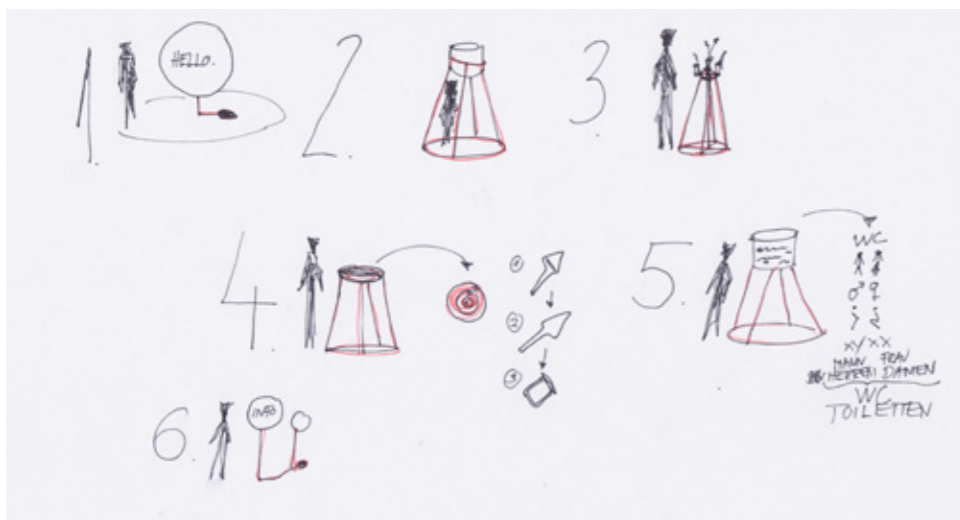
Qu.: (1) Website Dezeen, (2) Website Pinterest

Abb. 54: Entwurfsprozess



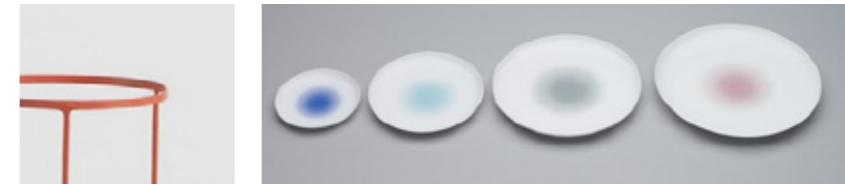
Qu. Eigene Darstellung

Abb. 55: Ausstellungskonzept



Qu. Eigene Darstellung

Abb. 56: Materialien / Inspiration

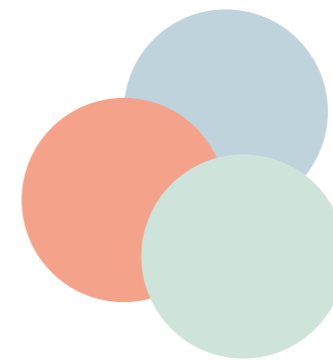


Qu.: (1) Website Cargo, (2) Website This is paper

Pulverbeschichteter,
zerlegbarer,
Profilstahlrahmen

Lackierte Farbverläufe
Polyurethanlack

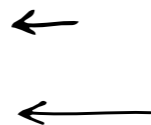
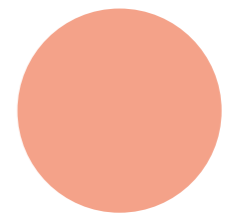
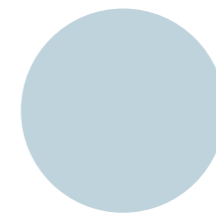
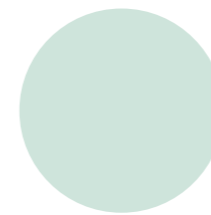
Farbkonzept



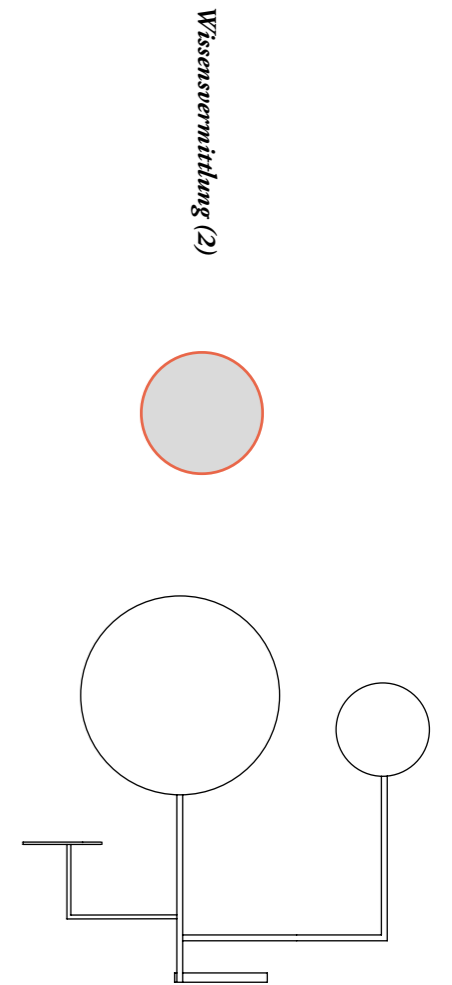
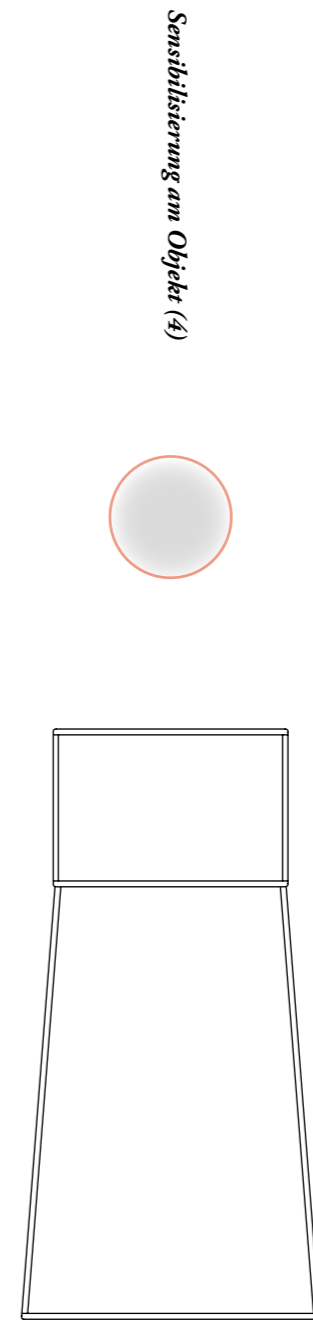
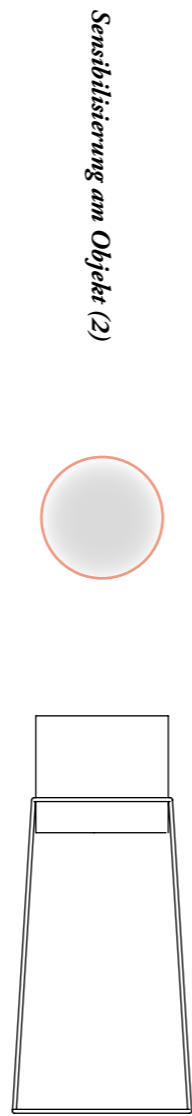
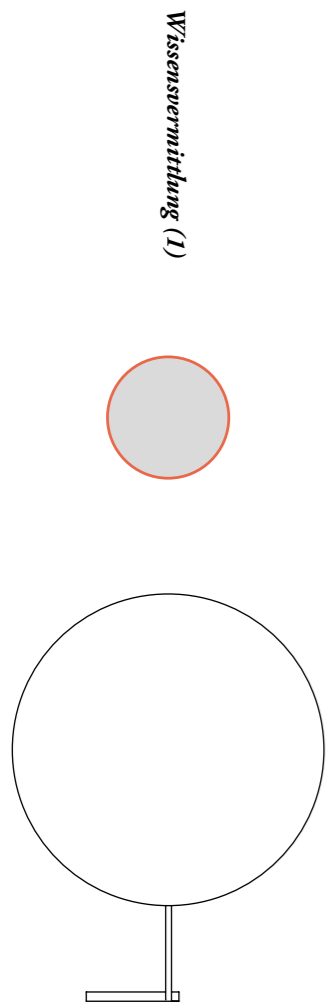
Caparol 3D plus
Patina 60

Caparol 3D plus
Pacific 120

Caparol 3D plus
Lachs 120



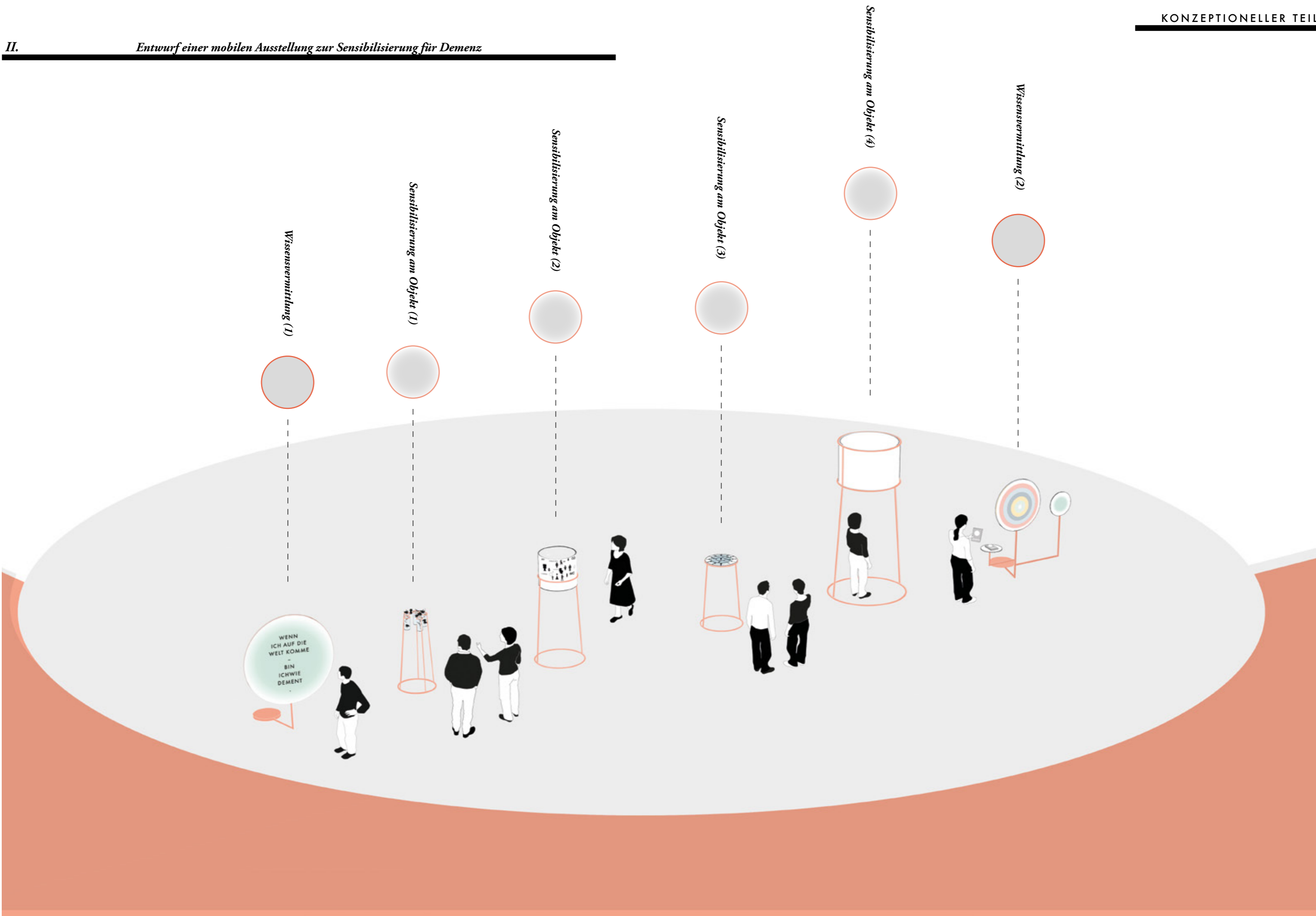
Farbverlauf symbolisiert demenzielle Welt

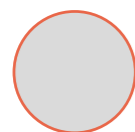


II. *Entwurf*

EIN MOBILES
AUSSTELLUNGSKONZEPT
ZUR SENSIBILISIERUNG FÜR
DAS THEMA DEMENZ

II. Entwurf einer mobilen Ausstellung zur Sensibilisierung für Demenz

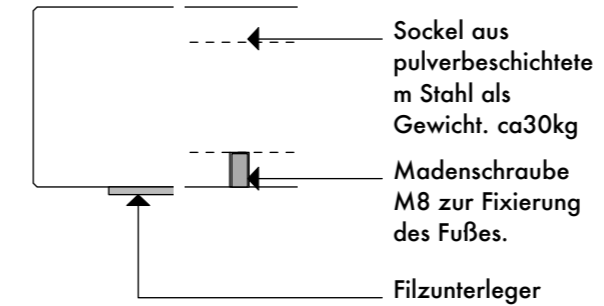
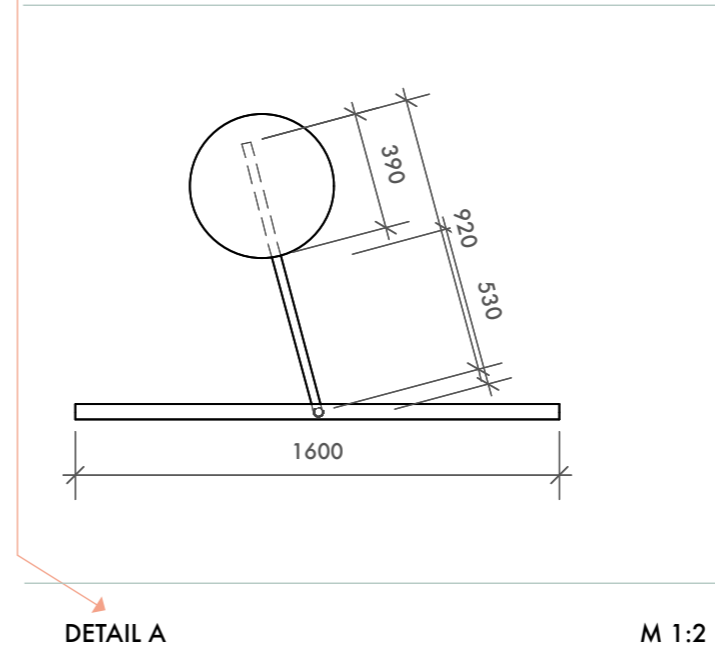
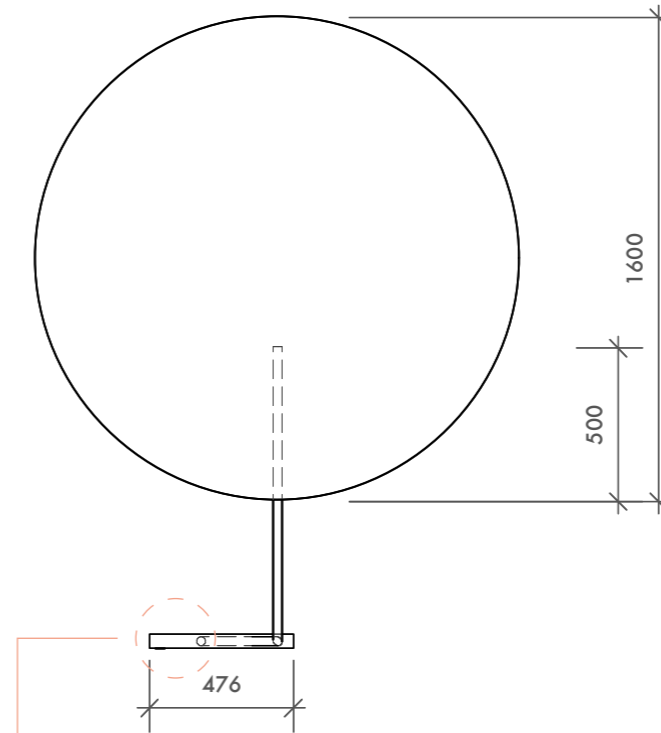




Wissensvermittlung (1)

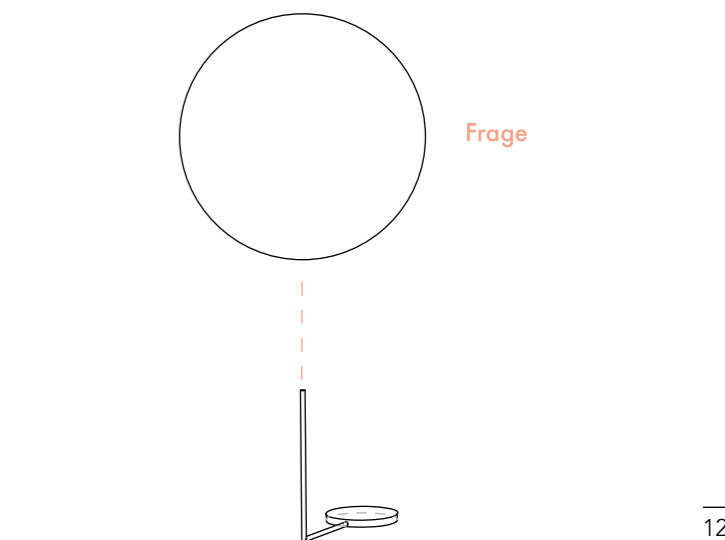
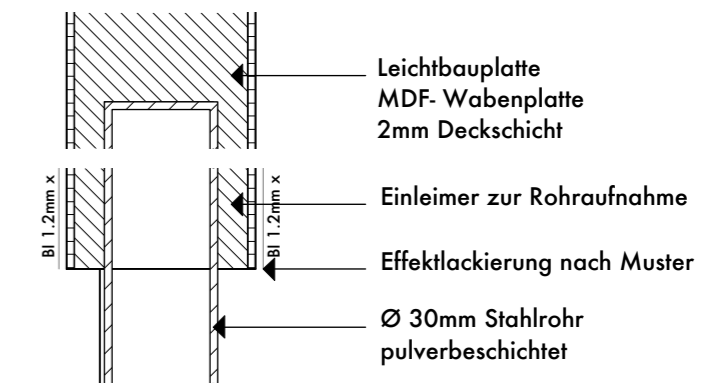
Der Besucher wird das Zitat „Wenn ich auf die Welt komme, bin ich wie dement“ auf einen scheinbaren Widerspruch von Demenz aufmerksam gemacht.

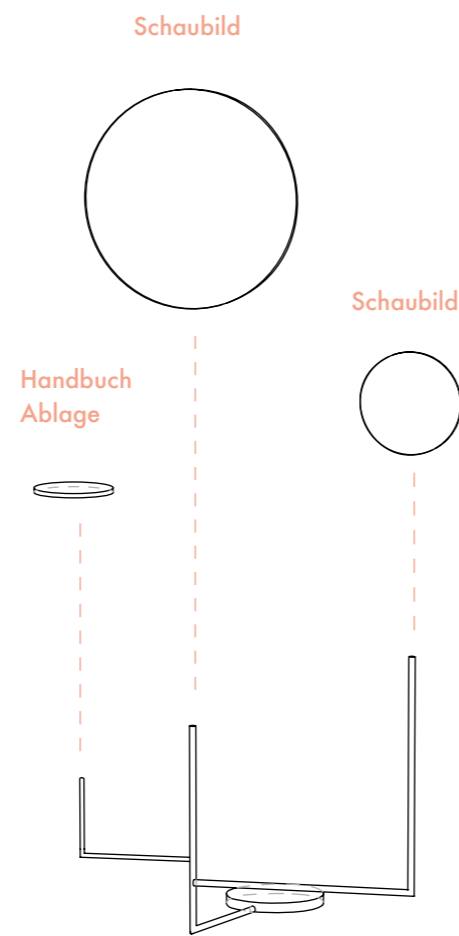
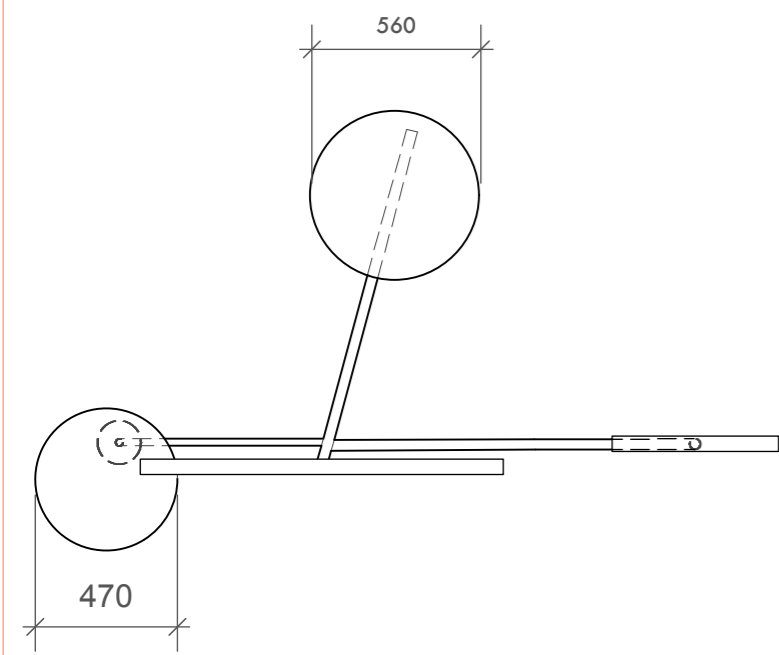
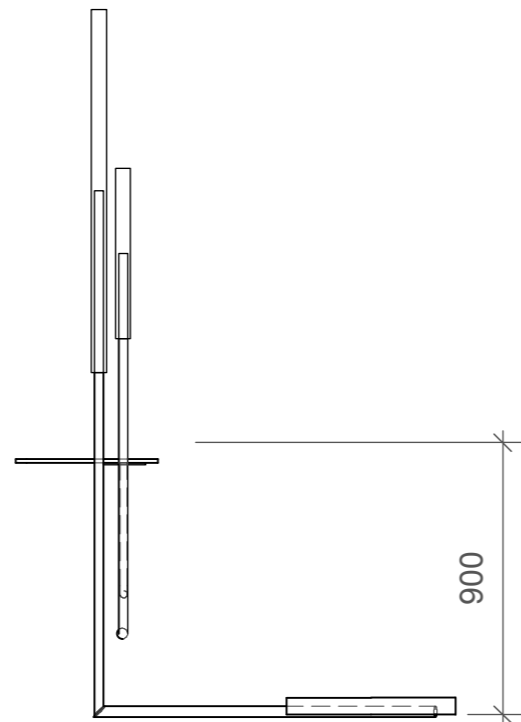
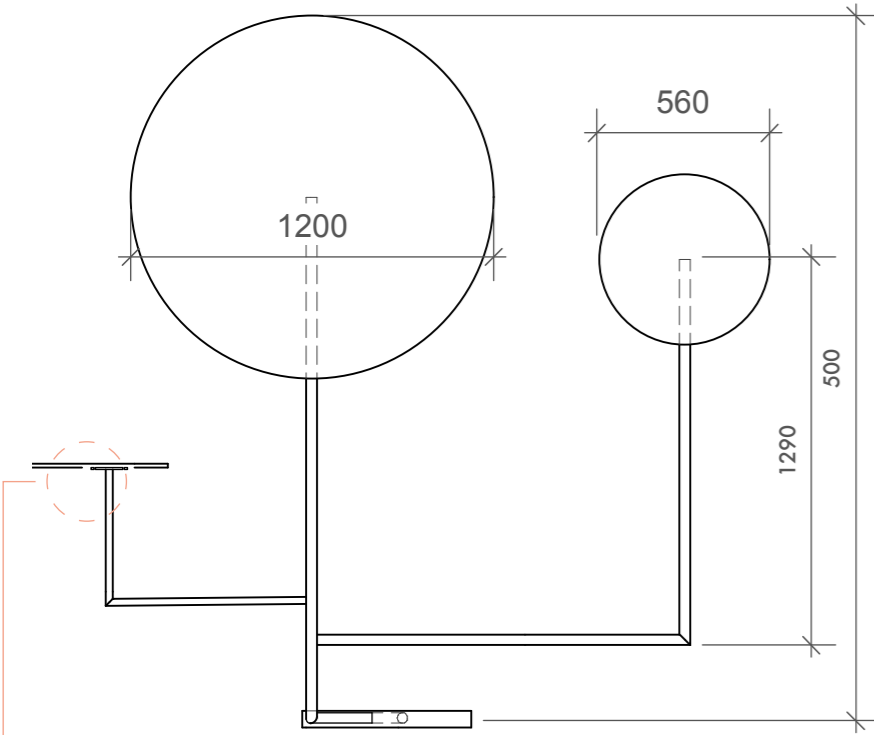
M 1:25



DETAIL B

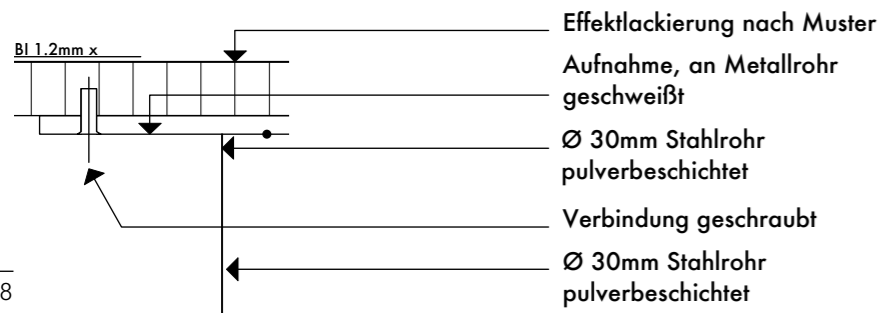
M 1:2





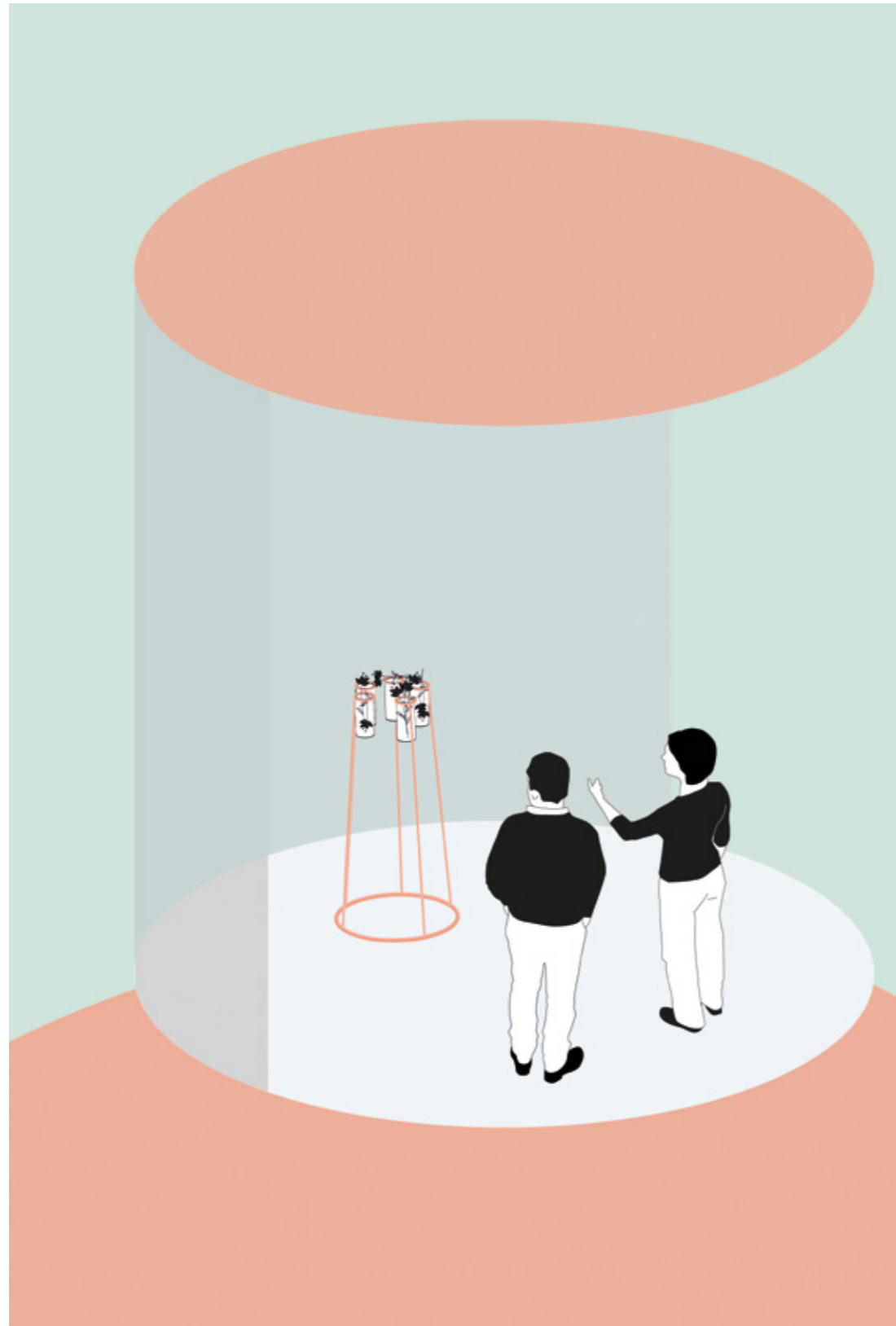
DETAIL C

M 1:2



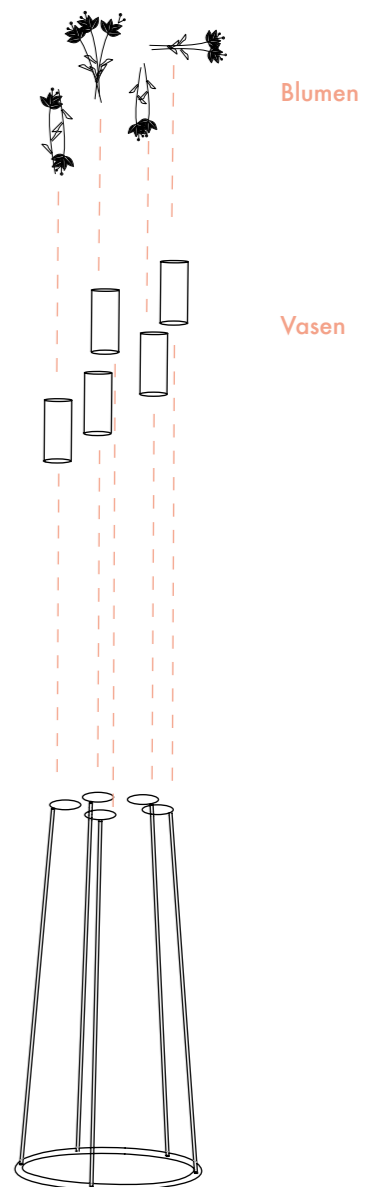
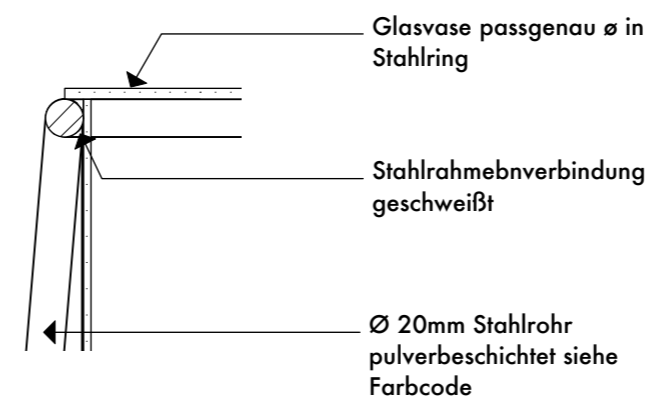
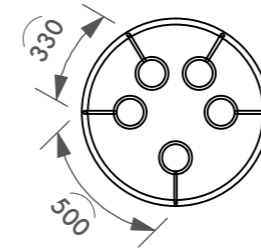
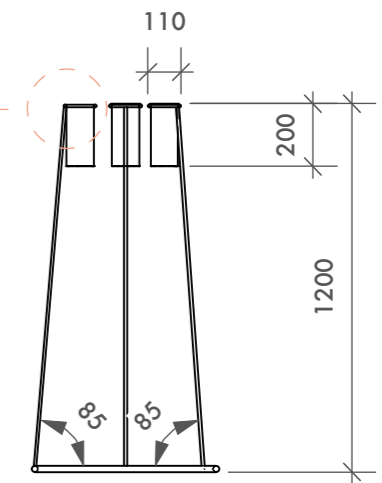
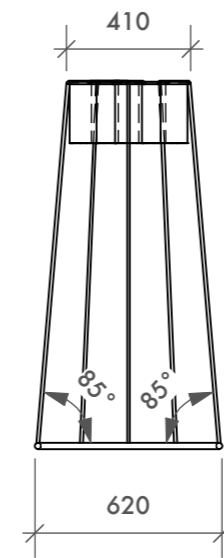
Wissensvermittlung (1)

Optional kann sich der Besucher anhand eines Handbuches sowie einem Schaubild über die Symptome und Verlauf von Demenz sowie die sensorischen, motorischen Fähigkeiten und Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz, bezogen auf die räumliche Umwelt, informieren und austauschen.

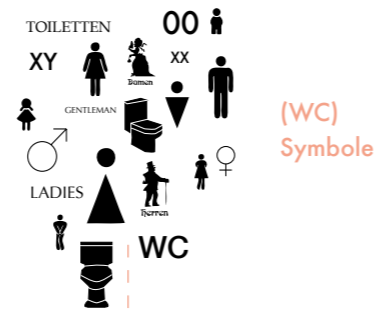
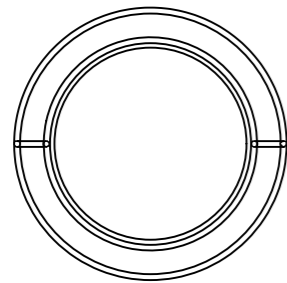
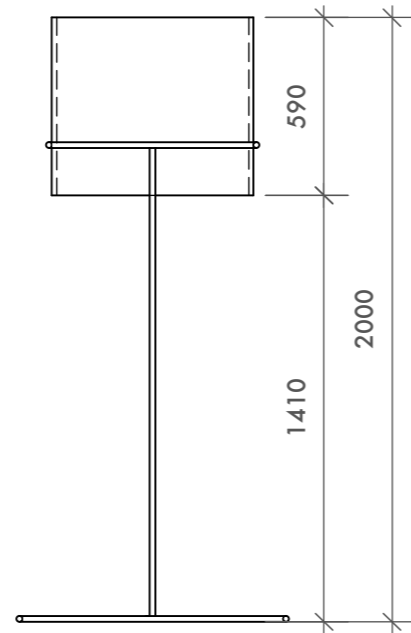
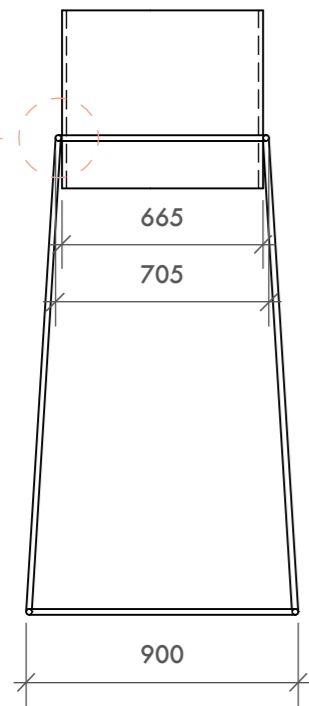


Sensibilisierung am Objekt (1)

Fünf verschiedene Blumenarrangements zeigen dem Besucher, wie ein eigentlich „einfacher“ Vorgang, nämlich Blumen in eine Vase zu stellen, unterschiedlich interpretiert werden kann und macht nachvollziehbar wie Logik und Kreativität durch Demenz eine neue Bedeutung bekommen.



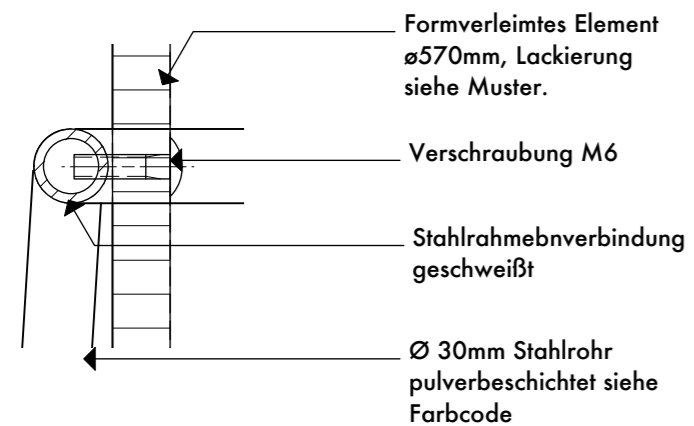
M 1:25



(WC) Symbole

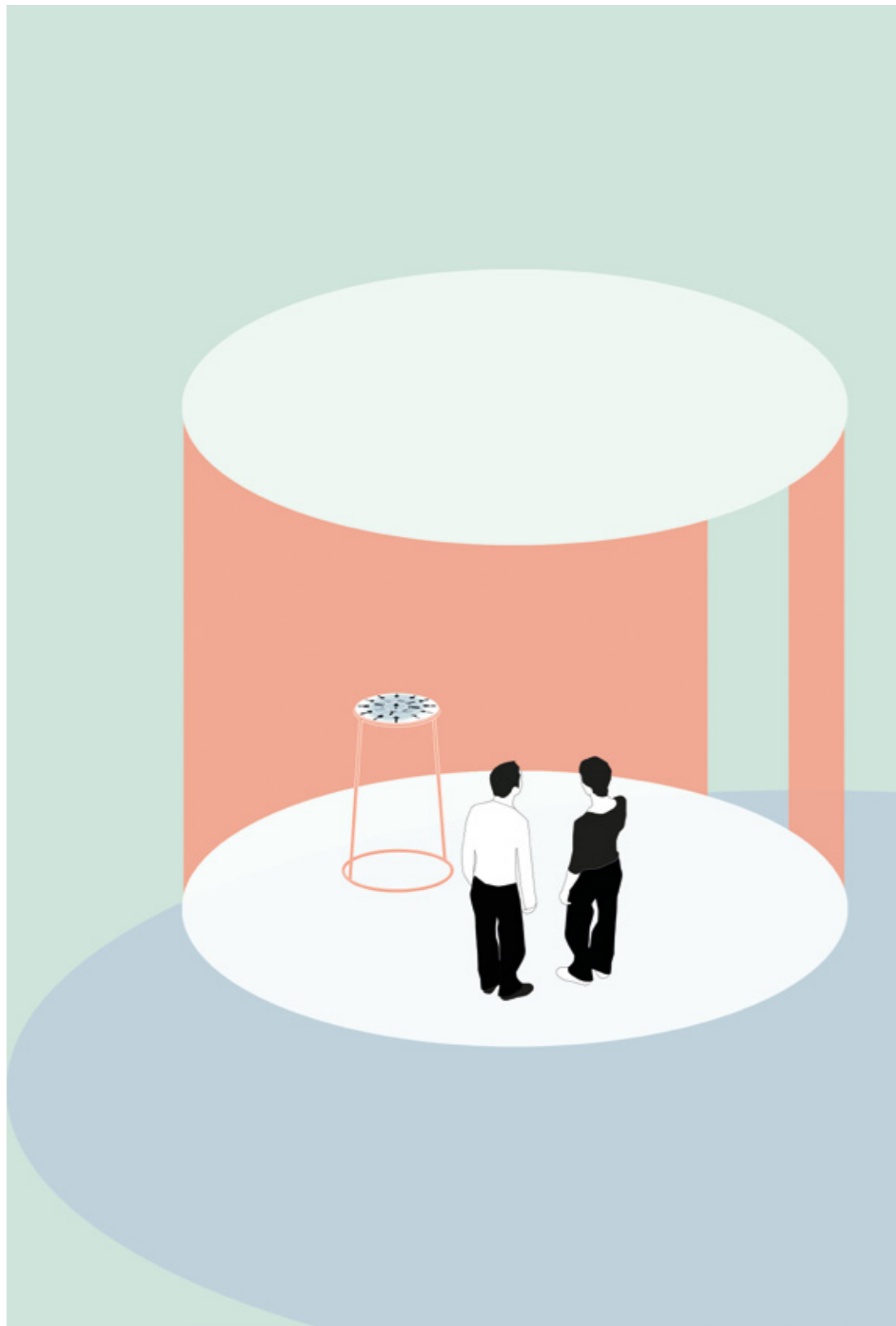
DETAIL E

M 1:2



Sensibilisierung am Objekt (2)

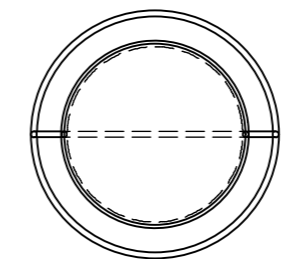
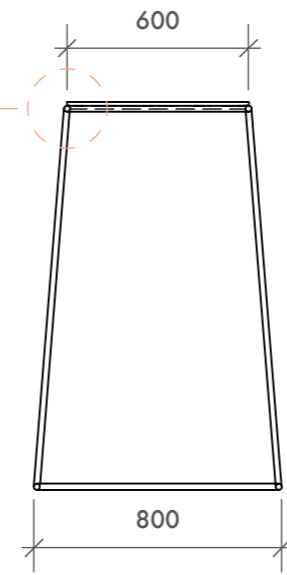
Der Besucher wird aufgefordert selber zu entscheiden, welche Darstellung eines alltäglichen WC-Symbols am eindeutigsten zu verstehen ist. Dadurch wird er nachvollziehen können, welche Bedeutung eindeutige Symbole und Informationsvermittlung für Menschen mit Demenz haben.



Sensibilisierung am Objekt (3)

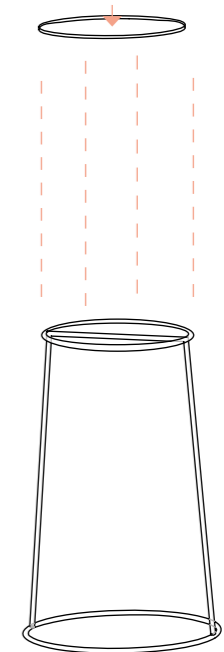
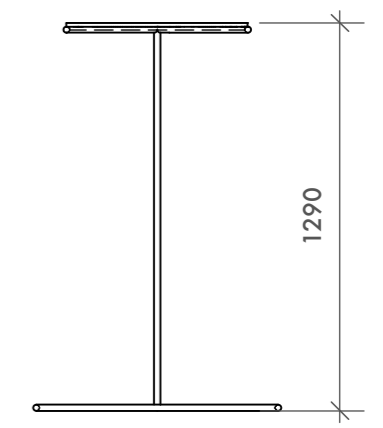
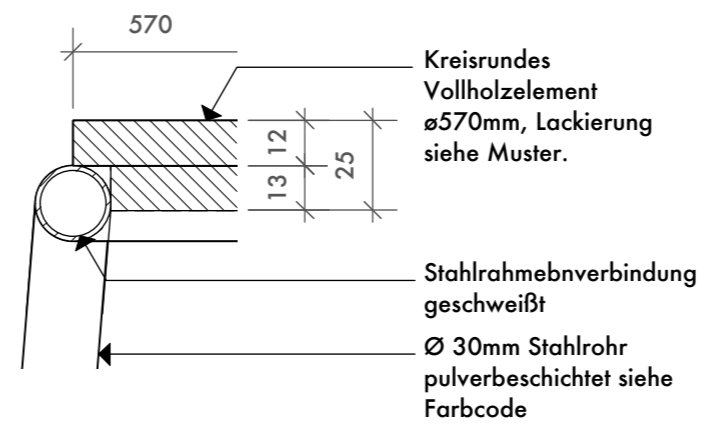
Anhand eines Käsehobel, dem eine eindeutige Funktion zugeordnet ist, wird dem Besucher durch eine Aneinanderreihung weiterer Objekte mit ähnlicher Formsprache, aber anderer Funktion (Schäler, Tortenheber,...) deutlich, wie logisch eine intuitive Handhabung von Gegenständen bei Demenz sein kann.

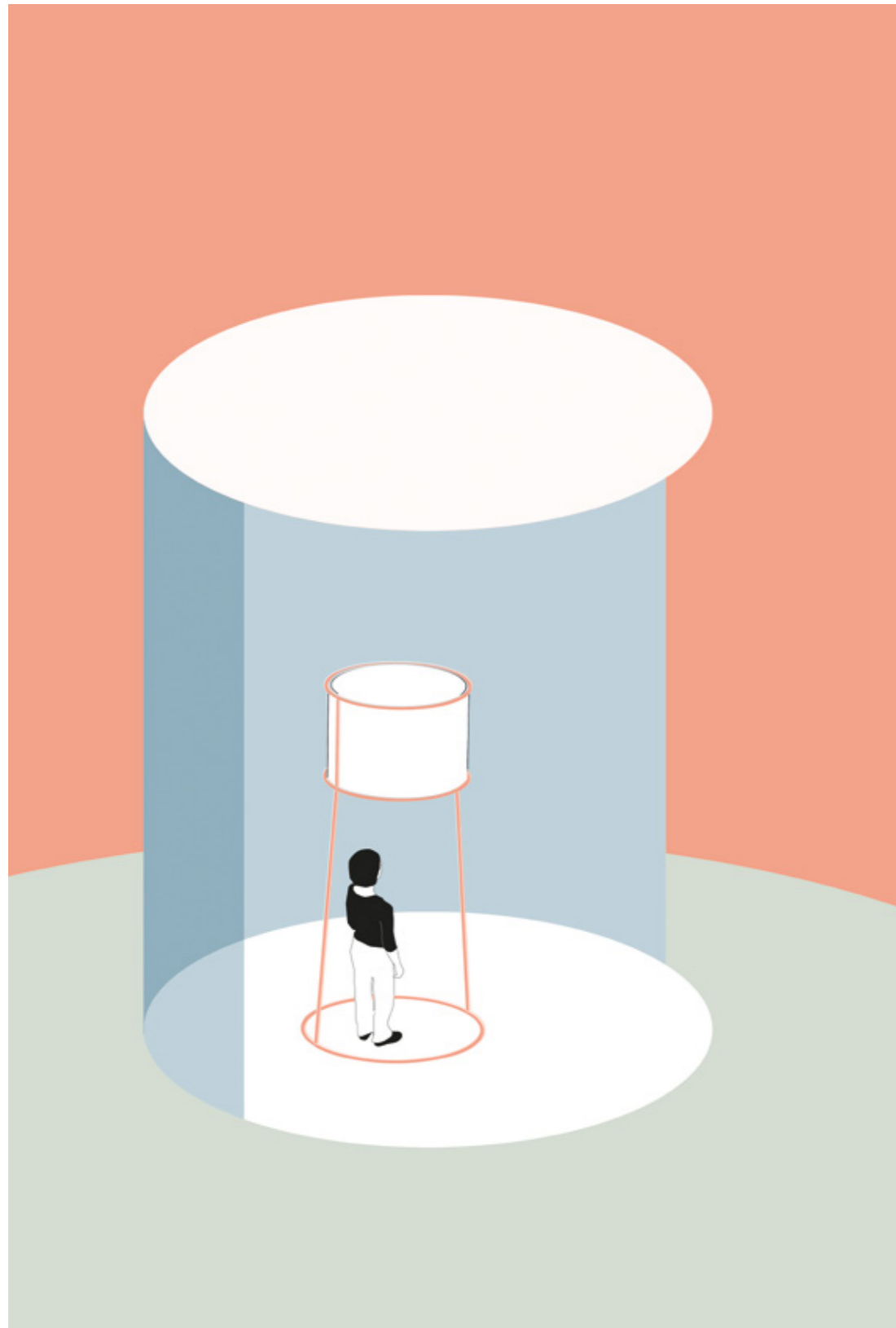
M 1:25



DETAIL F

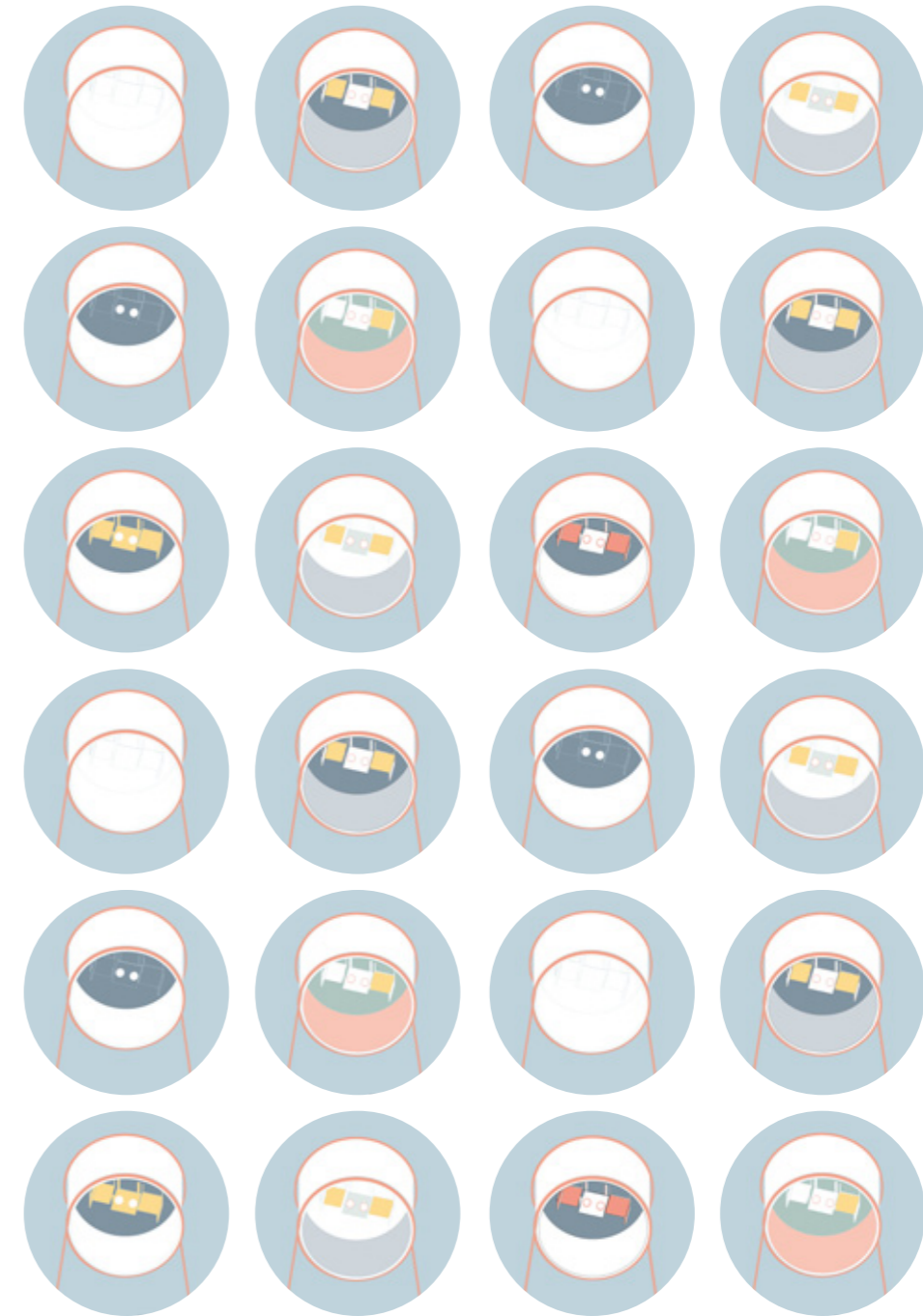
M 1:2



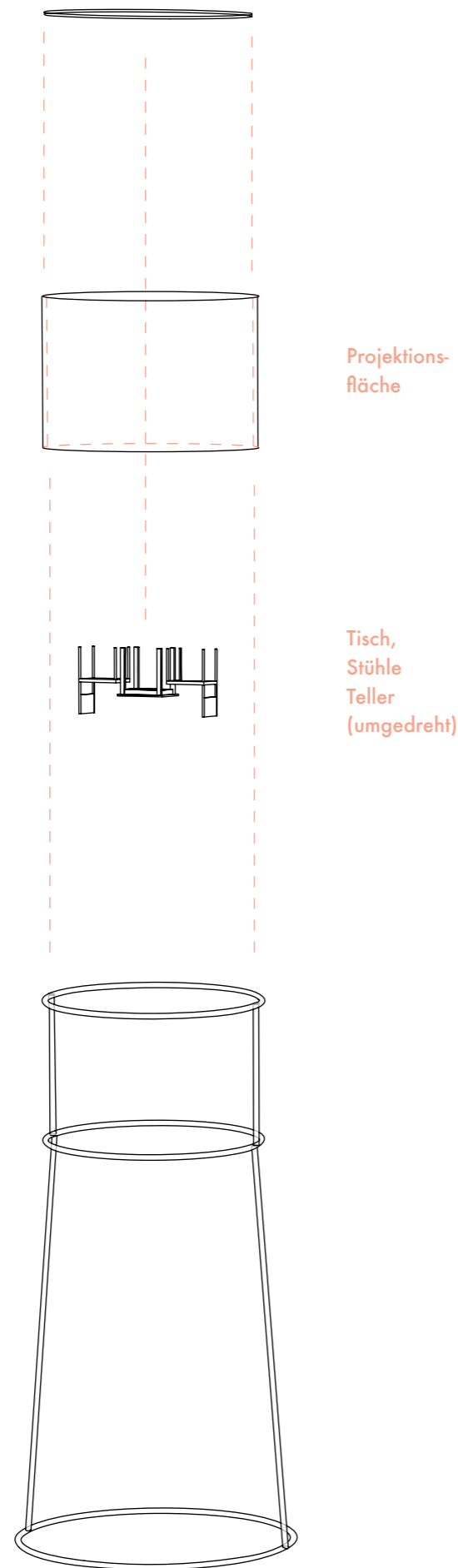


Sensibilisierung am Objekt (4)

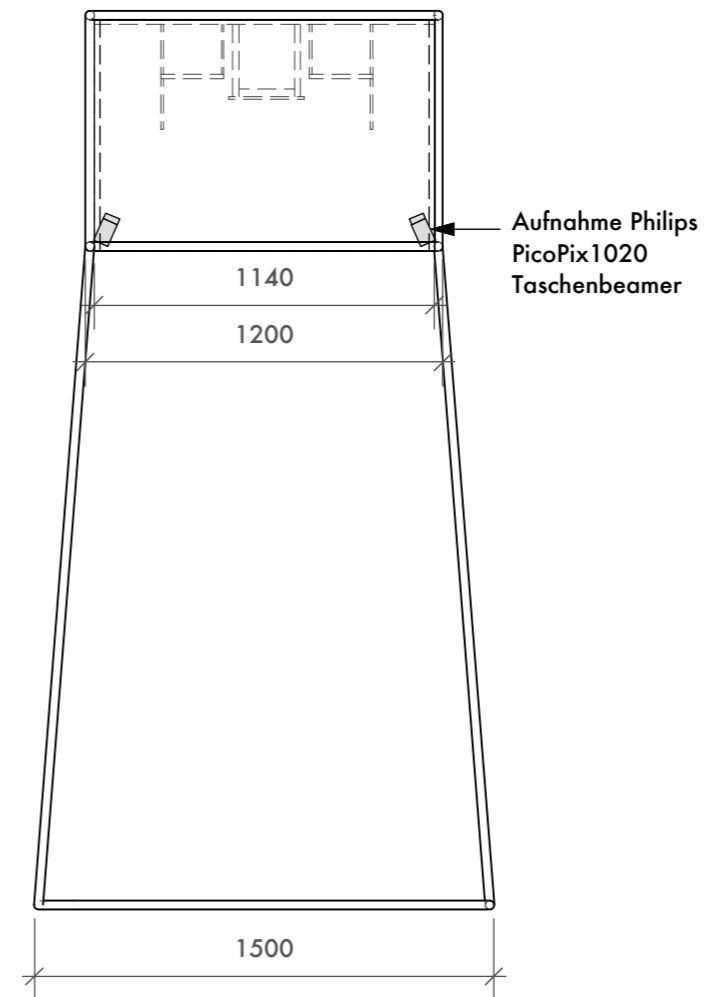
Mit Hilfe einer Projektion werden in 2 Sek.-Abständen unterschiedliche Kontraste auf Oberflächen (Boden, Wand, Tisch, Stuhl, Teller) transferiert. Der Besucher schaut dabei bei „kopfüber“. Er erfährt, wie leicht ein Mensch mit Demenz Kontraste fehlinterpretieren kann.



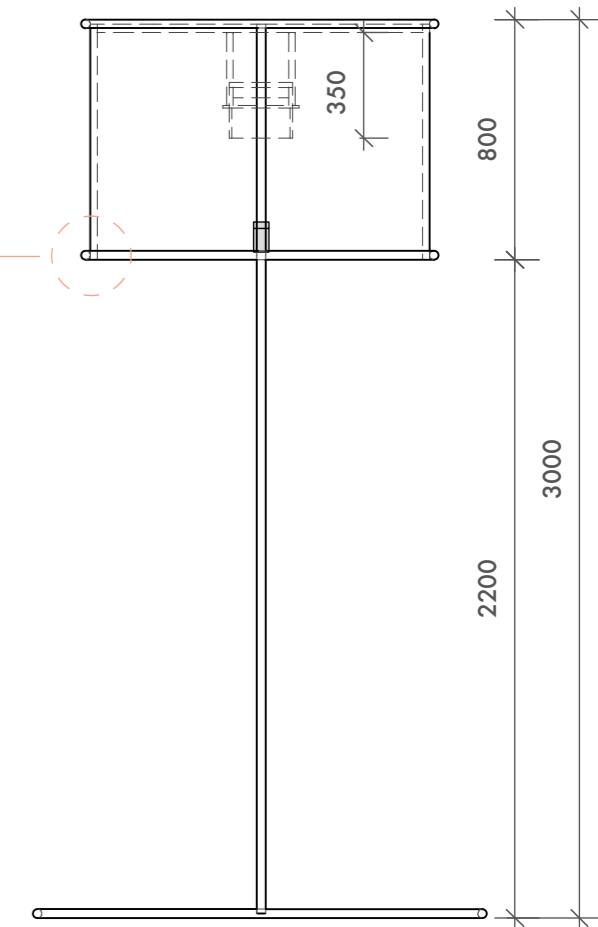
Projektionswechsel „Kontraste“ alle 2 Sekunden.



M 1:25

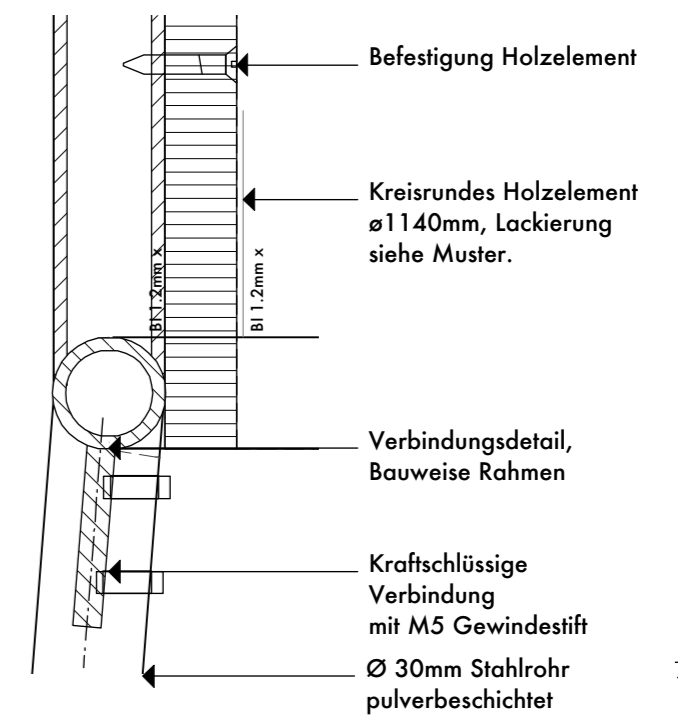
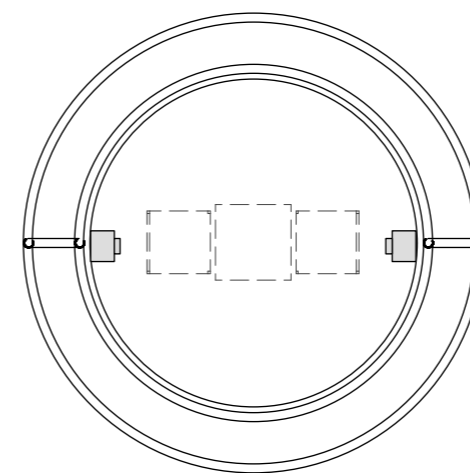


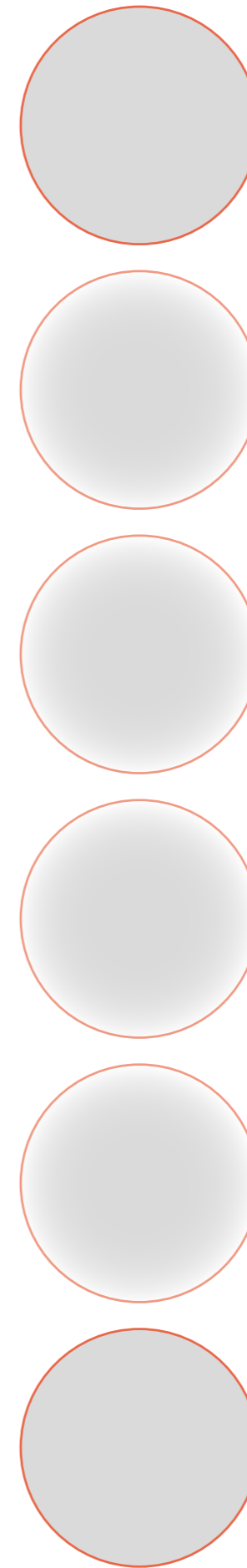
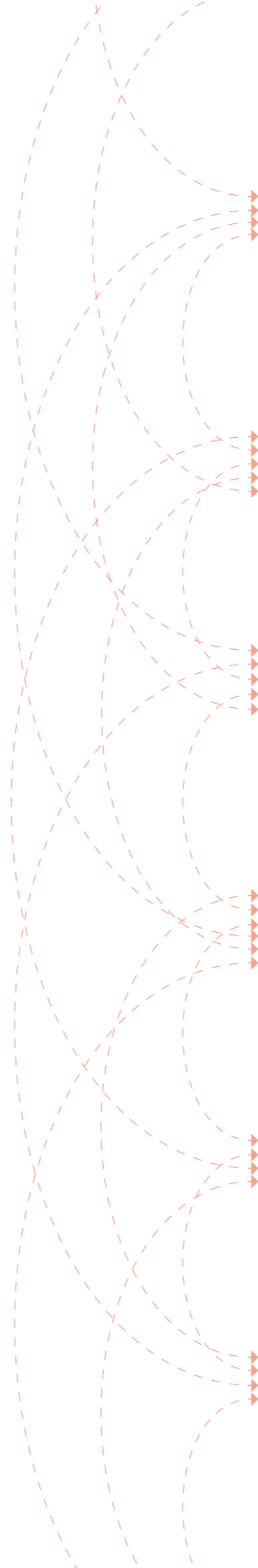
KONZEPTIONELLER TEIL



DETAIL G

M 1:2





Sensibilisierung!

Literatur

Becker, Annette / Cachola Schmal, Peter / Haas, Claudia 2013: Netzwerk Wohnen, Architektur für Generationen, 1. Auflage, München: Prestel Verlag

Bickel Dr., Horst 2012: Das Wichtigste 1 - Die Epidemiologie der Demenz, „Informationsblatt“, Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz

Blonski, Harald (Herausgeber) 2011: Die Vielfalt des Wohnes im Alter, Modelle, Erfahrungen, Entscheidungshilfen, 2. Auflage, Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag

Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011: Das Alter hat Zukunft, Forschungsagenda der Bundesregierung für den demografischen Wandel, Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Herausgeber) 2008: Alter schafft Neues – Initiativen und Information für ältere Menschen, „Infobroschüre“, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Herausgeber) 2010: Eine neue Kultur des Alterns, Altersbilder in der Gesellschaft, Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts, „Infobroschüre“, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Herausgeber) 2013: Länger zuhause Leben, Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter, „Infobroschüre“, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Referat Öffentlichkeitsarbeit

Bundesministerium für Gesundheit 2014: Wenn das Gedächtnis nachlässt, Ratgeber für die häusliche Betreuung demenziell erkrankter Menschen, Infobroschüre“, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Decker-Maruska, Mechthild / Hofmann, Reiner / Lerch Dr. med, Michael 2008: Demenz und Schwerhörigkeit im Alter „Wenn der Pfleger zum ‚Flegel‘ wird“, In: pflegen: Demenz, Nr. 9, 2008, S. 46-49, Seelze: Friedrich Verlag

Dementia Services Development Centre 2013: Improving the design of housing to assist people with dementia, Stirling: University of Stirling

Die Europäische Kommission / Der Ausschuss der Regionen / AGE Plattform Europe 2011: Maßnahmen zur Förderung des aktiven Alterns in Europa, EU-Unterstützung für lokale und regionale Akteure, Brüssel: Ausschuss der Regionen

Feddersen, Eckhard / Keller, Torsten 2012: Typologien des Wohnens im Alter, In: DETAIL Konzept, Nr. 9, 2012, S. 936-945, München: Institut für internationale Architekturdokumentation

Feuler, Martina 2013: Einladung zum Genießen und Wohlfühlen, In: demenz, Das Magazin, Nr. 18, 2013, S. 16-18, Hannover: Brinkmann Verlag

Geiser, Kaspar 2009: Problem- und Ressourcenanalyse in der sozialen Arbeit, Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung, 4. Auflage, Luzern: interact Verlag

Gröhe, Hermann 2014: Vorwort, In: Ratgeber zur Pflege, Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen, 12. Auflage, S. 3, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Haustein, Thomas / Mischke, Johanna 2011: Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU, 1. Auflage, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Heeg, Sibylle / Bäuerle, Katharina 2008: Heimat für Menschen mit Demenz – Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau, Frankfurt am Main: Marbuse Verlag

Herwig, Oliver 2008: Universal Design, Lösungen für den Alltag, Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag

Höpflinger, Francois 2008: Die zweite Lebenshälfte – Lebensperiode im Wandel, In: Huber, Andreas (Hrsg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, S.31-42, Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag

Huber, Andreas 2008: Einleitung, In: Huber, Andreas (Hrsg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, S.7-11, Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag

Huber, Andreas 2008: Der Wohnungsmarkt im Spannungsfeld von Demographie und Lebensphasen, In: Huber, Andreas (Hrsg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, S.47-63, Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag

Huber, Andreas 2012: Wohnen im Alter – zwischen Wunsch und Wirklichkeit, In: DETAIL Konzept, Nr.9, 2012, S. 916-922, München: Institut für internationale Architekturdokumentation

Kieslich, Sabine 2008: Demenz, Der Angehörigenratgeber, München: Südwest Verlag

Kiklewski, Güner / Nordmann, Heike / Riecke-Niklewski, Rosa 2013: Demenz, Hilfe für Alzheimerkranke und ihre Angehörigen, Berlin: Stiftung Warentest

Kohlbecker, Günter 2011: Barrierefreiheit im Bestand, Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag

Kremer-Preiß, Ursula / Mehnert, Thorsten / Stolarz, Holger 2011: Wohnen im Alter, Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf, „Forschungsbericht“, Berlin: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung

Kruse, Andreas / Wahl, Hans-Werner 2010: Zukunft Altern: individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen, Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag

Kurz Dr., Alexander 2013: Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen, „Infobroschüre“, 23. Auflage, Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Loeschke, Gerhard / Pourat, Daniela 2014: Handbuch und Planungshilfe, Altersgerecht umbauen, 1. Auflage, Berlin: DOM publishers

Medebach, Dirk 2011: Filmische Biographiearbeit im Bereich Demenz, Eine soziologische Studie über Interaktion, Medien, Biographie und Identität in der stationären Pflege, 1. Auflage, Münster: Lit Verlag

Messmer, Dr. Peter / Radzey, Beate 2011: Versorgungsstrukturen und Wohnformen für Menschen mit Demenz Wo stehen wir? Wo geht es hin?, „Präsentation“, Stuttgart: Demenz Support Stuttgart

Myllymäki-Neuhoff, Johanna 2009: Demenz als Seinsform: Wohnumfeld und Handlungskompetenz, In: Entwurfatlas, Wohnen im Alter, S. 30-33, Basel: Birkhäuser Verlag

Naegele, Gerhard 2008: Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland: Probleme, Chancen und Perspektiven, In: Kreuzer, Volker / Reicher, Christa / Tobias Scholz (Hrsg.): Zukunft Alter, Stadtplanerische Handlungsansätze zur altersgerechten Quartiersentwicklung, Dortmund: IRPUD

Niklewski, Günter / Nordmann, Heike / Riecke-Niklewski, Rosa 2013: Demenz, Hilfe für Alzheimerkranke und ihre Angehörige, 4. Auflage, Berlin: Stiftung Warentest

Püttmann, Heinz / Hebgen, Heinrich 1990: Älter werden – am liebsten zu Hause, Heidelberg: Energie-Verlag

Internetquellen

Radzey, Beate / Kreutzer, Gabriele 2010: Editorial, In: Licht und Demenz, S. 4-6 „Infobroschüre“, Stuttgart: Demenz Support Stuttgart

Radzey, Beate 2011: My home is my castle, Die eigenen vier Wände als Wohlfühlort – für Menschen mit Demenz besonders wichtig, In: pflegen: Demenz, Nr. 19, 2011, S. 8-15, Seelze: Friedrich Verlag

Richter, Eva 2003: Demenz und Schwerhörigkeit - Möglichkeiten gezielter pflegetherapeutischer Maßnahmen in der ganzheitlichen Pflege und Betreuung von schwerhörigen an Demenz Erkrankten, „Facharbeit“, Hannover 2003

Ries, Waltraud 2012: Glücklich wohnen im Alter: Welche Wohnform ist die beste für mich? 17 Wohnmodelle im Überblick, 2. Auflage, Essen: alcorde Verlag

Schenk, Herrad 2008: Abendteuer Altern: Vom Älterwerden und Jungbleiben, In: Huber, Andreas (Hrsg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, S.15-26, Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag

Schmalenfeld, Andreas 2010: Wohnumfeld und Quartier in der Stadt, In: Fachausschuss Haushalt und Wohnen der Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. (Hrsg.): Wohnen – Facetten des Alltags. S. 161-167, Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren

Schröder, Brigitta 2012: Blickrichtungswechsel, Lernen mit und von Menschen mit Demenz, 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Statistisches Bundesamt (Herausgeber) 2009: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung, „Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin“, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Steen van der, Jan-Peter 2012: Demenz und Alterverwirrtheit, Hintergründe und Praxishilfen, Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben & Urachhaus

Sütterlin, Sabine / Hoßmann, Iris / Klingholz, Reiner 2011: Demenz-Report, Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, 1. Auflage, Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Tauke, Beth 2009: Universal Design: Eine Unabhängigkeitserklärung, In: Entwurfatlas, Wohnen im Alter, S. 9-11, Basel: Birkhäuser Verlag

Wißmann, Peter / Ganß, Michael 2013: Editorial, In: Einladung zum Genießen und Wohlfühlen, In: demenz, Das Magazin, Nr. 18, 2013, S. 1, Hannover: Brinkmann Verlag

Website Allianz für Demenz: <http://www.allianz-fuer-demenz.de/> (zugegriffen am 30.03.2014)

Website Alzheimer BW: http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Nachlesen/2009/090708%20Heike%20Degen-Hientz%20Duefte.pdf (zugegriffen am 24.04.2014)

Website Alzheimerinfo: http://www.alzheimerinfo.de/aktuelles/frage_der_woche/20051128/ (zugegriffen am 24.04.2014)

Website Ärzte Zeitung: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/hno-krankheiten/article/645053/schwerhoerigkeit-demenz-haeufig-doppelpack.html> (zugegriffen am 23.04.2014)

Website Baulinks: <http://www.baulinks.de/webplugin/2010/1386.php4> (zugegriffen am 22.04.2014)

Website besser hören: <http://www.besser-hoeren-blog.de/2013/11/schwerhoerigkeit-im-alter-ein-risikofaktor-fuer-demenz/> (zugegriffen am 23.04.2014)

Website Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend : <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/3/3-3-Baulicher-standard-und-ausstattung-der-heime/3-3-1-entwicklung-der-heimarchitektur-und-neuer-pflege-und-wohnmodelle.html> (zugegriffen am 15.05.2014)

Website Bundesministerium des Inneren: http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Gesellschaft-Verfassung/Demografie/Demografiebericht/Daten-Fakten/daten-fakten_node.html (zugegriffen am 09.04.2014)

Website Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/pflege/demenz/zukunftswerkstatt-demenz.html> (zugegriffen am 07.04.2014)

Website Bundesregierung, Demografiestrategie der Bundesregierung: http://www.demografie-portal.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Arbeitsgruppen/Ergebnisse/Alter_Strategisches_Konzept.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (zugegriffen am 30.03.2014)

Website Dementia: <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/die-wichtigkeit-von-design/die-wichtigkeit-der-farbe-und-contrast> (zugegriffen am 22.04.2014)

Website Demenz Ratgeber: http://www.demenz-ratgeber.de/dr_Rubriken/dr_Demenz_aktivieren.htm (zugegriffen am 24.04.2014)

Website Demenz Support Stuttgart: <http://www.demenz-support.de/portraet/philosophie> (zugegriffen am 22.04.2014)

Website DESTATIS: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html;jsessionid=827F490022229BC13437FCE0203C5DB5.cae1> (zugegriffen am 09.04.2014)

Website Deutsche Alzheimer: <http://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/den-sommerspueren.html> (zugegriffen am 23.04.2014)

Website Deutschlandradio Kultur: http://www.deutschlandradiokultur.de/jahrgang-1964-die-babyboomer-werden-50.1895.de.html?dram:article_id=277161 (zugegriffen am 09.04.2014)

Website Erlenhof: <http://www.erlenhof.ch/fileadmin/pdf/das-drei-welten-modell-nach-dr-held.pdf> (zugegriffen am 03.05.2014)

Website Ernährungsberatung: <http://www.ernaehrungsberatung.rlp.de/Internet/global/themen.nsf/0/A3833FB836F>

Gesprächsverzeichnis

E468EC1257194003C1B9A?OpenDocument&Highlight=(DEMENZ,UND,ERN%C3%83%C2%84HRUNG),%5BVER%C3%83%C2%96FFENTLICHEN%5D=JA,%5BPTALE%5D=ERN%C3%83%C2%84HRUNG#8.%20Wie%20machen%20sich%20Ver%C3%A4nderungen (zugegriffen am 24.04.2014)

Website Lebenserwartung: <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/ledeu.htm> (zugegriffen am 07.04.2014)

Website P.M. Magazin: <http://www.pm-magazin.de/r/gute-frage/ab-wann-ist-man-heutzutage-alt> (zugegriffen am 07.04.2014)

Website Rehacare: http://www.rehacare.de/cipp/md_rehacare/lib/all/lob/return_download,ticket,g_u_e_s_t/bid,1387/no_mime_type,0/~/121011_V9V02_Holfeld_REHAKong12sicher.pdf (zugegriffen am 22.04.2014)

Website Sehen im Alter: <http://www.sehimalter.org/daten-fakten/augenerkrankungen/sehbeeintrachtigungen> (zugegriffen am 22.04.2014)

Website SHZ: <http://www.shz.de/lokales/ostholsteiner-anzeiger/500-polizisten-geschult-fuer-umgang-mit-demenz-kranken-id199447.html> (zugegriffen am 31.05.2014)

Website Spiegel: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/prognose-zahl-der-demenzkranken-wird-sich-bis-2050-verdoppeln-a-746878.html> (zugegriffen am 09.04.2014)

Website TAZ: <http://www.taz.de/G-8-Gipfel-zu-Demenz-in-London/!129231/> (zugegriffen am 30.03.2014)

Website UN: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm> (zugegriffen am 28.04.2014)

Website Vimeo, Hollwich: <http://vimeo.com/79892079> (zugegriffen am 07.04.2014)

Website Wikipedia, Bedürfnishierarchie: http://de.wikipedia.org/wiki/Maslowsche_Bed%C3%BCrfnshierarchie (zugegriffen am 28.04.2014)

Website Wikipedia, Deprivation: <http://de.wikipedia.org/wiki/Deprivation> (zugegriffen am 22.04.2014)

Website Wikipedia, Liste der ältesten Menschen: http://de.wikipedia.org/wiki/%C3%84ltester_Mensch (zugegriffen am 07.04.2014)

Website Wikipedia, Uhren-Zeichen-Test: <http://de.wikipedia.org/wiki/Uhren-Zeichen-Test> (zugegriffen am 02.06.2014)

Website Youtube, Böhm: <http://www.youtube.com/watch?v=VkyHR0unagw> (zugegriffen am 14.05.2014)

Website Zeit, Wo bin ich hier: <http://www.zeit.de/2013/41/demenzkranke-klinik-schottland/seite-2> (zugegriffen am 22.04.2014)

Vortrag von Dr. Marcos Cruz, Architekt, Director der Bartlett School of Architecture London, Thema „Living Architecture“ National Museum of Scotland, Edinburgh
CRUZ 06.04.2013

Vortrag von Prof. Gerhard W. Eschweiler, Leiter des Geriantrischen Zentrums am Universitätsklinikum Tübingen, Thema „Depression und Demenz – genau hinschauen lohnt sich“, Treffpunkt 50plus, Stuttgart
ESCHWEILER 12.03.2014

Interview mit Ilona Gloning Mitarbeiterin bei AWO Stuttgart Begegnungs- und Servicezentrum Ostend, Stuttgart
GLONING 18.03.2014

Vortrag von Ruthild Gohla, Sozialarbeiterin, Deutsches Rotes Kreuz, Wohnberatung und Behindetenhilfe, Thema „Wohnraum- manpassung – für ein lebenslanges Wohnen“, Begegnungs- und Servicezentrum Ostend, Stuttgart
GOHLA 09.04.2014

Vorlesung von Prof. Heiner Imkamp, Lehrbeauftragter Hochschule für Technik Stuttgart und Lehrbeauftragter der Fg. Haushalts- und Konsumökonomik sowie Genderökonomik und der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Universität Hohenheim
IMKAMP 10.10.2013

Gespräch mit Beate Radzey, Versorgungsforscherin im Bereich Altenhilfe, Mitarbeiterin Demenz Support Stuttgart
RADZEY 02.06.2014

Gespräch mit Dr. Regina Razavi, Pharmazeutin, München
RAZAVI 19.04.2014

Email von Katja Schlüter zur Definition von Bedarf (vgl. Schlüter 01.06.2014)
SCHLÜTER 01.06.2014

Vortrag von Brigitta Schröder, Krankenschwester und Schweizer Diakonisse, ist Supervisorin DGSv, Lebens- und Trauerbegleiterin, Thema „Lernen von und mit Menschen mit Demenz“, Pflege & Reha Messe Stuttgart
SCHRÖDER 06.05.2014

Interview mit Lisa Schwägerl, Sozialreferat München, Amt für Soziale Sicherung, Hilfen im Alter und bei Behinderung, München
SCHWÄGERL 27.12.2013

Telefonat mit Henning Volpp, Dipl.-Ing. freier Architekt, Geschäftsführer NO W HERE / ARCHITEKTEN DESIGNER, Stuttgart und GSP GESELLSCHAFT FÜR SOZIALES PLANEN, Stuttgart
VOLPP 01.04.2014

Abb. 1: Paradox
Website Bobby Neel Adams
<http://xaxor.com/wp-content/uploads/2012/11/Bobby-Neel-Adams-age-maps14.jpg> (zugegriffen am 14.04.2014)

Abb 2.: Mind of Age
Website Bobby Neel Adams
<http://xaxor.com/wp-content/uploads/2012/11/Bobby-Neel-Adams-age-maps17.jpg> (zugegriffen am 14.04.2014)

Abb. 3: Formationen der Bevölkerungspyramide
DESTATIS 2009
http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Bilder/Informieren/Statistiken/Bevoelkerungspyramide_1950_2050.png?__blob=normal&v=5 (zugegriffen am 01.04.2014)

Abb. 4: Jahrgang 1964 a.k.a. Babyboomer
Website Noz
http://www.noz.de/media/2014/02/03/448429763_full.jpg (zugegriffen am 09.04.2014)

Abb. 5: Es wird Zeit_Alter
Website Pinterest
<http://media-cache-ak0.pinimg.com/originals/8d/59/49/8d59490f6cd53e5a4c37d08ac1298a5d.jpg> (zugegriffen am 26.02.2014)

Abb.6: Demenz
Website Fubiz
<http://www.fubiz.net/wp-content/uploads/2013/12/Non-Photoshopped-Scenes-in-Studio9.jpg> (zugegriffen am 12.04.2014)

Abb. 7: Diamonds are forever
(1)<http://artisticdrama.files.wordpress.com/2013/02/20130205-213400.jpg>, <http://artisticdrama.files.wordpress.com/> (zugegriffen am 30.03.2014)
(2) <http://www.pinterest.com/pin/232076187018544556/> (zugegriffen am 26.02.2014)
(3) <http://www.pinterest.com/pin/232076187018453452/> (zugegriffen am 26.02.2014)
(4) <http://www.pinterest.com/pin/232076187018139552/> (zugegriffen am 26.02.2014)
(5) http://www.lautgegnazis.de/blog/wp-content/uploads/2008/12/schmidt_helmut.jpg (zugegriffen am 27.02.2014)
(6) <http://www.pinterest.com/pin/> (zugegriffen am 26.02.2014)
(7) <http://www.gillout.com/wp-content/uploads/real-> (zugegriffen am 12.04.2014)
(8) <http://thebluereview.org/wp-content/uploads/2013/12/The-Golden-Girls.jpg> (zugegriffen am 03.04.2014)

Abb. 8: Bedürfnisträger: Mensch mit Demenz
Website Konfetti im Kopf, Michael Hagedorn
<http://www.konfetti-im-kopf.de/fotogalerien/fotos.html> (zugegriffen am 06.05.2014)

Abb. 9: Andy Denzler
<http://www.fubiz.net/?s=andy+denzler&type=posts> (zugegriffen am 03.05.2014)

Abb. 10: Risikofaktor Alter: Anteil der an Demenz Erkrankten
Alzheimer Gesellschaft
http://www.wegweiser-demenz.de/fileadmin/_processed_/csm_AltersG_DINA5_006ad1f887.png (zugegriffen am 19.03.2014)

Abb. 11: Demenzformen
Bundesministerium für Gesundheit 2014: 8 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 12: Symptome Demenz
Barry Reisberg
Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 33 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 13: Stadien der Alzheimer-Demenz
Barry Reisberg
Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 89 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 14: Spezifische Verhaltensweisen bei Demenz
Alzheimer Gesellschaft
Niklewski/Nordmann/Riecke-Niklewski 2013: 54 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 15: Uhren-Zeichnen-Test
Eigene Darstellung

Abb. 16: Demenzielle/Irdische Welt
Eigene Darstellung

Abb. 17: Hören
Website Alzheimer, Claudia Thoelen
http://www.alzheimer-ausstellung.de/fotos/welt_27.jpg, (zugegriffen am 22.04.2014)

Abb. 18: Sehen
Website Alzheimer, Claudia Thoelen
http://www.alzheimer-ausstellung.de/fotos/welt_01.jpg (zugegriffen am 22.04.2014)

Abb. 19: Sehen
Website Alzheimer, Claudia Thoelen
http://www.alzheimer-ausstellung.de/fotos/welt_10.jpg (zugegriffen am 22.04.2014)

Abb. 20: Fühlen
Website Alzheimer, Claudia Thoelen
http://www.alzheimer-ausstellung.de/fotos/welt_28.jpg (zugegriffen am 22.04.2014)

Abb. 21: Riechen
Website Alzheimer, Claudia Thoelen
http://www.alzheimer-ausstellung.de/fotos/welt_31.jpg (zugegriffen am 06.01.2014)

Abb. 22: Schmecken
Eigene Darstellung

Abb. 23: Demenz und Motorik
Website Brycewymer
http://brycewymer.com/wp/wp-content/uploads/2012/05/Build_Icon_02.jpg (zugegriffen am 27.05.2014)

Abb. 24: Anteil 65+ mit genutzten Fortbewegungshilfen
KDA-Repräsentativbefragung von Seniorenhaushalten 2009
Kremer-Preiß, Ursula / Mehnert, Thorsten / Stolarz, Holger 2011, S.49 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 25: Bedürfnisse
Website Automaat
http://automaat.files.wordpress.com/2014/03/texture_07.jpg?w=650 (zugegriffen am 14.05.2014)

Abb. 26: Altersgerecht?
(1) http://www.marienhospital.de/media/bilder/bett_5316b.jpg, (zugegriffen am 25.05.2014)
(2) http://www.auforum.ch/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/w/c/wc_erh_hung_900_2x2.jpg (zugegriffen am 25.05.2014)
(3) http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c8/Rollator_2.jpg (zugegriffen am 25.05.2014)
(4) <http://www.hilfsmittel-aktuell.com/media/image/bwsi-008-72dpi-1.jpg> (zugegriffen am 25.05.2014)
(5) http://img.medicaexpo.de/pdf/repository_me/68959/ravello-71064_1b.jpg (zugegriffen am 25.05.2014)
(6) http://www.auforum.ch/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/p/optima_klappgriff_2x2.jpg (zugegriffen am 25.05.2014)

Abb. 27: Frau im Pflegeheim
Website Granser
<http://www.granser.de/alzheimer.html> (zugegriffen am

01.04.2014)

Abb. 28: Maslowsche Bedürfnispyramide
Website Wikipedia
http://de.wikipedia.org/wiki/Maslowsche_Bed%C3%BCrfnishierarchie (zugegriffen am 05.05.2014)

Abb. 29: Blickrichtungswechsel
Website Konfetti im Kopf
<http://www.konfetti-im-kopf.de/fotogalerien/fotos.html> (zugegriffen am 16.05.2014)

Abb. 30: Lebensphasen in der westlichen und östlichen Kultur
Schröder 06.05.2014 (siehe Gesprächsverzeichnis)

Abb. 31: Maximale Freiheit - Minimales Risiko bei Bewegungsfreiheit
Nuffield Council on Bioethics
Sütterlin/Hoßmann/Klingholz 2011: 58 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 32: Mann im Pflegeheim
Website Granser
<http://www.granser.de/alzheimer.html> (zugegriffen am 01.04.2014)

Abb. 33: diesseits / jenseits
Eigene Darstellung

Abb. 34: Mann im Pflegeheim
Website Granser
<http://www.granser.de/alzheimer.html> (zugegriffen am 01.04.2014)

Abb. 35: Dreidimensionales Modell der Milieutherapie
Heeg/Bäuerle 2008: 34 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 36: Objekte mit einer Geschichte
Website Granser
<http://www.granser.de/alzheimer.html> (zugegriffen am 01.04.2014)

Abb. 37: Pflegebett
Website Granser
<http://www.granser.de/alzheimer.html> (zugegriffen am 01.04.2014)

Abb. 38: Fremde, vertraute Räume
Website Fubiz
http://www.fubiz.net/?s=kyung_woo_han&type=posts (zugegriffen am 30.04.2014)

Abb. 39: Fremde, vertraute Räume

Website Fubiz
http://www.fubiz.net/?s=kyung_woo_han&type=posts
 (zugegriffen am 30.04.2014)

Abb. 40 Bereitschaft zum Umzug (65 Jahre und älter)

TNS Emid,
 Ries 2012: 12 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 41: Wohnform von Haushalten (65 Jahre und älter)

Statistisches Bundesamt, 2008
 Hausteil/Mischke 2011: 23 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 42: Wohnformen als Sorgesettings

Angelika Sennlaub
 Radzey 2011: 10 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 43: Versorgungssettings betreutes Wohnen zu Hause
 Qu: Eigene Darstellung

Abb. 44: Wohlfühlen im vertrauten Umfeld

Website ekmd
http://www.ekmd.de/attachment/aa234c91bdabf36adbf227d333e5305b/1e25fbadb3ebbcc5fba11e287a62b9a6006a716a716/marco-warmuth-vergessen_300dp

Abb. 45: Gradmann Haus, milieutherapeutisch orientiert

Website Sozialplanen
http://www.sozialesplanen.de/PLANEN_BAUEN/PFLEGE-EINRICHTUNGEN/Resources/item3.png
 (zugegriffen am 02.05.2014)

Abb. 46: Sozialer Wohnungsbau für Senioren, Barcelona

Website Granada
<http://granada82.com/#/can-travi-2/>
 (zugegriffen am 19.06.2014)

Abb. 47: Generationenwohnhaus, St. Gallen

Website Archplan
<http://www.archplan.ch/arbeiten/bauten/detailansicht/projekt/269-wohnfabrik-solinsieme.html>
 (zugegriffen am 19.06.2014)

Abb. 48: De Hogewegk, Siedlung für Demenzkranke, Holland

Website Digital Flaneur
<http://www.digitalflaneur.co.uk/pn132-Dementia-Villages>
 (zugegriffen am 19.06.2014)

Abb. 49: Pflegeheim Lana, Bauernstube, Südtirol

Huber 2012: 18 (siehe Quellenverzeichnis)

Abb. 50: Altersgerechte Siedlung für unterschiedliche Ziel-

gruppen, „BOOM Community“, USA
 Website Boom for Life
<http://boomforlife.tumblr.com/>
 (zugegriffen am 19.06.2014)

Abb. 51: Demente Blumenvase

Eigene Darstellung
 Abb. 50: Altersgerechte Siedlung für unterschiedliche Ziel-
 gruppen, „BOOM Community“, USA
 Website Boom for Life
<http://boomforlife.tumblr.com/>
 (zugegriffen am 19.06.2014)

Abb. 51: Demente Blumenvase

Eigene Darstellung

Abb. 52: Blumenarrangements

Eigene Darstellung

Abb. 53: Leitbilder / Inspiration

(1) <http://www.pinterest.com/pin/63050463507571830/>
 (zugegriffen am 08.06.2014)
 (2) http://static.dezeen.com/uploads/2013/02/dezeen_A-Million-Times-by-Humans-Since-1982-5.jpg
 (zugegriffen am 09.06.2014)

Abb. 54: Entwurfsprozess

Eigene Darstellung

Abb. 55: Ausstellungskonzept

Eigene Darstellung

Abb. 56: Materialien / Inspiration

(1) <http://payload191.cargocollective.com/1/4/138188/6131233/943X9920.jpg>
 (zugegriffen am 14.06.2014)
 (2) <http://thispaper.com/Bodo-Sperlein-Cloud-and-Macaron-collection>
 (zugegriffen am 13.06.2014)

Ende.



MORGEN
AUCH.