

Notizen zum Thema:
PFLEGE UND ALTER

KAG_{es}



HDA
HAUS DER ARCHITEKTUR

GEDANKEN ZUR ARCHITEKTONISCHEN GESTALTUNG VON
SPITALS- UND PFLEGEEINRICHTUNGEN

In case of loss, please return to:

.....

.....

.....

.....

Inhaltsverzeichnis

02	einbegleitend – VORWORT
04	sozial eingebunden leben – RAUM ZU HAUS?
06	ankommen ansehen anblicken – FASSADE
08	öffnen hineingehen betreten – EINGANG
10	aufhalten logieren orientieren – TOPOLOGIE DER RÄUME
12	mögliches (wieder) erschließen – MÖGLICHKEITEN DER ERSCHLIESSUNG
14	schützendes trennendes verbindendes – WÄNDE
16	perspektivisches – FENSTER UND LOGGIEN
18	privates wahren – TÜREN
20	einen neuen lebensabschnitt einrichten – MÖBEL
22	zusammen er-leben – GEMEINSCHAFTSBEREICHE
24	innen und außen – PLATZ FÜR BESUCHERINNEN
26	umgeben von? – PARK UND GARTEN
28	lesenswert – BÜCHER
30	informativ – KAGes

Einbegleitung zur Thematik Architektur für den älteren und kranken Menschen

... die Lebenserwartung ist in Österreich auch im ersten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts weiter gestiegen. Laut Sterbetafel, die auf Basis der gemäß Registerzählung revidierten Bevölkerungszahlen und der Sterbefälle der Jahre 2010 bis 2012 erstellt wurde, beträgt die erstmals für beide Geschlechter zusammen berechnete Lebenserwartung 80,7 Jahre ... (Quelle: Statistik Austria)

... ältere Menschen sind verschiedenen Formen von Gewalt ausgesetzt. Sie reicht von Benachteiligungen im öffentlichen Raum, sprachlicher Diskriminierung, Isolation, Vernachlässigung und finanzieller Ausbeutung, psychischer Gewalt z.B. durch entwürdigenden Umgang und respektlose Kommunikation, dem Vorenthalten von Grundbedürfnissen wie z.B. Flüssigkeit und Medikamenten bei pflegebedürftigen älteren Menschen bis hin zu körperlichen Attacken ... Ursachen sind unter anderem unzureichende soziale Unterstützung, fehlende Distanzierungsmöglichkeiten, soziale Isolation und psychische sowie körperliche Überforderung. Gewalt gegen ältere Menschen geschieht häufig unauffällig, bleibt vielfach unbemerkt oder wird nicht als Gewalt betrachtet. Insbesondere ältere Frauen sind oft emotional und ökonomisch abhängig, haben immer noch geschlechtsspezifische Rollenbilder, glauben, dass „niemand etwas unternehmen kann“ und schämen sich über ihre Opferrolle. Oftmals können Täterin oder Täter und Opfer nicht eindeutig benannt werden, und eine Trennung der involvierten Personen ist aufgrund der großen gegenseitigen Abhängigkeiten oft nicht möglich ... (Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales)

Die angeführten Auszüge bestärken uns in dem Bemühen, in unserer täglichen Arbeit inhaltlich und gestalterisch auf das Thema einzugehen: einerseits in der Rolle als BetreiberIn beziehungsweise als BauherrIn von Spitalsprojekten im Namen der steiermärkischen Krankenanstalten Gesellschaft mbH sowie andererseits als beauftragte(r) ArchitektIn und PlanerIn für bevorstehende Bauvorhaben.

Nicht zuletzt durch die zunehmend auftretende Akutversorgung von älteren, kranken Menschen in den Spitälern treten einige Schwachstellen in der räumlichen Gestaltung stärker zutage, welche oftmals einfach zu beheben sind und meistens auch keinen investiven Mehraufwand bedeuten.

Es ist daher von Vorteil, insbesondere in den frühen Entwicklungs- und Planungsphasen, auf die Thematik einzugehen. Vielleicht gelingt dies durch Bündelung interdisziplinärer Informationen bzw. einer entsprechenden Bewusstseinsmachung bei der Entwicklung und Planung bzw. Realisierung von Spitalsprojekten und Pflegeeinrichtungen.

Idee und Themen dieses Notizbuches haben sich aus, von der KAGes initiierten und gemeinsam mit dem HDA veranstalteten, interdisziplinären Gesprächsrunden zwischen VertreterInnen verschiedener Fachgebiete in den Bereichen Medizin, Pflege, Architektur, Soziologie und BauherrInnen sowie BetreiberInnen von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen entwickelt. Interessant war, dass diese Gespräche oftmals zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und beruflichen aber auch privaten, familiär-persönlichen Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen und mit der eigenen Familie, oszillierten.

Mit den vorliegenden Inhalten sollte der Beginn einer Auseinandersetzung bzw. laufenden Begleitung von Projekten entstehen: Es ist eine „Einladung zu Randnotizen“, insbesondere bei Spitälern und Pflegeeinrichtungen, zunächst in die Komplexität der Thematik einzutauchen und über dieses beinahe unüberschaubare Spannungsfeld nachzudenken. Darüber hinaus stellen die folgenden Passagen manchmal sehr „alltägliche“ Thematiken zur Schau, welche uns einladen sollen, verstärktes Augenmerk auf die Bedürfnisse von älteren und kranken Mitmenschen zu richten und diese „einfachen Ansprüche“ in eine entsprechende räumliche Planung zu integrieren. Neben der Abbildung des nicht immer einfachen Workflows im Spital, insbesondere im Akutbereich, sind die planerischen Herausforderungen in der Gestaltung von Aufenthaltsbereichen wie Ambulanzen, Stationen, Therapiebereiche und sonstigen patientInnennahe Räume zu nennen.

Das Sehen, Hören, Riechen und Fühlen in unseren Räumen, welches im Spitalsbereich von den PatientInnen durchaus als schicksalhaft und jedenfalls einprägsam wahrgenommen wird, hat einen hohen sozialen Bezug und ergibt summa summarum eine immens hohe Verantwortung für den Strich der ArchitektInnen und PlanerInnen.

Die frühe und nachhaltige Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen älterer und kranker Menschen in Gesellschaft, Medizin und Architektur bleibt eng verwoben in unserem Streben, gute räumliche Strukturen im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten zu entwickeln.

Michael Pansinger mit besonderem Dank für die guten Gespräche mit Sigrid Verhovsek, Monika Hoffberger, Peter Mrack, August Gomsj und Markus Narath.

Gesellschaft

Wir tun es täglich – alt werden.

Meist mit leisem Unbehagen hören wir statistische Durchschnittswerte, sozusagen die demografischen „hard facts“, sehen das sich verändernde Bild der prognostizierten statistischen Alterspyramide, erfahren, dass das Alter weiblich und arm sein wird und werden von den Medien von einem drohenden und möglicherweise unausweichlichen Pflegeengpass unterrichtet. (Laut Pflegevorsorgebericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz haben im Jahr 2013 in Österreich insgesamt über 450.000 Personen Pflegegeld bezogen, 136.000 wurden von mobilen Diensten gepflegt, 72.000 Menschen wohnten in einem Pflegeheim.)

Die wichtige Frage, die hinter all dem steht, ist und bleibt jedoch: Wie gehen wir – wie geht unsere Gesellschaft – mit diesem, nicht zu unserem auf ewige Jugendlichkeit getrimmten Lifestyle passenden, Prozess des Alterns und Sterbens um? Wie erfahren wir das fremde, das eigene, das biologische, das chronologische und das tatsächliche Altern?

Medizin

Der Prozess des Alterns wird von unterschiedlichen bio-psychosozialen Einbußen begleitet. Ab einem Alter von etwa 65 Jahren leiden die meisten Menschen, die in ein Krankenhaus kommen, unter Multimorbidität. Dies bedeutet, der menschliche Körper weist etwa drei bis vier chronische Krankheiten auf, wozu sich aus einer großen Zahl von geriatrischen Syndromen wie z.B. Immobilität, Inkontinenz, Wahrnehmungseinschränkung, Demenz, etc., noch einige angliedern. Allzu oft passiert es, dass zwar die offenkundige Verletzung, z.B. eine Hüftverletzung aufgrund eines Sturzes, behandelt wird, die dahinterliegenden komplexen Ursachen eines Sturzsyndroms aber nicht erkannt werden.

ÄrztInnen und Pflegepersonal in Krankenhäusern, die auf die Pflege von chirurgischen oder medizinischen Notfällen spezialisiert sind, können auf die speziellen geriatrischen und gerontologischen Bedürfnisse, die angesichts der Breite der möglichen Symptome eine Querschnittswissenschaft darstellen, kaum reagieren: Daher ist das erste Gespräch und das umfassende geriatrische Assessment für eine Diagnose wichtig. Die Informationen von und für die PatientInnen und die Einbindung des sozialen Umfeldes sind von großer Relevanz: Gerade die Angehörigen können wertvolle Hinweise auf das Gesamtbild liefern.

Gesellschaft

Die Lebenszufriedenheit der älteren Generation verläuft weniger entlang der Altersgrenzen, sondern unterscheidet sich vor allem durch das jeweilige Einkommen bzw. das vorhandene Vermögen, die Bildung und vor allem durch den individuellen Gesundheitszustand.

Quer durch alle soziokulturellen Schichten zieht sich aber die Angst vor einem Verlust der selbstbestimmten Lebensweise und Lebensumwelt, symbolisiert durch das Altersheim.

Der oftmals nicht ganz freiwillige Umzug in eine vergleichsweise dislozierte, stationäre Einrichtung bedeutet für viele Menschen weniger den positiven Beginn eines neuen Lebensabschnitts, sondern vielmehr die negativ konnotierte Endstation ihres Lebens.

Medizin

Jegliche Formen von möglichen Lebensräumen für ältere, pflegebedürftige Menschen haben sich in den letzten Jahren stark gewandelt, neue (Wohn?-)Formen wurden entwickelt. Waren die sogenannten „Pflegeheime“ vor allem bis in die 1960er Jahre noch hauptsächlich isolierte Verwahranstalten für Alte aus ärmeren Schichten, gekennzeichnet durch räumliche Enge sowie fehlende Wohn- und Gemeinschaftsbereiche, orientierte man sich in den 1970er Jahren an den damaligen medizinischen Bedürfnissen eines Krankenhauses, auf das Funktionieren der Physis und die Optimierung der Pflegeabläufe. In den 1980er und 1990er Jahren trat der „Wohn“-aspekt in den Vordergrund. 1990 bildeten sich erste private Alternativformen (Alters-WG) aus und brachten die Idee der Hausgemeinschaften auch in die Heime. Deren „Stationen“ lösten sich nach und nach in quartiersähnliche Strukturen auf, die im Idealfall eine gute Anbindung zum Gemeinwesen und räumlichen Umfeld aufwiesen.

Architektur

Das Wort Fassade stammt vom lat. Facies-Gesicht. Anthropomorph versuchen wir im Außenbild, in der Fassade eines Hauses, zu lesen wie in einem Gesicht: Ist es freundlich, abweisend, kühl, vernachlässigt, einladend? Dieses Außenbild umfasst aber neben seiner „oberflächlichen“ Gestaltung auch das Prinzip der Gebäudehülle, der Materialwahl und der Konstruktion.

Es ist eine Art „Visitenkarte“: die Ankunft, die umgebenden Außenanlagen, die Zufahrt und schließlich die Fassade: Fällt der erste Blick auf ein gepflegtes Gesundheitszentrum

Gesellschaft

Simone de Beauvoir schreibt über das Alter, dass es für die Jungen eine Reihe an „Übergangsriten“ für die Aufnahme in die Gesellschaft der Erwachsenen gibt – diese aber für das Alter fehlen. Das liegt zum Teil daran, dass der genaue Zeitpunkt, wann das „Alter“ beginnt, nicht genau definiert ist und sich diese Einordnung zudem je nach Zeit und Kultur ständig verschiebt: Ist 70 das neue 60? Und warum wäre dies eigentlich erstrebenswert?

Obwohl einige Kulturen die Weisheit des Alters zumindest theoretisch hervorheben, erleben vor allem ältere Menschen mit körperlichen oder geistigen Defiziten soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung. Demenzerkrankungen oder körperliche Beeinträchtigungen reduzieren alte Menschen plötzlich zur „familiären Bürde“ oder zum „Kostenfaktor“ unserer „Solidargesellschaft“.

Spätestens am Eingangsportal des Pflegeheims kollidieren Euphemismen wie „Lebensabend“ oder „Herbst des Lebens“ mit der beängstigenden Vorstellung des Abgeschobenwerdens, des Nutzlosseins.

Medizin

Demenz ist keine „natürliche Alterungserscheinung“, wie der allmähliche Verlust der Seh- und Hörfähigkeit oder zunehmende Schwächen des Bewegungsapparates, sondern eine Erkrankung, deren Auftreten mit höherem Alter statistisch immer wahrscheinlicher wird. Schätzungen zufolge erkranken etwa ein Drittel der hochaltrigen ÖsterreicherInnen an Demenz, damit einher gehen Gedächtnisveränderungen, Orientierungs- und Verständigungsprobleme oder emotionelle Veränderungen, wie im ICD-Code, der Internationalen Statistischen Klassifikation von Gesundheitsproblemen, beschrieben:

„Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. [...] Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“

Werden Demenzkranke in stationäre Pflege aufgenommen, bedeutet dies oftmals eine wesentliche Verschlechterung ihres Zustandes. Während sie in ihrem eigenen häuslichen Umfeld noch gut orientiert und strukturiert agierten, werden sie plötzlich zu verwirrten PatientInnen, die keine Kapazitäten aufweisen, um adäquat auf neue Umwelteinflüsse zu reagieren. Der demoralisierende Verlust der vertrauten Umgebung, des eigenen Heims, das

„Aufschlagen“ in einer klinischen Situation, führt zu einer schwerwiegenden Orientierungslosigkeit, die ins Delir führen kann.

Architektur

Laut Duden bezeichnet „Eingang“ jene Stelle, an der etwas einsetzt, was betreten oder durchquert werden kann. Er ist nicht nur eine räumliche Situation, vielmehr ein ganzer Prozess des Eintretens, des Zuganges und setzt sich zudem aus verschiedenen Faktoren zusammen.

Der Vorbereich oder Vorplatz sollte nicht als verschämte Hintertür, sondern als einladende, belebte Zone ausgeführt sein, die das Kommen und Gehen von BewohnerInnen, Angehörigen, BesucherInnen, LieferantInnen und Personal miterleben lässt.

Große, schwer zu öffnende Glasportale können in der Handhabung schwierig sein und werden vor allem in der Nacht aufgrund der erzeugten Blendung als unangenehm empfunden.

Während eine „klassische Notaufnahme“ möglichst vielen Ansprüchen gerecht werden muss und damit keinem einzigen mehr gerecht werden kann, sollte die Empfangshalle möglichst orientierungseinfach sein. Statt harten Sitzgelegenheiten, grellem Leuchtstoffröhrenlicht, und unüberschaubaren Bettenlagern in einem engen Gang sorgen einer Hotellobby vergleichbare helle, freundliche Räume für ein entspanntes Erstgespräch. Ebenso situationsentschärfend wirkt eine Cafeteria, die Getränke und kleine Mahlzeiten für PatientInnen und ihre Begleitpersonen anbietet.

Die Wohnungsfrage ist bei alten Leuten ein brennendes Problem infolge des Auseinanderbrechens der Familienzelle, der Urbanisierung der Gesellschaft, der erbärmlichen Einkünfte der Rentner.

Simone de Beauvoir

Gesellschaft

An der Spitze der – für alle Altersgruppen geltenden – Maslowschen Bedürfnispyramide stand lange der Wunsch nach Selbstverwirklichung, bis Maslow kurz vor seinem Tod noch eine oberste Stufe eingefügt hat: die Transzendenz.

Aussichten, Perspektiven und Wünsche der Generation zwischen 65 und 85 kreisen laut Generali Altersstudie des Instituts für Demoskopie Allensbach von 2013 vor allem um eines: Erhaltung der Gesundheit und das damit verbundene Risiko des Verlustes der Selbstbestimmung. 94% wünschen sich, möglichst gesund zu bleiben, für 86% ist die geistige Fitness wichtig, 83% bzw. 81% möchten unabhängig von der Hilfe anderer sein und nicht pflegebedürftig werden, 77% wünschen sich, dass es der Familie gut geht, für 76% ist es auch ein wichtiges Thema, möglichst lange im eigenen Haus zu bleiben.

Medizin

Die Mehrheit der Menschen mit chronischen Krankheiten und geriatrischen Syndromen wird derzeit anfänglich zuhause versorgt. Im Verlauf der Krankheit steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus oder der Umzug in ein Pflegeheim.

Gerade weil der Aufenthalt zuhause natürlich den wünschenswerten Zustand darstellt, ist das erste Ziel bei jedem Krankenhausaufenthalt das Wiedererlangen der Selbstständigkeit und die Remobilisation. Nach dem akut-geriatrischen stationären Behandlungsprozess ermöglicht auch der Ausbau der mobilen und ambulanten Dienste, wie etwa der Heimkrankenpflege, immer mehr älteren Menschen länger in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben und somit „selbstbestimmt“ zu leben.

Auch in Pflegeheimen muss versucht werden, eine gewisse Umweltkompetenz zu erhalten, um die Lebensqualität und Würde der Menschen zu sichern.

Architektur

Der Aufenthalt in einem Pflegeheim bedeutet oftmals einen für viele Jahre eingegrenzten Lebensbereich. Dieser Umstand macht die Topologie, die Strukturen und einzelnen räumlichen Beziehungen umso wichtiger, vor allem, weil gerade größere Krankenanstalten oder Pflegeheime manchmal wie eine eigene Stadt in der Stadt angelegt sind, mit verschiedenen

Wohnungen und Nachbarschaften, Restaurants, Cafés, einem Krankenhaus, Servicecentern, eventuell einer Kapelle, einem nichtkonfessionellen Andachtsraum und mit Gärten oder Parkanlagen.

Bei älteren Menschen, besonders bei Demenzkranken, zerfällt die innere Karte, das Vorstellen von Wegen und Räumen ebenso wie die Erinnerung. Deshalb ist die Orientierung in ihrem unmittelbaren Lebensbereich von besonderer Bedeutung. Beginnend bei den Zugangswegen und Vorbereichen, über die erste Orientierung in den Gebäuden selbst, bis zum engeren Wohnbereich muss durch den Einsatz von geradliniger Bauweise, Referenzpunkten, Sichtbeziehungen, Grenzlinien oder Farbkontrasten eine klare, selbsterklärende Struktur ohne verwirrende idente Situationen geschaffen werden. Dabei darf aber nicht institutionelle Kälte, sondern Geborgenheit vermittelt werden.

Es ist außerdem von großer Bedeutung, dass die Einbindung in die Gemeinde, in die Stadt funktioniert. Möglichst kurze Wege erleichtern bzw. ermöglichen kleine Besorgungen oder Besuche, im besten Fall ohne Hilfe von Verkehrsmitteln. Diese Verbindung zum „tatsächlichen“ Leben, einer Gemeinschaft „außerhalb“, ist für die Aktivierung von älteren Menschen von großer Bedeutung.

Es gibt 1000 Krankheiten, aber nur eine Gesundheit.

Arthur Schopenhauer

mögliches (wieder) erschließen – MÖGLICHKEITEN DER ERSCHLIESSUNG

Gesellschaft

Altern geht mit dem Gewinn an Erfahrungen, aber auch mit dem Verlust verschiedener Kräfte, Energien und Fertigkeiten einher. Die (praktische) Bewältigung eines immer komplizierter werdenden Alltags, routinemäßige Abläufe wie einkaufen, kochen, essen, Körperpflege und das Halten sozialer Kontakte werden nicht nur durch das Nachlassen eigener Kräfte erschwert, sondern auch durch die sich ständig beschleunigende Umwelt. Eine einfache Straßenbahnfahrt kann durch das Fehlen von gemütlichen Wartebereichen, Anzeigetafeln mit blinkenden Buchstaben, zu hohen Schwellen, schnell schließenden Türen und Fahrkartenautomaten mit kleiner Schrift auf verwirrenden Displays tatsächlich zu einem „Stolperstein“ werden.

Andererseits: Wo liegt die Grenze zwischen Anforderung und Überforderung, zwischen Anreiz und Entmutigung? Was kann einem älteren Menschen (noch) zugemutet werden und wo fängt die Bevormundung an? Unter welchen Voraussetzungen kann man im Alter das eigene Leben aktiv gestalten, ohne zum passiven „Pflegling“ zu werden?

Alte Menschen müssen ihr „eigenes“ Heim oftmals auch deshalb verlassen, weil es weder barrierefrei noch altengerecht gebaut ist und ein Umbau aufgrund unflexibler Baustrukturen zu kostspielig wäre. Somit bieten die mittlerweile in Baugesetz, OIB und Normen verankerten Strategien zur Erreichung der Barrierefreiheit einen wichtigen Ansatz für die Zukunft.

Medizin

Neben der Grundvoraussetzung der Barrierefreiheit gibt es gerade in Pflegewohnheimen oder Gesundheitszentren viele weitere Aspekte, die berücksichtigt werden müssen.

Allgemeinbereiche sollten so ausgebildet sein, dass sie auch für therapeutische Zwecke genutzt werden können. Die ÄrztInnen können dann „im Vorbeigehen“ die Arbeit der TherapeutInnen und ihrer PatientInnen sehen bzw. die Fortschritte der Therapie verinnerlichen und positiv steuern. Zuspruch und Anerkennung anderer PatientInnen bedeuten zudem zusätzliche Motivation, wie auch in Gruppentherapien festgestellt werden konnte.

Zugleich haben demenzkranke Personen des öfteren einen starken Bewegungsdrang (Agitiertheit), der oftmals aus starker innerer Anspannung und Unruhe resultiert – diesem oft ziellos scheinenden „Umherwandern“ bei gleichzeitig erhöhter Verletzungs- und Sturzgefahr muss ebenfalls Raum gegeben werden.

Architektur

Gerade die Erschließungsflächen eines Pflegewohnheims oder Gesundheitszentrums sollten dazu animieren, selbst wieder Bewegung zu machen und abermals Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Körper zu bekommen, mangelnde Stimulation führt zu Apathie. Um diese Mobilität bei den BewohnerInnen zu erhalten und zu stärken, fällt der Architektur in diesem Zusammenhang eine therapeutische und kompensatorische Rolle zu.

Sackgassenartige, schlauchförmige Gänge sind durch großzügige Wegschleifen mit markanten Orientierungspunkten zu ersetzen, Richtungswechsel verlangen nach einprägsamen Referenzpunkten, die sich nicht wiederholen. Dabei sind Sichtachsen für die Orientierung wichtig, gleichzeitig bieten leichte Knicke und Verengungen Abwechslung. Der Boden muss rutschfest sein, spiegelnde, dunkle oder gemusterte Bodenbeläge werden unter Umständen als Gefahrenquellen wahrgenommen. Glasböden werden oftmals gar nicht betreten. Visuelle Barrieren oder Wechsel im Bodenbelag können Schwellen oder Türen ersetzen. Farben spielen ebenfalls eine wichtige Rolle: Deutliche Kontraste zwischen Wand und Fußboden oder Signalfarben an Umkehrpunkten erleichtern, wie zumindest einseitige Handläufe an der Wand, ebenfalls die Orientierung. Fehlende Kontraste, wie jene von weißen Möbeln oder Sanitärgegenständen vor weißer Wand- oder Fliesenfarbe, können dazu führen, dass die Möblierung gar nicht wahrgenommen wird.

Bei den Treppen liegt besondere Sorgfalt auf einem bequemen und sicheren Steigungsverhältnis sowie auf der Ausbildung von Podesten; die erste und letzte Stufe sollte immer eine sicht- und tastbare Markierung aufweisen. Rolltreppen und sogar Rampen werden meist als unangenehme Hindernisse wahrgenommen.

Sowohl die Ausbildung der vertikalen wie auch der horizontalen „Verkehrsflächen“ bietet die Gelegenheit, Begegnungsplätze entstehen zu lassen. Erweiterungen bieten Platz zum Ausruhen, Nischen laden auf ein gemütliches Gespräch ein. Statt engen, monofunktionalen Fluren können weite, strukturierte Allgmeinräume zusätzlich auch für die Therapie genutzt werden.

The tragedy of growing old is not that one is old but that one is young.

Oscar Wilde

Gesellschaft

Im Grimmschen Wörterbuch ist verzeichnet, dass die Wand die Seitenfläche eines Gebäudes oder eines andern begrenzten Raumes ist, deren Name aus binden, flechten, drehen, winden hergeleitet ist und als Ursprung das „Flechtwerk“ also die „geflochtene Wand“ hatte.

Im Gegensatz zur Mauer (aus dem Lateinischen murus, Steinwall, Befestigung) kann die Wand ein sehr leichter, transparenter Bauteil sein, man denke nur an die mit Papier bespannten, flexiblen japanischen Holzrahmen.

Aber Wand hat noch eine zweite Bedeutung, sie ist nicht nur „Umhüllung“, sondern auch „Grenze“ im Sinne des „Umkehrens“: man „wendet“ den Pflug an der Ackergrenze.

Medizin

„Schwerhörigkeit“ gehört zu den gefürchtetsten Alterserscheinungen; das Gehör verliert im Laufe der Zeit vor allem die Fähigkeit, hohe Frequenzen wahrzunehmen. Dies vermindert wiederum das Unterscheidungsvermögen zwischen Gesprochenem und Hintergrundgeräuschen, somit das Verständnis von gesprochener Sprache. Dieses verringerte Hörvermögen führt oftmals zu sozialer Isolation und verstärkt die Verwirrung und Desorientierung, vor allem in lauten Umgebungen.

Während das Nicht-Hören-Können den Betroffenen von den übrigen Menschen entfernt, entfernt ihn Fehlsichtigkeit von den Dingen. Durch das Eintrüben der Linsen benötigen ältere Menschen zum Beispiel bis zu viermal stärkeres Licht zum Lesen wie etwa ein Zwanzigjähriger.

Licht ist zudem der wichtigste „Zeitgeber“ für den circadianischen Rhythmus: Eine zu grelle Beleuchtung am Abend bzw. in der Nacht kann die innere Uhr „verstellen“. Besonders helles Licht fördert die Wachphasen, ein dynamisch angepasstes Funktionslicht mit unterschiedlichen Lichtfarben und wechselnden Beleuchtungsstärken kann helfen, einen geregelten Tagesrhythmus beizubehalten. Schatten auf den Böden können von Demenzkranken als Hindernis wahrgenommen werden, deshalb ist auch besonders auf blendfreie, gleichmäßige Ausleuchtung zu achten.

Architektur

Wände sind im Grundriss meist durch zwei Linien markiert: Die Grenzen, die sie ziehen, haben zunächst Vorrang vor ihrer Form. Aber Beschaffenheit, Ausformung, Gestaltung und nicht zuletzt Beleuchtung von Wänden, Oberflächen oder Strukturen können ebenso wie Geräusche (der Klang eines Raumes besitzt eine eigene ephemere Qualität) oder Gerüche zum Wohlbefinden und zur Orientierung beitragen oder sie vermindern.

Materialität, Farbe und Haptik einer Wand sind von essenzieller Bedeutung, ihre Gestaltung gleicht dabei einer Gratwanderung: Einerseits soll „institutionelle“ Sterilität vermieden werden, um nicht zu wenig sensorische Stimulation zu bieten, andererseits besteht bei zu vielen optischen Reizen die Gefahr von Verwirrung.

Auch akustische Überreizungen durch verschiedene Schallquellen führen zu Reizüberflutung und zu Stress, ebenfalls einer der auslösenden Faktoren für ein Delir.

Vor allem in den Gemeinschaftsbereichen und Erschließungsflächen sollten reflexionsarme Materialien und Konstruktionen zum Einsatz kommen, die den Schallpegel reduzieren bzw. eine kurze Nachhallzeit begünstigen, aber auch eine gute „Sprechakustik“ ermöglichen. Blendungsfreie, helle Beleuchtung unterstützt zudem durch die deutlichere Wahrnehmung von Gestik und Mimik das „Hören“.

Das Lichtkonzept selbst muss verschiedenen Anforderungen gerecht werden, die z.B. im Wartebereich anders sind wie in den Behandlungsräumen, den Zimmern oder Gemeinschaftsräumen. Dabei ist nicht nur die erforderliche Lichtstärke der Ausleuchtung oder die Qualität des Spektrums der unterschiedlichen Leuchtmittel zu bedenken: warme Farbtöne oder farbiges Licht steuern die Raumatmosphäre und tragen zum Wohlbefinden bei, während gelbes Licht beruhigt, regt violettes Licht an, grünes Licht macht kreativ.

Demenzkranken nehmen ihre Umgebung anders als gesunde ältere Menschen wahr. Dies könnte darin begründet sein, dass die krankheitsspezifischen Veränderungen des Gehirns insbesondere die Bereiche, in denen die Umwelt wahrgenommen und interpretiert wird, betreffen.

Gesine Marquardt

Gesellschaft

Einblicke und Ausblicke: Ein Fenster ist Aussicht und Perspektive:

Was erwarten ältere Menschen vom Leben?

Was können sie noch erwarten?

Und

Was erwartet sie?

Was erwartet uns?

Medizin

Der für uns so alltäglich scheinende Blick durch ein Fenster beeinflusst die Heilung und das Wohlbefinden von PatientInnen enorm. Die bereits 1984 von Roger S. Ulrich veröffentlichte Studie „View through a window may influence recovery from surgery“ besagt: PatientInnen, die durch ein Fenster auf einen Baum blickten, hatten wesentlich kürzere Rekonvaleszenzphasen, benötigten weniger schmerzstillende Medikamente und waren insgesamt positiver gestimmt, als PatientInnen einer Kontrollgruppe, deren Fenster nur den Blick auf eine monotone Ziegelwand ohne Öffnungen freigab.

Architektur

Da sich ältere Menschen und Demenzkranke vergleichsweise wenig im Freien aufhalten, benötigen sie neben einer biologisch wirksamen Beleuchtung soviel Tageslicht wie möglich, um ihren Schlaf-Wach-Rhythmus aufrechtzuerhalten. Zudem beobachten alte Menschen gerne und nehmen so auf ihre Weise am Leben „draußen“ teil. Damit ihr Wahrnehmungsradius noch über die Zimmergrenze hinausgehen kann, müssen ausreichend thermisch geschützte und blendungsfreie Fensterflächen eingeplant werden – ein guter Ansatzpunkt, um mit den jeweiligen LandschaftsplanerInnen zusammenzuarbeiten und auf die älteste Ressource zurückzugreifen, die gerade diese Anforderungen perfekt erfüllen kann: ein Baum vor dem Fenster.

„Erweiterte Fenster“ im Sinne von Loggien sind zudem eine gute Ressource an Licht und ermöglichen bei schwellenloser Befahrbarkeit einen Aufenthalt an der frischen Luft auch für bettlägerige PatientInnen. Bis zum Boden reichende Parapete ermöglichen ein möglichst weites Sichtfeld. Nicht nur der Tagesrhythmus, auch die Außentemperaturen können mit Loggien wieder spürbar gemacht werden. Gemeinschaftsloggien bieten sich für zusätzliche

soziale Kontakte an.

Auch Fenster zum Gang lassen am sozialen „Innenleben“ teilhaben, ein Vorhang wahrt die Privatsphäre. Eine Bank oder Sitznische vor diesem Fenster wird zum Treffpunkt.

Auch wenn man nur zum Fenster rausschaut, sieht man die Welt.

Wilhelm Raabe

NOTIZEN

Gesellschaft

Die Gefahr des „Eingesperrt-Seins“ oder „Ausgesperrt-Werdens“ besteht immer. Trotzdem bilden Türen, die sich öffnen und die man hinter sich schließen kann, in der europäischen Kultur auch ein Symbol für den Schutz der Privatsphäre und somit für die Würde des Menschen.

Aus dem sicheren Rückhalt eines selbstbestimmten sozialen Rückzugs lassen sich unter Umständen auch wieder leichter Türen zu anderen öffnen.

Medizin

In einer 2003 erschienenen Studie von Zeisel et al wurde gezeigt, dass Einzelzimmer Unruhe und Aggressionen mindern, weil sie, vor allem für Demenzkranke, weniger Stress bedeuten; ausreichende Privatheit vermindert psychotische Symptome.

Demenzkranken sind besonders stark von ihrer räumlichen Umwelt abhängig; sie reagieren oftmals ohne Kontextverständnis auf einen Stimulus: so werden Türen einfach geöffnet, weil eine Klinke vorhanden ist. Andererseits können in diesem Wissen durch „unauffällige Türen“ auch Grenzen gesetzt werden. Deutlich sichtbar verschlossene Ausgangstüren erinnern dagegen an Gefängnisse und können durch diesen optisch belegten Verlust der Selbstbestimmung Depressionen fördern.

Architektur

In seinem Aufsatz „Brücke und Tür“ erklärt Georg Simmel, dass Trennen und Verbinden nur zwei Seiten desselben Aktes sind, dass die Tür als Gelenk die Trennung zwischen Innen und Außen aufhebt und als Grenzsituation, als Scharnier, zugleich Begrenztes und Unbegrenztes umfasst.

Grenzen sind vor allem dann wichtig, wenn es um die Privatsphäre und um individuelle Rückzugsräume geht; gerade in Krankenhäusern und Pflegeheimen ein ohnehin schwieriges Thema. Obwohl dies durchaus kontrovers diskutiert wird, werden Einzelzimmer mit eigenem Bad, eventuell mit Verbindungstüren, von den BewohnerInnen zunehmend bevorzugt. Wenn dies aus Kostengründen nicht umsetzbar ist, unterstützen zum Beispiel flexible Schiebewände bei der Wahrung des Privaten.

Um auch das Bedürfnis nach Doppelzimmern ohne großen Mehraufwand erfüllen zu können,

sollten – und das dient generell der Flexibilität eines Hauses, das wahrscheinlich mehrere verschiedene Pflegesysteme „überstehen“ muss – zwischen den Zimmern Sollbruchstellen für einen späteren Türeinbau vorgesehen werden.

Die Türen selbst sollten schwellenfrei und leicht bedienbar sein, große Griffe aufweisen und sich durch eine betont kontrastierende Gestaltung von der Wand abheben, da sich das Kontrastsehen bei älteren Menschen verändert.

Auch dem Bereich vor der Tür kommt eine wichtige Funktion als „halböffentliche Zone“ zu. Einen Schwellenbereich bildet das „Sitzbankerl vor dem eigenen Haus“, auf dem man BesucherInnen empfangen kann – ein kleiner eigener Rückzugsort, wenn man Besuch hat, den man nicht unbedingt „im Schlafzimmer“ empfangen möchte.

Niemand darf willkürlichen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung und seinen Schriftverkehr oder Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden. Jeder hat Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 12

einen neuen lebensabschnitt einrichten – MÖBEL

Gesellschaft

Wie richtet man sich in den verschiedenen Abschnitten seines Lebens ein?

Möbel als ursprünglich mobile Gerätschaften in Form von Kissen (Betten), Brettern (Tischen) oder Truhen wurden einerseits äußerst „sesshaft“, sind in Zeiten der heutigen Massenproduktion aber auch extrem austauschbar geworden. Trotzdem können sie Bedeutung erlangen: der Tisch, an dem man mit seiner Familie gegessen hat, der Schrank, in dem man mit der Wäsche auch seine geheimen Wünsche einschließt, der Kalender, an dem man die Zeit abliest und Zeitpunkte markiert, das Bett, in dem man schläft und stirbt.

Medizin

Die Milieutherapie für Demenzkranke besteht laut einer 2001 veröffentlichten Studie von Hirsch aus vier Grundkomponenten: angstfreier Umgang mit vertrauten Bezugspersonen; strukturierter, am Alltag orientierter Tagesablauf; sicheres, sozial anregendes Wohnumfeld und biografiebezogene Unterstützung.

Die besondere Stresssituation des Delir könnte also oftmals vermeiden werden, wenn der Patient oder die Patientin nicht nur vertraute Gesichter, sondern auch vertraute Dinge und Raumsituationen um sich vorfindet.

Architektur

Das eigene Zimmer braucht Freiraum für individuelle Gestaltung, um durch das Mitbringen eigener Möbel, vertrauter Bilder oder Fotos, von Uhren und Kalendern die biographischen Bezüge zu erhalten. Diese Anforderung bedeutet nicht nur eine Platz- und damit auch eine Geldfrage, sondern kann unter anderem auch zu mit Problemen für das Personal einhergehen: Ein altes Holzbett bietet natürlich nicht dieselbe „Bedienerfreundlichkeit“ wie ein medizinisches Bett, aber eine generelle Ablehnung ist nicht in jedem Fall zwingend. Auch die Hygienevorschriften bezüglich Böden, bestimmter Materialien und Oberflächen wären ebenfalls hinsichtlich des Nutzens, den eine Lockerung dieser Vorschriften bringen würde, zu hinterfragen: Für den Behaglichkeitsfaktor sind hochwertige „natürliche“ und möglichst „naturbelassene“ Bauelemente wie Hölzer, Steine oder Textilien wichtig, die jedoch oftmals in Widerspruch zu den geltenden Normen stehen (allein zum Stichwort Krankenhaus gibt es übrigens 557 „Treffer“ bei den Normen der Austrian Standards).

Auch bei der Gestaltung der allgemeinen Räume sollten sowohl die BewohnerInnen als auch das Personal Mitspracherecht bei der Auswahl der Möbelstücke haben; vielleicht ist ein umlagerter „Wuzeltisch“ eine gute Alternative zu einem Allzweck-Basteltisch, der nicht benutzt wird?

No furniture is so charming as books.

Sydney Smith

NOTIZEN

Gesellschaft

Einsamkeit ist kein messbares Symptom, sondern ein subjektives Empfinden. Es lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit festlegen, dennoch spricht man in der Fachliteratur häufig von der gefürchteten „Vereinsamung im Alter“. Diese ergibt sich aus vier möglichen Faktoren, deren Wahrscheinlichkeit mit dem Alter ansteigt: Verlust des Partners oder der Partnerin, unbefriedigende Beziehungen zu den Kindern und der Familie, Verlust von alten Freunden und Freundinnen und ein damit einhergehender Mangel an nahestehenden Personen und/oder ein schlechter Gesundheitszustand, der einerseits durch einen eingeschränkten Aktionsradius isolierend wirkt bzw. durch gesellschaftliche Vorurteile stigmatisiert. Auch der Eintritt ins Pensionsalter „kappt“ oftmals den Kontakt zu früheren KollegInnen und ruft das beunruhigende Gefühl hervor, nicht mehr gebraucht zu werden.

Medizin

Bei betreutem Wohnen, Alters-Wohngemeinschaften oder dem Konzept der Hausgemeinschaften spielt der (noch vorhandene, wiederhergestellte oder neu entstandene) Kontakt zu NachbarInnen eine wichtige Rolle. Ein aktives soziales Leben mit Reizen „von außen“ schützt vor Depressionen; gegenseitig kann man sich bei ritualisierten Abläufen und Tätigkeiten, wie zum Beispiel dem Einkaufen gehen, unterstützen.

Mit zunehmenden BewohnerInnenanzahlen in den Gruppen vermindert sich jedoch die Orientierungsfähigkeit. Am besten bewähren sich Gruppengrößen von 28 bis 30 Personen, die dann wieder in drei bis vier Wohngruppen aufgeteilt werden können. So kann auch das zugeteilte Pflegepersonal engere Kontakte und Nähe zu den BewohnerInnen aufbauen.

Architektur

So wichtig Einzelzimmer als eigener Rückzugsort für das Recht auf Privatsphäre sind, so entscheidend sind wiederum die Kontaktzonen, um einer Vereinsamung oder dem Selbstrückzug entgegenzuwirken. Zentren des sozialen Lebens sind vor allem das Esszimmer mit fixem eigenem Platz am Tisch, eine Küche zum gemeinsamen Kochen, ein flexibel nutzbarer Gemeinschaftsraum zum Basteln oder Handwerken, Bewegungsräume zum Tanzen, Kraft- und Sporttraining sowie ein konfessionsoffener Andachts- oder Meditationsraum, der auch von den BesucherInnen genutzt werden kann.

Diese „offiziellen“ Gemeinschaftsräume sind als eindeutig konnotierte Räume, als einmalige Orientierungspunkte, im Raumgefüge auszuführen. Aber auch den kleineren und eventuell intimeren Kontaktzonen, die sich in den Erschließungsflächen, auf Grenzen- oder Schwellenbereichen, wie z.B. dem „Türvorplatz“, bilden, kommt eine entscheidende Rolle zu.

Der räumliche oder organisatorische Anschluss eines StudentInnenheims oder Kindergartens kann sich positiv auf ältere Menschen auswirken und das Knüpfen neuer sozialer Kontakte begünstigen. Schon das Beobachten anderer Generationen wirkt sich positiv auf das zyklische Zeitempfinden aus.

Man ist nicht bloß ein einzelner Mensch, man gehört einem Ganzen an.

Theodor Fontane

Gesellschaft

„Habt ihr die Omi ins Heim abgeschoben?“ Mehr oder weniger gesellschaftlich induziertes „schlechtes“ Gewissen gegenüber einer Verpflichtung oder Verantwortung, die man nicht (mehr) übernehmen kann, bildet oftmals die Ursache, den Gedanken zu verdrängen und die Betroffenen tatsächlich zu vergessen.

Dazu kommt eine in der westlichen Kultur stetig wachsende Scheu vor dem Kranksein, vor dem Altern und Sterben - dies zeigt sich bereits im Wort „Krankenhaus“, eine Bezeichnung, die mittlerweile immer häufiger durch ein euphemistisches, aber immerhin einladenderes „Gesundheitszentrum“ ersetzt wird. Dennoch haben viele Menschen Scheu, ein Haus mit „lauter Kranken“ oder „lauter Alten“ zu betreten; die Umgebung, die Gerüche, die Geräusche verunsichern, da sie nicht mehr zu unserem Alltag gehören, sondern institutionalisiert, aus unserem alltäglichen Lebensbereich ausgelagert wurden.

Medizin

BesucherInnen bilden für die BewohnerInnen eines Seniorenzentrums eine Brücke zum Alltag, zur (früher) gewohnten Lebenswelt. Genesungsprozesse verlaufen schneller und komplikationsloser, wenn Familie und Freunde regelmäßig „vorbeischauen“, wobei aber auch die Ruhephasen der PatientInnen berücksichtigt werden müssen.

Gerade auf diesen Aspekt von wünschenswerten regelmäßigen, kürzeren Besuchen wirkt sich die Zentralisierung der „Gesundheitszentren“ und „Pflegeheime“ vor allem im ländlichen Raum äußerst negativ aus. Ein Besuch, der aufgrund einer längeren Anreise zum Beispiel nur einmal im Monat stattfinden kann, wird oft, „um die Zeit zu nutzen“, ausgedehnt und dann auch in „voller Familienstärke“ ausgeführt, was sowohl für Besuchende wie Besuchte wahrscheinlich eher anstrengend ist.

Architektur

Die Einrichtung eigener BesucherInnenbereiche hilft eine Störung der ZimmernachbarInnen zu vermeiden und ermöglicht zugleich die Intimität eines Gesprächs unter vier Augen. Die Ausstattung dieser Bereiche bzw. der Aufenthaltsräume und PatientInnenzimmer kann es BesucherInnen ermöglichen, Teile der Obsorge und Pflege (zum Beispiel kochen oder frisieren) zu übernehmen, immer vorausgesetzt, dass dies von beiden Seiten gewünscht wird. Für Krisenzeiten sollte die Möglichkeit eines Übernachtungszimmers für Angehörige oder

Gesellschaft

Die wissenschaftliche Rechtfertigung von Parks und Gärten in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts recycelt und untermauert die quer durch alle Zeitalter und Kulturen gepflegte Idee der therapeutischen Wirkung der Landschaft: Mittelalterliche „paradisische“ Kreuzganginnenhöfen, englische Landschaftsgärten oder formvollendete japanische Gartenbaukunst versuchen vielleicht, uns in eine vergessene Form des Paradieses zurückzuführen.

Medizin

Bepflanzter Grünraum trägt sowohl bei gesunden als auch bei kranken Menschen wesentlich zur Stressreduktion bei: Beim Betrachten von Bäumen, Blättern, Wiesen und Blumen sinkt der Blutdruck, die Muskeln entspannen sich, die Atmung wird ruhiger.

Regelmäßige Bewegung an der frischen Luft und gärtnerische Tätigkeiten verbessern motorische Fähigkeiten und Koordination und stärken das Herz-Kreislaufsystem. Für Menschen mit Demenz können Pflanzen, ihre Düfte und Farben eine Verbindung in ihre Vergangenheit sein. Die Beschäftigung mit dem Wachsen und Gedeihen hilft, alltägliche Zeitabläufe wieder bewusst wahrzunehmen und selbst zu strukturieren.

Architektur

In der Freiraumgestaltung sollten nicht nur „einfach“ Gärten mit Bäumen, hübschen Hochbeeten, Wegschleifen ohne Stolpersteine, sondern auch einige vor Sonne und Regen geschützte Plätzchen eingeplant werden: Die Gestaltung von therapeutisch einsetzbaren Gärten, die zugleich hohen Sicherheitsanforderungen genügen und einen wertvollen bioklimatischen Effekt für das ganze Haus haben, erfordert die Kenntnis von Fachleuten oder von eigens ausgebildeten, spezialisierten LandschaftsarchitektInnen. So sind zum Beispiel pflegeintensive oder allergieauslösende Blumen und Sträucher ebenso wie plätscherndes Wasser kontraproduktiv. Eine der kompliziertesten Aufgaben der (Pfle-)landschaftsplanung besteht darin, die verschiedenen, sich überschneidenden und teilweise konträren Bedürfnisse, diverser NutzerInnengruppen (PatientInnen aller Altersstufen mit verschiedenen Krankheitsbildern und deren BesucherInnen) zu erfüllen. Gut gestalteter Grünraum ist auch für das hochbelastete Pflegepersonal von großer Relevanz: SeniorInnenzentren oder Pflegeeinrichtungen mit Therapiegärten berichten von einer niedrigeren Personalfuktuation im Pflegebereich, da durch diese Freiräume ein zusätzlicher Erholungsort für alle geboten wird.

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Hochbetagt. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ 38–39/2015)

de Beauvoir, Simone: Das Alter, (La Vieillesse, 1970), Deutsch von Anjuta Aigner-Dünnwald und Ruth Henry. Reinbeck, Rowohlt, 1972.

Fedderson, Eckhard; Lüdtke, Insa: raumverloren. Architektur und Demenz. Biel, Birkhäuser, 2014.

Feil, Naomi: Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. Wien, Delle Karth Verlag, 1993.

Gawande, Atul: sterblich sein - Was am Ende wirklich zählt. Über Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung. (Being Mortal: Illness, Medicine and What Matters in the End, 2014), Deutsch von Susanne Röckel. Frankfurt am Main, Fischer 2015.

Generali Zukunftsfonds (Hrsg.): Generali Altersstudie 2013 – Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb): Schriftenreihe Band 1348. Bonn, Institut für Demoskopie Allensbach, 2013.

Harsvardhan, Rajesh et al.: Futuristic Geriatric Hospital. Department of Hospital Administration, AIIMS, New Delhi, India, JIMSA July-September 2012, Vol. 25, No. 3, 193.

Heeg, Sibylle / Bäurele, Katharina: Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen, (Demenz Support Stuttgart). Frankfurt am Main, Mabuse, 2008.

Hinterlehner-Becker, Sybille: Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim. Diplomarbeit an der Fakultät für Sozialwissenschaften Universität Wien, 2011.

Kaiser, Gudrun: Bauen für ältere Menschen: Wohnformen - Planung - Gestaltung - Beispiele. Köln, Müller, 2014.

Leeb, Franziska: wohnen pflegen leben. Neue Wiener Wohn- und Pflegehäuser. Wien, Bohmann, 2009.

Marquardt, Gesine: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Dissertation an der Fakultät Architektur, Technische Universität Dresden, 2006.

In den 15 steirischen Landeskrankenhäusern an 23 Standorten werden jährlich rund 270.000 stationäre und über 900.000 ambulante PatientInnen von der KAGes medizinisch, pflegerisch und menschlich bestmöglich betreut. In den vier Landespflegezentren kümmert sich die KAGes darüber hinaus um das Wohl der dortigen BewohnerInnen.



LKH am Standort Judenburg:
Eine der guten Orientierung dienende Wegeführung



LKH am Standort Judenburg:
Verweilen, Ausrasten und Kommunizieren im Freibereich



LKH am Standort HÖrgas:
Gemeinsamer „wohnlicher“ Speiseraum für die akutgeriatrische Einrichtung zur Unterstützung einer möglichst frühen Remobilisation.



LKH am Standort Fürstenfeld:
Helle und freundliche tagesklinische Einrichtung für kleinere Interventionen, die auf eine baldige Entlassung der PatientInnen in ihr soziales Umfeld abzielen.



LPZ am Standort Mürrzuschlag:
Umlaufende Gangsysteme, die in Anlehnung an einen urbanen Platz zum Verweilen und Flanieren dienen



LKH Univ.-Klinikum Graz:
Interessante Aus- und Einblicke im Rahmen der Kunst am Bau - Projekte lenken vom Spitalsalltag ab

Impressum

Hrsg. von Haus der Architektur und KAGes

Konzept: Markus Bogensberger, Michael Pansinger

Text: Sigrid Verhovsek

Grafik: Janosch Webersink

Redaktion: Sigrid Verhovsek, Karin Oberhuber

Fotorechte: KAGes

Haus der Architektur
Mariahilferstraße 2, A-8020 Graz
www.hda-graz.at

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Stiftingtalstraße 4–6, A-8010 Graz
www.kages.at
© 2015

