Zeitschrift: Tec21
Herausgeber: Schweizerischer Ingenieur- und Architektenverein
Band: 138 (2012)
Heft: 40-41: Mit dem Vergessen leben

Artikel: Demenzgerechte Architektur?
Autor: Held, Christoph / Ermini-Fünfschilling, Doris
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-309281

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 31.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

DEMENZGERECHTE ARCHITEKTUR?

Die Zahl der Demenzpatienten wächst und mit ihr der Bedarf an Einrichtungen zur Betreuung der Betroffenen. Doch wie plant man für Menschen, die ihren Alltag nicht mehr selbst bestimmen, Entscheidungen nicht mehr selbst treffen können? So viel steht fest: Die therapeutische Wirkung demenzgerechter Einrichtungen ist nicht von baulichen oder gestalterischen Aspekten allein abhängig. Ausschlaggebend ist vielmehr das Zusammenwirken aller Komponenten, die den demenzbetroffenen Menschen umgeben: bauliche Gestaltung, personelle Organisation und pflegerisch-betreuerische Kompetenz. Es bedarf einer Trägerschaft und Leitung, die die existenzielle Abhängigkeit der Betroffenen von ihrer Umgebung zum Ausgangspunkt des Programms macht.

Titelbild und Abbildungen Fachartikel
Die beiden Titelbilder und alle Bilder dieses Beitrags stammen aus der Publikation: Ursula Markus, Paula Lanfranconi, Leben mit Alzheimer. Morgen ist alles anders ..., Basel 2002 (vgl. S. 16).
Die Porträtstudien und Alltagsszenen aus der Schweiz zeigen Betroffene und Angehörige und sensibilisieren für die Krankheit. Sie stellen den Ausführungen der Textautoren eine weitere Verständnisebene zur Seite und sprechen für sich. Daher wurde auf erläuternde Bildunterschriften verzichtet (Fotos: Ursula Markus)

Demenz ist kein einheitliches Krankheitsbild. Als Demenzen bezeichnet man Krankheiten des Gehirns, die in ihrem Verlauf zu einer Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, zu zunehmender Pflegebedürftigkeit und auch zu Wesensveränderungen führen. Die Ursachen der Demenzen sind vielfältig, am häufigsten sind Alzheimerkrankheit und gefässbedingte Schädigungen durch kleine Hirninfarkte. Das Erkrankungsrisiko steigt mit zunehmendem Alter, Medikamente, die die chemische Übertragung an den Nervenschaltzellen verbessern, stabilisieren für zwei bis drei Jahre die geistige Leistungsfähigkeit. In frühen Phasen werden die Betroffenen meistens zu Hause durch Spitex oder Betreuerdienste begleitet, bei fortgeschrittener Krankheit sind Entlastungsangebote für die Angehörigen wie Tagesstätten oder Ferienaufenthalte wichtig. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit, die zur Erschöpfung der Angehörigen führt, ist eine Einweisung der Betroffenen in ein Pflegeheim meistens unumgänglich. Daher wird ein Schwerpunkt der Betreuung Demenzkranker zukünftig in angepassten Wohn- und Lebensformen liegen.

DEMENZ – KEIN GLEICHBLEIBENDES ZUSTANDSBILD

Angehörige und Pflegende erleben demenzkranke Patienten häufig in einem wechselhaften mentalen und emotionalen Zustand. Ursache dafür sind Veränderungen im sich wandelnden Selbsterleben der Betroffenen. Da diesem Selbsterleben durch die Zerstörung von Nervenzellen langsam der Boden entzogen wird, können die Betroffenen ihre Veränderung nicht wahrnehmen. Demenz führt deshalb zu einer völlig anderen Pflege- und Betreuungssituation als bei geistig intakten betagten Menschen, die als autonome Subjekte Entscheidungen treffen können. Menschen mit fortgeschrittener Demenz sind hingegen in existenzieller Weise von ihrer Umgebung abhängig. Für ihre Lebensqualität ist es deshalb entscheidend, Hilfestellungen zu bekommen, die ihnen trotz Demenz eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Eine wesentliche Hilfestellung dafür ist die bauliche und innenarchitektonische Gestaltung ihres Lebensraums.

RÜCKBLICK AUF EINE PIONIERZEIT ...

Trägerschaften von Alters- und Pflegeheimen sehen sich in der Schweiz seit den frühen 1990er-Jahren mit einer neuen Herausforderung konfrontiert: Sie mussten ihr Angebot, das bisher auf geistig gesunde Menschen ausgerichtet war, auch auf die spezifischen Bedürfnisse einer zunehmenden Anzahl von Demenzpatientinnen ausrichten, demenzgerechte Einrichtungen

DIE AUTOREN

Christoph Held arbeitet als Heimarzt und Gerontopsychiater beim Geriatrischen Dienst der Stadt Zürich. Er ist als Dozent an Fachhochschulen sowie als beratender Experte tätig.

Doris Ermini-Fünfschilling, MSc, Geronto- und Neuropsychologin, leitete während 17 Jahren die Memory Clinic Basel. Lehrtätigkeit an Berufs- und Fachhochschulen. Sie arbeitet als Coach, in der Beratung von Institutionen und bei Architekturwettbewerben.

Christoph Held und Doris Ermini-Fünfschilling haben als Autoren der Publikation «Das demenzgerechte Heim», Basel 2004, ein Werkzeug für Betroffene geschaffen, das hilft, die unterschiedlichen Phasen der Demenz einzuordnen und Fragen der Gestaltung des Lebensumfelds zu lösen. Das Buch ist inzwischen in einer zweiten, überarbeiteten Auflage erschienen. Für die Publikation erhielten die beiden Autoren 2006 den Schweizerischen Alzheimerpreis.

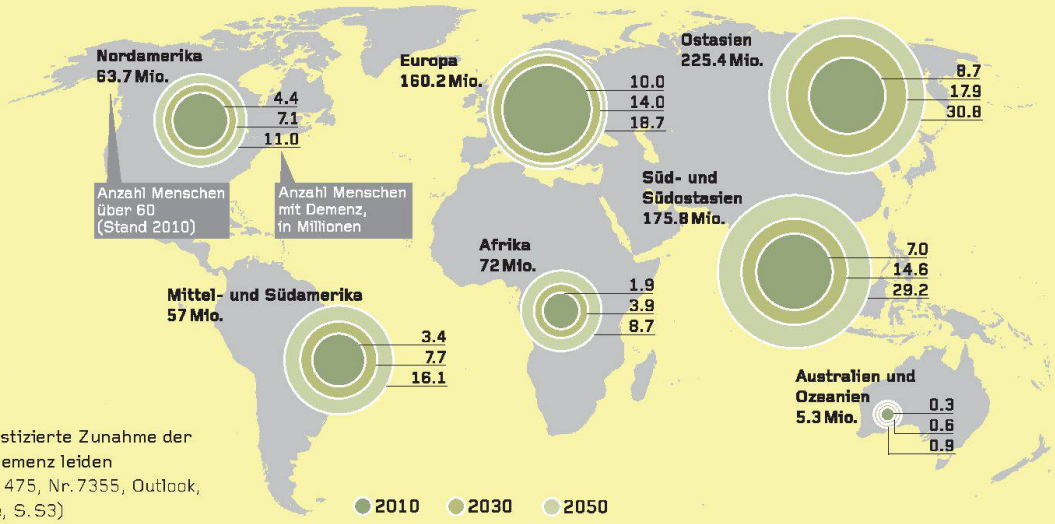
DEMENZ

Demenz bedeutet die Abnahme geistiger Leistungsfähigkeit und ist bedingt durch neurodegenerative Krankheiten des Gehirns, fortschreitende Veränderungen, die mit dem Verlust von Nervenzellen einhergehen. Die Alzheimerkrankheit ist die häufigste Form der Demenz (ca. 50 %). Ebenfalls häufig ist die vaskuläre Demenz (ca. 20 %). Oft liegen Mischformen vor, besonders im höheren Alter.

Alzheimer
Die Krankheit ist nach ihrem Entdecker Alois Alzheimer benannt und wurde 1906 erstmals beschrieben. Sie wird durch einen fortschreitenden Verlust von Nervenzellen im Gehirn verursacht. Was diese krankhaften Veränderungen auslöst, ist noch nicht bekannt. Der Abbau findet vor allem in Hirnregionen, die wichtige geistige Funktionen wie Gedächtnis, Sprache, Planen, Handeln oder die räumliche Orientierung steuern, statt. Die wahrnehmbare Krankheitsdauer beträgt im Durchschnitt 7 bis 9 Jahre.[1]

Der Alterseffekt
Über 95 % der Patienten sind bei Beginn der Erkrankung über 65 Jahre alt. Von den 70- bis 79-Jährigen sind etwa 3 % betroffen, von den 80- bis 89-Jährigen 12 % und von den 90- bis 94-Jährigen gut 25 %. Weltweit leiden rund 35 Millionen Menschen an einer Alzheimerdemenz, gut die Hälfte davon lebt in den reichen Ländern. Die Prognosen gehen davon aus, dass sich, in Folge wirtschaftlicher Entwicklungen und damit einhergehendem steigendem Wohlstand und Lebensalter der Gesellschaften weltweit, die Zahl der Alzheimerpatienten alle 20 Jahre verdoppeln wird. Aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklungen werden Süd- und Ostasien davon am stärksten betroffen sein.[2]

Anmerkungen
1 Schweizer Alzheimervereinigung; www.alz.ch/index.php/demenzformen-und-ursachen.html, Zugriff 5.9.2012
2 NZZ am Sonntag, 19. August 2012, «Klumpen im Gehirn», Wissen S. 53 ff.



01 Weltweit prognostizierte Zunahme der Menschen, die an Demenz leiden
(Grafik: Nature, Bd. 475, Nr. 7355, Outlook, Alzheimer's disease, S. S3)

schaffen und Personal ausbilden. Die Autoren dieses Beitrages haben diese Zeit als ärztliche und neuropsychologische Experten intensiv miterlebt. In den meisten Fällen wurden Demenzabteilungen pionierartig gebaut und eingerichtet, da es erst wenige wissenschaftliche Studien darüber gab, was eine solche Abteilung gegenüber einer herkömmlichen auszeichnete.
Zudem mussten sich Politikerinnen, Architekten und Heimleiterinnen über die jeweils notwendigen Infrastrukturen in den Städten und Gemeinden klar werden: Es galt, abzuwägen, ob Demenzabteilungen als spezialisierte Abteilungen in eine bestehende Institution integriert, einer solchen angegliedert oder als Neubauten realisiert werden sollten. Andere Lösungen bestanden in der Umgestaltung beispielsweise von Personalhäusern zu demenzgerechten Wohngruppen, wie sie heute in zahlreichen Gemeinden der Schweiz bestehen.
Erst 2004 erschien in den USA erstmals eine prospektive Studie über Demenzkranke, die randomisiert, also nach dem Zufallsprinzip aus Demenz- und herkömmlichen Abteilungen ausgelesen wurden.[1] Die Autoren massen dreimal pro Jahr mithilfe von Tests und Beobachtungsinstrumenten die geistige Leistungsfähigkeit, die Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen, wie z. B. die Körperpflege selbstständig durchzuführen, sowie das Verhalten der Betroffenen. In der Auswertung zeigte sich, dass die geistige Leistungsfähigkeit bei beiden Betreuungsarten gleichermassen abgenommen hatte, dass aber die Bewohnerinnen der spezialisierten Abteilungen in ihren Alltagsaktivitäten erheblich stabiler waren und deutlich weniger kränkende und negative Gefühle – verursacht durch die geistig gesunden Mitbewohner – erlebt hatten als die demenzkranken Bewohner in den gemischten Heimen. Spätere Studien bestätigten diese Resultate und zeigten, dass in reinen Demenzabteilungen erheblich weniger Zwangsmassnahmen durchgeführt und weniger beruhigende Medikamente verabreicht werden mussten. Heute besteht daher wissenschaftlich Übereinstimmung darin, dass die therapeutische Wirkung einer demenzgerechten Einrichtung nicht von gestalterischen Einzelmerkmalen abhängt.

KLEIN UND ÜBERSICHTLICH – RÄUME FÜR DEMENZPATIENTEN

Auch über die wesentlichen baulichen und gestalterischen Eigenschaften einer demenzgerechten Einrichtung besteht weitgehend Einigkeit: Die Wohneinheiten sollten klein und übersichtlich sein. Denn zu viele Bewohnerinnen und zu grosse Einrichtungen führen vermehrt zu Konflikten, Irritationen und Verhaltensstörungen. Daher wird heute empfohlen, für maximal zwölf demenzkranke Bewohner pro Abteilung zu planen. Entsprechend kompakt und übersichtlich sollten die Grundrisse gestaltet werden, im Idealfall als ebenerdige, höchstens eingeschossige Anlagen mit kurzen Korridoren ohne verwirrende Räume, Sackgassen oder tote Winkel. Die Idee von Rundgängen oder Endlosschleifen, auch in Aussenanlagen, wird heute eher kritisch betrachtet, da die oft quälende psychomotorische Unruhe der Bewohnerinnen dadurch noch provoziert werden kann.

Ferner sollte die Grundrissdisposition der eingeschränkten Orientierungsfähigkeit der Betroffenen Rechnung tragen, etwa indem alle Zimmertüren in einen gemeinsamen Aufenthaltsbereich münden. Strukturelle Unterstützung kann zudem durch unverwechselbare und einprägsame Gestaltung der einzelnen Räumlichkeiten erreicht werden, etwa durch die Art der Lichtführung, die Wahl der Bodenbeläge oder die Farbgebung. Ebenso sollte die Architektur – soweit möglich – die Unabhängigkeit der demenzbetroffenen Bewohnerinnen fördern. Komplexe Aufgaben können durch angepasstes Mobiliar vereinfacht werden: etwa durch das offene Aufstellen von Gebrauchsgegenständen wie Kamm und Zahnbürste oder von Spezialschränken, in welchen die Kleider in der Reihenfolge des Anziehens aufbewahrt werden. Beschriftete Schilder werden dagegen kaum registriert und sind nur im Anfangsstadium hilfreich, während Farben die Orientierung viel länger unterstützen können (vgl. S. 32).

Ferner ist die Sicherheit der Bewohner und des Personals ein wichtiges Thema. Hier gilt es, ein sinnvolles Mittelmass zwischen der Bewegungsfreiheit der Betroffenen, die sich durch Weglaufen gefährden können, und deren Würde zu finden. Der Sicherheit dienen die oben erwähnten, ebenerdigen Abteilungen, im Ausbau sind es unter anderem rutschfeste Bodenbeläge, Handläufe, Sicherheitssteckdosen und -schalter sowie Wasseranschlüsse, an denen sich die Bewohnerinnen nicht verbrennen können. Zu den unverzichtbaren Sicherheitsvorkehrungen gehören sowohl die Wahl von Geräten und Bestecken, mit denen man sich nicht verletzen kann, als auch die sichere Aufbewahrung von Medikamenten und Reinigungsmitteln. Und schliesslich dürfen in Haus und Garten keine giftigen Pflanzen wachsen. Reizüberflutung und Reizverarmung der Demenzbetroffenen sollte durch bauliche Vorkehrungen und Einrichtungen vermieden werden. So können zum Beispiel schlecht beleuchtete Räume, unruhige Muster, Spiegelungen, plötzlicher Lärm oder hallige Räume Angst, Unruhe oder Halluzinationen bei den Bewohnern hervorrufen oder verstärken. Andererseits können Einrichtungen mit Aufforderungscharakter – etwa Wohnküchen mit sichtbar angeordnetem Geschirr und stimulierenden Gerüchen oder Räume mit Musik, Werkbank, Bügelbrett oder

GRUNDKLASSIFIKATION DER DEMENZ

Degenerative Demenzen:

häufig:
- Alzheimerkrankheit
- Lewy-Körperchen-Demenz
- Frontotemporale Demenz

Weniger häufig:
- Chorea Huntington
- Progressive supranukleäre Paralyse
- Kortikobasale Degeneration
- Nigrostriatale Degeneration

Nicht degenerative Demenzen:
- Vaskuläre Demenz
- Infektiöse Demenz

Prionenkrankheiten:
- Creutzfeldt-Jakob

- Myelinkrankheiten

- Metabolische Demenzen
- Korsakoff (Alkohol)
- Hypovitaminosen
- Endokrinopathien (z. B. Schilddrüse)

SYMPTOME DER DEMENZ

kognitive Störungen
- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen
- Störung des Denk- und Urteilsvermögens, der Reizverarbeitung und der Sprache

funktionelle Störungen
- Zunehmende Unselbstständigkeit in den komplizierteren und einfachen Alltagsfähigkeiten
- Unsicherheit der Bewegungen und Gangstörungen
- Störungen der Körperhaltung
- Kontrollverlust über Darm und Blase
- Schluckstörungen
- Andauernde Bettlägerigkeit

Verhaltensstörungen
- Wahnhafte Störungen
- Depressionen
- Gefühlsschwankungen
- Angst
- Hyperaktivität
- Apathie
- Schlaflosigkeit, unruhiges Herumwandern
- Verbale und körperliche Aggressionen

Spielzeug der Passivität entgegenwirken und Kompetenzen erhalten. Auch die soziale, kulturelle und nationale Herkunft der Bewohner gilt es bei der Raumgestaltung zu berücksichtigen, wird dadurch doch ihre Identität noch unterstützt. Im fortgeschrittenen Stadium dagegen, bei schwerer und terminaler Demenz, die geprägt sind von umfassender Pflegebedürftigkeit mit Bettlägerigkeit der Betroffenen sowie zunehmender Unfähigkeit, Nahrung und Flüssigkeit aufzunehmen, ist der Fokus ein anderer. Ein speziell für diese letzte Phase gestaltetes, von der Abteilung abgeschirmtes Milieu mit Musik (Klängen), Düften und leisem Sprechen der Betreuenden schützt die Schwerkranken vor Reizüberflutung und Erregung.

KÖNNEN WIR UNS EINE DEMENZGERECHTE BETREUUNG NOCH LEISTEN?

In Anbetracht der Tatsache, dass in den letzten zehn Jahren unter dem Mantel der Qualitätssicherung und der Kostentransparenz Managementwerkzeuge in der Pflege Einzug gehalten haben, stellt sich die Frage, inwieweit eine den Bedürfnissen der Betroffenen gerechte Pflege zukünftig noch möglich sein wird. Betreuungsleistungen, die sich zuvor aus einem therapeutischen Selbstverständnis heraus gespeist haben, werden quantifiziert und rationiert («zehn Minuten Zuwendung»); ein Heer von Kontrolleuren hat die Aufgabe, eine von den Kostenträgern der Pflege unterstellte Ineffizienz nachzuweisen. Es wäre für alle Betroffenen jedoch ein katastrophaler Rückschritt, wenn durch die Ökonomisierung der Demenzpflege die Grundsätze einer angepassten, therapeutisch wirksamen Umgebung, wie sie oben skizziert wurden, verloren gingen. Bereits heute gibt es Ansätze einer «digitalen» Demenzpflege mit Einsatz von Foto- und Videofilmen, mit elektronischer Überwachung und GPS-Systemen, es wird gar von programmierten Pflegerobotern fantasiert. Gerade bei demenzkranken Menschen wird jedoch eine simulierte Präsenz niemals die menschlich-pflegerische Zuwendung ersetzen können, die auf die existenzielle Not der Betroffenen reagieren kann.

Christoph Held, christoph.held@bluewin.ch; **Doris Ermini-Fünfschilling,** d.ermini@intergga.ch

Anmerkung

1 M.A.Reimer et al.: «Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life.» in: J AM Geriatr Soc 2004, 52(7): 1085–1092

Literatur

– Christoph Held, Doris Ermini-Fünfschilling, Das demenzgerechte Heim, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Basel 2006 (vgl. S. 16)
– Heeg S., Bäuerle K., Heimat für Menschen mit Demenz, Frankfurt, 2008
– G. Marquardt, P. Schmieg: «Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen» in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 05/2009
– Rudolf Welter, Matthias Hürlimann, Katharina Hürlimann-Siebke, Gestaltung von Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen, Eigenverlag 2006
– Christoph Held, Wird heute ein guter Tag sein? Erzählungen aus dem Pflegeheim, 2. Auflage, Oberhof 2010 (vgl. S. 16)