

Die Entwicklung eines idealtypischen geriatrischen Zentrums unter stadtsoziologischen und architektonischen Aspekten

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor-Ingenieur
an der Fakultät Architektur
der
Bauhaus-Universität Weimar

vorgelegt von
Wilfried Klenter
geboren am 8. Oktober 1954

Weimar 2003

Alter ist nur geehrt unter der Bedingung, dass es sich selbst verteidigt, seine Rechte behält, sich niemandem unterordnet und bis zum letzten Atemzug eine eigene Domäne beherrscht.

Cicero

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Alter und Altern heute	1
1.2 Architektur und Alter	2
1.3 Zur Entwicklung der Geriatrien in Deutschland.....	6
1.4 Aufbau der Arbeit	8
2 Alte und kranke Menschen in der Gesellschaft	11
2.1 Demographische Entwicklung	11
2.2 Der gesellschaftliche Stellenwert des Alters	17
2.2.1 Wissenschaft: Theorien des Alterns.....	17
2.2.2 Öffentliche Meinung: Zwischen „Problemfall Alter“ und „Generationenkrieg“	19
2.2.3 Politik: Altenpolitik und Altenhilfe im Umbruch	22
2.3 Alter und physisches bzw. psychisches Wohlbefinden.....	26
2.3.1 Der „objektive“ Gesundheitszustand.....	26
2.3.2 Der „subjektive“ Gesundheitszustand	30
2.3.3 Die Situation der Hilfs- und Pflegebedürftigen	32
2.4 Lebensqualität und Lebensgestaltung im Alter.....	34
2.4.1 Materielle Situation und Lebensstile.....	34
2.4.2 Soziale Integration und soziale Netzwerke.....	38
2.4.3 Lebensansprüche und Lebensgestaltung	43
2.5 Soziale Bedürfnisse älterer und kranker Menschen	45
3 Alte und kranke Menschen im Raum	48
3.1 Zur Bedeutung von Raum und Umwelt für ältere Menschen.....	48
3.2 Makroebene: Alte und kranke Menschen in der Stadt	51
3.2.1 Elemente der lebenswerten Stadt	51
3.2.2 Makrotrends: Segregation, Suburbanisierung, Gentrification	54
3.3 Mesoebene: Alte und kranke Menschen im Quartier.....	57
3.3.1 Das Quartier als Lebensraum.....	57
3.3.2 Zur Bedeutung des aktiven Quartiersmanagements.....	59
3.4 Mikroebene: Alte und kranke Menschen in der Wohnung.....	63
3.4.1 Leben in der eigenen Wohnung	63
3.4.2 Wohnen im Heim	70
3.4.3 Innovative Wohnformen im Alter.....	78
3.5 Sozialräumliche Bedürfnisse älterer und kranker Menschen	82

4 Kritische Analyse des geriatrischen Versorgungssystems	86
4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	87
4.1.1 Bundesgesetze.....	87
4.1.2 Landesgesetze	89
4.1.3 DIN-Normen	90
4.2 Geriatrische Versorgung in der Bundesrepublik – Bestands- und Bedarfsanalyse	91
4.3 Städtebauliche Aspekte	96
4.3.1 Makroebene: Die Stadt.....	96
4.3.2 Mesoebene: Das Quartier	97
4.4 Baukonstruktive Aspekte von Wohnungen sowie medizinischen und geriatrischen Einrichtungen	98
4.4.1 Privatwohnung	98
4.4.2 Betreutes Wohnen	101
4.4.3 Wohn- und Hausgemeinschaften	102
4.4.4 Mehrgenerationenhäuser	103
4.4.5 Altenwohn- und Pflegeheime	104
4.4.6 Seniorenresidenzen und Wohnstifte.....	110
4.4.7 Rehabilitationskliniken.....	111
4.4.8 Akutkrankenhäuser.....	114
4.4.9 Kliniken in privater, öffentlicher oder karitativer Trägerschaft.....	117
4.4.10 Hospize	118
4.5 Zwischenfazit.....	119
5 Beispiele zukunftsweisender geriatrischer Einrichtungen im In- und Ausland	121
5.1 Altengerechte Wohnungen	121
5.2 Betreutes Wohnen	122
5.3 Wohngemeinschaften	124
5.4 Hausgemeinschaften.....	126
5.5 Mehrgenerationenhäuser	128
5.6 Alten- und Pflegeheime.....	130
5.7 Seniorenresidenzen.....	132
5.8 Tageskliniken.....	134
5.9 Wohnortnahe mobile und ambulante Rehabilitation.....	136
5.10 Akutkrankenhäuser.....	139
5.11 Geriatrische Zentren.....	142
5.12 Hospize.....	142
5.13 Zwischenfazit	144

6 Anforderungsprofil an ein idealtypisches geriatrisches Zentrum	146
6.1 Einführung	146
6.2 Städtebauliche Aspekte	148
6.2.1 Makroebene: Die Stadt	148
6.2.2 Mesoebene: Das Quartier	149
6.3 Allgemeine Aspekte	151
6.3.1 Der alte Mensch als Nachfrager.....	152
6.3.2 Allgemeine Farbkonzepte.....	154
6.3.3 Allgemeine Materialkonzepte.....	156
6.3.4 Allgemeine Belichtungs- und Beleuchtungskonzepte.....	158
6.4 Anforderungen an die Einrichtungen eines idealtypischen geriatrischen Zentrums	159
6.4.1 Altengerechte Wohnungen	159
6.4.2 Wohngemeinschaften	167
6.4.3 Hausgemeinschaften.....	169
6.4.4 Mehrgenerationenhäuser	173
6.4.5 Alten- und Pflegeheime	175
6.4.6 Rehakliniken und Akutkrankenhäuser	184
6.4.7 Hospize	187
6.4.8 Sozialstationen	189
7 Diskussion und Ausblick	191
Literaturverzeichnis	202

Abkürzungsverzeichnis

ADL	englisch: Activities of Daily Living
AGR	Ambulante Geriatrische Rehabilitation
AGZ	Ambulantes Gerontopsychiatrisches Zentrum
AIDS	englisch: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AWO	Arbeiter-Wohlfahrt
BDA	Bund Deutscher Ärzte
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DRG	englisch: Diagnosis Related Groups
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
MDK	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MOGERE	Mobile Geriatrische Rehabilitation
NaBau	Normenausschuss im Bauwesen
NRW	Nordrhein-Westfalen
SGB	Sozialgesetzbuch
VOB	Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen
Wobau	Wohnungsbaugesellschaft
WG	Wohngemeinschaft

1 Einleitung

1.1 Alter und Altern heute

Das Altern der Gesellschaft ist heute zu einer zentralen Thematik in der gesellschaftspolitischen Diskussion geworden. Die Zukunft des Sozialstaats, die Beständigkeit des Generationenvertrages, neue Anforderungen an die Gestaltung von Arbeit und Technik, die Neubewertung der Lebensphasen, die Qualität der Versorgungsstrukturen und die Bezahlbarkeit der sozialen Leistungen sind nur einige der Aspekte, die diese Diskussion bestimmen.¹ Hintergrund des gestiegenen Problembewusstseins sind die demographischen Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte, die sich in Zukunft weiter fortsetzen werden und zu einem „Vergrauen“ der Gesellschaft in den Industrieländern führen (vgl. Kapitel 2.1). Der Strukturwandel des Alters, die Krise der Familie und die gesellschaftlichen Singularisierungstendenzen lassen die Lebensschwierigkeiten älterer Menschen von einem Familienproblem zu einem Problem der Öffentlichkeit werden.²

Seit den 1980er Jahren stellen die Probleme des Alters und des Alterns keine individuellen Probleme mehr dar, sondern begründen eine gesellschaftliche Problematik, eine Herausforderung für unser Gemeinwesen, zu deren Bewältigung die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Kräfte und Professionen aufgerufen sind. Im Mittelpunkt steht derzeit die sozialpolitische Diskussion über Einspar- und Reformfordernisse im sozialen Sicherungssystem und über Finanzierungsfragen der Renten- und Gesundheitspolitik. Im Hintergrund dieser Diskussionen nimmt die Bedeutung der gerontologischen Wissenschaften kontinuierlich zu, die sich aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven mit dem Phänomen des Alterns und den damit verbundenen Ressourcen und Belastungen auseinandersetzen.³

Im Gegensatz zu früheren Jahrzehnten hat sich heute das Bewusstsein durchgesetzt, dass die Probleme, die das Alter mit sich bringt, keineswegs naturgegeben, schicksalhaft und unveränderlich sind, sondern durch koordinierte gesellschaftliche Anstrengungen gelöst oder zumindest abgemildert werden können.⁴ Auch erscheinen ältere Menschen nicht mehr als passive Hilfeempfänger oder gar Bittsteller, sondern sie

¹ Vgl. Niederfranke (2000), S. 386.

² Vgl. Reimann/Reimann (1994), S. 1.

³ Vgl. Backes (1998), S. 23 f.

⁴ Vgl. Reimann/Reimann (1994), S. 1.

sind zu einem gesellschaftlichen Machtfaktor ersten Ranges geworden. Als von den Parteien umworbene Wahlklientel, als zunehmend wichtiger Konsumfaktor wie auch als Inhaber eines milliardenschweren, zu vererbenden Vermögens bitten sie nicht mehr um die Solidarität der Gesellschaft, sondern fordern sie ein.⁵

Auch Architektur und Städteplanung sind gefordert, ihren Beitrag zur Befriedigung der Bedürfnisse älterer Menschen in unserer Gesellschaft zu leisten. In der vorliegenden Arbeit soll am Beispiel der Entwicklung eines modernen geriatrischen Zentrums exemplarisch gezeigt werden, wie sich die Architektur dieser Herausforderung erfolgreich stellen kann.

1.2 Architektur und Alter

1979 stellte Richard Pieper fest, „daß in unserer Gesellschaft immer noch vorwiegend für den körperlich entwickelten und unbehinderten Menschen gebaut und gestaltet wird, während die besonderen Erfordernisse für Kinder, Alte und Behinderte nur in speziellen Einrichtungen – und damit ‚Gestaltungs-Gettos‘ – berücksichtigt werden“.⁶ Daran hat sich bis heute prinzipiell nichts geändert. Immer noch ist der „Durchschnittsbürger“, der im Mittelpunkt der Arbeits- und Konsumwelt steht und ihr Funktionieren gewährleistet, der Maßstab für Architektur und Stadtplanung. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, alten Menschen, Behinderten, kranken Menschen, Migrant*innen etc. werden dagegen in der Regel nur ungenügend berücksichtigt.⁷ Vor allem Alter und Krankheit werden häufig räumlich ausgelagert, als seien es Zustände, derer man sich schämen müsste. Die meisten Gebäude in unseren Städten werden nach wie vor so geplant und errichtet, „als würden wir niemals alt und niemals krank werden“.⁸

Diese Situation ist ein Ergebnis der Stadtentwicklung seit 1945, die „durch den Vorrang des kurzfristigen, eigennütigen Kalküls gegenüber der zukunftsfähigen, sozialen und ökologischen Funktion geprägt ist“.⁹ Vor allem von den 1950er bis zu den 1980er Jahren standen Architektur und Stadtplanung in den Industriestaaten stark unter dem Diktum der Modernisierung und Rationalisierung, der Beschleunigung und Begradigung. Das Ergebnis war (und ist) ein Nebeneinander effizienter, ökonomisch

⁵ Vgl. Backes (1998), S. 28 f.

⁶ Pieper (1979), S. 58.

⁷ Vgl. Fischer (1995), S. 89.

⁸ Vgl. Giessler/Müller (1996), S. 9.

⁹ Hassenpflug (1993), S. 8.

sinnvoller Funktionsräume (Verkehrstraßen, Bürokomplexe, Industrieareale, Fußgängerzonen, Wohnblocks etc.), aber auch ein erheblicher Verlust an Urbanität und sozialem Miteinander der verschiedenen Bevölkerungsgruppen.¹⁰ Eine derartige Aneinanderreihung monofunktionaler Räume entspricht zwar den Zielvorstellungen der politischen und wirtschaftlichen Eliten, nicht aber den Bedürfnissen der Stadtbewohner.¹¹

Hier ist ein Umdenken dringend notwendig. Und es mag sein, dass das „Altern“ unserer Gesellschaft sich gerade in diesem Zusammenhang als ein sehr heilsamer Vorgang erweist, denn dieser Prozess zwingt zunehmend zur Abkehr vom Rationalisierungs- und Beschleunigungswahn der Moderne. In der Wertehierarchie der Architekten und Stadtplaner müssen die Bedürfnisse der Menschen wieder vor die Bedürfnisse der Ökonomie rücken. Die Stadt muss zu einem multifunktionalen Erlebnisraum für alle Bevölkerungsgruppen werden. Qualitäten wie Zentralität, Nähe, Vielfalt, Sicherheit, Nachhaltigkeit, Erlebniswert und Atmosphäre müssen zu Leitkriterien erhoben werden.¹² Nur so kann es gelingen, Städte bzw. Stadtteile zu Orten des Lebens und der verorteten Biographien werden zu lassen und ihnen den Charakter eines echten Gemeinwesens zu verleihen. Nur so können die Bewohner sich mit ihrer städtischen Umgebung identifizieren, Heimatgefühle entwickeln und dazu motiviert werden, sich ihre sozialräumliche Umwelt handelnd zu erschließen, sie sich „anzueignen“. Nur so schließlich kann es gelingen, das Leitbild der „humanen Stadt“ zu verwirklichen, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt und zur Integrierung aller Bevölkerungsgruppen in der Lage ist, auch der sozial schwächeren und der ökonomisch vermeintlich weniger produktiven – zu denen nach herkömmlicher Sicht auch die älteren Menschen zählen.¹³ Seit den 1980er Jahren sind bereits wichtige Schritte auf dem Weg zu einem derartigen neuen Verständnis von Stadt, Stadtplanung und Architektur getan worden. In diesem Zusammenhang müssen besonders zwei Entwicklungen genannt werden:

1. Mit dem Aufstieg des Umweltschutzes zum politisch-gesellschaftlichen Leitthema ist das Konzept der ökologischen Stadterneuerung in das Blickfeld der Stadtplaner und Architekten gerückt.¹⁴ Dieses Konzept steht im direkten Gegensatz zu der raumexpansiven, ressourcen- und gesundheitsgefährdenden Stadtplanung der

¹⁰ Vgl. Hassenpflug (2002), S. 34–37.

¹¹ Vgl. Keul (1995), S. 2.

¹² Vgl. Hassenpflug (2002), S. 44.

¹³ Vgl. Herlyn (1990), S. 11 f.; Thabe (1997), S. 8–10.

¹⁴ Vgl. allgemein Hahn (1992).

industriellen Moderne. Es propagiert Leitbilder wie Nähe statt Trennung von Wohnen und Arbeiten, Gestaltung multifunktionaler statt monofunktionaler Räume, Renaturierung statt pflegeleichten Erholungsgrüns oder autofreie statt autogerechte Innenstädte.¹⁵ Mit seiner Betonung von Gesundheit und Natur, Ruhe und Kontinuität kommt das Konzept gerade den Bedürfnissen der älteren Menschen entgegen.

2. Die postmodernen Städtebaukonzeptionen sind eine Reaktion auf das Scheitern der utopischen Konzepte der Moderne. Gegen die Rationalisierung der Lebenswelt wird ihre Ästhetisierung gesetzt; nicht mehr Funktionalität und Zweckmäßigkeit stehen im Vordergrund, sondern Erlebniswert und Atmosphäre. Das Vergangene – und damit die gewachsene Tradition, die gerade für ältere Menschen von entscheidender Bedeutung für ihr Wohlbefinden ist – soll nicht überwunden, sondern collagenartig mit dem Gegenwärtigen und dem Utopischen verbunden werden. Die Architektur wird in dieser Konzeption zum Mittel der Identitätsstiftung.¹⁶

Auch verschiedene sozialwissenschaftliche Disziplinen bzw. Teildisziplinen, die seit den 1990er Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen haben, leisten wichtige Beiträge zur Verwirklichung humanerer sozialräumlicher Umwelten. Dazu zählen vor allem die Sozialökologie, der es „um die Verwirklichung neuartiger und inspirierender Bündnisse zwischen Tradition und Moderne, von Ökologie und Hochtechnologie, von Mitweltlichkeit und Professionalität, von Regionalität und Globalität“¹⁷ geht, die Ökologische Psychologie, die darauf abzielt, Umwelten aus dem Blickwinkel besonderer Personengruppen zu analysieren und Vorschläge zur Umweltgestaltung auf diese Besonderheiten abzustimmen, sowie die Ökologische Gerontologie, die die Beziehungen älterer Menschen zu ihren räumlich-sozialen Umwelten in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses stellt und an der bedürfnisorientierten Optimierung dieser Umwelten arbeitet.¹⁸

In diesem theoretischen Umfeld soll die vorliegende Arbeit verortet werden. Ziel ist die modellhafte Entwicklung eines innerstädtischen geriatrischen Zentrums¹⁹ unter

¹⁵ Vgl. Rodenstein (1991), S. 62 f.

¹⁶ Vgl. Rodenstein (1991), S. 63–65; Hannemann/Sewing (1998), S. 63–68.

¹⁷ Hassenpflug (1993), S. 8.

¹⁸ Vgl. allgemein zur Sozialökologie Hassenpflug (1993), zur Ökologischen Psychologie Fischer (1995), zur Ökologischen Gerontologie Saup (1993).

¹⁹ Der Begriff geriatrisches Zentrum ist nicht klar definiert. Zumeist werden darunter Einrichtungen der Gesundheitspflege in Form geriatrischer Rehakliniken bzw. gerontopsychiatrischer Nachsorgekliniken verstanden, die keinen eigenen OP-Bereich besitzen und meist in Kurorten mit entsprechender Infrastruktur liegen. Daneben werden z. T. auch Altenheime oder Altenpflegeheime darunter

Berücksichtigung der sozialen und sozialräumlichen Bedürfnisse älterer und kranker Menschen, möglichst organisch eingebunden in die Struktur eines Quartiers bzw. einer Stadt und ergänzt durch die bereits bestehenden gesundheitlichen Netzwerke. Die Arbeit sollte verstanden werden als ein Versuch, am Beispiel des Bauens für ältere und kranke Menschen zu verdeutlichen, was unter humaner, an den Bedürfnissen der Menschen orientierter Architektur zu verstehen ist und was sie zu leisten vermag.

Bei der Umsetzung dieses Vorhabens ist Grundlagenarbeit zu leisten. Denn das Thema des Alters und der besonderen Bedürfnisse älterer Menschen steht zwar seit einigen Jahren im Mittelpunkt zahlreicher Veröffentlichungen und Kongresse in Disziplinen wie der Medizin, der Soziologie oder der Psychologie. Und auch die Wettbewerbe zur Errichtung bedürfnisorientierter Altenwohnanlagen, Altenzentren oder Pflegeheime häufen sich. Aber beide Seiten – die Architekten sowie die Sozialwissenschaftler und Mediziner – zusammenzubringen, ist bis heute nicht wirklich gelungen.²⁰ Eigentlich sollte es für jeden Architekten eine Selbstverständlichkeit sein, am Beginn seines Tuns zu fragen, für wen er baut und welche besonderen Bedürfnisse diese Zielgruppe hat. Schaut man sich aber viele, auch neuere Gebäude an, die für die Zielgruppe der älteren und kranken Menschen gebaut worden sind, so muss man den Eindruck gewinnen, dass ein entsprechendes Wissen bei den meisten Architekten schlicht nicht vorhanden ist. Nach wie vor werden Standards zugrunde gelegt, die den heutigen Anforderungen in keiner Weise mehr genügen. In Ermangelung konkreten Wissens über die Zielgruppe messen die Architekten die Gebäude an ihren eigenen verallgemeinerten Bedürfnissen und „bauen so wohlmeinend an ihren Zielpersonen vorbei“.²¹

Eine interdisziplinäre Ausrichtung ist daher für die vorliegende Arbeit unabdingbar. Die Planung des geriatrischen Zentrums erfolgt auf der Grundlage des aktuellen medizinischen, soziologischen und psychologischen Forschungsstandes im Bereich der Gerontologie und bezieht sich vor allem auf die Erkenntnisse der Stadtsoziologie. Auch mit dieser Interdisziplinarität strebt die Arbeit modellhaften Charakter an.

verstanden. Die vorliegende Arbeit zielt auf ein integriertes geriatrisches Zentrum, das die Funktionen der Akutgeriatrie, der geriatrischen Rehabilitationsklinik und Tagesklinik, der Sozialstation, des Altenzentrums, des Versammlungs- und Informationsortes sowie des Altenheims bzw. Hospizes umfasst.

²⁰ Vgl. Heeg (1994), S. 219.

²¹ Walden (1995), S. 93.

1.3 Zur Entwicklung der Geriatrien in Deutschland

Noch im Jahr 1988 bezeichnete Füsgen die Situation der Geriatrie in Deutschland als „Zustand der Aufbauphase eines unterentwickelten Landes“.²² In den 1990er Jahren sind jedoch die Rahmenbedingungen auf dem geriatrischen Sektor erheblich verbessert worden. Ausgangspunkt dieser Entwicklung war das Gesundheits-Reformgesetz von 1989, wonach alle Krankenversicherten unabhängig vom Lebensalter einen gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitation im Rahmen der Krankenversicherung haben, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.²³ Rehabilitation ist damit nicht mehr nur ein Instrument zur Wiedereingliederung erwerbsfähiger Menschen ins Berufsleben, sondern soll auch älteren Menschen die Rückkehr zu einem weitgehend selbstständigen, von Pflege und Hilfe unabhängigen Leben in ihrer gewohnten Umgebung ermöglichen.²⁴ Diesem Grundgedanken ist auch das 1996 in Kraft getretene Pflegeversicherungsgesetz verpflichtet. Prävention und Rehabilitation haben Vorrang, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu überwinden (vgl. dazu näher Kapitel 2.3.3).²⁵

Diese gesetzlichen Rahmenbedingungen haben Bewegung in den geriatrischen Sektor gebracht. Seit 1990 haben die ersten Bundesländer spezielle Geriatriekonzepte vorgelegt.²⁶ Während ansonsten im Krankenhausbereich überall Kapazitäten abgebaut werden, ist der Geriatriebereich derzeit der einzige stationäre Sektor, der noch wächst.²⁷ Die meisten Bundesländer verfolgen das Konzept, spezielle geriatrische Rehabilitationskliniken einzurichten, die rehabilitationsfähigen älteren Menschen nach Abschluss der Behandlung im Akutkrankenhaus eine Anschlussheilbehandlung anbieten. Die Notwendigkeit derartiger Einrichtungen zeigt allein schon die Tatsache, dass bis zu 80 % der Patienten, die dort rehabilitiert werden, mehr oder weniger selbstständig in ihre angestammte häusliche Umgebung entlassen werden können, so dass in diesen Fällen die klassischen „Pflegefallkarrieren“ vermieden oder zumindest im Lebenslauf hinausgezögert werden.²⁸

²² Zitiert nach Schmid (1995), S. 165.

²³ Vgl. Schmid (1995), S. 170.

²⁴ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 92 f.

²⁵ Vgl. Munder (1997), S. 47–50.

²⁶ Vgl. Kardorff (1999), S. 580.

²⁷ Vgl. Zörner (1996), S. 140.

²⁸ Vgl. Schmid (1995), S. 166.

Um die dauerhafte Unterbringung älterer hilfsbedürftiger Menschen in Pflegeheimen so weit wie möglich zu verhindern oder zu minimieren, sind seit den 1990er Jahren neben der geriatrischen Rehabilitationsklinik noch weitere Angebote entwickelt worden:

- Die Kurzzeitpflege, eine zeitlich begrenzte stationäre Pflege über eine Dauer von wenigen Tagen bis zu 12 Wochen, wird zumeist von Altenpflegeheimen angeboten. Sie zielt auf die Entlastung pflegender Angehöriger oder auf die Gestaltung des Übergangs von einem Krankenhausaufenthalt bis hin zur Rückkehr in die eigene Häuslichkeit.
- Die teilstationäre Altenhilfe in Form einer geriatrischen Tagesklinik bietet Therapie und Rehabilitation auf dem Niveau eines Akutkrankenhauses bzw. einer Rehabilitationsklinik. Der entscheidende Vorteil einer solchen Einrichtung ist darin zu sehen, dass die älteren Menschen in ihrem gewohnten sozialen Rahmen und sozialräumlichen Bezugssystem verbleiben, also keine Beeinträchtigungen in ihrer sozialen Integration und selbstständigen Lebensführung erfahren.
- Tagespflegeheime werden zumeist im Rahmen von Altenpflegeheimen eingerichtet und bieten den Tagesgästen neben Grundversorgung, Körperpflege und Rehabilitation eine aktivierende Tagesstrukturierung in der Gruppe. Auch dieses Angebot soll die älteren Menschen dabei unterstützen, so lange wie möglich selbstständig in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben.
- Immer mehr Altenheime richten Rehabilitationsabteilungen ein, die Patienten aus Akutkliniken übernehmen und die gleichen Funktionen wie geriatrische Rehabilitationskliniken ausüben.
- Die ambulante Geriatrie in Form von ärztlichen Hausbesuchen und Krankenpflege zu Hause wird in erster Linie von den offenen Sozialstationen organisiert; Träger sind karitative Einrichtungen oder die Kommunen. Auch dieses Angebot ermöglicht den Patienten, ihre Unabhängigkeit so lange wie möglich zu erhalten.²⁹

So sehr dieser Ausbau der Einrichtungsformen grundsätzlich zu begrüßen ist, bleibt doch zu kritisieren, dass all diese unterschiedlichen Therapie- und Rehabilitationsmodelle derzeit nebeneinander existieren, ohne dass eine einheitliche Konzeption erkennbar ist. Diesen Mangel hat offenbar auch die Bundesregierung erkannt, denn in ihrer Stellungnahme zum Dritten Altenbericht gibt sie zu erkennen, dass ihr an einer Förderung modellhafter Verbundeinrichtungen gelegen ist:

²⁹ Vgl. Füsigen/Summa (1995), S. 21–24; Schmid (1995), S. 167–169.

Im Rahmen seiner gesellschaftspolitischen Maßnahmen für die ältere Generation fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend daher den Bau modellhafter Einrichtungen der Altenhilfe und Altenarbeit. Ziel der Baumodelle ist es, durch Aufzeigen neuer Wege die Lebenssituation älterer Menschen zu verbessern und überregional Initiativen anzuregen. Kriterien für die Modellhaftigkeit sind etwa zukunftsweisende architektonische Standards, Individualität und Privatheit der Wohnbereiche, ein hoher Einzelzimmeranteil, eine besonders barrierefreie Gestaltung, innovative Hilfs- und Betreuungskonzepte und eine richtungweisende Integration in das gemeinschaftliche Leben. Aufgabe der geförderten Einrichtungen ist es in erster Linie, die Fähigkeiten der Seniorinnen und Senioren aufrechtzuhalten und ihnen weiterhin eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Pflegebedürftigkeit soll generell vermieden werden. Dort, wo sie eingetreten ist, gilt es, die Kompetenzen der hilfe- und pflegebedürftigen sowie behinderten älteren Menschen so weit wiederherzustellen, dass ihnen ein würdevolles und weitestgehend selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben ermöglicht wird.³⁰

In der vorliegenden Arbeit soll exemplarisch aufgezeigt werden, wie eine derartige Verbundlösung in Form eines modernen, bedürfnisgerechten geriatrischen Zentrums aussehen kann. Die hier vorgestellte idealtypische Geriatrie soll innerstädtisch und wohnortnah die Angebote der Therapie und Rehabilitation sowie der Altenhilfe unter einem Dach vereinen. Mit der Kombination von geriatrischer Akutklinik, geriatrischer Rehabilitationsklinik, geriatrischer Tagesklinik, Dauerpflegebereich, Kurzzeitpflegebereich, Hospiz, Sozialstation sowie Altenzentrum bzw. Altenbegegnungsstätte soll sie ein echtes Zentrum für die medizinischen und sozialen Belange älterer Menschen sein.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit beginnt mit zwei größeren Abschnitten, in denen die gesellschaftlichen, räumlichen und sozialräumlichen Bedürfnisse alter und kranker Menschen in unserer Zeit systematisch herausgearbeitet werden.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit dem gesellschaftlichen Stellenwert sowie den gesellschaftlichen Problemen und Bedürfnissen alter und kranker Menschen. Ein Überblick über die demographische Entwicklung verdeutlicht zunächst die tief greifenden Wandlungen in der Bevölkerungsstruktur, die sich derzeit in unserer Gesellschaft vollziehen und als Rahmenbedingung für alle Aktivitäten in den Bereichen der Alten- und der Gesundheitspolitik fungieren (Kapitel 2.1). Die sich anschließende kritische Analyse des gesellschaftlichen Stellenwertes des Alters in Wissenschaft, öffentlicher Meinung und Politik dient zur Herausarbeitung eines eigenen Altersbildes, das den folgenden Überlegungen zugrunde gelegt wird (Kapitel 2.2). Die Darstellung

³⁰ BMFSFJ (2001), S. 23.

der besonderen gesundheitlichen Probleme und medizinischen Bedürfnisse älterer Menschen bis hin zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bildet ebenfalls eine wichtige Grundlage für die Planung eines geriatrischen Zentrums (Kapitel 2.3). Das Gleiche gilt für die Ausführungen zur Lebensqualität, zur sozialen Integration und zur Lebensgestaltung älterer Menschen (Kapitel 2.4). Eine zusammenfassende Übersicht über die sozialen Bedürfnisse älterer und kranker Menschen schließt das Kapitel ab und dient als Basis für die spätere Ausformulierung des Anforderungsprofils an ein geriatrisches Zentrum (Kapitel 2.5).

Kapitel 3 analysiert die besonderen räumlichen und sozialräumlichen Bedürfnisse älterer und kranker Menschen. Zum besseren Verständnis werden zunächst einige grundsätzliche Ausführungen zur Bedeutung von Raum und Umwelt in unserer Gesellschaft vorausgeschickt (Kapitel 3.1). Die Analyse folgt dann der gängigen Dreiteilung der räumlichen Umwelt des Menschen in der Stadt in Makroebene, Mesoebene und Mikroebene. Auf der Makroebene werden jene Elemente der „lebenswerten Stadt“ vorgestellt, die für ältere Menschen von besonderer Bedeutung sind, und es erfolgt ein Überblick über die Makrotrends der Segregation, Suburbanisierung und Gentrification (Kapitel 3.2). Auf der Mesoebene wird die Bedeutung des Quartiers als Lebensraum für ältere Menschen analysiert und die Notwendigkeit eines aktiven Quartiersmanagements herausgestellt (Kapitel 3.3). Auf der Mikroebene stehen die besonderen Wohnbedingungen und Wohnbedürfnisse älterer Menschen im Mittelpunkt, getrennt nach Privatwohnungen, Heimen und innovativen Wohnformen (Kapitel 3.4). Wie im vorangegangenen Kapitel erfolgt auch hier abschließend eine zusammenfassende Übersicht über die räumlichen Bedürfnisse älterer und kranker Menschen, die die Grundlage für das Anforderungsprofil an ein geriatrisches Zentrum bildet (Kapitel 3.5).

Kapitel 4 bietet eine kritische Analyse des bestehenden geriatrischen Versorgungssystems, um Erkenntnisse über Stärken und Schwächen dieses Systems in die Planung des eigenen geriatrischen Zentrums einfließen lassen zu können. Zunächst werden die relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt, die bei der späteren Planung zu berücksichtigen sein werden (Kapitel 4.1). Daran schließt sich eine kritische Zustandsbeschreibung und Bedarfsanalyse der geriatrischen Versorgung in Deutschland an, um Schwachpunkte und unerfüllte Bedürfnisse aufzudecken, die der Planung eines bedarfsgerechten geriatrischen Zentrums zugrunde gelegt werden können (Kapitel 4.2). Des Weiteren wird untersucht, wie die bestehenden geriatrischen Einrichtungen in Stadt

bzw. Quartier eingebunden sind und welche Folgerungen sich daraus für die räumliche Ansiedlung eines geriatrischen Zentrums ergeben (Kapitel 4.3). Im Mittelpunkt des Kapitels steht die Analyse der architektonischen und baukonstruktiven Gestaltung bestehender geriatrischer Einrichtungen, getrennt nach den verschiedenen Wohn- bzw. Einrichtungsformen (Kapitel 4.4).

Kapitel 5 gibt einen Überblick über verschiedene zukunftsweisende geriatrische Einrichtungen im In- und Ausland, um möglichst vielschichtige und detaillierte Anregungen für die Planung des eigenen idealtypischen geriatrischen Zentrums zu erhalten. Die Analyse erfolgt getrennt nach den verschiedenen Wohn- bzw. Einrichtungsformen der altengerechten Wohnung (Kapitel 5.1), des Betreuten Wohnens (Kapitel 5.2), der Wohn- bzw. Hausgemeinschaften (Kapitel 5.3 und 5.4), des Mehrgenerationenwohnens (Kapitel 5.5), der Alten- und Pflegeheime (Kapitel 5.6), der Seniorenresidenzen (Kapitel 5.7), der Tageskliniken (Kapitel 5.8), der wohnortnahen mobilen und ambulanten Rehabilitation (Kapitel 5.9), der Akutkrankenhäuser (Kapitel 5.10), der geriatrischen Zentren (Kapitel 5.11) und der Hospize (Kapitel 5.12).

Kapitel 6 stellt auf der Basis der in den vorangegangenen Kapiteln gewonnenen Erkenntnisse ein detailliertes Anforderungsprofil an ein idealtypisches geriatrisches Zentrum vor. Zunächst werden die räumlichen Aspekte behandelt; hier steht die Frage im Mittelpunkt, wie ein geriatrisches Zentrum räumlich in die Stadt bzw. das Quartier integriert werden sollte, um die Bedürfnisse der älteren und kranken Menschen optimal zu befriedigen (Kapitel 6.2). In einem zweiten Schritt werden allgemeine Aspekte des Anforderungsprofils dargestellt; hier geht es um die Anforderungen, die sich aus den besonderen Nachfragebedürfnissen älterer Menschen ergeben, sowie um Anforderungen im Bereich allgemeiner Farbkonzepte, Materialkonzepte sowie Belichtungs- und Beleuchtungskonzepte (Kapitel 6.3). Des Weiteren werden die besonderen architektonischen, baukonstruktiven, sozialräumlichen und pflegerischen Anforderungen an ein idealtypisches geriatrisches Zentrum unter Berücksichtigung des in den Kapiteln 2, 3, 4 und 5 Gesagten detailliert vorgestellt (Kapitel 6.4).

Das abschließende Kapitel 7 bietet eine zusammenfassende Diskussion der Thematik und einen perspektivischen Ausblick.

2 Alte und kranke Menschen in der Gesellschaft

2.1 Demographische Entwicklung

Der Stellenwert des Alters in unserer Gesellschaft wandelt sich. Wurden die Bedürfnisse älterer Menschen früher kaum wahrgenommen, so bilden sie heute ein zentrales Thema politischer und gesellschaftlicher Diskussionen. Hintergrund und Auslöser dieser Entwicklung ist der tief greifende Wandel der Bevölkerungsstruktur, der sich seit einigen Jahrzehnten in den Industrieländern vollzieht.

Immer mehr Menschen werden immer älter, und dies in einem historisch einzigartigen Ausmaß. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist in Deutschland von 68,5 Jahren bei den Frauen und 64,6 Jahren bei den Männern (1949) auf 80,5 Jahre bzw. 74,4 Jahre (1998) gestiegen.³¹ Die weitere durchschnittliche Lebenserwartung von 60-Jährigen beträgt (Erhebungszeitpunkt 1998) 23 Jahre bei den Frauen und 19 Jahre bei den Männern gegenüber 19 Jahren bzw. 15 Jahren im Jahr 1970.³² Erreichten 1949 noch 80,2 % der Frauen und 72,9 % der Männer das 60. Lebensjahr, so sind es 1990 bereits 91,8 % bzw. 84,3 %; die Quote derjenigen, die das 80. Lebensjahr erreichen, ist von 31,8 % bzw. 25,1 % (1949) auf 57,8 % bzw. 35,3 % (1990) gestiegen.³³ Diese Werte werden voraussichtlich in den kommenden Jahrzehnten noch weiter ansteigen. Prognosen gehen derzeit davon aus, dass die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland bis zum Jahr 2030 auf 82 Jahre bei den Frauen und 77 Jahre bei den Männern zunehmen wird.³⁴

Diese kontinuierliche Verlängerung der Lebenserwartung ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. An erster Stelle ist der medizinische Fortschritt zu nennen. Aber auch die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, die Verbesserung der Wohnbedingungen, eine qualitativ höherwertige Ernährung, die Verkürzung der Arbeitszeiten und die Erleichterung der Arbeitsbedingungen sowie der Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit spielen eine große Rolle.³⁵

Die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung sind jedoch nicht nur auf die Zunahme der Lebenserwartung, sondern auch auf den Geburtenrückgang zurückzuführen. Die Geburtenziffer ist in der BRD von 2,37 (1960) auf 1,45 (1990)

³¹ Vgl. Opaschowski (1998), S. 117; BMFSFJ (1998), S. 61; BMFSFJ (2001), S. 14.

³² Vgl. BMFSFJ (2001), S. 14.

³³ Vgl. Höhn et al. (1997), S. 12.

³⁴ Vgl. Opaschowski (1998), S. 117.

³⁵ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 94–96.

gesunken, in der DDR im gleichen Zeitraum von 2,33 auf 1,46.³⁶ Nach der Wiedervereinigung hat sich die Geburtenrate in den alten Bundesländern auf einen Wert zwischen 1,0 und 1,4 eingependelt, während sie in den neuen Bundesländern auf den historisch einzigartigen Tiefstand von 0,7 gesunken ist.³⁷

Diese beiden Entwicklungen – Zunahme der Lebenserwartung und Rückgang der Geburtenrate – führen zu einem kontinuierlichen Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung (siehe Tabelle 1).

Jahr	Frauen		Männer		Gesamt	
	in Mio.	in %	in Mio.	in %	in Mio.	in %
1950	5,7	15,3	4,4	14,0	10,1	14,6
1960	7,8	19,8	5,4	15,6	13,1	17,8
1970	9,4	22,9	6,1	16,6	15,6	19,9
1980	9,9	24,2	5,6	15,1	15,1	19,4
1990	10,2	24,6	5,9	15,4	16,1	20,3
1995		24,9		17,0		21,0
1998					18,4	22,0

Tabelle 1: Anzahl und Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen in Deutschland (BRD und DDR bzw. alte und neue Bundesländer) 1950–1998³⁸

Die Zahl der über 60-Jährigen hat sich in Deutschland innerhalb der letzten 50 Jahre fast verdoppelt, ihr Anteil an der Bevölkerung ist von einem Siebtel auf nahezu ein Viertel gestiegen. Prognosen gehen von einem kontinuierlichen Fortgang dieser Entwicklung aus. Die siebte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung von 1992 schätzt den Anteil der über 60-Jährigen an der deutschen Bevölkerung für das Jahr 2030 auf 35 %.³⁹ Die Nachfolgeerhebung geht für das Jahr 2040 bereits von einem Anteil von 36 % aus.⁴⁰ Und die aktuelle neunte Bevölkerungsvorausberechnung ermittelt für das Jahr 2050 einen Wert von 36–37 %.⁴¹ Nach all diesen Prognosen ist davon auszugehen, dass die über 60-Jährigen in absehbarer Zeit mehr als ein Drittel der Bevölkerung stellen werden. Oder aus anderer Perspektive: Gab es im Jahr 1950 in Deutschland noch etwa

³⁶ Vgl. Höhn et al. (1997), S. 8.

³⁷ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 100.

³⁸ Zahlen für 1950, 1960, 1970, 1980 und 1990 nach Höhn et al. (1997), S. 5 f., 34. Zahlen für 1995 nach BMFSFJ (1998), S. 49. Zahlen für 1998 nach BMFSFJ (2001), S. 14.

³⁹ Vgl. Tews (1994), S. 42; Prah/Schroeter (1996), S. 88.

⁴⁰ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 49.

⁴¹ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 14 f.

doppelt so viele Menschen unter 20 wie Menschen über 60, so wird sich dieses Verhältnis bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts voraussichtlich umgekehrt haben.⁴²

Nicht nur der Altersaufbau der Bevölkerung jedoch wandelt sich, sondern auch die ältere Bevölkerung selbst durchlebt einen demographischen Strukturwandel, der im Zusammenhang dieser Arbeit von Bedeutung ist. Dieser Strukturwandel lässt sich in fünf Kriterien zusammenfassen:

- Verjüngung des Alters
- Entberuflichung des Alters
- Feminisierung des Alters
- Singularisierung des Alters
- Zunahme der Hochaltrigkeit⁴³

Verjüngung des Alters

Den Übergang in die Lebensphase des „Alters“ bestimmen zwei Zäsuren: erstens – beruflich – der Austritt aus dem Erwerbsleben und zweitens – familiär – der Auszug des letzten Kindes aus dem elterlichen Haushalt. Beide Ereignisse verlagern sich in der Lebensspanne zunehmend nach vorne. Galt für den Austritt aus dem Erwerbsleben lange Zeit das „Regelalter“ von 65 Jahren als maßgebend, so ist das durchschnittliche Rentenzugangsalter heute bei Männern auf 59,2 Jahre und bei Frauen auf 60,1 Jahre gesunken – mit weiter rückläufiger Tendenz.⁴⁴ Auch die Kindererziehungsphase ist heute früher beendet als in vergangenen Jahrzehnten; bereits im Alter von 55 Jahren lebt nur noch die Hälfte der Väter und Mütter mit Kindern zusammen.⁴⁵ Die so genannte *empty nest*-Phase dauert heute ebenso wie die nachberufliche Phase im Durchschnitt etwa 20 Jahre und ist damit eine bedeutendere Phase im Lebenslauf als jemals zuvor.⁴⁶

In Wissenschaft, Statistik und Politik wird vor diesem Hintergrund die „Altersgrenze“ immer weiter nach unten verschoben – von 65 auf 60 und in manchen Fällen bereits auf 55 Jahre.⁴⁷ Das „Alter“ also dehnt sich aus – sowohl nach unten als auch nach oben. Angesichts dieser Entwicklung gehen Soziologen und Demographen zunehmend dazu über, ältere Menschen nicht mehr als geschlossene Gruppe zu betrachten, sondern die Altersphase weiter auszudifferenzieren. Eine verbreitete soziologische Einteilung etwa

⁴² Vgl. BMFSFJ (2001), S. 15.

⁴³ Vgl. Tews (1989), S. 131–133; Prahl/Schroeter (1996), S. 104–114.

⁴⁴ Vgl. Zeman (2000), S. 11.

⁴⁵ Vgl. Hörl/Rosenmayr (1994), S. 78.

⁴⁶ Vgl. Hörl/Rosenmayr (1994), S. 78.

⁴⁷ Zum Problem der „Altersgrenze“ vgl. etwa Reimann/Reimann (1994), S. 4–7.

unterscheidet die „jungen Alten“ (60–75 Jahre), die „Alten“ (75–90 Jahre), die „Hochbetagten“ (90–100 Jahre) und die „Langlebigen“ (über 100 Jahre).⁴⁸ Laslett differenziert zwischen dem „dritten Lebensalter“, einer längeren Lebensphase nach dem Ende der Erwerbstätigkeit, und dem „vierten Lebensalter“, einer kürzeren Spanne des nahenden Lebensendes.⁴⁹ Opaschowski spricht gar von einer Sechs-Generationen-Gesellschaft, in der neben Kinder, Jugendliche und Erwachsene drei ältere Generationen treten.⁵⁰

Entberuflichung des Alters

Der immer frühere Berufsaustritt hat dazu geführt, dass sich die Erwerbsquoten der älteren Menschen in den vergangenen Jahrzehnten stark verringert haben. Zwischen 1975 und 1998 ist in den alten Bundesländern die Erwerbsquote bei den 55- bis 59-jährigen Männern von 86 % auf 78 % und bei den 60- bis 64-jährigen Männern von 58 % auf 32 % gefallen; bei den ledigen Frauen der entsprechenden Altersgruppen ist die Quote von 78 % auf 72 % bzw. von 36 % auf 18 % zurückgegangen.⁵¹ Jenseits des 65. Lebensjahres spielt die Erwerbstätigkeit kaum noch eine Rolle. Die Erwerbsquote beträgt bei den 65- bis 69-Jährigen 5,1 %, bei den 70- bis 74-Jährigen 2,8 % und bei den über 75-Jährigen 0,9 %, und auch in diesen Fällen trägt das Erwerbseinkommen überwiegend nur noch zu einem geringen Teil zum Gesamteinkommen bei.⁵² Schon das „junge Alter“ ist weitgehend entberuflicht mit all den Chancen, aber auch Belastungen, die eine derartige berufliche Rollenlosigkeit mit sich bringen kann.

Feminisierung des Alters

Je höher das Lebensalter ist, desto höher wird der Anteil der Frauen. Dies ist zum einen auf die höhere Lebenserwartung der Frauen, zum anderen auf die nach wie vor wirksamen demographischen Folgen des Zweiten Weltkriegs zurückzuführen.⁵³ Der Frauenanteil beträgt bei den über 60-Jährigen 62 %, bei den über 70-Jährigen bereits knapp 70 % und bei den über 90-Jährigen 80 %.⁵⁴ Dieses starke Ungleichgewicht wird sich in den kommenden Jahrzehnten zwar voraussichtlich etwas abmildern, da das Nachwirken der Kriegszeit sich abschwächt und die Lebenserwartung der Männer

⁴⁸ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 13.

⁴⁹ Vgl. Laslett (1995).

⁵⁰ Vgl. Opaschowski (1998), S. 24.

⁵¹ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 165.

⁵² Vgl. Rürup (2000), S. 412.

⁵³ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 111.

⁵⁴ Vgl. Deutsches Zentrum (2002), S. 250; Höhn et al. (1997), S. 5 f., 34; Hörl/Rosenmayr (1994), S. 83.

stärker steigt als jene der Frauen, aber das deutliche weibliche Übergewicht vor allem im hohen Alter wird auf absehbare Zeit bestehen bleiben.⁵⁵ Dies bedeutet, dass die besonderen Probleme des hohen Alters – gesundheitliche Beeinträchtigungen, Abnahme der Sozialkontakte, Gefühle des Überflüssigseins etc. – in erster Linie Probleme betagter allein stehender Frauen sind.

Singularisierung des Alters

Dieses Element des Alters-Strukturwandels ist von besonderer Tragweite. Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, ein Single-Dasein führen zu müssen, kontinuierlich. Der hohe Anteil an allein stehenden älteren Menschen ist auf drei Faktoren zurückzuführen. Erstens ist die Zahl der Eheschließungen in Deutschland seit 1950 rückläufig, so dass immer mehr Menschen ledig altern.⁵⁶ Zweitens sind im gleichen Zeitraum die Scheidungsziffern deutlich gestiegen: Wurden von den Ehen des Jahres 1950 noch 6,4 % innerhalb der ersten zehn Jahre geschieden, so waren es von den Ehen des Jahres 1980 bereits 18,3 % – mit weiter steigender Tendenz.⁵⁷ Drittens schließlich – und dies ist der wichtigste Faktor – erhöht sich mit zunehmendem Alter das Risiko der Verwitwung deutlich, vor allem bei Frauen.⁵⁸ Die Folgen für den Familienstand älterer und alter Menschen verdeutlicht Tabelle 2.

Alter	Frauen				Männer			
	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
50–55 Jahre	5,0	78,0	6,2	10,8	8,4	80,6	1,6	9,4
55–60 Jahre	5,0	75,6	10,8	8,6	7,2	82,8	2,6	7,4
60–65 Jahre	5,8	68,9	18,7	6,7	5,4	84,8	4,4	5,4
65–70 Jahre	7,4	57,4	29,5	5,7	3,9	84,7	7,5	3,8
70–75 Jahre	9,0	41,6	44,1	5,3	3,1	82,1	11,8	2,9
75–80 Jahre	8,1	26,1	60,9	4,9	2,8	77,1	17,7	2,4
über 80 Jahre	8,1	9,8	78,9	3,2	3,7	55,2	39,3	1,7

Tabelle 2: Familienstand nach Geschlecht und Altersgruppe in Deutschland 1995 (in %) ⁵⁹

⁵⁵ Vgl. Höhn et al. (1997), S. 50; Baur et al. (1997), S. 230.

⁵⁶ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 68.

⁵⁷ Vgl. Baur et al. (1997), S. 14.

⁵⁸ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 112 f.

⁵⁹ Zahlen nach BMFSFJ (1998), S. 71.

Die Quote der Verheirateten nimmt bei den Frauen jenseits des 60. Lebensjahres, bei den Männern jenseits des 75. Lebensjahres rapide ab. Die Zahl der Verwitweten steigt bei Frauen und Männern mit wachsendem Lebensalter kontinuierlich an. Vor allem die über 70-jährigen Frauen sind von der Singularisierungstendenz stark betroffen; sie sind zu über 50 %, die über 80-jährigen Frauen sogar zu über 90 % allein stehend. Prognosen gehen davon aus, dass diese Werte in Zukunft noch steigen werden. Nach den Schätzungen der siebten Bevölkerungsvorausberechnung werden im Jahr 2030 bereits mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen in Deutschland allein stehend sein, etwa 35 % der Männer und knapp 70 % der Frauen dieser Altersgruppe.⁶⁰

Diese Entwicklung schlägt sich auch in der Haushaltsstruktur nieder. Mit steigendem Alter wächst die Wahrscheinlichkeit, allein zu leben. Die Zahl der Einpersonenhaushalte ist in Gesamtdeutschland zwischen 1970 und 1991 unter den über 60-Jährigen um 33 %, unter den über 75-Jährigen um 120 % gestiegen.⁶¹ Seither hat sich diese Tendenz weiter fortgesetzt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über den Anteil der älteren Menschen, die in Einpersonenhaushalten leben.

Alter	Frauen	Männer	Gesamt
60–64 Jahre	22,2	11,9	17,2
65–69 Jahre	32,3	11,9	22,8
70–74 Jahre	45,1	13,9	32,6
75–79 Jahre	60,7	18,6	46,4
ab 80 Jahre	71,5	32,7	60,0
ab 60 Jahre insgesamt	43,9	15,2	31,9

Tabelle 3: Anteil der Alleinlebenden nach Geschlecht und Altersgruppe in Deutschland 1998 (in %)⁶²

Auch diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich noch verstärken. Nach den Schätzungen der siebten Bevölkerungsvorausberechnung werden im Jahr 2030 54,2 % der über 60-jährigen Frauen und 24,0 % der über 60-jährigen Männer allein leben; unter den über 80-Jährigen werden es 76,6 % bzw. 42,0 % sein.⁶³

⁶⁰ Vgl. Höhn et al. (1997), S. 82 f.

⁶¹ Vgl. Höhn et al. (1997), S. 65.

⁶² Zahlen nach BMFSFJ (2001), S. 213.

⁶³ Vgl. Höhn et al. (1997), S. 84.

Zunahme der Hochaltrigkeit

Historisch einmalig ist die Zunahme der Hochaltrigkeit und Langlebigkeit in den vergangenen Jahrzehnten. Von 1950 bis 1985 ist in der Bundesrepublik die Zahl der 75- bis 80-Jährigen um 154 %, der 80- bis 85-Jährigen um 250 %, der 85- bis 90-Jährigen um 405 %, der 90- bis 95-Jährigen um 720 % und der über 95-Jährigen um 2140 % gestiegen.⁶⁴ Der Anteil der über 80-Jährigen an der Bevölkerung ist in Gesamtdeutschland von 0,9 % im Jahr 1950 auf 4,0 % im Jahr 1993 angewachsen.⁶⁵ Nach den Bevölkerungsvorausrechnungen wird dieser Anteil in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen, und zwar auf 6,2 % im Jahr 2030, 7,4 % im Jahr 2040 und sogar etwa 12 % im Jahr 2050.⁶⁶ Dies bedeutet, dass die Bedürfnisse alter Menschen in Zukunft eine kontinuierlich steigende gesellschaftliche Bedeutung einnehmen werden. Genauso werden die spezifischen Problemlagen des hohen Alters in wachsendem Maß nach adäquaten Problemlösungen verlangen.

2.2 Der gesellschaftliche Stellenwert des Alters

2.2.1 Wissenschaft: Theorien des Alterns

Das Alter ist in den letzten Jahrzehnten nicht nur zu einem demographischen Faktor ersten Ranges geworden, sondern hat auch eine wissenschaftliche Aufwertung erfahren, die sich in der öffentlichen Meinung und in der Politik zunehmend widerspiegelt. Deutliches Anzeichen für diese Aufwertung ist die Überwindung des so genannten „Defizitmodells“, das die wissenschaftliche Sicht des Alters bis in die 1960er und 1970er Jahre hinein prägte. Das ursprünglich aus der Biologie und Psychologie stammende Modell geht davon aus, dass es im Alter zu einem universellen Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit, besonders der Intelligenz, des Gedächtnisses, der Lernfähigkeit und der Reaktionsgeschwindigkeit, kommt.⁶⁷ Diese Vorstellung eines fortschreitenden Abbauprozesses bis hin zum Tod wurde auf alle Lebensbereiche des älteren Menschen übertragen und zu der Hypothese ausgeweitet, im Alter verliere der Mensch zunehmend an Selbstständigkeit, Anpassungsfähigkeit und Flexibilität und sei

⁶⁴ Vgl. Tews (1994), S. 43; Prahl/Schroeter (1996), S. 88.

⁶⁵ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 53.

⁶⁶ Für 2030 nach Höhn et al. (1997), S. 50. Für 2040 nach BMFSFJ (1998), S. 97. Für 2050 nach BMFSFJ (2001), S. 14.

⁶⁷ Vgl. den Überblick bei Lehr (2000), S. 46–52.

den Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen.⁶⁸ Der alte Mensch erscheint als ein hilfloses, passives, unaufhaltsam dem körperlichen und geistigen Verfall zutreibendes Wesen.

Seit den 1960er und 1970er Jahren haben die Vertreter der psychologischen und sozialen Gerontologie dieses Bild zunehmend korrigiert. Die psychologische Grundlagenforschung hat in den vergangenen Jahrzehnten den Nachweis erbracht, dass es „das Alter“ nicht gibt. Tatsächlich erfolgt der Alternsprozess individuell ausgesprochen heterogen. Heute darf die Erkenntnis als gesichert gelten, dass alte Menschen keineswegs hilflos dem Verfall preisgegeben sind, sondern dass bis ins hohe Alter hinein die Möglichkeit der individuellen Weiterentwicklung sowie der Aufrechterhaltung und Steigerung von Kompetenzen besteht.⁶⁹

Im Anschluss an diese Erkenntnis sind seit den 1960er Jahren verschiedene Theorien des „erfolgreichen Alterns“ entwickelt worden, die seither das theoretische Grundgerüst der gerontologischen Forschung bilden. Sie setzen an die Stelle der Defizithypothese den Prozess des erfolgreichen Alterns, versuchen diesen Prozess zu definieren und seine Voraussetzungen zu beschreiben. In Anlehnung an die Forschungen von Havighurst in den 1960er Jahren gilt heute das Konstrukt der Lebenszufriedenheit als bester Indikator für eine gelungene individuelle Anpassung an den Alternsprozess und damit für erfolgreiches Altern.⁷⁰

Im Mittelpunkt der Theorien des erfolgreichen Alterns steht die Beantwortung der Frage, welche Form des Alterns und welche Rahmenbedingungen des Alternsprozesses gegeben sein müssen, um älteren Menschen ein Höchstmaß an Lebenszufriedenheit zu ermöglichen. Diese Frage wird je nach theoretischem Ansatz verschieden beantwortet:

- Die Vertreter der Aktivitätstheorie gehen davon aus, dass nur ein aktiver Lebensstil, ein Aufrechterhalten sozialer Kontakte und das Gefühl, noch gebraucht zu werden, zum erfolgreichen Altern führen.
- Im Gegensatz dazu vertreten die Anhänger der Disengagementtheorie die Ansicht, dass die Reduzierung sozialer Kontakte und die Verminderung der Aktivität im Alter die Lebenszufriedenheit erhöhe, da dies von Normen und Verpflichtungen unabhängig mache und daher zunehmende Freiheit bedeute.

⁶⁸ Vgl. Meyer (1998), S. 33 f.

⁶⁹ Vgl. Tews (1994), S. 37.

⁷⁰ Vgl. Lehr (2000), S. 55 f.

- Nach der Kontinuitätstheorie ist Kontinuität im Lebenslauf (vertraute Umgebung, Fortdauer von Einstellungen, Eigenschaften, Erfahrungen, Vorlieben und Fähigkeiten) die Voraussetzung für eine hohe Lebenszufriedenheit im Alter.⁷¹

Heute herrschen Mischformen dieser Theorien und differenzierte Sichtweisen vor. Je nach den individuellen Gegebenheiten und Charaktereigenschaften können mal Aktivität, mal Rückzug und mal Kontinuität die Lebenszufriedenheit des älteren Menschen gewährleisten. Als weitere Strategien erfolgreichen Alterns gelten Selektion (Harmonisierung von Umwelanforderungen, persönlichen Vorstellungen und realer Leistungsfähigkeit), Optimierung (z. B. der Umwelt) und Kompensation (Schaffen von Ersatz für verloren gegangene Möglichkeiten und Fähigkeiten).⁷²

Seit den 1990er Jahren haben schließlich Wachstums- und Kompetenztheorien in der Gerontologie an Bedeutung gewonnen. Die Vertreter dieser Richtungen gehen davon aus, dass der ältere Mensch nicht durch Abbau und Verlust zu kennzeichnen ist, sondern durch ein Wachstum an Reife und Weisheit. Eine spezifische „Altersweisheit“ führe zu einer Abnahme der Selbstbezogenheit, zu Altruismus und Ich-Integrität und befähige zur Erlangung der höchsten Reifungsstufe der Persönlichkeit.⁷³ Diese Theorien unterliegen allerdings der Gefahr, das negative Stereotyp des Defizitmodells durch ein ähnlich einseitiges und unrealistisches positives Stereotyp zu ersetzen.⁷⁴

Tatsächlich kann das Alter sowohl eine Zeit des Abbaus und Verfalls wie auch eine Zeit des Gewinns und Wachstums sein. Der große Vorteil der Theorien des erfolgreichen Alterns besteht darin, dass sie die Voraussetzungen, Strategien und Umweltbedingungen für erfolgreiches Altern und Lebenszufriedenheit im Alter explizieren. Damit eignen sie sich am ehesten als theoretische Grundlage für die vorliegende Arbeit.

2.2.2 Öffentliche Meinung: Zwischen „Problemfall Alter“ und „Generationenkrieg“

Das Thema Alter und Altern polarisiert die öffentliche Meinung. Die beiden Extrempole des Meinungsspektrums, die hier mit den Schlagworten „Problemfall Alter“ und „Generationenkrieg“ umschrieben werden, dominieren und lassen ausgewogene, differenzierte Meinungen kaum zu Wort kommen.

⁷¹ Vgl. Meyer (1998), S. 34; Lehr (2000), S. 56–64.

⁷² SOK-Modell; vgl. Baltes/Baltes (1989), S. 5–10.

⁷³ Vgl. Meyer (1998), S. 34 f.; Lehr (2000), S. 65–68.

⁷⁴ Vgl. Tews (1991), S. 131 f.

Das Defizitmodell, das in der Wissenschaft längst überwunden ist, bleibt bis heute im allgemeinen Bewusstsein hartnäckig verankert, mag die gerontologische Forschung noch so sehr zu anderen Sichtweisen tendieren.⁷⁵ Die Medien zeichnen in diesem Zusammenhang überwiegend ein Bild des Alters, das durch Krankheit, Armut, Vereinsamung, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet ist. Eigenschaften wie Aktivität, Unabhängigkeit, Gesundheit oder Mobilität werden demgegenüber kaum mit dem Alter in Verbindung gebracht.⁷⁶ Alter erscheint als individuelle Belastung für den Einzelnen, aber auch als Belastung für die Gesellschaft.⁷⁷

Dies ist vor allem deshalb bedenklich, weil ältere Menschen dazu neigen, ihr Selbstbild dem Altersbild der Gesellschaft anzupassen. Um nicht „aufzufallen“, „albern“ zu wirken oder abgelehnt zu werden, neigen sie zu vermeintlich „altersgemäßen“ Verhaltensweisen, die ihnen von der Gesellschaft vorgeschrieben werden. Selbst wenn sie sich im höheren Alter noch leistungsfähig, aktiv und gesund fühlen, sehen sie sich von der Gesellschaft mit anders gearteten Erwartungen konfrontiert und passen sich nicht selten diesen Erwartungen an. Sie sind nicht so alt, wie sie sich fühlen, sondern so alt, wie die Gesellschaft es ihnen vorschreibt.⁷⁸ Charakteristisch sind die Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 1997. Auf die Frage „Was fällt Ihnen spontan ein, wenn Sie das Wort ‚alt‘ hören?“ entschieden sich Rentner zu 55 % für eine Antwort aus den drei Kategorien „Hilfsbedürftig, schwach, unselbständig“, „Krankheit, Leiden, Siechtum“ sowie „Ausgedient, nutzlos, verbraucht“.⁷⁹

Seit den 1980er Jahren ist neben dieses traditionelle negative Altersbild ein zweites, positiver getöntes Bild des Alters getreten. Die Gesellschaft hat die „neuen Alten“ entdeckt, die mit Schlagworten wie „Emanzipation des Alters“, „späte Freiheit“ oder „aktives Alter“ in Verbindung gebracht werden.⁸⁰ Der Strukturwandel des Alters schlägt sich hier in der öffentlichen Meinung nieder. Zunehmend wird akzeptiert, dass das Alter keine kurze Phase des Verfalls und der Nutzlosigkeit nach dem Ende der Berufstätigkeit mehr ist, sondern eine ausgedehnte Phase im Lebensverlauf, die gestaltbar ist und keineswegs ein unabänderliches Schicksal darstellt.⁸¹

Zwei Entwicklungen aus dem politischen bzw. ökonomischen Bereich spielen hier eine wesentliche Rolle. Zum einen werden die älteren Menschen aufgrund der

⁷⁵ Vgl. Schmid (1995), S. 120.

⁷⁶ Vgl. Meyer (1998), S. 25–27.

⁷⁷ Vgl. Tews (1994), S. 30.

⁷⁸ Vgl. Schmid (1995), S. 120; Lehr (2000), S. 199 f.

⁷⁹ Vgl. Opatkowski (1998), S. 121 (N = 500).

⁸⁰ Vgl. Tews (1994), S. 41.

⁸¹ Vgl. Meyer (1998), S. 27; Zeman (2000), S. 14 f.

demographischen Entwicklung als Wählergruppe immer wichtiger, so dass die Parteien schon aus wahlstrategischen Gründen dazu gezwungen sind, sich ihnen verstärkt zuzuwenden.⁸² Zum anderen hat sich die materielle Situation und damit die Kaufkraft der älteren Menschen in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert (vgl. dazu näher Kapitel 2.4.1). Ihre wachsende Bedeutung als Konsumenten schlägt sich seit den 1980er Jahren in den Bildern der Werbung nieder. Tauchten sie früher allenfalls als selbstgenügsame Großeltern oder Jubilare in der Werbung auf, so mehren sich heute Darstellungen, die sie als konsumfreudige, mobile und gesunde „junge Alte“ präsentieren.⁸³

Dieses positive Altersbild ist jedoch in den 1990er Jahren vielfach in ein neues negatives Stereotyp umgeschlagen. Die älteren Menschen erscheinen als gut situierte, das Leben in vollen Zügen genießende, unproduktive Schmarotzer, die sich auf Kosten der hart arbeitenden Jüngeren ein schönes Leben machen. 1995 wurde der Ausdruck „Altenplage“ zum Unwort Nummer zwei des Jahres erkoren.⁸⁴ Das Alter erscheint als Belastung für den Sozialstaat und mit seiner vermeintlich stetig anwachsenden politischen und gesellschaftlichen Macht als Schreckgespenst für die Jüngeren.⁸⁵ Der Generationenvertrag scheint in Gefahr, gerne werden plakative Schlagworte wie jenes vom „drohenden Krieg zwischen den Generationen“ aufgegriffen und zitiert.⁸⁶ So kommt es zu einer neuen Form von Altenfeindlichkeit, zu einer oftmals latent aggressiven Haltung der Gesellschaft gerade gegenüber hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen.⁸⁷ Die ernsthaft erhobene Forderung, das Wahlalter herabzusetzen bzw. älteren Menschen einfach das Stimmrecht zu entziehen, bildet den Höhepunkt dieser Entwicklung.⁸⁸

Diese beiden negativen Stereotypen üben bis heute einen beherrschenden Einfluss auf das gesellschaftliche Altersbild aus. Auf der einen Seite steht das „alte Alter“, das im Anschluss an das Defizitmodell mit dem Abbau von Fähigkeiten, mit Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit assoziiert wird, auf der anderen Seite das „junge Alter“ oder „neue Alter“, dem ein Leben auf Kosten des Sozialstaates und der jüngeren Generation vorgeworfen wird.⁸⁹ Die Medien neigen dazu, derartige Stereotype eher zu verstärken

⁸² Vgl. Tews (1994), S. 41.

⁸³ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 82.

⁸⁴ Vgl. Nakielski (1996a), S. 133 f.

⁸⁵ Vgl. Backes (1998), S. 31 f.

⁸⁶ Vgl. Meyer (1998), S. 25; Backes (1998), S. 30–32.

⁸⁷ Vgl. Petzold (1992), S. 262 f.

⁸⁸ Vgl. Nakielski (1996a), S. 134.

⁸⁹ Vgl. Tews (1991), S. 21; Meyer (1998), S. 27.

als zu hinterfragen.⁹⁰ Als Folge neigen viele ältere Menschen zu einem negativen Selbstbild, ihre Stellung in der Gesellschaft ist schwierig, und an die Stelle ihrer wahren Bedürfnisse, die sie in vielen Fällen gar nicht mehr zu artikulieren wagen, treten oberflächliche Klischees.

Notwendig ist eine ausgewogene, differenzierte Sichtweise des Alters, die Anerkennung der Tatsache, dass jeder Mensch eine eigene, individuelle Form des Alterns entwickelt, die Bestandteil seiner Persönlichkeit und seiner Würde ist. Den Wert eines Menschen nur nach dem Nutzen zu bestimmen, den er nach ökonomischen Gesichtspunkten für die Gesellschaft hat, wird gerade älteren Menschen nicht gerecht.⁹¹ Denn sie verfügen mit ihrer Lebenserfahrung und ihren im Lebenslauf erworbenen Fähigkeiten über Kompetenzen, die für die Gesellschaft von – im wahrsten Sinn des Wortes – unschätzbarem Wert sind. Es ist erforderlich, das Alter bzw. die unterschiedlichen Phasen des Alters, die sich heute voneinander unterscheiden lassen (vgl. Kapitel 2.1), als Phasen im Lebenslauf zu betrachten, die von gleicher Wertigkeit sind wie etwa Kindheit, Jugend oder Erwachsenenalter. Das Recht auf Menschenwürde und freie Persönlichkeitsentfaltung sollte im Sinne einer *age irrelevant society* für jeden gelten, egal ob jung oder alt, ob gesund oder krank, ob selbstständig oder pflegebedürftig.⁹² Hier liegt eine der zentralen gesellschaftlichen und politischen Aufgaben der kommenden Jahrzehnte. Architektur und Stadtplanung können in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen, wie in der vorliegenden Arbeit exemplarisch aufgezeigt wird.

2.2.3 Politik: Altenpolitik und Altenhilfe im Umbruch

Die Politik hat sich seit den 1980er Jahren verstärkt den Problemen des Alters zugewandt und als Antwort auf den Strukturwandel des Alters einen Strukturwandel der Altenpolitik eingeleitet. Die politische Aufwertung des Themas „Alter“ wurde 1990 mit der Schaffung des Bundesministeriums für Familie und Senioren auch nach außen dokumentiert.⁹³ Seit 1992 existiert eine kontinuierliche Sozialberichterstattung

⁹⁰ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 81–83.

⁹¹ Vgl. Hörl/Rosenmayr (1994), S. 104.

⁹² Vgl. Giessler/Müller (1996), S. 67.

⁹³ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 32.

über die Lebenssituation der älteren Menschen.⁹⁴ Auf dieser Basis werden seither die altersrelevanten Elemente verschiedener Politikfelder (Gesundheitspolitik, Sozialpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Wohnungspolitik, Verkehrspolitik, Bildungs- und Kulturpolitik etc.) auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene zu so genannten Altenplänen zusammengefasst. Wenngleich deren Umsetzung aufgrund der Finanznot der öffentlichen Kassen und aufgrund bürokratischer Hemmnisse immer wieder gefährdet ist, stellen sie doch einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer effektiven Altenpolitik dar.⁹⁵

Zugleich haben sich die Grundsätze der Altenpolitik tief greifend gewandelt. Zielte sie bis in die 1980er Jahre hinein (unter impliziter Zugrundelegung des Defizitmodells) primär auf die Verwaltung und Betreuung hilfsbedürftiger älterer Menschen, so orientiert sie sich heute an dem Grundsatz, ältere Menschen so weit wie möglich in ihren Kompetenzen, ihrer Selbstständigkeit und ihrer Selbstbestimmtheit zu unterstützen, um Hilfsbedürftigkeit zu minimieren bzw. gar nicht erst entstehen zu lassen.⁹⁶ Es geht nicht mehr in erster Linie darum, zu betreuen und zu versorgen (obwohl dies bei eingetretener Hilfsbedürftigkeit weiterhin gewährleistet sein muss), sondern Eigeninitiative zu fördern und die Chancen und Potenziale des Alters zu nutzen.⁹⁷

Im Einzelnen lassen sich heute die folgenden zentralen Handlungsfelder der Altenpolitik in Deutschland benennen:⁹⁸

- Allgemeine Maßnahmen gegen Probleme des Alters (Abbau von Bildungsdefiziten, Humanisierung der Arbeitswelt, Ausbau der Gesundheitsvorsorge, Förderung eines angemessenen gesellschaftlichen Altersbildes etc.);
- Sicherung der materiellen Lebensgrundlage (Sicherstellung der Rente, Erhaltung des Generationenvertrages, Förderung der Generationensolidarität etc.);
- Erhaltung bzw. Stärkung einer selbstständigen und unabhängigen Lebensführung (Bereitstellung altersgerechter Wohnungsangebote und

⁹⁴ 1992 Einsetzung der Bundestags-Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“, 1993 bis 2001 Veröffentlichung der ersten drei Altenberichte der Bundesregierung; vgl. Schweitzer (1996a), S. 55; Niederfranke (2000), S. 388.

⁹⁵ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 32–34; Zeman (2000), S. 35 f.

⁹⁶ Vgl. Niederfranke (2000), S. 388 f.

⁹⁷ Vgl. Amann (1994), S. 322. Diese altenpolitische Grundausrichtung ist spätestens seit dem Bundesaltenplan von 1992 nachweisbar; vgl. Zeman (2000), S. 43.

⁹⁸ Vgl. zum Folgenden grundlegend Zeman (2000), S. 32. Außerdem: Frerichs/Naegele (1999), S. 170–173; Niederfranke (2000), S. 388 f.; BMFSFJ (2001), S. 13–15; Kruse (2002), S. 17 f.

- Infrastruktureinrichtungen, Förderung der Autonomie und Mobilität, Förderung der Selbstständigkeit in der Lebensplanung und täglichen Lebensführung etc.);
- Verbesserung der Integration und Partizipation (Ausbau der offenen Altenarbeit, Bereitstellung von Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, Förderung der politischen Partizipation, Verbesserung der sozialen Teilhabe, Förderung der sozialen Kontakte und sozialen Netzwerke etc.);
 - Hilfe und Betreuung im Fall der Pflegebedürftigkeit (bedürfnisgerechte ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen, Verfügbarkeit angemessener Gesundheitsleistungen etc.).

In Anlehnung an diese politischen Handlungsfelder ist in den vergangenen Jahren die Altenhilfe weiter ausgebaut worden. Beschränkte sich ihr Funktionsspektrum früher auf die Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in akuten Notlagen, so zählen heute auch die Befriedigung altersspezifischer Bedürfnisse, die Prävention zur Vermeidung von Hilfsbedürftigkeit und die Rehabilitation hinzu.⁹⁹ Die Modernisierung des Altenhilfesektors wird zudem durch die verstärkte Beachtung marktwirtschaftlicher Prinzipien seit Einführung der Pflegeversicherung beschleunigt; in diesem Zusammenhang wirkt inzwischen der Begriff der Altenhilfe antiquiert und wird zunehmend durch den Begriff der Altenarbeit ersetzt.¹⁰⁰

Vor allem die offene und die ambulante Altenhilfe stehen derzeit im Zentrum des politischen Interesses. Erstere zielt mit Angeboten wie Weiterbildungs-, Beratungs- und Informationsveranstaltungen zu den Bereichen Ernährung und Gesundheit, Einkommen und Finanzen sowie Wohnung und selbstständige Haushaltsführung auf die Erhöhung der Kompetenz und Problemlösungsfähigkeit ihrer Klientel. Sportliche und kulturelle Aktivitäten, gesellige Veranstaltungen sowie Altenclubs, Altentagesstätten und Altenzentren sollen die älteren Menschen aktivieren und integrieren, ihre Mobilität und ihre Sozialkontakte verbessern.¹⁰¹

Die Angebote der ambulanten Altenhilfe wie Essen auf Rädern, Reinigungs-, Wäsche- und Reparaturdienste, Telefonketten und Telefondienste, Unfall- und Notfallmeldesysteme, Transportdienste, Wohnberatung, Hilfen bei der Haushaltsführung und Hauskrankenpflege sollen ältere Menschen dazu befähigen, so lange wie möglich ein selbstständiges und eigenverantwortliches Leben in ihrer

⁹⁹ Vgl. Amann (1994), S. 342.

¹⁰⁰ Vgl. Schweitzer (1996a), S. 52. Im Rahmen dieser Arbeit wird weiter der Begriff der Altenhilfe benutzt, da er nach wie vor der gebräuchlichere ist.

¹⁰¹ Vgl. Amann (1994), S. 331–339.

gewohnten häuslichen Umgebung zu führen.¹⁰² Zur Koordinierung der Angebote dienen Sozialstationen bzw. Sozialzentren, das aus den USA stammende Planungs- und Organisationsmodell des Case Management zielt auf einen möglichst effektiven koordinierten Einsatz der Versorgungsangebote.¹⁰³

Einiges ist in den vergangenen Jahren in der offenen und ambulanten Altenhilfe erreicht worden, vieles bleibt noch zu tun (vgl. Kapitel 3.3.2 und 3.4.1). Dies gilt auch für den Bereich der stationären Altenhilfe. Nach dem Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Pflege“ soll die stationäre Dauerunterbringung pflegebedürftiger älterer Menschen so weit wie möglich minimiert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, ist das Angebot der stationären und teilstationären Altenhilfe in den letzten 20 Jahren durch Formen wie geriatrische oder gerontopsychiatrische Tageskliniken, Tagespflegeheime, Kurzzeit-Heimangebote, Übergangspflege nach Krankenhausentlassung, Rehabilitationszentren oder Entlastungshilfen für pflegende Angehörige erweitert worden.¹⁰⁴ Die gesamte stationäre Altenhilfe befindet sich derzeit im Wandel, da die traditionellen Formen den heutigen Bedürfnissen älterer Menschen und den politischen Vorgaben nicht mehr genügen (vgl. Kapitel 3.4.2 und 4).

Das gesellschaftlich und politisch vorrangige Ziel der Erhaltung und Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen muss ein zentrales Planungsziel bei der Errichtung einer geriatrischen Einrichtung sein.¹⁰⁵ Daher ist es im Rahmen dieser Arbeit erforderlich, zunächst jene Faktoren darzustellen, die von besonderer Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit sind: die Gesundheit (Kapitel 2.3), die materielle Situation (Kapitel 2.4.1), die sozialen Kontakte (Kapitel 2.4.2), die aktive Lebensgestaltung (Kapitel 2.4.3) sowie – im Zusammenhang dieser Arbeit von primärem Interesse – die Lebensbedingungen in Wohnung, Quartier und Stadt (Kapitel 3).

¹⁰² Vgl. Amann (1994), S. 340 f.; Schweitzer (1996a), S. 53.

¹⁰³ Vgl. Amann (1994), S. 328.

¹⁰⁴ Vgl. Amann (1994), S. 342 f.; Schweitzer (1996a), S. 53.

¹⁰⁵ Auch in der Gerontologie ist die Selbstständigkeit älterer Menschen inzwischen zu einem zentralen Forschungsgegenstand geworden. Vgl. Backes/Clemens (1998), S. 263; Hagen (2002), S. 87–95.

2.3 Alter und physisches bzw. psychisches Wohlbefinden

2.3.1 Der „objektive“ Gesundheitszustand

Ältere Menschen weisen aus „objektiver“ medizinischer Perspektive stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen auf als jede andere Altersgruppe. Dies ist auf mehrere Ursachen zurückzuführen:

- Der Vorgang des Alterns macht den Organismus anfälliger bzw. lässt bestimmte Krankheiten entstehen, die auch als „primäre Alterskrankheiten“ bezeichnet werden, da sie eng an diese Phase im Lebenslauf gebunden sind. Zu den typischen Alterskrankheiten zählen etwa Altersdiabetes, Lungenemphyseme, degenerative Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat, insbesondere der Wirbelsäule und der großen Gelenke, und die Auswirkungen der Arteriosklerose mit Folgekrankheiten wie Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Gicht oder Emphysebronchitis.¹⁰⁶
- Im Gegensatz dazu werden alle chronischen Krankheiten, die den Menschen aus früheren Lebensabschnitten bis ins Alter begleiten, als „alternde Krankheiten“ bezeichnet. Da die Zahl der chronischen Krankheiten im Lebensverlauf nicht abnimmt, sondern bestenfalls stagniert, in der Regel aber steigt, fällt auch hier der Belastungshöhepunkt in die Lebensphase des Alters.¹⁰⁷
- Die so genannten „Krankheiten im Alter“ zeichnen sich dadurch aus, dass sie zwar in allen Lebensabschnitten auftreten, im Alter aber meist komplizierter und langwieriger verlaufen, da der Organismus infolge seiner verminderten Widerstandskraft anfälliger ist und deutlich längere Rekonvaleszenzperioden benötigt. Auch die Sterblichkeitsrate infolge derartiger Krankheiten (z. B. Herzinfarkt) liegt im Alter höher als in anderen Lebensphasen.¹⁰⁸

Alle drei Krankheitstypen können im Alter unabhängig voneinander oder zeitlich synchron auftreten. Chronische Krankheiten entwickeln sich aufgrund der eingeschränkten Regenerationsfähigkeit des Organismus häufig progredient. Sie bedingen und verstärken sich zum Teil wechselseitig (z. B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit und Fettstoffwechselstörung) und erhöhen das Risiko des Auftretens

¹⁰⁶ Vgl. Füsgen/Summa (1995), S. 27 f.

¹⁰⁷ Vgl. Lang (1994), S. 284.

¹⁰⁸ Vgl. Füsgen/Summa (1995), S. 27 f.

akuter Krankheiten.¹⁰⁹ Auf diese Weise kommt es zu einer generellen Zunahme der Krankheitshäufigkeit und damit zu dem medizinischen Phänomen der Multimorbidität im Alter, dem Nebeneinander von (per definitionem) mindestens fünf körperlichen Krankheiten.¹¹⁰

Statistische Erhebungen der letzten Jahre belegen diese Aussagen. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus vom April 1995 litten 12,3 % der Bundesbürger in den letzten vier Wochen vor dem Befragungstermin unter gesundheitlichen Einschränkungen; der Anteil betrug bei den unter 40-Jährigen 7,6 %, bei den 40- bis 65-Jährigen 13,2 % und bei den über 65-Jährigen 25,4 %.¹¹¹ Besonders deutlich ist der Unterschied bei langfristigen chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, die 12,4 % der Erkrankten unter den 15-bis 40-Jährigen, aber 63,6 % der Erkrankten unter den über 65-Jährigen betrafen.¹¹² Nach den Ergebnissen des Wohlfahrts-Survey von 1998 nehmen 32 % der Bevölkerung aller Altersgruppen in Westdeutschland (Ostdeutschland: 34 %) regelmäßig Medikamente ein; unter den 55- bis 69-Jährigen beträgt dieser Anteil 52 % (56 %), unter den ab 70-Jährigen 77 % (68 %). Über dauerhafte Krankheiten oder Behinderungen klagen 4 % (6 %) unter allen Befragten, 5 % (6 %) unter den 55- bis 69-Jährigen und 12 % (9 %) unter den ab 70-Jährigen.¹¹³

Fragt man nach der Veränderung des Gesundheitszustandes älterer Menschen im Verlauf der letzten Jahrzehnte, so ergibt sich ein differenziertes Bild. Unstrittig ist, dass der medizinische Fortschritt und die allgemeine Hebung der Lebensbedingungen zu einer Verbesserung des objektiven Gesundheitszustandes innerhalb bestimmter Altersgruppen geführt haben. Vor allem die „jungen Alten“ zwischen 60 und 70 Jahren sind heute aus medizinischer Perspektive wesentlich „gesünder“ als früher.¹¹⁴ Dies bedeutet aber nicht, dass die gesundheitlichen Probleme im Alter geringer geworden sind – sie werden nur im Lebenslauf immer weiter hinausgeschoben. Diese Situation lässt sich auf die kurze Formel bringen, dass immer mehr Menschen immer länger leben und am Ende ihres Lebens unter immer mehr Krankheiten leiden.¹¹⁵

In gewisser Weise vollzieht sich ein Wettlauf zwischen der steigenden Lebenserwartung und dem medizinischen Fortschritt, der seinerseits wesentlich zu der Zunahme der

¹⁰⁹ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 72.

¹¹⁰ Vgl. Lang (1994), S. 285; Backes/Clemens (1998), S. 100 f. Zum besonderen Profil des geriatrischen Patienten vgl. auch Rehfeld (1998), S. 184.

¹¹¹ Vgl. Weyerer (2000), S. 30.

¹¹² Vgl. Baur et al. (1997), S. 45.

¹¹³ Vgl. Deutsches Zentrum (2002), S. 298.

¹¹⁴ Vgl. Zank (2000), S. 44.

¹¹⁵ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 117.

Lebenserwartung beigetragen hat. Je älter Menschen werden, umso mehr komprimieren sich die Erkrankungen in der letzten Lebensphase. Amerikanische und britische Studien haben ermittelt, dass im Durchschnitt 40 % aller Krankheitskosten, die ein Mensch verursacht, im letzten Lebensjahr anfallen.¹¹⁶ Nach kanadischen Studien sind bei den Frauen 80 % und bei den Männern 70 % des Gewinns an Lebenserwartung an den Zuwachs behinderter Jahre geknüpft. Amerikanische Studien kommen zu dem vergleichbaren Ergebnis, dass auf jedes gesunde Jahr der Lebensverlängerung durchschnittlich 3,5 „zusätzliche“ Jahre mit Krankheiten und Behinderungen entfallen. Dies heißt: Der Gewinn an Lebensjahren wird zu einem großen Teil mit kranken Jahren im hohen Alter bezahlt.¹¹⁷

Unter den Krankheiten, die im Alter besonders gehäuft auftreten und daher als charakteristische Erscheinungsformen gesundheitlicher Beeinträchtigungen älterer Menschen gelten dürfen, stehen im physischen Bereich die Herz- und Kreislauferkrankungen sowie die Störungen des Bewegungsapparates an der Spitze. Bei den Herz- und Kreislauferkrankungen dominieren die Komplikationen der Arteriosklerose, insbesondere die koronare Herzkrankheit, die zu Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen führen können. Unter den Störungen des Bewegungsapparates sind die degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule und der Gelenke (Arthrosen) sowie die Entmineralisierung der Knochen (Osteoporose), die zu häufigeren Knochenbrüchen führt, als häufigste gesundheitliche Beeinträchtigungen zu nennen.¹¹⁸

Zu den häufigsten Erkrankungen älterer Menschen gehören darüber hinaus Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall), Hör- und Sehstörungen (Altersschwerhörigkeit, grüner Star, Erkrankungen der Netzhaut), bösartige Neubildungen (Brustkrebs bei Frauen, Lungen- und Prostatakrebs bei Männern), Störungen des Uro-Genital-Systems (Inkontinenz), Erkrankungen des Zentralnervensystems (Parkinson, Tremor), Magen-Darm-Störungen (Reizdarm, Verstopfung), Erkrankungen der Atemwege (Bronchitis, Asthma) sowie Diabetes mellitus.¹¹⁹

¹¹⁶ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 117 f.

¹¹⁷ Vgl. Kuhlmeier (2002), S. 15 f.; Prah/Schroeter (1996), S. 117 f. Die Gegenmeinung, dass die Lebensphase, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen sei, sich nicht nur im Lebenslauf hinausschiebe, sondern auch verkürze, und dass die Beeinträchtigungen in ihrer Schwere gemildert würden, vertritt BMFSFJ (2001), S. 70.

¹¹⁸ Vgl. Lang (1994), S. 288; Backes/Clemens (1998), S. 102; Weyerer (2000), S. 30; BMFSFJ (2001), S. 73.

¹¹⁹ Vgl. Lang (1994), S. 288–290; Schweitzer (1996b), S. 159–161.

Tabelle 4 zeigt die Häufigkeit der wichtigsten Alterskrankheiten nach den Ergebnissen des Alters-Survey von 1996 (in % aller Befragten der jeweiligen Altersgruppe).

Krankheit	40–54 Jahre	55–69 Jahre	70–85 Jahre
Gelenk-, Knochen- oder Rückenleiden	56,2	70,2	67,7
Herz- oder Kreislauferkrankungen	19,7	36,9	57,0
Durchblutungsstörungen	15,7	37,4	56,3
Augenleiden, Sehstörungen	29,2	37,8	48,0
Ohrenleiden, Schwerhörigkeit	9,4	20,9	30,0
Blasenleiden	4,4	12,5	20,7
Atemwegserkrankungen, Asthma, Atemnot	9,0	16,4	20,1
Zucker/Diabetes	2,2	8,7	17,2
Gallen-, Leber- oder Nierenleiden	8,6	16,6	14,3
Magen- oder Darmerkrankung	12,6	14,8	14,3
Krebserkrankung	1,3	3,3	4,2

Tabelle 4: Häufigkeit der wichtigsten Alterskrankheiten nach dem Alters-Survey von 1996¹²⁰

Psychische Störungen bzw. Erkrankungen im weitesten Sinne treten bei etwa 25 % der über 65-Jährigen auf. Dies bedeutet, dass ältere Menschen nicht häufiger an psychischen Krankheiten leiden als andere Altersgruppen.¹²¹ Allerdings zeigt sich im Alter eine besonders charakteristische Verteilung der psychischen Störungen. Demenzen und depressive Störungen spielen eine größere, Angststörungen und Schizophrenien hingegen eine geringere Rolle als im Jugend- und Erwachsenenalter.¹²² Die Demenzhäufigkeit nimmt mit steigendem Alter deutlich zu. Sie beträgt bei den 60- bis 65-Jährigen etwa 0,2–2 %, bei den 65- bis 70-Jährigen etwa 2,5–5 %, bei den 75- bis 80-Jährigen etwa 10–12 % und bei den über 90-Jährigen etwa 30 %. 1993 waren bundesweit etwa 1,3–1,8 Mio. der über 65-Jährigen von Demenzen betroffen, etwa 800.000 von dem schwersten Typ der Alzheimer-Demenz.¹²³ Stoffwechselstörungen führen zum Absterben von Gehirnzellen; die Folge sind zunächst Lern-, Gedächtnis- und Denkstörungen, dann räumlich-zeitliche Desorientierung, schließlich die Veränderung der Persönlichkeit bis hin zu ihrer Zerstörung.¹²⁴ Wegen der zunehmenden

¹²⁰ Zahlen nach Künemund (2000), S. 119 f.

¹²¹ Vgl. Radebold (1994), S. 255; Schweitzer (1996b), S. 161; Weyerer (2000), S. 30; BMFSFJ (2001), S. 77.

¹²² Vgl. BMFSFJ (2001), S. 77.

¹²³ Vgl. Radebold (1994), S. 260; Schweitzer (1996b), S. 161.

¹²⁴ Vgl. Radebold (1994), S. 260; BMFSFJ (2001), S. 79 f.

Lebenserwartung ist davon auszugehen, dass die Zahl der Demenzerkrankungen weiter steigen wird.¹²⁵

Unter Depressionen leiden etwa 15–25 % der über 65-Jährigen, darunter 8–16 % unter einer mittelschweren bis schweren Depression; anders als bei den Demenzen ist keine altersbedingte Zunahme zu beobachten.¹²⁶ Depressionen werden überwiegend durch Einsamkeit (etwa nach Partnerverlust), schlechte ökonomische Lebensbedingungen oder schwere körperliche Erkrankungen ausgelöst. Die wichtigsten Symptome sind Unruhe, Angst und resignativer Rückzug.¹²⁷

Mit diesem knappen Überblick sind die medizinischen Herausforderungen genannt, vor denen eine geriatrische Einrichtung heute steht.

2.3.2 Der „subjektive“ Gesundheitszustand

Im vorangegangenen Kapitel wurde die vermeintlich „objektive“ medizinische Sicht beschrieben. In den letzten Jahren hat sich jedoch zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass für das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit gerade älterer Menschen das subjektive Krankheitsempfinden mindestens ebenso bedeutsam ist wie der objektive ärztliche Befund. Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnte der Nachweis geführt werden, dass der Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit mit wachsendem Alter schwächer wird.¹²⁸ Dies äußert sich vor allem darin, dass mit zunehmendem Alter immer weniger der Patienten, die objektiv erkrankt sind, subjektiv über Beschwerden klagen.¹²⁹ Im Alters-Survey von 1996 bezeichneten 48,8 % der 55- bis 69-Jährigen und 38,5 % der 70- bis 85-Jährigen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“, wohingegen sich nur 12,9 % bzw. 19,9 % für die Antwortvorgaben „sehr schlecht“ oder „schlecht“ entschieden.¹³⁰ Im Wohlfahrts-Survey von 1998 zeigten sich in Westdeutschland 70 % der 55- bis 69-Jährigen und 63 % der ab 70-Jährigen mit ihrer Gesundheit zufrieden.¹³¹ Offenbar verfügen ältere Menschen über erhebliche Anpassungs- und Kompensationspotenziale, die es ihnen ermöglichen,

¹²⁵ Vgl. Schweitzer (1996b), S. 161.

¹²⁶ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 77 f.

¹²⁷ Vgl. Radebold (1994), S. 258; Schweitzer (1996b), S. 162.

¹²⁸ Vgl. Borchelt et al. (1996), S. 469.

¹²⁹ Vgl. Schweitzer (1996b), S. 158.

¹³⁰ Vgl. Künemund (2000), S. 115.

¹³¹ Vgl. Deutsches Zentrum (2002), S. 299.

gesundheitliche Einschränkungen hinzunehmen und zu verarbeiten, ohne sich dadurch in ihrem subjektiven Wohlbefinden entscheidend beeinträchtigen zu lassen.¹³²

Diese Zusammenhänge sind von größter Bedeutung, wenn es um die Planung einer Geriatrie geht. Gesundheit ist für ältere Menschen wichtiger als für alle anderen Altersgruppen, da sie keine „Selbstverständlichkeit“ mehr darstellt.¹³³ Dabei spielt jedoch der subjektive Gesundheitszustand eine wesentlich größere Rolle als der objektive. Nach den Ergebnissen der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie ist die subjektive Gesundheit der stärkste Prädiktor für die Lebenszufriedenheit älterer Menschen, und positive subjektive Gesundheitsbeurteilungen korrelieren höher mit der individuellen Lebensdauer als positive „objektive“ Beurteilungen der Ärzte.¹³⁴ Fühlt ein älterer Mensch sich subjektiv gesund, auch wenn er nach „objektiven“ Maßstäben krank ist, dann ist er aktiver, geistig reger, optimistischer, kontaktfreudiger, setzt sich mit Problemsituationen auseinander und – lebt in der Regel länger. Fühlt er sich hingegen subjektiv krank, auch wenn der „objektive“ Befund gar keine Grundlage dafür bietet, dann ist er körperlich und geistig weniger aktiv, pessimistischer, zieht sich von anderen zurück, setzt sich mit Belastungen nicht mehr auseinander und – gehört nicht zu den Langlebigen.¹³⁵

Eine Geriatrie muss also nicht nur medizinisch auf dem neuesten Stand sein, sondern die älteren Menschen vor allem in ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden und Wohlbefinden so weit wie möglich positiv unterstützen. Ein weiterer wichtiger Aspekt sei in diesem Zusammenhang erwähnt. Studien haben gezeigt, dass Lebenszufriedenheit und subjektives Gesundheitsempfinden älterer Menschen umso positiver sind, je mehr sie das Gefühl haben, ihren Gesundheitszustand selbst beeinflussen, selbst etwas dafür tun zu können.¹³⁶ Auch aus diesem Grund ist es wichtig, ihre Selbstständigkeit und Autonomie in einer Geriatrie zu fördern, ihre Abhängigkeit zu reduzieren und sie nicht dem Teufelskreis der Hilflosigkeit zu überlassen.¹³⁷

¹³² Vgl. Lampert/Wagner (1998), S. 193.

¹³³ Vgl. Zank (2000), S. 44.

¹³⁴ Vgl. Kuhlmeier (2002), S. 21.

¹³⁵ Vgl. Lehr (1997), S. 280–283; Kuhlmeier (2002), S. 21.

¹³⁶ Vgl. Schumacher/Gunzelmann/Brähler (1996), S. 12.

¹³⁷ Vgl. Lang (2000), S. 291 f.

2.3.3 Die Situation der Hilfs- und Pflegebedürftigen

Mit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1996 hat sich die Situation der Hilfs- und Pflegebedürftigen in Deutschland grundlegend gewandelt.¹³⁸ Das zentrale Ziel der Pflegeversicherung ist die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen, um ihm ein würdevolles Leben zu ermöglichen. Unverzichtbarer Bestandteil des Selbstbestimmungsrechtes ist das Wahl- und Wunschrecht, das sich auf die Art der Pflegeleistung, den in Anspruch genommenen Pflegedienst und die gewählte Pflegeeinrichtung bezieht. Das Gesetz stellt eine Abkehr vom „Pflegefalldenken“ dar, indem Pflegebedürftigkeit nicht mehr als statischer, quasi schicksalhafter Zustand aufgefasst wird, sondern als zwar problemhafte, aber beeinflussbare Bedarfssituation.¹³⁹

Im Zusammenhang dieser Arbeit ist von besonderer Bedeutung, dass ältere Menschen seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung einen Rechtsanspruch nicht nur auf professionelle Pflege, sondern auch auf Rehabilitation haben. Das Pflegeversicherungsgesetz ist dem Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Pflege“ verpflichtet. Prävention und Rehabilitation haben Vorrang, um Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich zu vermeiden oder zu überwinden; Leistungen der Prävention und Rehabilitation sind daher seit 1996 in vollem Umfang von den Krankenkassen zu gewähren. Auch und gerade bei eingetretener Pflegebedürftigkeit besteht ein Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Daher formuliert das Gesetz als grundlegendes Ziel, eine regional abgestimmte und ortsnahe Versorgung der Bevölkerung mit Diensten der Rehabilitation und der Pflege sicherzustellen.¹⁴⁰

Ein weiteres wichtiges Element der Pflegeversicherung ist die Festschreibung des Vorranges der häuslichen Pflege vor der stationären. Auch die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege werden der dauernden stationären Unterbringung vorgezogen.¹⁴¹ Damit soll den Pflegebedürftigen ermöglicht werden, so lange wie möglich ein eigenverantwortliches Leben in der angestammten räumlichen Umgebung zu führen. Für eine zeitgemäße geriatrische Einrichtung ergeben sich daraus zwei grundsätzliche Forderungen. Erstens ist ein besonderes Schwergewicht darauf zu legen, alle Möglichkeiten, die die geriatrische Rehabilitation bietet, einzubeziehen und

¹³⁸ Vgl. allgemein: Forster/Rückert (1996), S. 231 f.; Klie (1999), S. 11–31.

¹³⁹ Vgl. Klie (1999), S. 12–15.

¹⁴⁰ Vgl. Klie (1999), S. 12–16.

¹⁴¹ Vgl. Munder (1997), S. 48 f.

auszuschöpfen. Zweitens sollte die Geriatrie so angelegt sein, dass sie ein Verbleiben bzw. eine Rückkehr selbst schwerstpflegebedürftiger älterer Menschen in ihre gewohnte Umgebung fördert; zu diesem Zweck ist es notwendig, über die engeren Grenzen der Einrichtung hinaus tätig zu werden und die älteren Menschen auch in ihrer privaten Wohnumgebung zu unterstützen.

Der Anteil der Pflegebedürftigkeit steigt mit höherem Alter deutlich an. Von den 60- bis 65-Jährigen sind 1,5 % pflegebedürftig, von den 65- bis 70-Jährigen 2,6 %, von den 70- bis 75-Jährigen 4,5 %, von den 75- bis 80-Jährigen 8,9 %, von den 80- bis 85-Jährigen 19,2 %, von den 85- bis 90-Jährigen 34,0 % und von den über 90-Jährigen 55,4 %. Der Anteil der stationär Versorgten liegt in den Altersgruppen zwischen 60 und 75 bei 20–23 %, steigt dann kontinuierlich an und erreicht bei den über 90-Jährigen 43 %.¹⁴²

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung zum 31.12.1998 (alle Altersgruppen).

	Ambulant	Stationär	Gesamt
Pflegestufe I	637.880	193.424	831.304
Pflegestufe II	489.796	221.014	710.810
Pflegestufe III	145.817	121.163	266.980
Gesamt	1.273.493	535.601	1.809.094

Tabelle 5: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung¹⁴³

Diese Zahl wird sich in den kommenden Jahrzehnten deutlich erhöhen. Infratest geht in einer Prognose auf der Basis der achten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung davon aus, dass die Zahl allein der über 65-Jährigen mit Pflegebedarf im Jahr 2010 auf 1,61 Mio., im Jahr 2020 auf 1,85 Mio., im Jahr 2030 auf 2,05 Mio. und im Jahr 2040 auf 2,23 Mio. steigen wird.¹⁴⁴ Verschiedene Modellrechnungen gehen von einer Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen aller Altersgruppen auf 1,85–2,14 Mio. im Jahr 2010, 2,16–2,57 Mio. im Jahr 2030 und 2,26–2,79 Mio. im Jahr 2040 aus.¹⁴⁵ Der Zuwachs erscheint auf den ersten Blick sehr hoch, liegt aber unter den Steigerungsraten der Jahre 1970 bis 1995. Dennoch machen die Zahlen die Notwendigkeit einer effektiven Prävention und Rehabilitation besonders deutlich. Pflegebedürftigkeit so weit

¹⁴² Vgl. BMFSFJ (2001), S. 84 f. (Stand: 31.12.1998).

¹⁴³ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 82.

¹⁴⁴ Vgl. Meyer (1998), S. 19.

¹⁴⁵ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 88.

wie möglich zu minimieren, ist nicht nur im Interesse der älteren Menschen, sondern auch eine Notwendigkeit angesichts der Kapazitäten unseres Gesundheitssystems. Noch deutlicher wird dies, wenn man sich vor Augen führt, dass die familialen Hilfs- und Unterstützungspotenziale in Zukunft vermutlich abnehmen und dem steigenden Bedarf immer weniger gerecht werden. Immer weniger junge Menschen stehen immer mehr älteren Menschen gegenüber, und eine weitere Verschärfung der Diskrepanz ist durch die Singularisierungstendenzen im Alter, die steigende Frauenerwerbstätigkeit, die zunehmende geographische Mobilität, den Rückgang der Elternschaften und die generell sinkende Versorgungsbereitschaft zu erwarten.¹⁴⁶ Auch vor diesem Hintergrund ist eine effektive Rehabilitation zur Minimierung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit unter möglichst weitgehender Ausnutzung der Ressourcen älterer Menschen und ihres angestammten Wohnumfeldes eine zentrale Herausforderung unserer Zeit.

2.4 Lebensqualität und Lebensgestaltung im Alter

2.4.1 Materielle Situation und Lebensstile

Eines der zentralen Elemente der Selbstständigkeit im Alter ist die ökonomische Absicherung durch Einkommensquellen oder Vermögensbestände. Ist diese Voraussetzung nicht in ausreichendem Maße gegeben, so sind alle Bemühungen, Selbstständigkeit und Autonomie älterer Menschen zu erhalten bzw. zu fördern, zum Scheitern verurteilt oder werden zumindest erheblich erschwert.

Die Alterssicherung beruht in der Bundesrepublik auf drei Säulen. Die erste Säule umfasst die Pflichtversicherungen für abhängig Beschäftigte (Gesetzliche Rentenversicherung, Beamtenversorgung) und Teile der Selbstständigen (Landwirtschaftliche Altershilfe, Versorgungswerke der Freien Berufe), die zweite Säule die Zusatzversicherungen der Privatwirtschaft (Betriebliche Altersversorgung) und des Öffentlichen Dienstes (Zusatzversorgung für den Öffentlichen Dienst), die dritte Säule schließlich die private Altersvorsorge (Lebensversicherungen, Einkommen aus Vermögen etc.). Von überragender Bedeutung ist die Gesetzliche Rentenversicherung,

¹⁴⁶ Vgl. Walther (1998), S. 34; Meyer (1998), S. 20 f.

aus der fast 80 % der Einkommen westdeutscher und über 90 % der Einkünfte ostdeutscher Älterer stammen.¹⁴⁷

Zu den Eigenheiten und Folgen des Rentenberechnungssystems seien hier zwei Punkte hervorgehoben. Erstens stellt die Rente keinen vollständigen Lohnersatz dar; ihre Höhe beträgt derzeit 60–70 % des letzten individuellen Nettoeinkommens, und angesichts der derzeitigen Krise des Rentenversicherungssystems ist damit zu rechnen, dass es in Zukunft eher zu einer Absenkung als zu einer Anhebung dieses Wertes kommen wird. Zweitens führt die Art der Rentenberechnung dazu, dass die Einkommensunterschiede, die während der Zeit der Berufstätigkeit bestanden, im Alter weitgehend fortbestehen. Zum Teil erhebliche Nachteile ergeben sich vor allem für Angehörige traditionell gering entlohnter Berufe, für Frühinvaliditätsrentner, für häufig oder über längere Zeit Arbeitslose und in besonderem Maß für Frauen, deren Leistungen für Familie und Haushalt unberücksichtigt bleiben und die nach einer Verwitwung mit 60 % der Rente ihres verstorbenen Ehepartners auskommen müssen.¹⁴⁸

Eine Aufrechterhaltung des aus den Zeiten der Berufstätigkeit gewohnten Lebensstandards ist älteren Menschen nur möglich, wenn es ihnen gelingt, die „Versorgungslücke“ aus der Rentenversicherung durch andere Einkommensquellen wie Zusatzversicherungen bzw. Vermögensbestände wie Lebensversicherungen oder Immobilien zu schließen. Dies gelingt zumindest teilweise. Das Einkommen eines ledigen Ruheständlers beläuft sich derzeit auf durchschnittlich 76,5 % seines letzten Erwerbseinkommens.¹⁴⁹ Obwohl ältere Menschen demnach mehrheitlich finanzielle Einbußen nach dem Ende der Berufstätigkeit hinnehmen müssen, hat sich ihre materielle Situation insgesamt in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Ihre Teilnahme an der allgemeinen Wohlstandsentwicklung hat dazu geführt, dass sie finanziell heute besser gestellt sind, als es jemals zuvor in der Geschichte der Fall war. Obwohl für die Zukunft Niveaureduktionen nicht auszuschließen sind, gehen Prognosen auch für die kommenden Jahrzehnte von befriedigenden materiellen Lebensbedingungen für ältere Menschen aus.¹⁵⁰

Allerdings ist zu differenzieren. Die Einkommens- und Vermögensverteilung ist bei älteren Menschen sehr ungleichmäßig. Insgesamt ist Reichtum im Alter heute häufiger als Altersarmut. Die über 65-Jährigen können über etwa 15 Mrd. DM monatlich frei

¹⁴⁷ Vgl. Naegele (1994), S. 168; Naegele (2000), S. 395.

¹⁴⁸ Vgl. Naegele (1994), S. 169–177; Naegele (2000), S. 397–399.

¹⁴⁹ Vgl. Rürup (2000), S. 412 (Stand: 1997).

¹⁵⁰ Vgl. Tews (1994), S. 35–37; Prahl/Schroeter (1996), S. 115; Schölkopf/Sacher (2000), S. 382–387; BMFSFJ (2001), S. 192; Deutsches Zentrum (2002), S. 294–297.

verfügen; ihr Geldvermögen beläuft sich auf etwa 700 Mrd. DM, der Wert ihres Grundbesitzes auf etwa 800 Mrd. DM. Damit verfügen sie über ein Viertel des gesamten Geldvermögens in Deutschland, obwohl sie nur 17 % der Haushalte stellen; ihre Kaufkraft liegt über der der 20- bis 30-Jährigen.¹⁵¹ Allerdings ist dieser Reichtum ungleich verteilt; während die oberen 10 % der Rentnerhaushalte fast die Hälfte des Nettogeldvermögens auf sich vereinen, entfällt auf die unteren 50 % der Haushalte nur etwa ein Zehntel.¹⁵²

Altersarmut ist demgegenüber – verglichen etwa mit der Armut von Kindern und Jugendlichen – ein stark rückläufiges Phänomen. Tabelle 6 zeigt die Entwicklung der Armutsquote in den 1990er Jahren nach zwei verschiedenen Quellen (in %).

	West			Ost		
	Gesamt	61–75 Jahre	über 75 Jahre	Gesamt	61–75 Jahre	über 75 Jahre
1990	10,5	6,6	7,9	3,4	2,6	3,7
1995	13,0	6,9	7,3	11,5	2,2	2,6

	Gesamt	55–69 Jahre	ab 70 Jahre	Gesamt	55–69 Jahre	ab 70 Jahre
	1993	10	10	10	6	6
1998	11	9	7	10	5	1

Tabelle 6: Entwicklung der Armutsquote 1990–1995 bzw. 1993–1998¹⁵³

Abweichungen zwischen den beiden Erhebungen beruhen auf unterschiedlichen Armutsdefinitionen und unterschiedlichen Altersgruppen. Insgesamt ist deutlich zu erkennen, dass die Armutsquote der älteren Menschen unter jener der Gesamtbevölkerung liegt und im Gegensatz zu dieser nicht steigt, sondern weiter sinkt. Das Gleiche gilt für die Sozialhilfequoten.¹⁵⁴ Dennoch gibt es in unserer Gesellschaft nach wie vor ältere Menschen, die unter der Armutsschwelle leben; dies betrifft in erster Linie allein stehende ältere Frauen, ausländische Rentner aus der Generation der sogenannten „Gastarbeiter“ sowie ältere Menschen mit unsteten Lebensformen (Vertriebene, Flüchtlinge, Obdachlose, Langzeitarbeitslose, Behinderte).¹⁵⁵

¹⁵¹ Vgl. Prahls/Schroeter (1996), S. 115; Naegele (2000), S. 400; Rürup (2000), S. 412.

¹⁵² Vgl. Naegele (2000), S. 400 f.; BMFSFJ (2001), S. 201.

¹⁵³ Für die Jahre 1990 und 1995 nach Schölkopf/Sacher (2000), S. 388. Für 1993 und 1998 nach den Wohlfahrts-Surveys; vgl. Deutsches Zentrum (2002), S. 294–297.

¹⁵⁴ Vgl. Baur et al. (1997), S. 163; Schölkopf/Sacher (2000), S. 388; BMFSFJ (2001), S. 200 f.

¹⁵⁵ Vgl. Prahls/Schroeter (1996), S. 114; Naegele (2000), S. 400.

Der ganz überwiegende Teil der älteren Menschen verfügt jedoch über materielle Ressourcen, die ein selbstständiges und unabhängiges Leben erlauben. Dies hat in den vergangenen Jahrzehnten nicht zuletzt zu erheblichen Veränderungen in Lebensstandard und Lebensstil der älteren Bevölkerung geführt. Der Anteil der Ausgaben für Grundbedürfnisse (Nahrungsmittel, Getränke, Kleidung) an den Gesamtausgaben der älteren Menschen ist seit den 1960er Jahren kontinuierlich gesunken, im Gegenzug ist der Anteil der Ausgaben für gehobenen Bedarf (Verkehr und Nachrichtenübermittlung, Bildung, Unterhaltung und Freizeit, Reisen) stetig gestiegen.¹⁵⁶ Das Bild des genügsamen, bescheidenen älteren Menschen, das auf die Kriegs- und Nachkriegsgeneration vielleicht noch zugetragen haben mag, ist heute längst überholt. Dies zeigt sich auch an der Entwicklung der Haushaltsausstattung älterer Menschen mit langlebigen Gebrauchsgütern. In nahezu allen Haushalten finden sich heute ein Fernsehgerät, ein Telefon, eine Waschmaschine, ein Kühlschrank und ein Gefriergerät. Die Mehrzahl der 55- bis 70-Jährigen und fast die Hälfte der über 70-Jährigen verfügen über ein Auto. Die Ausstattung der Haushalte älterer Menschen mit Geräten wie Stereoanlage, Videorecorder, Computer oder Mikrowellenherd liegt derzeit zwar noch deutlich unter dem Durchschnitt, aber auch diese Geräte werden von der jüngeren Altengeneration zunehmend genutzt.¹⁵⁷ Viele ältere Menschen zeigen sich konsum- und experimentierfreudig, wollen sich nach einem langen Arbeitsleben etwas gönnen und auch demonstrativ zum Ausdruck bringen, dass sie ein Recht darauf haben, an unserem gesellschaftlichen Wohlstand teilzunehmen. Sie interessieren sich zu 65 % für Mode und Bekleidung, zu 64 % für Körperpflege und Kosmetik und zu 60 % für Reisen und Touristik und reduzieren keineswegs „automatisch“ ihre Bedürfnisse.¹⁵⁸

Die Pluralisierung der Lebensstile, die ein gesamtgesellschaftliches Charakteristikum unserer Zeit ist, hat auch das Alter erfasst. Aus dem eindimensionalen Lebensstiltyp des zurückgezogenen, kranken und verarmten alten Menschen, der über Jahrhunderte Geltung hatte, hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von multidimensionalen Lebensstiltypen entwickelt.¹⁵⁹ Seit den späten 1980er Jahren existieren soziologische Lebensstiltypologien für das Alter, von denen jene der Institute Infratest, Sinus und Becker aus dem Jahr 1991 bis heute die wohl einflussreichste ist. Sie unterscheidet für die Gruppe der 55- bis 70-Jährigen vier zentrale Lebensstile:

¹⁵⁶ Vgl. Tews/Naegele (1990), S. 269–273; Naegele (1994), S. 189; Balsen (1996), S. 196; Rürup (2000), S. 414.

¹⁵⁷ Vgl. Balsen (1996), S. 198; Baur et al. (1997), S. 172; BMFSFJ (2001), S. 264.

¹⁵⁸ Vgl. Balsen (1996), S. 195–199.

¹⁵⁹ Vgl. Tokarski (1998), S. 111–113.

- Die aktiven „neuen Alten“ (25 %, ca. 2,4 Mio.). Ihr Lebensstil ist gekennzeichnet durch Selbstverwirklichung, Kreativität, Lebensgenuss, Konsum- und Experimentierfreude, Mobilität, Kontakt- und Kommunikationsfreudigkeit.
- Die sicherheits- und gemeinschaftsorientierten Älteren (29 %, ca. 2,8 Mio.). Sie bevorzugen das ruhige Genießen ohne Verpflichtungen, erfüllen sich Wünsche, für die sie früher keine Zeit hatten, tendieren zu Geselligkeit und gemeinsamen Unternehmungen mit Freunden.
- Die pflichtbewusst-häuslichen Älteren (31 %, ca. 2,9 Mio.). Ihren traditionellen Lebensstil kennzeichnen Bescheidenheit, Sparsamkeit, Pflichterfüllung und die Konzentration auf „Heim und Herd“; sie suchen ihren bescheidenen Wohlstand zu bewahren und leben weitgehend zurückgezogen.
- Die resignierten Älteren (15 %, ca. 1,4 Mio.). Dies ist kein bewusst gewählter Lebensstil, sondern die Lebensweise sozial und materiell benachteiligter älterer Menschen; Pessimismus, Resignation, Einsamkeit und Ängste bestimmen ihren Alltag.¹⁶⁰

Während die Bedeutung der beiden letztgenannten Gruppen kontinuierlich abnimmt, steigt der zahlenmäßige Anteil der beiden ersten Gruppen. Das Markt- und Konsumforschungsunternehmen Grey Deutschland zählt bereits 35 % der älteren Menschen zu den *Master Consumers* (vergleichbar den „neuen Alten“) und 33 % zu den *Maintainers* (vergleichbar den sicherheits- und gemeinschaftsorientierten Älteren).¹⁶¹ Diese Lebensstile werden das Alter in Zukunft wesentlich prägen. Sie begründen ein neues Anspruchsdenken der älteren Generation, das auch auf dem Gesundheitssektor wesentliche Auswirkungen hat und zu berücksichtigen ist, wenn es gilt, eine geriatrische Einrichtung zu entwerfen, die den Bedürfnissen ihrer Klientel entspricht.

2.4.2 Soziale Integration und soziale Netzwerke

Verschiedene Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass soziale Integration eine der zentralen Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung eines unabhängigen und selbstständigen Lebens im Alter ist.¹⁶² Sich in einem Geflecht sozialer Beziehungen aufgefangen und eingebunden zu wissen, mildert die

¹⁶⁰ Vgl. Infratest/Sinus/Becker (1991), S. 82–92.

¹⁶¹ Vgl. Kolland (2000), S. 181.

¹⁶² Vgl. Stosberg (1998), S. 178.

Verlusterlebnisse und Ängste, die das Alter so negativ prägen können.¹⁶³ Das Bewusstsein, sozial integriert zu sein und im Bedarfsfall Hilfe und Unterstützung im sozialen Umfeld zu finden, geht mit einer besseren Gesundheit und einem höheren Wohlbefinden einher; intensive soziale Beziehungen erhöhen die Lebenserwartung. Umgekehrt kann Einsamkeit die Gesundheit und Lebenszufriedenheit wesentlich beeinträchtigen.¹⁶⁴

Allerdings ist Einsamkeit ein subjektiver Zustand; während sich der eine in einer bestimmten Lebenssituation einsam fühlt, mag dies auf einen anderen in der gleichen Situation nicht zutreffen. Entscheidend für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit ist nicht die Anzahl der sozialen Kontakte, sondern ihre Qualität und Intensität.¹⁶⁵ Gerade für ältere Menschen ist außerdem die Reziprozität der Beziehungen wichtig. Sie wollen weder mehr geben als nehmen noch mehr nehmen als geben, d. h. sie wollen weder ausgenutzt werden noch hilfsbedürftig erscheinen. Sie wollen sowohl das Gefühl haben, noch gebraucht zu werden, als auch die Sicherheit, im Bedarfsfall jemanden zu haben, auf den sie sich verlassen können.¹⁶⁶

Wie sieht es nun in der Realität mit der sozialen Integration älterer Menschen in unserer Gesellschaft aus? In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt es im Alter zu einer Reduktion der Zahl der sozialen Beziehungen. Dies hat mehrere Ursachen. Der Rückzug aus dem Erwerbsleben führt zu einem Verlust an bisherigen Beziehungen aus den Bereichen der Arbeitswelt, der Vereine oder der Statusgruppen, während neue Kontakte, Aufgaben oder Pflichten nur geringfügig oder gar nicht hinzukommen.¹⁶⁷ Der Auszug der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt kann zu einer Reduktion der Anzahl und Qualität familiärer Kontakte führen. Mit wachsendem Alter steigt das Risiko, dass Freunde oder der Ehepartner sterben. Durch gesundheitliche Beeinträchtigungen verursachte Mobilitätseinschränkungen können ebenfalls zu einer Reduktion der sozialen Beziehungen beitragen.¹⁶⁸

Die sozialen Netzwerke älterer Menschen sind daher im Durchschnitt kleiner als in anderen Altersgruppen. Über 65-Jährige verfügen durchschnittlich über 5–15 wichtige oder enge Sozialbeziehungen, junge und mittelalte Erwachsene über 15–35.¹⁶⁹ Dennoch wäre es verfehlt, von einer generellen Tendenz zur sozialen Isolation bei älteren

¹⁶³ Vgl. Schmid (1995), S. 134 f.

¹⁶⁴ Vgl. Backes/Clemens (1998), S. 208; Lang (2000), S. 144.

¹⁶⁵ Vgl. Minnemann (1994), S. 142; Backes/Clemens (1998), S. 208.

¹⁶⁶ Vgl. Minnemann (1994), S. 143 f.

¹⁶⁷ Vgl. Reimann (1994b), S. 112–114, 120.

¹⁶⁸ Vgl. Hörl/Rosenmayr (1994), S. 75; Backes/Clemens (1998), S. 205.

¹⁶⁹ Vgl. Schütze/Lang (1993), S. 215; Lang (2000), S. 142.

Menschen zu sprechen. Sie neigen dazu, Kontakte mit weniger nahe stehenden Personen aufzugeben, um sich zu entpflichten, intensivieren aber die Kontakte zu emotional nahe stehenden Personen, kompensieren also die sinkende Anzahl von Sozialkontakten durch deren größere Intensität und Vertrautheit. Sie orientieren sich in ihren sozialen Beziehungen verstärkt an emotionalen Inhalten, wünschen enge und Sinn stiftende Beziehungen und suchen emotionalen Beistand.¹⁷⁰

Das Ausmaß an Vereinsamung im Alter wird daher oftmals überschätzt. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass etwa 5–12 % der älteren Menschen unter Isolation und Einsamkeit leiden.¹⁷¹ Nach den Ergebnissen des Alters-Survey von 1996 haben 11,8 % der 55- bis 69-Jährigen bzw. 13,0 % der 70- bis 85-Jährigen niemanden, den sie bei wichtigen Entscheidungen um Rat fragen können, und 12,3 % der 55- bis 69-Jährigen bzw. 13,7 % der 70- bis 85-Jährigen niemanden, bei dem sie Trost und Aufmunterung finden können.¹⁷² Groß aber ist die Angst vor Einsamkeit. In einer Befragung der Forschungsinstitute Infratest, Sinus und Becker stimmen 83 % der 55- bis 70-Jährigen der Aussage „Das größte Problem der älteren Menschen ist die Einsamkeit“ zu.¹⁷³ Und im Rahmen dieser Arbeit ist von besonderer Bedeutung die Feststellung, dass gerade jene älteren Menschen verstärkt unter Einsamkeit leiden, die in besonders hohem Maße zu den Klienten geriatrischer Einrichtungen zählen: hochbetagte Menschen, ältere Menschen mit Behinderungen, mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und mit eingeschränkter Mobilität sowie ältere Menschen, die in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe leben.¹⁷⁴

Will man eine geriatrische Einrichtung nach den Bedürfnissen der älteren Menschen planen, ist es außerdem wichtig, die Struktur ihrer sozialen Netzwerke zu kennen. Tabelle 7 zeigt, an welche Personen sich 70- bis 85-Jährige bei Unterstützungsbedarf wenden bzw. wenden könnten (nach dem Alters-Survey von 1996).

¹⁷⁰ Vgl. Lang (1998), S. 98–104; Ferring/Filip (1999), S. 127–137; Lang (2000), S. 142, 145.

¹⁷¹ Vgl. Tews (1994), S. 63; Prahl/Schroeter (1996), S. 127 f.; Backes/Clemens (1998), S. 207; Deutsches Zentrum (2002), S. 309.

¹⁷² Vgl. Künemund/Hollstein (2000), S. 270 f.

¹⁷³ Vgl. Infratest/Sinus/Becker (1991), S. 67.

¹⁷⁴ Vgl. Backes/Clemens (1998), S. 207; Tesch-Römer (2000), S. 165.

	Kognitive Unterstützung	Emotionale Unterstützung	Instrumentelle Unterstützung
Partner	74 %	76 %	99 %
Kinder	65 %	56 %	56 %
Freunde	9 %	11 %	10 %
Geschwister	9 %	10 %	7 %
Nachbarn	3 %	4 %	16 %
Enkel	3 %	4 %	13 %
Andere Verwandte	4 %	4 %	5 %
Bezahlte Helfer	–	–	8 %
Andere Personen	3 %	4 %	–

Tabelle 7: Soziales Unterstützungspotenzial älterer Menschen¹⁷⁵

Der Lebenspartner und die Kinder bilden in allen genannten Bereichen das mit Abstand wichtigste Unterstützungspotenzial. Trotz der viel beschworenen Krise der Institution Familie sind diese Beziehungssysteme die verlässlichsten und stabilsten Quellen sozialer Unterstützung und sozialer Integration im Alter.¹⁷⁶ Dies gilt vor allem für den Ehepartner. Viele Studien stärken die Hypothese vom u-förmigen Verlauf ehelicher Zufriedenheit: Zu Beginn der Ehe findet man einen Höhepunkt der Zufriedenheit, während der Phase der Kindererziehung zeigt sich ein Tiefpunkt, nach dem Auszug der Kinder erfolgt wieder ein Anstieg der Zufriedenheit.¹⁷⁷ Ältere Paare berichten im Vergleich zu jüngeren oder mittelalten Paaren über weniger Konflikte und mehr zärtlichen Austausch im Alltag sowie über mehr Freude an Intimität und gemeinsamen Erlebnissen; sie betonen die Intimitätskomponenten der emotionalen Sicherheit und Loyalität sowie Gefühle der Zugehörigkeit und Zärtlichkeit.¹⁷⁸ Vor diesem Hintergrund stellt der Tod des Lebenspartners gerade für ältere Menschen in der Regel eine tiefe Lebenskrise dar.¹⁷⁹

Zu den verlässlichsten Beziehungen älterer Menschen zählen die zu ihren Kindern, die oft durch finanzielle, instrumentelle und emotionale Hilfe in beide Richtungen gekennzeichnet sind.¹⁸⁰ Für den Charakter dieser Beziehungen aus Sicht der älteren Menschen sind die Schlagworte „Intimität durch Abstand“ oder „innere Nähe durch

¹⁷⁵ Zahlen nach BMFSFJ (2001), S. 226. Mehrfachnennungen möglich; Prozentsatz derjenigen Befragten, bei denen die betreffenden Personen bzw. Personengruppen existieren.

¹⁷⁶ Vgl. Backes/Clemens (1998), S. 199 f.; Lang (2000), S. 142 f.

¹⁷⁷ Vgl. Lehr (2000), S. 272 f.

¹⁷⁸ Vgl. Lang (2000), S. 143; BMFSFJ (2001), S. 225.

¹⁷⁹ Vgl. Dibelius (2000), S. 158 f.; Lehr (2000), S. 278–280.

¹⁸⁰ Vgl. Lang (2000), S. 143.

äußere Distanz“ geprägt worden.¹⁸¹ Die meisten älteren Menschen schätzen eine gewisse räumliche Distanz zu ihren Kindern oder Enkelkindern, um die innere Nähe nicht durch zu viel äußere Nähe zu gefährden, sind aber sehr wohl an intensiven und häufigen Kontakten interessiert. Sie möchten daher nicht direkt bei ihren Kindern, aber in deren Nähe wohnen.¹⁸² Wichtig ist für viele ältere Menschen die Großelternrolle, die zumeist mit positiven Erlebnissen und einer erhöhten sozialen Zufriedenheit verbunden ist und die Möglichkeit zum Erwerb einer neuen Rollenidentität bietet.¹⁸³

Die Gefahr der Isolierung und Vereinsamung besteht daher in besonders hohem Maß für verwitwete ältere Menschen, die kinderlos sind oder keinen Kontakt mehr zu ihren Kindern haben. Angesichts des Rückgangs der Geburtenziffern ist zu erwarten, dass sich die Zahl dieser älteren Menschen in den kommenden Jahrzehnten deutlich erhöhen wird.¹⁸⁴ Angesichts des allgemeinen Rückgangs familiärer Netzwerkmitglieder und der Veränderung der Lebensstile werden in Zukunft die außerfamiliären sozialen Beziehungen älterer Menschen an Bedeutung gewinnen. Ihre Förderung stellt eines der wesentlichen Mittel zur sozialen Integration älterer Menschen dar. In diesem Zusammenhang ist das Insulationskonzept zu nennen, das auf den Zusammenschluss älterer Menschen in Wohn-, Haus- oder Nachbarschaftsgemeinschaften zielt, um ihnen einen Ausgleich für fehlende Verwandtschaftsbeziehungen und für die Verabschiedung aus dem Erwerbsleben zu bieten, ihnen neue Rollen zu vermitteln und sie in eine Gruppe zu integrieren.¹⁸⁵ Freundschaftsbeziehungen können für das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen wichtiger sein als Familienbeziehungen, da sie auf Freiwilligkeit beruhen und weniger verpflichtenden Charakter haben.¹⁸⁶ Eine Förderung von Altentagesstätten, Altenzentren, Altenclubs und ähnlichen Einrichtungen ist daher aus sozialintegrativer Sicht genauso sinnvoll wie eine Unterstützung sozialer Netzwerke auf Quartiersebene (vgl. dazu auch Kapitel 3.3.2).¹⁸⁷

Aufgrund der deutlichen Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und Krankheit sowie Einsamkeit und Abhängigkeit zählt soziale Integration zu den wesentlichen Aufgaben eines bedürfnisorientierten geriatrischen Zentrums.

¹⁸¹ Vgl. Stosberg (1998), S. 174 f.

¹⁸² Vgl. Hörl/Rosenmayr (1994), S. 87; Reimann (1994b), S. 116 f.; Prah/Schroeter (1996), S. 129 f.

¹⁸³ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 131; Lang (2000), S. 143.

¹⁸⁴ Vgl. Backes/Clemens (1998), S. 202.

¹⁸⁵ Vgl. Reimann (1994b), S. 128 f.

¹⁸⁶ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 133.

¹⁸⁷ Vgl. Reimann (1994b), S. 123; Friedrichs (1995), S. 153–172; Schubert/Spieckermann (2002), S. 147.

2.4.3 Lebensansprüche und Lebensgestaltung

Die Ansprüche der älteren Menschen an das Leben sind gestiegen und werden in Zukunft weiter steigen, denn es wird nicht mehr die Kriegs- und Nachkriegsgeneration sein, die das Alter prägt, sondern eine im Wohlstand aufgewachsene Generation.¹⁸⁸ In einer Studie zu Lebenssituation und Lebenseinstellungen der 55- bis 70-Jährigen wird ein breites Spektrum an Motivstrukturen und Bedürfnissen herausgearbeitet, das sich zu den folgenden grundlegenden Faktoren zusammenfassen lässt:

- Wunsch nach materieller Sicherheit und Gesundheit
- Streben nach Komfort und Lebensgenuss
- Wunsch nach Kommunikation und Integration
- Wunsch nach Rückzug und Entpflichtung
- Bedürfnis nach Persönlichkeitswachstum und Kreativität
- Wunsch nach intensivem Leben und Selbstverwirklichung
- Bedürfnis nach Geborgenheit und Nähe
- Wunsch nach Freiheit und Unabhängigkeit¹⁸⁹

Dieses breite Bedürfnisspektrum schlägt sich auch in der Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung älterer Menschen zunehmend nieder. Zeitbudgeterhebungen zeigen, dass sie über durchschnittlich 6,5 Stunden Freizeit am Tag verfügen.¹⁹⁰ Verpflichtungen und Fremdbestimmung nehmen ab, und die Notwendigkeit, Zeit selbst zu strukturieren und Tages- und Wochenstrukturen zu schaffen, erhöht sich. Wie die älteren Menschen allerdings ihre freie Zeit ausfüllen, ist höchst unterschiedlich. Die Freizeitforschung hat gezeigt, dass es eine Kontinuität des Freizeitverhaltens vom mittleren zum höheren Lebensalter gibt. Da im Alter nur wenige neue Freizeitaktivitäten hinzukommen, findet sich im Alter in der Regel kein variables Freizeitverhalten, wenn ein solches nicht schon vor der Berufsaufgabe bestand.¹⁹¹

So tritt bei Menschen, deren Erwerbsleben durch wenig freie Zeit gekennzeichnet war, an die Stelle des eigentlich geplanten aktiven Lebensabends häufig ein gleichförmiger, ritualisierter Tagesablauf. Der Alltag ist vom Medienkonsum geprägt, vor allem von

¹⁸⁸ Vgl. Hörl/Rosenmayr (1994), S. 79.

¹⁸⁹ Vgl. Infratest/Sinus/Becker (1991), S. 36–40.

¹⁹⁰ Vgl. Kolland (2000), S. 179.

¹⁹¹ Vgl. Tews (1994), S. 57 f.

ausgedehntem Fernsehkonsum.¹⁹² Fernsehen und in geringerem Umfang Radio und Tageszeitung bieten die Möglichkeit, die zunehmend eingeschränkte direkte Kommunikation durch Sekundärkommunikation zu ersetzen. Das Fernsehen dient zur Zeitstrukturierung und Aufrechterhaltung eines Alltagsrhythmus, zur Realisierung von Identifikationserlebnissen, zum Nacherleben eigener Vergangenheit durch zeitgeschichtliche Sendungen oder alte Filme, zur Information sowie zur Unterhaltung und Entspannung als Ausgleich für die abnehmenden direkten Erlebnisse. Je weniger ältere Menschen am lebendigen Alltagsgeschehen teilnehmen, umso mehr wird das Fernsehen für sie zu einem unentbehrlichen Fenster zur Außenwelt.¹⁹³ Dies gilt vor allem für allein lebende ältere Frauen sowie für Personen, die kontaktarm, einkommensschwach und/oder gesundheitlich unzufrieden sind.¹⁹⁴

Für die Mehrheit der älteren Menschen sind zwei Aspekte in ihrer Lebensgestaltung besonders wichtig: ein klar gegliederter und ritualisierter Alltag sowie Ruhe, Muße und Entspannung in der Freizeit. So wie der Alltag in früheren Lebensphasen durch Berufsleben und familiäre Pflichten klar strukturiert war, so wollen sie auch im Alter leben; die „Zeitmarken“ werden überwiegend von den Mahlzeiten, von der Haushaltsarbeit und vom Fernsehprogramm gesetzt.¹⁹⁵ In der Freizeit, also der nicht strukturierten Zeit, die zumeist die Wochenenden und feste Zeiten am Nachmittag umfasst, dominieren Aktivitäten wie Spaziergehen, Ausflüge, Cafébesuche, oder man geht einem häuslichen Hobby nach.¹⁹⁶

Der vielbeschworene „Rentnerstress“ der „neuen Alten“ trifft tatsächlich nur auf eine Minderheit der älteren Menschen zu.¹⁹⁷ Dennoch hat das Aktivitätsniveau im Alter in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen und wird aller Voraussicht nach in Zukunft noch weiter ansteigen. Im Jahr 1992 haben bereits 67 % der 60- bis 69-Jährigen und 49 % der über 70-Jährigen eine Urlaubsreise von mehr als vier Tagen Dauer unternommen, und die Reisefreudigkeit steigt weiter an.¹⁹⁸ Auch die alltägliche Mobilität nimmt zu; betrug der Anteil der Führerscheininhaber in der Altersgruppe der über 65-Jährigen im Jahr 1976 18 %, so ist er 1990 auf 34 % und 2000 auf ca. 53 %

¹⁹² Vgl. Infratest/Sinus/Becker (1991), S. 72–75; Jonas (1996), S. 205; Doh (2000), S. 425 f.; Lehr (2000), S. 320.

¹⁹³ Vgl. Reimann (1994b), S. 129 f.; Tews (1994), S. 59; Jonas (1996), S. 206 f.; Doh (2000), S. 426 f.; Lehr (2000), S. 321.

¹⁹⁴ Vgl. Jonas (1996), S. 206 f.; Doh (2000), S. 426 f.

¹⁹⁵ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 147; Kolland (2000), S. 180.

¹⁹⁶ Vgl. Infratest/Sinus/Becker (1991), S. 77 f.; Kolland (2000), S. 180.

¹⁹⁷ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 148.

¹⁹⁸ Vgl. Hank/Helmstaedter (1996), S. 130.

gestiegen.¹⁹⁹ Daneben stoßen speziell abgestimmte Sportangebote für ältere Menschen (Ball- und Bewegungsspiele, Gymnastik, Radfahren, Wandern etc.) zunehmend auf Interesse. Das Gleiche gilt für Bildungsaktivitäten, die vor allem von den Volkshochschulen angeboten werden, und für kulturelle Angebote wie etwa die Seniorentheater, die mittlerweile ein breites Interessenspektrum abdecken.²⁰⁰

Insgesamt muss man heute von einer breiten Palette differenzierter Freizeitstile im Alter ausgehen. Manche ältere Menschen suchen in erster Linie Erholung und Entspannung, andere Information und Kommunikation, wieder andere Abwechslung und Selbstverwirklichung, und auch alle denkbaren Mischtypen sind anzutreffen.²⁰¹ Studien deuten darauf hin, dass es entscheidend zur Lebenszufriedenheit und zum Wohlbefinden älterer Menschen beiträgt, wenn sie ihren bevorzugten Freizeitstil verwirklichen können. Befriedigende Freizeitaktivitäten fördern die Gesundheit und die Lebenserwartung, die soziale Integration und die Selbstständigkeit.²⁰² Die Beachtung dieser Zusammenhänge ist für die Planung einer bedürfnisgerechten geriatrischen Einrichtung von zentraler Bedeutung.

2.5 Soziale Bedürfnisse älterer und kranker Menschen

Zusammenfassend wird im Folgenden noch einmal festgehalten, welche sozialen Bedürfnisse älterer und kranker Menschen heute von besonderer Bedeutung sind und welche Folgerungen sich daraus für die Planung eines geriatrischen Zentrums ergeben:

- Im Zusammenhang der Theorien des „erfolgreichen Alterns“ ist der Nachweis erbracht worden, dass die Lebenszufriedenheit älterer Menschen der beste Indikator für eine gelungene Anpassung an den Alternsprozess und damit für erfolgreiches Altern ist. Zu den wesentlichen Zielen eines geriatrischen Zentrums muss es daher gehören, die Lebenszufriedenheit seiner Klienten zu erhalten oder – wenn möglich – noch zu erhöhen.
- Ältere Menschen neigen dazu, ihr Selbstbild dem Altersbild anzupassen, das sie in ihrer Umwelt vorfinden. Altersbilder, die dem Defizitmodell verpflichtet sind oder einen „Generationenkrieg“ heraufbeschwören, wirken sich daher negativ auf

¹⁹⁹ Vgl. Prah/Schroeter (1996), S. 148.

²⁰⁰ Vgl. Tews (1994), S. 60 f.; Hank/Helmstaedter (1996), S. 130–133.

²⁰¹ Vgl. Lehr (2000), S. 169–171.

²⁰² Vgl. Kolland (2000), S. 179; Martin (2000), S. 173 f.

das Selbstbild und das Verhalten älterer Menschen aus und berauben sie zahlreicher Chancen. Eine Geriatrie sollte auf allen Ebenen eine Sichtweise vermitteln und fördern, die die Kompetenzen älterer Menschen betont und das Alter als gleichberechtigte Phase im Lebenslauf anerkennt.

- Es entspricht den Bedürfnissen älterer Menschen, sie nicht erst dann zu betreuen und zu unterstützen, wenn sie hilfsbedürftig geworden sind, sondern ihre Autonomie und Selbstständigkeit so weit zu stärken, dass Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gar nicht, erst später im Lebenslauf oder in geringerem Umfang entsteht. Diese Maxime steht inzwischen im Zentrum der Altenpolitik und Altenhilfe. Eine zeitgemäße und bedürfnisorientierte Geriatrie muss daher die Erhaltung und Stärkung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit älterer Menschen als vorrangiges Ziel verfolgen.
- In diesem Zusammenhang ist auch der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Pflege“ zu sehen, der seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes ein zentraler Gedanke der Altenhilfe ist. Die Stärkung der Prävention und Rehabilitation soll Pflegebedürftigkeit vermeiden oder überwinden. Dies bedeutet eine Abkehr vom Pflegefalldenken und eine Stärkung des Bewusstseins, dass Pflegebedürftigkeit kein endgültiger Zustand ist. Vor diesem Hintergrund muss eine Geriatrie alle Möglichkeiten, die Prävention und Rehabilitation heute bieten, ausschöpfen.
- Immer mehr Menschen leben heute immer länger, leiden aber am Ende ihres Lebens auch unter immer mehr Krankheiten (Multimorbidität des Alters). Vor allem Herz- und Kreislauferkrankungen und Störungen des Bewegungsapparates im physischen Bereich sowie Demenzen und Depressionen im psychischen Bereich werden in Zukunft das hohe Alter noch stärker prägen. In all diesen Bereichen muss eine Geriatrie auf dem neuesten medizinischen und behandlungsmethodischen Stand sein.
- Das subjektive Krankheitsempfinden älterer Menschen ist für ihr Wohlbefinden und ihre Lebenszufriedenheit mindestens genauso wichtig wie das „objektive“ medizinische Bild und stellt außerdem den stärksten Prädiktor für Langlebigkeit dar. Zu den zentralen Aufgaben einer Geriatrie muss daher gehören, die älteren Menschen in ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden positiv zu unterstützen.
- Es entspricht den Bedürfnissen der älteren Menschen, ihnen so lange wie möglich ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten häuslichen

Umgebung zu ermöglichen. Eine Geriatrie sollte sich daher nicht auf die stationäre und teilstationäre Arbeit beschränken, sondern die Interessen der älteren Menschen über die engeren Grenzen der Einrichtung hinaus vertreten und sie auch in ihrer privaten Wohnumgebung unterstützen.

- Der Lebensstandard der älteren Menschen ist deutlich gestiegen. Lebensstile, die gekennzeichnet sind durch Selbstverwirklichung, Lebensgenuss, Konsumfreude, Mobilität, Genießen und Geselligkeit, prägen das Alter bereits heute und werden es in Zukunft noch stärker prägen. Traditionelle Vorstellungen von Genügsamkeit und Bescheidenheit müssen aufgegeben werden. Diesen gestiegenen Bedürfnissen der älteren Menschen, die sich auch auf den Gesundheitssektor auswirken, muss eine moderne Geriatrie gerecht werden.
- Soziale Integration ist eine der zentralen Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit im Alter. Sie geht mit einer besseren Gesundheit, einem höheren Wohlbefinden und einer höheren Lebenserwartung einher. Einsamkeit hingegen beeinträchtigt die Gesundheit und die Lebenserwartung. Ältere Menschen suchen emotional intensive und Sinn stiftende Beziehungen. Zu den zentralen Aufgaben einer Geriatrie zählt daher die Unterstützung der älteren Menschen bei der Aufrechterhaltung oder Verbesserung ihrer sozialen Integration.
- Die Gefahr der Isolierung und Vereinsamung besteht in besonders hohem Maß für verwitwete ältere Menschen, die kinderlos sind oder keinen Kontakt zu ihren Kindern haben. Vor allem für diese Menschen sind außerfamiliäre soziale Beziehungen in Form von Freundschafts- und Nachbarschaftsnetzwerken von großer Bedeutung. Ihre Förderung ist eines der wesentlichen Mittel zur sozialen Integration älterer Menschen. Eine Geriatrie muss in diesem Bereich zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beitragen.
- Die Ansprüche der älteren Menschen an das Leben steigen. Das Aktivitätsniveau im Alter nimmt zu, und eine breite Palette differenzierter Freizeitstile hat sich entwickelt. Es trägt wesentlich zur Hebung der Lebenszufriedenheit älterer Menschen bei, wenn sie ihren bevorzugten Freizeitstil verwirklichen können; Gesundheit, soziale Integration und Selbstständigkeit können auf diese Weise gesteigert werden. Bei der Planung und Verwirklichung einer Geriatrie ist daher in besonderem Maß darauf zu achten, dass den unterschiedlichsten Freizeitbedürfnissen Rechnung getragen wird.

3 Alte und kranke Menschen im Raum

3.1 Zur Bedeutung von Raum und Umwelt für ältere Menschen

Die gerontosoziologische und gerontopsychologische Forschung der vergangenen Jahre hat den Nachweis erbracht, dass die Bedeutung der engeren sozialräumlichen Umwelt für die Lebensgestaltung und Lebenszufriedenheit des Menschen mit wachsendem Alter zunimmt. Für diesen Prozess sind mehrere Ursachen herausgearbeitet worden. Der wohl wichtigste Grund besteht darin, dass im Alter das Bedürfnis nach jener Form von räumlicher Identität zunimmt, die – je nach der wissenschaftlichen Perspektive – mal als „Zuhause“, mal als „Aneignung“, mal auch – mit einem allerdings politisch wie weltanschaulich belasteten Begriff – als „Heimat“ bezeichnet wird:

- Sich in einer bestimmten Umgebung „zu Hause“ zu fühlen, heißt, ein Gefühl der Zugehörigkeit und der Geborgenheit zu entwickeln, das sich auf ein Haus, eine Straße oder auch ein Quartier beziehen kann. Dieses Gefühl gilt als wesentliche Komponente der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens gerade im Alter, wenn sich die Aktionsräume nach dem Ende der Berufstätigkeit zunehmend auf die nähere Wohnumgebung beschränken (vgl. Kapitel 3.3.1).²⁰³
- Unter „Aneignung“ wird der Prozess verstanden, sich in einer interaktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt ein Zuhause zu schaffen. Aneignung umfasst die handelnde Erschließung des physikalischen wie auch des sozialen Raumes, die Gewinnung von Kontrolle über einen bestimmten Umweltbereich. In diesem Zusammenhang wird das (u. a. vom Architekten) Vorgegebene kreativ genutzt und verändert. Nur wenn dieser Prozess ermöglicht wird und schließlich auch gelingt, können ältere Menschen eine feste Orientierung in der Welt und eine Identifikation mit der Umwelt erlangen.²⁰⁴
- Auch Heimatgefühle sind für ältere Menschen wichtiger als für andere Altersgruppen. Heimat entwickelt sich dort, wo zentrale Erfahrungen zur Gewinnung von Identität gemacht wurden; es ist ein Ort, mit dem intime Bedeutungen und Gefühle verbunden werden. Gerade in unserer schnelllebigen Zeit kann die physikalisch-räumliche und sozialräumliche Umwelt für ältere Menschen

²⁰³ Vgl. Walden (1995), S. 84.

²⁰⁴ Vgl. Herlyn (1990), S. 11 f.; Walden (1995), S. 78–90.

nur dann eine stabilisierende Funktion erlangen, wenn sie den Charakter einer „Heimat“ aufweist.²⁰⁵

Die große Bedeutung der engeren sozialräumlichen Umgebung für ältere Menschen ist jedoch nicht nur auf diese Aspekte zurückzuführen. Vor allem jene Älteren, die Einbußen in der körperlichen Mobilität, Einschränkungen in der Seh- und Hörfähigkeit, eine gestiegene Krankheitsanfälligkeit und kognitive Veränderungen aufweisen, sind umweltabhängiger, empfindlicher für und verletzbarer durch belastende Umweltbedingungen.²⁰⁶ Dies heißt, dass die Bedeutung der engeren sozialräumlichen Umwelt gerade für jene älteren Menschen besonders groß ist, die zu den Klienten geriatrischer Einrichtungen zählen.

In den vergangenen Jahrzehnten sind im Rahmen der gerontologischen Forschung mehrere Theorien zur Person-Umwelt-Beziehung im Alter entwickelt worden, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind:

- Die vor allem auf Lawton zurückgehenden Kompetenzmodelle besagen, dass die Umwelt für kompetente Personen kaum verhaltensbestimmend ist, für behinderte und in der Mobilität eingeschränkte Personen hingegen in starkem Maß. Kranke und behinderte ältere Menschen sind einem besonders starken „Umweltdruck“ ausgesetzt, dessen Verarbeitung ihren Alltag wesentlich bestimmt. Ihre Selbstständigkeit kann nur dann erhalten bzw. gefördert werden, wenn es gelingt, ihre Fähigkeiten zur Adaptation an Umweltbedingungen zu stärken.²⁰⁷
- Die Kongruenzmodelle im Gefolge der Forschungen von Kahana und Carp gehen davon aus, dass die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden älterer Menschen sowie eine befriedigende Adaptation an die Anforderungen des Alters dann wahrscheinlicher sind, wenn es gelingt, eine Übereinstimmung zwischen den Umweltgegebenheiten und den Bedürfnissen herzustellen. Unter den räumlichen Bedürfnissen stehen dabei die Wohnbedürfnisse an erster Stelle.²⁰⁸
- Nach den Stressverarbeitungsmodellen in Anlehnung an Schooler ist eine Zufriedenheit mit den Umweltbedingungen im Alter dann wahrscheinlich, wenn das Bewältigungsrepertoire der älteren Menschen ausreicht, um den Anforderungen und Belastungen der Umwelt gerecht werden zu können. Es geht

²⁰⁵ Vgl. Herlyn (1990), S. 25–27; Walden (1995), S. 90.

²⁰⁶ Vgl. Saup (1993), S. 12.

²⁰⁷ Vgl. Saup (1993), S. 31–37; Lehr (2000), S. 123, 294 f.; Wahl (2000), S. 205.

²⁰⁸ Vgl. Saup (1993), S. 38–45; Lehr (2000), S. 295 f.; Wahl (2000), S. 205 f.

vorrangig darum, dieses Bewältigungsrepertoire zu verbessern bzw. zu erweitern.²⁰⁹

Gemeinsam ist diesen Ansätzen erstens, dass sie den Einfluss der sozialräumlichen Umwelt auf Lebensbedingungen, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit im Alter als fundamental ansehen. Als gesichert darf heute die Erkenntnis gelten, dass vor allem die Aufrechterhaltung der Kompetenzen zur Alltagsbewältigung stark von den Gegebenheiten der Wohnung und des Wohnumfeldes abhängt.²¹⁰ Zweitens gehen alle Ansätze davon aus, dass die Person-Umwelt-Beziehung im Alter grundsätzlich veränderbar und optimierbar ist. Auf der Grundlage dieser Überzeugung sind seit den 1980er Jahren zahlreiche Forschungen zu der Frage unternommen worden, auf welche Weise die Umweltbedingungen für ältere und gesundheitlich eingeschränkte Menschen optimiert werden können. Die Ergebnisse dieser Forschungen lassen sich in drei Gruppen einteilen:

- Forschungsergebnisse zur Person-Umwelt-Transaktion, die in ihrer Anwendung dazu beitragen, eine möglichst lange Selbstständigkeit und Alltagskompetenz alter Menschen zu erhalten;
- Forschungsergebnisse, die in ihrer Anwendung dazu beitragen, Umwelten für ältere Menschen mit optimalem Anregungsgehalt zu schaffen;
- Forschungsergebnisse zur Verringerung der Planer-Nutzer-Kluft.²¹¹

Mit diesen Forschungen befassen sich die unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen. Aus dem Bereich der Sozial- und Verhaltenswissenschaften zählen dazu die Umwelt- und Sozialpsychologie, die Stadt- und Siedlungssoziologie, die Ökologische Soziologie bzw. Sozialökologie und die Sozialgeographie, aus dem Bereich der Ingenieurwissenschaften und eher technisch orientierten Disziplinen sind Architektur und Stadtplanung, Haushaltswissenschaft, Designwissenschaft und Verkehrswissenschaft zu nennen. Im Rahmen der interdisziplinären Ökologischen Gerontologie wird der Versuch unternommen, die Ergebnisse dieser Disziplinen zusammenzuführen.²¹²

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse dieser Forschungen zusammengetragen und diskutiert, soweit sie für das Thema der vorliegenden Arbeit

²⁰⁹ Vgl. Saup (1993), S. 45–47; Wahl (2000), S. 206.

²¹⁰ Vgl. etwa Olbrich/Diegritz (1995), S. 199–212.

²¹¹ Vgl. Wahl (2000), S. 207.

²¹² Vgl. Saup (1993), S. 13, 20 f.; Karl (1999), S. 152–159; Wahl/Oswald/Mollenkopf (1999), S. 16 f.

relevant sind. Dabei orientiert sich der Aufbau der Untersuchung an der Dreiteilung in Makroebene, Mesoebene und Mikroebene der Umwelt, die aus der Stadtsoziologie und der Sozialökologie bekannt ist. Die drei Ebenen entsprechen der Stadt (Makroebene), dem Wohnquartier bzw. Stadtviertel (Mesoebene) sowie der Wohnung bzw. dem Haus (Mikroebene).²¹³ Das Schwergewicht der Darstellung liegt angesichts des Themas der vorliegenden Arbeit eindeutig auf der Mikroebene.

3.2 Makroebene: Alte und kranke Menschen in der Stadt

3.2.1 Elemente der lebenswerten Stadt

Erstaunlicherweise liegen bislang kaum Forschungsergebnisse zu der Beziehung zwischen älteren Menschen und der modernen Stadt vor, und dies, obwohl die ältere Generation allein aus demographischen Gründen für die Stadtentwicklung immer wichtiger wird. Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit den besonderen Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien etwa von jugendlichen Stadtbewohnern, von Migranten oder Frauen, die in der Stadt wohnen, aber ältere Menschen – dieser Eindruck drängt sich auf – scheint es in unseren Städten kaum zu geben.²¹⁴ Auch die Stadtsoziologie hat sich ihnen bislang im Wesentlichen nur aus zwei Perspektiven zugewendet: in Studien zur residentiellen Segregation (Kapitel 3.2.2) und in Untersuchungen zum städtischen Aktionsraumverhalten (Kapitel 3.3.1).²¹⁵

Über die Einstellungen und Bedürfnisse älterer Stadtbewohner wissen wir hingegen nach wie vor kaum etwas. Erst in den letzten Jahren beginnen sich Studien dem Thema zu nähern. Eine in Frankfurt a. M. und Dresden durchgeführte Repräsentativerhebung zu der Frage „Welche Probleme in Bezug auf die Stadt beeinträchtigen Sie am meisten?“ zeigt, nach Altersgruppen aufgeschlüsselt, das folgende Bild (siehe Tabelle 8).

²¹³ Vgl. Wahl (2000), S. 203. Siehe auch die Unterscheidung zwischen den drei Soziosystemen „Haus“, „Dorf“ und „Stadt“ bei Hassenpflug (1993), S. 180.

²¹⁴ Vgl. Ipsen (1999), S. 507.

²¹⁵ Vgl. Karl (1999), S. 152.

Beeinträchtigung	bis 30 Jahre	31–40 Jahre	41–50 Jahre	51–60 Jahre	über 60 Jahre
Kinderfeindlichkeit	1,1	3,5	0,5	0,0	0,0
Autos/Lärm	29,1	22,4	17,1	18,0	16,2
Wohnungen knapp	8,7	11,0	7,0	5,2	4,5
Umwelt	8,4	7,0	8,0	6,4	1,9
Arbeitslosigkeit	3,4	3,9	7,0	7,0	3,9
Kriminalität	7,0	11,0	10,7	16,3	22,7
Keine Probleme	14,8	20,2	26,2	30,2	31,2

Tabelle 8: Beeinträchtigungswahrnehmungen in der Stadt nach Altersgruppen (in %)²¹⁶,

Zwei Aspekte sind besonders auffällig. Zum einen weisen die älteren Stadtbewohner nach eigener Aussage geringere Beeinträchtigungen durch die städtische Umwelt auf als alle anderen Altersgruppen; dies gilt, was auf den ersten Blick verwundern mag, auch für Belästigungen durch Autos, Lärm und Umweltverschmutzung. Diese vermeintliche Zufriedenheit dürfte jedoch auf eine gewisse Resignation zurückzuführen sein; die Älteren rechnen zum großen Teil nicht mehr damit, etwas in ihrer städtischen Umwelt verändern zu können, hoffen auch nicht mehr auf Besserung, sondern finden sich mit der Realität ab.²¹⁷ Zum anderen ist gerade vor diesem Hintergrund das hohe Sicherheitsbedürfnis der älteren Stadtbewohner erkennbar, die den Faktor „Kriminalität“ noch vor dem Faktor „Autos/Lärm“ als stärkste Beeinträchtigung in der städtischen Umwelt nennen. Dies stimmt mit den Ergebnissen des Alters-Surveys von 1996 überein, wo nur 19,3 % der 40- bis 54-Jährigen, aber 31,7 % der 55- bis 69-Jährigen und 48,9 % der 70- bis 85-Jährigen darüber klagen, ihr Wohnumfeld sei „nachts unsicher“.²¹⁸

Das ansonsten geringe Interesse der Wissenschaft an den älteren Stadtbewohnern mag auch darauf zurückzuführen sein, dass die moderne Stadt mit den ihr zugeschriebenen Eigenschaften der Fortschrittlichkeit, Dynamik, Geschwindigkeit und Prosperität nicht zu dem zu passen scheint, was in der Regel mit „dem Alter“ assoziiert wird.²¹⁹ Die lebenslustige Jugend und das schaffenskräftige Erwachsenenalter werden mit der Stadt in Verbindung gebracht, während das Alter eher zu dem vermeintlich „rückständigen“ Land zu gehören scheint. Die moderne Stadt der Nachkriegszeit, wie sie in den 1950er bis 1970er Jahren entstanden ist, wirkt daher auch geradezu „altersfeindlich“. Dies gilt

²¹⁶ Zahlen nach Ipsen (1999), S. 512.

²¹⁷ Vgl. Ipsen (1999), S. 514.

²¹⁸ Vgl. Motel/Künemund/Bode (2000), S. 167.

²¹⁹ Vgl. Eckel (1996), S. 163.

in erster Linie für den Massenwohnungsbau der 1950er Jahre und die Errichtung der auto- und konsumgerechten Stadt in den wachstumsgläubigen 1960er Jahren. Auch die Restaurierungs- und Bewahrungsversuche der 1970er Jahre erschöpften sich eher in Äußerlichkeiten („Fassadenstil“), als dass es zu einer echten Revitalisierung der Städte gekommen wäre.²²⁰

Seit den 1970er Jahren ist die Kritik an der modernen Stadtplanung und Stadtentwicklung kontinuierlich gewachsen. Stichworte dieser Kritik sind etwa „Verödung“ durch den Siedlungsbau, „Entmischung“ und „Monofunktionalisierung“ durch quartiersbezogene Funktionenfestschreibung, „Segregation“, „autogerechte Stadt“, Wohnungen als „Stapelware“, „Entfremdung“ der Menschen von sich selbst und anderen, „Vereinsamung“ und „Isolierung“.²²¹ Die Orientierung der planerischen Leitbilder an den Zielen von Wirtschaft und Politik statt an den Bedürfnissen der Bevölkerung hat „graubunte Trabantenstädte, zu Shopping-Centern herausgeputzte Stadtkerne, ausufernde Einfamilienhaus-Kolonien und Reste ehemaliger Vegetation“²²² entstehen lassen, in denen ältere Menschen vergeblich nach Orten suchen, die „ihre“ Orte sind.

Die seit den 1980er Jahren erstarkten Gegenbewegungen zur modernen Stadt in Form der ökologischen Stadterneuerung und des postmodernen Städtebaus sind bereits genannt worden (vgl. Kapitel 1.2).²²³ Das übergreifende Konzept, das diese Bewegungen miteinander verbindet, ist das der humanen, lebenswerten Stadt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind folgende Elemente dieses Konzeptes hervorzuheben, die in besonderer Weise den Bedürfnissen älterer Stadtbewohner entsprechen:

- **Gestaltung multifunktionaler statt monofunktionaler Räume.** Gerade ältere Menschen, deren Aktionsräume im Vergleich mit anderen Altersgruppen eingeschränkt sind (vgl. Kapitel 3.3.1), können nur dann Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden in der Stadt entwickeln, wenn sie alle für sie wichtigen Einrichtungen in angemessener Nähe zu ihrer Wohnung vorfinden. So brauchen sie, um nur ein Beispiel zu nennen, kleine Geschäfte in der Stadt und keine Einkaufszentren auf der grünen Wiese.²²⁴

²²⁰ Zu den Stadtgestaltungsphasen der Nachkriegszeit vgl. Fischer (1995), S. 55; Keul (1995), S. 6.

²²¹ Vgl. Eckel (1996), S. 163.

²²² Keul (1995), S. 2.

²²³ Vgl. dazu Rodenstein (1991), S. 62–66; Keul (1995), S. 6–12.

²²⁴ Vgl. Rodenstein (1991), S. 63; Hassenpflug (2002), S. 44 f.

- **Belebung städtischer Nachbarschaftsnetzwerke und Solidaritätspotenziale.** Urbanität im Sinne städtischer Lebenskultur ist nur möglich, wenn das mitmenschliche Netzwerk der Stadt funktioniert. Dies gilt besonders für ältere Menschen, für die soziale Netzwerke von primärer Bedeutung sind (vgl. Kapitel 2.4.2). Geißler drückt es knapp und treffend aus: „Die Zukunft der Stadt liegt in Perspektiven der Solidarität“.²²⁵
- **Schaffung gesundheitsförderlicher städtischer Lebenswelten.** Dieses Prinzip verfolgt auch die WHO seit der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung in Ottawa (1986), u. a. mit dem langfristigen Entwicklungsprojekt „*Healthy Cities*“, das darauf abzielt, die Gesundheit als Leitthema in die Entscheidungsprozesse europäischer Städte einzubinden.²²⁶
- **Erhaltung von wichtigen Orientierungspunkten.** Ältere Menschen nehmen ihre Umgebung stärker als andere Altersgruppen aus einer biographischen Perspektive wahr. Sie haben eine „Landkarte“ mit wichtigen Orten im Kopf, die für sie Orientierung, Erinnerung und Vertrautheit bedeuten und begründen. Derartige Orte behutsam zu erhalten und nicht vorschnell Neubauprojekten zu opfern, ist aus der Perspektive älterer Menschen wesentliches Element einer humanen Stadtgestaltung.²²⁷

Dem grundlegenden Ziel der lebenswerten Stadtgestaltung ist auch die vorliegende Arbeit verpflichtet. In diesem Sinne gilt es, die oben genannten, besonders altersrelevanten Elemente der „humanen Stadt“ bei der Planung einer modellhaften Geriatrie zu berücksichtigen.

3.2.2 Makrotrends: Segregation, Suburbanisierung, Gentrification

Von den sozioökonomischen Entwicklungen, die unsere Städte in den vergangenen Jahrzehnten geprägt haben, sind hier jene der Segregation, der Suburbanisierung und der Gentrification näher zu behandeln, da sie für die Situation der älteren Menschen von besonderer Relevanz sind.

Unter Segregation, auch als residentielle Segregation bezeichnet, ist eine ungleiche Verteilung bestimmter Bevölkerungsgruppen über die städtischen Teilgebiete zu

²²⁵ Geißler (1998), S. 113.

²²⁶ Vgl. Keul (1995), S. 6–12.

²²⁷ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 22 f.

verstehen. Ungleichheiten in der Bevölkerungsstruktur bilden sich in der räumlichen Verteilung der Stadtbewohner ab. Am tief greifendsten betrifft dieser Prozess die Ungleichheitskriterien des sozialen Status und der ethnischen Zugehörigkeit; so konzentrieren sich vor allem Arbeiter und ausländische Migranten in benachteiligten Stadtvierteln mit überwiegend schlechter Bausubstanz und schlechter Infrastruktur, in denen die gesundheitlichen Risiken und die Kriminalitätsraten höher und die Arbeitsmarktchancen geringer sind als in anderen Stadtvierteln.²²⁸

Auch ältere Menschen sind von dieser Entwicklung betroffen, wenngleich in geringerem Maß. In den 1980er und 1990er Jahren haben Studien eine starke Segregation älterer Menschen in unseren Städten herausgearbeitet, ohne dass es gerechtfertigt wäre, von einer echten „Gettobildung“ zu sprechen.²²⁹ Mit zunehmendem Alter steigt das Ausmaß der Segregation immer weiter an. Dieser Prozess hat verschiedene negative Folgen. Es kommt zu einer Desintegration älterer Menschen, ihre Distanz gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen wächst. Erfolgt die Segregation in sozial benachteiligte Viertel, etwa in Wohngebiete am Rand der Innenstädte mit Baubeständen aus der Vorkriegszeit und geringem Mietniveau, lassen sich bei den älteren Menschen eine geringe Lebenszufriedenheit und schwache Sozialkontakte feststellen.²³⁰ Diesen Segregationstendenzen muss durch Integration im sozialen und kulturellen Bereich gegengesteuert werden.²³¹ Hier sind die Politik und die Altenhilfe gefragt, und eine innerstädtische Geriatrie sollte Teil dieser Bemühungen sein.

Der Prozess der Suburbanisierung hat in Deutschland in den 1960er Jahren eingesetzt. Zu verstehen ist darunter die Verlagerung von großen Teilen der Bevölkerung aus den Kernstädten in das städtische Umland (suburbane Zonen). Ursachen dieses Prozesses sind die niedrigeren Grundstückspreise im Umland, die Umlanderschließung durch zunehmende Motorisierung sowie die ökologischen Vorteile des Umlandes.²³² Träger sind in erster Linie die jungen Familien der Mittelschicht, die dem gesellschaftlichen Leitbild des Eigenheims im Grünen folgen. In den Innenstädten bleiben überproportional viele ältere und einkommensschwache Menschen sowie ausländische Migranten zurück.²³³ War 1950 der Anteil der unter 20-Jährigen in den Kernstädten noch mehr als doppelt so groß wie der der über 65-Jährigen (25,8 % gegenüber 10,0 %),

²²⁸ Vgl. die Überblicksdarstellung bei Friedrichs (1995), S. 79–98.

²²⁹ Vgl. Karl (1999), S. 153.

²³⁰ Vgl. Vaskovics (1990), S. 59–73.

²³¹ Vgl. Häußermann (2002), S. 80.

²³² Vgl. Friedrichs (1995), S. 99–114.

²³³ Vgl. Strohmeier (1996), S. 68.

so waren die beiden Gruppen im Jahr 1995 bereits fast gleich stark (18,4 % gegenüber 16,7 %).²³⁴ Die Innenstädte verarmen und drohen zu sozialen Brennpunkten zu werden. Seit den 1980er Jahren hat jedoch eine Gegenbewegung eingesetzt, die unter dem Stichwort der *gentrification* zu einer Revitalisierung der Innenstädte beiträgt. Wohnungspolitisch unterstützt seit dem Städtebauförderungsgesetz von 1971, werden die innerstädtischen Wohngebiete zunehmend saniert, aufgewertet und damit für einkommensstärkere Bevölkerungsgruppen wieder interessanter gestaltet.²³⁵ Die ersten *gentrifier* waren die herangewachsenen Kinder der „Häuslebauer“ der 1960er und 1970er Jahre, die in den Innenstädten ein reizvolles Umfeld für ihren neuen, zumeist nicht familial orientierten Lebensstil erblickten.²³⁶ Ihnen sind weitere Bevölkerungsgruppen gefolgt, so dass es wieder zu einer stärkeren Mischung der Bevölkerung in den innerstädtischen Wohngebieten kommt, vor allem dort, wo eine reizvolle Architektur besteht, z. B. Mehrfamiliengebäude aus der Zeit der Jahrhundertwende. Neue Geschäfte eröffnen und werten die Wohnviertel zunehmend auf. Der Preis sind steigende Mieten, so dass einkommensschwache Bewohner aus diesen städtischen Regionen verdrängt werden.²³⁷

Für die älteren Menschen in den Innenstädten überwiegen die positiven Folgen der Gentrification. Da sie materiell überwiegend gut gestellt sind (vgl. Kapitel 2.4.1) und aufgrund langer Wohndauer eher unterdurchschnittlich von der Mietpreissteigerung betroffen sind, verbleiben sie zu einem größeren Teil in den innerstädtischen Wohngebieten als andere, sozial schwache Bevölkerungsgruppen. Sie profitieren daher von der Wiederaufwertung der Innenstädte, von der „Renaissance des Wohnens in der Stadt“.²³⁸ Als Folge der Durchmischung erhöht sich ihre Integration, die zunehmende Attraktivität ihres Wohnumfeldes wirkt sich positiv auf ihre Lebenszufriedenheit aus. Suburbanisierung und Gentrification stehen sich heute als gegenläufige Tendenzen gegenüber. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Aufwertung und die stärkere bevölkerungsstrukturelle Durchmischung der innenstadtnahen Wohngebiete zur Steigerung der Lebensqualität der dort wohnenden älteren Menschen beitragen können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird zu klären sein, wie eine innenstadtnahe Geriatrie in diese Entwicklung integriert werden kann.

²³⁴ Vgl. Walther (1998), S. 27–29.

²³⁵ Vgl. Friedrichs (1995), S. 119–123.

²³⁶ Vgl. Strohmeier (1996), S. 68.

²³⁷ Vgl. Blasius (1996), S. 183–198.

²³⁸ Strohmeier (1996), S. 69.

3.3 Mesoebene: Alte und kranke Menschen im Quartier

3.3.1 Das Quartier als Lebensraum

Für ältere Menschen ist die engere Wohnumgebung, das Quartier bzw. Stadtviertel, als Lebensraum von größerer Bedeutung als für andere Altersgruppen. Dieser Zusammenhang ist in den vergangenen Jahren durch die Erkenntnisse der Aktionsraumforschung und der Zeitbudgetforschung eindeutig belegt worden.²³⁹

Zeitbudgetstudien zeigen, dass die Wohnung und ihre engste Umgebung (Garten, Eingangsbereich) mit wachsendem Alter immer stärker zum zentralen Lebensmittelpunkt werden. Nach einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes verbringen Personen im Alter zwischen 35 und 44 Jahren täglich im Durchschnitt 15,57 Stunden in diesem sozialräumlichen Nahbereich; dieser Wert steigt bei den 60- bis 64-Jährigen auf 17,56 Stunden (Männer) bzw. 19,43 Stunden (Frauen), bei den 65- bis 69-Jährigen auf 19,22 bzw. 20,04 Stunden und bei den über 70-Jährigen auf 19,50 bzw. 20,43 Stunden.²⁴⁰ Die Lebensbezüge engen sich zunehmend auf diesen Nahbereich ein; so ist z. B. das neu erwachende Interesse pensionierter Männer an Wohnung, Haus und Garten auffällig.²⁴¹

Die Außer-Haus-Aktivitäten erfahren im Alter aber nicht nur eine zeitliche, sondern auch eine räumliche Einschränkung. Die Beziehung zwischen dem Alter und dem Aktionsraum einer Person hat, grafisch dargestellt, die Form eines umgekehrten U: Während der Aktionsraum in der Kindheit noch sehr klein ist, erreicht er in der Jugend seine größte Ausdehnung, schrumpft im Erwachsenenalter abhängig von Erwerbstätigkeit und Kinderzahl und wird im Alter wieder sehr klein.²⁴² Die von älteren Menschen aufgesuchten Aktionsräume außer Haus sind in erster Linie Läden, vor allem jene in der unmittelbaren Umgebung, und Grünanlagen, in zweiter Linie Kirchen, Arztpraxen, Friedhöfe sowie die Wohnungen von Freunden und Bekannten; seltener genannt werden Altentagesstätten, Beratungsstellen, Bibliotheken, Theater, Kinos, Vereine, Gaststätten, Cafés sowie Sport- und Bildungsstätten.²⁴³ Dies ist keineswegs auf Interesselosigkeit zurückzuführen, sondern darauf, dass mit zunehmender

²³⁹ Vgl. Karl (1999), S. 154.

²⁴⁰ Vgl. Küster (1998), S. 72. Siehe auch Walther (1998), S. 33.

²⁴¹ Vgl. Reimann (1994a), S. 140; Flade (1997), S. 17.

²⁴² Vgl. Friedrichs (1990), S. 172. Der Aktionsraum lässt sich definieren als die Menge aller von einer Person in einem bestimmten Zeitraum aufgesuchten Orte in einer Stadt (vgl. Friedrichs (1990), S. 168).

²⁴³ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 148.

Einschränkung des Aktionsraumes immer mehr Einrichtungen „unerreichbar“ werden. Der Gesundheitszustand ist hier von entscheidender Bedeutung: Während mobile ältere Menschen durchaus größere Entfernung außer Haus zurücklegen, beschränkt sich der Aktionsraum behinderter bzw. gesundheitlich eingeschränkter älterer Menschen oft auf einen Radius von weniger als 500 m rund um ihre Wohnung.²⁴⁴

Dies muss für die Betroffenen nicht unbedingt eine Belastung, sondern kann auch eine Entlastung bedeuten, denn sie können diejenigen Räume meiden, in denen sie sich in früheren Lebensphasen nicht durchsetzen konnten oder die ihrer altersspezifischen Rolle nicht entsprechen.²⁴⁵ Die Einschränkung des Aktionsraumes im Alter kann also durchaus positiv erlebt werden, indem sie den älteren Menschen ermöglicht, sich auf jene Örtlichkeiten zu konzentrieren, die ihnen vertraut sind und an denen sie sich wohl und geborgen fühlen.²⁴⁶ Denn dieses Gefühl der Vertrautheit und Geborgenheit zählt zu den zentralen Bedürfnissen älterer Menschen im Hinblick auf ihre Umwelt und ist, wie mehrere Studien belegen, von großer Bedeutung für das psychophysische Wohlbefinden.²⁴⁷ Langfristiges Wohnen in einer bestimmten Umgebung bedeutet Kontinuität der Lebensumstände, die für die Zufriedenheit älterer Menschen eine große Rolle spielt.

Viele ältere Menschen sind mit ihrer Wohnung und deren Umgebung regelrecht „verwachsen“. Nach den Ergebnissen des Alters-Survey von 1996 leben 70,3 % der 55- bis 69-Jährigen und 79,9 % der 70- bis 85-Jährigen seit über 30 Jahren in der gleichen Stadt, 61,6 % der 55- bis 69-Jährigen und 68,1 % der 70- bis 85-Jährigen seit über 20 Jahren in der gleichen Wohnung; 75,0 % der 55- bis 69-Jährigen und 72,9 % der 70- bis 85-Jährigen geben an, sich mit ihrer Wohngegend verbunden zu fühlen.²⁴⁸ Nach einer Repräsentativerhebung der Nürnberger Gesellschaft für Konsumforschung können es sich 91,5 % der 60- bis 70-Jährigen und 95,0 % der 70- bis 75-Jährigen nicht vorstellen, die Wohnung noch einmal zu wechseln.²⁴⁹ Dies gilt auch, wenn die Wohnbedingungen erhebliche Mängel aufweisen; Vertrautheit und Geborgenheit in einem bekannten Quartier sind den älteren Menschen in solchen Fällen höhere Güter als Wohnungsstandards.²⁵⁰ Auch wenn Behinderungen und chronische Krankheiten das selbstständige Leben erschweren, gehört es zu den dringendsten Wünschen älterer

²⁴⁴ Vgl. Friedrichs (1990), S. 175.

²⁴⁵ Vgl. Herlyn (1990), S. 23.

²⁴⁶ Vgl. Wahl (2000), S. 204.

²⁴⁷ Vgl. Saup (1993), S. 85.

²⁴⁸ Vgl. Motel/Künemund/Bode (2000), S. 167, 173 f.

²⁴⁹ Vgl. Nakielski (1996b), S. 286.

²⁵⁰ Vgl. Saup (1993), S. 16 f.

Menschen, in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben zu können.²⁵¹ Wie groß die Bedeutung der vertrauten Umgebung für Ältere ist, zeigt auch die Tatsache, dass Verwitwete, die nach dem Tod des Partners aus wirtschaftlichen Gründen aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen, diesen unfreiwilligen Umzug oft wie einen „zweiten Tod“ empfinden.²⁵²

Diese Forschungsergebnisse zeigen, wie wichtig die engere Wohnumgebung für ältere Menschen ist. Das Quartier wird zu der zentralen Bezugsgröße schlechthin. Es ist für Ältere nicht nur ein Wohn- und Aufenthaltsort, sondern ein Handlungs-, Erfahrungs-, Erlebnis-, Kontakt- und Orientierungsort.²⁵³ Je länger sie in einem Quartier wohnen, umso stärker ist ihre biographische Verankerung in dieser Umgebung, sowohl durch Erinnerungen, die sich mit einzelnen Orten oder Dingen verbinden, als auch durch jahrelang gewachsene Nachbarschaftsbeziehungen.²⁵⁴ Nur die Verankerung in einem Quartier kann älteren Menschen die für sie so wichtigen Heimatgefühle und Gefühle des Zuhause-seins vermitteln. Auch die Politik hat diese Zusammenhänge erkannt, wie Auszüge aus der Stellungnahme der Bundesregierung zum Zweiten Altenbericht zeigen:

Die Wohnungs- und Altenpolitik der Bundesregierung orientiert sich an dem Wunsch der überwiegenden Zahl älterer Menschen, möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung mit den gewachsenen sozialen Kontakten zu leben. Ältere Menschen fühlen sich mit dem „gewohnten Zuhause“ eng verbunden. Für sie ist das Wohnquartier eine nicht selten über Jahrzehnte gewachsene Heimat geworden. [...] Die Bundesregierung unterstützt den Wunsch älterer Menschen, in der vertrauten Umgebung zu bleiben.²⁵⁵

Für eine innerstädtische Geriatrie bedeutet dies, dass sie nur dann den Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht werden kann, wenn sie organisch in die vorhandenen Quartiersstrukturen integriert wird und zur altersgerechten Verbesserung dieser Strukturen beiträgt.

3.3.2 Zur Bedeutung des aktiven Quartiersmanagements

Die große soziale Bedeutung von lebendigen, integrativen und organisch gewachsenen Quartiersstrukturen ist erst seit den 1980er Jahren wirklich erkannt und in konkretes Handeln umgesetzt worden. Zu nennen sind hier zunächst zwei Initiativen des Bundes

²⁵¹ Vgl. Strüder (1999), S. 158.

²⁵² Vgl. Dibelius (2000), S. 160.

²⁵³ Vgl. Thabe (1997), S. 8.

²⁵⁴ Vgl. Oswald (1998), S. 250–256; Lehr (2000), S. 300.

²⁵⁵ BMFSFJ (1998), S. IV.

bzw. der Länder, die auf Quartiersbelegung, soziale Quartiersentwicklung und aktives Quartiersmanagement setzen:

- Seit den frühen 1990er Jahren führt das Bundesbauministerium im Rahmen des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus das Forschungsfeld „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier“ durch, in dem 21 an den Bedürfnissen des Alters orientierte Modellvorhaben zusammengefasst sind. Das Ziel besteht darin, die Möglichkeiten älterer Menschen zum Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung zu verbessern, die Nachbarschaftsnetzwerke und die gesellschaftliche Teilhabe der Älteren zu stärken und das Zusammenleben der Generationen zu fördern. Die Modellvorhaben sind sowohl in innerstädtischen Altbauquartieren wie auch in Wohnsiedlungen der Nachkriegszeit und im städtischen Umland angesiedelt.²⁵⁶
- Das Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ ist Ergebnis des Politikwechsels im Bund (1998) und richtet sich primär auf solche Quartiere, in denen sich ökonomische und soziale Problemlagen konzentrieren. Ende 1999 beschlossen, ist es im Jahr 2000 als Gemeinschaftsinitiative von Bund und Ländern in die Umsetzungsphase eingetreten. Es soll die Lebenssituation in problembehafteten Quartieren verbessern und segregierte Stadtteile stabilisieren. Zu diesem Zweck sollen Defizite im Hinblick auf Sozialstruktur und Zusammenleben, baulichen Bestand, Ausstattung mit sozialer und stadtteilkultureller Infrastruktur, Wohnungsqualität, Wohnumfeld und Umwelt behoben werden.²⁵⁷

Quartiersbelegung und aktives Quartiersmanagement zählt zu den wichtigsten sozialen und politischen Aufgaben der näheren Zukunft. Im Hinblick auf die Lebenssituation der älteren Menschen sind vor allem vier Aspekte von zentraler Bedeutung:

➤ **Förderung der Nachbarschaftsnetzwerke**

Nachbarschaftsnetzwerke, auch residentielle Netzwerke genannt, spielen in der Stadt eine wesentlich größere Rolle als lange vermutet. Da in der Stadt die Bedeutung der Verwandtschaftsnetzwerke sinkt, steigt die Bedeutung der Nicht-Verwandten im Netzwerk. Die Nachbarschaft stellt eine wichtige Not- und Hilfgemeinschaft dar, auf die Städter vor allem dann zurückgreifen, wenn es um

²⁵⁶ Als Überblicksdarstellung vgl. Breuer/Fuhrich (1993), S. 250–259; zur tieferen Information vgl. Breuer/Fuhrich (1995), S. 15 f., 57–98, 123–160.

²⁵⁷ Vgl. Walther (2002), S. 27–34.

kleinere Hilfeleistungen im Alltag geht. Die Bedeutung der Nachbarschaft widerspricht der gängigen These einer sozialen Entwurzelung der Großstädter.²⁵⁸ Vor allem für ältere Menschen sind Nachbarschaftsnetzwerke eine wichtige Quelle für Hilfe und Unterstützung und erhöhen zudem das Sicherheitsgefühl. Ihre Förderung hat in der Initiative „Soziale Stadt“ den Charakter eines Leitbildes der sozialen Stadtentwicklung erlangt.²⁵⁹ Vor allem der kommunitaristische Diskurs in den 1980er und 1990er Jahren hat eine Renaissance von Nachbarschaft und residentien Netzwerken begründet.²⁶⁰

➤ **Erhöhung des Anregungscharakters der Quartiere**

Die gerontologische Forschung hat den Nachweis erbracht, dass anregende und stimulierende Umweltbedingungen die geistigen und körperlichen Fähigkeiten älterer Menschen fördern und eine wesentliche Bedingung für Umweltkompetenz im Alter darstellen. Die Interessantheit der Nachbarschaft stellt einen wesentlichen Faktor für die Wohnzufriedenheit älterer Menschen dar.²⁶¹ Der Anregungsgehalt eines Quartiers kann z. B. durch die Anlage erlebnisreicher Spazierwege, durch die Ermöglichung von Naturerlebnissen „vor der Haustür“ oder durch die Einrichtung von interessanten Begegnungs- und Kontakträumen gefördert werden.²⁶²

➤ **Verbesserung der Erreichbarkeit wichtiger Infrastruktureinrichtungen**

Wie bereits gezeigt, beeinflusst die räumliche Distanz vor allem bei gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen wesentlich die Fähigkeit, ob und wie eine Umgebung genutzt werden kann. Es ist daher von großer Bedeutung, dass ältere Quartiersbewohner die für sie wichtigen Infrastruktureinrichtungen in angemessener Distanz zu ihrer Wohnung vorfinden. Dazu zählen z. B. Einrichtungen des öffentlichen Nahverkehrs, Ärzte, Apotheken, Gaststätten, Geschäfte, Post, Bank, Friseure, aber auch soziale und kulturelle Einrichtungen, Bildungseinrichtungen oder ein Altenservicezentrum.²⁶³ Die Frage, ob ältere Menschen diese Versorgungsangebote in fußläufiger Erreichbarkeit vorfinden,

²⁵⁸ Vgl. Friedrichs (1995), S. 153–172.

²⁵⁹ Vgl. Schubert/Spieckermann (2002), S. 147–151.

²⁶⁰ Vgl. Etzioni (1997).

²⁶¹ Vgl. Saup (1993), S. 86 f.

²⁶² Vgl. Flade (1997), S. 27; BMFSFJ (1998), S. 144, 147.

²⁶³ Vgl. Reimann (1994a), S. 159; Thabe (1997), S. 45.

stellt einen wichtigen Faktor für die Lebenszufriedenheit und die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im Alter dar.²⁶⁴

➤ **Intensivierung der quartiersbezogenen Altenarbeit**

Für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen in ihrem angestammten Wohnumfeld ist eine ausreichende Verfügbarkeit von quartiersbezogenen ambulanten und teilstationären Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe von entscheidender Bedeutung. Dazu zählen hauswirtschaftliche Dienste (Wäsche- und Reparaturdienste, Putzdienste, Essen auf Rädern), Begleit-, Besuchs- und Transportdienste, Pflegedienste und therapeutische Dienste, Dienste der zugehenden Beratung und der Hilfevermittlung, Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation, Notrufsysteme sowie Selbsthilfe- und Fremdhilfeaktivitäten auf ehrenamtlicher und Laienbasis (z. B. Seniorenbüros).²⁶⁵

Diese domizilorientierte Altenhilfe ist seit den 1970er Jahren, als die ersten professionellen Pflegedienste und Sozialstationen das alte Modell der Gemeindeschwestern ablösen, deutlich intensiviert worden.²⁶⁶ In den 1990er Jahren hat sich die Entwicklung nochmals beschleunigt: Allein zwischen 1993 und 1995 ist die Zahl der Sozial- und Diakoniestationen bundesweit von etwa 4.000 auf über 6.000 gestiegen, und nach der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der ambulanten Pflegedienste sprunghaft auf über 11.000 erhöht.²⁶⁷ Servicezentren bzw. Servicestationen sind mittlerweile zum gesellschaftlichen Mittelpunkt für ältere Menschen geworden und bieten Möglichkeiten für Gespräche, Beratungs- und Hilfeangebote, Erfahrungsaustausch sowie Freizeitgestaltung.²⁶⁸

Über Formen der zugehenden Altenarbeit im Quartier können auch die zurückgezogenen und sozial benachteiligten Teile der älteren Bevölkerung zunehmend erreicht werden. Die zugehende Altenarbeit konzentriert sich auf möglichst unaufdringliche Angebotsformen, etwa im Rahmen von Informationsständen, Auftritten bei Vereins- und Mieterversammlungen sowie bei kirchlichen Veranstaltungen oder in Form von „zufälligen“ Begegnungen in Parkanlagen, auf Märkten und am Gartenzaun. Diese Hilfen sind vor allem für solche älteren Menschen von Bedeutung, die nach einem Krankenhausaufenthalt

²⁶⁴ Vgl. Saup (1993), S. 82 f.

²⁶⁵ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 107 f.

²⁶⁶ Vgl. Saup (1993), S. 125 f.; Zörner/Forster (1996), S. 94–99.

²⁶⁷ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 108.

²⁶⁸ Vgl. Giessler/Müller (1996), S. 74 f.

oder einer Rehabilitation in ihr Wohnumfeld zurückkehren.²⁶⁹ Um diese Angebote noch bedürfnisgerechter gestalten zu können, bedarf es in Zukunft einer wesentlich engeren Zusammenarbeit von Pflegediensten, Sozialplanung und Städtebauplanung.²⁷⁰

Eine innerstädtische, quartiersnahe und bedürfnisgerechte Geriatrie muss diese zentralen altersbezogenen Elemente des aktiven Quartiersmanagements in ihre Angebote und ihre Arbeit integrieren. Wie dies geschehen kann, soll im Verlauf der vorliegenden Arbeit modellhaft aufgezeigt werden (vgl. besonders Kapitel 6).

3.4 Mikroebene: Alte und kranke Menschen in der Wohnung

3.4.1 Leben in der eigenen Wohnung

Von den über 65-Jährigen leben in Deutschland derzeit 93,1 % im „normalen“ Wohnungsbestand und 1,6 % in speziellen Altenwohnungen; insgesamt leben also knapp 95 % der älteren Menschen in einer eigenen Wohnung.²⁷¹ Dies zeigt, dass das Leben in der Privatwohnung auch im Alter das mit Abstand dominierende Wohnmuster darstellt. Zahlreiche gerontologische Studien haben gezeigt, dass das selbstständige Wohnen in einer vertrauten Umgebung für ältere Menschen von besonders großer Bedeutung ist und stärker als andere Wohnformen den Bedürfnissen des Alters entspricht. Dazu tragen vor allem die folgenden Faktoren bei:

- Die Wohnung als Ganzes und bestimmte Objekte innerhalb der Wohnung sind im Alter stärker als in anderen Lebensphasen Teil der individuellen Identität, da sie Teil der eigenen Biographie und Träger von Erinnerungen sind. Vor allem Möbel, Bilder und Fotografien transportieren Erinnerungen und Andenken und sind Zeichen der Verbundenheit mit der Familie oder mit anderen Menschen.²⁷² Die Wohnung und ihre Einrichtung sind das sichtbare Porträt einer individuellen Biographie.²⁷³
- Die Qualität der Wohnbedingungen und die Zufriedenheit mit ihnen hat einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand älterer Menschen. Eine

²⁶⁹ Vgl. Karl (2000), S. 250–252.

²⁷⁰ Vgl. Asam (1995), S. 17–34.

²⁷¹ Vgl. Walther (1998), S. 33; BMFSFJ (2001), S. 124.

²⁷² Vgl. Csikszentmihalyi/Rochberg-Halton (1989), S. 73–111.

²⁷³ Vgl. Saup (1999), S. 49.

Untersuchung zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung im Alter“ zeigt enge Zusammenhänge zwischen der Wohnqualität und dem Grad der Selbstständigkeit auf: Von den relativ selbstständigen älteren Menschen leben 13,8 % unter ungünstigen oder schlechten, aber 43,3 % unter eher guten oder guten Wohnbedingungen; bei den hilfebedürftigen älteren Menschen ist das Verhältnis 33,5 % gegenüber 23,6 %, bei den pflegebedürftigen 45,0 % gegenüber 10,6 %.²⁷⁴ Gute Wohnbedingungen in einer vertrauten Umgebung erhöhen Gesundheit, Wohlbefinden und Selbstständigkeit älterer Menschen.

- Die Verwurzelung in einer angestammten Umgebung ist für ältere Menschen von besonders großer Bedeutung, was auch eine Erklärung für die geringe Wohnmobilität im Alter ist (vgl. Kapitel 3.3.1). Im Alter erhält die Wohnung stärker als in anderen Lebensphasen die Funktion eines individuellen Rückzugsbereichs und wird zum zentralen Aufenthaltsort mit starker emotionaler Bindung. Sie ist ein Ort des Lebensrückblicks und der Lebensbilanzierung und auch der Ort, an dem viele ältere Menschen ihr Leben beschließen möchten.²⁷⁵
- Die Wohnung zählt zu den wichtigsten Dimensionen der Lebensstil-Performanz und ermöglicht die Demonstration von Stil, Individualität und Sozialprestige.²⁷⁶ Auch im Alter gewinnen differenzierte Lebensstile stetig an Bedeutung (vgl. Kapitel 2.4.1). Die Wohnmuster der älteren Menschen verändern sich zu einer größeren Vielfalt der Formen und zu mehr ästhetischem Eigensinn statt Traditionalismus und Nostalgie. In Zukunft wird das Bedürfnis der Älteren nach differenzierten Wohnstilen weiter steigen, und diesem Bedürfnis vermag nur die Privatwohnung gerecht zu werden.²⁷⁷

Charakteristisch ist auch, dass ältere Menschen in Privatwohnungen oft subjektiv eine höhere Wohnzufriedenheit aufweisen, als es ihre objektiven Wohnverhältnisse erwarten lassen würden. Nach den Ergebnissen des Alters-Surveys von 1996 bewerten 84,3 % der 55- bis 69-Jährigen und 85,4 % der 70- bis 85-Jährigen ihre derzeitige Wohnsituation als „sehr gut“ oder „gut“.²⁷⁸ Ähnlich deutlich ist das Bild im Wohlfahrts-Survey von 1998: In den alten Bundesländern sind 94 % der 55- bis 69-Jährigen und 96 % der ab 70-Jährigen mit ihrer Wohnung „eher zufrieden“ gegenüber 89 % in allen

²⁷⁴ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 25.

²⁷⁵ Vgl. Saup (1999), S. 49–51.

²⁷⁶ Vgl. Lüdtker (1999), S. 60.

²⁷⁷ Vgl. Lüdtker (1999), S. 61–66.

²⁷⁸ Vgl. Motel/Künemund/Bode (2000), S. 170.

Altersgruppen (neue Bundesländer: 85 % bzw. 89 % gegenüber 81 %).²⁷⁹ Diese hohe Zufriedenheit mit der eigenen Wohnung immer noch mit der Genügsamkeit und Bescheidenheit älterer Menschen und mit ihrem geringen Anspruchsniveau erklären zu wollen, erscheint heute nicht mehr angemessen, denn aufgrund des gestiegenen Lebensstandards sind die Ansprüche der Älteren an das Wohnen gestiegen.²⁸⁰ Vielmehr haben gerade ältere Menschen aufgrund ihrer langen Wohndauer eine starke Identifizierung mit der eigenen Wohnung entwickelt. Die Vertrautheit und Geborgenheit, die sie in ihrer Wohnung empfinden, und die Erinnerungen, die sie mit ihr verbinden, sind ihnen wichtiger als vermeintlich „objektive“ Wohnstandards und Wohnungsausstattungsmerkmale.²⁸¹

Dennoch ist die objektive Qualität der Wohnverhältnisse von großer Bedeutung, wenn es darum geht zu beurteilen, ob und in welchem Umfang den älteren Menschen heute ein selbstständiges Leben in ihrer Privatwohnung möglich ist. Grundsätzlich ist festzustellen, dass das Wohnniveau der älteren Menschen in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland erheblich gestiegen ist. Dies betrifft in erster Linie die Kriterien der Eigentumsquote, der Wohnungsgröße und der Wohnungsausstattung.

Die Wohneigentumsquote der älteren Menschen steigt kontinuierlich an.²⁸² Nach den Angaben des Wohlfahrts-Survey von 1998 wohnen in den alten Bundesländern 64 % der 55- bis 69-Jährigen und 63 % der ab 70-Jährigen in der eigenen Wohnung bzw. dem eigenen Haus, was deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 53 % liegt. In den neuen Bundesländern liegt die Quote niedriger (39 % unter den 55- bis 69-Jährigen, 35 % unter den ab 70-Jährigen, 36 % in der Gesamtbevölkerung), steigt aber deutlich an.²⁸³ Allerdings bestehen deutliche Unterschiede in Bezug auf die Haushaltsgröße: In den Mehrpersonenhaushalten liegt die Wohneigentumsquote bei den über 65-Jährigen etwa doppelt so hoch wie in den Einpersonenhaushalten.²⁸⁴

Auch die durchschnittlichen Wohnungsgrößen der Altenhaushalte sind in den vergangenen Jahrzehnten deutlich angestiegen, allein zwischen 1965 und 1988 bei den Eigentümern von 56,9 qm auf 81,5 qm und bei den Mietern von 44,6 qm auf 67,2 qm.²⁸⁵ Nach der Gebäude- und Wohnungsstichprobe von 1993 betrug die durchschnittliche Wohnungsgröße der Altenhaushalte 80,8 qm in den alten und 61,2 qm in den neuen

²⁷⁹ Vgl. Deutsches Zentrum (2002), S. 306.

²⁸⁰ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 20.

²⁸¹ Vgl. Saup (1993), S. 102 f.

²⁸² Vgl. Naegele (1994), S. 188.

²⁸³ Vgl. Deutsches Zentrum (2002), S. 300 f.

²⁸⁴ Vgl. Baur et al. (1997), S. 23.

²⁸⁵ Vgl. Naegele (1994), S. 188.

Bundesländern, die durchschnittliche Wohnfläche pro Person 50,1 qm bzw. 40,5 qm.²⁸⁶

Tabelle 9 zeigt die entsprechenden Werte nach dem Wohlfahrts-Survey von 1998.

	West			Ost		
	Gesamt	55–69 Jahre	ab 70 Jahre	Gesamt	55–69 Jahre	ab 70 Jahre
qm pro Person (Ø)	44,2	51,8	60,0	34,4	37,1	46,9
Räume pro Person (Ø)	1,8	2,0	2,4	1,5	1,6	2,0

Tabelle 9: Wohnfläche und Wohnräume pro Person nach Altersgruppen²⁸⁷

Die Älteren haben im Durchschnitt sowohl eine größere Wohnfläche als auch eine größere Anzahl von Räumen zur Verfügung als die Gesamtheit der Bevölkerung. Nur noch eine kleine Minderheit der älteren Menschen lebt in den alten Bundesländern in Wohnungen kleiner als 40 qm (6 % der allein lebenden Frauen, 8 % der allein lebenden Männer, 1 % der Paare); in den neuen Bundesländern ist dieser Anteil größer (24 % bzw. 20 % bzw. 3 %), aber deutlich rückläufig.²⁸⁸

Im Hinblick auf die Wohnungsausstattung kann die lange Zeit gültige Feststellung, dass ältere Menschen zu einem größeren Teil als andere Altersgruppen unter Substandard-Bedingungen leben, heute nicht mehr aufrechterhalten werden. Vielmehr hat sich die Wohnungsausstattung der Altenhaushalte dem Standard der Gesamtbevölkerung weitgehend angeglichen, und auch in den neuen Bundesländern ist im Lauf der 1990er Jahre die Wohnungsausstattung durch die Modernisierung bzw. Instandsetzung eines großen Teiles des Wohnungsbestandes entscheidend verbessert worden.²⁸⁹ Tabelle 10 gibt in einer Gegenüberstellung der Zahlen aus den Wohlfahrts-Surveys von 1993 und 1998 einen Überblick über den Stand und die Entwicklung der Wohnungsausstattung.

²⁸⁶ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 103.

²⁸⁷ Zahlen nach Deutsches Zentrum (2002), S. 302 f.

²⁸⁸ Vgl. Nakielski (1996b), S. 287.

²⁸⁹ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 246; Großhans (2001), S. 17.

Qualitätskriterium		Gesamt		55–69 Jahre		ab 70 Jahre	
		1993	1998	1993	1998	1993	1998
West	Küche	99	100	100	100	99	99
	Bad/Dusche (innen)	99	99	100	99	96	99
	WC (innen)	99	98	99	99	100	99
	Zentral-/Etagenheizung	90	96	89	96	85	94
	Balkon/Terrasse	77	81	79	85	71	82
	Garten/Gartenbenutzung	59	58	64	63	60	58
	Standardausstattung ²⁹⁰	90	95	89	95	84	93
Ost	Küche	99	99	99	100	98	100
	Bad/Dusche (innen)	90	98	89	99	77	97
	WC (innen)	86	97	85	98	78	98
	Zentral-/Etagenheizung	58	88	49	87	41	85
	Balkon/Terrasse	44	54	42	54	26	50
	Garten/Gartenbenutzung	45	47	52	50	46	44
	Standardausstattung	55	86	48	87	40	83

Tabelle 10: Wohnungsausstattung nach Altersgruppen (in % aller Haushalte der betreffenden Gruppe)²⁹¹

Diese positive Entwicklung bei der Eigentumsquote, Wohnungsgröße und Wohnungsausstattung ist für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen in den eigenen vier Wänden von großer Bedeutung. Dennoch ist ihre Wohnsituation keinesfalls als zufrieden stellend zu bezeichnen. Denn um ihnen eine größtmögliche Selbstständigkeit zu ermöglichen, muss die Ausstattung ihrer Wohnungen nicht nur den Bedürfnissen der Gesamtbevölkerung entsprechen, sondern in bestimmten altersrelevanten Bereichen darüber hinausgehen. Sie benötigen eine altengerechte Ausstattung und Einrichtung ihrer Wohnungen, und in dieser Hinsicht existieren noch beträchtliche Defizite. Eine Wohnung, deren Ausstattung generell dem Qualitätsstandard entspricht, wird deshalb noch lange nicht den Bedürfnissen älterer und kranker Menschen gerecht. Zu den wichtigsten altersrelevanten Mängeln gehören Barrieren, sturzgefährdete Gegenstände, verstellte Wege, fehlende Sicherheitseinrichtungen, schlechte Beleuchtungsverhältnisse, schlechte Schallisolierung, Rutschgefahr sowie das Fehlen eines Fahrstuhls oder einer behindertengerechten Treppe.²⁹² Solche Mängel können dazu führen, dass ältere

²⁹⁰ Standardausstattung: WC (innen), Bad/Dusche (innen), Zentral- oder Etagenheizung.

²⁹¹ Zahlen nach Deutsches Zentrum (2002), S. 304 f.

²⁹² Vgl. Saup (1993), S. 114–116; Oswald (2000), S. 209.

Menschen schon bei kurzfristigen Erkrankungen oder leichteren Behinderungen entgegen ihrer Neigung ihre Selbstständigkeit aufgeben müssen.²⁹³

Die altengerechte Gestaltung der Privatwohnungen ist daher für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im Alter von ähnlich zentraler Bedeutung wie die sozialen Netzwerke oder das Vorhandensein ambulanter Altenhilfeeinrichtungen. Seit den 1980er Jahren sind auf diesem Gebiet einige Fortschritte erreicht worden, die sich in den folgenden Punkten zusammenfassen lassen:

➤ **Aufbau der Wohnberatung für ältere Menschen**

Die ersten Wohnberatungsbüros zur individuellen Wohnungsanpassung sind Ende der 1980er Jahre entstanden. Das Angebot ist jedoch nach wie vor im Aufbau; von einem flächendeckenden Netz an Beratungsbüros kann noch nicht die Rede sein.²⁹⁴ Mit Informationen über altersgerechte Wohnungseinrichtungen und über Hilfen für den alltäglichen Lebensvollzug sowie mit Tipps zur Veränderung der Inneneinrichtung versucht die Wohnberatung, das Selbsthilfepotenzial alter Menschen im Privathaushalt zu fördern.²⁹⁵ Klienten sind nicht nur bereits hilfebedürftige ältere Menschen, sondern auch solche, die aus Krankenhäusern oder Rehakliniken in ihre Wohnungen entlassen werden, sowie solche, die ihre Wohnungen vorausschauend anpassen wollen. Auch Wohnungsunternehmen, die ihren Wohnungsbestand anpassen wollen, zählen zu der Zielgruppe.²⁹⁶

➤ **Wohnungsanpassungsmaßnahmen**

Der Übergang von der Wohnberatung zu den Wohnungsanpassungsmaßnahmen ist fließend. Im Unterschied zur Wohnberatung erfolgt hier ein praktisches Eingreifen von Architekten und Planern zur Optimierung nicht altengerechter Wohnungen, um die Gefährdung für die älteren Menschen zu reduzieren und den drohenden Umzug ins Heim aufzuschieben oder zu verhindern.²⁹⁷ Das Institut für Altenwohnbau, das dem Kuratorium Deutsche Altershilfe angegliedert ist, hat die Planungsgrundlagen für Wohnungsanpassungsmaßnahmen seit den 1980er Jahren systematisch erarbeitet.²⁹⁸ Die wichtigsten Handlungsfelder sind die Herstellung der Barrierefreiheit der Wohnungen, die individuelle Anpassung bestehender Wohnungen an die Bedürfnisse der Bewohner, die umfassende Anpassung des

²⁹³ Vgl. Reimann (1994a), S. 144.

²⁹⁴ Vgl. Giessler/Müller (1996), S. 78 f.

²⁹⁵ Vgl. Saup (1993), S. 119–121.

²⁹⁶ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 110.

²⁹⁷ Vgl. Saup (1993), S. 121.

²⁹⁸ Vgl. Großjohann/Stolarz (2002), S. 111.

Wohnungsbestandes von Wohnungsunternehmen sowie Anpassungsmaßnahmen im Zuge der Gebäudemodernisierung.²⁹⁹ Die Bundesregierung trägt dem Anliegen der Wohnungsanpassungsmaßnahmen und des barrierefreien Bauens durch das Modellprogramm „Selbstbestimmt wohnen im Alter“ und durch geplante Reformen des Wohnungsbaurechts Rechnung.³⁰⁰ Mit den architektonischen und baukonstruktiven Aspekten der Wohnungsanpassung und des barrierefreien Bauens beschäftigt sich Kapitel 4.4.1 der vorliegenden Arbeit.

➤ **Maßnahmen zur Optimierung des Wohnverhaltens**

Wohnungsanpassung ist nicht nur eine technische Aufgabe, sondern sollte immer in Verbindung mit einer handlungsorientierten Unterstützung der älteren Bewohner stehen. Therapien, Hilfsmittel und organisatorische Hilfen sind gleichberechtigt mit Baumaßnahmen einzusetzen, um das Selbsthilfepotenzial der älteren Menschen zu aktivieren. Durch gezielte Rehabilitation können sie ihren Wohnbedingungen „angepasst“ bzw. wieder in diese eingegliedert werden. Dazu ist ein interdisziplinäres Team von Pflegenden, Therapeuten, Ärzten, Handwerkern, Psychologen, Architekten und Sozialarbeitern erforderlich, dessen Koordination eine der größten Herausforderungen der näheren Zukunft darstellt.³⁰¹

➤ **Ausschöpfung der Möglichkeiten der Gerontotechnik**

In jüngster Zeit hat sich der neue Zweig der Gerontotechnik entwickelt, die u. a. durch Veränderungen in der Mikro-Ökologie älteren Menschen mit Kompetenzeinschränkungen ein selbstständiges Leben ermöglichen soll. Dies reicht vom Mikrowellenherd bis hin zu Hausnotrufsystemen oder Wohnungssicherungssystemen.³⁰² Für die zukünftige Gestaltung des häuslichen Alltags älterer Menschen werden vermutlich vor allem die Technologien des „*Smart Home*“ (kommunikative Vernetzung aller technischen Geräte eines Haushalts) und der Bildkommunikation (vor allem Bildtelefonie) von großer Bedeutung sein.³⁰³

Derartige Maßnahmen werden dazu beitragen, dass in Zukunft das Leben in der Privatwohnung auch für schwerstpflegebedürftige ältere Menschen zunehmend zur

²⁹⁹ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 107–110.

³⁰⁰ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 42 f.

³⁰¹ Vgl. Kliemke (1997), S. 76–104; Oswald (2000), S. 210 f.; Großjohann/Stolarz (2002), S. 111–114.

³⁰² Vgl. Lehr (2000), S. 302 f.

³⁰³ Vgl. Meyer/Schulze (1996), S. 120–126.

Normalität wird. Diese Entwicklung hat auch eine innerstädtische Geriatrie mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zu unterstützen. Wie dies geschehen kann, soll in der vorliegenden Arbeit modellhaft aufgezeigt werden (vgl. besonders Kapitel 6).

3.4.2 Wohnen im Heim

Heime für ältere Menschen lassen sich traditionell in drei Formen unterteilen:

- Altenwohnheime bestehen aus in sich abgeschlossenen Ein- oder Zweipersonenwohnungen, die in der Ausstattung den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen und verschiedene Grade von Versorgung und Betreuung anbieten. Die Bewohner geben ihre eigene Haushaltsführung in der Regel nicht auf. Eine Sonderform sind Senioren- oder Wohnstifte, die Wohnraum, Versorgung und Betreuung auf gehobenem Niveau anbieten und nicht von der öffentlichen Hand, sondern über Einliegerdarlehen finanziert werden.³⁰⁴
- Altenheime umfassen Ein- bis Mehrbettzimmer oder kleine Appartements, in denen ältere Menschen, die nicht mehr selbstständig wohnen können, aber nicht pflegebedürftig sind, voll versorgt, gepflegt und betreut werden. Die Haushaltsführung wird abgenommen. Oft sind Pflegeabteilungen angeschlossen; die Bewohner können an Angeboten der fördernden Pflege, an gesellschaftlichen und kulturellen Veranstaltungen sowie an therapeutischen Programmen teilnehmen.³⁰⁵
- Altenpflegeheime bieten umfassende Pflege, Betreuung und Versorgung für chronisch kranke und pflegebedürftige ältere Menschen in Ein- und Mehrbettzimmern. Sie ähneln Krankenhäusern, sind aber in Betreuung und Versorgung weniger intensiv. Sie bieten gesicherte hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfen, räumen den Bewohnern aber nur ein Mindestmaß an Autonomie ein.³⁰⁶

Diese traditionelle Dreigliedrigkeit im Heimbereich wurde schon vor der Einführung der Pflegeversicherung als nicht mehr zeitgemäß empfunden, da die älteren Menschen z. T. mehrfach zum Umzug gezwungen sind (vom Wohnheim ins Altenheim und von

³⁰⁴ Vgl. Reimann (1994a), S. 147; Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 175 f.; BMFSFJ (1998), S. 124.

³⁰⁵ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 176 f.; BMFSFJ (1998), S. 124.

³⁰⁶ Vgl. Reimann (1994a), S. 147; Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 177; BMFSFJ (1998), S. 124.

diesem wiederum ins Pflegeheim) und so kaum eine Chance haben, sich in ihrer Umgebung einzugewöhnen.³⁰⁷ Zunehmend sind daher mehrgliedrige Alteneinrichtungen entstanden, die Wohnheim-, Altenheim- und Pflegeheim-Einrichtungen unter einem Dach vereinen und den problematischen Milieuwechsel im Krankheits- oder Behinderungsfall vermeiden. Seit der Einführung der Pflegeversicherung gilt jedoch auch diese Aufteilung innerhalb eines Hauses als überholt. Die moderne stationäre Altenpflege orientiert sich an dem Leitsatz: „Es wird dort gepflegt, wo auch gewohnt wird“.³⁰⁸ Dies heißt, dass die Bewohner auch innerhalb einer Einrichtung möglichst nicht mehr umziehen.

Vor diesem Hintergrund verwischen sich die Abgrenzungen zwischen den einzelnen Heimtypen immer mehr und werden in Zukunft praktisch keine Rolle mehr spielen. Ohnehin ist davon auszugehen, dass die Funktion der Altenwohnheime in Zukunft von den Einrichtungen des Betreuten Wohnens übernommen wird (siehe Kapitel 3.4.3). Der Typ des Altenheims wiederum ist angesichts der Konzentration auf das Ziel, älteren Menschen möglichst lange ein selbstständiges Wohnen in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen, schon heute ein Anachronismus und wird es in Zukunft erst recht sein.

Die abnehmende Bedeutung der alten Formen des Altenwohnheims und des Altenheims zeigt auch die Entwicklung der Zahl der Heime und der Heimplätze. Das Bundesfamilienministerium gibt für das Jahr 1997 eine Zahl von 10.991 stationären Alteneinrichtungen mit 656.432 Plätzen in Deutschland an; die Plätze teilen sich auf in 516.198 Pflegeheimplätze, 99.641 Altenheimplätze und 40.593 Wohnheimplätze. Während die Zahl der Altenheim- und Wohnheimplätze kontinuierlich sinkt, nimmt die Zahl der Pflegeheimplätze zu.³⁰⁹ Schölkopf und Sacher zählen für 1997 662.672 Plätze insgesamt, davon 520.595 Pflegeheimplätze. Die Versorgungsquote (Plätze pro 100 Menschen über 75 Jahre) beträgt in den alten Bundesländern 12,4 und in den neuen Bundesländern 11,3; nur bezogen auf Pflegeheimplätze liegt sie bei 9,5 bzw. 9,8.³¹⁰

Derzeit wohnen 5,3 % der über 65-Jährigen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe.³¹¹ Diese Zahl erscheint auf den ersten Blick gering, bedarf aber einer Differenzierung. Die Institutionalisierungsquote steigt mit wachsendem Alter rapide an. Nach einer Berechnung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe lebten im Jahr 1991 nur 1,5 % der 65- bis 75-Jährigen, aber 5,2 % der 75- bis 85-Jährigen und 17,2 % der über

³⁰⁷ Vgl. Gerngroß-Haas (1997), S. 17.

³⁰⁸ Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 177.

³⁰⁹ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 124 f.

³¹⁰ Vgl. Schölkopf/Sacher (2000), S. 399.

³¹¹ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 124.

85-Jährigen in einer stationären Einrichtung.³¹² Eine Erhebung von Infratest aus dem Jahr 1994 zeigt ein noch genaueres Bild; hier beträgt die Institutionalisierungsquote bei den 65- bis 69-Jährigen 1 %, bei den 70- bis 74-Jährigen 2 %, bei den 75- bis 79-Jährigen 3,6 %, bei den 80- bis 84-Jährigen 8,2 %, bei den 85- bis 89-Jährigen 17,6 % und bei den über 90-Jährigen 33,6 %.³¹³ Das Bundesfamilienministerium gibt im Jahr 2001 vergleichbare Werte an (3,8 % der 75- bis 79-Jährigen, 8,2 % der 80- bis 84-Jährigen, 17 % der 85- bis 89-Jährigen und über 31 % der ab 90-Jährigen).³¹⁴ Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, zumindest einmal im Leben ein Heim aufzusuchen, und sei es nur vorübergehend, für Menschen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, wesentlich über der derzeitigen realen Institutionalisierungsquote von 5,3 % liegt. Klein und Salaske errechnen aus den Daten des Sozioökonomischen Panels eine individuelle Wahrscheinlichkeit von 40 % bei den 65-jährigen Männern und 70 % bei den gleichaltrigen Frauen.³¹⁵ Nach den Angaben der Berliner Altersstudie wechseln 55 % der untersuchten Männer und 80 % der untersuchten Frauen (über 70 Jahre) mindestens einmal in ihrem Leben in ein Heim, wenn sie nur alt genug werden.³¹⁶ Demzufolge wächst auch das Durchschnittsalter der Heimbewohner kontinuierlich an. Lag in der ersten Hälfte der 1970er Jahre das durchschnittliche Heimeintrittsalter noch bei 70 Jahren, so hat das Durchschnittsalter der Heimbewohner bereits Anfang der 1990er Jahre einen Wert von 80 Jahren erreicht.³¹⁷ Inzwischen ist es weiter gestiegen; im Jahr 1998 waren nur 24 % der Heimbewohner unter 75, aber 57 % zwischen 75 und 90 und 19 % über 90 Jahre alt.³¹⁸ Etwa vier Fünftel der Heimbewohner sind Frauen, und dieser Anteil steigt mit wachsendem Alter kontinuierlich.³¹⁹ Deutlich überrepräsentiert sind ledige und verwitwete ältere Menschen, die etwa 87 % der Heimbewohner stellen; die Institutionalisierungsquote beträgt hier 15,2 % (ledig) bzw. 8,0 % (verwitwet), hingegen nur 0,5 % bei verheirateten älteren Menschen. Ein ähnliches Ungleichgewicht ergibt sich hinsichtlich des Bildungsstandes: Mehr als 80 % der Bewohner haben gar keinen Schulabschluss, einen Volksschul- oder einen Hauptschulabschluss. 72 % der Bewohner haben vor ihrer Heimübersiedlung allein gelebt.³²⁰

³¹² Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 158 f.

³¹³ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 179.

³¹⁴ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 128.

³¹⁵ Vgl. Klein/Salaske (1994), S. 442–445.

³¹⁶ Vgl. Gilberg (1997), S. 297–299.

³¹⁷ Vgl. Krug/Reh (1992), S. 27.

³¹⁸ Vgl. Schneekloth/Müller (2000), S. 132.

³¹⁹ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 180; Klein et al. (1997), S. 57.

³²⁰ Vgl. Klein et al. (1997), S. 57.

Diese Zahlen geben Aufschluss darüber, welche älteren Menschen in erster Linie zu der „Risikogruppe“ zählen, die besonders stark von Heimübersiedlungen betroffen ist. Es sind die Hochbetagten, die Frauen und die Alleinstehenden bzw. Alleinlebenden. Die mit Abstand größte Gruppe der Heimbewohner stellen hochbetagte und allein stehende Frauen. Viele sind kinderlos, oft sind die engsten Verwandten durch eine große räumliche Entfernung von ihnen getrennt. Dies deutet darauf hin, dass es in vielen Fällen eher eine problematische soziale Situation ist, die zur Heimübersiedlung führt, als eine echte und andauernde Versorgungsbedürftigkeit.³²¹

Tatsächlich ist der Gesundheitszustand der Heimbewohner zum Zeitpunkt der Übersiedlung ins Heim im Durchschnitt nicht schlechter als der der gleichaltrigen Bevölkerung in Privatwohnungen. Dennoch werden gesundheitliche Probleme am häufigsten als Grund für den Heimeintritt genannt. Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich leicht auflösen. Tatsächlich sind gesundheitliche Beeinträchtigungen in den meisten Fällen der primäre Anlass für die Übersiedlung ins Heim. Nach einer Untersuchung von 1995 werden vor allem Demenzerkrankungen (43 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (16 %), Frakturen und Verletzungen (8 %) sowie funktionelle psychische Störungen (5 %) genannt.³²² Diese gesundheitlichen Probleme werden vor allem dann zum Anlass für den Heimeintritt, wenn sie zu Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit führen; in einer Studie werden als Heimübersiedlungsgründe genannt die sinkende Fähigkeit, einkaufen zu gehen (66 % der Befragten), sich allein zu baden (62 %), die finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln (56 %) und ohne Hilfe die Toilette zu benutzen (32 %).³²³

Derartige Beeinträchtigungen – und dies ist das Entscheidende – sind aber allein kein zwingender Grund für eine Heimübersiedlung. Zahlreiche ältere Menschen mit vergleichbaren gesundheitlichen Problemen führen weiterhin ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung. Entscheidend für den Entschluss zum Heimeintritt sind hinzutretende soziale und materielle Probleme: Einsamkeit, z. B. nach dem Tod des Partners, fehlendes Hilfe- und Unterstützungspotenzial innerhalb und außerhalb der Familie, unzureichende Wohnverhältnisse, der Verlust der gewohnten Wohnumgebung, finanzielle Einbußen und andere Faktoren.³²⁴ Erst diese Faktoren und das Versagen der ambulanten Altenhilfe führen in vielen Fällen, in denen der Gesundheitszustand ein

³²¹ Vgl. Reimann (1994a), S. 150.

³²² Vgl. BMFSFJ (2001), S. 126.

³²³ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 180.

³²⁴ Vgl. Reimann (1994a), S. 149; Klein (1998), S. 411–414.

selbstständiges Leben noch ermöglichen würde, zur Heimübersiedlung. Im Heim selbst aber kommt es häufig zu einer rapiden Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Nach Angaben des Sozioökonomischen Panels und des Altenheim-Surveys von 1995/96 liegt bei 23,6 % der älteren Bevölkerung in Privathaushalten eine starke Beeinträchtigung bei der Erfüllung täglicher Aufgaben vor. Auf jene älteren Menschen, die sich zum Heimeintritt entschließen, trifft dies zu 20,2 % zu, auf jene, die bereits seit längerem im Heim wohnen, zu 55,0 %.³²⁵ Dies heißt, dass die Einschränkung der Selbstständigkeit bei vielen älteren Menschen nicht vor, sondern nach dem Heimeintritt erfolgt.

Hier liegt eine wesentliche Aufgabe der Altenhilfe. Wenn es schon nicht gelingt, einem älteren Menschen die Aufrechterhaltung seiner Selbstständigkeit in der vertrauten Umgebung seiner Wohnung zu erhalten (was, wie gezeigt, das primäre Ziel der Altenhilfe sein sollte), so sollte wenigstens in der stationären Einrichtung alles getan werden, um eine weitere Einschränkung der Selbstständigkeit zu verhindern. Schon die Übersiedlung in ein Pflegeheim stellt für viele Betroffene ein schockartiges Erlebnis dar, das zu einer tiefen Lebenskrise führen kann. Sie verlassen ihr vertrautes Umfeld, z. T. unter Zurücklassung fast aller persönlichen Gegenstände, treten in eine völlig neue sozialräumliche Umgebung ein, müssen zahlreiche neue Reize verarbeiten, sich mit einer neuen Rolle auseinandersetzen, eine deutliche Einschränkung ihrer Intimsphäre hinnehmen und erleben eine starke Reduzierung ihrer Autonomie.³²⁶ Viele Betroffene reagieren auf die Umstellung mit Hoffnungslosigkeit, Selbstaufgabe und psychosomatischen Problemen.³²⁷ Eine 1993 in München durchgeführte Erhebung hat ergeben, dass 41 % der aus einem Krankenhaus in ein Pflegeheim verlegten älteren Menschen in den ersten sechs Monaten nach der Übersiedlung versterben.³²⁸

Derart erschreckende Zahlen sind z. T. auch ein Ergebnis des alten, traditionellen Verständnisses von „guter“ Pflege und einem „guten“ Pflegeheim, das sich nur langsam in ein moderneres Verständnis wandelt. Dieses alte Pflege- und Heimmodell orientiert sich am Leitbild des Krankenhauses, betont die technischen, sanitären und hygienischen Aspekte und begreift den alten Bewohner in Anlehnung an das Defizitmodell als passiven, von gesundheitlichen Einschränkungen dominierten „Patienten“.³²⁹ Es überwiegt das Prinzip der „Funktionspflege“, bei dem der Bewohner als Objekt gesehen

³²⁵ Vgl. Klein et al. (1997), S. 57. Siehe auch die Angaben in Kühnert/Naegele (1993), S. 131–136.

³²⁶ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 183; Prahl/Schroeter (1996), S. 176 f.

³²⁷ Vgl. Saup (1993), S. 147.

³²⁸ Vgl. Mautner/Standl/Pillau (1993), S. 149–156.

³²⁹ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 156.

wird, an dem bestimmte Tätigkeiten möglichst perfekt ausgeführt werden müssen; dies gewährleistet zwar einen reibungslosen Organisationsablauf, verhindert aber die Entstehung einer Vertrauensbeziehung zwischen Bewohner und Pfleger.³³⁰ Auch die Hausordnungen sind am Leitbild eines möglichst reibungslosen Ablaufs orientiert, schränken den Handlungsspielraum der Bewohner vielfach ein und führen zu Passivität und Anonymität.³³¹ Die Heime dieses Typus sind z. T. durch eine Atmosphäre geprägt, in der es zu latenter Aggressivität bis hin zu offener Gewaltanwendung kommen kann.³³²

Zahlreiche Studien haben nachgewiesen, dass die Orientierung an diesem traditionellen Pflege- und Heimmodell negative Auswirkungen auf die Bewohner hat, die unter dem Stichwort „Institutionalisierungseffekte“ zusammengefasst werden. Immer wieder genannte Institutionalisierungseffekte auf die Heimbewohner sind ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, negative Selbsteinschätzungen, nachlassende Anpassungsfähigkeit, abnehmende Sozialkontakte und Aktivität und dadurch bedingter Altersabbau der Persönlichkeit, begrenzte Zukunftsorientierung, verringerte Lebenszufriedenheit, Einsamkeit, Autonomie- und Kontrollverlust, kognitive Störungen und depressive Symptome, Verlust- und Verarmungserfahrungen, verringertes Interessenspektrum und verringerte geistige Leistungsfähigkeit, Resignation und Apathie sowie erhöhte Mortalität.³³³

Dieses traditionelle Heimmodell hat zu einem ausgesprochen negativen Bild des „Altersheims“ in der Öffentlichkeit geführt. Das Alten- und Pflegeheim wirkt wie ein ausgesprochenes Gegenmodell zu den gesellschaftlichen Leitwerten der Individualität, Freiheit und Aktivität und wird mit Attributen wie „Endstation“, „Wartesaal vor dem Tode“, „lebensgeschichtliche Sackgasse“ oder „Sterbeknast“ versehen.³³⁴ In der Alltagssprache findet dieses Stereotyp seinen Niederschlag mit Begriffen wie „Heimeinweisung“ statt Einzug in ein Heim, „Heiminsassen“ statt Heimbewohnern oder „Pflegefällen“ statt Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf.³³⁵ Die ganz überwiegende Mehrzahl der älteren Menschen lehnt das Heim mit heftiger Emotionalität ab, weil sie Reglementierung und Bevormundung, Anonymität und

³³⁰ Vgl. Seibold (1995), S. 103 f.

³³¹ Vgl. Reimann (1994a), S. 154; Giessler/Müller (1996), S. 38–40.

³³² Vgl. Hirsch/Vollhardt (2001), S. 11.

³³³ Vgl. Reimann (1994a), S. 152; Prah/Schroeter (1996), S. 171; Backes/Clemens (1998), S. 226; Lehr (2000), S. 310 f., 316; Gofferje (2003), S. 91–93.

³³⁴ Vgl. Reimann (1994a), S. 148 f.; Prah/Schroeter (1996), S. 154 f.

³³⁵ Vgl. Meyer (1998), S. 30.

Massenbetrieb, Langeweile und Stumpsinn fürchten und die Institution Heim als unwiderruflich letzte Station des Lebens ansehen.³³⁶

Seit den 1980er Jahren wurde, auch unter dem Schlagwort des „Pflegerotstandes“, ein grundsätzliches Umdenken gefordert.³³⁷ Durch zahlreiche Publikationen unterstützt, entwickelte sich ein Problembewusstsein, das auch in der Praxis zunehmend zu einem neuen, zeitgemäßen und stärker bedürfnisorientierten Verständnis von Pflege und stationärer Altenhilfe führte. Anfang der 1990er Jahre setzten sich die folgenden zentralen Forderungen hinsichtlich eines Wandels der stationären Altenhilfe durch:

- Gestaltung des Heimalltags im Sinne von Normalisierung, Bewohnerorientierung und Individualisierung der Heimleistungen.
- Rehabilitation, Erhaltentherapie und Aktivierung als Zielsetzungen auch bei der Gestaltung des Heimalltags.
- Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher Pflege- und Betreuungskonzepte für den Umgang mit psychisch veränderten, schwerkranken und sterbenden Bewohnern.
- Gestaltung der Arbeits- und Betriebsorganisation zur Sicherstellung ganzheitlicher bewohnerorientierter Pflege und Betreuung.
- Mitarbeiterqualifizierung als Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen.³³⁸

Der Wandel des Selbstverständnisses der Heime ist dann durch das Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1.7.1996 deutlich verstärkt und beschleunigt worden. Das Pflegeversicherungsgesetz gibt den Bewohnern Kundenstatus und räumt ihnen ein Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich der Wahl der Einrichtung sowie des Leistungssystems und der Pflegeinhalte ein.³³⁹ Die Heime können sich in der so entstandenen neuen Pflegelandschaft nur am Markt behaupten, wenn sie eine kundenorientierte Dienstleistungsmentalität entwickeln und wenn Qualität und Kosten der Leistungen stimmen. Die Wettbewerbssituation zwingt sie zur Orientierung an den folgenden ökonomischen Prinzipien: Orientierung an den Bedürfnissen der Kunden, Case Management (Anpassung des Angebots an den individuellen Bedarf jedes Bewohners), Qualitätssicherung (Zertifizierung, Total Quality Management), Konzentration auf Kernkompetenzen, Outsourcing (Kooperation mit Dienstleistern),

³³⁶ Vgl. Reimann (1994a), S. 148 f.; Prah/Schroeter (1996), S. 154 f.

³³⁷ Vgl. etwa Hummel (1990).

³³⁸ Vgl. Kühnert/Naegele (1993), S. 138–147.

³³⁹ Vgl. Lipp (1998), S. 172.

Flexibilisierung der Ressourcen, Prozessorientierung, Empowerment (Stärkung der Mitarbeiter und ihrer Kompetenzen), Contracting (verbindliche Leistungsvereinbarungen mit den Kunden).³⁴⁰

Der Wettbewerb hat aber naturgemäß nicht nur positive Auswirkungen. In vielen Heimen bestimmen nun Finanzierungsorgen und Existenzängste das Handeln, zumal ihnen die Pflegesatzparteien nur begrenzte finanzielle Mittel zugestehen. Zur Existenzsicherung entwickeln sie Sparkonzepte, die die Leistungsseite vernachlässigen. Modelle aus der Wirtschaft wie Outsourcing, Rationalisierung, Stellenabbau und Verschlankung der Organisation werden auf Kosten der Bewohner unreflektiert übernommen. Die Mentalität der Kundenorientierung lässt sich nicht verordnen, sie muss über Jahre hinweg wachsen.³⁴¹

Insgesamt lassen sich die Heime nach ihrer Reaktion auf die neue Situation in drei Gruppen einteilen. Manche tun nichts, warten ab und suchen mit dem Festhalten an überkommenen Strukturen mehr schlecht als recht zu überleben. Andere unternehmen überstürzte, radikale Strukturwandlungen und tiefe Einschnitte im Personalbereich, was z. T. skandalöse Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung und Versorgung haben kann. Immer mehr Einrichtungen aber suchen im vom Gesetzgeber intendierten Sinn die neue Lage für sich und die Bewohner zu nutzen. Sie bauen kaufmännische Kompetenzen auf, überwachen und steuern Kosten und Leistungen, rationalisieren und optimieren die Organisation, den Personalschlüssel und die bauliche Gestaltung.³⁴² In diesen zuletzt genannten Einrichtungen setzt sich auch ein zeitgemäßeres, bedürfnisorientiertes Pflegeverständnis durch. Sie öffnen sich nach außen, verstehen sich als Servicecenter oder als Altenhilfe-Leistungszentrum und setzen gemeinwesenorientierte Konzepte um.³⁴³ Das reaktive Pflegemodell wird durch ein aktivierendes abgelöst, das Defizitmodell weicht dem Kompetenzmodell, die Motivation zur Selbstständigkeit tritt in den Vordergrund pflegerischen Handelns, eine ganzheitliche Sichtweise des älteren Menschen setzt sich durch.³⁴⁴ Zeitgemäße pflegetheoretische Ansätze wie die Milieuthapie, das bedürfnisorientierte

³⁴⁰ Vgl. Grün (1998), S. 398–405; Schmidt (2002), S. 146–157.

³⁴¹ Vgl. Tinnefeldt (2002), S. 147–152.

³⁴² Vgl. Jeschke/Hailer (1998), S. 3–7.

³⁴³ Vgl. Kreimer (2000), S. 51.

³⁴⁴ Vgl. Prahl/Schroeter (1996), S. 157.

Pflegemodell, die Soziotherapie, die Interventionsgerontologie und die lebensweltorientierte Pflege gewinnen an Bedeutung.³⁴⁵

Diese neuen Entwicklungen im Bereich der Pflege und des Heimwesens gilt es in die Planung des stationären Teils unserer innerstädtischen Geriatrie einzubeziehen. Dies bedeutet in erster Linie, die älteren Menschen mit Pflegebedarf als Kunden und nicht als Patienten zu sehen und sie durch Rehabilitation, einen aktivierenden Alltag und eine ganzheitliche Pflege und Betreuung so weit wie möglich in der Aufrechterhaltung ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen.

3.4.3 Innovative Wohnformen im Alter

Seit den 1980er Jahren entstehen vermehrt innovative Wohnformen für ältere Menschen, die eine Alternative zum Leben in der „Normalwohnung“ und im Heim bieten und nach Möglichkeit die Vorzüge dieser beiden Wohnformen miteinander kombinieren sollen. Das Ziel besteht darin, sowohl eine größtmögliche Eigenständigkeit des Lebens und Wohnens zu ermöglichen, so wie es in der „Normalwohnung“ der Fall ist, als auch eine möglichst weitgehende Betreuungs- und Versorgungssicherheit zu gewährleisten, so wie es in der Heimumgebung anzutreffen ist.³⁴⁶ Dabei stehen zwei grundsätzliche Orientierungen im Vordergrund: Die neuen Wohnformen im Alter versuchen zum einen neue Formen der Gemeinschaft durch stärker kommunikations- und integrationsorientierte Wohnformen zu schaffen und sollen zum anderen Wohnen, Betreuung und Versorgung in innovativer Art und Weise miteinander verbinden.³⁴⁷

Die wichtigsten dieser neuen Wohnformen, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll, sind das Betreute Wohnen bzw. Service-Wohnen, das Integrierte Wohnen bzw. Mehrgenerationenwohnen und das Gemeinschaftliche Wohnen. Quantitativ spielen diese Wohnformen bislang nur eine untergeordnete Rolle. 1998 lebten etwa 30.000 Menschen über 65 Jahre (0,25 % dieser Altersgruppe) in Einrichtungen des Betreuten Wohnens; hinzu kamen etwa 1.000 Wohneinheiten für Mehrgenerationenwohnen und weitere 1.000 Wohneinheiten für Gemeinschaftliches

³⁴⁵ Milieutherapie: Schmid (1995), S. 178; Kreimer (2000), S. 32–37. Bedürfnisorientiertes Pflegemodell: Kreimer (2000), S. 22–27. Soziotherapie: Radebold (1994), S. 273 f. Interventionsgerontologie: Schmitz-Scherzer (1994), S. 114–116. Lebensweltorientierte Pflege: Heinemann-Knoch/Schönberger (1999), S. 629–644. Vgl. dazu auch Kapitel 6.3.1.

³⁴⁶ Vgl. Giessler/Müller (1996), S. 17.

³⁴⁷ Vgl. Tews (2000), S. 216–218.

Wohnen im gesamten Bundesgebiet.³⁴⁸ Dennoch ist die Bedeutung dieser innovativen Wohnformen keinesfalls zu unterschätzen, denn erstens wird ihr quantitativer Anteil am Alterswohnen in Zukunft deutlich zunehmen und zweitens stellen sie ein wichtiges Experimentierfeld dar, auf dem Erfahrungen gemacht werden, die auch für das Leben in der Privatwohnung und in der stationären Einrichtung relevant sind.

Das Betreute Wohnen für ältere Menschen hat seinen Ursprung in Unzulänglichkeiten der „klassischen“ Altenwohnungen. Diese erfüllen zwar in der Regel die Anforderungen auf baulichem Gebiet und sind finanziell günstig, bieten aber neben Hausmeisterdiensten keine speziellen Hilfeangebote, so dass die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit nicht ausreichend gewährleistet ist. Daher ist man, zuerst in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, dann auch in anderen Bundesländern, dazu übergegangen, derartige Altenwohnungen nur noch in Verbindung mit speziellen Diensten als „Betreutes Wohnen“ anzubieten.³⁴⁹

Das Betreute Wohnen soll eine barrierefreie und kommunikationsfördernde Gestaltung der Wohnungen und des Wohnumfelds mit einem bedarfsgerechten und frei wählbaren Betreuungs- und Pflegeangebot verbinden und so auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eine selbstständige Lebensführung ermöglichen.³⁵⁰ Die drei Hauptvarianten sind Betreutes Wohnen in Wohnanlagen mit Gemeinschaftseinrichtungen, Umbauten bzw. Umwidmungen von Heimen in Betreutes Wohnen und Betreutes Wohnen im normalen Wohnbestand.³⁵¹ Die Projekte bestehen in der Regel aus einer Anzahl von Wohnungen, die von einem Bauträger angeboten werden, mit dem die Bewohner einen Mietvertrag abschließen bzw. bei dem sie die Wohnung käuflich erwerben. Dazu treten zumeist ein haustechnischer Grundservice, ein Notrufservice sowie evtl. die Mitnutzung gemeinschaftlicher Flächen und Einrichtungen. Darüber hinaus können die Bewohner hauswirtschaftliche, pflegerische und psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen. Zu diesem Zweck schließen sie einen Betreuungsvertrag mit einem Betreuungsträger ab, der die Dienste entweder selbst erbringt oder sie von ambulanten Diensten bzw. einem in der Nähe gelegenen Heim oder Krankenhaus erbringen lässt.³⁵²

Bei der Vertragsgestaltung und den Betreuungspauschalen gibt es heute noch große Unterschiede, so dass die unterschiedlichsten Formen unter dem Etikett „Betreutes

³⁴⁸ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 94.

³⁴⁹ Vgl. Gerngroß-Haas (1997), S. 14.

³⁵⁰ Vgl. Tews (2000), S. 218 f.

³⁵¹ Vgl. für Baden-Württemberg Kremer-Preiß/Hanf (1999).

³⁵² Vgl. Gerngroß-Haas (1997), S. 15.

Wohnen“ zusammengefasst werden.³⁵³ Dies reicht von der einfachsten Version, die lediglich altengerechte Wohnungen ohne Dienstleistungsangebot aufweist, über Wohnanlagen, in denen eine Kontaktperson zur persönlichen Beratung oder Vermittlung von Dienstleistungen zur Verfügung steht, bis hin zu der anspruchsvollsten Version, die selbstständiges Wohnen in behindertengerechten Wohnungen mit Pflege und allen sonstigen Diensten rund um die Uhr wie im Pflegeheim garantiert.³⁵⁴ Diese fehlende Einheitlichkeit stellt derzeit das größte Problem beim Betreuten Wohnen dar. Tatsächlich ist diese Wohnform nur dann sinnvoll, wenn sie Pflegefälle mit absichert, denn ansonsten wäre sie nur eine zusätzliche und – wegen der Umzugsproblematik – u. U. sogar kontraproduktive Zwischenstation zwischen Normalwohnung und Pflegeheim.

Ideal im Sinne der Bedürfnisse älterer Menschen ist eine Form des Betreuten Wohnens, bei der der Betreuungsvertrag eine größtmögliche Flexibilität aufweist. Gesundheitlich nur leicht beeinträchtigte Bewohner kaufen z. B. nur hauswirtschaftliche Dienste ein, haben aber bei einer weiteren Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes die Möglichkeit, Betreuungsdienste hinzuzunehmen, und könnten beim Eintreten von Pflegebedürftigkeit das gesamte Versorgungsangebot inklusive Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Mit anderen Worten: „Nicht die Wohnform ändert sich mit unterschiedlichem Betreuungsbedarf, sondern die Betreuungsorganisation reagiert flexibel auf sich wandelnde Hilfebedarfslagen.“³⁵⁵ Für diese Wohnform ist in den letzten Jahren auch der Begriff des Service-Wohnens gebräuchlich geworden, der gegenüber dem Begriff des Betreuten Wohnens mehr die Eigenständigkeit der Bewohner und weniger ihre Reglementierung betont.³⁵⁶ Lediglich bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit nachts, bei Desorientierung, Verwirrtheitszuständen, Demenz, beständiger Inkontinenz und Verwahrlosung wäre diese Organisationsform überfordert.³⁵⁷ Beispiele wie das Stuttgarter „Haus am Weinberg“, der „Wohnhof Schwarzes Kloster“ in Wismar oder die „Wohnung für betreute Wohngruppen pflegebedürftiger alter Menschen“ in Braunschweig zeigen, dass Betreutes Wohnen in dieser Form ein erhebliches Potenzial für das Alterswohnen der Zukunft hat.³⁵⁸ Dies verdeutlicht auch die Tatsache, dass nicht wenige Heimträger dabei sind, ihre

³⁵³ Vgl. Tews (2000), S. 219.

³⁵⁴ Vgl. Gerngroß-Haas (1997), S. 15.

³⁵⁵ BMFSFJ (1998), S. 112.

³⁵⁶ Vgl. Krings-Heckemeier (1996), S. 612–614.

³⁵⁷ Vgl. Tews (2000), S. 219.

³⁵⁸ Vgl. Müller (1997), S. 215–233 (Haus am Weinberg); Schultz (2000), S. 56–59 (Wohnhof Schwarzes Kloster); BMFSFJ (1998), S. XIV f. (Braunschweiger Modellwohnung).

Einrichtungen im Zuge der Pflegeversicherung an das Konzept des Betreuten Wohnens bzw. Service-Wohnens anzupassen.³⁵⁹ Es ist davon auszugehen, dass sich sowohl die Heime als auch die Einrichtungen des Betreuten Wohnens in Richtung eines Servicehaus-Konzeptes weiterentwickeln werden, das selbstständiges Wohnen mit verlässlicher Pflege und Betreuung bis hin zur Schwerst- und Dauerpflege garantiert, ohne dass noch ein weiterer Umzug notwendig wird.³⁶⁰

Das Integrierte Wohnen folgt dem Leitbild der Integration auf dreifache Weise: Es geht um die Integration der Wohnformen im Stadtteil, die Integration der unterschiedlichen Bewohnergruppen (ältere Menschen, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Behinderte, Studenten, Ausländer) und um Integration als geregeltes Zusammenleben. Ziele sind die Stärkung der Selbst- und Nachbarschaftshilfe, die Förderung der Gemeinschaft, die Selbstverwaltung von Gemeinschaftsbereichen und die Planung gemeinschaftlicher Aktivitäten.³⁶¹ Bevölkerungsgruppen, die in besonderem Maße auf Nachbarschaftshilfe und Betreuung angewiesen sind, sollen ihre Isolation überwinden und Partner zur gegenseitigen Hilfe finden. Zu diesem Zweck werden sowohl Normalwohnungen als auch besondere Wohnformen in einem Gebäude oder einer Gebäudegruppe zusammengefasst.³⁶² Zentrale Aspekte sind der Wille zu einem gemeinsamen Leben, das über unverbindliche nachbarschaftliche Kontakte hinausgeht, sowie Eigeninitiative und Selbsthilfe als Leitbilder. Die verschiedenen Wohnformen und Modellversuche sind allerdings sehr unterschiedlich hinsichtlich des Grades der Mitbestimmung, der Form des Hilfeangebots, der Zusammensetzung der Bewohnerschaft und des räumlichen Rahmens.³⁶³ Das Mehrgenerationenwohnen stellt eine besondere Ausformung des Integrierten Wohnens mit dem Schwerpunkt des Zusammenwohnens mehrerer Generationen dar und zielt auf die Überwindung von Segregationen im intergenerationellen Bereich.³⁶⁴ Modellprojekte wie das Bunte Haus in Berlin-Steglitz, das Pantherhaus in Hamburg oder das Projekt „Wohnen 2000 plus“ in Coburg zeigen, dass das integrative Wohnen im Hinblick auf die Zukunft des Alterswohnens ein viel versprechender Ansatz ist.³⁶⁵

³⁵⁹ Vgl. Krings-Heckemeier (1996), S. 615.

³⁶⁰ Vgl. Gerngroß-Haas (1997), S. 18.

³⁶¹ Vgl. Tews (2000), S. 219 f.

³⁶² Vgl. BMFSFJ (1998), S. 118 f.

³⁶³ Vgl. Weeber (2001), S. 56.

³⁶⁴ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 120; Tews (2000), S. 220 f.

³⁶⁵ Vgl. Weeber (2001), S. 58 f. (Buntes Haus); Klünder/Sinclair (1996), S. 167–182 (Pantherhaus); Jacobs (2002), S. 30 f. (Wohnen 2000 plus).

Modelle des Zusammenlebens älterer Menschen in selbstverwalteten Wohn- und Hausgemeinschaften, den so genannten „Altenwohngemeinschaften“, gibt es bislang nur vereinzelt. Die Labilität, die diese Wohnformen häufig charakterisiert, lässt sie eher für kontaktfreudige und erlebnishungrige Senioren geeignet erscheinen als für solche ältere Menschen, die Sicherheit und Beständigkeit suchen.³⁶⁶ Probleme bestehen vor allem in der als zu gering empfundenen Privatheit, den zu geringen Rückzugsmöglichkeiten, den schwer zu harmonisierenden Eigenheiten vieler älterer Menschen sowie der schwer zu leistenden dauerhaften Bewältigung von Hilfe- und Pflegebedarf. Dennoch kann diese selbst organisierte Wohnform, sofern die gruppenspezifischen Prozesse gelingen, einen wichtigen Beitrag zur Integration in das Wohnquartier, zur Entfaltung der Potenziale der Bewohner, zur Förderung kognitiver Kompetenzen und zur Vorbeugung gegen Einsamkeit leisten.³⁶⁷ Neue Entwicklungen in Richtung von Hausgemeinschaften für pflegebedürftige und demente ältere Menschen könnten, wie Erfahrungen aus Frankreich und den Niederlanden zeigen, eine Alternative zum Pflegeheim darstellen.³⁶⁸ Insgesamt kann das Gemeinschaftliche Wohnen wie die anderen vorgestellten Wohnformen als Experimentierfeld von großem Wert für die Entwicklung des Alterswohnens in der Zukunft sein.³⁶⁹

3.5 Sozialräumliche Bedürfnisse älterer und kranker Menschen

Im Folgenden wird noch einmal zusammengefasst, welche sozialräumlichen Bedürfnisse älterer und kranker Menschen heute von zentraler Bedeutung sind und welche Folgerungen sich daraus für die Planung eines geriatrischen Zentrums ergeben:³⁷⁰

- Das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten räumlichen Umgebung und der Geborgenheit in einer solchen zählt zu den zentralen Bedürfnissen älterer Menschen im Hinblick auf ihre Umgebung und trägt wesentlich zur Erhaltung bzw. Erhöhung der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens im Alter bei. Ein

³⁶⁶ Vgl. Reimann (1994a), S. 159 f.

³⁶⁷ Vgl. Großjohann/Stolarz (2002), S. 114–117.

³⁶⁸ Vgl. Tews (2000), S. 221 f.

³⁶⁹ Vgl. BMFSFJ (1998), S. 123.

³⁷⁰ Zu den Wohnbedürfnissen bzw. lebensraumbezogenen Bedürfnissen älterer und kranker Menschen vgl. allgemein: Fischer (1995), S. 126; Maderthaner (1995), S. 175; Backes/Clemens (1998), S. 212.

zentrales Anliegen einer Geriatrie muss daher darin bestehen, den älteren und kranken Menschen ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln.

- Heimatgefühle und Gefühle des Zuhause-seins haben für ältere Menschen eine wichtige stabilisierende Funktion. Das Aufrechterhalten derartiger Bezüge ist nur möglich, wenn eine Kontinuität der Wohnumwelt, eine tiefe gefühlsmäßige Verankerung in einem Quartier vorliegt. Eine innerstädtische Geriatrie muss daher organisch in die vorhandenen Quartiersstrukturen integriert werden und zur altersgerechten Verbesserung dieser Strukturen beitragen (Gemeinwesenorientierung).
- Ältere Menschen entwickeln eine starke Identifizierung mit ihrer Wohnung; diese und bestimmte Objekte in ihr sind Träger von Erinnerungen und damit Teil der eigenen Biographie und der individuellen Identität. Eine Geriatrie sollte dazu beitragen, dass ältere und kranke Menschen so lange wie möglich ein selbstständiges Leben in ihrer vertrauten Umgebung führen können, damit sie nicht ihrer eigenen Biographie entfremdet werden. Wo dies nicht mehr möglich ist, sollte die stationäre Umgebung ausreichend Raum für persönliche Erinnerungsstücke der Bewohner bieten.
- Nach den gängigen Theorien zur Person-Umwelt-Beziehung im Alter wird die Selbstständigkeit älterer und kranker Menschen nur dann erhalten bzw. gefördert, wenn es gelingt, ihre Fähigkeiten zur Adaptation an Umweltbedingungen zu stärken, eine Kongruenz zwischen Umweltgegebenheiten und Bedürfnissen herzustellen bzw. ihr Bewältigungsrepertoire hinsichtlich der Anforderungen der Umwelt zu verbessern. Diese Aufgaben sind daher für eine Geriatrie zentral.
- Zu den herausragenden Bedürfnissen älterer Stadtbewohner gehört das Bedürfnis nach Sicherheit. Dies umfasst die Komponenten der Sicherheit vor häuslichen Unfällen, der Sicherheit vor Kriminalität, der Verkehrssicherheit sowie der Sicherheit (im Sinne von Unantastbarkeit) der Privatsphäre. Diesem Bedürfnis sollte eine Geriatrie dadurch entgegenkommen, dass sie den älteren Menschen in allen Bereichen ein möglichst weitgehendes Sicherheitsgefühl vermittelt.
- Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Selbstständigkeit älterer Menschen hängen aufgrund ihrer eingeschränkten Aktionsräume stark davon ab, dass sie alle für sie wichtigen Einrichtungen in fußläufiger Erreichbarkeit vorfinden. Dies bedeutet für eine innerstädtische Geriatrie, dass sie sorgfältig in die vorhandene Infrastruktur eines Quartiers eingebettet werden muss bzw. dass die Infrastruktur

des Quartiers auf die neue Einrichtung abzustimmen und gegebenenfalls anzupassen ist.

- Soziale Netzwerke sind von primärer Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen. In sozialräumlicher Hinsicht stellen vor allem Nachbarschaftsnetzwerke eine wichtige Quelle für Hilfe und Unterstützung dar und erscheinen heute als eine der zentralen Ressourcen für urbane Lebensqualität. Eine innerstädtische Geriatrie muss mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln auf die Stärkung der Nachbarschaftsnetzwerke der älteren Menschen hinzielen.
- Ein weiteres wesentliches sozialräumliches Bedürfnis älterer Menschen ist jenes nach Orientierung. Sie richten sich nach ihrer eigenen „subjektiven Landkarte“ mit wichtigen Orten, die für sie Orientierung, Erinnerung und Vertrautheit bedeuten und begründen. Dies gilt sowohl für das Quartier, in dem sie leben, als auch für das Innere von Gebäuden. Bei der Planung und Errichtung einer Geriatrie ist daher auf eine ausreichende Zahl markanter Orientierungspunkte zu achten.
- Anregende und stimulierende Umweltbedingungen fördern die geistigen und körperlichen Fähigkeiten älterer Menschen und stellen eine wesentliche Bedingung für Umweltkompetenz im Alter dar. Der Anregungsgehalt der Umgebung ist zudem ein wichtiger Faktor für die Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Eine an den Bedürfnissen ihrer Klienten orientierte Geriatrie sollte daher eine anregungsreiche, stimulierende und interessante Architektur und Inneneinrichtung bieten.
- Für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen in ihrer vertrauten Umgebung ist ein ausreichendes Angebot an quartiersbezogenen ambulanten und teilstationären Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe erforderlich. Eine innerstädtische Geriatrie sollte die Funktion eines geriatrischen Servicezentrums bzw. einer Sozialstation übernehmen und die quartiersbezogenen ambulanten sowie teilstationären Dienste koordinieren oder, soweit möglich, selbst anbieten.
- Je stärker Gesundheit und Mobilität älterer Menschen eingeschränkt sind, umso mehr benötigen sie eine altengerechte Ausstattung und Einrichtung ihrer Wohnumgebung. Für eine Geriatrie bedeutet dies, dass sie zum einen selbst den Anforderungen des altengerechten, barriere- und schwellenfreien Bauens in allen Einzelheiten entsprechen muss. Zum anderen sollte sie eine Anlaufstelle für ältere

Menschen sein, die eine Wohnberatung bzw. Wohnanpassungsmaßnahmen benötigen.

- Die stationäre Arbeit der Geriatrie sollte einem zeitgemäßen Pflegeverständnis folgen. Zentrale Elemente eines solchen Verständnisses sind: die Zugrundelegung des aktivierenden statt des reaktiven Pflgetypus sowie des Kompetenzmodells statt des Defizitmodells, die Motivation zur Selbstständigkeit als Leitbild pflegerischen Handelns, eine ganzheitliche Sichtweise des älteren Menschen sowie die Einbeziehung neuer pflegetheoretischer Ansätze wie Milieuthherapie, bedürfnisorientierte Pflege, Soziotherapie, Interventionsgerontologie und lebensweltorientierte Pflege.

All dies sind Forderungen an ein geriatrisches Zentrum, die sich aus den Erkenntnissen der Sozialwissenschaften ergeben. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit bestehende Einrichtungen des Gesundheitswesens im Hinblick auf städtebauliche und baukonstruktive Aspekte diesen Anforderungen für alte und kranke Menschen genügen.

4 Kritische Analyse des geriatrischen Versorgungssystems

Am 5. Februar 2003 hat die Bundesregierung eine kritische Analyse zur Situation des Gesundheitswesens und zur sozialen Sicherung veröffentlicht. Sie stellt darin fest, dass alle Versicherten die gleichen Rechte haben. Es gebe weder Wartezeiten noch Altersbeschränkungen für lebensnotwendige Operationen. Allerdings existiere eine strukturelle Fehl-, Über- und Unterversorgung, und das Gesundheitssystem sei in der jetzigen Form zu teuer, zu ineffizient und zu wenig an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Aufgrund der Unübersichtlichkeit und Parallelität der angebotenen Leistungen gebe es zu viele Anreize, auf Kosten der Beitragszahler ungenügende und ungewollte Leistungen zu erbringen. Zudem sei das Gesundheitswesen einem ständigen Druck von Lobbyisten und Produkthanbietern ausgesetzt.³⁷¹

Ein weiteres strukturelles gesundheitspolitisches Problem in Deutschland ist die fehlende Abstimmung zwischen Betroffenen, Anbietern, Wissenschaftlern und Verbänden über die Inhalte beispielsweise der geriatrischen Rehabilitation. 1995 initiierten die Gesetzlichen Krankenkassenverbände erstmals eine „Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation“. 1997 erarbeiteten die Spitzenverbände der Krankenkassen „Leitlinien für gemeinsame Modellvorhaben zum Auf- und Ausbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation“. Diese Modellvorhaben befinden sich noch in der Diskussionsphase, und schon kündigt sich durch die Änderung des Entgeltsystems über Fallpauschalen im Gesundheitswesen eine vollkommen neue Entwicklung an.³⁷²

Zwar darf man den geriatrisch-rehabilitativen Einrichtungen zugestehen, dass neben der Beseitigung physischer und funktioneller Störungen im Rahmen einer ganzheitlichen, patientenorientierten Therapie alter und multimorbider Menschen inzwischen auch psychosoziale Aspekte Berücksichtigung finden. Wie die wenigen deutschen Beispiele in Kapitel 5 zeigen werden, stehen die zumeist nicht über den Modellstatus hinausreichenden Projekte jedoch nicht für eine grundlegende, nachhaltige Umsetzung neuer Erkenntnisse der geriatrischen Forschung in der Bundesrepublik. Es gibt viele eigenständige Entwicklungen in den Bundesländern, die aber additiv nebeneinander stehen und keine gemeinsame Zielrichtung aufweisen.³⁷³ Auch fehlt eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage zur Umsetzung der medizinischen und

³⁷¹ Vgl. BMA (2003), S. 1–4.

³⁷² Vgl. Medizinischer Dienst (1997).

³⁷³ Vgl. Winter et al. (1997/98), Bd. 2–5.

psychosozialen Anforderungen an die Einrichtungen des Gesundheitswesens in städtebaulicher und architektonischer Hinsicht.

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

4.1.1 Bundesgesetze

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist die zuständige Institution des Bundes hinsichtlich der Rechte und Pflichten älterer Menschen, die stationär in Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Akutkrankenhäusern, Altenpflegeheimen, Hospizen etc. oder ambulant zu Hause versorgt werden müssen. Bisher existieren jedoch kaum bundesweit gültige Gesetze, Verordnungen oder Erlasse, die den patientenorientierten Umgang mit älteren und kranken Menschen sowie die daraus folgenden architektonisch-baukonstruktiven Mindestanforderungen festlegen. Diesem Defizit begegnete die Bundesregierung 1992 mit der Einsetzung eines Sachverständigenrates, der seither regelmäßig so genannte „Altenberichte“ zu erarbeiten und vorzulegen hat.³⁷⁴

Die Gesetze, die in den vergangenen Legislaturperioden neu geschaffen oder novelliert wurden (Heimgesetz, Pflegeleistungsergänzungsgesetz, Qualitätssicherungsgesetz, SGB IX, SGB XI) stellen lediglich äußere Rahmenstrukturen dar, die durch die Betreiber der Einrichtungen im Gesundheitswesen über eine patientenorientierte Sicht- und Handlungsweise eigenverantwortlich mit „Leben“ zu füllen sind.³⁷⁵ Das Gleiche gilt für die vom Bund geförderten Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Hilfe- und Pflegebedürftige.³⁷⁶ Die Bundesregierung sieht sich aufgrund ihrer Verlautbarungen nur dazu verpflichtet, Empfehlungen an die Verantwortlichen in den Verbänden und Institutionen vor Ort zu geben, eine integrierte, aufsuchende und bürgernahe Beratung für alte und kranke Menschen einzuführen, die

³⁷⁴ Der erste Altenbericht zur „Lebenslage der älteren Generation“ wurde 1993 publiziert (vgl. BMFS 1993). Der zweite Altenbericht von 1998 beschäftigte sich mit dem „Wohnen im Alter“ (vgl. BMFSFJ 1998). Der dritte Bericht von 2001 behandelte unter dem Titel „Alter und Gesundheit“ verschiedene altersrelevante Fragestellungen (vgl. BMFSFJ 2001). Der vierte und bislang letzte Bericht aus dem Jahr 2002 konzentrierte sich unter dem Titel „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger“ auf die Beschreibung der Lebenssituation Hochaltriger und Demenzkranker (vgl. BMFSFJ 2002). Vgl. auch Deutsches Zentrum (1998), Bd. I, III, V.

³⁷⁵ Vgl. Heimgesetz (2002); Pflegeleistungsergänzungsgesetz (2002); Qualitätssicherungsgesetz (2002); Sozialgesetzbuch (2001); Sozialgesetzbuch (1994).

³⁷⁶ Vgl. BMA (1999/2000).

Vernetzung von Pflege- und Therapieangeboten weiterzuentwickeln und die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung besser abzustimmen.³⁷⁷

Geeignete Handlungsanweisungen zur baulichen Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben fehlen. Die im Mai 1983 erlassene Heimmindestbauverordnung ist bis heute unverändert in Kraft, ihre Standards sind seit nunmehr 20 Jahren den permanent steigenden Bedürfnissen nicht mehr angepasst worden. So sieht die Verordnung z. B. eine Mindestgröße für Einbettzimmer von 12 m² und für Zweibettzimmer von 18 m² vor und erlaubt in Ausnahmefällen auch die Belegung einzelner Zimmer mit mehr als zwei Personen.³⁷⁸ Diese und andere Bestimmungen sind längst nicht mehr zeitgemäß; in der pflegewissenschaftlichen Literatur werden heute Raumgrößen von 14–18 m² für Einbettzimmer und 20–26 m² für Zweibettzimmer gefordert. Auch die Bestimmungen zur sanitären Ausstattung sind veraltet: Im Pflegeheim sind die Mindestanforderungen z. B. bereits dann erfüllt, wenn fünf Vierbettzimmer zu jeweils 30 m² bereitgestellt werden, wobei es genügt, auf dem Flur in Zimmernähe Handwaschbecken zu installieren.³⁷⁹ Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Dritten Altenberichts hat der Bundesregierung eine tief greifende Änderung der Heimmindestbauverordnung und der darauf beruhenden Richtlinien der Länder empfohlen.³⁸⁰ Derzeit wird im Bundesfamilienministerium über eine entsprechende Novellierung der Verordnung verhandelt. Der Entwurf sieht eine Anhebung der Zimmergrößen vor, will Zimmer mit mehr als zwei Plätzen grundsätzlich ausschließen und eröffnet innovativen Einrichtungen Experimentiermöglichkeiten; auch soll in Zukunft niemand mehr gegen seinen Willen gezwungen sein, mit einer anderen Person in einem Zimmer zusammenzuwohnen.³⁸¹

Bislang ist es jedoch beim Entwurf geblieben. Dieses Defizit wird in der vorliegenden Arbeit zum Anlass genommen, patientenorientierte Anforderungsprofile für die Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie für altengerechte Wohnungen herauszuarbeiten und ihre städtebauliche und architektonische Umsetzbarkeit am Beispiel eines vernetzten, quartiersbezogenen geriatrischen Zentrums zu demonstrieren.

³⁷⁷ Vgl. BMFSFJ (2001).

³⁷⁸ §§ 14, 19, 23 HeimMindBauVO; vgl. Klie (2001), S. 389–391.

³⁷⁹ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 193.

³⁸⁰ Vgl. BMFSFJ (2001), S. 135.

³⁸¹ Vgl. Klie (2001), S. 389–391.

4.1.2 Landesgesetze

Planung, Realisierung und Betrieb von Gebäuden des Gesundheitswesens unterliegen der Landeshoheit und sind daher bundesweit höchst unterschiedlich geregelt. Im Rahmen dieser Arbeit soll lediglich die Gesetzgebung des Landes Nordrhein-Westfalen beispielhaft vorgestellt werden.

Im Zusammenhang mit der Bauordnung des Landes Nordrhein-Westfalen sind seit 1978 die Krankenhausbauverordnung (zuletzt geändert am 20. Februar 2000) sowie die Heimmindestbauverordnung (zuletzt geändert am 25. September 1990) in Kraft.³⁸²

Diese Verordnungen dienen zur Festlegung von Sicherheitsstandards und Mindestanforderungen an Hygiene, Belichtung, Belüftung und Beheizung von öffentlich zugänglichen Gebäuden der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Hier finden sich Festlegungen zur Mindestgröße von Bettenzimmern sowie Mindestausstattungsanforderungen an die Pflegestationen bezüglich Toiletten, Waschplätzen, Gemeinschaftsräumen, Umkleiden, Laborräumen etc.; abschließend findet man Betriebs- und Verwaltungsvorschriften sowie die Festlegungen für Hinweisschilder.³⁸³ Ergänzt wird der gesetzliche Rahmen durch die Heimverordnung in der Fassung vom 1. April 1969, deren Vorschriften vor allem den Betrieb dieser Einrichtungen betreffen.³⁸⁴

Die Rechte und Pflichten der Patienten werden jedoch an keiner Stelle definiert. Im Heimbereich gelten für die Bewohner die Regelungen der Heimmitwirkungsverordnung, der Heimpersonalverordnung und der Heimsicherungsverordnung.³⁸⁵ Diese regeln neben den berechtigten Anliegen der Bewohner auch die Rechte und Pflichten der Betreiber solcher Institutionen. Man sucht jedoch auch hier vergeblich nach Bestimmungen, die ein nutzerorientiertes Handeln sowohl in der Planung und Realisierung als auch beim Betrieb solcher Einrichtungen definieren. Es liegt die Vermutung nahe, dass der Gesetzgeber es der Eigenverantwortung der Betreiber überlassen wollte, diese Aspekte in den Hausordnungen freiwillig zu berücksichtigen. Dort finden sich jedoch in der Regel außer gut gemeinten Allgemeinplätzen und schwammigen Kann-Vorschriften nur

³⁸² Vgl. Bauordnung Nordrhein-Westfalen (2003); Krankenhausbauverordnung (2000); Heimmindestbauverordnung (1990).

³⁸³ Zur Kritik der HeimMindBauVO des Bundes vgl. bereits Kapitel 4.1.1.

³⁸⁴ Vgl. Heimverordnung (1969), S. 195 ff.

³⁸⁵ Vgl. Heimmitwirkungsverordnung (2002), S. 2896 ff.; Heimpersonalverordnung (1998), S. 1506 ff.; Heimsicherungsverordnung (1978), S. 553 ff.

Verbote und entmündigende Maßregeln. Das Recht der Patienten und Bewohner auf eine selbstbestimmte Lebensführung wird missachtet.

Es ist daher dringend notwendig, nutzerorientierte Verordnungen zu den Rechten und Pflichten der Patienten in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Hospizen etc. zu erlassen, die ein aktives und selbstbestimmtes Leben ermöglichen und einklagbar machen. Darüber hinaus sind bei der Planung von Gebäuden des Gesundheitswesens die Förderrichtlinien der Länder und des Bundes zu beachten. Ob es sich um die Förderbestimmungen zum Betreuten Wohnen, zur Wohnungsanpassungsberatung oder zur Herstellung barrierefreier Gebäude handelt oder lediglich um kommunale Förderprogramme für Umzugshilfen: Stets sind im Planungsstadium die entsprechenden Versorgungsträger einzubeziehen, die im Rahmen der Pflegeversicherung, der Reichsversicherungsordnung für die Krankenkassen oder der Bundessozialhilfegesetzgebung ihre Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung und die rechtliche Genehmigungsfähigkeit prüfen.³⁸⁶

4.1.3 DIN-Normen

DIN-Normen stellen bundeseinheitliche Empfehlungen dar, die vom Normausschuss Bauwesen (NABau) im Deutschen Institut für Normung e. V. festgelegt werden und die Mindestqualität von Industrie- und Handwerksleistungen beschreiben.³⁸⁷ Ihre Veröffentlichung dient vornehmlich dem Zweck, mangelhafte Leistungen beispielsweise im Bauhandwerk zu vermeiden und Gewährleistungsansprüche zu begründen. Maßgeblich hinsichtlich der DIN-Normen für das deutsche Handwerk ist die Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen (VOB), Teil C.³⁸⁸

Änderungen bei den zu verwendenden Materialien oder bei den handwerklichen Ausführungsmöglichkeiten von Bauteilen führen zu der Notwendigkeit, diese Normen fortwährend zu überarbeiten. Allerdings hält die Fortschreibung der Normen mit dem Stand der Technik nicht Schritt, so dass veraltete Normen nach wie vor gültig sind und unnötige Gewährleistungs- und Haftungsrisiken begründen. Beispielsweise legt die DIN 18195 (Bauwerksabdichtungen, Teil 1 bis 10) in Verbindung mit der DIN 18336, 18338 und 18531 fest, dass die Randaufkantung an Balkonen oder Terrassen im Türbereich

³⁸⁶ Vgl. Pflegeversicherung (1994); Reichsversicherungsordnung (2002), § 182; Bundessozialhilfegesetz (1984), §§ 39, 40, 68, 69, 75.

³⁸⁷ Vgl. Normausschuss Bauwesen (2002).

³⁸⁸ Vgl. Vergabe- und Vertragsordnung (2002).

mindestens 15 cm hoch sein muss.³⁸⁹ Die dadurch verursachte Schwellenbildung im Türbereich stellt jedoch eine unnötige Stolpergefahr nicht nur für ältere Menschen und Kinder dar. Im Gegensatz dazu fordert die DIN 18025-1 für rollstuhlgerechte Wohnungen Barrierefreiheit, also gerade keine Schwellenausbildung am Übergang zu Balkon oder Terrasse.³⁹⁰ Diese gegensätzlichen Anforderungsprofile führen zu unnötigen Unsicherheiten, zumal eine schwellenlose Türausbildung heute handwerklich mangelfrei hergestellt werden kann. Es ist daher notwendig, die Normen untereinander abzugleichen und zu aktualisieren.

Die DIN 18024-2 beschreibt Anforderungsprofile für die behinderten- und altengerechte Bauausführung öffentlich zugänglicher Gebäude bzw. im öffentlichen Bereich; auch hier wäre eine Aktualisierung wünschenswert.³⁹¹ Weitere bundeseinheitliche Bau-Normen für den Bereich der Alten und Behinderten gibt es nicht.

4.2 Geriatrische Versorgung in der Bundesrepublik – Bestands- und Bedarfsanalyse

Friedrichs schreibt, dass die „Urbanität der Städte ein Abbild der gesellschaftlichen Verhältnisse“ und „die Kritik an der Struktur der Städte“ immer auch „eine Kritik an den sozialen Strukturen der Bewohner“ sei.³⁹² Diesen Gedanken aufgreifend, werden im Folgenden der Wohnungsbestand sowie die medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Bundesrepublik im Hinblick auf ihre bauliche Ausgestaltung unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse alter und kranker Menschen analysiert und vorhandene baulich-strukturelle Mängel aufgezeigt.

Die geriatrische Versorgung erfolgt in Deutschland überwiegend in isolierter, stationärer Form als geriatrische Akutmedizin im Krankenhaus bzw. als geriatrische Rehabilitation in meist in Kurorten gelegenen Rehakliniken.³⁹³ Das Gutachten 2000/01 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist darauf hin, dass unser Gesundheitssystem die Erfordernisse zur Behandlung chronisch Kranker damit nur unzureichend erfüllt. Prävention und Rehabilitation sind unterversorgte Bereiche. Das Gutachten fordert den Aufbau von Strukturen auch

³⁸⁹ Vgl. DIN 18195 (2003); DIN 18336 (2002); DIN 18338 (2002); DIN 18351 (2002).

³⁹⁰ Vgl. DIN 18025 (1992).

³⁹¹ Vgl. DIN 18024 (1996–98).

³⁹² Friedrichs (1995).

³⁹³ Vgl. Fuhrmann/Uhlig (1997), S. 16–24.

baulicher Art, die diesen Bedarf berücksichtigen, etwa in Form von multifunktionalen rehabilitativen Geriatrien, in denen über die Vernetzung mit den bestehenden sozialen Einrichtungen chronische Erkrankungen bzw. psychosomatisch oder psychisch bedingte Krankheitsbilder außerhalb von Akutkrankenhäusern behandelt werden können.³⁹⁴ Neben psychologischen und stadtsoziologischen Aspekten sind es vor allem betriebswirtschaftliche Gründe, die für eine vernetzte Systementwicklung sprechen. Das Gutachten weist nach, dass die direkten Kosten einer rehabilitativen Behandlung chronisch Kranker erheblich unter denen einer akutmedizinischen Behandlung liegen und dass die geriatrische Rehabilitation die indirekten Krankheitskosten reduziert, indem sie den Konsum von Medikamenten und Langzeittherapien vermeidet oder verringert und die Häufigkeit ambulanter und stationärer Krankenbehandlungen senkt. Der Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege, wie im SGB XI gefordert,³⁹⁵ findet in diesem System jedoch nicht statt, weil die Krankenversicherung und nicht die Pflegeversicherung die Rehabilitation bezahlen muss und es hier offenbar keine Verständigung gibt.³⁹⁶ Somit gilt festzuhalten, dass vernetzte geriatrische Zentren, in denen verschiedene Einrichtungen wie akutgeriatrische Rehabilitationsklinik, Tagesklinik, Pflegeheim, Hospiz, geriatrisches Beratungszentrum und ambulante geriatrische Dienste unter einem Dach zusammengefasst sind, bundesweit bis heute aufgrund fehlender politischer, rechtlicher und struktureller Vorgaben nicht existieren. Die klinische Geriatrie hat sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren insbesondere im voll- und teilstationären Bereich deutlich weiterentwickelt, was zur Folge hat, dass es heute zu viele Krankenhausbetten, zu viele Pflegeheimbetten und zu viele Rehabilitationsbetten in Kurkliniken gibt.³⁹⁷ Gleichzeitig sind jedoch die Planungen der Bundes- und Landesministerien, die im Jahr 1990 begannen und eine Verbesserung der geriatrischen Versorgung gerade im ambulanten Bereich zum Ziel hatten, bislang nicht über das Planungsstadium hinausgekommen.³⁹⁸ Im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung und der im Jahr 2003 anstehenden Einführung eines neuen pauschalen Entgeltsystems im Krankenhausbereich³⁹⁹ wird es daher aller Voraussicht nach zu einer Verkürzung der Verweildauer der Patienten in den Akutkliniken und zu einem wachsenden Bedarf an spezifischen

³⁹⁴ Vgl. Gutachten (2001).

³⁹⁵ Vgl. Sozialgesetzbuch (1994), § 5.

³⁹⁶ Vgl. Meier-Baumgartner (2001), S. 4 f.

³⁹⁷ Vgl. Meier-Baumgartner (2001), S. 1–9.

³⁹⁸ Vgl. Borchelt/Steinhagen-Thiessen (2001), S. 21 f.

³⁹⁹ Vgl. Schick/Roeder (2003), S. 226 ff.

Nachsorgebehandlungsmöglichkeiten im teilstationären und ambulanten Bereich kommen, der mit den vorhandenen und geplanten Einrichtungen nicht gedeckt werden kann.

Die Zahl der stationären geriatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Im Jahr 2000 gab es bundesweit 184 stationäre akutgeriatrische Einrichtungen mit etwa 9.700 Betten gegenüber 141 Einrichtungen mit etwa 7.800 Betten im Jahr 1997, was einer Steigerung von ca. 30 % entspricht. Die geringe Anzahl der derzeit noch geplanten Einrichtungen deutet darauf hin, dass die Versorgungsträger die Versorgungslage nun als ausreichend betrachten. Im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen existierten im Jahr 2000 134 Häuser mit 6.400 Betten, was gegenüber 1997 eine Steigerung um 41 % bedeutet; zehn weitere Einrichtungen sind zurzeit in der Planung. Allerdings ist die Verteilung dieser Häuser im Bundesgebiet nicht gleichmäßig. Während es in Bayern 45 und in Baden-Württemberg 39 Rehabilitationskliniken gibt, fehlen diese Versorgungseinrichtungen in Schleswig-Holstein, Thüringen und Bremen und vollständig.⁴⁰⁰

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen geht in ihren „Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation“ davon aus, dass aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland etwa 50–60 Betten pro 100.000 Einwohner benötigt werden.⁴⁰¹ Lediglich die Stadt Hamburg erfüllt diesen Bedarf mit einem Wert von 54,4 Betten pro 100.000 Einwohner. Länder wie beispielsweise Rheinland-Pfalz oder Niedersachsen liegen weit unter dem Soll, so dass sich bundesweit nur ein Wert von 19,4 Betten pro 100.000 Einwohner ergibt. Dies bedeutet, dass wir von einer Bedarfsdeckung noch weit entfernt sind und vernetzte, interdisziplinäre, nutzerorientierte Rehabilitationszentren dringend gebaut werden müssen.

Auch in den kommenden Jahren werden weniger teilstationäre als stationäre Rehabilitationseinrichtungen errichtet werden. Dies liegt u. a. an der Staffelung der Tagesentgelte aus der Pflegeversicherung, die stationäre gegenüber teilstationären oder ambulanten Einrichtungen bevorzugt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 1997 bundesweit nur 37 akutgeriatrische Tageskliniken. Die Zahl dieser Einrichtungen stieg jedoch in den letzten Jahren sprunghaft an und lag im Jahr 2001 bei bundesweit 88 Tageskliniken; zurzeit sind weitere 25 Kliniken in Planung. Die Zahl der

⁴⁰⁰ Vgl. Fuhrmann (2001), S. 16–20.

⁴⁰¹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2001), S. 1 f.

Therapieplätze stieg von 1997 bis 2001 von 675 auf 1.380, 365 weitere Plätze sind in Planung. Bei den teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen fällt der Anstieg im gleichen Zeitraum etwas moderater aus, von 29 Tageskliniken mit rund 400 Plätzen auf 48 Einrichtungen mit etwa 700 Plätzen; neun weitere Häuser mit zusätzlichen 160 Plätzen sind in Planung. Die Empfehlungen der o. g. Bundesarbeitsgemeinschaft gehen von 15 Behandlungsplätzen pro 100.000 Einwohner aus. Derzeit gibt es jedoch nur 2,5 Plätze pro 100.000 Einwohner, so dass auch hier noch ein erheblicher baulicher Nachholbedarf besteht.⁴⁰²

Die Zahlen über die Versorgungslage im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind noch ernüchternder: Im Jahr 2000 existierten in Deutschland lediglich zwölf Einrichtungen. Ähnlich ist die Situation bei den mobilen geriatrischen Diensten, von denen es im Jahr 2001 nur zehn Einrichtungen gab.⁴⁰³ Der Aufgabenbereich dieser Dienste beschränkt sich auf die Linderung oder Beseitigung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens älterer und kranker Menschen.

Obwohl es in der politischen Öffentlichkeit der Bundesrepublik keinen Dissens über die Notwendigkeit einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation als Baustein eines abgestuften Versorgungskonzeptes für ältere Menschen gibt, zeigen weder die Länder noch die Kostenträger derzeit die Bereitschaft, Verträge mit Anbietern abzuschließen.⁴⁰⁴

Die Präambel der Leitlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen für gemeinsame Modellvorhaben zum Auf- und Ausbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 18. Dezember 1997 liest sich wie ein frommer Wunsch:

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und Änderung der Morbiditätsstruktur und des damit einhergehenden zunehmenden Versorgungsbedarfs im Alter hat die Krankenversicherung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz den Auftrag erhalten, bei der Leistungsgewährung das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ vorrangig zu berücksichtigen.⁴⁰⁵

Auch die vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDK) 1997 ins Leben gerufene Projektgruppe „Ambulante Geriatrie“ hat bisher am Stillstand in der Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen nichts geändert.⁴⁰⁶ Von den ursprünglich bundesweit anvisierten zehn Modellbauvorhaben wurde bisher keines realisiert. Lediglich für vier Standorte konnten die Landesverbände der Krankenkassen

⁴⁰² Vgl. Statistisches Bundesamt (2002).

⁴⁰³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2002).

⁴⁰⁴ Vgl. AOK (2003), S. 1–12.

⁴⁰⁵ Medizinischer Dienst (1997), S. 3.

⁴⁰⁶ Vgl. Medizinischer Dienst (1997), S. 1 ff.

dazu überredet werden, entsprechende Vergütungsvereinbarungen in Aussicht zu stellen.

Ein weiterer Grund für die desolate Lage der klinischen Geriatrie in Deutschland liegt in den uneinheitlichen Abrechnungsmodalitäten der Versorgungsleistungen, welche zum Teil als Krankenhausbehandlung nach § 109 SGB V und zum Teil als Rehabilitationsbehandlung nach § 111 SGB V gelten.⁴⁰⁷

Der vierte Altenbericht der Bundesregierung kommt zu dem Schluss, dass die geriatrische Rehabilitation ein ideales Instrument für die integrierte Versorgung älterer, multimorbider Menschen sei.⁴⁰⁸ Die häufig bei Hochaltrigen gleichzeitig auftretenden medizinischen, pflegerischen, sozialen, materiellen und wohnungstechnischen Probleme ließen sich nur durch das interdisziplinäre Zusammenwirken von Geriater, Hausärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und ehrenamtlichen Hilfskräften effektiv und kostengünstig lösen. Gleichzeitig bedarf es einer umfassenden Information der Patienten und ihrer Angehörigen zu sämtlichen Fragen des Alterns in Form eines geriatrischen Begegnungszentrums unter kommunaler Trägerschaft. Der Bericht weist besonders darauf hin, dass die integrative ambulante Beratung aufsuchend tätig sein soll, um ehrenamtliche Kräfte wie Angehörige oder Nachbarn sinnvoll zu entlasten. Die Rolle der Hausärzte als Vertreter des Case Management, sprich als Berater und Paten für die eigenen Patienten, ist durch entsprechende geriatrische Weiterbildungsmaßnahmen zu unterstützen.⁴⁰⁹

Die Betreuung demenzkranker alter Menschen kann nach Meinung der Kommission nur durch modifizierte bauliche und soziale Strukturen dauerhaft gewährleistet werden, vor allem vor dem Hintergrund sich rasant verändernder Bedürfnisse, Fähigkeiten und Defizite der Kranken. Daher darf es nicht nur eine Wohn- und Pflegeeinrichtung, sondern es muss eine Vielzahl an unterschiedlichen privaten und öffentlichen Institutionen geben mit einem vernetzten Angebot, das von ambulanten häuslichen Diensten über die Tagespflege bis hin zu Schwerstpflegeangeboten im Stadtteil reicht.⁴¹⁰

⁴⁰⁷ Vgl. Borchelt/Steinhagen-Thiessen (2001), S. 21–29.

⁴⁰⁸ Vgl. BMFSFJ (2002), Punkt 5.5.5.3.2.

⁴⁰⁹ Vgl. BMFSFJ (2002), Punkt 5.5.5.2.

⁴¹⁰ Vgl. BMFSFJ (2002), Punkt 5.5.5.1.2.

4.3 Städtebauliche Aspekte

Trotz zahlreicher psychologischer, medizinischer, soziologischer und architekturtheoretischer Publikationen zum Thema „Mensch und urbaner Raum“ tut sich die Stadt- und Architekturplanung immer noch schwer, den alten Menschen als beachtenswertes Individuum in ihre Gedankenwelt einzubeziehen. Zu wenige planungsrelevante Grundlagen werden den Projektentwicklern von Kliniken, Altenpflegeheimen oder Altenwohnungen an die Hand gegeben, zu selten finden fachübergreifende Gespräche zwischen Architekten und Stadtplanern auf der einen Seite und Medizinern, Geriatern, Soziologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern etc. auf der anderen Seite im Vorfeld einer Auftragsbearbeitung statt, um patientenorientierte Entwurfskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Die Landesorganisationen der Architekten verhalten sich wenig hilfreich, da sie dieses Thema für sich noch nicht entdeckt haben und somit keinerlei Unterstützung anbieten können.

4.3.1 Makroebene: Die Stadt

Die Monofunktionalität nebeneinander aufgereihter, wirtschaftlich optimierter Stadtteile war bis in die 1980er Jahre das Leitbild der Stadtentwicklung. Seither haben die Bewegungen der ökologischen Stadterneuerung und des postmodernen Städtebaus einiges im Hinblick auf eine Humanisierung der Stadtwelten bewirkt.⁴¹¹ Die Vermischung von Natur und gebauter Umwelt, die Erschließung natürlicher Ressourcen im Stadtraum sowie die Aufwertung der Stadt als Fokus eines aktiven, selbstverantwortlichen Lebens und Erlebens sind Idealvorstellungen, die es weiter zu fördern gilt. Wir sind allerdings noch weit entfernt von der humanen Stadt und erleben immer wieder, wie Marktmechanismen diese positive Entwicklung unterlaufen. Friedrichs schreibt: „Ein Problem aller Großstädte ist es, die Vielfalt, also den Branchenmix [...] zu erhalten“.⁴¹² Insbesondere Filialisten vermögen aufgrund ihrer wirtschaftlichen Macht höhere Mieten als die Mitbewerber des Einzelhandels zu bezahlen, was zu einem einseitigen Verdrängungswettbewerb insbesondere in den 1A-Verkaufslagen der Innenstädte führt.

Auch das Gesundheitswesen bleibt von dieser Entwicklung nicht verschont. Seit der Einführung der Fallpauschalen-Entgeltregelung (DRG) kommt es zu einem verstärkten

⁴¹¹ Vgl. dazu näher Kapitel 1.2.

⁴¹² Friedrichs (1995).

Wettbewerb unter den Pflege- und Therapieanbietern.⁴¹³ Die Folge ist, dass veraltete Einrichtungen im Krankenhaus- oder Altenheimbereich aufgrund fehlender Wettbewerbsfähigkeit geschlossen werden müssen. Der Wettbewerbsdruck zwingt die „Marktführer“ gleichzeitig dazu, teilvernetzte Pflegeangebote anzubieten, die zumeist aus einer zentralen Einheit (Akutkrankenhaus) und angegliederten Rehaabteilungen, einer Tagesklinik und eventuell noch einer ambulanten geriatrischen Versorgung bestehen.⁴¹⁴ Daneben existieren zahlreiche weitere Leistungsanbieter, die die gleichen oder ähnliche Pflege- und Therapieformen anbieten. Diese Parallelität führt u. a. zu jenen Kostensteigerungen, die unser Gesundheitssystem derzeit an die Grenze seiner Leistungsfähigkeit führen.

Somit gilt es bestehende modellhafte Netzwerke zu fördern und neue zu entwickeln, um ein flächendeckendes und kostengünstiges Versorgungsnetz für alte und kranke Menschen in der Bundesrepublik aufzubauen. Wie dies geschehen kann und welche baulichen Komponenten dazu notwendig sind, wird in der vorliegenden Arbeit am Beispiel eines idealtypischen geriatrischen Zentrums gezeigt.

4.3.2 Mesoebene: Das Quartier

Der Ort, an dem Menschen wohnen, ist idealerweise auch das Zentrum ihres Lebens. Je älter und immobiler Menschen werden, desto stärker begrenzt ist der aktiv erlebbare Lebensraum. Die Stadt als multifunktionaler Erlebnisraum verliert an Bedeutung und gleichzeitig steigt die Wertigkeit des eigenen Ortes, des Stadtteils oder Quartiers.⁴¹⁵ Fehlende räumliche Alternativen oder Ausweichmöglichkeiten zwingen den Bewohner, seine Bedürfnisse dem vorhandenen Angebot anzupassen. Dies bedeutet für die Gruppe der älteren Menschen vielfach noch immer eine Bedürfnisreduzierung im Alltag – weg von dem individuellen, mobilen und erlebnisreichen Leben der Jugend und hin zu einem bescheidenen, verzichtorientierten Dasein im Alter.

Wenn die Urbanität der Städte ein Abbild der gesellschaftlichen Verhältnisse ist, so deutet ihre Inhumanität auf eine inhumane Gesellschaft hin. Betrachten wir die Gettoisierungstendenzen an gesellschaftlichen Randgruppen, zu denen ältere Menschen nach wie vor zählen, so wirkt die Heterogenität der Bevölkerungsschichten eines Quartiers auf Minderheiten eher beängstigend denn integrativ. Die Mehrheit initiiert

⁴¹³ Vgl. Heine (2002), S. 1–9.

⁴¹⁴ Vgl. Schick/Roeder (2003), S. 226 ff.

⁴¹⁵ Vgl. dazu näher Kapitel 3.3.1.

keine integrierenden baulichen Strukturen im Quartier, weil sie sie selbst nicht benötigt. Der städtebauliche und architektonische Zustand vieler Quartiere lässt sich als eine lange Liste struktureller Mängel darstellen. So gibt es beispielsweise nur wenige Orte zum Verweilen, um neue Kontakte zu knüpfen oder einfach in Ruhe die Natur zu genießen. Es fehlen oftmals Dienstleister der Primärversorgung wie Bäcker, Metzger, Schuster, Friseur oder Reinigung in fußläufiger Entfernung oder auch Arbeitsmöglichkeiten für alte Menschen. Vergebens sucht man in den meisten Quartieren Freizeitangebote wie Spielflächen für Jung und Alt oder öffentliche Versammlungsstätten für alle Bevölkerungskreise, um Kultur und Freizeit gemeinsam zu erleben, oder ein umfassendes Angebot an medizinischen und psychosozialen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Hier ist ein gesellschaftliches Umdenken notwendig, um diesen baulichen Zustand zu verändern.

Die demographische Entwicklung sollte den Anlass dazu bieten, eine Humanisierung des Quartiers im Sinne der Schaffung von altengerechten, multifunktionalen Erlebnisräumen durch vernetzte bauliche Strukturen voranzutreiben. Hier kann das geriatrische Zentrum als gesellschaftlicher Mittelpunkt die soziale Verknüpfung der Gesellschaft mit ihren Alten wiederherstellen und festigen. Dieser Ort ist ein städtebauliches und architektonisches Konstrukt, bestehend aus verschiedenen, bisher meist eigenständigen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie aus einer Anzahl von Altenwohnungen, die im folgenden Kapitel in ihrem heutigen Bestand kritisch beleuchtet werden. Die Sozialstation, von besonderer Bedeutung in der ambulanten Versorgung innerhalb eines geriatrischen Zentrums, hat in der baukonstruktiven Analyse keine Bedeutung und wird daher nicht näher betrachtet. Außerdem wird es nicht zu vermeiden sein, dass sich Kritikpunkte aufgrund der teilweisen Gleichförmigkeit in den Gebäudestrukturen ähneln oder wiederholen.

4.4 Baukonstruktive Aspekte von Wohnungen sowie medizinischen und geriatrischen Einrichtungen

4.4.1 Privatwohnung

Vergleicht man ältere Menschen in Privathaushalten mit jenen in Institutionen der stationären Altenhilfe, so zeigt sich, dass erstere ein wesentlich besserer

Gesundheitszustand kennzeichnet.⁴¹⁶ Der Zustand der Wohnungen oder Häuser entspricht jedoch nur selten den altersbedingten baulichen Anforderungen, was im Folgenden näher zu zeigen sein wird.

Der ganz überwiegende Teil der älteren Menschen in der Bundesrepublik lebt in der eigenen Wohnung und ist auch mit der größtenteils veralteten Wohnungsausstattung zufrieden.⁴¹⁷ Die Haushalte befinden sich zumeist in alter Bausubstanz. Dies gilt vor allem für die östlichen Bundesländer, wo sich zwei Drittel der Seniorenhaushalte in vor 1949 erbauten Wohnungen befinden; im Westen trifft dies immerhin noch auf 36 % der Seniorenhaushalte zu.⁴¹⁸ Dabei handelt es sich um einen Kohorteneffekt, da die Menschen in den einmal bezogenen Wohnungen bleiben wollen, trotz objektiv vorhandener und subjektiv wahrgenommener Mängel in Grundrissgestaltung, Inneneinrichtung und technischer Ausstattung, die dazu führen, dass die Wohnungen in keinster Weise den Anforderungen an altersgerechtes Wohnen entsprechen. Dieses Beharrungsvermögen führt oft zur „Alterung“ ganzer Stadtteile und Siedlungen.⁴¹⁹

Bausinger bringt es auf den Punkt: „Die alten Wohnungen sind keine Altenwohnungen, sie enthalten erhebliche Gefahrenquellen für alte Menschen“.⁴²⁰ Gemeint sind damit u. a. die scheinbar unbedeutenden Nebensächlichkeiten einer Wohnungsausstattung, die Unfallrisiken nur dadurch in sich bergen, dass die Kräfte des alternden Menschen plötzlich versagen oder Ablenkungen die notwendige Aufmerksamkeit kurzfristig einschränken. Eine dieser Risiken ist die Stolpergefahr, ausgelöst etwa durch lose Teppichkanten, nicht rutschsichere Fußmatten, zu hoch eingeräumte Gebrauchsgegenstände, die nur mit einer Fußbank zu erreichen sind, oder frei hängende Telefonkabel, die zur Unfallursache werden. Weitere bauliche Mängel wie Schwellen zu Balkon oder Terrasse, nicht rutschsichere Fliesen im Bad, ein zu hoher Einstieg an der Badewanne, zu tief platzierte Steckdosen, die fehlende Möglichkeit, vom Bett aus das Licht im Schlafzimmer ein- und auszuschalten, fehlende Fehlerstromschutzschaltung, fehlende Rauchmelder in den Zimmern, fehlende Balkone oder Freisitze etc. stellen Gefahrenquellen und Mängel dar, wie wir sie in fast jeder Wohnung finden.⁴²¹

⁴¹⁶ Vgl. Schneider (2003), S. 1–10.

⁴¹⁷ Vgl. Lehr/Thomae (1991).

⁴¹⁸ Vgl. Schneider (2003), S. 2 f. Vgl. dazu auch Kapitel 3.4.1.

⁴¹⁹ Vgl. dazu näher Kapitel 3.4.1.

⁴²⁰ Bausinger (1995), zitiert nach Schneider (1996).

⁴²¹ Vgl. Mamerow (2003), S. 170 ff.

Hier bedarf es der Gefahrenbeseitigung durch Aufklärung und Initiative der Angehörigen oder anderer sich dafür verantwortlich fühlender Personen, da der ältere Mensch zumeist überfordert oder für die Gefahren nicht genügend sensibilisiert ist. Oftmals sind auch die Wohnungsbesitzer nicht gewillt, altengerechte Umbauten in ihrer alten Bausubstanz zu veranlassen, oder sie verknüpfen dies mit einer Mieterhöhung, die sich die alten Bewohner nicht mehr leisten können. Sind die Gefahrenquellen und Mängel nicht zu beseitigen oder kommt es zu einer akuten Erkrankung oder dem plötzlichen Verlust des Partners, so ist die Entscheidung zur Heimübersiedlung oftmals zwingend erforderlich, da es flächendeckend keine ambulanten Alternativen gibt.⁴²²

Auch die so genannten „altengerechten Wohnungen“ folgen vielfach einem falschen Leitbild, dem des Defizitmodells des Alters. Dieses Leitbild führt dazu, dass solche Wohnungen in vielen Fällen sehr klein geplant werden, um den alten Menschen unnötig weite Wege zu ersparen. Das Leben der Bewohner wird in solchen Wohnungen auf eine barrierefreie und stolpersichere Fortbewegung sowie auf eine weitgehende Entlastung von Hausarbeit reduziert. Tatsächlich fördert die architektonische Umsetzung dieses Leitbildes nicht nur die Passivität der alten Menschen, sondern trägt durch die Reduzierung der Wohnfläche und des Mobiliars auch zur Einschränkung sozialer Kontakte und damit zur Erschwerung einer selbstständigen Lebensführung bei.⁴²³

Sowohl die Baugesetze auf Bundes- und Landesebene als auch die Förderrichtlinien im Wohnungsbau sind nach wie vor dem Defizitmodell des Alters verpflichtet. Dies zeigt sich etwa in den geringen vorgeschriebenen Wohnungsgrößen oder den Belegungsvorschriften im sozialen Wohnungsbau, wonach einem Zweipersonenhaushalt alter Menschen nur eine Zweizimmerwohnung zugewiesen werden darf. Auch die Architekten erkennen die tatsächlichen Bedürfnisse des altengerechten Bauens nur teilweise, zumal dieser Bereich bisher nicht Teil ihrer Ausbildung ist. Das Gleiche gilt für die Handwerker, deren Schulung hinsichtlich der spezifischen Wohnbedürfnisse älterer Menschen noch ganz in den Anfängen steckt.⁴²⁴

Für die nähere Zukunft sind allerdings Verbesserungen auf dem Gebiet des altengerechten Bauens zu erwarten, da der Bereich der Wohnungsanpassungsmaßnahmen in seiner Bedeutung immer stärker erkannt wird. Die zunehmenden Wohnungsleerstände zwingen zudem die Wohnungsunternehmen und

⁴²² Vgl. dazu Kapitel 3.4.2.

⁴²³ Vgl. Narten (1999), S. 82 f.

⁴²⁴ Vgl. Narten (1999), S. 95 f.

privaten Wohnungseigentümer dazu, verstärkt auf die Bedürfnisse ihrer alten Mieter einzugehen.⁴²⁵

4.4.2 Betreutes Wohnen

Ältere Wohnsiedlungen bieten aufgrund der relativ homogenen, höheren Altersstruktur der Bewohner die Möglichkeit, Betreutes Wohnen in einen wirtschaftlichen Rahmen zu stellen, so dass sich Umbaumaßnahmen auch für privatwirtschaftlich betriebene Wohnungsbauunternehmen lohnen.⁴²⁶ Gerade städtische Wohnungsbauunternehmen haben hier einen Markt entdeckt, ältere Wohnsiedlungen unter Mitnahme von Fördergeldern alters- und behindertengerecht zu sanieren. Die Normen der DIN 18025 (Barrierefreies Wohnen) bieten dabei einen konkreten Rahmen für die auszuführenden Arbeiten.⁴²⁷ Dass gleichzeitig Wärmedämmungen, neue haustechnische Installationen, neue Fenster oder andere wertsteigernde Maßnahmen ausgeführt werden, ist durchaus legitim, zumal dies das äußere Erscheinungsbild der Gebäude verbessert. Ein typisches Beispiel hierfür ist die WOBAU Schleswig-Holstein, ein Wohnungsbauunternehmen, das in der Stadt Rendsburg die so genannte „Parksiedlung“ mit einem Aufwand von ca. 2,4 Mio. Euro saniert hat. Aus den alten Mietwohnungen entstanden 72 altersgerechte, betreute Wohnungen. Außerdem wurde in Zusammenarbeit mit dem evangelischen Hilfswerk der Kirchengemeinden der Stadt Rendsburg ein Betreuungszentrum für 3,7 Mio. Euro errichtet.⁴²⁸

Problematisch ist die immer wieder bei Umfragen genannte Anonymität dieser Wohnanlagen. Man kennt sich kaum untereinander. Sozialkontakte bleiben aus oder obliegen der Privatinitiative. Die Zwangskontakte durch die ambulanten Pflegedienste reichen nicht aus, der Einsamkeit zu entfliehen. Die Form des Betreuten Wohnens mit einzelnen altengerechten Wohnungen ohne Gemeinschaftsräume, in denen Freizeitaktivitäten angeboten werden, sollte somit nicht mehr als eigenständige Wohnmöglichkeit gefördert werden, da sie dem Problem der Vereinsamung nicht entgegenwirkt.⁴²⁹

Es ist für die Wohnungsbaugesellschaften leider nicht die Regel, die Umwandlung von Wohnungen in altengerechte Einheiten zusammen mit den künftigen Bewohnern zu

⁴²⁵ Vgl. Oswald (2000), S. 210.

⁴²⁶ Zu dem Begriff und den Charakteristika des Betreuten Wohnens vgl. Kapitel 3.4.3.

⁴²⁷ Vgl. DIN 18025 (1992).

⁴²⁸ Vgl. Röder/Röder (1996), S. 630–632.

⁴²⁹ Vgl. Deutsches Zentrum (1998), Bd. V.

planen. So muss oft beim Einzug festgestellt werden, dass die mitgebrachten Möbel nicht in die Wohnung passen oder dass gewohnte Tagesabläufe nicht mehr funktionieren, weil die Bedingungen der alten Wohnung nicht auf die neue übertragen wurden.⁴³⁰ Als häufig auftretende Planungsfehler sind vor allem die folgenden zu nennen:

- Die Küche ist zwar behindertengerecht und rollstuhlgeeignet, aber das Fenster so hoch eingesetzt, dass man im Rollstuhl sitzend nicht hinausschauen kann.
- Der Balkon ist zwar schwellenfrei zu erreichen, aber die Brüstungen bieten keinerlei Schutz gegen die Zegerscheinungen des Windes, so dass ältere Menschen diesen Bereich eher meiden.
- Der Hauseingang ist zwar schwellenfrei zu erreichen und der Aufzug behindertengerecht ausgestattet, aber die Briefkästen hängen so hoch, dass sie nur im Stehen zu erreichen sind.
- Es gibt große Grünanlagen mit Sitzbänken, aber keinen Platz für einen kleinen privaten Nutzgarten oder eine Sandfläche, z. B. zum Boule-Spielen.

Dies sind nur einige der üblichen Planungsfehler, die vermieden werden könnten, wenn Architekten zukünftig dazu bereit wären, bei der Planung altengerechter Projekte mit Sozialarbeitern, Pflegern, Therapeuten und Ärzten interdisziplinär zusammenzuarbeiten.

4.4.3 Wohn- und Hausgemeinschaften

Beispielhaft für Wohn- und Hausgemeinschaftsprojekte sei hier der Verein Forum genannt. Er wurde 1993 als bundesweiter Interessenverband alternativer Wohninitiativen gegründet. Etwa 50 Wohngemeinschaftsprojekte gibt es inzwischen in den unterschiedlichsten strukturellen und baulichen Formen. Ihnen gemeinsam ist, dass sich selbstverantwortlich denkende und eigeninitiativ lebende, gesunde ältere Menschen zusammenschließen, um im Rahmen einer familienübergreifenden Haus- oder Nachbarschaftsgemeinschaft eine Alternative zwischen dem Alleinsein und dem Altenheim zu entwickeln. Da diese Wohnform in der Konzeption sehr heterogen ist, lassen sich keine verallgemeinernden baulichen Kritikpunkte aufzählen, zumal diese

⁴³⁰ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2000).

Projekte eher Modellcharakter haben und sich teilweise noch in der Experimentierphase befinden.⁴³¹

Allgemeine Kritikpunkte lassen sich auch bei den Hausgemeinschaften pflegebedürftiger dementer Menschen nur schwer nennen. Auch diese neue Wohnform, initiiert von Heimleitungen oder karitativen Trägern, befindet sich noch im Zustand der Erprobung und soll eine Alternative zu den Alten- und Pflegeheimen darstellen. Die Idee, in familienähnlichen Gruppen von bis zu zehn alten, dementen Menschen unter der Leitung einer Pflegerin ein normales Leben in einer Wohnung mit Einzelzimmern und Gemeinschaftsräumen zu führen, erfordert ganz neue therapeutische und pflegerische Konzepte, bei denen nicht Pflege, sondern Alltagsbewältigung im Vordergrund steht. Es gibt lediglich einige vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Modellprojekte, bei denen aber eine kritische Betrachtung zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht wäre. Hier gilt es die Entwicklung abzuwarten, um zu entscheiden, ob auch diese Lebensform für ältere Menschen ein möglicher Bestandteil einer idealtypischen Geriatrie werden könnte.

4.4.4 Mehrgenerationenhäuser

Bei der kritischen Betrachtung von Mehrgenerationenhäusern stellt man immer wieder fest, dass einige Planungen trotz der Einhaltung sämtlicher Anforderungen an eine alten- und behindertengerechte Wohnung nach DIN 18025 das eigentliche Ziel verfehlt haben, nämlich die Eigenständigkeit und Ungestörtheit des Lebens im Alter durch geeignete bauliche Maßnahmen zu gewährleisten. Die unterschiedlichen Lebensweisen der Generationen führen zu Konflikten, die bei entsprechender Grundrissplanung vermieden werden könnten.⁴³²

An erster Stelle der Kritikpunkte stehen die gegenseitigen Geräuschbelästigungen. Obwohl ältere Menschen schlechter hören, sind sie bezüglich der Schallbelastung sehr empfindlich und beschweren sich über Trittschallgeräusche aus den umliegenden Wohnungen und aus dem Treppenhaus. Zudem gehen ältere Menschen früher schlafen, benötigen ihre tägliche Mittagsruhe und zeigen manchmal wenig Verständnis für den Lärm spielender Kinder vor ihren Wohnungsfenstern. Andererseits stellen sie selbst ihr

⁴³¹ Vgl. Forum (1999), S. 3 ff.

⁴³² Vgl. Fischer-Uhlig (1996), S. 616–619.

Radio oder Fernseher aufgrund ihrer Hörschwäche sehr laut, so dass dies zu Belästigungen in der Nachbarwohnung führen kann.⁴³³

Ein weiterer Streitpunkt zwischen den Generationen sind die unterschiedlichen Ansprüche an die Sauberkeit der Hauseingänge, Treppenflure oder Außenanlagen. Für ältere Menschen kann es ein Ärgernis sein, wenn Papier nicht in den Müllkorb, sondern auf den Weg oder in die Grünanlage geworfen wird oder wenn Kinder mit ihren Schuhen durchs Treppenhaus laufen, ohne sie vorher gesäubert zu haben.

Auch das unterschiedliche Sicherheitsbedürfnis ist oft ein Streitpunkt. Ältere Menschen sind in der Regel ängstlicher, da ihre Wahrnehmung vermindert ist. Für sie ist es daher von großer Bedeutung, dass der Hauseingang bei Dunkelheit verschlossen ist bzw. tagsüber nicht immer offen steht.⁴³⁴

Problematisch ist auch die Praxis vieler Wohnungsbaugesellschaften, anonyme Konzepte für Alte und Behinderte nach den einschlägigen Verordnungen und DIN-Normen zu realisieren, was dazu führt, dass individuelle Wünsche der späteren Bewohner unberücksichtigt bleiben und nach dem Bezug der Gebäude eventuell unter erheblichem finanziellen Aufwand nachgebessert werden müssen. Zum Beispiel werden in vielen Fällen mit den Mietverträgen Pauschalangebote für Notrufbereitschaft, Serviceleistungen oder Pflegeleistungen verbindlich vereinbart. Dies empfinden viele ältere Menschen wie eine Knebelung und in der Höhe als zweite Miete.⁴³⁵

4.4.5 Altenwohn- und Pflegeheime

Die Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ (FAG) hat im Rahmen ihrer Tätigkeit die Existenzberechtigung und Notwendigkeit von Pflegeheimen in der Bundesrepublik Deutschland in Frage gestellt.⁴³⁶ Man ist sich über die Fachgremien hinweg einig, dass die derzeitige Situation pflegebedürftiger alter Menschen in Heimen nicht befriedigend ist. Die baulichen Strukturen und Heimordnungen lassen im Allgemeinen keinen Platz für die Verwirklichung individueller Bedürfnisse, die das soziale Umfeld und die Fähigkeiten der Hilfebedürftigen mit einbeziehen.⁴³⁷ Dies wird jedoch immer unverzichtbarer, denn die Individualisierung des Lebens in jüngeren Jahren verlangt aufgrund des gestiegenen Anspruchsdenkens nach einer gleichwertigen

⁴³³ Vgl. Schulz (2002), S. 10 ff.

⁴³⁴ Vgl. Schulz (2002), S. 10 ff.

⁴³⁵ Vgl. Kremer-Preiß et al. (2000).

⁴³⁶ Vgl. Schnell (2002).

⁴³⁷ Vgl. Schmidt/Wittulski (1997), S. 48–53.

Fortsetzung der Lebensführung im Alter.⁴³⁸ Daher wird das klassische Pflegeheim nur noch für einen eng begrenzten Nutzerbereich, nämlich den der Schwerstpflegebedürftigen der Pflegestufe III, in Frage kommen.⁴³⁹

Definition und Statistik

Das Statistische Bundesamt definiert den Begriff „Altenwohnheim“ als

Zusammenschluss in sich abgeschlossener Wohnungen, die in Anlage, Ausstattung und Einrichtung den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen Rechnung tragen. In Altenheimen besteht im Bedarfsfall eine Reihe von Möglichkeiten der Versorgung und Betreuung durch das Heimpersonal. Im Altenheim werden ältere Menschen betreut und versorgt, die bei der Aufnahme zur Führung eines eigenen Haushaltes nicht mehr imstande, aber dennoch nicht pflegebedürftig sind. Das „Altenpflegeheim“ dient der umfassenden Betreuung und Versorgung chronisch Kranker und/oder pflegebedürftiger alter Menschen. Mehrgliedrige Einrichtungen sind nach dieser Definition verschieden gestaltete Verbindungen von Altenheimen, Altenwohnheimen und Altenpflegeheimen, die ihre Aufgabe in gegenseitiger Ergänzung erfüllen.⁴⁴⁰

Zum 30.6.1994 gab es in der Bundesrepublik 639 Altenwohnheime, in denen 8 % der stationär lebenden alten Menschen untergebracht waren, zudem 2.006 Altenheime mit 19 %, 2.450 Altenpflegeheime mit 25 % sowie 3.237 mehrgliedrige Einrichtungen mit 48 % Belegung. Der Anteil der Frauen in den Alten- und Pflegeeinrichtungen liegt bei fast 80 %.⁴⁴¹ Diese geschlechtsspezifische Komponente wird in der Diskussion bisher ungenügend berücksichtigt und sollte in der Planung einer idealtypischen Geriatrie Berücksichtigung finden.

52,9 % der Heimbewohner sind älter als 80 Jahre beim Heimeintritt. 36,1 % aller über 90-jährigen Menschen leben in einer Institution. Die Familienstandsverteilung zeigt, dass Heime ein Sammelbecken für Nichtverheiratete sind. 67,2 % der Heimbewohner sind verwitwet und 19,7 % ledig. Dagegen sind 60,1 % der in Privathaushalten lebenden über 60-Jährigen verheiratet. Derzeit stehen für nur etwa 4 % der über 60-jährigen Bundesbürger Heimplätze in Institutionen der stationären Altenhilfe zur Verfügung.⁴⁴²

Gebäudestruktur

Bis in die 1960er Jahre galten Alten- und Pflegeheime als Verwahranstalten für betagte Menschen. Einem relativ hohen Bedarf an Unterbringungsmöglichkeiten standen aufgrund wirtschaftlicher Zwänge kaum geeignete Gebäude gegenüber. Das Ergebnis waren kasernenartige, einfachste Gebäudestrukturen mit Gemeinschaftstoiletten und

⁴³⁸ Vgl. Wahl/Reichert (1994), S. 15–47.

⁴³⁹ Vgl. Rath (2003), S. 44 ff.

⁴⁴⁰ Statistisches Bundesamt (1999).

⁴⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (1999).

⁴⁴² Vgl. Schneider (2003), S. 1–36. Zur Statistik der Alten- und Pflegeheime vgl. auch Kapitel 3.4.2.

Gemeinschaftswaschgelegenheiten auf den Mittelfluren. In den Mehrbettzimmern war keine Privatsphäre denkbar, Licht fiel kaum in die kleinen, überbelegten Räume und die Stahl-Rahmenbetten vermittelten einen insgesamt spartanischen und tristen Eindruck.⁴⁴³ Mit der Verbesserung der gesamtwirtschaftlichen Lage begann sich in den 1970er Jahren auch die Einstellung gegenüber Alter und Krankheit zu ändern. Nach dem Vorbild der Krankenhäuser wurden nun mittelflurerschlossene Gebäude errichtet, in denen erstmals Nachsorge und Pflege bundeseinheitlich institutionalisiert wurden. Stereotype Raumfolgen mit Mehrfachbelegung, teilweise mit nur einem Waschbecken auf dem Zimmer versehen, repräsentierten im Zusammenhang mit einer autoritären, reaktiven Pflege den Entwicklungsstandard jener Zeit.⁴⁴⁴

Dies besserte sich grundlegend erst Mitte der 1980er Jahre. Pflege bedeutete nun nicht mehr nur ein Verwahren und Akzeptieren der Funktionsmängel und multimorbiden Krankheitsbilder älterer Menschen, sondern wurde verstärkt aktivierend und rehabilitativ betrieben. Differenziertere Gebäudegrundrisse entstanden. Es gab zwar immer noch die typische Mittelflurerschließung, aber die Flure wurden kürzer und heller, Farbanstriche wurden bewusst eingesetzt und jedem Ein- oder Zweibettzimmer wurde ein eigener Sanitärbereich zugeordnet. Es wurde erstmals versucht, die Wohnbedürfnisse der Patienten mit den neuesten Erkenntnissen patientenorientierter Pflege in Einklang zu bringen und dies in einen individuellen, aber dennoch wirtschaftlichen Rahmen zu stellen. Die Förderung der Selbstständigkeit, Individualität und Kommunikation war der Grundpfeiler einer bis heute fortwährenden Fortschreibung von Anforderungsprofilen pflegerischer und baukonstruktiver Art.⁴⁴⁵

Viele Altenpflegeeinrichtungen erfüllen baulich heute immer noch nicht die Anforderungen an eine moderne, patientenorientierte und altersgerechte Pflege. Vor allem die Einrichtungen mit nicht renovierten, kasernenartigen Gebäudestrukturen der 1970er und 1980er Jahre werden von den alten Menschen immer weniger angenommen, was dazu führt, dass sie teilweise leer stehen und nicht die betriebswirtschaftlichen Grundlagen aufweisen, um notwendige Sanierungen durchzuführen.⁴⁴⁶ Hinzu kommt, dass Heimeintrittsalter, Verweildauer und Gesundheitszustand der Bewohner sich fortlaufend verändern und andere, bis dato nicht nachgefragte Bedürfnislagen in der Pflege verursachen. Der Heimeintritt findet heute in einem durchschnittlichen Alter von

⁴⁴³ Vgl. Buschmann/Winter (2000), S. 2 f.

⁴⁴⁴ Vgl. Buschmann/Winter (2000), S. 2 f.

⁴⁴⁵ Vgl. Buschmann/Winter (2000), S. 3 f.

⁴⁴⁶ Vgl. Wingenfeld/Schnabel (2002), S. 32–43.

84 Jahren statt. Die durchschnittliche Verweildauer schrumpfte in den letzten 15 Jahren von 48 auf 24 Monate, wobei die Altenheime immer mehr zu Pflegeheimen für schwerstpflegebedürftige, hochaltrige Menschen werden.⁴⁴⁷ Ein Umstand, der u. a. auf die mangelhafte bauliche Ausgestaltung der Heime zurückzuführen ist, ist die Tatsache, dass die Mortalitätsrate der Bewohner innerhalb der ersten Monate nach Heimeintritt am höchsten ist. Etwa jeder fünfte Heimbewohner verstirbt innerhalb der ersten drei Monate.⁴⁴⁸

Die Kritik am baulichen Zustand der meisten noch vorhandenen Gebäude lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Heime liegen nicht zentrumsnah, sondern abgelegen am Rand der Städte und Gemeinden. Die vermeintlich positive Eigenschaft dieser Lage, nämlich die Ruhe der Örtlichkeit weit weg vom „normalen“ Leben, bedeutet für die alten Menschen tatsächlich das Gefühl der Gettoisierung und Abschiebung und den Verlust der noch vorhandenen sozialen Kontakte.
- Die Anzahl der Heimplätze pro Gebäude wird betriebswirtschaftlich begründet und ist so hoch, dass ein befriedigender Sozialkontakt unter den Bewohnern nicht möglich ist. Dies wirkt für die Bewohner eher verwirrend und führt zu einer ungewollten Anonymisierung des Alltags.
- Die meisten Heime bieten nur eine vollstationäre Versorgung, teilstationäre oder ambulante Versorgung ist in der Regel nicht möglich. Die Gemeinschaftsräume wie Eingangshallen, Speise- und Veranstaltungssäle sind repräsentativ, teilweise überdimensioniert und haben nur eine geringe Bedeutung für die Bewohner.
- Eine ebenerdige oder über geneigte Rampen erfolgende äußere Erschließung als barrierefreier Zugang ist teilweise nicht vorhanden. Die innere Erschließung erfolgt meist über lange, dunkle, innen liegende Flure, die wie Schluchten wirken und die in der Wahrnehmung eingeschränkten alten Menschen ängstigen.
- Die Geschosshöhe misst in alten Häusern grundsätzlich über 4,00 m im Lichten und trägt damit zu der kasernenartigen Atmosphäre bei. Damit verbunden wirkt die Aneinanderreihung immer gleicher, schmaler Patientenzimmer monoton und orientierungser schwerend. Die Heimmindestbauverordnung mit ihren niedrigen Flächenkennwerten und den schmalen Raumachsen ist verantwortlich für diese

⁴⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (1999).

⁴⁴⁸ Vgl. Schneider (1998).

Grundrisslösungen. Infolgedessen werden vielerorts Doppelzimmer angeboten, in denen eine Privatmosphäre nicht mehr gewährleistet ist.

- Die Belichtungsverhältnisse entsprechen aufgrund der hohen Fensterbrüstungen und teilweisen Nordlagen nur den Mindestanforderungen der einschlägigen Bauverordnungen.
- Sofern bereits Einzelbäder vorhanden sind, sind diese als so genannte „Tandembäder“ von zwei Seiten gleichzeitig begehbar. Die Angst vor dem Verlust der Intimität führt zu einer Verweigerung der Annahme.
- Der Heimcharakter wird noch dadurch verstärkt, dass in den Zimmern keine eigenen Möbel, Haustiere, Blumen oder Vorhänge zugelassen werden, sondern alles einheitlich normiert und abwaschbar konstruiert ist. Nach einer Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe schlafen die alten Menschen nur in 3 % der untersuchten Pflegeheime in ihrem eigenen, von zu Hause mitgebrachten Bett; die übrigen haben zumeist Pflegebetten. In 50 % der Zimmer befindet sich kein Regal, 90 % sind nicht mit Teppichboden ausgestattet, nur die Hälfte der Bewohner verfügt über ein Fernsehen oder ein Radio.⁴⁴⁹
- Die Aufenthaltsräume dienen zumeist als kollektive Verwahrorte, in denen mit lauter Musik oder einem laut gestellten Fernseher Langeweile überdeckt werden soll und eine Kommunikation mit dem Sitznachbarn verhindert wird.

Diese formale bauliche Gliederung der Gebäude hat einen entscheidenden Einfluss auf die Konzepte in der Pflege.

Pflegeleistung

Die traditionelle mittelflurerschlossene Grundrisskonzeption vieler Alten- und Pflegeheime verhindert eine patientenorientierte Pflege. Bauliche Mängel wie dunkle Flure, sterile Raumgestaltungen oder anonyme Inneneinrichtungen lassen weder beim Pflegepersonal noch bei den Bewohnern ein positives Lebensgefühl aufkommen. Kasernenartige Gebäudestrukturen lassen alternative Wohngruppenkonzepte nicht zu.

In den geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen ist der Anteil nicht ausgebildeter Pflegekräfte unangemessen hoch. Die durch staatliche Vorgaben geforderte Patienten-Pfleger-Relation von 1:5,5 bis 1:6,5 bei zwei Drittel schwerstpflegebedürftigen Bewohnern einer 30-Betten-Station kann aufgrund der fehlenden wirtschaftlichen Basis und der Situation auf dem Arbeitsmarkt nicht realisiert

⁴⁴⁹ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 177 f.

werden, es entsteht ein permanent wachsender Routinedruck, der eine patientenorientierte Pflege verhindert. Es bleibt keine Zeit für die Pflege der Beziehungen und für das Vermitteln von Nähe und Wärme zwischen Betreuer und Bewohner, die pflegerischen Aktivitäten erschöpfen sich in der Befriedigung der Grundbedürfnisse der Patienten. Diese verlieren oft in kürzester Zeit, was sie an Fähigkeiten erworben haben, und verändern ihre Persönlichkeit.⁴⁵⁰ Mangelnde Forderung in der stationären Pflege vermindert die Leistungsfähigkeit der älteren Menschen rapide. Häufige Folge der Immobilität und Instabilität ist ein intellektueller Abbau, der zu einer verstärkten Passivität führt mit der Folge einer Altersinkontinenz, von der 10 % der über 65-Jährigen, die zu Hause leben, aber 40 % der Krankenhaus- und Heimbewohner betroffen sind.⁴⁵¹

Zu kritisieren sind ebenfalls die formalisierten Essens-, Aufsteh- und Ruhezeiten. Für einen mündigen Bürger ist eine eigenverantwortliche Lebensführung eine Selbstverständlichkeit. Essen zu müssen, wenn die Hausordnung es vorschreibt, aufzustehen und sich zu waschen, wenn der Pflegedienst es fordert, bedeutet eine Entmündigung und Bevormundung alter Menschen. In den meisten Heimen sind noch heute die Zeiten für die Mahlzeiten, das Aufstehen und Zubettgehen, das Baden, die Spaziergänge und die Teilnahme an Angeboten von den Dienstzeiten der Mitarbeiter und ihrem Tagesrhythmus abhängig; diese Strukturen stammen aus der Praxis der Krankenhäuser und sind nicht an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert.⁴⁵² Nach einer Erhebung von Infratest verfügen 19 % der Altenheimbewohner und sogar 64 % der Pflegeheimbewohner nicht über einen eigenen Zimmerschlüssel. Auch gestehen die Heimleitungen den Bewohnern nur selten das Recht zu, ihre Mitbewohner mit auszuwählen; all diese Punkte tragen entscheidend zu ihrer Entmündigung bei.⁴⁵³ Diese Zustände führen in der frühen Phase eines stationären Aufenthalts meist zur kurzfristigen Auflehnung, dann zur Resignation und schließlich zur Vereinsamung der ansonsten sauber, satt und trocken und damit zufrieden wirkenden Patienten. Der alte Mensch hat sich der Klinik angepasst und nicht umgekehrt. Er fragt nicht mehr, weil er allzu oft keine Antwort bekommen hat, und fordert nicht mehr, weil die baulichen und pflegerischen Umstände es nicht zulassen.⁴⁵⁴ Die Einschränkung der Selbstständigkeit

⁴⁵⁰ Vgl. Wingefeld/Schnabel (2002), S. 45–59.

⁴⁵¹ Vgl. Lehr/Thomae (1991).

⁴⁵² Vgl. Seibold (1995), S. 101.

⁴⁵³ Vgl. Glinski-Krause/Jonas/Nagielski (1996), S. 182 f.; Heinemann-Knoch/Schönberger (1999), S. 635 f.

⁴⁵⁴ Vgl. Lind (2002), S. 341–345.

äußert sich in einem Gefühl der Abhängigkeit und häufig in Formen personaler und sozialer Deprivation wie Angst, Scham, Rückzug, Depressionen und Verwirrtheit. Demgegenüber weisen zahlreiche Interventionsstudien darauf hin, dass gerade Einfluss-, Entscheidungs-, Wahl- und Mitwirkungsmöglichkeiten die negativen Folgen einer Institutionalisierung wesentlich abmildern können.⁴⁵⁵

4.4.6 Seniorenresidenzen und Wohnstifte

Während die Sozialhilfeempfänger unter den älteren Menschen ihren Lebensabend zu mehr als 50 % in Alten- und Pflegeheimen verbringen,⁴⁵⁶ stellen Seniorenresidenzen und Wohnstifte ein Angebot für die wohlhabendere Klientel dar. Das gediegene Ambiente der Gesamtanlage, der eher hotelähnliche Eindruck der Entrees, die hochwertige, altengerechte Ausstattung der Wohnungen und Gemeinschaftsräume und die zentrumsnahe Lage haben ihren Preis, und den können sich nur Wenige leisten. So ist es gelegentlich für die Betreibergesellschaften schwierig, eine rentable Belegungsquote zu erreichen. Trotz aufwändiger Werbekampagnen mit Angeboten wie Schnupperwochenenden und Probewohnen leiden auch so namhafte Gruppen wie Refugium, Rentaco oder Pro Seniore permanent unter Finanznöten. Gerade in jüngster Zeit ist es immer wieder zu Insolvenzen von Betreibergesellschaften gekommen, mit der Folge, dass die alten Menschen um ihr neues Zuhause bangen müssen.⁴⁵⁷ Die Ursachen der fehlenden Belegungsdichte liegen in der Nichtberücksichtigung der Kundenwünsche, der mangelhaften Qualität der Dienstleistungen, der zeitlich unflexiblen Handhabung der Pflegeleistungen und Serviceangebote und dem nicht marktkonformen Preis-Leistungs-Verhältnis. Es ist zu teuer und zu viel gebaut worden, was darauf hindeutet, dass ohne ausreichende Marktanalyse am Bedarf vorbei geplant wurde.⁴⁵⁸

Hinzu kommt, dass in solchen Residenzen nur für gesunde, maximal leicht pflegebedürftige Menschen der Pflegestufe I Platz ist. Demenzerkrankte, verwirrte Menschen erfahren hingegen kaum Akzeptanz, wirken aufgrund ihrer teilweise unmotivierten, lauten Rufe und ihres unruhigen Bewegungsdrangs eher störend und werden daher abgelehnt.

⁴⁵⁵ Vgl. Saup (1993), S. 162–164; Prahl/Schroeter (1996), S. 191.

⁴⁵⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2002).

⁴⁵⁷ Vgl. BIVA (2003), S. 4 ff.

⁴⁵⁸ Eigene Beobachtungen.

4.4.7 Rehabilitationskliniken

Der Begriff der Rehabilitation steht im engen Zusammenhang mit dem Bild von chronisch erkrankten Menschen. 20 % der Patienten in Deutschland sind chronisch Kranke, für die etwa 80 % der Gesundheitsausgaben im Budget der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgewendet werden.⁴⁵⁹

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) im Jahr 2003 wird einen erheblichen Strukturwandel im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Rehakliniken, auslösen.⁴⁶⁰ Das primäre Ziel der Einführung der DRG ist die Verringerung der Zahl der Krankenhausbetten im Akutbereich durch Verkürzung der stationären Verweildauer der Patienten. Die hieraus resultierende Kostensenkung gilt als wesentliche Voraussetzung, um stabile Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen. Die bisher in der stationären Versorgung praktizierte Vergütung durch individuell ausgehandelte, tagesgleiche Pflegesätze setzte für die Akutkrankenhäuser Anreize, die Verweildauer der Patienten möglichst lang auszudehnen, auch über den medizinisch indizierten Zeitraum hinaus. Da die Behandlungskosten zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes im Allgemeinen am höchsten sind und mit der Gesundung des Patienten zunehmend geringer werden, bot sich dadurch die Möglichkeit, über die Aufenthaltsdauer die Einnahmen zu steigern. Mit der Einführung der DRG, die für jede Diagnose eine einmalige, feste Vergütung vorsehen, entfällt diese Möglichkeit. Denn jeder zusätzliche Tag bedeutet für die Klinik Kosten, die nicht erstattet werden. Will die Klinik keine Verluste machen, muss sie also bestrebt sein, den Patienten so rasch wie möglich zu entlassen.⁴⁶¹

Da die DRG keine Mindestverweildauer vorsehen, kann und wird es zu vorzeitigen Entlassungen der Patienten kommen. Ob eine Entlassung zu früh erfolgt, ob ein Patient bereits hinreichend mobilisiert ist, um rehabilitationsfähig zu sein, wird nicht kontrolliert. Somit ergibt sich für die Nachsorge ein umfassenderes Aufgabengebiet als bisher. Es werden ortsnahe Nachsorgekliniken, so genannte geriatrische Rehabilitationskliniken, zu gründen sein, die einen Teil der Aufgaben der Akutkrankenhäuser, insbesondere den Bereich der Mobilisierung von Patienten, mit übernehmen, um einen gleitenden Übergang zur ambulanten Nachsorge zu ermöglichen.

⁴⁵⁹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003).

⁴⁶⁰ Vgl. Albrecht (2001), S. 1–5.

⁴⁶¹ Vgl. Heine (2002), S. 1 ff.

Derzeit findet man Rehakliniken zumeist in Kurorten. Sie sind allein schon aufgrund ihrer Lage, weit weg von den Städten, ungeeignet, den zukünftigen Anforderungen an eine quartiersbezogene Altenpflege zu entsprechen. Hinzu kommt, dass die meisten Rehakliniken sich spezialisiert haben, beispielsweise auf die Therapie von Leiden des Bewegungsapparates oder der Herz-Lungen-Funktionen, so dass gleichzeitig vorhandene gerontopsychiatrische oder onkologische Erkrankungen nicht mitversorgt werden können. Das bedeutet, dass die Patienten aufgrund der immer häufiger auftretenden Multimorbidität nur teilweise gesunden bzw. innerhalb der Rehabilitation die Klinik oder sogar den Kurort zu wechseln haben und sich damit die Gesundungsprozesse zeitlich erheblich verzögern. Die Folgen sind Kostensteigerungen und fortschreitende soziale Entwurzelung bis hin zur Ablehnung von Therapiemaßnahmen durch die Patienten.

Für die betroffenen älteren Menschen ist Hospitalismus ein ernstes Problem, mit dem die MDK-Gutachter in der Pflegebegutachtung immer wieder konfrontiert werden. In den Gesprächen der MDK-Mitarbeiter mit den Patienten über Rehabilitationsmöglichkeiten innerhalb der geriatrischen Nachsorge hören sie oft Argumente wie „Ich war doch gerade drei Monate im Krankenhaus“, „Ich war doch gerade in Kur“, „Lassen Sie uns in unserer heimischen Umgebung zur Ruhe kommen“ oder „Reden wir in einem halben Jahr noch mal darüber“.⁴⁶² Fehlende ortsnahe Angebote für therapeutische Reha-Maßnahmen sind die Ursache der Verweigerungshaltung.

Ein weiterer Kritikpunkt am System der rehabilitativen Versorgung in der Bundesrepublik ist die Tatsache, dass Rehakliniken bisher nicht die Möglichkeit haben, Patienten selbst zu holen, sondern auf die Zuteilung durch die Akutkrankenhäuser angewiesen sind. Dies hat zur Folge, dass z. B. Herzinfarktpatienten, aber auch Patienten mit Schlaganfall vielfach erst unverhältnismäßig spät oder gar nicht in die Rehabilitation gelangen, so dass die notwendige Frührehabilitation unmöglich ist.⁴⁶³ Nur an den Standorten, an denen eine Klinikgesellschaft sowohl ein Akutkrankenhaus als auch eine Rehaklinik unter einem Dach betreibt, etwa in Form eines Behandlungs-Zentrums, ist eine rasche Verlegung von der einen in die andere Versorgungseinheit wahrscheinlich. Solange wiederum das Akutkrankenhaus tendenziell die Möglichkeit hat, den Patienten erst dann zu entlassen, wenn das Bett anderweitig benötigt wird, besteht keine Notwendigkeit, sich gegenüber

⁴⁶² Vgl. Medizinischer Dienst (1997).

⁴⁶³ Vgl. Meier-Baumgartner (2001).

der medizinischen Rehabilitation abzugrenzen, da es die Definitionsmacht besitzt, den Beginn und damit auch den Inhalt der Rehabilitation selbst zu bestimmen. Nunmehr ändert sich die Sachlage aufgrund der Einführung der Fallpauschalen. Sobald es unter akutmedizinischen Gesichtspunkten verantwortlich ist, gegebenenfalls auch schon früher, wird der Patient entlassen: nach Hause, ins Pflegeheim oder in eine Rehaklinik.

Im Folgenden wird die Kritik am Beispiel einer akutgeriatrischen Rehabilitationsklinik fortgeführt. Im Jahr 1995 wurde eine Rehaklinik im saarländischen St. Wendel eröffnet, die, als Modell-Krankenhaus vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gefördert, die Realisierung eines patientengerechten Raum- und Funktionsprogramms sowie eine behindertengerechte Planung beispielhaft darstellen sollte. So heißt es in der Hausbeschreibung: „Bei der Gestaltung der neuen Klinik wurde auf eine wohnliche und freundliche Atmosphäre Wert gelegt, die mit dazu beitragen soll, Ängste abzubauen und den Heilungsprozess der Patienten zu beschleunigen.“⁴⁶⁴

Bei der Besichtigung des Gebäudes findet der Besucher heute helle und freundliche Räume mit den üblichen Abnutzungserscheinungen vor. Dies als eine modellhafte, patientenorientierte Planung zu bezeichnen, würde man nach heutigem Nutzerverständnis nicht mehr wagen. Die Grundrisskonzeption dieser Rehabilitationsklinik unterscheidet sich in keiner Weise von der einer traditionellen Akutklinik. Stereotype, schmale, innen liegende Mittelflure erschließen die rechteckigen, bettenmaximierten Pflege- und Therapieeinheiten. Blaue Linoleumböden, kombiniert mit hell gestrichenen Glasfasertapeten an den Wänden, verkünden kühle Pflegeleichtigkeit statt heimeliger Wohnatmosphäre. In keinem der Zweibettzimmer besteht die Möglichkeit, sich nach draußen auf einen Balkon zu setzen, um die Witterung und den Wind zu spüren. Bettlägerige Patienten sind eingesperrt und getrennt von der Natur. Nur die beiden Einbettzimmer haben einen vorgelagerten Freisitz. Aufenthaltsmöglichkeiten auf der Pflegestation für Besucher und Patienten beschränken sich auf zwei große Eckräume, in denen kein intimes, ungestörtes Gespräch stattfinden kann. Weiterhin fehlen kleinere Nischen oder Räumlichkeiten auf den Etagen, in denen man in Ruhe ein Buch lesen kann, wenn der Zimmernachbar seinen Mittagsschlaf hält, oder wo man sich zu einer Partie Schach verabreden kann, ohne andere zu stören. Es gibt keine Patientenbibliothek mit Büchern aus alten Zeiten oder mit den berühmten Bastei-Romanheftchen. Die Patientenzimmer sind hell, funktional und stereotyp eingerichtet. Eine heimelige Wohlfühlatmosphäre durch individuelle Möblierung,

⁴⁶⁴ Vgl. Röder/Röder (1996), S. 630–632.

Vorhänge, Bilder an den Wänden, die der Patient mitgebracht hat, eine eigene Decke auf dem Bett, eine Beleuchtung, die nicht großflächig ausleuchtet, sondern Licht und Schatten liefert, sind nicht vorhanden.⁴⁶⁵

In dieser Modell-Rehaklinik obsiegen die Betriebswirtschaftlichkeit und die überzogenen Anforderungen bundesdeutscher Baunormen mit dem Resultat, dass sich die Patienten mit ihren Bedürfnissen unterzuordnen haben.

4.4.8 Akutkrankenhäuser

Die Krankenhausplanung in Deutschland ist Aufgabe der Länder und entsprechend unterschiedlich sind die gesetzlichen Grundlagen und Verfahrensweisen.⁴⁶⁶ Die Arbeit wird in der Regel von einem Ausschuss unter Federführung des zuständigen Landesministeriums sowie unter Beteiligung der Krankenkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaften geleistet.⁴⁶⁷ Zweck dieser teilweise seit Jahren nicht mehr aktualisierten Planung ist es, die Standorte von Krankenhäusern und deren Fachabteilungen sowie den Bettenbedarf unter dem Aspekt des Selbstkostendeckungsprinzips zu ermitteln. In Nordrhein-Westfalen wurden beispielsweise im November 2002 neue quantitative Eckwerte veröffentlicht. Danach werden je nach Fachabteilung Auslastungsgrade der Planbetten von 80–90 % vorgegeben. Hier geht es wohlgerne nicht um eine patientenorientierte medizinische, sondern um eine rein betriebswirtschaftliche, kostenoptimierte Vorgabe. Diese stellt einen Rahmenparameter dar, an welchem sich die Leistungsstrukturen eines Krankenhauses zu orientieren haben.⁴⁶⁸

Eine Praxisstudie zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen prognostiziert eine deutliche Zunahme bestimmter Krankheitsbilder, insbesondere geriatrischer Natur.⁴⁶⁹ Diese Annahme wird gestützt durch Untersuchungen des Kieler Institutes für Gesundheitssystemforschung zur Neustrukturierung der Krankenhausversorgung in Westfalen-Lippe.⁴⁷⁰ Ausgehend von diesen Vorgaben stellt sich die Krankenhauslandschaft unter kritischer Würdigung und unter dem Blickwinkel einer patientenorientierten flächendeckenden Versorgung wie folgt dar.

⁴⁶⁵ Eigene Beobachtungen.

⁴⁶⁶ Vgl. Poelzig et al. (1983).

⁴⁶⁷ Vgl. Stapf-Finé/Polei (2002), S. 96 ff.

⁴⁶⁸ Vgl. Krankenhausentwicklung (2002), S. 157.

⁴⁶⁹ Vgl. Praxisstudie (2000).

⁴⁷⁰ Vgl. IGSF (2000).

Nicht jeder ältere Patient in einem Akutkrankenhaus bedarf einer geriatrischen Behandlung oder Anschlussheilbehandlung. Diejenigen jedoch, die einer geriatrischen Patientengruppe zuzuordnen sind, zeichnen sich durch ein besonders sensibles Verhaltensmuster aus. Dies führt im Fall einer akuten Erkrankung, die als zusätzliche Beeinträchtigung ein bereits gefährdetes, oft aber unter günstigen Rahmenbedingungen noch aufrechterhaltenes System der Aktivität und Partizipation am Leben gefährdet, bei fehlender Intervention oft endgültig zum Einbruch. Diese Patienten bedürfen zum frühestmöglichen Zeitpunkt bereits im Akutkrankenhaus einer geriatrischen Behandlung, um ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität nicht zu verlieren. Diese Therapieform wird unter dem Begriff der Frührehabilitation geführt und kann in der Regel aufgrund mangelnder geriatrischer Aus- und Weiterbildung weder vom Krankenhauspersonal noch von den behandelnden Ärzten geleistet werden.⁴⁷¹

Mit der Einführung der Bezahlung medizinischer Leistungen über Fallpauschalen werden sich viele Krankenhäuser, um weiterhin am „Markt“ bestehen zu können, gezwungen sehen, auch geriatrische Patienten so früh wie möglich zu entlassen, da die Verweildauer nur noch Kosten verursacht, aber keine Einnahmen generiert. Damit wird die Möglichkeit einer Frührehabilitation endgültig verhindert. Da eine Entlassung nach Hause, vor allem bei allein lebenden Menschen, vielfach nicht verantwortbar ist, wird das Krankenhaus versuchen, entweder eine Pflegeeinrichtung oder eine Rehabilitationsklinik zu finden, die den Patienten aufnimmt. Insofern wird die Zahl der beantragten Anschlussheilbehandlungen steigen, nämlich um die Zahl derjenigen Patienten, die bisher einfach in den Kliniken liegen blieben oder in peripheren Häusern „zwischengeparkt“ wurden, um freie Bettenkapazitäten so lange wie möglich zu füllen und zusätzliche Tagespflegesätze vom Versorgungsträger beanspruchen zu können, ohne dass weitere therapeutische Maßnahmen erfolgten. Das gilt vor allem für ältere Herzinfarktpatienten in der Inneren Abteilung kleinerer Krankenhäuser, aber auch für Unfallpatienten in allgemeinchirurgischen Abteilungen.⁴⁷²

Akutkrankenhäuser versuchen sich seit neuestem eine weitere Einnahmequelle dadurch zu erschließen, dass sie nicht mehr ausgelastete, unrentable Bettenstationen in Reha-Abteilungen umfunktionieren und gleichzeitig ergänzende teilstationäre und ambulante Therapieangebote angliedern. Eine solche Ansiedlung der Rehabilitation am Akutkrankenhaus wird als so genannte integrative Versorgung von den Krankenkassen

⁴⁷¹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2001).

⁴⁷² Vgl. Kirchberger (2001), S. 1–13.

ausdrücklich befürwortet. Hintergrund ist, dass die Kosten der medizinischen Rehabilitation größtenteils von der Pflegeversicherung übernommen und somit die Krankenkassen entlastet werden. Diese ausschließlich betriebswirtschaftliche Denkweise berücksichtigt in keiner Weise die Bedürfnisse der Patienten nach einer effektiven und erfolgreichen Rehabilitation, da allein schon die Gebäudestrukturen mit ihrer kasernenartigen Konstruktion einem patientenorientiertem Pflegeanspruch zuwiderlaufen.⁴⁷³

Ein Beispiel hierfür ist das Maria-Hilf-Krankenhaus in Stadtlohn. Um den Standort betriebswirtschaftlich zu sichern, wurde an eine bestehende Akutklinik ein Ärztehaus angegliedert, mit dem Ziel, eine integrative Versorgung aufzubauen. Die räumliche Nähe zwischen den Krankenhausärzten und den für die ambulante Weiterversorgung zuständigen Konsiliarärzten soll den stationären Aufenthalt der Patienten verkürzen (Fallpauschalenbezahlung). Weiterhin wurden diesem Komplex eine Verbundapotheke, ein Sanitätshaus sowie ein Wohnstift für Betreutes Wohnen und ein Hospiz angegliedert. Gleichzeitig wurde die bestehende Klinik zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit im Jahr 2001 um einen dreigeschossigen Komplex erweitert, in dem hochmoderne Abteilungen für Kardiologie und Radiologie sowie eine gynäkologische Belegarztpraxis entstanden. Bei der Planung und Ausführung der Gesamtmaßnahme stand nicht der Patient, sondern die Kostenoptimierung im Vordergrund. Die Klinikleitung beauftragte ohne Einschaltung von Planungsfachleuten oder Personalvertretern einen Systembau-Generalunternehmer, die Bauleistung schlüsselfertig und termingenau zu erbringen. Diese Firma arbeitet bundesweit und hat bereits eine Vielzahl ähnlicher Projekte realisiert, so dass auch in diesem Fall die von der Klinikleitung definierten betriebswirtschaftlichen Anforderungsprofile erfüllt werden konnten. Das verwendete Stahlskelett-Bausystem dieses Unternehmens zeichnet sich vor allem durch eine hochgradig industrialisierte Vorfertigung von immer gleichen Raumzellen mit Wänden, Böden, Fenstern und Türen aus. So konnten insgesamt 2.761 m² Nutzfläche für nur 2,5 Mio. Euro errichtet werden. Makaber erscheint in diesem Zusammenhang das „Bonbon“, das sich die Klinikleitung noch selber schenkte, indem sie für 1,2 Mio. Euro (fast 50 % der Gesamtbaukosten) zusätzlich ein digitales System installieren ließ, mit dem man Bilder der Radiologie via Computerleitung an

⁴⁷³ Vgl. Heine (2003), S. 1–7.

alle angeschlossenen Stationen im Hause und in die externen Arztpraxen übertragen kann.⁴⁷⁴

4.4.9 Kliniken in privater, öffentlicher oder karitativer Trägerschaft

Der Trend, sich zu großen Krankenhausketten oder -verbänden zusammenzuschließen, ist aufgrund gewinnmaximierender Überlegungen vieler Klinikleitungen ungebrochen. Unterschiedliche Rechtskonstruktionen werden angeboten, die Fachkliniken mit divergierenden oder gemeinsamen Leistungsangeboten bundesweit kooperieren lassen, wobei der Verdrängungswettbewerb untereinander vertraglich ausgeschlossen wird.⁴⁷⁵

Der Austausch so genannter „sensibler“ Wirtschaftsdaten, die administrative Unterstützung in der Anwendung und Auslegung der neuen DRG-Fallpauschalenregelung, der Aufbau von Zertifizierungsvoraussetzungen zur eigenen Qualitätsdarstellung und -sicherung sowie ein gemeinsames Marketingkonzept zur Anwerbung zahlungskräftiger Privatpatienten sind die Hauptaufgaben dieser Rechtsverbindungen.⁴⁷⁶ So bietet beispielsweise die Clinotel-Gruppe sowohl für freigemeinnützige als auch für öffentliche Krankenhäuser, die noch betriebswirtschaftlich „gesund“ sind, einen solchen Verbund an.⁴⁷⁷

Auch bisher eigenständige evangelische und katholische Krankenhäuser gehen aufgrund wirtschaftlicher Zwänge vermehrt dazu über, über kirchliche Grenzen hinweg Korporationen einzugehen. Am 25. November 2002 trafen sich z. B. Vertreter klerikaler Krankenhäuser aus Sachsen-Anhalt und Thüringen, um eine derartige Zusammenarbeit vertraglich zu besiegeln.⁴⁷⁸ Private Klinik-Betreiber wie die Rhön-Klinikum AG, die Vivantes AG oder die Helios-Gruppe versuchen mit immer größerem finanziellen Einsatz marktbeherrschende Positionen aufzubauen, indem strategisch wichtige, teilweise marode städtische Kliniken übernommen werden.⁴⁷⁹ So verfügt die Helios-Gruppe inzwischen in Deutschland und Österreich über 22 Häuser mit einer Kapazität von über 7.000 Betten und einer Beschäftigtenzahl von über 13.000 Mitarbeitern, die Vivantes AG als größter rein deutscher Klinikkonzern über 5.800 Akutbetten, 1.930

⁴⁷⁴ Vgl. Krankenhaus (2002), S. 843 f.

⁴⁷⁵ Vgl. Spiewak (2000), S. 1 f.

⁴⁷⁶ Vgl. Krankenhauslandschaft (2003), S. 80 f.

⁴⁷⁷ Vgl. Krankenhauslandschaft (2003), S. 80 f.

⁴⁷⁸ Vgl. Krankenhauslandschaft (2003), S. 80 f.

⁴⁷⁹ Zur Rhön-Klinikum AG: Kirbach (2000), S. 1–4. Zur Vivantes AG: Sußbach/Willeke (2002), S. 1–12. Zur Helios-Gruppe: Brandeins (2003), S. 7 f.

Pflegeplätze und 11.300 Vollzeitbeschäftigte.⁴⁸⁰ Jeder dieser privatwirtschaftlichen Krankenhauskonzerne versucht über den Abbau von Akutbetten, die Einsparung von Vollzeitpflegestellen und die Konzentration auf so genannte „Profitbereiche“ am Markt zu bestehen. Das „Geschäftsfeld Rehabilitation“ ist ein Zukunftsmarkt, in dem überdurchschnittlich stark investiert wird. Die Vivantes-Gruppe beispielsweise will sich auf das „Kerngeschäft“ medizinische Versorgung, Pflege und Rehabilitation konzentrieren. Vom Modell des Outsourcing unrentabler Bereiche der Kliniken wie Reinigung, Küche, Wäscheversorgung, Technik und Gebäudeverwaltung an Tochtergesellschaften verspricht sich der Vivantes-Finanzchef Jörg-Olaf Liebetrau „eine gigantische Steigerung der Produktivität“.⁴⁸¹ Ausscheidende Mitarbeiter, die bisher nach BAT-Tarifen bezahlt wurden, werden durch neue Kräfte in niedrigeren Lohngruppen ersetzt.⁴⁸²

Über alle institutionellen Grenzen hinweg ist den Klinikleitungen der Gedanke gemein, dass mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen-Bezahlung die Verweildauer in den Akutkrankenhäusern drastisch sinken wird. Gleichzeitig wird versucht, die Fallzahlen und damit die Bettenauslastung zu steigern.

4.4.10 Hospize

Dieser Bereich der Medizin hat die Aufgabe, unheilbar Kranken mit begrenzter Lebenserwartung die letzte Phase des Sterbens zu erleichtern. Ihr Anliegen ist, durch eine konsequente medizinische, klerikale und psychosoziale Behandlung belastende Emotionen und körperliche Gebrechen zu lindern und damit die Lebensqualität des letzten Lebensabschnitts zu erhöhen. Kennzeichnend für Palliativstationen oder Hospize sind auf der pflegerischen Seite ein hoher Personalschlüssel und ein multidisziplinäres Betreuungsteam, auf der Patientenseite eine kurze Aufenthaltsdauer aufgrund der hohen Sterblichkeitsrate sowie die Betreuung der Angehörigen auch nach dem Versterben des Patienten.⁴⁸³

Hospize weisen wie die meisten anderen Heime oder Krankenhäuser die typische Architektur der aneinander gereihten Räume mit Mittelflurerschließung auf. Dieser Praxis mag der Gedanke zugrunde liegen, dass die schwerstpflegebedürftigen, bettlägerigen

⁴⁸⁰ Vgl. Krankenhausentwicklung (2002), S. 157.

⁴⁸¹ Krankenhauslandschaft (2003), S. 81 f.

⁴⁸² Vgl. Driesen (2002), S. 1–8.

⁴⁸³ Vgl. Klaschik (2000), S. 538–540.

Patienten die eintönige, kasernenartige Struktur der Gebäude und die Anonymität der Zimmer sowieso nicht erleben und dies somit auch keine negative Beeinflussung ihres Lebens darstellt, da sie in der Regel an ihr Bett „gefesselt“ sind. Das Zimmer ist ihr Lebensraum für die restlichen Wochen oder Tage, den sie sich mit einem oder mehreren Zimmergenossen teilen müssen. So findet man hier die gleiche reizarme, nüchterne und sterile Ausgestaltung wie in anderen Pflegeeinrichtungen.⁴⁸⁴ Nirgends gibt es etwas Persönliches, etwas Vertrautes, etwas, das den Patienten verführt zu träumen, sich zu erinnern, Spaß zu haben.

Aber auch wenn diese Menschen sich nicht mehr ausreichend artikulieren können, sich teilweise in einem stark dementen, apathischen Zustand befinden, so empfinden sie doch äußere Reize wie Licht, Gerüche, Stimmen oder Musik. Und wenn es Zeit ist zu sterben, so fehlt es in vielen Einrichtungen an der notwendigen Intimität. Sterben ist immer persönlich, nie öffentlich. Und es fällt vielen Angehörigen und Sterbenden schwer, Abschied zu nehmen, wenn im gleichen Raum noch zwei oder drei andere liegen, denen dieser Weg noch bevorsteht.

Aber auch die Menschen, die in solchen Einrichtungen arbeiten, haben ein Recht auf eine motivierende Arbeitsatmosphäre, in der sie sich wohl fühlen und die es ihnen erleichtert, den Umgang mit dem tagtäglichen Sterben zu bewältigen. Um so mehr würde man ihnen die Arbeit erleichtern, wenn ihnen bewusst wäre, dass die Patienten menschenwürdig und zufrieden in diesem Haus untergebracht und versorgt sind.

4.5 Zwischenfazit

Für die unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Altenwohnungen lassen sich zusammenfassend die folgenden, allgemein gültigen städtebaulichen und architektonischen Kritikpunkte nennen:

- Das Fehlen netzwerkfördernder Stadträume
- Das Fehlen einer urbanen Erlebniswelt
- Die Gettoisierung am Rand der Stadt
- Die Kasernenartigkeit der Gebäudestrukturen
- Die Uniformität und Monotonie der Räume
- Die mangelhaften Belichtungs- und Beleuchtungsverhältnisse der Räume

⁴⁸⁴ Vgl. Plenter (2002).

- Die stereotypen, schmalen Mittelflurschließungen
- Die falsche Auswahl von Materialien und Farben
- Das Fehlen von Einzelzimmern
- Das Verbot der individuellen Gestaltung von Räumen
- Der Vorrang der Pflegeleichtigkeit vor der Wohnatmosphäre
- Die fehlende Berücksichtigung der Biographie der alten Menschen
- Die starre Reglementierung des Tagesablaufs
- Das Fehlen von Erinnerungsanreizen
- Das Fehlen von Normalität

Für die Altenwohnungen und Wohngemeinschaften können die folgenden baulichen Kritikpunkte benannt werden:

- Veraltete Bausubstanz mit entsprechender Haustechnik
- Fehlende Berücksichtigung der Anforderungen aus der DIN 18025
- Fehlende rollstuhl- und behindertengerechte Innenausstattung
- Innen liegende Bäder
- Fehlende Balkone
- Allgemeine Verletzungsgefahr

5 Beispiele zukunftsweisender geriatrischer Einrichtungen im In- und Ausland

Im Folgenden werden zukunftsweisende Pflegeeinrichtungen aus dem In- und Ausland dargestellt. Es handelt sich dabei sowohl um Beispiele zum altengerechten Wohnen und Betreuten Wohnen im Quartier als auch um diverse Einrichtungen des Gesundheitswesens. An ihnen soll gezeigt werden, dass eine patientenorientierte Gestaltung solcher Gebäude unter vergleichbaren Gesundheits- und Entgeltsystemen sehr wohl möglich ist.⁴⁸⁵

5.1 Altengerechte Wohnungen

Die meisten psychisch erkrankten alten Menschen leben noch in den eigenen „vier Wänden“. Ihr soziales Netzwerk ist über die Jahre immer lückenhafter geworden, viele leben isoliert und vereinsamt. Demente Verwirrtheit und chronische organische Leiden vervollständigen das desolante Gesamtbild dieser alten Menschen. Oft ist ein pflegender Angehöriger der einzige Ansprechpartner. Eine akute Gesundheitsverschlechterung, verbunden mit der oft jahrelang ertragenen Überlastung der Angehörigen, ist meist der Anlass, einer Einweisung des Erkrankten in ein Pflegeheim zuzustimmen.⁴⁸⁶

Das Beispiel der ambulanten gerontopsychiatrischen Zentren in Hannover (AGZ) zeigt, dass es Alternativen zu dieser anscheinend unvermeidlichen Abfolge von Lebenszyklen gibt.⁴⁸⁷ Das AGZ, als Modell vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, ist bisher bundesweit das einzige Projekt, das sich zum Ziel gesetzt hat, die Lebenssituation psychisch kranker alter Menschen zu verbessern, die pflegenden Angehörigen oder Nachbarn zu entlasten und zu stützen sowie die häusliche Situation zu stabilisieren, um das Verbleiben der Patienten in den eigenen vier Wänden zu verlängern.

Die Patienten werden zu Hause aufgesucht, um ihre Wohnsituation kennen zu lernen, das Wohnumfeld zu prüfen und gezielte Verbesserungsvorschläge machen zu können. Gleichzeitig wird der allgemeine Gesundheitszustand überprüft, und die Medikamente und Therapiemaßnahmen werden mit den Angehörigen erörtert. Dieses ambulante,

⁴⁸⁵ Vgl. auch Radzey/Heeg/Goerlich (1999).

⁴⁸⁶ Vgl. Thiele et al. (2002), S. 556–564.

⁴⁸⁷ Vgl. Keppler (2002), S. 367 f.

fachlich versierte Screening kommt oft zu dem Ergebnis, dass die Patienten mit Hilfen wie Tagespflege, Essen auf Rädern, hauswirtschaftlichen Einsätzen, ehrenamtlichen Besuchsdiensten und hausärztlicher Versorgung noch lange Zeit in ihrer Wohnung verbleiben bzw. nach der stationären Versorgung einer Akuterkrankung wieder nach Hause entlassen werden können.⁴⁸⁸

In Hannover befinden sich insgesamt drei Zentren in Stadtteilen mit einem besonders hohen Anteil an über 60-jährigen Menschen. Bestehende ambulante Netzwerkstrukturen wie beispielsweise die Caritas wurden in das Projekt integriert. Es besteht auch eine enge Verbindung zu Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern dieser Stadtteile, die u. a. auch eine teilstationäre Versorgung anbieten. Das AGZ versteht sich als „Pate“ oder „Vermittler“ zwischen den bestehenden Versorgungsstrukturen und soll den pflegenden Angehörigen oder Nachbarn, aber auch den alten Menschen selbst Informationen und Orientierungshilfen geben. Diese gerontopsychiatrische Fachberatung bietet aber auch Mitarbeitern von Sozialstationen oder Heimen die Möglichkeit der Weiterbildung und Supervision. Die multiprofessionellen Mitarbeiterteams setzen sich aus Kranken- und Altenpflegern mit gerontopsychiatrischen Zusatzausbildungen, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Sozialgerontologen zusammen.

5.2 Betreutes Wohnen

Nur die langen, dunklen Mittelflure erinnern noch daran, dass das gerontopsychiatrische Zentrum St. Josef in Köln-Porz bis 1981 ein städtisches Krankenhaus war.⁴⁸⁹ Neun gemeinschaftliche Wohnbereiche sind hier nach umfangreichen Umbaumaßnahmen entstanden, in denen jeweils zehn bis 15 alte Menschen gemeinsam leben und arbeiten. Jeder dieser Wohnbereiche hat ein unverwechselbares Gesicht erhalten, indem ihnen bekannte Straßennamen aus der Kölner Innenstadt und unterschiedliches Mobiliar zugeordnet wurden. Sie bestehen jeweils aus einer großen Wohnküche oder einem Esszimmer als Gemeinschaftsraum, in dem sämtliche Mahlzeiten gemeinsam mit den Pflegern eingenommen und die anderen Stunden des Tages miteinander verbracht werden, einer Küche, in der die Bewohner unter Hilfestellung einer Pflegekraft die Vor- und Zubereitung des Essens eigenverantwortlich durchführen, sowie den privaten

⁴⁸⁸ Vgl. Medizinischer Dienst (1997), S. 1 ff.

⁴⁸⁹ Vgl. Balzer (2002), S. 314 f.

Zimmern der Bewohner, die mit eigenen Möbeln und Bildern ausgestattet sind. Wer nicht mehr so mobil ist, legt Wäsche zusammen oder kümmert sich um die Blumenpflege oder andere Bewohner, die noch weniger agil sind. Auch Haustiere wie beispielsweise eine Katze sind zugelassen. Da das ehemalige Krankenhaus mitten im Ortszentrum von Porz liegt, können die Bewohner im Rahmen ihrer Möglichkeiten am öffentlichen Leben teilnehmen. Oft gehen sie gemeinsam spazieren, machen kleinere Einkäufe oder treiben zusammen Sport wie Walken oder Schwimmen. Einmal im Jahr wird ein gemeinsamer Urlaub geplant und durchgeführt. Wer dazu keine Lust hat, kann zu Hause bleiben. Wer nicht mithelfen will, darf auch einfach nur dasitzen. Wer nicht reden will, kann schweigen. Diese Freiheiten stoßen dort an Grenzen, wo die teilweise dementen Bewohner sich selbst gefährden könnten. Hier ist von Fall zu Fall eine Entscheidung der Pflegekräfte unter Wertschätzung der Menschenwürde jedes Einzelnen angebracht und sinnvoll.

Am Abend sitzen alle am Tisch zusammen. Einige Bewohner benötigen Hilfestellung durch die Pfleger, andere können sich selbst die Brote schmieren oder ihrem Nachbarn helfen. Es wird über den vergangenen Tag oder die geplanten Aktivitäten gesprochen. Manche Bewohner gehen gleich danach um 20⁰⁰ Uhr zu Bett, während andere erst um 22³⁰ Uhr nach einem gemeinsamen Glas Wein ihr Zimmer aufsuchen. Derartige Gewohnheiten von zu Hause können hier weitergelebt werden.

Die Wohnbereiche sind mit Möbeln aus vergangenen Jahrzehnten bestückt, die Wände mit gemusterten Tapeten beklebt, die Fenster haben Vorhänge zum Zuziehen, und überall hängen Fotos oder alte Bilder, die zum Verweilen und Betrachten einladen. Es duftet nach altbekannten Gerüchen von Lebens- und Putzmitteln, vertraute Dinge wie Kochutensilien, Blumen etc. stehen umher. Auch wenn mittel bis schwer Demenzkranke sich nur noch sporadisch aktiv am Gruppenleben beteiligen können⁴⁹⁰, so verfügen sie doch auch im fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit noch über gut erhaltene soziale Kompetenzen und sehnen sich nach sozialer Ansprache. Gemeinsame Aktivitäten wie Singen, Hausarbeiten, Basteln etc. erfüllen diesen Wunsch und geben Wertschätzung, Geborgenheit und Schutz. Dies wird durch das Vorhandensein der stets gleichen Pflegekraft, zu der eine soziale Bindung aufgebaut werden kann, verstärkt und hilft, die typischen Unruhe- und Fluchttendenzen in ihrer Häufigkeit zu reduzieren.⁴⁹¹

⁴⁹⁰ Vgl. Namazi/Johnson (1992), S. 15–35.

⁴⁹¹ Vgl. Millard/Smith (1989), S. 58–70.

Als vorbildlich ist auch der Umbau eines innerstädtischen Altenheims in Viernheim zu einem „Forum für Senioren“ zu bezeichnen. Das Altenheim wies eine zu große Bettenzahl pro Zimmer, schlauchartige und kommunikationsfeindliche Flure ohne gemütliche Ecken und Nischen, überquellende Stau- und Schmutzräume und in den Wohnbereichen umherstehende Funktionsgeräte auf. Es wurde abgerissen, um einer gemeinwesenorientierten, integrierten Gesamteinrichtung der Altenhilfe zu weichen. Diese Einrichtung folgt den drei Leitprinzipien der Vernetzung (Kooperation und Koordination der Arbeit im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich), der Rehabilitation (Rehabilitation statt Aufbewahrung) und der gemeinwesenorientierten Öffnung (öffentlicher Mittagstisch, öffentlicher Durchgang zur benachbarten Altenbegegnungsstätte, innerstädtische Lage). Das „Forum für Senioren“ weist 140 Wohnplätze auf, die fast ausschließlich als Einpersonenzimmer oder Einpersonenzimmern konzipiert sind. Alle Wohneinheiten sind als Betreutes Wohnen ausgelegt. Die Bewohner führen ihren Haushalt selbstständig, können aber auch Serviceleistungen der Altenpflege in Anspruch nehmen. Der sozialen Vernetzung dienen spezielle Aufenthaltsbereiche in den Fluren sowie Einrichtungen wie eine Cafeteria, ein Ausstellungs- und Versammlungsraum sowie ein Lese- und Musikraum.⁴⁹²

5.3 Wohngemeinschaften

Es gibt inzwischen bundesweit über 50 unterschiedliche Wohngemeinschaftsprojekte, die aufgrund privater oder professioneller Initiative entstanden sind. Ein einheitliches Konzept bezüglich der baulichen Notwendigkeiten oder personellen und rechtlichen Strukturen gibt es nicht.⁴⁹³ Die nachfolgenden Beispiele sollen den städtebaulichen und architektonischen Rahmen aufzeigen, in dem sich diese alternative Wohnform auch im Rahmen eines idealtypischen geriatrischen Zentrums zur Betreuung älterer Menschen eines Stadtteils entwickeln kann.

- Gemeinschaftliches Wohnen von Frauen.⁴⁹⁴ Das „Bunte Haus“ in Berlin-Steglitz (vgl. besonders Kapitel 3.4.3) ist inzwischen stadtbekannt. Hier wohnen u. a. elf Frauen im Alter zwischen 42 und 75 Jahren. Die Wohngemeinschaft besteht seit

⁴⁹² Vgl. Kissel (1998), S. 40–44.

⁴⁹³ Vgl. Dettmann-Reggentin (2000), S. 2–4.

⁴⁹⁴ Vgl. Weeber (2001), S. 56–59.

1996. Das Projekt ist aufgrund der privaten Initiative einiger Frauen entstanden, die sich schon seit vielen Jahren kennen und schätzen und die den gemeinsamen Wunsch hatten, auch im Alter aktiv und selbstständig in der eigenen Wohnung zu leben und sich gegenseitig nach Möglichkeit bis zum Tode zu helfen. Das dreistöckige Mehrfamilienhaus besteht aus elf Ein- bis Zwei-Zimmer-Wohnungen, in denen die Initiatorinnen leben, und sechs weiteren Wohnungen, in denen sich Wohngemeinschaften von Studenten und Jugendlichen, das Büro der Bezirksstelle des diakonischen Werkes sowie einige Gemeinderäume der evangelischen Kirche des Stadtteils befinden. Die Erschließung der Etagenwohnungen erfolgt über einen gemeinsam genutzten Laubengang. Für die ganze Hausgemeinschaft gibt es einen Werkraum, ein Gästezimmer und einen Gemeinschaftsraum für Treffen und Veranstaltungen.⁴⁹⁵

- Unter dem Namen „Generationenverbund Miteinander“ ist in Essen eine Wohnanlage in Trägerschaft der Arbeiter-Wohlfahrt Essen entstanden. Hier leben in 18 Wohneinheiten, die als geschlossene Wohnungen konzipiert sind und eine Größe zwischen 42 und 80 qm haben, Menschen im Alter von 56 bis 80 Jahren. Neben den Privatwohnungen gibt es einen Clubraum als Begegnungsstätte. Betreuungs- und Pflegeleistungen bietet die Sozialstation der AWO Essen an.⁴⁹⁶
- Das Wohnprojekt „Stadthaus statt Haus“ wurde von einer Arbeitsgruppe des Frauenbüros Aachen initiiert. Es entstand ein Neubau mit 15 Wohnungen, die teilweise zu mieten und teilweise zu kaufen waren. Zur Gesamtanlage gehören ein Gemeinschaftsraum, ein eigenes Blockheizkraftwerk und eine Photovoltaikanlage. Die Baukosten wurden privat von den Initiatorinnen aufgebracht. Für die Projektentwicklungskosten und den Gemeinschaftsraum gab es einen Zuschuss des Landes NRW. Das Projekt wurde im Sommer 2002 bezugsfertig.⁴⁹⁷
- Zum Jahresbeginn 1994 realisierte der Trägerverein „Freie Altenarbeit Göttingen e. V.“⁴⁹⁸ das erste niedersächsische Projekt einer selbstorganisierten WG. Für elf Frauen im Alter von 64 bis 91 Jahren entstand in einer sanierten und altengerecht umgebauten Jugendstilvilla eine Alters-WG der besonderen Art. Neben elf Zwei-Zimmer-Wohnungen von 30 bis 48 qm Wohnfläche bietet dieses Projekt zusätzlich Gemeinschaftsflächen in der Größe von 335 qm. Zentrum des Hauses

⁴⁹⁵ Vgl. Weber (2001), S. 58.

⁴⁹⁶ Vgl. AWO (2003), S. 1–3.

⁴⁹⁷ Vgl. Rodekirchen (2003), S. 1.

⁴⁹⁸ Vgl. Regler (2003), S. 1–4 und eigene Beobachtungen.

ist eine große Gemeinschaftsküche mit mehreren behindertengerechten Kochstellen. Daneben gibt es noch einen großen Salon, der auch zu öffentlichen Veranstaltungen genutzt wird, eine Bibliothek sowie zwei separate Gästewohnungen. Der für dieses Projekt eigens gegründete Trägerverein hat seine Räume im Souterrain des Hauses. Er veranstaltet regelmäßig im Rahmen eines Zeitzeugenprojektes Lesungen, politische Foren oder Schulprojekte. Die Planung entstand unter Mitwirkung der späteren Bewohner. Der Umbau ist keine Luxussanierung geworden, die monatlichen Mieten zwischen 327 und 542 Euro ermöglichen auch Menschen mit geringer Rente ein Wohnen ohne Sozialhilfe. Die Geräumigkeit des Hauses bietet unterschiedlichsten Bedürfnissen Raum; ob Aktivität in der Gemeinschaft oder Distanz und Ruhe – alles kann, nichts aber muss sein. Gegenseitige Hilfe und Anteilnahme sind selbstverständlich; wenn diese nicht mehr ausreichen, wird die ambulante Sozialstation des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Anspruch genommen. Ursprünglich handelte es sich nicht um ein reines Frauenprojekt. Die interessierten Herren wollten jedoch nicht so gerne eigeninitiativ werden, sondern sich lieber „bekochen“ lassen. Dieses tradierte Rollenverhalten der Männer führte zu Konflikten in der Gruppe mit dem Ergebnis, dass nur Frauen übrig blieben.⁴⁹⁹

5.4 Hausgemeinschaften

Ein über die Grenzen Schwedens hinaus bekannt gewordenes Wohnprojekt für verwirrte Menschen entstand nördlich von Stockholm. Dort wurden aufgrund der dringend notwendigen Sanierung eines Pflegeheimes die Bewohner vorübergehend in Mietwohnungen umgesiedelt. Man vermutete zunächst, dass sie diese räumliche Veränderung gar nicht bemerken würden. Diese Annahme war jedoch falsch. Nachdem die verwirrten Patienten ihre Zimmer in den angemieteten Wohnungen bezogen hatten, verbesserte sich ihr physisches und psychisches Wohlbefinden merklich. Die Heimleitung beschloss daraufhin, unter dem Namen „Wohngemeinschaften für verwirrte Ältere“ ein Pilotprojekt zu entwickeln. Dieses verursachte in Kombination mit

⁴⁹⁹ Vgl. Regler (2003), S. 1–4 und eigene Beobachtungen.

einer Tagespflege nur ein Zehntel der stationären Pflegekosten, was zur landesweiten Verbreitung führte.⁵⁰⁰

Beispielhaft sei hier die Wohngemeinschaft im Baltzarheim genannt. In eine alte Villa ohne Aufzug zogen sechs Rentner mit schwerer Alzheimer-Demenz ein, dazu noch vier Tagespflegepersonen. Per Inserat in der Ortspresse suchte man Möbel aus den 1930er bis 1940er Jahren für die gemeinschaftliche Wohnung, andere brachten ihre Möbel selbst mit, so dass eine Atmosphäre entstand, die den Bewohnern aus früherer Zeit vertraut war. Von den Rentnern wurde lediglich verlangt, dass sie auf die Nennung ihres Namens reagierten und Treppen steigen konnten. Die dreistöckige Villa mit Treppen – ganz ohne Anpassung für Behinderte – weckte anfangs Proteste besorgter Angehöriger und Interessenvertreter der geriativen Verbände, der sich nicht abschwächte, da auch noch Teppiche gelegt wurden, die das Stolperisiko erhöhten.⁵⁰¹

Die als Bewohner ausgewählten alten Menschen waren stark pflegebedürftig. Aufgrund ihrer Inkontinenz trugen sie Windeln und nahmen Schlafmittel oder anderweitige Beruhigungsmittel ein. Keiner konnte seine eigene Körperhygiene besorgen. Bereits nach drei Monaten jedoch brauchte keiner von ihnen mehr Windeln. Dank eines täglichen individuellen Toilettentrainings hatten alle die Besorgung der Körperhygiene wieder erlernt. Durch das Training verbesserten sie gleichzeitig ihr Gehvermögen und lernten – infolge der verlegten Teppiche – beim Gehen die Füße anzuheben. Außerdem dienten die farbigen Teppiche mit heimischen Motiven als Wegweiser zu den Toiletten und erfüllten somit zugleich eine kontinenzerhaltende Funktion. Nach drei Monaten brauchte auch keiner mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel. Da der Tag mit sinnvoller und zugleich ermüdender Beschäftigung ausgefüllt war, hatten die Rentner nachts einen gesunden Schlaf.⁵⁰²

Diese patientenorientierte Pflegeform veränderte auch das Verhalten der Angehörigen. Sie engagierten sich aktiver in der Pflege und kamen öfter zu Besuch, als es früher der Fall gewesen war, wo sie lediglich Pflichtbesuche anlässlich größerer Feiertage abgestattet hatten. Alle Mahlzeiten außer dem Mittagessen wurden vom Pflegepersonal und den Bewohnern gemeinschaftlich zubereitet und gegessen. Das Mittagessen bezog man von einem nahe gelegenen Restaurant. Im Garten wurde Gemüse und Obst angebaut – für Rentner eine sinnvolle Beschäftigung und für die Küche ein preiswerter Zuschuss. Im Baltzarheim ist niemand an einen festen Tages- und Stundenplan

⁵⁰⁰ Vgl. Füsgen (1993), S. 82 ff.

⁵⁰¹ Vgl. Füsgen (1993), S. 180 ff.

⁵⁰² Vgl. Füsgen (1993), S. 180 ff.

gebunden. Dies stellt hohe Anforderungen an das Personal. Wichtig für die Funktionalität dieser Pflegeform ist, dass die Zahl der Bewohner nicht zu groß wird und dass sich alle ungefähr im gleichen Demenzstadium befinden. Für sieben Wohnheimplätze und zwei Tagespflegeplätze wurden acht Pfleger beschäftigt.⁵⁰³

5.5 Mehrgenerationenhäuser

In der Idee des Mehrgenerationenhauses leben überlieferte Erfahrungen wieder auf und werden mit neuen Überlegungen kombiniert. Eine dieser Traditionen ist das Modell des Altenteils, d. h. des Wohnens mehrerer Generationen unter einem Dach. Dieses wurde über Jahrhunderte als festes Element bäuerlicher Generationenverträge angewendet, wenn der Hof auf die nächste Generation überging. Die Veränderungen in Leistungsfähigkeit, Verhalten und Gesundheit der Alten führten dann dazu, Distanz ohne baulich umgesetzte Trennung zu schaffen.⁵⁰⁴

Entscheidend für das Funktionieren dieser Tradition war eine klare vertragliche Regelung der Rechte und Pflichten zwischen den Generationen, die vereinbart wurde, solange „noch Zeit war“, nämlich vor dem Überwechseln ins Altenteil. Das Problem des richtigen Zeitpunkts für die Übergabe des Hofes wurde dadurch abgemildert, dass die freiwillige Regelung vorsah, die Alten von der harten Tagesarbeit zu entlasten und ihnen Aufgaben zu übertragen, für deren Lösung man Lebenserfahrung, Besonnenheit und Ansehen benötigt. Es war üblich, dass das Altenteil einen eigenen Zugang vom Hof hatte. Eine kleine Durchreiche, durch die das Essen übergeben wurde, war die einzige interne Verbindung. Das Altenteil lag immer zur Straße, damit die Alten mit vorbeigehenden Nachbarn plaudern konnten und das soziale Netzwerk nicht verloren ging.

Ein gutes Beispiel für ein Mehrgenerationenprojekt ist die Wohnanlage in Mainz-Lerchenberg.⁵⁰⁵ Zur Vorbereitung des Projektes führte die Wohnungsbaugesellschaft Wohnbau-Mainz GmbH eine Befragung im Quartier durch, um die Bedürfnislage der potenziellen Mieter zu erfahren und die Realisierungsaussichten zu überprüfen. Im Rahmen einer öffentlichen Versammlung stellten die Planer und die Geschäftsführung der Wohnungsbaugesellschaft das Projekt vor und diskutierten es mit den Bewohnern

⁵⁰³ Vgl. Füsgen (1993), S. 180 ff.

⁵⁰⁴ Vgl. Hein (1998), S. 6–20.

⁵⁰⁵ Vgl. Fischer-Uhlig (1996), S. 616–619.

des Stadtviertels. Die Anregungen aus der Bevölkerung wurden anschließend in die Planung eingearbeitet und konnten ohne große Kostensteigerungen bei der Realisierung umgesetzt werden. Potenzielle Mietinteressenten erhielten auf Wunsch Wohnungsgrundrisse mit Angaben der Warmmieten vorab zugeschickt. Aus den Bewerberlisten wurden Hausgemeinschaften zusammengestellt, die sich vor Bezug der Anlage bereits kennen lernen konnten, um keine Schwellenängste entstehen zu lassen. Neben diversen Angeboten an Serviceleistungen durch private Pflegedienstleistungsunternehmen wurde ein nachbarschaftliches Hilfeprojekt initiiert, um sich gegenseitig zu unterstützen und neue Netzwerke aufzubauen.⁵⁰⁶

Ein weiteres positives Beispiel für das Modell des Mehrgenerationenwohnens ist die heimverbundene Hausgemeinschaft in Wetter an der Ruhr.⁵⁰⁷ Die Besonderheit dieses vom BMA geförderten Projekts liegt in der Kombination einer betreuten Hausgemeinschaft mit sechs Familien mit Kindern in einem Gebäude. In der Region gab es bislang keine Pflegeeinrichtung, die sich schwerpunktmäßig um demenzerkrankte ältere Menschen kümmerte. In einem ehemaligen Neunfamilienhaus wurde durch den Umbau und die Zusammenlegung von drei Eigentumswohnungen eine Wohnung mit insgesamt 223 qm Grundfläche errichtet. Die Hausgemeinschaft mit Einzelzimmern und Gemeinschaftsräumen ist als Außenwohngruppe des bestehenden Alten- und Pflegeheimes in Trägerschaft des St. Elisabeth-Vereins zu verstehen. Die Philosophie der Hausgemeinschaft, nämlich die Vertrautheit des Wohnens im Alter trotz Pflege zu gewährleisten und das Leben eines normalen Alltags in den Vordergrund zu stellen, ist in diesem Projekt besonders gelungen.

Maßgeblichen Anteil daran haben neben dem pflegerischen Konzept die baulichen Maßnahmen, die, abweichend von der Heimmindestbauverordnung, weiterführende Qualitätsmerkmale festgelegt haben. Im Einzelnen sind dies:

- Statt einer frei gestellten Badewanne im Pflegebad ermöglicht ein Badewannenlifter bei Bedarf das Be- und Entsteigen der Wanne.
- Auf Handläufe im Wohnungsbereich wird aufgrund der Gehfähigkeit der Hausgemeinschaftsbewohner verzichtet.
- In vier Zimmern werden Anschlüsse für Waschbecken gelegt.
- Es wird keine Rufanlage installiert. Eine Nachrüstung ist durch drahtfreie Übertragungstechnik möglich.

⁵⁰⁶ Vgl. Fischer-Uhlig (1996), S. 616–619.

⁵⁰⁷ Vgl. Winter et al. (2002b), S. 36.

- Ein allgemein zugängliches Wohnertelefon wird vorgehalten.
- Eine Kochgelegenheit zur gemeinsamen Speisenzubereitung ist in der Gemeinschaftsküche vorhanden.
- Der gemeinsame Wohn- und Essraum dient auch als Therapieraum.⁵⁰⁸

5.6 Alten- und Pflegeheime

Im Bereich der Alten- und Pflegeheime sind bundesweit inzwischen zahlreiche modifizierte Nutzungskonzepte entstanden, um vor allem die zentrumsnahen Gebäudekomplexe erhalten zu können. Ein Beispiel hierfür ist das Mathildienstift in München. Das Gebäude wurde in den Jahren 1882–84 und 1895–96 mitten in der Stadt am Sendlinger Tor errichtet und diente bis in die 1990er Jahre als Altenpflegeheim. Aufgrund der baulichen Unzulänglichkeiten sank die Belegquote stetig, zuletzt unter 50 %, so dass ein wirtschaftliches Betreiben der Gesamtanlage nicht mehr möglich schien. Im Jahr 1994 initiierte die Stadt München ein Modellprojekt, bei dem für den gesamten Gebäudekomplex unterschiedliche sozialverträgliche Nutzungen entwickelt werden sollten. Die letztendlich verwirklichte Planung sah im größten Teil der Anlage Betreutes Wohnen vor, im Erdgeschoss sollten eine Tagespflegeeinrichtung mit diversen Therapieangeboten, eine allgemein zugängliche Gaststätte sowie ein Betreuungsbüro als Sozialstation der Stadt München entstehen. Die gute Infrastruktur des Quartiers mit einer Vielzahl an kleineren, den täglichen Primärbedarf deckenden Läden, machte das Projekt besonders für ältere Menschen dieses Stadtteils attraktiv. Der Denkmalschutz verhinderte zwar einen barrierefreien Zugang zum Gebäude über den Haupteingang, und die Grundrisserweiterungen durch Anbauten wie Balkone oder Wintergärten waren nur auf der Rückseite durchsetzbar. Dennoch entstanden durch die Zusammenlegung von zwei ehemaligen Pflegezimmern helle, behindertengerechte und barrierefreie Zweiraum-Wohnungen mit Küche und neuem, innen liegendem Bad, die die heutigen Anforderungen an eine altengerechte Wohnung mehr als erfüllen. Die Mittelflure wurden teilweise aufgeweitet, um eine natürliche Belichtung und kleinere Kommunikationszonen zu schaffen. Unterstützt wird die angenehm warme Atmosphäre des Hauses durch ein ausgeklügeltes Farbkonzept, das positive Stimmungen bei den

⁵⁰⁸ Vgl. Winter et al. (2002b), S. 37 f.

Bewohnern und Bediensteten erzeugen soll und gleichzeitig hilft, die Orientierung im Gebäude zu verbessern.⁵⁰⁹

Ein weiteres Beispiel, diesmal aus Altötting in Bayern, zeigt, dass bei entsprechender architektonischer Planung und bei Anwendung eines wohngruppenorientierten Therapie- und Pflegekonzeptes aus einem herkömmlichen Altenheim ein vorzeigbares Modellvorhaben entstehen kann. Das Altenheim unter der Trägerschaft des Bayerischen Roten Kreuzes wurde 1998 zu einer mehrgliedrigen Altenhilfeeinrichtung umgebaut.⁵¹⁰ Kern dieses Projektes ist der Neubau eines Wohnhauses mit selbstständigen Gemeinschaften alter, pflegebedürftiger und/oder verwirrter Menschen. Die architektonische Umsetzung berücksichtigte folgende Anforderungsprofile:

- Der Anstaltscharakter eines Altenheimes sollte vermieden werden.
- Die Geschosshöhen sollten denen des Wohnungsbaues entsprechen.
- Die Anforderungen der DIN 18024 und 18025 an barrierefreie Außenanlagen und Gebäudeinnenräume sollten erfüllt werden.
- Die Architektur sollte helle und vielschichtige Raumfolgen ermöglichen und die Natur in Form unterschiedlich großer Freiräume integrieren.
- Es sollten nur Einzelzimmer realisiert werden.
- Es sollten überschaubare, kleine Wohngemeinschaften entstehen.

Die Umsetzung erfolgte im Zusammenhang mit den Vorgaben eines Gutachtens des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Ergänzend zu den bestehenden Gebäuden aus den Jahren 1905 und 1989 entstand ein dreigeschossiger, aufgelockerter Baukörper, der pro Etage zwei Wohngemeinschaften mit jeweils sieben Plätzen Raum bietet. Zentrum jeder Wohngruppe ist der Gemeinschaftsraum, um den herum sich die Einzelzimmer gruppieren und in dem gemeinsam gelebt und gearbeitet wird. Zu dem Gesamtkomplex gehören noch eine Tagespflegeeinrichtung sowie 42 Appartements mit Grundpflegeangeboten für ältere Bewohner, die sich größtenteils aber selbst versorgen können.⁵¹¹

Zukunftsträchtig ist auch das so genannte „Kleeblatt-Modell“ der Altenpflege im Heim, das Ende der 1980er Jahre im Landkreis Ludwigsburg entwickelt und dann konzepttreu umgesetzt wurde. Es handelt sich um die revolutionäre Idee eines Netzwerks von mehreren kleinen Heimen, mit deren Hilfe die mangelnde Flexibilität und die

⁵⁰⁹ Vgl. Marx/Rössel (1998), S. 46–49.

⁵¹⁰ Vgl. Winter et al. (2002b), S. 70–74.

⁵¹¹ Vgl. Winter et al. (2002b), S. 70–74.

Institutionalisierungseffekte großer Heime umgangen werden. Bis 1998 wurden 17 Pflegeheime mit jeweils 24 Plätzen errichtet. Unter zentraler Leitung ist jedes dieser gemeindenahen Heime mit zwischen sechs und 22 altengerechten betreuten Wohnungen und Kurzzeitpflegeplätzen sowie mit einem zusätzlichen Angebot an Tages- und Nachtpflege verbunden. An jedem Standort sorgen Fördervereine für zahlreiche Netzwerkverbindungen zwischen Heim und Gemeinde, kümmern sich um die Aktivierung und Bündelung der Gemeinderessourcen und um die Gewinnung von Ehrenamtlichen, die sich für das Wohlergehen der Bewohner einsetzen. In jedem Heim stehen 0,3 Sozialarbeiterstellen für gemeinwesenorientierte Sozialarbeit und sozialtherapeutische Angebote zur Verfügung. Ein großer Teil der in den Heimen Beschäftigten kommt aus der unmittelbaren Umgebung der Häuser; viele kennen die Bewohner von früher aus dem Ort, wodurch sich informelle Kontakte ergeben. Von großer Bedeutung ist auch die Möglichkeit, zwei Einbett-Pflegezimmer in eine vollwertige Zwei-Zimmer-Pflegewohnung mit integrierter Küche umzuwandeln. Ältere Nachbarn können an den gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen; dies fördert die Aufrechterhaltung der bestehenden sozialen Netzwerke.⁵¹²

5.7 Seniorenresidenzen

Nur wenige Menschen haben im Alter die finanziellen Möglichkeiten, sich in eine privatwirtschaftlich organisierte Wohnresidenz einzukaufen und dort den „Lebensabend“ in individueller Umgebung mit hotelähnlichem Ambiente zu verbringen. Die Hochglanzprospekte der Seniorenresidenz-Consultings werben mit komfortablen, hellen Wohnungen, technisch ausgestattet mit allem, was das 21. Jahrhundert zu bieten hat. Attraktiv sind die ruhigen, innerstädtischen Lagen, die das Shopping zum Vergnügen machen und eine Vielzahl an kulturellen und altersgerechten sportlichen Aktivitäten anbieten.⁵¹³

Da Reichtum nicht vor Krankheit schützt, sind demenz- oder alzheimererkrankte Menschen in diesen „elitären“ Einrichtungen ebenso häufig anzutreffen wie in „normalen“ Altenheimen. Für diese Menschen zählt die gebotene Vielfalt nicht mehr, weil sie in einer anderen Welt leben. Für sie ist ihre Vergangenheit, als sie noch jung und aktiv waren, die eigentliche Gegenwart. Sie verlieren den Bezug zur Realität und

⁵¹² Vgl. Dettling (2001), S. 293–302.

⁵¹³ Vgl. Pro Seniore (2003).

sitzen entweder unruhig in ihren hellen Luxuswohnungen oder laufen mit ihren Rollwagen die „hübschen“ Flure entlang und sind gleichzeitig kreuzunglücklich.

Ein von der Stadt Frankfurt a. M. gefördertes „Wohnküchenprojekt“ zeigt eine Möglichkeit auf, verwirrten Menschen auch innerhalb einer solchen Einrichtung mehr Lebensqualität zu bieten.⁵¹⁴ Am Ende eines grün gestrichenen Flures verlässt man die Welt der Gegenwart und betritt einen Raum, den die sechs anwesenden Frauen der Seniorenresidenz, alle um die 80 Jahre jung, „ihr Zuhause“ nennen. Jeden Tag treffen sie sich hier für ein paar Stunden in einer großzügig gestalteten Küche und sitzen um einen Esstisch herum oder vergnügen sich in „ihrem“ Wohnzimmer. Es riecht nach Bratäpfeln und Tee mit Rum. Es wird von früher erzählt, altbekannte Kinderlieder werden gesungen. Eine Pflegerin und ein Zivildienstleistender helfen, wenn es erforderlich ist. Das besondere an diesen Räumen ist ihre Ausstattung. Man findet Tische und Stühle aus den 1950er Jahren, gemusterte Tapeten an den Wänden mit Landschaftsbildern in dunklen Rahmen, ein altes Röhrenradio und vieles mehr. Der Raum wirkt wie eine Theaterkulisse, wie die gute Stube der Großeltern. Und genau das ist es. Die Bewohner finden hier eine Zeit wieder, an die sie sich erinnern können, in der sie selber aktiv waren und die ihnen aufgrund ihrer Erkrankung wie die Gegenwart vorkommt. Doch nicht nur die Inneneinrichtung, auch die Beschäftigungsmöglichkeiten knüpfen an die Vergangenheit an. Es wird gemeinsam gekocht, gebacken und gehandarbeitet. Eine ehemalige Sekretärin schreibt auf einer alten Schreibmaschine Liedertexte, eine Schneiderin sitzt an der Nähmaschine und gestaltet Röcke oder Blusen für ihre „Freundinnen“.

Initiiert wurde dieses Projekt durch die Eigeninitiative des Pflegepersonals, das den Bedarf erkannte. Zunächst war eine gründliche Biographiearbeit notwendig, um Alltagssituationen erlebbar zu machen und auch einen therapeutischen Effekt zu erzielen. Schon wenige Tage nach Beginn des Modells änderte sich das Verhalten einiger Frauen. Sekundärsymptome einer Demenz wie beispielsweise motorische Unruhe, aggressiv wirkendes Verhalten, Rückzugstendenzen mit Antriebsarmut und Depression traten nicht mehr so häufig auf. In der Kleingruppe und in der vertrauten, überschaubaren Umgebung wurden die Frauen ruhiger und zufriedener. Ein entscheidender Nachteil stellte sich erst nach einiger Zeit heraus: Die positive Verhaltensänderung beschränkte sich auf den Aufenthalt in der „anderen Welt“. Keine der Frauen wollte wieder in ihren Wohnbereich zurückkehren, da sie dort sofort wieder

⁵¹⁴ Vgl. Lucassen (2003), S. 156 f.

in die alten „störenden“ Verhaltensweisen zurückfielen. Daher schlug die Geschäftsführung der Seniorenresidenz vor, mit den sechs Bewohnern komplett in ihre „andere Welt“ umzuziehen. Die Umsetzung erforderte bauliche Maßnahmen nur in geringem Umfang. So wurden um die zwei bestehenden Räumlichkeiten die notwendigen Privatzimmer angeordnet, so dass eine eigene kleine Wohngemeinschaft innerhalb dieser Seniorenresidenz entstehen konnte.⁵¹⁵

5.8 Tageskliniken

Ein beispielhaftes Projekt für eine patientenorientierte Tagesklinik ist das auf Betreiben des schwedischen Staatlichen Gesundheits- und Sozialamtes an das Krankenhaus der Stadt Sabbatsberg in der Nähe von Stockholm angegliederte geriatrische Tagespflegezentrum, das im Jahr 1979 eröffnet wurde.⁵¹⁶ In einem kleinen Haus, das auf dem Krankenhausgelände in Sabbatsberg leer stand, wurde ein geriatrisches Tagespflegezentrum eingerichtet, das aufgrund seines Modellcharakters auch wissenschaftlichen Zwecken dienen sollte. So galt es folgende Fragestellungen zu überprüfen:

- Kann man durch ambulante Tagespflege eine anstaltliche Unterbringung aufschieben oder gar vermeiden?
- Kann somatisch-geriatrisch geschultes Pflegepersonal unter sachverständiger Leitung solche Patienten behandeln?
- Kann man Formen der Zusammenarbeit zwischen anstaltlicher und außeranstaltlicher Pflege entwickeln?

Die Patienten, die meistens allein stehend waren, wohnten in unterschiedlichen Innenstadtbezirken Stockholms. Die Zielgruppe waren Personen mit verwirrttem Verhalten. Es wurden 24 Patienten in die Tagespflege aufgenommen, 19 weitere kamen auf die Wartelisten, um sie nach Ablauf der Versuchszeit von sechs Monaten zu behandeln. Beide Gruppen hatten exakt die gleichen Symptome, die nach dem ADL-Status (Activities of Daily Living) und verschiedenen Bewertungsmaßstäben vor und nach der Versuchszeit beurteilt wurden. Die Therapieergebnisse nach Ablauf der Versuchszeit übertrafen bei weitem die Erwartungen. Nach sechs Monaten musste kein

⁵¹⁵ Vgl. Lucassen (2003), S. 156 f.

⁵¹⁶ Vgl. Füsgen (1993), S. 79 ff.

Patient der Tagespflegegruppe in eine stationäre Pflege aufgenommen werden, während fünf Patienten aus der Vergleichsgruppe für immer dort blieben. Das somatisch-geriatrisch geschulte Pflegepersonal war ursächlich an dem Therapieerfolg beteiligt und konnte Kontakte zwecks Erfahrungsaustausch zwischen der Tagesklinik und den Hausärzten der Patienten aufbauen.⁵¹⁷

Das zweite Beispiel beschreibt eine Tagespflegestätte, die in einer dünn besiedelten Gegend Schwedens liegt und in einem alten Küsterhof untergebracht ist.⁵¹⁸ Hier ist modellhaft ein patientenorientiertes Therapiekonzept realisiert worden, das von einem partnerschaftlichen Miteinander zwischen Pflegepersonal und betreuten Menschen ausgeht und zeigen soll, dass alte, behinderte Menschen auch in nicht behindertengerecht ausgebauten Gebäuden optimal versorgt werden können. In dieser Einrichtung übernehmen die alten Menschen und das Pflegepersonal gemeinsam die Einkäufe und die Zubereitung der Mahlzeiten. Man unterhält sich miteinander über Dinge aus der Vergangenheit und Gegenwart und knüpft darüber neue Beziehungen. Ziel des Projektes ist, dem täglichen Leben der alten und teilweise vereinsamten Menschen wieder Inhalt und Sinn zu geben. Sie sollen abends eine natürliche Müdigkeit verspüren, dadurch gesund schlafen und nicht die Nacht zum Tage machen. Es werden zumeist verwirrte ältere Menschen betreut, die entweder unter seniler Demenz leiden oder sich aufgrund ihrer Einsamkeit in ihrem Wesen verändert haben. Einige kommen jeden Tag, andere gelegentlich und halten sich von 9⁰⁰ Uhr morgens bis 15⁰⁰ Uhr nachmittags in dem Küsterhof auf. Als Beförderungsmittel stehen Taxen zur Verfügung, deren Fahrtentgelte von den Krankenkassen bezahlt werden. Der Anreiseweg beträgt höchstens 50 km und ist für viele bereits ein Erlebnis für sich und eine spannende Beschäftigung. Da immer derselbe Fahrer die Patienten abholt, haben sie Vertrauen zu ihm, fühlen sich sicher und können ohne Begleitperson reisen. Die im Haus vorhandenen Tiere wie Katzen, Kaninchen oder Wellensittiche spielen eine wichtige Rolle in dem Therapiekonzept und sollen das Einüben von Verantwortung fördern.⁵¹⁹ Ziele des Projektes sind:

- den Patienten einen sinnvollen Tag zu bieten,
- die Gedächtnisfunktion zu erhalten und zu verbessern,
- das Selbstbewusstsein zu stärken,

⁵¹⁷ Vgl. auch Wilms et al. (2001), S. 348–355.

⁵¹⁸ Vgl. Füsgen (1993), S. 90 ff.

⁵¹⁹ Vgl. Füsgen (1993), S. 90 ff.

- neue Freundschaftsbande zu knüpfen,
- neues Sozialverhalten zu fördern,
- den Angehörigen die Fürsorge und Pflege zu erleichtern,
- die stationäre Pflege längerfristig zu verzögern und zu vermeiden.

Eine weitere Besonderheit dieser patientenorientierten Pflegearbeit besteht in dem System der Vertrauensleute. Jedes Mitglied des Personals ist Vertrauensperson eines bestimmten Patienten und sucht ihn bereits vor Beginn der Therapie zu Hause auf, erkundet seine Interessen, seine Lebensgeschichte und seine aktuelle Situation, um ihn bestmöglich aktivieren zu können. Dadurch entsteht bei den alten Menschen ein Gefühl der Geborgenheit und Vertrautheit, und Schwellenängste entstehen erst gar nicht. Dieses Projekt zeigt außerdem, dass in einem alten, umgenutzten Gebäude alte und behinderte Menschen therapiert und gepflegt werden können, obwohl die Kosten treibenden baulichen Anforderungen an barrierefreies und behindertengerechtes Wohnen nicht erfüllt sind.⁵²⁰

5.9 Wohnortnahe mobile und ambulante Rehabilitation

Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation wird derzeit bundesweit nur vereinzelt in modellhaften Strukturen angeboten. Das Modellvorhaben „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ (AMBRA), das 1998 in Magdeburg begonnen wurde, erprobt diese beiden quartiersbezogenen Pflegemöglichkeiten für ältere, multimorbide Menschen.⁵²¹ Zum einen gibt es ein mobiles Rehabilitationsteam, das seinen Standort im Geriatriezentrum eines Krankenhauses hat (MOGERE), zum zweiten ein ambulantes Rehabilitationszentrum in einem „Ärztehaus“ unter Leitung niedergelassener Haus- und Fachärzte (AGR). Das mobile Rehabilitationsteam betreut bei diesem Modellversuch 60 Patienten, in dem ambulanten Rehabilitationszentrum werden 76 Patienten behandelt. Das Ziel beider Pflegemodelle ist, multimorbide und in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkte geriatrische Patienten, die zwar nicht transportfähig sind, für die aber ein stationärer Aufenthalt nicht erforderlich ist, wohnortnah zu versorgen oder sie in ihrem häuslichen Umfeld aktiv aufzusuchen. Beide interdisziplinäre Teams, bestehend aus Therapeuten, Ärzten, Pflegern und Sozialarbeitern des jeweiligen Stadtteils,

⁵²⁰ Vgl. Füsgen (1993), S. 90 ff.

⁵²¹ Vgl. Meinck et al. (2002), S. 463–466.

koordinieren unter ärztlicher Leitung Rehabilitationsmaßnahmen mit durchschnittlich mehr als 50 Leistungseinheiten pro Patient. Der Schwerpunkt liegt auf Physiotherapie und Ergotherapie. Logopädie steht bei Indikation in ausreichendem Umfang zur Verfügung. Psychosoziale und gesundheitsfördernde Angebote werden allerdings bisher kaum in die Rehabilitationsmaßnahmen integriert.

Im internationalen Vergleich gelten ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote als etabliert. In einer Übersichtsarbeit der „Day Hospital Group“ der Cochrane Collaboration wurde festgestellt, dass tagesklinische gegenüber umfassenden ambulanten Versorgungsangeboten keine Vorteile haben.⁵²²

Die Fragestellungen zu diesem Modellvorhaben lauten:

- Welche Patientengruppen können auf diese Weise erreicht werden?
- Wie wird das Kriterium der Wohnortnähe erfüllt?
- Welche personelle und materielle Ausstattung beider Reha-Modelle ist notwendig, um eine flächendeckende Versorgung eines Quartiers anbieten zu können?
- Funktioniert die Übernahme der Patienten aus den Akutkrankenhäusern nahtlos und ohne Wartezeiten?
- Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam?
- Welche Therapien kommen in den Einrichtungen zur Anwendung?
- Kann die Pflegebedürftigkeit der Patienten durch die Verbesserung der basalen und instrumentellen Alltagskompetenz vermindert oder vermieden werden?
- Welche systematischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Organisationsformen gibt es?

Alle beteiligten Ärzte absolvierten vor Beginn des Modellvorhabens das Curriculum „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ des Berufsverbands der Hausärzte (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Während des Projektes wurden täglich halbstündige Teamsitzungen abgehalten. Einmal pro Woche fanden zusätzlich einstündige Fallbesprechungen statt, an denen alle Inhaber assoziierter Praxen und alle beteiligten Ärzte, Therapeuten, Pfleger und Sozialarbeiter teilnahmen.

Empfehlungen für eine Rehabilitationsmaßnahme in einem der beiden Modelle wurden in der Mehrzahl durch Krankenhausärzte gegeben (MOGERE 46,7 %, AGR 34,2 %). Empfehlungen durch einen Kostenträger oder durch Ärzte des MDK wurden nur für

⁵²² Vgl. Meinck et al. (2002), S. 466–468.

Rehabilitationsmaßnahmen der MOGERE ausgesprochen. Aufgrund der Integration der Ärzte des AGR in die hausärztliche Versorgung lag der Anteil der Empfehlungen niedergelassener Ärzte hier weitaus höher als in der MOGERE (29,3 % vs. 8,3 %).⁵²³ Die Empfehlungen spiegelten auch die institutionsgebundenen Zuweisungspfade in die Reha-Modelle wider, da diese sich als Dispositionen vorgelagerter Versorger herausstellten. Eine mobile geriatrische Rehabilitation erfolgte häufiger im Anschluss an einen stationären Aufenthalt als eine AGR-Rehabilitationsmaßnahme. Beide Reha-Modelle rehabilitierten überwiegend Patienten nach akutstationären, insbesondere nach akutgeriatrischen Aufenthalten. Bei einzelnen Patienten wurde nach absolvierter Anschlussheilbehandlung bzw. stationärer Rehabilitation die rehabilitative Versorgung weitergeführt. Auch aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen übernahmen beide Reha-Modelle Patienten, aus dem teilstationären Versorgungsbereich hingegen nur das AGR-Modell. Patienten ohne stationären Aufenthalt im unmittelbaren Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahmen fanden in beiden Modellen nur in geringem Umfang Berücksichtigung.

Die Antragsverfahren waren für beide Modellversuche gleich und liefen in der fachlichen Beurteilung über den MDK. Der Rehabilitationsantrag umfasst u. a. medizinische Befunde, Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Rehabilitationspotenzial, zum komplexen Rehabilitationsziel und zur Dringlichkeit der Maßnahmen. Während Anträge der MOGERE nur selten (5,6 %) vom Kostenträger abgelehnt wurden, waren es bei der AGR deutlich mehr abgelehnte Anträge (30,4 %). Die Wohnsituation der Patienten hat für diese wohnortnahen Rehabilitationsangebote eine hohe Relevanz, soll doch der Verbleib im eigenen Zuhause bei größtmöglicher Selbstständigkeit erreicht oder gesichert werden. Ein großer Teil der Patienten lebte zu Beginn des Versuchs allein oder mit Angehörigen im Privathaushalt (MOGERE 91,7 %, AGR 93,4 %). Aber auch Patienten in betreuten Wohneinrichtungen und in Senioren- und Pflegeheimen wurden von beiden Reha-Modellen erreicht. Das Versorgungsgebiet erstreckt sich auf die Stadt Magdeburg und die Umlandgemeinden und umfasst eine Fläche von mehr als 200 km² mit ca. 230.000 Bewohnern und einem Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung von 25 %. Die Patienten sind in maximal 30 Minuten zu erreichen. Das Gleiche gilt für den AGR. Der Krankentransport erfolgt mit qualifiziertem Personal binnen 30 Minuten.⁵²⁴

⁵²³ Vgl. Meinck et al. (2002), S. 468–470.

⁵²⁴ Vgl. Meinck et al. (2002), S. 470–472.

Die Therapieangebote verbinden das Mobilitätstraining mit dem Training basaler und instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens sowie dem kognitiven Leistungstraining der Hilfsmittelanpassung und der Sprachtherapie. Die Betreuung der Patienten durch den Hausarzt wird während der Rehabilitationsmaßnahmen unverändert aufrechterhalten. Gleiches gilt für ambulante Pflegedienste.

Beide Modelle bemühen sich gezielt um die Einbeziehung der Angehörigen in die Maßnahmen. So führt die MOGERE eine persönliche Übergabe bei Abschluss der Leistungen in der Wohnung der Patienten mit Angehörigen und beteiligten ambulanten Diensten durch. Ein fachlicher Austausch mit den Therapeuten, die auf der Grundlage ambulanter Heilmittelverordnungen des Hausarztes die rehabilitativen Bemühungen fortführen, ist zudem möglich.⁵²⁵

5.10 Akutkrankenhäuser

In der schwedischen Provinz Sunderby ist eines der modernsten Akutkrankenhäuser Europas entstanden. Geplant von dem schwedischen Architekten Tage Isaksson, wurde ein Gebäude realisiert, das sowohl den Sparverordnungen des staatlichen schwedischen Gesundheitssystems entspricht als auch den Bedürfnissen der Beschäftigten und Patienten. Das Konzept basiert auf der Beobachtung, dass kaum jemand gerne ein Krankenhaus betritt; daher wurde eine Provinzklinik gebaut, die nicht wie eine Klinik wirkt.⁵²⁶

Am Eingang wird man von zwei Damen in Livree wie in der Rezeption eines Hotels begrüßt und erhält erste Informationen, etwa wo das Hotel für die Angehörigen oder das Shoppingcenter ist oder wo es zu den Stationen geht. Auf den beiden Boulevards, die die medizinischen Stationen verbinden, flanieren Patienten und Besucher, Schwestern oder Ärzte fahren auf kleinen Rollern vorbei. Die großzügige Verglasung gibt den Blick frei in die Natur, die Verwendung von rotem Klinkermauerwerk, Straßenlaternen und zahlreiche Bänke vermitteln einen leichten und heiteren Eindruck und das Empfinden, nicht ausgegrenzt, sondern mitten im „Leben“ zu sein.

⁵²⁵ Vgl. Meinck et al. (2002), S. 472 f.

⁵²⁶ Vgl. Spiewak (2000), S. 1 f.

Das Vergütungssystem für medizinische Leistungen, das in Deutschland ab 2003 eingeführt werden soll, gilt in Schweden seit über zehn Jahren. Für jeden Patienten zahlt der Versorgungsträger eine Pauschalsumme. Das Krankenhaus spart also nur dann Kosten bei gleich bleibender Qualität, wenn der Patient früher gesundet als geplant. So liegt die Aufenthaltsdauer in Sunderby bei durchschnittlich fünf Tagen pro Patient. In Deutschland werden dagegen über zehn Tage benötigt.⁵²⁷ Die beeindruckende Wirtschaftlichkeit des Projektes basiert auf der „Wohlfühlatmosphäre“, neuesten Technologien in den Untersuchungs- und Therapiemöglichkeiten, dem Datenaustausch zwischen allen Stationen, den angeschlossenen teilstationären und ambulanten Nachsorgeeinrichtungen und Hausärzten sowie dem Abbau traditioneller, hierarchisch bestimmter Arbeitsformen zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal im Krankenhaus.

Die Geschichte des Projekts begann mit zwei sanierungsbedürftigen Stadtkliniken in der nordschwedischen Provinz Norrbotten, die, rund 40 Kilometer voneinander entfernt, zu klein und zu teuer waren, um alleine überleben zu können. Die politische Vorgabe hieß, eines der beiden Häuser zu schließen. Lobbyistenarbeit führte aber dazu, dass keine Entscheidung getroffen werden konnte. So wurden beide Häuser geschlossen und in der Mitte zwischen ihnen, nahe Sunderby, eine neue 420-Betten-Klinik errichtet. Drei Jahre dauerte die Planung. Man schaute sich innovative Krankenhauskonzepte in Schweden, USA, Kanada und Deutschland an und versuchte, die Eindrücke zu einer neuen Einheit zusammenzufügen. Eine Vorgabe der Planer war, die späteren Mitarbeiter an der Konzeption des Gebäudes zu beteiligen. Die über 400 zukünftigen Mitarbeiter – von der Lernschwester bis zum Chefarzt – wurden in Arbeitsgruppen aufgeteilt, um vom Design der Räume über die Organisation der Stationen bis zum Standort der Kaffeemaschinen mitzuwirken. Stets im Vordergrund aber standen die Bedürfnisse der Patienten.⁵²⁸

Die architektonische Umsetzung der Anforderungen führte dazu, dass beispielsweise sämtliche Krankenzimmer im neuen „Sjukhus“ zu einem Park und künstlichen See hin orientiert sind, den die Patienten vom Bett aus durch bodentiefe Fenster erleben können. Ein Vorhang rund um das Bett erzeugt Privatheit. Und wer will und kann, bekommt die Mahlzeiten nicht im Bett serviert, sondern isst gemeinsam mit anderen Patienten im

⁵²⁷ Vgl. Spiewak (2000), S. 2 f.

⁵²⁸ Vgl. Spiewak (2000), S. 2 f.

Aufenthaltsraum der Station. „Das spart Arbeit und trägt dazu bei, dass sich die Patienten bewegen und schneller gesund werden“, sagt Kristina Morin von der Onkologie.⁵²⁹

Die funktionale Neuordnung dieser Klinik sieht eine Aufteilung in Behandlungszentren und nicht wie üblich in Bettenstationen vor, in denen die Patienten gezwungen sind, je nach Fortschritt oder Komplexität der Erkrankungen mehrfach die Station zu wechseln. Der Patient bleibt in seinem Zimmer von der Aufnahme bis zur Entlassung. Auch in der Nachbetreuung trifft er auf die gleichen Pfleger und Therapeuten.

Die Grundrisskonzeption der Klinik folgt dem Prinzip der kurzen Wege. Die sternförmig angelegten Behandlungszentren verfügen in der Gebäudemitte jeweils über ein Funktionszentrum, in dem die Radiologie, die OP-Räume und Labore untergebracht sind. Die kurzen Wege sparen Zeit und Personal. Die EDV-vernetzten Stationen verfügen immer und überall über den neuesten Datenbestand der Patienten; Röntgenbilder, Laborbefunde oder Therapieberichte sind stets abrufbar, so dass Diagnosen und Entscheidungen sofort und umfassend in den Behandlungsteams getroffen werden können. Doppeluntersuchungen wegen nicht weitergegebener Informationen entfallen; dies erspart dem Gesundheitswesen Kosten und dem Patienten unnötige Belastungen.

Auch zu den Rettungswagen der Region hält das Informationssystem des Krankenhauses Kontakt. In der riesigen Nordprovinz Schwedens brauchen die Ambulanzen mitunter mehrere Stunden, bis sie das Spital erreichen. Über Satellit können die Rettungssanitäter neuerdings von der Krankentrage aus Daten wie etwa das EKG in die Klinik senden, wo die Ärzte dann in der Notaufnahme bereits vorbereitet sind. Nach Aussage des Gesundheitsexperten Uwe K. Preusker ist „die Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung [...] die größte Stärke des schwedischen Gesundheitssystems“.⁵³⁰ So ist die ambulante Versorgung in Form einer Tagesklinik in Sunderby genauso selbstverständlich wie die Tatsache, dass sich ein

⁵²⁹ Spiewak (2000), S. 3 f.

⁵³⁰ Spiewak (2000), S. 4 f.

Patient, der noch Ruhe, aber keine medizinische Betreuung benötigt, im Klinikhotel einmieten kann.⁵³¹

5.11 Geriatrische Zentren

Das Hamburger Albertinen-Krankenhaus, Zentrum für Geriatrie, ist ein positives Beispiel für die Integration unterschiedlichster Pflegeangebote für ortsnah wohnende Patienten in einem Akutkrankenhaus. Im Rahmen eines vom Bundesarbeitsministerium geförderten Modellprojekts stellt die geplante Errichtung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation eine Ergänzung der bestehenden Versorgungsstrukturen dar. Zurzeit bestehen diese aus einer geriatrischen Klinik mit akut und rehabilitativ stationären Abteilungen, in der Praxis, Lehre und Forschung stattfinden, und einem teilstationären Tagesklinikbereich. Die vorhandenen Therapieangebote (Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie) stehen auch für die ambulante geriatrische Rehabilitation zur Verfügung. Außerdem verfügt das Albertinen-Haus über die Ermächtigung zur häuslichen Pflege, so dass bis zu 30 Patienten zu Hause betreut werden können. Ziel des Zentrums ist, die Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt schrittweise wieder in das frühere Lebensumfeld, sprich die häusliche Gemeinschaft einzugliedern, indem sie durch ein Team von Ärzten, Therapeuten und Sozialarbeitern durchgängig betreut werden.⁵³²

5.12 Hospize

Der Ort des Sterbens hat sich in den letzten Jahrzehnten von der häuslichen Umgebung in stationäre Einrichtungen wie Krankenhaus, Altenpflegeheim oder Hospiz verlagert. In Deutschland ereignen sich bereits über 80 % aller Todesfälle in stationären Einrichtungen.⁵³³ Im Rahmen der Betrachtung einer idealtypischen Geriatrie soll hier nach Wegen gesucht werden, wie diese Entwicklung umgekehrt werden kann, um wieder ein würdiges Sterben in heimischer Umgebung zu ermöglichen.

⁵³¹ Vgl. Spiewak (2000), S. 5.

⁵³² Vgl. Deutsche Gesellschaft (2001), S. 1.

⁵³³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2002).

Vor allem in Australien hat die Palliativpflege und -medizin sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Betreuung einen besonders hohen Standard erreicht. Die dortigen Pflegeangebote lassen sich als beratende, begleitende und vermittelnde Tätigkeiten durch hoch spezialisierte, interdisziplinäre Pflegeteams charakterisieren. Für die unheilbar kranken Patienten bedeutet dies in erster Linie eine umfassende Schmerztherapie sowie die Kontrolle und Förderung der vitalen Organfunktionen. Für die Angehörigen stehen die Beratung und Begleitung auch nach dem Tode in psychologischer, sozialer und spiritueller Hinsicht im Vordergrund.

Im Vergleich mit bundesdeutschen Hospizen haben palliative Einrichtungen in Australien ein weitaus höheres gesellschaftliches Ansehen. Die examinierten Pflegekräfte können ihre Patienten im Verhältnis 1:4 versorgen und verfügen über weit reichende Kompetenzen und Entscheidungsfreiheit. Das Betreuungsverhältnis ist ein patenschaftliches: Ein Patient wird immer von derselben Pflegekraft betreut; diese übernimmt die Verantwortung für ihn bis zu seinem Tod und ist auch im Notfall stets über Notruf erreichbar.⁵³⁴

Als besonders beispielhaft ist das Mary-Potter-Hospiz in Adelaide zu erwähnen. Es gehört zu den renommiertesten Hospizen in Südaustralien. Hier werden zumeist Krebskranke, AIDS-Kranke oder Organgeschädigte im letzten Lebensstadium aufgenommen.⁵³⁵ Die Verweildauer reicht von wenigen Tagen bis zu einem Jahr. Die an das Calvary-Krankenhaus angeschlossene Einrichtung ist kein Ort der Trauer. Sterben wird als Teil des Lebens verstanden. Das eineinhalbgeschossige Gebäude liegt in einem großen Park. Die Zimmer sind hell und haben große Fenster, die zum Grün orientiert sind, so dass jeder Patient die Natur hautnah erleben kann. Die Zimmergrößen lassen maximal eine Belegung mit zwei Patienten zu. Die Pfleger beeindrucken durch eine große Freude und Hingabe am Alltag. Sie arbeiten stets zu zweit in einem Bereichspflegesystem, so dass jeder Patient stets die gleichen Pfleger hat und kraftaufwendige Tätigkeiten wie das Umbetten des Patienten nicht zu unnötigen Wartezeiten führen. In der Pflege werden komplementäre Methoden verwendet, die die Menschen anregen sollen, Genuss zu erleben. So wird in der Aromatherapie mit heißen Handtüchern, Schwämmen und ätherischen Ölen gearbeitet, die unter leichter Massage

⁵³⁴ Vgl. Schnur (2002), S. 213–215.

⁵³⁵ Vgl. Schnur (2002), S. 213–215.

eine entspannende und gleichzeitig belebende Wirkung haben. Von besonderer Bedeutung ist der Einsatz ehrenamtlicher Kräfte, die sich patenschäftlich um jeweils vier Patienten kümmern und die Pflegekräfte in festgelegten Aufgabenbereichen unterstützen.⁵³⁶

5.13 Zwischenfazit

Die Kernaussagen dieses Kapitels lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Patientenorientierte Architektur ist durchaus bezahlbar und lässt sich auch vor dem Hintergrund knapper finanzieller Ressourcen realisieren.
2. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Planung und Realisierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens und von Altenwohnungen zwischen Architekten, Soziologen, Mediziner, Therapeuten, Pflegepersonal und den späteren Bewohnern ist eine unabdingbare Voraussetzung zum Gelingen eines Projektes.
3. Die DIN 18024 und 18025 sind grundsätzlich bei der Planung und Realisierung von Gebäuden anzuwenden.
4. Architektur muss in der Projektkonzeption flexibel auf die individuellen Bedürfnisse der alten und kranken Menschen reagieren können, um den unterschiedlichen Pflegeformen (stationär, teilstationär oder ambulant) baukonstruktiv adäquat Rechnung tragen zu können.
5. Die Normalität des Lebens, nicht die Pflege muss im Vordergrund einer patientenorientierten Versorgung stehen. Dieses Prinzip kann durch das Konzept der Wohn- und Hausgemeinschaftsgebäude sowie durch Kranken- und Pflegebereiche als Teil eines sozialen Netzwerkes baulich umgesetzt werden.
6. Langfristige Nutzerzufriedenheit führt stets zum wirtschaftlichen Erfolg eines Projektes. Die intensive Bedürfnisanalyse und die daraus folgende Bedarfsplanung bei der Umsetzung in Architektur müssen im Vordergrund jeder Planung stehen.
7. Quartiersbezogene stationäre und ambulante Versorgung ermöglicht ein selbstständiges und eigenverantwortliches Leben im eigenen Heim bis ins hohe Alter und kann durch eine alten- und behindertengerechte Architektur gefördert werden.
8. Architektur muss einen Wiedererkennungs- und Erlebniswert haben. Die Verwendung bekannter Materialien, Farben, Formen und Grundrisskonzeptionen

⁵³⁶ Vgl. Schnur (2002), S. 213–215.

sowie die bauliche Berücksichtigung der veränderten Lebensbedürfnisse und -erwartungen können zum Gelingen einer humaneren Stadtarchitektur beitragen.

6 Anforderungsprofil an ein idealtypisches geriatrisches Zentrum

In diesem Kapitel werden auf der Grundlage der in Kapitel 4 erarbeiteten Kritikpunkte an den Einrichtungen des Gesundheitswesens und den Altenwohnungen sowie der positiven Beispiele in Kapitel 5 patientenorientierte baukonstruktive Anforderungsprofile für die einzelnen Nutzungsbereiche eines geriatrischen Zentrums entwickelt.

6.1 Einführung

Jeder Mensch hat seine eigene Vita und geht in seiner eigenen Art mit den Annehmlichkeiten und Problemen des Lebens gerade im Alter um. Die Welt, in der er wohnt, ob Dorf oder Stadt, sollte ihm Möglichkeiten bieten, dieses Leben in der gewohnten Umgebung eigenverantwortlich zu gestalten. Der täglich erlebbare Raum reduziert sich im Alter sukzessive auf einen Umkreis von wenigen hundert Metern, auch wenn die Nutzung öffentlicher oder privater Verkehrsmittel gegeben ist.⁵³⁷ So gewinnt das engere Wohnumfeld mit zunehmendem Alter an Bedeutung für die Lebenszufriedenheit der Menschen. Hinzu kommt, dass im Alter die Fähigkeit schwindet, soziale Beziehungen zu führen und zu erneuern, so dass neben den familialen vor allem die nachbarschaftlichen Netzwerke immer mehr an Bedeutung gewinnen.⁵³⁸

Städtebauliche Maßnahmen können die fortschreitende Morbidität und Vereinsamung alter Menschen nicht verhindern, wohl aber begrenzen, indem Gebäude geschaffen werden, die ihren Bedürfnissen durch ein Netzwerk an Wohn-, Therapie- und Pflegeformen, aber auch Freizeit- und Vergnügungsmöglichkeiten Rechnung tragen. Erst dies schafft die Voraussetzungen für ein langes selbstverantwortliches Leben in der eigenen Wohnung, für neue Sozialkontakte und hohe Lebensqualität.⁵³⁹

In dieser Arbeit geht es um den Zusammenhang zwischen der sozialen Struktur der Gesellschaft und der räumlichen Struktur der Stadt bzw. des Quartiers. Diese Beziehung wird am Beispiel eines stadtteilgebundenen geriatrischen Zentrums und seiner

⁵³⁷ Vgl. Reichert/Saup (1996), S. 1–44 sowie Kapitel 3.3.1.

⁵³⁸ Vgl. Saup (1986), S. 342–347 sowie Kapitel 2.4.2.

⁵³⁹ Vgl. dazu näher Kapitel 3.3.2.

architektonischen Gestaltung beleuchtet. Ein derartiges Zentrum sollte, offen innerhalb des Quartiers gelegen, ein integratives, stationäres und teilstationäres Pflege- und Therapiezentrum, einen Wohnort mit Wohngruppenhäusern, ein Zentrum für die ambulante Versorgung und ein Informations- und Versammlungszentrum für sämtliche Belange des Alters beinhalten. Die gängige Aufteilung in Klinik, Altenheim, Pflegeheim, Hospiz, Tagesklinik, ambulante Pflege und Beratungsstätte, die ein permanentes „Umziehen müssen“ für die alten Menschen nach sich zieht, soll es nicht mehr geben. An dem Ort, an dem die Menschen leben, ob zu Hause, in betreuten Wohngruppen oder im Alten- bzw. Pflegeheim, sollen sie die Möglichkeit haben, medizinisch behandelt, betreut und gepflegt zu werden bis zum letzten Tag ihres Lebens.

Die sozialpolitischen Anforderungen an eine zukunftsfähige und kostenoptimierte medizinische Versorgung im Bereich der Geriatrie und Gerontopsychiatrie führen zu einem abgestuften, eng verzahnten Versorgungssystem, bestehend aus vollstationären, teilstationären und ambulanten Diensten unter Mitwirkung der Haus- und Fachärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und ehrenamtlichen Mitarbeiter eines Quartiers. Dies entspricht den Forderungen der Bundesregierung, wie sie in der Sozialgesetzgebung des SGB V und SGB IX festgeschrieben sind.⁵⁴⁰ Es erfüllt den gesetzlich verankerten Anspruch auf Rehabilitation und Prävention zur Vorbeugung, Verbesserung und Beseitigung von Fähigkeitsstörungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Selbstständigkeit und der Vermeidung bzw. Verminderung von Pflegebedürftigkeit.

Hinsichtlich der architektonisch-baukonstruktiven Umsetzung bedeutet dies, dass die idealtypische Geriatrie als ein neu zu errichtendes Gebäude zu verstehen ist, das sämtliche in diesem Kapitel behandelten Einrichtungen unter einem Dach vereinigt (Ideallösung). Sie kann aber auch als eine bauliche Ergänzung des bestehenden urbanen Netzwerks eines Quartiers betrachtet werden, in der die fehlenden Einrichtungen räumlich zusammengefasst werden.

⁵⁴⁰ Vgl. Schulz-Nieswandt (2000), S. 50–56.

6.2 Städtebauliche Aspekte

Stadt als Makroebene, Quartier als Mesoebene und Wohnung als Mikroebene sollten Orte sein, die ein selbstbestimmtes, in ein soziales Netzwerk eingebundenes, menschenwürdiges Leben auch im Alter ermöglichen. Wie dies gelingen kann, wird im Folgenden am Beispiel des geriatrischen Zentrums und seiner Einrichtungen detailliert in der architektonischen Umsetzung beschrieben.

6.2.1 Makroebene: Die Stadt

Pieper stellte schon 1979 fest, dass unsere Städte nur für körperlich entwickelte und nichtbehinderte Menschen gebaut und gestaltet sind, während die Bedürfnisse von Kindern, Alten oder Behinderten nur in „Gestaltungs-Gettos“ berücksichtigt werden. Dieses Bild hat sich seither nicht grundlegend verändert. Daher ist es nach wie vor notwendig, integrative städtebauliche Konzepte im Hinblick auf die Gestaltung einer humanen Stadt zu entwickeln, die dadurch zum greifbar nahen Erlebnisraum wird, zum Ort der eigenen Biographie, der zwischenmenschliche Beziehungen möglich werden lässt, zu einem Raum, in dem soziale Verbindungen geknüpft werden, die sich sukzessive zu einem sozial tragfähigen Netzwerk ausweiten können.

Konflikte und Vorurteile lassen sich nur durch das Gefühl von Gleichwertigkeit und Nähe lösen. Die Stadt muss hierfür Räume der Begegnung schaffen, seien es Marktplätze, Badeseen, Stadien oder andere Versammlungsstätten. Sich kennen zu lernen bedeutet Kontakte zu knüpfen, sich verstehen zu lernen bedeutet persönliche Bindungen aufzubauen, und dies geschieht am ehesten über gemeinsame Aktivitäten. Auch hier kann die Stadt als urbane Struktur Anreize schaffen, dies zu verwirklichen, etwa durch Spielflächen für Alt und Jung, Sitzbänke in Parks und verkehrsberuhigte Zonen, Sport- und Tanzfeste, Räume für Theatergruppen, Literatur- und Freizeitvereine etc. Die Stadtplanung kann durch die Vermischung unterschiedlicher Nutzungen auf engem Raum ihren Beitrag für eine multifunktionale Stadtstruktur leisten und helfen, die psychosozialen Bedürfnisse der Bewohner durch die gebaute Wirklichkeit zu befriedigen.

Der geeignete Standort für ein idealtypisches geriatrisches Zentrum liegt nicht in einem Distrikt monofunktionaler Nutzungen wie Verwaltung oder Kommerz, sondern in Stadtteilen mit differenzierten gewerblichen Nutzungen aus Handwerk, Einzelhandel,

Verwaltung etc. und überwiegend privater Wohnnutzung. Diese idealtypischen Zentren, verteilt auf mehrere Quartiere einer Stadt, sollten bauliche Kulminationspunkte bestehender und zu erweiternder sozialer Netzwerke sein, Orte der Begegnung und der Information, des Wohnens und Pflgens, des Lebens und Sterbens.⁵⁴¹

6.2.2 Mesoebene: Das Quartier

Mit zunehmendem Alter reduziert sich der räumliche Aktionsradius des Menschen immer mehr, so dass das Quartier als überschaubarer Ort der eigenen Biographie an Bedeutung gewinnt. Der Wiedererkennungswert seiner Heimat vermittelt dem älteren und kranken Menschen Sicherheit und Selbstwertgefühl und lässt den Wunsch aufkommen, dort so lange wie möglich im eigenen Heim wohnen bleiben zu können.⁵⁴²

Die Bundesregierung trägt diesem Bedürfnis Rechnung, indem sie die Ziele einer altersgerechten Pflege und Krankheitsprävention verstärkt unter dem Aspekt der ambulanten Versorgung betrachtet und dies im SGB XI grundsätzlich festschreibt. Hierauf baut das architektonische Konzept eines quartiersbezogenen geriatrischen Zentrums auf, welches sich als Ort der rehabilitativen ambulanten Dienste versteht, deren zugehende Hilfe es den Heimbewohnern oder Krankenhauspatienten ermöglicht, wieder in die eigene Wohnung zurückzukehren. Darüber hinaus sollten als Ergänzung der vorhandenen sozialen Netzwerke städtebauliche und architektonische Strukturen in Form von Gebäuden und Plätzen errichtet werden, in und an denen weitere Pflegeeinrichtungen beheimatet sind. Entscheidend für den richtigen Ort ist die Bedingung, dass sich in fußläufiger Entfernung zu diesem Zentrum alle notwendigen Einkaufsmöglichkeiten, Behörden und Freizeiteinrichtungen befinden.

Mit diesen Zentren werden keine neuen, diesmal quartiersbezogenen Gettos geschaffen, in denen nur alte und kranke Menschen willkommen sind. Die Architektur öffnet sich zum Stadtteil, lädt jeden dort lebenden Menschen ein hereinzukommen, zu verweilen, um sich zu identifizieren mit dem gesellschaftlichen Mittelpunkt seines Quartiers. Dieses Zentrum soll Motor sein für die humane städtebauliche Umgestaltung der nahen Umgebung und verfolgt ein offenes integratives Konzept, frei von Maßregelungen, Empfehlungen und Eingrenzungen. Die bauliche Umsetzung dieses Konzeptes bedeutet, Orte für eigene Ideen zu schaffen, Freiräume für zukünftige Entwicklungen und Zonen

⁵⁴¹ Vgl. Forschungsprojekt (2003), S. 1–3.

⁵⁴² Vgl. dazu näher Kapitel 3.3.1.

der Teilhabe am Leben zu errichten und Gebäude zu bauen, die Sicherheit und Geborgenheit gewähren. Hier wird ein Ort geschaffen, der Selbstverantwortlichkeit und Erinnerungen zulässt, der die Integration der sozial- und generationsdifferenten Bevölkerungsschichten unter der besonderen Berücksichtigung alter und kranker Menschen fördert und in dem das Individuum im Mittelpunkt jeglicher Entscheidungen steht.

Befragungen haben ergeben, dass die betroffenen älteren Menschen selbst die Altenheime bzw. Pflegeheime am liebsten inmitten von städtischen Wohnvierteln gelegen sehen, ganz in der Nähe zu Geschäften und Lokalen, zu Briefkästen und vor allem zu den öffentlichen Verkehrsmitteln. Zwar bewerten sie die Belästigung durch den Straßenlärm negativ, aber vor die Wahl gestellt, würden sie lieber den Straßenlärm ertragen, als ihre gewachsenen sozialen Kontakte verlieren.⁵⁴³ Auch die Bundesregierung hat die Vorteile quartiersnaher Einrichtungen inzwischen erkannt und ihre Förderpraxis entsprechend modifiziert:

Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, daß ältere Menschen, auch nach dem Wechsel in ein Heim, ihre gewachsenen sozialen Kontakte aufrechterhalten können. Damit wird der Gefahr der Vereinsamung älterer Menschen in Einrichtungen entgegengewirkt. Daher unterstützt die Modellförderung des Bundes insbesondere auch Träger, die überschaubare Altenhilfeeinrichtungen wohnquartiersnah planen.⁵⁴⁴

Das geriatrische Zentrum versteht sich auch als Vermittlungsort für die unterschiedlichen Pflege-, Rehabilitations- und Therapieeinrichtungen eines Quartiers, die bislang nebeneinander und konkurrierend den „Markt“ unter sich aufgeteilt haben. Hier wird Raum geboten, sich kennen zu lernen, die eigenen Schwerpunkte herauszustellen und der Bevölkerung ein effizienteres und differenzierteres Angebot vorzulegen.

Die städtebauliche Struktur eines geriatrischen Zentrums nimmt die vorhandene Maßstäblichkeit der umgebenden Architektur im Quartier auf und fügt sich in den Rhythmus von Straße und Platz ein, die Fassaden zeigen Eigenständigkeit und symmetrische, kleinteilige Strukturen. Die Grundrisskonzeption schafft neue, geschlossene und sich öffnende Stadträume, um den vielschichtigen Bedürfnissen der Bewohner des Quartiers auch in ihrer Freizeit gerecht zu werden. Die Architektur ist insgesamt transparent, ermöglicht geschützte Durchblicke und beobachtende

⁵⁴³ Vgl. Reimann (1994a), S. 162.

⁵⁴⁴ BMFSFJ (1998), S. V.

Beteiligung am öffentlichen Geschehen und verbindet sich mit der vorhandenen Natur zu neuen, grünen Erlebnisräumen. Das Haus gehört den Menschen dieses Stadtteils, es ist ihr „Zuhause“.

6.3 Allgemeine Aspekte

Die Planung eines idealtypischen geriatrischen Zentrums bedarf der interdisziplinären Beteiligung aller späteren Nutzer und Genehmigungsstellen. Die bisherige Praxis von Stadtplanern und Architekten, die Bedürfnisse anderer aufgrund eigener Erfahrungen und Bedürfnisse zu postulieren, müssen fehlschlagen. Die Folge sind eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten, unnötige und teure Nachbesserungen und resignierendes Hinnehmen seitens der alten Menschen und der Pflegekräfte. Dabei zeigen die Beispiele des fünften Kapitels sehr deutlich, wie motivierend eine „gute“ Architektur sowohl für die Bewohner als auch für die Pflegekräfte sein kann und wie „normal“ Architektur sein darf, um den Nutzern ein „normales Leben“ zu ermöglichen.

Entscheidend ist, dass die Planung keine Insellösung bleibt, bei der sich der Architekt auf die Erstellung des Gebäudes beschränkt, sondern eingebunden wird in den städtebaulichen Kontext, Bezüge zum Quartier herstellt und sich verpflichtet fühlt, die Örtlichkeit human zu gestalten. Hier ist Detailwissen vonnöten, um die quartiersbezogenen und baukonstruktiven Aspekte bis hin zur letzten Steckdose nutzerkonform zu realisieren und das Projekt zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Dies kann ein einzelner Planer nicht leisten; er ist darauf angewiesen, mit Innenarchitekten, Farbberatern, Psychologen, Soziologen, Pflegekräften und den späteren Bewohnern zusammenzuarbeiten. Der Hinweis mag an dieser Stelle erlaubt sein, dass diese zeitaufwendige Planungsphase auch eine entsprechende Vergütung finden muss, die bisher in der Gebührenordnung für Stadtplaner und Architekten nicht vorgesehen ist.

Im Folgenden werden die Kernaspekte des interdisziplinären Planungsprozesses weiter ausgeführt. Es handelt sich dabei um die Selbstverantwortung des alten und kranken Menschen sowie um die Gestaltungsaspekte der Farbe, des Materials und der Belichtung und Beleuchtung.

6.3.1 Der alte Mensch als Nachfrager

Die Gruppe der alten Menschen avanciert vom Bittsteller früherer Jahre zum potenten Nachfrager, der aufgrund seiner wirtschaftlichen Potenz eine adäquate Bedürfnisbefriedigung in der Art und Weise zu wohnen, medizinisch versorgt, betreut oder gepflegt zu werden, verlangt. Angesichts der Individualisierung des Lebens in der Jugend sind Anforderungsprofile an das Leben im Alter neu zu definieren. Das gewachsene Selbstwertgefühl der alten Menschen verlangt nach Kontinuität der Selbstverantwortlichkeit im Alter. Selbstverantwortlichkeit kann hier definiert werden als die Fähigkeit und Bereitschaft des Individuums, den Alltag in einer den eigenen Leitbildern eines guten Lebens entsprechenden, d. h. den eigenen Bedürfnissen, Normen und Werten folgenden Art und Weise zu gestalten und sich reflektiert mit der eigenen Person sowie mit den Anforderungen und Möglichkeiten der persönlichen Lebenssituation auseinander zu setzen.⁵⁴⁵

Um diese Gruppe zu stützen, bedarf es der Förderung und Umsetzung verbesserter stadtsoziologischer Rahmenbedingungen, aus denen sich unterschiedliche Forderungen für die städtebauliche und baukonstruktive Umsetzung einer zukünftigen geriatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ableiten lassen.

- Zunächst ist die Fähigkeit, „das tägliche Leben selbstständig auszuführen“, zu nennen.⁵⁴⁶ Diese Fähigkeit, gefördert oder behindert durch baukonstruktive und stadtstrukturelle Gegebenheiten, beeinflusst in hohem Maße die emotionale Befindlichkeit, das Erleben der aktuellen Lebenssituation sowie die Antizipation und die erlebte Gestaltbarkeit der eigenen Zukunft.
- Als zweites treten „die möglichst selbstbestimmte Gestaltung des Alltags“ sowie eine „möglichst selbstbestimmte Gestaltung sozialer Beziehungen“ hinzu.⁵⁴⁷ Auch hier können behinderten- und altengerechte Baulichkeiten im Außen- wie im Innenraum von förderndem Einfluss sein.
- Eine dritte Forderung besteht in der „Fähigkeit, den Krankheitsprozess zu verstehen und einzelne Therapieschritte in Ansätzen nachzuvollziehen“.⁵⁴⁸ Diese Fähigkeit ist eine notwendige Voraussetzung der (Mit-)Entscheidung des Patienten und der Angehörigen über die Fortsetzung oder den Abbruch

⁵⁴⁵ Vgl. Kruse (2001), S. 345–347.

⁵⁴⁶ Kruse (2001), S. 345 f.

⁵⁴⁷ Kruse (2001), S. 346 f.

⁵⁴⁸ Kruse (2001), S. 346 f.

bestehender oder über die Einleitung neuer Therapieschritte und bedarf der umfassenden Aufklärung und Beratung durch ein interdisziplinäres Team von Ärzten, Therapeuten, Pflegern, Sozialarbeitern und Hausärzten. Dieser Informationsfluss muss eingebettet sein in ein patenschaftliches Netzwerk, dessen ehrenamtliche Mitglieder als Bezugspersonen fungieren und den alten Menschen nach Bedarf täglich oder in selbstgewählten Abständen besuchen und Entscheidungen aktiv fördern. Ein geriatrisches Zentrum als Ort der Information vermag diese Aspekte baulich umzusetzen.⁵⁴⁹

Das Verhältnis von Patient und Pfleger hat sich aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Potenz der Gruppe der Alten grundsätzlich verändert. Die ehemals unmündigen Bittsteller sind zu agierenden Nachfragern nach Pflegedienstleistungen geworden, und aus den ehemals autoritären, den Tagesablauf vorgebenden Fachpflegekräften sind patientenorientierte Dienstleister geworden. Aus dieser neuen Wertigkeit erwachsen veränderte Anforderungsprofile an die Qualität der Pflege und Therapie.

Die Pflegewissenschaft befindet sich derzeit im Umbruch, ein Prozess, der wesentlich durch die Einführung der Pflegeversicherung initiiert wurde. In den vergangenen Jahren sind zahlreiche neue Konzepte entstanden, die zunehmend in der pflegerischen Praxis umgesetzt werden und erhebliche Auswirkungen auf die bauliche Gestaltung der Pflegeeinrichtungen haben. Derzeit werden in erster Linie die bedürfnisorientierten pflegetheoretischen Ansätze in Anlehnung an Juliane Juchli, Virginia Henderson, Nancy Roper und vor allem Monika Krohwinkel (Modell der ganzheitlich fördernden Prozesspflege) favorisiert. Die Hauptziele dieser Ansätze sind die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung einer möglichst selbstständigen Lebensführung im Alter bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie das Verständnis der Pflege als Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstpflege.⁵⁵⁰

Von besonderer Relevanz im architektonischen Bereich sind neuere Entwicklungen wie die Milieuthérapie und die lebensweltorientierte Pflege. Diese Ansätze zielen auf die Optimierung der personalen, situativen und umweltbezogenen Ressourcen sowie auf eine entsprechende Gestaltung der sozialen und räumlichen Umwelt („Milieu“ bzw. „Lebenswelt“). Es geht darum, die Umwelt den Menschen anzupassen und nicht umgekehrt. Diesem Zweck dienen entsprechende Pflegekonzepte, architektonische

⁵⁴⁹ Vgl. Heine (2002), S. 1–9.

⁵⁵⁰ Vgl. Kreimer (2000), S. 22–27.

Interventionsformen inklusive individuell angepasster prothetischer Hilfsmittel sowie institutionsbezogene und personalorientierte Maßnahmen.⁵⁵¹

Diese veränderten Anforderungsprofile verlangen nach einer angemessenen baulichen Entsprechung. Die bedürfnisorientierte Architektur kann und muss die bedürfnisorientierte Pflege ergänzen. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die folgenden Bedürfnisse älterer und kranker Menschen:

- Bedürfnis nach Anregung und Stimulation (architektonische Umsetzung: niedrige Fensterbänke, so dass auch im Sitzen Ausblicke nach draußen möglich sind; Freisitz mit Sitzmöglichkeit; Spazierwege im Wohnumfeld; helle und geräumige Treppenhäuser, die Kommunikation und Sozialkontakte fördern; Fotos, Bilder und sonstige Gegenstände aus der Erfahrungswelt der Bewohner etc.)⁵⁵²
- Bedürfnis nach Orientierung (architektonische Umsetzung: klare Raumanordnung; leicht verständliche und in ihrer Bedeutung eindeutige Piktogramme; große Kalender und Türen; farblich einheitliche und eindeutige Gestaltung bestimmter Funktionsräume etc.)⁵⁵³
- Bedürfnis nach Umweltkontrolle (architektonische Umsetzung: Möglichkeit zur individuellen Möblierung der Zimmer; eigener Telefonanschluss und eigener Briefkasten für jeden Bewohner; Einrichtung von Rückzugsnischen für jeden Bewohner, aber auch von Kommunikationsräumen etc.)⁵⁵⁴

In den folgenden Kapiteln wird demonstriert, wie diese architektonischen Anforderungen in Form eines quartiersbezogenen geriatrischen Pflege- und Therapiezentrums umgesetzt werden können.

6.3.2 Allgemeine Farbkonzepte

Sterile Monotonie, pflegeleichte Oberflächen und geradlinige Strukturen beherrschen das Bild auch moderner, vermeintlich patientengerechter Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Architekten bemühen sich zuweilen, Wohnqualität in kasernenartig gebauten Alten- und Pflegeeinrichtungen dadurch zu erreichen, dass sie Linoleumbeläge in den Farben beige, braun oder blaugrau auf den Fußböden mit hell

⁵⁵¹ Vgl. Schmitz-Scherzer (1994), S. 114–119; Heinemann-Knoch/Schönberger (1999), S. 631–644.

⁵⁵² Vgl. Flade (1997), S. 27.

⁵⁵³ Vgl. Schmid (1995), S. 180 f.

⁵⁵⁴ Vgl. Saup (2000), S. 244.

gestrichenen Raufasertapeten an den Wänden kombinieren. Wo es im Speisesaal an Helligkeit fehlt, wird mit Neonröhrenbeleuchtung, wo die Natur im Inneren eines Gebäudes verbannt ist, mit künstlicher Begrünung nachgebessert.⁵⁵⁵

Dabei gibt es inzwischen genügend Publikationen, die sich mit dem Thema der richtigen Farbgestaltung und Belichtung von Wohngebäuden auseinandersetzen. Es ist bekannt, dass Formen, Farben und Licht sich auf die körperlichen und psychischen Empfindungen eines Menschen positiv wie negativ auswirken können. Ältere und kranke Menschen sind diesen Einflüssen stärker ausgesetzt als jüngere, da sie ihnen aufgrund mangelnder Mobilität nicht entfliehen können; auch unterscheidet sich das Farbempfinden älterer Menschen erheblich von dem der jüngeren. Um so mehr ist zu fordern, dass diese Forschungsergebnisse bezüglich der Ausgestaltung von Räumen in patientenorientierten Wohn- und Pflegebereichen⁵⁵⁶ eine Umsetzung in der Gebäude- und Stadtplanung finden, um die positiven emotionalen Effekte für das Gesunde und Wohlfühlen der älteren Menschen zu nutzen.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat in Zusammenarbeit mit einem Farbplanungsbüro in den 1980er Jahren einen Farbleitfaden in Form eines Fächers entwickelt, bestehend aus den Grundfarben sandgrau, weinrot, terrakotta, maisgelb, basilikumgrün, türkis, rauchblau und hyazinth mit den drei Sättigungsabstufungen gesättigt, mittelstark und pastellig, dessen Empfehlungen jedoch bisher nur selten Anwendung finden.⁵⁵⁷ Im Einzelnen lauten die Forderungen an die Architektur:

- Eintönigkeit in der Farbgestaltung der Decken, Wände und Böden ist zu vermeiden. Ältere Menschen bevorzugen helle, erdfarbene, aufeinander abgestimmte Farbtöne.
- Dunkle Farben wirken auf die ohnehin depressiven und ängstlichen Bewohner bedrohlich und sind zu vermeiden. Lange, dunkle Flure wirken auf sehgeschwache und verwirrte Menschen beängstigend, da sie zu wenig Orientierung bieten.⁵⁵⁸
- Unifarbene Raufasertapeten mit wischfesten, glänzenden Anstrichen sind gegen gemusterte, farbige Tapeten auszutauschen.

Da bestimmte Farben genau definierbare Stimmungen hervorrufen und verstärken, sind deren Auswirkungen in der Planung zu beachten. So wirkt die Farbe rot

⁵⁵⁵ Vgl. Winter/Nakielski (1998), S. 58–61.

⁵⁵⁶ Vgl. Winter et al. (1995–99).

⁵⁵⁷ Vgl. Winter et al. (2002a).

⁵⁵⁸ Vgl. Stauss/Winter (1982).

blutdrucksteigernd und kreislaufanregend und führt zu der Empfindung, dass die Zeit schneller vergeht. Blautöne werden allgemein als angenehm und beruhigend empfunden, Violett und gelb-grüne Farben sind dagegen eher kritisch bewertet worden und daher zu vermeiden. Viel entscheidender als der Farbton ist jedoch die Farbsättigung. Je geringer die Farbsättigung ist, desto angenehmer werden die Farben empfunden. Reine, grelle Farbtöne wie weiß, rot oder grün etc. werden negativer bewertet als gebrochene, erdfarbene Mischöne.⁵⁵⁹

Farbe vermittelt Orientierung. So sollte jede Wohngruppe oder Pflegestation ihre eigene Grundfarbe haben, die in unterschiedlichen Helligkeitsstufen, Nuancen und Materialien auf Decken, Wänden und Fußböden zur Anwendung kommt. Der Flur zu den Toiletten ist hingegen immer mit einer Kontrastfarbe zu versehen. Dies führt beispielsweise beim Inkontinenztraining zu einer bewussten Konditionierung der Bewohner und zu einer Besserung des Krankheitsbildes.

Farbe vermittelt Identität. Sich wohl zu fühlen bedingt die Akzeptanz der eigenen Lebenssituation. Räume, die dem Bewohner die Möglichkeit geben, sich an die Vergangenheit zu erinnern, sich heimisch zu fühlen, fördern die positiven Emotionen und helfen Ängste und Ressentiments abzubauen und sich mit dem Ort zu identifizieren.⁵⁶⁰

6.3.3 Allgemeine Materialkonzepte

Ähnlich wie bei der Farbkonzeptionierung gilt bei der Auswahl der Materialien für die Gestaltung eines Innen- oder Außenraumes, der den Bedürfnissen der alten und kranken Menschen gerecht werden soll, das Prinzip, sich an die gewohnten Situationen dieser Menschen zu erinnern. Schauen wir uns an, wie alte Menschen wohnen, wissen wir zumindest, was wir nicht machen dürfen. Die Orte, an denen alte Menschen lange wohnen, zeichnen sich durch eine Vielschichtigkeit und Kleinflächigkeit im Material aus. Daraus folgt die erste Anforderung, dass in der Oberfläche uniforme, großflächige Wand- und Deckenkonstruktionen beispielsweise aus Beton zu vermeiden sind.

Die nächste Forderung berücksichtigt Sicherheitsaspekte wie Verletzungsgefahr und Orientierungsfähigkeit. Die Oberfläche von Wandmaterialien sollte zwar uneben und kleinteilig, jedoch nicht scharfkantig sein. Ideale Wandmaterialien hierfür sind der

⁵⁵⁹ Vgl. Winter/Nakielski (1998), S. 58–61.

⁵⁶⁰ Vgl. Winter et al. (2002a).

Ziegel, Bimsbeton- und Kalksandsteine. Diese Steine sind den meisten Menschen bekannt und verfügen über einen positiven Wiedererkennungswert, der eine vertraute Atmosphäre schafft. Zudem verfügen sie über die Eigenschaft der Schallbrechung oder Absorption, was zur Schallreduzierung in den Räumlichkeiten führt.

Des Weiteren sind die Trennwände zwischen den Einzelzimmern und zu den Gemeinschaftsräumen schalldämmend auszubilden, d. h. es empfiehlt sich mindestens eine 24 cm starke Kalksandsteinwand, um eine Schalldämmung von mindestens 53 dB(A) gemäß DIN 4109⁵⁶¹ zu erreichen. Diese Forderung beruht auf der Tatsache, dass demenzkranke Menschen zuweilen unmotiviert laute Schreie äußern und damit andere, die schlafen wollen, stören könnten.⁵⁶²

Auch die Wand- und Deckenbekleidungen müssen den Bedürfnissen nach Wiedererkennung, Vertrautheit und Orientierung genügen. Hier sind also wie in den Wohnungen der alten Menschen gemusterte Tapeten oder Holzvertäfelungen zu verwenden. Wandfliesen als großflächige Wanddekoration oder -verkleidung sind zu vermeiden, da sie stark reflektierend sind, sich schalltechnisch negativ auswirken und eine subjektiv kältere Oberfläche besitzen. Die Fußbodenbeschichtungen sollten leicht zu pflegen, rutschsicher, blendfrei und orientierungsfördernd sein. Dies müssen, wie man es aus den meisten Heimen kennt, nicht zwangsläufig Linoleumböden sein. Holzparkett, Kork oder Nadelfilzböden sind ebenso geeignet.

In den Fluren sind geschlossene Türelemente zu vermeiden, da es das Sicherheitsempfinden sowohl des Personals wie auch der Bewohner fördert zu wissen, was hinter der Tür stattfindet. Türelemente mit großen Glasausschnitten und farbigen Querriegeln sind Ganzglastüren vorzuziehen, da sie insbesondere für Brillenträger und Sehbehinderte leichter zu erkennen sind.

Bei der Auswahl der Inneneinrichtung sind Funktionalität und Pflegeleichtigkeit mit natürlichen Oberflächenqualitäten zu kombinieren. Alte, Atmosphäre stiftende Möbel wie Kommoden, Vitrinen oder Schränke können neben bequemen, modernen Stühlen mit Armlehnen stehen. Alte Sitzgelegenheiten wie Sofas oder Sessel sind nicht sinnvoll, da der Sitzkomfort in der Regel schlecht ist und das Aufstehen und Hinsetzen aufgrund der zu niedrigen Sitzhöhe problematisch sein können.

Die Handläufe in den Fluren, Bädern und Zimmern sind als runde Naturholzstäbe in einer Höhe von 80 cm auszubilden. Ein Stabdurchmesser von 35 mm ist angemessen,

⁵⁶¹ Vgl. DIN 4109 (1992).

⁵⁶² Vgl. Schulz (2002), S. 10 ff.

damit die alten Menschen den Stab voll umfassen können und sicheren Halt finden. Bei der Erweiterung der Flure zu Wohn- und Aufenthaltsräumen sind die baulichen Anforderungen nach dem Brandschutz zu beachten (DIN 4102).⁵⁶³ Im Genehmigungsverfahren ist die örtliche Feuerwehr zu beteiligen, um bei der Abnahme des Gebäudes durch die Baubehörde keine Überraschungen zu erleben.

6.3.4 Allgemeine Belichtungs- und Beleuchtungskonzepte

Dunkle Räume und Flure wirken auf sehbehinderte oder demente Menschen beängstigend und ermüdend.⁵⁶⁴ Es ist daher darauf zu achten, dass genügend große Fenster zur Verfügung stehen, die tagsüber eine ausreichende Belichtung und Ausblicke auf das Geschehen vor dem Haus ermöglichen. Insbesondere bodentiefe Fenster mit einer verglasten Brüstung vermindern den Eindruck des Eingesperrtseins und erhöhen den optischen Bezug zur Umgebung und Natur. Am Abend sollte das künstliche Licht eine warme, heimelige Atmosphäre erzeugen. Dies kann beispielsweise über Warmlichtbirnen als Sparbeleuchtung in einzelnen Lichtquellen erfolgen. Auf eine Deckenbeleuchtung in Form von Neonröhren ist nach Möglichkeit zu verzichten, weil sie eine schattenfreie und zu gleichmäßige Ausleuchtung schaffen und die kalt empfundenen Töne des Farbspektrums betonen. An den Deckenrändern, Wandlampen und Stehlampen sind Downlights vorzuziehen, die Licht und Schatten auf Gegenständen bilden.

Leuchten mit einer Stärke bis zu 500 Lux bieten zwar eine tageslichtähnliche Ausleuchtung der Räume, sind jedoch in Erschließungs- und Aufenthaltsräumen nicht sinnvoll, sondern lediglich in speziellen Arbeitsbereichen. Die Bewohnerzimmer kommen mit einer Grundbeleuchtung von 180 Watt aus. Zusätzlich sind individuell einstellbare Leselampen an Bett und Sessel sowie Wandleuchten mit 60-Watt-Leuchten oder vergleichbaren Sparleuchten vorzusehen. Um die Lichtverhältnisse im Zimmer regeln zu können, sollten Stoffvorhänge an den Fenstern vorhanden sein.

⁵⁶³ Vgl. DIN 4102 (1977–98).

⁵⁶⁴ Vgl. Kaiser/Winter (1997).

6.4 Anforderungen an die Einrichtungen eines idealtypischen geriatrischen Zentrums

Die Kritik an den bestehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens in Kapitel 4 und die nutzerorientierten, positiven Beispiele in Kapitel 5 führen in diesem Kapitel zur Formulierung von Anforderungsprofilen an die Teilbereiche einer idealtypischen geriatrischen Einrichtung. Auch werden die Möglichkeiten der patientenorientierten, behindertengerechten architektonischen Umsetzung beschrieben, die die baulichen und stadtsoziologischen Netzwerke eines Quartiers aufnimmt und sinnvoll ergänzt. Das in dieser Arbeit zu entwickelnde geriatrische Zentrum ist ein bauliches Konglomerat mit interdisziplinären Einrichtungen zur medizinischen Betreuung und therapeutischen Pflege alter Menschen und gleichzeitig gesellschaftlicher Mittelpunkt eines Quartiers. Im Idealfall sollten folgende miteinander vernetzte Nutzungen vorhanden sein:

- Akutkrankenhaus
- Stationäre geriatrische Reha-Abteilung
- Teilstationäre geriatrische Tagesklinik
- Ambulantes geriatrisches Dienstleistungszentrum
- Wohngemeinschaften für gesunde alte Menschen
- Gruppenorientierte Hausgemeinschaften für demente alte Menschen
- Altenwohn- und Pflegeheim für schwerstpflegebedürftige Menschen
- Palliative Abteilung
- Versamlungs- und Informationszentrum

6.4.1 Altengerechte Wohnungen

Geriatrisches Zentrum und Altenwohnungen bedingen einander. Das zu entwickelnde geriatrische Zentrum soll daher eingebettet sein in das bestehende soziale Netzwerk und in die städtebauliche Struktur eines Quartiers. Dazu gehören auch in fußläufiger Nähe vorhandene altengerechte Wohnungen für gesunde, aber auch behindertengerechte, betreute Wohnungen für leicht bis mittelschwer pflegebedürftige Menschen, die die unterschiedlichen ambulanten und tagesklinischen Angebote und auch die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen wollen.

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Wohnung als Ort der eigenen Biographie und der Tatsache, dass mehr als die Hälfte der älteren Menschen bis etwa zum achtzigsten

Lebensjahr dort wohnen⁵⁶⁵, werden im Folgenden die baukonstruktiven und gestalterischen Anforderungsprofile erarbeitet, die es ermöglichen, dass die alten und kranken Menschen so lange wie möglich ein Leben in den eigenen „vier Wänden“ führen können. Dafür ist eine nutzungsbedingte, intensive Verflechtung mit den Einrichtungen des geriatrischen Zentrums notwendig. Die Begrifflichkeit der „altengerechten Wohnung“ sollte in „menschengerechte Wohnung“ erweitert werden, was zu den folgenden, weiterführenden Anforderungsprofilen führt.

Die erste Forderung lautet, dass die in der DIN 18025 niedergelegten Anforderungen an eine behindertengerechte, barrierefreie Wohnung nicht nur auf Altenwohnungen, sondern auf die Planung und Realisierung sämtlicher Wohnungen und Eigenheime Anwendung finden sollten. Ob eine Wohnung bzw. ein Eigenheim für allein lebende junge oder alte Menschen, für Paare oder Familien mit Kindern geplant und gebaut werden, stets sollten sie den Bedürfnissen nach größtmöglicher Sicherheit, Bequemlichkeit und individueller Lebensgestaltung gerecht werden. Behindertengerechte Wohnungen sind immer auch kindgerechte Wohnungen, da Kleinstkinder in ihrem Bewegungsablauf ähnlich wie alte Menschen instabil sind und dazu neigen, über Schwellen zu stolpern oder ihre Kraft nicht richtig einzuschätzen.

Die zweite Forderung lautet, dass Wohnungen den familiären Zyklen der Bewohner ohne große Umbaumaßnahmen anzupassen sind. Es kann nicht das Ziel städtebaulicher Politik sein, dass Menschen je nach ihrer Lebensgestaltung gezwungen sind, das Quartier, in dem sie aufgewachsen sind und ihre sozialen Netzwerke entwickelt haben, zu verlassen, nur weil kein geeigneter Wohnraum vorhanden ist. Eine Familie mit zwei Kindern benötigt in der Regel eine doppelt so große Wohnung wie ein Single, in einer Größe von etwa 80–100 m², so dass durch die Zusammenlegung von zwei Singlewohnungen eine familiengerechte Wohnung entstehen kann, die nach dem Auszug der Kinder wieder aufgeteilt und untervermietet werden kann. Es ist darauf zu achten, dass durch die Teilung der Wohnung zwei voll funktionsfähige, gleichwertige Wohnungsgrundrisse erhalten bleiben, wobei der „Altenteil“ zusätzlich den Anforderungen der eingeschränkten Mobilität entsprechen sollte.

Die dritte Forderung betrifft die baurechtliche Erweiterung der Genehmigung von Ausführungsdetails, die längst mängelfrei herzustellen sind und damit den aktuellen Stand der Handwerkstechnik widerspiegeln, aber in den einschlägigen DIN-Normen

⁵⁶⁵ Vgl. Schneider (2003), S. 1 ff.

noch verboten sind. Hier seien beispielhaft die Schwellenausbildung an Balkonen oder auch die Wandisolierungen gegen Feuchtigkeit im Erdreich zu nennen.

Wohnungen sollten stets in zentraler, ruhiger Ortslage, nahe zu Läden und Freizeitmöglichkeiten und über einen stufenlosen Eingang zugänglich entweder erdgeschossig liegen oder aber über einen rollstuhlfahrergerechten Aufzug zu erreichen sein. Wohnungsgrößen von unter 40 m² für eine Person und unter 50 m² für zwei Personen sind durchweg ausreichend, wobei die Größe der einzelnen Räume nach der Überlegung zu bemessen ist, dass durch die eventuelle Benutzung von Gehhilfen oder Rollstühlen größere Bewegungsflächen notwendig sind. Jede Wohnung sollte einen nach Süden oder Südwesten orientierten Freisitz (Terrasse oder Gartenanteil) haben, der zu einem Weg orientiert ist und den sämtliche Nachbarn benutzen. Eine Wechselsprechanlage mit elektrischem Türöffner für die Haustür sollte ebenso selbstverständlich zur Ausstattung jeder Wohnung gehören wie ein Telefon oder rutschsichere Beläge in den Fluren und Treppenhäusern.⁵⁶⁶ Jeder hat sich schon über zu kleine Bäder, in denen man sich kaum bewegen kann, zu schmale Türen zu den Nebenräumen oder das Fehlen einer ausreichenden Zahl von Steckdosen geärgert. Wohnungen des gehobenen Standards erfüllen diese Eigenschaften seit langem, Sozialwohnungen hingegen nicht. Daher sollte der öffentlich geförderte Wohnungsbau, der in der Regel Wohnungen für einkommensschwache und/oder kinderreiche Familien errichtet, seine Mindestanforderungen bezüglich der Wohnungsgrößen und Ausbaustandards an der DIN 18025 orientieren.⁵⁶⁷

Weiterhin sollten die einschlägigen Wohnungsbau-Normen wie die DIN 18195 in Verbindung mit der DIN 18338 überarbeitet und ihre Anforderungen an die tatsächlichen Bedürfnisse der Nutzer einer Wohnung angepasst werden, so dass beispielsweise auf Schwellen zu Balkonen oder Terrassen grundsätzlich verzichtet werden kann, da dies bautechnisch heutzutage mangelfrei zu bewerkstelligen ist.

Die architektonisch-baukonstruktive Umsetzung einer Reihe von Forderungen verlangt bei den am Planungs-, Genehmigungs- und Realisierungsprozess Beteiligten ein Umdenken und Überprüfen der eigenen Maßstäbe. Die Umsetzung der ersten Forderung bedeutet für die Planung einer der DIN 18025 entsprechenden Wohnung keine Mehrkosten. Die Realisierung des oben genannten Forderungskataloges verursacht hingegen bei einer Neubaumaßnahme Mehrkosten von ca. 45 Euro pro m² Wohnfläche.

⁵⁶⁶ Vgl. Schneider (2003), S. 1 ff.

⁵⁶⁷ Vgl. DIN 18025 (1992).

Bedenkt man, dass die reinen Baukosten für die Herstellung einer Wohnung im Durchschnitt 800 Euro pro m² betragen, wird die Geringfügigkeit der Mehrkosten deutlich.⁵⁶⁸

Die Umsetzung der Wohnungsteilungen ist eine Angelegenheit der Architektur und des Städtebaus. Es gibt eine Vielzahl von Veröffentlichungen mit Beispielen für Wohnungsgrundrisse, die sich durch einfaches Schließen von Türen oder durch die Umnutzung von Räumen den Lebenszyklen der Nutzer ohne großen Kostenaufwand anpassen lassen.⁵⁶⁹ Kommen quartiersbezogene städtebauliche Planungen hinzu, die diese Lebenszyklen der Nutzer durch die Anlage von Plätzen, Spielstraßen oder begrünten Innenhöfen unterstützen, wird das Wohnen in der Stadt für junge und alte Menschen wie auch für Familien mit Kindern wieder attraktiv, und der Stadtflucht wird entgegengewirkt.

Die folgende Zeichnung zeigt den prinzipiellen Grundriss einer Wohnung für eine Familie mit zwei Kindern und deren Umgestaltung in zwei Singlewohnungen für jüngere oder ältere Menschen. Das Beispiel verdeutlicht, dass Wohnungsgrößen den Lebenszyklen ohne großen Umbauaufwand angepasst werden können und ältere Menschen in „ihrer“, wenn auch verkleinerten, kostengünstigeren Wohnung verbleiben können.

Die Umsetzung der Forderung an die städtischen Wohnungsbauunternehmen erfolgt auf kommunalpolitischer Ebene. Die geringfügigen Mehrkosten bei der Bauwerkserstellung amortisieren sich für diese Baugesellschaften allein schon durch die geringere Anzahl an Wohnungswechseln und die selteneren Leerstände in wenigen Jahren.

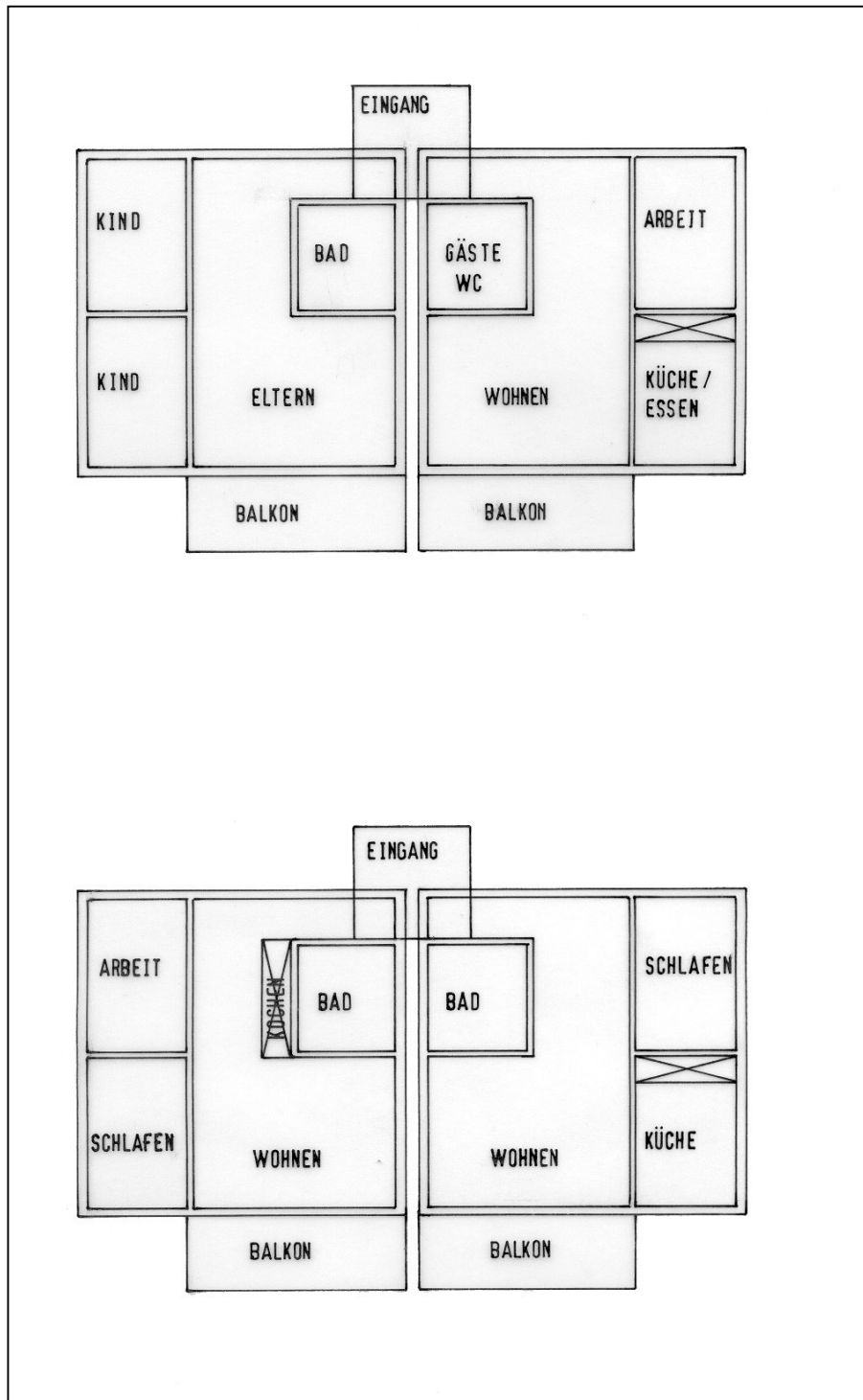
Die Umsetzung der dritten Forderung hat auf der Ebene der Fachverbände zu erfolgen. Längst überfällige Überarbeitungen, die die DIN-Normen an den heutigen Stand der Technik anpassen, geben Handwerkern und Planern die rechtliche Grundlage, alternative Detaillösungen zu realisieren.

⁵⁶⁸ Vgl. BKI (2003).

⁵⁶⁹ Vgl. Müller (1993).

4-Personen-Wohnung

2 Single-Wohnungen



Von größter Bedeutung für ältere Menschen ist das Konzept der Wohnungsanpassung, das eine selbstständige Lebensführung in der angestammten und vertrauten Umgebung bis ins hohe Alter ermöglicht. Architektonische Maßnahmen bilden ein wichtiges und in den meisten Fällen unverzichtbares Element der Wohnungsanpassung. Dabei sollten die folgenden Planungsempfehlungen für den altengerechten Wohnungsbau bei der Anpassung berücksichtigt werden:

- Barrierefreiheit ist nicht nur im Sinn einer barrierefreien und gefahrlosen Fortbewegung zu verstehen, sondern umfasst auch den Abbau von Barrieren bei der Haushaltsführung und der Pflege sozialer Kontakte. Dies erfordert eine Möblierung und Ausstattung der Wohnung, die zum einen vertraute Handlungsabläufe beibehält und erleichtert und zum anderen attraktiv auf Besucher wirkt.
- Die Küche sollte über einen Essplatz verfügen, an dem mehrere Personen gemeinsam sitzen können; dies dient der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.
- Die Küche sollte groß genug sein. Alte Menschen brauchen für die Küchenausstattung mehr Platz (in der Breite) als junge, weil die Höhen und Tiefen nicht mehr so intensiv genutzt werden können.
- Unbedingt notwendig sind eine Badewanne und ein Waschmaschinenstellplatz.
- Für die meisten alten Menschen ist ein „richtiges“ Schlafzimmer von großer Bedeutung für das Wohlbefinden. Das Schlafzimmer sollte daher – auch in einer Wohnung für einen allein stehenden älteren Menschen – genug Platz für ein Ehebett und einen großen Kleiderschrank bieten.⁵⁷⁰

Die Wohnungsanpassung ist jedoch keineswegs nur eine Aufgabe für den Architekten. Es geht nicht nur um die Anpassung der Wohnung an die allgemeinen und individuellen Bedürfnisse der alten Menschen, sondern auch um Anleitungen und Hilfestellungen zur optimalen Nutzung der angepassten Umgebung. Dies ist eine Aufgabe, die nur von einem interdisziplinären Team bewältigt werden kann, bestehend aus Psychologen, Therapeuten, Pflegepersonal, Ärzten, Handwerkern, Architekten, Sozialarbeitern sowie den Angehörigen und Freunden der Betroffenen.⁵⁷¹ Die Koordination dieser Unterstützungsträger übernehmen bislang zumeist die Sozialstationen oder die etwa 200 Wohnberatungsstellen, die mittlerweile in Deutschland entstanden sind. Letztere sind allerdings noch sehr ungleich verteilt, von einem flächendeckenden Netz kann nicht die Rede sein.⁵⁷² Angesichts dieser Situation sollte die Aufgabe der Koordination der Wohnungsanpassungs- und Wohnberatungsmaßnahmen in das idealtypische geriatrische Zentrum integriert werden, auch um zu verdeutlichen, dass sich das Zentrum als umfassender Interessenvertreter für die älteren und kranken Menschen versteht.

⁵⁷⁰ Vgl. Narten (1999), S. 86–92.

⁵⁷¹ Vgl. Kliemke (1997), S. 76–90.

⁵⁷² Vgl. Großjohann/Stolarz (2002), S. 113.

Auch das Betreute Wohnen soll im Zusammenhang der altengerechten Wohnungen behandelt werden, da man die am weitesten verbreitete Form des Betreuten Wohnens in „normalen“ Wohnblocks findet.⁵⁷³ Diese Gebäude bestehen aus aneinander gereihten Ein- und Zwei-Zimmer-Appartements und unterscheiden sich von anderen Wohnhäusern lediglich durch die barrierefreien Zuwegungen zu den Treppenhäusern und Aufzügen, die rutschsicheren Bodenmaterialien der Flure, die Orientierungshilfen in den Etagen und die Innengestaltung der Wohnungen entsprechend der DIN 18025, Teil 1 und 2.⁵⁷⁴

Die Kritikpunkte des vierten Kapitels führen zu Anforderungsprofilen, die die Schutzfunktion und die sozialen Anregungsmöglichkeiten für ältere Menschen stärker betonen. Hinsichtlich der baulichen Gestaltung in Form des Betreuten Wohnens ist zu fordern, dass so genannte Wohn- oder Hausgemeinschaften ähnlich denen in Pflegeheimen konzipiert werden. Ihr Vorteil liegt in der internen Abgeschlossenheit und umfassenderen Schutzfunktion gerade für demenzkranke oder verwirrte Menschen. Gleichzeitig wirken die auch für kranke Menschen noch überschaubaren Gruppen sozial anregend.

Im Gebäude selbst sollte eine Vielzahl an Verweilmöglichkeiten wie kleinere Sitzcken zum Lesen, Spielen und Kommunizieren, eine Voliere oder ein Aquarium zur Ablenkung angelegt werden. Die Realisierung dieses baulichen Konzeptes ermöglicht den alten Menschen ein großes Ausmaß an Autonomie, es gibt ihnen die Chance zur Aufnahme neuer Sozialkontakte und nicht zuletzt gibt es Raum für selbstgewählte Einzel- und Gruppenaktivitäten.

Barrierefreie und rutschsichere Wege drinnen wie draußen sind bei allen Wohnformen für ältere Menschen in Deutschland inzwischen selbstverständlicher Bestandteil einer modernen Einrichtung. Die weitergehende Forderung lautet jedoch, diese fußläufigen Wegenetze so anzulegen, dass sie zu unterschiedlicher Selbstbeschäftigung, zum Verweilen oder Beobachten und zur Kommunikation einladen.⁵⁷⁵ In Sichtweite sollten Wege und Plätze sein, an denen auch fremde Menschen vorbeikommen, um das Gefühl der Gettoisierung nicht entstehen zu lassen.

Für diese Wohnform gibt es das Angebot der ambulanten pflegerischen und rehabilitativen Versorgung. Je nach der Schwere der Erkrankung und der noch vorhandenen Mobilität der Menschen stehen diverse privatwirtschaftliche und karitative Angebote zur Verfügung.

⁵⁷³ Vgl. Saup (2001).

⁵⁷⁴ Vgl. DIN 18025 (1992).

⁵⁷⁵ Vgl. Lind (2002), S. 341–345.

Ein Aspekt, der in der Literatur bis auf zwei Veröffentlichungen⁵⁷⁶ bisher weitgehend unberücksichtigt geblieben ist, aber in der Diskussion über die baulichen Veränderungen von Wohnungen unbedingt beachtet werden sollte, ist das Phänomen der Remigration. Dieser Begriff beschreibt die Absicht vieler Heimbewohner, wieder zurück in den privaten Haushalt zu ziehen. Nach Schneider gibt es diese Tendenz zunehmend. Sie wird aber aufgrund fehlender Unterstützung bei der Wohnungssuche und beim Umzug sowie aufgrund des Fehlens ausreichender altengerechter Wohnungen nicht realisiert.⁵⁷⁷

6.4.2 Wohngemeinschaften

Diese neue Wohnform ordnet sich zwischen dem Betreuten Wohnen im eigenen Heim und dem Wohnen in betreuten Hausgemeinschaften als Alternative zu den traditionellen Alten- und Pflegeheimen ein.⁵⁷⁸ Die Beziehung zum geriatrischen Zentrum ist vergleichbar, wobei die Intensität der Inanspruchnahme von Dienstleistungen vom Gesundheitszustand der Bewohner abhängig ist. Die barrierefreie und rollstuhlgerechte bauliche Gestaltung der Wohnungen unterscheidet sich ebenfalls nicht von den in Kapitel 6.4.1 und 6.4.3 beschriebenen Wohnformen. Daher sind die Anforderungsprofile an die architektonische Umsetzung identisch und werden an dieser Stelle nicht nochmals aufgelistet.

Die strukturellen und psychosozialen Anforderungen sind jedoch sehr unterschiedlich und gründen in der eigeninitiierten, privat organisierten Form des Zusammenlebens. Zumeist bestehen unter den Mitgliedern einer solchen Gruppe bereits längerfristige freundschaftliche Kontakte, Wohnideen werden gemeinsam entwickelt und mit den unterschiedlichen Lebenszielen in langen Diskussionen abgeglichen. Getragen von dem Wunsch, im Fall einer Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit nicht allein zu sein, und dem Verlangen nach einem gemeinschaftlichen Leben, welches über die Unverbindlichkeit nachbarschaftlicher Kontakte hinausgeht, entscheiden sich in der Regel allein lebende ältere Menschen dazu, eine solche Wohngemeinschaft zu gründen. Dieses Modell ist daher nur für gesunde oder kaum behinderte Menschen geeignet. Die meisten Wohngemeinschaftsprojekte sind relativ überschaubar und beinhalten in der Regel zwischen 15 und 50 Wohnungen. Die Gleichzeitigkeit von Distanz und Privatheit sowie

⁵⁷⁶ Vgl. Fabricius/Martin (1983) und Bear (1990), zitiert nach Schneider (1996).

⁵⁷⁷ Vgl. Schneider (1998).

⁵⁷⁸ Vgl. Schachtner (1989).

sozialer Eingebundenheit macht diese Wohnform besonders für ältere Menschen attraktiv, zumal sie den gewohnten individuellen Lebenszyklen der jungen Jahre im Alter einen gleichwertigen Freiraum bieten.⁵⁷⁹

Bundesweit gibt es inzwischen einige auch in der Öffentlichkeit bekannt gewordene Projekte, die sich strukturell und baulich erheblich voneinander unterscheiden. Es lassen sich architektonisch drei grundsätzliche Gemeinschaftsformen beschreiben. Da ist zum einen die Wohngemeinschaft, in der die Personen, vergleichbar einer Studenten-WG, in einer Wohneinheit zusammenleben. Zum zweiten gibt es die so genannten Hausgemeinschaften, bei denen die Bewohner in ihren eigenen Wohnungen innerhalb eines Gebäudes zusammenleben. Schließlich ist das Nachbarschaftswohnen zu nennen, bei dem die zusammengehörenden Wohnungen sich auf mehrere Gebäude verteilen. Gemeinsam ist diesen Wohnungen und Gebäuden, dass sie altersgerecht und barrierefrei gestaltet sind und über einen behindertengerechten Hauseingang und Aufzug verfügen. Ein gemeinschaftlicher Hausgarten und Gemeinschaftsräume ergänzen das Raumprogramm.

Bezüglich der Finanzierung, Organisation, Alters- und Geschlechtsverteilung sowie der sozialen Mischung existieren zahlreiche Variationsmöglichkeiten. Beispielsweise können die Projekte in selbstverwalteter Form bestimmt oder einer externen „Wohnungsverwaltung“ übertragen werden, wobei es sich als sinnvoll herausgestellt hat, diese „Interessengemeinschaft“ in der Rechtsform eines Vereins, einer Genossenschaft oder einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) zu betreiben. Auch die Entstehung der Wohngemeinschaft kann entweder intern durch vorhandene Kontakte oder von außen durch die Initiative eines Bauträgers, karitativen oder privatwirtschaftlichen Unternehmens veranlasst werden.

Die altersmäßige und soziale Zusammensetzung einer solchen Wohngemeinschaft kann sehr unterschiedlich sein. Ob eine generationenübergreifende Altersmischung und eine mehrere soziale Schichten einbeziehende Verteilung in öffentlich geförderten und frei finanzierten Wohnungen, die auch das Zusammenleben mit jungen Menschen fördert, entstehen soll, kann nur in offenen Diskussionen innerhalb der Gruppe entschieden werden. Auch die Hilfs- und Pflegeangebote werden individuell geregelt. Sofern die nachbarschaftliche Betreuung nicht mehr ausreicht, können örtliche ambulante Dienste hinzugezogen werden.⁵⁸⁰

⁵⁷⁹ Vgl. Weeber (2001), S. 56–59.

⁵⁸⁰ Vgl. Forum für Senioren (2003), S. 1 ff.

6.4.3 Hausgemeinschaften

Hausgemeinschaften sind quartiernahe Alternativen zu den herkömmlichen Alten- und Pflegeheimen, unterliegen damit den baulichen Anforderungen an die Gestaltung von Gebäuden und Innenräumen nach der Heimmindestbauverordnung und sind ein wichtiger Teil des geriatrischen Zentrums. Die Hausgemeinschaften gelten für die Kostenträger als vollstationäre, pflegesatzfinanzierte Einrichtungen, die sich im Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegebereich an der spezifischen Lebenswelt dementer Menschen und ihrer Biographie orientiert. Auch die Bewohnerstruktur entspricht hinsichtlich Alter und Gesundheitszustand der eines Altenpflegeheims.⁵⁸¹

Gegenüber den traditionellen Pflegeeinrichtungen bieten Hausgemeinschaften den Bewohnern ein hohes Maß an Wohn- und Lebensqualität; auch schwerstpflegebedürftige Menschen haben hier das Recht auf größtmögliche Selbstständigkeit und Mitbestimmung. Vielen Entscheidungsträgern geht dieses Konzept der Hausgemeinschaften als Konkurrenz zu herkömmlichen Heimstrukturen jedoch zu weit, so dass die Behörden im Rahmen der durch das Heimgesetz festgeschriebenen Beratungskompetenz immer wieder Schwierigkeiten bei der Genehmigung solcher Projekte haben.⁵⁸²

Die Werteverchiebung vom traditionellen Heim zur Hausgemeinschaft lässt sich am ehesten in der veränderten Architektur erkennen. Die kostspieligen, den Alltag der Bewohner kaum betreffenden Räume eines typischen Alten- und Pflegeheims wie Eingangshalle, Verwaltungsbereich, Gemeinschaftsräume, Speisesäle, Zentralküchen, Lager- und Waschräume sowie Therapiebereiche entfallen, was zu erheblichen Kostenreduzierungen bei Neubauten und Sanierungen führt. Die Flächenkennzahlen von 45–55 m² Nettogrundrissfläche pro Patient und die Kostenrichtwerte der Länder für den Pflegeheimbau von 75.000–90.000 Euro werden auch bei den Hausgemeinschaften trotz höherer Personaldichte eingehalten.⁵⁸³ Hausgemeinschaften sind nur im engen Kontext mit den Anforderungen der Heimgesetzgebung, der Pflegeversicherung, der Hygieneverordnung etc. und den zuständigen Behörden zu realisieren, da die Heimaufsichtsbehörden, Gesundheitsämter, Sozialämter und Pflegekassen ein entscheidendes Wort schon in der Planung mitsprechen wollen.

⁵⁸¹ Vgl. Hin et al. (1988).

⁵⁸² Vgl. Winter et al. (2002b).

⁵⁸³ Vgl. Eisenreich/Scholl (1998).

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales definiert Wohn- und Hausgemeinschaften wie folgt:

- Eine Hausgemeinschaft ist eine räumliche und organisatorische Einheit, in der sechs bis acht ältere und pflegebedürftige Menschen leben.
- Alle Pflege- und Betreuungsleistungen, die nicht von den Bewohnern selbst, den Angehörigen und/oder Freunden geleistet werden können, werden über die Präsenzkkräfte im Zusammenhang mit den Tagesaktivitäten und/oder über den hauseigenen pflegerischen Dienst erbracht.
- Hausgemeinschaften werden, anders als Wohngemeinschaften, als zugelassene und pflegesatzfinanzierte vollstationäre Einrichtungen betrieben. Als Heime unterliegen sie dem Heimgesetz.⁵⁸⁴

Betreute Hausgemeinschaften haben als neue Form der Altenpflege den Anspruch, das Leben, das die Bewohner zuvor im eigenen Zuhause geführt haben, in diese Institution zu übertragen. Die Normalität des Lebensalltags soll durch die folgenden fünf Qualitätskriterien gewährleistet werden:

- **Selbstständigkeit.** Zu diesem Kriterium gehören das barrierefreie Umfeld zur Erhaltung der Mobilität, die Integration in die Gemeinde, die räumliche Nähe zum bisherigen Wohnumfeld, um soziale Entwurzelung zu vermeiden, und die ortsnahe zentrale Lage, um die Eigenaktivität in vielen Bereichen des täglichen Lebens aufrechtzuerhalten bzw. zu fördern.
- **Privatheit.** Das Zusammenleben wie in einer Wohngemeinschaft mit privaten Räumen und Gemeinschaftsräumen ermöglicht Rückzug, Kontrolle der Privatsphäre und der Sozialkontakte, Intimität und Schutz. Die Möglichkeit zur individuellen Gestaltung und Möblierung der Zimmer wirkt orientierend und verhindert Verwirrheitszustände.
- **Vertrautheit.** Vertraute Bezugspersonen sowie bekannte Möbel und Einrichtungsgegenstände bieten Orientierung, ermöglichen das Leben in Erinnerungsräumen und fördern das Wohlbefinden. Gefühlen wie Wut, Aggression, Resignation oder Apathie wird entgegengewirkt.
- **Geborgenheit.** Die kleinteiligen, vertrauten räumlichen Gegebenheiten und das System der festen Bezugspersonen erzeugen ein subjektives Gefühl der Sicherheit und fördern damit die Geborgenheit.

⁵⁸⁴ Vgl. Winter et al. (1999).

- **Eigenverantwortlichkeit.** Die familiäre Atmosphäre erhält bzw. fördert die Eigenverantwortlichkeit der Bewohner und damit ihre Kontrolle über das eigene Leben. Dazu trägt auch die Selbstbestimmung des Tagesablaufs bei. Kommunikation und soziale Einbindung werden gefördert.⁵⁸⁵

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe definiert die Hausgemeinschaft in erweiterter Form als eine in einem gemeinsamen Haushalt lebende Gruppe von bis zu acht pflegebedürftigen Personen, wobei jedes Gruppenmitglied ein eigenes, in sich abgeschlossenes Zimmer oder Appartement mit kleiner Diele und eigenem Duschbad und WC hat. Diese Zimmer sind um einen gemeinsamen Wohnküchenbereich herum gruppiert, in dem das Gemeinschaftsleben in Form täglich wiederholter Rituale wie Kochen, Essen und Erzählen stattfindet.⁵⁸⁶ Die aus früheren Tagen vertrauten Bewegungsabläufe, Geräusche und Gerüche wirken positiv auf das Wohlbefinden der Bewohner und die Kleinräumlichkeit der Hausgemeinschaft bietet insbesondere verwirrten Menschen eine verbesserte Orientierung, was zum Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit beiträgt.

Unter Einbeziehung dieser Definitionen und der Ausführungen in den Kapiteln 4.4.3 und 5.4 lässt sich ein vielschichtiges Anforderungsprofil entwickeln, dessen architektonische Umsetzung den älteren Menschen hilft, ein Leben nach ihren Bedürfnissen zu verwirklichen. Folgende Aspekte charakterisieren dieses alternative Wohnkonzept:

- Zunächst versteht sich die Hausgemeinschaft als quaternahes Wohnangebot mit hauswirtschaftlicher und pflegerischer Unterstützung, in der eine Bezugsperson betreuend tätig ist und die Außenkontakte beispielsweise zu den Angehörigen, Hausärzten und externen Dienstleistern hält.
- Zum zweiten ist nach der Bewohnerzusammensetzung zu fragen. Hausgemeinschaften orientieren sich in ihrer Zusammensetzung an gleichen oder zumindest ähnlichen Krankheitsbildern. Dies fördert die Homogenität in der Gruppe und erleichtert die Arbeit der Pflegekräfte.
- Zum dritten geht es um die Lebensführung in eigener Regie. Je homogener eine Gruppe ist, um so mehr können ihre Mitglieder Freiheiten in der Lebensgestaltung nutzen, ohne schwächere Mitglieder zu gefährden oder auszuschließen, auch

⁵⁸⁵ Vgl. Großjohann/Stolarz (2002), S. 120–126.

⁵⁸⁶ Vgl. Winter et al. (2002b).

wenn eine Unterstützung in der Haushaltsführung durch speziell geriatrisch geschultes Pflegepersonal im Verlauf des Tages für alle notwendig ist.

- Der vierte Aspekt bezieht sich auf die Art des Umgangs zwischen Pflegern und Patienten sowie unter den Patienten selbst, der sowohl Nähe als auch Distanz zulässt. Die baulichen Voraussetzungen müssen über die Grundrisskonzeption die Möglichkeit schaffen, sich in das eigene Zimmer zurückzuziehen, um für sich und dennoch nicht allein zu sein. Möchte man die Gemeinschaft wieder zulassen, öffnet man die Zimmertür und ist wieder mitten im Geschehen.
- Schließlich sollte zu jeder Hausgemeinschaft ein Außenbereich in Form einer geschützten Terrasse, eines Nutzgartens oder eines begrünten Innenhofs gehören, der als umzäunte Grünanlage mit kontrollierbaren Aus- und Eingängen zu gestalten ist, so dass sich hier auch verwirrte Bewohner frei aufhalten können.

Wie bei einem „normalen“ Altenpflegeheim wird der Nachtdienst von Pflegefachkräften geleistet, die jedoch über zusätzliche Qualifikationen verfügen müssen, um den zusätzlichen Anforderungen einer Hausgemeinschaft gerecht zu werden.

Bei der baulichen Umsetzung der Forderungen ergeben sich folgende Details unter Berücksichtigung der DIN 18025 Teil 1 und 2:

- Die Wohnküche ist der tragende Mittelpunkt. Dies wird symbolisiert durch einen großen Tisch, um den sich alle Bewohner während des Tages mehrfach versammeln. Der Gemeinschaftsraum muss entsprechend groß dimensioniert sein. 50 m² sind hier die Mindestvorgabe. Von hier aus ist der Zugang zur Terrasse oder in den geschützten Innenhof möglich.
- Der Mittelpunkt der Küche ist der im Raum stehende, von zwei Seiten zugängliche Herd. Hier versammeln sich die Bewohner, um beim Vorbereiten der Mahlzeiten, Kochen und Abwaschen zu helfen.
- In allen Räumen stehen alte Möbel der Bewohner, hängen Bilder von ihnen an den Wänden. Damit dies möglich ist, sollten die Einzelzimmer zwischen 20 und 25 m² groß sein, so dass ein privater Wohn- und Schlafbereich geschaffen werden kann. Laut Heimmindestbauverordnung sind nur 12 m² vorgeschrieben. In vielen Hausgemeinschaften sind dagegen 16 m² große Zimmer üblich.⁵⁸⁷

⁵⁸⁷ Vgl. Heimmindestbauverordnung (1990).

- Zu jedem Einzelzimmer sollten ein eigenes, behindertengerechtes Duschbad und WC gehören, um die Intimpflege ohne Schamgefühl durchführen zu können.
- Sämtliche Räume sollten zu öffnende, bodentiefe Fenster haben, so dass die Natur von jedem Platz aus zu sehen ist.
- Der Gemeinschaftstisch sollte geteilt werden können, um unterschiedliche Aktivitäten zuzulassen. Die Stühle sollten mit Armlehnen und hohem Rückenteil versehen sein. Weiter sollten im Gemeinschaftsraum zwei Sofas mit Woldecken stehen.
- Die Erschließung der Wohnung sollte möglichst offen, ohne Flur, über einen kleinen Garderobebereich erfolgen.
- Notwendige Nebenräume wie ein Hauswirtschaftsraum zum Bügeln und Waschen, eine Speisekammer für die Vorräte, ein neutrales Bad mit WC für Gäste und Pfleger sowie ein Außenraum für Gartenmöbel, Rollstühle und Geräte runden das Raumangebot ab.
- Um den Pflege-Nachtdienst und den Verwaltungsaufwand zu optimieren, sollten nach Möglichkeit zwei bis vier Hausgemeinschaften in einem Gebäude zusammengefasst werden. Die Erschließungsflure sind zugleich sekundäre Wohnbereiche, in denen Bänke und Blumen stehen, so dass auch ein Kontakt zu Bewohnern der anderen Wohngruppen über eine kurzes Gespräch erfolgen kann.
- Auf das nach der Heimmindestbauverordnung geforderte Pflegebad sollte entweder verzichtet werden, da es ohnehin nicht benutzt wird, oder es sollte zu einem „Wohlfühlraum“ für therapeutische Thermal-, Kneipp- oder stimulierende und sinnweckende Geruchsbäder ausgebaut werden.

6.4.4 Mehrgenerationenhäuser

Unter Berücksichtigung heutiger Lebensbedürfnisse muss bei der nutzerorientierten Planung eines mehrgeschossigen Gebäudes, in dem Menschen unterschiedlichen Alters leben sollen, bereits in der Grundrissplanung Bezug auf die unterschiedlichen Lebensweisen und Ansprüche genommen werden.⁵⁸⁸ Die Kritikpunkte in Kapitel 4.4.4 führen zu einem Anforderungskatalog, der sowohl die Anforderungen aus Kapitel 6.4.1 als auch die nachfolgenden Ergänzungen umfasst:

⁵⁸⁸ Vgl. Jacobs (2002), S. 30 f.

- Gegenseitige Geräuschbelästigungen sind zu vermeiden. Dies erfordert eine optimale Schalldämmung des Gebäudes bezüglich des Luft- wie auch des Trittschalls sowohl von außen (Straßenlärm und spielende Kinder) wie auch von innen (Treppenhaus, laute Musik etc.).
- Zur Vermeidung von Konflikten bezüglich der Sauberkeit von Gemeinschaftsanlagen wie Fluren, Treppenhäusern oder Hauszuwegungen ist eine konsequente Nutzertrennung zu fordern. Das Gleiche gilt für die Anforderungen aufgrund der unterschiedlichen Sicherheitsbedürfnisse und Mobilität.
- Insgesamt führen diese Betrachtungen zu der Forderung, dass die späteren Nutzer einer Wohnung bereits im Planungsstadium an den Überlegungen zur Grundrissgestaltung und Wohnungsausstattung beteiligt werden sollten, um nachträgliche, teure Verbesserungsmaßnahmen von vornherein auszuschließen.
- Wohnungen in Mehrgenerationenhäusern müssen untereinander kombinierbar und teilbar sein, um die Generationenmischung im Quartier zu fördern und eine Gettoisierung der alten Menschen zu vermeiden.

Die Umsetzung der Forderungen im Bereich der Geräuschbelästigungen hat zunächst planerisch zu erfolgen, indem über alle Geschosse hinweg Ruhebereiche wie Schlafzimmer, Installationsbereiche wie Bäder oder Küchen und Aufenthaltsbereiche wie Wohnzimmer oder Kinderzimmer voneinander getrennt konzipiert werden. Bei der Erstellung von Bauvorhaben ist auf den passiven Schallschutz zu achten, indem massive Konstruktionen für Wohnungstrennwände oder Treppenhauswände verwendet werden, die aufgrund ihres Eigengewichts schallhemmend wirken. Weiter sind aktive Schallkonzepte zu realisieren, etwa durch den Einbau trittschallgedämmter, schwimmender Fußbodenkonstruktionen, schallentkoppelter Treppenläufe oder schallgedämmter Installationsleitungen, die keine Fließgeräusche an die Rohkonstruktion weitergeben.⁵⁸⁹

Die Anforderungen an Sauberkeit und Sicherheit können planerisch umgesetzt werden, indem die Altenwohnungen, in der Regel im Erdgeschoss gelegen, getrennt vom Haupteingang des Gebäudes einen separaten Eingangsbereich, der zu einer ruhigen Wohnstraße gelegen ist, erhalten. Dieser kann, weil er nur eine Wohnung erschließt, von dem betreffenden Bewohner nach dessen individuellen Bedürfnissen sauber und verschlossen gehalten werden.

⁵⁸⁹ Vgl. Schulz (2002), S. 10 ff.

6.4.5 Alten- und Pflegeheime

Während die Kontakte zu Familienangehörigen im Alter nicht zwangsläufig abnehmen, gehen die nichtfamilialen Kontakte deutlich zurück.⁵⁹⁰ Diese soziale Isolation ist gerade für Alleinstehende und Alleinlebende im Krankheitsfall besonders belastend, da in dieser Zeit aufgrund der eingeschränkten Mobilität weitere Sozialkontakte verloren gehen und die Intensität der Familienbande im Hilfe- oder Pflegefall nur selten zunehmen.⁵⁹¹ Diese Situation, verbunden mit Unzulänglichkeiten des Wohnumfeldes, führt häufig dazu, dass ältere Menschen sich entschließen, einer Heimübersiedlung zuzustimmen.⁵⁹²

Die genannten Beispiele patientenorientierter Alten- und Pflegeeinrichtungen im fünften Kapitel, verbunden mit der Auflistung der baulichen Mängel älterer Heime in den vorangegangenen Kapiteln führen zu komplexen Anforderungsprofilen an die Gebäudestruktur und die Pflegeleistungsangebote bei der Sanierung bestehender Heime. Obwohl in keinem Baugesetz gefordert wird, Heime kasernenartig zu planen und zu bauen, war dies über lange Zeit die einzig probate architektonische Lösung, alten und kranken Menschen, die nicht mehr alleine leben können, eine neue Heimat zu bieten. Bei der Planung eines neuen, idealtypischen Alten- und Pflegeheims sind demgegenüber die folgenden sozialen und psychologischen Aspekte der Bewohner zu beachten:⁵⁹³

- die Bewertung der aktuellen Lebenssituation im Seniorenheim
- die Bewertung der Lebenssituation im Vergleich zur häuslichen Lebenssituation bezüglich gesundheitlicher Versorgung, Lebensgestaltung, Sicherheit, Sozialkontakte, Wohnqualität, Heimpersonal und Finanzen
- der Informationsstand zum Thema Seniorenheim zum Zeitpunkt der Übersiedlung
- die persönliche Bewertung des neuen Wohnortes „Seniorenheim“
- die ersten Eingewöhnungsprozesse
- das Wohlbefinden mit den Bereichen Lebenszufriedenheit und Affektivität

Hieraus lassen sich allgemeine bedürfnisorientierte Anforderungsprofile entwickeln, die für die späteren Nutzer in der architektonischen Umsetzung bedeuten:

⁵⁹⁰ Vgl. Brandenburg (1996), S. 133.

⁵⁹¹ Vgl. Brandenburg (1996), S. 44.

⁵⁹² Vgl. dazu näher Kapitel 3.4.2.

⁵⁹³ Vgl. Besselmann/Sowinski/Rückert (1998).

- Die Gebäudestruktur orientiert sich nicht länger an der traditionellen Form addierfähiger, immer gleicher Wohnbereiche, sondern integriert die Tradition der Wohnung als überschaubares Lebenszentrum alter Menschen.
- Die zentralen anstaltstypischen Versorgungsstrukturen werden aufgegeben und durch dezentrale, eigenbewirtschaftete Einheiten ersetzt.
- Anstatt traditioneller, anonymer und großer Wohntrakte werden familienähnliche Gemeinschaften mit maximal zehn Personen geschaffen.
- Alle Gemeinschaften werden von einer permanent anwesenden Bezugsperson pflegerisch wie hauswirtschaftlich betreut.
- Der Tagesablauf für die alten und kranken Menschen orientiert sich an den Aufgaben eines normalen Haushaltes mit Tätigkeiten wie Einkaufen, Essen kochen, Sauber machen etc. Die Pflege tritt in den Hintergrund.
- Jede Hausgemeinschaft ist wirtschaftlich autonom und kann im Verbund mit den anderen oder mit einem ambulanten, privaten Dienstleister betrieben werden.
- Jeder Wohneinheit wird ein privater, geschützter Freiraum in Form einer Terrasse oder eines kleinen Nutzgartens zugeordnet, in dem sich auch demente Menschen gefahrlos aufhalten können.

Die architektonische Gestaltung kann auch wesentlich zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Bewohner beitragen. In diesem Zusammenhang sind vor allem die folgenden zentralen Persönlichkeitsrechte zu beachten und zu schützen:

- **Wahlfreiheit.** Dieses Recht betrifft die Benutzung der Zimmer, die Auswahl des Pflegepersonals, die Kleidung, die Bade- und Putztermine, die Wahl des Zimmers und der Mitbewohner, die Speisen und Essenszeiten sowie die Wahl zwischen Ruhe und Geselligkeit.
- **Rechtssicherheit.** Alle Bürgerrechte sind zu garantieren. Kein Bewohner darf inhumanen oder diskriminierenden Behandlungen unterzogen oder gegen seinen Willen zu Tätigkeiten gezwungen werden. Die Freiheit des Wissens, der Gedanken und des Glaubens ist zu achten.
- **Selbstverwirklichung.** Dazu zählen u. a. das Ermuntern und Fördern von Aktivität, die Beteiligung der Bewohner an Planungen und Entscheidungen, eine aktivitätsanregende Umgebung mit entsprechenden Räumlichkeiten sowie ein ausreichendes Freizeitangebot.

- **Unabhängigkeit.** Dieses Grundrecht erfordert z. B. Räumlichkeiten, die die Mobilität innerhalb und außerhalb der Einrichtung ermöglichen und fördern, einen eigenen Hausschlüssel und die Unterstützung der Unabhängigkeit der Bewohner in allen Bereichen des täglichen Lebens.
- **Privatheit.** Die Bewohner sollten das Recht haben, allein und ungestört zu sein (Betreten der Zimmer nur mit Erlaubnis der Bewohner, Privatheit bei der Körperpflege und beim Postempfang, Rückzugsnischen, ungestörtes Telefonieren, abschließbare Türen und Schränke, ungestörter Empfang von Gästen).

Aus diesen Bedürfnislisten werden im Folgenden architektonische Umsetzungskonzepte entwickelt.

Gebäudestruktur

Eine die Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigende Planung von Alten- und Pflegeheimen führt zwangsläufig weg von mittelflurerschlossenen Grundrisskonzeptionen und hin zu satellitenartig um einen gemeinsamen Innenhof oder Patio angeordnete Raumgruppen.⁵⁹⁴ Zu den wichtigsten Forderungen an eine altengerechte Heimplanung zählen Maßstäblichkeit in der Größe der Einzelgebäude, nachvollziehbare, orientierungsfördernde Erschließungen durch eine Eingangstür, farbige (nicht bunte) Raumgestaltungen, die individuell veränderbar sind, eine überschaubare Anzahl von Einzelzimmern, nur für die Gruppe zugängliche Gemeinschaftsräume und ruhige, windgeschützte Freisitze.⁵⁹⁵

Bei der Materialwahl zur Konstruktion der Gebäude sind kleinteilige, eher unebene Flächen zu wählen. Sinn dieser Auswahl ist es, den Vertrautheitscharakter von Wandarten, wie sie aus der Jugend oder dem eigenen Zuhause bekannt sind (z. B. Ziegelwände) zu nutzen, eine Wohlfühlatmosphäre zu erzeugen und den alten, in der Wahrnehmung teilweise eingeschränkten Menschen Anreize für Erinnerungen zu schaffen. Auch wird so das Problem der störenden Schallbelastung weitgehend eliminiert. Alte Menschen sind, obwohl sie größtenteils schlecht hören, besonders geräuschempfindlich. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Ohren nicht die einzigen Organe sind, die den Schall aufnehmen; Organe wie der Mund-Rachen-Bereich, Lunge, Magen, Darm, Blase und Herz bilden Hohlräume, die wie Resonanzkörper wirken und durch äußere Schallwellen in Schwingungen versetzt werden. Dies beeinflusst den

⁵⁹⁴ Vgl. Schultz (2000), S. 56–59.

⁵⁹⁵ Vgl. Lind (2002), S. 341–345.

Blutdruck und das ganze Herz-Kreislauf-System und verursacht auf Dauer Stresserscheinungen.⁵⁹⁶ Es ist daher zu fordern, auf großflächige, glatte Wand- und Deckenkonstruktionen wie beispielsweise Betonflächen, die die Schallreflektion verstärken und für die Schallabsorption ungeeignet sind, zu verzichten.

Große Glasflächen sind ebenso ungünstig zu bewerten. In den Wintergärten und Versammlungsräumen moderner Heime mit ihren großzügigen Verglasungen kommt es immer wieder zu dem unangenehmen Effekt des Nachhalls. Die durch die glatten Glasflächen reflektierten Schallwellen führen zu Geräuschüberlagerungen und einem permanent erhöhten Schallpegel, der dazu führt, dass sich hörschwache ältere Menschen nur noch schlecht unterhalten können und diese Räume letztendlich meiden. Der Grund dafür ist die geringere Elastizität des Mittelohres bei der Schallweiterleitung, die dazu führt, dass die Geräuschdifferenzierung und damit Spracherkennung bei alten Menschen nicht mehr so gut wie bei jüngeren funktioniert.⁵⁹⁷

Diese Erkenntnis darf allerdings nicht dazu führen, dass nur noch kleinteilige Fenster verwendet und die Gebäude wieder so dunkel werden wie noch im letzten Jahrhundert. Es ist vielmehr zu fordern, dass zur Schallbrechung auf nahe liegenden Wandflächen so genannte Absorber wie etwa gelochte Verkleidungsmaterialien eingesetzt werden. Darüber hinaus sollten zur Dekoration dienende Stoffe als Gardinen oder Raumteiler fungieren, Pflanzen verwendet werden, die gleichzeitig die Raumluftfeuchtigkeit erhöhen und von den Bewohnern selbst zu pflegen sind, und Glasflächen nicht planeben, sondern winklig zueinander stehen, um die Schallreflexion zu brechen.

Bei der Materialauswahl für die Wand-, Decken- und Bodenverkleidungen ist auf das so genannte „Wiedererkennungsmerkmal“ zu achten. Fremde Räumlichkeiten werden eher als neues Zuhause akzeptiert, wenn wir uns in ihnen wiederfinden, weil sie uns an Bekanntes erinnern und wir uns mit ihnen identifizieren können. In vielen Heimen finden wir Raufasertapeten mit hellem, wischfestem Anstrich an den Wänden und Linoleum auf den Fußböden. Damit werden zwar die Belange der Pflegeleichtigkeit und Hygiene erfüllt, aber nicht die Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigt, denn kein alter Mensch wohnt so. Für die bauliche Umsetzung ist Folgendes zu fordern:

- Für die Wände sollten gemusterte Tapeten und für die Böden Parkett Verwendung finden, wie man es in den Wohnungen alter Menschen vorfindet. Die Mehrkosten

⁵⁹⁶ Vgl. Saup (1984), S. 198–204.

⁵⁹⁷ Vgl. Erdmann/Biel/Pfeiffer (2002), S. 1–8.

liegen unter Berücksichtigung der Gesamtkosten eines solchen Projektes unter 5 Euro pro m² Nutzfläche⁵⁹⁸ und sind daher fast zu vernachlässigen.

- In den Bädern sind die Wandspiegel bis auf das Waschbecken herunterzuführen, damit der alte Mensch sich auch im Sitzen sehen kann. Leicht erreichbare Ablagen sollten in ausreichender Anzahl vorhanden sein. Die Dusche ist als bodengleiche, rutschsicher geflieste Fläche mit einer Mindestgröße von 1,20 m mal 1,20 m auszubilden. Die Abstände zwischen WC und Waschbecken sind so zu dimensionieren, dass auch eine Pflegeperson bei der Morgenhygiene des Bewohners zugegen sein und ungestört helfen kann. Das Waschbecken sollte unterfahrbar sein. Bei den Einhebelmischarmaturen ist ein Temperaturbegrenzer als Verbrühschutz einzubauen. Badezimmer oder WC-Türen müssen immer nach außen aufgehen, um am Boden liegenden Menschen helfen zu können.
- Notrufschalter im Bad und am Bett sollten als Schnurzugschalter gestaltet sein und müssen genau wie Haustelefon, Radio, Telefon und Fernsehen auch vom Rollstuhl aus bedienbar sein.
- Um die Akzeptanz der Bewohner für ihr neues Zuhause zu erhöhen, müssen sie die Möglichkeit haben, eigene Möbel zur Einrichtung der Zimmer mitzubringen.
- Auch in den Gemeinschaftsräumen, Fluren und Essräumen sollten Möbel stehen, die aus der Zeit stammen, in der die alten Menschen aktiv und lebensfroh waren, um ihnen zu helfen, sich zu erinnern und wieder mehr Lebensfreude zu erlangen.
- Nicht zuletzt sollte die Möglichkeit bestehen, die eigenen Haustiere mitzubringen, um Eigenverantwortlichkeit zu üben und zu erhalten. Eine Voliere im Gemeinschaftsraum oder Flur bietet älteren Menschen mehr Abwechslung als das Vorspielen eines Hörspiels und macht dem Pflegepersonal keine Arbeit, da die Bewohner für die Pflege und den Erhalt selbst verantwortlich sind.
- Spaziergänge zählen zu den wichtigsten Freizeitbeschäftigungen im Alter. Die Anlage erlebnisreicher Spazierwege und die Aufstellung von Ruhebänken an Stellen, wo sich eine Rast anbietet und wo die Anteilnahme am täglichen Leben im Quartier möglich ist, erhöhen wesentlich die Attraktivität des Umfelds. Wichtig ist auch eine ausreichende Beleuchtung der Wege und der Sitzgelegenheiten, um die Orientierung und das Sicherheitsgefühl zu fördern.
- Das Wanderbedürfnis demenzkranker Bewohner sollte akzeptiert und in sichere Bahnen gelenkt werden. Hierfür sind sichere Wanderwege erforderlich, die

⁵⁹⁸ Vgl. BKI (2003).

barrierefrei gestaltet sind und nicht in Sackgassen enden. Zu empfehlen ist das Konzept des Rundwanderweges, der möglichst abwechslungsreich mit vielen Ablenkungsmöglichkeiten (Vogelbauer, Aquarium, Schaukelstuhl am Fenster etc.) gestaltet sein sollte.⁵⁹⁹

- Abschließend ist für jedes Heim ein kleiner Haus- und Nutzgarten zu fordern, der den Bewohnern eine willkommene und sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeit bietet. Das Beobachten der Jahreszeiten, das Naturerlebnis vor der Haustür erhöhen das Wohlbefinden älterer Menschen. Blumenrabatten, Obstbäume, Nistkästen für Singvögel, Goldfischbecken, Teiche und Hausberankungen sind nur einige der Möglichkeiten, die Natur in die Einrichtung zu integrieren.

Diese Art der Architektur ist jedoch für schwerstemente Bewohner – dies sind etwa 10 % aller Demenzkranken – ungeeignet. Hier wird man den Hausgemeinschaftsgedanken aufgeben und zu einer wenn auch modifizierten Gestaltung eines Pflegeheims zurückkehren müssen, da die verhaltensgestörten Menschen mit ihrer starken Agitiertheit, Weglaufgefährdung und mit unangepassten, störenden Verhaltensweisen wie lautem Rufen die Hausgemeinschaft über Gebühr belasten würden.⁶⁰⁰ Die Architektur sollte sich auch hier am Normalitätsprinzip des Lebens orientieren und mit hellen, großen, individuell eingerichteten Räumen eine häusliche Wohnlichkeit erzeugen. Die Raumstrukturen sind jedoch größer; in den mit privaten Zimmern und Gemeinschaftsbereichen versehenen Häusern können Gruppen von 25–35 Heimbewohnern aufgenommen werden.

Die Art und Weise der Pflege beeinflusst entscheidend das Wohlbefinden der Bewohner. Die neuen patientenorientierten und aktivierenden Pflegeformen bedürfen jedoch einer neuen Architektur. Daher werden im Folgenden die unterschiedlichen Pflegeleistungsmodelle eingehend beleuchtet.

Pflegeleistung

Der demographische Wandel, die Zunahme von chronischen, multimorbiden Krankheitszuständen und damit von Pflegebedürftigkeit und die Abnahme familiärer Pflegekapazitäten erhöhen den Bedarf an stationären wie ambulanten pflegfachlichen Leistungen. Gleichzeitig führen permanente Gesetzesneuerungen, Änderungen im pflegerischen Berufsverständnis und wachsende Ansprüche an eine innovative,

⁵⁹⁹ Zu den Architektur- und Raumkonzepten für eine Demenzstation vgl. allgemein Lind (2001).

⁶⁰⁰ Vgl. Rath (2003), S. 44–46.

patientenbezogene Versorgung zu neuen Anforderungsprofilen, denen die Altenpflege aufgrund ihrer traditionellen Ausbildungsstrukturen zunehmend nicht mehr gewachsen ist.⁶⁰¹

Die Gründe für die ungenügende „Konsumentenorientierung“ sind allgemein bekannt und werden in der Literatur vielfach diskutiert. Ansätze zur Überwindung der pflegerischen Defizite, hin zu einer dienstleistungs- und nachfragerorientierten Pflege, findet man jedoch nur selten.⁶⁰² Die offiziellen Interessenvertreter der Berufsverbände der Altenpflege nennen zumeist Zeit- und Personalmangel als Hauptursache der desolaten Situation im Pflegebereich. Entscheidend sind jedoch die veralteten, hierarchisch strukturierten und verbandsorientierten Rahmenbedingungen in der Aus- und Weiterbildung der Pflegeberufe.⁶⁰³ Der Gesetzgeber hat mit dem SGB XI einen bundeseinheitlichen gesetzlichen Rahmen für eine geänderte Pflege geschaffen:

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.⁶⁰⁴

Die neuen Konzepte zur aktivierenden und biographieorientierten Pflege zeigen, dass eine „angemessene Interaktion“ zwischen Patient und Pfleger neben einer höheren Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit auch deutliche Zeiteinsparungen und Effizienzsteigerungen bewirkt und somit betriebswirtschaftlich sinnvoll erscheint.⁶⁰⁵

Biographische Orientierung bei der Pflege und Betreuung alter Menschen bedeutet, lebensgeschichtliche und persönlichkeitspezifische Aspekte wie lieb gewonnene Gewohnheiten, Verhaltensweisen und Verarbeitungs- und Bewältigungsweisen in das Kommunikationskonzept und den Pflegealltag einzubinden.

Aktivierende Pflege ist das Leitmotiv heutiger Altenbetreuung⁶⁰⁶ und bedeutet, dass das Personal dem Patienten nicht alle Aufgaben zur Bewältigung des Alltags abnehmen darf, auch wenn es den Anschein hat, dass der Patient zu lange mit dieser oder jener Aufgabe beschäftigt ist. Das Personal gibt dem alten Menschen Hilfe zur Selbsthilfe, indem es ihn dort unterstützt, wo er wirklich Hilfe benötigt, so dass er seinen Alltag seinen Möglichkeiten bzw. seinem Krankheitsbild entsprechend eigenständig

⁶⁰¹ Vgl. Keppler (2002).

⁶⁰² Vgl. Wingenfeld/Schnabel (2002).

⁶⁰³ Vgl. Wilms et al. (2001).

⁶⁰⁴ Sozialgesetzbuch (1994), § 2 (1).

⁶⁰⁵ Vgl. Böhle (1999), zitiert nach Schneider (2003).

⁶⁰⁶ Vgl. Pflegedienste (1975), S. 2290 f.

bewältigen kann. Angemessene Interaktion bedeutet in diesem Zusammenhang, den Patienten anzuhalten oder anzuleiten, auch nach längerer Krankheit wieder seine Mahlzeiten selbstständig einzunehmen oder einen Teil seiner Körperpflege eigenverantwortlich zu übernehmen.⁶⁰⁷ Dies wiederum bedingt gewisse bauliche Voraussetzungen, die es dem älteren Menschen ermöglichen, eigeninitiativ im Rahmen seiner Möglichkeiten helfend mitzuwirken, denn die beste bewohnerorientierte Pflege ist nicht möglich, wenn die Architektur sie behindert. Dies wurde in Kapitel 4 ausführlich dargestellt.

Basierend auf den positiven Beispielen neuerer Alten- und Pflegeheime in Kapitel 5.6 geht es in diesem Abschnitt um die Frage, wie die Architektur eine patientenorientierte Pflege fördern kann. Hierfür ist ein Forderungskatalog aufzustellen, der den Planern als Grundlage dienen kann, die Erkenntnisse moderner Therapie- und Pflegeformen in eine gebaute Umwelt umzusetzen. Anhand des Tagesablaufs eines Bewohners werden bauliche Forderungen postuliert:

Die patientenorientierte Pflege geht von einer größtmöglichen Eigenverantwortlichkeit der Pflegebedürftigen aus, wobei die ehemaligen Bittsteller zu Nachfragern geworden sind und die autoritären Pflegekräfte zu hoch qualifizierten Dienstleistern. Ein selbstbestimmter Tagesablauf beginnt am Morgen mit der Entscheidung des Bewohners, wann er aufstehen möchte und ob er dabei Hilfe benötigt oder nicht. In vielen Heimen bedeutet diese Situation für den alten Menschen entweder ein unwürdiges Warten, bis er an der Reihe ist, oder ein Aufstehen, wenn es der Pfleger aufgrund seiner Tagesplanung festlegt. Hier kann die moderne Haustechnik hilfreich sein, indem auf jedem Zimmer ein Telefon oder eine Hausrufanlage installiert wird, über die der alte Mensch oder ein Zimmernachbar den Pfleger zur Dienstleistung anrufen kann.

Moderne Pflegeeinrichtungen zeigen, dass das Frühstück nicht zwangsweise von allen Bewohnern zur selben Zeit eingenommen werden muss.⁶⁰⁸ Speisen und Getränke können in Form eines Büfetts angeboten werden, das den ganzen Tag zur Verfügung steht und mittags zusätzlich warme Mahlzeiten umfasst. So hat jeder Bewohner die Möglichkeit, auch zwischendurch etwas zu essen oder zu trinken. Die Haustechnik liefert zur Umsetzung dieser Forderung entsprechende Bevorratungs- und Warmhaltesysteme aus der Hotelbranche, die kein zusätzliches Personal erfordern.

⁶⁰⁷ Vgl. Füsgen (1993), S. 180 ff.

⁶⁰⁸ Vgl. Winter et al. (1997/98), Bd. 3.

Selbstbestimmtes Leben bedeutet auch, sich während der Nahrungsaufnahme selbst einen Platz suchen zu dürfen, um sich mit den Menschen zu treffen, mit denen man Kontakt aufnehmen oder behalten möchte. Da die Stimmen alter Menschen eher leise und undeutlich und das Gehör schlechter werden, kann eine Kommunikation nicht in Sälen stattfinden, in denen die Geräuschkulisse groß ist. Die Architektur sollte Raumnischen, Flurerweiterungen oder Frühstückszimmer anbieten, um ein ungestörtes Verweilen zu ermöglichen. Diese Räumlichkeiten bieten gleichzeitig die Möglichkeit, länger zu verweilen, um etwa gemeinsam zu spielen, ein Buch zu lesen oder Herzensangelegenheiten zwischen Pflegern und Bewohnern zu besprechen. Sie sollten zentral um den Aufenthaltsbereich der Pfleger gruppiert sein, um gewisse fürsorgliche Kontrollen und Dienstleistungen „auf kurzem Wege“ zu ermöglichen.

Patientenorientierte Pflege bedeutet auch, die Bewohner aufzufordern, sich im Rahmen ihrer körperlichen und geistigen Möglichkeiten an Gemeinschaftsaufgaben zu beteiligen, um sich sinnvoll zu beschäftigen und am Abend von der Arbeit müde zu sein. Die Architektur kann hier eine Vielzahl an Möglichkeiten und Anreizen schaffen. Hier nur einige Beispiele:

- Eine selbst verwaltete Bibliothek mit kleinen angegliederten Lesezimmern und alten Büchern aus Nachlässen und Hausratsauflösungen, deren Titel oder Verfasser allgemein bekannt sind und ein Erinnern und Eintauchen in die Vergangenheit zulassen, sollte zur Verfügung stehen.
- Es sollte mehrere Fernsehzimmer geben, so dass sich z. B. die Männer zum Fußballabend verabreden und die Frauen dennoch ihre Familienserie in Ruhe sehen können.
- Fernsehen im eigenen Zimmer sollte zwar möglich sein, aber zusätzlich das Angebot bestehen, über dieses Medium gemeinschaftliches Erleben zu fördern.
- Zur Erschließung notwendige Flure sollten zu Aufenthaltsräumen erweitert werden, in denen auch mal, wie in Kindertagen, gemeinsam gespielt werden kann.
- Es sollte Gemeinschaftsräume geben, in denen z. B. die Haus- und Privatwäsche von den Bewohnern gewaschen und gebügelt wird. In der Küchenzone muss Platz sein, gemeinsam an großen Tischen das Essen vorzubereiten, Kuchen zu backen und dabei von früher zu reden.
- Sinnvoll ist auch die Bereitstellung von Räumen, in denen sich die Bewohner mit ihren Besuchern treffen können. So könnten die Wohnzimmer der einzelnen Bewohnergruppen als halb öffentlicher und halb privater Bereich gestaltet

werden. Dieses Wohnzimmer sollte direkt von den Zimmern der Bewohner aus erreichbar sein und eine kleine Küchenzeile enthalten, in der die Bewohner auch unabhängig von den Pflegekräften für sich und ihre Besucher Kaffee kochen und eine Mahlzeit zubereiten können.

- Um das Aktivitätsniveau der Bewohner zu erhöhen, sollten in den Aufenthaltsräumen Aktivitätszonen geschaffen werden, in denen attraktive Spiel-, Bastel- oder andere Beschäftigungsmaterialien ausliegen. Dies wirkt der Gefahr der Passivität entgegen und fördert auch die Kommunikationsfreude der Bewohner.
- Eine Werkstatt sollte vorhanden sein, in der gebastelt oder auch der Rasenmäher für den Hausgarten repariert werden kann.
- Die Pflege der Außenanlagen (Sträucher, Rasen- und Spielflächen) sollte, unterstützt von einem Hauswart, von den Bewohnern übernommen werden.
- Es sollte einen Stall für Haustiere geben, in dem Hühner, Kaninchen etc. gehalten werden. Die Pflege dieser Tiere übt das Verantwortungsgefühl, verschafft den Bewohnern eine sinnvolle Beschäftigung und weckt bei den meisten Erinnerungen an die eigene Jugend.

Eine der Leitlinien moderner Pflege ist die Konstanz in der Betreuung der Patienten. Das bedeutet, dass ein Team von zwei Pflegekräften immer für die gleichen Bewohner, in der Regel zwischen acht und zehn Personen, zuständig ist. Hierdurch wird eine das soziale Netzwerk fördernde, feste Größe im Leben der alten Menschen geschaffen, die Vertrautheit und Sicherheit erzeugt. Die Architektur kann diesen Pflegeansatz fördern, indem acht bis zehn Einzelzimmer, um einen gemeinsamen Erschließungs- und Gruppenraum angeordnet, zu einer Gebäudeeinheit zusammengefasst werden.

6.4.6 Rehakliniken und Akutkrankenhäuser

Die bestehenden Rehakliniken in Deutschland sind in der Regel schon wegen ihrer ortsfernen Lage in Kurorten nicht geeignet, in das Konzept eines stadtteilnahen geriatrischen Zentrums integriert zu werden. Die städtebauliche Forderung nach Quartiersbezogenheit ist unverzichtbar. Daher wird ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung der im Stadtteil vorhandenen Akutkrankenhäuser zu legen sein, zumal die Entgeltregelung über Fallpauschalen und die damit verbundene Verkürzung der Verweildauer von Patienten dazu führen wird, dass Bettenstationen leer stehen und zu

Reha-Abteilungen umgebaut werden, mit dem Vorteil der Frührehabilitation für die Patienten.⁶⁰⁹

Die baulichen Anforderungsprofile für diese Einrichtungen sind mit denen der ortsnahen Akutkliniken identisch, so dass diese hier im Mittelpunkt stehen können.

Leistungsspektrum und bauliche Struktur von Akutkrankenhäusern werden von der Krankenhausplanung der Bundesländer entscheidend mitbestimmt.⁶¹⁰ Diese betriebswirtschaftlichen Vorgaben führen im Zusammenhang mit dem 2003 eingeführten pauschalierten Entgeltsystem für Krankenhausleistungen zu einer ökonomisch erzwungenen Optimierung der Behandlungsleistungen durch Verkürzung der Verweildauer, Rationalisierung des Ressourcenaufwandes und Verlagerung der Behandlungsprozesse in Nachsorgeeinrichtungen wie Rehakliniken, Pflegeheime oder in die ambulante Rehabilitation.⁶¹¹

Die Qualität der medizinischen Leistungen kann vor diesem Hintergrund nur durch die Schaffung von Leitlinien zu Behandlungsabläufen, durch die Einführung allgemein gültiger, differenzierter, interner Qualitätsstandards gemäß den Vorschriften nach § 20 SGB IX und SGB V⁶¹² sowie durch externe, vergleichende Qualitätssicherungssysteme aufrechterhalten werden. Um dem patientenfeindlichen Rationalisierungsdruck zu entgehen, ist eine Kooperation aller Beteiligten berufsgruppenübergreifend (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Architekten, Soziologen), abteilungsübergreifend (geriatrische Fachkompetenz und Spezialwissen) und sektorenübergreifend (stationär, teilstationär, ambulant) notwendig. Denn das Krankenhaus ist auch ein zeitlich begrenzter „Lebensraum“ für Menschen, die sich in diesem Moment schwach fühlen und wenig Energie haben, ihre Rechte zu artikulieren.

Es ist daher notwendig, in einem Akutkrankenhaus sinnhafte, die Isolation überwindende, Selbstbestimmung und Aktivität des Patienten fördernde architektonische Akzente zu setzen⁶¹³ und damit vernetzte bauliche Strukturen zu schaffen, die zwar wirtschaftlich selbstständig sind, aber im Pflege- und Therapiebereich ein aufeinander abgestimmtes, ergänzendes Komplettangebot bereithalten. Die architektonische Umsetzung führt zu folgenden Forderungen:

⁶⁰⁹ Vgl. Kleinow/Hessel/Wasem (2002), S. 355–360.

⁶¹⁰ Vgl. Krankenhausplan (2001), S. 708 ff.

⁶¹¹ Vgl. Lübke (2001), S. 63–69.

⁶¹² Vgl. Sozialgesetzbuch (2002).

⁶¹³ Vgl. Heek (1997), S. 80 ff.

- Anstatt der traditionellen Bettenstationen mit ihren langen Mittelflurerschließungen sind Pflegeeinheiten in Form von Ein- und Zweibettzimmern mit einer jeweiligen Sanitäreinheit zu planen, die um einen zentralen Gemeinschaftsraum angeordnet sind, der von den Patienten und ihren Besuchern wie auch von den Schwestern und Pflegern gleichzeitig und auch als Pflegestützpunkt genutzt werden kann. An der Universitätsklinik Münster ist diese Grundrisskonzeption bereits realisiert worden.⁶¹⁴
- Die Materialauswahl für die Wand-, Boden- und Deckenverkleidung orientiert sich an der Normalität der Alltagswelt des Patienten. Krankenhausatmosphäre vermittelnde Linoleumbeläge der Fußböden oder unifarbene gestrichene Raufasertapeten an den Wänden sind zu vermeiden. Dafür können Holzfußböden und Mustertapeten zum Einsatz kommen.
- Es sind bodentiefe Fenster einzuplanen, damit auch die bettlägerigen Patienten einen Ausblick auf die Natur haben und an dem Geschehen vor dem Gebäude beobachtend teilnehmen können. Es sollte Möglichkeiten geben, ein Patientenbett auf einen Balkon oder eine Terrasse zu stellen, um einen engeren Bezug zur Natur (Wind und Sonne) gerade bei schwerstkranken Menschen wiederherzustellen.
- Die täglichen Mahlzeiten sollten zur Förderung der Mobilität außerhalb der Patientenzimmer eingenommen werden können. Hierfür sind geeignete Speiseräume auf den Stationen einzuplanen, in denen jeder Patient oder Besucher sowie das Pflegepersonal während des ganzen Tages am Büfett etwas essen und trinken können.

Im Rahmen einer aktivierenden Pflege im Krankenhaus sind zusätzliche Therapie- und Versorgungsräume auf der Station vorzusehen, die von den Patienten aktiv aufgesucht werden, um beispielsweise Blut abgenommen zu bekommen oder einen Verband zu wechseln. Dieses neue Versorgungskonzept entlastet das Pflegepersonal zeitlich, verlangt vom Patienten eine engagiertere Mithilfe und führt zwangsläufig zu einer schnelleren Mobilisierung und Reaktivierung. Dies bedingt als bauliche Notwendigkeit die Installation einer Haustelesonanlage an jedem Patientenbett, um die Abstimmung zwischen Pflegepersonal und Patient terminlich und räumlich zu erleichtern.

⁶¹⁴ Eigene Beobachtungen.

6.4.7 Hospize

Mit der Einführung des § 39a SGB V wurde eine gesetzliche und finanziell abgesicherte Grundlage für eine stationäre palliative Pflege geschaffen.⁶¹⁵ Auf der Suche nach einer effizienteren Kapazitätsauslastung haben viele Akutkrankenhäuser ihre leeren Bettenstationen zu palliativen Pflegeeinheiten ausgebaut. Aber es gibt auch „Sterbehäuser“ in Deutschland, die diesen Namen zu Recht tragen.

Bezug nehmend auf die Kritikpunkte in Kapitel 4.4.10 ergeben sich zahlreiche bauliche Forderungen für die Ausgestaltung von Räumen, in denen Menschen angemessen Abschied vom Leben nehmen können. Das Hospiz sollte im Rahmen einer idealtypischen Stadtteilgeriatrie kein eigenständiges Gebäude bzw. kein isolierter Gebäudeteil sein, in den Menschen zum Sterben „abgeschoben“ werden. Diese Monofunktionalität sollte im Sinne einer integrierten palliativen Pflege im Stadtteil aufgehoben werden. Jedem Menschen sollte ermöglicht werden, dort zu sterben, wo er gerade lebt, ob zu Hause, in betreuten Hausgemeinschaften, im Krankenhaus oder im traditionellen Altenpflegeheim.⁶¹⁶ Die idealtypische Geriatrie mit ihrer Verknüpfung der ortsnahen medizinischen Pflege- und Versorgungsangebote vermag dies in besonderer Weise zu leisten, indem sie sowohl eine stationäre palliative als auch eine ambulante quartiersbezogene Sterbebegleitung bis zum letzten Tag anbietet. Um die für die stationäre Sterbehilfe notwendige patientenorientierte und aktivierende Pflege durchführen zu können, sollten die folgenden baulichen Voraussetzungen gegeben sein:

- Jedem alten und kranken Menschen sollte es ermöglicht werden, sofern er oder seine Angehörigen dies wünschen, in einem Einzelzimmer mit eigenem Bad und Balkon oder Terrasse zu sterben. Mitzuerleben, wie der Bettnachbar mit dem Tode ringt, macht das eigene Leben oder Sterben nicht erträglicher.
- Die Zimmer sollten eine private, anheimelnde, das Erinnern fördernde Atmosphäre aufweisen, die es dem Patienten ermöglicht, sich auch in diesen schweren Stunden wohl und heimisch zu fühlen.
- Auch für demente, apathische Patienten, die äußerlich kaum noch Reaktionen zeigen, sind Außenreize anzubieten, um sie zu aktivieren und die letzten Tage und Wochen nicht nur zu einem Warten auf den Tod verkommen zu lassen.

⁶¹⁵ Vgl. Sozialgesetzbuch (2002), § 39a.

⁶¹⁶ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2002).

- Zum Zeitpunkt des Sterbens sollten die Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen im Vordergrund stehen und nicht die Hausordnung des Hospizes.

Die architektonische Umsetzung dieser Forderungen ist einfach im Vergleich zu der Überzeugungsarbeit, die zu leisten ist, um die starren Strukturen der Heimleitungen, die mit ihren Hausordnungen quasi gesetzesähnliche Ge- und Verbote erlassen, zu überwinden. Die erste Forderung verlangt nach einem Grundrisskonzept mit Einzelzimmern, die beispielsweise um einen gemeinsamen, natürlich belichteten Erschließungsbereich in Form eines begrünten und überdachten Innenhofes angeordnet sind.⁶¹⁷

Die Individualität der Zimmer lässt sich dadurch erreichen, dass jeder Patient persönliche Dinge mitbringen darf, beispielsweise Bilder, Fotos seiner Angehörigen und Freunde, ein Möbelstück, einen Spiegel, Bücher, eine Kuschedecke und vieles mehr. Dies sind Gegenstände, die ihm vertraut sind, die ihn anregen zu träumen und Spaß zu haben. Eine anheimelnde Atmosphäre lässt sich in jedem Zimmer auch dadurch erzeugen, dass die Wände mit gemusterten Tapeten beklebt werden, Vorhänge vorhanden sind oder Pflanzen auf den Fensterbänken stehen. Darüber hinaus sollte es zur Verstärkung der Außenreize in jedem Zimmer mindestens ein zusätzliches, bodentiefe Fenster geben, damit die Natur auch vom Bett aus erlebbar bleibt und das Geschehen vor dem Gebäude beobachtet werden kann. Die Fenster sollten zu öffnen sein, um die Vögel, den Wind und das Rauschen der Blätter wahrnehmen zu können. Es sollte die Möglichkeit bestehen, mit dem Bett oder dem Rollstuhl auf einen Balkon oder eine Terrasse zu gelangen, um Regen und Schnee hautnah zu spüren.⁶¹⁸

Im Rahmen einer aktivierenden Betreuungspflege sollten weitere Reize angeboten werden, z. B. individuell einstellbare, meditative Musik auf den Zimmern, Gerüche von ätherischen Ölen durch Kerzen oder Öllampen oder eine Wärmebehandlung mit Tüchern. Und wenn es ans Sterben geht, darf es auch laut zugehen, darf geredet, gelacht, gegessen und musiziert werden, wenn der Patient es wünscht und die ganze Familie zugegen ist. Oder es darf auch ganz leise sein, um Abschied zu nehmen. Daher sind Einzelzimmer unverzichtbar.⁶¹⁹

⁶¹⁷ Vgl. Schultz (2000), S. 56–59.

⁶¹⁸ Eigene Beobachtungen.

⁶¹⁹ Vgl. Kliemke/Trettin/Wüsten-Liederwald (2000), S. 64–68.

6.4.8 Sozialstationen

Die Sozialstationen mit ihrem pflegerischen und therapeutischen Angebot einer ambulanten, häuslichen Pflege bilden den funktionalen Kern eines idealtypischen geriatrischen Zentrums. Ihnen kommt die Hauptaufgabe der Patientenbegleitung und zugehenden Betreuung⁶²⁰ und damit der Entlastung der pflegenden Angehörigen oder Bekannten zu. Daher ist diese Pflegeform infrastrukturell zu stärken durch die Verortung im Quartier und insbesondere im Gebäude des geriatrischen Zentrums, ihr Aufgabenbereich ist zu erweitern durch die Einbeziehung eines interdisziplinären, geriatrisch geschulten Pfleger- und Therapeutenteams, und ihre Effektivität ist zu erhöhen durch die Vernetzung der Pflegeleistungen sämtlicher Sozialstationen unterschiedlicher Trägerschaft mit privatwirtschaftlichen Pflegediensten.⁶²¹ Es ist kontraproduktiv, wenn kirchliche, städtische und privatwirtschaftliche Organisationen in diesem Bereich das Gleiche anbieten, sich gegenseitig Konkurrenz machen und sich im Preis unterbieten.

Aus der kritischen Analyse der ambulanten Pflegedienste leiten sich zwar keine baulichen, aber strukturelle Forderungen ab, die nachfolgend genannt werden sollen. Zunächst darf sich das Pflegeangebot nicht auf die normalen Bürozeiten beschränken. Die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen benötigen auch in der Nacht, am Wochenende oder an Feiertagen Hilfe zur Selbsthilfe. Des Weiteren kommt einer Sozialstation die besondere Aufgabe zu, im Quartier den Kontakt zu den alten und kranken Menschen aufzubauen und zu halten. Die persönliche Beratung und Vermittlung von Netzwerkkontakten zwischen den pflegebedürftigen Menschen, den Angehörigen und den pflegenden, therapeutischen und medizinischen Versorgungseinrichtungen des Stadtteils sowie die patenschaftliche Begleitung der alten Menschen bis zum letzten Tag ihres Lebens sind weitere neue Aufgabenbereiche für die soziale Versorgung eines Quartiers.

Im Rahmen eines Case Managements ist zudem die Zusammenarbeit mit den Hausärzten zu verstärken, da sie über den Gesundheitszustand der alten Menschen am besten informiert sind, im Krankheitsfall über die Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim mitentscheiden und als Vertrauenspersonen für die älteren Menschen von besonderer Bedeutung sind.⁶²²

⁶²⁰ Vgl. Steinkamp/Werner (2000), S. 59–66.

⁶²¹ Vgl. Pflegedienste (1975), S. 2290 f.

⁶²² Vgl. Schmidt/Winkler (1997), S. 56 f.

Grundlage all diesen Handelns sollte die Philosophie sein, den pflegebedürftigen Menschen als ganzen Menschen zu betrachten, ihm täglich zu helfen, in Würde älter zu werden, auf seine individuellen Bedürfnisse einzugehen und sich stellvertretend für seine Belange einzusetzen, da er selbst dies aufgrund von Krankheit oder Verwirrtheit nicht mehr in vollem Umfang leisten kann.

7 Diskussion und Ausblick

Architektur kann nur dann den gesellschaftlichen Herausforderungen gerecht werden, wenn sie sich an den Bedürfnissen der Menschen orientiert. Diese Maxime, deren Befolgung leider immer noch nicht für alle Architekten selbstverständlich ist, wurde der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt. In einer interdisziplinären Vorgehensweise wurde gezeigt, wie Forschungsergebnisse aus den Bereichen der Sozialökologie, Stadtsoziologie, Psychologie und Medizin wichtige Grundlagen für die Planung eines bedarfsgerechten Gebäudekomplexes liefern können.

Als Beispiel wurde die Planung eines umfassenden innerstädtischen geriatrischen Zentrums gewählt. Diese Wahl erfolgte aus zwei Gründen:

- Kaum eine andere Gruppe unserer Gesellschaft hat in den vergangenen Jahren einen solchen Bedeutungszuwachs erlebt wie die alten und älteren Menschen. Dies gilt zunächst rein quantitativ, ablesbar an der demographischen Entwicklung, aber auch qualitativ zeichnet sich eine Neubewertung der verschiedenen Lebensphasen ab, die zu einer Höhergewichtung des Alters führt.
- Die meisten Wissenschaften haben auf diese gesellschaftlichen Tendenzen reagiert und gerontologische Fragestellungen intensiver als zuvor in ihr Forschungsrepertoire integriert. Im Bereich der Architektur allerdings sucht man bislang vergebens nach derartigen Entwicklungen.

Die Arbeit versteht sich daher als Modellstudie, die zu demonstrieren sucht, wie heute eine architektonische Planung für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse, Probleme und Vorlieben dieser Bevölkerungsgruppe erfolgen sollte. Auch wird gezeigt, wie die Architektur ihren Beitrag dazu leisten kann, gesellschaftliche Problemlagen zu bewältigen. Dieser Beitrag ist vor allem im Hinblick auf die Lebensbewältigung älterer und kranker Menschen gefragt, denn für diese Bevölkerungsgruppen ist das engere Wohnumfeld von besonders großer Bedeutung, und ihre Probleme werden derzeit zunehmend von einem familiären zu einem gesellschaftlich-öffentlichen Thema.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit noch einmal zusammenfassend dargestellt und diskutiert:

1. Ein geriatrisches Zentrum kann nur dann erfolgreich und bedürfnisgerecht arbeiten, wenn es zur **Erhöhung der Lebenszufriedenheit** älterer Menschen beiträgt. Die

Lebenszufriedenheit gilt heute in den gängigen psychologischen und sozialgerontologischen Modellen als entscheidender Indikator für eine gelungene Anpassung an den Alternsprozess und damit für „erfolgreiches Altern“. Eine hohe Lebenszufriedenheit ist zudem ein entscheidender Faktor für ein ausgeprägtes subjektives Wohlbefinden, für die Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung der „objektiven“ Gesundheit und damit für Langlebigkeit. Zu den zentralen Aufgaben eines geriatrischen Zentrums sollte es daher gehören, die älteren Menschen in ihrer Lebenszufriedenheit sowie in ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden positiv zu unterstützen.

Vorhandene geriatrische Einrichtungen zeigen in dieser Hinsicht noch vielfach Defizite. Die Einsicht, dass gesundheitliche Fortschritte eben nicht nur auf einer angemessenen medizinischen und/oder psychiatrischen Betreuung beruhen, sondern mindestens ebenso sehr auf der Förderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit, ist noch nicht zum Allgemeingut geworden. Allzu oft stehen Pflegeleichtigkeit und medizinische Funktionalität einseitig im Vordergrund und verhindern die Entstehung einer angenehmen Wohnatmosphäre. Der zunehmende Wettbewerbsdruck zwingt die Einrichtungen zu Rationalisierungsmaßnahmen, und diese gehen häufig zu Lasten des Wohlbefindens der alten Menschen. Die lange Zeit in der baulichen Gestaltung vorherrschenden dunklen Flure, stereotypen Raumfolgen und sterilen Raumgestaltungen lassen keine Lebenszufriedenheit aufkommen.

In der vorliegenden Arbeit wurde gezeigt, wie bauliche Maßnahmen und architektonische Interventionen, die z. T. schon mit geringem Aufwand zu bewerkstelligen sind, zu einer grundlegenden Verbesserung der Situation beitragen können. Eine aufgelockerte architektonische Gestaltung mit hohem Wiedererkennungs- und Erlebniswert, eine Inneneinrichtung, die an den Erinnerungswelten und den Vorlieben der alten Menschen orientiert ist, und Zimmer, die Individualität, Privatheit wie auch Kommunikation zulassen, tragen wesentlich zur Erhöhung des Wohlbefindens der Bewohner bei. Diese baulichen Aspekte sind daher von einem ähnlich hohen Therapiewert wie die richtige Pflege und medizinische Betreuung.

2. Im Zentrum der Altenpolitik und Altenhilfe steht seit einigen Jahren der Grundsatz der **Stärkung der Autonomie und Selbstständigkeit** älterer Menschen. Man hat es nicht mit unmündigen Hilfsbedürftigen zu tun, sondern mit Klienten, die ein Recht

darauf haben, dass mit ihnen gemeinsam nach Wegen gesucht wird, wie ihre gesundheitliche Situation verbessert und ihre Selbstständigkeit erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Eine bevormundende Rund-um-die-Uhr-Betreuung führt in vielen Fällen zu Resignation und körperlich-geistigem Verfall, wirkt also letztendlich kontraproduktiv. Ein zeitgemäßes und bedürfnisorientiertes geriatrisches Zentrum muss daher wesentlich darauf abzielen, die Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit seiner Klienten zu erhalten bzw. zu stärken.

Gerade in diesem Bereich besteht in den deutschen Altenpflegeeinrichtungen erheblicher Nachholbedarf. Nur langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass es nicht nur gegen fundamentale Grundrechte verstößt, sondern auch aus medizinisch-pflegerischer Sicht von Nachteil ist, die Selbstbestimmtheit der älteren Patienten zu beschneiden, nur um eine vermeintlich „reibungslöse“ Pflege zu gewährleisten. Ein idealtypisches geriatrisches Zentrum sollte die Autonomie und Selbstständigkeit der älteren Menschen so weit wie möglich stärken. Dies ist keineswegs nur eine Frage der Organisation, der Hausordnung oder des Pflegeverständnisses, sondern beginnt schon bei der Architektur. Die Bewohnerzimmer sollten so gestaltet sein, dass sie eine individuelle, bedürfnisgerechte Ausgestaltung ermöglichen, etwa durch eigene Möblierung. Selbstverständlich sollte das Vorhandensein eines eigenen Zimmerschlüssels, eines eigenen Telefonanschlusses und eines eigenen Briefkastens sein. Die Kombination von Rückzugsnischen und Kommunikationsräumen sollte jedem Bewohner Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung eröffnen.

3. Von höchster Bedeutung ist der Grundsatz **„Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Pflege“**, der seit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1996 die Altenhilfe bestimmt bzw. bestimmen sollte. Dahinter steht die Abkehr von dem lange Zeit vorherrschenden „Pflegefalldenken“, das Pflegebedürftigkeit als quasi schicksalhaften, endgültigen und unumkehrbaren Zustand begreift. Im Vordergrund zeitgemäßer Altenhilfe und Altenpflege sollte das Ziel stehen, Pflegebedürftigkeit durch die Stärkung der Präventions- und Rehabilitationsanstrengungen so weit wie möglich zu vermeiden bzw. zu überwinden.

Das derzeitige geriatrische Versorgungssystem in der Bundesrepublik entspricht diesen Anforderungen nicht. Die räumliche wie organisatorische Zersplitterung der Einrichtungen verhindert eine wirkungsvolle Rehabilitation, da die Patienten von einer Einrichtung in die nächste weitergeschoben werden und nicht die Möglichkeit

haben, jenen konstanten Umweltbezug aufzubauen, der gerade im Alter so wichtig ist. Eine wirkungsvolle geriatrische Prävention wiederum erfordert ein engmaschiges und flächendeckendes Netz von Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich, und gerade daran fehlt es derzeit noch.

An diesem Punkt wird die Notwendigkeit eines integrierten geriatrischen Zentrums deutlich, wie es in der vorliegenden Arbeit entwickelt wurde. Indem ein solches Zentrum alle geriatrischen Versorgungseinrichtungen unter einem Dach zusammenfasst, ermöglicht es den alten Menschen, die unterschiedlichsten Pflege- und Rehabilitationsangebote in vertrauter Umgebung in Anspruch zu nehmen, und schafft damit die Voraussetzungen für wirkungsvolle Rehabilitation. Als Koordinationszentrum aller ambulanten geriatrischen Angebote innerhalb eines Quartiers stellt es zudem die geeigneten Rahmenbedingungen für eine effektive Prävention zur Verfügung. Mit seiner Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungsstrukturen erfüllt es sowohl die Anforderungen der Sozialen Pflegeversicherung als auch die Bedürfnisse der alten und kranken Menschen.

4. In den letzten Jahren hat sich in der Altenhilfe der Grundsatz durchgesetzt, dass alten Menschen so lange wie möglich ein **unabhängiges Leben in ihrer vertrauten Umgebung** ermöglicht werden sollte. Dies entspricht ihren Bedürfnissen und trägt entscheidend zur Aufrechterhaltung ihrer Lebenszufriedenheit bei. Ältere Menschen entwickeln in der Regel eine besonders starke Identifizierung mit ihrer Wohnung bzw. ihrem näheren Wohnumfeld. Die Wohnung und einzelne Objekte in ihr sind für sie in besonders hohem Maß Träger von Erinnerungen und damit Teil ihrer Biographie und ihrer individuellen Identität. Einen Wohnungswechsel empfinden sie zumeist als belastenden Einschnitt im Lebenslauf.

Diesem Aspekt ist bislang in der geriatrischen Versorgung zu wenig Beachtung geschenkt worden. Lange Zeit gab es nur ein Entweder-oder: entweder Leben in der Privatwohnung oder – sofern dieses nicht mehr möglich ist – die vermeintlich endgültige Übersiedlung in ein Alten- oder Pflegeheim. Dazwischen gab es nichts, und die vermeintlich schicksalhaften, unumkehrbaren „Pflegefallkarrieren“ waren für viele alte Menschen vorgezeichnet.

Inzwischen hat ein gründliches Umdenken eingesetzt, und das wohnortnahe geriatrische Zentrum sollte ein unverzichtbares Element dieser Umorientierung sein. Erstens lässt sich dem Zentrum eine Wohnberatungsstelle angliedern, die alle notwendigen Wohnungsanpassungsmaßnahmen für ältere Menschen organisiert und

koordiniert, um diesen ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Dem gleichen Zweck dient die Intensivierung und Koordinierung der ambulanten Versorgung, die das Zentrum ähnlich einer Sozialstation übernimmt. Zweitens besteht die Möglichkeit, in der Umgebung und in enger Anbindung an das geriatrische Zentrum altengerechte Wohnungen zu errichten bzw. bestehende Wohnungen altengerecht anzupassen, um den Patienten die Möglichkeit der Remigration sichtbar vor Augen zu führen und zu einer erstrebenswerten Perspektive werden zu lassen. Erst dadurch, dass die Einrichtung sich nicht auf die stationäre Arbeit beschränkt, sondern die Interessen ihrer Klienten auch über ihre Grenzen hinaus vertritt, wird sie zu einem umfassenden Dienstleistungszentrum für alle alte Menschen des Quartiers.

5. Für ältere Menschen sind **Gefühle der Geborgenheit und des Zuhause-seins** von besonders großer Bedeutung. Das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten räumlichen Umgebung und der Geborgenheit in eben dieser Umgebung trägt wesentlich zur Erhaltung bzw. Steigerung der Lebenszufriedenheit, des Wohlbefindens und der Gesundheit im Alter bei. Heimatgefühle haben eine wichtige stabilisierende Funktion für ältere Menschen und entwickeln sich nur dann, wenn eine Kontinuität und Vertrautheit der Wohnumwelt gegeben ist.

Die traditionelle architektonische Gestaltung vieler geriatrischer Einrichtungen zeigt deutlich, dass diese Zusammenhänge den Planern lange Zeit völlig unbekannt waren. Die kasernenartigen Gebäudestrukturen mit stereotypen Mittelflurerschließungen, die unzureichende Belichtung und Beleuchtung der Räume sowie die kalte, unpersönliche Farb- und Materialwahl lassen solche Einrichtungen unpersönlich und krankenhaushaft wirken. Geborgenheits- oder gar Heimatgefühle können hier nicht aufkommen; in solchen Räumen fühlt sich niemand zu Hause.

In der vorliegenden Arbeit wurden zahlreiche Elemente eines zeitgemäßen Gegenentwurfs präsentiert. Architektonische bzw. baukonstruktive Aspekte wie warme, attraktive Farben, eine helle Belichtung und eine gemütliche Beleuchtung, gemusterte Tapeten und Parkettfußböden sowie kleinteilige, eher unebene Wandflächen mit Vertrautheitscharakter können wesentlich dazu beitragen, dass sich alte Menschen in einer solchen Einrichtung wohl und geborgen fühlen. Auch ist es sinnvoll, die Tradition der Privatwohnung als eines überschaubaren Lebenszentrums zumindest bis zu einem gewissen Grad in die Einrichtung zu integrieren und so trotz

der Pflegesituation eine Vertrautheit des Wohnens zu erzeugen. Eine Möglichkeit hierzu bietet das Modell kleiner, organisatorisch wie architektonisch in sich abgeschlossener Hausgemeinschaften mit festen Bezugspflegepersonen. Die Bewohner fühlen sich in diesem überschaubaren Rahmen sicher, können Vertrauen zu ihrer Bezugsperson aufbauen und leben fast wie in einer privaten Hausgemeinschaft. Auf diese Weise sollte ein idealtypisches geriatrisches Zentrum das Geborgenheitsvakuum, das bei vielen alten Menschen nach dem Verlassen der eigenen Wohnung besteht, füllen und den Klienten so weit wie möglich ein Gefühl des Zuhause-seins vermitteln.

6. Zu den zentralen Prinzipien eines geriatrischen Zentrums sollte jenes der **Gemeinwesenorientierung** zählen. Für die Lebenszufriedenheit und die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen ist es zum einen von entscheidender Bedeutung, dass sie alle für sie wichtigen Einrichtungen in fußläufiger Erreichbarkeit vorfinden. Zum anderen benötigen die älteren Menschen zur Aufrechterhaltung ihrer Autonomie ein ausreichendes Angebot an quartiersbezogenen ambulanten und teilstationären Einrichtungen bzw. Diensten der Altenhilfe.

Tatsächlich aber folgen die meisten geriatrischen Einrichtungen bislang nicht dem Prinzip der Gemeinwesenorientierung, sondern jenem der Gettoisierung. Die alten und kranken Menschen werden in abgelegenen Gebäuden auf der „grünen Wiese“ untergebracht, wohl weil man den noch gesunden und rüstigen Teilen der Bevölkerung den Anblick pflegebedürftiger alter Menschen nicht zumuten will. Begründet wird dies mit Aspekten wie Ruhe, Naturnähe und Abgeschlossenheit. Tatsächlich fehlen den alten Menschen hier jedoch jene innerstädtischen Infrastruktureinrichtungen, die zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen Lebens notwendig sind, und sie werden von ihren bestehenden sozialen Netzwerken abgeschnitten.

Für ein idealtypisches geriatrisches Zentrum ist daher eine zentrale innerstädtische Lage zu fordern. Es sollte der räumliche Mittelpunkt eines Quartiers sein, um auch sein sozialer Mittelpunkt werden zu können. Für die alten Menschen hat dies mehrere entscheidende Vorteile. Erstens wird ihrer sozialen Entwurzelung vorgebeugt; sie bleiben in ihrem vertrauten Quartier und können ihre bestehenden sozialen Kontakte weiter pflegen. Dazu tragen Elemente wie z. B. ein öffentlicher Mittagstisch im Rahmen des Zentrums oder die Integrierung einer öffentlichen

Altenbegegnungsstätte bei. Zweitens können die alten Menschen auch weiterhin die ihnen vertrauten Infrastruktureinrichtungen wie Läden, Cafés, Verkehrsmittel, Dienstleistungen etc. nutzen; dies gibt ihnen die Möglichkeit, ihre Eigenaktivität in vielen Bereichen des täglichen Lebens aufrechtzuerhalten. Das geriatrische Zentrum sollte als integrativer Bestandteil des Quartiers dazu beitragen, dieses als Erlebnisraum, als Ort der eigenen Biographie, als Heimat zu erhalten oder neu dazu werden zu lassen. So kann es nicht zuletzt zum Motor für die humane städtebauliche Umgestaltung werden.

7. Eine der zentralen Voraussetzungen für erfolgreiches Altern ist die **Aufrechterhaltung oder Verbesserung der sozialen Integration** älterer Menschen. Soziale Integration geht mit einer besseren Gesundheit, einem höheren Wohlbefinden und einer höheren Lebenserwartung einher; Einsamkeit dagegen beeinträchtigt die Gesundheit und die Lebenserwartung. Daher sollten Bemühungen zur Stärkung der Sozialkontakte älterer Menschen zu den zentralen Aufgaben jeder geriatrischen Einrichtung gehören.

Traditionelle Einrichtungen erwecken jedoch vielfach den Eindruck, dass diese sozialen und kommunikativen Aspekte weder bei der Planung noch im Betrieb ausreichend berücksichtigt werden. Viel zu große Pflegeabteilungen mit krankenhausartigem Charakter verhindern das Zustandekommen sozialer Beziehungen und anonymisieren den Alltag der Bewohner. In den Speise- und Gemeinschaftsräumen – sofern überhaupt in nennenswerter Anzahl vorhanden – dominiert das Repräsentative die Gemütlichkeit; auch diese Räume sind zumeist viel zu groß und werden von den alten Menschen nicht angenommen. Die Aufenthaltsräume dienen oft als kollektive Verwahrorte und lassen jede Attraktivität vermissen. Ein soziales Miteinander kann in derartigen Räumlichkeiten nicht stattfinden.

Ein zeitgemäßes, idealtypisches geriatrisches Zentrum sollte hier grundsätzlich andere Wege gehen. Die Pflegeabteilungen sind deutlich zu verkleinern, denn den meisten alten Menschen gelingt es nur in kleinen, überschaubaren Gruppen, sich zu öffnen und soziale Nähe zuzulassen. Familienähnliche Kleingruppen, unterstützt durch eine entsprechend kleinräumliche bauliche Gestaltung, erleichtern den Bewohnern die Orientierung und fördern die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Gemütliche Wohnküchen und Gemeinschaftsräume sowie kleine, liebevoll gestaltete Ecken und Nischen auf den Fluren erzeugen ein

kommunikationsfreundliches Klima. Genauso wichtig sind jedoch Räume, die Privatheit und Alleinsein garantieren, denn gerade alte Menschen sind oft nur dann bereit, sich zu öffnen, wenn sichere Rückzugsmöglichkeiten bestehen. Darüber hinaus sollte es zu den Aufgaben eines geriatrischen Zentrums gehören, die bestehenden Freundschafts- und Nachbarschaftsnetzwerke älterer Menschen im Quartier zu stützen.

8. Ältere Menschen zeigen heute deutlich gestiegene Ansprüche an das Leben, die sich gegenüber früheren Zeiten vor allem in einem **höheren Aktivitätsniveau** und einer **anspruchsvolleren Freizeitgestaltung** ausdrücken. Traditionelle Vorstellungen von Genügsamkeit und Bescheidenheit, mit denen das Alter früher gemeinhin in Verbindung gebracht wurde, sind heute veraltet und müssen aufgegeben werden. Eine breite Palette an differenzierten Freizeitstilen im Alter hat sich entwickelt, und die Freizeitangebote für ältere Menschen nehmen kontinuierlich zu. Die Möglichkeit, den eigenen Freizeitstil verwirklichen zu können, trägt wesentlich zur Hebung der Lebenszufriedenheit älterer Menschen bei und fördert ihre Gesundheit, ihre soziale Integration und ihre Selbstständigkeit.

Ein modernes geriatrisches Zentrum muss dieser neuen Bedürfnislage gerecht werden, und zwar sehr viel stärker, als dies bisher in den meisten geriatrischen Einrichtungen der Fall ist. Dort sind immer noch formalisierte, vorgeschriebene Essens-, Bade-, Aufsteh- und Ruhezeiten die Regel, die den Tagesablauf der Bewohner streng reglementieren. Freizeitangebote werden meist nur in rudimentärer Form gemacht, eigenverantwortliche Tätigkeiten der alten Menschen sind in der Regel unerwünscht.

Bei der Planung und Realisierung eines idealtypischen geriatrischen Zentrums ist demgegenüber in besonderer Weise darauf zu achten, dass die verschiedenen Freizeitbedürfnisse der Klienten berücksichtigt werden, um ihnen ein aktives Leben zu ermöglichen bzw. sie dazu zu ermutigen. In der vorliegenden Arbeit wurden zahlreiche Beispiele und Anregungen genannt. Die alten Menschen sollten Raum für eigenverantwortliche Tätigkeiten haben, etwa bei der Zubereitung des Essens oder bei der Vorbereitung gemeinsamer Aktivitäten, um das Gefühl zu haben, „gebraucht zu werden“. Die Einrichtung sollte über einen kleinen Nutzgarten verfügen sowie über erlebnisreiche und sichere Spazierwege, über einen Lese- und Musikraum, einen Ausstellungs- und Versammlungsraum, eine Cafeteria und eine Werkstatt. Auch sollte es Räume geben, in denen die Bewohner ungestört Besucher empfangen

können, und natürlich eine ausreichende Zahl von Aufenthalts- und Gemeinschaftsräumen mit entsprechenden Aktivitätszonen.

9. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass eine **sowohl anregende und stimulierende wie auch sichere und orientierende Umgebung** für ältere Menschen von größter Bedeutung ist. Anregende und stimulierende Umweltbedingungen fördern ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten und tragen zur Aufrechterhaltung der Umweltkompetenz und Lebenszufriedenheit im Alter bei. Sichere und orientierende Umweltbedingungen wiederum wirken dem Aufkommen von Angst und Unsicherheit entgegen, ermöglichen die Aufrechterhaltung der Privatsphäre und fördern Gefühle der Geborgenheit und Vertrautheit.

In den meisten herkömmlichen geriatrischen Einrichtungen werden die Sicherheitsanforderungen einseitig überbewertet. Dies folgt dem veralteten Defizitmodell des Alters. Anregende und stimulierende Umweltbedingungen werden dagegen vernachlässigt.

Ein bedürfnisgerechtes geriatrisches Zentrum sollte zwischen beiden Anforderungsaspekten vermitteln. Wie dies geschehen kann, wurde in der vorliegenden Arbeit beispielhaft demonstriert. Barrierefreie und rutschsichere Wege dienen sowohl der Sicherheit der Bewohner als auch der Erhaltung und Förderung ihrer Mobilität. Die Orientierung der alten Menschen kann durch eine klare Raumanordnung, leicht verständliche und in ihrer Bedeutung eindeutige Piktogramme, große Kalender und Türen sowie eine farblich einheitliche und eindeutige Gestaltung der Funktionsräume gewährleistet werden. Der Anregung und Stimulation dienen z. B. ausreichend niedrige Fensterbänke, so dass auch im Sitzen Ausblicke nach draußen möglich sind (besonders wichtig für Rollstuhlbenutzer), Freisitze mit Sitzmöglichkeiten, Spazierwege im Wohnumfeld oder helle und geräumige Treppenhäuser, die Kommunikation und Sozialkontakte fördern.

Ein bedürfnisorientiertes, idealtypisches geriatrisches Zentrum sollte ein integratives, stationäres und teilstationäres Pflege- und Therapiezentrum, einen Wohnbereich mit Wohngruppenhäusern, ein Koordinationszentrum für die ambulante Versorgung und ein Informations- und Versammlungszentrum für alle alten Menschen des Quartiers umfassen. Die idealtypische Geriatrie als architektonisches und stadtsoziologisches Konstrukt bedarf der ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfe sowie der professionellen Patenschaft, um die unterschiedlichen bereits bestehenden Gesundheitsversorger

miteinander zu verbinden und daraus ein quartierbezogenes Gesundheitsnetzwerk zu entwickeln, das transparent und menschenorientiert ist. Sie dient als Infocenter für alle stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsträger im Netzwerk des Quartiers. Um all diesen Anforderungen gerecht werden zu können, ist das Vorhandensein eines multiprofessionellen, interdisziplinären Teams erforderlich, das Ärzte, Therapeuten, Pfleger, Sozialarbeiter, Architekten, Psychologen und Soziologen umfasst. Dieses Team kann, da es im geriatrischen Zentrum über alle modernen Versorgungsstrukturen unter einem Dach verfügt, für jeden alten Menschen einen individuellen, genau auf die jeweiligen Bedürfnisse und Umweltbedingungen abgestimmten Versorgungsplan erstellen und die Finanzierung mit den Sozialleistungsträgern abklären. Dies erhöht die Durchlässigkeit der Versorgungsstufen und sichert die Qualität bei der Überleitung zwischen den Behandlungsphasen, bedingt aber gleichzeitig eine erhebliche qualitative und quantitative Verbesserung der ambulanten Pflege als dem zurzeit schwächsten Glied der rehabilitativen Versorgung. Darüber hinaus sollte das geriatrische Zentrum ein Forum für Veranstaltungen und Gespräche aller administrativen, kirchlichen, sozialen und privaten Gruppen des Stadtteils sein, um gemeinsame Interessen synergetisch für die Allgemeinheit zu nutzen und Divergenzen abzubauen. Auch sollte eine aufsuchende Beratung Teil des Angebotes sein, um Probleme in der älteren Bevölkerung des Quartiers frühzeitig zu erkennen und ihnen präventiv zu begegnen. Schließlich sollte das geriatrische Zentrum eine Anlaufstelle für pflegende Angehörige sein, die Unterstützung benötigen bzw. die Probleme des häuslichen Pflegealltags nicht mehr allein bewältigen können.

Die Anforderungen an ein solches Zentrum sind demnach umfangreich und differenziert. Die vorliegende Arbeit hat jedoch gezeigt, dass eine derartige patientenorientierte Architektur realisierbar und bezahlbar ist und sich auch mit knappen finanziellen Ressourcen verwirklichen lässt. Der zunehmende Wettbewerbsdruck auf dem Gesundheits- und Pflegemarkt wird außerdem dazu führen, dass sich langfristig nur noch solche Einrichtungen behaupten können, die eine hohe Nutzerzufriedenheit aufweisen. Diese Anforderung erfüllt das vorgestellte geriatrische Zentrum mit seiner ausgeprägten Bedürfnis- und Patientenorientierung in besonders hohem Maß. Es bildet gewissermaßen die architektonische Entsprechung zum gesellschaftlichen Strukturwandel des Alters und zu den gesundheits- und pflegepolitischen Entwicklungen der jüngsten Zeit.

Sicherlich ist auch ein solches Zentrum kein „Allheilmittel“ gegen die gesundheitlichen und sozialen Probleme alter Menschen in unserer Gesellschaft. Aber es vermag sie durch ein integriertes Netzwerk an Wohn-, Therapie- und Pflegeformen im Rahmen seiner Möglichkeiten zu lindern. Damit steht das hier entworfene geriatrische Zentrum exemplarisch für eine Architektur, die von den Bedürfnissen der Menschen ausgeht, ihre gesellschaftliche Verantwortung ernst nimmt und mit problemgerechten baulichen Lösungen auf die sozialen Herausforderungen unserer Zeit reagiert.

Literaturverzeichnis

- Albrecht (2001):** Albrecht, Harro: Kritik der reinen Pauschale. Gesundheitswesen, in: Die Zeit 22/2001, Bereich Wissen, S. 1–5.
- Amann (1994):** Amann, Anton: „Offene“ Altenhilfe. Ein Politikfeld im Umbruch, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 319–347.
- AOK (2003):** Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Antrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, BT-Drs. 15/1174, 20.06.2003, S. 1–12.
- Asam (1995):** Asam, Walter H.: Altenpolitik in der Gemeinde. Eine Verortung der neuen Kultur des Helfens, in: Asam, Walter H./Greiffenhagen, Sylvia/Altmann, Uwe u. a. (Hrsg.): Wohnen und Pflegen. Neue Wege zur gemeindeorientierten Altenpolitik, Freiburg i.B. 1995, S. 17–34.
- AWO (2003):** Arbeiter-Wohlfahrt (AWO) Essen: Generationenverbund Miteinander – Altenwohnanlage, in: Wohnprojekt Wohngemeinschaft, Essen 2003, S. 1–3.
- Backes (1998):** Backes, Gertrud M.: Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung, in: Clemens, Wolfgang/Backes, Gertrud M. (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel, Opladen 1998, S. 23–60.
- Backes/Clemens (1998):** Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternforschung, Weinheim/München 1998.
- Ballnus (1995):** Ballnus, W.: Die Hospizidee – Eine neue Ars moriendi?, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28/1995, S. 242–246.
- Balsen (1996):** Balsen, Werner: Konsumverhalten, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 194–200.
- Baltes/Baltes (1989):** Baltes, Paul B./Baltes, Margret M.: Erfolgreiches Altern: mehr Jahre und mehr Leben, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2/1989, S. 5–10.
- Balzer (2002):** Balzer, Katrin: Treffpunkt Leben. Zu Besuch im Caritas-Altenzentrum St. Josef, Köln, in: Pflegezeitschrift 2002, H. 5, S. 314.

- Bauordnung Nordrhein-Westfalen (2003):** Bauordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (BauONRW) – 26. neubearbeitete Auflage in der Fassung vom Januar 2003, Stuttgart 2003.
- Baur et al. (1997):** Baur, Rita/Czock, Heidrun/Klein, Christine u. a.: Datenreport Alter. Individuelle und sozioökonomische Rahmenbedingungen heutigen und zukünftigen Alterns. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart/Berlin/Köln 1997.
- Besselmann/Sowinski/Rückert (1998):** Besselmann, Klaus/Sowinski, Christine/Rückert, Willi: Qualitätshandbuch Wohnen im Heim – Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1998.
- BIVA (2003):** Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen (BIVA) e.V., in: BIVA-Informationen, Nr. 120 vom 06.03.2003, S. 4 ff.
- BKI (2003):** BKI – Baukosteninformationszentrum Deutscher Architektenkammern (Hrsg.): Kostenkennwerte für Gebäude und Bauelemente, 2 Bände, 2003.
- Blasius (1996):** Blasius, Jörg: Neue Lebensstile und Wohnformen. Der Wandel von innenstadtnahen Wohngebieten infolge der Wiederaufwertung, in: Schäfers, Bernhard/Wewer, Göttrik (Hrsg.): Die Stadt in Deutschland. Soziale, politische und kulturelle Lebenswelt, Opladen 1996, S. 183–199.
- BMA (1999/2000):** Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherung: Modellprojekte zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger – eine architektonische Dokumentation, Bde. 6/7, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1999/2000.
- BMA (2003):** Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherung: Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens, Berlin 2003.
- BMFS (1993):** Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.): Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn 1993.
- BMFSFJ (1998):** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht. Wohnen im Alter, Bonn 1998.
- BMFSFJ (2001):** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2001.

- BMFSFJ (2002):** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Altenbericht. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger, Berlin 2002.
- Borchelt et al. (1996):** Borchelt, Markus/Gilberg, Reiner/Horgas, Ann L. u. a.: Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter, in: Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996, S. 449–474.
- Borchelt/Steinhagen-Thiessen (2001):** Borchelt, Markus/Steinhagen-Thiessen, Elisabeth: Ambulante geriatrische Rehabilitation. Standortbestimmung und Perspektiven, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34/2001, Suppl. 1, S. 21–29.
- Brandeins (2003):** Brandeins Wirtschaftsmagazin. Nachrichten vom 06.03.2003, S. 7 f.
- Brandenburg (1996):** Brandenburg, Hermann: Formen der Lebensführung im Alltag bei hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen. Zusammenhänge zur Gesundheit und zum sozial-räumlichen Kontext, Regensburg 1996.
- Brech (1997):** Brech, Joachim: Integriertes Wohnen. Das Beispiel Kempten, in: Blonski, Harald (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe, Weinheim/Basel 1997, S. 201–214.
- Breuer/Fuhrich (1993):** Breuer, Bernd/Fuhrich, Manfred: Städtebauliche Modellprojekte zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen älterer Menschen, in: Brasse, Barbara/Klingeisen, Michael/Schirmer, Ulla (Hrsg.): Alt sein – aber nicht allein. Neue Wohnkultur für Jung und Alt, Münster 1993, S. 249–260.
- Breuer/Fuhrich (1995):** Breuer, Bernd/Fuhrich, Manfred: Wohnen im Alter – zuhause im Wohnquartier. Forschungsvorhaben des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus. Im Auftrag des Bundesministeriums für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, Bonn 1995.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2002):** Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.: Präambel, Leitlinien der Hospizarbeit, 2002.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2001):** Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation: Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation. Geriatrische Versorgung und Bedeutung der Rehabilitation, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2001, S. 1-3.

- Bundessozialhilfegesetz (1984):** Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30.06.1961, in der Fassung vom 01.01.1984.
- Buschmann/Winter (2000):** Buschmann, Hildegard/Winter, Hans-Peter: BMG Modellprojekte. Eine architektonische Dokumentation. Typische Mängel und Anforderungen bei der baulichen Ausführungs- und Detailplanung von Pflegeeinrichtungen, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Köln 2000.
- Csikszentmihalyi/Rochberg-Halton (1989):** Csikszentmihalyi, Mihaly/Rochberg-Halton, Eugene: Der Sinn der Dinge. Das Selbst und die Symbole des Wohnbereichs, München/Weinheim 1989.
- Dettling (2001):** Dettling, Warnfried: Die Stadt und ihre Bürger. Neue Wege in der kommunalen Sozialpolitik. Grundlagen, Beispiele, Perspektiven, Gütersloh 2001.
- Dettmann-Reggentin (2000):** Dettmann-Reggentin, Jürgen: Workshop Hannover: Gemeinschaftliches Wohnen, in: Newsletter Selbstbestimmt Wohnen im Alter vom 05.04.2000, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 2–4.
- Deutsche Gesellschaft (2001):** Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.: Das Hamburger Albertinen-Krankenhaus, in: Geriatrie online 1/2001, S. 1.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003):** Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.): Positionen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, Berlin 2003.
- Deutsches Zentrum (1998):** Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung, Hannover 1998.
Bd. I: Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen.
Bd. III: Wohnformen älterer Menschen im Wandel.
Bd. V: Betreutes Wohnen und Wohnen im Heim.
- Deutsches Zentrum (2002):** Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band I: Das hohe Alter – Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität, Hannover 2002.
- Dibelius (2000):** Dibelius, Olivia: Verwitwung, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 158–162.
- Dieck (1989):** Dieck, Margret: Die Altenwohngemeinschaft bleibt der Exot unter den Wohnformen im Alter, in: Fortschritte der Medizin 107/1989, S. 655–656.
- DIN 4109 (1992):** DIN 4109: Schallschutz im Hochbau; Anforderungen und Nachweise. Ausführungsbeispiele und Rechenverfahren, zuletzt geändert 8/1992.

- DIN 4102 (1977–1998):** DIN 4102: Brandverhalten von Baustoffen und Bauteilen.
Teil 1: Baustoffe; Begriffe, Anforderungen und Prüfungen, 5/1998.
Teil 2: Bauteile; Begriffe, Anforderungen und Prüfungen, 9/1977.
Teil 3: Brandwände und nichttragende Außenwände; Begriffe, Anforderungen und Prüfungen, 9/1977.
Teil 4: Zusammenstellung und Anwendung klassifizierter Baustoffe, Bauteile und Sonderbauteile, 3/1994.
Teil 5: Brandverhalten von Baustoffen und Bauteilen, 9/1977.
Teil 6: Brandverhalten von Baustoffen und Bauteilen, 9/1977.
- DIN 18024 (1996–98):** DIN 18024: Behinderten- und altengerechte Bauausführung öffentlich zugänglicher Gebäude. Barrierefreies Bauen.
Teil 1: Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze; Planungsgrundlagen, 1/1998.
Teil 2: Öffentlich zugängliche Gebäude und Arbeitsstätten; Planungsgrundlagen, 11/1996.
- DIN 18025 (1992):** DIN 18025, Teil 1 und 2: Barrierefreie Wohnungen, Wohnungen für Rollstuhlbenutzer; Planungsgrundlagen, 12/1992.
- DIN 18195 (2003):** DIN 18195, Teil 100: Bauwerksabdichtungen; Vorgesehene Änderungen zu den Normen DIN 18195 Teil 1 bis 6, 6/2003.
- DIN 18336 (2002):** VOB – Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, Teil C: Allgemeine Technische Vertragsbedingungen für Bauleistungen (ATV); Abdichtungsarbeiten, 12/2002, S. 525-534.
- DIN 18338 (2002):** VOB – Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, Teil C: Allgemeine Technische Vertragsbedingungen für Bauleistungen (ATV); Dachdeckungs- und Dachabdichtungsarbeiten, 12/2002, S. 535-550.
- DIN 18351 (2002):** VOB – Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, Teil C: Allgemeine Technische Vertragsbedingungen für Bauleistungen (ATV); Fassadenarbeiten, 12/2002, S. 593-603.
- Doh (2000):** Doh, Michael: Medien, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 424–429.
- Driesen (2002):** Driesen, Oliver: Ein Schnitt nach vorn, in: Brandeins Wirtschafts magazin 5/2002, S. 1–8.

- Eckel (1996):** Eckel, Eva Maria: Wandel des Verhaltens im veränderten großstädtischen öffentlichen Raum, in: Schäfers, Bernhard/Wewer, Göttrik (Hrsg.): Die Stadt in Deutschland. Soziale, politische und kulturelle Lebenswelt, Opladen 1996, S. 163–181.
- Eisenreich/Scholl (1998):** Eisenreich, Claudia/Scholl, Annette: Leben in familienähnlichen Wohnformen, Hausgemeinschaften, Hofjes, Cantous, in: PROALTER 1/1998.
- Erdmann/Biel/Pfeiffer (2002):** Erdmann, Rolf/Biel, Peter/Pfeiffer, Karin: Hörgeschädigte Senioren. Eine Informationsschrift für Behörden und Ämter, Träger von Heimen, Krankenhäuser, Pflegekräfte und Betroffene, hrsg. vom Deutschen Schwerhörigenbund e.V., 2002.
- Etzioni (1997):** Etzioni, Amitai: Die Verantwortungsgesellschaft. Individualismus und Moral in der heutigen Demokratie, Frankfurt a.M./New York 1997.
- Ferring/Filip (1999):** Ferring, D./Filip, S.-H.: Soziale Netze im Alter. Selektivität in der Netzwerkgestaltung, wahrgenommene Qualität der Sozialbeziehungen und Affekt, in: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 31/1999, S. 127–137.
- Fessler (1998):** Fessler, Heidrun: Veränderung von Einstellung und Verhalten beim Pflegepersonal, in: Hailer, Bettina/Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Revolution im Pflegeheim. Altenpflege im Spannungsfeld politischer Zwänge und marktwirtschaftlicher Anpassung, Ulm 1998, S. 155–167.
- Fischer (1995):** Fischer, Manfred: Stadtplanung aus der Sicht der Ökologischen Psychologie, Weinheim 1995.
- Fischer-Uhlig (1996):** Fischer-Uhlig, Horst: Das Mehrgenerationenhaus. Grundzüge seiner Planung, in: Bundesbaublatt 45/1996, S. 616–619.
- Flade (1997):** Flade, Antje: Wohnen im Alter aus psychologischer Sicht, in: Blonski, Harald (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe, Weinheim/Basel 1997, S. 17–30.
- Forschungsprojekt (2003):** Forschungsprojekt Geschichtliche Entwicklung der Gesundheitszentren, Universität Osnabrück, in: Data Sozialwissenschaften, Osnabrück 2003, S. 1–3.
- Forster/Rückert (1996):** Forster, Jürgen/Rückert, Willi: Pflege und Pflegebedürftigkeit, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 227–241.

- Forum (1999):** Forum für gemeinschaftliches Wohnen im Alter, Bundesvereinigung e.V., Regionalgruppe Hamburg/Schleswig-Holstein (Hrsg.): Neue Wohnformen für Alt und Jung, 3. aktualisierte Auflage, 1999.
- Forum für Senioren (2003):** Forum für Senioren. Die Lifestyle Community 50plus. Beispiele von Wohnprojekten in der BRD, 2003.
- Frerichs/Naegele (1999):** Frerichs, Frerich/Naegele, Gerhard: Zum Internationalen Jahr der Senioren (IV). Offene Altenarbeit – ein vernachlässigter Bereich der Altenpolitik in Deutschland, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 50/1999, S. 169–174.
- Friedrichs (1990):** Friedrichs, Jürgen: Aktionsräume von Stadtbewohnern verschiedener Lebensphasen, in: Bertels, Lothar/Herlyn, Ulfert (Hrsg.): Lebenslauf und Raumerfahrung, Opladen 1990, S. 161–178.
- Friedrichs (1995):** Friedrichs, Jürgen: Stadtsoziologie, Opladen 1995.
- Fuhrmann (2001):** Fuhrmann, R.: Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34/2001, S. 16–20.
- Fuhrmann/Uhlig (1997):** Fuhrmann, R./Uhlig, T.: Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland, in: Geriatrie Praxis 9/1997, H. 10, S. 16–24.
- Füsgen (1993):** Füsgen, Ingo (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Geriatrie, München 1993.
- Füsgen/Summa (1995):** Füsgen, Ingo/Summa, J.D.: Geriatrie. Studienbuch für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Altenpflegerinnen, Altenpfleger und medizinisch-technische Assistentinnen, 3. Aufl., Stuttgart/Berlin/Köln 1995.
- Geißler (1998):** Geißler, Clemens: Urbanität durch Solidarität – Hält das soziale und kulturelle Netzwerk der Stadt?, in: Sauberzweig, Dieter/Laitenberger, Walter (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Zukunft der Stadt, Baden-Baden 1998, S. 113–130.
- Gerngroß-Haas (1997):** Gerngroß-Haas, Gabriele: Betreutes Wohnen im Alter: Eine kritische Bilanz, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 48/1997, H. 7, S. 14–19.
- Giessler/Müller (1996):** Giessler, Joachim F./Müller, Claudia: Wohnen im Alter. Grundlagen, Arbeitsmittel und Planungshilfen für den Innenausbau, Stuttgart 1996.
- Gilberg (1997):** Gilberg, Reiner: Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen im höheren Lebensalter, Diss. Berlin 1997.

- Glinski-Krause/Jonas/Nakielski (1996):** Glinski-Krause, Beate/Jonas, Ines/Nakielski, Hans: Heime, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 175–194.
- Gofferje (2003):** Gofferje, Astrid Viciano: Die stille Not der Alten, FOCUS vom 17.2.2003, S. 90–93.
- Großhans (2001):** Großhans, Hartmut: Wohnumfeld und Quartiersgestaltung für das Wohnen im Alter im Generationenverbund, Stuttgart 2001.
- Großjohann/Stolarz (2002):** Großjohann, Klaus/Stolarz, Holger: Wohnkonzepte und Erhaltung von geistiger Kompetenz, in: Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Gerontologie und Sozialpolitik, Stuttgart/Berlin/Köln 2002, S. 109–135.
- Grün (1998):** Grün, O.: Zukünftige Organisationsstrukturen für Alters- und Pflegeheime, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31/1998, S. 398–406.
- Gutachten (2001):** Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KAG) zu Über-, Unter- und Fehlversorgung, Band III, Berlin 2001.
- Hagen (2002):** Hagen, Bernd: Aspekte der Unselbstständigkeit im höheren Lebensalter, in: Kaiser, Heinz Jürgen (Hrsg.): Autonomie und Kompetenz. Aspekte einer gerontologischen Herausforderung, Münster 2002, S. 87–107.
- Hahn (1992):** Hahn, E.: Ökologischer Stadtumbau. Theorie und Konzept, Frankfurt a.M. 1992.
- Hailer (1998):** Hailer, Bettina: Erlös- und pflegebedürftigkeitsorientierter Personaleinsatz in der Pflege, in: Hailer, Bettina/Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Revolution im Pflegeheim. Altenpflege im Spannungsfeld politischer Zwänge und marktwirtschaftlicher Anpassung, Ulm 1998, S. 99–108.
- Hank/Helmstaedter (1996):** Hank, Sylvia/Helmstaedter, Claudia: Freizeit, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 127–133.
- Hannemann/Sewing (1998):** Hannemann, Christine/Sewing, Werner: Gebaute Stadtkultur. Architektur als Identitätskonstrukt, in: Göschel, Albrecht/Kirchberg, Volker (Hrsg.): Kultur in der Stadt. Stadtsoziologische Analysen zur Kultur, Opladen 1998, S. 55–79.
- Harris/Klie/Ramin (1995):** Harris, Roland/Klie, Thomas/Ramin, Egbert: Heime zum Leben. Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung, Hannover 1995.
- Hassenpflug (1993):** Hassenpflug, Dieter: Sozialökologie. Ein Paradigma, Opladen 1993.

- Hassenpflug (2002):** Hassenpflug, Dieter: Die europäische Stadt als Erinnerung, Leitbild und Fiktion, in: Hassenpflug, Dieter (Hrsg.): Die Europäische Stadt – Mythos und Wirklichkeit, 2. Aufl., Münster 2002, S. 11–48.
- Häußermann (2002):** Häußermann, Hartmut: Global, lokal, sozial. Von der Unteilbarkeit der Stadt, in: Walther, Uwe-Jens (Hrsg.): Soziale Stadt – Zwischenbilanzen. Ein Programm auf dem Weg zur Sozialen Stadt?, Opladen 2002, S. 71–84.
- Heeg (1994):** Heeg, Sybille: Verbesserte Wohnkonzepte für Menschen im Heim aus der Sicht einer Architektin, in: Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort?, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1994, S. 219–230.
- Heek (1997):** Heek, Christian: Kunst und Kultur im Krankenhaus, Münster 1997.
- Heimgesetz (2002):** Heimgesetz (HeimG) vom 07.08.1974 (Bundesgesetzblatt 1974/I, S. 1873) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23.04.1990, geändert durch das zweite Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 03.02.1997, neugefasst durch Bekanntmachung vom 05.11.2001 (Bundesgesetzblatt 2001/I, S. 2970), geändert am 23.07.2002 (Bundesgesetzblatt 2002/I, S. 2850).
- Heimmindestbauverordnung (1990):** Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) vom 27.01.1978 (Bundesgesetzblatt 1978/I, S. 189), geändert am 03.05.1983 (Bundesgesetzblatt 1983/I, S. 547), zuletzt in der Fassung vom 25.09.1990.
- Heimmitwirkungsverordnung (2002):** Heimmitwirkungsverordnung (HeimMitwirkVO), zuletzt neu gefasst durch Bekanntmachung vom 25.07.2002, Bundesgesetzblatt 2002/I, S. 2896.
- Heimpersonalverordnung (1998):** Heimpersonalverordnung (HeimPersVO). Verordnung über personelle Anforderungen für Heime vom 19.07.1993 (Bundesgesetzblatt 1993/I, S. 1205), zuletzt geändert am 22.06.1998 (Bundesgesetzblatt 1998/I, S. 1506).
- Heimsicherungsverordnung (1978):** Heimsicherungsverordnung (HeimSichVO) in der Fassung vom 24.04.1978 (Bundesgesetzblatt 1978/I, S. 553).
- Heimverordnung (1969):** Verordnung über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (HeimVO) vom 07.10.1969 (Bundesgesetzblatt 1969/I, S. 195).

- Hein (1998):** Hein, Ulrich: Generationskonflikte in Familien aus landwirtschaftlichen Betrieben, in: Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt der Nordelbischen Ev.-Luth. Kirche, Oktober 1998, S. 6–20.
- Heine (2002):** Heine, Wolfgang: Auswirkungen der DRG-Einführung in der stationären Versorgung auf die Rehabilitation. Vortrag in der Klinik Bad Rippoldsau vom 10.06.2002.
- Heine (2003):** Heine, Wolfgang: Die reha-vernetzte Gesundheitssicherung. Vortrag anlässlich des MEDVANTIS-Kongresses „Zukunftssicherung im Gesundheitswesen“, Berlin, am 24./25.01.2003.
- Heinemann-Knoch/Schönberger (1999):** Heinemann-Knoch, Marianne/Schönberger, Christine: Pflege in Einrichtungen, in: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis, Weinheim/Basel 1999, S. 629–644.
- Helmchen et al. (1996):** Helmchen, Hanfried/Baltes, Margret M./Geiselmann, Bernhard u. a.: Psychische Erkrankungen im Alter, in: Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996, S. 185–219.
- Herlyn (1990):** Herlyn, Ulfert: Zur Aneignung von Raum im Lebensverlauf, in: Bertels, Lothar/Herlyn, Ulfert (Hrsg.): Lebenslauf und Raumerfahrung, Opladen 1990, S. 7–34.
- Hin et al. (1988):** Hin, Uli/Koliusis, Niko/Rötzel, Max von/Pfleiderer, Karlhans/Mybes, Ursula: Neue Konzepte für das Pflegeheim. Auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1988.
- Hirsch/Vollhardt (2001):** Hirsch, Rolf D./Vollhardt, Bodo R.: Gewalt in stationären Einrichtungen: gesellschaftlich sanktioniert?, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 14/2001, S. 11–21.
- Höhn et al. (1997):** Höhn, Charlotte/Roloff, Juliane/Schneekloth, Ulrich u. a.: Die Alten der Zukunft – Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Forschungsbericht, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2. Aufl., Stuttgart/Berlin/Köln 1997.
- Hörl/Rosenmayr (1994):** Hörl, Josef/Rosenmayr, Leopold: Gesellschaft, Familie, Altersprozeß, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 75–108.
- Hummel (1990):** Hummel, Konrad: Das gemeinwesenorientierte Konzept der Altenarbeit, in: Hummel, Konrad/Steiner-Hummel, Irene (Hrsg.): Wege aus der

Zitadelle. Gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege, 2. Aufl., Hannover 1990, S. 1–72.

IGSF (2000): Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF (Hrsg.): Gesundheits-System-Forschung. Gutachten zur Neustrukturierung der Krankenhausversorgung in Westfalen-Lippe, Kiel 2000.

Infratest/Sinus/Becker (1991): Die Älteren. Zur Lebenssituation der 55- bis 70jährigen. Eine Studie der Institute Infratest Sozialforschung, Sinus und Horst Becker, Bonn 1991.

Ipsen (1999): Ipsen, Detlev: Ältere Menschen und die moderne Stadt, in: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis, Weinheim/Basel 1999, S. 504–520.

Jacobs (2002): Jacobs, Rita: Alternative zum „betreuten Wohnen“ – Senioren-Wohnanlage mit Generationen-Mix, in: Bundesbaublatt 51/2002, Nr. 2, S. 30–31.

Jeschke/Hailer (1998): Jeschke, Horst A./Hailer, Bettina: Vorbemerkungen zur Ökonomisierung der Alten- und Pflegeheime, in: Hailer, Bettina/Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Revolution im Pflegeheim. Altenpflege im Spannungsfeld politischer Zwänge und marktwirtschaftlicher Anpassung, Ulm 1998, S. 1–7.

Jonas (1996): Jonas, Ines: Medien, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 205–217.

Kaiser/Winter (1997): Kaiser, Gudrun/Winter, Hans-Peter: Planung humaner Pflegeheime – Erfahrungen und Empfehlungen. Standort, Kapazitäten, Leistungsangebot, Inhalte, Raumprogramme, Flächen, Funktionsschemata, Beispiele, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1997.

Kardorff (1999): Kardorff, Ernst von: Rehabilitation im Alter. Sozial- und rehabilitationswissenschaftliche Perspektiven, in: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis, Weinheim/Basel 1999, S. 579–603.

Karl (1999): Karl, Fred: Alte Menschen außerhalb ihrer Wohnung. Sichtweise der ökologischen Soziologie, in: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank (Hrsg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie, Opladen/Wiesbaden 1999, S. 152–160.

- Karl (2000):** Karl, Fred: Zugehende stadtteilbezogene Altenarbeit, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*, Stuttgart 2000, S. 249–254.
- Keppler (2002):** Keppler, Petra: Ambulante Pflege, in: *Pflegezeitschrift* 2002, H. 5, S. 367–368.
- Keul (1995):** Keul, Alexander G.: Wohlbefinden in der Stadt. Abriß eines Forschungsfeldes, in: Ders. (Hrsg.): *Wohlbefinden in der Stadt. Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven*, Weinheim 1995, S. 1–21.
- Kirbach (2000):** Kirbach, Roland: Gesundheit vom Fließband. Wie ein Klinikkonzern an der Börse Profit macht, in: *Die Zeit* 37/2000, Bereich Wissen, S. 1–4.
- Kirchberger (2001):** Kirchberger, Stephan: Besprechung der Ärztlichen Direktoren und Verwaltungsdirektoren der LVA-eigenen Kliniken zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf den Rehabilitationsbereich, Münster, am 19.12.2001, S. 1–13.
- Kissel (1998):** Kissel, Harald: Ein Forum für Senioren. Altenwohnen im städtebaulichen Kontext, in: *Bundesbaublatt* 47/1998, Nr. 4, S. 40–44.
- Klaschik (2000):** Klaschik, Eberhardt: Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 94/2000, S. 538–540.
- Klein (1998):** Klein, T.: Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31/1998, S. 407–416.
- Klein et al. (1997):** Klein, T./Salaske, I./Schilling, H. u. a.: Altenheimbewohner in Deutschland. Sozialstrukturelle Charakteristika und die Wahl des Heims, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30/1997, S. 54–67.
- Klein/Salaske (1994):** Klein, T./Salaske, I.: Determinanten des Heimeintritts im Alter und Chancen seiner Vermeidung, in: *Zeitschrift für Gerontologie* 27/1994, S. 442–445.
- Kleinow/Hessel/Wasem (2002):** Kleinow, Ralf/Hessel, Franz/Wasem, Jürgen: Auswirkungen der Krankenhausfallpauschalen für Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35/2002, S. 355–360.
- Klie (1999):** Klie, Thomas: Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung, in: Klie, Thomas/Schmidt, Roland (Hrsg.): *Die neue Pflege alter Menschen*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1999, S. 11–31.

- Klie (2001):** Klie, Thomas: Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen, 7. Aufl., Hannover 2001.
- Kliemke (1997):** Kliemke, Christa: Wohnungsanpassung – Anpassung an die Wohnung, in: Blonski, Harald (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe, Weinheim/Basel 1997, S. 76–108.
- Kliemke/Trettin/Wüsten-Liederwald (2000):** Kliemke, Christa/Trettin, Ludger/Wüsten-Liederwald, Gabriela: Hospize – Chancen und Aufgaben in unserer Zeit, in: Bundesbaublatt 49/2000, Nr. 4, S. 64–68.
- Klünder/Sinclair (1996):** Klünder, Torsten/Sinclair, Karen: „... kein Paradies auf Erden, sondern Alltag, Leben, Dasein, selbstbestimmt ...“. Das Pantherhaus in Hamburg – eine Mehrgenerationenhausgemeinschaft, in: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter, Weinheim/München 1996, S. 167–183.
- Kolland (2000):** Kolland, Franz: Freizeit, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 178–183.
- Krankenhaus (2002):** Krankenhaus Stadtlohn: Systembauweise erlaubt flexible Lösungen, in: Das Krankenhaus 94/2002, S. 843.
- Krankenhausbauverordnung (2000):** Verordnung über den Bau und Betrieb von Krankenhäusern (KhBauVO) vom 21.02.1978 (GV NRW 1978, S. 154), zuletzt geändert am 20.02.2000 (GV NRW 2000, S. 226).
- Krankenhausentwicklung (2002):** Krankenhausentwicklung – Dossier, in: Das Krankenhaus 94/2002, S. 157.
- Krankenhauslandschaft (2003):** Krankenhauslandschaft bleibt in Bewegung, in: Das Krankenhaus 95/2003, S. 80 ff.
- Krankenhausplan (2001):** Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Auf der Basis des Krankenhausgesetzes des Landes NRW – KHG NRW – vom 16.12.1998 (GV NRW 1998, S. 696), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25.09.2001 (GV NRW 2001, S. 708).
- Kreimer (2000):** Kreimer, Reinhard: Möglichkeiten und Grenzen der geriatrischen Rehabilitation in einer autonomiefördernden Heimumwelt, Hagen 2000.
- Kremer-Preiß/Hanf (1999):** Kremer-Preiß, Ursula/Hanf, J.: Betreutes Wohnen für Senioren. Zur praktischen Umsetzung konzeptioneller Ziele in Baden-Württemberg, Stuttgart 1999.

- Kremer-Preiß et al. (2000):** Kremer-Preiß, Ursula/Winkel, Rolf/Eisenschmid, Norbert/Pfeilschifter, Jürgen: Ratgeber Betreutes Wohnen. Service, Preise, Verträge – worauf müssen Sie achten? Mit Musterverträgen zum Wohnen und zur Betreuung, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 2000.
- Krings-Heckemeier (1996):** Krings-Heckemeier, Marie-Therese: Service-Wohnen. Ein bedarfs- und nachfragegerechtes Wohnkonzept für ältere Menschen, in: Bundesbaublatt 45/1996, S. 612–615.
- Krug/Reh (1992):** Krug, W./Reh, G.: Pflegebedürftige in Heimen. Statistische Erhebungen und Ergebnisse. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Stuttgart/Berlin/Köln 1992.
- Kruse (2001):** Kruse, Andreas: Selbstverantwortung im Alter – Möglichkeiten, Grenzen und Intervention, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34/2001, S. 345–347.
- Kruse (2002):** Kruse, Andreas: Autonomie und soziale Teilhabe im Alter als politische Leitbilder eines erfolgreichen Alters, in: Kaiser, Heinz Jürgen (Hrsg.): Autonomie und Kompetenz. Aspekte einer gerontologischen Herausforderung, Münster 2002, S. 17–34.
- Kuhlmeiy (2002):** Kuhlmeiy, Adelheid: Krankheit und Lebenszufriedenheit im Alter, in: Basler, Heinz-Dieter/Keil, Siegfried (Hrsg.): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter, Graftschaft 2002, S. 13–27.
- Kühnert/Naegele (1993):** Kühnert, Sabine/Naegele, Gerhard: Strukturwandel des Alters und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Gestaltung stationärer Alteinrichtungen, in: Kühnert, Sabine, Naegele, Gerhard (Hrsg.): Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit, Hannover 1993, S. 129–147.
- Künemund (2000):** Künemund, Harald: Gesundheit, in: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey, Opladen 2000, S. 102–123.
- Künemund/Hollstein (2000):** Künemund, Harald/Hollstein, Betina: Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke, in: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey, Opladen 2000, S. 212–276.
- Küster (1998):** Küster, C.: Zeitverwendung und Wohnen im Alter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen, Frankfurt a.M. 1998, S. 51–175.

- Lampert/Wagner (1998):** Lampert, Thomas/Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter, in: Clemens, Wolfgang/Backes, Gertrud M. (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel, Opladen 1998, S. 187–215.
- Lang (1994):** Lang, Erich: Altern – Alterskrankheiten – Geroprophylaxe, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 282–318.
- Lang (1998):** Lang, Frieder R.: Einsamkeit, Zärtlichkeit und subjektive Zukunftsorientierung im hohen Alter. Eine Untersuchung zur sozio-emotionalen Selektivitätstheorie, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie 27/1998, S. 98–104.
- Lang (2000):** Lang, Frieder R.: Soziale Beziehungen im Alter: Ergebnisse der empirischen Forschung, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 142–146.
- Laslett (1995):** Laslett, Peter: Das dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns, Weinheim 1995.
- Lehr (1997):** Lehr, Ursula: Gesundheit und Lebensqualität im Alter, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 10/1997, S. 277–287.
- Lehr (2000):** Lehr, Ursula: Psychologie des Alterns, 9. Aufl., Wiebelsheim 2000.
- Lehr/Thomae (1991):** Lehr, Ursula/Thomae, Hans: Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, Stuttgart 1991.
- Lind (2001):** Lind, Sven: Architektur- und Raumkonzepte für eine Demenzstation in einem Altenpflegeheim, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 52/2001, S. 65–67.
- Lind (2002):** Lind, Sven: Pflege und demenzgerechte Strukturen im Altenheim. Wohlbefinden und Geborgenheit vermitteln, in: Pflegezeitschrift 2002, H. 5, S. 341–345.
- Linden et al. (1996):** Linden, Michael/Gilberg, Reiner/Horgas, Ann L. u. a.: Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter, in: Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996, S. 475–495.
- Lipp (1998):** Lipp, Christine: Neuorientierung von Leistungsstrukturen, in: Hailer, Bettina/Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Revolution im Pflegeheim. Altenpflege im

Spannungsfeld politischer Zwänge und marktwirtschaftlicher Anpassung, Ulm 1998, S. 169–179.

Lübke (2001): Lübke, Norbert: Zuweisung und Management in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen (DRG), in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34/2001, Suppl. 1, S. 63–69.

Lucassen (2003): Lucassen, Hanna: Wohnküchenprojekt für Menschen mit Demenz, in: Pflegezeitschrift 2003, H. 3, S. 156 f.

Lüdtke (1999): Lüdtke, Hartmut: Alte Menschen in ihrer Wohnung. Sichtweise der soziologischen Lebensstilforschung, in: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank (Hrsg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie, Opladen/Wiesbaden 1999, S. 59–66.

Maderthaner (1995): Maderthaner, Rainer: Soziale Faktoren urbaner Lebensqualität, in: Ders. (Hrsg.): Wohlbefinden in der Stadt. Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven, Weinheim 1995, S. 172–197.

Mamerow (2003): Mamerow, Ruth: Die eigene Wohnung ist nicht immer sicher, in: Pflegezeitschrift 2003, H. 3, S. 170 ff.

Martin (2000): Martin, Peter: Ergebnisse zur Bedeutung „aktiven“ Alterns, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 173–177.

Marx/Rössel (1998): Marx, Lothar/Rössel, Thomas: Vom Altenheim zum betreuten Wohnen. Das neue Mathildienstift in München, in: Bundesbaublatt 47/1998, Nr. 4, S. 46–49.

Mautner/Standl/Pillau (1993): Mautner, S.L./Standl, A./Pillau, H.: Wer überlebt im Pflegeheim?, in: Zeitschrift für Gerontologie 26/1993, S. 149–156.

Medizinischer Dienst (1997): Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Leitlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen für gemeinsame Modellvorhaben zum Auf- und Ausbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 18.12.1997, Essen 1997.

Meier-Baumgartner (2001): Meier-Baumgartner, Hans-Peter: Geriatrie – Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34/2001, S. 1–9.

Meinck et al. (2002): Meinck, M./Freigang, K./John, B./Keitel, C./Puls, E./Robra, B.-P.: Wohnortnahe geriatrische Rehabilitation – Zur Struktur- und Prozessqualität

eines mobilen und eines ambulanten Rehabilitationsmodells, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35/2002, S. 463–473.

Meyer (1998): Meyer, Monika: Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1998.

Meyer/Schulze (1999): Meyer, Sibylle/Schulze, Eva: Alte Menschen in ihrer Wohnung. Sozialwissenschaftliche Sichtweise neuer Technologien, in: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank (Hrsg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie, Opladen/Wiesbaden 1999, S. 120–128.

Millard/Smith (1989): Millard, K.A.O./Smith, J.M.: The influence of group singing therapy on the behaviour of Alzheimer's disease patients, in: Journal of Music Therapy 26/1989, S. 58–70.

Minnemann (1994): Minnemann, Elisabeth: Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter, Regensburg 1994.

Motel/Künemund/Bode (2000): Motel, Andreas/Künemund, Harald/Bode, Christina: Wohnen und Wohnumfeld, in: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey, Opladen 2000, S. 124–175.

Müller (1993): Müller, Martin: Neue Chancen für Gemeinschaftsprojekte von Jung und Alt, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1993.

Müller (1997): Müller, Erwin: Integratives Servicehaus. Das Beispiel „Haus am Weinberg“, in: Blonski, Harald (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe, Weinheim/Basel 1997, S. 215–233.

Munder (1997): Munder, Susanne: Rehabilitation statt Pflegekarriere, in: Blosser-Reisen, Lore (Hrsg.): Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1997, S. 47–90.

Naegele (1994): Naegele, Gerhard: Einkommen und Konsum im Alter, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 167–201.

Naegele (2000): Naegele, Gerhard: Finanzielle Absicherung und Armut im Alter, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 393–401.

- Nakielski (1996a):** Nakielski, Hans: Generationenbeziehungen und Sozialkontakte, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 133–138.
- Nakielski (1996b):** Nakielski, Hans: Wohnen zu Hause, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 281–294.
- Namazi/Johnson (1992):** Namazi, Kevan/Johnson, B.: Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence, in: The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research 1992, S. 15–35.
- Narten (1999):** Narten, Renate: Alte Menschen in ihrer Wohnung. Sichtweise der Architektursoziologie, in: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank (Hrsg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie, Opladen/Wiesbaden 1999, S. 82–96.
- Niebergall/Rheinländer (2001):** Niebergall, Ralf/Rheinländer, Udo: Barrierefreies Wohnen. Modellwohnungen in Sachsen-Anhalt, in: Bundesbaublatt 50/2001, Nr. 5, S. 60–63.
- Niederfranke (2000):** Niederfranke, Annette: Altenpolitik, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 386–392.
- Nöll (2000):** Nöll, Thomas: Heilen, Wohnen und Pflegen unter einem Dach. Klinik für Geriatrie und Altenzentrum des Elisabethenstifts in Darmstadt, in: Bundesbaublatt 49/2000, Nr. 4, S. 52–55.
- Normausschuss Bauwesen (2002):** Normausschuss Bauwesen (NaBau) im Deutschen Institut für Normung e.V., 2002.
- Olbrich/Diegritz (1995):** Olbrich, E./Diegritz, U.: Das Zusammenwirken von Person- und Umweltfaktoren im Alltag. Eine kritische Diskussion von Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8/1995, S. 199–212.
- Opaschowski (1998):** Opaschowski, Horst W.: Leben zwischen Muß und Muße. Die ältere Generation: Gestern. Heute. Morgen, Hamburg 1998.
- Oswald (1998):** Oswald, Frank: Erleben von Wohnalltag bei gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31/1998, S. 250–256.

- Oswald (2000):** Oswald, Frank: Wohnen und Wohnanpassung in Privathaushalten, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 209–215.
- Otto (1996):** Otto, Ulrich: Gemeinschaftliches Wohnen mit Älteren. Seniorengenossenschaften als geeignete Projektschmiede?, in: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter, Weinheim/München 1996, S. 133–166.
- Petersen (1993):** Petersen, Ulrike: Das Prinzip Selbstbestimmung, in: Brasse, Barbara/Klingeisen, Michael/Schirmer, Ulla (Hrsg.): Alt sein – aber nicht allein. Neue Wohnkultur für Jung und Alt, Münster 1993, S. 101–115.
- Petzold (1992):** Petzold, Hilarion G.: Bedrohte Lebenswelten – Überforderung, Burn-out und Gewalt in Heimen, in: Petzold, Christa/Petzold, Hilarion G. (Hrsg.): Lebenswelten alter Menschen. Konzepte, Perspektiven, Praxisstrategien, Hannover 1992, S. 248–291.
- Pflegedienste (1975):** Pflegedienste durch Sozialstationen. Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Ausführung von Injektionen, Verband- und Katheterwechsel und ähnlichen Verrichtungen durch Pflegekräfte der Sozialstationen, in: Deutsches Ärzteblatt 1975, H. 33, S. 2290–2291.
- Pflegeleistungsergänzungsgesetz (2002):** Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG), §§ 45a ff. SGB IX, vom 01.01.2002; siehe Sozialgesetzbuch (2001).
- Pflegeversicherung (1994):** Pflegeversicherung, § 40 SGB XI vom 26.05.1994 (Bundesgesetzblatt 1994/I, S. 1014); siehe Sozialgesetzbuch (1994).
- Pieper (1979):** Pieper, Richard: Soziologie im Städtebau. Eine Einführung für Architekten, Stadtplaner und Sozialwissenschaftler, Stuttgart 1979.
- Plenter (2002):** Plenter, Christel: Darfst du so sterben, wie ich das will?, in: Dokumentation Ethik 2002, H. 3, S. 2–6.
- Poelzig et al. (1983):** Poelzig, Peter et al.: Krankenhausbau. Maßkoordination. Entwurfsstrategie. Anwendungsbeispiele, hrsg. vom Institut für Krankenhausbau der Technischen Universität Berlin, Stuttgart 1983.
- Prahl/Schroeter (1996):** Prahl, Hans-Werner/Schroeter, Klaus R.: Soziologie des Alterns. Eine Einführung, Paderborn/München/Wien/Zürich 1996.

- Praxisstudie (2000):** Praxisstudie für die Krankenhausplanung in NRW. Gutachten für die Krankenhausgesellschaft NRW und die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, I+G Gesundheitsforschung/BASYS GmbH, München/Augsburg 2000.
- Pro Seniore (2003):** Pro Seniore Unternehmensgruppe: Seniorenzentrum Kesselthal. Werbeprospekt, 2003.
- Qualitätssicherungsgesetz (2002):** Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, PQsG) vom 12.09.2001 (Bundesgesetzblatt 2001/I, Nr. 47).
- Radebold (1994):** Radebold, Hartmut: Psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 255–281.
- Radzey/Heeg/Goerlich (1999):** Radzey, Beate/Heeg, Sybille/Goerlich, Christiane: Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1999.
- Rath (2003):** Rath, Bettina: Die Suche nach dem ganz normalen Alltag. Hausgemeinschaften, in: Zeitschrift Altenheim 2003, H. 3, S. 44–46.
- Regler (2003):** Regler, Cornelia: Leben und Wohnen im Alter. Wohnprojekt Wohngemeinschaft: „Kinder ich zieh in die WG“, hrsg. von der Freien Altenarbeit Göttingen e.V., Göttingen 2003.
- Rehfeld (1998):** Rehfeld, Gisela: Integration von geriatrischer Rehabilitation in den pflegerischen Alltag, in: Hailer, Bettina/Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Revolution im Pflegeheim. Altenpflege im Spannungsfeld politischer Zwänge und marktwirtschaftlicher Anpassung, Ulm 1998, S. 181–197.
- Reich (1990):** Reich, Brigitte: Ein Pflegestockwerk verändern. Erfahrungen mit Milieuthherapie, in: Hummel, Konrad/Steiner-Hummel, Irene (Hrsg.): Wege aus der Zitadelle. Gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege, 2. Aufl., Hannover 1990, S. 114–118.
- Reichert/Saup (1996):** Reichert, Monika/Saup, Winfried: Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter, in: Deutsches Institut für Fernstudienforschung (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Studienbrief 6, Tübingen 1996, S. 1–44.
- Reichsversicherungsordnung (2002):** Reichsversicherungsordnung (RVO) für die Krankenkassen. Gültig ab 7/1997, zuletzt geändert durch das Zweite Gesetz zur

Änderung des Mutterschutzrechts vom 16.06.2002 (Bundesgesetzblatt 2002/I, S. 1812).

Reimann (1994a): Reimann, Helga: Wohnverhältnisse und Wohnbedürfnisse älterer Menschen, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 140–166.

Reimann (1994b): Reimann, Horst: Interaktion und Kommunikation im Alter, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 109–139.

Reimann/Reimann (1994): Reimann, Helga/Reimann, Horst: Einleitung. Gerontologie – Objektbereich und Trends, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 1–29.

Rodekirchen (2003): Rodekirchen, Erika: Aachen: Stadthaus statt Haus. Neues Wohnen im Alter e.V., in: Frauen und Agenda 21 in NRW – Stadt und Regionalentwicklung, 2003, S. 1 ff.

Rodenstein (1991): Rodenstein, Marianne: Städtebaukonzepte – Bilder für den baulich-räumlichen Wandel der Stadt, in: Häußermann, Hartmut u. a.: Stadt und Raum. Soziologische Analysen, Pfaffenweiler 1991, S. 31–67.

Röder/Röder (1996): Röder, Ludwig/Röder, Joachim: Geriatrische Rehabilitationsklinik des Marienkrankenhauses St. Wendel, in: Bundesbaublatt 45/1996, S. 630–632.

Rürup (2000): Rürup, Bert: Verbrauch, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 412–418.

Saup (1984): Saup, Winfried: Stress und Stressbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie 17/1984, S. 198–204.

Saup (1986): Saup, Winfried: Wohnen im Alter – psychologische Aspekte, in: Zeitschrift für Gerontologie 19/1986, S. 342–347.

Saup (1990): Saup, Winfried: Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim, in: Mayring, Philipp/Saup, Winfried (Hrsg.): Entwicklungsprozesse im Alter, Stuttgart/Berlin/Köln 1990, S. 75–104.

Saup (1993): Saup, Winfried: Alter und Umwelt. Eine Einführung in die ökologische Gerontologie, Stuttgart/Berlin/Köln 1993.

Saup (1999): Saup, Winfried: Alte Menschen in ihrer Wohnung. Sichtweise der ökologischen Psychologie und Gerontologie, in: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf,

- Heidrun/Oswald, Frank (Hrsg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie, Opladen/Wiesbaden 1999, S. 43–51.
- Saup (2000):** Saup, Winfried: Alten- und Pflegeheime, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 242–248.
- Saup (2001):** Saup, Winfried: Ältere Menschen im Betreuten Wohnen. Ergebnisse der Augsburgener Längsschnittstudie, Band 1, Augsburg 2001.
- Schachtner (1989):** Schachtner, Christina: Ein neues Leben. Alt werden in einer Wohngemeinschaft, Frankfurt a.M. 1989.
- Schick/Roeder (2003):** Schick, Jens/Roeder, Norbert: Strategische Neupositionierung vor der DRG-Einführung. Einrichtung eines geriatrischen Kompetenzzentrums. Diagnostic Related Groups (DRG), in: Das Krankenhaus 95/2003, S. 226 ff.
- Schmid (1995):** Schmid, Ludbirgit: Hilfen zur Lebensgestaltung – Intervention, in: Köther, Ilka/Gnam, Else (Hrsg.): Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 3. Aufl., Stuttgart/New York 1995, S. 108–189.
- Schmidt (2002):** Schmidt, Roland: Die neue Pflegelandschaft. Erste Konturen und Steuerungsprobleme, in: Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Gerontologie und Sozialpolitik, Stuttgart/Berlin/Köln 2002, S. 137–162.
- Schmidt/Winkler (1997):** Schmidt, Roland/Winkler, Angelika: Rahmenkonzept Sozialstation der Zukunft. Paritätischer Landesverband Brandenburg, hrsg. vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA), Potsdam/Berlin 1997, S. 56 f.
- Schmidt/Wittulski (1997):** Schmidt, Roland/Wittulski, Eckhard (Hrsg.): Zukunft der Heime – Heime mit Zukunft, Hannover 1997.
- Schmitz-Scherzer (1994):** Schmitz-Scherzer, Reinhard: Verbesserung der Lebensqualität in stationären Einrichtungen, in: Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort?, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1994, S. 113–119.
- Schneekloth/Müller (2000):** Schneekloth, U./Müller, U.: Wirkungen der Pflegeversicherung, Baden-Baden 2000.
- Schneider (1996):** Schneider, Sven: Ältere Bundesbürger in Privathaushalten und in Einrichtungen der stationären Altenhilfe – Lebenssituation und Heimeintrittsgründe, Magisterarbeit Heidelberg 1996.
- Schneider (1998):** Schneider, Sven: Warum ziehen ältere Menschen in ein Heim?, in: Soziologie und Gerontologie im Internet (Sozionet), 1998.

- Schneider (2003):** Schneider, Sven: Ältere Bundesbürger in Privathaushalten und in Heimen – Lebenssituation und Heimeintritte, in: *Soziologie und Gerontologie im Internet (Sozionet)*, 2003.
- Schnell (2002):** Schnell, Martin W.: Gesundheitsversorgung im ethischen und rechtlichen Spannungsfeld von Verantwortung und gesellschaftlicher Normierung. Ethische Grundlagen. Menschen in Heimen, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, Düsseldorf 2002.
- Schnur (2002):** Schnur, Michaela: Erlebnisse am anderen Ende der Welt. Sterbebegleitung in Australien, in: *Pflegezeitschrift* 2002, H. 3, S. 213–215.
- Schölkopf/Sacher (2000):** Schölkopf, Martin/Sacher, Matthias: Alte in Deutschland. Zur sozialen Lage älterer Menschen in den neuen und alten Bundesländern, in: *Leviathan* 28/2000, S. 378–406.
- Schubert/Spieckermann (2002):** Schubert, Herbert/Spieckermann, Holger: Aufbau von Netzwerken als Kernaufgabe des Quartiersmanagements, in: Walther, Uwe-Jens (Hrsg.): *Soziale Stadt – Zwischenbilanzen. Ein Programm auf dem Weg zur Sozialen Stadt?*, Opladen 2002, S. 147–162.
- Schultz (2000):** Schultz, Edzard: Wohnhof Schwarzes Kloster in Wismar. Betreutes Wohnen mit Unterstützung durch soziale Dienste, in: *Bundesbaublatt* 49/2000, Nr. 4, S. 56–59.
- Schulz (2002):** Schulz, Peter: Schallschutz, Wärmeschutz, Feuchteschutz, Brandschutz im Innenausbau, 2002.
- Schulz-Nieswandt (2000):** Schulz-Nieswandt, Frank: Die Zukunft der medizinischen Rehabilitation gemäß SGB V und SGB XI im Kontext des Wandels des bundesdeutschen medizinischen Versorgungssystems, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33/2000, S. 50–56.
- Schumacher/Gunzelmann/Brähler (1996):** Schumacher, J./Gunzelmann, T./Brähler, E.: Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflußfaktoren, in: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 9/1996, S. 1–17.
- Schütze/Lang (1993):** Schütze, Y./Lang, F.R.: Freundschaft, Alter und Geschlecht, in: *Zeitschrift für Soziologie* 22/1993, S. 209–220.
- Schweitzer (1996a):** Schweitzer, Hanne: Altenhilfe und Altenpolitik, in: *Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z*, München 1996, S. 51–57.

- Schweitzer (1996b):** Schweitzer, Hanne: Gesundheit und Alterskrankheiten, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 157–164.
- Seibold (1995):** Seibold, Hannelore: Altenpflege in stationären Einrichtungen, in: Köther, Ilka/Gnam, Else (Hrsg.): Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 3. Aufl., Stuttgart/New York 1995, S. 87–107.
- Sozialgesetzbuch (1994):** Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung vom 26.05.1994 (Bundesgesetzblatt 1994/I, S. 1014).
- Sozialgesetzbuch (2001):** Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06.2001 (Bundesgesetzblatt 2001/I, S. 1046).
- Sozialgesetzbuch (2002):** Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988 (Bundesgesetzblatt 1988/I, S. 2477), zuletzt geändert am 23.12.2002 (Bundesgesetzblatt 2002/I, S. 4637).
- Spiewak (2000):** Spiewak, Martin: Das Krankenhaus der Zukunft, in: Die Zeit 36/2000, Bereich Wissen, S. 1–5.
- Stapf-Finé/Polei (2002):** Stapf-Finé, Heinz/Polei, Günther: Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung, in: Das Krankenhaus 94/2002, S. 96 ff.
- Statistisches Bundesamt (1999):** Statistisches Jahrbuch, Bevölkerungsstatistik B15, Berlin 1999.
- Statistisches Bundesamt (2002):** Statistisches Jahrbuch, Bevölkerungsstatistik B15, Berlin 2002.
- Stauss/Winter (1982):** Stauss, Erwin/Winter, Hans-Peter: Anregungen zur farblichen Gestaltung von Wohn- und Pflegeheimen für ältere Menschen. Ergebnisse methodischer Untersuchungen, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1982.
- Steiner-Hummel (1990):** Steiner-Hummel, Irene: Milieuthapie im Pflegeheim, in: Hummel, Konrad/Steiner-Hummel, Irene (Hrsg.): Wege aus der Zitadelle. Gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege, 2. Aufl., Hannover 1990, S. 190–199.
- Steinhagen-Thiessen/Borchelt (1996):** Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/Borchelt, Markus: Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in: Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996, S. 151–183.

- Steinkamp/Werner (2000):** Steinkamp, Guenther/Werner, B.: Der Einfluss eines Gerontopsychiatrischen Zentrums auf die Versorgungsqualität psychisch erkrankter älterer Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33/2000, S. 59–66.
- Stosberg (1998):** Stosberg, Manfred: Alternde Gesellschaft und die Entwicklung von Familien- und Netzwerkbeziehungen, in: Clemens, Wolfgang/Backes, Gertrud M. (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel, Opladen 1998, S. 171–185.
- Strohmeier (1996):** Strohmeier, Klaus Peter: Die Polarisierung der Lebensformen in den Städten und Gemeinden – soziale Hintergründe und sozialpolitische Probleme, in: Schäfers, Bernhard/Wewer, Göttrik (Hrsg.): Die Stadt in Deutschland. Soziale, politische und kulturelle Lebenswelt, Opladen 1996, S. 63–84.
- Strüder (1999):** Strüder, Inge: Altsein in Deutschland. Ein Beitrag zur raumbezogenen Handlungssteuerung, Opladen 1999.
- Sußebach/Willeke (2002):** Sußebach, Henning/Willeke, Stefan: Krankenhäuser. Therapieren, aber dalli, in: Die Zeit 42/2002, Bereich Dossier, S. 1–12.
- Tesch-Römer (2000):** Tesch-Römer, Clemens: Einsamkeit, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 163–167.
- Tews (1989):** Tews, Hans Peter: Die „neuen“ Alten – Ergebnis des Strukturwandels des Alters, in: Karl, Fred/Tokarski, Walter (Hrsg.): Die „neuen“ Alten. Beiträge der XVII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Kassel 1989, S. 126–143.
- Tews (1991):** Tews, Hans Peter: Altersbilder. Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter, Köln 1991.
- Tews (1994):** Tews, Hans Peter: Alter und Altern in unserer Gesellschaft, in: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3. Aufl., Stuttgart 1994, S. 30–74.
- Tews (2000):** Tews, Hans Peter: Neue Wohnformen, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 216–223.
- Tews/Naegele (1990):** Tews, Hans Peter/Naegele, Gerhard: Alter und Konsum. Ältere Menschen als Verbraucher, in: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 3/1990, S. 260–276.

- Thabe (1997):** Thabe, Stefan: Alte Menschen im Stadtteil. Handlungsansätze für soziale und kulturelle Einrichtungen, hrsg. vom Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund 1997.
- Thiele et al. (2002):** Thiele, Claudia/Feichtinger, L./Baumann, U./Mitmansgruber, H./Somweber, M.: Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrung von Senioren und Angehörigen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35/2002, S. 556–564.
- Tinnefeldt (2002):** Tinnefeldt, Gerhard: Lebensqualität im Altenheim. Empfehlungen und Erfahrungswerte aus der Beratungspraxis, in: Basler, Heinz-Dieter/Keil, Siegfried (Hrsg.): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter, Graftschaft 2002, S. 145–170.
- Tokarski (1998):** Tokarski, Walter: Alterswandel und veränderte Lebensstile, in: Clemens, Wolfgang/Backes, Gertrud M. (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel, Opladen 1998, S. 109–119.
- Ullrich (1995):** Ullrich, Ingrid: Mit Angst umgehen in der stationären Altenhilfe, in: Blonski, Harald (Hrsg.): Alte Menschen und ihre Ängste. Ursachen, Behandlung, praktische Hilfen, München/Basel 1995, S. 167–181.
- Vaskovics (1990):** Vaskovics, Laszlo A.: Soziale Folgen der Segregation alter Menschen in der Stadt, in: Bertels, Lothar/Herlyn, Ulfert (Hrsg.): Lebenslauf und Raumerfahrung, Opladen 1990, S. 59–79.
- Vergabe- und Vertragsordnung (2002):** Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, Teil C (VOB/C), hrsg. vom Deutschen Institut für Normung e.V., Berlin/Wien/Zürich 2002.
- Vogel (1995):** Vogel, Alfred: Der alte Mensch, in: Köther, Ilka/Gnam, Else (Hrsg.): Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 3. Aufl., Stuttgart/New York 1995, S. 1–46.
- Wagner/Wolf (2001):** Wagner, Michael/Wolf, Christof: Altern, Familie und soziales Netzwerk, in: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 4/2001, S. 529–554.
- Wahl (2000):** Wahl, Hans-Werner: Ergebnisse der ökogerontologischen Forschung, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 203–208.
- Wahl/Oswald/Mollenkopf (1999):** Wahl, Hans-Werner/Oswald, Frank/Mollenkopf, Heidrun: Alter und Umwelt. Beobachtungen und Analysen der Ökologischen Gerontologie, in: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank

- (Hrsg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie, Opladen/Wiesbaden 1999, S. 13–22.
- Wahl/Reichert (1994):** Wahl, Hans-Werner/Reichert, Monika: Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe, in: Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, Bern 1994, S. 15–47.
- Walden (1995):** Walden, Rotraut: Wohnung und Wohnumgebung, in: Dies. (Hrsg.): Wohlbefinden in der Stadt. Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven, Weinheim 1995, S. 69–98.
- Walther (1998):** Walther, Uwe-Jens: Bevölkerungsalterung, in: Häußermann, Hartmut (Hrsg.): Großstadt. Soziologische Stichworte, Opladen 1998, S. 27–39.
- Walther (2002):** Walther, Uwe-Jens: Ambitionen und Ambivalenzen eines Programms. Die Soziale Stadt zwischen neuen Herausforderungen und alten Lösungen, in: Walther, Uwe-Jens (Hrsg.): Soziale Stadt – Zwischenbilanzen. Ein Programm auf dem Weg zur Sozialen Stadt?, Opladen 2002, S. 23–43.
- Weeber (2001):** Weeber, Rotraut: Gemeinschaftliches Wohnen im Alter, in: Bundesbaublatt 50/2001, Nr. 5, S. 56–59.
- Weyerer (2000):** Weyerer, Siegfried: Epidemiologie, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 27–32.
- Wilms et al. (2001):** Wilms, Hans-Ulrich/Riedel-Heller, S.G./Busse, A./Angermeyer, M.C.: Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34/2001, S. 348–355.
- Wingenfeld/Schnabel (2002):** Wingenfeld, Klaus/Schnabel, Eckart: Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, hrsg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2002.
- Winter et al. (1995–99):** Winter, Hans-Peter et al.: Qualitative Anforderungen an den Pflegeheimbau. Dokumentation über ein Expertengespräch, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Teil 1: Das Pflegezimmer, Köln 1995.
- Teil 2: Flure, Köln 1996.
- Teil 3: Wohngruppenräume, Köln 1997.
- Teil 4: Betriebsräume im Wohnbereich, Köln 1998.
- Teil 5: Zentrale Küchen- und Speisenversorgung, Köln 1999.

- Winter et al. (1997/98):** Winter, Hans-Peter et al.: Zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Eine architektonische Dokumentation, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherung (BMA), 5 Bände, Köln 1997/98.
- Winter et al. (1999):** Winter, Hans-Peter et al.: Hausgemeinschaften. Werkstattbericht zur Entwicklung familienähnlicher Wohn- und Lebensformen für pflegebedürftige und/oder verwirrte alte Menschen, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 1999.
- Winter et al. (2002a):** Winter, Hans-Peter et al.: Farbe ins Heim. Farbvorschläge des Kuratoriums Deutsche Altershilfe unter besonderer Berücksichtigung des Farberlebens älterer Menschen, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 2002.
- Winter et al. (2002b):** Winter, Hans-Peter et al.: Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. Eine Dokumentation von 34 Projekten, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln 2002.
- Winter/Nakielski (1998):** Winter, Hans-Peter/Nakielski, Hans: Farbgebungskonzept für Alteinrichtungen, in: Bundesbaublatt 47/1998, Nr. 4, S. 58–61.
- Wohlleber (1998):** Wohlleber, Werner: Bauliche Gestaltung als wesentlicher Wirtschaftlichkeits- und Erfolgsfaktor, in: Hailer, Bettina/Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Revolution im Pflegeheim. Altenpflege im Spannungsfeld politischer Zwänge und marktwirtschaftlicher Anpassung, Ulm 1998, S. 109–117.
- Zank (2000):** Zank, Susanne: Gesundheit und Krankheit, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, Stuttgart 2000, S. 44–48.
- Zeman (2000):** Zeman, Peter: Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege, Regensburg 2000.
- Zörner (1996):** Zörner, Christopher: Geriatrie und geriatrische Versorgung, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 139–144.
- Zörner/Forster (1996):** Zörner, Christopher/Forster, Jürgen: Ambulante Hilfen und Dienste, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, München 1996, S. 94–99.