

# Nachlieferung zum Thema „Wohnökologie“, Ordner 1

Tauschen Sie bitte:

- ▷ das Inhaltsverzeichnis und
- ▷ das Stichwortverzeichnis aus.

Ergänzen Sie bitte:

- ▷ im Teil IV Aufbau- und Ablauforganisation im Anschluss an Seite 48 die neuen Seiten 49 bis 98.

## Heim aktuell – Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen

**38. Nachlieferung**    **März 2002**    **Nr. 2/2002**

Diese Nachlieferung enthält:

55 Seiten für das Thema „Wohnökologie“

© Vincentz Verlag, Hannover 2002

Das Werk einschließlich seiner Einzelbeiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlanges unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

**Lektorat:** Bettina Schäfer, Klaus Mencke

**Druck:** Bonifatius GmbH, Druck · Buch · Verlag, Paderborn

ISBN 3-87870-833-5

ISSN 0948-714X



## I Ziele und Aufgaben

1. Alteneinrichtungen als sozialräumliche Systeme – Sozialökologie, Wohnökologie
2. Betreuungsziele und Qualitätsmerkmale der Institution

## II Rahmenbedingungen

1. Heimmilieus – Geschichte und Systematik
  - 1.1 Heimmilieus in historischer Perspektive
  - 1.2 Entwicklung und Veränderung der Institutionen
  - 1.3 Milieucharakteristika verschiedener Wohnformen
2. Der Doppelcharakter von Heimen
3. Leitbilder und Kompetenzen in der Altenwohnversorgung
4. Standards, Regeln und Gesetze

## III Faktoren der Leistungserstellung

1. Stufen institutioneller Altenbetreuung
2. Grundanforderungen an die Heimplanung
  - 2.1 Betriebserfordernisse
  - 2.2 Bewohnerbedürfnisse
3. Die Strukturen des Milieus
4. Das Normalisierungskonzept
5. Milieu in Betreuungskonzepten
6. Gebaute Umwelt in der Betriebswirtschaftslehre

## IV Aufbau- und Ablauforganisation – Die Planungspraxis

1. Gesamtheim
  - 1.1 Größe, Standort, Aufgaben
  - 1.2 Gebäudetyp, Untergliederung
  - 1.3 Gebäudearchitektur
2. Dezentrale Wohnerräume
  - 2.1 Bewohnerzimmer
  - 2.2 Balkone
  - 2.3 Sanitärraum
  - 2.4 Tagesraum



3. Dezentrale Betriebsräume
4. Gruppenprinzip, Gruppenpflege, Clustergrundrisse
5. Zentrale Wohnerräume
6. Zentrale Betriebsräume
7. Kennzahlen und Richtwerte für die Heimplanung
8. Eine Zukunft für Heime?
9. Wohnen und Pflege – Die offenen Fragen angemessener Betriebsraumausstattung  
Literatur zu Kapitel IV, 9
10. Zuhause im Heim? – Pflegeheimkonzeption aus wohnökologischer Sicht
  - 10.1 Aktuelle Situation beim Bau von Altenhilfeeinrichtungen
  - 10.2 Leitbilder und Konzepte
  - 10.3 Bauen und Demenz
  - 10.4 Anforderungen an den Planungsprozess
  - 10.5 AusblickLiteratur- und Quellenverzeichnis zu Kap. IV, 10

## V Kontrolle und Qualitätssicherung

1. Multidimensionale Bewertungskriterien
2. Übersichten und Checklisten
  - 2.1 Standards für Pflegeheime in historischer Entwicklung
  - 2.2 Veränderungen der Heimaufgaben in den Nomenklaturen 1970/1992
  - 2.3 Die Heimindestbauverordnung auf einen Blick
  - 2.4 Standards als Eigenverpflichtung von Verbänden / Heimträgern
  - 2.5 Förderrichtlinien für die Heimplanung einzelner Bundesländer
  - 2.6 Barrierefrei – Rollstuhlgerecht – Vergleich der Forderungen

Literatur und Quellenverzeichnis



## 10. Zuhause im Heim? – Pflegeheimkonzeption aus wohnökologischer Sicht

Beate Radzey und Sibylle Heeg

### Vorbemerkung

Das Pflegeheim gehört abgeschafft! Diese Forderung wurde vor kurzem von einer Gruppe namhafter Wissenschaftler aufgestellt (vgl. Frankfurter Rundschau vom 1. August 2001). Es wird offenbar prinzipiell nicht für möglich gehalten, dass ein hilfebedürftiger alter Mensch in einem Heim einen seinen Bedürfnissen entsprechenden „Lebensort“ finden kann. Diese Forderung wird in einer Situation erhoben, in der einerseits die Zahl der Pflegebedürftigen wächst, andererseits aber die verfügbaren materiellen und personellen Ressourcen immer knapper werden. Sie wird erhoben nach einer Phase der Umorientierung des Pflegeheimbaus, in der die funktionalen Zweckbauten der 60er und 70er Jahre abgelöst worden sind von Bauten, die dem Wohnen im Heim gegenüber den betrieblichen Anforderungen Priorität einräumten.

Das Pflegeheim der 90er Jahre ist in seiner baulichen Gestaltung, aber auch in seinen Strukturen nicht mehr mit der von Goffman gebrandmarkten „totalen Institution“ vergleichbar, in der Autonomie und Persönlichkeitsrechte des Einzelnen völlig vernachlässigt wurden und in der die überfürsorgliche Grundhaltung der Betreuenden zwangsläufig zu „erlernter Hilflosigkeit“ der „Insassen“ führte. Generationen von Pflege- und Sozialwissenschaftlern sowie Architekten und Bauherren haben sich bemüht, Konzepte und bauliche Leitbilder zu entwickeln, bei denen die Bedürfnisse der Bewohner im Mittelpunkt stehen. Bewohner von Pflegeheimen haben heute eine wesentlich bessere Chance als früher, ihrem Bedürfnis nach Privatsphäre entsprechend ein Einzelzimmer mit eigenem Sanitärbereich zu bekommen und dieses mit persönlichen Ausstattungsgegenständen möblieren zu können. Die pflegerischen Abläufe richten sich nicht mehr nur nach Effizienz, sondern berücksichtigen im möglichen Rahmen die Wünsche der Bewohner. In vielen Pflegeheimbauten ist es gelungen, eine anregende Atmosphäre zu schaffen: Licht, Ausblicke, Farben und wohnliche Materialien, aber auch eine vertraute Möblierung haben die anregungsarme und monotone Umwelt des Krankenhaustypus weitgehend abgelöst. Flure in modernen Heimen haben Aufenthaltsqualität und sind zu Begegnungsorten geworden. Aufenthaltsbereiche sind wohnlich gestaltet und orientieren sich häufig zu Freibereichen (Loggia, Garten)



hin. Die für einen Bewohner zur Verfügung stehende Fläche im Pflegeheim liegt bei neu gebauten Einrichtungen bei ca. 50 m<sup>2</sup> Nettogrundfläche (NGF) pro Platz und ist damit auch im internationalen Vergleich großzügig bemessen.

Die Schilderung dieser Entwicklung verkennt nicht das prinzipielle Problem, dass das Heimmilieu die Einstellung und das Verhalten der Pflegenden gegenüber den Bewohnern beeinflussen kann. Dies kann dazu führen, dass die Pflegenden sich dort tendenziell anders verhalten als zum Beispiel in der häuslichen Pflegesituation, in der die Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten schon durch das häusliche „Setting“ eher nahe gelegt wird (vgl. Canter 1984). Zahlreiche Pflegeheime bieten heute aber ein relativ hohes Maß an Lebensqualität für ihre Bewohner und zeigen damit, dass es gelingen kann, die Orientierung an Bewohnerbedürfnissen und die Anforderungen an einen effektiven Dienstleistungsbetrieb miteinander zu verknüpfen.

Im Folgenden wird deshalb aufgezeigt, welche Grundsätze und Konzepte verfolgt werden können, um das traditionelle Pflegeheim zu einem Lebensort weiterzuentwickeln, in dem die Bewohner trotz eines erheblichen Hilfebedarfs entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse leben können. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit gesehen, für die Pflegenden und Betreuenden Arbeitsbedingungen zu schaffen, die deren anspruchsvolle Aufgabe erleichtern und stützen. Dabei wird primär auf wohnökologische Fragen und das bauliche Milieu im Heim eingegangen; die weiteren Dimensionen der Pflegeheim-Umwelt, das organisatorische und das soziale Milieu, werden dabei immer mitbetrachtet.

### 10.1 Aktuelle Situation beim Bau von Altenhilfeeinrichtungen

#### Wichtige Aspekte bei der Planung und Konzeption

In der stationären Altenhilfe haben in den letzten Jahren eine Reihe von prägenden Veränderungen stattgefunden. Die Entwicklung neuer Wohnformen (Servicewohnen bzw. Betreutes Wohnen), Veränderungen in den familiären Strukturen, die Zunahme des Anteils an hochbetagten Menschen in der Bevölkerung und nicht zuletzt gesetzliche Neuerungen wie z. B. die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes haben zu einer veränderten Situation in den Einrichtungen geführt. Die Hauptaufgaben vieler Heime liegen mittlerweile in der Betreuung von schwerstpflegebedürftigen und demenzkranken Menschen.

Viele Träger sahen sich veranlasst, neue Konzepte zu entwickeln und daraus resultierend auch für eine den Aufgaben angemessene bauliche Infrastruktur zu sorgen. Im Vordergrund stehen dabei Überle-



gungen zur Erweiterung und Differenzierung des Leistungsspektrums mit der Zielsetzung, für jede Stufe des Hilfebedarfs ein adäquates Angebot machen zu können. Diese Maßnahmen sind erforderlich, um zukünftig den qualitativen, aber auch wirtschaftlichen Anforderungen in der Altenhilfe Rechnung tragen zu können. Im Zusammenhang mit dem Pflegeheim der Zukunft wird von einem Versorgungs- und Dienstleistungszentrum für ältere Menschen gesprochen (Schmidt 1999). Moderne Altenhilfeeinrichtungen bieten sowohl ein breites Spektrum von offenen über teilstationäre bis zu stationären Angeboten (Leistungsausweitung) als auch spezifische Angebote für besondere Bedarfsgruppen (Leistungsdifferenzierung). Die bauliche Struktur wird entsprechend vielfältiger. Hier gilt es, räumlich-bauliche Verbundmöglichkeiten zu suchen (unter Umständen auch mit Einrichtungen, die nicht unmittelbar mit der Altenhilfe zu tun haben, wie z. B. Gemeindehäuser oder Kindergärten).

Eine besondere Herausforderung stellt dabei der Altbaubestand dar. In vielen Einrichtungen sind Verbesserungen der baulichen Infrastruktur wie Reduzierung von Doppelzimmern, Einbau individueller Sanitäreinheiten und Einrichtung von Gemeinschaftsräumen dringend notwendig. Zum Teil zeigt sich selbst bei Häusern, die erst vor einigen Jahren gebaut wurden, dass aufgrund der Dynamik in diesem Bereich viele konzeptionelle und bauliche Lösungen nicht mehr zeitgemäß sind. Durch diese baulichen Mängel stoßen die Einrichtungen an Grenzen bei der Umsetzung bewohnerorientierter Konzepte.

Die größte Herausforderung im Pflegeheimbau der nächsten Jahrzehnte liegt deshalb in der Suche nach wirtschaftlichen, aber qualitätsvollen Lösungen zur Modernisierung bzw. Sanierung von bestehenden Einrichtungen; Neubauten werden primär Ersatzbauten sein, die bei knappen Grundstücken oft mit schwierigen und kostenträchtigen Übergangssituationen verbunden sind (vgl. Kerschkamp et al. 1999).

### Ausgangspunkt vieler Konzepte: Die Auseinandersetzung mit der Bewohnerstruktur

Hintergrund für viele Entwicklungen bei den baulichen Konzepten bilden Untersuchungen der letzten Jahre, die sich mit der Bewohnerschaft von Einrichtungen bzw. mit Bedarfserhebungen beschäftigen haben. Von Infratest wurde Mitte der 90er Jahre eine erste umfassende Repräsentativerhebung zur Bewohnerstruktur in Altenhilfeeinrichtungen durchgeführt (Schneekloth & Müller 1997). Diese Untersuchung ergab im Hinblick auf umweltrelevante Bewohnermerkmale in Pflegeheimen folgende Ergebnisse: Fast jeder vierte Be-



wohner leidet unter deutlichen *Beeinträchtigungen der Sinnesorgane*, d. h. hat starke Sehbehinderungen oder hört schwer. Ca. 58 % der Bewohner haben *Bewegungseinschränkungen* mit der Folge, dass ein hoher Anteil der Bewohnerschaft bei der Fortbewegung auf Hilfsmittel wie Rollstuhl oder Gehhilfe angewiesen ist.

Ein aus wohnökologischer Perspektive sehr wichtiger Punkt ist auch die Verweilzeit der Bewohner in den Einrichtungen. Um eine Einrichtung als neuen Wohnort anzuerkennen und z. B. durch das Aufstellen eigener Möbel oder die Wahl eines bevorzugten Aufenthaltsplatzes in Besitz zu nehmen, ist es notwendig, dass der Bewohner über einen längeren Zeitraum in der Einrichtung verweilt und mit der dortigen Situation vertraut wird. Die Ergebnisse der Infratest-Studie zeigen, dass in Pflegeheimen die durchschnittliche Verweildauer bei 36 Monaten liegt. Gleichzeitig ergab die Studie jedoch auch, dass knapp 30 % der Bewohner im Verlauf des ersten Jahres nach dem Einzug versterben. Eine Studie, die zum Thema Verweilzeiten in baden-württembergischen Pflegeheimen durchgeführt wurde, führte sogar zu dem Ergebnis, dass 25 % der Bewohner bereits in den ersten drei Monaten nach Einzug versterben (Sozialministerium Baden-Württemberg 2000). Dieser Personenkreis hat – auch aufgrund der meist schlechten körperlichen Verfassung – kaum die Möglichkeit, das Pflegeheim als neuen Wohnort in Besitz zu nehmen und zu erleben. Es stehen andere Bedürfnisse wie z. B. Sterbebegleitung im Vordergrund.

Die aus planerischer Sicht wichtigste Personengruppe in Altenpflegeheimen sind gegenwärtig Menschen mit *kognitiven Beeinträchtigungen*. In den letzten Jahren ist der Anteil an demenzerkrankten Menschen in der Bewohnerschaft deutlich gestiegen. In aktuellen epidemiologischen Studien lag der Anteil der demenzerkrankten Bewohner bei knapp 60 % der Bewohnerschaft (Weyerer et al. 2000). Die von dieser Krankheit betroffenen Menschen sind aufgrund ihrer Desorientiertheit in ihren umweltrelevanten Fähigkeiten stark eingeschränkt und können daher durch ungünstige bauliche Situationen wie z. B. unübersichtliche, dunkle Flure leicht überfordert werden.

In vielen Einrichtungen wird deshalb versucht, das bauliche Milieu besser an die Bedürfnisse dieses Personenkreises anzupassen. Zum Teil bestehen auch Erwägungen, spezifische bauliche Angebote wie z. B. Tagesbetreuung oder beschützende Bereiche für diese Bewohnergruppe zu gestalten.

Wichtig ist, dass sich die Bewohner von Altenhilfeeinrichtungen nicht nur aufgrund von körperlichen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen unterscheiden. Jeder Bewohner hat eine individuelle Lebens- und Wohnbiografie, aus der völlig unterschiedliche Bedürf-



nisse an die Umgebungsgestaltung resultieren können. Zusammenfassend erfolgen daher aus der Sicht der Bewohner drei wesentliche Anforderungen an eine bedürfnisgerechte bauliche Gestaltung von Pflegeeinrichtungen.

### Drei Ansätze für bewohnerorientiertes Planen

#### *Individuelles Wohnumfeld*

Die Bewohner eines Pflegeheims stellen keine homogene Gruppe dar. Sie haben vielmehr aufgrund ihrer Biografie, ihres Lebensstils und der Art ihrer Pflegebedürftigkeit unterschiedliche Bedürfnisse hinsichtlich der Wohn- und Lebensumwelt im Heim.

Individuell verschieden ist vor allem das Bedürfnis nach Rückzug oder Teilnahme an der Gemeinschaft (Privatsphärenregulation). Hier wirken sich biografische Prägungen, bisheriger Lebensstil und bisherige Wohnsituation deutlich auf die Erwartungen der Bewohner an ein angemessenes Heimmilieu aus. Manche Bewohner suchen Kontakt und Unterhaltung, während andere sich eher abgrenzen und sich vorwiegend im privaten Bereich, dem Pflegezimmer, aufhalten. Auch das Verfügen über einen eigenen Sanitärbereich ist für manche eine Notwendigkeit, während andere eine gemeinsame Nutzung mit anderen Bewohnern oder sogar Doppelzimmer tolerieren.

Optimal wäre es, wenn das Heim jedem Einzelnen die Kontinuität und Beibehaltung des bisherigen Wohnumfelds ermöglichen würde, d. h. eine gewisse Wahlmöglichkeit in Bezug auf das Wohnumfeld bieten könnte. Aus dieser Perspektive ist der steigende Anteil an Einzelzimmern zu begrüßen. Dadurch besteht für die Bewohner die Möglichkeit, eigene Möbel aufzustellen und den bisherigen Wohn- und Lebensstil zumindest in begrenztem Rahmen weiterzuführen.

#### *Unterstützendes (prothetisches) Milieu*

Die Bewohner eines Pflegeheims sollen trotz Pflegebedürftigkeit ein möglichst hohes Maß an Autonomie und Selbstständigkeit bewahren können. Je mehr die Heimumwelt die verbliebenen Kompetenzen stützt, desto eher kann dieses Ziel erreicht werden. Zu solchen „prothetischen Hilfen“ gehören neben Barrierefreiheit und den üblichen Hilfen (Handläufe, Stützhilfen) auch eine bauliche Gestaltung, die nicht verunsichert, sowie eine Grundrisskonzeption und Wegeführung, die bei zunehmender Vergesslichkeit Orientierung ermöglicht.

### IV Aufbau- und Ablauforganisation

V Kontrolle und Qualitätsicherung

III Führen der Lebensgestaltung

II Rahmenbedingungen | Ziele und Aufgaben



### *Therapeutisches Milieu*

Eine besonders wichtige Rolle spielt ein geeignetes Milieu für diejenigen Bewohner, die durch demenzielle Erkrankungen in ihren kognitiven Fähigkeiten stark eingeschränkt sind und als Folge dieser Einbußen besonders unter einem institutionell geprägten Milieu leiden. Diese verwundbare Gruppe der „Altersverwirrten“ benötigt eine Umgebung ohne Angst erzeugende Merkmale (wie z. B. lange dunkle Gänge), die überschaubar und wohnlich ist und dadurch Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Entscheidend ist hierbei vor allem die angemessene Gestaltung des halböffentlichen Bereichs (Flure, Wohn- und Aufenthaltsbereiche). Hier kann ein ausgeprägter Wohncharakter Verhaltenssicherheit fördern und die soziale Interaktion der Bewohner positiv beeinflussen.

### **Theoretischer Hintergrund dieser Entwicklungen: Einige Grundlagen aus der Umwelt-Verhaltensforschung**

Grundlagen für all diese Veränderungen bilden Erkenntnisse aus der Umwelt-Verhaltensforschung, die sich in den 70er und 80er Jahren in den USA, aber auch im deutschen Sprachraum intensiv mit dem „Setting“ Altenpflegeheim befassten (vgl. Wahl & Reichert 1991). Ergebnisse dieser Forschungen sind in viele Empfehlungen zum Pflegeheimbau eingegangen, die seit den 70er Jahren insbesondere vom KDA verbreitet werden. Sie haben in der Praxis eine Sensibilisierung in Bezug auf die Bedeutung der physischen (und sozialen) Umwelt und auf das Befinden und Verhalten der Pflegeheimbewohner eingeleitet. Der physischen Umwelt wird neben der prothetischen zunehmend auch eine therapeutische Funktion zugemessen (vgl. Lind & Heeg 1990). Dazu gehört z. B. die Erkenntnis, dass Handlungsangebote und Anregungen zur Aktivierung und Kompetenzerhaltung und damit zu mehr Lebensqualität beitragen können, während reglementierende, anregungsarme Wohn- und Lebensbedingungen im Extremfall Verhaltensreaktionen in Form von Hospitalismus hervorrufen können. Die Forschung setzte sich jedoch nicht nur mit den negativen Folgen der Unterbringung in Institutionen auseinander, sondern untersuchte auch, welche Anforderungen an eine nutzergerechte Umwelt gestellt werden müssen (person-environment-fit). Unter Umwelt wird dabei die Gesamtheit der Faktoren verstanden, die menschliches Verhalten beeinflussen. Der Begriff umfasst daher soziale und physische Aspekte genauso wie die symbolische Bedeutung von gebauter Umwelt.

Die Theorie der Umwelt-Verhaltens-Forschung geht zurück auf klassische psychologische Ansätze aus den 50er Jahren (vgl. Pynoos & Regnier 1991). Untersucht wird in diesem Forschungsfeld das Erleben und Verhalten von Menschen im Kontext ihrer Umwelt.

### IV Aufbau- und Ablauforganisation

V Kontrolle und Qualitätsicherung

III Führen der Leistungserstellung

II Rahmenbedingungen | Ziele und Aufgaben



Grundlage bilden systemtheoretische Ansätze, die von einer ständigen Wechselbeziehung zwischen einer Person und ihrer Umgebung ausgehen.

Das bekannteste Theoriekonzept im Bereich der Umweltforschung wurde von Lawton und Nahemow (1973) entwickelt, das so genannte „competence-press-model“. In diesem Modell der *Person-Umgebungs-Passung* wird die positive Befindlichkeit einer Person als Effekt der Übereinstimmung zwischen den Anforderungen der Umwelt (press) und den spezifischen Kompetenzen (competence) des Individuums angesehen (vgl. Pynoos & Regnier 1991).

Dabei wird davon ausgegangen, dass bei abnehmender Kompetenz der Person das Verhalten zunehmend mehr von Umweltfaktoren beeinflusst wird. Anders ausgedrückt besagt die so genannte „docility“-These (Lawton 1980), dass Personen wie z. B. Demenzerkrankte aufgrund ihrer eingeschränkten Kompetenzen in besonders hohem Maße durch Umweltbedingungen beeinflussbar sind. Dies gilt sowohl im negativen Sinne, indem ungünstige Umweltfaktoren z. B. Verhaltensauffälligkeiten verstärken können, aber auch im positiven Sinne, indem die Umwelt im Sinne eines therapeutischen Milieus (Lawton 1980) positive Auswirkungen auf das Verhalten und Befinden haben kann. Merkmale der baulichen Umgebung werden so gestaltet, dass sie Vertrautheit und Sicherheit vermitteln, eindeutige Hinweise auf ihre Funktionsweise und Bedeutung liefern und einen hohen Anregungsgehalt aufweisen.

Eine Weiterentwicklung des Modells von Lawton stammt von Kahana (1975, 1982). Auf der Grundlage des Lawtonschen Konzepts hat Kahana das Kongruenz-Modell der *Person-Umgebungs-Interaktion* (*person-environment interaction model*) entwickelt, das in den USA ebenfalls besondere Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. Das Konzept von Lawton wurde dahingehend verändert, dass die Umwelt und ihre Qualitäten in Beziehung zu den persönlichen Bedürfnissen des Individuums gesetzt werden. Eine Übereinstimmung (congruence) zwischen diesen beiden Domänen führt zu Wohlbefinden. Dabei bezieht sich das Konstrukt der Umwelt nicht nur auf physische Aspekte, sondern schließt auch die soziale Umgebung ein.

Um Wohnqualität zu beurteilen, reicht es daher nicht aus, festzustellen, ob bestimmte bauliche Standards (z. B. Einzelzimmer) erfüllt oder bestimmte Räume vorhanden sind. Ausschlaggebend ist vielmehr die Einschätzung des Maßes, in dem diese Räume den Bedürfnissen der dort lebenden Menschen entsprechen. Das Heim ist für die Pflegeheimbewohner Wohnort und Lebensraum. Die Identifikation mit dem Wohnort korreliert mit den Möglichkeiten seiner individuellen Gestaltung. Indem die Bewohner ihrem Lebensumfeld einen eigenen Charakter verleihen, identifizieren sie sich mit ihm.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Kontrolle und Qualitätsicherung

#### I Ziele und Aufgaben

#### II Rahmenbedingungen

#### III Faktoren der Leistungserstellung



Dieser Identifikationsprozess wird als Aneignung beschrieben. Je ausgeprägter die Möglichkeiten der Aneignung sind, desto eher werden sich die Bewohner im Heim „heimisch“ fühlen. Oft sind Pflegeheimbewohner entweder in ihrer Mobilität stark eingeschränkt oder verwirrt. Daher rücken bauliche Aspekte im Aneignungsprozess in den Vordergrund. Die Berücksichtigung baulicher Faktoren, wie z. B. die Erreichbarkeit (Barrierefreiheit, Entfernung) bestimmter Angebote, vermittelt den Bewohnern eine Wertschätzung, die ihnen durch die Gestaltung einer bedürfnisorientierten Wohnumgebung entgegengebracht wird, und begünstigt deren psychische und emotionale Sicherheit. Darüber hinaus ist die Lebensqualität im Heim auch wesentlich davon abhängig, in welchem Maß umweltbezogene Bedürfnisse der Bewohner erfüllt werden.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Theoriekonzepte hat sich in der Fachwelt ein breiter Konsens in Bezug auf wichtige Dimensionen einer Umwelt für alte Menschen entwickelt, auch wenn im Detail unterschiedliche Prioritäten gesehen werden (z. B. Calkins 1988; Cohen & Weisman 1991; Lawton et al. 1984; Sloane & Mathew 1991; vgl. Heeg 1993, Regnier & Pynoos 1987, Saup 1993). Zu den wichtigsten altersrelevanten Umweltdimensionen, die in der gerontologischen und ökopyschologischen Forschung angesprochen werden, gehören (vgl. Lawton et al. 1997):

- ▷ Sicherheit und Geborgenheit,
- ▷ Erleichtern von Wahrnehmung und Orientierung,
- ▷ Unterstützung der Funktionsfähigkeit, Kompetenzerhaltung,
- ▷ Stimulation, d. h. Anregungen ohne Überstimulation,
- ▷ Ermöglichen von Autonomie und Umweltkontrolle (durch die Bewohner),
- ▷ Gelegenheiten zur sozialen Interaktion und zur Regelung von Privatheit,
- ▷ Kontinuität, Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang,
- ▷ Anpassung an Veränderungen.

Diese Qualitätsdimensionen bilden auch die Beurteilungsgrundlage für Instrumente, die zur Qualitätsbeurteilung der Umwelt in Altenhilfeeinrichtungen entwickelt wurden (vgl. Radzey et al. 2001). Auf die wichtigsten dieser Dimensionen wird im Folgenden kurz eingegangen.

#### *Sicherheit und Geborgenheit*

Das Bedürfnis nach emotionaler und physischer Sicherheit im Heim hat hohe Priorität und kann durch eine bauliche Gestaltung erfüllt werden, die die charakteristischen Einschränkungen pflegebedürfti-

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Kontrolle und Qualitätsicherung

#### I Ziele und Aufgaben

#### II Rahmenbedingungen

#### III Faktoren der Leistungserstellung



ger alter Menschen in Bezug auf Sinneswahrnehmungen, Mobilität, Reaktionsgeschwindigkeit u. a. kompensiert. Insbesondere bei der Betreuung verwirrter Bewohner müssen potenzielle Gefährdungen ausgeschlossen und eine barrierefreie, risikoarme Umgebung geschaffen werden. Ebenso ist darauf zu achten, dass Unsicherheiten erzeugende Merkmale vermieden werden, wie dunkle Flure oder frei schwebende Treppen.

### Orientierung

Alte Menschen in Pflegeheimen haben häufig Kompetenzeinbußen in sensorischer oder kognitiver Hinsicht; dadurch ist ihre Fähigkeit der Situationswahrnehmung und -interpretation reduziert. Die Umgebung muss daher klar lesbare und einfach verständliche Merkmale aufweisen, die eine räumliche Zuordnung leicht machen. Es kann sich dabei um Symbole, unterschiedliche Farbgebung bzw. Materialien oder eine räumlich differenzierte Architektur handeln. Am besten ist eine Kombination aus mehreren sinnvollen Orientierungshilfen, da die einzelnen Bewohner nicht alle Zeichen in gleicher Weise verstehen oder sich merken können. Da Orientierungsverlust ein wichtiges Demenzkriterium ist, kann eine gut durchdachte räumlich-materiale Umwelt dazu beitragen, sich trotz kognitiver Einbußen zu rechtzufinden.

Am einfachsten ist die Orientierung, wenn die Grundrisstruktur des Gebäudes leicht nachvollziehbar ist. Es gibt Grundrisstypologien, die das Zurechtfinden fördern, und andere, die selbst jüngeren Menschen große Probleme bereiten würden. Klare Erschließungsprinzipien, die meist längere Sichtachsen auf Orientierungspunkte aufweisen, sind förderlich. Markante Orte oder Punkte als Orientierungshilfen zu schaffen, scheint insgesamt hilfreicher für die Bewohner zu sein als beispielsweise ein Farbleitsystem, das von vielen überhaupt nicht registriert wird. Optimal ist es, wenn man die Orientierungselemente schon von weitem sehen kann und diese auch ständig im Blick behält. Diese Erfahrung kennt jeder, der sich beispielsweise in einer Großstadt wie Paris am Eiffelturm orientiert.

### Anregungen

Anregungen in einem Heim sind wichtig, um einem Abstumpfen der Bewohner entgegenzuwirken. Dabei kommt einer liebevollen und reichhaltigen Gestaltung architektonischer Details große Bedeutung zu. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass vor allem bei psychisch kranken Bewohnern keine Überstimulation (overload) erzeugt wird. Geeignet sind haptische Reize (z. B. durch Materialien, die sich angenehm anfühlen), vertraute akustische Reize oder der Geruch von Pflanzen und Blumen. Auch der Blick auf interessante



Gegebenheiten innerhalb und außerhalb des Hauses bietet Anregungsmöglichkeiten. Ein beschützter Garten bietet Betätigungs- und Bewegungsmöglichkeiten und lässt Natur erleben.

Eine der Hauptbeschäftigungen, die bei den Bewohnern von Pflegeeinrichtungen beobachtet werden kann, ist das Beobachten („sit-and-watch“). Die beliebtesten Sitzmöglichkeiten befinden sich daher an so genannten Aktivitätsknoten, d. h. vor dem Pflegestützpunkt oder in der Nähe der Erschließung („wo etwas los ist“).

Entsprechende Orte sollten vom Architekten bewusst eingeplant werden. An Stellen großer Betriebsamkeit, z. B. vor dem Aufzug oder dem Pflegestützpunkt, ist immer damit zu rechnen, dass „sit-and-watch“-Plätze entstehen. Insgesamt ist es also wichtig, Plätze zu antizipieren, an denen sich die Bewohner gerne aufhalten werden, weil die Attraktivität des Ortes durch vorbeigehende Menschen (Bewohner, Personal und Besucher) aufgewertet wird.

### Autonomie und Kontrolle

Der Begriff „Kontrolle“ umfasst ein wichtiges übergeordnetes öko-psychologisches Konzept. In Bezug auf die Umwelt kann Kontrolle beschrieben werden als die Möglichkeit für den Bewohner, seine Umwelt nach eigenen Präferenzen und Vorstellungen gestalten und beeinflussen zu können. Der Verlust von Kontrollmöglichkeiten kann für die Bewohner von Pflegeheimen erhebliche Konsequenzen haben. Das Gefühl, keinen Zusammenhang zu entdecken zwischen dem, was man tut, und dem, was geschieht, ist für alle Menschen beängstigend. Kontrollverlust tritt in institutionellen Umgebungen gehäuft auf. Bei der Übersiedlung ins Heim sehen sich viele Menschen mit potenziell nicht kontrollierbaren Umwelt- und Situationsbedingungen konfrontiert, indem sich z. B. die Tagesstrukturen an institutionellen Erfordernissen und nicht an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren.

Auch der Verlust von Stimulationskontrolle tritt in Heimen vermehrt auf. Menschen können z. B. oft den sehr unangenehmen Gerüchen oder auch ständig rufenden Bewohnern nicht ausweichen. Daher ist es wichtig, dass die Bewohner z. B. Wahlmöglichkeiten bei den Aufenthaltsplätzen haben (mittendrin oder mit etwas Distanz) oder bestimmte Dinge steuern können (z. B. Fenster öffnen). Bei neueren Pflege- und Wohnkonzepten wird versucht, durch aktivierende Pflegemaßnahmen und die Einbindung in Aktivitäten (z. B. in die Speisenzubereitung) ein höheres Maß an Autonomie und Kontrolle für die Bewohner zu erreichen.



### Regelung von Privatheit – Wechsel zwischen Rückzug und sozialer Interaktion

Die Privatheitsregulation ist ein interaktiver, dynamischer Prozess. Dabei reguliert der Einzelne nach seinen individuellen Präferenzen den Wechsel zwischen Rückzug und Teilnahme am öffentlichen, sozialen Leben. Die Möglichkeit zum Rückzug ist die Voraussetzung für die Bereitschaft zum Austausch mit anderen. Über Privatsphäre zu verfügen bedeutet nicht nur, alleine sein zu können, wenn man das Bedürfnis dazu hat, sondern schließt auch die Wahlmöglichkeit ein, aus einem breiten Spektrum privater Situationen eine Entscheidung treffen zu können. Die räumlichen Bedingungen sollten erlauben, alleine, zu zweit oder ungestört in der Gruppe zu sein, bis hin zu der Möglichkeit, in der Anonymität eines öffentlichen Cafés ganz unauffällig unterzutauchen. Bei der Konzeption eines Heimes wird dies möglich, wenn die Flächen und Räume nach ihrem Öffentlichkeitsgrad hin gestaffelt werden, also eine hierarchische Raumsyntax von privaten über halbprivate und halböffentlichen hin zu öffentlichen Flächen aufgebaut wird.

Die Realisierung von Rückzug setzt voraus, dass ein Individuum über ein eigenes Territorium verfügen kann. In diesem Bereich bestehen für den Bewohner Ausschließlichkeitsrechte in der Nutzung, Möglichkeiten zur Personalisierung und eine Kontrolle des Zugangs (primäres Territorium). Im Idealfall wird diesem Bedürfnis in Altenhilfeeinrichtungen durch das Angebot von Einzelzimmern entsprochen. Daher ist der Einzelzimmeranteil ein wichtiger Indikator für diese Qualitätsdimension.

Untersuchungen in Altenhilfeeinrichtungen haben ergeben, dass trotz einer hohen Bewohnerdichte Isolationsgefühle bei Bewohnern anzutreffen sind (vgl. Saup 1984). Die Architektur ist deshalb umso mehr gefordert, ihren Beitrag zu leisten, um durch die räumliche Gestaltung Sozialkontakte zu erleichtern. Viele, über Jahre gewachsene Sozialkontakte reißen durch einen Umzug ins Heim ab, selbst wenn einige in der glücklichen Lage sind, innerhalb ihrer Nachbarschaft zu bleiben. Die Chance, in der neuen Umgebung Kontakte mit anderen Bewohnern zu knüpfen, ist nicht nur abhängig von den Gemeinschaftsangeboten des Hauses, sondern wird auch durch eine kontaktfördernde Gestaltung des Hauses beeinflusst. Wenn die Aufenthaltsbereiche oder Sitzmöglichkeiten im Heim nicht an den Aktivitätsknoten, wie im Eingangsbereich, am Treppenhaus, vor dem Aufzug oder an der inneren Straße liegen oder wenn ihre Möblierung kalt und steril ist, werden diese Bereiche nicht angenommen. Da in der Regel die Pflegebedürftigkeit der Bewohner zu- und damit die Mobilität abnimmt, wird es immer wichtiger, die Sitzplatzangebote in unmittelbarer Nähe der Bewohnerzimmer anzubieten. Man sollte allerdings die Bewohner nicht mit der Erwar-

IV Aufbau- und Ablauforganisation

V Merkmale der Qualitätsdimension



tung überfordern, sich unentwegt angeregt unterhalten zu müssen oder gemeinschaftliche Aktivitäten auszuüben. Das Sitzen und Beobachten von einem geschützten Platz aus ist für alte Menschen eine vollwertige Form der Teilnahme an der Gemeinschaft.

### Vertrautheit

Mehrere Studien (vgl. Saup 1993) weisen darauf hin, dass die Vertrautheit mit ihrer Umgebung für ältere Menschen wichtiger ist als für jüngere. Umso schwieriger ist es daher, das vertraute Umfeld zu verlassen und in eine völlig neue Umwelt, wie sie das Pflegeheim darstellt, umzuziehen. Bei der Gestaltung der Einrichtung sollte daher diesem Aspekt hohe Bedeutung zugemessen werden. Das Gefühl, im Heim „zu Hause“ zu sein, in vertrauter Umgebung zu leben, ist dann leichter zu entwickeln, wenn man über ein eigenes Zimmer verfügt, dessen Zuschnitt und Größe die Aufstellung eigener Möbel erlaubt. Das Eingewöhnen in die neue Umgebung wird dann positiv unterstützt, wenn sie vertraut wirkt, d. h. die Gestaltung und Möblierung des Gebäudes eine wohnliche, alltagsnahe Atmosphäre vermittelt. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der im Zusammenhang mit dem Kriterium Vertrautheit steht, ist die Lage des Heims: Liegt dieses im vertrauten Wohnquartier oder zumindest in der angestammten Stadt des Bewohners, so fällt die Eingewöhnung in der Regel leichter.

### Erreichbarkeit und Bewegungsraum

Die Barrierefreiheit in Pflegeeinrichtungen wird durch die Anwendung der DIN 18025, Teil 2 gewährleistet. Bis auf technische Probleme bei der Ausführung von Zugängen zu Freibereichen (Terrassen, Balkonen) ist die barrierefreie Gestaltung von Altenhilfeeinrichtungen mittlerweile Standard. Die DIN regelt aber beispielsweise nicht die Auslegung von Gemeinschaftsbereichen in den Einrichtungen. Es kann häufig beobachtet werden, dass die Aufenthaltsbereiche oft nicht auf den erhöhten Platzbedarf ausgelegt sind, der aufgrund eines relativ hohen Anteils an Rollstuhlnutzern erforderlich wird. Fehlen in den Gemeinschaftsräumen die benötigten Rangierflächen und erfordert die Nutzung der Bereiche ein ständiges Hin- und-Her-Schieben von Bewohnern oder Tischen, dann werden die Räume nur ungern genutzt. Wenig berücksichtigt wird auch die notwendige Abstellfläche für die Rollstühle. Insbesondere in der Nähe der Aufenthaltsbereiche sollte es auch Abstellplätze für Rollatoren geben. Diese Hilfsmittel werden mittlerweile auch von vielen Bewohnern genutzt.

IV Aufbau- und Ablauforganisation

V Merkmale der Qualitätsdimension





## 10.2 Leitbilder und Konzepte

### Bewohnerorientierte Leitbilder für den Bau von Pflegeeinrichtungen

Bei der baulichen Umsetzung einer bewohnerorientierten, nicht institutionell geprägten Umgebung gibt es verschiedene architektonische Konzepte, die an unterschiedlichen Leitbildern orientiert sind. Im Folgenden werden zwei Entwurfs- und Gestaltungsprinzipien beschrieben, die bei der Evaluation von Einrichtungen, die in den 90er Jahren gebaut wurden, gefunden wurden (vgl. Heeg & Radzey 1998).

Die beiden im Folgenden beschriebenen Konzepte unterscheiden sich deutlich in der Anordnung und Gestaltung der Gemeinschafts- und Bereichsflächen, wodurch der Aspekt des Wohnens unterschiedlich akzentuiert wird. So wird beim Leitbild „Gemeinschaft“ der Schwerpunkt auf die private Dimension des Wohnens gelegt (Wohnen in der Familie). Das Leitbild „Straße“ betont die öffentliche Dimension (Wohnen in der Nachbarschaft).

Beim Leitbild „Gemeinschaft“ wird durch eine Untergliederung der Pflegebereiche in Wohngruppen versucht, einen wohnlichen Charakter zu erreichen. Die Bewohner leben in überschaubaren sozialen Einheiten mit eigenen Aufenthaltsbereichen (Wohnzimmern). Ziel ist, dass sich bei den Bewohnern durch die Überschaubarkeit und Wohnlichkeit schnell Vertrautheit mit der Wohnsituation und den Mitbewohnern einstellt.

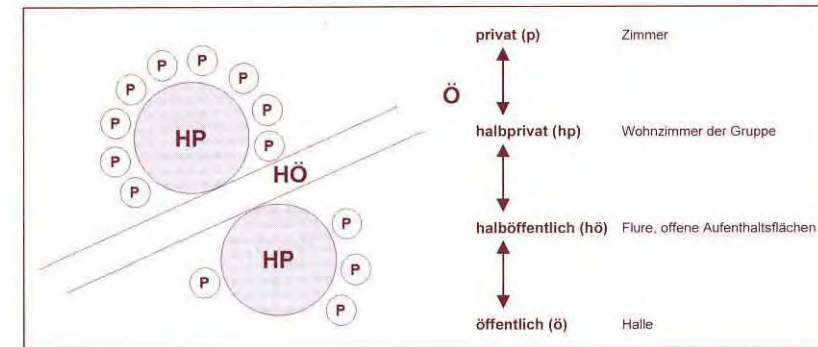
Dem Leitbild „Gemeinschaft“ liegt der Gedanke zugrunde, dass die Pflegeheimbewohner sich in einer familienähnlichen Gemeinschaft besonders wohl fühlen, weil ihnen diese Wohnform aus ihrer Wohnbiographie (in der Regel) vertraut ist. Charakteristisch dafür ist eine überschaubare Gruppengröße von sechs bis maximal zwölf Personen und die Ansiedlung des Lebensmittelpunktes in der Gruppe.

Baulich ist dieses Leitbild charakterisiert durch eine clusterförmige Anordnung der Zimmer um den gemeinsamen Wohn-/Essbereich. Der wohnliche Charakter wird meist durch eine offene Küche (Wohnküche) und alltagsnahe Möblierung (Sofa, Anrichte, Bücherwand, Vogelkäfig) betont. Die territoriale Gliederung entspricht der einer Wohnung: Man kommt vom privaten Bereich (dem Schlafzimmer) zunächst in den halbprivaten Bereich des gemeinschaftlichen Wohnzimmers, bevor man den halböffentlichen Bereich (den allgemein zugänglichen Flur) erreicht.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation



### Bauliche und territoriale Gliederung des Leitbilds „Gemeinschaft“



Insgesamt sind bei diesem baulichen Konzept die Qualitätsdimensionen Vertrautheit und Überschaubarkeit prägend. Dies wird vor allem durch die Einrichtung einer Wohnküche und durch die Innengestaltung bzw. Möblierung erreicht. Auch bei der äußeren Gestaltung dieses Typus wird Wert darauf gelegt, dass der Bau nicht institutionell wirkt, sondern an herkömmlichen Wohnungsbau erinnert.

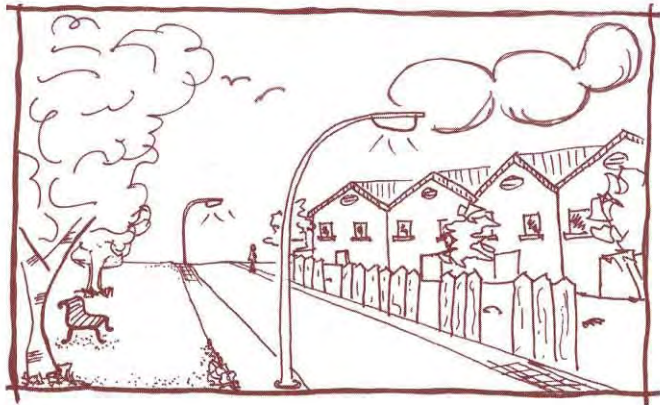
Allerdings ist bei diesem Leitbild nicht alleine das bauliche Konzept entscheidend, dem sozialen Milieu kommt eine mindestens genauso große Bedeutung zu, denn wesentlich für das Funktionieren einer Wohngruppe ist, dass alle tagesstrukturierenden Angebote in der Gruppe stattfinden. Im Gemeinschaftsbereich der Wohngruppe sollten ständig Mitarbeiter anwesend sein, um das Zusammenleben der Bewohner zu moderieren und den Aufenthalt in der Wohngruppe attraktiv zu machen (Anregung durch Zuschauen). Die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes erfordert daher nicht nur eine passende bauliche Grundstruktur und ein wohnliches Milieu, sondern vor allem eine dezentrale Schwerpunktsetzung bei den Bewohneraktivitäten.

Einem weiteren qualitätsvollen Planungsansatz, der bei den Evaluationen gefunden wurde, liegt das Leitbild „Straße“ zugrunde. Bei diesem Planungskonzept wird besonderer Wert darauf gelegt, die Attraktivität der halböffentlichen Bereiche zu erhöhen, indem die Flure als Wohn- und Erlebnisbereiche aufgefasst und entsprechend gestaltet werden. Der Aufenthalt außerhalb der Zimmer soll den Bewohnern abwechslungsreiche Szenarien als Anregung bieten. Da der Bewegungsraum der Menschen, die in Pflegeheimen leben, sehr begrenzt ist, wird bei diesem Konzept versucht, den Bewohnern ein möglichst vielfältiges räumliches Angebot innerhalb der Einrichtung zu bieten.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation



Das Pflegeheim wird als „kleine Stadt“ mit Häusern (den Bewohnerzimmern), Straßen (den Fluren) und Plätzen (den Aufenthaltszonen) gestaltet. Das Zusammenleben der Bewohner ist orientiert an dem Bild von Nachbarn, die in einer Straße oder Reihenhaussiedlung wohnen.

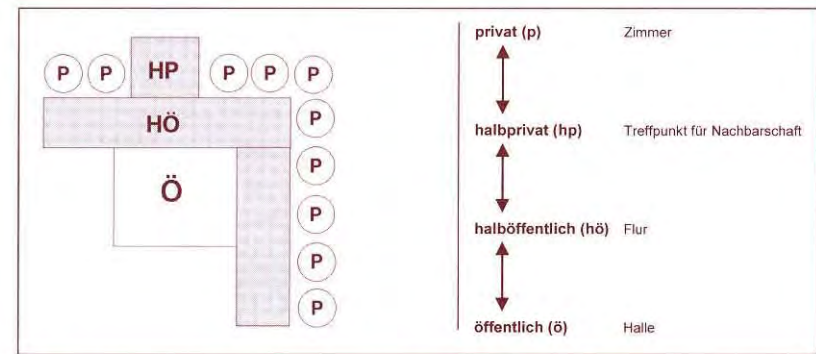


Architektonisch hervorgehoben werden vor allem die halböffentlichen Bereiche, die attraktive Treffpunkte mit hohem Erlebniswert sein sollen. Flure dienen hier nicht nur der Erschließung, sondern sind für die Bewohner Bewegungs- und Erlebnisraum. Die Gebäudestruktur ist eher linear. Einrichtungen, die nach diesem Leitbild konzipiert sind, weisen einen hohen Anteil an Verkehrsfläche auf. Charakteristisch ist auch ein vergleichsweise hoher Anteil natürlich belichteter Flure (durch Einbund oder von oben belichtete Halle). Die halböffentlichen Bereiche sind sehr ansprechend gestaltet. Dabei wird insbesondere die Qualitätsdimension „Anregung“ betont.

Die Architektur der Einrichtungen, die diesem Leitbild entsprechen, bietet den Bewohnern viel Bewegungsraum, um in ansprechender Atmosphäre spazieren zu gehen. Außerdem ergeben sich für die Bewohner viele Möglichkeiten zum „sit and watch“, d. h. zum Beobachten und zur Teilnahme, ohne engen Kontakt zu anderen aufnehmen zu müssen. Gestalterisch kann der Straßencharakter der Flure betont werden, indem sie Straßennamen tragen und die Zimmer der Bewohner Hausnummern haben. Auch die Belichtung der Flurbereiche erinnert an Straßenleuchten. Entlang der Straßen sind attraktive Sitzmöglichkeiten und anregende Gestaltungselemente (Brücke, Schachspiel, Volière, Telefonzelle etc.) angeordnet. Das Zusammenleben unter den Bewohnern ist zwangloser als beim Leitbild „Gemeinschaft“. Man kann sich mit dem „Nachbarn“ treffen, lebt aber nicht zusammen in einem gemeinsamen Haushalt.



### Bauliche und territoriale Gliederung nach dem Leitbild „Nachbarschaft“



#### Das Konzept der Hausgemeinschaften als Konkretisierung des Leitbildes „Gemeinschaft“

Die baulichen Konzepte, die in der Fachwelt derzeit primär diskutiert werden, basieren auf dem Leitbild „Familie“. An erster Stelle steht hier das vom KDA propagierte Konzept der Hausgemeinschaften, auf das im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Der Begriff „Hausgemeinschaft“ wurde vor einiger Zeit vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) eingeführt. Unter „Hausgemeinschaften“ wird eine familienähnliche Wohn- und Lebensform für pflegebedürftige und/oder verwirrte alte Menschen verstanden (Winter et al. 1999). Dabei stellt das Konzept der Vertrautheit den zentralen inhaltlichen Aspekt dar. In der KDA-Generationenfolge im Bereich Pflegeheimbau werden die „Hausgemeinschaften“ nunmehr als die vierte Generation bezeichnet. Somit sind die „Hausgemeinschaften“ eine konsequente Weiterentwicklung der Wohngruppenkonzepte, die bereits in den 80er Jahren propagiert wurden. Im Leitbild Wohnheim, das für die Wohngruppenkonzepte Pate stand, wurde der Schwerpunkt auf die Aktivierung der Bewohner gelegt, während nun im Konzept der Hausgemeinschaft das Leitbild Familie inhaltlicher Maßstab ist und der Schwerpunkt auf das Erleben von Geborgenheit und Normalität gelegt wird. Inhaltlich geprägt wurde dieses Konzept besonders durch ausländische Modelle, wie z. B. die Cantou in Frankreich und das Anton Pieck-hofje in den Niederlanden (vgl. Radzey et al. 2000).

Die Erkenntnisse aus den ausländischen Projekten sowie die Erfahrungen mit den frühen Wohngruppenprojekten haben zu der Erkenntnis beigetragen, dass das wesentliche Kriterium für das Funktionieren von Wohngruppen die Übereinstimmung zwischen baulichem Konzept und Pflege- und Betreuungskonzept ist. Voraus-



setzung für den Erfolg einer Hausgemeinschaft ist daher eine gelungene Verbindung der Komponenten Architektur und inhaltliche Konzeption hinsichtlich Betreuung, Versorgung und Pflege (Winter et al. 1999).

#### ■ Kennzeichen des Hausgemeinschaftskonzepts

*Sechs bis acht Bewohner leben in einer baulich ausgebildeten Wohngruppe*

Vom KDA werden als Gruppengröße für eine Hausgemeinschaft sechs bis acht Bewohner genannt. Bei der Wahl dieser Gruppengröße stehen bewusst soziale Faktoren im Vordergrund. Allerdings sind bei der Wahl der Gruppengröße auch betriebliche Aspekte zu berücksichtigen, da in den Gruppen eine durchgehende personelle Besetzung gewährleistet werden muss. Eine Zahl, die unter Berücksichtigung des Personaleinsatzes für Wohngruppen häufig genannt wird, liegt bei einer Gruppengröße von zwölf Bewohnern. Bei der Entscheidung für eine bestimmte Gruppengröße gilt es daher, beide Sichtweisen gegeneinander abzuwägen. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, welche Gruppengröße von einem Präsenzmitarbeiter alleine betreut werden kann.

*Die bauliche Gestaltung erlaubt den Bewohnern Nähe (Gemeinschaftsbereich) und Distanz (Einzelzimmer mit eigener Sanitäreinheit)*

Dieser Anspruch entspricht den Prinzipien der Subsidiarität und Gemeinschaftlichkeit des Cantou-Konzepts. Indem innerhalb der Hausgemeinschaft nur Einzelzimmer angeboten werden, ermöglicht die bauliche Gestaltung den Bewohnern die Wahlmöglichkeit zwischen Rückzug in die eigene Privatsphäre und Teilnahme am Gemeinschaftsleben in der Wohnküche.

*Die bauliche Gestaltung orientiert sich am Konzept der Normalität*

Bereits bei der baulichen Konzeption der dritten Generation des Pflegeheimbaus bestand der Anspruch, ein häusliches, nicht institutionell geprägtes Milieu zu schaffen. Das bedeutet, dass die Architektursprache bewusst zurückhaltend ist. Die bauliche Gestaltung orientiert sich am normalen Wohnungsbau, so dass die bauliche Umsetzung weder „Anstaltsarchitektur“ noch übertriebenes Architekturdesign zum Ziel hat.

*Die Tagesstruktur wird mit alltagsnahen Beschäftigungen gestaltet*

Die Tagesstruktur in den Hausgemeinschaften wird von der gemeinsamen Vor-/Zubereitung und Einnahme der Mahlzeiten geprägt. All-



tägliche Dinge wie Einkaufen, Tischdecken, Spülen oder Versorgung der Wäsche bestimmen den Bewohneralltag. Dies führt zu einer Aufwertung des Bereichs der Hauswirtschaft. Die Pflege der Bewohner soll diskret in den Hintergrund treten. Im Mittelpunkt steht nicht die Versorgung der Bewohner, sondern das gemeinschaftliche Leben.

Die Umsetzung eines solchen Konzeptes stellt daher auch eine Reihe von Anforderungen an die betriebliche Umsetzung. Hierzu wurden vom KDA eine Reihe konzeptioneller Neuerungen erarbeitet.

#### ■ Betriebliche Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts

Die erfolgreiche Umsetzung eines solchen Konzeptes ist eng verwoben mit den betrieblichen Strukturen, die in der Einrichtung konzipiert werden: Dezentrale Wohngruppen erfordern auch ein dezentrales Arbeiten.

Die Entwicklung der Hausgemeinschaften verdeutlicht, dass die betriebliche Umsetzung des Konzepts in Bezug auf viele in den Altenhilfeeinrichtungen gängigen Organisationsprinzipien ein Umdenken erfordert. Für das Funktionieren einer Hausgemeinschaft gibt es drei wesentliche organisatorische Grundprinzipien (vgl. Winter et al. 1999, 2000).

*Dezentrale Leistungserbringung in Bezug auf Essen, Wäsche, Reinigung und Betreuungsangebote*

Eine Dezentralisierung der Leistungen hin zum Bewohner läuft vielem zuwider, was in den letzten Jahren in den Einrichtungen der Altenhilfe umgesetzt wurde. Aus ökonomischen Gründen wurde in vielen Häusern ein gegenteiliges Konzept verwirklicht, wie z. B. die Zentralisierung in der Speisenverteilung (Tablettsystem). Im hauswirtschaftlichen Bereich wurden außerdem viele Leistungen an Fremdfirmen vergeben, so dass die Einrichtung z. B. im Bereich der Wäscheversorgung oder Hausreinigung keine eigenen Mitarbeiter beschäftigt. Dies ist jedoch Voraussetzung für das Konzept, da in den Hausgemeinschaften durch einen dezentralen Personaleinsatz eine möglichst große Mitarbeiterpräsenz erreicht werden soll. Der Bereich der Hauswirtschaft erlebt bei diesem Konzept eine Aufwertung. Es kommt zu einer Aufhebung der üblicherweise strikten Trennung von Hauswirtschaft und Pflege. Insgesamt verändern sich die üblichen aufbauorganisatorischen Strukturen. Durch die dezentralen Strukturen kommt es zu einer Verschiebung der Entscheidungen hin zum Bewohner. Die Hierarchie im Bereich der Aufbauorganisation ist flach, die Mitarbeiter haben eine hohe Entscheidungsbefugnis. Umgesetzt wird dies durch das Ausbilden eines interdisziplinären



Teams pro Hausgemeinschaft, in dem Mitarbeiter aller Fachbereiche vertreten sind.

*Präsenz einer zentralen Bezugsperson (Präsenzmitarbeiter, Alltagsmanager, Hausfrau)*

Ein Hausgemeinschaftskonzept kann nur dann umgesetzt werden, wenn das Gemeinschaftsleben durch Mitarbeiter der Einrichtung moderiert wird. Ein wesentlicher Garant für den Erfolg ist daher die zentrale Bezugsperson, die sich den Tag über im Gemeinschaftsbereich aufhält. Für diese Person werden mittlerweile eine Vielzahl von Begriffen wie z. B. Präsenzmitarbeiter, Alltagsmanager oder Hausfrau verwendet. Wichtig ist, dass es sich nicht zwangsläufig um einen Mitarbeiter aus der Pflege handeln muss. Mitarbeiter aus anderen Fachbereichen nehmen unter Umständen bei den Bewohnern andere Bedürfnisse wahr als Mitarbeiter aus der Pflege, die viele Dinge durch die „Pflegebrille“ sehen.

*Organisation der Pflege in Anlehnung an einen ambulanten Pflegedienst*

Die Organisation der zu erbringenden pflegerischen Leistungen orientiert sich an den Abläufen eines ambulanten Pflegedienstes. Eine solche Rolle sollen auch die Mitarbeiter aus der Pflege einnehmen. Wenn sie das Zimmer des Bewohners betreten, sind sie in dessen privatem Wohnraum, der entsprechend respektiert werden soll. Insgesamt sollen die pflegerischen Leistungen in den Hintergrund treten und keine dominante Rolle in der Tagesstruktur der Bewohner spielen.

■ **Bewertung des Hausgemeinschaftskonzepts**

Bei dem Konzept der „Hausgemeinschaft“ kommt sehr deutlich zum Tragen, dass „physische Planung für sich alleine nichts bewirkt, sondern erst im Zusammenhang mit sozialem, d. h. personalem und organisatorischem Handeln wirksam wird. Mit physischen Umweltarrangements lässt sich soziales Verhalten nicht „montieren“. Sie können allerdings das soziale Handeln Einzelner und von Organisationen verstärken bzw. auch behindern. Dies bedeutet, dass „räumlich-bauliche Planungsentscheidungen nur dann wirksam sind, wenn sie von entsprechenden administrativen Entscheidungen und personalem Verhalten begleitet werden“ (Schnieder 1995). Das heißt, die erfolgreiche Umsetzung dieses Ansatzes stellt vor allem aus betrieblicher Sicht hohe Anforderungen und eine Bereitschaft, altbewährte Strukturen in den Einrichtungen (z. B. zentrale Speisenversorgung)



zu verändern und die Aufgaben der in den Einrichtungen arbeitenden Menschen neu zu definieren.

Zum jetzigen Zeitpunkt können für Deutschland noch keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Rolle diese Versorgungsform zukünftig in der stationären Altenhilfe einnehmen wird.

Erste Berichte von Modellprojekten, die das Konzept der Hausgemeinschaften umsetzen, bewerten insbesondere die nicht institutionell wirkende Heimumgebung als sehr positiv für die Bewohner. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass die Umsetzung des Konzeptes bei den in Deutschland gegebenen Rahmenbedingungen schwierig ist, da insbesondere der Korridor der Personalbesetzung sehr eng ist und die Anforderungen, die an die Mitarbeiter gestellt werden, sehr hoch sind (vgl. Dunkel et al. 2001). Umfassende Evaluationen zu den Effekten dieses Versorgungskonzeptes liegen in Deutschland bisher noch nicht vor.

Im europäischen Ausland werden Einrichtungen, die nach dem beschriebenen Leitbild konzipiert sind, bereits seit Jahren insbesondere für die Betreuung dementer Bewohner eingesetzt. Wie Untersuchungen gezeigt haben (vgl. Ritchie et al. 1992), profitiert diese Bewohnergruppe ganz besonders von dem alltagsnahen Milieu in den Wohngruppen, da Verhaltenssicherheit erzeugt wird und Ängste abgebaut werden. Bei Untersuchungen zu schwedischen Wohngruppenkonzepten (vgl. Annerstedt 1995), aber auch in britischen Domus Units (vgl. Dean et al. 1993) hat sich gezeigt, dass die Wohngruppenkonzepte in Bezug auf den Aktivitätsgrad der Bewohner, auf die Anzahl der Personal-Bewohner-Kontakte und die Personalfriedenheit deutlich besser abschnitten als herkömmliche Pflegeeinrichtungen.

Als sehr wichtig hat sich herausgestellt, dass entsprechende Milieus, die keinen institutionellen Charakter haben, sich positiv auf die Haltung und Einstellung des Personals auswirken. Die Wahrnehmung der Mitarbeiter verändert sich. In Einrichtungen, die wie Krankenhäuser aussehen, handelt das Personal auch wie in Krankenhäusern und legt den Schwerpunkt der Arbeit eher auf die Krankheit bzw. die Behinderungen der Bewohner. Im Gegensatz dazu fällt es Mitarbeitern in Einrichtungen, die einen wohnlichen Charakter haben, leichter, den ganzen Menschen wahrzunehmen und sich nicht nur auf dessen Defizite zu beschränken. Diese veränderte Haltung im Umgang kann erheblich zu einer Verbesserung des Wohlbefindens der Bewohner beitragen. So stuften bei einer Untersuchung Mitarbeiter in den Domus Units die Selbstständigkeit der Bewohner und deren Fähigkeiten deutlich besser ein als die Mitarbeiter der Vergleichseinrichtung, obwohl sich beide Bewohnergruppen objektiv nicht unterscheiden (Lindesay et al. 1991, Dean et al. 1993).



Allerdings liegt die personelle Besetzung dieser Konzepte deutlich über dem deutschen Standard (Radzey et al. 2000).

### Vor- und Nachteile der bisher vorgestellten Leitbilder

Nutzerorientiertes Planen steht grundsätzlich vor einem Dilemma – einerseits sollte das bauliche Angebot möglichst gut auf den spezifischen Bedarf des einzelnen Pflegeheims mit seinen konzeptionellen Besonderheiten abgestimmt sein, andererseits darf der bauliche Rahmen die Weiterentwicklung der Konzeption im laufenden Betrieb und damit die Anpassung an die Rahmenbedingungen nicht behindern. Dazu kommt die Schwierigkeit, dass die Bedürfnisse und Präferenzen in Bezug auf das angemessene Wohnumfeld bei der Bewohnerschaft individuell sehr unterschiedlich sein können. Ein Pflegeheim sollte daher die Option haben, für mehrere unterschiedliche Nutzungsfälle geeignet zu sein. Diese Wahlmöglichkeit muss erreicht werden ohne Mehrkosten für Bau und Betrieb, aber auch ohne Verlust von Milieuqualität.

Aus diesen Feststellungen könnte man ableiten, dass Qualität im Sinne einer Passung von Bedarf und Angebot für jeden nur dann zu erreichen ist, wenn „Wahlmöglichkeiten“ in Bezug auf das Wohnumfeld geboten werden. „Das“ Konzept für Pflegeheimbau gibt es also nicht. Das genauere Auseinandersetzen mit den beiden Leitbildern „Gemeinschaft“ und „Straße bzw. Nachbarschaft“ zeigt, dass beide Konzepte sowohl Vor- als auch Nachteile haben.

Die bauliche Gliederung in autarke, überschaubare Einheiten, die für das Leitbild „Gemeinschaft“ charakteristisch ist, kommt den Bedürfnissen vieler dementer Bewohner sehr nahe. Es gibt jedoch auch Bewohner, die sich durch die Intimität des Zusammenlebens überfordert fühlen. Unter Umständen ziehen sie es vor, in einer Umgebung zu sein, in der die sozialen Kontakte nicht „erzwungen“, sondern frei wählbar sind und das Zusammenleben zwangloser bzw. weniger verbindlich organisiert ist. Von hoher Qualität sind für diesen Personenkreis Möglichkeiten zum „sit and watch“, wie es sie beim Leitbild „Straße“ gibt. Diese unterschiedlichen Präferenzen können in Zusammenhang mit unterschiedlichen Krankheitsbildern stehen; bei jedem einzelnen Bewohner liegen aber auch individuell verschiedene Erfahrungen und Präferenzen bezüglich der Wohnsituation vor.

Das am Leitbild „Gemeinschaft“ orientierte Konzept der Hausgemeinschaft hat unbestritten sehr viele Vorteile. Die Menschen leben dort in einer überschaubaren sozialen Gruppe. Dies macht es auch für die Pflegenden leichter, ein bewohnerorientiertes, ganzheitliches Pflegekonzept wie z. B. die Bezugspersonenpflege (Maciejewski & Sowinski 2000) umzusetzen. Bei diesem Konzept ist es sehr leicht

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Merkmale und Qualitätsbestimmung



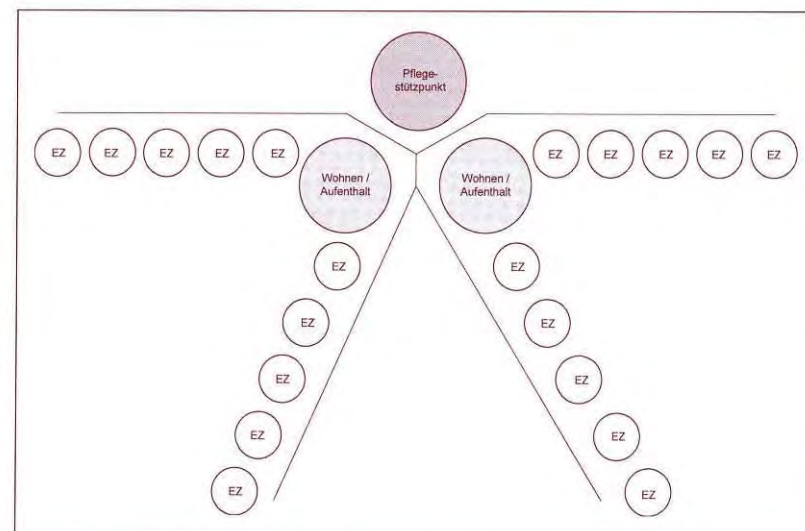
möglich, ein hohes Maß an Wohnlichkeit zu erreichen. Dadurch kann vor allem den Menschen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen in den Einrichtungen leben, ein vertrautes, überschaubares Milieu angeboten werden, in dem eine hohe räumliche und auch soziale Nähe geboten wird, die diesem Personenkreis Sicherheit vermittelt.

Allerdings kann diese Nähe und Dichte für Bewohner nicht nur positiv sein. Es ist durchaus möglich, dass ein hoher Anpassungsdruck besteht und manche Bewohner mit der Dichte des Zusammenlebens überfordert sind und dies als Stress empfinden. Wie erste Erfahrungen zeigen, erweist sich auch die betriebliche Umsetzung des Konzeptes als schwierig, da für die Moderation des Zusammenlebens in der Wohngruppe eine durchgängige personelle Präsenz in der Gruppe gewährleistet sein muss. Die Gemeinschaft lebt nur, wenn dort auch Aktivitäten stattfinden.

Aus der Sicht der Betreiber von Einrichtungen birgt dieses Konzept ein gewisses betriebliches Risiko. Ein baulicher Lösungsansatz hierfür ist das Konzept der kooperierenden Wohngruppen. Bei diesem Modell erfolgt die Anordnung der Gemeinschaftsflächen von zwei Wohn- bzw. Hausgemeinschaften so, dass bei personellen Engpässen beide Gruppen zusammen betreut werden können. Aus betrieblicher Sicht erscheint dies ein durchaus vertretbarer Kompromiss zu sein, der unterschiedliche Nutzungsoptionen offen lässt.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Merkmale und Qualitätsbestimmung





Bei Einrichtungen, die nach dem Leitbild „Straße“ gestaltet werden, liegen die Vorteile in der ansprechenden Architektur. Die Einrichtungen sind in der Regel sehr hell, und den Bewohnern wird das Gefühl vermittelt, über sehr viel Raum zu verfügen. Sie haben die Möglichkeit, an attraktiven Stellen zu sitzen, um mit einer gewissen Distanz das Geschehen im Haus zu beobachten. Außerdem bietet sich ein großzügiger Bewegungsraum an, der insbesondere für motorisch unruhige Bewohner vorteilhaft sein kann. Für die Mitarbeiter können die großzügigen Verkehrsflächen jedoch sehr viel Aufwand für Wege bedeuten. Außerdem führen die hohen Anteile an Verkehrsflächen zu einem insgesamt höheren Flächenverbrauch und damit zu höheren Investitionskosten.

Aus der genauen Abwägung von Vor- und Nachteilen der beiden baulichen Leitbilder entstand im Rahmen eines Modellwettbewerbs, der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt wurde, die Idee, beide Leitbilder innerhalb einer Einrichtung bzw. innerhalb eines Pflegebereichs zu einem baulichen Konzept, dem milieudifferenzierten und nutzungsffenen Pflegeheim, zu verbinden (vgl. Kerschkamp et al. 1999).

### Milieudifferenziert und nutzungsaffen – ein neues Leitbild für Neu- und Umbau von Pflegeheimen

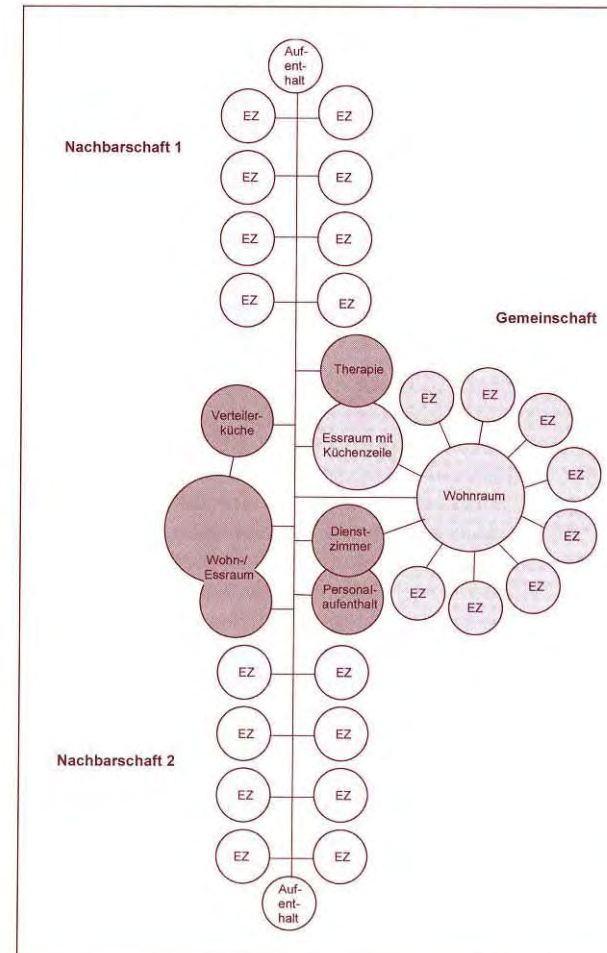
Der Aspekt der Milieudifferenzierung berücksichtigt dabei die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bewohner in Pflegeheimen in Bezug auf die Wahrnehmung sozialer Kontakte und die Dichte des Zusammenlebens mit den anderen. Die Konzeption für die Wettbewerbe bestand nun darin, innerhalb eines Pflegebereichs zwei unterschiedliche Wohnmilieus anzubieten. Ein Teil des Pflegebereichs soll so ausgebildet werden, dass bei Bedarf für demenzerkrankte Bewohner eine behütete Wohngruppe eingerichtet werden kann. Der Grundriss soll dabei so angelegt sein, dass die Zimmer sich an einem Gemeinschaftsbereich orientieren (clusterförmiger Grundriss). Der übrige Pflegebereich weist eher lineare bauliche Strukturen auf. Die Zimmer münden hier in attraktiv gestaltete Flure („Straßen“). Der Wohn- und Essbereich ist im Zentrum („Aktivitätsknoten“) der Einrichtung angeordnet.

Um außerdem die Möglichkeit zu bieten, auf Veränderungen in der Bedarfssituation zu reagieren und eine Variabilität bei der Wahl des geeigneten Versorgungskonzeptes für Demenzerkrankte zu haben, sollen die Gebäudestruktur, das Raumangebot und die räumlichen Verknüpfungen so gestaltet sein, dass unterschiedliche Nutzungsmodelle realisierbar sind. Dies wird erreicht durch die zentrale Lage des Pflegestützpunktes und seine unmittelbare Nähe zu allen Aufenthaltsbereichen. Die Wohngruppe „Gemeinschaft“ wird über einen



Eingang erschlossen, der im Bedarfsfall auch geschlossen werden kann. Wesentlich ist außerdem die geschickte räumliche Anbindung des Therapieraums, der als eine Art Jokerraum funktioniert und in unterschiedlichen Nutzungssituationen flexibel genutzt werden kann. Diese räumliche Konzeption lässt es zu, dass alle drei derzeit praktizierten Versorgungskonzepte integrativ, teilentegrativ und segregativ innerhalb des gleichen Grundrisses realisierbar sind.

### Bauliche Beschreibung und Umsetzung





Eine der drei Wohngruppen eines Pflegebereichs soll einen clusterförmigen Grundriss erhalten, damit dort bei Bedarf eine „Wohngemeinschaft“ mit besonders engem Kontakt zum Pflegepersonal betrieben werden kann. Die anderen beiden Gruppen sollen nach dem Prinzip „Nachbarschaft“ funktionieren, d. h., die Zimmertüren münden nicht in einen gemeinsamen Wohn- und Aufenthaltsbereich, sondern auf den Flur. Der Kontakt zu den anderen Bewohnern der Wohngruppe kann frei gewählt werden.

Darüber hinaus werden folgende Anforderungen zur Positionierung von Räumen formuliert:

- ▷ die Lage des Personalstützpunktes zwischen der clusterförmigen Wohngruppe „Gemeinschaft“ und dem Flur der linearen Wohngruppen „Nachbarschaft“,
- ▷ die unmittelbare Nähe aller Ess- und Aufenthaltsbereiche zum Personalstützpunkt,
- ▷ die Wohngruppe „Gemeinschaft“ hat einen eigenen Eingang, der im Blickfeld des Dienstzimmers liegen sollte,
- ▷ der Essraum mit Küchenzeile sollte abgekoppelt werden können, er muss zusätzlich vom Flur der Wohngruppen „Nachbarschaft“ aus erreichbar sein,
- ▷ der Therapieraum soll neben dem Essraum der Wohngruppe „Gemeinschaft“ liegen und vom Flur, aber auch unmittelbar vom Essraum aus zugänglich sein; ein WC ist direkt anschließend anzuordnen.

Bei dieser Raumanordnung ist es möglich, auch bei knappem Personal ein abgeschirmtes Pflegemilieu für verwirrte Bewohner zu schaffen, gleichzeitig aber auch den Sichtkontakt zu allen anderen Bewohnern aufrecht zu erhalten.

In Baden-Württemberg ist mittlerweile eine Einrichtung, die nach diesem Konzept gebaut wurde, seit einiger Zeit in Betrieb. Weitere Einrichtungen stehen kurz vor der Fertigstellung. Ähnlich wie beim Hausgemeinschaftskonzept liegen daher bisher keine Evaluationsergebnisse, sondern nur erste Erfahrungen vor. Diese deuten an, dass die unterschiedlichen Aufenthaltsmöglichkeiten bzw. -qualitäten von den Bewohnern angenommen werden.

I Öffentliche Bereiche  
 II Wohngruppen  
 III Personalstützpunkt  
 IV Aufbau- und Ablauforganisation  
 V Kontrolle und Qualitätssicherung



### 10.3 Bauen und Demenz

#### Umwelt als Therapiefaktor

Der steigende Anteil an Menschen mit demenziellen Erkrankungen hat in den letzten Jahren zu einem verstärkten Auseinandersetzen mit den baulichen und gestalterischen Elementen in Altenhilfeeinrichtungen geführt. Menschen mit Demenz können in ihrem Verhalten und Befinden durch Umweltfaktoren in hohem Maße beeinflusst werden. Auf der Basis von praktischen Erfahrungen, aber auch von Untersuchungsergebnissen, die vor allem aus den USA vorliegen, wurden umweltrelevante Merkmale beschrieben und zur Entwicklung eines therapeutischen Konzeptes – der so genannten Milieuthherapie – genutzt.

Den Hintergrund der Konzepte bilden ökopsychologische Überlegungen, die davon ausgehen, dass das Befinden und Verhalten von Menschen mit Demenz nicht nur durch die Krankheit und deren Behandlung, sondern in hohem Maß auch durch die Umgebung, in der sich der Betroffene aufhält, beeinflusst wird. Im Rahmen des milieutherapeutischen Ansatzes geht es darum, eine Übereinstimmung (Passung) zwischen den Bedürfnissen Dementer und den Merkmalen der Umgebung herzustellen. Milieuthherapie ist ein ganzheitlicher Ansatz, der unterschiedliche Methoden integriert. Inzwischen wird der milieutherapeutische Ansatz von vielen Heimen bei der Betreuung Demenzkranker umgesetzt. Die Merkmale dieser Therapieform, die eigentlich ein Bündel von Maßnahmen und Modellen zusammenfasst, sind jedoch bislang nicht allgemein verbindlich definiert. Eine Definition versuchen Klingensfeld und Bruder (1997, S. 3):

*„Mit Milieuthherapie Demenzkranker wird ein bewusstes, pflegerisch-therapeutisches Handeln beschrieben, das sich auf ein Konzept (...) zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen (Reserven und Verluste) des Demenzkranken stützt.“*

Ziel milieutherapeutischer Maßnahmen ist es, unter Einbeziehung aller Kontaktpersonen des Dementen eine Umgebung zu gestalten, in der ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes, möglichst ungestörtes Leben geführt werden kann. Sowohl das räumliche als auch das soziale Umfeld sollten zu einer „prothetischen“ Umwelt werden, um die sensorischen, emotionalen, kognitiven und physischen Einschränkungen des Erkrankten auszugleichen (vgl. Lind & Heeg 1990), da mit der abnehmenden Anpassungsfähigkeit der demenzkranken Menschen die Bedeutung einer stützenden Umgebung wächst.

I Öffentliche Bereiche  
 II Wohngruppen  
 III Personalstützpunkt  
 IV Aufbau- und Ablauforganisation  
 V Kontrolle und Qualitätssicherung



Bei der Milieutherapie lassen sich vier wesentliche Aspekte voneinander abgrenzen, wobei dies besonders für die stationäre Versorgung gilt:

- ▷ materielle (räumlich-sachliche) Gesichtspunkte,
- ▷ organisatorische Gesichtspunkte,
- ▷ Gesichtspunkte der Wahrnehmung, Einstellung und des Wissens der Betreuer und
- ▷ der Umgang mit Demenzkranken.

Dies verdeutlicht, dass es sich bei der Milieutherapie um ein umfassendes Konzept handelt, bei dem sowohl bauliche als auch soziale Aspekte der Umwelt eine wichtige Rolle spielen.

### Wichtige Forschungsergebnisse zur baulichen Umweltgestaltung

In Bezug auf bauliche Aspekte liegen insbesondere aus den USA, aber auch aus Großbritannien und Skandinavien eine Vielzahl von Forschungsergebnissen vor. Day et al. (2000) werteten insgesamt 64 Studien, die seit 1981 zu diesem Thema durchgeführt wurden, aus. Aus der Fülle von Daten kristallisieren sich dabei drei wesentliche Qualitätsmerkmale an die bauliche Umwelt von Menschen mit Demenz heraus:

#### Gruppengröße

Grundlegendes qualitatives Gestaltungs- bzw. Planungsmerkmal bei Demenz ist die Größe der sozialen Einheit, in der die Menschen zusammenleben. Die vorliegenden Forschungsbefunde haben gezeigt, dass in größeren Wohneinheiten emotionale Störungen sowie aggressive Verhaltensweisen z. B. aufgrund von territorialen Konflikten häufiger auftreten. Im Gegensatz dazu zeigen Menschen mit Demenz, die in kleineren Einheiten wohnen, weniger Angst und Depression sowie eine höhere Mobilität. Bis dato liegen allerdings keine übereinstimmenden Aussagen dazu vor, wie groß diese Gruppe sein sollte. Die Wahl der Gruppengröße bildet im Rahmen des Entwurfs die Grundlage für eine Vielzahl von nachfolgenden Gestaltungsentscheidungen. Auch die Umsetzung der beiden nächsten Punkte ist in kleineren Gruppen einfacher.

#### Nicht-institutionelles Ambiente

Day et al. haben bezüglich der allgemeinen Merkmale der Umwelt für demenzkranke Menschen bestätigt gefunden, dass die Schaffung einer nicht-institutionell geprägten Atmosphäre große Bedeutung hat. So konnten in Umgebungen, in denen durch bauliche Verände-



rungen ein häusliches bzw. wohnliches Ambiente geschaffen wurde, folgende Effekte bei den Bewohnern nachgewiesen werden: verbessertes emotionales Wohlbefinden, verbesserte soziale Kontakte, verminderte Aufregung, weniger unbefugtes Eindringen in Räume oder Suche nach dem Ausgang, größeres Leistungsvermögen sowie verbesserte funktionale Fähigkeiten.

#### Regulierung von Stimulation

Demenzkranken zeigen sich gegenüber sensorischen Stimulationen wie z. B. Lärm sehr empfindlich. Überstimulierung kann besonders die Konzentrationsfähigkeit der Bewohner beeinträchtigen. Durch räumliche Abtrennungen, die visuelle und insbesondere akustische Störungen beseitigt haben, wird die Fähigkeit der Bewohner (in allen Stadien der Demenz) erhöht, sich einer Aufgabe zuzuwenden. Auch bei dem Aspekt Stimulation wirkt sich eine Kleingruppe vorteilhaft aus, da die Regulierung von Stimulation aufgrund der geringeren Personenzahl leichter möglich ist.

### Planungsempfehlungen

Die im Folgenden formulierten Planungsempfehlungen basieren auf dem aktuellen Forschungsstand, aber auch auf Erfahrungswissen aus der Praxis. Bereits seit Beginn der 90er Jahre liegen in Deutschland (Heeg 1995) und den USA (Cohen & Weisman 1991) differenzierte Empfehlungen vor, die zum Teil von der Praxis aufgegriffen und weiterentwickelt wurden.

Im folgenden Abschnitt wird im Einzelnen erläutert, wie durch eine angemessene bauliche Gestaltung der Betreuungsumgebung kompensatorisch auf die verminderte Umweltkompetenz eingegangen werden kann (1), welche Möglichkeiten einer therapeutischen Beeinflussung von Befinden und Verhalten durch das architektonische Milieu gegeben sind (2) und wie die negativen Auswirkungen einer institutionellen Unterbringung durch alltagsnahes Milieu (3) gemildert werden können (vgl. Heeg 1994, 1995, 1996, 1997; Judd et al. 1998). Grundlage bilden dabei die bereits genannten altersrelevanten Umweltdimensionen, die in der gerontologischen und öko-psychologischen Literatur genannt werden.

#### ■ Kompensatorisches Milieu

##### Erleichtern von Wahrnehmung und Orientierung

Demenzkranken können unter ausgeprägten Störungen der räumlichen Wahrnehmung leiden. Angesichts der kognitiven Einschränkungen wirkt sich das altersbedingte Nachlassen der Sehschärfe und





der Farbwahrnehmung besonders negativ aus, weil undeutlich Gesehenes kaum noch angemessen interpretiert werden kann.

Farbgestaltung, Beleuchtung und die Auswahl von Materialien darf sich deshalb nicht nur an ästhetischen oder Anmutungsqualitäten orientieren, sondern hat vor allem auch die Funktion, das Wahrnehmen der Umgebung zu erleichtern. Gefordert wird (Wojnar 1997, Brawley 1997) eine helle und schattenarme Beleuchtung (möglichst 500 Lux in Augenhöhe), bei der Blendung (direkt oder über spiegelnde Flächen) vermieden wird. Wohnlichkeit kann durch eine Kombination von indirekter Beleuchtung mit Wand-, Decken- und Tischleuchten erreicht werden.

Ältere Menschen unterscheiden besser satte, warme und hell leuchtende Farben, dagegen sind kalte Pastellfarben kaum zu unterscheiden. Mangelnde Farbkontraste können Ursache für Kompetenzverlust sein (z. B. weißes Geschirr auf weißer Tischdecke wird nicht gesehen) und die Raumwahrnehmung erschweren. Auf starke Helligkeitskontraste am Fußboden wird allerdings von manchen verwirrten Menschen mit Angst reagiert (wirkt als Abgrund oder Barriere).

Räumliche Orientierung ist umso leichter, je „ablesbarer“ eine Umgebung ist. Bei der Planung eines Pflegeheims kann darauf strukturell (Grundriss) durch das Konzept des „totalen Überblicks“ eingegangen werden, bei dem auf Flure weitgehend verzichtet wird, weil die Zimmertüren unmittelbar in den gemeinsamen Aufenthaltsbereich münden. Wenn solche „Hallenkonzepte“ allerdings bei größeren Einheiten eingesetzt werden (über zwölf Bewohner), können sie problematisch werden (institutioneller Charakter, Halligkeit, Überstimulation).

Als Alternative kann – insbesondere bei größeren, vom Personaleinsatz her günstigeren Einheiten – ein einfaches Flursystem angelegt werden, am besten als Endlosflur, so dass man als „Wanderer“ automatisch wieder zum Ausgangspunkt zurückgeführt wird (ohne Sackgassen oder Verzweigungen) oder zumindest von jeder Stelle des Flurs den zentralen Bereich im Blickfeld hat (sternförmige, „panoptische“ Anordnung). Flurkonzepte wirken weniger wohnlich (Hotel- oder Krankenhauscharakter) und erschweren – sofern keine sternförmige Anordnung gewählt wird – den Überblick für das Personal, ermöglichen aber größere organisatorische Einheiten.

Eine Kopplung der Vorteile wird durch das Konzept „Flur um Atrium“ versucht, das z. B. im Zentrum für Alzheimerkranke in Stuttgart (Gradmann-Haus) realisiert wurde. Von jeder Stelle des Flures ist Überblick und Orientierung möglich, ohne die Nachteile einer Hallensituation in Kauf nehmen zu müssen.



Ergänzend zur strukturellen Unterstützung der Orientierung können durch Lichtführung, Bodenbelag, vor allem aber durch die unverwechselbare, möglichst bedeutsame Gestaltung bestimmter Orte Orientierungshilfen gegeben werden (dies ist auch im Gebäudebestand zu realisieren). Immer wiederkehrende Elemente (Türen, Möbel) und symmetrische Anordnungen sind eher problematisch. Schilder werden kaum registriert und sind nur im Anfangsstadium der Demenz hilfreich. Sie sollten gut beleuchtet und niedriger als üblich angebracht werden.

Situative Orientierung wird durch vertraute Szenarien erleichtert, die im oft noch vorhandenen Langzeitgedächtnis mit bestimmten Handlungen verknüpft sind.

#### *Unterstützung funktionaler Fähigkeiten*

Verschüttete Kompetenzen können besser erschlossen werden, wenn ein vertrautes Setting mit Aufforderungscharakter (z. B. eine Wohnküche oder eine Werkstatt mit Werkbank) angeboten wird. Auch durch sichtbares Aufstellen von Utensilien (z. B. offene Regale oder Glastüren in der Küche, Besen an der Wand) kann Selbstständigkeit gefördert und zu vertrauter Beschäftigung angeregt werden. Umgekehrt wird die Komplizierung von Aufgaben auch dazu eingesetzt, um Demente von etwas abzuhalten (z. B. kompliziertes Türöffnen). Dabei kann es allerdings auch zu negativen Reaktionen wie Ärger, Rütteln an der Tür oder „Reparaturversuchen“ kommen.

#### ■ Therapeutische Beeinflussung von Befinden und Verhalten

Eine milieutherapeutisch orientierte Gestaltung der Umgebung zielt darauf, Befinden und Verhalten positiv zu beeinflussen und Sekundärsymptome der Demenz wie z. B. Angst, Unruhe, depressive Verstimmung und Passivität, aber auch aggressives Verhalten oder Wahnvorstellungen zu vermindern.

#### *Regulierte Stimulation*

Demente Menschen sind besonders anfällig für Reizüberflutung durch die Umwelt. Plötzlicher Lärm, Rufen und Schreien, verwirrende Muster oder Enge durch überfüllte Räume („crowding“) können zu Stress und Katastrophenreaktionen führen. In den USA wurden deshalb mit guten Erfolgen „low stimulus units“ eingeführt (vgl. Lind & Heeg 1990).

Es wäre aber falsch, eine völlig anregungsarme Umgebung anzubieten. Sensorische Stimulation durch haptisch reizvolle Materialien, Gerüche oder ausgewählte Musik können der Passivität entgegenwirken und zur Lebensqualität beitragen. Beeinflusst von den Erfah-



rungen bei geistig Behinderten wurden bei Erregungszuständen gute Erfahrungen mit „Snoezelen-Räumen“ gemacht, in denen ein therapeutischer Zugang über sensorische Stimulation (Musik, Duft, Wasserbett) versucht wird. Auch der Blickbezug zur Außenwelt, das „Fenster zur Welt“, ist eine wichtige Quelle von Anregung.

Die stimmungsaufhellende und aggressionsdämpfende Wirkung von Licht wird von Satlin et al. (1992) berichtet. Ein therapeutischer Einsatz von Licht, z. B. um mit Unruhezuständen wie dem „sundowning“ umzugehen, kann durch die Steuerung der Lichtstärke (durch Dimmer oder Zuschalten) erreicht werden.

#### *Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit*

Die mangelnde Gefahrensicht stellt für demente Menschen ein besonderes Gefährdungspotenzial dar. So können z. B. offen zugängliche Treppen, Hindernisse am Boden oder giftige Pflanzen für Demente besonders problematisch sein. Normal hohe Geländer an Balkonen können dann gefährlich sein, wenn suggeriert wird, man könne jenseits des Geländers weiterlaufen (z. B. Geländer vor bepflanzter ungesicherter Dachterrasse).

Architektonische Elemente wie Alkoven, Nischen, Loggien können das Gefühl von Geborgenheit vermitteln, während leere ungegliederte Räume das Gefühl der Verlorenheit verstärken können. Dies sollte sowohl bei der Innenraumgestaltung als auch bei der Gestaltung des Freibereichs berücksichtigt werden (Pergola, Gartenlaube).

#### *Förderung von Sozialkontakten durch großzügige Gemeinschaftsflächen*

Mittel und schwer demenziell erkrankte Menschen suchen häufiger als andere Pflegeheimbewohner Kontakt zu anderen und halten sich deshalb vorwiegend außerhalb der Zimmer auf. Geräumige Aufenthaltszonen (Wohnküche, Wohnzimmer) mit Blickbezug zum Pflegepersonal sind deshalb vor allem für diese Gruppe von Pflegeheimbewohnern von großer Bedeutung. Um Unruhe zu vermeiden, sollte die Gruppe allerdings nicht größer als ca. zwölf Personen sein, bei größeren organisatorischen Einheiten sollten mehrere Aufenthaltsbereiche vorhanden sein, möglichst auf Bedarf akustisch abschirmbar, aber einsehbar.

Die Beobachtung Dementer zeigt, dass auch das Bedürfnis nach Gemeinschaft mit anderen unterschiedliche Ausprägungen hat. Es gibt Bewohner, die engen Körperkontakt suchen, während andere (oft Männer) eher distanzierte Nähe (Blickbezug, aber kein Körperkontakt) bevorzugen. Der Grundriss sollte deshalb die Möglichkeit geben, durch ein entsprechendes räumliches Angebot das jeweils

### IV Aufbau- und Ablauforganisation



erwünschte Maß an Nähe oder Distanz zu wählen (Nischen/Alkoven ergänzend zum Wohn-/Essbereich).

Von Bedeutung ist auch die Möglichkeit, im Haus oder in unmittelbarer Nähe Orte aufzusuchen (z. B. mit den Angehörigen), die von der Öffentlichkeit aufgesucht werden (Restaurant, Cafeteria), um Normalität zu erleben und sich in das Gemeinwesen eingebunden zu fühlen (Integration).

#### *Ermöglichen von Selbstbestimmung und Umweltkontrolle*

Einer der wichtigsten Bereiche für selbstbestimmtes Handeln ist die Möglichkeit, sich frei zu bewegen. Dies ist besonders wichtig für diejenigen demenziell Erkrankten, die mobil und motorisch eher unruhig sind.

Motorische Unruhe kann ohne Gefährdung oder Störung ausagiert werden, wenn sicherer Bewegungsraum im Haus („Wanderweg“ mit Anregungen), aber auch im Freien angeboten wird („beschützter Garten“). Dabei sollte ein guter Überblick für das Personal gegeben sein, sonst wird das freie Bewegen aus Angst vor Selbstgefährdung eher verhindert. Durch unauffällige Gestaltung des Ausgangs (z. B. Kaschieren durch Streichen in der Farbe der Wand) kann vermieden werden, weglaufgefährdeten Bewohnern einen Impuls zum Verlassen des Wohnbereichs zu geben.

Für die Wahrnehmung von Kontrolle wesentlich ist die freie Zugänglichkeit aller Räume, verschlossene Türen oder Schränke lassen nicht das Gefühl aufkommen, „zu Hause“ zu sein, sondern erzeugen das Gefühl des „Fremdseins“.

#### ■ Vermeiden der Nachteile institutioneller Unterbringung

##### *Möglichkeit zur Privatheit*

Aus einer Reihe von Erfahrungsberichten und Untersuchungen (Heeg et al. 2000) ergaben sich Hinweise darauf, dass bei Demenz im Frühstadium das Bedürfnis nach Privatsphäre ausgeprägt ist (d. h., Doppelzimmer sind nicht zumutbar), während in späteren Stadien, wenn das eigene Zimmer (auch eigene Möbel) nicht mehr identifiziert werden können, manchmal zum Schlafen die Gemeinschaft mit anderen gesucht wird.

Da die Belegung eines Pflegebereichs in der Regel langfristig nicht voraussehen ist, sollte baulich eine gewisse Anpassungsmöglichkeit an einen unterschiedlichen Mix von Einzel- und Doppelzimmern vorgesehen werden. Allerdings sollte zumindest bei Neubauten der Anteil an Doppelzimmern möglichst niedrig gehalten werden (maximal 20 % der Plätze).

### IV Aufbau- und Ablauforganisation



### Kontinuität des bisherigen Lebenszusammenhangs

Obwohl demenziell erkrankte Menschen oft Probleme haben, sich aktuelle Ereignisse zu merken, ist ihr Langzeit-Gedächtnis oft noch bis in späte Stadien relativ intakt. Der Umgang mit vertrauten Dingen, möglichst mit biografisch verankerter Bedeutung, kann verschüttete Erinnerungen wecken und positive Gefühle fördern. Deshalb ist es gerade für demenziell erkrankte Menschen von besonderer Bedeutung, eigene Möbel und persönliche Gegenstände in das Pflegeheim mitnehmen zu können. Die Forderung nach „vertrauten Szenarien“ gilt dabei nicht nur für den privaten Bereich, das Zimmer, sondern auch für die gemeinschaftlich genutzten Bereiche wie den Ess- und Wohnraum. Auch hier sollte die Innenraumgestaltung sich an vertrauten Bildern orientieren, wobei – je nach baulichen Gegebenheiten und Gruppengröße – als Leitbild die „private Wohnung“, aber auch die „kleine Familienpension“ oder das „Kurhotel“ dienen kann. Bei der Ausgestaltung sollte – wenn möglich – auf kulturelle Besonderheiten und schichtspezifische Prägungen Rücksicht genommen werden (z. B. spezifisches Milieu für türkische Migranten).

#### ■ Bedarf es einer spezifischen Demenzarchitektur?

Sowohl die Ergebnisse der Studien als auch die praktischen Empfehlungen zum Thema „Bauen und Demenz“ konfliktieren auf den ersten Blick nicht mit gängigen Qualitätsanforderungen im Pflegeheimbau. Zum Beispiel entsprechen die Ergebnisse zur Bedeutung der Kleingruppen und dem nicht-institutionellen Charakter dem Konzept der Hausgemeinschaften. Dennoch häufen sich in letzter Zeit Diskussionen um das Thema „Sonderarchitektur für Demenzkranke“. Dabei werden insbesondere zwei Themen kritisch diskutiert. Erstens die Äußerung von einigen Praktikern, die aufgrund eigener Erfahrungen die Meinung vertreten, dass es besser sei, wenn Demenzkranke in Doppel- bzw. sogar Mehrbettzimmern wohnen. Das zweite kontrovers diskutierte Thema ist verbunden mit der häufig bei Menschen mit Demenz auftretenden motorischen Unruhe. Hieraus resultieren bauliche Planungsempfehlungen für die Anlage so genannter „Endloswege“. Kritiker bewerten dies als ein Entwurfskonzept, das dazu führt, dass Demenzkranke wie „Hamster im Drehrad“ laufen. Insbesondere bei der Frage der Doppelzimmer ist eine kritische Haltung durchaus verständlich. Es besteht hier die berechtigte Befürchtung, dass diese Einschätzung Auslöser sein könnte für Rückschritte bei dem mühsam erreichten Qualitätsstandard des Einzelzimmers.

Es gibt in dieser Diskussion kein „wahr oder falsch“. Sowohl die praktischen Erfahrungen aus vielen Einrichtungen als auch die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zeigen, dass nicht ein einzel-

IV Aufbau- und Ablauforganisation

IV Aufbau- und Ablauforganisation

IV Qualität und Qualitätsicherung

IV Qualität und Qualitätsicherung

IV Qualität und Qualitätsicherung

IV Qualität und Qualitätsicherung

IV Qualität und Qualitätsicherung

IV Qualität und Qualitätsicherung

IV Qualität und Qualitätsicherung

IV Qualität und Qualitätsicherung



nes Wohnkonzept für Menschen mit Demenz favorisiert werden kann, da die Unterschiede zwischen den einzelnen Betroffenen sehr groß sind. Dies hängt einerseits mit den unterschiedlichen Krankheitsbildern und -stufen zusammen, aber im Wesentlichen auch mit der enormen Bandbreite an biografischen Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmalen.

Insbesondere die Praktiker wissen, dass die Entwicklung von Konzepten für Menschen mit Demenz mit einem hohen Maß an Kreativität verbunden ist. Die Fülle der praktischen Erfahrungen zeigt, dass man bei Menschen mit Demenz oft auf den ersten Blick ungewöhnliche Wege gehen muss, um eine ihren Bedürfnissen entsprechende Lebenswelt zu gestalten.

Das Fazit, das Day et al. (2000) bei der Auswertung der Forschungsergebnisse ziehen, ergibt, dass der Erfolg von bestimmten Umweltinterventionen in hohem Maße mit dem Krankheitsstadium korreliert. Bestimmte Umweltmerkmale haben Effekte bei Personen in frühen Krankheitsstadien, andere in späteren Phasen. Zu einer weiteren Präzisierung fehlen bisher entsprechend angelegte Untersuchungen. In Deutschland gab es im Rahmen einer explorativen Studie erste Definitionsversuche dafür, welche Umweltmerkmale in welchen Krankheitsphasen für die Betroffenen besonders relevant sind (Heeg et al. 2000).

Insbesondere in ausländischen Einrichtungen, die spezialisierte Wege in der Betreuung von dementen Menschen gegangen sind, gibt es mittlerweile einen großen Erfahrungsschatz, den es zu nutzen gilt (vgl. Sträßer et al. 2000). All diese Konzepte sind gekennzeichnet durch die Bereitschaft zu experimentieren und neue Wege zu suchen. Neue Ideen oder Konzepte sollten daher nicht vorschnell aufgrund von dogmatischen Vorstellungen verurteilt werden, bevor sie nicht im Hinblick auf das Wohlbefinden der dort lebenden Menschen genauer evaluiert wurden.

Insgesamt gilt es an dieser Stelle noch einmal zu betonen, dass der milieutherapeutische Ansatz ein gesamtheitliches Konzept darstellt, das den systemischen Charakter von Altenhilfeeinrichtungen berücksichtigt. Das bauliche Milieu ist immer nur als ein Aspekt zu sehen. Um eine lebenswerte Umwelt für Menschen mit Demenz zu gestalten, müssen abgesehen von den baulichen auch organisatorische und soziale Faktoren Berücksichtigung finden. Eine Studie von van Hantsma et al. (2000) belegt, dass ein demenzgerechtes Konzept neben baulichen Merkmalen entsprechende personelle Ausstattung (quantitativ und qualitativ) und ein Beschäftigungs- und Aktivierungsprogramm, das auf die Bedürfnisse der dort lebenden Menschen maßgeschneidert ist, braucht. Ohne diese sozialen Milieukomponenten ist eine qualitätsvolle Betreuung nicht möglich.



## 10.4 Anforderungen an den Planungsprozess

### Komplexer Planungsansatz

Es ist kaum vorhersehbar, wie die Klientel der Altenpflegeheime in 20 Jahren aussehen wird, unter welchen Bedingungen Pflege ablaufen wird und welche Ressourcen zur Verfügung stehen werden. Andererseits stehen die Entscheidungsträger täglich vor der Frage, wie Neubau, Umbau oder Erweiterung von Pflegeheimen gestaltet werden sollen. Unter diesen Umständen wäre eine Haltung, bei der immer wieder kopierte oder permutierte Lösungskonzepte umgesetzt werden, fatal. Es besteht die Gefahr, dass auf neue Anforderungen baulich reagiert wird, ohne die alten Planungsstandards in Frage zu stellen. In dieser Situation ist kreatives Denken bei der Entwicklung von Planungskonzepten dringend erforderlich, zumal die Spanne zwischen Qualitätsanforderungen einerseits und begrenzten finanziellen Ressourcen andererseits immer größer wird. Einsparungspotenziale liegen dabei nicht in einer Herabsetzung der Standards, sondern ganz erheblich am Beginn der Planung, bei der Festlegung des Raumbedarfs und der Gebäudekonzeption bis hin zum Entwurf, aber auch ganz besonders bei der Organisation von Planung.

Bauen ist Projektarbeit mit einer Vielzahl von beteiligten Personen, die sich z.B. aufgrund ihres Fachbereiches in ihren Interessen deutlich unterscheiden. Wesentlich für eine erfolgreiche Planung sind daher geeignete Kommunikations- und Koordinationstrukturen, damit die unterschiedlichen Interessen eingebracht und bei unterschiedlichen Meinungen entsprechende Kompromisse gefunden werden können. Der Steuerung der Kommunikation aller Planungsbeteiligten kommt im Hinblick auf die Erreichung des Planungsziels große Bedeutung zu. Zukünftige Betriebsträger sind zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in die Planung mit einzubeziehen, um konzeptionelle Vorstellungen festzulegen. Das Gleiche gilt für die Einbindung von planungsrelevanten Genehmigungsbehörden. Der Bauaufgabe angemessen ist ein Planungsansatz, der die Wechselbeziehungen von Bau, Betrieb und Nutzer reflektiert und in einem interdisziplinär zusammengesetzten Planungsteam die jeweiligen Kompetenzen zusammenführt. Für betriebliche Fragen ist dabei nicht nur die Leitungsebene eines Trägers, sondern vor allem das Personal einzubeziehen. Die Bedürfnisse und Interessen der Nutzer (hier: Bewohner) können durch Analyse des gerontologischen und ökopyschologischen Forschungsstandes eingebracht werden.

Eine zielgerichtete Organisation und Koordination des Prozesses führt zu schnellerem Bauen und hilft damit, Kosten zu sparen.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation



### Bedarfsplanung

Konzeptionelle Vorstellungen, wie sie beispielsweise bei der Beschreibung der beiden Leitbilder „Gemeinschaft“ und „Nachbarschaft“ dargestellt wurden, müssen im weiteren Verlauf der Planung in Räumen und Raumanordnungen konkretisiert werden.

In dieser Phase der Bedarfsplanung wird der Zusammenhang zwischen Nutzung und Flächen-/Raumbedarf entschieden. Hier kommt es im Wesentlichen darauf an, im Vordergrund die Nutzung und nicht den Raum zu sehen. Nutzung ist der Gebrauch von Räumen. Erst die genaue Untersuchung der Nutzung – d. h. der Personen und ihrer Bedürfnisse z. B. nach Bewegungs- und Stellflächen, Möbeln, Geräten, Sichtbeziehungen, Wegebeziehungen – führt zur angemessenen Raumgröße. Hier sind auch Mehrfachnutzungen abzustimmen, indem geprüft wird, ob sich zwei oder drei Nutzungen verträglich in einen Raum teilen können. Ziel der Bedarfsplanungsphase muss es deshalb sein, eine betrieblich optimale Raumorganisation mit einem Raumkatalog mit vielfältiger Nutzbarkeit zu definieren und dabei die Programmflächen auf das für die Nutzung erforderliche Maß festzulegen. Dabei sind die Spielräume der planerischen Umsetzung durch Festlegung entsprechender Minimalmaße, z. B. der Raumbreiten, einzubeziehen.

Diese Überlegungen münden in die Erstellung eines Raum- und Funktionsprogramms, in dem folgende Fragen geklärt werden sollten:

- ▷ Welche Räume werden benötigt?
- ▷ Wie groß müssen diese Räume sein?
- ▷ Welche weiteren für den Vorentwurf wichtigen Anforderungen haben die einzelnen Räume, z. B. natürliche Belichtung, Achsmaße etc.?
- ▷ Welche funktionalen Beziehungen sollten zwischen den einzelnen Räumen bestehen?

Im späteren Verlauf der Planung bildet das Raumprogramm die Basis für die Erstellung eines Raumbuches. Hierin wird die genaue Ausstattung der Räume beschrieben, wie z. B. Fußbodenbelag, Wandbelag, Anzahl an Steckdosen, Art und Qualität von Fenstern.

### Integrierte Bau- und Betriebsplanung

Häufig zeigt sich, dass es in neu gebauten Einrichtungen bereits nach kurzer Betriebsdauer zu Um- oder Nichtnutzungen kommt bzw. bereits Überlegungen für erste kleinere Umbauten bestehen. Die Um- oder Unternutzungen sind in der Regel Ausdruck einer mangelhaften Übereinstimmung zwischen der baulichen Struktur

einerseits und den Bewohnerbedürfnissen, dem Betriebs- bzw. Versorgungskonzept oder den vom Personal gewählten Arbeitsabläufen andererseits.

Bereits in früheren Veröffentlichungen wurde festgestellt, dass im Spannungsfeld zwischen „Wohnen“ und „Pflegen“ die Frage nach einer angemessenen Ausstattung mit so genannten Betriebsräumen noch nicht geklärt ist (Schnieder 1995). Tatsache ist immer noch, dass es für diese Räume eine Fülle von uneinheitlichen Bezeichnungen gibt, so dass sich beim Vergleich von unterschiedlichen Raumprogrammen hinter gleichen Raumbezeichnungen unterschiedliche Funktionen verbergen können. Wie Schnieder (1995) ausführt, divergieren z. B. die Empfehlungen einzelner Bundesländer zur Betriebsraumausstattung erheblich hinsichtlich Art und Größe.

Auswertungen zur tatsächlichen Nutzung dieser Räume haben gezeigt, dass die Nutzung von Betriebsräumen in Abhängigkeit der gewählten Betriebskonzepte und Arbeitsabläufe unterschiedlich intensiv ist. Im Zuge der Einführung neuer Pflegekonzepte (z. B. Bezugspflege), aber auch aufgrund von verbesserten Wohnqualitäten für die Bewohner, haben sich die Arbeitsabläufe in der Pflege verändert. Zum Beispiel haben die verbesserten Standards bei den individuellen Sanitärbereichen zur Folge, dass Pflegebäder in weit geringerem Umfang genutzt werden. Das Pflegebad kann dann bei einer entsprechenden Gestaltung andere Funktion übernehmen, z. B. eine therapeutische Funktion als Wohlfühlort für die Bewohner.

Diesen Veränderungen wird bei der Programmatik der Betriebsräume nicht entsprochen bzw. es werden Standards vorgeschrieben, die nicht mit den aktuellen Strukturen in den Einrichtungen einhergehen. Teilweise erinnern die Anforderungen an die Dimensionierung und Ausstattung von Betriebsräumen noch immer an Krankenhäuser. Insgesamt wurden diese Räume den Entwicklungen, die bei den Pflegeheimplanungen stattgefunden haben, nicht entsprechend angepasst. Es besteht daher mit Sicherheit der Bedarf für eine genauere Analyse moderner Pflegeabläufe und einer daraus resultierenden Ableitung neuer Erfordernisse bei der Betriebsraumplanung.

Trotz allen Bemühens um Wohnlichkeit werden Pflegeheime auch zukünftig Orte sein, wo pflegerische Leistungen erbracht werden und daher auch eine pflegerische Infrastruktur vorgehalten werden muss. Sind Betriebsräume zu klein, abseits angeordnet oder nicht in ausreichender Zahl vorhanden, so führt dies dazu, dass Lifter, Pflegearbeitswagen, Inkontinenzartikel in den Fluren oder zum Teil auch in oder vor den Bewohnerzimmern deponiert werden. Dadurch entsteht der Eindruck eines institutionellen Milieus, und die für den Bewohner gewünschte Wohnlichkeit tritt in den Hintergrund.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Qualitätsmanagement

Die Unsicherheit bei der Planung der Betriebsräume im Pflegebereich setzt sich bei den zentralen Betriebs- und Lagerflächen fort. Die häufigsten Um- und Unternutzungen konnten bei der Evaluation von Altenhilfeeinrichtungen im Bereich der zentralen Nebenräume wie Lagerflächen, Büros und Personalumkleiden ermittelt werden. Bei diesen Räumen konnten sogar zwei Extreme gefunden werden: Teilweise gibt es in Einrichtungen so viele Lagerflächen, dass diese nicht gefüllt werden können bzw. mit alten Möbeln, ausgerangierten Rollstühlen etc. vollgestellt werden. Im anderen Extrem sind die Lagerflächen so knapp bemessen, dass Technikräume oder Flure zur Lagerhaltung benutzt werden, was aus juristischer Sicht kritisch zu werten ist. Dies deutet darauf hin, dass die Raumprogramme und Nutzungsprofile in diesen Bereichen während der Planungsphase oft nicht ausreichend präzisiert werden, so dass es entweder zu Überkapazitäten kommt, was aus Kostengründen außerordentlich ungünstig ist, oder beim Fehlen von Flächen betriebliche Abläufe behindert werden.

Auch bei den Raumerfordernissen für die hauswirtschaftliche Versorgung scheinen bei vielen Planungen Unsicherheiten zu bestehen. Dies wird wieder deutlich an einer großen Varianz von Flächenwerten, die für diese Räume bei Evaluationen ermittelt wurden. Generell kann gesagt werden, dass bei Produktionsküchen eine Tendenz zur Überdimensionierung besteht. Dies könnte in dem Wunsch nach Flexibilität begründet sein oder mit dem Hinausschieben der Entscheidung für eine bestimmte Betriebsform. Die später oft nicht erreichten Versorgungszahlen bedeuten eine Fehlinvestition, zumal es sich bei den Küchenflächen um die teuersten in der Einrichtung handelt. Gerade im Bereich der Speisenversorgung sind die betrieblichen Varianten, die in den Einrichtungen umgesetzt werden können, äußerst vielfältig. Es gibt ein Spektrum, das vom dezentralen Kochen in der Hausgemeinschaft über die klassische Warmküche bis zum Einsatz moderner Verfahren wie z. B. Cook-and-chill reicht. Alle möglichen Varianten stellen deutlich unterschiedliche Anforderungen an Raum- und Ausstattungsbedarf. Daher sollten konzeptionelle Überlegungen in diesem Bereich bereits sehr früh im Planungsprozess erfolgen.

Dieses Problem setzt sich bei den Räumen für die Wäscheversorgung fort und reicht bis zu einer Präzisierung von Müllentsorgungskonzepten.

Durch eine *integrierte Bau- und Betriebsplanung*, der eine präzise Konzeptentwicklung vorausgeschaltet ist, lassen sich solche Passungsmängel weitgehend vermeiden. Auch bei vermeintlich nachrangigen Entscheidungen, z. B. über das System der Speisenverteilung, scheint es daher notwendig, bereits in einem frühen Stadium der Planung präzise Festlegungen zu machen. Allerdings han-

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Kontrolle und Qualitätsmanagement



delt es sich bei Pflegeeinrichtungen um dynamische Systeme, bei denen sich die Systemkomponenten und damit auch das Gesamtsystem ständig verändern. Da Planung ein Prozess ist, ergeben sich fast zwangsläufig Veränderungen und Modifikationen, die das ursprüngliche Raumkonzept betreffen. Maßgeblich ist der Zeitpunkt, wann diese Veränderungen in die Planung eingebracht werden. Es empfiehlt sich daher, dass frühzeitig fachlich kompetente Personen in den Planungsprozess eingebunden werden, damit planungsrelevante Entscheidungen in diesen Bereichen rechtzeitig getroffen werden können. Zu späte Entscheidungen bedingen Umplanungen, die zu suboptimalen Lösungen und erhöhten Planungskosten führen können.

### Kostenkontrolle

Planungsbegleitende Kostenkontrolle setzt bei der Entwicklung des Raumprogramms mit Kostenflächenarten an (vgl. Kerschkamp et al. 1999) und schließt Budgetierung und laufende Kontrolle durch Kostenfortschreibung in jedem Planungsstadium ein. Weitere Kosteneinsparungen sind durch Einbeziehung der ausführenden Firmen und entsprechende Vergabemodalitäten zu erreichen.

Schon bei der Erstellung des Raumprogramms wird über die Baukosten entschieden. Dahinter steht die banale Aussage, dass jeder gebaute m<sup>2</sup> Fläche Geld kostet. Allerdings kostet nicht jede Fläche gleich viel. Hier setzt die so genannte Kostenflächenartenmethode an, über die sich bereits bei der Erstellung des Raumprogramms Kosten steuern lassen.

Die Kostenflächenartenmethode wurde im Planungsbereich als ein Verfahren zur frühzeitigen Ermittlung von Baukosten vorgesehener Bauprojekte entwickelt. In Abgrenzung zu anderen gängigen Methoden der Kostenermittlung (z. B. über Gesamtfläche oder Kubatur), mit denen eher überschlägige Werte zur Verfügung stehen, lässt die Kostenflächenarten-Methode schon recht präzise Aussagen zu. Setzen jene schon konkrete Planungen im Vorentwurfsstadium voraus, so ergibt die Kostenflächenartenmethode schon auf der zeitlich vorangehenden konzeptionellen und programmatischen Ebene Kostenwerte mit einer ausreichenden Genauigkeit.

Die Kostenflächenartenmethode wurde ursprünglich für den Hochschulbau als Verfahren eingeführt und unter anderem für den Alten- und Pflegeheimbau durch eine detaillierte Kostenauswertung bereits abgerechneter Einrichtungen spezifiziert. Erfasst werden hierüber die Bau- und Ausstattungskosten; sie entsprechen darin den Kostengruppen 3.1 - 3.4 nach DIN 276, Stand 1981, bzw. 300 + 400 nach DIN 276, Stand 1993.

IV Aufbau- und Ablauforganisation



Die Grundidee besteht darin, dass die einzelnen Nutzungen eines Gebäudes zu verschiedenen hohen Kosten führen. Alle Nutzungen mit vergleichbar hohen Kosten werden ermittelt und in einer Kostenflächenart zusammengefasst. Das methodische Prinzip besteht darin, dass die einzelnen Nutzungen eines Gebäudes aufgrund der verschiedenen bautechnischen Standards zu verschiedenen hohen Kosten führen und Nutzungen mit gleicher Kostenhöhe zusammengefasst werden können.

Für dieses Verfahren wurden, vereinfacht gesagt, für alle unterschiedlichen Räume bzw. Flächennutzungen m<sup>2</sup>-bezogene Kostenkennwerte ermittelt und in Gruppen vergleichbarer Kostenwerte zugeordnet. Technische Funktionsräume und Ausstattungen sind dabei in einem Kostensockel beinhaltet. Resultat dieser Ermittlungen sind in Bezug auf Altenhilfeeinrichtungen fünf unterschiedliche Kostenflächenarten, denen jeweils ein (über den Baupreisindex aktualisierbarer) Baukostenwert entspricht. Dabei wird jeweils der gleiche mittlere Qualitätsstandard der Gebäudeausführung zugrunde gelegt, so dass die Baukosten aller Einrichtungen untereinander vergleichbar werden.

Die Flächenwerte jeder Kostenfläche werden mit dem Kostenkennwert der Kostenflächenart multipliziert. Die Summe ergibt den Kostenwert der Kostenschätzung.

Damit bietet sich einmal die Möglichkeit, geplante Einrichtungen schon auf der Ebene der Raumprogrammflächen kostenmäßig vergleichsweise präzise zu erfassen und Veränderungen in den Programmanforderungen in ihrer Kostenwirksamkeit deutlich werden zu lassen. Zum anderen aber ist auch die Möglichkeit gegeben, bestehende Einrichtungen einer quasi neutralen Vergleichsbetrachtung hinsichtlich der Baukosten zu unterziehen.

Nachfolgend die Zuweisungen häufig auftretender Programmflächen bzw. Räume nach den unterschiedlichen Kostenflächenarten, versehen mit dem jeweiligen Kostenkennwert je m<sup>2</sup> Fläche (bezogen auf das 3. Quartal 1995) (Kerschkamp et al. 1999).

KFA 1	2 140,- DM/m <sup>2</sup>	Wohnräume Lagerräume
KFA 2	2 420,- DM/m <sup>2</sup>	Speiseräume Verwaltungsräume Aufenthaltsräume Werkstatträume Verkehrsflächen

IV Aufbau- und Ablauforganisation



KFA 3	2 970,- DM/m <sup>2</sup>	Kühlräume Friseurräume
KFA 4	3 700,- DM/m <sup>2</sup>	Wäschereiräume Foyer / Eingangshallen
KFA 5	4 360,- DM/m <sup>2</sup>	Nassräume Pflegearbeitsräume Küchenräume

Nicht gesondert erfasst werden in der Regel die Flächenarten „Konstruktionsgrundfläche“ und „Funktionsfläche“ nach DIN 277. Diese sind als Sockelbetrag auf jede KFA umgelegt.

Auf der Basis des konkreten Raumprogramms der Einrichtung lassen sich somit Gesamt-Baukosten ermitteln. Ein relativer Vergleich verschiedener Alten- und Pflegeeinrichtungen untereinander ergibt eine Aussage darüber, inwieweit und in welchem Umfang kostenintensive Flächen realisiert wurden – beispielsweise über teure Sanitärbereiche, aber auch „repräsentative“ Eingangsbereiche.

Es lassen sich jedoch auch Aussagen darüber anstellen, inwieweit zukünftig „teure“ Flächen zugunsten „preisgünstiger“ Flächen reduziert werden sollten. Oder, anders und als Frage formuliert, ob nicht vergleichbare (für die Bewohner ebenso vorteilhafte und sinnvolle) Nutzungsangebote auf „günstigeren“ Flächen realisiert werden können. Dies kann jedoch nur am Einzelfall diskutiert und entschieden werden.

## 10.5 Ausblick

Für diejenigen Menschen, die in eine Pflegeeinrichtung ziehen, ist dies in der Regel die einzige Alternative, da ansonsten eine angemessene Pflege und Betreuung nicht gewährleistet werden kann. Die zu Beginn dieses Artikels beschriebene Forderung nach der „Abschaffung der Heime“ ist daher nur realistisch, wenn bessere Alternativen geboten werden können. Betrachtet man die Altenhilfelandchaft in Deutschland, so gibt es zwar Ansätze für innovative Konzepte, aber der Weg zu einer echten Alternative scheint insbesondere bei der Berücksichtigung der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen noch sehr weit.

Es ist daher begrüßenswert, dass in den letzten Jahren sehr viel Aktivität und Kreativität bei der Schaffung von bewohnerorientierten Lebenswelten in Pflegeeinrichtungen erkennbar war. Altenpflegeheime sind soziale Gebäude. Es entscheiden hier nicht die zukünftigen Nutzer, sondern es übernehmen stellvertretend Politiker, Altenhilfeträger, Architekten und sonstige Experten die gesellschaftliche

IV Aufbau- und Ablauforganisation

IV Aufbau- und Ablauforganisation



Aufgabe zu entscheiden, wie diese Einrichtungen gestaltet sein sollen. Es handelt sich dabei um eine Aufgabe mit großer Verantwortung, die mit entsprechender Sorgfalt ausgeübt werden sollte.

Das Planen von Einrichtungen ist ein komplexer Prozess; neben der wichtigen Zielsetzung, Zufriedenheit und Wohlbefinden für die Bewohner zu erreichen, müssen auch andere Faktoren wie z. B. die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal oder die Zukunftssicherheit für den Betreiber im Planungsprozess Berücksichtigung finden.

Sind die Einrichtungen erst einmal gebaut, sind Veränderungen nur noch schwer umsetzbar. Als besonders kritisch erweist sich daher bei der Planung die Anwendung immer wieder kopierter Lösungsvorschläge, die mit dem Satz kommentiert werden: „Das haben wir schon immer so gemacht.“ Genauso wenig funktioniert häufig die Kopie von Konzepten, die an einem Standort erfolgreich sind, ohne zu hinterfragen, ob die Bedingungen an beiden Standorten vergleichbar sind, und entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

Generell gilt, dass das umfangreiche Wissen, das mittlerweile zu dieser Thematik vorliegt, in die Planungsprozesse einfließen muss. Darüber hinaus sollten zur Weiterentwicklung der Wissensbasis neu gebaute Einrichtungen bzw. neue Konzepte systematisch ausgewertet werden. Im Idealfall fließen diese Ergebnisse dann in neue Planungen ein, so dass ein sich wiederholender Kreislauf mit den Schritten Evaluation, Konzeption, Planung und Realisierung entsteht.

## Anhang: Demenzgerechte bauliche Gestaltungsmerkmale für einzelne Bereiche

(Copyright Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V.)

Bewohner-Zimmer mit Sanitär	Übergang zum Flur	Flur	Küche	Ess-/Wohnbereiche	Räume für besondere Beschäftigungen	Eingangsbereich	Freibereich, Terrasse Garten
individuelle Moblierung individuell bedeutsame Markierung der Türe alte Bilder, vergrößerte Fotos als Wanddekoration	individuell bedeutsame Gestaltung Vorflur weniger günstig, insbes. wenn offene stehende Badtüre Ausgang versperrt	übersichtliche Wegeführung Flur ohne Sackgassen Möglichst keine Verzweigungen (Entscheidungen ist Überforderung) deutlich unter-schiedliche Gestaltung der Flurbereiche, nicht nur Variation eines Themas Farbe allein als Orientierungshilfe nicht ausreichend, besser ist Farbe mit Form überlagert (z.B. grüner Baum) Hinweise und Schilder in Augenhöhe oder in Bodennähe, Kontraste zwischen Hintergrund und Schrift Spezifische „Orte“ schaffen an wichtigen Stellen (z.B. Vogelvoliere oder Telefonzelle) bei der Farbwahl die Bedeutung von Farben beachten (Boden: erdabund, Decke: himmelstfarben)	Einblick in/Zugang zu Küchenbereich auch nachts, Zugang zu Getränken vertraute häusliche Gestaltung, offene Regale oder Glasuren keine spiegelnden Flächen Möglichkeit, die Zubereitung des Essens zu sehen, zu hören (Reizpotenzierung)	vertraute Moblierung, wohnliche Farben und Materialien keine karierten, gestreiften oder wild gemusterte Stoffe oder Tapeten Tische mit klar erkennbarem Rand gute Beleuchtung ca. 500 LUX in Augenhöhe (indirekt mit ergänzenden atmosphärischen Leuchten) Geschirr mit Kontrast zum Tisch/Tischluch, ggf. Platzdecken farbige Getränke, damit volles Glas erkennbar ist Durchdachte (Farb-)Zusammenstellung der Speisen, möglichst stark duftend Wohn-/ Essbereich von Flur einsehbar (inneres Fenster) Wohnbereich ggf. durch besonderen Bodenbelag herausgehoben verschiedene Wohn-/ Essbereiche unterschiedlich mobliert kein Einheitsmobliar, sondern eher Einzelstücke	keine neutral möblierten, multifunktionalen Räume, Zweck muss erkennbar sein Moblierung mit Auflockerungscharakter, z.B. Werkbank oder Nähkästchen, Korb mit Wolle	nur e i n Haupteingang	überschaubar, keine versteckten Stellen Rundweg Eingang ins Haus gut markiert klare Wegbegrenzungen besondere Orte als Markpunkte Blendung durch blendend weiße Möbel oder Bodenbelag vermeiden

Wahrnehmung und Orientierung

## IV Aufbau- und Ablauforganisation

IV Aufbau- und Ablauforganisation

## IV Aufbau- und Ablauforganisation

IV Aufbau- und Ablauforganisation

Bewohner-Zimmer mit Sanitär	Übergang zu Flur	Flur	Küche	Ess-/Wohnbereiche	Räume für besondere Beschäftigungen	Eingangsbereich	Freibereich, Terrasse Garten
keine Stolperschwellen durch lose Teppiche Steckdosen mit Kindersicherung Fenster nur zum Kippen Sanitär: rutschfester Boden, Griffe Sanitär: verschließbarer Schrank für potenziell gefährdende Produkte (werden ggf. geschluckt) Nachtbeleuchtung Offene Türen zum Bad sollen kein Hindernis darstellen (Möglichkeit: Schiebetüre, geteilte Türe oder Vorhang) Nachtschranke, Tische kippsicher Heizkörper in Nischen, um bei Stürzen Verletzungen zu vermeiden Wassertemperatur mit Thermostat auf max. 38 Grad begrenzt	Türen dürfen beim Öffnen nicht in den Flur ragen Keine starken Helligkeitskontraste zwischen Flur und Zimmer	kein Zugang zu Treppen möglichst durchgehender Handlauf keine Stolperschwellen oder in den Weg ragende Möblierung keine scharfen Ecken und Kanten gute, blendfreie Beleuchtung Kaschieren von Ausgängen (auch Fluchttüren) keine Verglasungen bis zum Boden, sondern Ausbildung einer Brüstung keine starken Farbkontraste am Boden (hell-dunkel), wird als Abgrund interpretiert	Herdssicherung Schränke bei Bedarf abschließbar Keine scharfen Ecken und Kanten	keine lose verlegten Kabel (Stolpergefahr) eher schwere Möbel, die beim Abstützen nicht umfallen	Risiko für Verletzungen vermindern, aber Herausforderungen bieten (Messer, sind nicht verboten)	möglichst tangential zum Flur liegender Ausgang (Weglaufen) unauffällige, „getarnte“ Ausgangstüre	individuelle Freibereiche • Balkon nicht geeignet, besser Terrasse im Garten • keine Stolperschwellen • rutschfester Belag • keine giftigen Pflanzen • Überschaubarkeit für Personal • weglaufsicerer Zaun • Handlauf • Viele Plätze zum Ausruhen • Kaschieren der Gartentüren nach außen, ggf. zwei Ausgänge • Wege frei von herabfallenden Früchten
Privatheit	Vorflur als halbprivater Zwischenbereich weniger wichtig, direkter Blickbezug vom Zimmer zum Flur bzw. zur Aufenthaltszone hat größere Bedeutung)	Flurmischen für Einzelle oder kleine Gruppen anbieten	Küche der Wohngruppe zugeordnet	Möglichkeiten, in einer kleinen Gruppe zu essen			intime Sitzbereiche für Einzelle und kleine Gruppen, z.B. Gartenlaube

Sicherheit





	Bewohner-Zimmer mit Sanitär	Übergang zum Flur	Flur	Küche	Ess-Wohnbereiche	Räume für besondere Beschäftigungen	Eingangsbereich	Freibereich, Terrasse Garten
<b>Funktionale Fähigkeiten</b> Kompetenzerhaltung	WC vom Bett aus sichtbar (Aufforderungscharakter gibt Impulse) Umsienlin für Körperpflege (in der Regel) gut erreichbar Bedienungselemente möglichst vertraut Spezielle Schrankgestaltung, die Kleider in Reihenfolge des Anziehens präsentiert oder „stummer Diener“	Türe zum Flur gut erkennbar (Farbkontrast zur Wand)	wichtige Türen (wie zur Toilette) auffällig, damit sie selbstständig gefunden werden, unwichtige eher kaschiert sichere anliegende Wanderwege im Haus	für Bewohner leicht zugängliche Küche unterfahrbare Tische an die Küchertische angegliederte Arbeitsfläche in Sitzhöhe zum „Mitmachen“	Verbindung Essbereich und Küche, ggf. Wohnküche fördert das „Mitmachen“ Zeitungen, Bücher, Standuhr zum „Aurziehen“ Auf individuelle Biografie bezogene „Settings“, z.B. Nahecke mit Wolltücher zum Zusammenlegen, Karteikarten zum Sortieren etc.	Raum/Zone für hauswirtschaftliche Tätigkeiten (einsehbar) breites Spektrum von Angeboten, um individuell reagieren zu können Möglichkeit für Muskeltraining (Sturzprophylaxe)		Hochbeet, Nutzsträucher zum Ernten Gartenhaus mit Geräten
<b>Selbstbestimmung, Kontrolle</b>	Schranke, Kommode mind. zum Teil zugänglich Fenster zu öffnen (nur kippen) Unordnung erlaubt	Zugang zum Zimmer sollte immer möglich sein (Türe nicht abschließen) keine abgeschlossenen Türen innerhalb des Bereichs	alle Türen sollten zugänglich sein	Getränke frei (Kühlschrank) zugänglich, auch nachts	kein Ordnungszwang, Dinge dürfen herumliegen offene Regale ermöglichen leichten Zugriff Verzicht auf „Mein“ und „Dein“, z.B. Schrank mit Kleidern, Hüten, Regenschirmen zur allgemeinen Benutzung	Räume sollten frei zugänglich sein		Garten sollte frei zugänglich sein, muss aber wegläufiger gestaltet und für Personal gut überblickbar sein
<b>Kontinuität bish. Lebenszusammenhang</b>	vertraute (eigene) Möblierung, persönliche Erinnerungsstücke Bettenstellung wie gewohnt Eigene Bettwäsche, möglichst eigene Vorhänge Möglichkeit, bisherige Gewohnheiten weiterzuführen		Flure mit einer Anreihenreihung von Türen vermeiden (institutionell)	„normale“ Küchermöblierung, Wohnküche	Möblierung wie zu Hause oder eigene Möbel Bezug zur Jugendzeit der BewohnerInnen (50er Jahre)	schichtspezifisch geschlechtspezifisch biografiebezogen		eher Hausgarten als dekoratives institutionell wirkendes Grün Beerensträucher, Nutzpflanzen
<b>Sozialkontakte</b>	Möblierung mit zwei Sesseln sollte möglich sein		Sitzplätze an Aktivitätsknoten	Arbeitsfläche von zwei Seiten Blickbezug beim Arbeiten	Kontakt fördernde Möblierung, eher Sessel als Sofas Vierertische günstig für Kommunikation, Sonderfall: große Tafel soll möglich sein	ggf. Sitzplätze am Eingang		Sitzplätze im Schatten und in der Sonne, für Einzeln, kleine Gruppen und für alle Möglichkeit, zu zweit zu spazieren (Wege breit genug)

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

### Literatur- und Quellenverzeichnis zu Kap. IV, 10

- Annerstedt, L. (1995). On Group-Living Care for the Demented Elderly. Experiences from the Malmö Model. Lund: Department of Community Health Sciences (Malmö) and Department of Geriatric Psychiatry.
- Brawley, E. C. (1997). Designing for Alzheimer's Disease – Strategies for Creating Better Care Environments. New York: Wiley.
- Calkins, M. (1988). Design for Dementia. Planning Environments for the Elderly and the Confused. Maryland: National Health Publishing.
- Canter, D. (1984). The Environmental Context of Nursing: Looking Beyond the Ward. In: Skevington, S. (Hrsg.), Understanding Nurses. The Social Psychology of Nursing. Chichester: Wiley.
- Cohen, U., & Weisman, G. (1991). Holding on to Home – Designing Environments for the Elderly and Confused. Baltimore: John Hopkins UP.
- Dean, R., Briggs, K., & Lindesay, J. (1993). The Domus Philosophy: A Prospective Evaluation of Two Residential Units for the Elderly Mentally Ill. International Journal of Geriatric Psychiatry, Jg. 8, S. 807-817.
- DIN 18025 (1993). Teil 1: Rollstuhlgerechte Wohnung; Teil 2: Barrierefreie Wohnungen.
- DIN 276 (1981). Kosten im Hochbau. Kostengruppe 300 und 400 (1993).
- DIN 277. Teil 1: Grundflächen und Rauminhalte von Hochbauten.
- Dunkel, W., Maurer, S., & Neubauer, P. (2001). Im Prinzip: Ja! – Ein Jahr Hausgemeinschaften in Dießen. In: Altenheim 10/2001, S. 22-25.
- Heeg, S. (1993). Bauen für verwundbare Menschen. Bauwelt, Nr. 10, S. 420-426.
- Heeg, S. (1994). Heimarchitektur und Lebensqualität – zur Notwendigkeit eines krankheitsangemessenen Milieus für verwirrte alte Menschen. In: Heeg, S., & Lind, S. (Hrsg.), Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe – Versorgungsstrategien und bauliche Erfordernisse. Reihe Forum, Band 23. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Heeg, S. (1995). Architekturpsychologische Aspekte der Innenraumgestaltung von Alten- und Pflegeheimen. In: Loeschke, G. (Hrsg.), Wohnen im Alter. Darmstadt: Verlag „Das Beispiel“.
- Heeg, S., & Kerschkamp, F. (1996). Neue Altenhilfeeinrichtungen – kostensparend Bauen in hoher Qualität. In: ARCONIS 1/96, S. 12-15.



- Heeg, S. (1997). Architektur als therapeutische Intervention? Chancen eines krankheitsangemessenen baulichen Milieus für Desorientierte. In: Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., & Wächtler, C. (Hrsg.), *Depression im Alter*. Darmstadt: Steinkopf, S. 256-259.
- Heeg, S., & Radzey, B. (1998). Qualität bieten und Kosten sparen – Ergebnisse der Evaluation ausgewählter Einrichtungen der Altenhilfe. In: *Altenheim* 12/1998, S. 14-19.
- Heeg, S., Radzey, B., & Kuhn, C. (2000). Praktizierte Versorgungs- und Betreuungskonzepte: Fallstudien in ausgewählten Einrichtungen. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), *Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen*. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Heeg, S. (2001). Bau und Innenraumgestaltung. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.), *Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen*. Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., 3, S. 105-126.
- Judd, S., Marshall, M., Phippen, P. (1998). *Design for Dementia*. London: Journal of Dementia Care/Hawker.
- Kahana, E. (1975). A Concurrence Model of Person-Environment Interaction. In: Windley, P., Byerts, T., & Ernst, F. (Hrsg.), *Theory Development in Environment and Aging*. Washington DC: Gerontological Society, S. 181-214.
- Kahana, E. (1982). A Congruence Model of Person-Environment Interaction. In: Lawton, M. P., Windley, P. G., & Byerts, T. O. (Hrsg.), *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*. New York: Springer, S. 97-121.
- Kerschkamp, F., Neubauer, R., Schloz, T., Sievers, L., Heeg, S., & Radzey, B. (1999). *Kostensparendes Bauen qualitätsvoller Altenhilfeeinrichtungen. Modellwettbewerb des BMFSFJ*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Klingenfeld und Bruder (1997). *Nichtmedikamentöse Behandlungs- und Betreuungsformen Demenzkranker im Überblick*. Norderstedt: fidem 2/97.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the Aging Process. In: Eisdorfer, C., & Lawton, M. P. (Hrsg.), *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington DC: American Psychological Association.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Wirtschaftliche und Qualitätsmanagement



- Lawton, M. P. (1980). Psychosocial and Environmental Approaches to the Care of Senile Dementia Patients. In: Cole, J. O., & Barrett, J. E. (Hrsg.), *Psychopathology in the aged*. New York: Raven Press. S. 265-278.
- Lawton, M. P., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1984). Architecture for the Mentally Impaired Elderly. *Environment and Behavior*, Jg. 16, Nr. 6, S. 730-757.
- Lawton, M. P., Weisman, G. D., Sloane, P., & Calkins, M. (1997). Assessing Environments for Older People With Chronic Illness. In: Teresi, J. A., Lawton, M. P., Holmes, D. & Ory, M. (Hrsg.), *Measurement in Elderly Chronic Care Populations*. New York: Springer. S. 193-209.
- Lind, S., & Heeg, S. (1990). Milieu für Demente – Neue Perspektiven der krankheitsangemessenen Versorgung Dementer im Altenpflegeheim. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, Jg. 10, S. 744-747.
- Lind, S., & Heeg, S. (1990). Modelle kompensatorisch-therapeutischer Raum- und Milieugestaltung für eine psychogeriatrische Abteilung. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, Jg. 43, Nr. 1, S. 24-28.
- Lindesay, J., Briggs, K., Lawes, M., MacDonald, A., & Herzberg, J. (1991). The Domus Philosophy: A Comparative Evaluation of a New Approach to Residential Care for the Demented Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 6, S. 727-736.
- Maciejewski, B., & Sowinski, C. (2000). Das KDA-Türöffnungskonzept. In: Tackenberg, P., & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), *Demenz und Pflege – Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Pynoos, J., & Regnier, V. (1991). Improving Residential Environments for Frail Elderly: Bridging the Gap Between Theory and Application. In: Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. W., & Deutchman, D. E. (Hrsg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press. S. 91-119.
- Radzey, B., Heeg, S., & Rauh, J. (2000). Zwangloses Miteinander: Wohngruppenkonzepte für Demenzkranke. In: *Heim + Pflege*, Jg. 31, Nr. 3, S. 114-118.
- Radzey, B., Kuhn, C., Rauh, J., & Heeg, S. (2001). Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise). *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Bd. 207.1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Regnier, V., & Pynoos, J. (Hrsg.) (1987). *Housing the Aged. Design Directives and Policy Considerations*. New York: Elsevier.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Wirtschaftliche und Qualitätsmanagement



Ritchie, K., Colvez, A., Ankri, J., Ledesert, B., Gardent, H., & Fontaine, H. (1992). The Evaluation of Long-Term Care for the Dementing

Elderly: A Comparative Study of Hospital and Collective Non-Medical Care in France. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 7, Nr. 11, S. 549-557.

Satlin, A., Volicer, L., Ross, V., Herz, L., & Campbell, S. (1992). Bright Light Treatment of Behavioural and Sleep Disturbances in Patients with Alzheimer's Disease. In: *American Journal of Psychiatry*, 149(8), S. 1028-1032.

Saup, W. (1984): Übersiedlung ins Altenheim. Weinheim/Basel: Beltz.

Saup, W. (1993). Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidt, R. (1999). Leistungsdifferenzierung in der vollstationären Pflege. Analysen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur im Land Brandenburg am Beispiel der Demenztbetreuung. In: von Kondratowitz, H.-J., & Schmidt, R. (Hrsg.), *Sozialgerontologische Beiträge zur Neuorganisation und zu Perspektiven der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Alter*. Jahrbuch des DZA 1998. Regensburg: Transfer.

Schneekloth, U., & Müller, U. (1997). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147.2. Stuttgart: Kohlhammer.

Schnieder, B. (1995). Thema: Wohnökologie. In: Büse, F. et al. (Hrsg.): *Heim aktuell. Leistungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen*. Hannover: Vincentz.

Sloane, P. D., & Mathew, L. J. (1991) (Hrsg.). *Dementia Units in Long-Term Care*. Baltimore: John Hopkins UP.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000). *Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg*. Teil 3: Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.

Sträßer, H., Cofone, M., Demenz-Verein Saarlouis e.V., Landkreis Saarlouis/Leitstelle „Älter Werden“ (Hrsg.) (2000). *Innovativer Umgang mit Demenzen – Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa*. Saarlouis: Demenz-Verein Saarlouis e.V.

Van Haitsma, K., Lawton, M. P. & Kleban, M. H. (2000). Does Segregation Help or Hinder? Examining the Role of Homogeneity in Behavioral and Emotional Aspects of Quality of Life for Persons with Cognitive Impairment in the Nursing Home. In: Holmes, D., Teresi,

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation



J. A., & Ory, M. (Hrsg.), *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi/Springer, S. 163-177.

Wahl, H.-W., & Reichert, M. (1991). Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil I: Forschungszugänge zu den Heimbewohnern. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4/1991, S. 233-255.

Weyerer, S., Hönig, T., Schäufele, M., Zimber, A. (2000). Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe: Epidemiologische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), *Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen*. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.

Winter, H.-P., Gennrich, R., & Haß, P. (1999). *Hausgemeinschaften – Werkstattbericht*. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), *Architektur + Gerontologie*, Bd. 2. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Winter, H.-P., Gennrich, R., & Haß, P. (2000). *BMG Modellprojekte: Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger Hausgemeinschaften – Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *BMG Modellprojekte*, Bd. 8. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Wojnar, J. (1997). *Umgebung für Demenzkranke*. In: Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., & Wächtler, C. (Hrsg.), *Depression im Alter*. Darmstadt: Steinkopf, S. 256-259.

#### IV Aufbau- und Ablauforganisation

#### V Kontrolle und Qualitätsmanagement



## Stichwortverzeichnis

- 1-Bettzimmer IV, 9  
2-Bettzimmer IV, 9
- Absonderungsraum IV, 18  
Abstellflächen IV, 47  
Abstellfunktionen IV, 47  
Abstellräume IV, 19; IV, 47  
Abteilungen IV, 16  
Aktivierung II, 3  
Aktivierungsmilieu III, 18  
Altenheimstufe IV, 2  
Alteninstitutionen II, 7  
Altenwohnungen II, 9  
Arbeitszufriedenheit III, 5  
Arztpraxis IV, 18  
Aufenthaltsbereiche IV, 13  
Auftrag, kurativer II, 3  
Ausbau IV, 7
- Balkone IV, 11  
barrierefrei III, 9; V, 19  
Baukosten IV, 87  
Baukostenwert IV, 88  
Bedarfsplanungsphase IV, 84  
Belegungsdichte IV, 9  
Beleuchtung IV, 77  
Betreuungsarbeit III, 4  
Betreuungsbedarf III, 1  
Betreuungsbetriebe III, 3  
Betreuungsdienste III, 1  
Betreuungsumgebung, bauliche Gestaltung der IV, 76  
Betreuungsziele I, 2  
Betriebsflächen als Teilflächen von Betriebsbasiseinheiten IV, 44  
Betriebsräume IV, 85  
Betriebsräume, Arten von IV, 32  
Betriebsraumausstattung IV, 28  
Betriebsraumausstattungen, Ermittlung von IV, 43  
Betriebsraumvorgaben IV, 30  
Betriebswirtschaftslehre III, 19  
betriebszentriert III, 3  
Bewahrungsauftrag II, 2
- Bewohnerbereich/Betriebsbereich IV, 6  
Bewohnermerkmale IV, 51  
bewohnerorientiert III, 3  
Bewohnerzimmer, rollstuhlgerechte IV, 11
- Clustergrundrisse IV, 15
- Demenz IV, 74  
Demenzarchitektur IV, 81  
Dezentrale Betriebsräume IV, 32  
Dritte Generation der Pflegeheime IV, 28
- Einflur-Gebäude IV, 4  
Eingangshallen IV, 17  
Einzelzimmer IV, 11
- FAB-Mindeststandards II, 12; V, 3  
Farben IV, 77  
Flächenarten IV, 7  
Flächenrichtzahlen IV, 22  
Flächenwerte IV, 86  
Flursystem IV, 77  
Förderrichtlinien V, 14  
Foyer IV, 17  
Funktionalität III, 5
- Gebrauchswerte III, 14  
Geltungswert III, 14  
Gemeinschaftsflächen IV, 79  
Gemeinschaftswohnformen II, 5  
Geschoßwechsel III, 5  
Gestaltung, bedürfnisgerechte bauliche IV, 53  
Gestaltungsprinzipien IV, 61  
Größe zentraler Betriebsräume IV, 41; IV, 41  
Gruppengrundrisse IV, 5  
Gruppenheime I, 2  
Gruppenpflege IV, 15  
Gruppenwohnen II, 6
- Hauptnutzfläche IV, 7



- Hausgemeinschaft IV, 64  
Hausgemeinschaftskonzept IV, 65  
Hauswirtschaft IV, 19  
Heimgesetz II, 11  
Heimmilieu II, 1  
Heimmindestbauverordnung III, 7; V, 10  
Heimplanung III, 3  
Heimplanung, adaptive I, 2  
Heimplanung, territoriale I, 3  
HeimindbauV IV, 31  
Hospize III, 4  
Hotel II, 9  
Humanisierung IV, 27
- Individualisierung I, 2  
Individuen III, 11  
Institutionen I, 2  
Institutionen II, 1
- Kennzahlen IV, 22  
Kleeblatt-System IV, 3  
Kleinheime I, 2  
Klima, soziales II, 1  
Kliniken, geriatrische III, 2  
Kostenflächenartenmethode IV, 87  
Kostenkontrolle IV, 87  
Kostenwert IV, 88  
Krankenhaus II, 9  
Küche IV, 19  
Küchenflächen IV, 86  
Kurzzeitbehandlung II, 10
- Länderrichtlinien II, 12  
Langzeitpflege II, 10  
Lebenslage II, 7  
Leichenraum IV, 18  
Leitbild II, 8; IV, 23  
Leitbild Familie IV, 64  
Leitbild Gemeinschaft IV, 61; IV, 69; IV, 84  
Leitbild Nachbarschaft IV, 73; IV, 84  
Leitbild Straße IV, 61; IV, 71
- Meap V, 3
- Mehrbettzimmer IV, 9  
Milieu, custodiales III, 18  
Milieu, soziales IV, 62  
Milieu, therapeutisches III, 17  
Milieucharakteristika II, 4, 5  
Milieudifferenzierung IV, 71  
Milieudimensionen III, 2  
Milieutheraeutischer Ansatz IV, 82  
Milieutherapie III, 17; IV, 75  
Mindestbauverordnung II, 11; IV, 30  
Mittelganggebäude IV, 4  
Möbellager IV, 17
- Nettogrundrißfläche IV, 7  
Nomenklatur IV, 1; V, 8  
Normalisierung IV, 27  
Normalisierungskonzept I, 3; III, 4, 15  
Nutzfläche IV, 7
- Ökologie II, 1  
Ökologie, soziale II, 1  
Organisationen I, 1  
Orientierung, räumliche IV, 77
- Passing V, 1, 3  
Pflege IV, 18  
Pflegegruppe IV, 16  
Pfleagemilieu III, 18  
Planen, nutzerorientiertes IV, 69  
Planungskonzepte I, 2  
Planungsstandard IV, 83  
Prüfliste V, 3
- Qualitätsanforderungen III, 9  
Qualitätsmerkmale I, 2
- Raumbuch IV, 84  
Räume, haustechnische IV, 21  
Raumgröße IV, 10; IV, 36  
Raumkatalog IV, 84  
Raumorganisation IV, 84  
Raumprogramm IV, 84; IV, 87  
Raumzonen IV, 10  
Rehabilitations-Modell III, 10



Rezeptionen IV, 17  
Richtwerte IV, 22  
Rohbau IV, 7  
Rollstuhlabbmessungen III, 8  
rollstuhlgerecht V, 19  
  
Sanitärraum IV, 11  
Selbstgefährdung IV, 80  
Servicehausmodell III, 4  
Snoezelen-Räume IV, 79  
Sonderwohnversorgung II, 9  
Sozialökologie III, 19  
Speisenverteilung IV, 86  
Standards II, 13; IV, 85; V, 6, 12  
Stift III, 2  
Stimulation, sensorische IV, 79  
  
Tagesraum IV, 12  
Therapie IV, 18  
Trend, integrativer IV, 26  
Trend, segregativer IV, 26  
  
Umfeld, soziales III, 11  
Umwelt, gebaute I, 1; III, 14  
Umwelt, physische III, 12  
Umweltdimensionen IV, 56  
  
Umwelt-Modell III, 10  
Umweltfaktoren I, 2  
Umweltplanung, prothetische I, 3  
Umwelt-Verhaltensforschung  
IV, 54  
Umzug II, 9  
  
Versorgungsstufe IV, 2  
Verwaltung IV, 18  
  
Wäsche IV, 19  
Wäscheversorgung IV, 86  
Wohnen, betreutes III, 2  
Wohnen und Pflege IV, 28  
Wohngruppe IV, 15; IV, 64  
Wohnheime IV, 2  
Wohnmilieus IV, 53  
Wohnökologie II, 1  
Wohnorte III, 3  
Wohnqualität IV, 55  
  
Zentrale Betriebsräume IV, 33  
Zentrale Betriebsräume, Größe IV,  
41  
Zweibettzimmer IV, 11  
Zweiflur-Gebäude IV, 4