Die approbierte Originalversion dieser Diplom-/Masterarbeit ist an der Hauptbibliothek der Technischen Universität Wien aufgestellt (http://www.ub.tuwien.ac.at).

The approved original version of this diploma or master thesis is available at the main library of the Vienna University of Technology (http://www.ub.tuwien.ac.at/englweb/).

DIPLOMARBEIT

ARCHITEKTONISCHER BEITRAG ZUR KRISENBEWÄLTIGUNG IN DER ALTENPFLEGE UND -BETREUUNG.

ENTWURF EINES ADÄQUATEN LEBENSKONZEPTS IM ALTER.

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades eines Diplom-Ingenieurs unter der Leitung von

ao.Univ.Prof. Dipl.Ing.Dr.techn. Helmut Schramm

E253/2 - Institut für Architektur und Entwerfen
Abteilung Wohnbau und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien
Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

ANNA SUMMER

0225325
Ortsstraße 219-221/7
2331 Vösendorf

Wien, am

ARCHITEKTONISCHER BEITRAG ZUR KRISENBEWÄLTIGUNG IN DER ALTENPFLEGE UND -BETREUUNG.

ENTWURF EINES ADÄQUATEN LEBENSKONZEPTS IM ALTER.

INHALTSVERZEICHNIS

VORBEMERKUNGEN ZUM ANALYTISCHEN TEIL DER ARBEIT (S.3)

MOTIVATION ZUR THEMENWAHL (S.4)
VORGEHENSWEISE (S.4)
EINLEITENDE BEMERKUNGEN (S.5)
BEGRIFFSSPEZIFIKATIONEN (S.5)

VON DER PROBLEMSTELLUNG ZUR FORMULIERUNG DES ERSTEN LÖSUNGSANSATZES (S.7)

DEFINITION DER ALTENPFLEGE - ANSPRUCH UND PFLEGEREALITÄT (S.8)
PROBLEMERKENNUNG (S.8)
FORMULIERUNG DES GEWÜNSCHTEN ERGEBNISSES (S.9)
ALTERN IN WÜRDE (S.10)

DIE ALTERNDE GESELLSCHAFT – AUSFORMUNG UND BESCHREIBUNG (S.11)

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNGEN (S.12)
DIE REALITÄT DER ALTEN - LEBENSWEISEN UND GEPFLOGENHEITEN ALTER MENSCHEN (S.13)
AKTIVITÄTEN IM ALTER (S.14)
BEWÄLTIGUNG VON BASALEN TÄTIGKEITEN VERSUS HILFS- UND PFLEGBEDÜRFTIGKEIT (S.15)
SOZIALE INTERAKTION DURCH NETZWERKE VERSUS EINSAMKEIT (S.20)
OBJEKTIVE UND SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DER EIGENEN SITUATION (S.21)
ZUFRIEDENHEIT UND WOHLBEFINDEN IM ALTER (S.23)

SOZIOLOGISCHE ASPEKTE DES ALTERS (S.26)

ALTER ALS GESELLSCHAFTLICHES KONSTRUKT (S.27)
GESELLSCHAFTLICHE PARTIZIPATION DER ALTEN DURCH IHRE KONSUMKRAFT (S.29)
VON ALTENBURGEN UND TOTENBERGEN: ISOLATION UND GHETTOISIERUNG (S.30)
DARÜBER SPRICHT MAN NICHT: TABUTHEMEN ALTER, ALTERN, STERBEN UND TOD (S.31)
ISOLATION IN DER ISOLATION: STERBEZIMMER UND AKUTZIMMER (S.33)

DIE MOMENTANE PFLEGEREALITÄT UND IHRE PERSPEKTIVEN (S.34)

SATT - WARM - SAUBER: DIE ‚VORTEILE' DES HEUTIGEN PFLEGESTANDARDS (S.35)
INSTITUTIONALISIERUNG (S.36)
DER EINZUG DER TECHNIK IN DIE ALTENBETREUUNG (S.37)
PFLEGEROBOTIK (S.39)
THERAPEUTISCHE ROBOTIK (S.40)
BEISPIEL PFLEGEBETT (S.41)

HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER ALTENPFLEGE (S.43)

ALTERN IM HISTORISCHEN KONTEXT - ENTWICKLUNG DER PFLEGE UND BETREUUNG (S.44)
ARCHITEKTONISCHE ENTSPRECHUNGEN DES HISTORISCHEN WANDELS 1200 BIS 1980 (S.47)
GEGENWÄRTIGE VERÄNDERUNG DER ANFORDERUNGEN (S.51)

EINFACH ALT WERDEN – ALTERNATIVE PFLEGEMODELLE UND LEBENSKONZEPTE (S.53)

NEUE DENKANSÄTZE FÜR LEBENSFORMEN IM ALTER (S.54)
BARRIEREFREIHEIT UND BARRIEREARMUT IM BESTAND UND IM NEUBAU (S.55)
DARSTELLUNG HEUTIGER KONZEPT-MÖGLICHKEITEN IN DER ALTENPFLEGE (S.56)
WOHNEN PLUS - BETREUTES WOHNEN DURCH HEIMHILFEN (S.57)
VON DER NOTGEMEINSCHAFT ZUR WAHL-VERWANDTSCHAFT - DIE ABLÖSE DES MEHRGENERATIONENHAUSHALTES DURCH GENERATIONENÜBBERGREIFENDES WOHNEN (S.58)
WOHN- UND HAUSGEMEINSCHAFTEN (S.60)
Alten-WG (S.60)
Betreute Wohngemeinschaft (S.61)

House Sharing – Wohnen für Hilfe (S.62)
VOM GEMEINSCHAFTLICH GETRAGENEN SERVICE-ORGANISATIONSDIENST ZUR BETREUTEN WOHNZONE IN SIEDLUNGSGEMEINSCHAFTEN (S.63)
SUNCITIES - RENTNERSTÄDTE UND ALTENDÖRFER (S.64)
WOHNSTIFT UND SENIORENRESIDENZEN (S.65)
ALTENHEIM UND ALTENPFLEGEHEIM (S.66)
WEIL STERBEN AUCH LEBEN IST - DIE HOSPIZBEWEGUNG (S.67)

ARCHITEKTONISCHE BEITRÄGE ZUM THEMA DER ALTENPFLEGE (S.68)

WECHSELSPIEL ZWISCHEN WOHLBEFINDEN UND ARCHITEKTONISCHER GESTALTUNG (S.69)
ZUKUNFTSWEISENDE ARCHITEKTURBEISPIELE UND WETTBEWERBSBEITRÄGE (S.70)

ALPENHEIM - ALTENWOHN- UND PFLEGEHEIM IN STEINFELD/Ö (S.70)
DIE ALTEN IM DORF LASSEN - PFARRHEIM IN WIPPERFÜRTH/D (S.72)
RÄUMLICHE FUNKTIONALITÄT - SENIORENWOHNHAUS ST.NIKOLAUS IN NEUMARKT WALLERSEE/Ö (S.75)
WOHNEN FÜR JUNG UND ALT IM QUARTIER ST.-KONRADSTRASSE, WEINGARTEN/D (S.77)
NACHBARSCHAFTSZENTRUM ‚FREIE SCHOLLE' ALBERT-SCHWEITZER-STRASSE, BIELEFELD/D (S.79)
WOHNGRUPPENMODELL - ST. ANNA ALTENHEIM, HALTERN/D (S.80)

SCHLUSSGEDANKE ZUM ANALYTISCHEN TEIL DER ARBEIT (S.82)

ABLEITUNG FÜR MEINEN ENTWURF (S.83)

ENTWURF - PROJEKTBESCHREIBUNG UND PLANMATERIAL (S.I)

STANDORT BOMBARDIERAREAL – DONAUFELDER STRASSE 73, 1210 WIEN (S.II)

ALLGEMEINE STANDORTKRITERIEN (S.III)
STANDORT BOMBARDIERAREAL (S.III)

VON DER KUTSCHENFABRIK ZUM NEUEN STADTTEIL - GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG DES AREALS (S.III)
SITUATION DER BOMBARDIERGRÜNDE (S.III)
NEUER STADTTEIL AUCH SCHIENE – DER WETTBEWERB (S.IV)
ALTERNATIVERGÄNZUNG ZUM SIEGERPROJEKT (S.IV)

STÄDTEBAULICHER ENTWURF (S.V)

STÄDTEBAULICHER ANSATZ (S.VI)

DREI TYPEN ZUKUNFTSWEISENDER LEBENSFORMEN (S.VI)

STÄDTEBAULICHE PLANUNG (S.VI)

FREIRAUMKONZEPT (S.VI)
STÄDTEBAULICHES BEBAUUNGSKONZEPT (S.VII)
VERKEHRSKONZEPT (S.VII)

Planmaterial

ARCHITEKTONISCHER ENTWURF(S.VIII)

ARCHITEKTONISCHE PLANUNG (S.IX)

FASSADE (S.IX)
MATERIALITÄT UND FARBE (S.IX)
KONSTRUKTION (S.IX)

PUNKTHÄUSER (S.X)
Planmaterial
WOHNHOF (S.XIV)
Planmaterial
WOHNFINGER (S.XVI)
Planmaterial

QUELLENANGABEN

VORBEMERKUNGEN ZUM ANALYTISCHEN TEIL DER ARBEIT

Abbildung 1

MOTIVATION ZUR THEMENWAHL

Gründe, die dafür sprechen das Thema der Altenpflege und -betreuung auch in der Architekturwelt zu besprechen gibt es zur Genüge; sie werden in dieser Arbeit dargestellt.

Auslöser für mich persönlich, mich mit diesem Thema auch im Rahmen meiner Diplomarbeit zu beschäftigen war folgendes Ereignis, welches mich nach wie vor berührt und beschäftigt:

Nach kurzer aber schwerer Krankheit war es für einen mir ans Herz gewachsenen, alten Herren an der Zeit von uns zu gehen. Der Wunsch zu Hause zu sterben konnte ihm nicht erfüllt werden und so lag er in einem fremden, anonymen Krankenzimmer. Aus diesem wollte man ihn schließlich in ein kleines, fensterloses, staubiges Kammerl ‚schieben', damit er während des Sterbens niemanden stört. Es konnte noch verhindert werden, ihn im Abstellraum zwischen Putzmitteln und Klorollen seinen Tod erleben zu lassen.

Diese Erfahrung war für mich Anlass, mich mit der Endlichkeit des Lebens und der Form und Qualität dieser Un-Ewigkeit auseinanderzusetzen. Wo ist denn das ‚Altern in Würde' geblieben? Ich wollte nicht länger meine Augen verschließen, wollte nicht möglichst schnell vergessen - oder besser: wollte schon möglichst schnell vergessen, doch es ging nicht. Gleichfalls aus egoistischen Gründen heraus hat sich dieses Ereignis in meinem Kopf verankert: Ich will nicht, dass es mir einmal ebenso ergehen könnte und mein Leben dann womöglich wirklich in der Abstellkammer endet.

So habe ich versucht, mich meinen Gedanken zu stellen um Lösungsansätze und Antworten zu entdecken. Viele dieser Antworten lassen sich nicht in der Welt der Architektur finden; der politische Rahmen, Strukturen des Gesundheitswesens und die Normen, Werte und Prioritäten der Gesellschaft an sich spielen eine wichtige Rolle in diesem Diskurs. Doch auch die Architektur ist maßgeblich an der Ausformung und Qualität der Lebenssituation im Alter beteiligt.

VORGEHENSWEISE

Im Sinne eines ganzheitlichen Beitrags gingen dem eigentlichen architektonischen Entwurfsprozess unter anderem demografische Recherchen, eine Analyse des Themas ‚Alter' in unserer Gesellschaft, eine Beschäftigung mit dem Leben und Sterben alter Menschen in heutigen und vergangenen Zeiten, sowie eine Bestandsaufname von Wohn- und Lebensmodellen, die den Alten angeboten werden - mit gelungenen Beispielen dokumentiert - voran. Eine starke Gewichtung hatten hierbei vor allem soziologische und psychologische Aspekte des Alters.

Das übliche Alltagswissen über das ‚Altwerden' und ‚Altsein' durch Erfahrungen innerhalb der Familie, etwa durch Gespräche mit Großeltern, repräsentiert nur einen kleinen Ausschnitt eines gesellschaftlichen Phänomens, ist daher immer ein persönlicher Eindruck (wenngleich dieser natürlich nicht unterschätzt werden darf). Darüber hinaus sollte dem wissenschaftlichen Anspruch dieser Arbeit gefolgt werden: Literaturrecherchen und die Suche nach bereits vorhandenen empirischen Unterlagen, wie beispielsweise der Berliner Altersstudie, bildeten den Ausgangspunkt meines Arbeitens. Außerdem konnte ich mir durch qualitative Interviews mit zwei in der Altenbetreuung tätigen Personen, notwendiges Hintergrundwissen aneignen, welches mir für die Planung eines Modells für alte Menschen unerlässlich erschien. Eine der beiden Bezugspersonen ist eine 27jährige Diplomkrankenschwester, welche seit dreieinhalb Jahren auf dem Gebiet der Heimkrankenpflege in Niederösterreich tätig ist; ich werde sie im Rahmen meiner Arbeit Ma. nennen. Meine zweite Interviewpartnerin, ich nenne sie Me., ist ebenfalls diplomierte Krankenschwester, zusätzlich dazu akademisch geprüfte Pflegeberaterin. Sie ist 50 Jahre alt und arbeitet in einem Wiener Geriatriezentrum, welches ausschließlich stationäre Pflege anbietet, und hat eine zehnjährige Erfahrung auf dem Gebiet des Pflegeberufs vorzuweisen. Beide gewährten mir wichtige Einblicke in ihre Berufswelt; es war sehr interessant und lehrreich Erzählungen aus der Praxis zu hören und Fragen stellen zu können, wenngleich viele Aspekte der Pflegerealität

von mir als äußerst bedrückend empfunden und schwer zu verarbeiten waren. Die ehrliche Berichterstattung und die offene Kritik am System haben mir gezeigt, dass selbst bei guter Intention und engagierten Bemühungen seitens des Betreuungspersonals dem menschenwürdigen Leben und Tod im Alter offensichtlich Grenzen gesetzt sind bzw. werden.

EINLEITENDE BEMERKUNGEN

Altenbetreuung ist ein Projekt für unsere Gesellschaft und nicht ausschließlich für Pflegepersonal oder Betroffene. Wenn wir unsere Gesellschaft als Heimat für die in ihr lebenden Menschen - ebenso für die Alten unter ihnen - gestalten wollen, bedarf es eines gesamtgesellschaftlichen Diskurses, an dem sich unter anderem auch Architekten beteiligen. An dieser Stelle möchte ich betonen, dass ich im Laufe meines Studiums und insbesondere im Rahmen dieser Arbeit zu der Überzeugung gekommen bin, dass gerade Architektur Möglichkeiten und Voraussetzungen schaffen kann, die es alten Menschen möglich machen sie selbst zu sein und zu bleiben: Architektur kann nichts erzwingen, doch sie soll ermöglichen.

BEGRIFFSSPEZIFIKATIONEN

Vorab möchte ich zu einigen in meiner Arbeit verwendeten Begriffen Stellung nehmen. Es scheint in unserer Gesellschaft Usus zu sein, anstelle Dinge beim Namen zu nennen, neue Begrifflichkeiten zu ‚erfinden' und zu kreieren um das ursprüngliche Wort nicht aussprechen und somit das eigentliche Problem nicht ansprechen zu müssen. Besonders bei der Beschäftigung mit den Alten in unserer Gesellschaft im Zuge meiner Arbeit musste ich feststellen, dass eine Vielzahl an Modeworten geschaffen worden ist, um nicht Alte sagen zu müssen. Neue Bezeichnungen, wie beispielsweise Silver Ager, Generation Gold, Best Ager, 60-/70-/80-Plus oder schlicht Generation+, Woopies (well off older people) oder das verniedlichende ‚Young at Heart', sind für mich Indikator dafür, dass wir hier von der heutigen Situation der Alten ablenken möchten und eine Auseinandersetzung mit besagten Thema scheuen. Da in meiner Arbeit allerdings gerade auf vorhandene Tatsachen und Probleme, sowie auf daraus resultierende Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze aufmerksam gemacht werden soll, nenne ich mit Begrifflichkeiten wie etwa Alte, Ältere, Pflegebedürftige etc. ‚das Kind beim Namen' - wissend, dass im Bereich der Altenpflege Benamungen, wie ‚Klienten' Vorzug erhalten. Auch das Faktum, dass es keinem alten Menschen etwas nützt bzw. seine Situation nicht verbessert, nur weil er mit einem modischen Namen bezeichnet wird und ihn schon gar nicht jung werden lässt, spricht nicht für diese neuen Benennungen.
Von dehumanisierenden, demütigenden oder abwertenden Namensgebungen, wie zum Beispiel ‚die Siechen', wie sie vor allem in alter Literatur noch zu finden sind, möchte ich hiermit ausdrücklich Abstand nehmen und mich davon distanzieren. Dieser Begriff wurde einmal im Kapitel ‚Pflege durch Robotik – Der Einzug der Technik in die Altenpflege' in einem Zitat erwähnt, um eine Betonung der erschreckenden Situation zu erreichen.
Den viel gebrauchten und gehörten Begriff des ‚Pflegefalls' werde ich gleichsam nicht benutzen. Einen Menschen als einen Fall zu bezeichnen empfinde ich als nicht korrekt. Ein Fall beschreibt etwas Sächliches; sobald ein Mensch, trotz Passivität, als Sache angesehen und sodann als solche bezeichnet wird, muss man von einer menschenverachtenden Wortwahl sprechen.
Weiters möchte ich bemerken, dass alte Menschen nicht mit kranken Menschen gleichzusetzen sind, wenngleich das Alter bis zum Ende des 18.Jahrhunderts für eine unheilbare Krankheit gehalten wurde.[1] Die Annahme, dass biologische und psychologische Alterungsprozesse als Veränderungsreihe, die während des gesamten Lebens kontinuierlich verläuft, aufzufassen sind, wird von der aus der römisch-lateinischen Philosophie stammenden Aussage ‚Natura non facit saltum' (Die Natur kennt keine Sprünge) unterstrichen. Desgleichen weist der Gedanke des Lebensbogens auf einen fortlaufenden Prozess hin. Die Kontinuität wird erst durch Eintreten einer schweren, eventuell plötzlichen Krankheit unterbrochen, man spricht in Folge von Diskontinuität.
Wichtig ist es daher den natürlichen Altersprozess von Krankheitsprozessen zu unterscheiden; folglich ist Altern nicht mit Krankheit gleichzusetzen.[2] Selbst dann, wenn nicht über die Tatsache hinwegzutäuschen ist, dass das Risiko erhöhter Verletzlichkeit, eine langsamere Heilung diverser gesundheitlicher Beeinträchtigungen, eine höhere Anfälligkeit für Krankheiten und selbstverständlich auch lebenserschwerende, krankheitsähnliche Symptome des Alterns an sich, wie beispielsweise Schmerzen, mit dem Älterwerden einhergehen. „So sind doch Krankheit und Behinderung im Alter häufig zentrale Aspekte des Lebens."[3] Diese vermehrt auftretenden Krankheiten können zweifelsfrei als Risikofaktoren für Funktionseinbußen angesehen werden, „die wiederum entscheidend zur Entwicklung von Behinderungen – im Sinne subjektiv erlebter Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens – und damit zur Hilfsbedürftigkeit beitragen.[4] Krankheit ist somit oftmals der Grund für den Verlust von Selbstständigkeit, spielt eine wesentliche Rolle beim Voranschreiten psychischer Erkrankungen und wirkt sich negativ auf das subjektive Wohlbefinden aus.[5]
Um zu erläutern, dass Krankheit ein bedeutsames Thema im Alter darstellt, und somit auch der medizinische Zweig der Gerontologie seine Berechtigung hat, sollen einige Zahlen aus der Berliner Altersstudie genannt werden: „93% der 70jährigen und Älteren in der Bevölkerung stehen in regelmäßiger hausärztlicher und 60% zusätzlich in fachärztlicher Betreuung. 96% nehmen ständig Arzneimittel ein, im Mittel sechs pro Tag. 21% waren im vergangenen Jahr mindestens einmal im Krankenhaus."[6] weiters „Nur 7% der Hochbetagten in der Westberliner Bevölkerung berichten nicht über

Kontakte zu einem Hausarzt. 85% werden durch einen niedergelassenen Arzt und 6% durch einen mit einer Institution verbundenen Arzt … behandelt.“[7] Auch wenn viele im Alter vorherrschende Krankheiten nicht unmittelbar vital bedrohlich sind, so müssen doch viele Alte dauerhaft mit chronischen Beschwerden leben, „wobei sich im Verlauf vor allem subjektive Beschwerden und Behinderungen entwickeln.“[8]

„Es setzt sich die Auffassung durch, dass die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit nicht eindeutig definiert sind.“[9] Diese unklare Definition von Gesundheit und Krankheit wird ferner durch folgende Aussage unterstützt: „Krankheit ist ein verallgemeinertes Denkmodell, das sich in dem einzelnen Patienten manifestiert, wenn bestimmte, z.T. subjektive Kriterien erfüllt sind.“[10] Inwieweit nun ein durch sein Alter natürlich beeinträchtigter Mensch als krank und somit folglich als Patient anzusehen ist, ist demnach schwer festzumachen. Ich selbst habe den Begriff des Patienten nur dann gewählt, wenn ich explizit auf die Symptome oder das Erscheinungsbild einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und einer folgenden medizinischen Behandlung hinweisen wollte.

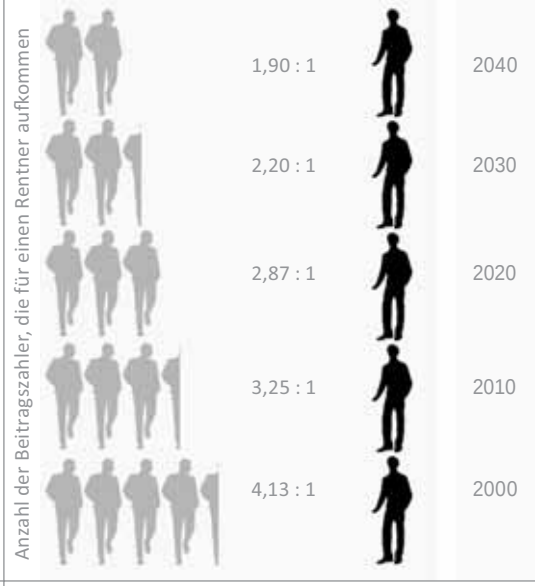
Abschließend zu obigen Erläuterungen bezüglich ‚Krankheit im Alter’ möchte ich ein Zitat aus der Berliner Altersstudie nennen, welches auf die Wichtigkeit der individuellen Betrachtungsweise auch im Falle einer Krankheit hinweist: „Alter, Krankheit, Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit sind einerseits eng verwandte Phänomene. Andererseits unterstützen unsere Ergebnisse aber … eine differentielle Betrachtungsweise des Alters. Selbst bei der Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen spielt z. B. die Individualität und Selbstbestimmung der betroffenen Personen auch im hohen Alter eine große Rolle. Dementsprechend zeigen die berichteten Ergebnisse, dass ärztliche und pflegerische Maßnahmen kein ausschließlich medizinisches Phänomen sind, sondern in der Definition von Bedarf wie auch Inanspruchnahme von Hilfe ebenso psychologische und soziale Aspekte berücksichtigt werden müssen.“[11]

Anknüpfend daran möchte ich besonders darauf aufmerksam machen, dass ich - trotz der Bezeichnung ‚Alte’ - den alten Menschen in keiner Weise auf sein Alter reduzieren möchte. „Senioren bilden eine divergente Gesellschaft mit stark individuellen Vorlieben und Bedürfnissen.“[12] und „die starken soziokulturellen Differenzierungen gilt es zu berücksichtigen und den Plural der Lebensstile älterer Menschen nicht unzulässig auf den Singular des Lebens der ‚Alten’ zu reduzieren.“[13] Kaum sinnvoll erscheint - Bezug nehmend auf die Bereiche des Selbst und der Persönlichkeit - ein einziges, auf die Gesamtheit der alten Menschen ausgerichtetes Maß. „Folglich sollte man … vermeiden, die Persönlichkeit alternder Individuen unter einem stereotypisierenden Gesamtbild zusammenzufassen.“[14] Verschiedene genetische Voraussetzungen für die Auseinandersetzung mit sich voneinander unterscheidenden Lebenskontexten im Alter sowie während bereits erlebter Abschnitte, verursachen nicht nur unterschiedliche Lebensläufe sondern daneben unterschiedliche Lebensauffassungen und Einstellungen und ergeben somit eine heterogene Gruppe der Alten. Menschen erreichen ihr hohes Alter mit einer eigenen und einzigartigen Lebensgeschichte, entsprechend unterschiedlich sind die jeweiligen Blickwinkel auf verschiedene Situationen und Umstände, die Umwelt und das Leben an sich. „Auch im hohen Alter gibt es viele Gesichter des Alters und damit das menschliche und politische Gebot, alte Menschen in ihrer jeweiligen Besonderheit und Individualität anzunehmen.“[15] Trotz des differenzierten Altenbildes darf das Alter als Gemeinsamkeit aber nicht außer Acht gelassen werden, denn es macht die Alten in der heutigen Situation gewisser Maßen zu ‚Leidensgenossen’.

1 EGY, 2004, S.33
2 KRU, 2004, S.1
3 BOR, 1999, S.449
4 STEIN, 1999, S.171
5 BOR, 1999, S.449
6 LIN, 1999, S.475
7 LIN, 1999, S.480 f
8 STEIN, 1999, S.171
9, 10 LOH, 2005, S.31
11 LIN, 1999, S.492
12 HER, 2006, S.84
13 HEIN, 1998
14 SMIB, 1999, S.234
15 MAYB, 1999, S.630

Abb.1 WWW-COM

VON DER PROBLEMSTELLUNG ZUR FORMULIERUNG DES ERSTEN LÖSUNGSANSATZES



Grafik 1

DEFINITION DER ALTENPFLEGE ANSPRUCH UND PFLEGEREALITÄT

„Ziel der Altenhilfe ist es, für die Würde, die Rechte und das Wohlbefinden alter Menschen einzustehen. Planung und Gestaltung aller Einrichtungen, Veranstaltungen und Dienste lassen sich leiten von folgenden Prinzipien:

- Respektierung der menschlichen Würde und der individuellen Persönlichkeit im Alter
- Wahrung eines würdigen Lebensraumes sowohl bei der eigenständigen Lebensführung als auch in Situationen größerer Abhängigkeit
- Vermittlung von Selbstwertgefühl, sozialer Aktivität und dem Bewusstsein, trotz gegebener Rollenverluste am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben
- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit den besonderen Problemen des Alters und den Verlusterfahrungen des Alterns“[1]

Koch-Straube definiert die Anforderungen an den Pflegenden wie folgt: „Bereitschaft und Fähigkeit, die Faszination des Alters zu entdecken und Maßstäbe für die Gestaltung des eigenen Lebens daraus abzuleiten.“[2] Diese Anforderungen können in der Praxis leider nicht immer erfüllt werden. Im Unterschied zu anderen Berufssparten herrscht in diesem Tätigkeitsfeld ein Mangel an Personalressourcen, folglich kann nicht sonderlich ‚aussortiert’ werden. So gibt meine Interviewpartnerin Me. an: „Es gibt wenig ausgebildete Pflegkräfte, viele ‚abgeschobene’ Pflegekräfte, die für Spitäler ungeeignet waren, also ‚Strafversetzte’“ und „Durch besser geschultes Personal wäre eine bessere Zeitverteilung möglich.“ Weiters erzählt sie, es wäre „bei der geringen Professionalität des Hauses“ für sie undenkbar Verwandte dort pflegen zu lassen.

PROBLEMERKENNUNG

Es besteht ein Konsens, dass die Altenpflege und -betreuung, so wie sie jetzt stattfindet, nicht mehr weiterbetrieben werden soll; man kann wahrlich von einer ernsthaften Strukturkrise sprechen - sei es nun aus finanzpolitischen oder sozialen Gründen. In der Literatur finden sich - diese Aussage bestätigend - viele Beiträge, von denen hier nur zwei genannt werden sollen: „The health care industry is in an - coming to grips with some of its most pressing problems.“[3] oder „... our system of healthcare delivery is under enormous pressure to change ...“[4] Wichtig ist es hierbei zu erkennen „... dass es in der sozialen Arbeit in und mit Gemeinwesen nicht einfach um die Berücksichtigung von ‚Zukunftswünschen’, sondern um die Bewältigung äußerst handfester sozialer und kultureller Probleme geht.“[5]

Das Schlagwort ‚Altenlast’, die den Generationenvertrag sprenge, ist aus der sich daraus ergebenden, heutigen und höchst wahrscheinlich genauso aus der zukünftigen sozial- und finanzpolitischen Diskussion nicht mehr wegzudenken. Die Kostenreduktion steht im Mittelpunkt der finanzpolitischen Situation dieser Tage; die Frage die sich stellt: Wie viel darf die Versorgung der Bevölkerungsgruppe der alten Pflegebedürftigen kosten? Oder besser noch: Wie viel sind wir als Gesellschaft bereit dafür zu investieren? Die Antwort darauf ist nicht konkret, dafür allerdings aussagekräftig: „Gesundheitspolitik bildet den gesellschaftsinduzierten Willen der Menschen ab, in Gesundheit (angemessen) zu investieren. Bei der Umsetzung dieses Willens entstanden rückblickend gesehen Fehler, die die Effektivität der medizinischen Versorgungs- und Steuerungssysteme heute belastet. ... Der Schaden aus der Vergangenheit bildet gleichzeitig die Chancen für die Zukunft.“[6] Diese Ansicht teilt auch Verderber: „The possibilities now exist for a wellgrounded ideology of care for the aged”[7] und „The healthcare administrator should have no excuse to remain unfamiliar with the history of health architecture, to remain unaware of the design implications of various care Systems, or to be unaware of why some buildings are oppressive and others are not. Neither is there an excuse for the architect to remain ignorant of the provider’s organizational culture. Cross-training should be made available regardless of a student’s home field of study.”[8]

Einig ist man sich – in medizinisches Kreisen, in der Politik und in der Bevölkerung - also darüber, aus

Abbildung 1

Fehlern lernen und angemessen in entsprechende Versorgungssysteme investieren zu wollen, doch an der Umsetzung scheint der gute Wille zu scheitern, vielleicht auch an der Dehnbarkeit des Begriffes ‚angemessen'. Und überhaupt, wer soll investieren? - Der Staat mittels eines staatlichen Versorgungssystems, auf das jeder Anspruch erheben kann, oder Einzelpersonen in Form von privater finanzieller Vorsorge. Es wird unabwendbar sein, dass sich die Menschen bis zu einem gewissen Grad eigenverantwortlich um ihre persönliche Versorgung im Alter kümmern. Inwieweit zukünftig eine Unterstützung der öffentlichen Hand gegeben sein wird ist ungewiss. Momentan basiert die Altersvorsorge in Österreich auf der staatlichen, privaten und betrieblichen Vorsorge, wobei den Großteil die staatliche Versicherung trägt. Diese ist umlagenfinanziert; dies bedeutet, dass die junge, erwerbstätige Generation durch ihre Abgaben, die Pension der Alten finanziert, man spricht in diesem Zusammenhang vom bereits genannten Generationenvertrag.

Eine weitere Schwierigkeit besteht im Erkennen und Bewerten der vorliegenden Realität und den daraus gezogenen Rückschlüssen, in welcher Art und Weise nun darauf reagiert werden kann. „An sich ist es kein Geheimnis mehr, dass es mehrere Wirklichkeiten gibt. Umso erstaunlicher ist es, wie wirklichkeitsblind Systeme und Institutionen sind und Realitätsbezug sich auf ihre eigene Konstruktion von Wirklichkeit zu beschränken scheint. … Oder wie kommt es, dass … man einfach nicht auf sich verändernde Wirklichkeiten reagiert. Noch erstaunlicher ist es aber, wie unendlich geduldig die Übergangenen als das hinnehmen. Wie wenig Widerstand sich regt, und wie hoch die Resignation ist, genährt durch diffuse Ohnmacht, dass man es sowieso nicht ändern kann."[9] So stellt die Verzögerung zwischen der sich vollziehenden Veränderung (demografische Entwicklung, steigender Bedarf an adäquaten Pflegeplätzen, etc.) und der geplanten Anpassung des Systems daran (Schaffung eines adäquaten Systems) eine massive Hürde in der Umsetzung von Problemlösungen dar: „Strukturen, Funktionalität und Arbeitsprozesse entsprechen häufig keineswegs den Anforderungen moderner Konzepte"[10] und „Institutionen, Gesetze und Infrastruktur sind zu wenig an den tatsächlichen Lebenswelten der Menschen orientiert.[11] Wenn schon diese nötigen Adaptierungen nicht aufgrund sozial motivierten Engagements stattfinden, dann sollten sie doch zumindest aus rein wirtschaftlich logischen Gründen geschehen: Denn „die Suche nach neuen Strukturen hat eine gemeine Ursache: Die Aufgaben im Gesundheitswesen stehen in keinem angemessenen Verhältnis zu den verfügbaren Mitteln."[12] Weiters meint Lohfert: „Die sich derzeit in Deutschland vollziehende Strukturveränderungen sind Ausdruck für die Dynamik, aber auch die langfristigen Unsicherheiten, die sich aus der gesamtwirtschaftlichen Lage und dem Kräfteverhältnis der politischen Interessensgruppen und Parteien ergeben. Viele unmittelbar als sinnvoll einzuschätzende Veränderungen werden je nach Interessenlage der Beteiligten mit unterschiedlicher Priorität angesehen."[13]

FORMULIERUNG DES GEWÜNSCHTEN ERGEBNISSES

Im Bereich der Altenbetreuung und -pflege gibt es klar ersichtlichen Nachholbedarf. Ich sehe es hier nicht als meine Aufgabe futuristische Utopien zum Thema ‚Altern' zu erschaffen; es geht nicht darum für die Alten von übermorgen zu planen. Es geht darum, Antworten darauf zu finden, was unsere Gesellschaft heute braucht. Es ist schon lange an der Zeit gesellschaftliche Werte zu überdenken, Prioritäten neu zu definieren und nicht länger die Augen vor Tatsachen zu verschließen. So soll im Rahmen dieser Arbeit ein exemplarisches Beispiel in Form eines architektonischen Entwurfes für ein angemessenes Lebens- und Wohnkonzept für alte Menschen unserer Gesellschaft erarbeitet werden, welches die zum Großteil noch immer bestehenden Mängel der Vergangenheit beseitigt und stattdessen zu mehr Lebensqualität im Alter führen soll. „This aestetic language, however, must be throughly grounded in humanism in order to be fully successful. Architectural mistakes in providing care settings for the aged are not predestined for repetition, for they can occur only as the result of ignorance, haste, fear, greed, or sheer

indifference."[14]
Ein wohldurchdachtes Altenkonzept wird auch in der Zukunft bestehen können, wenn auf die Bedürfnisse der Alten der Gegenwart eingegangen und Rücksicht genommen wird. Denn der oftmalig ausgesprochene Wunsch in Würde Altern zu dürfen wird in späteren Zeiten weiterhin bestehen.

ALTERN IN WÜRDE

Für dieses ‚Altern in Würde' ist mit der Humanisierung des Gesundheitswesens für Ältere eine wesentliche Voraussetzung zu erfüllen. Dazu möchte ich eine Definition dieses Begriffes von J.Howard bringen, welche von Lee H. Bowker wie folgt zusammengefasst wurde:

- **„Inherent worth**

Human beings are objects of value, to themselves if not to others. ... If persons are forced to prove their worth, ... the burden of proof is dehumaizing.

- **Irreplaceability**

We are unique and irreplaceable. When people are stereotyped and treated in terms of commonalities rather than differences, dehumanization can logically follow.

- **Holistic selves**

At any given moment the sum of total of a person's experience influences that person's feelings, attitudes, and actions ... The person's whole may be so fragmented that his or her problems become exclusive concerns of multiple practioners who do not even communicate with one another.

- **Freedom of action**

Humanized relationships are predicated on freedom and choice. Where the interaction is forced on participants or on one or the other is bound against his will, the experience cannot be humanizing.

- **Status equality**

Humanized relations involve equals on some level. If either sees his or her total self as superior or inferior to the other, the interaction cannot be fully humanizing.

- **Shared decisions making responsibility**

This concept reflects the emerging ideology that all patients, regardless of education, have a right and perhaps a duty to participate as much as possible in decisions about their care.

- **Empathy**

Humans have the ability to sympathize and identify with others. The more they compare themselves to others, the more easily they put themselves in other's shoes. ... If practitioners contain their sympathy and avoid seeing the world from the vantage point of their patients, they cannot as readily understand the needs of those patients and apprppriately respond to them as unique human beings.

- **Positive effects**

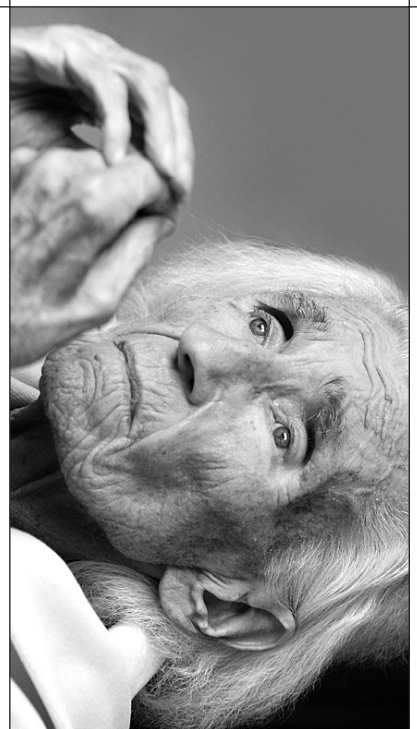
Human beings are reservoirs and conveyors of emotion. Person-to-person interactions are most likely to involve emotional commitments because reciprocity and empathy can occur."[15]

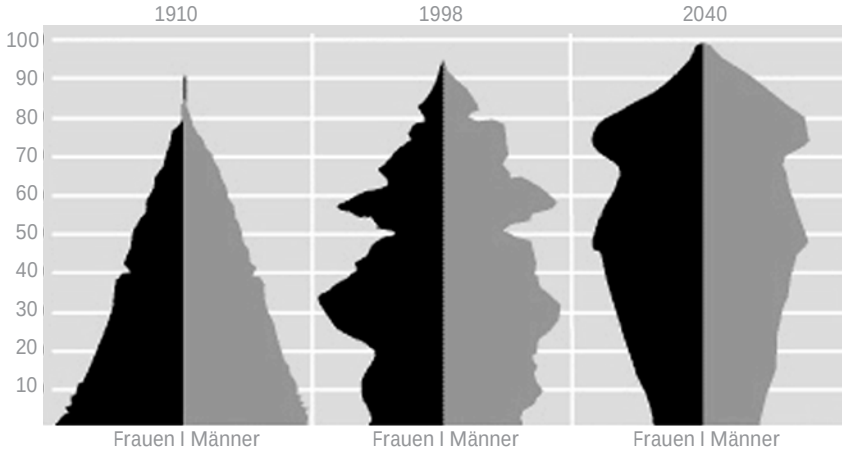
Selbsterfüllung, Selbstständigkeit, Achtung und Anerkennung sind Bedürfnisse, die alten Menschen heute nicht mehr zugestanden werden; so als wären diese in Richtung des Lebensendes plötzlich nicht mehr so wichtig: „Es kommt ein wenig das Gefühl auf, als ob der Einzelne seine Möbel ebenso zurücklässt wie sein Leben und seine Gewohnheiten."[16] Doch jedem alten Menschen soll ein würdevolles Ende mit menschlichem Beistand ermöglicht werden. Die moderne Alteneinrichtung wird so zu einem Ort der Begegnung; aktivierende und Kommunikation fördernde Architektur bildet dafür eine Grundlage. Das Schaffen selbstständigkeitserhaltender und selbstständigkeitsfördernder Umwelten bietet Möglichkeiten zur sozialen Partizipation und Aufrechterhaltung des Freundes- und Bekanntenkreises, bei einer gleichzeitigen Option zum Rückzug und zur Privatheit. Die Wahrung der persönlichen Identität hat oberste Priorität, auch im Leben eines alten Menschen, der auf Hilfe und Unterstützung angewiesen ist. Es bedarf an Raum für die Aufarbeitung individueller Erfahrungen, Belastungen des Alltags und für intensive Selbsterfahrung, sowohl gebauter als auch psychologischer Natur.
Diese Gedanken bilden den Grundstein für die Erprobung neuer Handlungsprozesse einer humanen und somit würdevollen Betreuung und Pflege im Alter, die nicht bloßes Dasein sondern Leben ermöglicht. Besonders die Beachtung der Interaktion zwischen sozialstrukturellen, medizinischen und psychologischen Aspekten ist für das Verständnis der Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfen unbedingt notwendig.[17] Weil „soziale Architektur heißt ... darüber nachzudenken, wie man im Detail mit sozialen Dynamiken umgeht."[18]

1 SEEL, 1996, S.25
2 KOCH, 1997, S.359
3 KLIM, 1993, S.VII
4 KOB, 2000, S.1
5 STAUB, 2006, S.42
6 LOH, 2005, S.243
7 VERD, 2000, S.277
8 VERD, 2000, S.349
9 ASS, 2006, S.57
10 LOH, 2005, S.13
11 POR, 2006, S.18
12 LOH, 2005, S.12
13 LOH, 2005, S.21
14 VERD, 2000, S.277
15 BOW, 1982, S.2 f
16 ZWE, 2001, S.43
17 LIN, 1999, S.475
18 KÜB, 2006, S.47

Graf.1 WWW-FIN
Abb.1 WWW-FOT

DIE ALTERNDE GESELLSCHAFT - AUSFORMUNG UND BESCHREIBUNG





Grafik 1

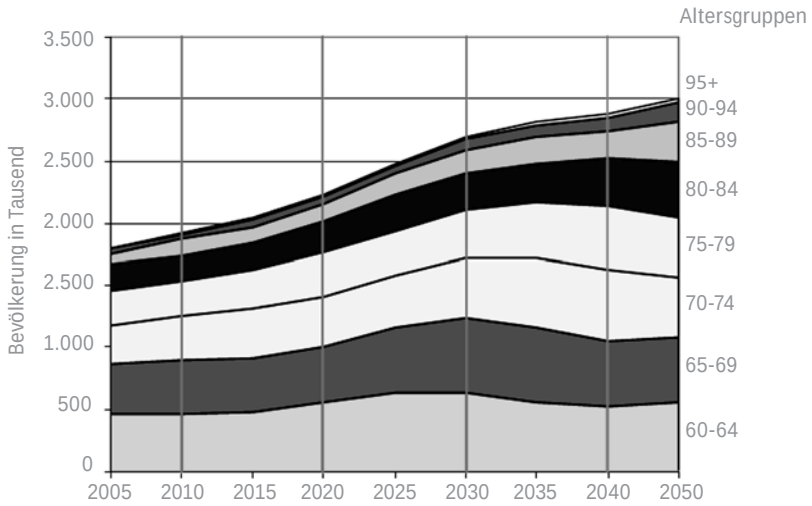
DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNGEN

Um zu belegen, dass der Altenpflege- und Betreuung in der Gegenwart sowie in der Zukunft eine bedeutsame Rolle zukommt und die Auseinandersetzung mit diesem Thema durchaus mehr als berechtigt ist, soll im Folgenden auf den sich vollziehenden demografischen Wandel näher eingegangen werden. „The demographic trends indicating the aging of the society at large have become an indisputable reality."[1] Wurde der durchschnittliche Römer 20 bis 25 Jahre alt, so stieg die Lebenserwartung seit dem Mittelalter zunächst relativ langsam auf 35 Jahre im 17.Jahrhundert an. Dann beschleunigte sich der Anstieg im 18. und 19.Jahrhundert auf 45-50 Jahre.[2] Gegenwärtig beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich laut Statistik Austria bei Frauen 82,24 Jahre und bei Männern 76,65. Man muss an dieser Stelle in der Geriatrie von einem Paradox sprechen, da Frauen eine höhere Behinderungs- und Morbiditätsrate aufweisen, Männer jedoch die höhere Mortatilitätsrate und damit eine kürzere Lebenserwartung.[3]

Lebten 2001 laut Statistik Austria 1,92 Mill. Menschen in Österreich, die das 60. Lebensjahr überschritten hatten, so werden es 2050 bereits 3,03 Mill. sein. Während Statistik Austria im Jahr 2001 ‚85+' als die älteste Gruppe (mit 140.384 Personen) angibt, so wird diese Gruppe bis zu 2050 in folgende Gruppen aufgespaltet: ‚85- bis 89jährige' mit 331.528 Personen ‚90- bis 94jährige' mit 155.046 Personen und ‚95+' mit 41.026 Personen und beträgt somit gesamt 527.600 Personen, das entspricht einer rund 3,8-Fachung.[4] Ebenso hat sich in Deutschland „die Lebenserwartung bei der Geburt … im Laufe des 20.Jahrhunderts um etwa 30 Jahre erhöht. Zudem steigt die durchschnittliche Lebenserwartung auch in der Gruppe der 60jährigen und 80jährigen deutlich an."[5] Zusätzlich zur steigenden Lebenserwartung nimmt die Geburtenrate ab, eine alternde Gesellschaft, sowie eine stark veränderte Altersstruktur der Gesamtbevölkerung ist die logische Folge. Langfristig betrachtet wird jeder dritte österreichische Einwohner ein Pensionist sein.[6] Die Alten der Gesellschaft stellen folglich ein sich stetig vergrößerndes Segment der Gesamtbevölkerung dar.

Die Ursachen dieser Entwicklung sind vielfältig; liegen aber vorallem im Gesundheits- und Hygienebereich: „Die medizinische Entwicklung bestimmt in vielfältiger Weise die Lebensformen in der modernen Gesellschaft. Sie greift in allen Altersgruppen und unter unterschiedlichen sozialen und gesellschaftlichen Aspekten in das Leben der Menschen ein und begleitet die persönliche Existenz jedes Einzelnen auf individuelle Weise. Die Verlängerung der Lebenserwartung in allen Altersstufen, demografische Verschiebungen, regionale Wanderungsbewegungen und viele andere Faktoren stehen in vielfältigem Wechsel mit den medizinischen Entwicklungen."[7]

Wichtig ist es zu erkennen, dass sich dieses Phänomen der Veralterung der Gesellschaft weiterhin stark dynamisieren wird; es ist daher unabdingbar sich vor allem im Bereich des Gesundheitswesens auf die veränderliche Entwicklung einzustellen. „Die Gesundheitspolitik wird maßgeblich geprägt durch die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens. In diesem Zusammenhang spielt die demografische Entwicklung der Bevölkerung in den Industrienationen der westlichen Welt eine entscheidende Rolle. Studien weisen darauf hin, dass die Überalterung der Bevölkerung in Deutschland und in den übrigen Ländern der EU zu einer Zunahme der Prävalenz führen wird. (Prävalenz gibt die Zahl der jeweiligen Kranken an einem Stichtag an. Damit werden alle Kranken einer Population oder eines Einzugsgebietes erfasst, unabhängig davon, wie lange sie schon krank sind. Die Prävalenz steht im Gegensatz zur Inzidenz, die die Zahl der neu Erkrankten innerhalb der erfassten Population in einem festen Zeitraum angibt.)"[8] Es ist also paradoxer Weise festzuhalten, dass eine Gesellschaft, die durch bessere Gesundheitsstandards und eine höhere Lebenserwartung geprägt ist, nicht zwingend weniger kranke oder pflegebedürftige Menschen aufweist. Es ist vielmehr eher mit einem erhöhten Bedarf an medizinischer und pflegerischer Hilfe zu rechnen.[9] So „… werden die skizzierten Veränderungen des Bevölkerungsaufbaus mit einer erkennbaren Zunahme der Belastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung verbunden sein."[10], wenngleich der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung



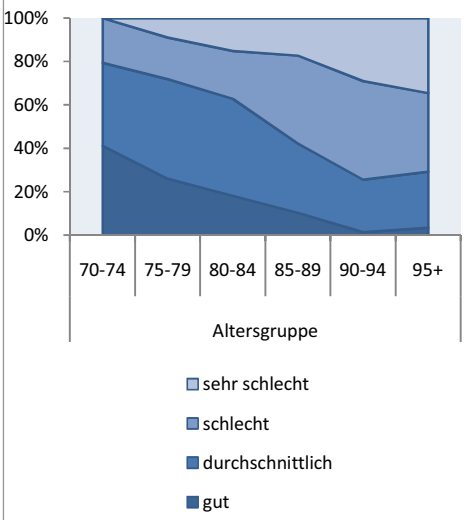
Grafik 2

auch einen Gewinn der ‚aktiven Jahre' mit sich bringt. Abgesehen davon wird das eigene Altern in zunehmendem Maße zusätzlich selbstständige, private Vorsorgeentscheidungen erfordern. Mit der Weiterentwicklung medizinischer Wissenschaften und mit Bereitstellung neuer medizinisch-technologischer Möglichkeiten gestaltet sich der Erhalt unseres Gesundheitssystems also als zunehmend komplexe Aufgabe, die schwer oder nur kaum bewältigbar zu sein scheint: Zum einen ist die westliche Gesellschaft selbstverständlich stolz auf ihre medizinischen Errungenschaften, weiß doch jeder ihre Vorteile für sich zu nutzen. Doch auf der anderen Seite ist der hohe Standard des Gesundheitswesens auch für die demografische Verschiebungen hauptverantwortlich: „In a sense, as people live longer, the healthcare systems becomes a victim of its own success."[11] Die Gesellschaft in diesem Zwiespalt wahrnehmend, beschreibt Zwettler extrem provokant den Umkehrschluss: „Den Bewohnern [eines Altenheimes] die Möglichkeit zu bieten, ihren Lebensabend in angemessener und vor allem würdevoller Form zu verbringen, kostet mehr Geld und verlängert unter Umständen die Lebensdauer. Je unbefriedigender aber die Lebenssituation für einen Menschen ist, je unwohler er sich fühlt, desto eher wird er sterben und dadurch Platz schaffen für einen neuen Bewohner."[12] Ich möchte nicht wagen zu behaupten, dass die Krise der Pflegerealität auf dieser Basis beruht. Dass die momentane Situation Handlungsbedarf erfordert ist allerdings offensichtlich und soll in den folgenden Kapiteln detailierter erläutert werden. Doch soviel sei vorweg genommen: Unter dem Druck der sich verändernden demografischen Situation, bei gleichzeitig limitierten oder weiter zurückgehenden Ressourcen, ist das Anbieten innovativer Pflegemöglichkeiten als ein wichtiger Teil der Zukunftsentwicklung der Gesellschaft anzusehen. „Angesichts der demografischen Entwicklung und der zu erwartenden Folgen im Bereich der Versorgesysteme für pflegebedürftige alte Menschen … wird das Wohnen im Alter in Zukunft mit einer ganzen Reihe von neuen Herausforderungen konfrontiert werden."[13] Es gilt dies als Chance zu sehen, Fehler der Vergangenheit nicht zu wiederholen, sondern vielmehr daraus zu lernen. „Die Sozialforschung weiß, dass die Entwicklung der Gesellschaft der tatsächlichen Veränderung nachhinkt."[14] So ist sie immer nur Reaktion auf bereits erfolgte Veränderungen. Wenn es allerdings soweit kommt, dass diese evidenten Tatsachen so lang wie möglich ignoriert werden, kommt es zu einem Aufstauen von Problemen, deren Lösung mit zunehmendem Abwarten immer unerreichbarer erscheint - wie es in der Altenbetreuung schlichtweg geschehen ist. Zweifellos ist es der einfachere Weg, die Fortsetzung des Status Quo zu betreiben, anstatt die gesellschaftlichen Übereinkünfte, wie herkömmliche Altenpflege auszusehen hat, zu verschieben und neu zu definieren. Es ist nun an der Zeit in diesem Sinne zu agieren, auch um auf den zuvor beschriebenen demografischen Wandel gerüstet zu sein. „Es geht also um die Suche nach Wegen der institutionellen, sozialen und kulturellen Unterstützung des Lebens im Alter."[15]

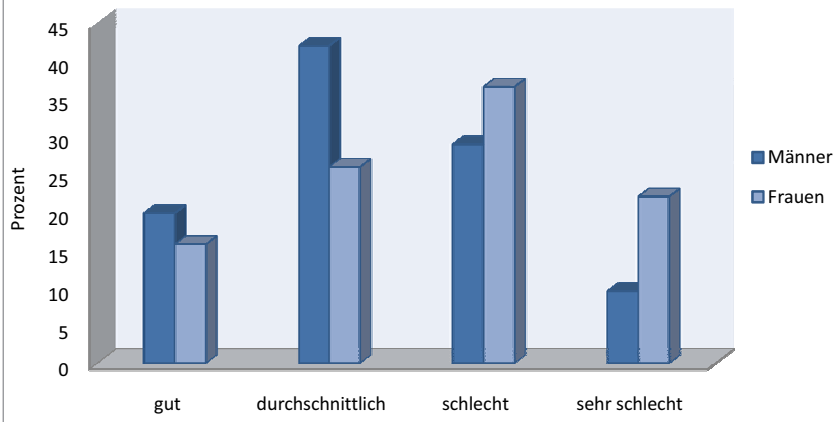
DIE REALITÄT DER ALTEN - LEBENSWEISEN UND GEPFLOGENHEITEN ALTER MENSCHEN

„Vorstellungen über das Alter beeinflussen unser alltägliches Verhalten gegenüber alten Menschen, die Einstellungen älterer Menschen zu sich selbst, unsere eigene Lebensführung und nicht zuletzt die staatliche Sozialpolitik und die Vielzahl derjenigen Personen, die beruflich mit alten Menschen zu tun haben."[16] Umso wichtiger ist es über das Leben und den Alltag alter Menschen mehr als nur vage Vermutungen äußern zu können. Oftmals führen der Wirklichkeit nicht entsprechende, persönliche Einschätzungen bezüglich der tatsächlichen Lebenssituation von Alten zu Fehlannahmen, -verhalten und falschen Maßnahmen. Um in Erfahrung zu bringen wodurch das Leben alter Menschen geprägt und charakterisiert wird, ist es nötig die Lebensweisen und Gepflogenheiten der Alten näher zu betrachten. Im Folgenden soll daher auf das Leben im Alter und auf die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen eingegangen werden.

Um wissenschaftlich belegte Einblicke in die alltägliche Welt der Alten zu erhalten, wird im nachfolgend



Grafik 3



Grafik 4

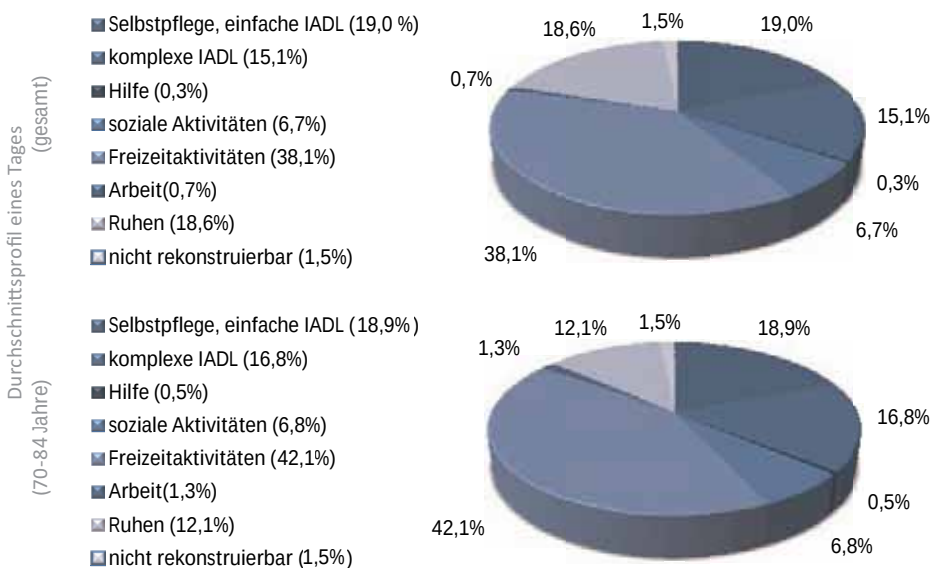
schwerpunktmäßig auf empirische Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE) eingegangen, in deren Rahmen ein hochbetagter Teil von Stadtbewohnern, nämlich Westberliner ab dem 70. bis zum 103. Lebensjahr, untersucht wurde. Die Studie wurde von der Arbeitsgruppe ‚Altern und gesellschaftliche Entwicklung' der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften durchgeführt und fokussiert umfangreich, disziplinär sowie interdisziplinär das hohe Alter. Ich erlaube mir die Situation der Alten in Wien mit jener der Westberliner, welche aus der Studie hervorgeht, als ähnlich und vergleichbar anzusehen.

Eines der Hauptergebnisse der Untersuchung soll mit den Grafiken 3 und 4 vorweg genommen werden. Diese „zeigt im linken Teil die relativen Anteile der Personen in jeder Altersgruppe, deren Lage man hinsichtlich ihrer sozialen und psychischen Situation und ihres körperlichen und geistigen Funktionen als gut …, als durchschnittlich …, als schlecht … und als sehr schlecht … charakterisieren könnte. Diese Abbildung veranschaulicht die unterschiedlichen Lebenslagen von Menschen in ihren 70er, 80er und 90er Jahren und die zunehmende Wahrscheinlichkeit negativer und weniger wünschenswerter Merkmalsprofile im sehr hohen Alter."[17] Trotz der Steigerung der schlechteren Lebenslagen im Alter konnte die Berliner Altersstudie eine Fülle an Belegen erbringen, die die Aussage, das Alter sei ein in seiner Gesamtheit negativ und problematisch zu bewertender Lebensabschnitt, verneinen.[18] Obwohl nicht von einer durch und durch negativen Lebensphase die Rede sein kann „verstärken sich freilich die Zweifel, ob Abwehr und Zurückweisung negativer Behauptungen über das Alter nicht zu weit gegangen sind und durch unsere Neigung zum Verdrängen von Gebrechlichkeit, Leiden und Tod sowie unserer Hoffnung auf ein langes und gesundes Leben bestimmt werden."[19] und „dass diese optimistische Grundhaltung des in den 80er Jahren gerade in Deutschland herausgebildeten positiven Altersbildes für die über 85jährigen nicht angemessen ist und eine sehr problematische Verharmlosung bedeuten würde."[20]

AKTIVITÄTEN IM ALTER

Es ist allgemein bekannt, dass die Bereitschaft mit zunehmenden Alter die vertraute Wohnung und somit das Wohnumfeld zu wechseln abnimmt; die soziale und räumliche Mobilität sinkt deutlich. Hierzu einige Zahlen und Fakten: „Zwei Drittel der 70- bis 85jährigen leben bereits seit 40 Jahren am selben Ort. … So wohnt in Ostdeutschland ein Drittel der Menschen dieser Altersgruppe sogar seit über 40 Jahren in derselben Wohnung."[21] Diese Beharrlichkeit befremdet ein wenig, wo wir heute doch in einer Zeit, gekennzeichnet von Flexibilität, Geschwindigkeit und rascher Veränderungen leben. „Hinzu kommt, dass ältere Menschen in der Regel vier Fünftel des Tages in ihrer eigenen Wohnung verbringen, mehr als doppelt so viel Zeit wie jüngere Altersgruppen."[22] Kruse vertritt selbige Meinung: „Aus vorliegenden Zeitbudgetanalysen älterer Menschen geht eindeutig hervor, dass die Wohnung und das nähere Wohnumfeld mit zunehmendem Alter deutlich an Bedeutung gewinnen. Ältere Menschen verbringen … weit mehr Zeit in der Wohnung, Freizeitinteressen und Freizeitaktivitäten konzentrieren sich stärker auf den innerhäuslichen Bereich und das unmittelbare Wohnumfeld. … Die Wohnung hat damit eine erhebliche Bedeutung für die Lebenszufriedenheit eines Menschen."[23]

Auch die der BASE generierten Aktivitätsprofile in Abhängigkeit vom Alter bestätigen dies; die Erkenntnisse über die zeitliche Aufteilung der Aktivitäten eines durchschnittlichen Tages werden in Grafik 5 grafisch ausgewiesen: 19% der Wachzeit verbringen alte Menschen mit Ruhen und obligatorischen ADL (Activities of Daily Living). Ebenso 19% machen einfache IADL (Instrumental Acitivities of Daily Living) aus. Mehr als die Hälfte der Tageszeit, nämlich 53%, wird für Freizeitaktivitäten und komplexe IADL aufgewendet. Folglich nehmen also Freizeit- und soziale Aktivitäten zusammen 45% des Tages in Anspruch. Bei Betrachtung der Wohnsituation zeigt sich für Heimbewohner eine beträchtliche Erhöhung der Ruhe- und Schlafzeiten tagsüber und eine signifikante Reduktion in den komplexen IADL und Freizeitaktivitäten, diese Werte



Grafik 5

Tabelle 1

Aktivität	Anzahl der Personen, die Aktivitäten im letzten Jahr ausführten	Kontinuität der Beteiligung an Aktivitäten aus der Perspektive...	
		... des höheren Alters	... des jungen Erwachsenenalters
Sport treiben	219	79,9 %	51,6 %
tanzen	054	83,3 %	13,8 %
Ausflüge machen	239	81,6 %	50,6 %
Besuch kultureller Ereignisse	207	92,8 %	43,4 %
künstlerische Aktivitäten	065	80,0 %	20,3 %
Hobbys	294	59,2 %	64,7 %
reisen	248	66,1 %	56,0 %
ehrenamtliche Tätigkeiten	045	20,0 %	14,1 %
politische Aktivitäten	031	35,5 %	18,6 %

entsprechen ungefähr jenen der 85jährigen und Älteren. Auf den räumlichen und sozialen Kontext Bezug nehmend wurde die Vielzahl der Aktivitäten zu Hause (80%) und dort alleine (64%) ausgeführt[24], was wiederum die bereits getätigte Aussage „Die Wohnsituation ist eine entscheidende Ressource für die Lebensqualität von Menschen. Sie gewinnt besondere Bedeutung, wenn in höherem Lebensalter die körperliche Mobilität eingeschränkt ist."[25] bestärkt.

BEWÄLTIGUNG VON BASALEN TÄTIGKEITEN VERSUS HILFS- UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

„Einer der Lebensbereiche, die gerade im Alter eine herausragende Bedeutung haben, ist die effektive Gestaltung und Bewältigung der Anforderungen des alltäglichen Lebens. Werden diese Anforderungen gemeistert, so spricht man dieser Person Kompetenz zu, und zwar in diesem Falle Alltagskompetenz."[26] Um alltagskompetent zu sein, muss ein alter Mensch über bestimmte Fertigkeiten verfügen, die unabdingbar für die Selbsterhaltung und somit Basis für eine selbstständige Lebensführung sind. Sind diese Fähigkeiten nicht mehr gegeben wird davon ausgegangen, dass der alte Mensch nicht mehr ohne Hilfe auskommt; man spricht von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Ab wann ein alter Mensch nun tatsächlich nicht mehr selbstständig und unabhängig von fremder Hilfe in seinem Haushalt zurecht kommt, ist zum einen äußerst schwierig festzustellen, zum anderen ist es nicht ratsam, erst dann an ein neues Wohnkonzept zu denken, wenn es ‚nicht mehr anders geht'. Trotzdem soll in diesem Abschnitt auf Hilfsbedürftigkeit bzw. Alltagsbewältigung im Alter eingegangen werden, denn diese Faktoren sind die entscheidenden Katalysatoren beim wahrscheinlich letzen Umzug im hohen Alter: „Institutionelle Pflege wird ... umso wahrscheinlicher, je geringer die Selbstversorgungsfähigkeit des Betroffenen ist, sei es wegen Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, wegen Verlustes der geistigen Fähigkeiten oder aus sozialen Gründen."[27]

„Hilfsbedürftigkeit ..., basale Aktivitäten der Selbstpflege und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens zur Versorgung sind unmittelbar abhängig von sensorischen (Sehen, Hören), sensomotorischen (Gleichgewicht, Koordination) und kognitiven (Intelligenz) Körperfunktionen und von Krankheiten nur insofern, als dass Funktionen dieser Art beeinträchtigt werden. Körperliche Krankheit im Alter ist also ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, aber kein hinreichend kausaler Faktor für die Entwicklung von Hilfsbedürftigkeit. Dies scheint sich allerdings für psychische Krankheiten anders darzustellen."[28]

Tabelle 3 erläutert den sprunghaften Anstieg der Hilfsbedürftigkeit im höchsten Alter bei beiden Geschlechtern. Besonders betroffen sind hiervon die sehr alten Frauen (über 80% der 85- bis 103jährigen Frauen geben an, beim Einkaufen und bei der Benutzung von Transportmitteln auf Hilfe angewiesen oder vollständig hilfsbedürftig zu sein; knapp zwei Drittel benötigen Unterstützung bei der persönlichen Hygiene, zumindest beim Baden oder Duschen). „Der Grad der Hilfsbedürftigkeit bei basalen Aktivitäten des täglichen

Tabelle 2

Objektive Mobilität nach Alter und Geschlecht mit Schätzung der Populationsprävalenz (Angaben in %)

	Altersgruppen 70-84 Jahre Männer	Frauen	85+ Jahre Männer	Frauen	gesamt (gewichtet)
BLINDGANG					
ungestört	44,2	41,1	32,8	25,2	39,7
gestört	48,1	48,1	35,9	16,5	44,2
nicht möglich	07,8	10,9	31,3	58,3	16,1
BLINDSTAND					
ungestört	62,0	46,5	14,0	07,8	43,7
gestört	34,1	47,3	63,6	47,7	46,2
nicht möglich	03,9	06,2	22,5	44,5	10,0
DREHUNG um 360°					
ungestört	82,2	72,9	37,5	20,3	66,4
gestört	16,3	21,7	47,7	49,2	26,4
nicht möglich	01,6	05,4	14,8	30,5	7,2
VORNÜBERBEUGEN					
vollständig	18,6	47,6	11,7	18,1	35,2
weitgehend	48,8	33,3	25,8	20,5	35,2
geringfügig	28,7	13,5	38,3	12,6	17,4
nicht möglich	03,9	05,6	24,2	48,8	10,8

Tabelle 3

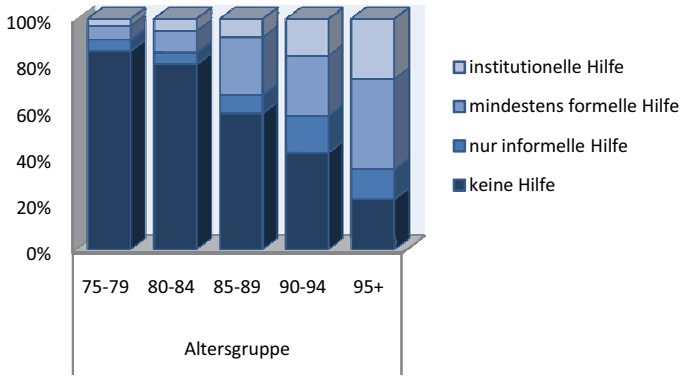
Hilfsbedürftigkeit im ADL-Bereich, Hilfsmittelgebrauch und sensorische Behinderungen nach Alter und Geschlecht nach Schätzung der Populationsprävalenz (Angaben in %)

	Altersgruppen 70-84 Jahre Männer	Frauen	85+ Jahre Männer	Frauen	gesamt (gewichtet)
IADL					
Einkaufen	18,6	27,1	59,7	80,6	33,7
Transport	17,8	22,5	62,0	83,7	31,2
ADL					
Baden/Duschen	09,3	08,5	31,8	60,5	16,0
Treppensteigen	03,1	08,5	22,5	42,6	11,4
Spazierengehen	05,4	06,2	27,1	42,6	10,6
Anziehen	05,4	03,1	11,6	24,0	05,9
WC benutzen	00,8	02,3	06,2	15,5	03,2
Transfer	01,6	01,6	04,7	15,5	02,7
Körperpflege		00,8	03,1	06,2	01,3
Essen		00,8	00,8	02,3	00,9
HILFSMITTEL					
Brille	99,2	96,9	86,6	85,5	95,6
Lupe	14,3	15,0	39,7	28,0	16,9
Hörgerät	18,3	14,1	24,4	14,3	15,5
Gehstock	14,3	14,8	56,7	44,4	20,9
Gehstütze	04,8	03,1	10,2	07,9	04,6
Deltarad	-	02,3	03,9	14,3	02,4
Rollstuhl	01,6	02,3	05,5	15,9	03,1
SENSORIK					
Sehbehinderung	18,6	20,9	56,6	65,9	26,6
Hörbehinderung	14,0	15,5	45,3	43,4	18,6

Tabelle 4

Subjektive eingeschätzte Hilfsbedürftigkeit bei zehn ADL und zwei IADL, getrennt nach Geschlecht, Alter und Wohnsituation

Aktivitäten des täglichen Lebens	gesamt	Männer	Frauen	70-84	85+	Privat-haushalt	Heim-bewohner
einkaufen	46,5	39,1	53,9	22,9	70,2	40,2	87,1
Transportmittel benutzen	46,5	39,9	53,1	20,2	72,9	40,2	85,7
baden/duschen	27,5	20,4	34,5	08,9	46,1	21,6	65,7
treppensteigen	19,2	12,8	25,6	05,8	32,6	13,7	54,3
spazierengehen	20,3	16,3	24,4	05,8	34,0	17,3	40,0
anziehen	11,0	08,5	13,6	04,3	17,8	07,2	35,7
Toilette benutzen	06,2	03,5	08,9	01,6	10,9	02,5	30,0
aufstehen/hinlegen	05,8	03,1	08,5	01,6	10,1	03,4	21,4
Haare kämmen	02,5	01,6	03,5	00,4	04,7	02,5	02,9
essen	1,0	00,4	01,6	00,4	01,6	00,9	01,4
Darmkontrolle	32,4	25,2	39,5	22,5	42,2	31,7	37,1
Blasenkontrolle	13,8	09,3	18,2	14,0	13,6	13,0	18,6



Grafik 6

Lebens wie Baden, Anziehen, Aufstehen, Essen oder bei der Benutzung der Toilette lässt sich mit Hilfe des so genannten ADL-Wertes … beschreiben. 4% der Alten in der Westberliner Bevölkerung brauchen Hilfe beim Essen, 5% beim Besuch der Toilette, 5% beim Aufstehen, 6% beim Ankleiden und 14% beim Baden. … [es] zeigt sich, dass 8% der hochbetagten Bevölkerung in der einen oder anderen Form auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind und weitere 14% gelegentlich Hilfe bedürfen. Andererseits heißt dies aber auch, dass nahezu 80% der 70jährigen und Älteren zu einer völlig selbstständigen und unabhängigen Lebensführung in der Lage sind."[29] 32% der BASE-Teilnehmer gaben an keine Hilfe bei den zehn ADL und zwei IADL zu benötigen. Etwa die Hälfte nannte Hilfsbedarf bei den Tätigkeiten Einkaufen und Transport.[30] Für die gesamte Population der 70jährigen und älteren Stadtbewohner zeigt sich, dass schätzungsweise etwa 66% nach eigenen Angaben vollständig selbstständig sind.[31]

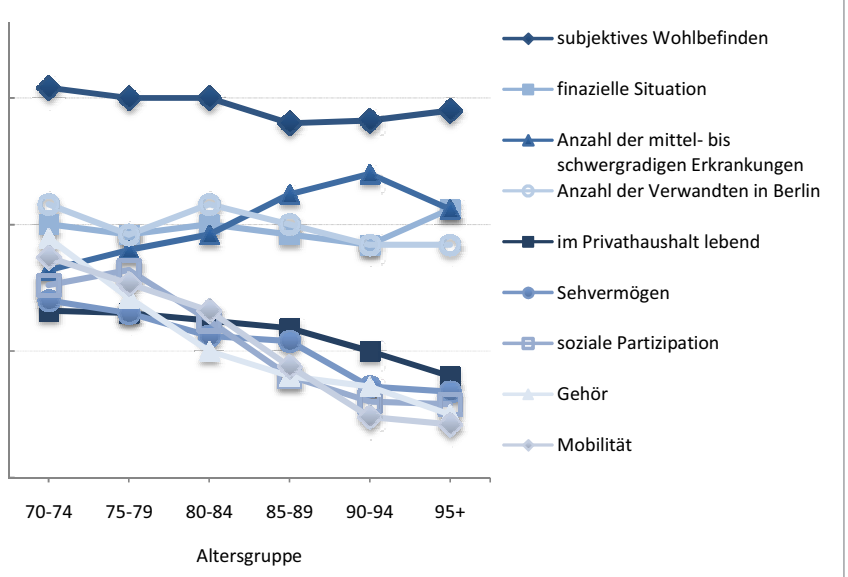
Grafik 6 „zeigt für die verschiedenen Altersgruppen den Anteil der Personen, die keine außerhäusliche Hilfe, nur informelle Hilfe, professionelle Hilfe und schließlich institutionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Wie zu erkennen ist, nimmt der Anteil derer, die keine externe Hilfe in Anspruch nehmen, von 87% bei den 70- bis 74jährigen auf etwa 20% bei den 90jährigen und Älteren ab. Im gleichen Maße nimmt zunächst die professionelle Hilfe, und ab dem 80.Lebensjahr dann auch zunehmend die institutionelle Hilfe zu, sodass bei den 95jährigen und Älteren 37% in Alten- und Pflegeheimen leben."[32] „69% der Alten erhalten keine Hilfe von Personen außerhalb des eigenen Haushalts. Von diesen 69% leben 63% allein, sodass knapp 44% der Alten völlig auf sich allein gestellt sind. Von diesen knapp 44% ist wiederum der überwiegende Teil (87%) nicht auf fremde Hilfe angewiesen, während 13% gelegentlich der Hilfe bedürfen. … 14% nehmen eine professionelle externe Hilfe in Anspruch, und 9% leben in Institutionen der Altenhilfe."[33] Die Befunde der BASE bestätigen, „dass der entscheidende Anstieg der Pflegebedürftigkeit nach dem 80.Lebensjahr eintritt."[34] Während 4% der Männer und 3% der Frauen in der Altersgruppe der 70- bis 74jährigen als regelmäßig pflegebedürftig angesehen werden, sind es im Vergleich dazu 21% der Männer und 28% der Frauen ab dem 85. Lebensjahr; es handelt sich hierbei um eine Verzehnfachung des Wertes.[35] „Die Schlussfolgerung ist, dass bei den derzeitigen Alten bis zum Alter von 85, d.h. 20 Jahre nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben, von weitgehender Unabhängigkeit in der Lebensführung ausgegangen werden kann, während danach Hilfsbedürftigkeit immer mehr zur Regel wird."[36]

Je nach Ausmaß der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit können alte Menschen in verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Trotz der Frage nach der Sinnhaftigkeit von Kategorisierungen sollen die gängigen Pflegestufen im Folgenden kurz beschrieben werden. Die Angaben von Tabelle 5 beziehen sich auf die folgenden Definitionen der einzelnen Pflegestufen: „Stufe A umfasst Personen, die bei keiner von fünf basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (Acitivity of Daily living, ADL, …) der Hilfe bedürfen und einen Aktionsradius von mindestens dem Wohnunmfeld haben, d.h. eine Gehstrecke von mehr als 100 m angeben. Pflegestufe B umfasst hilfsbedürftige Personen, die bei mindestens einer basalen ADL der Hilfe bedürfen, aber einen Aktionsradius von mindestens dem Wohnumfeld haben oder zwar keine Hilfe im Sinne der ADL brauchen, jedoch einen eingeschränkten Aktionsradius haben. Pflegestufe C umfasst Personen mit mehrfach wöchentlichem Hilfebedarf. Diese Personen

Tabelle 5

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nach Prozentanteilen (gewichtet nach Alter und Geschlecht)

Stufe	Hilfs- und Pflegebedürftigkeit	Männer	Frauen	gesamt
A	Voll selbstständig	76,9	81,1	78,0
B	hilfsbedürftig	14,7	13,6	14,4
B	Pflegestufe I: mehrfach wöchentlich	02,1	02,7	02,3
D	Pflegestufe II: täglich	04,1	01,1	03,3
E	Pflegestufe III: ständig	02,2	01,5	02,0



Grafik 7

Hilfs- und Pflegequellen nach sozialer Schicht und Alter (gewichtet, in %)

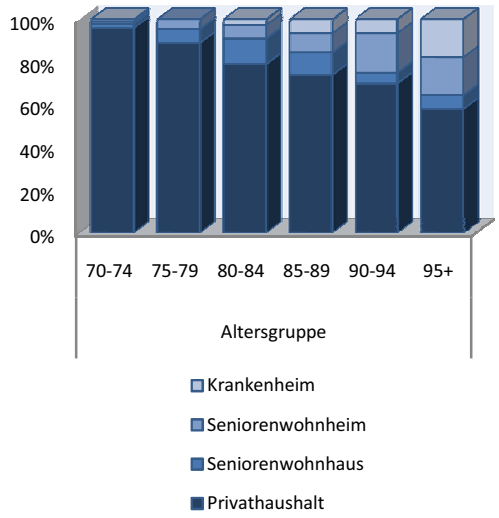
Alter/Schicht (=100%)	Hilfs- und Pflegequellen keine Hilfe	informell	professionell	Informell u. professionell	Heim
ALLE	69,3	06,6	14,0	01,4	08,6
ALTER					
70-84	76,9	05,2	11,3	00,8	05,8
85+	39,4	12,0	24,8	03,9	20,0
SCHICHT					
Unterschicht	73,9	07,8	06,2	02,1	10,0
untere Mittelschicht	69,3	08,2	09,7	02,6	10,2
Mittlere Mittelschicht	61,9	08,7	17,1	01,2	11,0
gehobene Mittelschicht	77,2	05,8	10,5	00,6	05,9
Obere Mittelschicht	64,1	00,9	32,7	02,1	00,2

Tabelle 6

benötigen bei mindestens einer ADL Hilfe und können sich nicht weiter als im Haus oder der Wohnung bewegen (Gehstrecke zwischen einigen Metern und maximal 100 Meter). Pflegestufe D bezeichnet täglichen Hilfebedarf, diese Personen benötigen bei mindestens einer ADL Hilfe und können sich nur noch einige Schritte fortbewegen bzw. sind bettlägerig. Pflegestufe E schließlich bezeichnet ständigen Hilfebedarf. Diese Personen brauchen bei allen ADL Hilfe. Die so definierten Pflegestufen C, D und E entsprechen mit gewissen Unschärfen den im Pflege-Versicherungsgesetz beschriebenen Pflegestufen I - III. Personen in diesen drei Gruppen werden im Folgenden als pflegebedürftig bezeichnet."[37] 20% der über 65jährigen sind demnach in der einen oder anderen Form hilfs- oder pflegebedürftig.[38] 5% der 65- bis 79jährigen sind auf Pflege leichterer Intensität und in der hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen. Bei den über 80jährigen sind es bereits 13%, 7% dieser Gruppe bedürfen aufgrund von Bettlägerigkeit intensiver Pflege.[39] „Der überwiegende Anteil derjenigen, die am Beginn einer Lebensphase stehen, in der sie über die Jahre pflegebedürftig, schwer behindert und größtenteils von der Versorgung anderer abhängig sind, hat das 80. Lebensjahr überschritten."[40]

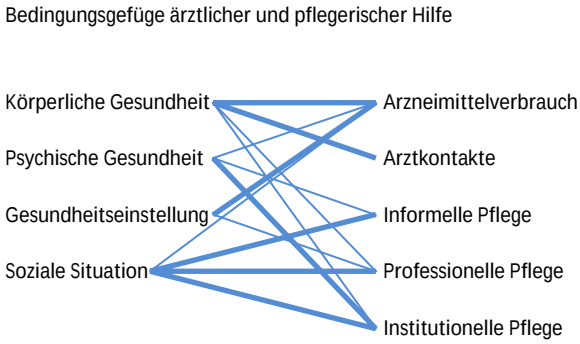
Tabelle 6 geht genauer auf die Art der Hilfs- und Pflegequellen im Alter ein, welche von in Privathaushalten lebenden alten Menschen in Anspruch genommen werden. Bemerkenswert ist, dass 70% der BASE-Teilnehmer ohne haushaltsexterne Hilfen auskommen. Der allgemeinen Erwartung entsprechend nimmt die Personenzahl, die informelle oder professionelle Hilfe oder Pflege beziehen im Alter deutlich zu. Bei der Gruppe der Hilfs- und Pflegebezieher spielt überwiegend die Betreuung durch Personen, die nicht dem Familienkreis zuordenbar sind, eine Rolle.[41] „26% werden im Heim betreut, etwa ein Fünftel erhält formelle Hilfe in Privathaushalten, und 26% erhalten Hilfe durch Angehörige in ihrem Haushalt … oder durch Angehörige, die nicht im Haushalt leben. 26% leben allein und erhalten überhaupt keine Hilfe. Mit 7% spielen Nachbarn und ähnliche Nicht-Verwandte nur eine geringe Rolle."[42] Der Pflege durch nicht im Haushalt lebenden Kindern kommt mit 5% eine relativ geringe Bedeutung zu, dennoch sind „in der Nähe wohnende Kinder im Falle von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter wichtig, aber dies bedeutet nicht, dass andere alte Menschen in dieser Situation weniger versorgt würden. An die Stelle der Kinder treten vermehrt professionelle Dienstleitungen. … Die Betreuungsformen sind also substitutiv bzw. kompensatorisch und nicht kumulativ."[43] Anzumerken ist, dass bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von Personen in Privathaushalten die informelle Hilfe durch Angehörige prozentuell ebenso gewichtig ist wie professionelle Dienstleistungen.

Nicht zu vergessen sind jene Hilfs- und Pflegebedürftigen, die im Privathaushalt - nach eigener Auskunft - weder Hilfe noch Pflege erhalten.[44] Denn „informelle Hilfe zu erhalten bedeutet nicht nur konkrete Unterstützung,



Grafik 8

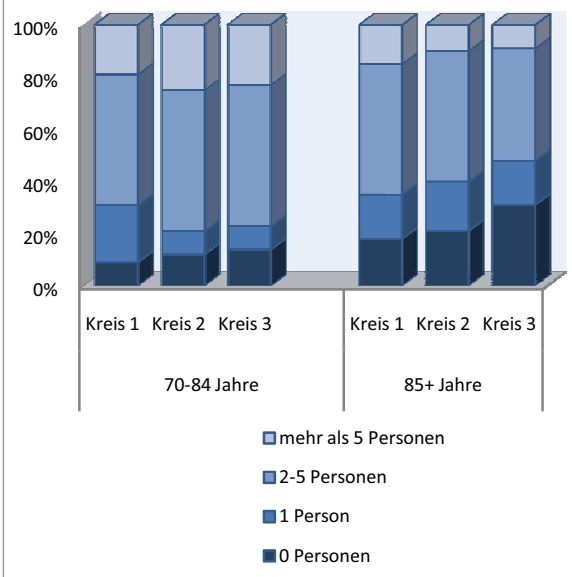
Grafik 9



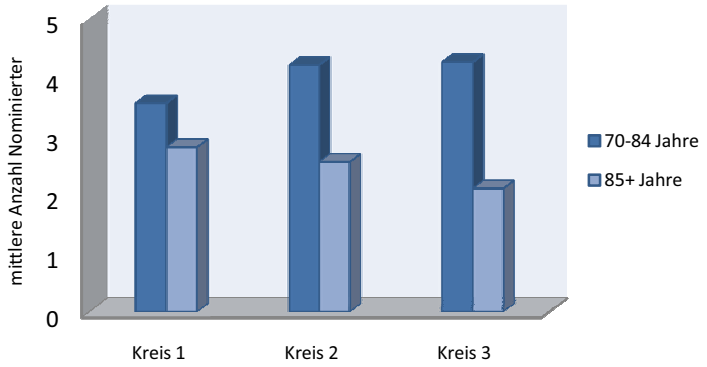
sondern symbolisiert gleichzeitig Zuwendung und Anteilnahme der sozialen Umwelt. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass soziale Beziehungen im Alter meistens ‚multifunktional' sind."[45] Der Empfang von informeller Unterstützung wird somit vom zu Pflegenden als Wertschätzung seiner Person angesehen; bleibt diese so wichtige Unterstützungsform aus, wird dies als auf Gleichgültigkeit basierende Anteilslosigkeit gewertet. Dies trifft selbst dann zu, wenn der alte Mensch ohnedies durch professionelle Dienstleistungen versorgt wird, beispielsweise als Heimbewohner: „Betrachten wir … die informellen sozialen Beziehungen der in Heimen lebenden Menschen, so bestätigt sich …, dass die Heimbewohner deutlich weniger informelle Hilfe haben und über weniger soziales Zusammensein berichten als die in Privathaushalten Lebenden. … [Es] interessiert vor allem die Frage, inwiefern emotionale Hilfe möglicherweise von den professionellen Helfern geleistet wird. Unsere Ergebnisse zeigen, dass … diese Form der Zuwendung vom Pflegepersonal nur in geringem Maße geleistet wird."[46] Nachdem das Ausbleiben von Zuwendung und Anteilnahme in Form von informeller Hilfe offensichtlich nicht durch professionelle Pflegeanbieter kompensiert werden kann, ist es nicht weiter verwunderlich, dass ein Fehlen von informeller Hilfe zu einem Gefühl des ‚Alleingelassen-Werden', einem geringerem Selbstwert und damit schlussendlich zu einem erhöhtem Pflegebedarf führt. Auch „die deskriptiven Befunde bezüglich des Alltagsrhythmus, des Engagements in häuslichen Aktivitäten sowie der subjektiven Wahrnehmung des Hilfegrades in basalen alltäglichen Aktivitäten lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass sie einem starken Alters- und Wohnsituationseffekt unterliegen … So zeigten die 85jährigen und Älteren sowie die Heimbewohner signifikante Aktivitätsausfälle und gleichzeitig eine höhere Einschätzung des benötigten Hilfegrades bei der Durchführung von basalen Aktivitäten."[47] Es scheint schwierig feststellbar zu sein, ob dies nun daran liegt, dass 70% aller Heimplätze durch Pflegebedürftige belegt sind[48] und schlichtweg in Folge dessen der Pflegebedarf höher als in Privathaushalten ist oder ob dies als Resultat des vorhin genannten Grundes zu werten wäre. Vermutlich spielt beides eine Rolle: Der Heimübergang erklärt sich zum einen aus erhöhter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, zum anderen wird der Heimbewohner auch im Rahmen des Heimlebens zur Unselbstständigkeit erzogen. Grafik 8 „zeigt die von uns definierten Stufen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in Beziehung zur Wohnsituation der betroffenen Personen. Wie man erkennen kann, gibt es einen eindeutigen Zusammenhang. In den Krankenpflegeheimen sind 29% der Bewohner und in den Seniorenheimen 20% mindestens mehrfach täglich auf Pflegeleistungen angewiesen, wohingegen dies nur 1% in Seniorenwohnhäusern sind, aber immerhin 4% in Privathaushalten. Betrachtet man die Schwerstpflegebedürftigen der Stufe 3, dann zeigt sich interessanter Weise, dass diese in Seniorenwohnhäusern nicht anzutreffen waren. Nur 6% finden sich in Krankenpflegeheimen, immerhin 26% in Seniorenheimen und 68% in Privathaushalten."[49] „83% leben in Privatwohnungen. Nahezu 80% der untersuchten Bevölkerungsgruppe sind zu einer weitgehend selbstständigen Lebensführung in der Lage. 8% sind in Anlehnung an die Kriterien der Pflegeversicherung pflegebedürftig."[50]

Grafik 9 fasst die Untersuchungsergebnisse der BASE vereinfacht zusammen: Es „ist bezüglich personenbezogener Faktoren zwischen objektiver Gesundheit, subjektivem Gesundheitserleben und sozialstrukturellen Variablen als Bedingungsfaktoren für die Inanspruchnahme therapeutischer und pflegerischer Hilfe zu unterscheiden, wobei diese in Arzneimittelverbrauch, Arztkontakte und pflegerischer Hilfe unterteilt wurden. … Der Medikamentenverbrauch ist vor allem von der körperlichen Gesundheit und den Gesundheitseinstellungen abhängig. Die Anzahl der Arztkontakte zeigt nur mit der körperlichen Gesundheit Zusammenhänge. Die informelle Pflege ist vor allem durch die psychische Gesundheit und durch die soziale Situation beeinflusst. Gleiches gilt … für professionelle häusliche und institutionelle Pflege, wobei hier noch die körperliche Gesundheit vor allem in Form der Beweglichkeit eine zusätzliche Rolle spielt. Schließlich sind psychische Erkrankungen wieder von besonderer Bedeutung, wenn es um die institutionelle Pflege geht."[51]

Grafik 10



Grafik 11



Allerdings ist die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe nicht ausschließlich durch medizinische Faktoren erklärbar, denn vor allem das subjektive Krankheitserleben ist hierbei von Bedeutung. Der Patient soll folglich nicht als passiver Empfänger seiner Behandlung betrachtet werden, sondern aktiv darauf Einfluss nehmen können. Die Individualität des jeweils Betroffenen in der Planung seiner medizinischen Versorgung spielt auch im Alter eine wichtige Rolle.[52]

SOZIALE INTERAKTION DURCH NETZWERKE VERSUS EINSAMKEIT

Um die Zusammensetzung sozialer Netzwerke und des Unterstützungssystems alter Leute zu analysieren wurden die BASE-Teilnehmer aufgefordert, Personen zu nennen, ohne die sie sich ein Leben nur sehr schwer vorstellen können (Kreis 1), mit denen sie etwas weniger verbunden aber die dennoch wichtig für sie sind (Kreis 2) und Personen, die bedeutsam, aber dem Teilnehmer noch weniger eng verbunden sind (Kreis 3). „Die Mehrzahl der BASE-Teilnehmer war in familiale und nicht-familiale Kontexte eingebettet und sozial integriert."[53] Das Ergebnis zeigte weiters, dass die Hälfte der BASE-Teilnehmer zwei bis fünf Personen für jeden Kreis nominierten, wobei im allgemeinen Menschen, die mehr Personen für ihren ersten Kreis ebenso mehr Personen für die weiteren nannten. „Die Größe des Gesamtnetzwerks der Studienteilnehmer in BASE variierte zwischen 0 und 49 und beträgt im Mittel 10,9 Personen."[54] Die 70- bis 84jährigen konnten signifikant mehr Personen für ihr soziales Netzwerk angeben als die 85jährigen und Älteren, wobei die Personenanzahl vor allem in den äußeren Kreisen abnahm.[55] „Das Gesamtmuster zeigt also, dass die 85jährigen und Älteren eine deutlich geringere Zahl von sozialen Interaktionspartnern angaben."[56] Somit kann davon gesprochen werden, dass diese Altersgruppe weniger sozial eingebunden ist, als dies auf die anderen Gruppen zutrifft.

Nun soll auf die Stabilität sozialer Netzwerke von Älteren eingegangen werden: „Bei einem großen Teil alter Menschen bleibt das Ausmaß der sozialen Rollenaktivitäten oder Kontakte im Altersprozess stabil. Bei einem kleineren Teil nimmt es ab, so dass bezogen auf alle alternden Personen sich im Mittel ein Rückgang im Niveau sozialer Beziehungen ergibt. ... Familienbeziehungen bleiben bis ins hohe Alter stabil, während Freundschaften vor allem bei Männern an Bedeutung verlieren. In Querschnittsstudien wurden entsprechend negative Alterseffekte in Hinblick auf Netzwerkgröße, Anzahl sozialer Rollen und Anzahl von sozialen Kontakten belegt."[57] Ein Grund hierfür liegt darin, dass ein sozialer Austausch zwischen einer hilfs- und pflegebedürftigen Person und deren Interaktionspartner bis zu einem gewissen Grad nicht gleichgewichtet sein kann. Üblicherweise werden allerdings soziale Beziehungen angestrebt, die für alle Beteiligten im gleichen Maße von Vorteil sind. Sofern das nicht der Fall ist, werden diese als

Tabelle 7

Verbreitung von Rollenbeziehungen im Alter (in %)

	alle		70-84		85+	
Ehepartner	23,5	(151)	27,3	(102)	08,8	(049)
Kinder	72,6	(352)	75,3	(196)	61,9	(156)
Enkel	61,2	(306)	62,4	(170)	56,6	(136)
Geschwister	44,9	(184)	47,4	(121)	34,6	(063)
Urenkel	18,9	(112)	16,4	(041)	28,9	(071)
Schwiegerkinder	40,5	(184)	41,9	(105)	34,8	(079)
Sonst. Verwandte	66,4	(336)	67,0	(175)	64,1	(161)
Freunde	63,5	(281)	68,6	(171)	43,3	(110)
Bekannte	48,5	(244)	48,2	(123)	50,1	(121)
Nachbarn	28,5	(128)	28,2	(068)	29,7	(060)
sonst. Nichtverwandte	14,3	(071)	14,3	(036)	14,3	(035)

unbefriedigend erlebt und folglich aufgelöst. Ob nun ein eher einseitiger Austausch akzeptiert werden kann, hängt unter anderem stark von der Art der Beziehung und den Erwartungen der Aktionspartner ab.[58] Vermutlich bieten sich zusätzlich auch weniger Möglichkeiten vorhandene Freundschaften zu pflegen. Treffen zu vereinbaren und wahrzunehmen wird im Alter mit einem sich verringernden Mobilitätsradius komplizierter und schwieriger. Eine weitere mögliche Erklärung für die Verkleinerung des sozialen Netzes sind Todesfälle innerhalb des Freundeskreises, welche mit zunehmendem Alter vermehrt stattfinden. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass - an der Kontakthäufigkeit gemessen - Freundschaften auch im Alter noch eine relativ große Bedeutung zukommt; BASE-Teilnehmer sehen ihre Freunde im Mittel jeden neunten Tag. Zwar ist der Besuchskontakt zu den Kindern öfter gegeben ist (alle vie bis fünf Tage), dennoch zeigt dies, dass vorhandene Freundschaften im Alter weiterhin gepflegt werden.[59] Während Tabelle 7 eine Klassifikation nach Rollenbeziehungen darstellt, gäbe es alternativ die Möglichkeit einer Kategorisierung aufgrund der erbrachten Leistung oder Funktion der sozialen Beziehung. Hierbei lässt sich die soziale Unterstützung vom soziale Beisammensein sowie der - oftmals im Alter vergessenen - Zärtlichkeit unterscheiden.[60] Wie bereits angesprochen ist die Elternschaft, also die Beziehung zum Kind, die häufigste Rollenbeziehung im sozialen Netzwerk alter Menschen[61], aber daneben kommen außerdem entferntere Verwandte bei 66% der Befragten in den Netzwerken alter Menschen vor.[62]

Aus psychologischer Sicht sind rein quantitative Aspekte der Verfügbarkeit von Familie und Freunden sowie die Häufigkeit sozialer Kontakte oder instrumenteller und emotionaler Unterstützung weniger bedeutend als die Frage danach, wie diese vom älteren Menschen wahrgenommen und bewertet werden.[63] Sie können als zufriedenstellend oder als belastend empfunden werden. Folglich wurde im Rahmen der Berliner Altersstudie des weiteren auf die Bewertung der sozialen Beziehungen geachtet: 25% fanden, „dass ihre Familie zu wenig Zeit für sie habe, und 21% sagten dies über ihre Freunde… 48% der Stichprobe gaben in der Tat an, dass sie keine besondere Person in ihrem Netzwerk hätten, auf deren emotionale Unterstützung sie sich verlassen könnten. Gleich viele 70- bis 84jährige wie 85jährige und Ältere waren unter den 52%, die angaben, eine Vertrauensperson zu haben. …Die Personen, die gesagt hatten, sie hätten nicht viel emotionale Unterstützung erfahren wurden gefragt, ob sie dies als Mangel empfanden: In Bezug auf vertrauliche Gespräche war dies bei 13% der Fall, 18% vermissten die Aufmunterung, und 26% fühlten einen Mangel an Zärtlichkeit. Darüber hinaus beschrieben 40% der BASE-Teilnehmer einige Enttäuschungen im Umgang mit Einzelpersonen (besonders Kinder und Enkelkinder).“[64] In den vergangenen drei Monaten hatten 43% der Befragten mit jemandem über persönliche Ängste und Sorgen gesprochen und 31% wurden aufgemuntert, wenn sie sich traurig fühlten. Wenngleich sie ihre sozialen Beziehungen gesamt als zufriedenstellend beurteilten, hätten dennoch viele Teilnehmer gerne eine Verbesserung erfahren.[65]

Auf der Suche nach Unterschieden in den strukturelle Merkmalen von Heimbewohnern zu in Privathaushalten lebenden Alten, ergaben sich folgende Ergebnisse: „Heimbewohner haben deutlich seltener Freunde als alte Menschen, die in Privathaushalten leben (34% versus 66%)“[66] Denn während alte Menschen in Privathaushalten im Durchschnitt 11,3 Netzwerkpartner nannten, gaben Heimbewohner hingegen nur 4,5 an.[67] Ein empfundener Mangel oder gar ein Fehlen eines sozialen Netzwerkes führen langfristig betrachtet zu Einsamkeit des Individuums. Das Gefühl der sozialen Isolation und des emotionalen Abstands von anderen spiegelt sich zum einen in der sozialen zum anderen in der emotionalen Einsamkeit wieder, wobei beide einen positiven Altersgradienten aufweisen, d.h. ältere Menschen fühlen sich im allgemeinen einsamer als jüngere.[68] Beide Einsamkeitsaspekte hingen signifikant mit der subjektiven Bewertung der Bedürfniserfüllung durch Beziehungen mit anderen zusammen.[69] Wichtig ist darüber hinaus die Einsicht, „dass Alleinsein an sich nicht Einsamkeit bedeutet. Einsamkeit ist durch die Kopplung des Alleinseins mit dem Gefühl der emotionalen Einsamkeit oder einem empfundenen Mangel und/oder Verlust an sozialen Quellen emotionaler Bindung, Wärme und Trost gekennzeichnet … so kann ein Individuum soziale Kontakte haben, die Unterstützung bieten, aber dennoch emotionale Einsamkeit erfahren. Es wird beispielsweise oft angenommen, dass sehr Alte eine derartige Einsamkeit erfahren.“[70] Auch die Tatsache, dass pflegende Kinder den Wunsch nach Kontakten zu Gleichaltrigen nicht ersetzen können, sei hier erwähnt. Umso erstaunlicher ist es, dass Heimbewohner, umgeben von ihresgleichen, sich einsamer fühlen als jene Alten die im Privathaushalt leben.

OBJEKTIVE UND SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DER EIGENEN SITUATION

Die subjektive Beurteilung, Auffassung und Beschreibung von Gegebenheiten, wie beispielsweise des eigenen Gesundheitszustandes, der vorhandenen Wohnsituation und des soziale Netzwerkes, können sich stark von der tatsächlich vorhandenen und somit objektiv beschreibbaren Situation unterscheiden.

Die Bedeutung des objektiven Gesundheitszustandes für die subjektive Beurteilung durch die betroffene Person nimmt mit dem Alter ab, folglich bleibt die subjektive Gesundheitseinschätzung während des Alterns relativ stabil.[71] Auch bei der Beurteilung der Wohnsituation gelangt man zu ähnlichen Ergebnissen: „Es ist durchaus möglich, dass objektive und subjektive Wohnqualität voneinander abweichen: In Bezug auf Gesundheit und Selbstständigkeit mögen spezifische Wohnbedingungen nicht optimal oder sogar schädlich sein. Doch kann sich eine Person in dieser Wohnung im hohen Maße wohl fühlen.“[72] weiters „Einschränkende Wohnbedingungen besitzen im Erleben des Menschen häufig nicht jenes Gewicht, das ihnen von externen Beobachtern

beigemessen wird."[73] Kruse spricht hier die doch hohe Zufriedenheit älterer Menschen mit ihrer gegenwärtigen Wohnsituation an, selbst wenn ihre objektive Beurteilung als nicht entsprechend angesehen wird. Er nennt folgende Gründe für dieses Phänomen: Neben Gewöhnungs- und Anpassungseffekten kann der psychologischer Prozess der Anspruchsnivellierung, d.h. das Menschen sich mit der Zeit mit den vorgefundenen Bedingungen abfinden, eine wichtige Rolle spielen. Weiteres sind mit dem Wohnumfeld zahlreiche Erinnerungen verknüpft, welche zur Wahrung der persönlichen Identität beitragen, sodass die Wohnung zum Symbol einer gewissen Kontinuität zu früheren Lebensabschnitten wird. Durch die Betonung der Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation kann aber auch das Bedürfnis zum Ausdruck kommen, die erhaltene Selbstständigkeit vor anderen und vor sich selbst zu demonstrieren; das Bemühen um eine Aufrechterhaltung des positiven Selbstbildes darf in diesem Zusammenhang keinesfalls vernachlässigt werden.[74] So gibt es verschiedene Formen der Bewältigung, die es dem Betroffenen ermöglichen nach wie vor mit seiner Situation umgehen zu können. Zu unterscheiden sind hierbei im Wesentlichen zwei Bewältigungsstile: Zum einen die regressiven, bei denen zum Beispiel Verantwortung abgegeben wird und zum anderen reifere Verhaltensweisen (hierzu zählt unter anderem das Uminterpretieren der tatsächlichen Situation). Tabelle 8 zeigt, dass den genannten regressiven Bewältigungsstilen eine vergleichsweise geringe Rolle zukommt.[75] Dennoch haben alte Menschen beide Mechanismen, die Umwelt verändern und sich der Umwelt anpassen, zur Verfügung und wenden diese auch an.[76]

Als wesentliches Merkmal sei hier in diesem Zusammenhang die Kontrollüberzeugung eines Individuums genannt: „Kontrollüberzeugungen können das Denken, Fühlen und Handeln von Menschen entscheidend beeinflussen. Für die Auswahl und Verfolgung eines persönlichen Ziels ist beispielsweise die Überzeugung, dass man es durch eigene Bemühungen und Fertigkeiten erreichen kann (d.h. internale Kontrolle) von wesentlicher Bedeutung. Diese Überzeugung trägt … entscheidend zu subjektivem Wohlbefinden bei, wenn ein angestrebtes Ziel tatsächlich erreicht wird. Man erwartet negativere Konsequenzen hinsichtlich der Motivation für zukünftiges Handeln und des Wohlbefindens, wenn eine Person daran glaubt, dass andere Personen oder das Schicksal (d. h. externale Kontrolle) wesentlich an der Gestaltung des Lebens beteiligt sind."[77] Bedeutsam sind somit die Aufrechterhaltung von internaler Handlungskontrolle sowie die Vermeidung externaler Kontrollüberzeugung, wobei allerdings letztere mit dem Alter signifikant zunimmt, denn „die mit zunehmenden Alter einhergehende Gebrechlichkeit scheint zusammen mit sensorischen und körperlichen Beeinträchtigungen einen wachsenden Verlust der Selbstständigkeit und damit eine Zunahme der Abhängigkeit von anderen zu bedingen."[78] Dennoch: „70% der BASE-Teilnehmer gaben an, dass sie das Gefühl haben, ihre Geschicke vor allem selbst beeinflussen können. 27% der BASE-Teilnehmer glaubten, dass sowohl sie selbst als auch andere großen Einfluss auf ihr Leben haben."[79]

Tabelle 8

Rang	Bewältigungsstil	x	(s)
01.	Vergleich mit früher	4,19	(0,69)
02.	Wunsch nach Information	3,98	(0,79)
03.	Vergleich nach anderen	3,91	(0,88)
04.	nicht aufgeben	3,90	(0,78)
05.	sich abfinden	3,63	(0,89)
06.	Stärke u. Schwäche im Wechsel	3,58	(0,86)
07.	Glaube	3,54	(1,19)
08.	Humor	3,27	(1,04)
09.	Ablenkung	3,23	(1,08)
10.	soziale Unterstützung	2,82	(1,12)
11.	Verantwortung abgeben	2,70	(1,18)
12.	Sinnverslust	2,46	(1,08)
13.	laufen lassen	2,46	(1,06)

Ein an dieser Stelle erwähnenswertes und interessantes Projekt wurde 1998 an der HdK Berlin (Fachbereich Gestaltung), im Rahmen des Forschungsprojektes ‚sentha' durchgeführt. Ergebnis „ist die Beobachtung, dass sich alle Interviewten trotz körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen um Autonomie bemühen und Strategienentwickeln, die die selbständige Lebensführung erhalten. Der Verlust eines selbständigen Lebens in den eigenen vier Wänden scheint eine Bedrohung von besonderer kultureller Bedeutung zu sein. Sind es doch nicht zuletzt auch die eigene Wohnung und ein eigener Haushalt, die den befragten Personen Vertrautheit und Verhaltenssicherheit, kulturelle Heimat und Identität verschaffen. Lange vor dem biologischen Tod bedeutet der Verlust der Autonomie ein kulturelles Ende, dem die Betroffenen unter erheblichen Anstrengungen präventiv begegnen."[80] Und „die Vervollkommnung individueller Fertigkeiten, die Veränderung der dinglichen Umwelt und der Gebrauch spezieller Hilfsmittel sind gleichermaßen Strategien, die es ermöglichen, körperliche Defizite zu kompensieren und die selbständige Lebensführung zu erhalten."[81] Körperliche Defizite und die daraus resultierende Angst vor Hilflosigkeit und Einsamkeit sind nur zu oft elementare Lebensbestandteile alter Menschen. Viele von ihnen entwickeln die bereits erwähnten Strategien um eine zwar eingeschränkte aber immerhin noch selbstständige Lebensführung zu ermöglichen: „Ein Fernseher, den er [Interviewpartner] als Informationsmittel, aber auch als ‚Tor zur Welt' benutzt, Fertiggerichte, ein Auto für kommunikative Restaurantbesuche und ein Notrufsystem – all diese Phänomene sind als Wege gegen soziale Isolation und Hilflosigkeit, für Kommunikation und Autonomie zu verstehen."[82] Auf die Frage, was sich der Interviewpartner gerne von einem Designer entwickeln lassen würde, wusste jeder der Befragten eine Antwort: „Ordnungs- und Aufbewahrungssysteme, technische Lösungen, die den Aktionsradius im öffentlichen Raum vergrößern, leicht zu bedienende Kommunikationstechnik, immer wieder Stühle, Sessel und Betten, die ‚wirklich bequem' sind und aus denen man alleine wieder ‚hochkommt', schließlich ‚andere Beene' – ein Sinnbild für die Wiedererlangung der Bewegung und eine Metapher für Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter."[83]

ZUFRIEDENHEIT UND WOHLBEFINDEN IM ALTER

Selbstbeschreibungen gewährleisten Einblicke in die Auseinandersetzung eines Individuums mit sich selbst und seiner Lebenswelt, in seine Lebensauffassung sowie seinem empfundenen Selbstwert.[84] „Die Selbstdefinition ist durch selbstbezogene Kognitionen und Konzepte bestimmt, die für die Definition der eigenen Person zentral sind. Selbstbezogene Kognitionen beeinflussen die Auseinandersetzung einer Person mit sich selbst und ihrer Umwelt maßgeblich, indem sie die Vielzahl an alternativen Interpretationen und Handlungsabsichten in einer gegebenen Situation reduzieren."[85] Die „Antworten auf die Frage ‚Wer bin ich?' weisen insgesamt auf ein aktives Interesse an der Beschäftigung mit der gegenwärtigen Umwelt, der eigenen Person und mit sozialen Beziehungen hin. … Erwähnungen von Familie, Aktivitäten außerhalb der Wohnung und interpersonellem Stil wurden mit zunehmendem Alter in der BASE-Stichprobe seltener. Erwähnungen des Tagesablaufs und von Alltagsroutinen, der Alltagskompetenz und soziodemografischer Charakteristika wurden dagegen häufiger. … Nur 7% der Stichprobe machten eine Aussage über ihr Äußeres oder über den Tod - dies steht im deutlichen Gegensatz zu den Aussagen, die man erhält, wenn man jüngere Erwachsene bittet, alte Menschen zu beschreiben. Weiterhin und im Gegensatz zum negativen Altersstereotyp, dass alte Menschen ‚in der Vergangenheit leben', bezog sich die Mehrzahl der Selbstdefinitionen der BASE-Teilnehmer auf die Gegenwart. Außerdem waren positive Selbstbewertungen doppelt so häufig wie negative."[86] Die Erwartung, alte Menschen würden in der Vergangenheit leben und sich somit von Gedanken über die Zukunft abkehren, wurde somit nicht bestätigt. „Wie erwartet hatten die Themen, die am häufigsten in den Zukunftsszenarien vorkamen, meistens mit dem Streben nach Selbstakzeptanz, Autonomie und vertrauten Beziehungen mit anderen zu tun. Als zentrale Motive der Hoffnung waren nicht, wie erwartet das Beibehalten der bisherigen Lebenssituation, sondern das Erreichen von Neuem und das Wiedererleben … Hoffnung auf Aufrechterhaltung hing vor allem mit der Gesundheit zusammen."[87] Der Tod wird in mittlerer Distanz erwartet, es werden noch im durchschnittlichen Maß Pläne für die nächsten Monate und das kommende Jahr geschmiedet und die BASE-Teilnehmer sind durchaus positiv eingestimmt, wenn sie Überlegungen über ihre Zukunft anstellen.[88]

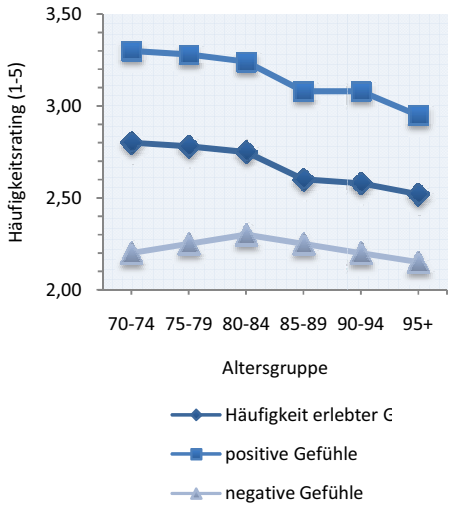
Selbstbeschreibungen von Individuen lassen Rückschlüsse auf die Lebenszufriedenheit mit der eigenen Situation und auf das empfundene Wohlbefinden zu, worauf hier nun näher eingegangen werden soll. Um die Bedeutung von Wohlbefinden im Alter zu beschreiben muss vorweg eine Unterscheidung der Begründungen dessen gemacht werden. Zum einen wird vom objektiven Ansatz gesprochen, bei dem, falls bestimmte sozial-normative Kriterien (beispielsweise eine adäquate Wohnsituation, Zugang zum Gesundheitswesen, Möglichkeiten zu familiären und sozialen Aktivitäten, …) erfüllt sind, ein Beitrag zum erfolgreichen Altern gegeben ist. Der zweite Ansatz betont die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung durch den Betroffenen selbst, somit werden die Kriterien für das Wohlbefinden hier vom Individuum festgelegt; man kann vom Begriff der Lebenszufriedenheit sprechen. Natürlich können hierbei objektive Kriterien das subjektive Empfinden stark beeinflussen und ein Risiko für das Wohlbefinden darstellen, wenngleich interne selbstregulative Prozesse diese modulieren können, wie bereits im Abschnitt ‚Objektive und Subjektive Beurteilung der eigenen Situation' erwähnt wurde.[89] „In gesundheitlicher Hinsicht ist das Wohlbefinden im Alter häufig durch mehrfache körperliche oder psychische Beschwerden und Gebrechen beeinträchtigt. In diesem Sinne hat das ‚Wohlbefinden' nur eine negative Dimension, nämlich seine Störung oder Beeinträchtigung durch Krankheit."[90] Zur Bewertung der eigenen Lebenssituation werden kognitive sowie emotionale Erfahrungen herangezogen. So wird das Wohlbefinden nicht nur durch das Fehlen negativer, sondern ebenso durch das Vorhandensein positiver Faktoren beeinflusst.[91]

Die Untersuchungen von BASE zeigen, dass die altersabhängigen Unterschiede des subjektiven Wohlbefindens nur minimal, wenngleich signifikant sind, „die Ergebnisse [deuten] auf hohe Altersstabilität hin und auf die Wirksamkeit der mit der Selbstregulation und den gesellschaftlichen Erwartungen zusammenhängenden Prozesse. Insgesamt 63% der BASE-Teilnehmer gaben an, zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem gegenwärtigen Leben zu sein und optimistisch in die Zukunft zu blicken."[92] Mit zunehmendem Alter nimmt allerdings die Auftretenshäufigkeit positiver Emotionen ab. Grund dafür ist, dass durch die abnehmende biologische Vitalität im zunehmenden Alter der Schwellenwert für

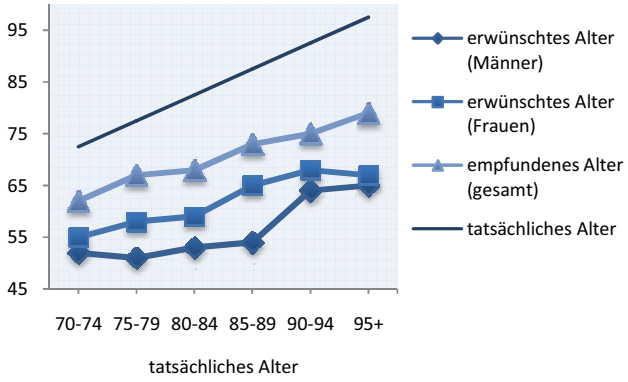
Tabelle 9

Rangfolge der relativen Zielinvestments in zehn Lebensbereichen und ihre Korrelationen mit dem Alter

Rang	Ziel	x	(s)	r	(p)
01.	Gesundheit	1,31	(0,38)	0,04	(0,32)
02.	Wohlergehen der Angehörigen	1,29	(0,44)	-0,03	(0,47)
03.	Geistige Leistungsfähigkeit	1,19	(0,37)	0,01	(0,79)
04.	Beziehung zu Freunden und Bekannten	1,11	(0,38)	0,01	(0,83)
05.	Nachdenken über das Leben	1,11	(0,37)	0,07	(0,10)
06.	Hobbys und andere Interessen	1,02	(0,40)	-0,12	(0,00)
07.	Unabhängigkeit	0,96	(0,39)	-0,01	(0,81)
08.	Sterben und Tod	0,87	(0,41)	0,22	(0,00)
09.	Berufliche oder eine vergleichbare Tätigkeit	0,79	(0,40)	-0,03	(0,56)
10.	Sexualität	0,54	(0,29)	-0,13	(0,00)



Grafik 12



Grafik 13

das Auslösen von Gefühlen herabgesetzt wird und somit das Auftreten verringert wird, auch die Verkleinerung des sozialen Netzwerkes im Alter kann eine Rolle hierbei spielen.[93] „Die BASE-Daten zeigen, dass ab etwa dem 85.Lebensjahr ein signifikanter Abfall in der Häufigkeit, mit der Gefühle auftreten, zu verzeichnen ist.“[94] Obwohl die negativen Gefühle nicht die positiven überwiegen, weist das „neurasthenische Gefühlsmuster der negativen Emotionen (unruhig, bedrückt, nervös) doch auf eine Belastungsreaktion hin, wie man sie aus der Stressforschung kennt. … Die Auftretenshäufigkeit negativer Emotionen liegt zwar nach wie vor niedriger als die der positiven Emotionen, doch die Art der auftretenden negativen Emotionen lässt sich als Hinweis auf die vom Selbst zu leistende Anpassungsleistung interpretieren.“[95] Doch nicht nur die Älteren, sondern auch die „Heimbewohner gaben ein geringeres Maß an positiven Emotionen an.“[96]

„Angesichts der insgesamt positiv getönten Selbstbeschreibung ist es nicht überraschend, dass die BASE-Teilnehmer im Allgemeinen angaben, sich um zwölf Jahre jünger zu fühlen als ihr chronologisches Alter, und sich als 9,5 Jahre jünger aussehend einschätzten. Ihr Wunsch war es jedoch, noch jünger, im Durchschnitt 25 Jahre jünger, zu sein. Im Mittel nahm diese Altersunterschätzung mit dem Alter etwas zu. … Die Forscher fanden, dass ‚sich jung fühlen’ nicht notwendiger Weise ein Ausdruck von Angst vor dem eigenen Alter oder gar dessen Verleugnung ist, sondern ganz im Gegenteil ein positives Selbstbild widerspiegelt.“[97]

1 VERD, 2000, S.277
2 MEY, 1992, S.231
3 STEIN, 1999, S.170
4 WWW_STAT
5 KRU, 2004, S.1
6 WWW-STAT
7 LOH, 2005, S.31
8 LOH, 2005, S.21
9 LIN, 1999, S.476
10 KRU, 2004, S.1
11 KLIM, 1993, S.VIII f
12 ZWE, 2001, S.177
13 KRE, 2006, S.80
14 ASS, 2006, S.98
15 MAYB, 1999, S.630
16 MAYB, 1999, S.599
17 MAYB, 1999, S.623
18 MAYB, 1999, S.624
19 MAYB, 1999, S.599
20 MAYB, 1999, S.631
21 RYCH, 2006, S.82
22 RYCH, 2006, S.82
23 KRU, 2004, S.1
24 BALM, 1999, S.529 f
25 WAGM, 1999, S.285
26 BALM, 1999, S.525
27 LIN, 1999, S.489
28 STEIN, 1999, S.178
29 LIN, 1999, S.481
30 BALM, 1999, S.531
31 STEIN, 1999, S.169 f
32 LIN, 1999, S.482
33 LIN, 1999, S.481
34 LIN, 1999, S.490
35 BUND, 1992, ges.
36 LIN, 1999, S.490
37 LIN, 1999, S.479
38 LIN, 1999, S.476
39 BÄC, 1989, ges.
40 MAYW, 1999, S.252
41 MAYW, 1999, S.270
42 MAYW, 1999, S.270
43 MAYW, 1999, S.271
44 MAYW, 1999, S.270 f
45 WAGS, 1999, S.311
46 WAGS, 1999, S.314
47 BALM, 1999, S.532
48 BUND, 1990, ges.
49 LIN, 1999, S.485
50 LIN, 1999, S.475
51 LIN, 1999, S.492
52 WIL, 1992, S.205-214
53 SMIB, 1999, S.236
54 WAGS, 1999, S.310
55 SMIB, 1999, S.237
56 SMIB, 1999, S.237
57 WAGS, 1999, S.207
58 ROB, 1992, S.147-165
59 WAGS, 1999, S.310
60 WAGS, 1999, S.304
61 WAGS, 1999, S.307
62 WAGS, 1999, S.309
63 SMIB, 1999, S.236
64 SMIB, 1999, S.238
65 SMIB, 1999, S.238
66 WAGS, 1999, S.309
67 WAGS, 1999, S.311
68 SMIB, 1999, S.239
69 SMIB, 1999, S.239
70 SMIB, 1999, S.236
71 BOR, 1999, S.449
72 KRU, 2004, S.2
73 KRU, 2004, S.3
74 KRU, 2004, S.2 f
75 STAUD, 1999, S.331 f
76 HEC, 1999, S.284-304
77 SMIB, 1999, S.234
78 SMIB, 1999, S.235
79 MAYB, 1999, S.604
80-83 HEIN, 1998
84 SMIB, 1999, S.231
85 STAUD, 1999, S.343
86 SMIB, 1999, S.231
87 SMIB, 1999, S.232
88 STAUD, 1999, S.340
89 SMIF, 1999, S.498 f, 517 f
90 SMIF, 1999, S.502
91 SMIF, 1999, S.504
92 SMIF, 1999, S.518
93 STAUD, 1999, S.329
94 STAUD, 1999, S.330
95 STAUD, 1999, S.329
96 SMIF, 1999, S.512
97 SMIB, 1999, S.231 f

Graf.1,2 bearbeitet nach WWW-SAT
Graf.3,4 bearbeitet nach MAYB, 1999,S.623
Graf.5 bearbeitet nach BAMA, 1999,S.530
Tab.1 bearbeitet nach MAAS, 1999,S.548
Tab.2 bearbeitet nach

STEIN, 1999,S.170

Tab.3 bearbeitet nach

STEIN, 1999, S.169

Tab.4 bearbeitet nach

BAMA, 1999,S.531

Graf.6 bearbeitet nach

LIN, 1999,S.484

Tab.5 bearbeitet nach

LIN, 1999,S.481

Graf.7 bearbeitet nach

SMIF, 1999,S.517

Tab.6 bearbeitet nach

MAYW, 1999,S.270

Graf.8 bearbeitet nach

LIN, 1999,S.485

Graf.9 bearbeitet nach

LIN, 1999,S.492

Graf.10, 11 bearbeitet nach

SMIB, 1999,S.237

Tab.7 bearbeitet nach

WAGS, 1999,S.306

Tab.8 bearbeitet nach

HEC, 1999,S.332

Tab.9 bearbeitet nach

HEC, 1999,S.338

Graf.12 bearbeitet nach

HEC, 1999,S.329

Graf.13 bearbeitet nach

SMIB, 1999,S.232

SOZIOLOGISCHE ASPEKTE DES ALTERS

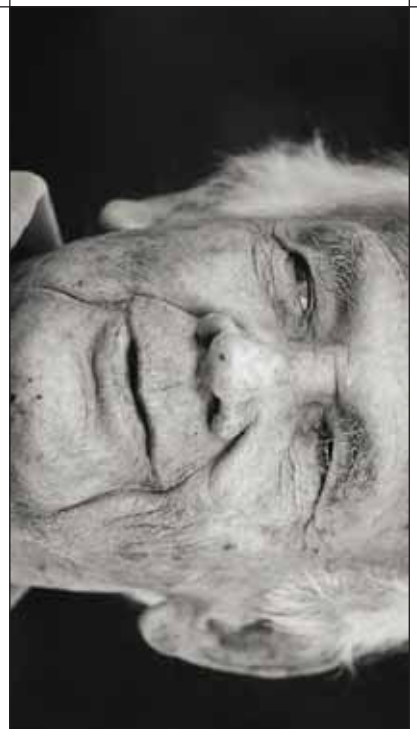


Abbildung 1

Abbildung 2

ALTER ALS GESELLSCHAFTLICHES KONSTRUKT

„Es gibt kein Leben, das nicht altert. Altern ist naturbedingt, vielschichtig und trägt verschiedene Gesichter. Die Wurzeln für Erscheinungsformen, die im Alter wirksam werden, liegen nicht zuletzt in den lebensgeschichtlichen Bedingungen."[1] Es ist wichtig daran zu erinnern, „…dass es sich beim ‚Altern' um einen natürlichen Prozess gradueller Veränderungen handelt. Bei diesen graduellen Veränderungen handelt es sich nicht allein um Verluste …, sondern diese schließen auch potentielle Gewinne ein (zum Beispiel Entwicklung von … Wissenssystemen)."[2] Dass diese Auffassung in der heutigen Zeit wenig Beachtung findet, erkennt man am Umgang mit alten Menschen, denn unser System orientiert sich an anderen Werten. Es sind nicht unbedingt Erfahrung und Weisheit, mit denen man in einer schnelllebigen Zeit ‚punkten' kann. Alter wird nicht bloß als biologisch bedingter körperlicher Veränderungsprozess wahrgenommen, sondern ist hauptsächlich als soziales und kulturelles Konstrukt zu verstehen. „Die Tatsache, dass Menschen ab einem bestimmten Lebensalter als 'alt' wahrgenommen werden, ist vor allem Folge gesellschaftlicher Konvention."[3] und „‚Alter' ist eine soziale Kategorie"[4], wobei „eine chronologische Festlegung des Beginns des Alters … nicht möglich [ist]."[5]

So züchtet sich unsere Gesellschaft ihre eigene Generation heran: „Was eine Gesellschaft wirklich beschäftigt, erkennt man am markantesten Gebäude einer Stadt. Früher zeigten Paläste und Kathedralen die Machtzentren, Universitäten geballtes Wissen und prächtige Plätze die Handelsmetropolen an. Heute überstrahlen Funktürme die Mediastädte, Bankentower beleuchten Finanzplätze und Verwaltungstürme bürokratisieren beamtete Städte. … Unsere Gesellschaft wurde so reicher an Stockwerken. Und damit an materiellen Werten. Kein Zweifel. Aber vielleicht ärmer an inhaltlichen, an spirituellen, auch an gesellschaftlichen Manifestationen. …"[6] Ob in naher oder ferner Zukunft Gesellschaften und mit ihnen Städte entstehen werden, die ihre Vorreiterposition aufgrund von innovativen und zukunftsträchtigen Reformen im Bereich eines sozialen Anliegens, wie der Altenbetreuung- und -pflege, erhalten bzw. erhalten möchten, wage ich stark zu bezweifeln - wie bereits erwähnt: Es zählen die ökonomischen Werte: „Die Industriegesellschaften sind durch eine starke Aufstiegs- und Fortschrittsorientierung gekennzeichnet. Die lebenslange Entwicklung des Individuums, seine Vervollkommnung in Erfüllung gesellschaftlicher Funktionen, wird allgemein als zentrales Ziel anerkannt. Damit ist jedoch … der Abstieg vorprogrammiert. Der institutionalisierte Lebenslauf, z.B. die Berufskarriere, ist begrenzt, auf ein Ende bezogen. … Das soziale Sterben der alten Menschen in modernen Gesellschaften dient einer friedlichen Generationenfolge und der Aufrechterhaltung der ökonomischzentrierten Leistungsgesellschaft. Viele alte Menschen werden an den gesellschaftlichen Rand gedrängt, werden von der Teilnahme an sozialen Aktivitäten ausgeschlossen. Soweit sie gut gestellt sind, werden sie freilich als Konsumenten anerkannt."[7] Da diese gesellschaftliche Übereinkunft in ihren ‚jungen Jahren' auch von den Alten mitgetragen wurde, grenzen diese sich bis zu einem gewissen Grad selber aus, weil sie sich als Teil der Gesellschaft ihren Werten verpflichtet fühlen bzw. zumindest verpflichtet fühlten, als sie noch ‚jung' waren. Als alter Mensch wird somit jenes Fremdbild ‚der Alten', welches in jungen Lebensjahren entworfen und verinnerlicht wurde, als Selbstbild übernommen. Viele alte Menschen empfinden sich als Teil der Gesellschaft, welcher dieser nichts mehr bieten kann und so sind die Alten zu Fremden der eigenen Gesellschaft geworden. Doch - wie bereits erwähnt - nicht nur die Gesellschaft etikettiert den alten Menschen, indem sie ihn anders als die ‚normalen' Mitglieder behandelt. Der alte Mensch selbst empfindet sich ebenso als gesellschaftlichen Außenseiter, denn als Teil der Gesellschaft trägt ironischer Weise auch er die geltenden gesellschaftlichen Konventionen mit sich. Sich selbst unnütz fühlen, sich selbst als Last für andere wahrzunehmen, das Gefühl für nichts mehr gebraucht zu werden und nichts mehr leisten oder bieten zu können, sind Ausdruck dafür. „In einer Zeit, in der man den Menschen dringend nahe legt, sich als ‚Ich-Aktie' zu verkaufen, geraten viele alte Menschen in Sinnkrisen, fühlen sich völlig überflüssig und nur als Belastung für

die Gesellschaft …, weil sie in dieser scheinbar ‚schönen Welt' nichts mehr verloren haben."[8]

„Ab einem bestimmten Alter geht das soziale Sterben vorwiegend mit Statusverlusten einher. Der Zeitpunkt dieses Abwärtstrends ist schwierig zu bestimmen. … Ein sichtbarer Schritt ist auf jeden Fall die Pensionierung. … Ab diesem Zeitpunkt dreht sich die Spirale häufig nur mehr abwärts. Ein letzter einschneidender Punkt auf diesem Weg ist für viele Menschen die Unterbringung im Altersheim."[9] Der amerikanische Psychologe Seligman meinte 1986 dazu: "Wir zwingen sie, sich mit 65 Jahren pensionieren zu lassen, wir stecken sie in Altersheime. Wir ignorieren unsere Großeltern, wir rangieren sie aus - wir sind eine Nation, die alte Menschen der Kontrolle über die für sie bedeutsamsten Ereignisse ihres täglichen Lebens berauben."[10] Einschneidende Erlebnisse wie etwa die angesprochene Pensionierung führen unweigerlich zu irreversiblen, individuell nicht beeinflussbaren Rollenverlusten. Gleichzeitig werden diese Rollenverluste aber nicht mittels ähnlich zentralen sozialen Rollen kompensiert. So ist die Lebenserwartung in der Vergangenheit angestiegen, ohne dass aber die zusätzliche Lebenszeit durch die Gesellschaft strukturiert worden wäre.[11] Eine Ausnahme dieses Phänomens kann beispielsweise die Geburt von Enkeln darstellen, neue familiale Beziehungen können dadurch entstehen. Aber auch der Umzug ins Heim bietet die Chance, neue Kontakte zu entwickeln[12], wenngleich er vom Betroffenen selten als solche erlebt wird.

Oftmals wird die Lage der Alten unserer Gesellschaft als eine Folge von struktureller Isolation, Disengagement, Desozialisation oder Rollenlosigkeit gedeutet. Es soll zu einem gesellschaftlichen Muss werden, dass auch die Älteren auf das soziale Leben Einfluss nehmen und darauf gestalterisch einwirken können. Der Mensch soll wieder Mittelpunkt aller gesellschaftlichen Handlungen werden, denn „Glück generiert sich aus dem Familienverband, dem Freundeskreis und einem funktionierenden Arbeitsverhältnis. Nicht aus Geld. Die Gesellschaft hat sich aber vom familiären und gesellschaftlichen Zusammenhalt zu einer egoistischen One-Man-Show entwickelt."[13] Früher sind Alte in der Geborgenheit ihrer Familie gepflegt worden, heute müssen sie mit der Geborgenheit der Gemeinschaft vorlieb nehmen und das, obwohl das soziale Netz im Vergleich zu früher viel großmaschiger geworden ist. Gleichzeitig sollte die soziale Frage aber immer wichtiger werden, da die Gegensätze der Gesellschaft auf vielen Ebenen immer weiter auseinanderdriften.[14] „ … Wünschenswert wäre es …, wenn sich innerhalb größerer Verbände neue Formen von Solidarität entwickeln. Wo man im weiteren Sinne körperliche und geistige Gesundheit produziert."[15] Doch Staub-Bernasconi meint dazu nur: „Die Idee einer solidarischen, auf Gegenseitigkeit beruhenden Zivilgesellschaft, die nach dem Rückzug des Sozialstaates entstehen soll, ist mit Utopien und fast kindlichen Sehnsüchten überfrachtet und lenkt davon ab, dass unsere Gesellschaft und erst recht die Weltgesellschaft ressourcenmäßig vor allem stark vertikal geschichtet ist."[16] Eine Verbesserung der Pflegesituation ist also vielleicht wirklich nicht aus einem Gefühl der sozialen Verantwortung gegenüber den Alten zu erreichen; eine Annäherung aufgrund auf sich selbst bezogener Gründe und Zukunftsängste wäre eventuell als realistischer einzustufen. Denn nachdem jeder Mensch den Alterungsprozess durchläuft, steht der Umgang mit dem ‚Altsein' auch im persönlichen Interesse jedes Einzelnen und wird somit zu einem öffentlichen, generationsübergreifenden Anliegen. Dies setzt aber anstelle des gedanklichen, sozialen und räumlichen Ausblendens des Phänomens ‚Alter' ein persönliches Annehmen des biologischen Faktums des ‚Älter-Werdens' voraus. In Folge der Verdrängung des eigenen Alterns und Sterbens werden damit zusammenhängende Bereiche wie die Verbesserung von Wohn- oder Lebensformen im Alter ebenfalls beiseite geschoben. Um Altenpflege und -betreuung zu einem zentralen Anliegen der Gesellschaft machen zu können, müsste vorweg eine Annäherung, ein Auseinandersetzen mit diesem sensiblen Thema stattfinden. Erst mit dem Problem vor Augen (nicht hinter zugehaltenen Augen ignoriert) kann sich die Gesellschaft bewusst das Ziel setzen, die vorhandene Situation der alten Menschen zu verändern und zu verbessern. „Nur wenn eine Gesellschaft wieder die Kraft findet, der Faktizität des Alterns und des Sterbens ins Auge zu sehen, hat sie es nicht mehr nötig, die Tötung der Alten zu praktizieren oder sie zu verstecken, in Asyle einzuschließen, in Altenvierteln zusammenzufassen, damit man sie nicht mehr sieht, ja hat sie die Chance zur ‚Würde des Alters' als einer Qualität des Menschlichen einen Zugang zu finden."[17] Denn „es ist ein Unterschied für einen alten Menschen, ob er als lästige Bürde angesehen oder in eine Gemeinschaft integriert wird, deren Mitglieder sich entschieden haben, bis zu einem gewissen Grad ihre Besitztümer zu opfern, um sein Alter zu sichern. Dabei spielt nicht nur seine materielle Situation eine Rolle, sondern auch der Wert, den man ihm beimisst: Er kann gut behandelt und verachtet werden oder gut behandelt und geehrt oder gefürchtet sein. Dieser Status hängt von den Zielen ab, die sich die Gemeinschaft setzt…. Wenn eine Gruppe nichts anderes will, als von einem Tag zum anderen leben, dann ist es ein Verfall, wenn man ein nutzloser Mund wird. Aber wenn sie, mystisch mit den Ahnen verbunden, ein geistiges Weiterleben wünscht, dann inkarniert sie sich im Greis, der zugleich der Vergangenheit und dem Jenseits angehört. … Den Sinn, den die Menschen ihrer Existenz geben, ihr globales Wertsystem: Das ist es, was Sinn und Wert ihres Alters bestimmt. Umgekehrt: Durch die Art, wie sich eine Gesellschaft gegenüber ihren Alten verhält, enthüllt sie unmissverständlich die Wahrheit - oft sorgsam verschleiert - über ihre Grundsätze und Ziele"[18] Der Änderung der Pflegesituation müssen folglich ein Umdenken und eine Bewusstseinsänderung der Gesellschaft vorhergehen, denn „letztlich ist die Art und Ausgestaltung einer Infrastruktur immer bis zu einem gewissen Maß ein Spiegelbild der gesellschaftlichen Prioritäten."[19] und „… in Zukunft ist der Entwicklungsstand einer modernen Gesellschaft auch daran zu messen,

Abbildung 3

Abbildung 4

ob sie … menschenwürdige Formen des Lebensendes entwickelt und stützt."[20]

GESELLSCHAFTLICHE PARTIZIPATION DER ALTEN DURCH IHRE KONSUMKRAFT

Noch immer scheint es, als zähle Jugendlichkeit als einzig sanktioniertes Ideal. Wenngleich Jugendliche offensichtlich als stilbeherrschende Zielgruppe unserer Wirtschaft anerkannt werden, marktbeherrschende Gruppe sind sie nicht, denn das nötige Kapital haben zumeist die Alten. Auch wenn sich die alten Menschen in einer erfolgsorientierten Gesellschaft, wie der unserigen, auf sozialem Wege nur mehr sehr wenig erwarten dürfen, als Konsument wahrgenommen zu werden birgt die große Chance. Denn eine der wenigen Möglichkeiten im Alter in der Gesellschaft noch integriert zu bleiben, stellt die Kaufkraft eines alten Menschen dar. „Auch das postmoderne Marketing hat längst erkannt, dass mit der alten Generation ein kaufkräftiger Markt erschlossen werden kann."[21] Wer als alter Mensch kaufkräftig ist, darf sich erhoffen zumindest als Konsument anerkannt, umworben und sogar geschätzt zu werden. Die Isolation kann somit durch eine Investition in diverse Angebote, wie beispielsweise Seniorencomputerkurse, -reisen, -theatervorstellungen, … verhindert werden.

Aber nicht nur die großen Konsumkonzerne haben die Kaufkraft der Alten für sich erkannt. In einer Zeit, in der die staatliche Pension ins Wanken gerät und man sich wohl oder übel damit abfindet, zumindest bis zu einem gewissen Teil für seine Altersvorsorge selbst aufkommen zu müssen, möchte man dafür im Gegenzug wenigstens etwas geboten bekommen. „We have entered the age of consumerism in healthcare. Healthcare organizations must understand the link between satisfied patients and the generation of revenue."[22] Bislang wurde auf diesem Gebiet der wichtigste Beteiligte, der Alte als Kunde und Konsument, vernachlässigt. Nach dem Prinzip des Konkurrenzkampfes sei diversen Alteneinrichtungen empfohlen, die Wünsche der Alten berücksichtigen. Wenn man sich durch diverse Internetseiten von hochpreisigen Seniorenresidenzen durchklickt, erkennt man, dass dies bereits geschehen ist. Kobus zeigt im Folgenden auf, worauf hierbei Wert gelegt wird: „… healthcare organizations must become consumer driven. Consumers are increasingly demanding:

- participation in healthcare information and decisions
- a greater choice of providers
- better relationships with their providers
- respect, dignity, compassion and empathy
- open and ongoing communication so that their views and wishes are considered, and expectations met
- continuity of care
- timely, convenient, and reliable services provided in a high-quality and caring environment"[23]

Zumindest in den teuren Sun Cities ist das Service für Alte verbessert und die Qualität des Lebens durch eine Veränderung des Verhältnisses zwischen Anbieter und Konsument, gehoben worden. Denn hier ist der Kunde König, sofern er gut zahlt. Zwar ist das eine wenig erfreuliche Nachricht für den Mindestrenter und die Pensionistin, die sich selbst in ihren guten Tagen nichts auf die Seite legen konnte, doch wenigstens wird man als zahlender Alter würdig behandelt - was schließlich nicht selbstverständlich ist.

Ob allerdings eine tatsächliche Integration in die Gesellschaft erkauft werden kann ist fraglich. „Einerseits werden ‚Die Alten' als Produzenten aus dem Erwerbsleben und aus der Gesellschaft abgeschoben, andererseits jedoch werden sie, sobald sie sich mit diesem neu kreierten Etikett identifizieren, als Konsumenten wieder teilintegriert. Sie können sich das Dazugehören erkaufen."[24] Der Verdacht, mit der Schaffung einer Kategorisierung der Alten in ‚Best Ager', ‚60+', … Marktsegmente zu erschließen, drängt sich auf und bewahrheitet sich schließlich. Alte Menschen werden somit von der Wirtschaft in einzelne Kategorien eingeteilt, die wiederum unterschiedlich interessant für diese sind. Anzumerken ist hierbei, dass es allerdings ein Alter gibt, in dem man selbst der Ökonomie zu alt ist, d.h. an der Gruppe der Hochbetagten zeigt niemand mehr Interesse, denn hier ist kein Geschäft mehr zu machen. Selbst die ursprünglich von Gerontologen getroffene Klassifizierung von alten Menschen in ‚junge

Alte', ‚Menschen im dritten/vierten Lebensalter', ‚Hochbetagte', ‚aktive Alte', … zeigt mittlerweile nur mehr, dass die jungen, aktiven Alten eigentlich gar nicht zu den Alten dazuzuzählen wären. Ganz nach dem Motto ‚The young old are on the move', haben die jungen Alten ein hohes Ausmaß an Optimismus, Aktivität und Vitalität; erfreulicher Weise reicht dieses ‚junge Alter' bis in späte Lebensphasen hinein. Trotzdem stellt das darauf folgende hohe Alter eine enorme Herausforderung an psychische Widerstandsfähigkeit und Bewältigungskapazität dar und ist nicht mehr durch dieselben Merkmale wie das ‚junge Alter' charakterisierbar.

Unterstützt von der Werbeindustrie werden die pflegebedürftigen Hochbetagten sogar aus der Konsum-Welt verbannt. Man konzentriert sich auf die Gruppen, welche als gewinnbringend eingestuft werden. Durch äußerst effiziente Werbekampagnen werden Menschen angesprochen, auch jene, die eigentlich noch gar nicht ‚alt' sind. Der völlig übertriebene Anti-Aging-Trend und Jugendwahn zeigt deutlich, dass bereits bei jungen Konsumentengruppen die Angst vor dem Alter vorhanden ist und weiter geschürt wird. Wie sonst wären Antifaltenprodukte, die eine Zielgruppe von 20- bis 30jährigen haben, zu erklären? Meine Interviewpartnerin Me. meint dazu: Heute werden Menschen nur mehr als Maschinen, die stets regenerierbar sind, gesehen. Vorgetäuscht wird alles durch Fitnessstudios, Solarstudios, … Gegen all diese Dinge wäre nichts einzuwenden, wenn es auf einem vernünftigen Weg geschehen würde. Wenn die Arbeit nicht anstrengend sein darf, weil das ungesund ist, ich aber in der Freizeit Gewichte heben gehe um kräftig zu bleiben, dann stimmt etwas nicht. Alt darf man nicht werden, weil dann die Schönheit vergeht, weil die Arbeitskraft sinkt … Hier wird völlig auf den Lebensbogen vergessen. Ein Leben beginnt klein … und am Höhepunkt dieses Lebens wird alles wieder rückläufig. Die Kraft sinkt, die faltenlose Schönheit ist dahin und so manches Wehwehchen stellt sich ein." Wir dürfen heutzutage nicht mehr altern und alt werden, nicht einmal als Konsumenten.

„Nicht nur in der sozialen Arbeit, aber auch dort, gibt es eine unübersehbare Tendenz, ihre Organisationsstrukturen, Prozesse und Methoden neoliberalem, sozialwirtschaftlichen Denken und den dazugehörigen betriebswirtschaftlichen Instrumenten zu unterwerfen."[25] In diesem Zitat spricht Staub-Bernasconi Aussagen, wie die von Lohfert an. Er bezieht sich zwar auf das Krankenhauswesen, doch bis zu einem gewissen Grad ist seine Annahme sicherlich auf Seniorenresidenzen und ähnliche Einrichtungen übertragbar. „Die strategische Planung von Krankenhäusern kann (wie in anderen Wirtschaftbereichen auch) durch die Portfoliotechnik unterstützt werden. Die Untersuchungen von Henderson (1974) über Erfahrungskurven und die Integration des Produkte-Lebenszyklus ermöglichten die Übertragung auf die strategischen Planungen in anderen Unternehmensformen. Die Portfoliomethode lässt sich bei Modifikation und Einschränkungen auf die strategischen Fragen der Krankenhäuser übertragen; dies gilt umso mehr, je stärker die Krankenhäuser durch neue Finanzierungssysteme in die Richtung von ‚Unternehmen' gedrängt werden."[26] Auch Verderber spricht das Unternehmerische der Gesundheitseinrichtungen an und bemerkt die negativen Folgen dieser Entwicklung: „The late-century wave of building activity resulted, more often than not, in the homogenization … of the health industry. Many providers were eager to build blindly in the rush to attain market share."[27] Doch die gesamte Altenbetreuung in das Licht der unternehmerisch konkurrierenden Residenzanbieter zu stellen, wäre fatal. Denn viele Institutionen können schlichtweg keine Gewinne für sich verbuchen, denn sie werden immer soziale Einrichtungen bleiben und können als solche nur Verluste erwirtschaften. „You always have to be careful about applying market forces in healthcare because the values of the marketplace say if something isn't a profit center we cut it out. And in health care there are things we need that are not profitable."[28] Dies wird ebenso in der Berliner Altersstudie aufgegriffen: „Es gibt große Defizite in der Entwicklung von Chancen für ein subjektiv ‚produktives' und selbstgesteuertes Alter über die passiven Rollen als Konsumenten und als Objekt der Sozialpolitik hinaus. Produktivität im Alter muss in einer Weise verstanden werden, die sich von Vorstellungen wirtschaftlichen Nutzens löst."[29] So Staub-Bernasconi: „Für die Zukunft heißt dies, dass es in der sozialen Arbeit nicht nur um die möglichst effiziente Abfertigung von Einzelfällen gehen kann, sondern ebenso um die professionelle, kreative und fachpolitische Gestaltung des Sozialen in Familien, Nachbarschaften, Gemeinwesen, insbesondere in sozialen Brennpunkten und Organisationen."[30]

VON ALTENBURGEN UND TOTENBERGEN: ISOLATION UND GHETTOISIERUNG

„Die moderne Gesellschaft hat bereits Sterbeplätze geschaffen, wie es die Totenberge im alten Japan waren, auf die die Alten zum Sterben gebracht wurden. Es gibt sie, aber niemand spricht es aus."[31] Überzeichnet formuliert sind die herkömmlichen Altersheime unserer Gesellschaft reale Manifestation dieser Totenberge. Denn sie bilden eine Konzentration einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, nämlich die der Alten. In ‚sicherer Entfernung' werden die alten Menschen außerhalb der Gesellschaft ‚deponiert'. In ‚Hochburgen der Alten', verweilen sie ab- und ausgegrenzt. „Die Bewohner leben in ihrer eigenen kleinen Welt. Es gibt ein ‚drinnen' und ein ‚draußen'. Die Schwelle dazwischen wird nur selten überschritten."[32] „Freunde und Verwandte bilden die Nabelschnur zur Außenwelt. Durch sie wird reales Leben an die alten Menschen herangetragen."[33] Bleibt begehrter Besuch aus, bleibt oft der Blick aus dem Fenster – um nicht zu sagen, der Blick in die Freiheit – als einzige Verbindung zur ‚normalen' Außenwelt. Der sehnsüchtige Blick von alten Menschen aus ihren Fenstern ist bekannt. Vor allem ältere Einrichtungen verfügen nicht einmal über Balkone, und eventuell nahe liegende Park- oder Grünflächen können oft nur mit

Abbildung 5

Abbildung 6

Hilfe des Personals oder des Besuchs erreicht werden; weshalb eine starke Abhängigkeit besteht. Gründe, weshalb sich viele Heimbewohner beinahe lieber in den Gängen und nahe dem Eingangsbereich als in den Aufenthaltsräumen aufhalten, mögen die Geschäftigkeit, die sich dort abspielt und das ‚Kaum-Erwarten-Können' des Besuchs, der gleich beim Eingang empfangen werden soll, sein. In manchen Einrichtungen gibt es noch nicht einmal Gemeinschaftsräume; beispielsweise in jenem, in dem Me. arbeitet. Doch vielleicht fühlt sich der eine oder die andere am Gang der ‚realen Welt draußen' sogar ein Stück weit näher.

Der alte Mensch wird gemieden, denn ein gemeinschaftliches, generationenübergreifendes Leben wird in unserer Gesellschaft nicht praktiziert: „Zu keiner Zeit haben die Menschen im Lauf ihres Lebens so viele Begegnungen gehabt wie heute. Und doch berühren andere uns kaum. Wir haben akzeptiert in einer pluralistischen Gesellschaft zu leben. Leben aber im stillschweigenden Einverständnis, dass Pluralismus ein Hinzuaddieren von etwas zur Gesellschaft ist. … Die eigenen Überzeugungen bleiben unangetastet. … Nur wenn Menschen miteinander leben, sich auf Augenhöhe begegnen, treten sie in Austausch, leben in der Gemeinschaft. Wir hingegen ziehen uns vermehrt ins Private zurück. - Und rauben … unseren Beitrag an der Gesellschaft. Diese aber ist nicht die Summe der Privatpersonen, sondern die des Öffentlichen."[34] Diese Aussage außer Acht lassend, werden alte Menschen in den Heimen nahezu gänzlich isoliert und können so schnell zu Opfern der Teilnahmslosigkeit ihrer Verwandten, des Personals, der Politik und der Gesellschaft an sich werden.

DARÜBER SPRICHT MAN NICHT: TABUTHEMEN ALTER, ALTERN, STERBEN UND TOD

Es gibt Menschen, die sich bei Zeiten mit ihrem Schicksal auseinandersetzen, die sich damit abfinden, mit dem Leben abzuschließen um so ruhig in Frieden einschlafen zu können. Dem steht jedoch ein ‚Nicht-akzeptieren-können', sich bis zum Ende gegen den Tod zu wehren und so einen schweren inneren Kampf austragen zu müssen gegenüber. Vermutlich besteht ein Zusammenhang zum Leben selbst, ob ein Sterbender kämpfen muss oder sich seinem Schicksal fügt. So oder so, „das Pflegeheim ist häufig die Endstation für alte Menschen. Hier vollzieht sich die letzte Phase ihres Sterbens."[35] Meine Interviewpartnerin Me. schildert aus ihrer Erfahrung, dass das Gefühl für den Tod bereit zu sein und die Hoffnung auf Erlösung von Schmerzen oder Einsamkeit negative Gefühle, wie etwa Angst und Panik, bei den Heimbewohnern überwiegen; trotzdem besteht große Ungewissheit. Weiters meint sie: „Die Gesellschaft kann leider mit dem Tod gar nicht umgehen. Der wurde verbannt aus dem Denken. … Und der Tod ist überhaupt kein Thema. Wir müssten uns auf das Leben besinnen, dann könnten wir auch an den Tod denken." Auf die Frage, warum dies so sei, antwortet Me. mir: „Weil es [das Sterben] die Begrenztheit aufzeigt. Wir können nicht immer nur gut, schön, arbeitstüchtig, etc. sein. Das macht die Menschen ängstlich. Versagen bis zum Tod - ohne Sinn und Wert gefunden zu haben ist durchaus Angst erregend."

Der Grund, weshalb die Alten unserer Gesellschaft ‚ausrangiert', in institutionelle Altenheime ‚verfrachtet', somit in ‚Altenburgen' isoliert werden und ‚Altenghettos' entstehen ist in den tief verwurzelten Urängsten der Menschheit vor dem Tod zu finden. Die Auslagerung des Todes aus unserer Gesellschaft führt zwangsläufig zu einem Ausgrenzen der alten Bevölkerung aus der Gemeinschaft. So meint Koch-Straube hierzu: „Die gesellschaftliche Funktion von Pflegeheimen ist die arbeitsteilige Übernahme der Versorgung kranker, behinderter alter Menschen, die auf andere Weise nicht mehr sichergestellt ist und die damit verbundene Separierung alter Menschen und ihrer Versorgungsweisen aus der Alltagswelt und dem öffentlichen Bewusstsein."[36] Durch das Wegschieben des Todes - „und Wegschieben, das ist es, was man tut, wenn man den Tod in Altenheime und oft sogar von diesen aus noch weiter in Krankenhäuser verbannt"[37] – wird das Thema weiterhin ‚totgeschwiegen' und dadurch die Chance auf eine reife Form der Todesbewältigung vergeben.[38] Der Sterbeprozess und der Tod sind so aus der Gemeinschaft verschwunden „und damit unsichtbar

geworden. Es fehlen somit wichtige Erfahrungen und der Tod ist mit starken Berührungsängsten verbunden."[39], was wiederum dazu führt, dass diese Themen verdrängt werden - ein Teufelskreis. Vermutlich ist es unvorstellbar „ … was es für Sterbende bedeutet, wenn sie - noch lebend - fühlen müssen, dass sie von den Lebenden bereits aus ihrer Gemeinschaft ausgeschlossen sind."[40]

Obwohl das Sterben im philosophischen Sinne betrachtet ein Prozess ist, der eigentlich schon bei der Geburt beginnt und der Tod ein natürliches Ereignis ist, so verursacht der Gedanke an das Altern, das Sterben und den Tod trotzdem starke Verunsicherung und somit auch Ängste, denn „der körperliche Verfall führt die Vergänglichkeit des menschlichen Lebens täglich vor Augen."[41] Mit der für die westlichen Industriegesellschaften charakteristischen Rückläufigkeit (kirchengebundener) Religiosität verlieren auch Erklärungsmodelle für die Zeit nach dem Tod an Bedeutung. Eine sinnhafte Einordnung des Sterbens und des Todes wird somit verstärkt in die Eigenverantwortung des Einzelnen verlagert, welcher oftmals mit dieser Situation überfordert ist.

„Neben der Sexualität ist der Tod jenes Thema, das stets auf die eine oder andere Weise Anstoß erregt. Was selbstverständlich absurd ist - im Unterschied zu anderen Ereignissen trifft der Tod schließlich alle, ausnahmslos alle. Ob es einem bekommt über den Tod zu sprechen, ist etwas anderes, worüber sich womöglich diskutieren ließe."[42] Meine Frage, ob es nun ‚gut täte' über den Tod, das Sterben und das Alter zu sprechen beantwortete meine Interviewpartnerin Me. mit einem eindeutigen ‚Ja'. Ab welchem Zeitpunkt? - „Von Kindesbeinen an. Der Tod beginnt mit dem Leben; ich hatte nie Probleme mit meinen Kindern darüber zu reden. Dass der Tod ein schmerzliches Ereignis ist, wird nicht angezweifelt. Die Trauer gehört ebenfalls dazu." Unter den Bewohnern sei das Thema Tod natürlich ein Gesprächsstoff: „Es wird in der Regel nicht negativ geredet, sondern eher feststellend, dass man schon genug gelebt hat und das Alter zum Sterben erreicht wäre. Ich finde es ganz natürlich, dass dieses Thema von sehr betagten Menschen immer wieder angeschnitten wird. Sie machen sich bereit und beschwindeln sich nicht selbst. Ich sehe das als abgeklärt an." Dennoch, laut Berliner Altersstudie beschäftigen sich nur 30% der über 70jährigen stark oder sehr stark mit ihrem Sterben und Tod. „Auch bei spontanen Selbstbeschreibungen wurde das Thema Sterben und Tod nur von 7% der BASE-Teilnehmer genannt."[43]

Nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in den Alteneinrichtungen selbst, von denen man eigentlich erwarten würde, dass dort auf eine offene und unverkrampfte Art und Weise mit Sterbenden umgegangen wird, sind das Altern, das Sterben und der Tod in gewisser Weise trotzdem noch Tabuthemen. Vielleicht stellen sie sogar eine erhöhte Konzentration an Verdrängungstendenzen dar. Nicht zuletzt ist daran auch unser hoher medizinischer Standard mitschuld, denn „der gute Tod findet heute in hohem Alter und unter medizinischer Überwachung statt. Es wird Wert auf eine zutreffende medizinische Diagnose und auf eine gute Behandlung gelegt."[44] Oft werden sterbende Menschen deshalb noch in ein Krankenhaus gebracht; das Heimpersonal kann so die Verantwortung an die dortigen Ärzte übertragen. Doch „einen alten, sterbenden Menschen in ein Krankenhaus zu bringen heißt, ihn großen Strapazen auszusetzen. Die Fahrt mit dem Krankentransporter, die fremde Umgebung und all die Untersuchungen, die an dem Sterbenden noch vorgenommen werden, stellen eine große Belastung für ihn dar. … Viele von ihnen verbringen ihre letzten Stunden in einem anonymen Krankenhauszimmer, in dem sie sich noch fremder fühlen als im Altenheim."[45]

Medizinisches und pflegerisches Personal sind in ihren Entscheidungen - der Festlegung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren - enormer Unsicherheit ausgesetzt; nicht nur in ökonomischen, sondern insbesondere in medizinischen Auswirkungen ihrer Entscheidungen. Diese Beklommenheit überträgt sich auf den Umgang mit den Patienten. Es ist bisher nicht gelungen, dieser Situation durch notwendige Betreuung für das Personal zu begegnen. „Sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal und Angehörige befällt im Angesicht des Todes oft eine lähmende Hilflosigkeit. Ärzte lernen in ihrer ganzen Ausbildung nur mit lebenden Menschen (oder besser mit lebenden Körpern) umzugehen."[46] In der Altenpflege ist der Mediziner mit seiner Entscheidung dem Tod immer näher als bei einem Patienten, der sich aufgrund seiner jugendlicheren, körperlichen Verfassung in einem besseren Gesamtzustand befindet. Die Befürchtung einen Patienten zu verlieren ist folglich in der Altenpflege immer latent vorhanden. Die Tatsache, dass selbst bei einer korrekt getroffenen medizinischen Anordnung der Patient womöglich verstirbt, hilft nicht über Gedanken hinweg, was wohl gewesen wäre, wenn … Das Eingeständnis, dass „eine Verlängerung des Lebens … in vielen Fällen gleichbedeutend mit einer Verlängerung des Sterbens und somit des Leidens"[47] ist, sollte in medizinischen Kreisen gemacht werden. Der Tod eines Patienten wird in vielen Fällen immer noch mit dem Misserfolg oder dem Versagen eines Arztes gleichgesetzt[48] und ein Großteil der Mediziner und des Pflegepersonals empfindet es als unethisch den Tod eines Patienten zu akzeptieren, selbst im Kontext des eigentlichen Sterbeprozesses, denn die moderne Medizin müsste es schaffen den Triumph für sich zu erringen.[49] Es würde helfen „… to provide a high degree of support to the patient while unequivocally accepting the conditions of the illness."[50], also das Faktum ‚Tod' zu akzeptieren und so dem Sterbenden bei seinem ‚letzten Weg' beizustehen.

Die in der menschlichen Natur verwurzelten Urängste vor dem Tod können zumeist auch in den angesprochenen Institutionen nicht verarbeitet werden; weder von den Betroffenen selbst noch von Angehörigen, nicht vom Pflege- und Betreuungspersonal oder den behandelnden Ärzten. „Erweiterte und veränderte Konzepte der Heilung alter Menschen und Sichtweisen, die die Zeit des Aufenthaltes im Pflegeheim als eine Phase des Überganges vom Leben zum Tod wahrnehmen und gestalten helfen, befreien

MitarbeiterInnen von dem Druck unerreichbarer, ja falscher Anforderungen, erhöhen die Zufriedenheit mit den eigenen Arbeitsleistungen, stärken das eigene Selbstbewusstsein und die Akzeptanz der Grenzen des Einflusses und der Verantwortung."[51]
Der Tod wird in gewisser Weise immer ein Geheimnis, ein kaum begreifbares oder erfassbares transzendentales Ereignis bleiben. Dennoch sollte die Scheu davor abgebaut werden; das kann wiederum nur geschehen indem das Altern, das Sterben und der Tod nicht mehr länger Tabuthemen in unserer Gesellschaft bleiben. Nur so kann ein ernstzunehmendes Auseinandersetzen mit diesen natürlichen Gegebenheiten stattfinden und folglich die Situation von Betroffenen, aber auch jene von Angehörigen und Betreuern, verbessert werden.

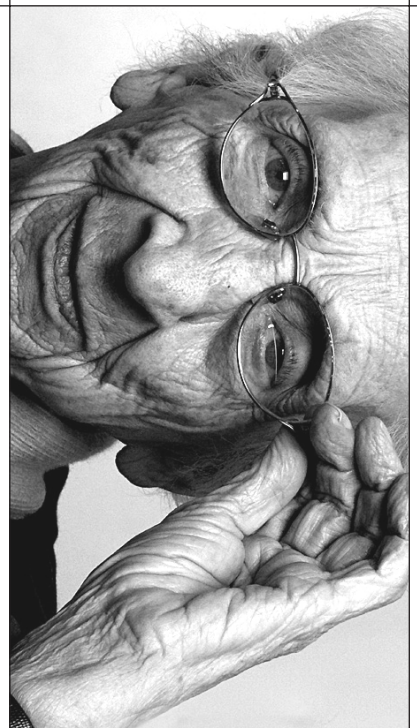
ISOLATION IN DER ISOLATION: STERBEZIMMER UND AKUTZIMMER

Neben Krankenhäusern stellen Altersheime eine mögliche letzte Auffangstelle für Sterbende dar. Die Frage, die sich nahezu aufdrängt ist, ob es in diesem Umfeld möglich ist, einen offeneren Umgang mit dem Tod zu praktizieren. Allerdings kommt ein wenig das Gefühl auf, dass sich an diesen Stätten des Sterbens die Verdrängung des Todes nur verdichtet. „In einem Altersheim ist der Tod ständig präsent und es ergibt sich … überdurchschnittlich häufig eine Konfrontation mit ihm. Doch auch in diesen Institutionen spiegelt sich der allgemeine gesellschaftliche Umgang mit dem Tod wider."[52] Es ist bezeichnend, dass sogar hier die Sterbenden weiter abgeschoben werden: zum einen ins Krankenhaus, zum anderen in Sterbezimmer - so genannte Akutzimmer. „Solche ‚Separierzimmer' können sehr gut zum Verstecken und Abschieben von schwer Kranken und Sterbenden verwendet werden."[53]
Man darf sich allerdings nicht vorstellen, dass jene Einrichtungen, die nicht über solche Räumlichkeiten verfügen einen offeneren Umgang mit den Sterbenden pflegen. So aus einem Erfahrungsbericht: „Wenn einer zum Sterben war, wurde er hinausgeschoben und in das Badezimmer oder eine Abstellkammer gebracht. Dort war er dann auf sich allein gestellt."[54]
Dabei sind „Vertrautheit und die gewohnte Umgebung … wichtige Voraussetzungen für eine individuelle Sterbebegleitung. Sterbende sollten daher nicht vom ‚normalen Leben' einer Station, eines Bereiches verlegt werden. Die Einrichtung eines so genannten Sterbezimmers ist grundsätzlich abzulehnen. Gewohnte Räumlichkeiten, persönliche Gegenstände und vertraute Personen erleichtern und ermöglichen die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation und vermitteln Erinnerung und Normalität."[55] Auch meine Interviewpartnerin Me. findet eine solche Trennung nicht sinnvoll: „Wir wollen durch das ‚Nicht-Trennen' den Sterbenden vermitteln, dass sie uns bis in den Tod wertvoll sind. Sie werden nicht vorzeitig aus dem Zimmer geschoben und bekommen, so es möglich, ist Beistand im Sterben. Zum Schluss können sich die Mitbewohner noch verabschieden. Schließlich sind sie eine kleine Strecke gemeinsam unterwegs gewesen. Die Einmaligkeit eines jeden Menschen hört im Tod nicht auf, das vermittle ich den Pflegepersonen sowie den Angehörigen und den Mitbewohnern."

1 EGY, 2004, S.27
2-4 KRU, 2004, S.1
5 MAAS, 1999, S.543
6 ASS, 2006, Vorwort
7 FELD, 1997, S.84 f
8 EGY, 2004, S.17
9 ZWE, 2001, S.39
10 FELD, 1997, S.34
11 RIL, 1992, S.437-460
12 BAWA, 1991, S.311-337
13 WER, 2006, S.19
14 WEI, 2006, S.19
15 HELL, 2006, S.38
16 STAUB, 2006, S.42
17 PETZ, 1997, S.274
18 BEAU, 1977, S.110
19 LANG, 1996, S.250
20 MAYB, 1999, S.630
21 EGY, 2004, S.15
22, 23 KOB, 2000, S.4
24 EGY, 2004, S.19
25 STAUB, 2006, S.41
26 LOH, 2005, S.87
27 VERD, 2000, S.276
28 GOT, 1999
29 MAYB, 1999, S.630
30 STAUB, 2006, S.41
31 GRON, 1991, S.250
32 ZWE, 2001, S.46
33 ZWE, 2001, S.54
34 WWW-REI
35 ZWE, 2001, S.74
36 KOCH, 1997, S.230f
37 ZWE, 2001, S.164
38 KNO, 1993, S.256 f
39 ZWE, 2001, S.78
40 ELI, 1982, S.99
41 ZWE, 2001, S.75
42 ARD, 1994, S.8
43 MAYB, 1999, S.603
44 FELD, 1997, S.92
45 ZWE, 2001, S.103
46, 47 ZWE, 2001, S.111
48 VERD, 2000, S.84
49 KOL, 1977, S.65 ff
50 VERD, 2000, S.85
51 KOCH, 1997, S.361
52 ZWE, 2001, S.77
53 ZWE, 2001, S.92
54 ZWE, 2001, S.91
55 RÖH, 1992, S.72

Abb.1, 2 WWW-FOT
Abb.3 WWW-EPI
Abb.4,5, 6 WWW-FOT

DIE MOMENTANE PFLEGEREALITÄT UND IHRE PERSPEKTIVEN



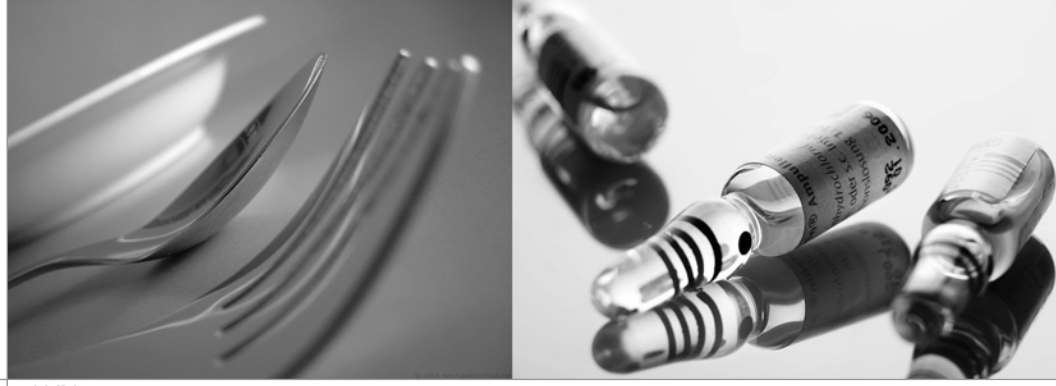


Abbildung 1

SATT - WARM - SAUBER: DIE ‚VORTEILE' DES HEUTIGEN PFLEGESTANDARDS

Henry beschrieb nach der Untersuchung von Einrichtungen für alte Menschen in den 1960er Jahren eines der öffentlichen Sanatorien und die Bewohner dessen wie folgt: „ ... they feel they're not human, and from this comes anguish that expresses itself in clinging. But silence is not the only form of dehumanizing communication to which these people are exposed. Empty walls, rows of beds close together, the dreariness of their fellow inmates, the bed pans, the odors, the routinization, all tell them they have become junk. Capping it all is the hostility of the patients to one another and the arbitrary movement from place to place like empty boxes in a storeroom. At the end is a degraded death."[1] Henry kommt zu dem Schluss, dass die Einrichtungen, die am besten abgeschnitten haben, zwar die physischen Bedürfnisse der Patienten erfüllen können, aber dennoch hinsichtlich der Seelsorge große Versäumnisse aufweisen. Vierzig Jahre sind seit Henrys Untersuchung und Aussage vergangen, doch hat sich etwas Grundlegendes verändert?

Wir stehen im Grunde genommen noch immer auf dem Niveau der ‚Satt- und Sauberpflege'. Gerontologen zeigen auf, dass soziale und psychische Aspekte der Pflege nach wie vor im Hintergrund stehen, und dass dieser fehlende Input zu Verabsäumnissen der Weiterentwicklung und Verbesserung der Situation beitragen.[2] Dies wird auch von meiner Interviewpartnerin Me. bestätigt, die die Vorteile ihrer Einrichtung durch die drei Adjektive ‚warm – satt – sauber' angibt; die Nachteile seien eine „wenig persönliche oder ganzheitliche Pflege". Auf meine Frage, was sie sich denn anders wünschen würde, antwortete Me. mir, „dass alte verwirrte Menschen verstanden werden, dass man ihnen etwas zutraut, dass sie ernst genommen werden, und die Pflege sich nicht nur um Waschen, Essen und Sauberhalten dreht!" Um einen Einblick in die Aufteilung in ihrem Berufsalltag habe ich sie gebeten und prompt nachfolgende Antwort erhalten: Auf der Station würde in etwa 80% der Arbeitszeit für medizinisch körperliche Tätigkeiten verwendet werden, wohingegen nur mehr die verbleibenden 20% der Zeit für die seelische und psychologische Betreuung übrig blieben. Die medizinische Pflege (z.B. Medikamentenverabreichung) macht den Großteil der Beschäftigung aus, gefolgt von körperlicher Pflege (z.B. Reinigung, Umlagerung). Ein Heimbewohner hat nur fünf Mal im Jahr Gelegenheit zu einer ‚besonderen Aktivität' wie zum Beispiel einem Ausflug, alle fünf Wochen kann ein Friseur- oder Pedikürtermin in Anspruch genommen werden, welcher zu einem Highlight wird, in einem Leben, welches vornehmlich aus Wartezeit besteht. Die Hälfte ihres Tages verbringt Me. mit bürokratischen Erledigungen (z.B. Karteieintragungen), das aber aufgrund ihrer Position als Leitungsstellvertreterin ist.

Auch in der Literatur findet sich lautstarke Kritik an der beschriebenen ‚Satt-und-Sauber'-Pflegestrategie: „Die Versorgung alter Menschen in Heimen bezieht sich in erster Linie auf ihre körperlichen Bedürfnisse. ... Diese werden nicht mehr bewusst als Menschen wahrgenommen, sondern nur mehr als zu versorgende Körper."[3] Es ist nicht weiters verwunderlich, dass sich viele Heimbewohner als wertlos empfinden: „Ihrer sozialen Rollen enthoben, und eingegliedert in das System des Heimes reduziert sich die Präsenz der Bewohner häufig auf ihren Körper."[4] Sie werden also auf ihren Körper reduziert, und genau dieser ist es, der ‚versagt' und nicht mehr ‚funktioniert'; es findet eine Reduktion und Konzentration auf die Schwachstelle der Alten statt. Scholdan sagt in einem Interview: „Ich weiß nicht, wie das Glück ausschauen kann, aber ich weiß, wie Leute unglücklich sein können, was für Enttäuschungen es gibt und was Vernachlässigung und Zerstörung bewirken."[5]

Wenn grundlegende physische Bedürfnisse erfüllt sind, sollte sich die Aufmerksamkeit auf Bedürfnisse ‚höheren Niveaus', nämlich auf diejenigen, die mit einem höheren Grad an Selbstverwirklichung verbunden sind, konzentrieren.[6] Doch wartend verbringen die alten Menschen ihren Heimalltag: Wartend auf die Morgenpflege, wartend auf das Frühstück, wartend auf die Medikamente, wartend auf das Mittagsessen, ...wartend auf das Sterben. „Sie haben keine Aufgaben mehr zu erfüllen, und werden nicht mehr gebraucht."[7] Das einzige, was ihnen bleibt, ist jegliche Form der

Ablenkung etwa durch den Fernseher oder das Radio. Als von den meisten gerne angenommene Abwechslung gelten Basteln, Kartenspielen und ähnliches. „Die alten Menschen bedürfen aber nicht nur eines Zeitvertreibs, auch eine umfassende psychosoziale Betreuung wäre von Nöten. Gespräche gegen die Einsamkeit, Berührungen und Zuwendung für jeden Einzelnen könnten helfen, eine gewisse Leere zu füllen. Einige der Beschäftigungsmöglichkeiten, die den Bewohnern geboten werden, erinnern aber eher an jene, mit denen man kleinen Kindern im Kindergarten die Zeit vertreibt."[8] Einem reifen Erwachsenen würde allerdings „schöpferisches Gestalten im Dienste einer Persönlichkeitsentwicklung, nicht zum Zwecke der bloßen Beschäftigung"[9] zustehen.

Keine Frage, „manche Menschen blühen richtig auf, wenn sie in ein Heim übersiedeln. Sie freuen sich, dass sie nicht mehr alleine sind und, dass sie sich gut versorgt wissen. Sie knüpfen neue Kontakte und beteiligen sich an Veranstaltungen und Aktivitäten die vom Heim geboten werden."[10] Diese sind allerdings eindeutig in der Minderheit. „Es gibt so viele Menschen, die irgendwo sind, denen aber das Wollen dort zu sein, wo sie sind, fehlt."[11] Die meisten wären vermutlich am liebsten in ihrer eigenen Wohnung, zu Hause. Zum Teil gibt es Angehörige, die den alten Menschen ‚abschieben', oft - so Me. - weil sie den Partner, Elternteil, … zu lange ohne professionelle Hilfe selbst gepflegt haben und ab einem bestimmten Zeitpunkt einfach nicht mehr können, manche aus Bequemlichkeit und manche wiederum verkraften psychisch den Verfall eines Angehörigen im Alter nicht.

Ein Grundproblem, wenn nicht sogar eines der Hauptprobleme ist die Tatsache, dass vorhandene Einrichtungen der enormen Nachfrage an Betreuungsplätzen nicht nachkommen. Es werden weit mehr Betten gebraucht als zur Verfügung stehen. Folglich werden freie Kapazitäten ausschließlich an besonders Hilfe- und Pflegebedürftige, denen keine Alternativmöglichkeit mehr offen steht, vergeben. Grob gesprochen: Man geht heute in ein Heim, wenn sonst nichts mehr geht. Alten Menschen, die fit, mobil und agil sind, wird in vielen Fällen die Chance genommen sich für ein Leben mit Assistenz zu entscheiden, indem ihnen Lasten des Alltags abgenommen werden um sich den Dingen widmen zu können, für die früher nie Zeit war. Zugegebener Weise ist folglich die Freizeitgestaltung der zum Großteil körperlich und geistig beeinträchtigten Menschen schwierig. Man darf sich die meisten Neuankömmlinge eben nicht als agile, unternehmungslustige, fitte ‚junge Alte' vorstellen; viele sind aufgrund ihrer Einschränkungen passiv und bettlägerig. Sowohl Ma. als auch Me. geben an, dass nicht immer für jeden eine passende Beschäftigung gefunden werden kann, wenngleich es aber keinen Zustand gebe, in dem gar keine Beschäftigung mehr möglich sei. Me. erklärt, dass es allerdings sehr großes Fingerspitzengefühl bedarf, einen Sterbenden zu ‚beschäftigen', sie nennt in diesem Zuge „Hand halten, leise summen und singen oder von schönen Dingen erzählen."

Die Freizeit bei einem in Pension lebenden alten Menschen dauert den ganzen Tag an; vielen alten Menschen wird der Tag schlicht zu viel und zu lange: „Das Gefühl für den Verlauf von Zeit ist Ausdruck dafür, wie sehr der tatsächliche dem vom Organismus angestrebten Handlungsverlauf entspricht. Die Zeit wird beispielsweise als verkürzt wahrgenommen, wenn neue Bedürfnisse entstehen und der Tatendrang anwächst. Die Zeit vergeht also langsam, wenn man eigentlich schneller ans Ziel kommen möchte, oder sie vergeht zu schnell, wenn man noch gar nicht so schnell ‚ankommen' möchte."[12] Aus der BASE-Studie geht hervor, dass ältere Menschen Abläufe als langsamer vergehend wahrnehmen und es zeigt sich eine schwache Tendenz, dass diese zu viel Zeit haben. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu der häufig durch alte Menschen getätigten Aussage, die Zeit würde immer schneller vergehen.[13] Wenn der Tag zu lange dauert, Besuch ausbleibt, geeignete Beschäftigungen rar sind und niemand da ist um ab und zu ein persönliches Gespräch zu führen, darf es nicht weiter wundern, wenn sich im Heim lebende Alte einsamer fühlen als Menschen in Privathaushalten.[14]

Die momentane Situation in herkömmlichen Heimen wird als Endstation empfunden, sie ist es schließlich und endlich. - Solange die Satt-und-Sauber-Pflege Usus bleibt, ist dies kaum verwunderlich. Die Hoffnung sich im Heim Pensionswünsche erfüllen zu können, kann in der momentanen Situation nahezu aufgegeben werden, weshalb man sich diese bereits vorher erfüllt haben sollte. Im Heim ist man oft nur mehr zum Sterben - Endstation also. „Der physische Tod ist schlussendlich die letzte, vom Sterbenden zumeist nicht einmal mehr wahrgenommene Abbuchung vom Lebenskonto. Im Prinzip ist dieses Ereignis des Todes ein rein bürokratisches Ereignis."[15] Lebensort statt Endstation wäre die Vision, die angestrebt werden sollte.

INSTITUTIONALISIERUNG

„Alle wollen wissen, was für das Alter und die Alten gut oder weniger gut ist. Das Expertenwissen über das Alter kann für sie zum Gefängnis werden. Alte Leute erleben oft, dass andere für sie entscheiden, was wichtig und sinnvoll ist und dies auch an ihnen exekutieren."[16] Selbstbestimmung und Individualität werden den alten Heimbewohnern sukzessive ‚abgewöhnt': „Diese Erwachsenen werden mehr oder weniger eingesperrt, man schreibt ihnen vor, wann sie zu Bett gehen und wann sie aufstehen müssen, sie bekommen ein Essen vorgesetzt, über das sie nicht bestimmen können, und zu guter Letzt werden sie auch noch wie Kinder behandelt. … was übrig bleibt ist eine institutionell angepasste Hülle ihrer Selbst. Ein Körper, der gefüttert und gewickelt wird."[17] Auch Feldmann charakterisiert das Leben im Heim als ein fremdbestimmtes: „Der Einzelne wird seiner Privatheit entkleidet. Der Körper des Insassen wird einer öffentlichen Kontrolle unterzogen. Zeit und Ortseinteilungen können nicht mehr von ihm selbst

bestimmt werden. Die Territorien des Selbst werden verletzt, ja im Extremfall vernichtet."[18]

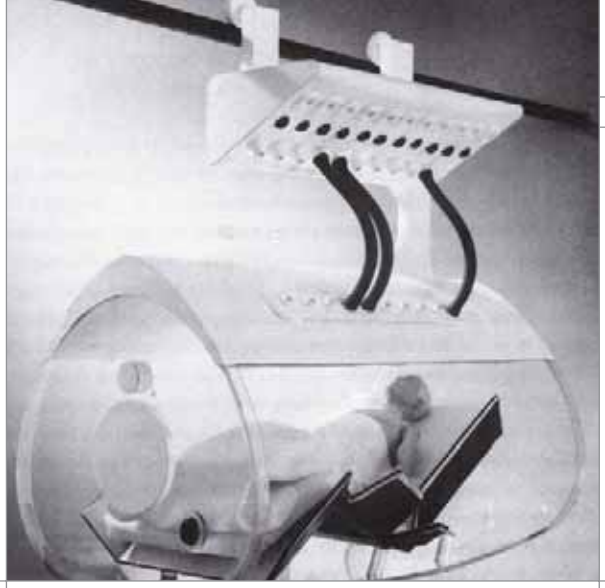
Obig genannte Kriterien deuten auf eine Institutionalisierung der Alteneinrichtungen hin, wobei Goffman totale Institutionen als Orte definiert, wo alle Elemente des täglichen Lebens an nur diesem einen Ort und unter Bestimmung einer Autorität stattfinden.[19] Lee H. Bowker fasst Goffmans Gedankengänge folgender Weise zusammen: „An individual in a total Institution does everything with a group of other institutional residents, all of whom are doing the same thing at the same time under a tight schedule imposed by some higher authority. All activities are rationally organized in the service of the institution's goals rather than the goals or needs of the residents. ... Residents are induced through a complex organization of Privileges and punishments to conform to the house rules. ...They react to these pressures in four ways: 1. withdrawal from the situation, 2. adoption of an intransigent line, 3. colonization, and 4. conversion to the staff's world view. Staff-client relations in total institutions tend toward the caste model of social stratification, which implies considerable social distance between the two groups as well as reciprocal negative stereotypes."[20]

„The conclusion is that both the patients and staff draw are that they need privacy at various times as well as basic comforts and social support. They also like to exercise choice and control over their decisions and circumstances."[21] Auch Rex Allen argumentiert für eine Alternative mit weniger institutionellem Charakter: „The tragedy of nursing homes has been that too often they are nothing more than custodial facilities - places where society shucks off its responsibility and washes its collective hands of the nuisance of caring for the disabled, the infirm, the aged and the senile. Except that it may be closer to home, there is very little difference in social function and philosophy between such a custodial nursing home and the mammoth state mental hospital - an institution which is fortunately ceasing to be an accepted solution to the care of the mentally ill. So too, it could be hoped, the nursing home will give way to a new type of facility, an 'extended care' facility which has an active treatment program and may have a close affiliation with a center of medical care. Such a facility is less complex than an acute hospital but provides a program of care centered on the concept of rehabilitation, of restoring patients to vital roles in the community."[22]

Routine und mangelnde Abwechslung beschreiben am besten den üblichen Heimalltag. Der Tag ist wie bereits erwähnt in fixe Abläufe eingeteilt, denen sich jeder – ob nun Personal oder Betreuter – fügen muss.[23] „Für Individualität bleibt nur sehr wenig Spielraum."[24] Besondere Bedeutung wird von vielen Heimbewohnern den Essenszeiten zugesprochen, so hanteln sie sich vom Frühstück zum Mittagessen, zur Jause und schließlich zum Abendessen; an einer anderen Stelle in dieser Arbeit ist bereits auf das tägliche Einerlei hingewiesen worden. Dass die eigenen Gepflogenheiten zu jeder Zeit an die des Heimes angepasst werden müssen, führt oftmals zu Problemen im Alltag: Bevormundungen aller Art sind logische Folgen von solchen Tagesrhythmen, die nahezu gar nicht auf die individuellen Bedürfnisse der alten Menschen eingehen. Me. berichtet mir zu diesem Thema folgendes: „Die Bevormundung ist ein sehr häufiges Streitproblem. … Sie [die Heimbewohner] werden bevormundet und ich sehe dies als Zeichen von wenig Professionalität. Es gibt keinen Grund jemand zu bevormunden. Selbst wenn die Windelhose voller Stuhl ist, gibt es noch Möglichkeiten durch Validationstechniken den Betroffenen zu ‚überreden'. ... Bewohner ‚müssen' ihre Medikamente nehmen, ebenso werden sie zu bestimmten Zeiten zum Toilettengang aufgefordert. Sie werden zu einem Zeitpunkt gepflegt zu dem sie dies nicht möchten. Das sind typische Zeichen, dass der alte Mensch nicht verstanden wird und daher sein Wille nicht respektiert wird." Eigentlich ist es eine Selbstverständlichkeit, doch im Kontext ‚Heimalltag' dennoch als positiv zu werten, dass Betreute auch dann Tätigkeiten an sich selbst verrichten dürfen wenn es viel länger dauert, als wenn diese Handlungen von einem Betreuer durchgeführt werden würden. Als Beispiel gibt mir Me. die Morgentoilette an, die wenn sie vom Pflegepersonal gemacht wird etwa 20 Minuten dauert und bei einer Durchführung durch den alten Menschen selbst mindestens doppelt so viel Zeit in Anspruch nimmt. Doch die Alte diverse Tätigkeiten nach Möglichkeit selbst erledigen zu lassen, verringert die Bevormundung und stärkt gleichsam die Unabhängigkeit. Im Spannungsfeld zwischen der Optimierung organisatorischer und pflegerischer Abläufe darf auf den Respekt gegenüber den Bedürfnissen der Alten, auf ihre Selbstbestimmung sowie Privatsphäre und auf das soziale Miteinander nicht vergessen werden.

DER EINZUG DER TECHNIK IN DIE ALTENBETREUUNG

Der Startschuss für den Einzug der Technik in das Gesundheitswesen ist in den 60er Jahren gefallen. Automatisierung, Systemanalyse, computergestützte Verfahren; diese magischen Wörter - der Raumfahrtindustrie entnommen - hallen die Korridore der modernen Gesundheitseinrichtungen entlang. „Often even the patient was treated as a machine."[25] Als Beispiel hierfür sei die ‚Patientenkapsel' genannt: 1970 wurde der Prototyp der Plastikkapsel für die Krankenpflege von William Berger N. entworfen, der seine Inspirationen hierfür in der Raumfahrt fand. „The major design issues … were… (ironically) the need for self-empowerment through the minimization of social isolation.The system was found to be effective."[26] Sein Argument für diese sich selbst entlang einer Schiene fortbewegenden Kapsel war die Annahme, dass Krankenschwestern bis zu 75 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Gehen verbringen. So sollte der Patient sofort nach der Aufnahme in der Pflegeinrichtung eingekapselt werden. Bis zu einer Woche wäre es möglich diese Kapsel nicht zu verlassen und so von Station zu Station transportiert zu werden. Es schien ihm logischer gewesen



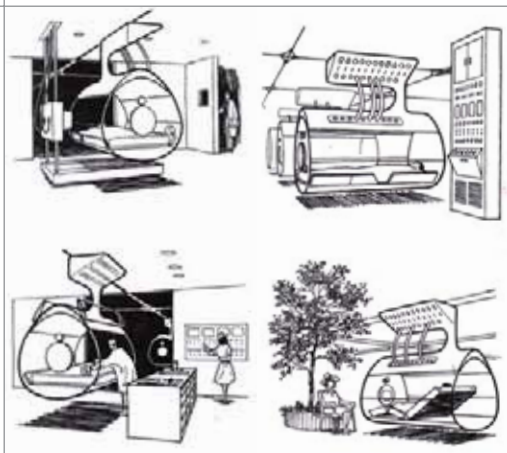


Abbildung 2 u. 3 I Patientenkapsel

zu sein, anstelle des Equipments den Patienten zu mobilisieren und zu automatisieren, denn „his concept envolved bringing the patient to the service rather than the service to the patient."[27] Mit dem Pflegepersonal würde via elektronischer Ausstattung kommuniziert werden; „The hospital would become Big Brother."[28] Der Vorwurf Patienten könnten infolge dieser Pflegeform Zusammenbrüche erleiden, wurde geringschätzig abgetan: „There would be exceptions. … Some patients might retreat into the capsule like a womb; others might remain unalterably claustrophobic."[29]

Nicht nur die Einführung neuer Geräte und Maschinen, die den Krankenhausalltag vereinfachen sollten, wurde forciert; auch das Hochhaus ‚Krankenhaus' selbst wurde neu definiert. „The techno-social euphoria of the 1960s eventually found its ways into visionary architectural proposals for hospitals fantastic even by present-day standards."[30] E. Todd Wheeler sparte nicht an architektonischen Vorschlägen in der Debatte um das Gesundheitswesen. „Wheeler … embraced technology as a panacea for society's ills."[31] So entstanden u.a. Entwürfe für eine Baum-, eine Zelt-, eine Pyramiden-, sowie eine Unterwassereinrichtung. Die Vision der totalen Kontrolle über die umgebenden Klimaverhältnisse und die damit verbundene Einführung von Maschinen in allen möglichen Formen ist in seinen Vorschlägen deutlich ablesbar. Zwar erkannte er, dass seine Innovationen bei der Menschheit Skepsis hervorrufen würde, aber über die psychologischen Auswirkungen wurde dennoch wenig gesprochen: „He anticipated that the patient would at first be fearful of these new machines but would gradually come to trust and appreciate them."[32] Lindheim beschreibt Wheelers Entwürfe als „impersonal structures, anticipating 'space age' medicine while neglecting human concerns. . . . While it is possible to laugh at the visionary designs, the reality of the large modern mega-medical center is no laughing matter."[33]

Dass es sich hierbei nicht unbedingt um eine utopische Exkursion handelt, zeigen viele tatsächlich errichtete Gebäude des Gesundheitswesens, die dem Typus eines hermetisch abgeriegelten Hochhausturms entsprechen. „ … we demonstrate how techno-utopian thinking and a quest to perfect the internal workings of the hospital became obsessive."[34] „So we should not be surprised that the building represents the research commitments and power structure of North American medicine, or the underlying assumptions of society generally: grounded as they are in affluence … the hopefulness and awe with which we view science and technology itself. But that is an awkward reality to accomodate in medicine, for sickness and accidents are messy, personal, all too human [but] adequate treatment is only sporadically, at great cost, being delivered by the institutions whose image the new patient himself perhaps valued the day before. For the first time it might occur to him that the culture of which he is part appears to isolate illness from its consciousness, or place it at a safe distance among machines."[35] Lindheim merkt an: „The medical profession, long insensitive to patient dissatisfaction, which had arisen in proportion to modern medicine's increased dependence on and faith in high technology, called for depersonalized approaches and deemphasized the emotional dimension of providing care."[36] und „With this overriding emphasis on technology and efficiency, the more important concerns of personalized patient care were overlooked…"[37] Auf die Einwände der Patienten und des Personals hin, die sie umgebende Umwelt 'Krankenhaus' sei unhuman, wurde nur mit ‚kosmetischen Verbesserungsnahmen' gegengesteuert. So wurden von den Krankenhausadministrationen Teppiche auf die Gänge gelegt, die Wände neu gestrichen, oder ‚nette' Bilder aufgehängt, während die der empfundenen Dehumanisierung zugrunde liegenden Ursachen ignoriert wurden.[38]

Nicht nur im Krankenhauswesen sind derartige Entwicklungen ablesbar, auch in der Altenpflege gibt es Anzeichen dafür, dass unser Glaube an die Technik überhand nimmt: „Das Pflegeheim gleicht einer automatischen Fabrik: Fließbandpflege. Die Betten mit den Siechen werden durch Videokameras überwacht, jedes Bett ist eine eigene kleine Pflegemaschinerie. In das Gestell sind verschiedene Geräte eingebaut, die den Zustand der Patienten überwachen; auch an einen Fütterungsautomaten ist gedacht worden. Er reagiert auf Augenbewegungen des Patienten. Die Alten werden

Abbildung 4 I Zeltentwurf, Wheeler

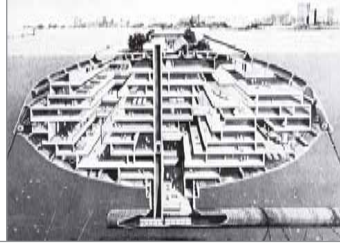


Abbildung 6 I Unterwasserentwurf, Wheeler

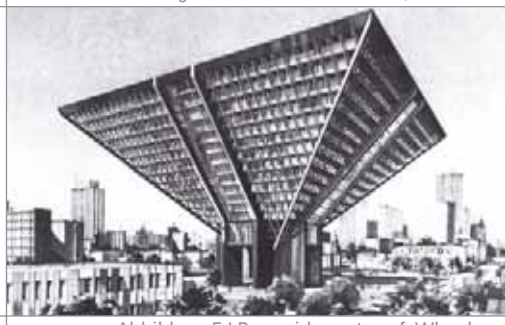


Abbildung 5 I Pyramidenentwurf, Wheeler

über Katheter entsorgt, kein Pfleger ist genötigt sie zu reinigen oder zu windeln. Im Gegensatz zu früheren Zeiten werden die Pfleglinge auch nicht mehr nur einmal in der Woche gebadet. Eine für Pflegeheime konstruierte Waschstraße erlaubt es, die Bettlägerigen ohne großen personellen Aufwand jeden Tag zu duschen. Eine Freiaufhängung der Patienten sorgt dafür, dass es keine der gefürchteten Wunden durch Liegen gibt. Soweit sie ansprechbar sind, genießen die Alten täglich dreißig Minuten Zuwendung durch einen Psychotherapeuten, der auf gerontologische Fälle spezialisiert ist. Sterbende werden intensiver betreut. Experten betreuen Sterbende. Die Fachleute für ‚Orthothanasie' (‚richtiges Sterben') kontrollieren und korrigieren gegebenenfalls den Sterbeablauf."[39] Schon längst sind Teile Gronemeyers Szenarios zur Wirklichkeit geworden: PC-unterstützte Fütterungsautomaten, videogesteuerte Pflegebetten und Dauerkatheter gehören zum Pflegealltag.

Man muss nun unterschieden, welche Techniken in der Altenpflege und -betreuung Vorteile für den Betreuten und das Personal bringen und welche zu einer bloßen Entlastung der Betreuer führen bei einer gleichzeitigen Vernachlässigung der Hilfebedürftigen. Dieser Entlastung des Personals wäre nichts entgegenzusetzen, sofern die dadurch gewonnene Zeit dafür verwendet werden würde, die seelische Betreuung zu intensivieren. Doch in der Realität führt dies dazu, dass Personal eingespart werden kann und folglich der persönliche Kontakt zum alten Menschen noch mehr darunter leidet, als er es ohnehin schon bisher tut, zumal über pflegerische Handgriffe Kontakt, Zuwendung und Wertschätzung ausgedrückt werden können. Zum einen hat die Technik in der Medizin gewiss ihre Vorteile, andererseits verhindert genau diese Technik, dass die Menschen wirklich zusammenkommen. Diese Hypothese soll anhand zweier Beispiele aus der Altenbetreuung der Gegenwart verifiziert werden. Zum einen soll auf den in Japan entwickelten Pflegeroboter ‚Ri-Man' eingegangen werden, zum anderen soll der therapeutischen Roboter in Form der Robbe ‚Paro' - ebenfalls eine japanische Erfindung - vorgestellt werden.

PFLEGEROBOTIK

Im Jahre 1923 setzte der tschechische Schriftsteller Karel Čapek einen neuen Begriff in die Welt: Roboter. Seither beschäftigt uns Menschen die Idee eines künstliche Wesens, das uns die Arbeit abnehmen soll. In der Industrie ist dieses Wesen bereits zur Selbstverständlichkeit geworden. Weshalb sollen neben Service-Roboter nicht auch Pflegeroboter einen Stellenwert in unserem Leben erhalten? „Der Bedarf nach digital gesteuerter Unterstützung ist groß, urteilt Oliver Prenzel vom Institut für Automatisierung und beruft sich dabei auf Umfragen bei Behinderten. Patienten erleben mehr Autonomie, mehr Selbstständigkeit, und das wiederum - so die Hoffnung - macht sie zufriedener."[40]

Während Befürworter von einer Ergänzung zum Pflegepersonal und zu einem Schritt in Richtung mehr Unabhängigkeit und Autonomie sprechen, warnen Skeptiker vor dieser Entwicklung.

Der Pflegeroboter Ri-Man des 'Bio-mimetric Control Research Center of RIKEN' wurde von 'Time' als eine der besten Erfindungen 2006 gekürt. Dieser „soft human interactive robot"[41] namens Ri-Man „could replace humans as nurse's aides ..."[42] indem er menschliche Tätigkeiten und Fähigkeiten sehr gekonnt nachahmt. „With sensors that enable it to see, smell and hear its environment, it also has some 320 pressure points on its arms and chest that allow it to sense the exact position of whatever it's holding. The robot can lift 80 lbs. today, but researchers hope to strengthen the motors in Ri-Man's arms without increasing their size, so they still resemble those of a man, not a monster."[43]

Etwas genauer betrachtet funktioniert dieses komplexe Gerät folgender Maßen: Die bereits genannten Sensoren in 'seinen Armen' und ‚seinem Rumpf' ermöglichen eine physische Interaktion der Maschine mit dem Menschen; um diese Interaktion sicher und gefahrlos ausführen zu können, wurde das gesamte metallische Innenleben mit einem weichen Material überzogen. Jeder der Arme wird von sechs Steuerelementen bewegt, welche wiederum von sechs Motoren betrieben werden; so ist sowohl ein Abwinkeln der Arme als auch ein Drehen dieser und eine Kombination dieser beiden

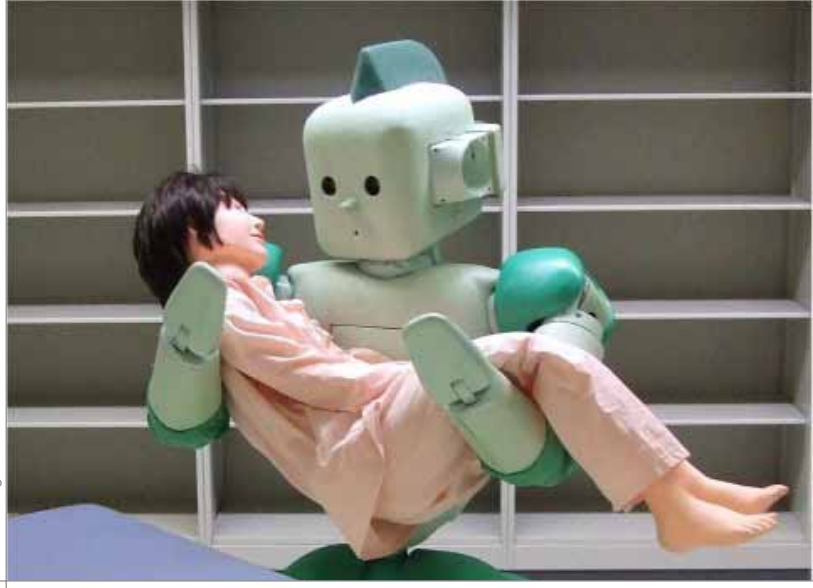


Abbildung 7 I Ri-Man

Bewegungen möglich um eine pflegebedürftige Person mit menschenähnlichen Armen beispielsweise heben zu können. Insgesamt überwachen fünfzehn Controller, die im Ri-Man selbst eingebaut sind, die Funktion der Motoren und der Sensoren. Durch eine Kombination von Mikrophonen und Reflektoren kann Ri-Man Laute lokalisieren und so Befehle aufnehmen. Bildverarbeitung und Spracherkennung laufen gleichzeitig ab. Durch die Bestimmung der Herkunftsrichtung von Geräuschen kann mit Verbindung einer Kamera das menschliche Gesicht lokalisiert werden. Zwei weitere Sensoren, welche im Rumpf angebracht sind, ermöglichen es Ri-Man Gase, beispielsweise den Geruch von Urin wahrzunehmen und zu erkennen.[44]

Wenngleich die technikbegeisterten Japaner uns Technik-Distanz und -Skepsis vorwerfen, wird auch in Europa und den USA eifrig an ähnlichen Entwicklungen geforscht: Die Carnegie Mellon University im US-amerikanischen Pittsburgh hat den ‚Nursebot' in die Welt gerufen und das Fraunhofer-Insitut für Produktionstechnik und Automatisierung (IPA) in Stuttgart arbeitet am Care-O-bot - um nur zwei Beispiele zu nennen.

Es ist nicht zu leugnen, dass Pflegeleistungen dem Betreuungspersonal körperliche Anstrengung und Kraft abverlangen. Zwar gibt es beispielsweise die Wirbelsäule schonende Hebetechniken, doch kommt es durch den körperlichen Einsatz im Beruf zweifelsfrei verfrüht zu Abnutzungserscheinungen und begleitenden Symptome. Doch gleichzeitig muss man auf die Wichtigkeit des körperlichen Kontakts verweisen. Berührungen sind für alte Menschen eine Seltenheit, so wird gerade das Einreiben mit Salben von vielen Gepflegten besonders genossen. Auch ergeben sich während der Arbeit am und mit dem Patienten Gelegenheiten zu Gesprächen. Auf die Frage, was sie am liebsten an ihrer Arbeit möge, antwortete mir meine Interviewpartnerin Me.: „Das Einsetzen meiner Kreativität beim Beschäftigen und jede Art der Körperpflege." Wenn nun diese wichtigen Aufgaben von einem Roboter, also einer Maschine übernommen werden, stellen sich zwangsläufig Defizite in der psychologischen Betreuung ein. Eine logische Folge der ‚Altenpflege-Technik' ist eine weitere Maschine, die diesen Mangel ausgleichen und beheben soll - der Grundstein für den therapeutischen Roboter ist gelegt.

THERAPEUTISCHE ROBOTIK

„Mental Commitment Robots are developed to interact with human beings and to make them feel emotional attachment to the robots. Rather than using objective measures, these robots trigger more subjective evaluations, evoking psychological impressions such as 'cuteness' and comfort. Mental Commitment Robots are designed to provide three types of effects: psychological, such as relaxation and motivation, physiological, such as improvement in vital signs, and social effects such as instigating communication among inpatients and caregivers."[45] Der Ursprung der Entwicklung des therapeutischen Roboters liegt in einer Anlehnung an die Tiertherapie, bei der gezeigt wird, dass eine Interaktion mit Tieren Vorteile für eine physische Rehabilitation mit sich bringt. Nachdem in den meisten Gesundheitseinrichtungen Tiere nicht erlaubt sind, liegt die Idee nahe, ein ‚tierähnliches Geschöpf' wie den Plüschroboter ‚Paro' einzuführen.[46] Das Vorbild Paros ist eine Babyrobbe, der Roboter ist mit einem weichen Fell überzogen um den Anwender das Gefühl zu geben ein echtes Tier zu streicheln. ‚Paro' ist dem menschlichen Schlafrhythmus angepasst und hat fünf verschiedene Arten von Sensoren: taktile, lichtempfindliche, geräuschempfindliche, Temperatur wahrnehmende, und solche, die ihn Personen und die Umwelt erkennen lassen. Der Roboter ‚merkt' wenn er gestreichelt und gehoben, wenn mit ihm gesprochen wird - er erkennt seinen Namen, einen Gruß etc. Während der Interaktion lernt ‚Paro' nach dem Prinzip der Belohnung und der Bestrafung, wie er sich zu verhalten hat. Er imitiert die Geräusche von Robbenbabys, ahmt entsprechende Mimiken wie zum Beispiel den Kopf zu neigen nach und scheint Gefühle wie Überraschung oder Fröhlichkeit zu zeigen.[47]

„The results of ... tests allow us to confirm that interaction with 'Paro' can provide the same effects as interaction with real animals. ... Elderly people ... showed excellent adjustment ability to stress after playing with 'Paro'."[48]

Abbildung 8 I Paro

Nichts desto trotz bleibt es bedenklich, einem Menschen eine Maschine vorzusetzen und ihm vorzugaukeln, diese würde mit ihm in irgendeiner Art und Weise kommunizieren. Der große Erfolg des therapeutischen Roboters, vom Benützer nicht als Maschine wahrgenommen zu werden, birgt gleichsam eine große Gefahr: Anders als Kinder, die ‚Paro' vermutlich nur als Spielzeug sehen, nimmt hingegen der alte, vielleicht verwirrte Mensch ‚Paro' als ‚tierischen' Freund, ähnlich einem Haustier wahr. Wenn man in unserer Gesellschaft naserümpfend von einer ‚kauzigen, verwirrten Oma', die nur mehr mit ihrer Katze redet, spricht, was soll man dann von der Entwicklung halten, bei welcher der Gesprächspartner und Ansprechpartner eine Maschine ist? Im besten Falle wird das vom jeweiligen Benutzer erkannt und er sieht den therapeutischen Roboter als Spielzeug und Zeitvertreib; außer man teilt die Meinung, dass eine Maschine menschlichen Kontakt, menschliche Ansprache, menschliche Fürsorge ersetzen kann und darf. Zwar stellt sich die Frage, ob die Kommunikation mit einem Roboter nicht besser ist, als gar keine Kommunikation und der Erfolg des therapeutischen Roboters lässt sich auch nicht leugnen, denn die Leute sprechen darauf an. Zu befürchten ist dennoch, dass die Einführung eines solchen Geräts zur Abnahme der Beschäftigung mit dem alten Menschen führt. Wenn eine Gesellschaft so weit ist, dass sie den Alten eine Plüschrobbe als einzige Begleitung anbieten kann, muss man schon von einem sehr armseligen Leumundszeugnis sprechen. In meinen Augen, darf der Umgang mit einem therapeutischen Roboter ausschließlich als Beschäftigung, ähnlich einem Hobby wie Basteln, Malen oder Stricken gesehen werden. Denn dort, wo Menschen Mitgefühl und Zuneigung brauchen, kann eine Maschine nicht helfen und stößt an ihre ‚natürlichen' Grenzen.

BEISPIEL PFLEGEBETT

Sinnvoll erscheint die Anwendung der Technik im Betreuungsalltag am Beispiel des elektronisch gesteuerten Pflegebettes ‚Prophylax' zu sein. Ein Programm trägt Sorge dafür, dass bettlägerige Menschen in definierten Abständen umgebettet werden. Durch die Hydraulik wird der alte Mensch viel schonender verlagert, als es eine menschliche Pflegekraft tun könnte. „Durch eine Dokumentation der Lagerungsintervalle kann man auch einen sehr genauen Nachweis erbringen, wann gelagert wurde, wie lange gelagert wurde und welche Schräglagerung bzw. Lagerungstechnik angewandt wurde. Das ist alles möglich, wenn ein wenig Computertechnik dabei ist."[49] Ein Vorteil besteht darin, dass sich die betreuende Person in Ruhe um den Gepflegten kümmern kann. Sobald man aber erfährt, dass dieses Bett „sogar via Internet von einer Zentrale aus ferngesteuert werden"[50] könnte, muss man sich aber fragen, ob es nun wirklich darum geht, eine bessere Betreuung durch das geschonte Personal zu gewährleisten und ob man diese Anwendung von High-Tech-Systemen tatsächlich in der Altenpflege möchte. Fraglich ist, ob nicht doch die menschliche Seite bei der Mehrheit dieser neuen Pflegehilfen und dieses Pflegeersatzes früher oder später zu kurz kommt. Durch diverse Robotik ist wieder ein Schritt in jene Richtung gesetzt worden, die den alten Menschen noch ein Stück weiter von uns weg rückt. Die Interaktion zwischen dem Pflegenden und dem Gepflegten wird durch jene mit der Maschine ersetzt. Der Roboter wirkt somit als ein Abstandhalter zwischen dem Alten und dem Rest der Welt.

1 HEN, 1963, S.474
2 VERD, 2000, S.238
3 ZWE, 2001, S.93
4 ZWE, 2001, S.51
5 SCH, 2006, S.9
6 MASL, 1968
7 ZWE, 2001, S.62
8 ZWE, 2001, S.69
9 KOCH, 1997, S.355
10 ZWE, 2001, S.39
11 SCH, 2006, S.9
12 STAUD, 1999, S.339
13 STAUD, 1999, S.340
14 WAGS, 1999, S.315
15 FELD, 1997, S.46, 82 ff
16 EGY, 2004, S.19
17 ZWE, 2001, S.175
18 FELD, 1997, S.82
19 GOF, 1961
20 BOW, 1982
21 MON, 2004, S.36
22 ALL, 1967, S.170
23, 24 ZWE, 2001, S.44
25, 26 VERD, 2000, S.104
27 VERD, 2000, S.105
28 VILL, 1970, S.54 fff
29 VILL, 1970, S.51
30 VERD, 2000, S.106
31 VERD, 2000, S.125
32 VERD, 2000, S.107

33 LIND, 2000, S.128
34 VERD, 2000, S.95
35 JEN, 1973, S.34
36 KEN, 2000, S.41
37, 38 LIND, 2000, S.129
39 GRON, 1991, S.113 f
40 WWW-ENG
41 WWW-BMC
42, 43 WWW-TIM
44 WWW-BMC
45 WWW-PAR
46 WWW-PART
47 WWW-PARF
48 WWW-PART
49, 50 WWW-ENG

Abb.1 bearbeitet nach WWW-FOT
Abb.2 VERD, 2000, S.105
Abb.3 VERD, 2000, S.106
Abb.4 VERD, 2000, S.107
Abb.5 VERD, 2000, S.108
Abb.6 VERD, 2000, S.109
Abb.7 WWW-BMC
Abb.8 WWW-PARO

HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER ALTENPFLEGE

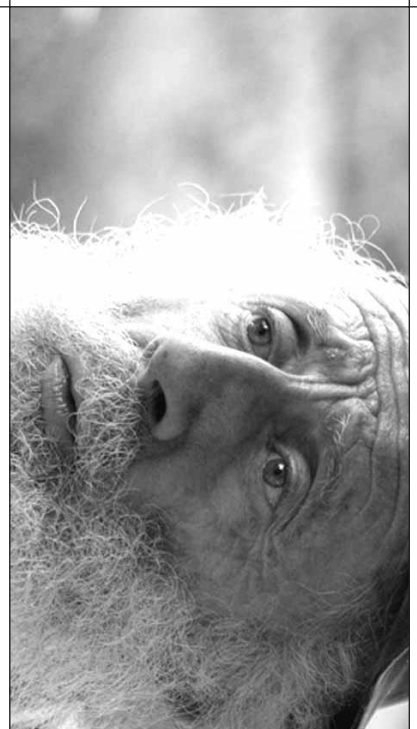


Abbildung 1 I Picking Oakum: Workhouse, London 1905

ALTERN IM HISTORISCHEN KONTEXT ENTWICKLUNG DER PFLEGE UND BETREUUNG

„In allen Theorien über die Sozialstruktur von Gesellschaften gilt der Status des Alters als eine fundamentale Kategorie nicht nur sozialer Differenzierung, sondern auch als eine Kategorie sozialer Ungleichheit im Sinne von Ungleichwertigkeit. Betrachtet man Gesellschaften unter dem letzteren Aspekt der Altersschichtung, so nehmen Alte und Hochbetagte manchmal einen vergleichsweise höheren sozialen Status ein, häufiger … verlieren Ältere als Gruppe soziales Ansehen und Prestige. Bis in das frühe 20.Jahrhundert hinein arbeiteten die Menschen so lange ihnen dies möglich war. Es galt derjenige als alt, dessen körperliche und geistige Kräfte so weit nachließen, dass er nicht mehr arbeiten konnte. Das Alter führte insbesondere in den besitzlosen Bevölkerungsgruppen oft zu ökonomischem und sozialem Abstieg. Dass Alter daneben auch mit Autorität, Weisheit und hohem Rang verbunden sein konnte, dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass statushohe und wohlhabende Menschen sehr viel bessere Chancen hatten, bis ins hohe Alter zu überleben.“[1]

Ursprünge der Altenpflege sind bereits bei den alten Kulturen der Ägypter, der Griechen und jenen des Mittleren Ostens verankert: „Nature and the afterlife played a role in the healing process; death was considered inevitable, although the earliest infirmaries were operated in conjunction with wellness and spiritual treatment centers.”[2] Bereits im Römischen Reich, wo sich zu Zeiten von Plinius Mediziner hauptsächlich um die Behandlung der älteren Bevölkerung kümmerten[3], war die Versorgung der Alten gesichert. In diesen vergangenen Zeiten waren die Alten geschätzte Gesellschaftsmitglieder, die durch Einsicht, Erfahrung und Weisheit von den unerfahrenen Jungen Anerkennung genossen. Das Alter verlieh Macht, sowohl in der Familie, als auch in der Politik und der Gesellschaft.

Nach dem Fall des Römischen Reiches im 4.Jhdt. ging die Aufgabe der medizinischen Versorgung der Alten an kirchliche Einrichtungen über und wurde so in erster Linie zu einem christlich, karitativen Akt der Nächstenliebe. „During the middle Ages, the catholics arose as the most powerful provider of hospital care.“[4] Klöster und die in ihnen lebenden Mönche waren für den Ausbau des Gesundheitswesens zuständig: Für die Zwecke der Versorgung wurden Einrichtungen, wie Armenhäuser, Spitäler oder eben auch jene für alte Kranke erschaffen, welche an die Klöster angeschlossen und von der Konventgemeinschaft geführt wurden. Oftmals wurde dem Kloster einfach ein Flügel mit einem Schlafsaal für Bedürftige angebaut.

In Folge der Abnahme der Bedeutung der Kirche durch die Reformation des 16.Jahrhunderts wurden Armenhäuser nun von wohlhabenden Philanthropen gegründet. Der Begriff des Armenhauses wird in der Literatur folgender Weise definiert: „Almshouses … were freestanding residences typically configured around a central courtyard, adjacent to church structures.”[5] Trotz der angesprochenen Tatsache der geringen Lebenserwartung der Bevölkerung wurden diese Armenhäuser zu einem wichtigen Bestandteil der Vorsorge: „Because of the nearly lack of [governmentally] organized medical care and poor housing conditions in the emerging factory cities of the Industrial revolution, survival beyond age sixty-five was an unusual feat.“[6] Das jene Personen, die eine solche Einrichtung in Anspruch nehmen mussten, allerdings keinesfalls mehr als ehrenwerte Gesellschaftsmitglieder angesehen wurden geht aus einem Bericht der Dundee Royal Infirmary hervor: „… physicians had been inappropriately refering to patients in the infirmary as elderly patients who were not ‚proper objects’ and who should instead be referred to the workhouse or almshouse.“[7] Jene die ein gewisses Alter erreichten, waren also keinesfalls wohl versorgt: Daraus resultierend, dass Armut die Folge fehlenden Einkommens war, die Alten aus dem Kreise der Erwerbstätigen ausgeschlossen waren und somit über dieses nicht mehr verfügten, gehörte ein Großteil dieser Gesellschaftsgruppe zu den Armen und verbrachte seinen Lebensabend in eben diesen genannten Armenhäusern oder ‚Working-Houses’. Die hygienischen Zustände waren miserabel, das Aufseherpersonal handelte willkürlich, die Versorgung war schlichtweg menschenunwürdig. Keinesfalls konnte

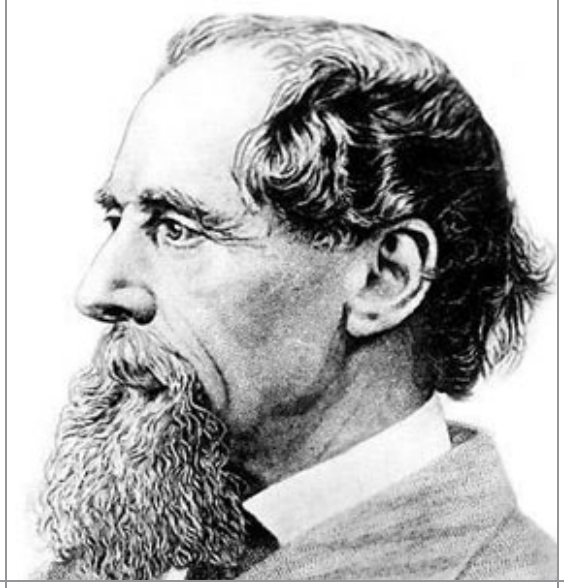


Abbildung 2 I Charles Dickens

Abbildung 3 I Florence Nightingale

von Pflege und Betreuung die Rede sein. Die Insassen wurden zu harten Arbeiten herangezogen - bis zuletzt. Die Armen und somit die Alten der Bevölkerung wurden als ‚people from the abyss' bezeichnet, waren Abschaum der Gesellschaft und hatten keinen Stellenwert mehr in ihr. Folglich wollte niemand freiwillig einer solchen Einrichtung beitreten. Charles Dickens war ein Kritiker des New Poor Laws und des Working-House-Systems. In seiner Novelle 'Our Mutual Friend' wird die Charaktere Betty Higden gefragt, weshalb sie derartig emotional auf das Erwähnen des Poor Houses reagiert: „'Dislike the mention of it?' answered the woman. ‚Kill me sooner than take me there. Throw this child under cart-horses' feet and a loaded wagon, sooner than take him there. Come to us and find us all a-dying, and set a light to us all we lie, and let us all blaze away with the house into a heap of cinders, sooner than move a corpse of us there'."[8]

Eine Persönlichkeit, die unbedingt im Zusammenhang mit den Reformen des britischen Gesundheitswesens genannt werden muss, ist die kritische Beobachterin und Ratgeberin Florence Nightingale (1820-1910). Sie proklamierte die erst viel später durch Sullivan populär gewordene Phrase 'Form follows Function': „The very first condition to be sought in planning a (hospital)building is that it should be fit for its purpose, and the first law is that that fitness is the foundation of beauty."[9] „Her principles - actually guidelines - for hospital reform, concerning such aspects as the maximum allowable width and length of a ward, the size of windows, ... were unpredecedented and in many respects remain applicable."[10] Doch erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts greift die britische Regierung tatsächlich mit Hilfe der Royal Commission on The Poor Law of 1909 aktiv ein und empfiehlt erstmals offiziell die Errichtung von Auffangnetzen für die Alten der Gesellschaft; doch die ökonomischen und gesellschaftlichen Ursprünge der Armut im Alter blieben weitestgehend nach wie vor unangetastet. „Der Begriff Altenheim ist ein Synonym für eine Institution, die ein Heim für alte Menschen sein soll. Das Altenheim selbst ist ... eine Nachfolgeinstitution des Armenhauses.[11] Die landläufige Assoziation zu Schmach und Schande besteht weiterhin, um genau zu sein eigentlich bis in die heutige Zeit.

Erst als man Fortschritte auf dem Gebiet der experimentellen Medizin erreichte, änderte sich das Umfeld der Altenpflege. Als ‚Erfinder' der Alterswissenschaft gilt der in Wien geborene Amerikaner Ignatz Leo Nascher (1863–1944), welcher einen eigenen Zweig der Medizin schuf, dem er den Namen ‚Geriatrie' gab.[12] So wurde nach dem Armenhaus des Industriezeitalters nun das Krankenhaus zum Vorbild für Einrichtungen für die Älteren. Sukzessive entstanden in England aber ebenfalls in anderen europäischen Ländern geriatrische Spitäler, um den Bedürfnissen der alten Menschen entgegenzukommen. Die entstandenen demografischen Veränderungen - vor allem in den Großstädten - verlangten nach gesundheitspolitischen Lösungen. Denn für viele industrialisierte Nationen bedeutete das Ende des 2.Weltkrieges die Auflösung des Dreigenerationen-Haushaltes. Traditionelle Sozialformen haben signifikant an Bedeutung verloren. Dies hatte Konsequenzen für die Altenpflege, indem sich eine Verlagerung vom familiär-verwandtschaftlichen zum institutionellen-professionellen Bereich vollzog. Ab diesem Zeitpunkt entstand in England die Einrichtung des National Health Services (NHS); die im Auftrag der NHS gegründeten Institutionen wurden landläufig als ‚Nursing-Homes' bezeichnet. Doch offenkundig war der Bereich der geriatrischen Medizin da um Patienten zweiter Klasse zu versorgen. „... the aged were treated as undesirable patients who took up valueable bed space – space the medical staff deemed would be better used for younger acute-care patients and returning veterans."[13] Verderber schreibt weiters: „The facilities themselves were widely perceived as drab, dehumanizing places, environments of negelct and disposal."[14] Peter Millard fasst diese Periode wie folgt zusammen: „Although much has been done in England to improve the standards of medical and nursing care of the aged sick, little attention has been paid to the environmental needs. Fundamentally in the English attitude remains that if you are sick you are better off observed at all times and that this is best done in open wards."[15]

Auch in den USA sah die Situation ähnlich aus: „Up to

World War II, few facilities serving the elderly population provided more than token nursing care; the elderly with health problems were treated in hospitals. Until late in the nineteenth Century, hospitals functioned as a sanctuary for the chronic patients. ... When hospitals became increasingly specialized treatment centers for acute illnesses ... the needs of the chronic patients were incompatible. ... They took up expensive beds, and the chronicity of their conditions was less interesting to treat. The long-term care institution, as it is known today, emerged in the 1960s. With the transfer of patients from acute care hospitals, many features of the medical model of care were also transferred. ... The Hill-Burton Act provided federal aid to build nursing homes [and] imposed criteria derived from the medical acute care setting. Medicare and Medicaid legislation also favored higher standards of acute care, so it is not surprising that, to comply, these institutions took on many of the characteristics of hospitals."[16]

Soziologen und Gerontologen gehörten zu den ersten, die Alarm schlugen. Die fortwährende Kritik, die Einrichtungen für Alte wären als totale Institutionen zu betrachten, wurden wenig später auch von einigen Architekten aufgenommen; doch es sollte noch viel Zeit vergehen um eine tatsächliche Verbesserung in der Praxis zu erzielen. „The modern nursing home became a derivative of the modern hospital and the influence of the 'old people's homes' of the past was suppressed by the nursing home's increasing bureaucratization. The architecture of these facilities can be described as a continuum of institutionality, with the international style that was clearly favored among high-style architects and government-agencys sponsors in France representing one pole, and the more subdued residentialism of Denmark and Finland, and to a lesser extent England, representing the other pole. In the United States homes for the aged moved toward one or the other pole: nursing homes increasingly became hospitalist, while congregate housing or assisted living increasingly became residentialist."[17] „Through the 1980s and 1990s, the nursing home continued to cling, though somewhat less tightly, to the core elements found in acute-care hospitals. Paradoxically, the public seemed to want the nursing home to continue to look as it did, perhaps as an expression of the strong belief in the power of advanced medical technology. The institution-based hospitalist model was the medically 'correct' approach to providing health care to the aged. This view was generally reinforced by building codes and accreditation standards which assumed that the design of nursing homes was not to be questioned - if the modernist aesthetic was suitable for the acute-care hospital, then it was suitable for the aged as well."[18]

Folgende Zahlen sollen einen Einblick gewähren, welchen finanziellen und wirtschaftlichen Stellenwert die sogenannten ‚Nursing Homes' in dieser Zeit hatten: 1989 verwendete die amerikanische Öffentlichkeit US-$ 42 Milliarden für die Pflege von Älteren, 82% davon (US-$ 34 Milliarden) gingen an die 'Nursing Homes'.[19]

Kritische Meinungen wurden immer lauter: „By the early 1980s the modernist hospital-based nursing home had been rejected by a growing number of architects and long-term-care administrators as an inappropriate and antithetical to the call for more homelike settings."[20] Das Vorbild 'Krankenhaus' schien nicht mehr adäquat für Altenbetreuungseinrichtungen zu sein, doch auch heute noch muss diesbezüglich Kritik geübt werden: „Die Altenpflege orientiert sich am Krankenhausbild, das soziale Beziehungsgeflecht der alten Menschen wird nicht gebührend berücksichtigt."[21] Zum neuen Vorbild werden Wohnappartements; es entstehen Wohnheime für die Alten der Gesellschaft. 1974 merkte der medizinische Direktor des Otterbein Home in Lebanon, Ohio (1972-74) an, dass von einer Kombination von Wohnen mit medizinischer Versorgung vielseitig abgeraten wurde. Doch schon bald stellte sich heraus, dass es sich hierbei um eine zukunftsträchtige Entwicklung handelte.[u] 'Assisted Living' wird so zu einem Schlagwort, welches nicht mehr aus der Betreuungsdebatte wegzudenken ist. „In a larger sense, the search for an appropriate vocabulary for assisted-living facilities was something of a struggle for architects. In its rejection of the nursing home's institutionality, the countertrend resulted too often in a 'soft-focus' or 'homey' brand of residentialism, stemming, at best, from the goal of creating homelike buildings or, at worst, from a profit-fueled compulsion to capitulate to the level of nondescript speculative architecture. In many cases ... the net result was caricature ... Critics labeled this design approach superficial or, condescendingly, 'warm and fuzzy', something quite apart from the ideals of critical regionalism or from thoughtful postmodernist approaches to the creation of a sense of place and symbolism in architecture. Too often, the final product lacked substance. The ultimate effect was a watered-down regional vernacular, and such overtly 'user friendly' design approaches ran the risk of being interpreted as condescension or even arrogance on the part of the provider, if not the architect. This was especially the case in situations where both the providers and the designers assumed that the aged consumer would reject more challenging design approaches."[22]

Peter Lorenz verweist in seinem Buch ‚Planen und Bauen für das Alter' auf drei Generationen im Altenpflegeheimbau, wobei die erste Generation durch die Wiederaufbauphase geprägt ist, in der nach dem 2.Weltkrieg kasernenähnliche ‚Anstalten' entstanden, in denen alte Menschen verwahrt wurden. Das Angebot beschränkt sich auf Nahrungsversorgung und einen Schlafplatz in Mehrbettzimmern mit zu teilenden Sanitäreinrichtungen. Eine hohe Pflegedichte kombiniert mit räumlicher Enge und fehlendem Wohn- oder Pflegekonzept resultiert in einem Mangel an Rückzugsmöglichkeiten für den Einzelnen. Die zweite Generation wird folgender Weise beschrieben: Die Krankenhauskonzepte der 60er und 70er Jahre sollen der eben beschriebenen Situation entgegenwirken. Kostenaufwändige Einrichtungen ermöglichen eine intensive und rationelle Pflege. Doch weder der enormer technischer Aufwand noch die Überbetonung der

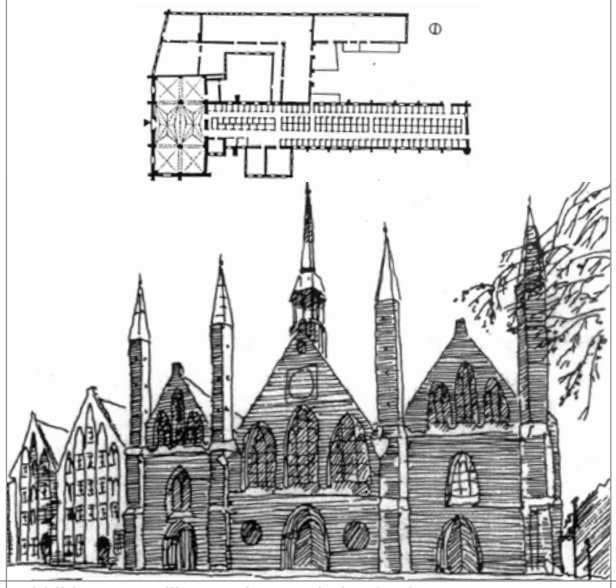


Abbildung 4 I Heiligen-Geist-Hospital, Lübeck

Abbildung 5 I Pomperaug Woods, Soutbury

Pflegehygiene können über stereotype und monotone räumliche Konzepte hinwegtäuschen, die nicht auf die individuellen Bedürfnisse der vormaligen ‚Insassen' - jetzt: ‚Patienten' - eingehen können. In der dritten Generation entwickeln sich die Altenpflegeheime der 80er Jahre zunehmend zu Wohnheimen, in denen die Pflegebedürftigen aktiv werden dürfen. Selbstständiges Wohnen soll den alten Menschen durch verbesserte Ausstattung des privaten Wohn- und Schlafbereichs soweit als möglich zugestanden werden. Ausreichend individuelle Privatsphären stehen Gruppen- bzw. Aufenthaltsräumen, in denen soziales Gemeinschaftsleben, und Kommunikation stattfinden können, gegenüber.[23] Auch das Kuratorium für deutsche Altershilfe verweist auf diese drei Generationen der Altenbetreuungs- und -pflegeeinrichtungen. Die momentane Folgeentwicklung dieser Generationen lässt sich am besten durch die Kategorie ‚Hotel' beschreiben. Wobei nicht nur die Architektur Hotelcharakter besitzt, sondern das gesamte Ambiente und Flair dem Hotelleben mit all seinen Facetten des ‚Wellness' möglichst nahe kommen soll. Wenngleich es vielen Einrichtungen bis heute nicht gelungen ist „sich über das Niveau einer Verwahranstalt hinaus weiterzuentwickeln"[24], scheint mir selbst die Entwicklung des ‚Altenhotels' bereits als überholt.

„Die auf die Architektur einwirkenden Faktoren haben sich gewandelt. Die humanistisch geprägte Medizin des 19. Jahrhunderts, die naturwissenschaftliche Ausrichtung des 20. Jahrhunderts und die interprofessionelle, kommunikativ ausgelegte Medizin des 21. Jahrhunderts haben jeweils neue Forderungen an die Architektur gestellt und die gestalterischen Akzente verschoben."[25] Doch nicht nur in medizinischer Hinsicht gab es signifikante Transformationen. Auch die Erkenntnisse über die Bedeutsamkeit der Rücksichtnahme auf die Psyche und das Seelenwohl der Alten unserer Gesellschaft sollte zu einem Prozess der fortwährenden Veränderung auf diesem Gebiet führen. Es gilt diesen Wandel und die damit verbundenen Anforderungen wahrzunehmen, aufzugreifen und in die Sprache der Architektur umzusetzen.

ARCHITEKTONISCHE ENTSPRECHUNGEN DES HISTORISCHEN WANDELS 1200 BIS 1980

Als frühe Beispiele der Altenpflege seien das 1280 als Armenhaus gegründete Geist-Hospital in Lübeck und das Wohnheim für alte Männer St. Nikolaus Spital in Ahrensburg/Schleswig Holstein genannt. Beide Einrichtungen wurden von Klöstern geführt, vom Orden erhalten und betrieben.

Dass alte Konzepte nicht ausschließlich der Vergangenheit angehören verdeutlicht Pomperaug Woods in Southbury, Connecticut (1988-90) von Engelbrecht & Griffin Architects. Es steht beispielhaft für zahlreiche Einrichtungen, die nach wie vor an den tief verwurzelten Ursprüngen des einstigen ‚Working House' festhalten.

Während Pflegeeinrichtungen in Form des Armenhauses des siebzehnten und achtzehnten Jahrhunderts im ländlichen Campus lokalisiert waren, wo symmetrische Formen Ausdruck der totalen Überwachung waren, und sich die Institutionen in Formen des Panoptikum darstellten - mit einem großen Innenhof als symbolisches Zentrum des Kontrollpunktes - wurden später städtische oder vorstädtische Standorte mit der Möglichkeit in der Vertikalen zu vergrößern als profitabler angesehen. Es entstehen hochzentralisierte Hochhäuser - Türme, die der Medizin gewidmet sind. So meint auch Lohfert hierzu: „Der bis in den Anfang des 20.Jahrhunderts gebräuchliche Pavillontyp ist mehr oder weniger zentralisierten Bauformen gewichen, in denen die komplexen Funktionen der modernen, mehr interdisziplinär ausgerichteten Medizin ihr bauliches Äquivalent fanden. Diese Entwicklung basierte auf der Erkenntnis, dass spezialisierte (und teure) Funktionen in zentralisierten Einrichtungen wirtschaftlicher betrieben werden können."[26] Die Architektur der minimalistischen und hochkomplexen Megabauten ist als Ausdruck für den Glauben an die Technik, insbesondere an die High-Tech-Medizin zu werten. Das Gebäude wird auf dem in ihm stattfindenden Funktionsablauf reduziert und es wird ihm dadurch erlaubt „to become a sheer container of the volumetric machines for being healed."[27] Verderber kritisiert deshalb "[these institutions] symbolized to

Abbildung 6 I Gerontologiezentrum, Bagnolet

Abbildung 7 I Altenresidenz, Waiblingen

critics everything wrong with the healthcare system in advanced industrialized nations."[28] Er spricht in diesem Zusammenhang weiters vom Triumph des Minimalismus und der High-Tech, welcher in Form von diversen Mängeln, welche ein hermetisch versiegeltes Gebäude eben mit sich bringt, erfahrbar ist.

Doch nicht nur der Einzug der Technik in das System, sondern auch die schiere Notwendigkeit vermehrt Betreuungsplätze zu schaffen führte zu solchen medizinischen Türme. Koncelik merkte hierzu an: „In the late 1950s and through to the mid-1960s ... there was an incredible push to construct. ... The determination to build superseded the knowledge of what to build. Ollie Randall ... said it best when she reflected ..., 'We built in ignorance, but we had to build.' Unfortunately, this country is left with the legacy of mistakes and ignorance in brick and mortar ... It is not feasible to demolish what has been built and not possible to turn back the clock."[29]

Als ein bedeutender Repräsentant dieser Zeit gilt zweifelsfrei Le Corbusier, denn in den 1960er Jahren folgte man den von ihm aufgestellten und etablierten architektonischen Prinzipien auch beim Bau von Gesundheitseinrichtungen. Dies brachte allerdings stark negative Konsequenzen mit sich: „Le Corbusier's concepts, when watered down by myriad technical criteria and budget constraints and entrusted to the hands of architects considerably less talented, resulted in little more than vertical warehouses for old people, with little or no connex afforded between the patient and the external environment. In the more extreme cases, results were not at all like the ideas advocated by Le Corbusier in his initial proposals decades before. By the mid-1960s this was particular so in situations where the justification for the height, configuration, and over appearance of a nursing home was more economic than ideological."[30]

Ein dennoch ambitioniertes Architekturbeispiel dieser Zeit sei mit dem Gerontologiezentrum in Bagnolet, Frankreich (1968-71) von Jean Timmel genannt: Es handelt sich hierbei um ein rationalistisches Projekt aus Beton, welches sich streng an einen orthogonalen Raster hält und in der Gebäudebasis unter dem Bettenturm halböffentliche Bereiche beherbergt. Der Bettentrakt hat Zugang zur Dachterrasse des Zubaus, die Zimmereinheiten sind jeweils an den beiden Seiten des Einzelkorridors angeordnet, Balkone sind den Patientenzimmern vorgelagert. Der Bau erinnert in seinen Proportionen und seiner Ausformung stark an Le Corbusier's Unité d'habitation.[31] Ein zweites Schlüsselprojekt dieser Zeit ist zweifelsfrei die Altenresidenz in Waiblingen, Deutschland (1971-73) von Hans Kammerer und Walter Belz: Bemerkenswert erscheint die Relation und Bezugnahme zu der leichten Hanglage und die Verbindung zwischen Innen und Außen. Einzelne Gebäudeteile wurden als individuelle Elemente ausgeformt und spiegeln die in ihnen untergebrachten Funktionen wider. „In this respect the building was a departure from the clichéd approach of setting the residential tower atop a support-administrative base."[32] Einen besseren Bezug zum menschlichen Maßstab erreichen allerdings jene Bauten, die der modernistischen Tradition der ‚low-rise'-Architektur, welche mehr Annehmlichkeiten als der Blockturm bietet, folgen und in Relation zur Gebäudemasse nutzbare Freiflächen schaffen: Das Geriatriegebäude des Middleton State Hospital in Middleton, New York (1962-64) von Ketchum, Giná und Sharp machte Gebrauch der strukturbetonten Sprache Mies van der Rohes: Der eingeschossige Bau besitzt Flachdächer, und ist in sich orthogonal. H-förmige Schlaftrakte, welche in 6-Betten-Zonen mit nicht bis an die Decke reichenden Wandelementen unterteilt waren, formen sich um Höfe.[33] Wenngleich sich nicht alle Planer in den 60er und 70er Jahren an den vorherrschenden Zeitgeist hielten, so gab es nur wenige, die den Versuch machten sich gegen Le Corbusiers und Mies van der Rohes Architekturverständnis aufzulehnen. Ein Gegenmodell bildet das Seniorenheim in Spiez-Faulensee, Schweiz (1970-71) von Fritz Reist. Die Zellgeometrie, die absolute Symmetrie stehen im starken Kontrast zur Orthogonalität seiner Kollegen.[34]

Um 1965 wagten einige wenige Architekten den High-Style-Modernismus zu erweitern. Doch die Vorzeigeprojekte, welche sich hier anführen lassen sind sehr begrenzt. „In comparison to the numerous visionary acut-care hospitals proposals during this period,

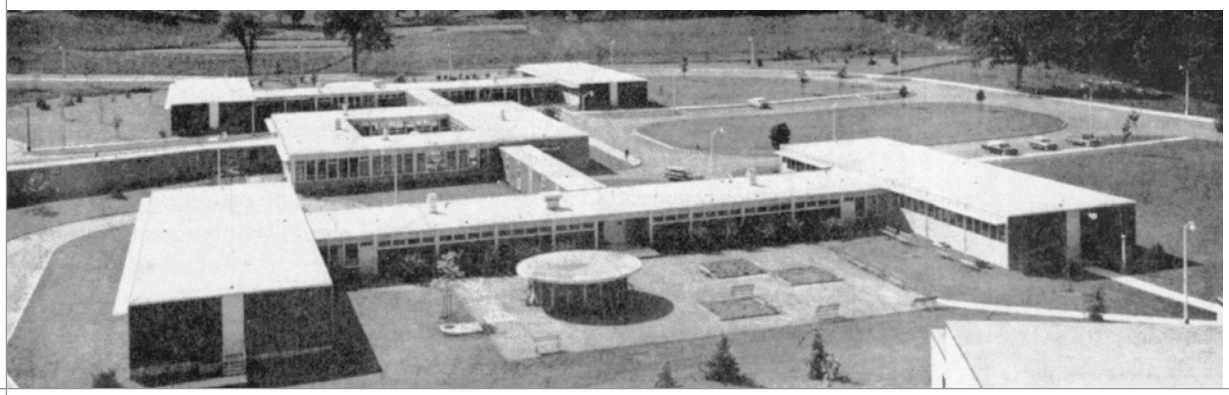
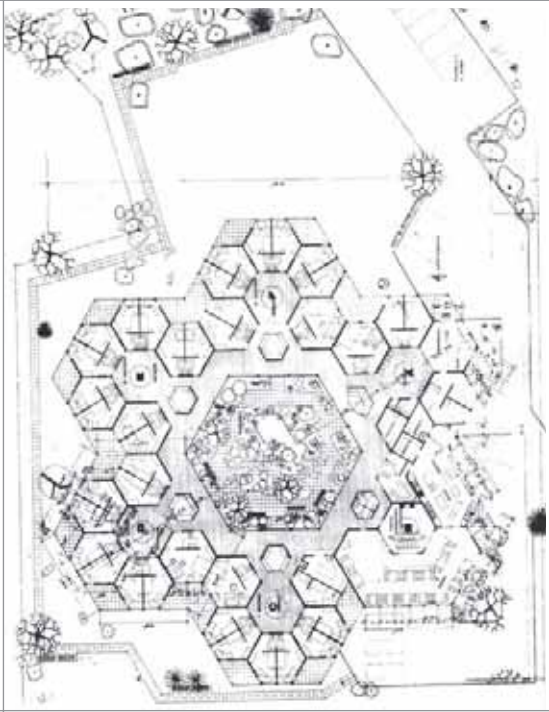
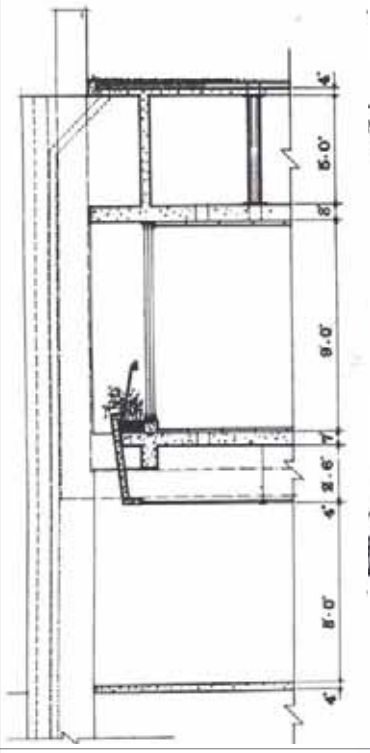
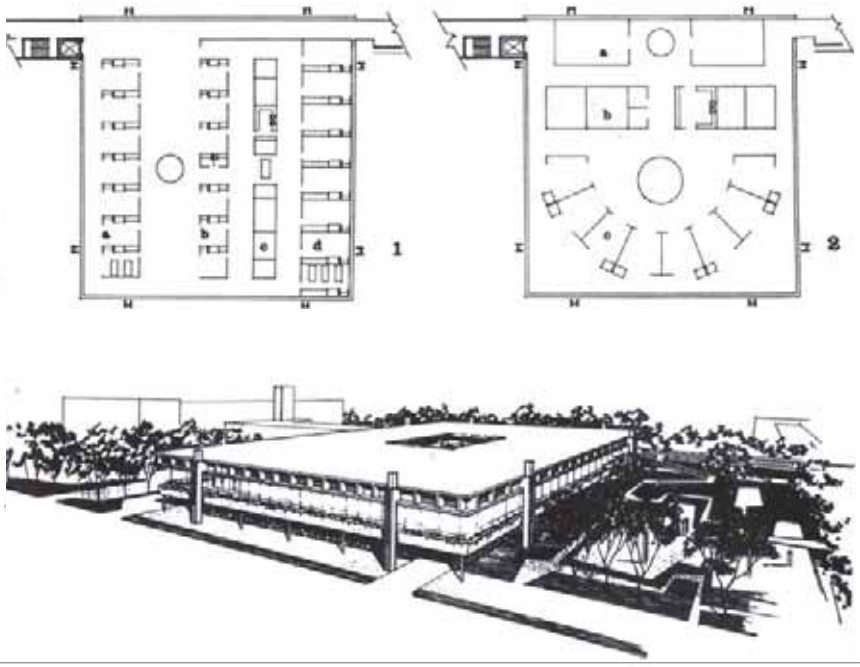


Abbildung 8 I Geriatriegebäude des State Hospitals, Middleton



Abbildungen 9 u. 10 I Seniorenheim, Spiez-Faulnsee





Abbildungen 11, 12 u. 13 I Research Institute for the Care of Prolonged Illness, Warsaw

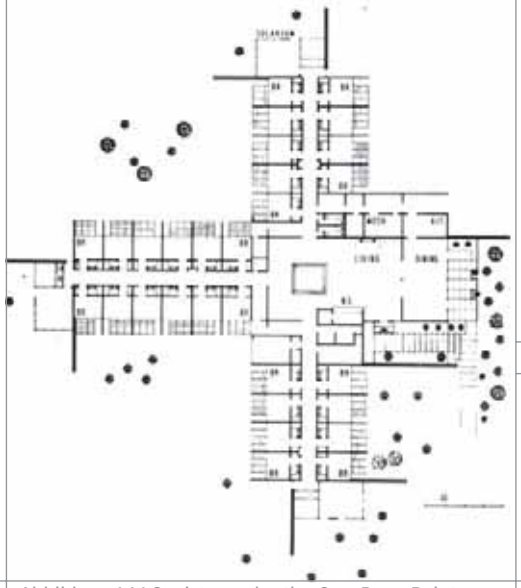


Abbildung 14 I Capistrano-by-the-Sea, Dana Point

Abbildung 15 I Isabelle Geriatric Center, NY

utopian visions of care for the aged were rarely put forth."[35] Eines dieser visionären Beispiele ist zweifelsfrei das Gebäude des Research Institutes for the Care of Prolonged Illness (1964) in Warsaw, Indiana von William N. Berger, welches auf Mies van der Rohes Konzept des ‚Universalen Raumes' aufbaut. Der säulenfreie zweite Stock ermöglicht somit drei Konfigurationen: die semi-offene Grundrissgestaltung, Einzelzimmer sowie eine radiale Anordnung um den Krankenschwestern-Stützpunkt.

Allmählich ist auch in der Architekturliteratur ein Umdenken zu erkennen; der Terminus ‚Nursing Care' wird allmählich durch ‚Congregate Housing' ersetzt. Diese Änderung der Terminologie signalisiert den Unterschied zwischen dem spitalsähnlichen Pflegemodell des ‚Nursing Home' und der medizinisch weniger intensiven ‚Congregate Housing'-Idee.[36] In den USA war eines der ersten Beispiele für ‚Congregate-Housing' das Capistrano-by-the-Sea in Dana Point, California (1965-67) von Ramberg und Lowery. Das einstöckige Gebäude öffnet sich hin zu Patios, die einen Panoramablick über das Meer bieten: „Ocean, trees and rolling hills are everywhere visible - from the private patios, from the three solarium-terraces, from the large windows in the group living area at the ends of the three bedroom wing corridors. The corridors also feature skylights which create a light and airy effect; and the nurse's station, main lounge and dining areas are treated with exposed woods and stone to further the country atmosphere. Exterior building materials compliment the softness of the setting [with] the low-pitch gable roof. ... The single rooms, complete with private water closet, storage and patio facilities, assure each patient the luxury of privacy... The solarium terrace at the end of each wing is ideal."[37] Ein Kritikpunkt der hier angemerkt sei, dass es wohl klar ist, dass das ruhige, pitoresque Bild der Pflegeanstalt in ländlicher, harmonischer Gegend, an einem optimalen Standort mit Panoramaausblick u.ä. nicht der Realität des Großteils der Einrichtungen entspricht. Das Ideal bleibt somit nur einer begrenzten Personengruppe vorbehalten. Die Tatsache, dass allerdings - wenngleich in der Minderheit - solche bevorzugten Standorte für die Beplanung mit Altenpflegeeinrichtungen herangezogen und nicht nach dem Motto ‚aber bitte nicht bei mir' möglichst unattraktive Bauplätze gewählt werden, bedeuten eine Verbesserung der Situation.

Erste architektonische Ausformungen der Idee des 'Assisted Living' sind neben dem Otterbein Home auch das Isabelle Geriatric Center in NY (1971-73) von Joseph Weiss, welches während des Baus mit dem benachbarten Appartementhaus zusammenarbeitete, in dem ebenfalls Heimpflege angeboten wurde. „The passerby would find it difficult to discern whether it was a health facility or a public housing project, whereas in reality it was grounded in both precursors."[38] Das Bern-Wittigkofen Spital in Bern, Schweiz (1988-89) von Atelier 5 kombiniert die beiden Modelle des 'Assisted Living' und der Langzeitpflege für chronisch Kranke in Form von zwei Flügeln, welche durch den Gebäudeteil der Zentraleinrichtungen miteinander verbunden sind. Ein künstlicher Teich wurde gebäudenahe angelegt und einige der Patientenzimmer bieten einen Blick auf diesen. Das Projekt De Overloop in Almere-Haven, Niederlande (1980-84) von Herman Hertzberger „was a highly humane yet asthetically sophisticated effort to fuse modernist, residentialist, and social concerns"[39] Es gilt als Landmark und produziert das Bild eines gestrandeten Schiffs am Rande von Almere. Angeboten werden Einzelzimmer, Zweipersonen-Appartements und semi-autonome Wohneinheiten; Balkone und großzügige Fenster überblicken die Höfe. „De Overloop realizes many notions of community. By various strategies it attempts to draw people out of them-selves and to encourage spontaneous social interaction. . . . People feel at home and are also encouraged to colonize the building and make it their own."[40] Das Lambeth Community Care Centre in Lambeth, England (1981-85) von Edward Cullinan Architects ist ein 'inpatient-care'-Zentrum für geriatrische Medizin und bietet zugleich ein 'outpatient'-Tagesprogramm zur Rehabilitation sowie ein Heimpflege-Hospiz-Programm an, wobei die Zweipersonen-Zimmer im zweiten Obergeschoss über dem Bereich des Behandlungsprogramms für externe Patienten gelegen ist. „...the Lambeth Centre was regarded as perhaps the best 'neo-cottage-hospital' special-care facility ..."[41]

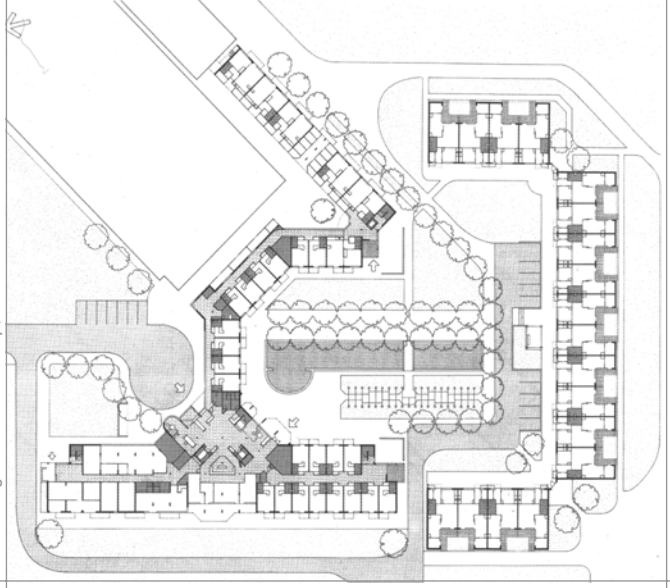


Abbildung 16 I De Overloop, Almere-Haven

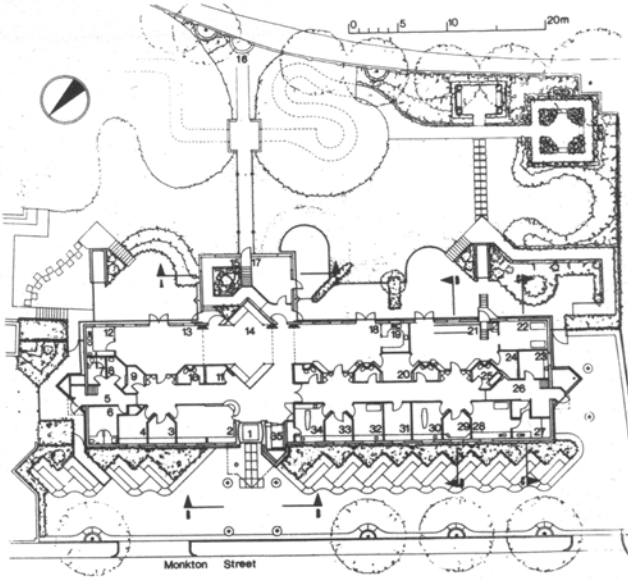


Abbildung 17 I Community Care Centre, Lambeth

Auf diese Entwicklung folgende Architekturbeiträge der jungen Vergangenheit und Gegenwart, die den heutigen Vorstellungen entsprechen und den modernen Anforderungen gerecht werden, wird im Kapitel ‚Architektonische Beispiele' näher eingegangen.

GEGENWÄRTIGE VERÄNDERUNG DER ANFORDERUNGEN

Zu glauben, die Entwicklung der Altenpflege- und -betreuungseinrichtung sei mit den 1980er oder 1990er Jahren als abgeschlossen zu betrachten wäre fatal, wenngleich „It immediately became apparent that one could trace developements from antiquity to about 1970 with clarity and precision, but from that date to the present the literature was scattered and uneven in quality, with most information appearing in one-off articles or in professional journals."[42]

Es gibt mehr als genug Beispiele, die klar ersichtlich die neuen Rahmenbedingungen der jungen Vergangenheit und der Gegenwart veranschaulichen: „Die Antwort der Architektur auf Veränderungen in der Medizin sind Erweiterungen, Umbauten und Anpassungen oder Abriss und Neubau."[43] Doch „While monuments are seldom designed for addition, they are never, never, never designed to be demolished."[44] Aus diesen beiden Tatsache heraus resultierend ergeben sich nicht nur in struktureller sondern ebenso in architektonischer Hinsicht oft lediglich Kompromisslösungen die Struktur- und Leistungsänderungen weitestgehend abzufangen. „Es ist die große Herausforderung der modernen Architektur, trotz der sich ständig wandelnden Voraussetzungen in den Aufgaben und Funktionen der Medizin, ihren Organisationsformen und neuen Technologien ein ganzheitliches gestalterisches Gesamtkonzept … im Blickfeld zu haben."[45] „Die moderne Architektur begegnet diesen Forderungen mit Erweiterbarkeit im Mikro- und Makrobereich der Baustruktur und mit Bauverfahren, die Veränderungen in den Nutzungen und in der Raumkonfiguration zulassen."[as] Auch Kliment spricht sich stark für flexible Raumgefüge aus: „The unknown space and connectivity demands of future new equipment makes a flexible facility essential."[46]

Neben den aufgezeichneten, historischen Entwicklungen bestehen also nach wie vor vielschichtige Veränderungen der Anforderungsprofile an dieses Gebiet des Gesundheitswesens. Denn auch die Altenpflege ist Teil eines dynamischen Entwicklungsprozesses, welcher unentwegt neue Impulse aus ihm übergeordneten, demografischen, politischen und gesellschaftlichen Veränderungen erhält. Die Altenbetreuung hat sich folglich auch in der Zukunft mit der Veränderbarkeit des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen; es gilt also medizinische, soziale, strukturelle und leistungsmäßige Veränderungen aufzufangen. Dies wird sicher nicht einfach werden, denn Einrichtungen des Gesundheitswesens „überleben … die ‚Verdoppelungszeit' medizinischer Veränderungen um ein Vielfaches. (Als Verdoppelungszeit wird der Zeitraum bezeichnet, in dem sich die Funktionen medizinischer Behandlung … grundsätzlich ändern. Etwa alle 5-10 Jahre verdoppelt sich das medizinische Fachwissen…)"[47] Es ist offensichtlich: „Die Medizin befindet sich in einem dramatischen Wandel. Aus der Allianz mit den Naturwissenschaften im 20.Jahrhundert entwickelt sie sich in Richtung einer auf Interprofessionalität und Kommunikation ausgerichtete Disziplin. Finanzielle Restriktionen, permanente Erweiterung des therapeutischen Spektrums, eine veränderte Erwartungshaltung der Patienten und demografische Veränderungen beeinflussen das Gesundheitswesen"[48] und somit letztendlich die Altenpflege.

Die nach wie vor in der Praxis angewandten, veralteten Strukturen der Altenbetreuung passen sich nur äußerst schwerfällig den modernen Herausforderungen an. Die zukünftige Altenpflege sollte sich als strategisches Instrument verstehen, welches die auf uns zukommenden Trends bestmöglich antizipiert und Systeme entwickelt, die trotz hoher Flexibilität wirtschaftlich und leistungsfähig bleiben. Die Notwendigkeit der Verbesserung der akuten Engpass-Situation bei einer gleichzeitigen Berücksichtigung psychologischer und sozialer Aspekte sowie der stetigen Veränderung medizinischer Hintergründe führt ohne ein sinnvolles Gesamtkonzept unweigerlich immer

wieder zu unbefriedigenden Kompromissen. In diesem Spannungsfeld vieler ungelöster und wenig transparenter Schwierigkeiten hat sich die Altenbetreuung zu bewähren und zu profilieren. Das Angebot und die Qualität der Pflege ist fortwährend einem strengen Prüfstand zu unterwerfen. „Permanente Anpassungen des Versorgungsangebotes und der Organisationsformen sollen im Rahmen der politisch gesetzten Vorgaben zu wirksamen, gleichwohl wirtschaftlichen Strukturen führen.“[49] Die hohe Geschwindigkeit und Dynamik der Entwicklung erfordern von Architekten anstelle einer bloßen baulichen Umhüllung des Problems vermehrt eine architektonische Bewältigung im Sinne eines ganzheitlicheren Denkansatzes, um die Komplexität der Veränderungen zu begreifen. Durch flexible und vielschichtige Lösungsansätze kann den Herausforderungen der modernen Altenpflege begegnet werde.

1 MAY, 1999, S.251 f
2 VERD, 2000, S.10
3 MILL, 1983, S.206
4 VERD, 2000, S.11
5-7 VERD, 2000, S.224
8 NIGH, 2004, S.33
9 VERD, 2000, S.12
10 DIE, 1994, S.191 f
11 EGY, 2004, S.33
12,13 VERD, 2000, S.225
14 MILL, 1983, S.207
15 JOH, 2000, S.6 ff
16 VERD, 2000, S.228
17 VERD, 2000, S.138
18 VERD, 2000, S.253
19 VERD, 2000, S.239
20 KOCH, 1997, S.230 f
21 VERD, 2000, S.235
22 VERD, 2000, S.264
23 LOR, 1994, S.12
24 ZWE, 2001, S.41
25,26 LOH, 2005, S.25
27 VERD, 2000, S.13
28 VERD, 2000, S.14
29 KON, 2000, S.226
30 VERD, 2000, S.226
31 VERD, 2000, S.226 f
32 VERD, 2000, S.227 f
33 VERD, 2000, S.228 f
34 VERD, 2000, S.230
35 VERD, 2000, S.231
36 VERD, 2000, S.232
37 ALL, 2000, S.175
38 VERD, 2000, S.235
39 VERD, 2000, S.240
40 BUC, 1985, S.27-35
41 VERD, 2000, S.247
42 VERD, 2000, S.IX
43 LOH, 2005, S.24
44 LOH, 2005, S.25
45 LOH, 2005, S.26
46 KLIM, 1993, S.VIIIf
47 LOH, 2005, S.12
48,49 LOH, 2005, S.243

Abb.1 MURR, 1999, S.43
Abb.2 WWW-SMH
Abb.3 WWW-DEW
Abb.4 EGY, 2004, S.31
Abb.5 VERD, 2000, S.254
Abb.6,7 VERD, 2000, S.127
Abb.8 VERD, 2000, S.229
Abb.9 u. 10 VERD, 2000, S.132
Abb.11, 12 u. 13 VERD, 2000, S.232
Abb.14 VERD, 2000, S.234
Abb.15 VERD, 2000, S.235
Abb.16 VERD, 2000, S.243
Abb.17 VERD, 2000, S.149

EINFACH ALT WERDEN - ALTERNATIVE PFLEGEMODELLE UND LEBENSKONZEPTE

Abbildung 1

NEUE DENKANSÄTZE FÜR LEBENSFORMEN IM ALTER

„Geboren zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts, haben viele von ihnen [alte Menschen] mindestens einen Weltkrieg miterlebt und viel Leid und Not erfahren. Auch wurden in dieser Generation noch andere Werte als heute hochgehalten. Gehorsam war eine Tugend und man glaubte noch an Autoritäten. ... Dennoch frage ich mich, wie es in den Heimen von morgen zugehen wird, wenn neue Generationen, für die Individualität und das Recht auf Selbstbestimmung das Leben gekennzeichnet haben, die Heime bevölkern werden. Ob sie dann kommt, die Rebellion der Alten?“[1] Zum einen möchte ich hierzu anmerken, dass diese Rebellion bereits ‚am Start‘ steht. Geführt wird sie von den aktiven, jungen Alten, denn sie haben die Kraft und den Elan dazu, ihre nahe Zukunft selbst zu gestalten und zu planen. Anzeichen hierfür sind das Entstehen von Sun Cities und ähnlichen Einrichtungen auf die später eingegangen werden soll. Im Fahrwasser dieser Entwicklung muss es daneben zweifelsfrei zu Neuerungen im eigentlichen Altenpflege- und Betreuungssystem kommen. „All in all, remained to be seen whether more sophisticated architectural ideologies would be accepted by the better-educated baby boomer generation in the US as they reached their own retirement age in the twenty-first century.“[2] Diese Fragestellung Verderbers möchte ich allerdings relativieren: Zwar ist es eine Tatsache, dass der Anteil von beispielsweise Wohngruppenmodellen zur Zeit noch unter einem Prozent liegt, ebenso, dass in repräsentativen Umfragen unter älteren Menschen nur drei Prozent den Wunsch äußern, in einem solchen innovativen Wohnmodell zu leben. Doch nicht voll etablierte und somit unübliche Ideen werden anfangs immer mit Skepsis bedacht. Auch sind erhebliche Schwierigkeiten vorhanden, fundierte Informationen über derartig neue Konzepte zu erhalten. „Alte Menschen sind meist nicht ausreichend über vorhandene Alternativen zu Alten- und Pflegeheimen informiert.“[3] Es bestehen bereits diverse Beratungsstellen und Wohnberatungen, an die sich speziell alte Menschen wenden können, die dann weiterführende Informationen anbieten und so in der Suche nach einer geeigneten Wohnmöglichkeit Orientierung und Hilfestellung geben. Wichtig ist es hierbei vorzusorgen indem man Informationen zu einem Zeitpunkt einholt, in welchem die eigene Entscheidungsfreiheit nicht vom Umfeld angezweifelt werden kann. Rühm spricht hierbei von einem Alter von rund 50 Jahren: „Die Energien, die man als vergleichsweise junger Mensch um die 50 hat, sollte man dazu nutzen, um beizeiten seine Zukunft zu planen.“[4] Bei rechtzeitiger Planung können nämlich viele Lebensgewohnheiten nach eigenen Vorstellungen erhalten bleiben und ich denke, dass dies auch von einer Nicht-Baby-Boomer-Generation gerne in Anspruch genommen wird.

„Wenn die Zahl älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen deutlich steigt, gleichzeitig aber immer weniger Pflegebedürftige eine Heimunterbringung akzeptieren und die Tragfähigkeit familiärer Netzwerke immer mehr abnimmt, werden alternative Wohn- und Betreuungsangebote zum Heim zu erproben und auszubauen sein.“[5] Diese Anforderungen an ein zukunftsträchtiges Angebot für alte Menschen in unserer Gesellschaft sind vielschichtig. Folgende Tendenz ist hierbei nicht außer Acht zu lassen: „Obwohl die Mehrzahl der Senioren in ihrer vertrauten Umgebung alt werden möchte, wird es in Zukunft einen wachsenden Teil älterer Menschen geben, die noch umziehen wollen. Sie erwägen einen Umzug, um in einer sozialen Gemeinschaft alt werden und auf Versorgungssicherheit und gegenseitige Unterstützung zurückgreifen zu können. Ein entsprechendes Wohnangebot muss dieser Zielgruppe zur Verfügung gestellt werden. Dabei wollen die Interessenten vor allem auch dann dort wohnen, wenn sie pflegebedürftig sind. Dafür müssen solche alternativen selbstständigen Wohnformen weiter entwickelt werden.“[6] Dieser im Alter stattfindende Umzug wird sich zwar in vielen Fällen nicht vermeiden lassen um in einer gewünschten Form den Lebensabend verbringen zu können, doch sollte er sich auf die nähere Umgebung reduzieren um keinen Bruch zu bestehenden sozialen Netzen zu erwirken. Neben der Verbreitung und Weiterentwicklung solcher innovativer selbstständiger Lebensformen - wie es beispielsweise

Wohngruppen sind - darf aber nicht auf Wohnkonzepte für im stärkerem Ausmaß pflegebedürftige Menschen vergessen werden. Denn „selbst bei einer verbesserten häuslichen Versorgung wird auch zukünftig eine erhebliche Zahl älterer Menschen nicht zu Hause gepflegt werden können, sei es wegen erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf oder wegen mangelnder sozialer Einbindung. Bisher steht in solchen Fällen praktisch nur das Pflegeheim zur Verfügung. Dies hat bei dessen heutiger Struktur allerdings häufig zur Folge, dass eine große Einbuße an Wohnlichkeit und Selbstbestimmung in Kauf genommen werden muss. Außerdem kann der Kontakt zum bisherigen Umfeld völlig abreißen. In Zukunft wird es nötig sein, anders organisierte Wohnformen für Pflegebedürftige zu entwickeln und zu verbreitern."[7] Erste Schritte in diese Richtung sind bereits gesetzt worden: „ … eine Reihe von selbstständigen alternativen Wohnformen ist in den vergangenen Jahren entstanden. Das Betreute Wohnen beziehungsweise Service-Wohnen wurde Anfang der neunziger Jahre mit einer Euphorie als die Wohnform der Zukunft betrachtet und hat sich quantitativ zur bedeutendsten neuen Wohnform entwickelt. Zu den selbständigen alternativen Wohnformen gehören auch selbstorganisierte Haus- und Siedlungsgemeinschaften, Mehrgenerationenwohnen und Integriertes Wohnen. Hier hat sich eine differenzierte Projektlandschaft entwickelt."[8] Um allerdings ein würdevolles Altern innerhalb unserer Gesellschaft ermöglichen zu können, muss weiterhin eine zukunftsorientierte Umstrukturierung des Wohn- und Betreuungsmarktes stattfinden. Denn „je besser eine Stadt Diversität in Form von alternativen Lebenskonzeptionen und den Austausch zwischen diesen ermöglicht, desto mehr trägt sie zum wünschenswerten Miteinander bei."[9]

BARRIEREFREIHEIT UND BARRIEREARMUT IM BESTAND UND IM NEUBAU

„Auch wenn sich die derzeitigen Diskussionen in erster Linie um neue innovative Wohnformen … drehen, ist für die Wohnungs- und Immobilienwirtschaft das quantitativ entscheidende Handlungsfeld der vorhandene Wohnungsbestand, denn rund 95 Prozent der älteren Menschen [in Deutschland] leben in ganz normalen Wohnungen, die aber in weiten Teilen über keine besonderen Ausstattungsmerkmale für sie verfügen, sondern im Gegenteil eine Vielzahl von Barrieren aufweisen."[10] Weiters merkt Rychter an: „Entscheidender Faktor für die Wohnungsmärkte einer alternden Gesellschaft ist … der Wohnungsbestand. … In den vergangenen Jahren haben die Wohnungs- und Immobilienunternehmen in Deutschland vor allem auf die individuelle Wohnungsanpassung gesetzt, während strukturelle Anpassungsmaßnahmen nur vereinzelt erreicht wurden. Das Ergebnis ist ein Flickenteppich von Einzelmaßnahmen, die von der Überbrückung von Schwellen über Handgriffe im Badezimmer hin zum berühmten Treppenlift reichen. Ursache für die bisherige Zurückhaltung innerhalb der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft sind die tatsächlichen oder aber vermuteten Mehrkosten infolge barrierefreier Wohnungsanpassungen …."[11] „Sollte es gelingen, den Wohnungsbestand für strukturelle Wohnungsanpassung zu öffnen, so bedeutet dies für alle Akteure eine Win-Win-Situation. Ältere Menschen haben damit die Möglichkeit, weit über den jetzigen Zeitpunkt hinaus in ihren eigenen vier Wänden bleiben zu können, während der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft treue und zuverlässige Mieter erhalten werden, die bislang aufgrund unzureichender baulicher Voraussetzungen sowie mangelnder Betreuungs- und Unterstützungsangebote oft vermeidbar in Pflegeeinrichtungen abgewandert sind."[12] So wird einerseits Bestand adaptiert; es entstehen somit angepasste Wohnräumlichkeiten, bei deren Umbau auf Barrierefreiheit Rücksicht genommen wird um so ein Verbleiben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Andererseits ist Barrierefreiheit in der Planung von Neubauten ein bedeutsames Thema, damit bereits im Vorfeld für das Älterwerden oder eine im Laufe des Lebens eintretende, die Mobilität betreffende Behinderung eine bauliche Vorsorge getroffen ist.

„Tatsache ist: Die Zielgruppen an den Immobilienmärkten kehren sich schlichtweg um. Haben sich viele Bauträger noch in den vergangenen Jahrzehnten vornehmlich auf die Kundengruppe der jungen Familie im Einfamilienhaussektor konzentrieren können, steht heute immer mehr der ältere Mieter oder Käufer mit seinen besonderen Ansprüchen an einer Immobilie im Mittelpunkt des Interesses."[13] Hierbei auf Barrierefreiheit aufmerksam zu machen, ist nahezu hinfällig. Die Basis und Grundlage jeder gelungenen, altengerechten Wohnsituation ist die barrierefreie oder zumindest barrierearme Gestaltung, gleichgültig ob nun von Neubauten oder von angepasstem Bestand die Rede ist. Schließlich kann nur so für eine unabhängige und selbstbestimmte Lebensführung alter Menschen gesorgt werden. „Unter Selbstständigkeit im Alltag lassen sich Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung eines von Hilfe und Pflege unabhängigen Lebens in der vertrauten Umwelt verstehen."[14] Das bedeutet aber auch, dass räumliche Beschaffenheiten der Wohnumwelt diese Fertigkeiten im positiven Fall fördern und anregen können, im negativen Fall allerdings falsche oder keine Anregungen an die Kompetenzen des Bewohners stellen, diesen behindern und einschränken und somit langfristig gesehen zum Abbau der genannten Fertigkeiten führen. „Jeder Gegenstand und jede Handlung stellt bestimmte Anforderungen an den Benutzer. Bei einer Diskrepanz zwischen der Anforderung und den Fähigkeiten des Benutzers kommt es zur Störung der Interaktion."[15] „Da gerade Barrieren zu einer Überforderung der Kompetenz führen, ist deren Beseitigung ein erster Schritt zur Übereinstimmung zwischen Fertigkeitsprofil des Menschen und Anforderungsprofil der Umwelt."[16] Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind also häufig das Ergebnis einer Überforderung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten durch spezifische Umweltanforderungen.[17] Jede der nachstehend genannten Wohnmöglichkeiten beruht daher idealtypischer Weise auf dem Konzept der

Abbildung 2

Barrierefreiheit. Aus diesem Grunde soll hier auf diese Begrifflichkeiten näher eingegangen werden.

„Barrierefreies Bauen ist die barrierefreie Gestaltung des Lebensraumes, um möglichst allen Menschen zu ermöglichen, ihn sicher und unabhängig von fremder Hilfe zu nutzen. Damit wird dem Benachteiligungsverbot nach Art.3/Grundgesetz Rechnung getragen und dem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen."[18] Nur durch barrierefreies Bauen kann die gebaute Umwelt altengerecht und im Übrigen menschengerecht gestaltet werden, wobei immer „eine intelligente und auf menschliche Fähigkeiten orientierte Bauweise"[19] gefragt ist, und nicht unbedingt immer teure Sonderlösungen das Mittel sind um diese zu erreichen. „Die Herausforderung für Architektur und Design sind gewaltig: Barrierefreie, leicht zugängliche Wohnungen und einfache, klar strukturierte Dinge des Alltags sind die Grundforderungen an ein Age-Design, das sich der ganzen Gesellschaft annimmt."[20]

Das ‚Intelligent Home' sei ebenfalls in diesem Zusammenhang erwähnt: Eine umfangreiche und gut durchdachte technische Ausstattung sowie deren interne aber auch externe Vernetzung bieten bei einer aufeinander abgestimmten Programmierung der technischen Einrichtungen eine Vermeidung einer Vielzahl an Unannehmlichkeiten im Haushalt. Um eine Erhöhung der individuellen Sicherheit zu erzielen und um alten Menschen den Alltag erheblich zu erleichtern werden verschiedene Ideen diskutiert. In der Forschung bearbeitete oder bereits umgesetzte Vorschläge reichen von simplen elektronisch betriebenen Einbauten über Hausnotrufsysteme bis hin zu ‚mitdenkenden Robotern', wie bereits im Kapitel ‚Einzug der Robotik in die Altenpflege' genannt. Spezialisierte Firmen bieten Wohnungsnutzern „innovative Services aus den Bereichen Gesundheit und Pflege, Sicherheit, Komfort, Multimedia und Facility-Management … Das Konzept basiert auf intelligenter Hausvernetzung und der Möglichkeit, über einen zentralen Zugang externe Dienstleister anzubinden."[21] „Bisher inselartig nebeneinander stehende einzelne Komponenten, Geräte und Teilnetzwerke können nun miteinander verknüpft werden. Ergänzt wird diese intelligente Hausvernetzung durch individuell abonnierbare Services, die durch extern angebundene Dienstleister erbracht werden. … Die Bewohner können speziell entwickelte Dienstleistungsangebote auswählen und individuell zusammenstellen."[22] So können mit Hilfe eines IT-gestützten Dienstleistungsangebotes Wohn-Mehrwerte geschaffen werden, die zum selbständigen Leben von alten Menschen beitragen.

Ratgeber, Hinweise und Richtlinien zu den Themen ‚Barrierefreiheit', ‚Age-Design' und ‚Intelligent Home' gibt es in Hülle und Fülle; deren tatsächliche Anwendungsbreite scheint allerdings weitaus beschränkter zu sein. Obwohl es wichtig ist, die Standards der Barrierefreiheit umzusetzen, darf ‚Wohnen im Alter' keinesfalls auf die Fragestellung reduziert werden, wie sich funktionale Einschränkungen vermeiden oder ausgleichen lassen; wenngleich Lösungen im Bereich der Barrierefreiheit unabdingbar und die Voraussetzung für ein möglichst unkompliziertes ‚Wohnen im Alter' bilden.

DARSTELLUNG HEUTIGER KONZEPT-MÖGLICHKEITEN IN DER ALTENPFLEGE

In diesem Kapitel werden aktuelle Lebensmodelle und Wohnkonzepte für alte Menschen aufgezeigt. Das Angebot an verschiedenen Möglichkeiten ist groß, doch viele der genannten Modelle sind in Österreich noch nicht besonders ausgereift bzw. haben sich bislang noch nicht stabil in unserem Versorgungssystem etabliert. Dennoch oder gerade deshalb sollen sie an dieser Stelle ausführlich vorgestellt und beschrieben werden.

Neben dem klassischen Konzept des Altersheims ist eine Vielzahl an alternativen Angeboten entstanden. Teilweise ist es verwirrend den Überblick zu bewahren, weil sich herkömmliche Einrichtungen beispielsweise gerne als Residenzen bezeichnen um eine ‚nettere' Bezeichnung zu haben, selbst wenn sie grundsätzlich nicht diesem Typus zugeordnet werden können. Sowohl diese irreführenden Namensgebungen als auch die teilweise unklaren Grenzen zwischen den einzelnen Modellen machen eine eindeutige Klassifizierung des Angebots nahezu unmöglich. Die folgende Sammlung

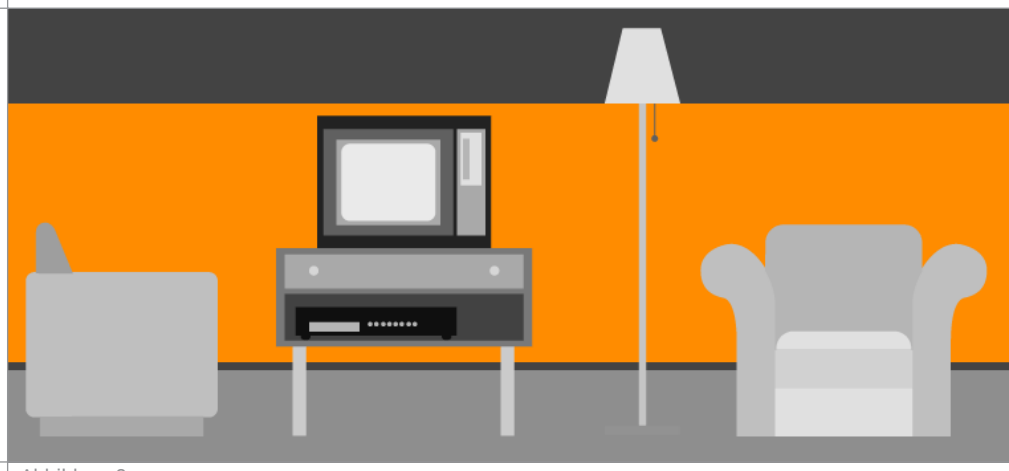


Abbildung 3

soll trotzdem einen umfassenden Einblick in die Vielseitigkeit der heutigen Altenpflege und -betreuung geben und aufzeigen, dass gerade ein Nebeneinander innovativer Vorschläge und die verschiedenen Facetten der Pflege- und Betreuungsausführung eine Bereicherung für die Gesamtgesellschaft darstellten. Die Wahlmöglichkeit zwischen einzelnen Lebensformen trägt dazu bei, dass jeder sein individuell als passend empfundenes Modell im Alter leben kann. Außerdem ist eine parallele Nutzung alternativer Hilfsformen vor allem dann sinnvoll und möglich, wenn es differenzierte Angebote gibt.

WOHNEN PLUS
BETREUTES WOHNEN DURCH HEIMHILFEN

„Ein spannendes Thema wird in den kommenden Jahren vor allem die Integration von Angeboten des Betreuten Wohnens im Bestand sein.“[23] Denn auch laut den Aussagen meiner Interviewpartnerin Ma. gibt es grobe Mängel, die die Barrierefreiheit im Wohnungsbestand älterer Menschen betrifft. „Zur Stärkung des normalen selbstständigen Wohnens im eigenen Zuhause sind barrierefreie Wohnungen gebaut worden, Wohnungsanpassung und Wohnberatung haben zugenommen, auch wenn wir noch weit entfernt von einem flächendeckenden barrierefreien Wohnungsbau sind. Gleichzeitig wurde die ambulante Betreuung ausgebaut.“[24]

Anfangs zwar nicht als alleinstehendes Modell anerkannt, entwickelte sich das ‚Betreute Wohnen’ durch Heimhilfen zu einem selbständigen Bereich der Altenpflege. Diese Betreuungsform entwickelte sich gerade in den letzten Jahren äußerst dynamisch, denn sie ermöglicht den jeweiligen individuellen Umfang an Pflege und Unterstützung in den eigenen vier Wänden. Projektziel ist es dabei den alten Menschen trotz Hilfsbedürftigkeit „ein höchstmögliches Maß an eigenständiger Lebensführung in ihrer Wohnung zu sichern.“[25] „Um dies zu erreichen, wird ein Netz von Dienstleistungen angeboten, das der jeweiligen Lebenssituation dieser Menschen Rechnung trägt. Dies gilt auch bei zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Wichtige Aspekte sind dabei ein großes Maß an Sicherheit bezüglich der vertraglich vereinbarten Leistungen sowie ein intensiver persönlicher Kontakt zu den Vertragspartnern.“[26]

Bei dieser Betreuungsform verbleibt man also in seinen angestammten Wohnräumlichkeiten und schließt mit einem Dienstleistungsanbieter - zumeist einem ambulanten Sozialdienst, einer Sozialstation oder einem Betreuungsverein - einen Betreuungsvertrag ab, welcher neben Informations- und Beratungsleistungen vor allem durch regelmäßige Hausbesuche den Hilfebedarf deckt.[27] Gegen Entrichtung einer monatlichen Betreuungspauschale wird die Betreuung und Pflege des alten Menschen durch professionelle oder ehrenamtliche Mitarbeiter und durch Zivildiener gewährleistet. Eine mögliche Über- oder Unterversorgung soll durch gute Kommunikation und Organisation zwischen Betreuungspersonal und Koordinationsstelle, sowie durch die Differenzierung von Grund- und Wahlleistungen vermieden werden. Die im Betreuungsvertrag festgelegten und garantierten Grundleistungen beinhalten zumeist Hausbesuche durch ein oder mehrere qualifizierte Bezugspersonen, die verbindliche Bereithaltung von Dienstleistungen im Bereich der ambulanten Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung, soziale Beratung und Betreuung, Zusammenarbeit mit Ärzten, Therapeuten und anderen Stellen, die Organisation notwendiger Dienstleistungen nach Krankenhausaufenthalten und bei Erkrankung, die Bereitstellung eines Hausnotrufs sowie die Information und Beratung Angehöriger.[28] Neben den zugesicherten Grundleistungen besteht eine Reihe an Wahlleistungen, welche optional zubuchbar sind, getrennt von der Betreuungspauschale verrechnet werden und das Grundpaket ergänzen sollen, um so „eine Versorgung im häuslichen Umfeld, die der jeweiligen Lebenssituation entspricht“[29] zu ermöglichen. Die Wahlleistungen können ein breites Angebot, von dem vor allem pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen in Anspruch genommen werden, umfassen und enthalten oft Haushaltshilfe für die Wohnungsreinigung, einen Einkaufsservice, ‚Essen auf Rädern’, handwerkliche Hilfen, die Wohnungsbetreuung

während einer eventuellen Abwesenheit und Begleit- und Fahrdienste[30]

„Der ältere Mensch will in seinem vertrauten Wohnumfeld verbleiben und seine angestammte Wohnung so lange wie möglich erhalten. Im Rahmen dieser Entscheidungssituation ist Normalität … weitgehend gegeben."[31] Diesem Wunsch, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, folgend, bildet sich die eigene Wohnung zum absoluten Mittelpunkt. Solange die betreute Person dazu fähig ist, den eigenen Wohnbereich selbstständig zu verlassen, bleibt das (nähere) Wohnumfeld Teil des täglichen Mobilitäts-, Kommunikations- und Aktionsradius. Doch sobald die Pflegeintensität zunimmt, kann seelische und soziale Vereinsamung nicht ausgeschlossen werden, denn das Problem der ungleichen Verteilung zwischen seelischer und körperlicher Betreuung ist vielleicht gerade bei dieser Pflegeform signifikant: Ma. gibt an, dreimal soviel Zeit für körperliche und medizinische Pflege wie für die seelische Betreuung aufzuwenden. Aus der Sicht des pflegebedürftigen Menschen handelt es sich um einen weitgehend fremdbestimmten Kommunikationsablauf. Gesprochen wird dann, wenn nach der körperlichen Pflege noch ‚Zeit bleibt'. Kommunikative Eigeninitiative bleibt dabei auf ein Minimum beschränkt; weder Zeitpunkt und Dauer noch Tiefe des Gesprächs sind vom Hilfebedürftigen bestimmbar. Auch die Rahmenbedingungen des Berufsalltages einer Heimhilfe, sind kaum für eine intensive - im Sinne von ganzheitlicher - Betreuung förderlich. Ich habe Ma. gebeten, mir den Ablauf eines durchschnittlichen Diensttages zu erklären. Dabei erfuhr ich, dass während einer Arbeitszeit von sieben Stunden elf Personen zu versorgen sind, wobei die Fahrtzeit zwischen den Hausbesuchen insgesamt eine Stunde in Anspruch nimmt. Folglich verbleibt für die Betreuung eines alten Menschen durchschnittlich nur eine halbe Stunde. Wissend, dass für viele Menschen die Heimhilfe die einzig verfügbare Bezugsperson darstellt, und diese in den meisten Fällen ein- bis zweimal täglich kommt, verwundert es mich nicht, dass Ma. auf meine Frage, ob sie bedenkenlos ein Familienmitglied durch diese Einrichtung versorgen lassen würde mit einem scharfen ‚Sicher nicht' beantwortet. Dass sie, wenn sie geht, meist den Fernseher oder das Radio anlässt, damit sich der alte Mensch nicht so allein fühlt, werte ich als Ausdruck ihrer persönlichen Hilflosigkeit.

Während in alternativen Einrichtungen größere oder kleinere Gruppen alter Menschen betreut werden, handelt es sich hierbei oft um die Pflege einer alleinstehenden Einzelperson, die somit in ihrer Wohnung gänzlich von ihrer Umwelt abgeschieden und isoliert ist. Die Pflegeform des ‚betreuten Wohnens' eignet sich zweifelsfrei als zusätzliche Hilfe für Familienangehörige, die ein Familienmitglied zu Hause pflegen oder als Unterstützung eines älteren Menschen, der weitgehend selbstständig leben kann, nur in bestimmten Situationen von externer Hilfe abhängig ist und genügend Kontakte hat, um in sozialer Hinsicht nicht ausschließlich auf das Pflegepersonal angewiesen zu sein. Doch dieses Konzept ist ungeeignet um bis ins hohe Alter, in dem die Hilfsbedürftigkeit drastisch zunimmt, fortgesetzt zu werden. Folglich ist eine kritische Auseinandersetzung mit dem Wunsch in der eigenen Wohnung zu leben nötig. Die These, möglichst lange in der angestammten Wohnung zu bleiben, ist nicht länger tragbar. Sie sollte vernünftiger Weise dahingehend abgeändert werden, so lange wie möglich im Wohnviertel zu leben.

VON DER NOTGEMEINSCHAFT ZUR WAHL-VERWANDTSCHAFT
DIE ABLÖSE DES MEHRGENERATIONENHAUSHALTES DURCH GENERATIONENÜBERGREIFENDES WOHNEN

Zwar besteht seitens der Betroffenen in vielen Fällen eine mit der Wirklichkeit nicht konform gehende Hoffnung im Familienverband im Sinne eines Mehrgenerationenhaushaltes altern zu dürfen, doch die berufliche Mobilität und vor allem der Individualisierungsdrang ihrer Kinder hat diese zunichte gemacht. In vielerlei Hinsicht ist die Pflege und Betreuung der betagten Eltern kaum mit persönlichen Lebenskonzepten und -vorstellungen der Nachfolgegeneration vereinbar. Der klassische Mehrgenerationenhaushalt entspricht - wenngleich noch oft Wunschbild von alten Menschen - schon lange nicht mehr der Realität, denn die Dreigenerationen-Großfamilie im herkömmlichen Sinn wird kaum noch gelebt. Heute wohnen meist nur noch Eltern mit ihren Kindern unter einem Dach und selbst diese Familienstrukturen scheinen sich allmählich aufzuweichen.

„Wer … auf die gute alte Zeit verweist, an den Mehrgenerationenhaushalt erinnert und trauliche Bilder vor Augen hat, mit der am Spinnrad sitzenden Großmutter und den lieblichen Kindern zu ihren Füßen, der wird, versucht er sich der Realitäten zu vergewissern, bald feststellen, dass die Wirklichkeit schon damals so nicht gestimmt hat. Das ist eine biedermeierliche Fiktion Ludwig-Richterlicher Prägung der man aufsitzt. Der Spinnrocken stand im Zweifelsfall in einer Stube die man mit drei Generationen teilte, zusammen mit Geflügel … und Kartoffeln. Zudem war die Großelterngeneration von der nachwachsenden Generation ökonomisch abhängig. Und diese Situation wollte man so lange wie möglich vermeiden, weshalb die Hofübergabe … so lange wie möglich hinausgezögert wurde. Die Wirklichkeit war in aller Regel brutal. … im Vergleich dazu geht es uns heute gut. Die ältere Generation hat ein eigenes Einkommen und damit Unabhängigkeit. Das ist historisch einmalig."[32]

Der Mehrgenerationenhaushalt der Vergangenheit ist also in erster Linie als Zweckgemeinschaft zu betrachten, der nicht nur, aber hauptsächlich, in wirtschaftlicher Hinsicht allen Beteiligten Vorteile versprach: Die Kinderbetreuung wurde den im Erwerbsleben stehenden Eltern von den Großeltern abgenommen, die Großeltern wurden vom ‚Verdiener' finanziell versorgt, im Gegenzug dazu konnte die Elterngeneration nach dem Tod der Großeltern das Erbe antreten. Aber auch die damalige Auffassung von Familie, in der familiärer Zusammenhalt und Verpflichtung gegenüber der Herkunftsfamilie

Abbildung 4 I von Ludwig Richter

Abbildung 5

einen großen Stellenwert einnahmen, führt zwangläufig zur Wohnsituation des Mehrgenerationenhaushaltes.
Doch in Zeiten der heutigen Gesellschaft ist die Individualisierung zum Phänomen der modernen Identität geworden. Die Freisetzung aus traditionellen Rollen und die Entpflichtung von familialen und gesellschaftlichen Konventionen mit gleichzeitiger Verpflichtung gegenüber sich selbst wirken in zweierlei Hinsicht: Zum einen steht der freien Entfaltung des Individuums nichts mehr entgegen, denn diese Entwicklung ist mit Freiheit und den Rechten gegenüber einem selbst verbunden. Zum anderen führt allerdings gerade diese erworbene Unabhängigkeit in der Praxis langfristig gesehen zu einer Vereinsamung oder zumindest zu einem Auflösen von sozialen Verflechtungen, insbesondere in familiären Bereichen. Das Individualisierungsphänomen hat ein Fehlen des Gefühls gegenüber der Familie verpflichtet zu sein zur Folge und betrifft im Alter neben Partnerbeziehungen ebenso die Generationenbeziehung, die einer Generationentrennung unterworfen werden.[33] Gleichzeitig besteht die Möglichkeit als Single oder Paar ein Leben ohne (eigene) Kinder zu führen. Das familialisierte Leitbild ist somit durch den Wandel der Lebensformen, die Loslösung von traditionellen Rollen sowie dem Funktionsverlust der Familie dem individualisierten Leitbild gewichen.
„Durch die Zunahme von Ein-Personen-Haushalten, den zahlenmäßigen Rückgang der jüngeren Altersgruppen und die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen wird die Pflege alter Menschen innerhalb der Familie in Zukunft immer weniger zu leisten sein. ... Darüber hinaus wird der Anteil Alleinstehender gerade bei den Hochaltrigen deutlich wachsen. Während heute etwa jede zehnte 60jährige kinderlos ist, trifft dies in 20 Jahren auf ein Viertel und in 30 Jahren auf ein Drittel der Frauen zu, die ins Rentenalter eintreten. ... Gegenwärtig werden über 80 % der regelmäßig Hilfe- und Pflegebedürftigen zumeist durch Familienmitglieder unterstützt. Dieses unterstützende Netzwerk wird in Zukunft so nicht mehr verfügbar sein und müsste durch professionelle Hilfe ersetzt werden“.[34] Die genannte Zunahme alleinstehender älterer Menschen und die Verringerung des Potentials helfender Angehöriger sowie das Schwinden der Solidargemeinschaft fordern also den Ausbau von nichtfamilialen Hilfsnetzen, die den Unterstützungsbedarf zu einem Großteil auffangen.
Durch die neue Wohnform des integrierten, generationenübergreifenden Wohnens wird die frühere Notgemeinschaft des Mehrfamilienhaushaltes, welche in erster Linie auf gegenseitige Abhängigkeit basiert, durch eine ‚Wahlverwandtschaft’ ersetzt. Falsches Pflichtbewusstsein aufgrund von Schuldgefühlen wird gegen ein auf Freiwilligkeit basierendes Miteinander eingetauscht. Die Grundidee des Konzeptes ‚Generationenübergreifendes Wohnen’ besteht darin, mehrere Generationen zusammenzuführen indem beide Seiten durch gegenseitige Hilfeleistungen voneinander profitieren, wobei dies sowohl ‚unter einem Dach’ als auch innerhalb einer Siedlung stattfinden kann. So könnte beispielsweise ein alter Mensch zu einer Leihoma oder einem Leihopa werden und so stundenweise ein Kind berufstätiger Eltern betreuen und die Eltern im Gegenzug dazu Einkäufe und Teile der Hausarbeit für den ‚Babysitter’ erledigen. „Der Austausch gegenseitiger Unterstützungsmaßnahmen soll gruppenspezifisch Hilfestellung bieten und Vereinsamungstendenzen, gerade bei älteren Menschen, entgegenwirken.“[35] Wichtig dabei sind das Miteinbeziehen von moderierendem Fachpersonal und die beidseitige Bereitschaft ein hohes Maß an Toleranz und Aufgeschlossenheit miteinzubringen, denn Menschen mit unterschiedlichen Lebenssituationen leben hierbei in einer relativ engen Nachbarschaft zusammen. Auch die Berücksichtigung des Faktums, dass ab einem bestimmten körperlichen und geistigen Zustand des Älteren, die gegenseitige Unterstützung zu einer einseitigen Belastung für die Jüngeren werden kann, muss angemerkt werden. Ob die im Laufe des Zusammenlebens aufgebaute Beziehung zueinander stark genug ist dieses Ungewicht auszugleichen, wird von den jeweilig Betroffenen abhängen. Doch das Schaffen von Sicherheit durch nachbarschaftliche Hilfe, die Möglichkeit vieler persönlicher Kontakte und die Durchmischung verschiedener Generationen sind zweifelsfrei Vorteile, die für diese Wohnform sprechen. Ein Abschirmen vom normalen Wohnumfeld

ist in diesem Falle nicht gegeben. Die alten Menschen sind voll integriert, übernehmen neue gesellschaftliche Rollen, können sich trotz ihres Alters ‚nützlich machen' und werden gebraucht. „Jeder, der bei einem herkömmlichen Wohnumfeld Gefahr läuft, auf Grund seiner besonderen Lebensumstände isoliert zu werden, kann beim integrierten Wohnen auf nachbarschaftliche Hilfe zählen und auch seine eigenen Fähigkeiten in die Gemeinschaft einbringen."[36] Doch „der Vorteil eines derartigen Konzepts reicht weit über den praktischen Nutzen hinaus. … Gerade auf dieser eher familiären Ebene kann ein reger Austausch entstehen, der alle Beteiligten zufriedener und unabhängiger machen kann. So wird … das Verständnis der verschiedenen Generationen untereinander gefördert." [37]

WOHN- UND HAUSGEMEINSCHAFTEN

Wohngemeinschaften, kurz WGs genannt, und Hausgemeinschaften erfreuten sich bereits in den 1960er und 1970er Jahren großer Beliebtheit und hatten starken Zulauf von überwiegend alternativ orientierten Studenten, die auf der Suche nach neuen Wohnmöglichkeiten waren. Wenngleich sich in diesen Zeiten eine Vielzahl an Vorurteilen gegenüber dieser Lebensweise in konservativeren Kreisen festigte, ist diese Art des Wohnens mittlerweile besonders unter Jugendlichen längst salonfähig geworden; auch den alten Menschen steht die Tür zur WG offen.

Charakteristische Merkmale von Wohn- und Hausgemeinschaften sind gemeinsam genutzte Räumlichkeiten, zu denen meist Gemeinschaftsräume wie die Wohnküche, das Wohnzimmer oder die Küche zählen und Sanitäranlagen in Verbindung mit jeweils privaten Räumen, die jedem Bewohner zum Rückzug zur Verfügung stehen. Der Grundriss muss so gewissen Anforderungen entsprechen um ein reibungsloses WG-Leben ermöglichen zu können. Durchgangszimmer oder stark in ihrer Größe variierende Zimmer sind tunlichst zu vermeiden. Doch selbst innerhalb einer WG mit einem Idealgrundriss kann die Privatsphäre sicherlich nie so gegeben sein wie dies in einer Privatwohnung der Fall wäre. Darum ist es besonders wichtig, dass die Bedürfnisse der WG-Bewohner nach Nähe und Distanz ähnlich sind und die Privatsphäre der Mitbewohner respektiert wird.

Man kann in Wohngemeinschaften, die von einem Träger initiiert und anschließend von einem professionellen Bauträger übernommen werden und in selbstorganisierte Wohngemeinschaften, bei denen die späteren Bewohner die Organisation des Wohnprojektes eigenverantwortlich tragen und dadurch schon bereits vor dem eigentlichen Einzug zu einer gemeinschaftlichen Gruppe zusammenwachsen, unterscheiden.[38] Der organisatorische Aufwand ist hierbei nicht zu unterschätzen, weshalb es sich im fortgeschrittenen Alter empfiehlt eine professionell entwickelte Wohngemeinschaft anzustreben, bei der allerdings trotzdem die Möglichkeit zur Mitbestimmung besteht. Einer der Vorteile einer WG ist sicherlich auf der finanziellen Ebene zu suchen, denn die gemeinsame Nutzung von großen Wohnungen oder Häusern ist pro Quadratmeter fast immer günstiger und das bei gleichzeitig höherer Wohnqualität als das Wohnen in kleineren Einpersonen-Haushalten; auch für die Nebenkosten kann pro Person deutlich weniger eingerechnet werden. Es sind vermutlich nicht nur die finanziellen sondern vor allem die sozialen Rahmenbedingungen der Wohngemeinschaft, an denen die meisten WG-Mitglieder Gefallen finden.

ALTEN-WG

Während bei uns die klassische WG immer noch mit Studentenleben assoziiert wird, gibt es in anderen Ländern bereits Beispiele für Wohngemeinschaften von älteren Menschen: „Senioren-Wohngemeinschaften sind zum Beispiel in Schweden oder in den Niederlanden längst eine gängige Wohnform."[39] Die Scheu vor Neuem und der nach wie vor vorhandene Ruf, WGs seien der Jugend vorbehalten, verstellen noch den Blick auf eine zukunftsfähige Variante den Lebensabend zu verbringen. Eine Alten-WG unterscheidet sich von einer herkömmlichen Wohngemeinschaft nur darin, dass sich hier eine kleinere Gruppe von ausschließlich alten Menschen zusammenschließt um gemeinsam in einem Haushalt zu leben. Anstelle von Studenten wohnen folglich Senioren unter einem Dach, teilen sich ihre Aufgaben untereinander auf, verbringen Zeit in der Gemeinschaft - schlichtweg: Sie wohnen in einem familienähnlichen Verband als gleichwertige Partner miteinander.

Gerade für alte Menschen, denen oftmals Vereinsamungstendenzen zu schaffen machen, birgt die Wohngemeinschaft große Chance. Sie sind nicht mehr alleine, so wie sie es in ihrem herkömmlich geführten Einpersonenhaushalt waren, sie haben Mitbewohner zum Reden und Lachen, können Aufgaben übernehmen und aktiv am Gemeinschaftsleben teilhaben. Der Wunsch nach individuellem Wohnen, Kontakten zu anderen Menschen, gesellschaftlicher Anregung und Geborgenheit aber auch nach Hilfe und Unterstützung kann im Rahmen einer WG verwirklicht werden. Die Wohnform der WG kommt trotzdem sicherlich nicht für jeden alten Menschen in Frage, denn unter Umständen müssen vertraute Angewohnheiten zum allgemeinen Wohle zurückgelassen werden und neue, sicherlich ungewohnte soziale Anforderungen werden an WG-Bewohner gestellt. Unter der Annahme, alte Menschen würden sich ungerne von ihnen lieb gewonnenen Gewohnheiten abwenden, ergeben sich einige Schwierigkeiten, denn die Fähigkeit sein Leben ändern zu können und dies auch zu wollen bildet die Basis einer funktionierenden Wohngemeinschaft. „Etwas Neues zusammen mit anderen Menschen zu beginnen, stellt gerade im Alter eine große Herausforderung dar, kann jedoch eine unschätzbare Bereicherung sein."[40] Wichtige Vorraussetzungen für das Leben in der Gemeinschaft sind selbstverständlich Gemeinschaftssinn, Toleranz, Idealismus und Eigeninitiative, denn räumliche und soziale Nähe decken nicht nur kommunikative Bedürfnisse

sondern bergen ebenfalls Konfliktpotentiale.
Bei Bedarf kann die Wohngemeinschaft ein Pflegeservice hinzu buchen. Die WG wird sodann zur betreuten Wohngemeinschaft, welche nach wie vor von der häuslichen Atmosphäre profitiert. Dieses Pflegekonzept entwickelt sich so schließlich aus einer ‚normalen' Wohnform, bei der die alten Menschen nach wie vor ‚Herren im Haus' sind und das hinzugezogene, hilfeleistende Personal lediglich als Dienstleister zu Gast ist.

BETREUTE WOHNGEMEINSCHAFT

Seit einiger Zeit rücken zukunftsorientierte Wohnalternativen in das Blickfeld, bei welchen mehrere hilfe- und pflegebedürftige Alte in einem gemeinsamen Haushalt leben, wobei sie dabei von Betreuungskräften unterstützt werden. In diesem gruppenorientiertem Betreuungskonzept der ‚Betreuten Wohngemeinschaft', oder Pflegewohngruppen genannt, lebt also eine Gruppe alter Menschen gemeinschaftlich in einer Wohnung oder in einem Haus zusammen.
Die Frage, die sich stellt, ist, wann derartige, aus Pflegebedürftigen bestehende Gemeinschaften bei uns den Status exotischer Modellprojekte verlieren um sich gänzlich etablieren zu können. In Ländern wie Schweden, den Niederlanden, Frankreich und der Schweiz werden sie bereits seit Jahren praktiziert: „In Schweden sind Group Living Facilities/Group Homes Mitte der 80er Jahre entstanden. Sie wurden für Demenzkranke entwickelt, die noch kommunizieren können, keine schweren Verhaltensstörungen zeigen, in eine Gruppe integriert werden können und nur auf ambulante pflegerische Unterstützung bei der Grundpflege angewiesen sind. Auch in der Schweiz hat man mittlerweile mehr als zehnjährige Erfahrung mit diesem Wohnkonzept. Aufgrund eines akuten Mangels an Pflegeheimplätzen ist hier Ende der 80er Jahre vor allem in den deutschsprachigen Kantonen der Schweiz die Idee entstanden, in normalen Wohnungen eine Betreuung für Schwerpflegebedürftige sicherzustellen. Das Modell ‚Pflegewohnung' hat in kurzer Zeit Schule gemacht. Einzelne Kantone haben sie mittlerweile offiziell anerkannt"[41] und auch in „Fachkreisen wächst zunehmend der Konsens über das Grundkonzept als einer bedarfsgerechten Wohnalternative für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Die Umsetzung dieses Wohnkonzeptes wird zum Teil jedoch kontrovers diskutiert, und die Praxis ist durch eine Projekt- und Begriffsvielfalt gekennzeichnet."[42] In den Vorreiterländern weist dieses Modell eine deutlich höhere Versorgungsquote als in Österreich auf: In Schweden wird davon ausgegangen, dass die derzeitigen Bestände (betreute Wohngemeinschaften nehmen 5% aller Sonderwohnformen ein) mehr als verdoppelt werden müssen, um der großen Nachfrage gerecht zu werden. Offizielle Einschätzungen gehen davon aus, dass 25.000 bis 30.000 alte Menschen in diesem Modell die bevorzugte Lebensform sehen; weshalb sich das Angebot demnach sogar vervierfachen müsste.[43]
„Zentrales Ziel des Wohnkonzeptes für betreute Wohngruppen ist die Erhaltung einer weitestgehenden Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohner sowie die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung verlorengegangener Kompetenzen und die Stabilisierung oder Verbesserung des körperlichen und psychischen Befindens innerhalb einer sozialen Gemeinschaft. Das Wohnangebot muss die Umsetzung dieser Zielsetzungen durch eine entsprechende räumliche Gestaltung fördern."[44] Ähnlich wie bei der zuvor beschriebenen Alten-WG verfügt jeder Bewohner innerhalb der Wohngemeinschaft über eine private Rückzugsmöglichkeit in Form eines eigenen Wohn- und Schlafbereichs, während sich das Alltagsleben hauptsächlich in dafür vorgesehenen Gemeinschaftsräumen abspielt. Abhängig von ihrer Zusammensetzung sollten allerdings für Gruppen, die ständig betreut werden größere Gemeinschaftsflächen und für Gruppen, die nur stundenweise Betreuung benötigen größere Individualbereiche vorgesehen werden. In beiden Fällen wird die Planung eines eigenen Zimmers für das Hilfspersonal nicht empfohlen, „da ein solches Raumangebot dem ambulanten Versorgungsprinzip eher widerspricht."[45]
„Untersuchungen zeigen, dass die Wohnprojekte sehr unterschiedlich in ihrer Größe sind. Die Gruppengröße variiert von zwei bis 24 Plätzen, wobei zu diskutieren wäre, ob man bei Wohnprojekten mit zwei Bewohnern noch von einer Wohngemeinschaft sprechen kann bzw. ob Wohnungen mit 24 Bewohnern noch als überschaubare, familienähnlich betreute Wohngruppen geführt werden können. Mehrheitlich findet man in der Praxis Gruppengrößen von sechs bis zwölf Bewohnern… Zu empfehlen sind Gruppengrößen von sechs bis acht Personen…"[46] Diese Grundannahmen über die idealen Gruppengrößen müssen allerdings in starkem Zusammenhang mit der zu versorgenden Gemeinschaftsstruktur stehen. Aber auch für Gruppen - bestehend aus demenziell Erkrankten - ist entgegen bislang betriebswirtschaftlicher fundierter Meinungen, eine Größe von acht Personen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer entspannten Personalkalkulation durchaus möglich. Des Weiteren profitiert die Gruppendynamik von dieser Mitgliederzahl.[47] Gerade für diesen Personenkreis ist aber eine Begrenzung nach oben hin unerlässlich, „da diese Bewohner auf einen möglichst überschaubaren Personenkreis angewiesen sind."[48] Für Gruppen, die lediglich stundenweise Betreuung in Anspruch nehmen ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht keine Mindestgruppengröße notwendig, es sind sogar eher kleinere Gruppen empfehlenswert: Denn „Erfahrungen zeigen, dass es älteren Menschen mit psychischen Problemen, die in solche Wohngruppen gehen, nach jahrelangem Alleinleben häufig schwer fällt, sich auf ein alltägliches Zusammenleben mit anderen Menschen einzustellen, deren unterschiedliche Gewohnheiten zu akzeptieren und zu lernen, auftretende Konflikte zu bewältigen. Größere Gruppen können hier leicht zu einer Überforderung führen …" [49]
„Während die Pflegedienste in der Phase der Gründung

die Rolle einer vorbereitenden planenden Organisation übernehmen, müssen sie sich nach Abschluss der Gründungsphase auf die Rolle als Anbieter ambulanter Pflege- und Betreuungsleistungen zurückziehen. Dieser Rollenwechsel fällt einigen Pflegediensten schwer. Eine Wohngemeinschaft ist aber keine Organisationsform einer pflegerischen Leistungserbringung, sondern die Wohn- und Lebensform ihrer Bewohner."[50] Nachdem bei diesem Lebenskonzept mehr oder weniger stark auf externe Hilfe angewiesene Alte zusammenwohnen, wird die Versorgung durch einen externen, ambulanten Pflegedienstleister zugebucht. Das Betreuungspersonal kann je nach Erfordernis stundenweise, nur tagsüber oder 24 Stunden lang vor Ort sein, um die Bewohner der WG bedarfsgerecht zu pflegen, zu entlasten und bei der Organisation des Gemeinschaftslebens zu unterstützen oder diese ganz zu übernehmen. Bei einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung demenziell erkrankter Alter ist die Betreuung tagsüber durch mindestens zwei Kräfte sicher zu stellen, daneben muss auch die Nachtbetreuung garantiert werden. Hingegen bedürfen Alte, die nicht permanent hilfsbedürftig und weitgehend orientiert sind, nicht dieser intensiven Betreuung. In diesem Falle ist nur eine stundenweise Betreuung täglich oder an mehreren Tagen der Woche bereitzustellen; während der nicht betreuten Zeit wird eine Notrufbereitschaft zugesichert.[51] Prinzipiell kann hierbei zwischen zwei verschiedenen personellen Organisationsmodellen unterschieden werden: Das eine Modell sieht eine Trennung von der Alltagsbegleitung und der ambulanten Pflege vor. So werden von den Bewohnern Betreuungskräfte angestellt, die meist tagsüber als Ansprechpersonen, Alltagsbegleiter oder Präsenzkräfte zur Verfügung stehen; die Finanzierung erfolgt über eine Betreuungspauschale. Darüber hinaus wird - davon organisatorisch getrennt - eine Regelversorgung (grund- und behandlungspflegerische Leistungen) von einem ambulanten Dienst erbracht, mit welchem getrennt abgerechnet wird. Das zweite Modell verknüpft die beiden Versorgungen durch ambulante Pflegedienste, welche sowohl die Alltagsbetreuung als auch die medizinische Pflege übernehmen.[52]

Diese wohngruppenorientierte Betreuung wird üblicher Weise in Form der beschriebenen ambulanten Versorgung praktiziert und unterliegt somit nicht dem Heimrecht. „Die Grenzziehung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung wird gerade bei diesem Wohnkonzept zunehmend schwieriger."[53]

HOUSE SHARING – WOHNEN FÜR HILFE

Viele Universitätsstädte würden sich optimal für das Konzept des ‚House-Sharing – Wohnen für Hilfe' anbieten. Das Ziel des ‚House-Sharing' ist die sinnvolle Verbindung zweier Problemkreise – zum einen die Wohnungsnot der Jungen, zum anderen die Vereinsamung und Isolation der Alten. Denn hier teilen alte Menschen zum Bespiel mit Studenten ihre Wohnung oder ihr Haus, welches nach dem Auszug der Kinder oder dem Tod des Partners ohnedies viel zu groß für sie alleine geworden ist. Hilfe-Anbieter sind wohnungssuchende Studenten, die oft gezwungen sind neben ihrem Studium zu arbeiten um ihren Lebensunterhalt finanzieren zu können. Diese ‚Wohnungsarbeitszeit' kommt der Idee des Projektes zugute. Der Student wohnt meistens kostenfrei oder gegen einen kleinen Mietbeitrag in der Wohnung des alten Menschen, hat dort ähnlich wie in einer herkömmlichen WG sein eigenes Zimmer und im Gegenzug dazu leistet der junge Mitbewohner Hilfe im alltäglichen Leben des betagten Vermieters. Für einen Quadratmeter Wohnfläche ist vom Studenten eine Arbeitsstunde pro Monat zusätzlich zum anteiligen Betriebskostenbeitrag zu leisten. Bei einem 20 m² großen Zimmer kann also von 20 Stunden Unterstützung gegenüber dem alten Menschen, oder von fünf Stunden pro Woche ausgegangen werden.[54] Diese Hilfestellungen können Unterstützung in unterschiedlichen Bereichen inkludieren: Hilfe im Haushalt, bei handwerklichen Verrichtungen oder bei der Gartenarbeit, die Übernahme von Transport- und Behördenwegen oder einfach ‚nur' Zeit, die der Student mit dem alten Menschen verbringt um ihm zuzuhören, etwas vorzulesen oder Gespräche zu führen.

Diese Wohnform fördert ein generationen-übergreifendes, soziales Miteinander; beide Seiten profitieren dabei. Es ist anzunehmen, dass jemand, der sich für ein Mitwirken an einem solchen Wohnprojekt interessiert auch eine gewisse soziale Reife mit sich bringt. Die Gefahr, ein bis zu einem gewissen Grade hilfloser Alter würde von einem Studenten finanziell ausgenutzt werden, indem dieser ohne unterstützende Hilfeleistung die kostenlose Wohnmöglichkeit in Anspruch nimmt, kann aber dennoch durch das Einschalten einer dafür geeigneten Organisation vermieden werden. Betont wird hier die Notwendigkeit einer soliden Vorbereitung beider beteiligten Seiten auf ihre neue, gemeinsame Situation, welche zum einen durch betreuende Teams zum anderen über gezielte Themenveranstaltungen erfolgen kann. Damit eine gute Basis für eine gelungene Zusammenarbeit gegeben ist, sollte im Vorfeld geklärt werden, ob beide Seiten zueinander passen. Getrennte Gespräche können helfen um die jeweiligen Intentionen, die an das Projekt herangetragen werden zu klären. Die Vertragsverhältnisse, nämlich die Stundenzahl, Art und Zeitverteilung der Hilfeleistungen, sollten bereits vor dem Zusammenleben besprochen und festgelegt und eventuell eine Probezeit vereinbart werden. Auch bei bereits eingegangenen Verbindungen ist das Vorhandensein eines außenstehenden, moderierenden Ansprechpartners erforderlich.[55]

Bei voranschreitender Pflegeintensität wird allerdings auch bei diesem Konzept das Hinzuziehen von professioneller Hilfe von Nöten sein. Die fachgemäße Ausführung von pflegerischen Leistungen und Altenbetreuungsmaßnahmen durch geschultes Fachpersonal kann unmöglich von - zwar sozial engagierten und interessierten, doch im Bezug auf die Altenpflege weitgehend unausgebildeten -Studenten übernommen oder ersetzt werden. Tätigkeiten, die im Haushalt anfallen, können keinesfalls mit den Anforderungen an den Pflegeberuf gleichgesetzt werden,

was allerdings nicht heißt, dass die Wohngemeinschaft zwischen dem Studenten und dem alten Menschen bei erhöhtem Pflegebedarf enden muss. Schließlich ist neben der Wichtigkeit einer fachmännisch ausgeführten medizinischen und körperlichen Pflege die seelische Betreuung, für die dem Pflegepersonal ohnedies meist die Zeit fehlt, ebenso bedeutsam und kann gerne weiterhin vom Mitbewohner übernommen werden. Wenngleich eine professionelle psychologische Unterstützung in vielen Fällen angebracht wäre, helfen die Gespräche mit dem Mitbewohner als wichtige Bezugsperson und das Zeit-Miteinander-Verbringen sehr dabei der sozialen und psychischen Einsamkeit entgegenzuwirken.

Da momentan aus vielseitigen Gründen eine Polarisierungstendenz zwischen der jungen und der alten Generation ablesbar ist, ist das Projekt ‚Wohnen für Hilfe' ein gelungener Schritt dieser Entwicklung Abhilfe zu tun. „Das tätige Zusammenleben von Jung und Alt baut Vorurteile ab und lässt Verständnis wachsen. Dieses beginnt zwischen zwei Menschen, überträgt sich auf das Umfeld dieser Menschen, findet Anerkennung auf lokaler und nationaler Ebene und wirkt interkulturell und intergenerationell in Europa weiter."[56]

VOM GEMEINSCHAFTLICH GETRAGENEN SERVICE-ORGANISATIONSDIENST ZUR BETREUTEN WOHNZONE IN SIEDLUNGSGEMEINSCHAFTEN

„Die Idee der betreuten Wohnzone kommt gut an. In den Niederlanden gibt es inzwischen 40 Projekte. Die meisten sind in der Vorbereitungsphase, zehn werden bereits realisiert. Sie nehmen unter verschiedenen Namen Form an. Zum Beispiel: Wohnservicezone, pflegefreundliches Quartier, zentrale Zone, Lebensphasenquartier, Servicequartier. Viele Projekte suchen einen Namen, in dem das Wort ‚Pflege' enthalten ist. Mit dem Wort ‚Service' im Namen will man dagegen betonen, dass der Akzent auf Wohnen und Service liegt. Das spricht die Bewohner eher an. In einem Pflegequartier will niemand wohnen, wohl aber in einem Servicequartier."[57]

Der Ursprung der betreuten Wohnzone beruht auf dem organisatorischen Zusammenschluss mehrerer Pflegebedürftiger innerhalb eines gewissen Gebietes. Hierbei schließen sich Bewohner beispielsweise eines Wohnblockes, in dem verschiedene Wohnformen bestehen können (Privathaushalte, Alten-WGs, ...) zusammen um gemeinsam mit freien Dienstleistungsanbietern ein Versorgungsnetz zu schaffen. Von einem selbst organisierten, gemeinschaftlich getragenen Serviceorganisationsdienst ist es zur professionell gemanagten und betriebenen, quartiersbezogenen Altenbetreuung nicht mehr weit, bei welcher eine Verlagerung der Versorgung von Einrichtungen auf die Quartiere stattfindet.[58]

So ist die betreute Wohnzone zweifelsfrei ein quartiersbezogenes Wohnkonzept, bei dem es darum geht, „Angebote für Wohnen, Betreuung, soziale Kontakte und gegenseitige Hilfe eines ganzen Stadtteils, eines Wohngebiets oder eines Wohnquartiers zu organisieren. Ein wichtiges Kriterium ist der kleinräumige Ansatz: es sollen möglichst viele Angebote in der unmittelbaren Wohnungsumgebung wahrgenommen werden können."[59] In diesem Sinne werden sodann Gemeinschafts-, Hilfe- und Pflegeangebote für die Bewohner einer Siedlung organisiert. Diese Unterstützungsleistungen können durch Wohnbaugesellschaften oder aber durch Selbsthilfe- und Initiativgruppen angeboten werden. Zusätzlich dazu wird ein Netz von Gemeinschaftsaktivitäten unter den alten Menschen aufgebaut. Diese Entwicklung ist vor allem vor dem Hintergrund der Alterung ganzer Siedlungsbevölkerungen entstanden. Bereitsbestehende Siedlungen mit den angesprochenen Problemen werden zunehmend mit der Lösung ihrer Alterungsprozesse beauftragt. Doch auch in weiser Voraussicht können solche Wohnzonen vorbereitet werden, indem von Beginn an auf eine alters- und menschengerechte Ausführung der Umwelt geachtet wird. Dies bezieht sich zum einen auf öffentliche Gemeinschaftsflächen wie Parks, Gehwege, Plätze etc., aber desgleichen auf die Architektur selbst. Bei der Planung von Netzwerkhäusern wird beispielsweise sowohl auf Barrierefreiheit als auch auf Flexibilität großer Wert gelegt, sodass durch relativ einfach durchzuführende Grundrissänderungen oder technische Anpassungen eine rasche Umnutzung möglich wird. Entsprechend passt sich die Wohnsituation an die jeweiligen Bedürfnisse der Bewohner an, die sich schließlich im Lauf eines Lebens erheblich wandeln.

Wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass im Unterschied zu den Sun Cities, welche eigens und ausschließlich für Alte entwickelt wurden, betreute Wohnzone nicht fälschlicher Weise mit Altendörfer gleichzusetzen sind. Denn ganz im Gegenteil wird die, das Alter und die Generationen betreffende Diversität dahingehend gefördert, dass es durch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen ermöglicht wird auch als Alter unter Jungen leben zu können. Somit sind betreute Wohnzonen im Grunde genommen ‚normale' Wohnsiedlungen, „oft mit einem bemerkenswerten Detail: einer barrierefreien Gehroute, einem nagelneuen Multifunktionszentrum, einer kleinräumigen Wohnform oder einer Informationsstelle. Es bleiben aber normale Wohnquartiere, in denen eine gemischte Bevölkerung wohnt."[60] „Zu Beginn konzentrierte sich die Aufmerksamkeit auf den Wohnungsbestand und darauf, welche Anpassungen erforderlich sind. Jetzt ist der Blick viel mehr auf den Prozess gerichtet. Wie organisieren wir die Dinge miteinander. Wie spannen wir das unsichtbare Netz über das Quartier, so dass einzelne Teile, von denen ein Großteil bereits vorhanden ist, ausgebaut werden und eine neue Einheit bilden."[61]

Der vermutlich wichtigste Aspekt der betreuten Wohnsiedlung ist die Möglichkeit des Nebeneinanderstehens verschiedener Angebotsformen innerhalb der gleichen Zone. Der einleitend dargestellte Wunsch die Vielseitigkeit des Angebots der Altenpflege- und Betreuung in kombinierender oder alternierender, auf alle Fälle in sich nicht gegenseitig ausschließender Form nutzbar zu machen, ist in diesem Modell realisierbar. Es wird so über die reine Wohnkonzeption

Abbildung 6 I Sun Cities der Firma DelWebb

hinaus gedacht, indem vielschichtige Netze zu der Integration verpflichteten Gesamtbildern gespannt werden. „Das Netz über dem Quartier, welches das Wohnumfeld zu etwas so Besonderem macht, ist nicht im Straßenbild zu sehen. Die Vernetzung von Wohnen, Wohnumfeld, Dienstleistung und Pflege …“[62] bildet den Kern eines solchen Projektes.

SUNCITIES – RENTNERSTÄDTE UND ALTENDÖRFER

Eine Sun City wird als **„small community, relatively** independent, segregated, and noninstitutional, whose residents are mainly older people seperated more or less completely from their regular or career occupations in gainful or nonpaid employment“[63] beschrieben. Der Lebensstil orientiert sich zur Gänze und ausschließlich am Leben im Ruhestand. Ganz nach dem Motto ‚Life begins when the kids move out and the dog dies’ werden auf einem separaten Areal altersgerechte Wohnmöglichkeiten speziell für alte Leute geschaffen. Das gesamte Wohnumfeld innerhalb der Wohnsiedlung ist bezüglich der Infrastruktur, der Betreuungsangebote und der Freizeitmöglichkeiten auf die speziellen Bedürfnisse von älteren Menschen ausgerichtet. Diese Rücksichtnahme beginnt beispielsweise bereits bei längeren Ampeltaktungen oder Verkehrsschildern mit größeren Aufdrucken.

Als räumlicher Ursprung der ‚Sun City- Bewegung‘ der können die Sunbelt States der U.S.A angesehen werden, wo aufgrund des günstigen Klimas in den Suburbs der größeren Städte durch Developer und Investoren unabhängige Stadtteile, nämlich Gated Communities für wohlhabendere Senioren geschaffen wurden. Der Trend zu solchen isolierten Retirement Communities ist sowohl aus städtebaulicher, als auch aus sozialer Hinsicht äußerst kritisch zu bewerten, denn sie symbolisieren Konzentrations- und Segregationstendenzen: Segregation ist einerseits als Prozess, andererseits als (statisches) Merkmal zu verstehen, wobei man unter Letzterem zum einen eine räumlich ungleichmäßige Verteilung von Bevölkerungsgruppen, zum anderen einen Zerfall von großflächigen sozialen und funktionalen Zonen in ein kleinräumiges Muster versteht. Resultat dieser Entwicklungstendenz ist die Ausbildung von charakteristischen Gebietsteilen, deren typische Merkmale und Eigenschaften landläufig als ihr Image bekannt sind. Eine Form der räumlichen und sozialen Segregation sind die bereits genannten Gated Communities, zu denen letztendlich auch Sun Cities zählen, welche durch die Privatisierung des öffentlichen Raumes und durch Einfriedung und Ummauerung von Gemeindegebiet geschaffen werden. Es entstehen geplante - nicht gewachsene - Gemeinschaften und gleichsam eine freiwillig angestrebte Isolierung gegenüber anderen sozialen Schichten und Generationen.

Als Zielgruppe werden junge, aktive, unabhängige Senioren angesehen, die ihre wohlverdiente arbeitsfreie Lebenszeit frei nach Lust und Laune gestalten und genießen wollen, wissend in ihrer Community Schutz und Sicherheit, soziale Kontakte und persönliche Begegnungen in einer Umgebung geringer sozialer Verschiedenheit bei optimalen Klimaverhältnissen garantiert zu bekommen. Für Freizeitspaß und Sportvergnügen ist vor allem in den LORCs (Leisure Orientated Communities) eine Vielzahl an Freizeitangeboten vorgesehen.[64] Nachdem allerdings die Entfaltungsmöglichkeiten der Bewohner mit zunehmendem Alter gemeinsam mit ihren Kräften schwinden, sind diese, auf Aktivitäten basierenden Gemeinschaften relativ unflexibel und nicht unbedingt auf hohe Pflegeintensität eingestellt. Wenngleich ein Umzug beim Eintritt von erhöhter Pflegebedürftigkeit nicht zwingend notwendig ist, richtet sich das Angebot der Senior-Cities eindeutig an die aktiven, jungen Alten, welche sich allzu gerne von den hilfsbedürftigen Alten distanzieren. Weshalb Segregation innerhalb der Senior City die logische Folge ist. Neben den LORCs bestehen allerdings auch die Einrichtungen der CCRCs (Continuing Care Retirement Communities) bei denen die medizinische Betreuung im Vordergrund steht und diverse Abstufungen des Betreuten Wohnens angeboten werden.[65]

Doch gibt es gerade in solchen Gemeinschaften nicht nur die beworbene, uneingeschränkte Freiheit. Zahlreiche Restriktionen dominieren das Alltagsleben: Neben Besucherregelungen und Zutrittsbeschränkungen,

Abbildung 7

welche meist durch Wachdienste kontrolliert werden, der zum Teil sicherlich gewollten Altersbeschränkungen und Gestaltungsrichtlinien der Häuser und Gärten gibt es eine Menge an informellen - durch das Management oder den Developer - sowie formelle Regelungen, die schriftlich in den Mietverträgen und Besitzurkunden festgelegt und somit einzuhalten sind. Die Kombination von Gemeinschafseigentum wie den Grünanlage, Sporteinrichtungen, Ver- und Entsorgungsinfrastruktur etc. und die gemeinschaftlich genutzten Dienstleistungen wie Wach- und Hausmeisterdienste gepaart mit individuellem Eigentum bzw. dem Nutzungsrecht einer Wohneinheit dürften diese Einschränkungen rechtfertigen. Unabhängig von der Gemeinde findet also eine Selbstverwaltung statt; die Organisation der Entscheidungskompetenzen beruht entweder auf zentraler Steuerung durch ein Management externer Fachleute oder auf demokratischen Strukturen wie Komitees, wobei hier ein allfälliges Mitspracherecht von Eigentumsanteilen abhängig ist.

Während die Verlagerung des Wohnsitzes von den meisten alten Amerikanern nicht als Bruch in der Kontinuität ihrer räumlichen Orientierung empfunden wird (denn ihr bisheriges Leben war zumeist ebenso durch Umzüge geprägt) - wichtig ist ihnen nur eine vergleichbare Raumkategorie nicht die Lokalisation - dominieren im europäischen Raum die raumbezogenen, nicht die lebensstilbezogenen Verhaltensmuster. Doch auch in Europa entstehen nach amerikanischem Vorbild Rentnerstädte oder Altendörfer: Stadtteile ohne Schulen, ohne Jugend, ohne Diskotheken und Hektik anstelle dessen aber mit vielen Ärzten, Golfplätzen und Spielcasinos. Hier leben die Alten der Gesellschaft völlig unter ihresgleichen, eine alterstrukturelle Mischung ist weder vorgesehen noch erwünscht und resultiert in einer alles dominierender Altershomogenität. Hier gibt es keinen Generationenkonflikt, doch gleichsam ist der Vorwurf des Realitätsverlustes und eines weltfremden Lebens mehr als berechtigt.

WOHNSTIFT UND SENIORENRESIDENZEN

Gerade bei den Seniorenresidenzen, oder den so genannten Wohnstiften, liegt häufig ein Missbrauch ihrer Bezeichnungen vor. Eine exakte Unterscheidung zwischen Seniorenresidenzen und herkömmlichen Altenheimen ist nicht gegeben, weil es keine präzisen Definitionen der Unterscheidungsmerkmale gibt. Nachdem allerdings - wie in Folge näher erläutert - die finanziellen Aufwendungen für einen Lebensabend in einer Seniorenresidenz um einiges höher sind als in einem herkömmlichen Altersheim, werden jene Einrichtungen als solche beschrieben, die für diesen Mehraufwand auch einen Mehrwert bieten. Dass aber nicht immer unbedingt ein hoher Preis bessere Qualität verspricht darf nicht außer Acht gelassen werden.[66] In diesem Abschnitt werden Charakteristika und Merkmale einer ‚echten' Seniorenresidenz vorgestellt.

Eine Seniorenresidenz bietet in einer hotelähnlichen Wohnanlage abgeschlossene Wohneinheiten an, die meist nicht gemietet sondern durch einen vereinbarten Pensionspreis bezahlt werden. Dieser umfasst nicht nur die eigentliche Miete sondern darüber hinausgehend ein Dienstleistungspaket, bestehend aus einer Vielzahl an Zusatzleistungen.[67] Dieses bietet unter anderem die Abnahme der Wohnungsreinigung oder ein Essens-Service. Allerdings werden diese Dienste meist auch dann erbracht, wenn der alte Mensch diese Aufgabe selbst erfüllen könnte und wollte. Nichts desto trotz ist ein weitgehend selbständiges Leben bei gleichzeitiger Entlastung bei der Hausarbeit für die alten Menschen hier möglich.

Neben einem hohem Maß an Privatheit durch die eigene Wohneinheit besteht außerdem die Möglichkeit sich in vielerlei Hinsicht am Gemeinschaftsleben zu beteiligen: In hochwertigen Gemeinschaftseinrichtungen steht ein umfangreiches Veranstaltungs-, Kultur- und Freizeitangebot zur Verfügung und in vielseitiger Form werden körperliche und geistige Aktivitäten angeboten. Oft sind Geschäfte, Arztpraxen oder Wellnessbereiche direkt in der Anlage mit eingeplant.[68] Der Nachteil dieser enormen Entfaltungsmöglichkeit ist allerdings, dass es sich bei Seniorenresidenzen um nach innen orientierte

Lebensformen handelt, da die meisten Angebote im Haus selbst in Anspruch genommen werden können. Dennoch bietet gerade dadurch die Seniorenresidenz besonders gute Kontaktmöglichkeiten zu anderen Mitbewohnern, wenngleich die Problematik der Altershomogenität zweifelsfrei auch bei dieser Wohnform gegeben ist.
Die gebotene Vielzahl an Serviceleistungen einer Seniorenresidenz schränkt natürlich die Zielgruppe drastisch ein, denn die umfangreiche Versorgung durch die Leistungspakete und die Möglichkeiten der vielfältigen Freizeitgestaltung innerhalb der Anlage haben ihren Preis. So ist das Konzept der Seniorenresidenzen zumeist nur für wohlhabendere Alte eine leistbare Option. Eine weitere Einschränkung der Benutzergruppe geschieht durch die stärker gewichtete Orientierung auf Freizeitaktivitäten anstatt auf medizinische Versorgung. Zwar besteht die Möglichkeit der medizinischen Pflege durch einen ambulanten, hausinternen Hilfsdienst, doch bei erhöhter Pflege- und Hilfsbedürftigkeit ist ein Auszug aus der Seniorenresidenz auf eine Pflegestation meist nicht abwendbar. Einige - wohlgemerkt unseriöse - Anbieter verankern in den Verträgen sogar Klauseln, die besagen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder der Einritt in ein durch Pflegebedürftigkeit gekennzeichnetes Leben gelte als ein Kündigungsgrund, was allerdings rechtlich nicht erlaubt ist.[69] Es zeigt sich dadurch besonders deutlich, dass sich die Inanspruchnahme der Lebensform ‚Seniorenresidenz' hauptsächlich auf die jungen Alten reduziert.

ALTENHEIM UND ALTENPFLEGEHEIM

„Ältere Menschen wollen nicht fremdbestimmt in Heimeinrichtungen leben, sondern auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit möglichst ein selbstbestimmtes Leben führen. Das Heim als institutionalisierte Wohnform, die primär auf eine funktionelle Pflege ausgerichtet ist, stößt heute auf eine erheblich geringere Akzeptanz, als noch vor einigen Jahrzehnten. 80% der Pflegebedürftigen können sich heute ein Leben im Heim nicht mehr vorstellen und die meisten Heimbewohner sind nach Ansicht von Experten faktisch unfreiwillig im Pflegeheim."[70] Auch meine Interviewpartnerin Me. gibt an, dass die meisten Bewohner nicht gerne in ihrer Einrichtung leben. Ein anderes Heim, so sagt sie, käme kaum einmal zur Sprache. „Dies bedeutet sicher nicht, dass es vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Zukunft nicht mehr geben wird. Neben einem tendenziell wesentlich geringeren Wachstum als vielfach prognostiziert, werden wir hier aber vor allem eine qualitative Veränderung … beobachten können."[71]
Das herkömmliche Altenheim oder Altersheim versteht sich als Gebäudekomplex, welcher aus Privat- oder Mehrbettzimmern in Verbindung mit Gemeinschaftsräumen wie Speisesälen, Fernsehzimmern, Aufenthaltsräumen u.ä. besteht, indem trotz der Wohnorientierung zusätzlich medizinische Versorgung und Pflegebetreuung gegeben ist. „… im Vordergrund steht der Wohncharakter. Auch die Aktivierung der Bewohner ist ein zentrales Anliegen - Architektur kann das naturgemäß nicht allein leisten, aber sie kann die Möglichkeit dazu anbieten."[72]
Das gravierende Merkmal, welches das Altenpflegeheim vom Altenheim unterscheidet ist die körperliche, geistige und soziale Verfassung der alten Menschen, welche das Heim in Anspruch nehmen. Es handelt sich bei den Bewohnern der meisten Pflegeheime um sehr alte, körperlich oder geistig im hohen Maße beeinträchtigte, demenzielle und morbide Menschen, die erhöhter Pflegeintensität und steigender medizinischer Versorgung bedürfen. Die stationären Heimplätze dieser Kategorie sind folglich überwiegend pflegeorientiert. Dennoch oder gerade deshalb sind die Anforderungen an ein Pflegeheim in jeder (sozialer, pflegerischer, medizinischer, baulicher, …) Hinsicht sehr hoch. Die Hilflosigkeit der in ihm lebenden Alten darf nicht insofern ausgenützt werden, als das die Qualitätsstandards herunter gesetzt werden, in der Hoffnung es würde von den alten Menschen nicht mehr bemerkt werden; was explizit nicht der Fall ist. „War das Pflegeheim vor noch nicht allzu langer Zeit eine stereotype Sparversion des Krankenhausbaus, so ist es mittlerweile zu einer architektonischen Herausforderung geworden. Dabei ist aber zu bedenken, dass es durch den fortschreitenden Ausbau der sozialen Dienste, die Programme zur Wohnungsadaptierung und den Bau betreuter Altenwohnanlagen es viel mehr alten, auch pflegebedürftigen Menschen, möglich ist lange zu Hause zu bleiben. Der Umzug ins Altersheim erfolgt erst in einem sehr hohen Alter. Die Heimbewohner kommen vermehrt aus dem Kreis von zwei Personengruppen: die körperlich schwer Pflegebedürftigen ohne soziales Netz und die Altersverwirrten, deren Anteil durch die steigende Lebenserwartung stark zunimmt. Dieser Gruppe ein zuträgliches Milieu zu schaffen erfordert vom Architekten ein hohes Maß an Sensibilität und Auseinandersetzung mit den spezifischen Problemen und Funktionseinschränkungen dieser Gruppe."[73]
„In neueren Modellen wachsen die bisher getrennten Typen von Altersheim und Pflegeheim immer mehr zusammen, um Umzüge bei eintretender Pflegebedürftigkeit überflüssig zu machen. Grundlage sind gemeinsame Bedürfnisse aller Bewohner."[74] Die Frage nach der Schwierigkeit der Vereinbarkeit von den Anliegen junger Alter bis hin zu sehr alten Alten drängt sich hier nahezu auf. Dieser Spagat zwischen den verschiedenen Anforderungen ist in der Praxis kaum zu bewältigen. Zusätzlich dazu führen eine Vielzahl an - bereits Eingangs im Rahmen dieser Arbeit erwähnten - Charakteristika, Merkmale und Praktiken der Altenpflege- und Betreuung durch die herkömmlichen Altenheime und Altenpflegeheime nicht zu einer ausreichenden und befriedigenden Gesamtsituation für die alten Menschen. Doch „trotz allen aktuellen Bestrebungen nach alternativen Angeboten zur Heimunterbringung wird auch zukünftig ein Grundbedarf an stationären Pflegeheimplätzen bestehen bleiben."[75] Das klassische Angebot unterliegt allerdings einem starken Wandel: Die architektonische Aufgabe ‚Wohnen im Alter' sollte

Abbildung 8

Architekten dazu auffordern neue Konzepte im Sinne eines ‚Lebensmodells für Alte' auch innerhalb der herkömmlichen Heime zu erarbeiten. Nichts desto trotz muss eine Eingliederung der Alten(pflege)heime in geschaffene, größere Systeme, wie sie durch quartiersübergreifende Maßnahmen geschaffen werden, vorgenommen werden um dem Mythos der isolierten ‚Altenburg' ein lang ersehntes Ende bereiten zu können.

WEIL STERBEN AUCH LEBEN IST DIE HOSPIZBEWEGUNG

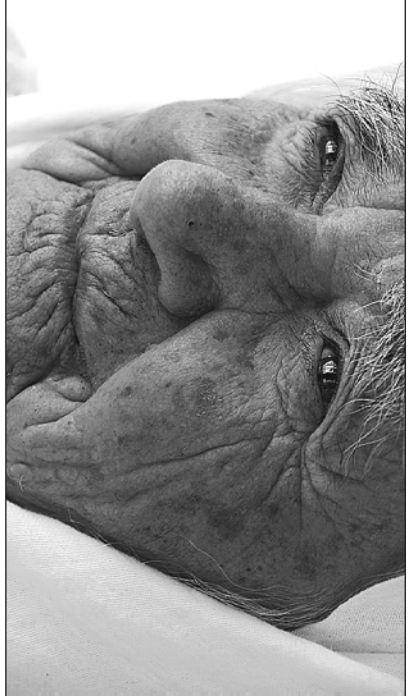
Laut Umfragen möchten etwa 90 Prozent aller Menschen zu Hause sterben. Tatsächlich sterben sie nach Schätzungen jedoch zu etwa 50 Prozent im Krankenhaus und weitere 20 Prozent im Pflegeheim.[76] Die Hospizbewegung möchte in diesem Zwiespalt eine menschenwürdige Möglichkeit bieten, den sterbenden Menschen bis in den Tod zu begleiten.

Ein Hospiz meint dabei das Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung in Form spezieller Pflegeeinrichtungen, die Sterbende im Sinne der Palliativpflege umfassend versorgen. Die Palliation unterscheidet sich von der kurativen und der prophylaktischen insofern, indem sie ausschließlich lindernd wirkt und nicht die Herstellung normaler Körperfunktionen zum Ziel hat, sondern versucht den Patientenzustand lediglich zu optimieren und zu stabilisieren. Zudem wird nicht eine Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis angestrebt, sondern vielmehr die Beherrschung von Schmerzen, Krankheitsbeschwerden und sozialen, psychologischen Problemen. Zwar ist Palliativmedizin keine reine Sterbemedizin, kommt aber dennoch häufig bei Sterbenden zur Anwendung. Es handelt sich prinzipiell um eine das Leben bejahende Pflege, ohne aber den Patienten einer ‚nutzlosen Therapie' zu unterziehen, die diesen sinnlos belastet. Patienten, die in absehbarer Zeit versterben werden, dürfen sich betreut und begleitet wissen. Das Angebot des multiprofessionellen Teams reicht von Schmerzbehandlung und Symptomlinderung bis hin zu psychosozialer Betreuung und Trauerbegleitung der Angehörigen. Hospiz ist also eine ganzheitliche Begleitung auf dem ‚letzten Weg'. Hospize arbeiten in der Hoffnung und Überzeugung, dass sich Patienten und ihre Familien so weit auf den Tod vorbereiten können,

1 ZWE, 2001, S.176
2 VERD, 2000, S.276
3 WWW-ZIRP
4 RÜH, 2003, S.6
5, 6 KRE, 2006, S.80
7 KRE, 2006, S.80 f
8 KRE, 2006, S.81
9 ASS, 2006, S.57
10 RYCH, 2006, S.82
11 RYCH, 2006, S.82 f
12 RYCH, 2006, S.83
13 RYCH, 2006, S.82
14 KRU, 2004, S.2
15 HEIN, 1998, S.52
16 KRU, 2004, S.3
17 KRU, 2004, S.2
18 WWW-BAR
19 WWW-BAR
20 HER, 2006, S.84
21 WWW-SER
22 WWW-SERK
23 RYCH, 2006, S.83
24 KRE, 2006, S.81
25 KRES, 2003, S.54
26 KRES, 2004, S.41
27 KRES, 2003, S.16
28 KRES, 2004, S.42
29 KRES, 2004, S.43
30 KRES, 2004, S.44
31 KRES, 2003, S.21
32 SAH, 2005, S.3
33 BEC, 1994
34 KRES, 2003, S.7
35 WWW-ZIRP
36 RÜH, 2003, S.70
37 RÜH, 2003, S.71
38-40 RÜH, 2003, S.108
41 KRES, 2003, S.154
42 KRES, 2006, S.5
43 MAL, 1998, S.193 ff
44 KRES, 2006, S.23
45 KRES, 2006, S.49
46 KRES, 2006, S.17
47 PAW, 2005, S.16 ff
48 KRES, 2006, S.18
49 KRES, 2006, S.19
50 KRES, 2006, S.17
51 KRES, 2006, S.73 f
52 KRES, 2006, S.70
53 EGY, 2004, S.40
54-56 WWW-SEN
57 KRES, 2004, S.108
58 KRES, 2004, S.106
59 WWW-MAS
60 KRES, 2004, S.105
61 KRES, 2004, S.108
62 KRES, 2004, S.105
63 STRG, 1986, S. 94-103
64 STR, 2007, S.39-59
65 GRO, 2007, S.79-101
66 WWW-RIP
67, 68 RÜH, 2003, S.13
69 WWW-RIP
70 KRES, 2003, S.8
71 RYCH, 2006, S.83
72-75 EGY, 2004, S.42
76 WWW-WIK

Abb.1 WWW-FOT
Abb.2 Werbeprospekt Fa. HEWI
Abb.3 WWW-SERP
Abb.4 WWW-NIK
Abb.5 WWW-FOT
Abb.6 bearbeitet nach WWW-DEL
Abb.7 k.A.
Abb.8 WWW-FOT

ARCHITEKTONISCHE BEITRÄGE ZUM THEMA DER ALTENPFLEGE



WECHSELSPIEL ZWISCHEN WOHLBEFINDEN UND ARCHITEKTONISCHER GESTALTUNG

Wie bereits in der Einleitung erwähnt ist die Einsicht in mir gefestigt, gute Architektur bilde die Rahmenbedingungen und die Vorraussetzungen für ein ansprechendes Leben. Es besteht ein starker Konnex, ein immerwährendes Wechselspiel zwischen dem Wohlbefinden eines Menschen und der ihn umgebenden gebauten Umwelt. „Architecture is also about the spiritual needs of people as well as their material needs. It has as much to do with optimism, joy and reassurance: of order in a disordered world; of privacy in the midst of many of space in a crowded site: of light on a dull day. It is about quality."[1] Dass es im Besonderen für einen Menschen, dessen körperlicher und geistiger Gesamtzustand sich mit dem Alter zunehmend verschlechtert, wichtig ist sich in seiner Umgebung gut aufgehoben und geborgen zu fühlen, und das nicht zuletzt auch aufgrund des architektonischen Beitrages, sollte unbedingt berücksichtigt werden. In diesem Kapitel möchte ich näher auf diese Verantwortung des Architekten gegenüber der Gesellschaft an sich, in diesem Falle insbesondere gegenüber den Alten, eingehen: „Architects are regarded as talented problem solvers. The problem to be solved here is to find a way to continue delivering a high quality of care and access in a setting that is also highly supportive of human relationships during times of great anxiety and fear."[2] „... the architect's role is to help focus healthcare organizations on their consumer, the patient. Orientation to the patient and the quality of the patient's encounters will ultimately lead to a higher level of satisfaction with care providers and the healthcare organization."[3]

Kaum jemand würde bei der Frage nach passenden beschreibenden Adjektiven für Altenheime die Eigenschaften schön, friedlich, warm oder freundlich nennen; meist werden sie als unpersönlich oder gar unmenschlich beschrieben. Ich wage zu behaupten, dass dies nicht ausschließlich daran liegt, dass alte Menschen dem Umzug in ein Heim und dessen ‚Begleiterscheinungen' (der Institutionalisierung, der Isolation und dem Bruch mit Vertrautem) von vornherein skeptisch gegenüberstehen. Powell, der dieses Manko allerdings bei Spitälern beschreibt, vermutet die Entwicklungsgeschichte der Pflege als Ursache dafür: „Too often in the design of hospitals the 'delight element' - the welcoming element - has been stiffeld or missing - not surprising, perhaps, since so many 'new' hospitals were converted Asylums, Workhouses and other Institutions, with approaches, entrances and interiors in the 'Abandon Hope' style of architecture."[4] Allerdings ist dieses Unbehagen nicht nur in Zusammenhang mit alten adaptierten Einrichtungen ersichtlich; weiters schreibt Powell: „Enter instead - as patient or visitor - ... through a cheerfully, busy, comfortable entrance hall, a good, reassuring start; but what happens next? Too often you are sucked into a labyrinth of windowless, ill-signposted corridors with no visual contact with the outside world."[5] „Unfortunately the design process is often overwhelmed by the functional needs of medical science, and too often the psychological needs of the patient and the family are overlooked while the body is treated."[6] „In an effort to be responsive to the demands of their clients some [architects] may choose the route that leads to greater efficiency while forgetting their responsibility to the care of their prime consumer - the patient."[7]

Zwar darf die große Bedeutung von Funktionalität in der Architektur keinen Falls abgeschwächt werden, denn sie ist es die zu Struktur-, Organisations- und Prozessqualität führt, eine alles beherrschende Überbewertung ist allerdings genauso wenig angebracht: „Good architecture in healthcare setting starts by recognizing the unique functional needs of the healthcare environment, but it does not end there. It must also meet the special need of the people who use such facilities in times of uncertainity, stress, and dependency ... It must recognize and support patient's families and friends by providing pleasant spaces and access to information ..."[8] Auch Monk teilt diese Ansicht: „It is no longer sufficient to design a building to meet a form and function, but it should respond to all our senses: sight, hearing, touch, smell and even taste. It should concentrate on the human scale with a naturalistic human-centered design approach. The building should put the patient and staff first and it should create an environment that improves the quality of their lives while they are using primary care."[9] Schon Hypokrates erkannte die positive Wirkung auf die Gesundheit der Ausgeglichenheit zwischen Körper und Geist. Dieser Zustand sei allerdings nur dann zu erreichen, wenn der Mensch in Harmonie mit seiner Umwelt lebt.

Nachdem das psychische Wohlbefinden eines Menschen sich bewiesener Weise auf physiologische Entwicklungen auswirkt, ist die Architektur nicht nur für seelisches sondern auch für körperliches Wohlergehen mit verantwortlich: „There is a growing recognition that the arts and humanities in the process of health care have a beneficial effect. ... Good design really does mean healthy living."[10] Wobei „the spiritual and psychological contribution to the healing process is in many respects as important as the physical, medical or surgical remedy. The architectual environment should play its part in this regard by being therapeutically beneficial and reducing the stress ..."[11] Eine Pflegeeinrichtung, die Stresssituationen reduziert, beschleunigt die Genesung und hat durch die Möglichkeit des Beibehaltens der Würde und der eigenen Identität im Allgemeinen einen positiven Einfluss auf den körperlichen Gesamtzustand und das Wohlbefinden.[12] Um diese positive Entwicklung ermöglichen zu können, muss man sich bewusst sein, dass „die bauliche Struktur und das architektonische Milieu ... einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, ein Stück Normalität und Alltagsnähe ... zu erreichen, wenn es gelingt den institutionellen Charakter zu vermeiden und die vorhandenen Defizite der Pflegebedürftigen ... zu kompensieren. Es gilt, dem Neuankömmling im Heim einen ‚Milieuschock' zu ersparen, der Verwirrte noch mehr verwirrt und Pflegebedürftigen den letzten

Abbildung 1 u. 2 I Alpenheim, Steinfeld

Lebenswillen raubt. Das ideale Heim muss ein Stück ‚Heimat' bieten und dabei in einer beschützenden Umgebung ein möglichst hohes Maß an Autonomie und persönlicher Freiheit zulassen.[13]
Das Zusammenspiel von Architektur und Wohlbehagen prägt Altenbetreuungseinrichtungen in vielerlei Hinsicht. Insofern kommt der Architektur weit mehr Bedeutung zu als bloß eine bauliche Hülle medizinischer und pflegerischer Tätigkeiten zu sein. In welcher Art und Weise eine das Wohlbefinden fördernde Umgebung geschaffen werden kann bzw. wie diese vorweg überhaupt zu definieren wäre ist nicht immer eindeutig. Aber gerade die Vielfältigkeit in der Interpretierbarkeit gelungener Ausformungen diesen Ziels ist es, welche die Architekturwelt mit Spannung versorgt und den architektonischen Entwurf auch zur sozialen Herausforderung werden lässt.

ZUKUNFTSWEISENDE ARCHITEKTURBEISPIELE UND WETTBEWERBSBEITRÄGE

Allmählich werden die monofunktionalen ‚Bettenburgen' durch zukunftsweisende Ideen ersetzt. Architektonisch spannende Lösungsbeiträge aus der jüngeren Vergangenheit, sowohl realisierter und gebauter, geplanter als auch gedanklicher Natur, die auf die Bedürfnisse der alten Menschen eingehen sollen im Folgenden näher dargestellt werden. Gezeigt werden ausgewählte Beispiele, die in der einen oder anderen Weise einen konstruktiven Beitrag zur architektonischen Diskussion zum Thema der Alteneinrichtung leisten. Allen Beispielen ist gemeinsam, dass sie über reine Wohnlösungen hinausreichen und so eine neue Generation der Altenpflege und Betreuung einläuten - nicht nur in der Architektur.

ALPENHEIM - ALTENWOHN- UND PFEGEHEIM IN STEINFELD/Ö

Bauherr und Nutzer: Sozialhilfeverband Spittal/Drau
Architektur: DI Dietger Wissounig
Fertigstellung 2005

„Bauen für Senioren ist ebenso wie bauen in den Alpen ein Vorhaben, das besondere Sensibilität erfordert."[14] Wissounig wird dieser Forderung mehr als gerecht, denn sowohl die Lage der aussichtsreichen Berglandschaft als auch die Bedürfnisse der alten Menschen werden hier in diesem Projekt zu einem Alpenheim gekonnt zusammengeführt. „Wer hier einzieht, hat meist sein ganzes Leben in dieser Landschaft verbracht und muss das erste Mal von Zuhause ausziehen"[15] „Deshalb ist das Haus mit seinen großen Glasflächen für den Blick in die Umgebung ausgelegt."[16] Nicht zuletzt deshalb wurde die Arbeit Wissounigs von der Jury des 2003 österreichweit ausgeschriebenen Wettbewerbs als ein ausgezeichnet gut durchdachtes Projekt mit einem überraschend gut dosierten räumlichen Angebot beschrieben und honoriert; der Entwurf erschien wie geschaffen den ‚Staatspreis 2006 für Architektur und Nachhaltigkeit' zu erhalten.
Das Alpenwohnheim liegt an der Ortseinfahrt von Steinfeld und bildet gemeinsam mit der im Westen angrenzenden Volksschule eine Ortskante, von welcher aus in Richtung Osten die Weite des Kärntner Drautals erfahrbar ist. „Der … Baukörper orientiert sich nach Osten und Westen und rückt möglichst weit weg von der Straße, ist aber trotz des naturparkähnlichen Ambientes gut an Straße und Dorfkern angebunden."[17] Das Gebäude selbst steht als solitärer Baukörper unauffällig inmitten einer vom Architekten als immergrüne Oase bezeichnete Natur: „Flach über die Wiese gelagert gibt das klar geschnittene Volumen dem Ortsrand neue Kontur."[18] Mit seinen rhythmisch verteilten Öffnungen wirkt es äußerlich kompakt, „erst im Inneren entfaltet sich die etwas unscheinbare Holzkiste zu einer fast urbanen, vielfältigen Raumkomposition, die jedem Einzelnen - Bewohner sowie Personal oder Besucher - Räume hoher Qualität zur Verfügung stellt. Durchlässige

Abbildung 3 u. 4 I Alpenheim, Steinfeld

Abbildung 5 u. 6 I Alpenheim, Steinfeld

Sichtverbindungen gepaart mit simpler Wegeführung und Reihung der Pflegezimmer in den oberen zwei Geschossen schaffen eine gut organisierte räumliche Einheit und Erschließung.“[19]
„Grundsätzlich bestimmt die landschaftliche Umgebung auch die innere Organisation und Ausrichtung der einzelnen Zimmer, Terrassen und Aufenthaltszonen.“[20] Nordseitig ist der Servicebereich gelagert, die öffentlichen Zonen befinden sich in Richtung des Parks, der Eingang, das Foyer und der Festsaal orientieren sich zum Drautal hin.[21] Ein ‚Betontisch‘ bildet das Erdgeschoss, welches die zwei Geschosse darüber, die als reine Holzkonstruktionen aus Skelett-Brettschichtholz, Riegelwänden und Brettstapeldeckenelementen ausgeführt wurden, trägt. Die auskragenden Obergeschosse beherbergen die autonomen Pflegeeinheiten, wobei sich 50 Betten auf zwei Pflegestützpunkte verteilen, die zweihüftige Erschließung führt zu kurzen Wegen und somit zur Effizienz im Pflegealltag. Foyer, Festsaal, Kapelle, Therapieräumlichkeiten aber auch Verwaltungs- und Gebäudeversorgungseinrichtungen liegen ebenerdig darunter. Mittig aller Räume liegt das üppig bepflanzte, glasgedeckte Atrium, welches von überall ersichtlich und einfach zu erreichen den grünen Kern des Gebäudes bildet; es verbindet durch Umgänge, einer internen Brücke und Aufzüge die Etagen miteinander und wird als Wintergarten genützt.[22] Die Atmosphäre dieser inneren Landschaft wird durch die entweder zum Auwald oder zum Ort hin orientierten Loggien ergänzt. Diese sind zwischen die Zimmer eingepasst und bieten ein privates Ambiente, da sie als Fensteröffnungen in der Fassade verborgen sind und so die Kompaktheit des Holzkubus nicht durchbrechen. „Von jedem Punkt des Gebäudes kann man durch das Atrium, die Fenster oder Terrassen auf die Landschaft blicken…“[23] Die starke Verbindung von Innen und Außen dominiert so in positiver Art und Weise die Gesamtstruktur des Heims.
Da eine der Wettbewerbsvorgaben lautete, eine moderne Holzbauweise mit nachhaltiger Gebäudetechnik zu verbinden, wurde zum einen auf eine Holzkonstruktion in Verbindung mit einer Fassadenverkleidung aus einer vertikal angeordnete Lärchenholzverschalung gesetzt. Doch nicht nur außen, sondern auch innen dominiert das warme Material Holz, ohne eine rustikale Idylle zu erzeugen, und bildet einen noblen Gesamteindruck.
Zum anderen ist das insgesamt dreigeschossige Alpenheim als Niedrigenergiehaus konzipiert. Durch diverse Passivhauseinrichtungen wie beispielsweise Solarspeicher, einer Regenwassernutzungsanlage oder etwa des Infrarot-Präsenzmelders für Beleuchtung und Heizung kann der Energieverbrauch erheblich gesenkt werden. Es werden nur rund 70 Prozent der Energie eines herkömmlichen Heims in dieser Größenordnung benötigt. Abgesehen von der, die Nachhaltigkeit betreffenden Intelligenz des Baus, hat der Architekt es verstanden auch ein räumlich sinnvoll organisiertes Haus zu entwerfen, dass es schafft Pragmatik mit Poesie zu verbinden: „Systematisch wurde eine Ordnung aufgebaut, die Abwechslung und eine maximal räumliche Qualität erzielt. Freiflächen sind in den Erschließungskreislauf integriert, bilden intimere Gemeinschaftsräume, aber nie Sackgassen. Die Wegeführung ist sowohl horizontal in den einzelnen Ebene sowie vertikal zwischen den Stockwerken optimiert. Mit der grünen Oase im Kern bleibt der Kreislauf der Natur präsent. Das Wohnheim stellt insgesamt ein kommunikatives, offenes Haus dar, das auch Rückzugsmöglichkeiten bietet - eine ästhetische, sensible Architektur für ein Heim, das Respekt vor dem Alter wie vor der Natur … beweist.“ [24]

DIE ALTEN IM DORF LASSEN PFARRHEIM IN WIPPERFÜRTH/D

Bauherr und Nutzer: Kath. Gemeinde St. Nikolaus
Architektur: Martini Architekten
Fertigstellung: 2005

Ein sich in seiner Lage gänzlich vom vorhergehenden Beispiel unterscheidendes Projekt ist das Pfarrheim in Wipperfürth. Doch fiel meine Wahl auch hier unter anderem wegen des Standortes auf diesen architektonischen Beitrag. Anstelle von reichlich Grün umgeben zu sein, liegt das Pfarrheim direkt am Kirchplatz Wipperfürths. Des Weiteren war es die Einbindung der alten Menschen in das Gemeinschaftsleben, vor allem über das Kirchen- und Gemeindegeschehen, welche

Abbildung 7 u. 8 | Pfarrheim, Wipperfürth

mir imponierte. - Die Alten sind im wahrsten Sinne des Wortes ‚in der Mitte' zu Hause.

Der architektonischen Entwurfsplanung gingen zunächst städtebauliche Überlegungen voraus: Es sollte eine Aufwertung des Quartiers zwischen der kleinteilig gewachsenen Altstadt und der von dieser nördlich gelegen, aus einem Planungsräson herausgehenden Erweiterungsgebiet geschaffen werden. So entstand am Rande der Altstadt das Pfarrzentrum Wipperfürth östlich der bestehenden romanischen Pfarrkirche St. Nikolaus.

„Der mittelalterliche Stadtkern ist geprägt durch ein verwinkeltes Wegenetz, das immer wieder den Blick auf neue Raumkanten freigibt und die öffentlichen Plätze spannungsvoll miteinander verbindet. Das Pfarrzentrum ... bildet ein Gebäudeensemble, das auf die vorhandene Stadtstruktur reagiert und gleichwohl einen selbstbewussten Akzent zur Pfarrkirche setzt."[25] Durch das Schaffen einer pavillonartigen neuen Mitte und die folgende Anordnung gegeneinander versetzter Baukörper, welche sich zur Apsis von St. Nikolaus richten, wird ein neuer Gemeindeplatz eingefasst. Zusätzlich zu diesem entsteht im Inneren des Pfarrzentrums ein intimer, ein wenig erhöhter Innenhof, der zum erweiterten Aufenthaltsraum für die alten Menschen wird. „Das neue Pfarrzentrum besetzt als markante Insel einen fließenden öffentlichen Raum, dessen zentrale Funktion nicht zuletzt den Mietern der Seniorenwohnungen als belebter innerstädtischer Ort zugute kommt."[26] „Die Baukörper mit ihren versetzten Kanten vermeiden zwar jede altertümelnde Anbiederung, bieten aber durch kalkulierte Öffnungen und leitende Fluchten auf kleinstem Quartier anregende Perspektiven."[27] Zum einen gelingt so durch eine attraktive Wegeführung im Außenraum des Ensembles eine Verbindung der Altstadt mit der Neustadt, zum anderen wird das Pfarrzentrum zum neuen Ortseingangspunkt - zum Tor zur Altstadt; die städtebaulichen Vorgaben konnte erfüllt werden.[28]

Das Pfarrzentrum beherbergt neben dem Pfarrheim selbst die Küsterwohnung sowie Altenwohnungen. Das Pfarrheim ist über den Kirchenplatz erschlossen und steht so zwischen dem Kirchenplatz mit seiner Kirche und den an den Innenhof angrenzenden Altenwohnungen. Aufgrund der großzügigen Verglasung des Foyers, bleibt die Blickachse ‚Kirchenplatz-Innenhof' aber weiterhin bestehen. Bei Festen oder anderen Veranstaltungen kann dieser Eingangsbereich zu beiden Plätzen hin geöffnet werden und schafft eine Verbindung der sonst voneinander getrennten Außenräume. Anschließend an das Foyer wurde der Pfarrsaal inklusive der Saalerweiterung konzipiert. Weiters wurde hier eine Funktionsküche, welche sowohl für den internen Gebrauch durch die Caféteria als auch für Fremdnutzung zur Verfügung steht, und westlich gelegene Gruppenräume eingeplant.[29] Das Küsterwohnhaus ist als autonomer Baukörper und Ergänzung des Ensembles zu verstehen und wird folglich separat (über die Gasse zum Innenhof) erschlossen. Die Erschließung des zweigeschossigen Trakts, in welchem die acht Seniorenwohnungen untergebracht sind, erfolgt über den Innenhof des Zentrums bzw. über Laubengänge mit Nischen und Raumaufweitungen, die sich zum Hof hin orientieren. Den Altenwohnungen ist also eine zum Verweilen einladende und die Kommunikation fördernde Erschließungszone vorgelagert. Die Grundrisse der Wohnungen, bestehend aus einer Diele, einer Küche, einer Abstellkammer, einem Bad mit WC, einem Schlafzimmer und einem großzügigen Wohnraum, sind selbstverständlich barrierefrei, ermöglichen eine flexible Möblierung und sind von ein bis zwei Personen bewohnbar.[30] Diese Altenwohnungen werden von der katholischen Kirchengemeinde an ältere Menschen vermietet. Bei einem eventuellen Betreuungsbedarf können sodann bei der Stiftung des Franziskanerheims Wipperfürth individuell verschiedenste Leistungen angefordert werden. Des Weiteren besteht eine enge Kooperation mit dem ortsansässigen katholischen Krankenhaus.[31]

Der gesamte Neubau wurde in Massivbauweise ausgeführt, wobei die Stahlbetondecken klassisch auf den tragenden Außenwänden aufliegen. Die freie Raumwirkung wird dadurch unterstützt, indem die unterschiedlich geneigten Dachflächen im darunter liegenden Innenraum wieder erkennbar sind. Der einheitlich dunkelgrau gefärbte Putz nimmt die Farbe des ortstypischen Schiefers auf und „betont das zeitlose

Abbildung 9, 10 u. 11 I Pfarrheim, Wipperfürth

Abbildung 12 I Seniorenwohnhaus St. Nikolaus, Neumarkt

Lagern der einzelnen Kuben, deren Befensterung wie Grafiken sich aufeinander beziehen."[32] Die Eingänge und die Fensterlaibungen der Seniorenwohnungen wurden aus Eichenholz gefertigt um warme Akzente im Kommunikationsraum ‚Laubengang' zu setzen. Zurückhaltende Materialien wie Putz, Holz und Glas unterstreichen den freundlichen Charakter der Innenräume.[33] Das gesamte Ensemble weist somit eine ausdrucksstarke und eigenständige Architektursprache auf, allerdings ohne der „Anmutung einer aggressiven Moderne."[34]

RÄUMLICHE FUNKTIONALITÄT - SENIORENWOHNHAUS ST. NIKOLAUS IN NEUMARKT AM WALLERSEE/Ö

Architektur: Kada+Wittfeld
Fertigstellung: 2001

Den Ausgangpunkt des Entwurfskonzept stellte bei diesem Projekt in erster Linie der Wunsch dar, die Wege für das Pflegepersonal so kurz wie möglich halten zu können um effiziente Arbeitsabläufe und eine rationelle Organisation zu erreichen. Erstaunlicher Weise gelang den Planern, von diesen vorweg rein funktional definierten Anforderungen an das Seniorenwohnhaus ausgehend, ein Architekturbeitrag höchster räumlicher Vielfalt. Nicht zuletzt deshalb gewannen - die mit dem Neubau beauftragten Architekten Kada+Wittfeld - den ersten Preis des von der Gemeinde Neumarkt ausgeschriebenen Architekturwettbewerbs sowie den Architekturpreis des Landes Salzburg 2002.[35] Um zu zeigen, dass räumliche Funktionalität nicht unbedingt - bei guter Planung keinesfalls - in einer unpersönlichen, den Organisationsprozessen unterworfenen Gestaltung resultieren muss, habe ich hier dieses Projekt zur genaueren Betrachtung ausgewählt.
Der Anspruch der Funktionalität forderte eine kompakte Grundrissgestaltung, die in Form der Beschränkung auf zwei Geschosse sowie aufgrund der Erschließung durch die über beide Geschosse reichende, nach oben hin verglaste Eingangshalle, welche alle Wohnbereiche miteinander verbindet, realisiert wurde. Über die Oberlichtfuge wirkt das Foyer lichtdurchflutet; Reflexionen und Schattenwürfe spielen auf dem Boden und durch diverse Sichtöffnungen zur Halle besteht stets die Möglichkeit eines Anhaltspunktes für die Orientierung. Die Eingangshalle wird durch ihre gemütliche Atmosphäre zum beliebten Aufenthaltsort, der zum Beobachten und Verweilen einlädt: „Von hier aus wird das Wohnheimleben organisiert, hier findet es statt."[36]
Die insgesamt 56 Zimmer für 60 Bewohner sind in den in Ost-West-Richtung orientierten Riegel untergebracht. Die Zimmer sind über eine geräumige, einläufige Treppe zu erreichen; „im Obergeschoss weiten sich die teils einseitig verglasten Flure zur Zimmerseite hin in rhythmischen Abständen auf. Die Flure enden jeweils mit einer geschosshohen Glasfläche; teils führen hier gelagerte Treppen nach außen..."[37] Die großzügigen Flächen rund um die Treppe werden zu Aufenthaltsbereichen und als Erweiterung des Speisesaals genutzt. „Den Häusern eines Dorfes entsprechen schließlich die Bewohnerzimmer mit der breiten Sitznische und der Bank vor der Wohnungstür, sprich vor dem ‚eigenen Haus'."[38] ‚Gänge' und Eingangshalle werden so zu Gemeinschaftsräumlichkeiten, die durch den regen Heimalltag be- und umspielt werden.
Trotz der modernen Ausgestaltung fügt sich der Baukörper mit seiner kleinteilig gegliederten Lärchenholzverkleidung harmonisch in das ländlich geprägte Ortsbild ein, wobei sich das Seniorenwohnheim aufgrund seiner Höhe gleichzeitig optimal am Maßstab der umliegenden Wohnbebauung orientiert. „Der Eingang auf der nördlichen Schmalseite ist durch einen Gebäudeeinschnitt erkennbar; ein gepflasterter Weg führt hier leicht ansteigend in das Gebäude. Der westost-orientierte Baukörper wirkt in seiner Zweigeschossigkeit zwar kompakt, jedoch nicht mächtig. An den Längsseiten wird er durch Glaserker aufgebrochen. So sind die einzelnen Wohneinheiten erfahrbar, das Gebäude erhält eine Struktur."[39] Diese neugierig herausschiebenden Glaskästen spiegeln sich in der Verglasung des gegenüberliegenden Gebäuderiegels wider.
„Die zentrale Halle wurde durch einen kleinen botanischen Garten zu einer grünen Oase, um die herum verschiedene Sitzgruppen und eine kleine

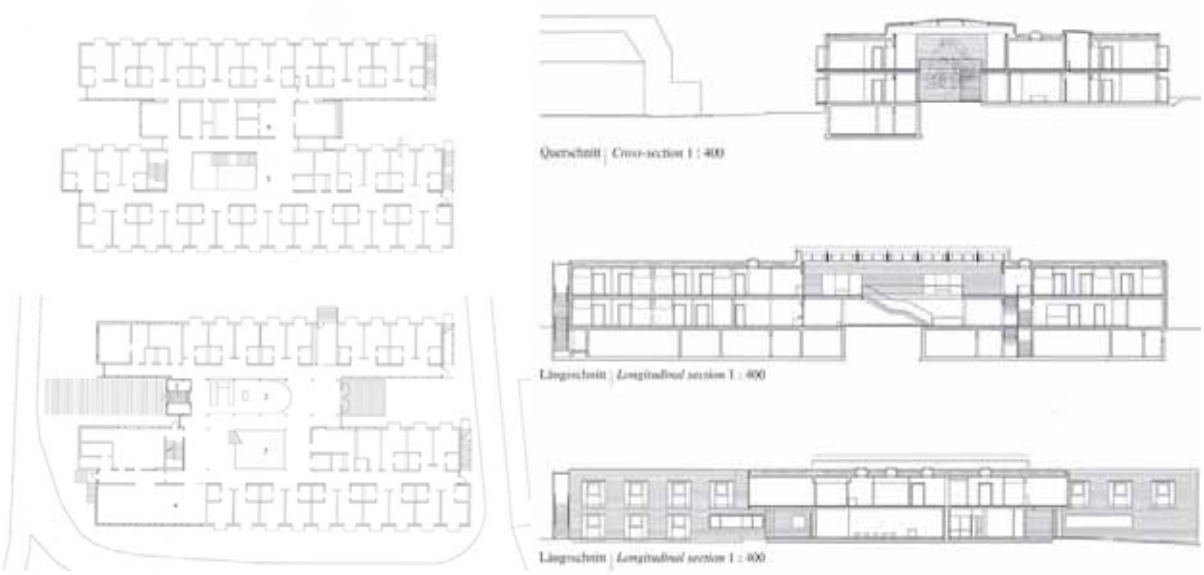


Abbildung 13 u. 14 I Seniorenwohnhaus St. Nikolaus, Neumarkt

Abbildung 15 I Seniorenwohnhaus St. Nikolaus, Neumarkt

Cafeteria angeordnet, sind. Hier wird die dörfliche Struktur des Hauses besonders deutlich: Die ‚Oase' - dieser Bereich wird von den Bewohnern tatsächlich so genannt – erfüllt die Funktion eines Marktplatzes als zentraler Treffpunkt."[40] Gegenüber dem Eingang wurde zwischen den Riegeln eine Terrasse eingeschoben. Ein weiteres Freiraumangebot wird in Form des Gartens mit altem Obstbaumbestand, einem Labyrinth und Sitzbänken gegeben. Dieses „Ineinandergreifen von Innen und Außen zieht sich als ein Grundgedanke durch das Gebäude. Bereits der Zugangsweg schiebt sich zwischen die beiden Gebäuderiegel, gleichsam kehrt sich der Innenraum in Form von Glaserkern nach außen. Horizontale Lärchenholzlamellen setzen sich im Innenraum fort, die Gartenanlagen finden in der Oase im Foyer ihr Pendant. Pflanzengrün und Wassergeplätscher empfangen Bewohner und Gäste."[41]

Die alten Menschen wohnen hier in modernen Zimmern, die den Anforderungen der Barrierefreiheit gerecht werden. Zwar besteht die Möglichkeit einer kleinen Einbauküche, doch werden alle Mahlzeiten im Speisesaal angeboten. Die Pflegekräfte sind – sofern es gewünscht oder nötig ist - rund um die Uhr für die Bewohner im Alter von momentan 47 bis 93 Jahren verfügbar. Der Kommunikation und Mobilität wird eine große Bedeutung beigemessen: Nachmittags wird zum gemeinsamen Café in den Speisesaal geladen um zum geselligen Beisammensein zu animieren - wobei auch Besucher willkommen geheißen sind. Ebenso wird der Kontakt zur Kleinstadt mittels Ausflügen sowie die Verbindung zu den anderen Stadtbewohnern, beispielsweise durch die Einführung des Mittagstisches, welcher Senioren aus dem Ort erlaubt an den Mahlzeiten des Heims teilzunehmen, gefördert. Einen bedeutsamen Bestandteil des Betreuungs- und Pflegekonzepts stellt die aktivierende Pflege dar: Gezielt wird Kreativität und Mobilität gefördert, neben Malkursen wird so auch Seniorensport angeboten.[42] Diese Offenheit und Neugier nach außen sowie die Geborgenheit und Sicherheit nach innen charakterisieren in diesem Seniorenwohnheim also nicht nur das Alltagsleben sondern auch die Architektursprache.

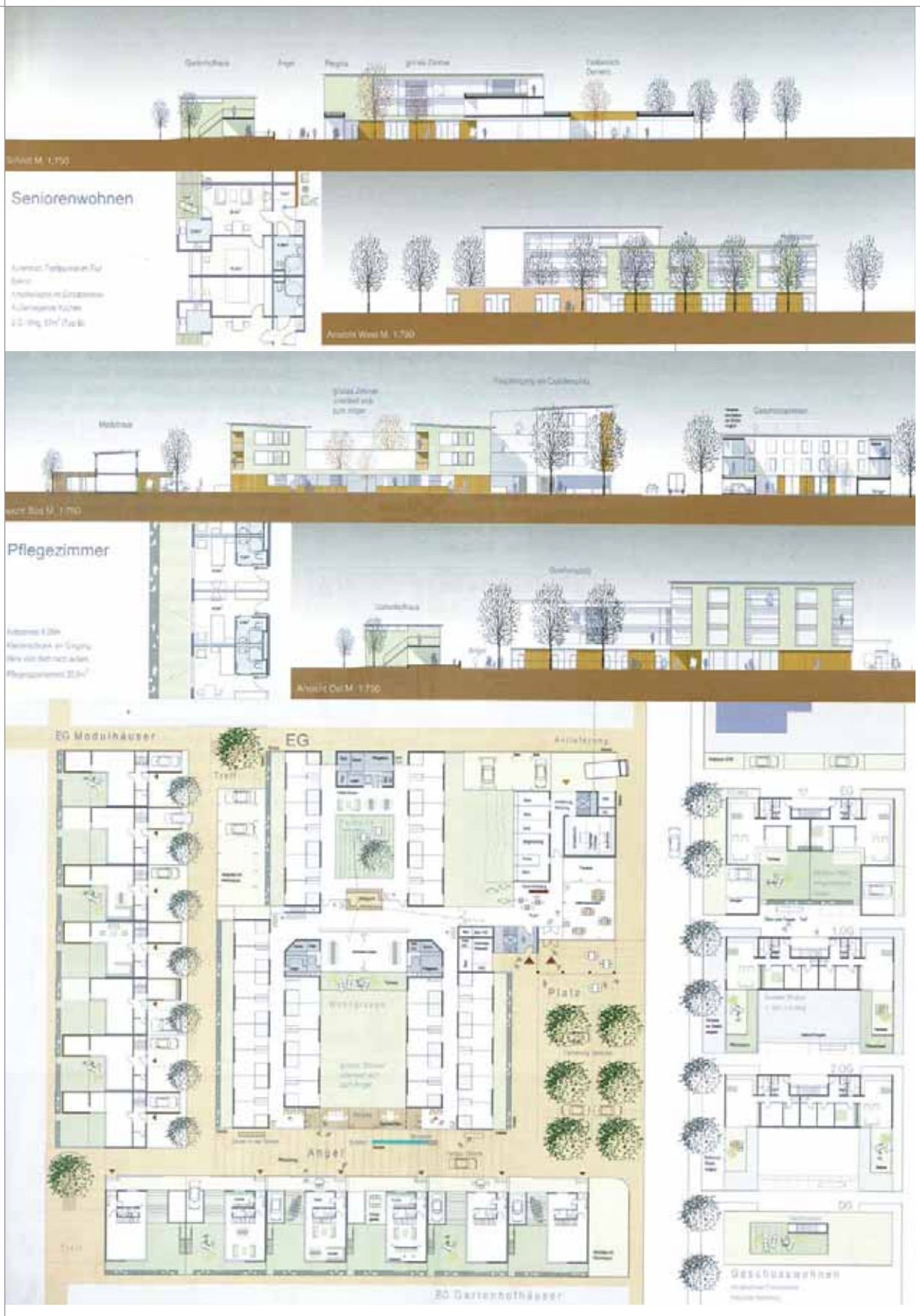
WOHNEN FÜR JUNG UND ALT IM QUARTIER ST.-KONRAD STRASSE, WEINGARTEN/D

Auslober: Bruderhaus Diakonie, Reutlingen und Siedlungswerk Gemeinnützige Gesellschaft für Wohnungs- und Städtebau mbH, Stuttgart Stadt Weingarten
Architektur: 1.Preis Ackermann & Raff
Wettbewerb: 2004

Dieses Projektbeispiel stellt eine quartiersbezogene Auffassung der modernen Altenpflege dar, welche bereits in den Anforderungen des Wettbewerbs zum Ausdruck kommt. Die Wettbewerbsaufgaben umfassten die Verwirklichung eines innovativen Wohnkonzeptes für Jung und Alt. Gewünscht wurde dies in Form eines Seniorenzentrums, bestehend aus einem Pflege- und Wohnverbund, in Verbindung mit einer Wohnbebauung für junge Familien im Quartier. Auf dem aus zwei Teilstücken bestehenden Grundstück sollte westlich der St.-Konrad-Straße auf 6.900 m² zum einen 'Bauen für junge Familien' zum anderen das Seniorenzentrum nachgewiesen werden; östlich der Straße war das Grundstück im Rahmen des städtebaulichen Ideenteils mit Wohnbebauung zu überplanen.

Das Pflegeheim und die betreuten Pflegeappartements sind auf dem Grundstück ‚unter einem Dach' geplant worden, wenngleich trotz der Stapelung der Nutzungen beide Teilbereiche eigenständige Funktionsbereiche sind. Die Pflegebereiche sind vorwiegend im Erdgeschoss untergebracht. Das Pflegeheim teilt sich in die zwei Bereiche der Hausgemeinschaft überwiegend körperlich beeinträchtigter Bewohner sowie jener für demenziell erkrankte, alte Menschen, welcher 12 Plätze zugedacht werden.[43] Ein eigener Innenhof für die zuletzt genannte, meistens durch einen hohen Bewegungsdrang gekennzeichnete Gruppe soll einen geschützten Freibereich bieten. „Die Frei- und Platzflächen überzeugen sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich und ermöglichen eine gute Auffindbarkeit der verschiedenen Funktionsbereiche. Im Pflegebereich überzeugt der Entwurf durch eine gute Atmosphäre und Helligkeit, sowie einer guten Übersichtlichkeit der drei Pflegegruppen. … Die Pflegegruppen liegen richtig und

Abbildung 16 I Wohnen für Jung und Alt im Quartier, Weingarten



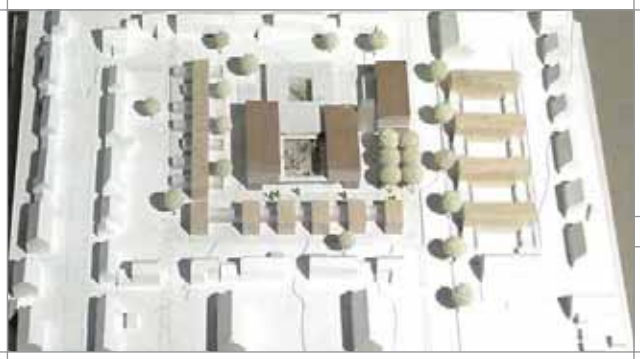


Abbildung 17 u. 18 I Wohnen für Jung und Alt im Quartier, Weingarten

sind ebenfalls sehr gut angebunden."[44]
Den jungen Familien stehen zum einen die Typologien ‚Modulhaus' und Gartenhofhaus' zur Verfügung, wobei sich beide Wohnformen in Riegeln jeweils südlich und westlich in orthogonaler Weise um das Seniorenzentrum anordnen und dieses somit einfassen. Auf der gegenüberliegenden Seite der St.-Konrad-Straße wird zum anderen Geschosswohnen mit attraktiven Freibereichen und guter Belichtung in flexiblen Strukturen angeboten, wobei auch die städtebauliche Einbindung dieses Ideenteils als ausgesprochen gelungen bezeichnet werden kann.
Die hohe Qualität des Entwurfes stellen unter anderem zweifelsfrei die Außenraumflächen dar, welche die Durchmischung der verschiedenen Generationen des Quartiers durch richtig gelegene und gut nutzbare Quartiersplätze fördern können. „Ein interessanter Ansatz ist die mögliche Öffnung des Außenbereichs des Pflegeheims zum Anger. So können sich Jung und Alt treffen."[45] Dieser liegt zwischen dem Innenhof oder ‚Grünem Zimmer' des Altenzentrums und der Gartenhofhauszeile. So wird der Anger zur Schnittstelle zwischen Jung und Alt, zu einem gemeinschaftlichen Treffpunkt im Quartier. Der zweite neue Quartiersplatz orientiert sich in Richtung des Geschosswohnens. Er stellt - an der St.-Konrad-Straße liegend - eine Schnittstelle zwischen dem Quartier und der bestehenden Stadt dar. Der Entwurf überzeugt somit vor allem durch seine große städtebauliche Qualität, welche eine überzeugende Antwort auf die gestellte Aufgabe der Generationenzusammenführung und der Quartiersbezogenheit gibt und so nicht nur in stadträumlicher und funktioneller Hinsicht sondern insbesondere Bezug nehmend auf das soziale Leben im Quartier eine schöne, generationenübergreifende Lösung für Alt und Jung im gleichen Maße anbietet.

NACHBARSCHAFTSZENTRUM ‚FREIE SCHOLLE'
ALBERT-SCHWEITZER-STRASSE, BIELEFELD/D

Auslober: Baugenossenschaft Freie Scholle eG
Architektur: 3.Preis bks Architekten
Wettbewerb: 2003/2004

Dieser Entwurf besticht durch seine designte Formensprache: Ausgehend von der gewählten Großform des Mäanders, welche auf vielerlei Weise interpretierbar ist, zweifelsfrei allerdings das griechische Symbol für die Erlangung der Ewigkeit darstellt, und dem gestalterischen Wunsch heraus diese Form aufzunehmen wurde ein, von den Architekten als ‚Wohnband' bezeichnetes, Nachbarschaftszentrum gestaltet. Basierend auf einem stark auf Symbolik beruhenden Design entsteht so ein ausdrucksstarker Entwurf für eine etappenweise Neubebauung, welche die vorhandenen einseitigen Wohnangebote, die hohe technische Mängel aufweisen, ersetzen könnte.
Die Wettbewerbsaufgabe sieht den Abriss dieser überholten Bebauungssituation zugunsten eines Nachbarschaftszentrums vor, welches sich im Wesentlichen auf drei Grundstücksteile zu konzentrieren hat: Zwei durch die Albert-Schweitzer-Straße voneinander getrennte Grundstücke, sowie den Straßenraum, der vom trennenden zum verbindenden Element beider Bereiche werden soll. „Für das gesamte Wettbewerbsgebiet wird eine differenzierte, den Nutzungsansprüchen angepasste und den Nachbarschaftscharakter stärkende Freiflächen- und Straßenraumgestaltung gewünscht. Das … zu planende Nachbarschaftszentrum ist eine Mischung aus sozialen Einrichtungen, einem zusätzlichen öffentlichen Raumangebot für die Bewohner der Siedlung und einem neuen bedarfsgerechten und zukunftsweisenden Wohnungsangebot - ein ‚Wohnen mit Service'."[46]
Durch die Umsetzung der Mäanderform gelingt eine Differenzierung von Außenräumen, Plätzen und Höfen; dem öffentlichen Raum kommt so eine entsprechende städtebauliche und soziale Bedeutung zu. „Der mittlere, zur Albert-Schweitzer-Straße hin orientierte Hof wird folglich als ‚Forum Freie Scholle' definiert und führt zum

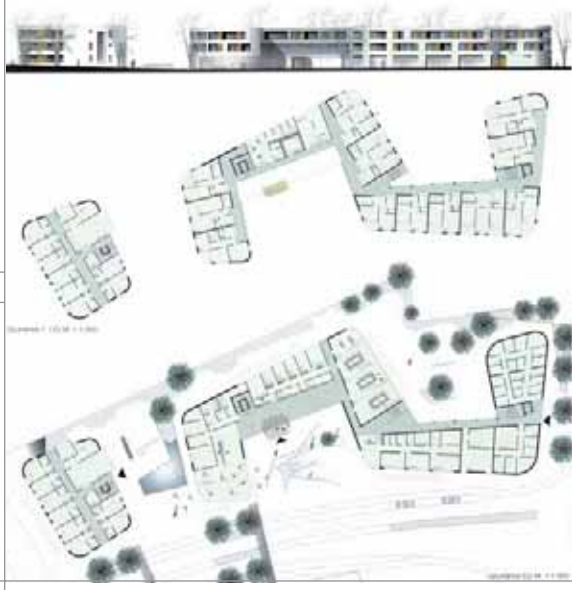


Abbildung 19 u. 20 I Nachbarschaftszentrum ‚Freie Scholle', Bielefeld

Haupteingang. Über einer zweigeschossige Lobby sind die geforderten Service- und Gemeinschaftseinrichtungen platziert. … Als dreigeschossiges Solitärgebäude über einen sehr eigenständig gestalteten ‚Hof des Klanges' erschlossen sind die drei Hausgemeinschaften im Westen des Geländes angeordnet. Sie dokumentieren damit in guter Weise die Eigenständigkeit und Normalität einer Wohnform für pflegebedürftige Menschen."[47] Auch die vorgeschlagene Verbesserung der Straßenraumsituation ‚Alber-Schweitzer-Straße' erscheint der Anforderung eines verbindenden Bereichs gerecht zu werden und trägt somit zu einem einheitlich wahrgenommenen Gesamteindruck des Planungsareals bei. Dieser wird zusätzlich noch durch die Entsprechung der Großform des Mäanders in einer qualitätsvollen Fassadengestaltung unterstützt.

WOHNGRUPPENMODELL
ST. ANNA ALTENHEIM, HALTERN/D

Auslober: Kath. Altenwohnhäuser St. Anna und
St. Sixtus GmbH, Haltern
Architektur: 1.Preis
agn Paul Niederberghaus & Partner GmbH
Wettbewerb: 2004

Die gewünschte Organisationsform des Altenheims, nämlich die Aufteilung der gesamten Einrichtung in einzelne Wohngruppen mit einer Höchstzahl von zehn Personen, die ihrerseits wiederum zu viert in möglichst gleich große Wohn- und Pflegebereiche, die maximal 36 Bewohner auffassen sollen, zusammengefasst werden, prägt diesen Wettbewerbsbeitrag. Zusätzlich dazu soll ein geschützter, geschlossener Bereich für demenziell Erkrankte und verwirrte Bewohner geschaffen werden, der eine Maximalauslastung von 16 Personen verträgt. Diese klaren Vorstellungen hinsichtlich der gruppenorientierten Pflege wurden von den Planern aufgenommen, in ihrem Entwurf sehr genau wiedergegeben und sind in der Architektur folglich auch deutlich ablesbar.
Ausgangpunkt ist das bestehende Altenheim St. Anna, welches nach dem Krieg von der Pfarre und den Ordensschwestern gegründet wurde. An die Urzelle des Hauses, welche bereits seit dem Übergang vom 19. in das 20. Jahrhundert besteht, wurde in den 1970er Jahren ein zweigeschossiger Trakt für 24 Bewohner, 1985 ein weiterer Teil hinzu gebaut. Die momentan vorhandenen 56 Pflegeplätze sollen im Zuge der Erweiterung und dem vorausgehenden Abbruch des ersten Anbaus auf 80 Plätze in der obig geschilderten Zusammensetzung erweitert und die teilweise bestehenden Doppelzimmer zu Einzelzimmern umgebaut werden.[48] „Das vom Bauherrn erarbeitete, zukunftsweisende Wohnkonzept in Gruppen wird auf nahezu ideale Weise in ein Raumkonzept verwandelt: Jede Gruppe erhält ein eigenes Haus, die Baukörper des Altbaus werden wie selbstverständlich integriert."[49]
Die Formulierung eines Gesamtensembles aus dem Bestand und den Neubauten gelingt in einer überzeugenden Weise, darüber hinaus besteht eine harmonische Auseinandersetzung mit der Naturlandschaft des nahe liegenden Annabergs. Nicht zuletzt wurde diesem Anliegen durch die Atriumsstruktur der Neubauten in Verbindung mit dem ‚Kreuzgang-Motiv' des Zentralbaukörpers nachgekommen. Die Architektur wird so einerseits durch die Natur durchdrungen, andererseits wird somit die Besonderheit der geografischen Lage und historischen Entwicklung gestützt.[50] Die gleichwertig gestalteten Fassaden unterstützen die große bauliche Klarheit, die Transparenz und die Orientierung. Doch trotz des selbstbewussten Auftretens der Architektur betten sich die neuen Zubauten ruhig in die Umgebung ein. Die Bewohner dürfen diese Qualität der gebotenen Ausblicke in innere Freibereiche und in die umgebende Landschaft von ihren Wohnungen aus erfahren. „Die drei ‚Atriumgänge' und der „Kreuzgang' weisen angenehme Wege- und Aufenthaltsqualitäten auf"[51], sodass zum Verweilen im Freiraum eingeladen wird.
Das geschaffene Ensemble versteht sich als Dorf, welches aufgrund seiner klaren Struktur und seiner zukunftsweisenden Flexibilität durchaus auch andere Wohnformen beherbergen könnte. Von einer organisatorischen Problembewältigung wurde hier ein richtiger Schritt in dessen architektonische Umsetzung

Abbildung 21 u. 22 I St. Anna Altenheim, Haltern

gesetzt, welche die Gruppenorientierung alter Menschen zum zentralen Thema hat und so einer Vereinsamung im Alter entgegenwirkt.

1 FOS, 2004, S.35
2 KOB, 2000, S.7
3 KOB, 2000, S.7
4 POW, 2004, S.7
5 POW, 2004, S.7
6 BOB, 2000, S.131
7 KOB, 2000, S.IX
8 KOB, 2000, S.7
9 MON, 2004, S.17
10 PUR, 2002, S.17
11 MON, 2004, S.34
12 MON, 2004, S.33
13 EGY, 2004, S.43
14 HÖT, 2006, S.44
15 WISS, 2006, S.46
16 -21 HÖT, 2006, S.46
22 KAP, 2006, S.18
23 HÖT, 2006, S.46
24 HÖT, 2006, S.48
25 MAA, 2006, S.54
26, 27 MAA, 2006, S.52
28-34 MAA, 2006, S.54
35 RÜH, 2003, S.28
36, 37 KRÄ, 2004, S.33
38 RÜH, 2003, S.30
39 KRÄ, 2004, S.32
40 RÜH, 2003, S.49 f
41 KRÄ, 2004, S.33
42 RÜH, 2003, S.31 f
43-45 HOF, 2005, S.3
46 HOF, 2005, S.12
47 HOF, 2005, S.15
48 HOF, 2005, S.37
49-51 HOF, 2005, S.38

Abb.1 HÖT, 2006, S.45
Abb.2 HÖT, 2006, S.44
Abb.3, 4 HÖT, 2006, S.47
Abb.5 HÖT, 2006, S.50
Abb.6 HÖT, 2006, S.49
Abb.7 MAA, 2006, S.52
Abb.8 MAA, 2006, S.53
Abb.9 MAA, 2006, S.58 f
Abb.10,11 MAA, 2006, S.55
Abb.12 KRÄ, 2004, S.33
Abb.13 KRÄ, 2004, S.34 f
Abb.14 RÜH, 2003, S.29
Abb.15 RÜH, 2003, S.28

SCHLUSSGEDANKE ZUM ANALYTISCHEN TEIL DER ARBEIT

ABLEITUNG FÜR MEINEN ENTWURF

Reformistin und Futuristin Wanda J. Jones beschrieb im Jahre 1993 ihre Vorstellungen eines gut in die soziale Umgebung integrierten Krankenhauses. „... To make hospitals more hospitable, the edges of their campuses should be like live coral reefs - full of energy and activity, pulling neighborhood residents in rather than shutting them out ... so in addition to offering traditional treatment, healthcare providers in the city have a public health role to play. Community based planning should be utilized to produce hospital programs and services that address what ails the community, and not merely what physicians and healthcare administrators know how to do. It is clear that, in the future, hospitals will no longer be healthcare's 'main event'. The main event will be outpatient services and associated case management systems for patients with chronic illnesses. What an opportunity for architects! They can help their clients to design delivery systems, not just hospitals; community service networks, not just campuses; and new patient-focused operating systems, not just sets of rooms and spaces for equipment. The patient-focused concept is a powerful idea . . . now we need a breakthrough for the hospital site itself. Architects who are prepared to offer this kind of visionary leadership will produce something much more meaningful than a beautiful building."[1] Ihre Forderung an das Krankenhaus lässt sich sehr gut auf jene der Altenpflegeeinrichtungen übertragen: So brauchen wir Einrichtungen, die in ihre Umgebung ausstrahlen, die sich in ihre Richtung hin öffnen indem sie die Nachbarschaft einladen teilzuhaben. Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung gilt es folglich auch eine gemeinschaftlich soziale Rolle zu übernehmen. Die Ausgestaltung und das Erschaffen von Versorgungssystemen, Lebensmodellen und sozialen Netzwerken ist mindestens eine ebenso wichtige Aufgabe wie die Planung von ansprechendem Raum, welcher die örtliche Zuordnung für die beschriebene Idee bildet.

Verderber betont in anderer Weise die Wichtigkeit der Hybridisierung von Gesundheitszentren. Auch seine Aussage, möchte ich auf die Situation der Altenpflegeinrichtungen übertragen. „The health center is an awkward building type ... Architecturally there might be a case for abolishing the type altogether and letting its various components find separate accommodation ... This view, however, discounts the notion of hybridization - the layering of multiple functions within a single entity - and therein lies the ultimate potential of this building type: it is not really a singular type but an amalgamation of [different] purposes, each with a distinct civic mission."[2] Während zum einen eine Auslagerung bestimmter Bereiche der Altenpflege stattfinden kann, sollen zum anderen gewisse neue Funktionen miteinbezogen werden. Ein wechselseitiges Ineinandergreifen und Überlagern von allgemein gemeinschaftlichen, öffentlichen Anliegen mit jenen der Gruppe der Alten kann unsere pluralistisch geprägte Gesellschaft wieder näher zusammen führen.

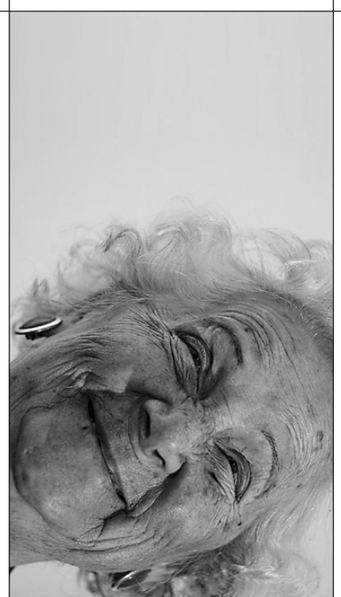
Im Laufe der Beschäftigung mit dem Thema der Alten in unserer Gesellschaft - mit der Hoffnung ein adäquates Lebenskonzept im Alter würde sich herauskristallisieren - ist mir immer bewusster geworden, wie wichtig die Aufrechterhaltung der eigenen Selbständigkeit, die Verwirklichung der Individualität, das Beibehalten der Identität und das Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse - auch und besonders im Alter - ist. Diese Anforderungen können meinem Erachten nach nur in einer persönlichen Wohnatmosphäre, unter gegbenen Umständen mit professioneller Hilfe und Begleitung garantiert werden. Wobei ich es als besonders wichtig empfinde, das gewohnte Umfeld und die vertraute Umgebung, die etablierten sozialen Netze beizubehalten, indem quartiersbezogene Angebote geschaffen werden. Dazu möchte ich nochmals auf die im Kapitel ‚Realität der Alten - Lebensweisen und Gepflogenheiten' näher eingegangene Tatsache hinweisen, älteren Menschen mangle es an Flexibilität einen Umgebungswechsel vorzunehmen. „Eine Stadt ist durch ihre Größe bedrohlich. Die Kleinteiligkeit des eigenen Grätzels gibt daher Sicherheit, man findet Halt und Identität durch aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen. Auch Städter verlangen nach dörflichen Strukturen."[3] Die Grundidee ist daher, hinreichend viele Wohnquartiere zu schaffen, sodass jedes Grätzel auch über eigene Einrichtungen, für die in seinem Umkreis lebenden, älteren Bewohner verfügt. „Erfahrungswerte zeigen, dass für ein Quatier in der Größenordnung von 10.000 Einwohnern drei bis vier Gemeinschaftstreffpunkte nötig sind. ... Die Koordination der Pflege und Dienstleistung ... kann höherschwellig organisiert werden. Von einer Stelle aus, für ein Quartier oder auch für mehrere Quartiere. Sehr wichtig ist jedoch, dass die Bewohner eine Person mit der Koordinationsfunktion verbinden können; einen Altenberater oder einen Wohnbetreuer. Diese Person muss niederschwellig anwesend sein können, bei Menschen zu Hause oder in den Begegnungszentren."[4] Letztendlich kann aber nur eine relativ kleinräumige Organisation der Betreuungsangebote den gewünschten Bezug zum Quartier ermöglichen. Das Resultat soll die Integration beziehungsweise die Reintegration der alten Menschen in ihr Wohn- und Aktionsgebiet sein. Um auch die gesellschaftliche Einbindung der Alten zu ermöglichen ist die Realisierung der Öffnung der Altenbetreuungstätten nach außen eine weitere Anforderung an moderne Konzepte. Die Alteneinrichtungen werden - um dies zu erreichen - mit öffentlichen Funktionen verbunden, welche die gesamte Wohnumgebung aufwerten und nicht nur für die alten Menschen der Institution selbst sondern auch für die gesamte Nachbarschaft - ob jung oder alt - zugänglich sind. Anstatt die Alteneinrichtung an einem isolierten, einsamen Ort zu verstecken, soll sie so in eine aktive Umgebung eingebettet werden. Indem das Interesse der Nachbarschaft geweckt wird, können sich Aspekte des Gemeinschaftslebens entfalten, sodass den alten Menschen eine spontane, soziale Interaktion erleichtert wird und sie so nicht nur ‚ihr' Gebäude sondern ebenso die nähere und weitere Umgebung erfahren und zu

ihrem Aktionsraum machen können. Das Recht der Alten als Teil unserer Gesellschaft zu leben, soll hierdurch verwirklicht werden. Und wenn an dieser Stelle von Leben die Rede ist, so ist damit selbstverständlich Leben mit einer hohen Lebensqualität gemeint; nicht nur die des einzelnen Individuums sondern auch die der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit. Die Voraussetzungen für beides liegen sowohl im Privaten als auch im Öffentlichen. Es ist trotzdem nicht die Suche nach Bedingungen der größtmöglichen gemeinsamen Zufriedenheit, die diese Arbeit bestimmt, denn sie führt zweifelsfrei nicht an einer Verallgemeinerung der Bedürfnisse oder Verringerung und Homogenisierung des Angebots vorbei. Vielmehr folge ich der Überzeugung individuelles und kollektives Glück wären eng miteinander verbunden und verschlungen.

Die meisten herkömmlichen Altenheime sind für eine Belegung mit 80 bis 120 alten Menschen ausgerichtet. Aus weniger in der betriebswirtschaftlichen Kalkulation sondern mehr in der Betreuungsorganisation verwurzelten Gesichtpunkten erwies sich eine weitere Aufteilung in Untergruppen unerlässlich. Dieser und weiteren neueren Tendenzen folgend, möchte ich mich mit einem dezentralen, gruppen- und quartiersorientierten Angebot beschäftigen. In meiner weiteren Entwurfsarbeit frage ich mich, wie das Wohlergehen alter Menschen herzustellen ist, was diese wirklich wollen und brauchen, was sie sich wünschen. Unter Berücksichtigung der Personengruppe der Alten soll ein Konzept von gesamtgesellschaftlicher Relevanz und Akzeptanz entstehen.

1 JON, 2000, S.327
2 VERD, 2000, S.327
3 ASS, 2006, S.143
4 KRES, 2003, S.107

ENTWURF I PROJEKTBESCHREIBUNG UND PLANMATERIAL



STANDORT BOMBARDIERAREAL I DONAUFELDER STRASSE 73, 1210 WIEN

ALLGEMEINE STANDORTKRITERIEN

Bei der Wahl eines geeigneten Standortes sind zahlreiche Kriterien zu berücksichtigen; es muss vorweg geklärt werden, ob das geplante Projekt in der gewählten Lage überhaupt eine Berechtigung und somit Zukunft hat. Zum einen wird der Bedarf eruiert, bei Vorhandensein einer Zielgruppe ist der Standort hinsichtlich seiner Eignung für die Anforderungen der geplanten Funktion zu prüfen und dahingehend zu analysieren. Im Falle einer Alteneinrichtung erscheint eine Einbettung in ein bereits bestehendes Wohngebiet sinnvoll, denn hier ist die Nachfrage zwangsläufig in der Nachbarschaft gegeben und der Bezug zum alten Wohnumfeld kann somit erhalten bleiben. „Die Festlegung der Größe bzw. der Grenzen einer Wohnzone richtet sich nicht nur nach der Einwohnerzahl oder nach Entfernungsradien, sondern vor allem danach, was von den Bewohnern als gewachsenes Quartier verstanden wird. Dabei spielen auch reale Grenzen, wie große Straßen oder Flüsse eine Rolle.“[1] Somit wird das empfundene Grätzel zum Einzugsgebiet des quartierbezogenen Altenangebots. Neben der Wichtigkeit der Bindung zum bisherigen Wohnort sind es zweifellos die infrastrukturellen Rahmenbedingungen - wie beispielsweise Einkaufsmöglichkeiten, eine Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz und Freizeitangebote - die eine Eignung mitbestimmen. Wenngleich dies nicht für einen Standort auf der ‚grünen Wiese‘ spricht, ist auch das Bedürfnis nach einfacher Erreichbarkeit von Grünzonen zu befriedigen. Durch den Quartiersbezug sowie durch die Wahl einer geeigneten Umgebung ist es zu schaffen, dass Alte, die das Angebot in Anspruch nehmen (müssen), sich dadurch nicht noch mehr beeinträchtigt fühlen als sie es ohnedies bereits sind.

STANDORT BOMBARDIERAREAL

VON DER KUTSCHENFABRIK ZUM NEUEN STADTTEIL GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG DES AREALS

„Das Betriebsareal des kanadischen Technologiekonzerns Bombardier zwischen Donaufelder Straße und Satzingerweg im 21. Wiener Gemeindebezirk repräsentiert ein Stück österreichische Industriegeschichte“[2]: 1876 gründete der Wagenmeister Heinrich Lohner mit seiner revolutionären Idee einzelne Wagenbaugewerbe in einer Fabrik zusammenzufassen die ‚Lohnerwerke‘. Wagenfabrikation von Weltruf und resultierende zunehmende Exportzahlen erforderten die Umsiedlung aus dem vorhandenen, im 9.Wiener Gemeindebezirk gelegenen Werk in eine größere Betriebsstätte. Nach der Wiener Donauregulierung wurde die Fabrik im Jahre 1876 nach Floridsdorf in die Donaufelder Straße verlegt. Nachdem die Lohnerwerke die bedeutsamste Pferdefabrik der Monarchie darstellte, wurde später entsprechend der einsetzenden Motorisierung der fabriksmäßige Bau von Automobilen forciert; (der Lohner-Porsche wurde zur Sensation der Weltausstellung 1900 in Paris), kurzzeitig wurden während des ersten Weltkrieges auch Flugzeuge produziert. Neben der Pionierstellung im Motorrollerbau wurden die Lohnerwerke zu den wichtigsten Lieferanten für Straßenbahnbetriebe in ganz Österreich. 1970 wurden die Firma vom kanadischen Konzern ‚Bombardier‘ übernommen, im Zuge der konzerninternen Optimierung auf die Produktion von Light-Rail-Schienenfahrzeugen spezialisiert und zählt heute zu den wichtigsten Straßenbahnenlieferanten Europas. Nachdem einerseits zusätzliche Raumkapazitäten erforderlich sind, andererseits das Areal inmitten eines dicht besiedelten Wohngebietes liegt und somit nicht mehr den Anforderungen eines modernen Industrie- und Produktionsbetriebes entsprechen kann, soll bis 2008 die Standortverlagerung in ein ausgewiesenes Industriegebiet in der Hermann-Gebauer-Straße des benachbarten 22.Bezirks erfolgen. Diese Übersiedelung bringt für den Bezirk ‚Floridsdorf‘ einen enormen stadtplanerischen Vorteil mit sich; auf dem ehemaligen Werksgelände besteht die Chance einen neuen Stadtteil zu gestalten. Der historischen Grund der Lohner K&K Kutschenwagenfabrik soll zu einem modernen Standort für Wohnungen, Büros und Geschäfte umstrukturiert werden.

SITUATION DER BOMBARDIERGRÜNDE

Das ebene Bearbeitungsgebiet umfasst das Betriebsgelände der Firma Bombardier mit einer Fläche von rund 47.000 m² und liegt nördlich der alten Donau im 21. Wiener Gemeindebezirk ‚Floridsdorf‘ zwischen der Donaufelderstraße und dem Satzingerweg, östlich der Kreuzung der Donaufelder Straße mit der Bessemer- und der Fultonstraße. Die Donaufelder Straße ist die einzige, das Areal begrenzende, durchgehend befahrbare und leistungsstarke Straße. Denn der Satzingerweg ist eine Sackgasse und dient als solche alleinig der Erschließung von Wohngebieten. Zwischen der nahegelegenen Haltestelle der Straßenbahnlinie 26, welche zwischen Strebersdorf und Kagran verläuft, wobei in Floridsdorf eine Anschlussmöglichkeit an die U-Bahnlinie 6 gegeben ist, und dem von ihr weitest entfernten Geländepunktes ergibt sich ein Fußweg von 500 Meter.
Das Baualter der einzelnen Gebäude auf dem Areal selbst liegt zwischen 30 und 100 Jahren. Die Gewerbehallen wurden teils als Holz- teils als Stahlkonstruktionen in der im jeweils zeitlichen Kontext üblichen Bauweise errichtet. Der Bauzustand entspricht dessen Alter, wobei keines der Objekte in baukünstlerischer oder historischer Hinsicht bemerkenswert und folglich erhaltenswert erscheint. Das gebaute Umfeld weist starke Heterogenität auf: Während sich im Westen und Norden mehrgeschossige Wohnhausanlagen und freistehende Einfamilienhäuser befinden und östlich der Grundgrenze Kleingärten mit entsprechender Bebauungsstruktur anschließen, bestehen südlich der Donaufelder Straße erwerbsgärtnerisch genutzte Flächen (u.a. zahlreiche Gewächshäuser).

Abbildung 1

Abbildung 2

Abbildung 3 I Luftbild von Norden

Abbildung 3 I Luftbild von Südwest

Abbildung 5 I Donaufelderstraße Richtung Osten

Abbildung 6 I Satzingerweg Richtung Westen

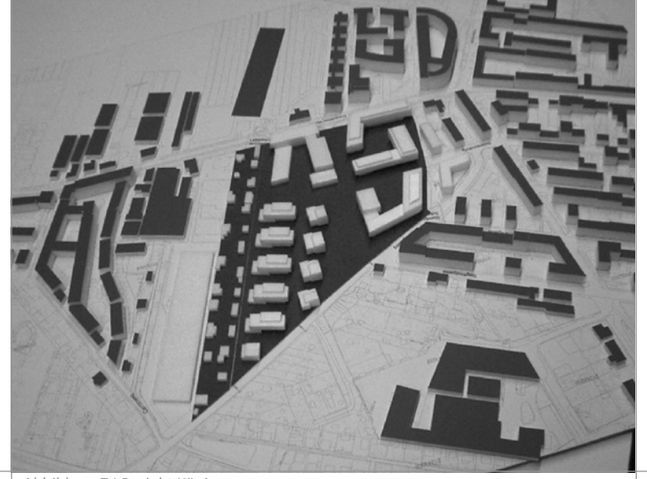


Abbildung 7 I Projekt König

Abbildung 8 I Projekt König, Erschließungsgasse

Abbildung 9 I Projekt König, Park u.Punkthäuser

NEUER STADTTEIL AUF SCHIENE - DER WETTBEWERB

In Zusammenarbeit des Grundeigentümers ‚Bombardier' sowie den zwei Bauträgern ‚Gesiba' und ‚Heimbau' mit der Stadt Wien/MA 21B wurden im Rahmen eines städtebaulichen Expertenverfahren im Frühjahr 2006 sechs Architektenteams eingeladen, Vorschläge für die Neustrukturierung und Nachnutzung des Bombardier-Geländes als Grundlage für die Neufestsetzung der Flächenwidmungs- und Bebauungsbestimmungen zu erarbeiten. Die städtebauliche Aufgabenstellung bestand in der Gestaltung eines neuen Siedlungsquartieres mit Mischnutzung: Neben 700 flexibel gestaltbaren Wohneinheiten im Westen und Nordosten mit zugeordneten Freiräumen, einer Volksschule und einem Kindertagesheim im Süden soll auf dem insgesamt ca. fünf Hektar großen Areal auch eine 7.000m² große, öffentlich zugängliche Parkanlage entstehen, welche sowohl Kriterien der geschlechtersensible Gestaltung als auch der Barrierefreiheit entspricht.[3]

Als Gewinnerin des Wettbewerbs ging Architektin König hervor, welche im westlichen Teil eine sechsstöckige Winkelbebauung, welche Höfe bildet und im östlichen Gebiet neben vier- und fünfstöckigen Häusern auch mehrere Stadtvillen vorschlägt. Auf die Möglichkeit sozialer Interaktion wurde offensichtlich großer Wert gelegt, denn es werden öffentlich zugängliche und bauplatzbezogene Gemeinschaftseinrichtungen, beispielsweise Bastel- und Hobbyräume, Kinderspielräume, Waschsalons sowie Sonderwohnformen, darunter auch einige Seniorenwohnungen angeboten. Die Freiflächen unterteilen sich in klar definierte Grünflächen: Privates Grün in Form von Eigengärten, zwei halböffentliche Wohnhöfe im westlichen Teil und dem öffentlich zugänglichen Park, in welchem ein Pavillon als zentrales Element liegt; die Fußwege und Platzsituationen wurden in dieses Freiflächenkonzept eingebettet. Die Erschließung erscheint durch die Tiefgarage mit ihren drei Zufahrtsmöglichkeiten gesichert. „Es ist ein sehr gut durchgearbeitetes Projekt, insbesondere ist die Herangehensweise beim städtebaulichen Ansatz hervorzuheben. Das Projekt zeigt die Entwicklungsschritte des städtebaulichen Konzeptes. Die Raumkante ist verständlich formuliert. Viele Qualitäten hat die Öffnung nach Osten hin. … In der städtebaulichen Auseinandersetzung beeindruckten Differenzierung und Maßstäblichkeit. Raumsituationen erscheinen identitätsstiftend, Freiraumqualitäten und Wohnungsvielfalt sind gegeben. … Die Schulgebäude und das Kindertagesheim bilden einen Hofraum."[4]

Das Siegerprojekt des Wettbewerbs wurde einiger Empfehlungen des Beurteilungsgremiums folgend zum überarbeitet städtebaulichen Leitbild und galt somit als Grundlage für die Änderung des Flächenwidmungs- und Bebauungsplanes, welcher entsprechend Juni 2007 beschlossen wurde. Anschließend wird auf Basis der neuen Flächenwidmung ein Bauträgerwettbewerb vorbereitet. Bis Winter 2007 sollten alle Genossenschaften und Architekten feststehen um nach dem Umzug der Firma ‚Bombardier' noch im Jahr 2008 mit der Umsetzung und Realisierung der Projekte beginnen zu können; 2010 wird mit der Fertigstellung gerechnet.

ALTERNATIVERGÄNZUNG ZUM SIEGERPROJEKT

Das Aufnehmen und Zusammenführen von bestehenden städtebaulichen Richtungen und ein Einfügen in vorhandene Strukturen ist im östlichen Teilgebiet sowohl beim Schulbau, insbesondere aber auch in der Wohnbebauung gelungen. Denn hier beginnt im Entwurf eine aufgelockerte und niedrigere Bebauung; eine offene Struktur zum Park und entlang des Satzingerweges sowie eine kleinteilige, abgestufte Bebauung im Anschluss zur vorhandenen Gartensiedlung. Der westliche Bereich hingegen folgt einer anderen Strukturspache; auch die Wettbewerbsjury merkte hauptsächlich hier ihre Kritikpunkte an und gab Empfehlungen zur Überarbeitung ab. Meine Intention im Rahmen des Entwurfes ist die Weiterführung der städtebaulichen Selbstverständlichkeit des östlichen auch im westlichen Teil, welche ich allerdings bewusst in einer anderen Architektursprache erreichen möchte. Ausgehend vom selben, vorgefundenen städtebaulichen Kontext soll ein Alternativvorschlag entstehen, dessen funktionaler Schwerpunkt die besonderen Bedürfnisse der alten Menschen darstellt. Dieser soll als Alternative zum westlichen und als Ergänzung zum östlichen Entwurf Königs gesehen werden. Eingebettet in das bestehende und das neue Wohngebiet, angrenzend an die öffentliche Parklandschaft, die den Kriterien der Barrierefreiheit entspricht, entsteht im Rahmen dieser Arbeit ein neues Wohnprojekt.

1 KRES 2004, S.114
2 WWW-WIE
3, 4 WWW-WIE

Abb.1 Material aus den Ausschreibungsunterlagen
Abb.2 WWW-HER
Abb.3,4 Material aus den Ausschreibungsunterlagen
Abb.7,8,9 Material Architektin König

STÄDTEBAULICHER ENTWURF

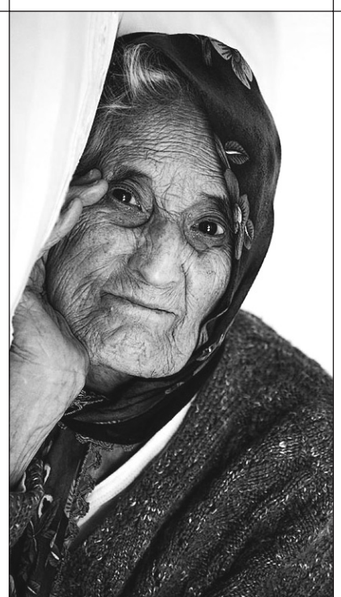


Abbildung 1

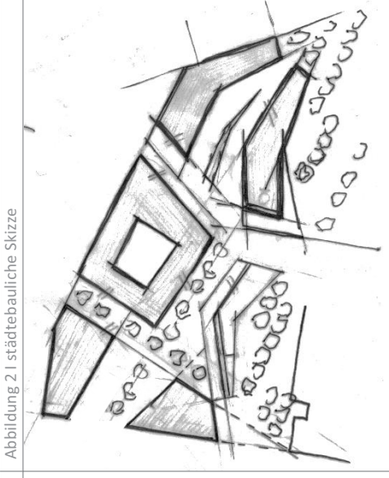


Abbildung 2 | städtebauliche Skizze

STÄDTEBAULICHER ANSATZ

Die drei im Folgenden zusammengefasst dargestellten Grunderkenntnisse zu den Themen Integration, Individualität und altersspezifische Erfordernisse aus der analytischen Arbeit bilden die Basis für die Entwicklung eines entsprechenden städtebaulichen Konzepts:

Integration

Alter‘und ‚Altern‘ als Tabuthemen führen aufgrund von Ängsten nicht nur zum Stillschweigen des Themas, sondern auch zur Ausgrenzung der Bevölkerungsgruppe der Alten und verhindert somit eine Integration der älteren Generation in das Gemeinschaftsleben.

Bereits bei der Standortwahl war ein wesentliches Auswahlkriterium, inwieweit die vorgefundenen Rahmenbedingungen eine gewünschte Integration der alten Menschen in die Gemeinschaft unterstützen. So ist das bearbeitete Projekt auch in Verbindung mit Königs Vorschlag der Sonderwohnform ‚Seniorenwohnung‘ zu sehen. Ebenso die unmittelbare Nähe zur Schul- und Horteinrichtung ist ideal um Ausgrenzungs- und Isolationsängste schon gar nicht erst aufkommen zu lassen; auch verbindende Projekte wie gemeinsame Ausflüge in Kooperation sind wünschenswert. Ebenso die effiziente Einbindung der infrastrukturellen Einrichtungen (Geschäfte, Dienstleister – mitunter das Quartiersmanagement) und die Mitplanung öffentlicher Einrichtungen (Restaurant, Gemeinschaftstreff), machen den angrenzenden öffentlichen Raum attraktiver und strahlen so als Attraktoren in die Umgebung aus. Damit wird ein osmotischer Austausch erreicht, bei dem Großeltern, die ihre Enkeln von der Schule abholen, andere Eltern treffen; ältere Bewohner des Quartiers am Abend zum Seniorensport, der im Turnsaal der Schule abgehalten wird, gehen; man sich beim Einkaufen am wöchentlichen Markttag, im Restaurant oder beim Friseur begegnet; bei der Gartenarbeit einem Nachbarn zuwinkt und beim Spazierengehen bei einer Parkbank Halt macht um sich mit jemanden, den man eben erst kennengelernt hat zu unterhalten.

Individualität

Den Prototyp des Alten gibt es nicht; auch im Alter sind Menschen als Individuen mit speziellen Bedürfnissen wahrzunehmen und zu respektieren. Das Lebenskonzept welches für eine Person als angenehm empfunden wird, muss nicht zwangsläufig auch für andere geeignet sein.

Altersspezifische Erfordernisse

Die Tatsache, dass wir im Durchschnitt noch rund zwanzig Jahre nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben – zwar oft ohne neue gesellschaftliche Rollenzuweisungen - selbständig unser Leben führen können, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es unumgehbar einen Lebensabschnitt gibt, in dem wir auf fremde Hilfe angewiesen sind. Zu berücksichtigen ist dabei auch die unterschiedliche Unterstützungsintensität.

Dass es nicht ein einziges, allein gültiges Lebenskonzept im Alter geben kann, führte zur Überlegung das Areal mit mehreren eigenständigen Baukörpern zu bespielen, welche jeweils verschiedene Wohnformen repräsentieren, in welchen wiederum zwischen unterschiedlichen Hilfsangeboten gewählt werden kann. Das bedeutet, dass nicht alle Bewohner eines Baukörpers die gleiche Unterstützung erhalten müssen; prinzipiell ist das Konzept sogar so angelegt, dass das Wohnangebot auch für junge oder jüngere Leute geeignet ist – auch eine Durchmischung in diesem Sinne ist erstrebenswert und geplant. Basierend auf diesen Überlegungen entstanden drei Typen, die sich als zukunftsträchtige Lebensformen erweisen sollten.

DREI TYPEN ZUKUNFTSWEISENDER LEBENSFORMEN

Die beiden ‚Punkthhäuser‘ bieten Wohngemeinschaften unterschiedlicher Größe und Konfigurationen an; wie bereits an anderer Stelle beschrieben reichen die Möglichkeiten von eigenständig geführten bis zu in unterschiedlichem Grad betreuten Wohngruppen. Als moderne, im Alter bei uns noch unetablierte Lebensform werden die Punkthäuser zum Portal des Areals und bilden einen selbstbewussten Auftakt für Bewohner, Besucher und Mitarbeiter. Durch die Formensprache sind sie zugleich Visitenkarte und Imageträger des Quartiers. Mit einer kraftvollen Architektur zeigen sie sich nicht nur den Ankommenden sondern auch den Passierenden.

Im nördlich angrenzenden Baukörper wohnen alte Menschen, die aufgrund ihres psychischen oder physischen Zustandes erhöhten Hilfebedarf haben und permanente Betreuung beanspruchen. Nachdem dement erkrankte Menschen einen erhöhten Bewegungsdrang verspüren und dieser nur durch ständiges ‚Rundgehen‘ gestillt werden kann, erschien die Form des Hofes angemessen – es entsteht der ‚Wohnhof‘. Sowohl ein umlaufender Gang im Inneren, als auch die Möglichkeit selbständig im Innenhof Freiraum zu erleben – dies wäre ohne dem geschützten Hofbereich nicht möglich – nehmen Rücksicht auf dieses Bedürfnis. Die Erdgeschoßzone ist ausschließlich mobil eingeschränkten Bewohnern vorbehalten, sodass auch diese die Möglichkeit haben sich im Freien aufzuhalten. Die Position des Wohnhofes an privilegierter Stelle in der Quartiersmitte soll das ‚Nicht-an-den-Rand-gedrängt-werden‘ symbolisieren.

Den nördlichen Abschluss bilden zwei zeilenförmigen ‚Wohnfinger‘, in denen Wohnappartements mit eigenständig geführten Haushalten vorzufinden sind, deren Grundrisse allerdings so gestaltet wurden, dass auch Betreuungsstrukturen etablierbar wären. Die Besonderheit dieses Planungsteiles liegt in seiner grundsoliden Allgemeintauglichkeit – darin, dass er keine ‚Seniorenwohnanlage‘ präsentiert, sondern ein urbanes Wohnen ohne Etikett, Stigma und Vorzeichen, welches unter anderem neben jungen Pärchen oder Singles eben auch von Alten als bedürfnisgerecht empfunden wird. Die Struktur der Wohnappartements lässt den Bewohnern die Freiheit sich in ihre eigenen vier Wände zurückzuziehen und bietet gleichsam dennoch - vor allem durch die Laubengänge - die Möglichkeit Nachbarn zu treffen und so einen Anschluss an das Quartiersleben genießen zu können.

STÄDTEBAULICHE PLANUNG

Die Positionierung der Baukörper erfolgte nicht nur aufgrund funktionaler Überlegungen sondern auch unter Berücksichtigung der städtebaulichen Situation. Entscheidend für den Raumeindruck ist dabei besonders die Anordnung der unterschiedlichen Baukörper in Verbindung mit dem Außenraum; aus dieser bezieht letztendlich die Gesamtstruktur auch ihre Dynamik. Um dem flächenmäßig großen Gebiet ein Image abseits von Kleingartenflair zu verleihen bedurfte es eines starken Akzentes, einer Figur, die ihre Wirkung nicht verfehlt. Durch das Aufnehmen vorgefundener Richtungen und Achsen entstand ein städtebaulicher Grundriss mit expressiver Sprache; über akzentuierten Grundrissen erheben sich Baukörper über drei bis fünf Geschoße. Die Baukörper ergänzen die gestaltete Landschaft und führen diese in der dritten Dimension weiter. So fügen sich die einzelnen Typen trotz ihrer Eigenständigkeit zu einer Gesamtstruktur und bilden ein harmonisches Ganzes.

Die neue Arealsbebauung symbolisiert mit ihrer sowohl städtebaulich als auch architektonisch betrachtet dynamischen Form zukunftsweisende Wohnmöglichkeiten und etabliert innovative Ideen für Lebenskonzepte alter Menschen abseits der herkömmlichen Angebotsstrukturen. Hier kann ‚Alt sein‘ neu gedacht und auch neu gelebt werden. Der rein industriell genutzte und leblose Stadtteil wird durch das neue Projekt belebt; die Stadt wird um einen lebendigen Punkt bereichert, der diesem Wiener Grätzel zu Aufwind verhilft. In Zukunft wird man einen Entfaltungsraum vorfinden, der die Chance auf persönliche Aneignung und gleichsam auf ein neues Lebensgefühl eröffnet.

FREIRAUMKONZEPT

Das Areal umfasst neben der markanten Bebauung einen landschaftsarchitektonisch gestalteten Freiraum, einen sorgfältig definierten Außenraum, der sich um die Bebauung legt und Teil von ihr wird. Zonen mit unterschiedlicher Bepflanzung werden von der Promenade durchkreuzt, die dem Besucher nicht nur einen reinen Verbindungsweg bietet sondern vor allem auch zum Lustwandeln und Flanieren einlädt.

Baumreihen werden als wesentliche Gestaltungselemente eingesetzt um definierte Richtungen auch in der dritten Dimension zu unterstreichen. Heckenelemente nehmen ebenso vorgefundene Strukturen auf, haben jedoch zusätzlich eine trennende bzw. schützende Komponente.

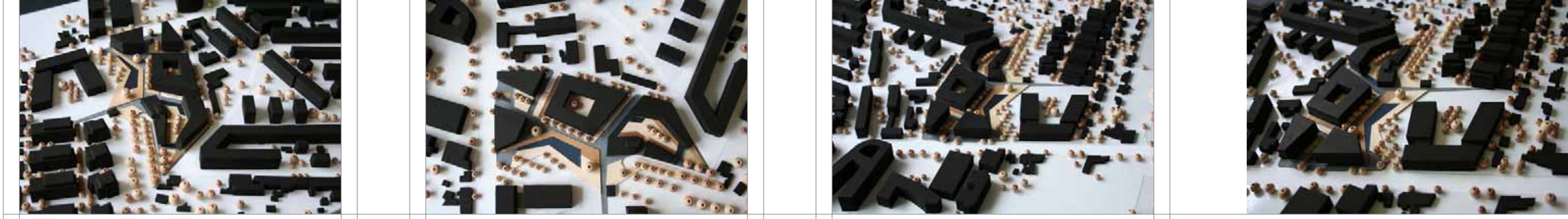


Abbildung 3-6 I Städtebau-Modell

Eine offene Wegführung und eine einheitliche Außenraumgestaltung fassen das Areal zu einer städtebaulichen Einheit. Neben den klaren Gebäudeformen erleichtert die sich durch das Gebiet ziehende Promenade die Orientierung. Bänke an zahlreichen Positionen, insbesondere nahe prominenten Wegführungen, ermöglichen Teilhabe am öffentlichen Geschehen; sei es durch aktive Kommunikation oder durch teilnehmende Beobachtung. Denn gerade bei alten Menschen ermöglicht oft erst das Vorhandensein von Sitzbänken ein längeres Gespräch im öffentlichen Raum, bzw. würde ein Fehlen dieser auch zu einem Verlust einer möglichen Unterhaltung führen. Darüber hinaus schaffen Grünbereiche und Wasserflächen Aufenthaltsqualität im früheren Industrieareal. In Verbindung mit jenen Freiflächen, die den einzelnen Bauten zugeordnet sind (Terrassen, Vorbereiche), präsentiert sich die Promenade als zentrales Element und Verbindungsglied innerhalb des Gebietes. Wie ein kontinuierliches Band fließt sie durch das neu geplante architektonische Ensemble des Siedlungsquartiers und verknüpft teils urbane, teils parklandschaftliche Räume funktional miteinander. Die gesamte Anlage präsentiert sich nicht zuletzt durch sie als formale Einheit mit abwechslungsreichem Gesicht.

STÄDTEBAULICHES BEBAUUNGSKONZEPT

Von der Straßenfront zurückgesetzt spannt sich ein kleiner öffentlicher, baumbewachsener Platz auf, der den Vorbereich des Quartiers darstellt. Der durch die Donaufelder Straße angeschnittene Quartiersvorplatz wird von ebendieser sowie durch die zwei Punkthäuser eingefasst und eröffnet entlang einer durch Gebäudefluchten und Baumreihen definierten Achse den Blick in das Gesamtreal.
Nach Süden schließen - an der Donaufelder Straße liegend – die beiden schwebenden Kuben sowie die benachbarte Schule das Grundstück ab und bilden durch ihre durchgängige Bebauung eine Flaniermeile aus, welche sich weiter über das Gelände erstreckt. Über den Quartiersvorbereich, der Blickachse Richtung Norden folgend gelangt man zur Promenade, die in schnittigen Linien Raumfolgen unterschiedlicher Qualitäten durchläuft. Vom öffentlichen Marktplatz – dem Pendant zum urbaneren Quartiersvorplatz - am südlichen Quartierseingang beginnend, führt diese zum ‚Treffbaum' um dann vor dem Wohnhof einen wasserbespielten Freiraum aufzuspannen, der nahtlos mit dem Vorplatz der Schule verschmilzt. Entlang der im Bereich der Wasserfläche von Lindenbäumen gesäumten Promenade gelangt man zur eigentlichen Arealsmitte – nahe dem Nachbarschaftszentrum findet sich hier der zweite ‚Treffbaum'. Auch der Eingang des Wohnhofes ist hier an privilegierter Stelle, geschützt und abseits der Autoverkehrsstraßen, schräg gegenüber vom Gemeinschaftstreff und dessen Terrasse angesiedelt; weiter westlich ist auch das Restaurant erschlossen.
Die Quartiersmitte bietet eine schöne Möglichkeit nahe dem langgezogenen, flachen Wasserbecken Zeit zu verbringen und lädt zum Verweilen ein. Auch der Kindersportplatz ist von hier aus ‚sicherer Entfernung' im Blickfeld. Zahlreiche Sitzbänke sind zu der großzügig gestalteten Wasserfläche hin orientiert. Mit dem Blick aufs Wasser bei einem unterhaltsamen Gespräch kommt eine Stimmung auf, die vergessen lässt, dass man sich nördlich der Alpen und überdies nahe einer ‚Alteneinrichtung' befindet. Auch aus städtebaulicher Sicht trägt das Wasserbecken zu einer entspannten Atmosphäre bei: Zum einen wird die weite Platzfläche durch die Anordnung dieses Gestaltungselements überschaubarer, die Freiräume erhalten durch die städtebauliche Zonierung angenehme Proportionen. Zum anderen handelt es sich bei Wasser um ein sowohl verbindendes als auch trennendes Element. Zur gegenüberliegenden Schule, deren Kindersportplatz und vor allem zum daraus resultierenden kindlichen Lärmen, welches durchaus Konfliktpotential birgt, kann so ausreichend Abstand gehalten werden – das Becken wird zur Pufferzone. Gleichsam führt die Wasserfläche die Generationen zueinander, sowohl Schulkinder, deren Eltern, als auch die alten und jungen Bewohner und Besucher des Quartiers werden sich angezogen von der Wasserfläche um sie herum gruppieren. Diese und andere im Quartier befindliche Wasserflächen stellen eine attraktive, ortsbildende und zentrierende Bereicherung für das Gebiet dar und sind zudem als Referenz an die nahegelegene Alte Donau zu verstehen.
Die Promenade verläuft sich - nachdem sie ein Netz über den Außenraum gespannt hat - in Richtung der Wohnhäuser Arch. Königs. Hier wird das Areal um eine bereits geplante, beschaulich ruhige und doch urbane Parkfläche erweitert.

VERKEHRSKONZEPT

Das Gesamtareal ist autofrei gedacht - der Fußgänger ist primärer Nutzer -, wenngleich alle Bauten direkt an Verkehrs- bzw. Anliegerstraßen angeschlossen sind und somit die Zufahrt zu allen Gebäuden für Anrainer und Einsatzfahrzeuge gewährleistet ist.
Ein Teil der erforderlichen Stellflächen ist oberirdisch unter einer Schatten spendenden Baumreihe entlang der neuen ‚Lohner Straße', die westlich des Areals die Donaufelder Straße mit dem Satzingerweg verbindet, vorgesehen. Auf Stellplätze vor jenem Teil der Wohnhofseite, bei dem die Zimmer zur Straße hin orientiert sind, wird verzichtet; der Straßenraum wird in diesem Bereich zusätzlich zur Baumreihe durch eine Heckenzeile abgeschirmt und auf Distanz gehalten.
Der Großteil der Stellplatzfläche ist in einer unter den Punkthäusern und dem Wohnhof befindlichen, eingeschossigen Tiefgarage untergebracht, die von der neuen Straße befahrbar ist. Einer der insgesamt vier Tiefgaragenaufgänge ist ausschließlich für die Bewohner des westlichen Punkthauses vorgesehen, denn er führt direkt in deren Stiegenhaus. Der zweite Aufgang führt - durch die Auskragung des östlichen Punkthauses - witterungsgeschützt ins Freie und ist sowie die beiden übrigen insofern auch für die Öffentlichkeit bestimmt.
Zugunsten der Klarheit des Verkehrskonzeptes erschien die zusätzliche Verbindungsstraße von der Donaufelder Straße zum Satzingerweg als notwendig; diese bildet auch den räumlichen Abschluss des Quartiers Richtung Westen. Inwiefern in Zukunft die bestehende Bebauungsstruktur auf den angrenzenden Grundstücken im westlichen Anschluss aufgrund von raumbildender Maßnahmen überdacht wird, bleibt abzuwarten. Ein Abrunden der städtischen Bebauungsstruktur wäre hier wünschenswert.

STÄDTEBAULICHER KONTEXT
1:1500

Siegfriedgasse
Ostmarkgasse
Bessemerstraße
Satzingerweg
Donaufelder Straße
Donaufelder Straße
mit dem Hund Gassi gehen
nach Hause kommen
erholen
Laub rechen
dem Nachbarn winken
Blumen pflanzen
plaudern & lausnen
besuchen
treffen & tratschen
zuschauen
den Tag genießen
spazieren
frische Luft holen
es sich gut gehen lassen
verstreuen
Café trinken
mit dem Auto wegfahren
entspannen
sonnen
Seniorensport besuchen
rasten
unterhalten
flanieren
beobachten
lesen
Treff-baum
Ball spielen
Pause machen
lernen
Treff-baum
lachen
grüßen
promenieren
einkaufen
begegnen
Enkerl von der Schule abholen
Erledigungen machen
auf die Straßenbahn warten
Ausflug zur Alten Donau machen
N
STÄDTEBAULICHER KONTEXT
1:1500

Satzinger Weg

Gemeinschaftsgarten

Zufahrt Einsatzfahrzeuge

Parklandschaft

Zufahrt Einsatzfahrzeuge

Terrasse

Pavillon
(Arch. König)

Freibereich
(Wohnhof)

Treff-
baum

Kindersportplatz

Promenade

Sonnenterrasse

Zufahrt Tiefgarage

Lohner Straße

Treff-
baum

Zufahrt Einsatzfahrzeuge

Schule (Arch. König)

Marktplatz

Quartiersvorplatz

Donaufelder Straße

N

AUSSENANLAGEN
Erdgeschoß
1:500

ARCHITEKTONISCHER ENTWURF

Abbildung 1 und 2 | Modell 'Ensemble'

ARCHITEKTONISCHE PLANUNG

Nicht nur in städtebaulicher Hinsicht bilden die fünf entworfenen Baukörper ein Ensemble, auch vom architektonischen Stand aus betrachtet beziehen sich die einzelnen, autonomen Gebäude aufeinander. Denn nicht nur die Baumreihen, Terrassen oder die Wasserflächen sondern auch die Architektur selbst bildet wiederkehrende Elemente aus - vor allem in Bezug auf gewählte Materialien, Farben und die Fassadengestaltung. So finden sich in räumlicher und zeitlicher Abfolge entlang des Areals immer wieder Grundelemente in einem neuen Kontext interpretiert. Beispiele hierfür stellen – wie später näher erläutert - u.a. der Sonnenschutz dar, der bei den Punkthäusern und den Wohnfingern fensterbandhoch ist und sich im Wohnhof raumhoch wiederfindet, die Alu-Fassadenelemente, die entweder das Parapet bilden oder ganze Fassadenteile verblenden oder die Farbakzente die sich in jedem der Gebäude auf ähnliche und doch andere Weise erkennen lassen.
Die Zusammengehörigkeit der Baukörper äußert sich neben der gemeinsamen Architektursprache auch in der innenräumlichen Gestaltung.

FASSADE

Die Fassade setzt sich im Wesentlichen bei allen Gebäuden aus drei verschiedenen Komponenten zusammen: Glas, Aluminium und Sonnenschutz.
Den zu horizontalen Bändern zusammengefassten Fenstern, welche in einer wärmegedämmten Alu-Fensterkonstruktion ausgebildet werden, sind außenliegende, auch elektro-mechanisch bewegliche Screen-Sonnenschutzelemente vorgelagert. Diese sind transparent anmutend und vermittelt trotz ihres individuellen Gebrauchs einen Gesamteindruck von Einheitlichkeit in Form und Optik. Die beschriebene Doppelhautfassade aus Dreh- Kippfenstern in Kombination mit den vertikal beweglichen Screens zieht sich über alle Bauten der Typen Punkthäuser und Wohnfinger. Beim Wohnhof ist der eigentlichen Gebäudehülle und dem Sonnenschutz noch eine Balkonschicht zwischengelagert.
Raumhohe Verglasungen, die diesen Sonnenschutz nicht aufweisen – sowie etwa die Gemeinschaftsräume der Punkthäuser sowie die zum Hof hin gewandte Wohnhoffassade - sind als einschalige Fassade mit Sonnenschutzverglasung geplant.
Die geschoßhohe Verglasung der Sockelzone im Erdgeschoß der Punkthäuser ist als einschalige Fassadenkonstruktion in einer hochwertigen thermisch getrennten Aluminium- Pfosten-Riegel-Konstruktion mit Isolierverglasung vorgesehen.
Parapete sowie größere, fensterlose Aussenwandbereiche sind mit hinterlüfteten Aluminiumpaneelen verkleidet, die mit Schattenfugenprofilen hinterlegt auf einer geeigneten Unterkonstruktion (bestehend aus einer Modulleiste an einer Wandkonsole) befestigt sind.
Trotz der differenzierten Hülle erzeugt die Fassade Homogenität ohne auf Abwechslung zu verzichten. Durch die klaren Volumina und deren einfache Gliederung strahlen die Wohnbauten Gelassenheit und einfache Eleganz aus.

MATERIALITÄT UND FARBE

Wie die Hülle beschränkt sich auch das Design im Inneren auf das Wesentliche – glatte Oberflächen, präzise Details, klare Linien. Nicht zuletzt durch das ‚Einfache' soll leichte Orientierbarkeit ermöglicht werden. In allen Bauten kommen bewusst nur wenige unterschiedliche Materialien zum Einsatz. Auch soll durch die Reduktion der Materialien zusätzliche Großzügigkeit erzielt werden. Vorwiegend warme, helle Materialien und Farben vermitteln einen gemütlichen Eindruck und schaffen ein behagliches Ambiente.
Farbakzente werden - um ihre Wirkung nicht zu verfehlen - sparsam, dafür aber gezielt eingesetzt. Wie bei den Punkthäusern und dem Wohnhof, zeigt auch bei den Laubengängen die Verwendung von Farbe den besonderen Stellenwert von Gemeinschaft auf.
Im Außenraum präsentieren sich ebenso wenige unterschiedliche, einander abwechselnde Materialien und Farben. Diese treten in einen assoziativen Dialog mit der Umgebung und definieren so gekonnt einzelne Raumzonen: Die grauen Bodenplatten, welche die Punkthäuser umsäumen bilden auch den Belag für den Quartiersvorplatz sowie den vom östlichen Punkthaus überdachten Freibereich, während die Fortführung des bestehenden Gehsteigbelages in Richtung Quartiersmitte den urbanen Charakter der Straße fortsetzt. Richtung Norden wird dieser durch den warmtonigen Holzbelag, welcher den Bereich um die Wasserfläche markiert, ergänzt. Sich im Nordosten dem Park nähernd spielen diese Holzdielen bereits entlang des Marktplatzes auf die folgende Parklandschaft an. Die den Wohnappartements und dem Wohnhof vorgelagerten Terrassenzonen sind ebenfalls mit Holzdielen belegt, während die dem Gemeinschaftstreff und dem Restaurant zugeordnete Freifläche wieder den bereits erwähnten grauen Bodenplattenbelag erhält; dieser nimmt sich in seiner Farbigkeit bewusst zurück. Der gemeinschaftliche Freiraum ist wiederum grasbewachsen. Der Außenraum gliedert sich folglich neben seinen Funktionszonen auch durch seine unterschiedlichen Materialitäten in kleinere, überschaubare Bereiche.

KONSTRUKTION

Die Punkthäuser weisen im Bereich der Stiegenhäuser aussteifende Kerne auf, auch Wohnungstrennwänden kommt eine statische Funktion zu. Die vorgesehenen Stahlbetonparapete sind konstruktiv in die Stahlbetonstützen eingebunden. Das primär tragende Gerippe des Rohbaus wird mit einer frei gestaltbaren Fassade (Fensterband, sowie raumhohe Verglasungen) verkleidet und das innere Raum- und Strukturgefüge trocken ausgebaut. Nichttragende Trennwände sind in Gipskartonleichtbauweise vorgesehen; dies ermöglicht auch eine nachträgliche Adaption und gewährleistet Flexibilität. Wie im Skelettbau üblich übernehmen die tragenden Bauteile nicht gleichzeitig auch die raumabschließende Funktion.
Der Wohnhof und die Wohnfinger sind in Schottenbauweise konstruiert. Dabei werden die tragenden Wände in Querrichtung zur Fassade angeordnet. Es entsteht ein Flächentragwerk, bei dem die Lasten der Geschoßdecken sowie des Daches (statisch als Platten wirksam) von den Schotten (statisch als Scheibe wirksam) abgetragen werden. Der Vorteil dieses Tragwerkssystems liegt vor allem darin, dass die Außenwände (sowie die innenliegenden Trennwände) von ihrer statischen Funktion befreit und so relativ frei zu gestalten sind; die Ausführung der langen Fensterbänder wird erst dadurch ermöglicht. Zwischen den Schotten sind die Grundrisse flexibel und durch die innenliegende Trockenbauweise bei Bedarf veränderbar. Gerade im Geschoßwohnungsbau bietet sich die Schottenkonstruktion an, denn die Schotten trennen die einzelnen Bereiche, welche meist einer Wohneinheit entsprechen, auch in brandschutztechnischer und akustischer Hinsicht.
Die Decken werden grundsätzlich als Stahlbetonflachdecken ausgeführt, in Teilbereichen wie in der Tiefgarage oder bei Gebäudeauskragungen sind Stahlbetonunterzüge zur statischen Verstärkung erforderlich.
Das Untergeschoß wird als Dichtbetonwanne hergestellt; nicht tragende Wände bestehen hier aus Betonsteinmauerwerk.

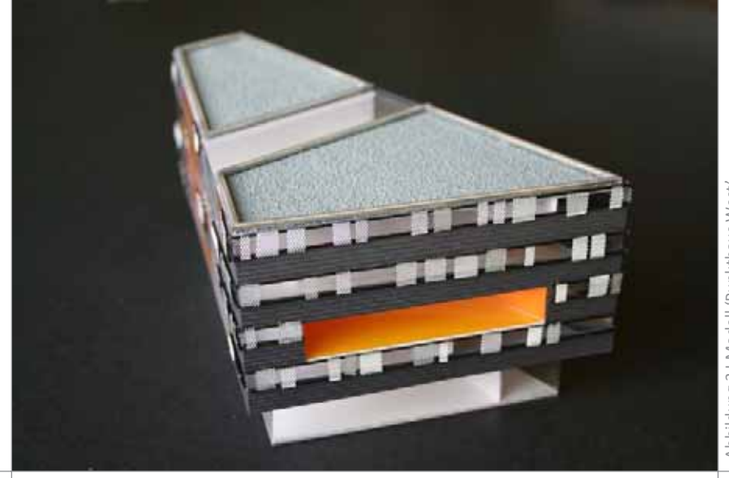


Abbildung 3 I Modell ‘Punkthaus West’

Abbildung 4 I Modell ‘Punkthaus Ost’

PUNKTHÄUSER

Die zwei insgesamt fünfgeschossigen Punkthäuser sitzen auf der den Bauten zugehörigen Tiefgarage mit einer Kapazität von 85 Stellplätzen für Bewohner, Anrainer, Personal und externe Stellplatzmieter auf, die den zwischen den Punkthäusern aufgespannten Quartiersvorplatz unterkellert. Über der zurückgesetzten, transparent ausgeführten Erdgeschoßzone ruhen vier weitere Ebenen. Das Erdgeschoß tritt zurück, wobei der Blick durch die Komplettverglasung ins Innere fällt, während die Obergeschoße als kompakte Box - vom Boden abgehoben – auskragend darüber liegen. Die Fassade im Erdgeschoßbereich ist als Glasfassade in Pfosten-Riegel-Konstruktion ausgeführt. Durch den Einsatz schlank dimensionierter, in schwarz gehaltener Profile spannt sich die Konstruktion über die Gebäudehülle und strukturiert die großflächige Glasfront, ohne dabei in den Vordergrund zu treten. Das Gebäude präsentiert sich als kompaktes Volumen: Ein geschlossener, massiv anmutender Körper, der die Wohngruppen beherbergt, scheint über dem rundum verglasten Erdgeschoß zu schweben. Die Obergeschoße sind zu einem in seinen Proportionen stimmigen Baukörper zusammengefasst, der von dem zurückversetzten Sockelgeschoß formal gekonnt losgelöst ist. Wie aus einem Block geschnitten reduziert sich der kantige Monolith auf seine Grundform. Wobei die Auskragung der Obergeschoße von nur wenigen schmal dimensionierten Schleuderbetonstützen in Sichtbetonqualität getragen wird. Die großflächige Untersicht der Auskragung wird zu einer zusätzlichen Fassade. Um diese zu betonen und den schwebenden Eindruck zu verstärken wird sie mit Einbruch der Dunkelheit von Bodenstrahlern beleuchtet. Der dadurch gedeckte Freibereich stellt neben einer optischen auch eine funktionale und stadträumliche Qualität dar. Der empfundene Straßenraum für Fußgänger wird vergrößert und führt gleichsam mühelos in die ebenerdige Gebäudezone, welcher öffentliche Funktionen zugedacht wurden; witterungsgeschützt betritt man das Gebäude. Der Schule zugewandt befinden sich im östlichen Punkthaus zwei Geschäftslokale, welche auch für die Schulkinder von Interesse sind: Ein Kreisler sowie ein Papeterie- und Buchladen. Im nordwestlichen Teil des Erdgeschoßes ist ein Ärztezentrum untergebracht, welches Praxen unterschiedlicher Fachrichtungen zusammenschließt; auch ein Kinderarzt ist vorzufinden. Das medizinische Zentrum ist allerdings nicht so zu verstehen, dass bei Erkrankung eines Bewohners automatisch vom Personal ein Hausbesuch organisiert wird. Wenngleich es sich um Mediziner handelt, die nicht in unmittelbarer Verbindung zum Quartiersmanagement stehen, soll aber doch in gewünschten Bereichen eine enge Zusammenarbeit bestehen. Auf Erdgeschoßniveau des westlichen, an der neuen ‚Lohner Straße‘ liegenden Punkthauses ist ein Friseur und ein Waschsalon, der als einzige Ausnahme der öffentlichen Funktionen auch für die Bewohner vom Stiegenhaus aus zugänglich ist, untergebracht. Der nördliche - vom soeben beschriebenen südlichen durch das Stiegenhaus getrennte - Erdgeschoßbereich beherbergt ein Fitness- und Physiozentrum, dessen Lage abseits vom Straßenraum angemessen erscheint, sowie ein Massageinstitut mit integriertem Mani- und Pedikürstudio.

Die Obergeschoße werden mit strukturierten Aluminium-Paneelen großflächig verblendet. Durch das Einschieben umlaufender, fassadenbündiger Fensterbänder erhält der Baukörper eine wohltuende Zonierung ohne dabei die Wirkung der plastischen Gebäudehülle aufzuheben. Als Schutz vor Überhitzung und – in den unteren Etagen – Einblicken dienen Elemente des Screen-Sonnenschutzes, welche in seitlichen Führungsschienen vor der Fassade vertikal ausfahrbar sind. Die allseitig umlaufende Fassade eröffnet je nach Stellung der Screens unterschiedliche Grade an Transparenz – sowohl von außen als auch von innen, allerdings von hier aus gesteuert. Das Volumen des schwebenden Baukörpers wird dadurch zusätzlich herausgestrichen und eine gewünschte Abgrenzung zum Erdgeschoß geleistet. Durchbrochen wird die kompakte Hülle von bewusst gesetzten, raumhohen Isolierverglasungen, welche die Gemeinschaftsräume markieren. Diese strahlen Farbakzente von innen in die Umgebung aus, denn die gemeinschaftlich genutzten Innenräume (Wände sowie Möblierung) sind in einheitlichen, warmen Farbtönen gehalten. Die Ansicht zeigt sich so durch das Wechselspiel von Transparenz und Geschlossenheit, von Farbe und Nichtfarbigkeit abwechslungsreich. Die genannte Farbinszenierung der Gemeinschaftsräume macht die Fassade zu einem markanten Blickfang entlang der Donaufelder Straße und erregt die Aufmerksamkeit der Passanten. Die teilweise Transparenz der Gebäudehülle lässt das Innenleben der Architektur durch die Fassade treten, das Gemeinschaftsleben der Bewohner lässt sich auch im Außenraum ablesen. Die Architektur gibt somit genug Einblick preis, um die Neugier für die Entdeckung des Inneren zu wecken, ohne jedoch die Bewohner ungewollten Blicken auszusetzen. - Nach Wunsch können sich die Bewohner ganz selbstverständlich nach außen präsentieren.

Auch im Gebäudeinneren besteht die Möglichkeit des Ausuferns aus dem Zimmer in den Wohnraum bzw. von der Wohngemeinschaft in den gemeinschaftlichen Erschließungsraum: Ein Viergeschoß hoher, vom ersten bis ins fünfte Obergeschoß reichender Luftraum zeichnet das ‚Stiegenhaus‘ aus und eröffnet Blickbeziehungen zwischen den einzelnen Ebenen. Die mit Tageslicht durchfluteten Stiegenhäuser sind mehr als reine Erschließungskerne; sie werden zu Gemeinschaftszonen und so als erweiterte Wohnzimmer genutzt. Diffuses Tageslicht beleuchtet das Ensemble aus Bambusgarten, Holzboden und hellen Sofas bis in die unteren Ebenen. Die beiden Punkthäuser unterscheiden sich in der Lage ihrer Erschließungs-Wohnzone insofern grundlegend voneinander, als das im Fall des östlichen Baus dieser Kern mittig und somit innenliegend platziert ist; es handelt sich somit um einen überdachten Innenhof. Das zweite Punkthaus wird hingegen durch die vertikale Verbindung in einen Nord- und einen Südbereich unterteilt. Lift und Treppenhaus des Gebäudes, scheinen dieses aufzubrechen und zeichnen sich durch die Verglasung nach außen ab. Nachts leuchtet die verglaste Erschließungszone, lockt und leitet so Nachtschwärmer nach Hause.

Die Wohngemeinschaften variieren in ihren Größen und Grundrissen, doch immer gelangt man vom gemeinschaftlichen Erschließungskern über einen Vorraum, von dem die Sanitärräume zugänglich sind, in den gemeinsamen Aufenthaltsraum mit integrierter Wohnküche, an den die Privatzimmer anschließen. Nachdem das Leben in der Wohngruppe durch die vorgefundenen Raumverhältnisse gestärkt werden soll, sind die Gemeinschaftsräume aller Wohngruppen großzügig konzipiert – auch flächenmäßig. Um dennoch Wohngrößen im Rahmen der Wirtschaftlichkeit anzubieten, verstehen sich die Privatzimmer der einzelnen Bewohner als Rückzugsmöglichkeit und es wird hier sparsam mit Nutzfläche umgegangen. Auf ihre Minimalgröße reduziert müssen die Zimmer dennoch den an sie gestellten Anforderungen Stand halten. Neben Aufbewahrungsmöglichkeiten und Stauraum in Form von Kästen, Regalen, Nachtkästchen und ähnlichem Mobiliar sollen vor allem diejenigen Funktionen ermöglicht werden, welche die Freizeit der Bewohner erfüllt. Bei Tisch soll Besuch empfangen werden können; Klappsessel können zusätzlich aus den Abstellräumen hinzugezogen werden um dem Gastgeber nicht unnötig Wohnfläche zu verstellen, wenn er allein ist. Der Tisch fungiert auch als kleiner Esstisch an dem eine kleine Jause eingenommen oder Café getrunken werden kann; vielleicht wird hier auch das ein oder andere Kreuzworträtsel gelöst. Um beim Lesen, Handarbeiten oder Musik hören entspannt zu sitzen bedarf es eines bequemen Polstersessels. Doch auch das Bett, welches untertags zu einem Sofa wird, lädt zum verweilen ein. Eine kleine Pflanze bringt Grün ins Zimmer. Neben der natürlichen ist ebenso auf ausreichend künstliche Beleuchtung in Form von einer Deckenleuchte, einer Nachtkästchen- oder einer Stehlampe zu achten. Auch die technische Ausstattung wie beispielsweise per Fernbedienung bedienbarer Sonnenschutz trägt zur angenehmen Bewohnbarkeit bei.

Die einzelnen Zimmer reagieren in unterschiedlicher Weise auf den Gemeinschaftswohnraum, manche öffnen sich zu ihm über raumhohe Glastüren, horizontale Schiebeelemente, Fensteröffnungen oder sind mit Wandelementen aus Glas ausgestattet; bei anderen wurde Wert auf eine klare Abgrenzung gelegt. Im gemeinschaftlichen Wohnraum selbst kann durch die Orientierung sowohl zum umgebenden Außenraum als auch zum innenliegenden

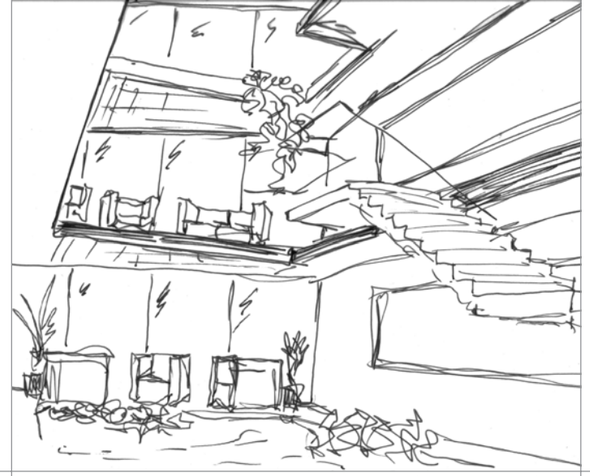


Abbildung 5 und 6 I Skizze des Erschließungsbereiches (Punkthaus West)

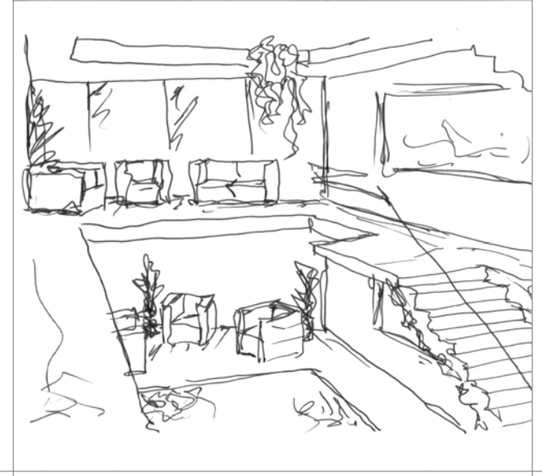


Abbildung 7 I Rendering des Erschließungsbereiches (Punkthaus West)

Abbildung 8 I Skizzen zu den Zimmergrundrisstypen und deren Ansichten

Erschließungsbereich großzügige Wirkung erzielt werden. Die Wohngemeinschaften verfügen über individuell gesetzte Loggien, die den Wohnraum ins Freie erweitern und zusätzlich die Belichtungsfläche erhöhen. Durch die Balance zwischen Offenheit und Geschlossenheit, zwischen Gemeinschaftsleben und Rückzugsmöglichkeit, zwischen Außen und Innen bietet die Architektur eine angenehme Wohnatmosphäre. So ist es der Gemeinschaftsraum, der das Kernstück jeder WG darstellt; hier wird die Gemeinschaft gelebt und herausgefordert, vielleicht auch provoziert; sicherlich aber auf die ein oder andere Weise der Gemeinsinn gestärkt.

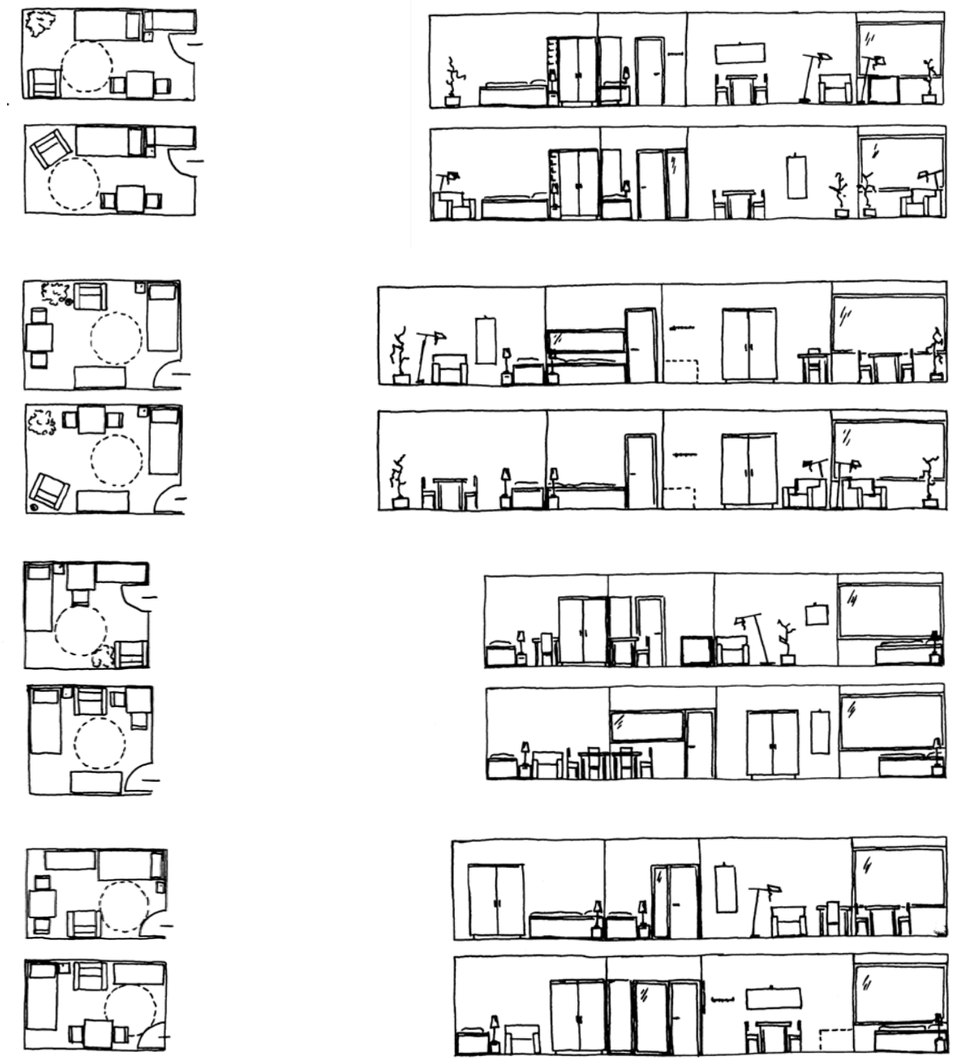


Abbildung 9 | Collage 'Privatzimmer'

Hermine ist erst kürzlich, nach dem Tod ihres Mannes zur Wohngruppe dazu gestoßen. Nachdem Ihre Tochter neben Kind und Karriere wenig Zeit für sie aufbringen kann, wäre ihr allein in der alten Wohnung ‚die Decke auf den Kopf gefallen'. Denn ohne Hilfe hat sie es die letzten Jahre nicht mehr weit geschafft.
Obwohl sie prinzipiell eine gesellige Dame ist, legt sie großen Wert auf ihr Zimmer als Ort der Stille. - Wenn Hermine an ihrem Tisch liest braucht sie Ruhe.
Deshalb hat sie auch ein Zimmer gewählt, welches ihr den kompletten Rückzug ermöglicht. Nichts desto trotz ist Hermine gerne unter Leuten und geht fast jeden Nachmittag mit ihrer WG-Kollegin und neuen Freundin Lisbeth ins nahegelegene Restaurant auf einen Café.

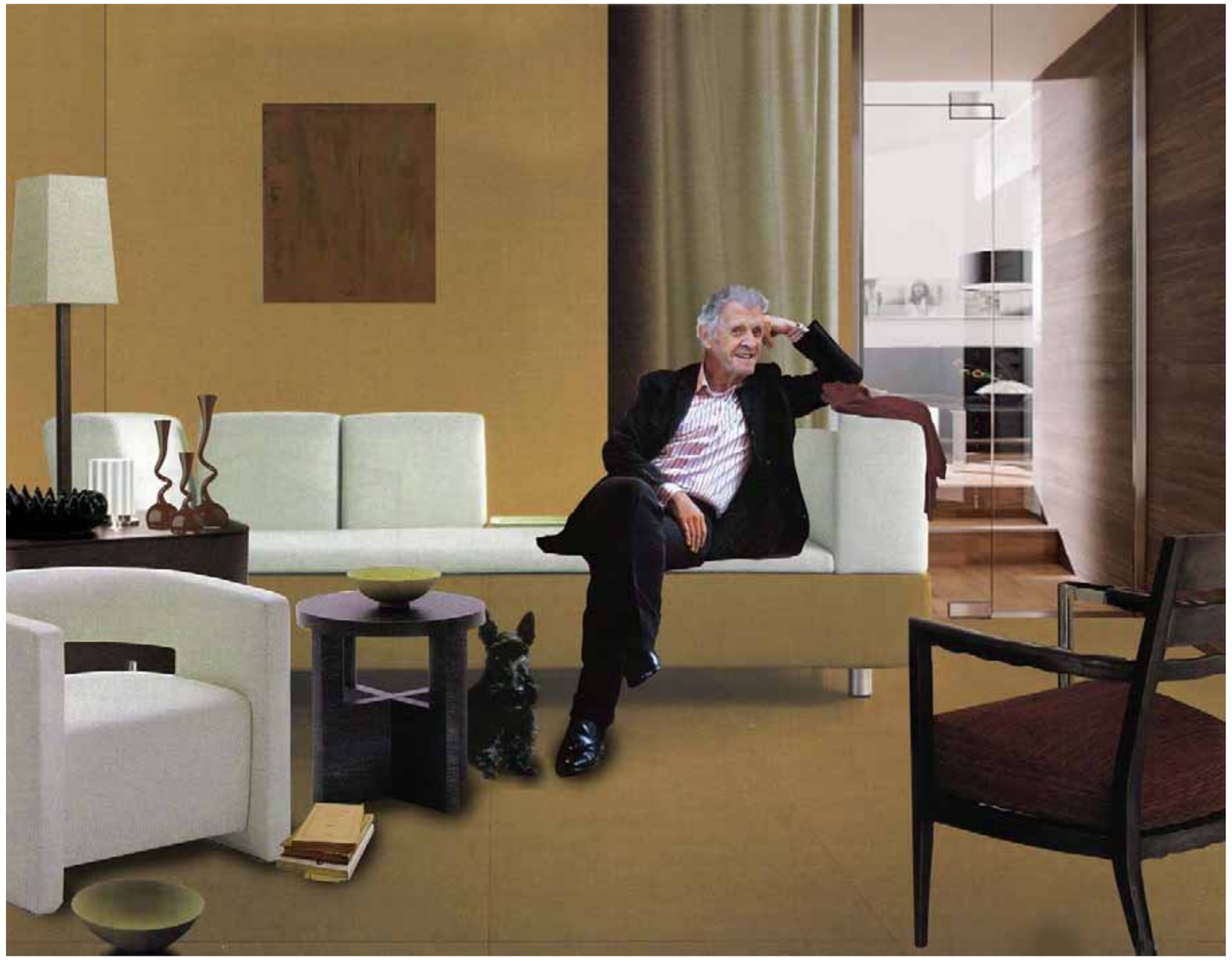
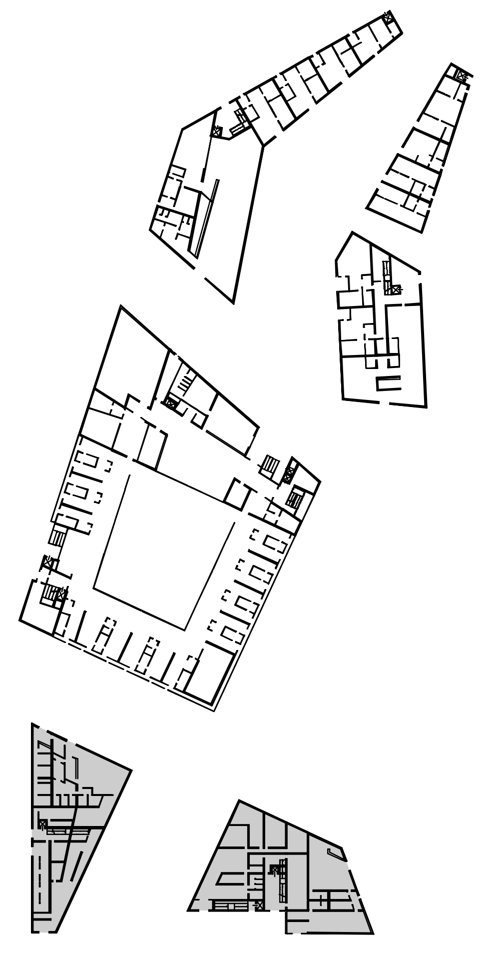


Abbildung 10 I Collage 'Privatzimmer'

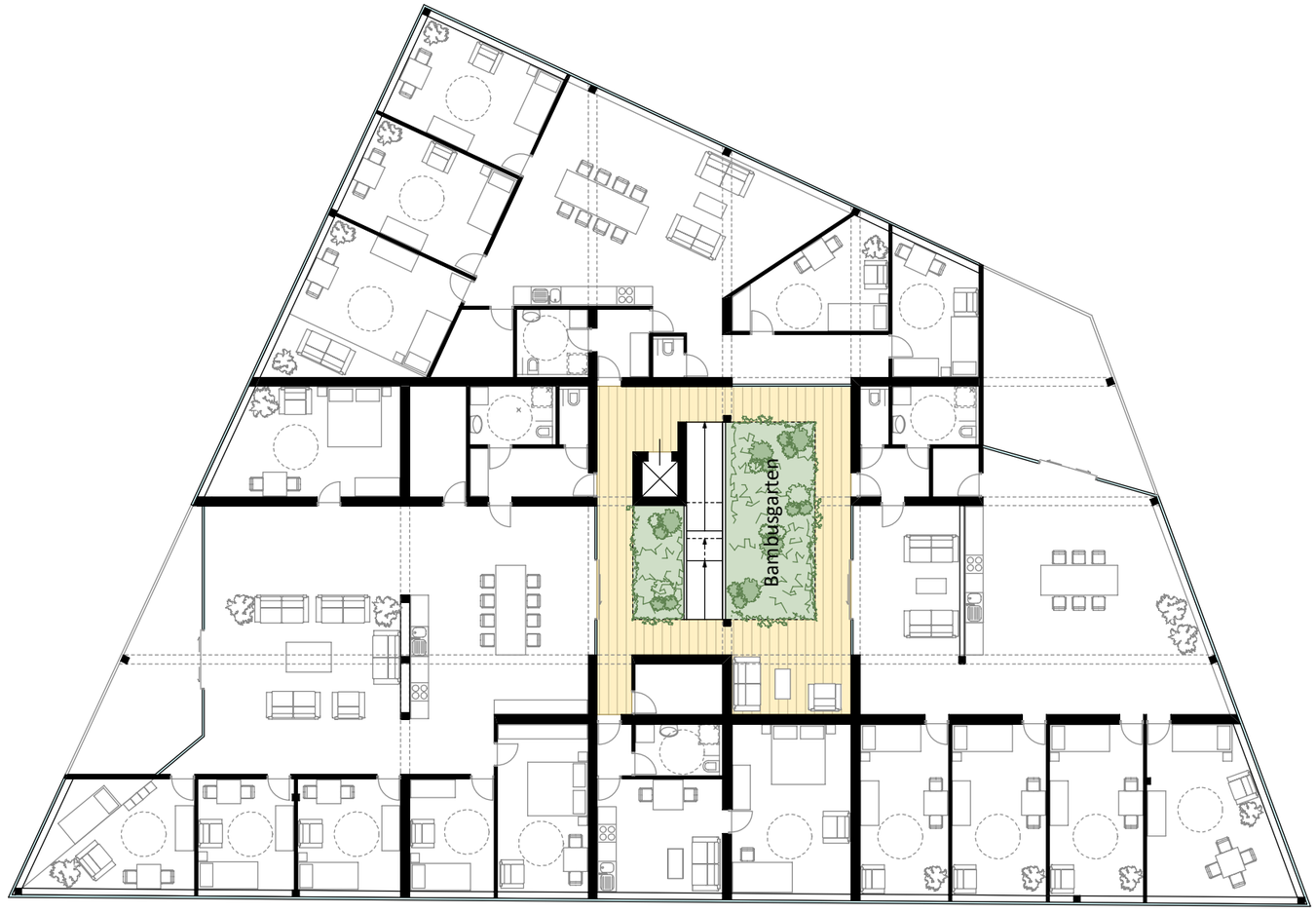
Walter und sein Hund Baron sind seit acht Jahren ein gut eingespieltes Team; so lange ist er in etwa auch schon Bewohner seines WG-Zimmers.
Er ist ein schüchterner Mann, dem es zugute kommt, dass zumeist sein Hund den ersten Schritt macht, wenn es darum geht auf Leute zuzugehen. Durch diesen kommt er auch beim 'frische Luft schnappen' immer wieder zu netten Gesprächen.
Um es ihm selbst einfacher zu machen am Gemeinschaftsleben der WG teilzuhaben, ist ein Teil seiner Zimmerwand sowie die Türe raumhoch verglast.
Sollte es ihm doch einmal an Privatheit fehlen, besteht die Möglichkeit den Vorhang zuzuziehen.- Doch fast immer ist dieser offen. So kommt es oft vor, dass Walter von seinen Mitbewohnern aus seinem Zimmer herausgewinkt wird um eine Partie Schach zu spielen; machmal auch weil er sein Geschirr nicht weggeräumt hat.



tÜbYÇI&Ü{9w

Massage-
institut
Personal
Chill Out
Garderobe
Fitness- u. Physio-
Zentrum
AR
Chill Out
Technik
Wasch-
salon
AR
Lager
Friseur
Quartiersvorplatz
Praxis2
Praxis1
Praxis3
Praxis4
Technik
AR
AR
AR
Ärztezentrum
Bücher u. Zeitschriften
Papeterie
AR
Lager
AR
Lager
überdeckter Eingangsbereich
Kreisler
N

GRUNDRISS PUNKTHÄUSER
Erdgeschoß
1:200

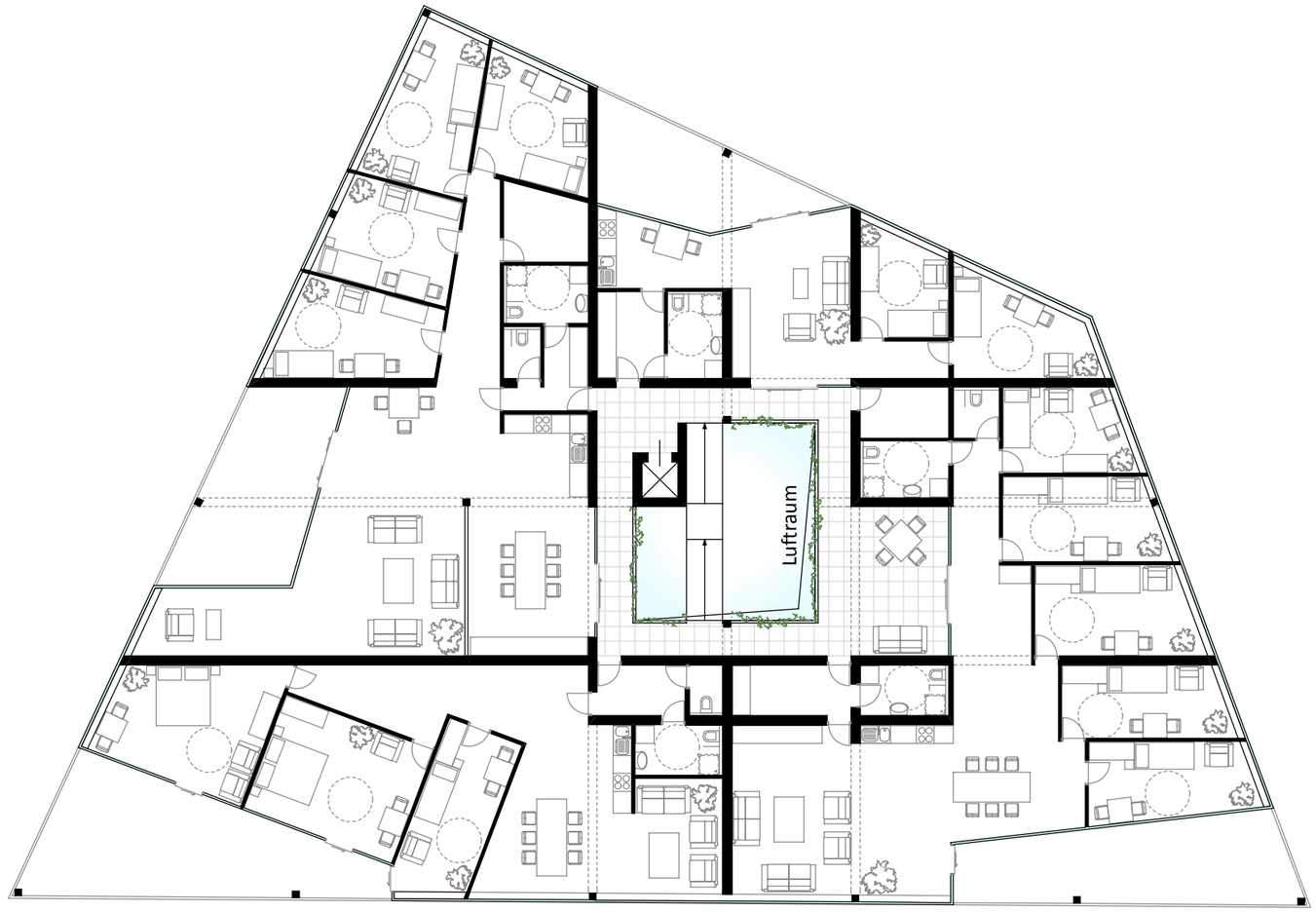


GRUNDRISS PUNKTHÄUSER
Obergeschoß 1
1:200

GRUNDRISS PUNKTHÄUSER
Obergeschoß 2
1:200

N

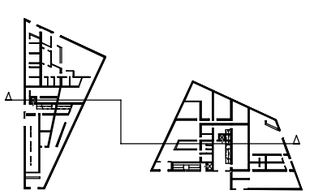
GRUNDRISS PUNKTHÄUSER
Obergeschoß 3
1:200



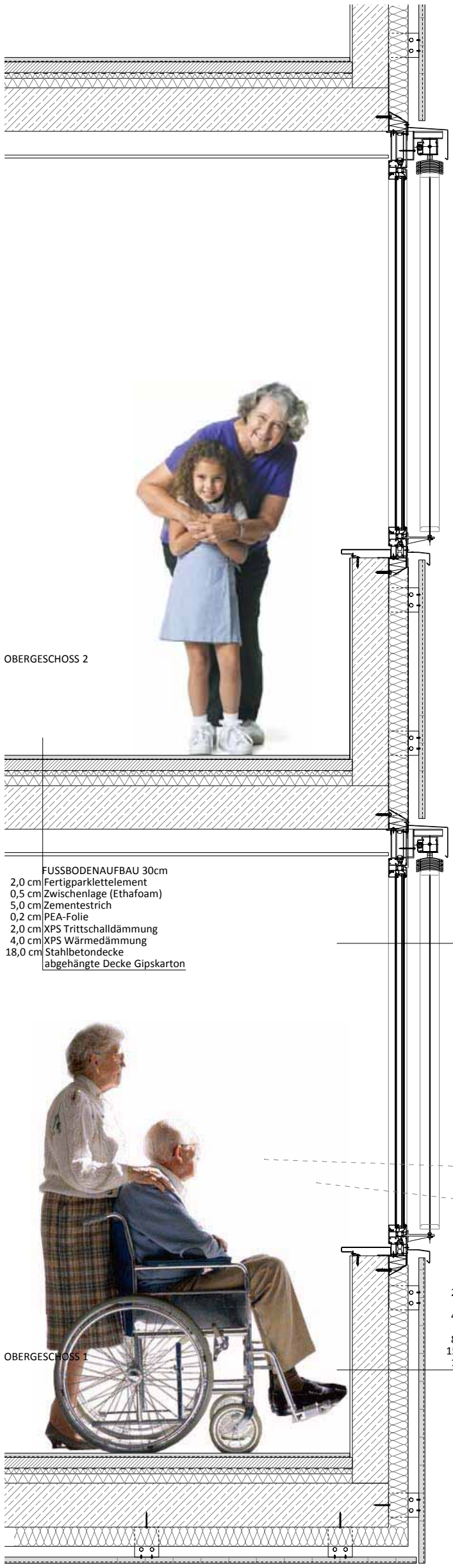
GRUNDRISS PUNKTHÄUSER
Obergeschoß 4
1:200

Punkthaus West

Punkthaus Ost



SCHNITT PUNKTHÄUSER
1:200



FUSSBODENAUFBAU 30cm
2,0 cm Fertigparklettelement
0,5 cm Zwischenlage (Ethafoam)
5,0 cm Zementestrich
0,2 cm PEA-Folie
2,0 cm XPS Trittschalldämmung
4,0 cm XPS Wärmedämmung
18,0 cm Stahlbetondecke
abgehängte Decke Gipskarton

VERGLASUNG TYP1
Aluminiumfenster
Screen-Sonnenschutz
in seitlicher Führungsschiene

WANDAUFBAU 30cm
2,5 cm Aluminiumpaneel (Hoesch)
mit Schattenfugenprofil hinterlegt
4,5 cm Hinterlüftung bzw. Unterkonstruktion
(Modulleiste an Wandkonsole mit Thermostopp)
8,0 cm XPS Wärmedämmung
15,0 cm Stahlbetonwand
1,5 cm Innenputz

AUSKRAGUNG REGELGESCHOSSE

FASSADENSCHNITT
Punkthäuser - Auskragung
1:20

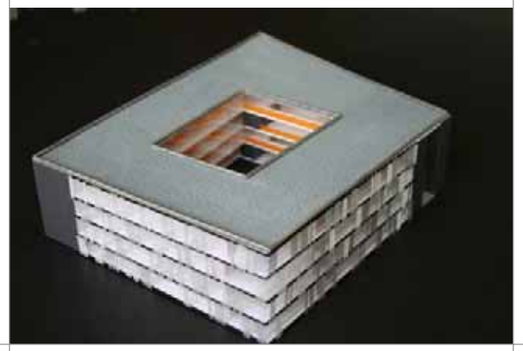


Abbildung 11 und 12 I Modell ‘Wohnhof’

WOHNHOF

Vom nördlich positionierten Eingang betritt man das Gebäude und befindet sich im Empfangsbereich, welcher ohne trennende Elemente in den Speisesaal ‚Resto‘ übergeht. Dieses ist mit hellem Mobiliar aus Holz und Natursteinboden in warmen Farben wohnlich gestaltet und stellt die Schnittstelle zwischen den Bewohnern und der näheren Umgebung dar. Zweifellos bildet es mit Blick zum Innenhof das Herzstück der Eingangsebene. Über den Luftraum besteht dieser Blickbezug auch zur darüber liegenden Ebene, die um diesen eine Galerie mit Tischen und Sitzgelegenheiten ausformt. Die vertikale Verbindung des Gebäudes wird bewusst vielmehr über diesen Luftraum, der zweimal je zwei Geschoße miteinander verbindet (Erdgeschoß und Obergeschoß 1, sowie Obergeschoß 3 und 4) und den innenliegenden Hof geschaffen, als durch die Vertikalerschließung. Denn die Hauptstiege tritt nicht wesentlich stärker in Erscheinung als die Nebenstiege, die gleichsam auch als Fluchtweg fungiert; beide sind allerdings lichtdurchflutet und benutzerfreundlich ausgeführt.

Seitlich wird der Speisesaal von Nebenräumen eingefasst um diesen räumlich zu begrenzen. Administrative und Nebenfunktionen sind nach Norden ausgerichtet; Einrichtungen wie das Pflegebad oder die Seelsorgestation befinden sich hingegen in der Nähe der Zimmer.

In der dem Eingangsbereich gegenüberliegenden Gebäudeecke befindet sich im Erdgeschoß ein Veranstaltungssaal mit zweigeschossigem Luftraum, in dem Feierlichkeiten für alle Bewohner des Wohnhofes abgehalten werden können; gerne wird auch Besuch aus der nahen und fernen Umgebung aufgenommen. In den darüber liegenden Geschoßen befinden sich hier die Bibliothek und die beiden Fernsehzimmer

Um den für dement erkrankte Bewohner wichtigen Rundumgang ungestört zu ermöglichen wird diese soeben beschriebene, nördlich liegende Zone durch zwei doppelflügelige, permanent offengehaltene Türen mit dem Wohntrakt verbunden. Der umlaufende Erschließungsgang führt entlang der Hoffassade, welche eine Komplettverglasung aufweist, zu den einzelnen Aufenthaltsbereichen, welche den Zimmern vorgelagert sind. Wenngleich jeweils zwei Zimmerkollegen über einen ‚eigenen‘ Wohnbereich verfügen – denn eine Raumaneignung ist als wichtig zu erachtet -, werden diese als gemeinschaftlich genutzte Wohnzimmer verstanden, in die man gegenseitig einlädt und eingeladen wird. Der virtuelle Gang wird um Kommunikationsinseln in Form der Wohnbereiche erweitert und so zum Ort der Begegnung. Die rhythmische Gliederung des Raumkontinuums entlang des hofumfassenden Erschließungsweges geschieht nicht zuletzt durch die gläsernen Eingangsbereiche jeder Zweier-Einheit, welche die dahinterliegende Farbigkeit der Garderobenwand in Richtung Innenhof erfahrbar werden lässt und sich kontrastierend vom übrigen Wohnraum abhebt. Durch das einfallende Licht wird der warme Farbton dezent an die Deckenuntersicht projiziert, schafft interessante Farbspiele und erzeugt ein wechselndes Erscheinungsbild. Die Farbanwendung soll vor allem auch die Orientierbarkeit für die dement erkrankten Bewohner erleichtern. Neben einem einheitlichen Farbton aller Eingänge ist in diesem Sinne eine farbige Zuordnung für jedes Geschoß ebenso denkbar wie eine unterschiedliche Farbzusammensetzung nebeneinanderliegender Glaskoben.

Die abwechslungsreiche Gestaltung der entlang des Ganges liegenden Wohnbereiche mit Sitzmöglichkeiten, Ausblick und Ausgang in den Innenhof bieten Anreiz dafür, gerne auch mal durch das Haus zu spazieren. Im südöstlichen Eckpunkt des Gebäudes weitet sich der virtuelle Gang zum abtrennbaren Aufenthaltsraum aus, der dem kreativen Schaffen gewidmet ist.

Die Wohneinheiten orientieren sich in allen vier Ebenen nach Osten, Süden und Westen, sind einhüftig an der Außenfassade angeordnet und werden vom hofseitig umlaufenden Gang erschlossen. Den Bewohnern werden vorwiegend Einzelzimmer zur Verfügung gestellt (in geringerer Zahl sind auch Pärchen-Zimmer vorhanden), wobei sich jeweils zwei Personen eine Sanitärzelle und den Vorraum mit der bereits erwähnten farbigen Garderobenwand teilen, von dem aus man durch eine Schiebetür in das eigene Privatzimmer gelangt. In geöffneter Stellung der beiden

Abblidung 13 I Nutzungsflexibilität der Privatzimmer

gegenüberliegenden Schiebeelemente wird aus den zwei nebeneinanderliegenden, getrennten Zimmern eine Einheit, in der man von Bett zu Bett zueinander sieht. Die Ausführung des Garderobenraumes in Glas ermöglicht dann auch vom Zimmer aus einen Blick in die gemeinschaftlich genutzte Wohnzone. Das farbige Wandelement markiert somit den Vorraum als jene Schnittstelle, die es den Bewohnern ermöglicht dem Gemeinschaftsleben einen Stellenwert im gewünschten Ausmaß einzuräumen.

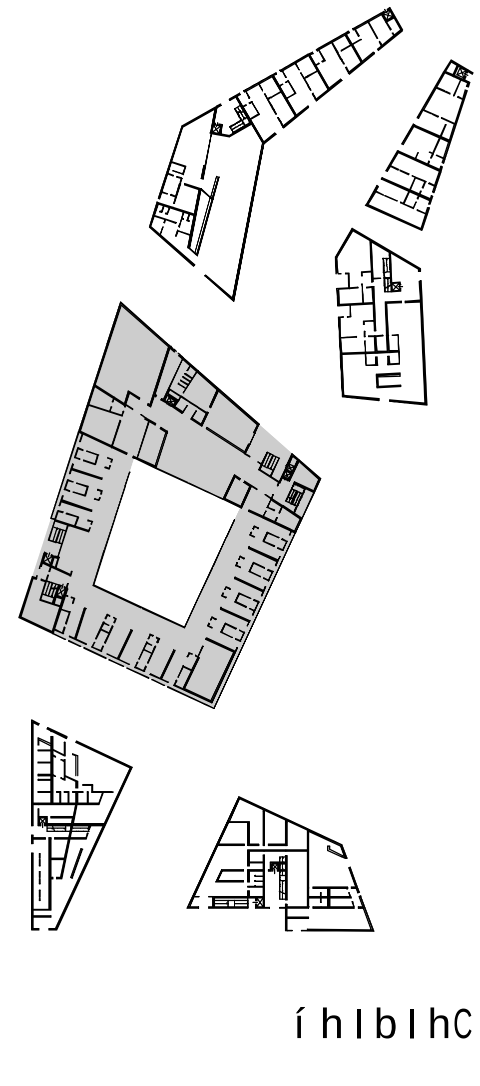
Die Sanitärräume sind als private Badezimmer mit ebenerdiger Dusche, Badewanne und WC zu verstehen. Das an die Wanne angrenzende Parapet übernimmt neben seiner statischen Funktion als Tragswerkskomponente vor allem auch für das Raumkonzept eine wesentliche Rolle. Denn es bildet einen Sichtschutz und soll so zur Wahrung der Privatsphäre beitragen.

Jedes der Zimmer hat über ein großes Glastürelement direkten Außenraumbezug. Denn gerade Menschen, die nicht mobil sind, sollen ein Höchstmaß von ihrer Umgebung wahrnehmen können. Daher ist hier im Wohnhof auch eine Balkonschicht zwischen Fassade und Sonnenschutz-Screen vorgesehen. Die raumhohen Öffnungen bieten somit Ausblicke in jeder Lebenslage; die räumliche Begrenztheit wird aufgehoben. Die schmale Balkonzone ermöglicht die Teilhabe an Freiraum auch vom Zimmer aus.

Helle Wände und Decken unterstreichen zusätzlich die lichtdurchflutete Atmosphäre. Sowohl die dem Innenhof zugewandten Gemeinschaftsflächen als auch die einzelnen Zimmer zeichnen sich durch ihre helle Raumwirkung aus; es entsteht ein Gebäude das sich nach außen hin öffnet, wenngleich es sich bei der Form des Hofhauses um einen als introvertiert geltenden Typus handelt. Zusätzlich zum baumbepflanzten Hof bietet pro Ebene eine nach Süden orientierte Loggia Freiraum zum Rasten und Plaudern und erlaubt eine Feinjustierung zwischen Innen und Außen. Im Süden ist dem Wohnhof eine öffentlich zugängliche Sonnenterrasse vorgelagert, die auch direkt von den an sie angrenzenden Pärchen-Zimmern begehbar ist. (Es sei hierbei darauf hingewiesen, dass im Erdgeschoß nur Personen wohnen, die ausschließlich in ihrer Mobilität eingeschränkt und nicht dement erkrankt sind.)

Der baumbepflanzte Innenhof stellt eine kontemplative Zone dar und wird zum einen, von den Aufenthaltsbereichen aus, als Erweiterung des Innenraumes wahrgenommen, zum anderen vereinigt er diese auch über die Geschoße hinweg. Im Sommer ist der Restobereich um eine überdeckte Terrasse im Hof erweiterbar – Innen und Außen stehen in osmotischer Verbindung zueinander. Der Bewegungsdrang der dement Erkrankten kann - so wie im Innenraum - hier auch im Freien gestillt werden. Wobei die hofseitige Auskragung der Obergeschoße nicht nur einen witterungsgeschützten Rundumgang im Hof ermöglicht, sondern gleichsam für eine bauliche Beschattung der Glasfassade sorgt. Geführte Wege, Kiesflächen mit punktierter Pflanzen- und Lichtsetzung inmitten der grünen Wiese fügen sich harmonisch zu einer Oase der Entspannung, die keinesfalls das Gefühl vermittelt, nicht auch am Freiraum teilhaben zu dürfen, wenngleich es sich sehr wohl um einen separat abgegrenzten Außenraum handelt.

Abbbildung 14 I Collage 'Gemeinschaftliche Wohnbereiche'



í h l b l hC

Zufahrt - Einsatzfahrzeuge

Speisenanlieferung
(vom Restaurant)

Veranstaltungssaal

Personalduschen

Personal-
garderobe

Speisen-
aufzug

Portier

Empfang

Haupt-
eingang

Aufgang
Tiefgarage

Technik

Pflegebad

Seelsorge

Aquarium

Speisenausgabe

Speisesaal

Lager

Haupt-
stiegenhaus

Pflegebad

Sonnenterrasse

Innenhof

Aufgang
Tiefgarage

Teeküche

aussenliegender Rundgang

innenliegender Rundgang

Nebenstiege

Nebeneingang
Anlieferung

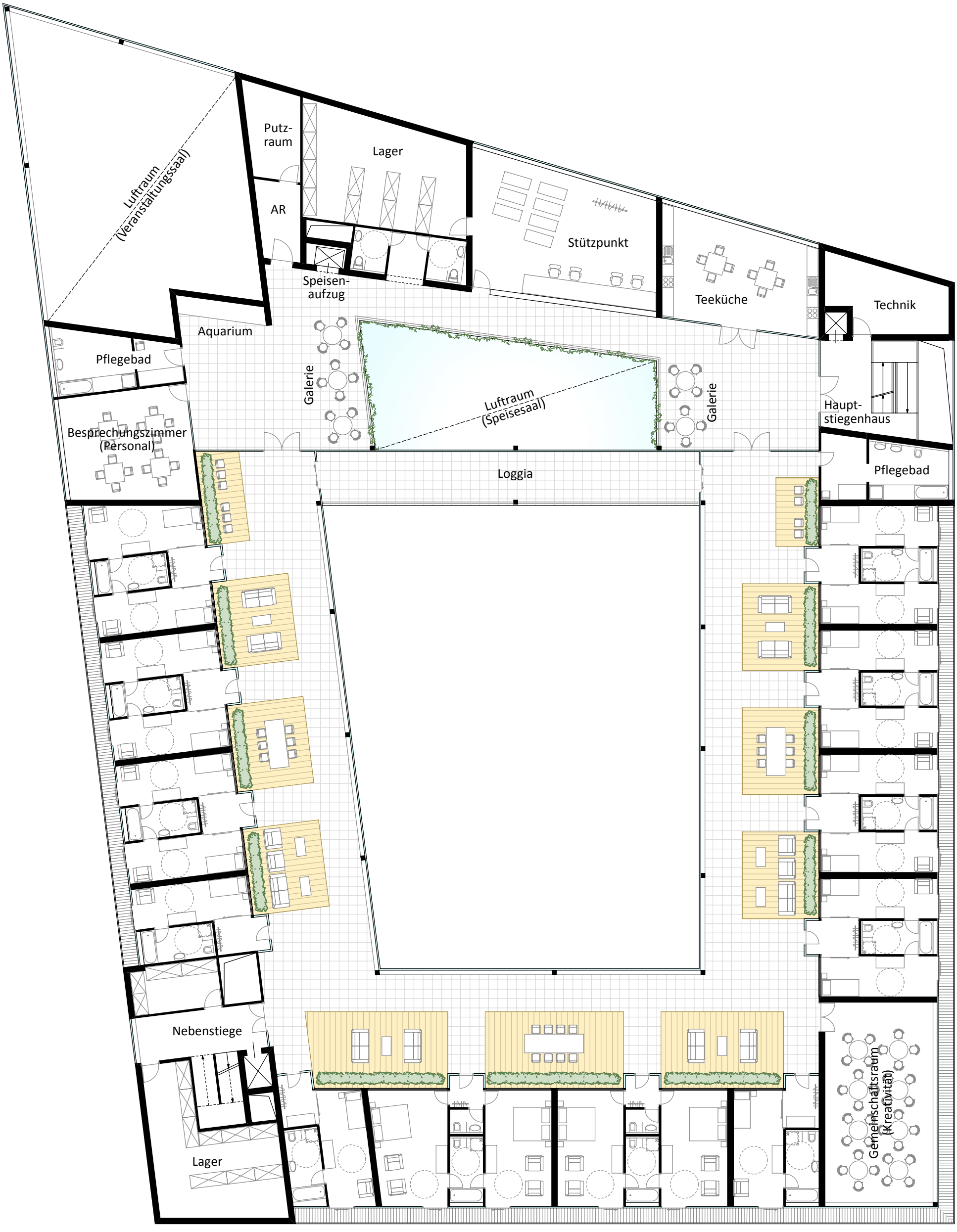
Müll

Gemeinschaftsraum
(Kreativität)

Sonnenterrasse

N

GRUNDRISS WOHNHOF
Erdgeschoß
1:200

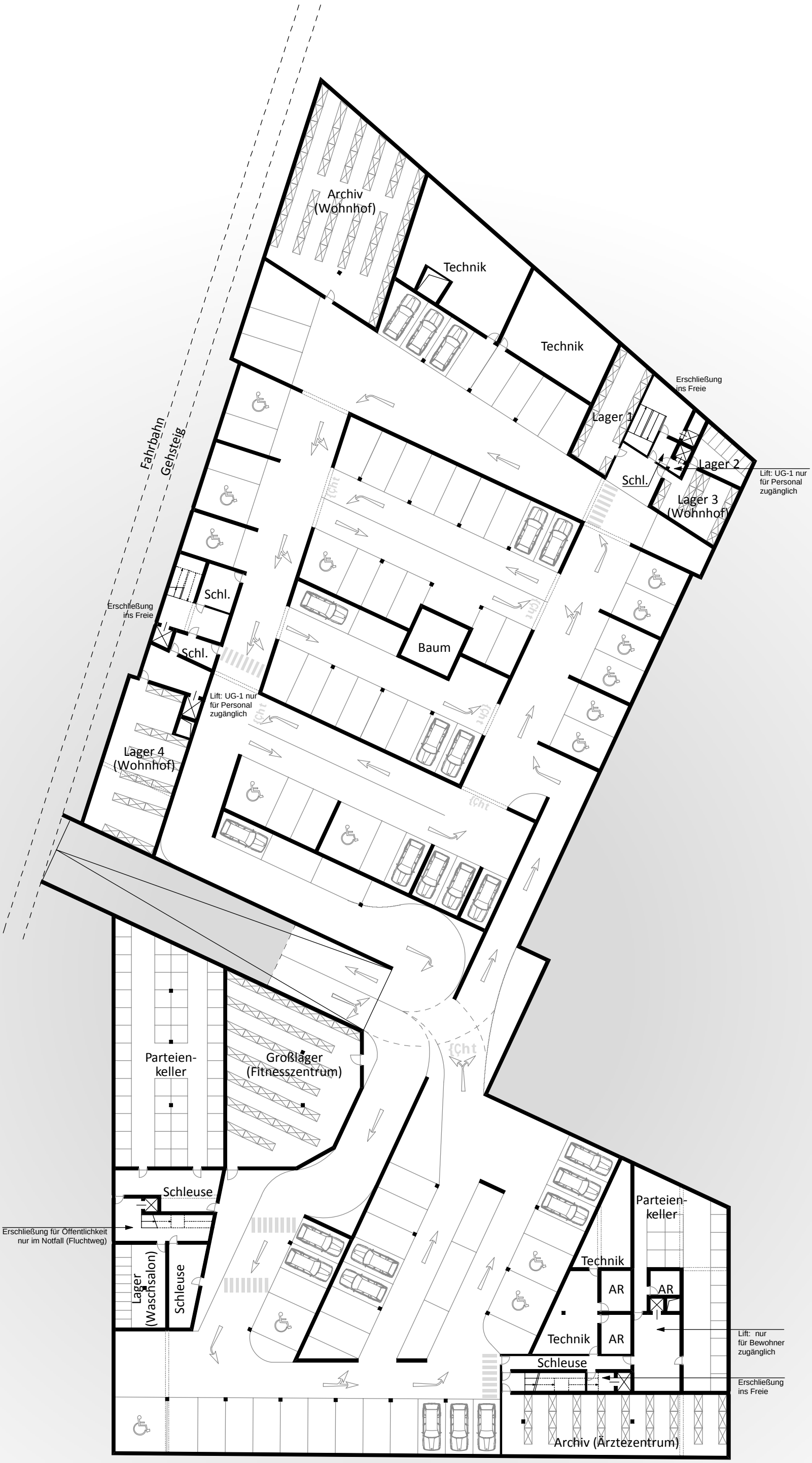


GRUNDRISS WOHNHOF
Obergeschoß 1 (und 3)
1:200

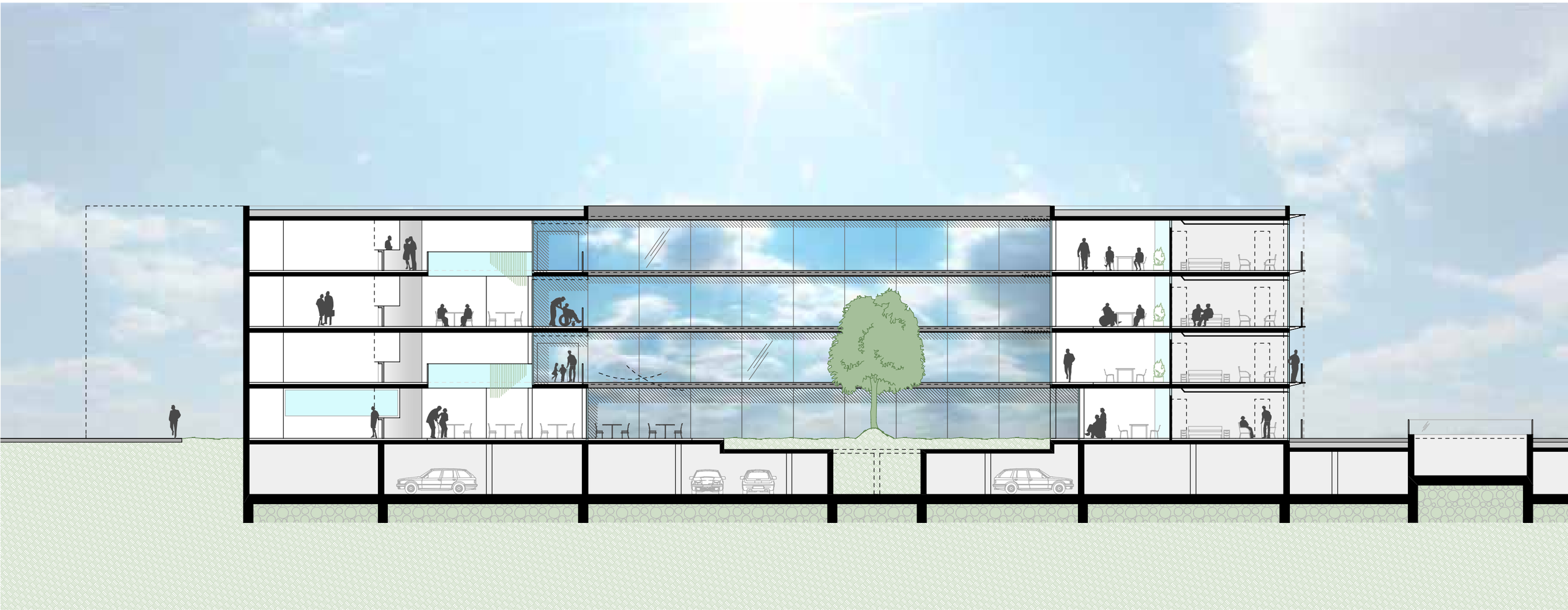
Fernsehzimmer
Fernsehzimmer
Putz-
raum
Lager
Bibiothek
'gemütliche Stube'
AR
Stützpunkt
Teeküche
Technik
Speisen-
aufzug
Aquarium
Pflegebad
Besprechungszimmer
(Personal)
Haupt-
stiegenhaus
Pflegebad
Nebenstiege
Lager
Gemeinschaftsraum
(Kreativität)

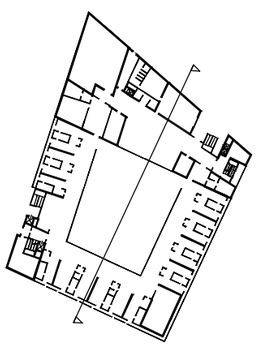
N

GRUNDRISS WOHNHOF
Obergeschoß 2
1:200

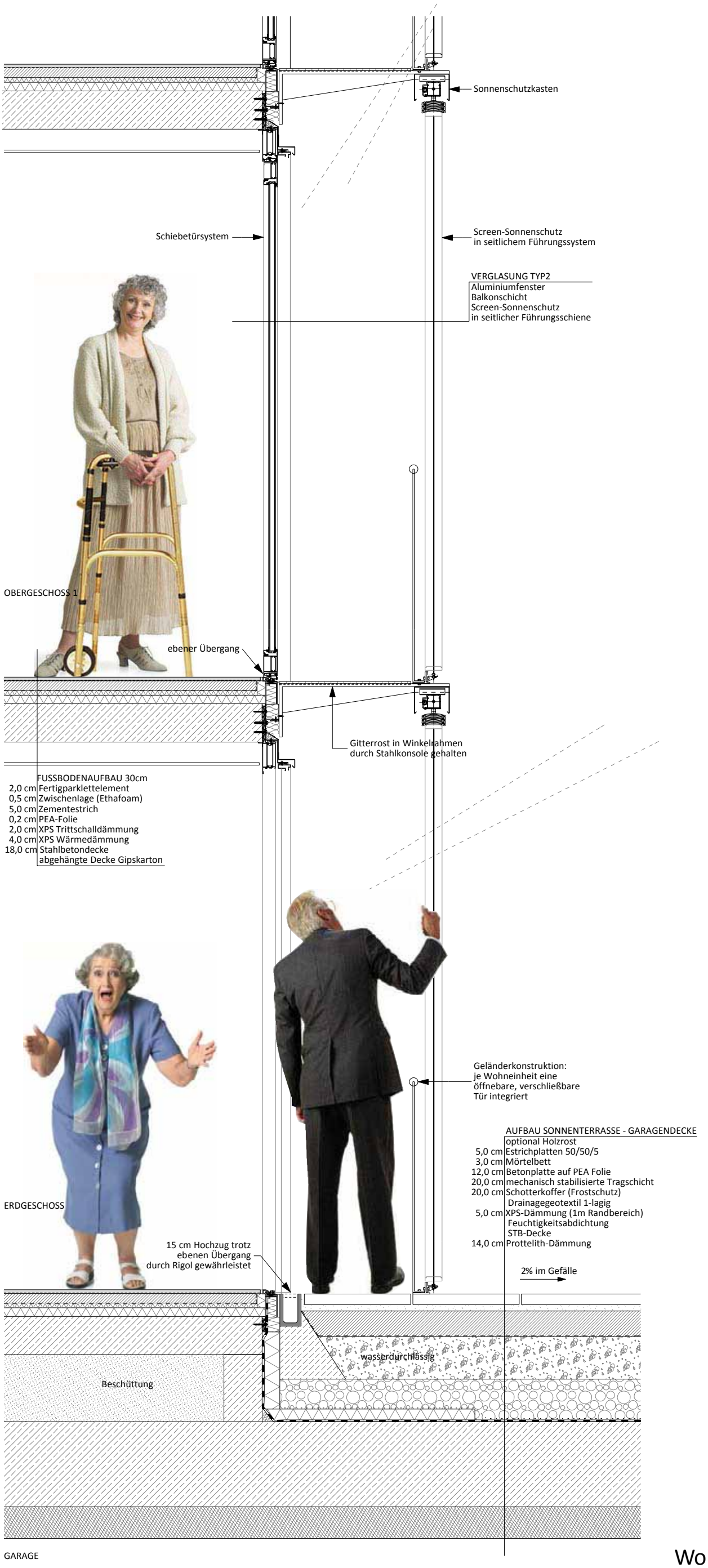


GRUNDRISS TIEFGARAGE
Untergeschoß -1 (Wohnhof - Punkthäuser)
1:350

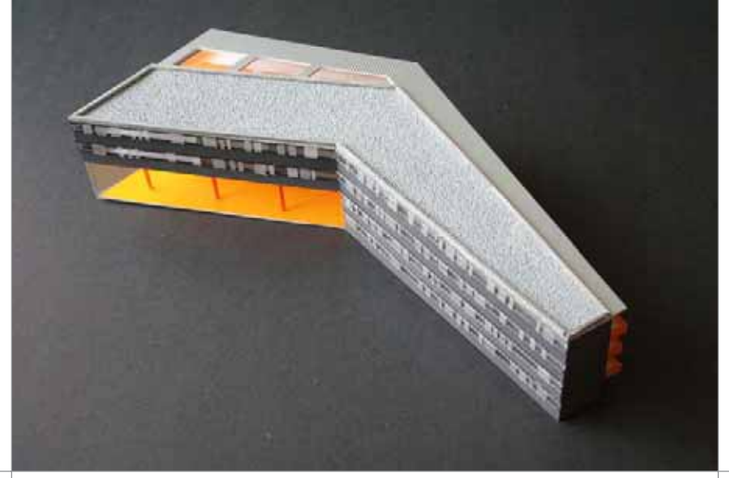


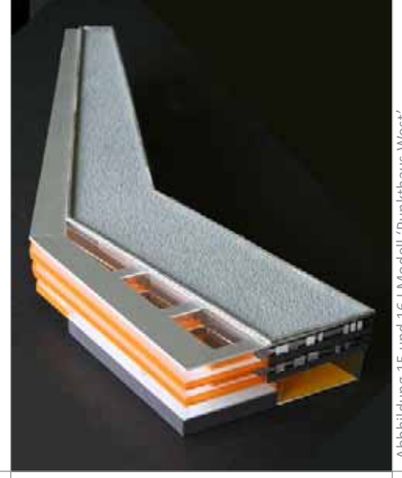


SCHNITT WOHNHOF
1:200



FASSADENSCHNITT
Wohnhof - Balkonschicht
1:20





Abbbildung 15 und 16 I Modell 'Punkthaus West'

Abbbildung 17 I Adaptierungsmöglichkeiten gemäß sich wandelnden Ansprüchen

WOHNFINGER

Auf den einseitig vom Satzinger Weg bzw. der Parklandschaft zurückversetzten Erdgeschoßen liegen drei bzw. zwei weitere Ebenen. Der westlich liegende Baukörper, der sich wie ein Finger entlang des Satzinger Weges in die neue Nord-Süd-Verbindung zieht, schmiegt sich mit seiner abgekanteten Fassade unaufdringlich und selbstverständlich in seine Position. Auch die angrenzend an die Parklandschaft liegende Wohnzeile vermittelt - leicht gewinkelt - ebendiesen Eindruck. Dieser östlich liegende Wohnfinger wird in seinem Knickpunkt aufgebrochen um eine Durchlässigkeit zur angrenzenden Parklandschaft zu erzielen. Die Wohnfinger orientieren sich im Abstand aneinander; um einen stumpfen Winkel geknickt spannen sie einen Grünraum auf, der den Bewohnern inmitten städtischer Dichte ein Kleinod bietet. Diese Bewohnergärten werden sowohl nördlich als auch südlich durch Wasserflächen begrenzt um das Sicherheitsgefühl zu erhöhen. Die Wohnungen sind an eine gemeinsame Terrassenzone angeschlossen, die den Übergang von innen nach außen verwischt. Ein Gemeinschaftsgarten entsteht, der anstelle durch Maschendrahtzäune von unterschiedlichen Anforderungen und Funktionen unterteilt wird. So ergeben sich Bereiche in denen Blumen gepflanzt werden, andere in denen Gemüsebeete gezogen werden und wieder andere wo man im Schatten der Bäume tut wozu auch immer man Lust verspürt.

Ebenerdig befinden sich - direkt vom Satzinger Weg aus zugänglich - Wohnungen mit zurückversetztem Eingangsbereichen, über welchen in den oberen Etagen der Laubengang zu den Wohneinheiten führt. Es handelt sich um eine dem Straßenleben unmittelbar zugewandte Addition der Wohneinheiten, wenngleich die Orientierung der Wohnflächen zum Grünraum tendiert. Die darüber liegenden Appartements sind über das Stiegenhaus und den zum Satzinger Weg hin orientierten Laubengang zu erschließen, welcher sich seitlich abspreizt. Die Laubengänge sind nicht als Korridore sondern als Lebens- und Aufenthaltsräume mit Sitzmöglichkeiten geplant, die von den Bewohnern als zusätzliche Frei- und Gemeinschaftsbereiche angenommen werden. Darüber hinaus kommt den Laubengängen eine besondere Bedeutung zu, da sie nicht nur die privaten Wohnungen mit Gemeinschaftsflächen verbinden, sondern selbst zu informellen Treffpunkten und sozialen Kontaktflächen werden und die zufällige Begegnung begünstigen. Aufgrund der besonderen räumlichen und vor allem sozialen Potentiale dieser Erschließungstypologie entsteht das Bild eines ‚Wohnganges', auf welchem sich Nachbarschaften sozial manifestieren und einer Wohnanlage, die das Selbstverständnis einer großen Wohngemeinschaft hat. Um den solidarischen Aspekt des nachbarschaftlichen Lebens auch nach außen hin zu präsentieren, wird die Brüstung der Laubengänge, die Außenflächen des Bügelkörpers mit einem Farbakzent besetzt.

Der östliche Wohnfinger besitzt einen Zuweg vom Satzinger Weg, ist aber genauso über die Parklandschaft oder die Promenade aus zu erreichen. Auch hier führen Laubengänge zu den Wohnungseingängen, die beiden Teile des Wohnfingers werden durch diese miteinander verbunden. Jener Gebäudeteil, der den Nachbarschaftstreff beherbergt, weist anstelle der Laubengänge einen innenliegenden Erschließungsgang auf. In Folge werden hier den Bewohnern Loggien geboten, die den Bedarf an Freiraum stillen.

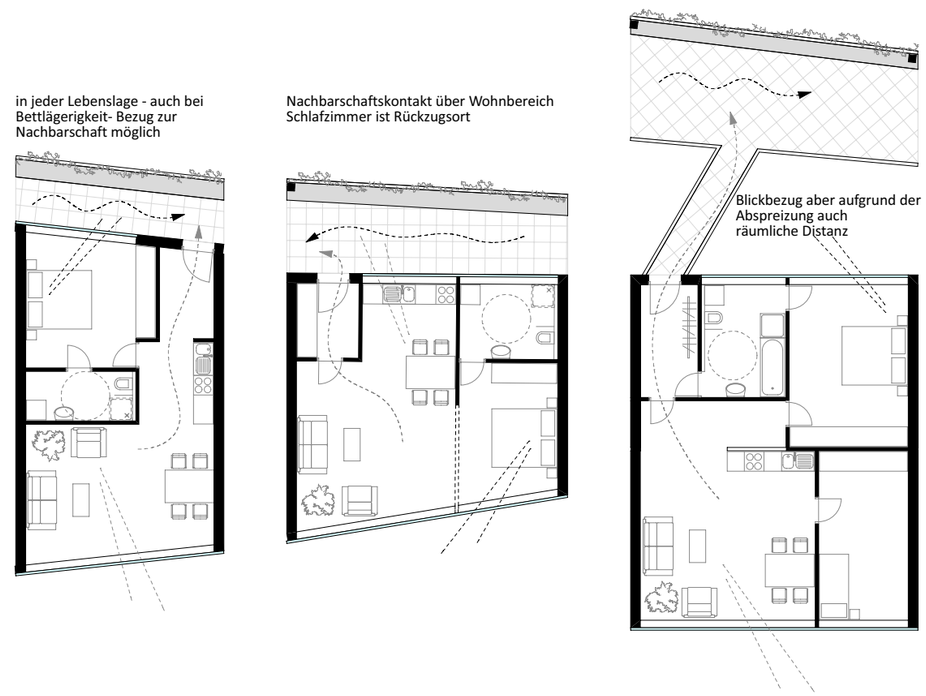
Nachdem ebenerdig von den Wohnungen aus der Gartenzugang ermöglicht werden soll, sich die Wohnungen darüber allerdings hin zur Parklandschaft orientieren, befinden sich die Laubengänge in den oberen Geschoßen auf der Westseite des Gebäudes während die Wohnungszugänge im Erdgeschoß von Osten möglich sind. Prinzipiell sind die Wohnungen allerdings so ausgerichtet, dass sie sich gegenüber dem Laubengang nicht verschließen, denn nur so wird dieser auch als Kommunikationszone empfunden. Die großzügigen Laubengänge, welche mit Sitzgelegenheiten ausgestattet sind, ermöglichen den Bewohnern ein entspanntes Neben- und Miteinander. Zusätzlich schafft die Laubengangkonstruktion einen spürbaren Übergang zwischen außen und innen.

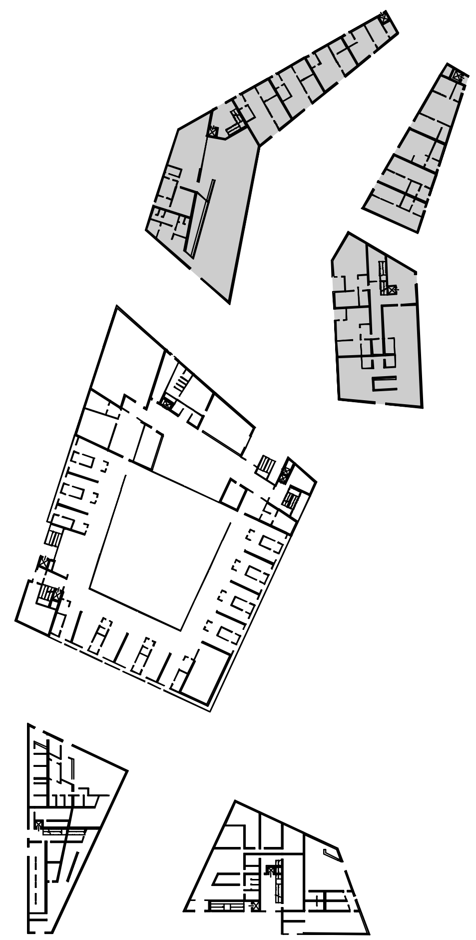
Neben dem Wohnungsangebot sind in den beiden fingerförmigen Bebauungen jeweils am südlichen Bauteilende ein Gemeinschaftstreff (im östlichen

Abbbildung 18 und 19 I Modell 'Punkthaus Ost'

Abbbildung 20 I Grundrissstudie 'Laubengang'

Baukörper) sowie ein Restaurant und darüber liegende Büroflächen für das Quartiersmanagement (im westlichen Baukörper) untergebracht um die reine Wohnfunktion um weitere Funktionen zu erweitern. Der Grundriss des Restaurants ist durch wenige statisch erforderliche Stützen gegliedert und ist bis auf die abgeschlossenen Funktionsbereiche, die Küche, Lager und Sanitärräume umfassen und an der Westfassade gruppiert sind, offen belassen. Der Barbereich trennt die Küche vom Gästebereich; dieser ist lediglich durch raumhohe Glasscheiben begrenzt und vermittelt das Gefühl eines offenen Raumes, der seine Fortsetzung in der Terrasse und der vorgelagerten Wasserfläche findet. Der Blickraum wird um den umliegenden Freiraum erweitert, denn dieser bietet den wahren Genuss. Nicht die Glasfassade, sondern das Wasserbecken, die Sommerterrasse und die vorbeiführende Promenade sind die eigentlichen Raumgrenzen. Der Offenheit der Gastroebene steht die, in Relation zu dieser, geborgene Geschlossenheit der oberen Wohngeschoße gegenüber.





í h l bCLbD9w

überdachter Eingangsbereich

Terrassenzone

Gemeinschaftsgarten

Küche

Ausgabe

Müll

Lieferung

Lager

Bar

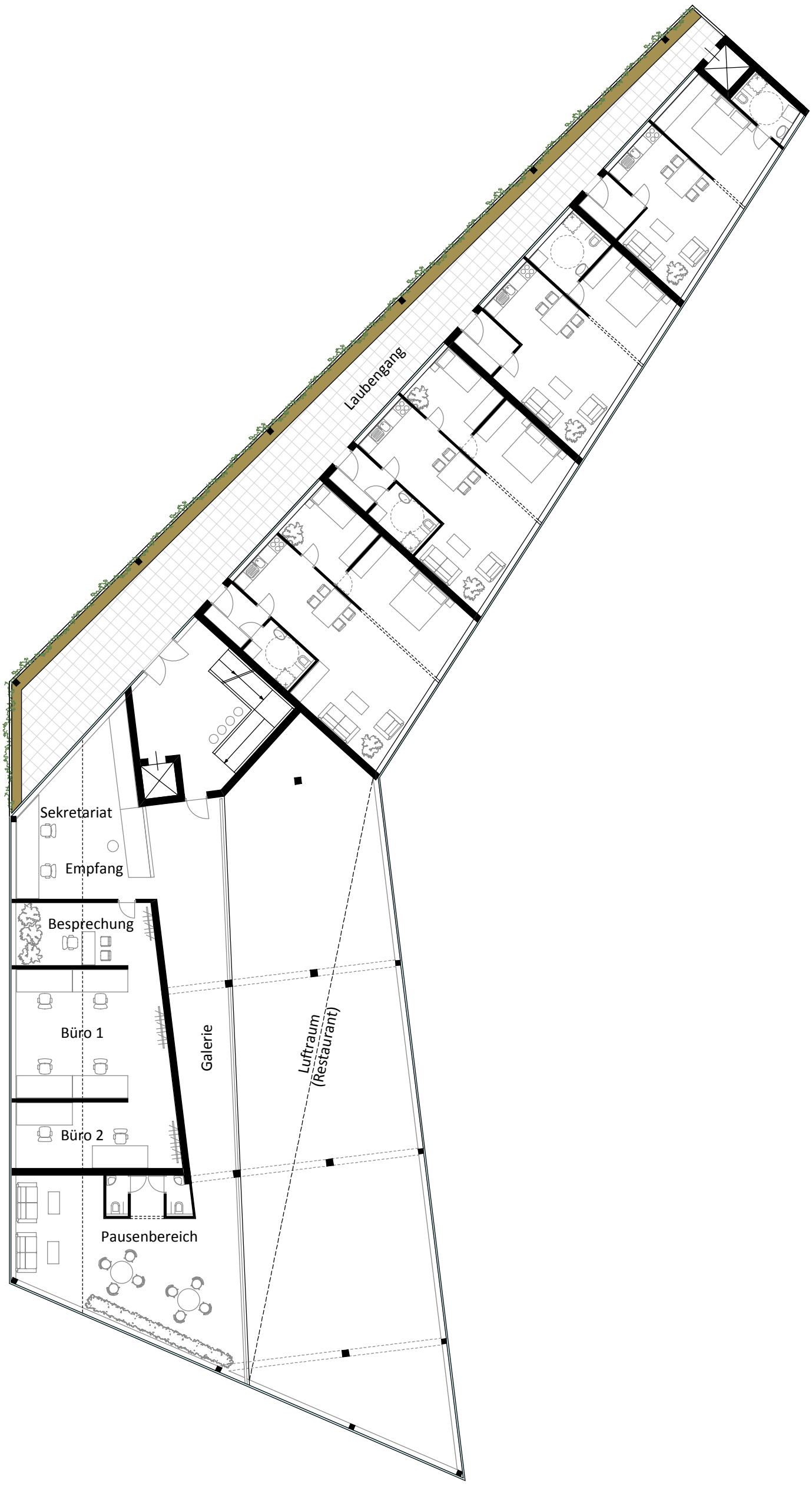
Empfang

Restaurant

Terrasse - Resto

N

GRUNDRISS WOHNFINGER WEST
Erdgeschoß
1:200

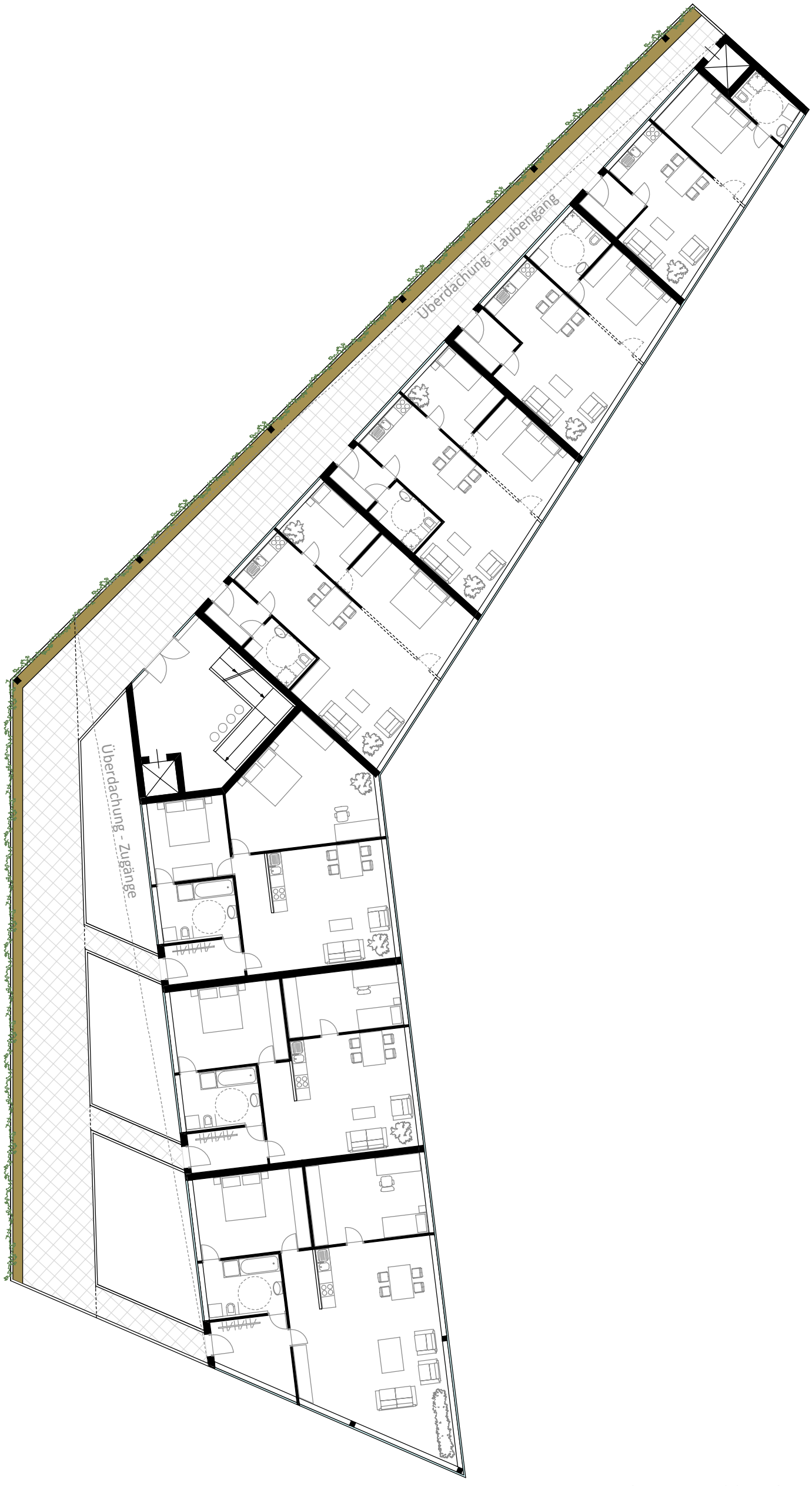


N

GRUNDRISS WOHNFINGER WEST
Obergeschoß 1
1:200

N

GRUNDRISS WOHNFINGER WEST
Obergeschoß 2
1:200



GRUNDRISS WOHNFINGER WEST
Obergeschoß (3 und) 4
1:200

Gemeinschaftsgarten

Terrassenzone

überdachter Eingangsbereich

Zufahrt Einsatzfahrzeuge

Durchgang

AR

Terrassenzone

Gemeinschafts-
raum

Putz-
raum

mobile
Trennwand

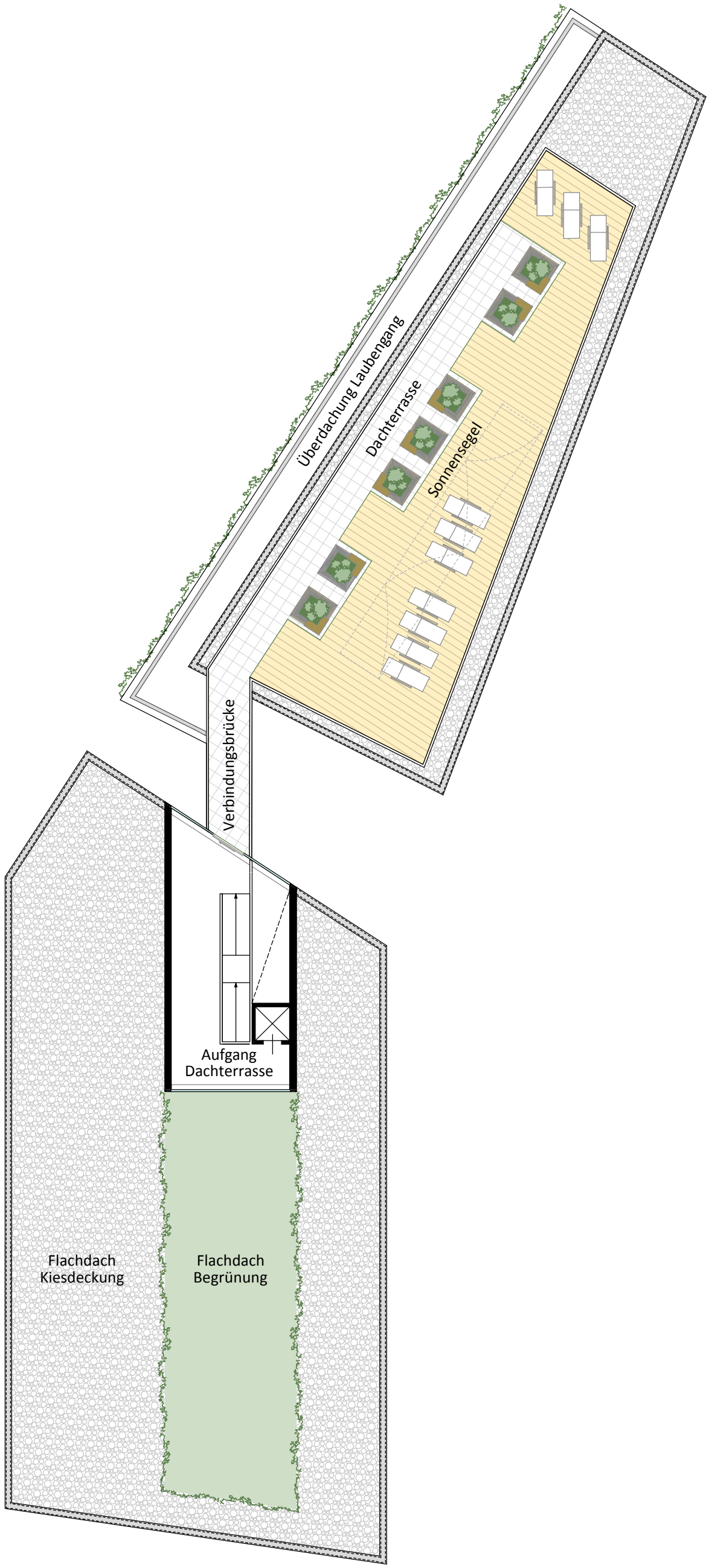
Nachbarschaftszentrum

Terrasse

N

GRUNDRISS WOHNFINGER OST
Erdgeschoß
1:200

GRUNDRISS WOHNFINGER OST
Obergeschoß 1 und 2
1:200



GRUNDRISS WOHNFINGER OST
Dachterrasse
1:200

DACHTERRASSE
AUFBAU UMKEHRDACH (BEGEHBAR)

	optional Holzrost
5,0 cm	Estrichplatten 50/50/5
3,0 cm	Rundkies
	Filtervlies (diffusionsoffen)
18,0 cm	extrudiertes Polystyrol (Roofmate SL-A)
	Feuchtigkeitsabdichtung (=Dampfsperre)
	Trenn-/Schutzvlies
≥15,0 cm	Gefällebeton
18,0 cm	STB-Decke
	abgehängte Decke Gipskarton

DACHTERRASSE
AUFBAU UMKEHRDACH (ETENSIV BEGRÜNT)

	Sedumpflanzen
8,0 cm	Vegetationssubstrat
	Filtervlies (diffusionsoffen)
	Drainagegeotextil 1-lagig
18,0 cm	extrudiertes Polystyrol (Roofmate SL-A)
	Wurzelschutzbahn
	Feuchtigkeitsabdichtung (=Dampfsperre)
	Trenn-/Schutzvlies
≥15,0 cm	Gefällebeton
18,0 cm	STB-Decke
	abgehängte Decke Gipskarton

15 cm Hochzug

Abflussrohr

im Gefälle

Abdichtung
Flüssigkunststoff

Aussentür
wärmegedämmtes Türblatt

BRÜSTUNG LAUBENGANG

Konsolträger
Stahlhohlprofile
Plattenverkleidung Trespa

FUSSBODENAUFBAU 30cm

2,0 cm	Fertigparkletelement
0,5 cm	Zwischenlage (Ethafoam)
5,0 cm	Zementestrich
0,2 cm	PEA-Folie
2,0 cm	XPS Trittschalldämmung
4,0 cm	XPS Wärmedämmung
18,0 cm	Stahlbetondecke
	abgehängte Decke Gipskarton

ebener Übergang
Türschwellenprofil thermisch getrennt
auf Aufdopplung

Schöck-Isokorb

wärmegedämmtes Paneel

Pflanzentrog
Kletterhilfe aus Edelstahlseilen

Sitzbank
Holzleisten auf Konsolträger
(feuerverzinkter Stahl)

AUFBAU LAUBENGANG

	optional Estrichplatten
3,5 cm	Holzrost
3,0 cm	Querlattung
5,0 cm	Kanthölzer
0,8 cm	Elastomerstreifen
16,0 cm	Stahlbeton im Gefälle

15 cm Hochzug trotz
ebenen Übergang
durch Gitterrostwanne gewährleistet

Gitterrost in Winkelrahmen
auf Wanne geschlitzt

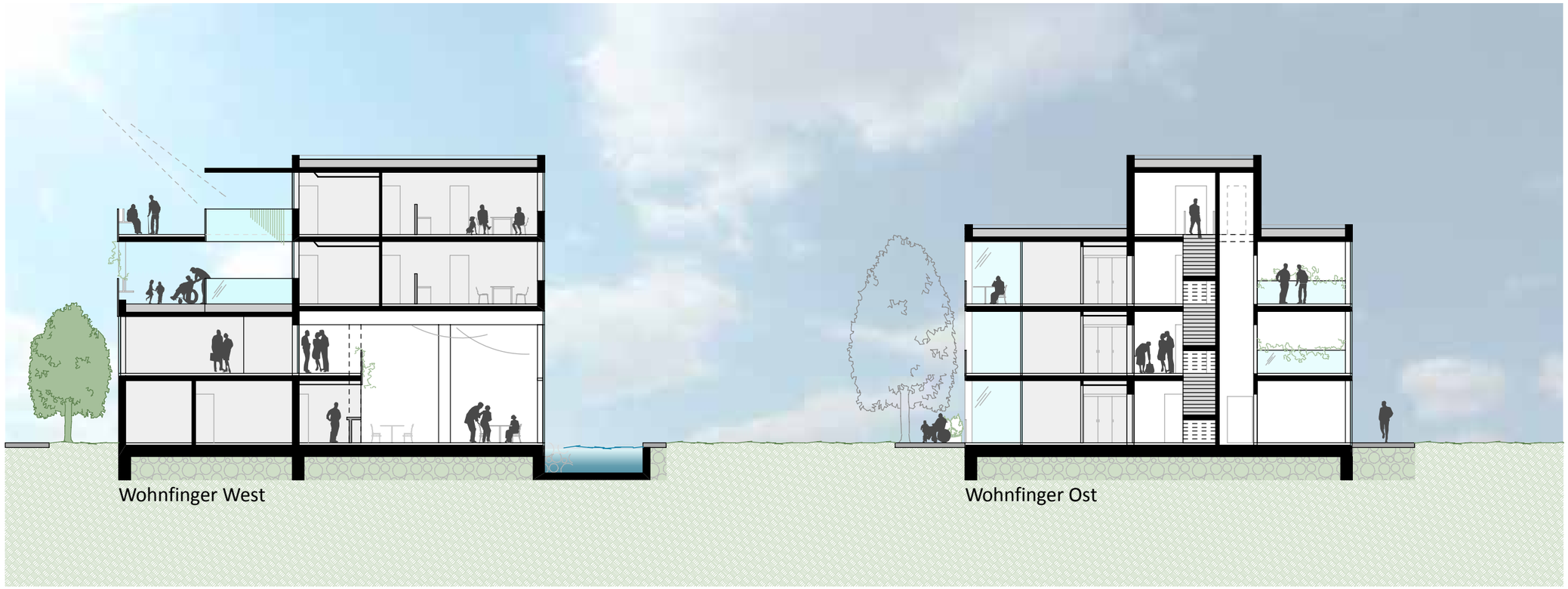
STB im Gefälle

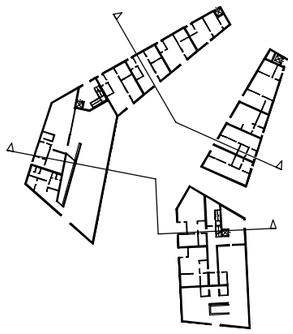
seitlicher Steher
(Flachstahl)

2 L-Winkel feuerverzinkt
auf durchlaufendem Hohlprofil,
punktuell an Befestigungspunkten
mit Flachstahl unterlget (Entwässerung)

Schöck-Isokorb

FASSADENSCHNITT
Wohnfinger - Laubengang
1:20





SCHNITT WOHFINGER
1:200

Legende für Süd-, Ost- und West-Ansicht

Aluminium - Paneel (Hoesch)
mit Schattenfugenprofil hinterlegt

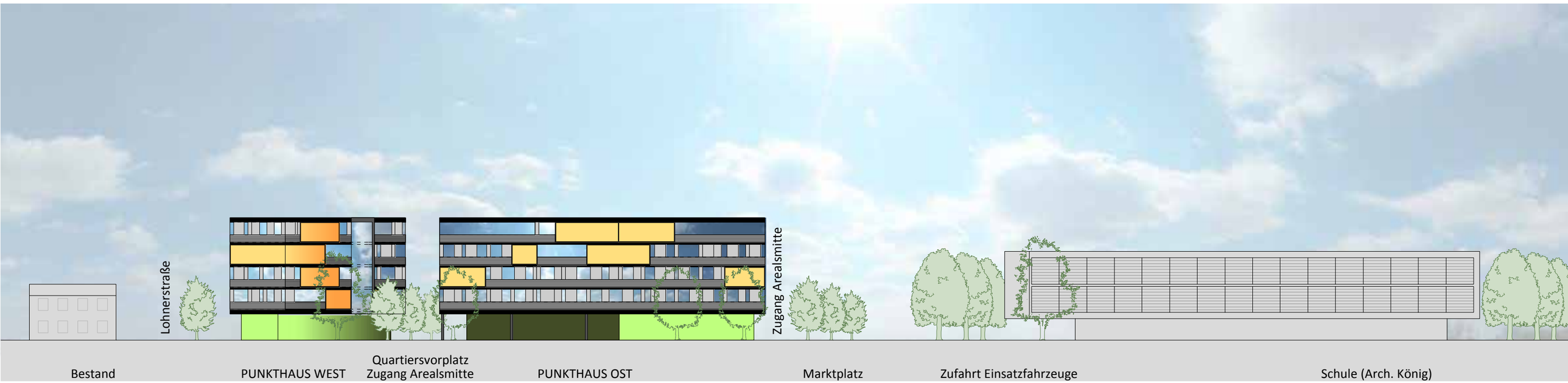
Pfosten-Riegelkonstruktion
Isolierverglasung
Infrastrukturelle Einrichtungen

Isolierverglasung - Herausleuchten der
einheitlichen Farbgestaltung des Innenraumes bzw.
Plattenverkleidung Laubengänge (Trespa)
Gemeinschaft

Isolierverglasung

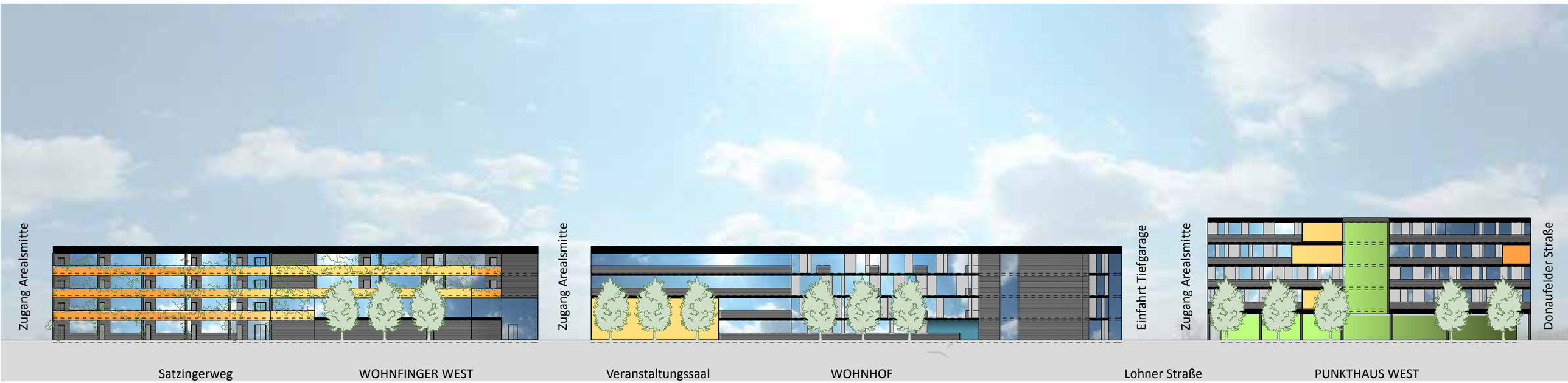
außenliegender Screensonnenschutz
in seitlichem Führungssystem
vor Aluminiumfenster
Privaträume

ANSICHT SÜD - PUNKTHAUS OST
1:200



ANSICHT SÜD - DONAUFELDERSTRASSE
1:500

ANSICHT OST - QUARTIERSMITTE
1:500



ANSICHT WEST - LOHNERSTRASSE
1:500

QUELLENANGABEN

(ALL, 1967, S.x)
Allen, Rex Whitaker: New Concepts in Nursing Homes: The ‚Custodial Facility' Gives Way to Design for Active Extended Care; in:
Architectural Record 142, Oktober 1967 (1967, NY, McGraw-Hill Construction)

(ALL, 2000, S.x)
Allen, Rex Whitaker; zitiert in:
Verderber, Stepen / Fine, David J.: Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation (2000, London, Yale University Press)

(ARD, 1994, S.x)
Ardelius, Lars / Jersild, Per Christian: Gedanken über den Tod (1994, Frankfurt/Main, Insel Verlag)

(ASS, 2006, S.x)
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(BÄC, 1989, S.x)
Bäcker, G. / Dieck, M. / Naegele, G. / Tews, H.P.: Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen: Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des zweiten Landesaltenplans (1989, Düsseldorf, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen)

(BAMA, 1999, S.x)
Baltes, Margret M. / Maas, Ineke / Wilms, Hans-Ulrich / Borchelt, Markus: Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.525-542

(BAWA, 1991, S.x)
Baltes, Margret M. / Wahl, Hans-Werner / Reichert, Monika: **Successful Aging in Long-term Care Institutions; in:**
Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Nr. 11, September 1991 (1991, NY, Springer Publishing), S. 311-337

(BAR, 1998, S.x)
Bar-Pereg, J.; zitiert in::
Heine, Achim / Hofmann, Jan / Knigge, Mathias / Schmidt-Ruhland, Karin: Dinge und Altern. Über Auf- und Abwertungsprozesse von Dingen im Wechsel der Generationen. Ein Projekt an der HdK Berlin, Fachbereich Gestaltung, im Rahmen des Forschungsprojektes sentha (1998, Berlin)
http://www.sentha.udk-berlin.de/ (Zugriff am 17.03.2007)

(BEAU, 1977, S.x)
de Beauvoir, Simone: Das Alter (1977, Reinbek, Rowohlt)

(BEC, 1994, S.x)
Beck, Ulrich / Beck-Gernsheim, Elisabeth: Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften (1994, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag)

(BOB, 2000, S.x)
Bobrow, Michael / Thomas, Julia; in:
Kobus, Richard L. / Skaggs, Ronald L. / Bobrow, Micheal / Thomas, Julia / Payette, Thomas M.: Building Type Basics for Health Care Facilities (2000, New York, John Wiley & Sons)

(BOR, 1999, S.x)
Borchelt, Markus / Gilberg, Reiner / Horgas, Ann L. / Geiselmann, Bernhard: Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.449-474

(BOW, 1982, S.x)
Bowker, Lee H.: Humanizing Institutions for the Aged (1982, Lexington/Mass., D.C.Heath)

(BUC, 1985, S.x)
Buchanan, Peter: Old People's Home, Almere, Netherlands; in:
Architectural Review 177, Nr. 1058, April 1985 (1985, London, Emap Construct), S. 27-35

(BUND, 1990, S.x)
Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS): Erster Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung (1990, Bonn, Eigenverlag)

(DIE, 1994, S.x)
Dieck, Margret; in:
Kruse, Andreas / Wahl, Hans-Werner: Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? (1994, Bern, Verlag Hans Huber)

(EGY, 2004, S.x)
Egyed, Emese: Neues Wohnen für alte Menschen (2004, Wien, Diplomarbeit TU Wien)

(ELI, 1982, S.x)
Elias, Norbert: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen (1982, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag)

(FELD, 1997, S.x)
Feldmann, Klaus: Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse (1997, Opladen, Verlag Leske und Budrich)

(FOS, 2004, S.x)
Foster, Norman; zitiert in:
Monk,Tony: Hospital Builders (2004, Chichester, Wiley-Academy)

(GOF, 1961, S.x)
Goffman, Erving: Asylums (1961, New York, Doubleday)

(GOT, 1999, S.x)
Gottfried, Richard; in:
New York Times, 27 November 1999

(GRO, 2007, S.x)
Groger, Lisa / Kinney, Jennifer: CCRC. **Here We Come! Reasons for Moving to a Continuing Care Retirement Community; in:**
Schwarz, Benyamin: Journal of Housing for the Elderly, Volume 20, Issue 4, Dezember 2007 (2007, New York, Haworth Press), S.79-101
http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?ID=101501, Zugriff am 11.04.2007

(GRON, 1991, S.x)
Gronemeyer, Reimer: Die Entfernung vom Wolfsrudel. Über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten (1991, Frankfurt/Main, Fischer Taschenbuch Verlag)

(HEC, 1999, S.x)
Heckhausen, J. / Schulz, R; in:
Staudinger, Ursula M. / Freund, Alexandra M. / Linden, Michael / Maas, Ineke: Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.321-350

(HEIN, 1998, S.x)
Heine, Achim / Hofmann, Jan / Knigge, Mathias / Schmidt-Ruhland, Karin: Dinge und Altern. Über Auf- und Abwertungsprozesse von Dingen im Wechsel der Generationen. Ein Projekt an der HdK Berlin, Fachbereich Gestaltung, im Rahmen des Forschungsprojektes sentha (1998, Berlin)
http://www.sentha.udk-berlin.de/ (Zugriff am 17.03.2007)

(HELL, 2006, S.x)
Hell, Bodo; im Interview in:
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(HEN, 1963, S.x)
Henry, Jules: Culture Against Man (1963, New York, Random House)

(HER, 2006, S.x)
Herwig, Oliver: Jugendwaren und Altenteile, in:
Baumeister, Nr. 5/2006, Einfach alt werden (2006, München, Callwey Verlag) S.84f
(HIP, 2004, S.x)
Hipocrates: Hipocratiische Sammlung; zitiert in:
Monk,Tony: Hospital Builders (2004, Chichester, Wiley-Academy)

(HOF, 2005, S.x)
Hoffmann-Kuhnt, Thomas / Jaeger, Judith: Wettbewerbe Aktuell, Themenbuch 2, Wohnen und Pflege im Alter (2005, Freiburg i.Br., Wettbewerbe Aktuell Verlagsgesellschaft mbH)

(HÖT, 2006, S.x)
Hötzl, Manuela: Alpen-Wohnheim. Altenwohnheim in Steinfeld; in:
Baumeister, Nr. 5/2006, Einfach alt werden (2006, München, Callwey Verlag) S. 44-51

(JEN, 1973, S.x)
Jensen, Robert: Physician Heal Thyself; in:
Architectural Forum 43, Juni 1973 (1973, New York, Billboard Publishing), S.30-37

(JOH, 2000, S.x)
Johnson,Colleen / Grant, Leslie; zitiert in:
Verderber, Stepen / Fine, David J.: Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation (2000, London, Yale University Press)

(JON, 2000, S.x)
Jones, Wanda J.; zitiert in:
Verderber, Stephen / Fine, David J.: Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation (2000, London, Yale University Press)

(KAP, 2006, S.x)
Kapfinger, Otto; in:
Staatspreis 2006 für Architektur und Nachhaltigkeit (2006, Wien, Österreichischer Wirtschaftsverlag GmbH)

(KEN, 2000, S.x)
Kennedy, Robert H.; zitiert in:
Verderber, Stepen / Fine, David J.: Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation (2000, London, Yale University Press)

(KLIM, 1993, S.x)
Kliment, Stephen A.; in:
Kobus, Richard L. / Skaggs, Ronald L. / Bobrow, Micheal / Thomas, Julia / Payette, Thomas M.: Building Type Basics for Health Care Facilities (2000, New York, John Wiley & Sons)
Knolbing, Cornelia: Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal (1993, Freiburg/Breisgau, Lambertus-Verlag)

(KNO, 1993, S.x)
Knolbing, Cornelia: Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal (1993, Freiburg/Breisgau, Lambertus-Verlag)

(KOB, 2000, S.x)
Kobus, Richard L.; in:
Kobus, Richard L. / Skaggs, Ronald L. / Bobrow, Micheal / Thomas, Julia / Payette, Thomas M.: Building Type Basics for Health Care Facilities (2000, New York, John Wiley & Sons)

(KOCH, 1997, S.x)
Koch-Straube, Ursula: Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. (1997, Bern, Verlag Hans Huber)

(KOL, 1977, S.x)
Kolbe, Richard: Inside the English Hospice; in:
Hospitals. The Journal of the American Hospital Association, Nr. 51, Juli 1/1997 (1977, Chicago, Assoc.), S.65 ff

(KON, 2000, S.x)
Koncelik, Joseph; zitiert in:
Verderber, Stepen / Fine, David J.: Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation (2000, London, Yale University Press)

(KRÄ, 2004, S.x)
Krämer, Karl H.: Architektur + Wettbewerbe, Nr. 197, Seniorenresidenzen, März 2004 (2004, Stuttgart, Karl Krämer Verlag)

(KRE, 2006, S.x)
Kremer-Preiß, Ursula: Später Wohnen. Zukünftige Herausforderungen an das Wohnen im Alter, in:
Baumeister, Nr. 5/2006, Einfach alt werden (2006, Callwey Verlag, München) S.80f

(KRES, 2003, S.x)
Kremer-Preiß, Ursula / Stolarz, Holger: Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung. Eine Bestandsanalyse (2003, Köln, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe)
http://www.kda.de/files/wohnen/Wohnkonzepte1.pdf, Zugriff am 10.04.2007

(KRES, 2004, S.x)
Kremer-Preiß, Ursula / Stolarz, Holger: Anforderungen an die Gestaltung
quartiersbezogener Wohnkonzepte (2004, Köln, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe)
http://www.kda.de/files/wohnen/Wohnkonzepte3.pdf, Zugriff am 10.04.2007

(KRES, 2006, S.x)
Kremer-Preiß, Ursula / Stolarz, Holger / Kieschnick, Henry: Ambulant betreute Wohngruppen. Arbeitshilfe für Initiatoren (2006, Köln, Bertelsmann Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe) http://www.kda.de/files/wohnen/2006-08-07Band6_amb_WG.pdf, Zugriff am 12.04.2007

(KRU, 2004, S.x)
Kruse, Andreas: Wohnen im Alter; in:
Krämer, Karl H.: Architektur + Wettbewerbe, Nr. 197, Seniorenresidenzen, März 2004 (2004, Stuttgart, Karl Krämer Verlag), S.1ff

(KÜB, 2006, S.x)
Küberl, Franz; im Interview in:
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(LANG, 1996, S.x)
Langbein, Kurt / Skalnik, Christian: Leben verlängern – um welchen Preis (1996, Wien, Europaverlag)

(LIN, 1999, S.x)
Linden, Michael / Gilberg, Reiner / Horgas, Ann. L. / Steinhagen-Thiessen, Elisabeth: Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.475-495

(LIND, 2000, S.x)
Lindheim, Roslyn; zitiert in:
Verderber, Stepen / Fine, David J.: Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation (2000, London, Yale University Press)

(LOH, 2005, S.x)
Lohfert, Peter: Methodik der Krankenhausplanung (2005, Hamburg, Lohfert & Lohfert AS)

(LOR, 1994, S.x)
Lorenz, Peter: Planen und Bauen für das Alter. Wohnen im dritten Lebensabschnitt (1994, Stuttgart, Verlagsanstalt Koch)

(MAA, 2006, S.x)
Martini Architekten: Die Alten im Dorf lassen. Pfarrheim in Wipperfürth; in:
Baumeister, Nr. 5/2006, Einfach alt werden (2006, Callwey Verlag, München) S. 52-59

(MAAS, 1999, S.x)
Maas, Ineke / Staudinger, Ursula M.: Lebensverlauf und Altern: Kontinuität und Diskontinuität der gesellschaftlichen Beteiligung, des Lebensinvestments und ökonomischen Ressourcen; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.543-572

(MAL, 1998, S.x)
Malmberg, B. / Sundström, G. / Zarit S.H.: Housing the Demented Elderly in Sweden; in:
Vellas, B. / Fitten, J. / Frisoni, G.: Research and Practice in Alzheimer Disease (1998, Paris, Serdi Publishing) S. 193-202

(MASL, 1968, S.x)
Maslow, Abraham H.: Toward a Psychology of Being (1968, Princeton, Van Nostrand Reinhold)

(MAY, 1999, S.x)
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag)

(MAYB, 1999, S.x)
Mayer, Karl Ulrich / Baltes, Paul B. / Baltes, Margret M. / Borchelt, Markus / Delius, Julia / Helmchen, Hanfried / Linden, Michael / Smith, Jacqui / Staudinger, Ursula M. / Steinhagen-Thiessen, Elisabeth / Wagner, Michael: Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.599-631

(MAYW, 1999, S.x)
Mayer, Karl Ulrich / Wagner, Michael: Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.251-276

(MEY, 1992, S.x)
Meyers Großen Taschenlexikon, Band 1, (1992, Mannheim, Meyers Lexikonverlag)

(MILL, 1983, S.x)
Millard, Peter H.; Long Term Care in Europe: A Review; in:
Denham, M.J.: Care of the Long Stay Elderly Patient (1983, London, Croom Helm)

(MON, 2004, S.x)
Monk, Tony: Hospital Builders (2004, Chichester, Wiley-Academy)

(MURR, 1999, S.x)
Murray, Peter: Poverty and Welfare 1830-1914 (1999, London, Hodder & Stoughton)

(NIGH, 2004, S.x)
Nightingale, Florence: Notes on Nursing (1860); zitiert in:
Monk,Tony: Hospital Builders (2004, Chichester, Wiley-Academy)

(PAW, 2005, S.x)
Pawletko, Klaus: Die entscheidenden Hürden nehmen; in:
Häusliche Pflege, August 2005 (2005, Hannover, Vincenz)

(PETZ, 1997, S.x)
Petzold, H.; in:
Koch-Straube, Ursula: Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. (1997, Bern, Verlag Hans Huber)

(POR, 2006, S.x)
Porotschnig, Barbara; in:
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(POW, 2004, S.x)
Powell, Philipp; in:
Monk,Tony: Hospital Builders (2004, Chichester, Wiley-Academy)

(PUR, 2002, S.x)
Purves, Geoffrey: Healthy Living Centres. A Guide to Primary Health Care Design (2002, London, Architectural Press)

(RIL, 1992, S.x)
Riley, M.W. / Riley, J.W.: Individuelles und gesellschaftliches Potential des Alterns; in:
Baltes, Paul / Mittelstraß, J.: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung (1992, Berlin, de Gruyter), S.437-460

(ROB, 1992, S.x)
Roberto, K.A.: Exchange and Equity in Friendships; in:
Adams, R.G. / Blieszner, R.: Older Adult Friendships: Structure and Process (1992, London, Sage) S.147-165

(RÖH, 1992, S.x)
Röhlich-Spitzer, Doris / Spitzer, Jens: Streben in einem Altersheim – Ein Erfahrungsbericht; in:
Howe, Jürgen: Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaften. Band 4: Sterben – Tod – Trauer. (1992, Heidelberg, Verlag Asanger), S. 69-77

(RÜH, 2003, S.x)
Rühm, Bettina: Unbeschwert Wohnen im Alter. Neue Lebensformen und Architekturkonzepte (2003, München, Deutsche Verlags-Anstalt)

(RYCH, 2006, S.x)
Rychter, Alexander: Wohnungsmärkte der alternden Gesellschaft, in:
Baumeister, Nr. 5/2006, Einfach alt werden (2006, München, Callwey Verlag) S. 82f

(SAH, 2005, S.x)
Sahner, Heinz: Alter als soziale Konstruktion. Alternsprobleme heute: Ursachen und Konsequenzen (2005, Halle-Wittenberg, Eigenverlag)
http://www.soziologie.uni-halle.de/publikationen/pdf/0502.pdf, Zugriff am 10.04.2007

(SCH, 2006, S.x)
Scholdan, Ernst; im Interview in:
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(SEEL, 1996, S.x)
Seel, Mechthild: Die Pflege des Menschen (1996, Hagen, Brigitte Kunz Verlag)

(SMIB, 1999, S.x)
Smith, Jacqui / Baltes,Paul B.: Altern aus psychologischer Perspektive: Trend und Profile im hohen Alter; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.221-250

(SMIF, 1999, S.x)
Smith, Jacqui / Fleeson, William / Geiselmann, Bernhard / Settersten, Richard / Kunzmann, Ute: Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.497-523

(STAUB, 2006, S.x)
Staub-Bernasconi, Silvia; im Interview in:
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(STAUD, 1999, S.x)
Staudinger, Ursula M. / Freund, Alexandra M. / Linden, Michael / Maas, Ineke: Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.321-350

(STEIN, 1999, S.x)
Steinhagen-Thiessen, Elisabeth / Borchelt, Markus: Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.151-184

(STR, 2007, S.x)
Streib, Gordon F. / Folts, W. Edward / Peacock, James: The Life Course of Leisure-Oriented Retirement Communities; in:
Schwarz, Benyamin: Journal of Housing for the Elderly, Volume 20, Issue 4, Dezember 2007 (2007, New York, Haworth Press), S.39-59
http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?ID=101489, Zugriff am 11.04.2007

(STRG, 1986, S.x)
Streib, Gordon F. / La Greca, A.J. / Folts, W. Edward: Retirement Communities. People, Planning, Prospects; in:
Newcomer, R.J. / Lawton, M.P. / Byerts, T.O.: Housing an Aging Society (1986, New York, Van Nostrand Reinhold Company), S.94-103

(VERD, 2000, S.x)
Verderber, Stepen / Fine, David J.: Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation (2000, London, Yale University Press)

(VILL, 1970, S.x)
Villecco, Maguerite: Capsules Replace Hospital Rooms; in:
Architectural Forum 41, Mai 1970 (1970, New York, Billboard Publishing), S. 54-57

(WAGM, 1999, S.x)
Wagner, Gert / Motel, Andreas / Spieß, Katharina / Wagner, Michael: Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.277-300

(WAGS, 1999, S.x)
Wagner, Michael / Schütze, Yvonne / Lang, Frieder R.: Soziale Beziehungen Alter Menschen; in:
Mayer, Karl Ullrich / Baltes, Paul B.: Die Berliner Altersstudie (1999, Berlin, Akademieverlag), S.301-320

(WEI, 2006, S.x)
Weiermair, Christoph; in:
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(WER, 2006, S.x)
Werle, Bertram; in:
Asset One Immobilienentwicklungs AG: Konzeptionen des Wünschenswerten. Was Städte über die Zukunft wissen sollten. (2006, Graz, Czernin Verlags GmbH)

(WIL, 1992, S.x)
Wilms, H.U. / Linden, Michael: Die Patientenperspektive in der Langzeitbehandlung; in:
Helmchen, Hanfried / Linden, Michael: Die jahrelange Behandlung mit Psychopharmaka (1992, Berlin, de Gruyter), S. 205-214

(WISS, 2006, S.x)
Wissounig, Dietger; in:
Hötzl, Manuela: Alpen-Wohnheim. Altenwohnheim in Steinfeld; in:
Baumeister, Nr. 5/2006, Einfach alt werden (2006, Callwey Verlag, München) S. 44-51

(ZWE, 2001, S.x)
Zwettler, Sabine: Wie viele Etagen hat der Tod? Eine ethnografische Studie über das Sterben in Altenheimen (2001, Linz, Universitätsverlag Rudolf Trauner)

WWW-ENG
Engel, Michael: http://www.dradio.de/dlf/sendungen/sprechstunde/367994/, Zugriff am, 21.03.2007

WWW-BAR
http://www.barrierefrei-portal.de/sub/de/barrierefrei_planen/begriffe/index.php, Zugriff am 10.04.2007

WWW-BMC
http://www.bmc.riken.jp/~RI-MAN/index_us.html, Zugriff am 21.03.2007

WWW-COM
http://www.competitionline.de/site/20012003133114/20012003133114.php?preis_id=11155&e=3&wettbewerb_id=7136,Zugriff am 09.06.2007

WWW-DEL
http://www.delwebb.com/Homefinder/Default.aspx, Zugriff am 09.06.2007

WWW-DEW
http://de.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale, Zugriff am 09.06.2007

WWW-EPI
http://www.epica-awards.org/epica/2005/winners/fin_cat21.htm, Zugriff am 09.06.2007

WWW-FIN
http://www.finanzmanager24.de/Altersvorsorge/images/generationen_wandel.gif, Zugriff am 09.06.2007

WWW-FOT
http://www.fotocommunity.de/, Zugriff am 09.06.2007

WWW-HER
http://www.herold.at, Zugriff am 09.06.2007

WWW-MAS
Ministerium für Arbeit und Soziales, Baden-Württemberg: Neue Wohnformen für ältere Menschen. Stand und Perspektiven.
http://www.baden-wuerttemberg.de/sixcms/media.php/2028/Konzept%20Neue%20Wohnformen.pdf, Zugriff am 12.04,2007

WWW-NIK
http://www.nikolaus-weihnachten.de/winterbilder.htm, Zugriff am 09.06.2007

WWW-PAR
http://paro.jp/english/about.html, Zugriff am 21.03.2007

WWW-PARF
http://paro.jp/english/function.html, Zugriff am 21.03.2007

WWW-PARO
http://paro.jp/english/index.html, Zugriff am 09.06.2007

WWW-PART
http://paro.jp/english/therapy.html, Zugriff am 21.03.2007

WWW-REI
http://www.reininghaus017.at/pinwand017.swf, Zugriff am 22.03.2007

WWW-RIP
Rips, Franz-Georg; in:
KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe), Mieterbund und Altershilfe fordern Mindeststandards und Rechtssicherheit für das Betreute Seniorenwohnen
http://www.kda.de/german/showarticles.php?id_art=40, Zugriff am 11.04.2007

WWW-SEN
http://www.seniorweb.at/pages/jung_alt/w_hilfe.html#Beratung, Zugriff am12.04.2007

WWW-SER
http://www.serwo.biz/, Zugriff am 10.04.2007

WWW-SERK
http://www.serwo.biz/konzept.html, Zugriff am 10.04.2007

WWW-SERP
http://www.serwo.org/partner.html, Zugriff am 09.06.2007

WWW-SMH
http://www.smh.com.au/ffximage/2006/06/23/Dickens_060621091932018_wideweb__300x300.jpg, Zugriff am 09.06.2007

WWW-STAE
http://www.staedtebund.at/staedtetag/2006/ergebnis/ak3_biwald.pdf, Zugriff am 09.06.2007

WWW-STAT
http://www.statistik.at/web_de/wcmsprod/groups/zd/documents/webobj/023856.pdf, Zugriff am 09.06.2007

WWW-TIM
http://www.time.com/time/2006/techguide/bestinventions/inventions/medicine6.html, Zugriff am 21.03.2007

WWW-WIK
http://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz, Zugriff am 12.04.2007

WWW-WIE
http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/bombardier/geschichte.htm, Zugriff am 13.06.2007

WWW-WIEN
http://www.wien.gv.at/m19prjdb/wettbewerbe/html/show_ausschreibung.asp?ID=2136&LAUFEND=F&Q_A_TYP=1&Q_A_STANDORT=&Q_A_QUERYSTR=&Q_A_ART=0&Q_A_VERFAHREN=0&Q_A_VON=&Q_A_BIS=&Q_A_LAUFEND=0

WWW-ZIRP
ZIRP (Zukunftsinitiative Rheinland-Pfalz): Alternative Wohnkonzepte im Demographischen Wandel.
http://www.zukunftsradar2030.de/die_themen/miteinander/wohnformen/druck_glossar.htm, Zugriff am 10.04.2007

Die Portraitfotos, welche auf den Deckblättern der jeweiligen Kapitel abgebildet sind, wurden folgender Quelle entnommen:
WWW-FOT

ANMERKUNG

In meiner Arbeit habe ich bewusst auf die weiblichen Wortformen durch ein Anhängen der Endung Innen verzichtet, da diese nicht meinem persönlichen Sprachempfinden entsprechen und den Sprachfluss - meiner Meinung nach - stören. Auf keinen Fall möchte ich damit eine Zustimmung meinerseits für Diskriminierung gegenüber Frauen zum Ausdruck bringen. Sollte sich aufgrund dessen dennoch jemand diskriminiert, ignoriert oder ausgegrenzt fühlen, bitte ich zu berücksichtigen, dass dies gewiss nicht meine Intention ist. Vielmehr empfinde ich die grammatikalisch männliche Form der deutschen Sprache als geschlechtsneutral und schließt daher die weibliche in einer gleichwertigen Weise mit ein und meint diese folglich auch im gleichen Maße. Die Überzeugung über die geschriebene oder gesprochene Sprache die Gleichberechtigung von Mann und Frau zu verwirklichen, teile ich nicht und empfinde ich nahezu als naiv. Emanzipation findet für mich zum einen im Kopf, zum anderen durch Taten und Entscheidungen statt - nicht in Wortendungen.