

CareTRIALOG-Expertin Gudrun Kaiser:

„Die heutige ältere Generation braucht unterschiedliche Wohnformen und flexible räumliche Angebote im eigenen Wohnquartier“

Dass Pflegebedürftigkeit und Wohnqualität einander nicht ausschließen müssen – oder dürfen –, wird von immer mehr Fachleuten festgestellt und gefordert. Doch nach wie vor ist das leichter gesagt als getan. Denn ob in den eigenen vier Wänden, in einer WG oder Einrichtung, dieser Trend hat Umbauten oder ganze Sanierungen zur Folge, die organisiert und nicht zuletzt finanziert sein wollen. Insbesondere Menschen mit Demenz haben sehr spezielle Bedürfnisse, aus denen zunehmend Umstrukturierungen resultieren. Aber wie das alles richtig planen und unter einen Hut kriegen...?



Die Dipl.-Ing. Architektin Gudrun Kaiser beschäftigt sich seit Jahren mit genau diesen Themen. Von 1994 bis 2009 war sie Referentin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und betreibt seit 2010 das Büro „WiA-Wohnqualität im Alter“ in Aachen. Sie berät Architekten, Betreiber und andere Akteure der Altenhilfe bei der Umsetzung aktueller Pflege- und Wohnkonzepte in bedarfsgerechte Architektur für ältere Menschen.

Als CareTRIALOG-Expertin gibt Frau Kaiser im Interview einen Überblick über die wichtigsten Punkte rund um Wohn- und Pflegeprojekte.

Frau Kaiser, welches sind die Hauptaspekte, die Sie als Architektin und Beraterin für ältere Menschen verfolgen?

Normalität, Überschaubarkeit und eine sensible, bedarfsgerechte Gestaltung der räumlichen Umgebung älterer Menschen halte ich bei allen Wohnformen mit und ohne Pflege für einen guten Planungsansatz. Pflegebedürftigkeit und Wohnqualität schließen sich nicht aus, beides ist sowohl im häuslichen Bereich als auch in Pflegeeinrichtungen möglich.

Auch Nachhaltigkeit ist mir wichtig. Seit Jahren modernisieren wir mit großem Aufwand Pflegeheime, die nicht einmal zwanzig Jahre betrieben wurden, weil sie sich baulich nicht mehr für die Umsetzung bedarfsgerechter Pflegekonzepte eignen. Für die heutige Vielfältigkeit und Altersspanne der älteren Generation brauchen wir unterschiedliche Wohnformen und flexible räumliche Angebote im eigenen Wohnquartier, die langfristig auch für neue Zielgruppen und Pflegekonzepte geeignet sind.

Wohin geht der Trend bei Altenwohn- und Pflegeheimen, in wieweit verändert sich die Architektur?

In Pflegeheimen leben heute viel ältere Menschen als früher und die häufigste Ursache für den Umzug ins Pflegeheim ist inzwischen eine Demenzerkrankung.

Menschen mit Demenz tun sich schwer mit der Orientierung in krankenhaussähnlichen, großen Stationen klassischer Pflegeheime. Sie verwechseln Zimmer und Betten, verzweifeln an den Enden langer Flure, wandern rastlos umher und überschauen weder das räumliche Umfeld noch die Vielzahl der Mitbewohner, Pflegenden und Besucher.

Demenz hat die Anforderungen an Architektur verändert. Bedarfsgerechte Heime und ihre „Betreuungseinheiten“ werden kleiner. Anstelle großer Stationen treten zunehmend überschaubare Wohngruppen und es zeigt sich an vielen guten Projektbeispielen, dass hohe Bewohnerkapazität nicht das entscheidende Kriterium für die Wirtschaftlichkeit von Pflegeeinrichtungen ist.

Die Tagesgestaltung von Heimbewohnern orientiert sich zunehmend an persönlichen Bewohnerbedürfnissen und gewohnter Alltagsnormalität statt an institutionellen Abläufen. Essen, Kochen und Gemeinschaft finden nicht mehr zentral im Erdgeschoss sondern unter Einbeziehung der Bewohner in den Wohngruppen statt. Das Thema der wohnlichen, „normalen“ Innenraumgestaltung mit Eigenmöblierung, Licht und Farbgestaltung gewinnt an Bedeutung. Diese Veränderungen lassen sich auch am äußeren Erscheinungsbild der Pflegeeinrichtungen ablesen: Die Architektur orientiert sich zunehmend am Wohnungsbau und entfernt sich vom Krankenhaus.

Ich habe während meiner Tätigkeit im Kuratorium Deutsche Altershilfe seit Beginn der neunziger Jahre mit genau dieser Zielsetzung intensiv an der Entwicklung und Umsetzung des „KDA-Hausgemeinschaftsmodells“ mitgewirkt. Diese Form des Zusammenlebens von 8 bis 12 Menschen in einer wohnungsähnlich gestalteten Gruppe aus Einzelzimmern mit einer großzügigen Gemeinschaftswohnküche halte ich nach wie vor für ein langfristig sehr taugliches bauliches Modell für Menschen mit unterschiedlichsten Pflegebedarfen. Die Hausgemeinschaft bzw. Wohngruppe eignet sich auch auf Quartiersebene als Grundmodul für flexible, kleinmaßstäbliche ambulante und stationäre Betreuungsangebote. Ich halte es für falsch, für jeden Bedarf und jede Zielgruppe eine neue Sonderarchitektur zu entwickeln. Das hat sich in der Vergangenheit als wenig sinnvoll und nachhaltig erwiesen. (*Literaturhinweis: Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft, siehe unten.*)

Ein echter Trend sind WGs. Werden sie weiterhin „nur“ barrierefrei gestaltet oder fällt inzwischen mehr Augenmerk etwa auch auf das Wohnen an sich und AAL?

Die seit einigen Jahren alternativ zu stationären Versorgungsmodellen oder zum Alleinleben entstehenden Wohngemeinschaften entwickeln sich sehr individuell. Sie werden entweder von interessierten Bewohnergruppen selbst gegründet oder z.B. von Pflegediensten oder Wohnungsgesellschaften initiiert und entwickelt. Es gibt WGs für Menschen ohne Hilfebedarf bis hin zu intensiv betreuten Wohngemeinschaften für schwerst demenziell erkrankte Bewohner.

Je nach Entstehungsgeschichte und Bewohnerschaft ist auch der Ausstattungsstandard solcher WGs unterschiedlich und das ist auch gut so. Die Menschen möchten nicht in standardisierten Wohnmodellen leben. Im Vordergrund steht ja ein Bedürfnis nach normalem, möglichst selbst bestimmtem Leben in der eigenen Wohnung, möglichst im gewohnten Quartier. Manche erfolgreiche Alten-WGs der ersten Stunde in Bestandsgebäuden sind nicht einmal barrierefrei! Die Bewohner entscheiden selbst, ob sie aufgrund anderer Vorteile trotzdem einziehen möchten.

Im Neubau sollte Barrierefreiheit selbstverständlich sein. Einige Wohnungsgesellschaften, die immer häufiger Wohnraum für WGs zur Verfügung stellen, erproben und evaluieren dort auch bereits den Einsatz technischer Assistenzsysteme und Möglichkeiten. Ich beobachte die Entwicklung von AAL mit Interesse, habe jedoch den Eindruck, dass es sowohl im stationären als auch im privaten Bereich noch einiger Entwicklung und Erfahrung bedarf, bevor sich sinnvolle und praktikable Hilfen wirklich durchsetzen. Noch mangelt es an Akzeptanz und an bezahlbaren, bedarfsgerechten technischen Hilfen.

Eine Zwischenlösung ist der Umbau von Altbestand, ob ein Heim oder eine Privat-Wohnung. Nehmen die Modernisierungen zu? Und: Lohnen sie sich überhaupt?

Derzeit sind nur etwa 5 Prozent der 11 Mio. Seniorenhaushalte in Deutschland barrierefrei bzw. barrierearm, insofern sind in Hinblick auf die demografische Entwicklung Umbau und barrierefreie Sanierung bezahlbarer Wohnungen in Zukunft vorrangige und lohnende Aufgaben der Wohnungswirtschaft. Barrierefreiheit ist ja nicht nur eine Zwischenlösung sondern bedeutet für viele Menschen – übrigens auch für Jüngere – tatsächlich die langfristige oder definitive Vermeidung von Umzug oder Heimeinweisung!

Bei der Planung von Heimen differenzierte man in den siebziger Jahren zwischen Altenwohnheimen, Altenheimen, und Pflegeheimen. Die Bewohner mussten je nach Bedürftigkeitsgrad umziehen aus einer kleinen Wohnung mit Selbstversorgung in ein Appartement mit Pantryküche und schließlich in ein Pflegezimmer. Diese Dreigliedrigkeit war kein nachhaltiges Konzept und hat sich nicht bewährt. Die Modernisierung aller drei inzwischen unbrauchbaren Bautypologien beschäftigt mich seit Ende der achtziger Jahre. Immer wieder gilt es, diese Bestände entsprechend neuer Pflegekonzepte und Zielgruppen konzeptionell anzupassen. Inzwischen drohen neue Differenzierungen von Bautypen entsprechend der verschiedenen Stadien der Demenz. Das erscheint mir genauso wenig nachhaltig und sinnvoll. Umso wichtiger sind flexiblere bauliche Konzepte für die Zukunft!

Lässt sich generell sagen, was in einem alten Haus auf jeden Fall umgerüstet werden kann und wo die Grenzen sind?

Die wichtigsten und häufigsten strukturellen Sanierungsmaßnahmen im Wohnungsbau sind die Herstellung schwellenfreier und ausreichend breiter Haus- und Wohnungszugänge und der Ein- oder Anbau von Aufzügen. Innerhalb der Wohnung sind die barrierefreie Gestaltung der Sanitärbereiche, ausreichende Bewegungsflächen und der schwellenfreie Zugang zu allen Räumen und Freibereichen die vorrangigen Ziele der Sanierung.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Einzelmaßnahmen, die vom individuellen Bedarf einzelner Nutzer und den Möglichkeiten der jeweiligen Wohnsituation abhängen. Wo Barrierefreiheit baulich nicht herstellbar ist, helfen „barrierearme“ Zwischenlösungen (z.B. die Reduzierung von Schwellenhöhen durch Zwischenstufen oder der Einbau von Duschen mit geringer Schwellenhöhe), die aber nicht allen Menschen mit Behinderungen gerecht werden. Die Grenzen der Sanierungsmöglichkeiten sind meist dann erreicht, wenn der Kostenaufwand nicht mehr darstellbar ist.

Bei Sanierungen in Pflegeheimen geht es heute hauptsächlich um die Umwandlung großer Stationen in kleine Wohngruppen, um den Abbau von Doppelzimmern, um den Einbau von Duschbädern und das Schaffen zusätzlicher Gemeinschaftsräume und Wohnküchen. Meist geht mit diesen Maßnahmen der Verlust von Pflegeplätzen einher. Die bauliche und wirtschaftliche Machbarkeit ist nicht bei jedem Sanierungsvorhaben gegeben, so dass manche Häuser trotz geringer Betriebsdauer und guter Bausubstanz nicht gehalten werden können.

Womit werden Sie persönlich sich zukünftig besonders beschäftigen?

Ich arbeite zurzeit an einem Buch-Projekt über das Bauen für ältere Menschen und werde mich darüber hinaus verstärkt mit der wohnlichen Gestaltung der Umgebung älterer und demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus beschäftigen.

Sowohl im Akutkrankenhaus als auch im Rehabereich werden immer mehr ältere Patienten zeitlich begrenzt behandelt und betreut, die außer an einer akuten Erkrankung auch unter Demenz leiden. Krankenhausaufenthalte sind für diese Patienten äußerst anstrengend und oft der Auslöser für eine anschließende Heimunterbringung. Ärzte und Klinikleitungen sind sensibel für diese Problematik und zunehmend daran interessiert, Bereiche ihrer Häuser demenzgerechter zu gestalten. Hier spielen die Innenraumgestaltung mit Licht, Farbe und Material sowie die Überschaubarkeit der Räumlichkeiten eine wichtige Rolle für das persönliche Wohlbefinden und das Gelingen der anschließenden Rückführung älterer Patienten in gewohnte Alltagsstrukturen.

Die Umsetzung und Verbreitung des Hausgemeinschaftskonzepts als stationäre und ambulant betreute Gruppenwohnform wird für mich auch weiterhin ein wichtiges Anliegen bleiben.

Ausführliche Informationen über die Arbeit von Gudrun Kaiser bietet ihre Homepage. In einem zweiten Beitrag im Juni wird sie sich beim CareTRIALOG speziell den Schwerpunkten Licht und Farbe widmen.