

Über demenzsensible Innenarchitektur

Ein medAmbiente-Gespräch mit Dr. Birgit Dietz

Birgit Dietz lehrt seit 2008 an der Technischen Universität München das Fach „Krankenhausbau und Bauten des Gesundheitswesens“ an der Fakultät für Architektur sowie „Architektur für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Menschen mit Demenz“ an der Fakultät für Medizin. 2012 begann sie mit dem Aufbau des Bayerischen Instituts für alters- und demenzsensible Architektur (BifadA). medAmbiente fragte Birgit Dietz, was Innenarchitektur in Zusammenhang mit Demenz leisten kann. Teil 1 unseres zweiteiligen Interviews.



Dr. Ing. Birgit Dietz, Architektin AKG, Gerontologie Univ. Zert. Im August 2018 erschien ihr aktuelles Buch „Demenzsensible Architektur – Planen und Gestalten für alle Sinne“ im Fraunhofer IRB Verlag, ISBN 978-3-7388-0032-6.

Frau Dr. Dietz, bevor wir in die Einzelheiten gehen: die Demenz, eine Erkrankung des Gehirns, ist ein Thema, das seit vielen Jahren unter vielen Aspekten untersucht und debattiert wird. In den Einrichtungen der Pflege ist es ja auch völlig unausweichlich. Haben Sie denn den Eindruck, dass Architekten und Innenarchitekten zu wenig sensibel sind bezüglich der Anforderungen der Demenzkranken – oder kommen deren Ideen einfach zu wenig zum Zuge?

Birgit Dietz: Vielleicht sind einfach die Zahlen nicht so bewusst: Mehr als die Hälfte der in einer Pflegeeinrichtung wohnenden Senioren sind an Demenz erkrankt. Oder man will am liebsten einfach nicht an Demenz denken. Und dann sind körperliche Einschränkungen im Gegensatz zu kognitiven Einschränkungen natürlich sichtbar. Wenn ein Mensch im Rollstuhl keine Treppe bewältigen kann, dann ist das für jedermann nachzuvollziehen und einfach durch architektonische Maßnahmen wie Rampen oder Aufzüge besser zu planen und zu beheben. Dass Architektur Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Demenz unterstützen kann, ist vielen dagegen nicht bewusst. Betroffene sind oft nicht mehr in der Lage, klar zu äußern, was z.B. ihren Sturz verursacht hat: wurde eine schwarze Fußmatte auf hellem Boden vielleicht als Loch fehlinterpretiert, der glänzende Boden als nass gesehen oder einfach der Lichtschalter nicht gefunden? Gerade kompensierende Maßnahmen im Bereich der Sinne sind oft recht einfach einzuführen und wirksam, bei manchen Fragestellungen müssen allerdings noch Forschung und Praxistests zeigen, was wirklich hilft.

Wie Sie auch in Ihrem Buch anmerken, beruhen viele Empfehlungen auf Erfahrungswissen und noch nicht so sehr auf wissenschaftlichem Fundament. Wie kam es bei Ihnen persönlich eigentlich dazu, dass Sie sich für dieses Thema so stark interessieren?

Birgit Dietz: Erfahrungswissen aus der Praxis ist unverzichtbar! Der Prozess des evidence based design (EBD) bringt Erfahrungen aus der Praxis, Nutzerbedürfnisse und Forschung ganz gut zusammen: je nach Fragestellung wird erst einmal eine Übersicht über bereits existierende Studien geschaffen und diese dann bewertet. Daraus werden Empfehlungen zur Gestaltung der Umwelt entwickelt, umgesetzt und wieder bewertet. Auf diese Weise „lernt“ das Design ständig in der Praxis dazu. Mein Interesse an dem Thema hat sich eher zufällig entwickelt. Im Rahmen meines Lehrauftrags an der TUM für Krankenhausbau und Bauten des Gesundheitswesens an der Architektur fakultät bin ich häufig mit Studierenden in Kliniken und Pflegeheimen unterwegs. Immer wieder wurden wir von desorientierten Patienten nach dem Weg gefragt. Einmal kam eine aufgeregte Dame auf uns zugelaufen und beschwerte sich, dass ein fremder Mann in ihrem Bett läge – doch sie hatte nur das falsche Zimmer erwischt. Mir wurde klar, dass Architektur und Design auf die besonderen Bedürfnisse der wachsenden Bevölkerungsgruppe älterer und besonders der an Demenz erkrankter Menschen eingehen muss. Dazu kommt, dass ich meine an Demenz erkrankte Schwiegermutter im Alltag und



Abb. 1 + 2 + 3: Auch eine demenzsensible Signaletik gehört dazu. Mit dem Ansprechen verschiedener Hirnregionen durch bekannte Bildmotive, Schrift und Farbe steigt die Chance der Verständlichkeit und Merkbarkeit eines Leitsystems; Neubau „Diamant“ des Altenheims „Sennhof“ in der Schweiz

jetzt in der Pflegesituation erlebe. Extrem wichtig ist mir dabei geworden, immer wieder zu verstehen, dass je mehr auf der einen Seite die Anpassungsfähigkeit des Menschen an unterschiedliche Umgebungen abnimmt, auf der anderen Seite die gebaute Umwelt zunehmend unterstützend und ausgleichend, sozusagen wie eine Prothese, zu planen und zu gestalten ist. Dabei sind Sicherheit, Übersichtlichkeit und Vertrautheit die wichtigsten Kriterien. Diese Maßnahmen helfen nicht nur den Betroffenen sondern entlasten auch Angehörige, Pflegekräfte, eigentlich jeden, der mit Menschen mit Demenz zu tun hat.

Wenn wir nun einmal auf die Realität des Bestands schauen und auf neugebaute Pflegeeinrichtungen oder Seniorenheime – was sehen Sie da, wenn Sie sozusagen den Filter der Demenz davorhalten?

Birgit Dietz: Generell muss man sagen, dass leider auch neue Pflegeeinrichtungen nicht unbedingt besser auf die besonderen Bedürfnisse von älteren und demenzerkrankten Bewohnern eingerichtet sind. Dass für Anpassungsmaßnahmen oft weniger die finanziellen Mittel, als vielmehr konkrete Informationen, eine bewusste Wahrnehmung und die Bereitschaft, zu praktischen Veränderungen erforderlich sind, zeigt eine Studie der TU München, die vom Bayerischen Gesundheitsministerium gefördert und mit dem Bayerischen Institut für alters- und demenzsensible Architektur im Landkreis Bamberg durchgeführt wird.

Geben Sie uns ein Beispiel?

Birgit Dietz: Nur zwei Aspekte, die bei der Ist-Analyse immer wieder auftauchten: Die DIN 18040 bietet gute Planungsgrundlagen z.B. für Treppenhäuser, Rampen und Aufzüge. Es dürfte also mit dem Ziel einer Minimierung der Sturzgefahr in Pflegeeinrichtungen nur noch Treppenhäuser mit beidseitigen Handläufen geben, die ohne Unterbrechung um das Treppenauge geführt sind, ohne Unterbrechung am Zwischenpodest und mit Weiterführung des Handlaufs um 30 cm am Treppenauf- und -abgang, mit Stufenmarkierungen auf allen Einzelstufen etc. – das ist im Moment nicht einmal bei allen Neubauten so umgesetzt. Das zweite Beispiel bezieht sich auf die Tatsache, dass im Alter das Lichtbedürfnis steigt und die Farben Gelb, Orange, Rot länger differenziert erkannt werden. Mit diesem Wissen sollten wichtige Schalter in einem Pflege- oder Seniorenheim entsprechend mar-

kiert sein, Sanitäreinrichtungen nicht Weiß auf Weiß, sondern mit Leuchtdichte – und Farbkontrast geplant sein und viel Licht in Räume fließen können.

Was halten Sie von Konzepten wie dem „Demenzdorf“ – etwa De Hogewijk in den Niederlanden?

Birgit Dietz: In dem Demenzdorf De Hogewijk kann sich jeder frei bewegen und es gibt viele verschiedene Angebote. In kleinen Reihenhäusern leben zwischen sechs bis acht an Demenz erkrankte Menschen in Wohngruppen. Was bedeutet, dass der personelle Aufwand enorm ist; für die 152 hier wohnenden Menschen sind über 240 Mitarbeiter zuständig. Mittlerweile werden eher ganzheitlichere Ansätze verfolgt, so soll beispielsweise eine Ansiedlung von Pflegeeinrichtungen in Städten mehr Beziehungen zu existierenden Nachbarschaften ermöglichen und Läden, Cafés und andere Angebote sollen für Austausch und soziale Kontakte sorgen.

Sie haben in Anlehnung an Beate Radzey, die vor kurzem – auch bei uns in der medAmbiente – ihre Arbeit „Lebenswelt Pflegeheim“ vorgestellt hat, nutzerorientierte Gestaltungskriterien zusammengestellt. Sie bewegen sich in einem Dreieck aus Handeln, Erleben und Wahrnehmung. Könnten Sie das bitte einmal erläutern?

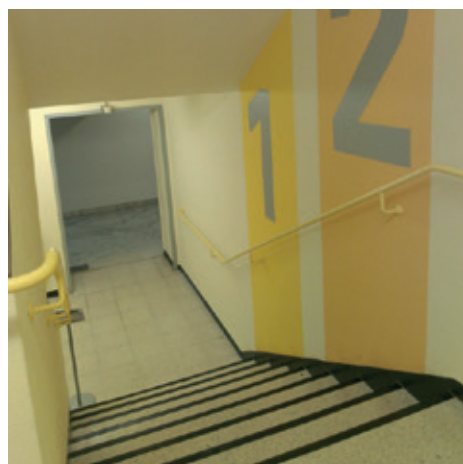


Abb. 4: Beispiel Treppenhaus mit Stufenmarkierung und hohem Leuchtdichtekontrast



Abb. 5 + 6 + 7: Farbige Klebestreifen oder ein aufgemalter roter Rahmen sind einfache aber effektive Methoden, um einen Lichtschalter besser sichtbar zu machen

Birgit Dietz: Je besser ich die Umwelt aus eigenen Kräften wahrnehmen und verstehen, also „lesen“ kann – und dies geschieht am besten über alle Sinne – desto mehr traue ich mich auch, in der Umwelt selbstständig und selbstbestimmt zu bewegen und zu handeln. Ich gehe dahin, wo es mir am besten gefällt und ich mich wohlfühle. Von der Wahrnehmung über das Handeln und Erleben definiere ich meine Identität. Je eingeschränkter meine Wahrnehmung und Deutung der Umwelt ist, desto weniger spüre ich, wo ich bin und wer ich bin. Wenn ich die Umwelt dagegen nicht „lesen“ kann, mich nicht zurecht finde, sie nicht beeinflussen kann, keinen Lieblingsplatz oder Ähnliches besitze, macht sie mir Angst und ich bleibe vielleicht einfach im Bett sitzen. Gerade aber das Erleben von Unbestimmtheit und Inkompetenz ist nach Prof. Dr. Dietrich Dörner eine wesentliche Ursache von Angst. Und Angst führt zu Handlungstendenzen wie Flucht, Aggression oder eben Rückzug und Informationsabwehr. Das ist wichtig zu verstehen, wenn ein älterer demenzerkrankter Mensch in der Notaufnahme in Panik gerät. Und es ist wichtig zu wissen, wenn solche Räume geplant und gestaltet werden, denn wir können architektonisch von der Akustik über die Raumaufteilung bis zum Licht viel dazu beitragen, Unsicherheit und Angst zu minimieren. Nicht zuletzt lässt sich auch das Behandlungskonzept auf diese besondere Situation abstimmen.

Wie finden Sie die Idee der künstlichen Markthallen, Bushaltestellen, etc.?

Birgit Dietz: Meine Studenten und ich besuchten ein Pflegeheim mit einer beschützenden Abteilung in München. Wir begutachteten die Station und den umfriedeten Garten mit rotem Auto (als Treffpunkt für die Männer) und Bushaltestelle (als Treffpunkt für die Frauen) darin. Meine Studenten waren sehr kritisch und verurteilten das Aufbauen von Scheinwelten. Doch fanden wir nach und nach verschiedene Ansichten darüber: Im Pflegealltag gibt es zu wenig Geld und zu wenig Pflegekräfte, was bedeutet, dass alles, was an kurzfristigen Lösungen zur Entlastung angeboten werden kann, gerne ausprobiert wird. Beispielsweise benötigt jeder Mitarbeiter täglich bis zu einer Stunde, um Patienten den Weg zu weisen. Wenn dann zwei Damen an der Bushaltestelle sitzen, die Fotos der Enkel aus der Tasche ziehen und sich ein wenig über den verspäteten Bus echauffern, fühlen sich die beiden womöglich wohl und vollkommen angekommen in ihrer Welt. Doch auch das andere ist denkbar: ein noch relativ fitter Bewohner ärgert sich über das Theater und fühlt sich nicht ernst genommen. Dort in München wurde mittlerweile beides aus dem Garten entfernt.



Abb. 8 : Bei den „Assessment und Planung Units“ (APU - 22 Betten, mit einem Geriater in ein multiprofessionelles Team eingebunden) im Royal Melbourne Hospital wurden abgetrennte Bereiche mit Einzelkojen, ein effektives Ausschöpfen der Ressourcen, frühere Diagnose und Behandlung und damit innerhalb kurzer Zeit die Möglichkeit, auf Station überzuleiten oder nach Hause entlassen zu werden, positiv evaluiert.

Welchen Stellenwert im Zusammenhang mit Demenz hat für Sie die Technik – etwa im Sinne des Ambient Assisted Living, etc.?

Birgit Dietz: Beim Einsatz von Technik im Zusammenhang mit Demenz gibt es ja eine große Bandbreite: von der Ausschaltvorrichtung für Herde im Smart-home-Konzept bis hin zum Sicherheitssystem bei Laufendenzen funktioniert bereits einiges sehr gut. Wir müssen allerdings bedenken, dass im Moment noch eine Generation von Menschen an Demenz erkrankt ist, die in ihrer Jugend und aktiven Lebenszeit nur bedingt mit viel bzw. digitaler Technik umgeben war. Das wird sich in der Zukunft ändern, so dass auch Ambient Assisted Living eine viel größere und selbstverständlichere Rolle für die an Demenz Erkrankten spielen wird. In diesem Bereich gibt es einige interessante und vielversprechende Ansätze zum Beispiel in der Robotik, die sich noch in der Praxis bewähren müssen. Einen interessanten Aspekt konnte ich auf der Welt-Alzheimer-Konferenz in Chicago im letzten Jahr ausprobieren: eine Virtual Reality Brille verdeutlichte, wie Menschen mit einer Demenzerkrankung ihre Umwelt erleben: kompliziert, unverständlich, anstrengend!

Die abschließende Fortsetzung dieses Gesprächs lesen Sie in medAmbiente 2/2019. Sie erscheint am 13. Juni 2019.

Kontakt: **Dr. Ing. Birgit Dietz**
 Architektin AKG
 Lehrbeauftragte TU München, Krankenhausbau und Bauten des Gesundheitswesens
 Tel.: 0951/96515-0
 info@bifada.de
 www.bifada.de