

Wohn- und Pflegeheim Oberndorf/ Tirol

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades einer
Diplom- Ingenieurin

Studienrichtung: Architektur

Kerstin Helene Kuttner

Technische Universität Graz
Erzherzog - Johann - Universität
Fakultät für Architektur

Betreuer: Univ. Prof. Dipl. Ing. Architekt Roger Riewe
Institut für Architekturtechnologie

2011

Deutsche Fassung:
Beschluss der Curricula-Kommission für Bachelor-, Master- und Diplomstudien vom 10.11.2008
Genehmigung des Senates am 1.12.2008

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt, und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am
(Unterschrift)

Englische Fassung:

STATUTORY DECLARATION

I declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources, and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

.....
date (signature)

Alter

- 01 Vorwort
- 03 Das Alter
- 05 Altern und die finanziellen Folgeerscheinungen
- 07 Die Angst vor dem Alter
- 08 Ageismus - Altenfeindlichkeit
- 09 Demographische Entwicklungstendenzen

Architektur und Alter

- 11 Architektur und alte Menschen
- 13 historischer Überblick - Pflegeheime
- 15 Wohnformen für alte Menschen
- 17 Heim- und Pflegegesetze im Vergleich
- 19 Barrierefreiheit
- 21 Social Design/ Universal Design
- 23 räumliche Organisation und Orientierung
- 25 Entwurfskriterien für Altersheime
- 27 Demenz
- 29 Entwerfen für Demenzkranke
- 31 Milieuthherapie
- 33 Freiraumgestaltung für alte Menschen
- 34 Overprotection
- 35 Internationale Modelle für alte Menschen

Aktuelle architektonische Beispiele

- 39 aktuelle Beispiele
- 41 Altenheim in Azmoos - Hubert Bischoff
- 43 Altenwohnhaus Chur - Peter Zumthor
- 45 de Plussenburgh - Arons en Gelauff Architecten
- 47 Flintholm - Frederiksen und Knudsen Arkitekter
- 49 Alters- und Pflegeheim Gisingen - Noldin&Noldin
- 53 Altenpflegeheim Hüfingen - Heeg, Amann, Volpp
- 55 Altenwohnheim Maria Gail - Dietger Wissounig
- 57 Alten- und Pflegeheim in Nofels - Rainer Köberl
- 59 Sozialzentrum Passail - Gerhard Mitterberger
- 61 Pflegeheim Steinfeld - Dietger Wissounig
- 65 Seniorenresidenz Withus - Kengo Kuma

Entwurfsgrundlagen

- 67 Entwurfsgrundlagen
- 71 Die Gemeinde Oberndorf in Tirol
- 72 Eindrücke aus Oberndorf
- 73 Das Grundstück
- 75 Fotodokumentation - Grundstück
- 76 Der Wettbewerb
- 77 Gedanken zum Raumprogramm
- 78 Raumprogramm

Entwurf

- 77 Entwurf
- 79 Schwarzplan 1:5000
- 80 Foto Umgebungsmodell
- 81 Entwurfsbeschreibung 1
- 82 Schaubild 1
- 83 Lageplan genordet 1:500
- 85 Grundriss Erdgeschoss 1:200
- 87 Grundriss 1. Obergeschoss 1:200
- 89 Grundriss 2. Obergeschoss 1:200
- 91 Funktionsaufteilung
- 95 Grundriss Untergeschoss 1:200
- 97 Längsschnitt A 1:200
- 99 Längsschnitt B 1:200
- 101 Querschnitt C 1:200
- 102 Ansicht Ost 1:200 / Ansicht West 1:200
- 103 Ansicht Süd 1:200 / Ansicht Nord 1:200
- 105 Ansicht Nord geöffnet und geschlossen 1:200
- 107 Entwurfsbeschreibung 2
- 108 Schaubild 2
- 109 Fassadenschnitt vertikal 1:10
- 111 Fassadenschnitt horizontal 1:10
- 112 Pflegezimmer 1:100
- 113 barrierefreies Badezimmer 1:25

- 114 Foto Einsatzmodell 1:500
- 115 Foto Modell 1:200 Erdgeschoss
- 116 Foto Modell 1:200 2. Obergeschoss
- 117 Entwurfsbeschreibung 3
- 118 Foto Einsatzmodell Erweiterung 1:500
- 119 Grundriss Erweiterung 1. Obergeschoss 1:250
- 121 Grundriss Erweiterung 1:200

Anhang

- 122 Danksagungen
- 123 Bibliographie
- 126 Online- Quellenverzeichnis
- 127 Abbildungsverzeichnis
- 130 Abkürzungsverzeichnis

Nach Simone de Beauvoir wird die Stellung der Alten in der Gesellschaft vom Wertesystem derer bestimmt und so trifft die Behandlung der alten Menschen auch eine Aussage über die jeweilige Gesellschaft. Viele Gesellschaften verehrten oder verwöhnten ihre Alten, genauso viele fürchteten und respektierten sie wegen ihrer magischen Kräfte oder töteten sie bzw. ließen sie zurück, weil sie schwere Zeiten durchlebten und ein alter Mensch als nutzloser Esser gesehen wurde. Es gibt in vielen Kulturen eine Analogie zwischen Alten und Kindern. In den Kindern sah man jedoch immer die Zukunft und ein Potential, wogegen die Alten bereits an oder auf der Schwelle des Todes standen und ihr Wert demnach geringer eingestuft wurde (vgl. Simone de Beauvoir, 1995, S. 74; 184; 186; 258; 377; 463 ff).

In der heutigen Zeit wird die Spanne des Lebensabschnittes Alter immer länger und der Tod tritt später ein. Man erlebt das Alter zumeist in guter Gesundheit und kann infolge dessen auch mehr in dieser Zeit unternehmen und erleben. Es sind viele Studien über die demographische Entwicklung der europäischen Bevölkerung im Umlauf, die eine gemeinsame Aussage haben: Die Bevölkerung wird immer älter. Es ist ein äußerst aktuelles Thema nach alternativen Wohnkonzepten für alte Menschen zu suchen, Konzepte für eine verbesserte Gemeinschaftsbildung zu entwickeln oder sich der Thematik der Altenpflege zu widmen. Alte Menschen wollen so lange es möglich ist in ihrem gewohnten baulichen und sozialen Umfeld leben, was für die Entwicklung verbesserter Versorgungsstrukturen und Wohnumstände spricht. Es ist jedoch statistisch gesehen wahrscheinlich, dass im hohen Alter eine Pflegebedürftigkeit eintritt. Diese Pflege kann von verschiedenen Institutionen ausgeführt werden. Momentan wird viel Kritik am österreichischen Pflegesystem geübt und auch am Heimwesen. Alte Menschen haben häufig Angst davor in ein Heim „geschickt zu werden“, da sie damit Abgeschlossenheit, den Verlust des sozialen Umfeldes und mangelnde Lebensfreude assoziieren, was bis vor allzu langer Zeit noch den Tatsachen entsprach.

Altenheime sind aber ein wichtiger Bestandteil der zu entwickelnden Infrastruktur für die Versorgung Pflegebedürftiger. Krankheiten wie Demenz oder Multimorbidität treten zwar immer später ein, dennoch kommen sie vor und verlangen Erkrankten und insbesondere auch pflegenden Angehörigen vieles ab. Es sollte eine Möglichkeit geben, solche Menschen gut zu betreuen und zu unterstützen und zwar in einem humanen und qualitativ hochwertigen Rahmen. Es sind Pflegeheime gefragt, die sich ohne Stigmata präsentieren und Lebensqualität bieten. Das sind Parameter, die in der Architektur bewältigt werden können.

Ich habe mich für den Entwurf eines Alten Wohn- und Pflegeheimes als Diplomarbeitsthema entschieden, weil ich die Thematik Bauen für alte Menschen als besonders wichtig und zukunftsweisend erachte. Die umfassende Recherche, die meinem Entwurf vorausging, enthält wichtige Erkenntnisse rund um das Alter: auf psychologischer, physischer, sozialer und architektonischer Ebene. Diese gaben den Ausschlag für meinen Entwurf. Ich versuchte das Wohn- und Pflegeheim, welches als Wettbewerb ausgeschrieben war, so hochwertig und altersgerecht wie möglich zu gestalten und alle, mir selbst gestellten, Ansprüche zu erfüllen.



Das „Alter“ als Begriff an sich zu definieren gestaltet sich schwierig, da es bisher keine allgemein gültige Definition gibt. Altern kann man unter verschiedenen Aspekten betrachten: biologisch, psychologisch, chronologisch und sozial (vgl. Marquardt, 2007, S. 5).

Laut einem Vorschlag der Weltgesundheitsorganisation, lässt sich das Alter, der letzte Lebensabschnitt in 4 „Alterskohorten“ unterteilen. Im Zuge dessen wird unterschieden zwischen: alternden Menschen (51- 60 Jahre), älteren Menschen (61 – 75 Jahre), alten Menschen (76 – 90 Jahre) und den Hochbetagten (91 – 100 Jahre). Menschen, die ein Alter über 100 Jahre hinaus erreichen, werden als Langlebige bezeichnet (vgl. Bernhofer, 2007 zit. n. WHO, 1980, S. 20f).

Diese Einteilung jedoch bezieht sich rein auf das chronologische Alter, die Spanne der Jahre. Man darf nicht vergessen, dass das Altern von jedem individuell erlebt und eingeschätzt wird. Wenn in dieser Arbeit von älteren Menschen oder alten Menschen gesprochen wird, so sind stets Menschen im Alter von ca. 65 bis 85 Jahren gemeint.

Der Alterungsprozess führt häufig zu altersbedingten Funktionseinbußen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten, des Sehens, der Bewegung und des Hörsinnes. All diese Faktoren führen dazu, dass sich alte Menschen schwerer an Veränderungen anpassen können und sich langsamer in eine neue Umgebung einfügen. Bei der Gestaltung der baulichen Umwelt muss auf diese Tatsachen Rücksicht genommen werden (vgl. Marquardt, 2007, S. 6).

Gedächtnisfunktion

Die kognitiven Fähigkeiten nehmen mit zunehmendem Alter im Bereich des Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisses ab. Das führt zu langsamerer Reaktionszeit so wie verringerter Aufnahmegeschwindigkeit von Informationen und erschwertem Erinnerungsvermögen. Die Verlangsamung des Denkprozesses führt in weiterer Folge auch zu einer Verlangsamung des Handelns.

Bei der architektonischen Gestaltung der Räume kann man auf dieses Defizit durch gut ablesbare Räume reagieren. Als ablesbare Räume definiert man Zonen, deren Funktion dem Benutzer durch mehrere Faktoren sofort mitgeteilt wird. Diese sind entweder Farbe, Materialität, Einrichtung oder Größe des Raumes. Die Orientierung des Benutzers wird so wesentlich erleichtert und die Räume werden schneller angenommen (vgl. Marquardt, 2007, S. 6f).

Sehvermögen

Sehschärfe und Akkomodationsleistung des Auges verringern sich nach dem Erreichen eines Alters von 50 Jahren. Dies kann zu Problemen bei der Reizwahrnehmung, Hell/Dunkel- Empfindung, Kontrastwahrnehmung und dem räumlichen Sehvermögen führen, so wie das Gesichtsfeld einschränken.

Orientierungshilfen, visueller oder akustischer Art, taktile Leitfelder im Bodenbelag, Farbkontraste (z.B. Komplementärfarben) der Innenraumgestaltung und Verwendung von Licht sind einige Ansätze um auf das verminderte Sehvermögen alter Menschen in baulicher Hinsicht einzugehen. Ein wesentlicher Punkt ist dabei auch der ausreichende Einsatz von Beleuchtung (vgl. Marquardt, 2007, S. 7f).

Hörsinn

Bereits ab dem 20. Lebensjahr vermindert sich das Hörvermögen bezüglich der Wahrnehmung von Tönen in hohem Frequenzbereich. Diese Entwicklung setzt sich bis ins hohe Alter fort. Im Bereich der Sprachfrequenz kommt es ebenfalls zu Beeinträchtigungen. Folgen sind verringerte soziale Interaktion, im schlimmsten Falle Verwirrung und Desorientiertheit, was vorwiegend in einer besonders lauten Umgebung der Fall ist.

Baulich kann auf dieses Handicap nur schwer eingegangen werden. Lediglich eine schallabsorbierende und die Nachhallzeit verringernde Oberflächengestaltung in Gemeinschaftsräumen kann hier zum Einsatz kommen (vgl. Marquardt, 2007, S. 8).

Mobilität

Gleichgewichtssinn und Bewegungsapparat können mit zunehmendem Alter beeinträchtigt werden. Die Mobilität wird durch Hemmnisse im Bereich des Bewegungsapparates zunehmend verringert. Alte Menschen bewegen sich oftmals nur sehr unsicher und langsam, oder sind auf Gehhilfen angewiesen.

Architektonisch gesehen bedeutet das, vor allem mit barrierefreier Gestaltung auf diese besonderen Bedürfnisse zu reagieren. Gut zugängliche Areale, kurze Wege und optimale Erreichbarkeit, funktionale Nutzung insbesondere auch für Rollstuhlfahrer und deren Assistenz, müssen berücksichtigt werden (vgl. Marquardt, 2007, S. 8).

Laut neueren medizinischen Erkenntnissen verbringen ältere Menschen, die durch die höhere Lebensqualität gestiegene Anzahl der Jahre auch in besserer Gesundheit. Dennoch steigen im Alter durch den körperlichen Alterungsprozess bedingt, die Risiken an einer chronischen Krankheit zu erkranken. Häufige Krankheiten, welche in Verbindung mit dem Altern des Organismus auftreten, sind Sehbehinderungen, Herz- und Gefäßerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems und psychische Erkrankungen. Diese Erkrankungen können im schlimmsten Fall zur Pflegebedürftigkeit der Betroffenen führen (vgl. Marquardt, 2007, S. 6).

Zu den organischen Erkrankungen zählen: Herz-Kreislaufkrankungen, Hypertonie, Apoplexie, Herzinfarkt und Krebserkrankungen. Auch andere Gebrechen sind bei alten Menschen oft festzustellen, wie zum Beispiel Arthritis, Altersosteoporose, Altersdiabetes, Inkontinenz und abnehmende Muskelkraft.

Häufige gerontopsychiatrische Störungen, die bei alten Menschen in Heimen diagnostiziert wurden sind: Hirninfarkt (Apoplexia cerebri) oder ugs. Schlaganfall genannt, Störungen im Bereich der Psychomotorik, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Verwirrtheit, Delir, Altersdepression und Manie (vgl. Bernhofer, 2007, S. 64-78).

Depressionen stellen eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter dar. Die Zahl der Erkrankungen steigt jedoch in Heimen rapide an und ist laut Studien viermal so hoch wie in Privathaushalten. Depressive Erkrankungen haben eine Veränderung von Stimmung und Antrieb zur Folge. Zu den häufigsten Ursachen zählen Einsamkeit und Angstgefühle aufgrund sozialer Isolation. Die Einbindung der Heimbewohner in ein soziales Umfeld und auch eine angemessene Therapie sind daher besonders wichtig (vgl. Bernhofer, 2007, S. 69f).



Abb. 01

Der Alterungsprozess geht, wie bereits erwähnt, mit einer großen Anzahl von körperlichen und seelischen Veränderungen einher. Diese Prozesse haben aber auch eine materielle Komponente: Kaum eine Veränderung wird als so einschneidend betrachtet wie die Pensionierung. Diese führt nicht nur zu Statusverlust, weil Erwerbsunfähigkeit impliziert wird, sondern auch zu erheblichen finanziellen Einbußen. In Europa ist es auffällig, dass alte Menschen gegenüber allen anderen Teilen der Bevölkerung materiell schlechter gestellt sind. Vor allem allein stehende Frauen verfügen oftmals nur über sehr niedrige Pensionen, da sie Kinder großgezogen, nur im Haushalt tätig waren (vor einigen Jahren war dies noch das Los der Frau) oder Teilzeit gearbeitet haben bzw. allgemein niedrigere Löhne als Männer erhielten. Alle diese Faktoren wirken sich auf die Beitragszahlungen für die Renten aus.

Das „Altern“ der Bevölkerung bereitet vielen Industriestaaten Schwierigkeiten. Die so genannte Belastungsquote gibt Aufschluss darüber, wie viele Erwerbstätige auf einen Rentner im Sozialsystem kommen. Sie sagt aus, dass immer weniger Erwerbstätige für immer mehr Rentner Beiträge einbezahlen müssen, die auch eine immer höhere Lebenserwartung haben. Das Problem, welchem man in den nächsten Jahren begegnen wird, liegt auf der Hand und es wird nicht mehr durch ein bloßes Anheben des Pensionsalters in den Griff zu bekommen sein.

Zu sagen ist jedoch, dass die Erwerbstätigen neben den Rentnern auch die Gruppe der Arbeitslosen finanzieren, was zeigt, dass junge Menschen nicht ausschließlich erwerbstätig sind und nur alte Menschen soziale Förderungen erhalten. Alte Menschen leisten noch viele soziale Dienste, als Beispiel soll hier nur die Betreuung der Enkelkinder genannt werden, die häufig von den Großeltern übernommen wird, während sich beide Elternteile bei der Arbeit befinden (vgl. Giddens/ Fleck/Egger de Campo, 2009).

Wird das Alter bei guter Gesundheit erlebt, wie es immer häufiger der Fall ist, so stellen finanzielle Einbußen bis zu einem gewissen Maß kein existentielles Problem dar. Das ändert sich jedoch schlagartig, wenn die Betroffenen zum

Pflegefall werden. In Österreich benötigen rund 440.000 Menschen ständige Pflege. Das bedeutet für die Betroffenen und die Angehörigen einen finanziellen Aufwand, egal welches Pflegemodell in Anspruch genommen wird.

Um die finanzielle Unterstützung der pflegenden Angehörigen oder der zu Pflegenden auf gesetzlicher Ebene zu regeln gibt es in Österreich das Bundespflegegeldgesetz, welches mit 1. Juli 1993 in Kraft getreten ist. Das Pflegegeld stellt eine Leistung zur Abdeckung von entstehenden Mehrkosten dar und wird als Beitrag zur Pflege gesehen. Um eine solche Unterstützung zu erhalten, müssen jedoch einige Voraussetzungen erfüllt werden, wie zum Beispiel: ständiger Pflegebedarf über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten und über mehr als 60 Stunden im Monat. Die Höhe des Pflegegeldes wird anhand des erforderlichen Pflegebedarfs ermittelt. Dieser liegt vor, wenn bei Betreuungsmaßnahmen (Kochen, Einkaufen, Waschen...) und auch bei Hilfsverrichtungen Unterstützung notwendig ist. Pflegegeld kann nicht nur von alten Menschen oder deren Angehörigen bezogen werden, sondern natürlich auch von allen pflegebedürftigen Menschen.

Der Pflegebedarf wird von ärztlichen Sachverständigengutachten festgelegt und ist in sieben Stufen unterteilt (vgl. <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360511.html> 29.03.2011).

Der Pflegebedarf wird in Stunden pro Monat eingeteilt: So ist man bei einem Pflegebedarf mit mehr als 60 Stunden im Monat (seit 01.01.2011) in Pflegestufe 1 und über 180 Stunden in Stufe 7. Die finanzielle Unterstützung variiert dabei zwischen 154,20€ und 1655,80€ (vgl. <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360516.html> 29.03.2011).

Das Pflegegeldsystem basiert seit 1993 auf einer Kombination von Geld- und Sachleistungen, wobei das steuerfinanzierte Pflegegeld im Mittelpunkt steht. Dieses wird den pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt, wobei es den Pflegegeldbeziehern überlassen wird, wie sie das Geld

einsetzen. Das Pflegesystem wird weitgehend durch öffentliche Mittel, von Bund und Gemeinden, finanziert und zum Teil über Beiträge aus privaten Haushalten (vgl. Schneider/ Österle/ Schober/ Schober, 2006).

Die Kosten für einen Pflegeheimplatz betragen ungefähr zwischen 1000 und 6000 € im Monat (je nach Pflegeaufwand und Ausstattung der Heime). Sollte die Pension und das zusätzliche Pflegegeld zur Finanzierung des Heimplatzes nicht ausreichen (was häufig der Fall ist), kann Sozialhilfe beansprucht werden. Nimmt man diese in Anspruch, werden alle Vermögenswerte eingezogen und der Empfänger bekommt 20% seiner Rente und 10% des Pflegegeldes in Form eines Taschengeldes zur Verfügung gestellt. Auch Spargbücher oder Immobilien werden zur Deckung der Heimkosten herangezogen. Vom Taschengeld sind oftmals noch Zusatzleistungen wie Pediküre oder Friseur in den jeweiligen Heimen zu bezahlen, was de facto bedeutet, dass den Betroffenen keine Mittel mehr zur eigenen Verwendung offen stehen (vgl. Schneider/ Österle/ Schober/ Schober, 2006).

Höhe des Pflegegeldes		
Pflegebedarf in Stunden pro Monat (ab 01.01.2011)	Pflegestufe	Betrag in Euro monatlich (ab 01.01.2011)
Mehr als 60 Stunden	1	154,20 Euro
Mehr als 85 Stunden	2	284,30 Euro
Mehr als 120 Stunden	3	442,90 Euro
Mehr als 160 Stunden	4	664,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist 	5	902,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist 	6	1.260 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt 	7	1.655,80 Euro

Abb. 02: Tabelle Pflegegeldstufen

Es ist ein tiefverwurzelter Wunsch der Menschheit so lange wie möglich zu leben, aber gleichsam eine schlimme Vorstellung alt zu werden. Die Angst vor dem Alter hat eine persönliche und eine gesellschaftliche Komponente: Auf persönlicher Ebene beginnt man sich zu fragen, wie der eigene Alterungsprozess verlaufen wird, ob man pflegebedürftig sein wird und ob die eigenen Kinder für einen da sein werden. In gesellschaftlicher Hinsicht bekommt man Tag für Tag in den Medien ein negatives Bild vom Alter vermittelt und es werden in Folge der demographischen Entwicklung düstere Zukunftsvisionen verbreitet (vgl. Schenk, 2008, S. 15-26).

Als junger Mensch hat man Ziele, auf die man hinarbeitet, eine lange Zukunft, die es zu erleben und zu gestalten gilt. Wenn man alt wird, bekommt die Vergangenheit im Vergleich zur Zukunft, die zu schrumpfen scheint, ein größeres Gewicht. Man hat schon eine lange Spanne an Jahren verbraucht, es ist, als würde alles hinter und nicht vor einem liegen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit, mit der Vergänglichkeit der verrichteten Taten setzt ein. Die Ungewissheit dessen, was nach dem Leben kommt und der Weg den man bis zu diesem Zeitpunkt gegangen ist, ob er gut oder schlecht war, wie zufrieden man rückblickend mit sich und seinen Entscheidungen ist, all das ist ein bedeutender reflektorischer Prozess, der das Altern begleitet und Ängste und Unsicherheit auslöst. Die Veränderung des eigenen Körpers, die Minderung der motorischen Fähigkeiten und die verfremdete soziale Wahrnehmung durch Dritte sind entscheidende Komponenten, allerdings kommt es immer darauf an, wie man sich auf das Alter vorbereitet hat und auf die Einstellung, mit der man sein letztes Lebensdrittel verbringt.

Die fünf häufigsten Ängste, die man im Bezug auf das Älterwerden hat, wurden 2007 vom Psychogerontologen Jürgen Howe ermittelt: Das Erleiden von körperlichen Einbußen, finanzielle Nöte zu haben, ein Pflegefall zu werden und anderen zur Last zu fallen, unselbstständig zu sein und ein sinnentleertes Dasein zu führen (vgl. Auer, 2008, 189-204).

Es ist eine Tatsache, dass es den alten Menschen im Ganzen heute um einiges besser geht (gesundheitlich, sozial, finanziell) als einige Jahre zuvor. Alte Menschen von heute sehen jünger aus und fühlen sich auch dementsprechend so. Sie kleiden sich anders, haben eine verbesserte Einstellung zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität. Sie sind finanziell besser gestellt, verfügen über Bildung und haben nach der Pensionierung noch eine lange Lebensspanne vor sich, die sie selbstständig und gesund verbringen können. Die Zeit ist ihr Eigentum, über das sie selbst bestimmen können. Das ist ein Luxus der früher nur dem Adel vergönnt war. Pflegebedürftigkeit und starke körperliche Beschwerden treten dennoch auf, allerdings erst vermehrt im Stadium der Hochaltrigkeit (vgl. Schenk, 2008, S. 15-26).

Anti-Aging und Jugendkult

Anti-Aging ist ein modernes Wort, hinter dem sich körperliche und seelische Gesundheitsstrategien verbergen, welche zu einer langen Jugend bzw. zu einem Hinauszögern des Alterungsprozesses beitragen sollen. Es gibt eine unüberschaubare Vielfalt von Produkten und Leistungen am Markt, zu denen sowohl ernsthafte geriatrische Forschungen als auch zweifelhafte Methoden der Schönheitsindustrie zählen. Sie alle haben einen gemeinsamen Motor: den Jugendkult der Gesellschaft. Dennoch kann bisher keine erforschte Methode ewige Jugend gewähren oder ein gesundes Altern garantieren. Das so genannte Stadium der „späten Jugend“ wird durch das vielfältige Marktangebot noch länger hinausgezögert und es fällt Betroffenen dadurch zuweilen noch schwerer den unaufhaltsamen Prozess des Alterns zu akzeptieren. Ein plötzlicher Umschwung vom außenorientierten Erwachsenenleben zum innerorientierten Alter kann mitunter zu starken narzisstischen Kränkungen führen und der Wechsel der gesellschaftlich auferlegten Rolle vollzieht sich nicht nach Wunsch (vgl. Schenk, 2008, S. 15-26).

Wie bereits erwähnt, kann man das „Alter“ oder den Vorgang des „Alterns“ von mehreren Standpunkten aus betrachten. Dieser Prozess hat auch eine gesellschaftliche Komponente, auf die, unter dem Gesichtspunkt des sozialen Alterns, kurz eingegangen werden soll.

Unter sozialem Altern versteht man, nach soziologischer Betrachtungsweise, dass Rollen oder Werte mit einem bestimmten chronologischen Alter verknüpft werden. Wie diese Rollen bewertet werden ist je nach Gesellschaft verschieden. Menschen in China und Japan verehren seit jeher ihre Alten und „Ahnen“, wogegen es in Europa die Tendenz zum Jugendkult gibt, welcher alte Mitglieder der Gesellschaft als unproduktiv und abhängig abstempelt (vgl. Giddens/ Fleck/ Egger de Campo, 2009, S. 141-186).

Die heutige Gesellschaft ist geprägt von einem negativen, defizitorientierten Bild der älteren Menschen. Ihnen werden negative Attribute wie schwach, stur, krank, passiv, hilfsbedürftig, verwirrt und konservativ zugeschrieben. Dieses Phänomen der Stigmatisierung alter Menschen wird mit dem Begriff Ageismus bezeichnet (vgl. Bernhofer, 2007, S. 106-109).

Ageismus ist eine Ideologie, die vergleichbar mit Sexismus oder Rassismus ist, da die Belegung mit negativen Vorurteilen auf Grund eines Merkmales geschieht, welches nicht frei wählbar ist, und Diskriminierung auslöst. Der Begriff wurde vom amerikanischen Gerontologen Robert Butler 1968 geprägt. Eines dieser Stereotype, mit denen alte Menschen gerne belegt werden sagt beispielsweise aus, dass alle über 60 Jährigen in Heimen leben würden, allesamt senil seien oder dass alte Angestellte weniger leisten würden als ihre jüngeren Kollegen. (vgl. Giddens/ Fleck/ Egger de Campo, 2009, S. 141-186).

Das sind klischeehafte Vorurteile. Es existieren momentan zwei extreme Bilder über alte Menschen in der Gesellschaft: zum einen der pflegebedürftige, vereinsamte Hochaltrige und zum anderen der junge, egoistische, agile Alte, der sich auf Kosten der arbeitenden Generationen einen schönen

Lebensabend macht (vgl. Schenk, 2008, S. 15-26).

Überspitzt ausgedrückt würde man hier vom Kampf der Generationen bezüglich finanzieller Ressourcen sprechen. Dieser „Kampf“ wird in den Medien immer öfter diskutiert und aufgebauscht, obwohl es unklar ist, ob er tatsächlich existent ist. Er könnte als eine Ursache für die steigende Altenfeindlichkeit herangezogen werden.

Ein weiterer Grund könnte die Assoziation mit dem Alter zur Nähe des Todes sein. Die Anwesenheit älterer Personen erinnert an die eigene Vergänglichkeit (vgl. Bernhofer, 2007, S. 106-109).

Man tendiert momentan dazu, sich das Alter als eine kurze Lebensspanne vorzustellen, die unmittelbar mit dem körperlichen Verfall einhergeht. Wie wenig man sich in der Gesellschaft mit dem Altern beschäftigte, zeigt die Tatsache, dass die Geriatrie als Forschungsrichtung erst 1909 und die Gerontologie 1945 etabliert wurde. Kindheit und Erwachsenenalter waren hingegen seit jeher ein Gegenstand medizinischer und gesellschaftlicher Forschung. Das Alter ist mittlerweile die längste Lebensphase überhaupt (vgl. Schenk, 2008, S. 15-26).

Ob es nun allen menschlichen Individuen bewusst ist oder nicht, sie werden eines Tages, insofern sie Glück haben, altern und zu eben jener Bevölkerungsgruppe gehören, die momentan kritisiert wird.

Für die Verbesserung der Wohnverhältnisse im Alter, seien es nun anpassbarer Wohnbau oder Pflegeheime, ist es wichtig, die Bewohner nicht mehr negativ wahrzunehmen und deren Wohnformen nicht zu tabuisieren. Für eine humane Gesellschaft sollten ein hohes Niveau und ständige Verbesserungen dieser Wohnformen als eine Selbstverständlichkeit gelten (vgl. Bernhofer, 2007, S. 106-109).

Die Aktualität der Thematik rund um Altenwohnen und Pflegeheime tritt ganz besonders hervor, wenn man die demographische Entwicklung europäischer Staaten - oder der Industrienationen allgemein - betrachtet.

In Österreich beispielsweise lebten am 01.01.2010 rund 8.375.290 Menschen. Die Altersstruktur der Bevölkerung wird von drei Komponenten bestimmt: Fertilität, Mortalität und Migration. Die Geburtenrate hat in diesem Bereich jedoch den größten Einfluss, da sie sich unmittelbar und langfristig auf die Bevölkerungsstruktur auswirkt. In Österreich zeigt diese in den vergangenen Jahren deutliche Anzeichen einer demographischen Alterung.

Die negative Geburtenbilanz des Jahres 2009 (- 1.037 Personen) bestätigt den aktuellen Trend der Bevölkerungsentwicklung. Auf Grund der niedrigen Geburtenraten sind die Angehörigen der jungen Bevölkerungsgruppen im Abnehmen und das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt weiter an. Am 01.01.2010 betrug es bereits 41,5 Jahre, wo gegen es in den 1970er Jahren bei lediglich 36,1 Jahren lag. Im Vergleich zu 2009 stieg das Durchschnittsalter um + 0,3 Jahre. Zum Stichtag am 01.01.2010 waren 1.475.921 Menschen (17,6% der österreichischen Gesamtbevölkerung) 65 Jahre oder älter (vgl. Wisbauer, 2010) (siehe Abb. 03).

Die Bevölkerung Österreichs wird auch in Zukunft weiter wachsen. Im Jahr 2050 wird es in Österreich rund 9 ½ Millionen Einwohner geben. Die Bevölkerungszahlen werden jedoch nur aufgrund der Zuwanderungszahlen steigen, ohne jene würde das Wachstum vorerst stagnieren und danach schrumpfen. Grund dafür sind die schon vorhin erwähnten niedrigen Geburten- und hohen Sterbezahlen. Das demographische Altern wird weiter fortschreiten und im Jahre 2030 werden bereits mehr als 30% der österreichischen Bevölkerung 60 Jahre oder älter sein, wogegen die Anzahl der unter 15 Jährigen von 15 % auf 13% bis 2050 zurückgehen wird (vgl. <http://www.statistik.at> 08.03.2011) (siehe Abb. 04 - 06).

Die demographische Entwicklung Österreichs ist im internationalen Vergleich kein Einzelfall.

So weisen in Europa Italien, Deutschland, Griechenland und Schweden einen noch höheren Anteil an Hochaltrigen auf. Japan führt jedoch bereits seit 35 Jahren diese Statistik im Bezug auf die Industrienationen an. Über 23.000 Japaner sind bereits über 100 Jahre alt (vgl. Hausenbiegl, 2009, S. 16f).

Die Lebenserwartung wird durch die demographische Entwicklung weiterhin höher und mit ihr auch die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, zumindest als Hochbetagter. Das wiederum lässt eine Veränderung in der Struktur der Altenhilfe- und Pflege vermuten, die ein noch ungeahntes Ausmaß erreichen wird, da in nicht allzu ferner Zukunft der Bedarf danach enorm ansteigen wird (vgl. Krings-Heckemeier, 2009, S. 22).

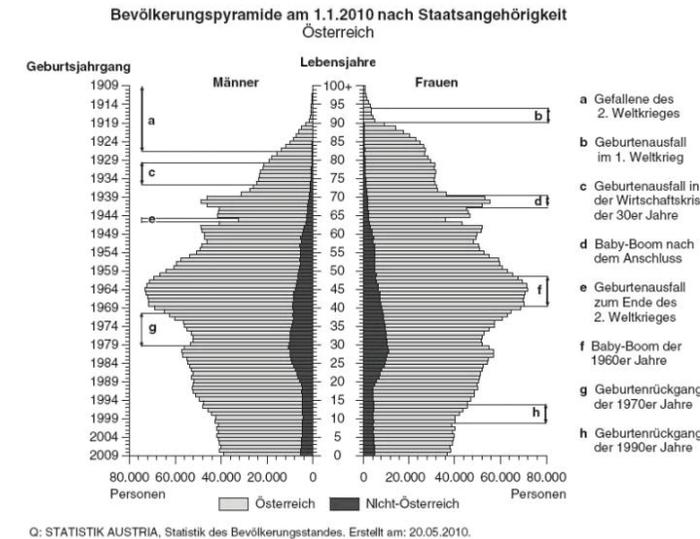


Abb. 03: Bevölkerungspyramide 2010

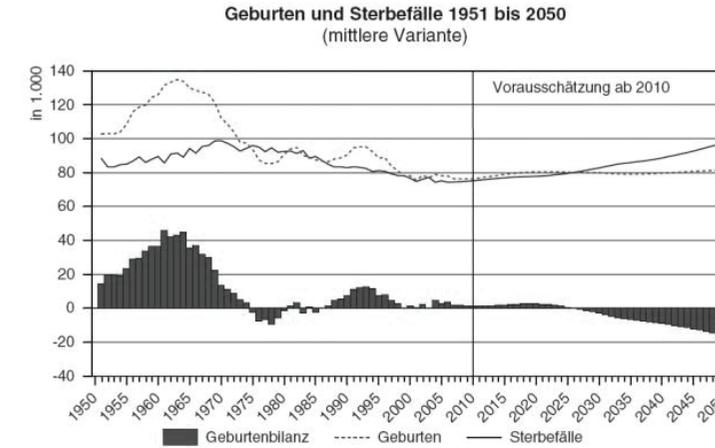


Abb. 04: Geburten- und Sterbefälleprognose

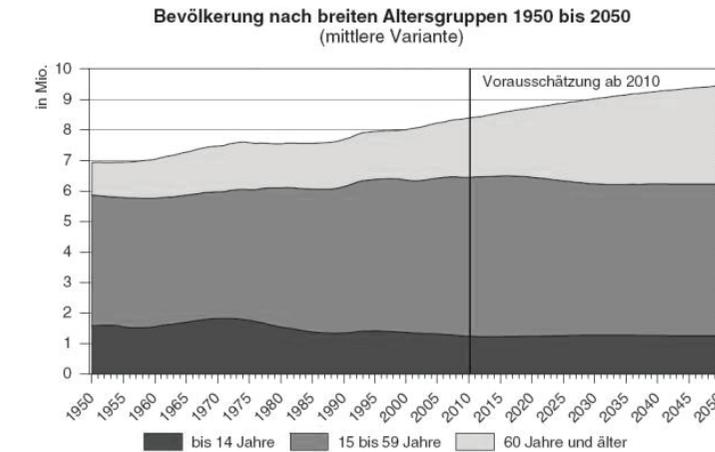


Abb. 05: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen bis 2050

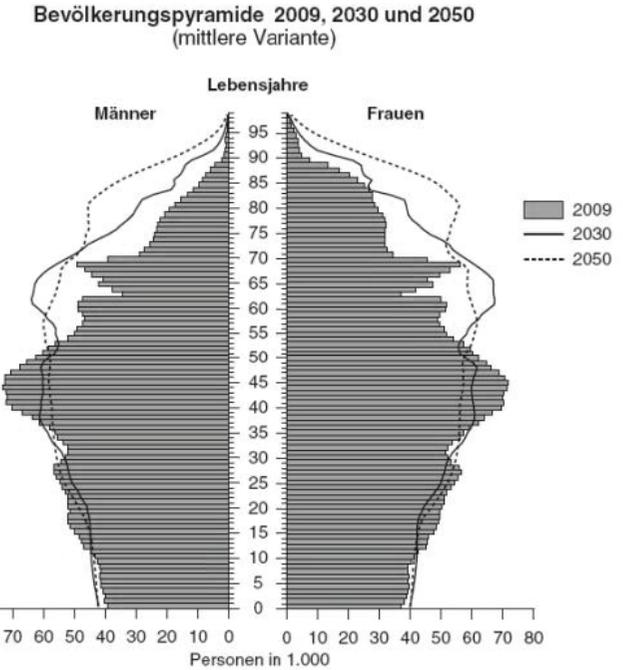


Abb. 06: Bevölkerungspyramide nach Lebensjahren bis 2050

Im Bereich der Architektur kommt es zu immer mehr Spezialisierungen in den Planungsfeldern. Es gibt Architekten, die ausschließlich Bürobau; Industriebau oder Wohnbau betreiben. Das Pflegeheim fällt in dieser Kategorisierung in den Sozialbau. Es wird immer schwieriger, als Neueinsteiger in einem dieser Gebiete Fuß zu fassen und z.B. zu Wettbewerben geladen zu werden (vgl. Feddersen, 2009, S. 54f).

Der Pflegeheimbau ist schon seit längerem keine besonders prestigeträchtige Sparte der Architektur, was meiner Meinung nach mit dem negativ orientierten Bild, das die Gesellschaft von alten Menschen hat, einhergeht.

Die Alters- und Pflegeheime verzeichnen immer häufiger eine Tendenz zur Privatisierung. Das heißt, dass die Erbringer der Pflegeleistung nicht mehr die Besitzer des Unternehmens sind. Staat und Wohlfahrtsorganisationen werden immer häufiger durch Privatunternehmer ersetzt. Für den Architekten bedeutet dies, eine Kluft von zwei verschiedenen Vorstellungen überbrücken zu müssen. Einerseits gibt es den Bauträger, der ein möglichst gut vermietbares, günstiges und langlebiges Gebäude wünscht und andererseits den Betreiber, der ein hochwertiges pflegeoptimiertes Haus erwartet.

Für den Architekten bedeuten diese Tatsachen, dass er sich ein umfangreiches Wissen über das Pflegewesen und alte Menschen und deren Bedürfnisse aneignen muss, um sinngemäß und nutzbar planen zu können, damit er Konzepte und Ideen nicht an der Benutzergruppe vorbeientwickelt (vgl. Feddersen, 2009, S. 54f).



Das Problem der Langzeitpflege und die Typologie des Altenwohnens sind relativ jung. Die Lebenserwartung war nicht immer so hoch wie heute: Beispielsweise lag sie im Römischen Reich im Schnitt bei 17 und im Mittelalter bei 35 Jahren, was eine Sonderwohnform für Hochbetagte ausschloss. Die Familienverbände waren vor allem am Land sehr eng und man versorgte alte Familienangehörige zu Hause und integrierte sie in die Gemeinschaft. War dies nicht möglich, nahm man sich ihrer in Klöstern und kirchlichen Einrichtungen an. Erst zur Zeit der einsetzenden Landflucht und mit Beginn der Industrialisierung, als die Fabriksbesitzer begannen, ihre Arbeiter bis zur körperlichen Erschöpfung auszubeuten und die Großfamilie zerfiel, waren alte Menschen nicht mehr dazu in der Lage sich nach der Arbeitsunfähigkeit weiterhin zu erhalten. Es entstanden karitative Einrichtungen, die allerdings nicht nur alte Menschen, sondern auch psychisch Kranke gemeinsam unterbrachte. Es wurde keine Rücksicht auf die unterschiedlichen Bedürfnisse dieser Menschen genommen, was schlechte Lebensqualität zur Folge hatte. Erst nach dem zweiten Weltkrieg 1945 kann man von einer eigenen Wohnform für alte Menschen, insbesondere für Pflegebedürftige, ausgehen.

In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg und der Zeit des Wirtschaftswachstums verstärkte sich die Tendenz zur Kleinfamilie und immer weniger alte Menschen lebten im Generationenverband einer Großfamilie. Es wurde damit begonnen, den Bau von Sonderwohnformen für Pensionisten und Senioren staatlich zu fördern und um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden, baute man leider nicht immer qualitativ hochwertig (vgl. Lorenz, 1994, S. 10-13).

Es lassen sich seit 1945 „fünf Generationen“ im Pflegeheimbau feststellen:

1. Generation bis Ende 1960er Jahre:

Die Heime haben „Anstaltscharakter“ da es auf Grund von beengten Verhältnissen, Vier- bis Achtbett - Zimmern, mangelnden sanitären Einrichtungen und schlechter technischer Ausstattung zu keinem Wohlfühlerlebnis kommen kann.

In puncto Privatsphäre und Therapieformen gibt es massive Defizite.

- keine Gemeinschaftsräume
- eine Toilette auf 10 Bewohner
- 12- 15 m² Geschoßfläche pro Bewohner (vgl. Lorenz, 1994, S. 10-13)

2. Generation bis Ende 1970er Jahre:

Diese Pflegeheimgeneration basiert auf dem Grundgedanken des Krankenhauses, in welchem ein Patient behandelt wird. Es kommt zu einer starken Ausrichtung auf Pflege und Technik, was diese Heime unwohnlich und kalt erscheinen lässt. Auch hier mangelt es erheblich an Wohnqualität und die stereotype und monotone Ausführung lässt trotz angedachter Gemeinschaftsbereiche keine Lebensqualität aufkommen.

- 20 – 35 m² Geschoßfläche pro Bewohner
- Zwei- oder Dreibettzimmer
- sterile Umgebung (vgl. Lorenz, 1994, S. 10-13)

Parallel zur 2. Generation entstehen die „drei Stufen Altersheime“ in den 1970er Jahren. Diese vereinen die Typologien selbstständiges Altenwohnen, Altenwohnheim und Pflegeheim. Der Grundgedanke des Konzeptes ist der Verbleib in dieser Umgebung und der nahtlose Übergang in eine andere Pflegestufe. Die homogene Bewohnerstruktur führte oftmals zur „Gettoisierung“ (vgl. Lorenz, 1994, S. 10-13).

3. Generation 1980er bis 1990er Jahre:

Der Leitgedanke besteht nun darin, alte Menschen zu reaktivieren, indem man sie in einem „Wohnheim“ leben lässt. Die technischen Pflegeeinrichtungen werden demnach auf das Nötigste begrenzt und es wird Wert auf die bauliche und innenarchitektonische Gestaltung der Räume gelegt. Es gibt mehr Individualbereiche durch die Etablierung von Ein- und Zweibettzimmern und auch vermehrt Gemeinschaftsflächen.

- 35- 45 m² Geschoßfläche pro Bewohner
- Eigene Sanitäreinrichtungen
- Reduktion der Stationsgrößen (von 40 auf 20 Bewohner) (vgl. Lorenz, 1994, S. 10-13)

4. Generation bis Ende 1990er Jahre:

Gestaltung der Pflegeheime erfolgt nach dem Leitbild der Familie bzw. einer Wohngemeinschaft. Es kommt zur Ausbildung von Wohngruppen (10 bis 16 Bewohner) und zu einem hohen Anteil an Einzelzimmern. Jeder Bewohner verfügt im Idealfall über eine eigene Nasszelle, die barrierefrei ausgeführt sein soll. Es gibt viele Gemeinschaftsräume, deren Zentrum eine Wohnküche darstellt, in der gemeinsam gekocht wird. Ein Ziel ist es, die Selbstständigkeit der Bewohner zu erhalten und zu fördern. Das Pflegekonzept ist auf die persönliche Beziehung zum Betreuer ausgerichtet. Die architektonische Gestaltung orientiert sich an der Schaffung eines wohnlichen Umfeldes (vgl. Stier, 1999).

5. Generation von 2000 bis heute?

Humane und zeitgemäße Pflegeheime sind immer häufiger das Ziel von Baubemühungen, sei es Neubau oder Sanierung. Wirtschaftlichkeit und Effizienz in der Betreibung sind wieder in den Vordergrund gerückt. Es werden vermehrt Hausgemeinschaften realisiert. Das sind Wohngemeinschaften, die innerhalb eines Pflegeheimes angelegt werden und die über eine eigene Gemeinschaftsstruktur verfügen. Einzelzimmer mit eigener Nasszelle sind die Norm und es bestehen dringende Empfehlungen zur barrierefreien Umsetzung. Im Moment scheint es, dass man ein optimales Mittelmaß zwischen wirtschaftlichem Betrieb für den Bau-träger und ein Höchstmaß an Lebensqualität für den Benutzer zu finden versucht (vgl. Institut für Altenwohnbau und Qualitätsmanagement GmbH, 2005).



Abb. 07

Der **Privathaushalt** (Einfamilienhaus, Mietwohnung etc.) ist noch immer die häufigste und beliebteste Wohnform für alte Menschen. Das Bedürfnis so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu wohnen führt dazu, dass die meisten erst in ein Pflegeheim kommen, wenn sie hochaltrig (80 Jahre und älter) und schon schwer erkrankt sind. Die eigene Wohnung ist aber oftmals nicht an das Alter angepasst (Schwellen, Stufen, ungeeignete Bodenbeläge oder Möblierung). Der Aktionsradius beschränkt sich im Alter auf den Innenbereich der Wohnung und das nahe Umfeld (vgl. Bernhofer, 2007, S. 171-177). Das Bedürfnis zu Hause zu wohnen oder sich bei einem anfallenden Umzug frei entscheiden zu können, führt zu einer steigenden Nachfrage nach angepasstem, altersgerechten Wohnbau (vgl. Bohn, 2008, S. 173-185).

Seniorenwohnheime oder Altenwohnheime stellen eine der bedeutsamsten Sonderwohnformen für alte Menschen dar. Unter einem Senioren- oder Altenwohnheim versteht man eigentlich eine Art des betreuten Wohnens für Menschen, die nicht pflegebedürftig sind, aber nicht mehr alleine wohnen können (Unterstützung beim Kochen, Einkaufen, Waschen...). Viele dieser Einrichtungen haben aber eine Belegschaft, die sich vorrangig aus Pflegebedürftigen (zum Teil über 50%) ergibt. Das liegt vor allem daran, dass alte Menschen, wie zuvor schon erwähnt, lieber so lange wie möglich zu Hause wohnen und die Unterstützung von mobilen Betreuungsdiensten in Anspruch nehmen möchten. Eine stationäre Einrichtung erwägen sie erst wenn ihr Gesundheitszustand sich stark verschlechtert hat. Das führt dazu, dass der Typus Wohnheim für alte Menschen nicht in dem erwarteten Ausmaß genutzt wird und immer mehr Wohnheime in Pflegeheime umgewandelt werden.

Seniorenresidenzen sind eine Art Wohnclub für begüterte Senioren. Diese Wohnformen werden privat finanziert und sind oft sehr kostspielig. Die Plätze werden schon lange im Voraus reserviert. Es handelt sich um Wohnsiedlungen, die rein für Senioren gedacht sind. Sie lassen an „gated communities“ denken und verfügen oft über ein beträchtliches Maß an Luxus (Schwimmbäder, Gärtner, Masseur etc.). Bei

Bedarf können auch Pflegeplätze in Anspruch genommen werden. Nach wie vor ist das aber nur eine Option für wohlhabende Menschen und die Belegschaft ist sehr heterogen (vgl. Bernhofer, 2007, S. 177-183).

Stationäre Einrichtungen befassen sich zumeist mit der ambulanten Pflege erkrankter oder bettlägeriger Patienten. Die Betreuung in Krankenhäusern, z. B. nach einem Sturz, wird durch ein REHA Programm in geriatrischen Kliniken und Zentren ergänzt, die speziell auf die Krankheitsbilder und Bedürfnisse alter Menschen abgestimmt sind. Altenkrankenhäuser und Altenpflegeheime zählen auch zu den stationären Einrichtungen. Es ist die am stärksten wachsende stationäre Wohnpflegeform, wobei die meisten Heime in Österreich nur noch als reine Pflegeheime nach dem Vorbild gerontopsychiatrischer Einrichtungen betrieben werden. Es gibt noch die Möglichkeit eines „Altenpflegeplatzes“, der im Unterschied zum Pflegeheim eher an einer Wohnform orientiert ist und nur maximal vier Patienten betreut. Eine zeitlich begrenzte Aufnahme bietet die Kurzzeitpflege, die entweder von pflegenden Angehörigen zur Entlastung genutzt werden kann oder sie dient als Übergangslösung und der Betroffene kann nach der Gesundung wieder in sein gewohntes Umfeld zurückkehren.

Die letzte Möglichkeit der stationären Einrichtungen sind Hospize und Palliativeinrichtungen, die dem Sterbenden die noch verbliebenen Tage so schmerzfrei und angenehm wie möglich gestalten (vgl. Bernhofer, 2007, S. 187-202).

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Möglichkeiten gibt es noch die Option, **Semi- oder Teilstationäre Einrichtungen** bzw. **Ambulante Einrichtungen** in Anspruch zu nehmen. Diese dienen der Unterstützung der Selbstständigkeit und dem Verbleib des alternden Menschen in seinem Umfeld. Diese wären etwa Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen aber auch die Versorgung mit Mahlzeiten, Haushaltshilfen oder mobile Hauskrankenpflege zählen dazu (vgl. Bernhofer, 2007, S. 202-222).

In Österreich leben momentan ungefähr 65.000 alte Menschen in 700 Pflegeheimen (vgl. Bernhofer, 2007, S.191).

Die Verweildauer in solchen Einrichtungen ist im Vergleich zu früher gesunken, da das Durchschnittsalter der Heimbewohner wesentlich höher geworden ist, weil sie erst in hohem Alter in Heimen untergebracht werden. Statistisch gesehen sterben über 50% der Bewohner im ersten Jahr nach ihrer Ankunft im Heim (vgl. Simone de Beauvoir, 1995, S. 219). Das liegt zum einen am hohen Alter und zum anderen an der schlichten Tatsache, dass sie sich nicht mehr an die großen Umstellungen, die ein solcher Umzug mit sich bringt, gewöhnen können. Die statistische Wahrscheinlichkeit, selbst einmal in ein Pflegeheim zu kommen, liegt im Moment bei 20 bis 40 Prozent und steigt aufgrund der demographischen Entwicklungen weiter an (vgl. Bernhofer, 2007, S. 13-19).

Die stationäre Pflege wird aufgrund der stetig wachsenden Zahl an demenzkranken Patienten weiterhin unentbehrlich sein. Heute leiden bereits 70 bis 80 Prozent der Pflegeheimbewohner an Demenz. Aufgrund der vielen Demenzfälle sind Veränderungen in der Pflegeorganisation vorgenommen worden. Wohnten somatisch Erkrankte und Demenzkranke bis vor kurzem noch zusammen, ist man dazu übergegangen ein segregatives Modell auszuführen. Demnach werden Demenzkranke in gesonderten Stationen (z.B. Demenzpavillions) untergebracht (vgl. Lothar, 2009, S. 24-36).

Zukünftige Tendenzen

Die Ansprüche und Erwartungen alter Menschen haben sich gewandelt. Es entspricht nicht mehr dem common sense, dass Altern eine Krankheit ist. Alte Menschen stellen neue Ansprüche in Punkto Lebensqualität und gesundes Altern. Sie sehen sich nach Angeboten um, die ihnen dabei helfen, geistig und körperlich aktiv zu bleiben und nicht nur der Vorsorge im eventuellen Krankheitsfall dienen. Alte Menschen möchten sich ihre Autonomie und Würde bewahren und selbstständige Entscheidungen über ihre Lebensführung treffen können (vgl. Dwight, 2009, S. 26-29). Das Wohnangebot für die so genannte „dritte Lebensphase“ (gemeint sind Jugend – Erwachsenenalter – Alter) muss in

Zukunft wahrscheinlich immer mehr Bedürfnisse eines bunt durchmischten Klientels befriedigen. Alternative Wohnprojekte werden immer mehr gefragt sein. Auch die Ausstattung mit High Tech wird einen großen Marktanteil ausmachen: Schon jetzt gibt es computergesteuerte Systeme wie den „Voice Butler“ oder „online Toiletten“ die automatisch Harnwerte via E-Mail an den Arzt übermitteln. Diese neuen Technologien werden in den so genannten „Smart Houses“ eingesetzt und verhelfen ähnlich dem Universal Design zu längerer Selbstständigkeit im eigenen Wohnumfeld (vgl. Feddersen, 2009, S. 54f). Die Generation, die nun in die Altersheime kommt, ist mobiler, gebildeter und wohlhabender denn je (vgl. Dwight, 2009, S. 26-29). Darum legen Altenheimbetreiber neuerdings vermehrt auch Standards fest, die ähnlich einem Hotel mit Sterne-kategorie, Auskunft über die verwendeten Materialien, Technik, Pflege- und Servicekonzept und die Ausstattung geben. Das sollte, ähnlich wie bei renommierten Hotelketten, einen Wiedererkennungswert erzeugen und eine Corporate Identity aufbauen. Dadurch kann eine Art Image oder Branding erzeugt werden (vgl. Feddersen, 2009, S. 54f). Die Nachfrage nach „lebenslangem Lernen“ und Wellness wird steigen, betreute Wohnprojekte mit diversen Dienstleistungen werden es vielleicht sogar ermöglichen, dass alte Menschen selbständig in ihrer gewohnten Umgebung bis zu ihrem Tod leben (vgl. Dwight, 2009, S. 26-29). Es werden aber aufgrund der ansteigenden Zahlen von pflegebedürftigen Menschen in naher Zukunft und der verminderten personellen Ressourcen neue Methoden und Systeme entwickelt werden müssen, um mit den erschwerten Bedingungen zurecht zu kommen. Auf Grund der oft horrenden Kosten für einen Pflegeheimplatz, wird der Altenbetreuung mit ambulanter Unterstützung im Eigenheim noch mehr Bedeutung zukommen und die Architektur der Heime muss sich verstärkt auf Demenzkranke und schwerkranke immobile Menschen einstellen. Eine flexible Architektur, die Veränderungen in der Bewohner- und Belegschaftsstruktur verkraften kann und optimal auf die Bedürfnisse der Benutzer eingeht, ist nun gefragt (vgl. Marquardt, 2007, S. 44).

Im Zuge meiner Recherchen der gesetzlich verankerten Grundlagen betreffend den Bau eines Alten- und Pflegeheimes ergaben sich zum Teil sehr große Unterschiede in den Gesetzgebungen der Länder. Ich möchte deshalb einen Vergleich anstellen zwischen dem Tiroler Heimgesetz, das für mich in Folge des Wettbewerbes für das Wohn- und Pflegeheim in Oberndorf von Relevanz ist, dem steiermärkischen Pflegeheimgesetz, welches als eines der ersten diesbezüglichen Landesgesetze etabliert wurde und der Oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimverordnung, die das umfangreichste österreichische Pflegegesetz darstellt.

Bis Anfang der 90er Jahre gab es in Österreich und seinen Bundesländer kein eigenes Pflegegesetz, welches die baulichen und personellen Vorgaben so wie die Rechte der Heimbewohner ausdrücklich festgehalten und geregelt hätte. Deutschland hat im Vergleich dazu bereits seit 1974 ein bundesweites Gesetz. In Österreich reagierte man erst nach tragischen Vorfällen, bei denen mehrere pflegebedürftige Personen in einem Heim von schlecht ausgebildeten Pflegerinnen getötet wurden (in Lainz 1989). Man beschloss diese Regelungen sei die Sache der Länder und somit gibt es heute in jedem Bundesland andere gesetzliche Bestimmungen und Bauvorschriften (vgl. Ganner, 2006).

Hier nun einige Vergleiche im Bezug auf den Vorschriftenenteil, welcher bauliche Kriterien vorgibt, zwischen den Gesetzen Tirols, der Steiermark und Oberösterreichs.

Das Tiroler Heimgesetz, welches erst 2005 erlassen wurde, tätigt kaum Aussagen über die bauliche Beschaffenheit der Heimanlage selbst. So heißt es im 2. Abschnitt in § 3: „(...)Heime haben weiters den im Hinblick auf ihren Verwendungszweck notwendigen bautechnischen Erfordernissen, insbesondere des Brandschutzes, der Hygiene, der Gesundheit, der Nutzungssicherheit und der Behindertengerechtigkeit, insbesondere der Barrierefreiheit, zu entsprechen; dabei ist insbesondere auf die ÖNORM B 1600 Barrierefreies Bauen

- *Planungsgrundlagen, Ausgabedatum 1. Dezember 2003, Bedacht zu nehmen.*“

Es werden weder der Standort, das Grundstück, Heimstruktur und Größe, noch Wohneinheiten und Raumgrößen, Einrichtung und Ausstattung näher bestimmt. Nur in den TBV (Technische Bauvorschriften LGB1 89/1998) gibt es unter §23 und 25 für Krankenhäuser und Pflegeheime einige grundlegende bauliche Vorgaben. Das Tiroler Heimgesetz tätigt noch Aussagen über die personellen Anforderungen, die Möglichkeit eines Heimanwaltes für Bewohner und verlangt eine Pflege- und Therapiedokumentation (vgl. Tiroler Heimgesetz 2005).

Im Vergleich dazu beinhaltet das Steiermärkische Pflegeheimgesetz, welches als erstes diesbezügliches Gesetz 1994 erlassen wurde, zumindest einen eigenen Absatz betreffend Zu- Um- und Neubauten von Pflegeheimen. Im Teil C werden unter § 11 Aussagen über die bauliche Beschaffenheit getätigt.

Die Lage betreffend heißt es: „ (...) Betreiber von Pflegeheimen haben sicherzustellen, dass den Heimbewohnern die Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben ermöglicht wird.“

Auch die Barrierefreie Ausführung ist reglementiert: „Durch geeignete Maßnahmen ist die Wahrung der Privat- und Intimsphäre sicherzustellen. (...) Pflegeheime sind barrierefrei und rollstuhlgerecht auszustatten.“

Weiters werden überschaubare familiäre Heimgrößen, Pflegegebäude mit Hebebühnen und Ein- bis Zweibettzimmer gefordert. Die Zimmermindestgrößen betragen 14 m² für Einbett- und 22 m² für Zweibettzimmer.

Es werden keine Vorschriften in Bezug auf bereits bestehende Heime und deren Struktur gemacht. Die Reglements in personeller Hinsicht, in Bezug auf eine verpflichtende Pflegedokumentation und das „Heimstatut“ sind klar formuliert (vgl. Steiermärkisches Pflegeheimgesetz 2003).

Die oberösterreichische Alten- und Pflegeheimverordnung ist, die baulichen Vorgaben betreffend, eine der

umfangreichsten und innovativsten österreichischen Landesgesetze in Bezug auf Pflegeheime. Sie wurde bereits 1996 erlassen und beinhaltet auch die Umrüstung und den Umbau alter Pflegeheime auf den neuesten Stand bis 1998. Im Teil II werden genaue Aussagen in Bezug auf Standort, bauliche Gestaltung und Einrichtung der Heime getroffen.

Unter § 4 (Wahl des Standortes und des Grundstücks) heißt es: „(3) Bei der Auswahl des Heimgrundstückes ist insbesondere auf eine möglichst zentrale Lage mit ausreichender örtlicher Infrastruktur Bedacht zu nehmen.“

§6 regelt die Heimstruktur und Heimgröße: „(...)Heime sind zur Gänze pflege- und behindertengerecht und nach den anerkannten Pflegestandards zu errichten, auszustatten und zu betreiben. (...)Anzahl der Normplätze eines Heimes darf 120 nicht überschreiten. (...)“

Die Wohneinheiten und Raumgrößen werden im § 7 näher erläutert. „(...)Mindestens 90% der Normplätze von Heimen sind als Ein-Personen-Wohneinheiten und höchstens 10% der Normplätze als Zwei-Personen-Wohneinheiten, jeweils bestehend aus einem Vorraum, einem Sanitär- und Waschraum sowie einem kombinierten Wohn- und Schlafraum, auszuführen. (...)Bei einer Wohneinheit (...) hat der Wohnschlafraum für eine Person nach Abzug des Vorraumes (bereich)es mindestens 17 - 18 m² zu betragen. (...) Der Wohnschlafraum für zwei Personen hat nach Abzug des Vorraumes (bereich)es (...) mindestens 25 m² zu betragen. (...)“

Auch die Pflege, bzw. die Ausbildung und Vorkenntnisse der Pflegekräfte sind wesentlich umfangreicher definiert und beschrieben. Die Vorgaben reichen vom Küchenpersonal bis hin zur Pflegedienstleitung. Es gibt einen genauen Personalschlüssel, der die Anzahl der Pflegekräfte für die Zahl der Bewohner in der jeweiligen Pflegestufe bestimmt (vgl. Oberösterreichische Alten- und Pflegeheimverordnung 1996).

Man kann sagen, dass die Gesetze, die in Richtung Alten- und Pflegeheime in Österreich gemacht wurden noch relativ

jung sind. Es gibt enormes Verbesserungspotential in puncto Freiheitsbeschränkungen. Diese werden nach wie vor in großem Maße an den Bewohnern vorgenommen, jedoch ohne dass es dafür eine rechtliche Grundlage gäbe. Die Regelungen betreffend die Bewohnerververtretungen werden auch nicht als zufrieden stellend empfunden. Es sollte allgemein einfacher werden, Anliegen und Beschwerden vorzubringen, die auch gehört werden. Weitere Kritikpunkte betreffen die Regelung des Heimvertrages und die gesetzliche Grundlage für die Regelung der Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht. In Bezug auf ein Betreuungsrechtshändergesetz, das es schon seit 1998 in Deutschland gibt, sind hierzulande viele Punkte noch nicht geklärt und es existiert keine rechtliche Grundlage. Das betrifft vor allem die Entmündigten, die nicht mehr für sich selbst entscheiden können/dürfen (vgl. Ganner, 2006).

Die baulichen Vorgaben sind meiner Meinung nach nur in der Oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimverordnung annähernd ausreichend reglementiert. Eine verbesserte gesetzliche Grundlage könnte, neben der individuellen Einstellung des Planers, für einen höheren Qualitätsstandard in Pflegeeinrichtungen sorgen und die Lebensqualität in diesen Einrichtungen sicherstellen.



Abb. 08

Schon lange sind die Planungsmaxime in Bereichen zu finden, die Planern und Architekten wichtiger erscheinen, als den Menschen, seinen Körper und seinen Aktionsradius in den Mittelpunkt des Entwurfes zu stellen. Begriffe wie Wirtschaftlichkeit, Innovation, Design und Baukosten haben dem Menschen den Platz im Zentrum der Bemühungen strittig gemacht. Doch diese Entwicklungen widersprechen den humanen Planungsgrundsätzen, die man sich von einer modernen Gesellschaft erwartet. Im Folgenden soll deswegen eine Übersicht von Alten- und Pflegeheimen gegeben werden und Paradigmen, die für diese relevant sind.

Der Klassiker Neufert erwähnt bereits einen Grundsatz des barrierefreien Bauens: *„Dinge werden geschaffen vom Menschen, um ihm zu dienen. Dem Körper gemäß sind daher ihre Maße.“* (Neufert, Ernst: Bauentwurfslehre, 38. Auflage, Wiesbaden 2005, Seite 37).

Nun bleibt die Frage offen, warum man sich von diesem Grundsatz abgewendet hat, Dinge für den Menschen und seinen Körper zu schaffen und dazu übergegangen ist, Architektur zu produzieren, der sich der menschliche Körper unterwerfen und anpassen muss.

Man hat damit begonnen, nach Planungsparametern, welche den Bedürfnissen aller oder zumindest möglichst vieler Menschen gerecht werden, zu suchen. Da es jedoch schwierig ist, die enorme Masse an individuellen Bedürfnissen in ein Planungsraaster zu zwingen, versuchte man zumindest einigen gerecht zu werden. Oftmals wird unter barrierefreiem Bauen rollstuhlgerechtes Bauen verstanden, auf Grund dessen, dass es bereits einen Konsens über die baulichen Erfordernisse gibt, die ein Rollstuhlfahrer benötigt und diese auch in zahlreichen Normen (in Österreich ist es die ÖN 1600) geregelt sind (vgl. Lothar, 2009, S. 24-36).

Im Leben alter Menschen spielt die Barrierefreiheit eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Wohnprobleme und Unfälle sind leider häufig auf Planungsfehler zurückzuführen.

So bedeuten Muschelgriffe, hohe Badewannenränder und steile Treppen eigentlich auch für junge gesunde Menschen einen erhöhten Kraftaufwand und sind nicht besonders praktisch, doch auf Grund der guten körperlichen Verfassung können solche Mängel durchaus kompensiert werden. Treten erste körperliche Beschwerden oder gesundheitliche Einschränkungen ein, so führt das zu Problemen. Alte Menschen verbringen im Schnitt zwei Drittel ihrer Zeit in ihrer Wohnung. Das Wohnumfeld beeinflusst also in hohem Maße ihren Alltag und ihre Lebensqualität (vgl. Bohn, 2008, S. 173 - 185).

Leider wird unter dem Begriff „Barrierefreies Bauen“ oft noch behindertengerechtes Bauen für „benachteiligte Randgruppen“ assoziiert. Barrierefreie Gestaltung kommt aber auch Müttern mit Kindern, alten Menschen und auch Menschen zugute, die, voll beladen, schwere Einkaufstaschen nach oben in den fünften Stock tragen müssen. Man geht heute dazu über, diese Planungsmaxime „Barrierefreies Bauen für alle Menschen“ zu nennen. Es geht nicht mehr „nur“ darum, ein Gebäude rollstuhlgerecht zu bauen, sondern eine Barrierefreiheit für alle Menschen zu etablieren, die vorurteilsfrei ist, sich ohne Stigmata präsentiert und als selbstverständlich erachtet wird. Jedes von Menschen geschaffene Bauwerk muss demzufolge allen gleichermaßen offen stehen und man muss es unabhängig von Alter oder körperlicher Verfassung selbstständig benutzen können.

In der Architektur wird demnach wieder vermehrt nach ergonomischen Gestaltungen gesucht, die Bewegungsabläufe optimieren und den Alltag erleichtern. Barrierefreies Bauen hat auch ökonomische Relevanz, da durch primäre Planung Erschließungssysteme und Bewegungsabläufe optimiert werden können und es nicht immer zwangsläufig einen Mehrkostenaufwand bedeutet barrierefrei zu bauen. Barrierefreiheit kann auch Design und Innovation bedeuten und muss nicht immer nur rein funktional sein, sondern erlaubt durchaus Ästhetik (vgl. Meuser, 2009, S. 10-24).

Betrachtet man den demographischen Wandel und das stetig ansteigende Durchschnittsalter, so wird es bald

erforderlich sein, sich damit auseinanderzusetzen, barrierefreien Wohnbau zu betreiben, damit Menschen dort auch altern können. Häufig werden Sanierungen zugunsten der Verbesserung der energetischen Strukturen durchgeführt. Das Selbe kann man sich auch mit Umbaumaßnahmen hinsichtlich einer barrierefreien Ausführung vorstellen. Alte Menschen könnten so länger selbstständig in ihrem gewohnten Wohnumfeld bleiben (vgl. Lothar, 2009, S. 24-36).

In Österreich sind die gesetzlichen baulichen Grundlagen, betreffend Barrierefreiheit in den Ö-Normen festgelegt. So gibt es etwa die ÖN 1600 Reihe, die im einzelnen folgende Themenschwerpunkte behandelt:

- ÖN B 1600 Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen
- ÖN B 1601 Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen – Planungsgrundsätze
- ÖN B 1602 Barrierefreie Schul- und Ausbildungsstätten und Begleiteinrichtungen
- ÖN B 1603 Barrierefreie Tourismuseinrichtungen – Planungsgrundlagen

Es gibt auch noch die Normenreihe für Maßnahmen für Menschen mit Sehbehinderungen (ÖN V 2100 – 2106; ÖN A 3011 – 3012), für Menschen mit Hörschädigungen (ÖN B 8115-3, ÖVE EN 60118-4, ÖVE EN 60849) und spezielle Normen für Aufzüge und Aufstiegshilfen (ÖN EN 81, ÖN EN 81-40, ÖN EN 81-42, ÖN 81-70). Diese sollen eine Gleichstellung für alle Menschen gewährleisten.



Abb. 09

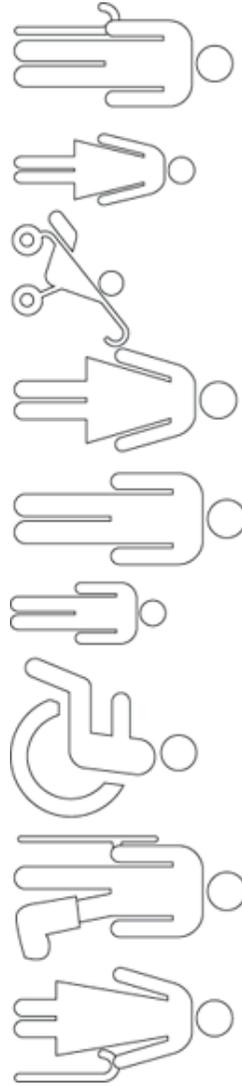


Abb. 10

Neben dem Grundsatz der Barrierefreiheit sind in Alters- und Pflegeheim auch die Innenausstattung und die ergonomische Gestaltung von Gebrauchsgegenständen zu berücksichtigen. Auch für diese Intentionen gibt es mittlerweile etablierte Gestaltungsnormen, wie zum Beispiel das „Social Design“ und das „Universal Design“.

Der Begriff Social Design wurde in den 1980er Jahren von einem amerikanischen Umweltpsychologen namens Robert Sommer geprägt. Dabei handelt es sich um eine entwerferische Grundhaltung, welche die Bedürfnisse der Nutzer als Priorität hat. In Bezug auf ein Wohn- und Pflegeheim für alte Menschen bedeutet das, dass man sich sozialwissenschaftlich, empirisch und medizinisch mit dem Phänomen des Alters auseinandersetzt.

Das Thema Altenpflege und altersgerechtes Bauen ist brandaktuell. Bald werden ältere Menschen die Hauptnutzergruppe der gebauten Umwelt sein, zumindest in Europa. Die Diskrepanz der momentan vorherrschenden Paradigmen in der Architektur lässt sich exemplarisch an bereits gebauten Altersheimen feststellen. So wissen Architekt und Bauherr oftmals nicht, wie sie die Ansprüche bezüglich innovativer und anspruchsvoller Architektursprache und nutzerspezifischer Anpassung vereinen sollen und man entscheidet sich für persönlichen Geschmack oder den aktuellen Trend und vernachlässigt dabei die eigentlichen Nutzer. So sind „trendige“ Ausstattungen wie frei aufgehängte Treppen, flächige raumhohe Verglasungen, voll verglaste Türen und nutzlose kleine Hinweisschildchen mit silberner Schrift auf Glas völlig an den Nutzern vorbeientwickelt und stellen im Heimbetrieb Probleme dar. Es geht keinesfalls um die Entwicklung spektakulärer Typologien und innovativer Konzepte, sondern um den Entwurf eines Wohnraumes für bekannte Nutzer, die dort ihren Lebensabend verbringen (vgl. Heeg, 2007, S 2-3).

Das dritte Gestaltungsprinzip, das hier vorgestellt werden soll, nennt sich Universal Design oder im Deutschen Universelles Design. Hier wird darauf geachtet, dass die

Auslegung, also die Gestaltung von Produkten und auch Umgebungen in einer Art und Weise erfolgt, sodass sie jedem Menschen nutzbar und zugänglich sind, ohne dass vorher Maßnahmen zur Adaption vorgenommen werden müssen.

Im Folgenden eine kurze Zusammenfassung der sieben Prinzipien des Universal Designs:

- 1) Breite Nutzbarkeit
gleiche Nutzungsmöglichkeiten für alle, Ausgrenzung und Stigmatisierung vermeiden, ansprechendes Design für alle Nutzer
- 2) Flexibilität in der Benutzung
Unterstützung einer breiten Palette an individuellen Vorlieben und Möglichkeiten, Wahlmöglichkeiten der Nutzung vorsehen, Anpassung an die Schnelligkeit des Nutzers
- 3) Einfache und intuitive Nutzung
Benutzung soll leicht verständlich, unabhängig von Erfahrung und Kenntnissen, Wissen oder Sprachfähigkeit des Nutzers sein, Komplexität meiden
- 4) Sensorisch wahrnehmbare Informationen
Effektive Verfügbarkeit der Informationen unabhängig von den sensorischen Fähigkeiten des Benutzers, bildliche, verbale und taktile Informationen anbieten
- 5) Fehlertoleranz
Minimierung von unbeabsichtigten Reaktionen und Konsequenzen, die das Design hervorrufen könnte, meist benutzte Elemente am besten zugänglich machen, risikoreiche Elemente vermeiden
- 6) Niedriger körperlicher Aufwand
Produkt kann effizient und komfortabel unter einem minimalen körperlichen Aufwand genutzt werden, angemessene Bedienkräfte, andauernde körperliche Beanspruchung vermeiden

7) Größe und Platz für Zugang und Benutzung
Angemessene Größe und Platz für den Zugang und die Benutzung vorsehen, Erreichbarkeit unabhängig von der Größe des Nutzers seiner Haltung oder Beweglichkeit vorsehen (vgl. <http://ftb-esv.de/uniprinc.html> 16.03.2011)

Die Prinzipien des Universal Designs sind für sämtliche Alterswohnkonzepte relevant. Sie sorgen für Gleichheit unter den Nutzern, nicht für Stigmatisierung bestimmter Gruppen. Entwirft man im Sinne des Universal Designs, so macht man sich die Nutzbarkeit für alle zu einem Grundgedanken des Entwurfes. Mit diesen Prinzipien der Nutzerfreundlichkeit kann man auch für ein selbstständigeres und aktiveres Leben für alte und gebrechliche Menschen sorgen (vgl. Tauke, 2009, S. 9-12).



Abb. 11

Für die architektonische Qualität eines Alten- und Pflegeheimes ist die Ausführung der räumlichen Organisation - die Anordnung der Elemente und deren Erschließung - von enormer Relevanz für die Bewohner und wie gut sie sich in dem neuen Gebäude zurechtfinden, das heißt, orientieren können. Wie bereits erwähnt, verschlechtert sich die Auffassungsgabe mit dem Alter und auch die Fähigkeit zum räumlichen Denken wird beeinflusst. Dies ist besonders stark bei Demenzkranken der Fall. Eine adäquate Raumstruktur ist gefragt. Es gibt für diese Problematik mehrere Lösungsansätze, die kurz erläutert werden:

Ein entscheidender Punkt für die räumliche Orientierung ist die Wahrnehmung und Interpretation von Informationen, welche die Umgebung bereithält. Bei der Gegenüberstellung von Architektur lässt sich anhand, der von Kevin Lynch entwickelten Aspekte, vergleichen, ob und wie gut ein Objekt oder eine Struktur wahrgenommen wird. Die dabei verwendete Methode von Kevin Lynch in seinem Buch „Das Bild der Stadt“ ist der Wahrnehmungsspaziergang, in dessen Folge ein Proband eine Stadt nach genau definierten Gesichtspunkten beschreibt und zwar wie er diese individuell erlebt hat. Der Proband kann nach dem Rundgang eine mentale Karte der Stadt erstellen. Die von Kevin Lynch erarbeiteten Merkmalgruppen sind Wege, Grenzl意思, Bereiche, Brennpunkte und Merkzeichen, die (nach Marquardt, 2007) auch für die Analyse von Gebäuden herangezogen werden können. Verfügt ein Gebäude über alle diese Aspekte, so bleibt es besser im Gedächtnis haften (vgl. Marquardt, 2007, S. 45-48).

Eine gut ablesbare Umwelt muss allerdings nicht nur über die einzelnen Eigenschaften (Wege, Grenzen, Bereiche, Brennpunkte, Merkzeichen) verfügen, sondern auch über eine adäquate Verbindung der Elemente, was dazu führt, dass diese schnell als solche erkannt und abgelesen werden können.

Einmaligkeit, wird erzeugt z.B. durch Kontraste zweier Eigenschaften

Klarheit der Form, mittels Verwendung möglichst klarer geometrischer Strukturen

Kontinuität, wird durch mehrere gleichartige Elemente erschaffen

Dominanz, entsteht durch die Vorherrschaft eines Elementes über andere

Klarheit der Verbindungsglieder, lässt die Verbindungen zwischen zwei Räumen oder Raumgruppen ersichtlich werden

Richtungsdifferenzierung, ermöglicht das bessere Erkennen z.B. von Anfang und Ende, wenn beide verschiedenartig ausgeprägt sind

Umfang des Sichtbereiches, wird erzeugt durch Vergrößerung des Blickwinkels

Bewegungsbewusstsein, bedeutet, dass man sich der eigenen Bewegung bewusst wird, durch räumliche Intervalle, Richtungswechsel oder Entfernungen

Zeitliche Reihenfolge, bedeutet dass die einzelnen Elemente in ihrer Abfolge miteinander verbunden werden müssen

Namen, sind ebenso wie Bedeutungen wichtig, um einen Raum oder Bereich einprägsam werden zu lassen (vgl. Marquardt, 2007, S. 47f)

Indem man die Gebäudestruktur eines Komplexes dahingehend plant, dass man den Bewohnern eine Vielzahl differenziert gestalteter Bereiche und eine klare, jedoch nicht monotone Grundrissgestaltung bietet, vereinfacht man die Orientierung im Raum. Das gilt auch für den Bereich der Erschließung: differenzierte Gestaltung der Flure, klare Wegeführung und Rundwege innerhalb einzelner Ebenen anlegen. Durchblicke in benachbarte Räume oder Blickbeziehungen innerhalb des Gebäudes vereinfachen die individuelle Orientierung. Küche, Essräume und Gemeinschaftsbereiche profitieren von räumlicher Nähe (vgl. Marquardt, 2007, S. 53-57).

Nicht nur durch bauliche sondern auch durch innenarchitektonische Interventionen, lassen sich entscheidende Veränderungen im Raumgefüge in puncto Orientierungshilfe erzielen. So kann man durch das Anbringen von Referenzpunkten (das könnte ein persönlicher Gegenstand eines Bewohners sein) Ankerpunkte im Raum schaffen. Die Verwendung von Tageslichtlampen hat sich als positiv bewährt, man kann aber auch mit Kunstlichtquellen Akzente schaffen, die zur Wegfindung beitragen können. Wegeführung kann man unterstützend noch mit Farbcodierung (Wege, Bereiche) und Symbolen ausarbeiten. Die Symbole werden besser angenommen und länger erkannt als Beschilderungen mit normaler Beschriftung. Wegweiser, wie richtungweisende Pfeile werden besser an den Wänden als am Boden wahrgenommen. Optimal ist eine Kombination von Richtungsweisern und symbolischer Beschilderung. Das eigene Zimmer kann durch das Anbringen von persönlichen Gegenständen leichter wieder gefunden werden. Das können Möbelstücke im individuell gestaltbaren Vorbereich oder ein Porträtfoto aus der Jugend sein, an das sich Demenzkranke lang erinnern können (vgl. Marquardt, 2007, S. 54-57).

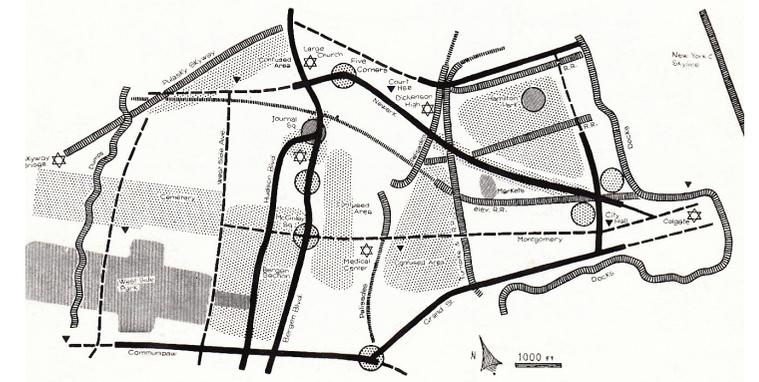


Abb. 12: Kevin Lynch, Mental Map

Alte Menschen haben Wohnbedürfnisse, welche sich von denen der jungen Bevölkerung unterscheiden. Das gilt insbesondere für jene, die pflegebedürftig sind oder hochaldrig.

Entwurfskriterien für Altersheime nach Bernhofer 2007 (vgl. Bernhofer, 2007, S. 297-380)

- allgemeine Barrierefreiheit
- Treppen und Rampen
zu Rampen immer ergänzend Treppen anbieten – Beinprothesenträger empfinden Rampen schwieriger überwindbar als Treppen
- großzügige Flächen vorsehen
HNF pro Bewohner zwischen 40 und 50 m², Zimmergröße von 18 m² (exklusive Küche, Bad, Terrasse) möglichst nicht unterschreiten
- zentrumsnahe Situierung
gute zentrumsnahe Lage von Vorteil, Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, leistungsfähige Versorgungsstruktur vorhanden
- Zusatzfunktionen integrieren
Zusatzfunktionen wie Café, Altenclubs, Parks sorgen für Kontakt zur Bevölkerung, wirken identitätsstiftend
- Schaffung von attraktiven Freiräumen
verbunden mit öffentlichen Einrichtungen, direkt zu Gemeinschaftsräumen zugeschaltet- kann auch draußen frühstücken bzw. Bewegungstherapie mitmachen, sensorische Reize integrieren – Kräutergärten, Wasserspiele, Kleintiergehege, Blumengärten, Obstbäume ... geschützte überdachte Bereiche mit Sitzmöglichkeiten anbieten, Freiraumgestaltung soll Dorfplatzcharakter haben, von Witterung und Jahreszeit unabhängige Freibereiche anbieten, mit der Möglichkeit zur Aufstellung von Krankbetten

- Haushaltsführung ermöglichen
zur Führung des eigenen Haushaltes anregen beziehungsweise sie ermöglichen: Küche, Bad, Waschsalon anbieten

- angenehmes Raumklima schaffen
Möglichkeit zur Querlüftung anbieten- gut durchlüftete Räume, Blendschutz und Verdunkelungselemente anbringen, Lärmbelästigung von anderen Zimmern durch Schallschutz vermeiden,

- Heimatmosphäre vermeiden
Ausstattung mit gewissen Elementen führt zur Assoziation mit einem Krankenhaus: Medienschienen, Feuerlöscher oder Fluchtweganzeiger, institutionellen Charakter vermeiden

- Farb- und Materialkonzept
rollstuhltaugliche und rutschfeste Fußbodenbeläge, helle Farben und sanfte Farbtöne wählen, eigene Farbkonzepte für Wohngruppen wirken identitätsstiftend

- Möblierung
Platz einplanen für eigene Möbel und persönliche Gegenstände der Bewohner, auch im Gemeinschafts- und Freibereich

- Sicherheit vermitteln
Wohnungen im Erdgeschoss einbruchssicher gestalten, Bewegungsmelder und Alarmanlagen vorsehen

- persönliche Entfaltung gewährleisten
Hobbyraum vorsehen, Tierhaltung ermöglichen

- Flurerweiterungen als Aufenthaltsräume
Buchten und Nischen in Fluren groß genug ausbilden, um Möblierung zuzulassen – Aufenthaltsqualitäten erzeugen, Flure sollten den Wohnbereichen angehören – keine öffentlichen Verkehrsflächen bilden, Sitzgelegenheiten und Begrünung

- dezentralisierte Wohnbereiche
Wohnbereiche sollten sich vorzugsweise um die Gemeinschaftseinrichtungen gruppieren, die das Zentrum bilden

- öffentliche, halböffentliche und private Bereiche ausbilden
Passivität und Aktivität erlauben

- modulare Wohneinheiten
Zweizimmerwohnungen sollten in Einzimmerwohnungen umwandelbar sein und umgekehrt, flexible Struktur und Anpassbarkeit auf wechselnde Bewohnerstrukturen

- umfangreiches Raumprogramm anbieten
diverse Zusatzfunktionen: Kapelle, Foyer, Kosmetikraum, Therapieräume, Friseur, Arztzimmer, Cafeteria, Kiosk, Wintergarten, Werkstatt, Bibliothek, Hobbyraum, Kaminzimmer, Waschsalon, Hauswirtschaftsraum, Küche ...

- ausreichend Abstellfläche schaffen
den Bewohnern ausreichend Abstellfläche bieten: Rollstuhlstellplatz, Abstellraum ... sollte ca. 4 m² umfassen und dem privaten Zimmer zugeordnet sein

- barrierefreie Gemeinschafts- WCs
jeder Wohneinheit solle 1 barrierefreies WC zur Verfügung stehen, auch als Besucher WC gedacht

- funktionale Anordnung der Betriebsräume
auf kurze Distanzen achten, Funktionszusammenhänge und Nutzungshäufigkeit beachten

- ein Pflegebad pro Wohneinheit
therapeutisches Bad, Dusche und Waschtisch vorsehen

- Elektroinstallation
ausreichend Steckdosen und Schalter in den Zimmern vorsehen, um individuelle Möblierung und Nutzung zu ermöglichen, sichtbare Verkabelung ist zu vermeiden, eventuell Leerverrohrung für spätere Nachrüstung einplanen

- vertikale Erschließung
möglichst zentral und gebündelt ausführen, klare Struktur- gute Verständlichkeit

- Vorbereich
beim Zimmereingang Briefkasten, Namenschild und Foto, persönlichen Gegenstände, Dekor und Möblierung

- Zimmerinterner Vorraum
Kleiderablage andenken, abschließbares Fach für Wertgegenstände, Platz für einen Kleiderschrank, eventuell Schiebetüren als Verbindungselement zu Bad und Schlafräum,

-private Wohnräume
ca 20 m², bei Bedarf soll eine Kitchenette angeboten werden können – Platzbedarf im Vorraum, Orientierung nach Süd- West oder Süd-Ost, raumtiefe Fenster, wohnliche Gestaltung, das Mitbringen eigener Möbel ermöglichen

- Gemeinschaftsräume
3 – 4,5 m² pro Bewohner, unterteilbaren Gemeinschaftsraum oder mehrere kleine ausbilden, verschiedenartige Nutzung ermöglichen, zentral angeordnet, neben einem Ausgang ins Freie situiert, Sicht und Blickbeziehungen ins Freie

- Essraum und Wohnküche
jedem Essraum soll eine gut zugängliche Küche zugeordnet sein (Kochinsel), mind. 30 – 50 m² groß, gegebenenfalls soll das Aufwärmen von Essen möglich sein, sowie selbständiges Kochen, Küchenausstattung barrierefrei

-Therapieräume
ab einer Gruppengröße von 30 Personen sollte ein eigener Therapieraum angeboten werden

- Personalaufenthaltsräume
Dienstraum soll als Service- point ausgebildet werden, Zuordnung zum Gemeinschaftsbereich

Der Terminus „Demenz“ leitet sich vom lateinischen „Dementia“ ab, was so viel wie „erworbener Schwachsinn“ bedeutet. Die zeitgemäße Bezeichnung Demenz beschreibt eine Krankheit, die mit den Einbußen kognitiver Fähigkeiten einhergeht (vgl. Marquardt, 2007, S.9). Demenz wird durch Proteinablagerungen, so genannte „Plaques“, deren Ursache noch unbekannt ist, verursacht. Diese unterbrechen den Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen und lassen sie absterben (vgl. Myllymäki - Neuhoff, 2009, S. 30-33).

Symptome demenzieller Erkrankungen sind Gedächtnisstörungen, vorerst nur im Kurzzeit- später auch im Langzeitgedächtnis. Dies hat zur Folge, dass Betroffene nach und nach die Selbstständigkeit verlieren, da die Krankheit chronisch verläuft und die Beeinträchtigungen durch den zunehmenden Gedächtnisverlust immer größer werden. Orientierung, Denken, Auffassungsgabe, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen verschlechtern sich immer weiter. Laut dem theoretischen „Trip back in time“ Modell von Johnson & Johnson, verläuft die Krankheit wie eine Abwärtsspirale, an deren Beginn sich der Erkrankte in seiner Wahrnehmung in der Gegenwart befindet und an deren Ende er mental das Stadium eines Kleinkindes erreicht und sogar die Fähigkeit zu sprechen verlernen kann. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen der Selbstwahrnehmung des Betroffenen und der Wahrnehmung seiner Umwelt (Marquardt 2007 zit. n. Johnson, Johnson 2000, S. 16-18).

Durch den Verlust des Kurzzeitgedächtnisses kann der Betroffene nicht die gewohnte Kompensations- und Anpassungsfähigkeit in einer gegenwärtigen Situation an den Tag legen, wie ein gesunder Mensch. Erleben sie eine unangenehme Situation oder fühlen sie sich unwohl, neigen die Kranken dazu, in ein Suchtverhalten zurückzufallen und den momentanen negativen Gefühlen zu entfliehen. Dieses Verhalten wird als „Weglauftendenz“ bezeichnet. In dieser Phase ist die betroffene Person besonders unruhig und tendiert zum Umherwandern (vgl. Myllymäki - Neuhoff, 2009, S. 30-33). Ein Demenzkranker hat im Durchschnitt das Bedürfnis ca. sieben Kilometer pro Tag zurückzulegen.

Das Gefahrenpotential an diesem Bewegungstrieb ist das mögliche Verlassen des Gebäudes, in welches die Betroffenen oft den Weg zurück nicht mehr finden (vgl. Bernhofer, 2007, S. 60-65). Demenzkranke können ab einem gewissen Stadium kein selbstständiges Leben mehr führen, sondern benötigen Betreuung, Pflege und Beaufsichtigung. Eine Heilung dieser Krankheit liegt noch nicht im Bereich des Möglichen, dennoch können die Symptome durch bestimmte Therapieformen reduziert werden und der Verlauf der Krankheit verlangsamt werden (vgl. Marquardt, 2007, S. 19).

Das Risiko in Österreich an Demenz zu erkranken liegt momentan bei 1,15 bis 1,27 Prozent. Das wären rund 100.000 Erkrankungen. Diese Zahl wird aber laut Schätzungen bis zum Jahre 2050 noch weiter auf ca. 235.000 Betroffene ansteigen. Das liegt vor allem an der immer höheren Lebenserwartung und an der demographischen Alterung. Das Risiko im hohen Alter an Demenz zu erkranken ist wesentlich größer, als in jungen Jahren (vgl. Gleichweit, Rossa 2009). Nach wie vor wird ein hoher Prozentsatz Demenzkranker von Familienangehörigen zu Hause betreut. Zur Entlastung der betreuenden Angehörigen gibt es in Österreich verschiedene teilstationäre Einrichtungen, so genannte Tagespflegeeinrichtungen. Zu diesen zählen u.a. Tageszentren, in welchen die Demenzkranken tagsüber unterkommen und versorgt werden können. Es gibt auch die Möglichkeit zur Nachtpflege, die Pflegepersonen nachts entlasten sollen, da es im Zuge der Krankheit manchmal zu Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus der Patienten kommt. Eine andere Möglichkeit zur Versorgung bietet die Aufnahme betroffener Personen in den stationären Langzeitpflegebereich. Hier gibt es verschiedene Formen der Betreuung: Heime mit Demenzstationen, die auf die speziellen Bedürfnisse der Bewohner eingehen, Heime mit Tagesbetreuung, die über eine „Stube“ oder „Oase“ für Demenzkranke verfügen, in welchen sie sich gemeinschaftlich beschäftigen können. Heime mit Haus- oder Wohngemeinschaften, in welchen die Bewohner selbstständig kochen und Hausarbeiten erledigen,

wobei sie von einem Alltagsmanager unterstützt werden, Heime mit Spezialisierung für die Betreuung (geronto-) psychiatrischer oder demenzkranker Bewohner und es gibt auch Heime ohne eine besondere Widmung (vgl. Gleichweit, Rossa 2009).

Das Pflegeheim wird häufig als letzter Ausweg gesehen, wenn es keine andere Möglichkeit mehr zur Versorgung gibt (vgl. Marquardt, 2007, S. 22).

Eine der häufigsten Ursachen für eine Aufnahme in einem Pflegeheim stellt die Demenzerkrankung dar (Marquardt 2007 zit. n. Weyerer 2000, S. 25). Laut Studien schätzt man den Anteil an Demenzerkrankten in stationären Einrichtungen auf rund 48 - 75% (Marquardt 2007 zit. nach Jakob et al. 2002, S. 25).

Bewegungsdrang bei Demenzkranken

Eines der Probleme, die Heime beispielsweise häufig mit Demenzkranken haben, ist, dass sie über einen enormen Bewegungsdrang verfügen und auch gerne mal durch unverschlossene Türen ins Freie laufen und anschließend nicht mehr nach Hause finden.

Offensichtlich verschlossene und versperrte Türen können bei den Bewohnern jedoch depressive Verstimmungen auslösen. Es gibt mehrere technische Lösungsansätze für dieses Problem, wie diverse Systeme der Zugangsregulierung. Es gibt jedoch auch empirisch erforschte Methoden, die wesentlich günstiger und einfacher sind. Durch die besondere Wahrnehmung von Demenzkranken erleben sie die Welt anders und reagieren demzufolge auch anders auf die folgenden Interventionen.

Bringt man einen großen Spiegel an der Ausgangstüre an, wird der Türkontakt um 50% reduziert. Ähnliches geschieht, wenn man die Glaselemente einer Türe durch Vorhänge oder Jalousien verdeckt, also den Blickkontakt unterbindet. Äußerst interessant ist jedoch die Tatsache, dass viele Demenzkranke Schubladen und Türen nur wegen des Vorhandenseins von Griffen öffnen wollen. Verdeckt man also einen Türgriff mit einer gleichfarbigen (Türblatt)

Stoffbespannung, so verringert sich der Türkontakt um 96%. Derartige Maßnahmen fasst man unter dem Begriff visuelle Barrieren zusammen. Diese ermöglichen Bewohnern in einem wenig fortgeschrittenen Stadium noch eine ungehinderte Bewegung durch das Gebäude, hält aber schwerer Erkrankte davon ab, sich aus dem für sie sicheren Bereich zu entfernen (vgl. Marquardt, 2007, S. 35f).

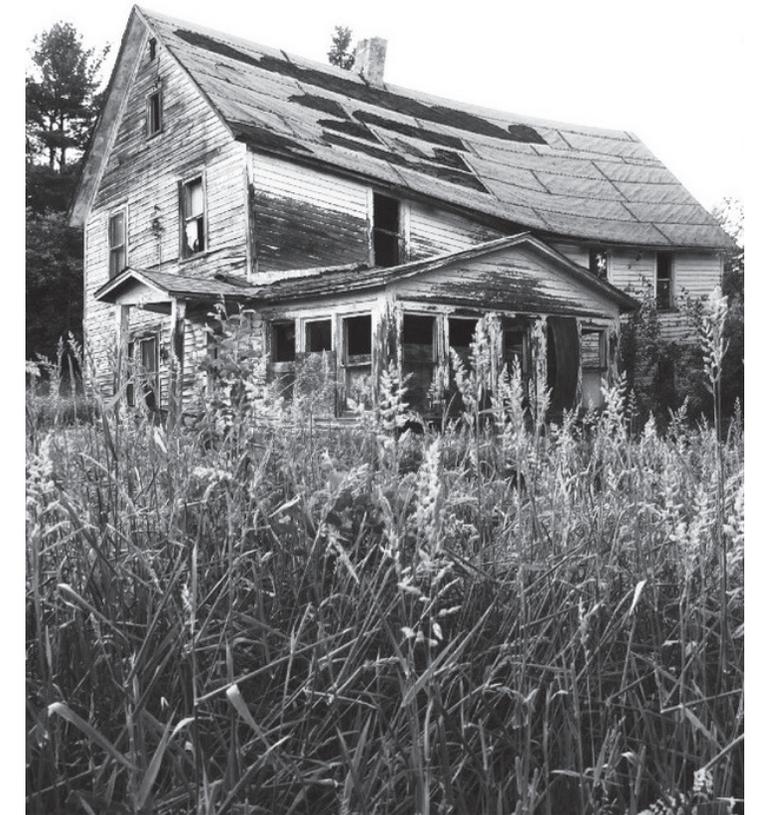


Abb. 13

Demenzkranken haben aufgrund ihres Krankheitsbildes (siehe Demenz) spezielle Bedürfnisse, was ihre gebaute Umwelt betrifft. Den Statistiken zufolge, die zeigen, dass immer mehr Bewohner in Altersheimen an Demenz leiden, ist es empfehlenswert, einen eigenen „Demenzpavillon“ in einem Altenpflegeheim anzudenken oder zumindest einen Bereich so auszubilden, dass er als solcher angepasst werden könnte. Ich möchte diesbezüglich eine Zusammenfassung der wichtigsten Entwurfskriterien für Demenzkranke wiedergeben.

Entwurfsprinzipien für Demenzkranke nach Marquardt 2007 (vgl. Marquardt, 2007 S. 99-131)

- nichts neues erlernen
einfache bauliche Strukturen, übersichtliche Gebäudestruktur, logischer Raumsyntax, milieutherapeutische Maßnahmen anwenden
- Überblick gewährleisten
gesamter Wohnbereich muss überblickt werden können, direkte Sichtverbindungen zwischen bewohnerrelevanten Orten herstellen
- Entscheidungsmöglichkeiten reduzieren
Flurkreuzungen und Wahlmöglichkeiten zwischen Räumen mit gleicher Funktion reduzieren, jedoch nicht monoton und anregungsarm gestalten
- Ablesbarkeit gewährleisten
Funktionen der Räume durch Gestalt, Proportion und Materialität mitteilen, einprägsame Orte schaffen
- Blickbeziehungen nach außen schaffen
Orientierung im Innenraum durch Blickbeziehung nach außen fördern
- direkter Zugang ins Freie
Terrassen, Balkone oder Gärten einplanen, selbständiges

Aufsuchen und Benutzen ohne Hilfe beziehungsweise Selbstgefährdung muss möglich sein, Zugang nicht abseits sondern zentral neben den Gemeinschaftsflächen anbringen, Zwischenzone wie zum Beispiel überdachten Vorbereich einplanen

- klare Zonierung des Gebäudes
Einteilung des Gebäudes in Zonen für Bewohner, Pflege und Verwaltung, Ausformung von visuellen Barrieren
- Zonierung der Wohnbereiche
Zentralbereich (Ess- und Aufenthaltsort, Gruppenbereiche, Dienstzimmer), Individualbereich (Bewohnerzimmer)
- kleine Einheiten bilden
kleine Einheiten von 8 – 10 Bewohnern ausbilden (verbessert Orientierung), klar definierte Übergangszonen zwischen den Wohneinheiten anlegen
- vertikale Erschließung
ein Treppenhaus und ein Aufzug für eine Ebene an einer zentralen Stelle, direkt nebeneinander anbringen, klare Beschilderung anbringen
- horizontale Erschließung
gerade Flure mit deutlich absehbaren Enden, Richtungswechsel erfordern Referenzpunkte
- lange Flure unterteilen
Zwischenelemente im Flur ausbilden, Bereiche ausformen (Referenzpunkt), keine Symmetrien eher unregelmäßige Aufteilung der Zimmer
- Ausbildung von Flurenden
keine Fluchtwegstüren oder Ausgangstüren an den Enden anbringen, Umkehrmöglichkeiten anbieten (keine Sackgassen planen), vermeiden von „Kopflicht“ durch hohe Fenster am Flurende

- Leitelemente anbringen
an einer Seite des Flures ein taktiles Leitelement anbringen, Nischen und Rückzugsorte schaffen
 - Zimmeranordnung
Kontinuität erzeugen durch Aneinanderreihung mehrerer Zimmer
 - Ess- und Aufenthaltsräume
zentral anordnen, nur einen Essraum einplanen, da das Vorhandensein von mehreren Möglichkeiten zur Orientierungslosigkeit beiträgt (siehe Entscheidungsmöglichkeiten reduzieren), Ausbildung als räumlicher Ankerpunkt bzw. Brennpunkt, Grenzen klar formulieren- Raum muss als solcher erkannt werden
 - Bewohnerzimmer
geeignete Erschließungstypologie wählen, Türbereich mit persönlichen Gegenständen ausstatten, Blickbeziehungen aus den Zimmern vom Bett aus auf Orte, die von anderen Bewohnern und Pflegern genutzt werden ist für bettlägerige Patienten wichtig, Möglichkeit einplanen, die das Mitbringen von eigenen Möbeln erlaubt, wohnliche Atmosphäre schaffen
 - bewohnereigenes Bad und WC
vertrauter Charakter entsteht durch Ausbildung eines Vorbereiches der Bad und Zimmer voneinander abtrennt
- weitere Entwurfsprinzipien** nach Bernhofer 2007 (vgl. Bernhofer, 2007, S. 63f)
- allgemeine Barrierefreiheit
 - ausreichend Bewegungsmöglichkeit
Ausbildung einer sicheren „Bewegungszone“ innerhalb des Gebäudes beispielsweise durch einen Rundgang
 - Grenzen ausbilden

Privaträume von Gemeinschaftsräumen abtrennen, Rückzugs- und Kontaktmöglichkeiten, Bewegungs- und Ruhebereiche ausbilden

- anregende Umwelt schaffen
ausreichend sensorische Reize schaffen z.B. Gerüche, Texturen und Musik
- vermeiden von „verwirrenden“ Reizen
keine unruhigen Tapetenmuster, unerwartete Spiegelungen, Blendungen oder lauten Geräusche (Trittschall ...)
- für Beständigkeit sorgen
Möbel und Ausstattung des baulichen Umfelds möglichst nicht verändern
- einfache Bedienung garantieren
einfache Bedienelemente, keine Muschelgriffe, optimale Höhe der Installationen



Abb. 14

Die Milieuthherapie ist eine Richtung der ökologischen Psychologie und geht davon aus, dass das Umfeld eines Menschen (geistig, sozial, räumlich) jenen beeinflussen kann. Dieser Einfluss kann positiv ausfallen oder negativ. Die Milieuthherapie versucht durch Umgestaltung des Umfeldes (Gebäude, Personen...) positiv auf den zu Therapierenden einzuwirken um etwaige sensorische, emotionale oder kognitive Einschränkungen auszugleichen. Die bauliche Umwelt muss dahingehend gestaltet werden, dass sie kompensatorisch und therapeutisch auf den Benutzer einwirkt (vgl. Heeg/ Lind, 1994). Durch die Analyse und Verbesserung der gebauten Umwelt soll eine erhöhte Stimulation im physischen und psychischen Bereich erfolgen und dadurch eine erhöhte bzw. eine längere Selbstständigkeit des Patienten erreicht werden (vgl. Bernhofer, 2007, S. 168f).

Weitere therapeutische Ansätze sind Tiertherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, logopädische Therapie und Physiotherapie. Alle diese Therapieformen zielen auf eine Rehabilitation des Betroffenen ab und sollten zumindest zum Teil in Pflegeheimen angeboten werden (vgl. Bernhofer, 2007, S. 159-166).

Die folgenden baulichen und räumlichen Empfehlungen der Milieuthherapie wirken sich positiv auf die Integration und das Leben in einem Pflegeheim für Demenzkranke und alte Menschen aus.

Ablesbarkeit

Eine ablesbare Raumgestaltung erleichtert Menschen mit kognitiven Einschränkungen die Orientierung (siehe Gedächtnisfunktion) (vgl. Marquardt, 2007, S. 36).

Vertrautheit

Alten Menschen wird der Umzug in ein Pflegeheim erleichtert, wenn man ihnen die Möglichkeit gibt, vertraute und persönliche Gegenstände mitzunehmen. Das können Mobiliar oder Bilder sein, die sie aus der gewohnten Umgebung ihres Zuhauses in die neue Umgebung des Pflegezimmers mitbringen. Die Herstellung von biographischen Bezügen

wirkt sich positiv auf die Gefühlswelt aus. Vertrautheit wird auch durch die Schaffung eines wohnlichen Umfelds erzeugt (vgl. Marquardt, 2007, S. 36).

Unabhängigkeit

Um zu gewährleisten, dass alte Menschen mit bereits eingeschränkter Mobilität, verursacht durch diverse altersbedingte Gebrechen, sich weiterhin selbstständig innerhalb eines Altenheims bewegen können, ist es wichtig, die gebaute Umgebung barrierefrei zu gestalten. Dadurch wird ein Teil der für sie wichtigen Unabhängigkeit bewahrt. Emotionale und physische Sicherheit, so wie der Einsatz von Orientierungshilfen tragen wesentlich zu einem größeren Selbstständigkeitsfaktor bei (vgl. Marquardt, 2007, S. 37).

Sensorische Stimulation

Mangelnde sensorische Stimulation kann zu apathischem Verhalten führen, daher ist es wichtig, ein gewisses Maß an sensorischer Stimulation umzusetzen. Das kann zum Beispiel der individuelle Zugang zu einem Frei- oder Gemeinschaftsbereich sein, den der Heimbewohner selbst regeln kann. Schädliche Reizüberflutungen wie opulente Dekoration oder störende akustische Reizquellen, denen sich die Betroffenen nicht entziehen können, sollten vermieden werden (vgl. Marquardt, 2007, S. 37).

Soziale Interaktion

Die Bewohner sollten durch die bauliche Konzeption des Gebäudes selbst dazu in der Lage sein, das für sie angenehme Maß an sozialen Kontakten zu bestimmen. Die Differenzierung von privaten, halböffentlichen und öffentlichen Bereichen ist im architektonischen Entwurf von entscheidender Bedeutung (vgl. Marquardt, 2007, S. 37).

Orientierungslosigkeit ist ein unter Heimbewohnern bereits stark verbreitetes Phänomen. Es handelt sich zumeist um eine Folgeschädigung auf Grund einer Demenzerkrankung, Hirnschädigungen oder chronischer Depressionen (vgl. Bernhofer, 2007, S. 60 -78).

Häufig leiden insbesondere Demenzpatienten auch in

frühen Stadien unter einer beginnenden Orientierungslosigkeit. Mit Voranschreiten der Krankheit fällt es ihnen zunehmend schwerer, sich in ihrer Umgebung zurechtzufinden. Nach einer Übersiedelung in ein Altenheim und einem Wechsel des Wohnortes ist es ihnen oft gänzlich versagt, die neue Umgebung für sich zu erschließen. Dennoch ist es möglich durch Verwendung von architektonischen und milieuthérapeutischen Mitteln, den Patienten bei der Zurücklegung bzw. des Auffindens ihres Weges behilflich zu sein (vgl. Marquardt, 2007, S. 32f).

Milieuthérapeutische Maßnahmen als Orientierungshilfen

- Schaffen von Referenzpunkten im Raum

Es gibt verschiedene Möglichkeiten Referenzpunkte auszubilden: architektonische Elemente wie Räume und Raumsequenzen oder Fensteröffnungen, die den Blick ins Freie auf eine besonders auffällige Landmarke freigeben.

Allerdings können Referenzpunkte auch durch Ausstattungselemente gebildet werden. Das wären beispielsweise Arrangements von Alltagsgegenständen, biographische Bezüge in den Bewohnerzimmern (Fotos etc.), graphische Informationen wie Beschilderung, Images, Farbcodierungen und Wegweiser. Die Anbringung der Beschilderung muss eher niedrig erfolgen, da sich Demenzkranke häufig mit gesenktem Sichtfeld fortbewegen (vgl. Marquardt, 2007, S. 123-126).

- Farbe, Licht und Materialität

Farbliche Differenzierungen, die für Bewohner angebracht werden, reichen nicht aus, wenn es sich bei den Bereichen um dieselbe bauliche Struktur handelt. Werden beispielsweise zwei Etagen in verschiedenen Farben ausgeführt, so reicht das noch nicht um diese Orte für Demenzpatienten unterscheidbar werden zu lassen. Intensive Farbkontraste können jedoch die Wahrnehmung von Türen im Unterschied zur umgebenden Wand verstärken. Auch Handläufe und Flurböden können in Ihrer Farbgebung von umgebenden Elementen abgehoben werden. In Bädern sind

Farbkontraste besonders wichtig, da weiße Sanitärgegenstände mit weißen Fliesen im Hintergrund schwer wahrgenommen werden können. Die optimale Beleuchtungsstärke liegt bei 500 Lux. Tageslichtleuchten und schattenarme Lichtquellen sind ebenfalls von Vorteil. Räume können durch verschiedene Leuchtelemente akzentuiert und strukturiert werden. Mit diesen Mitteln kann man auch visuelle Barrieren ausbilden: helle Bereiche werden öfters aufgesucht als danebenliegende dunklere. Die Wahl der Materialität sollte durch den Faktor der Wohnlichkeit bestimmt werden. Dies gilt sowohl für die Innenausstattung als auch für die Konstruktion. Die Pflegeeinrichtung sollte von den Bewohnern als Wohnhaus wahrgenommen werden. Großflächige Verglasung wird häufig mit Krankenhäusern assoziiert und sollte daher vermieden werden. Fensterbrüstungen sollten nur bis 60 cm hoch sein um bettlägerigen Bewohnern den Blick nach draußen zu ermöglichen. Materialwechsel in Bodenbelägen zeigen verschiedene Zonen an (vgl. Marquardt, 2007, S. 127f).

- Unterstützung der zeitlichen Orientierung

Demenzkranken wissen oftmals nicht, welches Jahr wir schreiben, welcher Tag heute ist oder in welcher Jahreszeit sie sich befinden. Deswegen ist es wichtig, dass wechselnder Lichteinfall von draußen wahrnehmbar ist. Das unterstützt den natürlichen Schlaf- und Wachrhythmus. Genügend Ausblickmöglichkeiten in die Umgebung und die Natur geben Aufschluss über die momentane Jahreszeit. Diese Information kann zusätzlich durch zeitgemäße Dekoration (Weihnachten, Ostern...) verstärkt werden. Das Anbringen von Uhren im milieuthérapeutischen Sinn (Wanduhren in der Küche, Pendeluhren im Aufenthaltsraum) kann die Zeitwahrnehmung unterstützen. Es sollten jedoch keine digitalen Uhren verwendet werden (vgl. Marquardt, 2007, S.129). Die Architektur und somit die gebaute Umwelt verfügen über das Potential, das menschliche Verhalten zu beeinflussen und somit auch das Wohlbefinden. Als Planer sollte man sich dieser Tatsache bewusst sein und die Möglichkeiten, die sich dadurch bieten und die zur Akzeptanz des Gebäudes beitragen, nutzen.

Bewegung, Frischluft und Sonne sind der Gesundheit des Menschen zuträglich und sollten auch für alte Menschen nutzbar gemacht werden. Wenn der Bewegungsradius im Alter sich zunehmend verringert, so werden die Wohnqualität und damit auch das Wohnumfeld, also die Freiflächen, immer wichtiger. Für Freiräume gilt dasselbe wie für Wohnräume: die Umgebung kann den Menschen positiv beeinflussen, ihn länger aktiv und selbständig halten. Gärten und Grünflächen haben therapeutische Wirkung und stellen einen der beliebtesten Aufenthaltsräume neben der eigenen Wohnung für alte Menschen dar. Bei der Gestaltung kommt es auf Funktionalität, menschlichen Maßstab, Facettenreichtum und eine anregende Farb- bzw. Pflanzenauswahl an. Entscheidend ist nicht die Größe der Grünfläche sondern die Anzahl an angebotenen Erlebnismöglichkeiten.

Eine altengerechte Anlage sollte über Spazierwege verfügen, welche lange und kurze Spaziergänge ermöglichen und einen geeigneten Bodenbelag (auch für Rollstuhlfahrer) aufweisen. In regelmäßigen Abständen sollte man Sitzmöglichkeiten in Form von Bänken anbieten. Rückzugsmöglichkeiten in Form von schattigen Pavillons und Lauben werden gerne aufgesucht und sind Plätze zum Beobachten und Entspannen. Blickbeziehungen und Orientierungshilfen, wie Landmarken, sorgen für eine gute Orientierung. Wasserspiele, farbenfrohe Schmuckpflanzungen, unterfahrbare Hochbeete mit Kräutern oder Obstbäume sind beliebte Elemente eines Gartens. Zu beachten ist aber auch die optimale Erreichbarkeit, also barrierefreie Gestaltung, damit der Garten für alle nutzbar ist. Die Nähe einer Toilette ist für die Nutzer auch von Vorteil. Für die Sicherheit von Demenzkranken und auch um das Sicherheitsbedürfnis anderer Bewohner zu erfüllen, sollte der Garten, insofern er nicht öffentlich zugänglich ist, abgegrenzt sein. Wenn dies durch einen Zaun erfolgt, so sollte dieser durch Hecken oder Buschwerk kaschiert werden, um den Garten nicht wie ein Gefängnis wirken zu lassen. Der Garten sollte auch über traditionelle Pflanzen verfügen, die noch in den Gedanken Demenzkranker verankert sind und zur Beschäftigung anregen (vgl. Wulf, 2009, S. 50-53).



Abb. 15

Gemäß des „Defizitmodells“ (siehe Ageismus) wird bis dato immer darauf geachtet, älteren Menschen in Pflegeanstalten alle Arbeit abzunehmen und ihnen das Leben so weit wie möglich zu vereinfachen, da man der Ansicht ist, sie könnten auf Grund ihres Alters sonst ihr Leben nicht mehr alleine bewältigen. Der Bewegungsradius wird auf das eigene Zimmer beschränkt, Rollstuhl, Pflegebett und Badelifter werden auch bei Bewohnern verwendet, die noch selbstständig sind. Dieses Phänomen wird als „Overprotection“ bezeichnet, aus dem resultiert, dass die Selbstständigkeit der Heimbewohner durch aufgezwungene Passivität und unnötige Hilfestellung bis auf Null verringert wird. Das führt zu einer Pflegeabhängigkeit und zu vielen Einbußen in physischer und psychischer Hinsicht.

Über 40 Prozent der Bewohner von Altenpflegeheimen sind statistisch gesehen „überversorgt“, was ihren Gesundheitszustand betrifft. Eine Rückführung in ihr Ausgangsmilieu wäre durch verschiedene Therapieformen zumindest denkbar (vgl. Bernhofer, 2007, S. 134-136).

Alternde Menschen verfügen noch über große Handlungsreserven, welche auf Grund fehlender Aktivitäten nicht zur Anwendung gebracht werden können und schlussendlich verloren gehen. Daher ist eine stimulierende Umgebung, die zu Aktivität und Selbstständigkeit anregt, wesentlich für eine Kompetenzsteigerung der Betroffenen und für mehr Autonomie. Architektonisch müssen möglichst vielfältige Sinnesreize und Abwechslung geschaffen werden, um eine anregende Umgebung zu gewährleisten und sensorischer Deprivation der Bewohner vorzubeugen. Zu den Mitteln zählen interessante Ein- und Ausblicke, Möglichkeiten zur Ausübung von Hobbys (z.B. Gartenarbeit), bauliche Vielfalt und anregende Möblierung (vgl. Bernhofer, 2007, S. 134-136).

Lebensqualität in Altersheimen - wie es nicht sein sollte

Die meisten Pflegeheime ähneln von ihrer Konzeption her eher Krankenhäusern als Wohnformen. Kritikpunkte gibt es in Hinsicht der Belegschaftsgrößen der Einheiten (oft 70 bis 200 Pflegeplätze in einem Heim), bei deren Errichtung offensichtlich eher die wirtschaftlichen, gewinnorientierten Faktoren als ausschlaggebend erachtet wurden. Weiters zeigen Untersuchungen, dass eine eingeschränkte Privatsphäre, Verlust der Selbstbestimmung, räumliche Enge, baulich bedingte Unwohnlichkeit und Massenbetrieb als äußerst belastend unter den Bewohnern empfunden werden. Das Leben in solchen Anlagen wird häufig durch rigide Regeln beherrscht, welche die Freiheit der Bewohner auf ein Minimum reduzieren. So ist es oftmals nicht gestattet Haustiere mitzubringen, Besucher außerhalb der Besuchszeiten zu empfangen oder eigene Möbel mitzunehmen. Der Tagesablauf wird von wirtschaftlichen Abläufen bestimmt (Schlafenszeiten, Essensausgabe, Grundpflege) und die Heime ähneln häufig totalitären Institutionen, die Gestaltungsfreiheit und Selbstbestimmung, welche in jeder Demokratie als Grundrechte gelten, erheblich einschränken. Zusätzlich ist die Lage von Altersheimen meist ungünstig gewählt (z.B. in den Randbezirken einer Stadt oder außerhalb einer Ortschaft), sodass es den Bewohnern nur schwer möglich ist, soziale Kontakte zur Außenwelt aufrecht zu erhalten. Das Leben in so stark reglementierten „Anstalten“ hat drastische Folgen: Aktivitätsverlust und Einsamkeit sind nur zwei davon (vgl. Bernhofer, 2007, S. 195f).

Im Vergleich zu anderen Nationen gibt es in Österreich wenig sozial-empirische Wohnforschung mit dem Schwerpunkt auf Wohnprojekten für ältere Menschen. Man arbeitet an „rationalen Altenkonzepten“ und vernachlässigt dabei die rehabilitativen Versorgungsmöglichkeiten. Es gibt kaum alternative Wohn- und Pflegeformen (vgl. Bernhofer, 2007, S. 245).

Im Folgenden werden alternative Wohn- und Pflegekonzepte anhand von internationalen Beispielen behandelt.

Niederlande

In den Niederlanden gibt es das so genannte „Betreute Wohnzonenmodell“ bei dem es sich um die Errichtung von Wohnquartieren handelt, die mit Zusatzfunktionen für alte Menschen ausgestattet sind, wie beispielsweise Informations- und Beratungsstellen. Dieses Modell ist Teil einer domizilorientierten Altenhilfe. Die Wohnstruktur selbst wird in drei Teilbereiche gegliedert: normale Wohnungen, betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften. Die normalen Wohnungen sind anpassbar gestaltet, was bedeutet, dass sie im Bedarfsfall optimal die Bedürfnisse des Bewohners erfüllen können. Des Weiteren gibt es in solchen Wohnzonen auch das Angebot von Servicepaketen in Form von sozialen Diensten, die man in Anspruch nehmen kann und eine Vielzahl von nahe gelegenen Wohnfolgeeinrichtungen. Es sind auch Nachbarschaftstreffe vorhanden, bei denen sich die Bewohner austauschen und gegenseitig Hilfestellung geben können (vgl. Bernhofer, 2007, S. 245-248).

Der Pflegeheimbau in den Niederlanden hat schon früh Rücksicht auf Demenzranke genommen und auf deren spezielle Bedürfnisse in Form von separaten Wohnbereichen in Pflegeheimen reagiert. Diese funktionieren auf einer segregativen Basis, was bedeutet, dass demenzkranke und somatisch Pflegebedürftige jeweils einen eigenen Bereich innerhalb des Gebäudes zugeteilt bekommen. Seit der Gesetzesnovelle der 1980er Jahre wurde vermehrt Wert gelegt auf die Ermöglichung des längeren Aufenthalts des alternen Menschen zu Hause bei seiner Familie. Da dies jedoch

mit dem Krankheitsbild der Demenz oft nicht mehr zu vereinbaren ist, suchte man für sie neue Lösungsmöglichkeiten, die sich in den 1990er Jahren mit der Gründung von kleineren Wohngruppen fanden. Diese existieren eigenständig oder im Verband mit anderen in einem größeren Komplex (vgl. Marquardt, 2007, S.39-41).

1978 wurde im Zuge dieser Neuerungen das Pflegeheim De Bleerick in Emmen eröffnet. Es handelt sich um ein Gebäude mit 186 Betten. Die Wohnbereiche sind allerdings in sechs Abteilungen zu jeweils 31 Bewohnern gegliedert. Das Pflegeheim hat einen dörflichen Charakter aufgrund seiner kleinteiligen Gebäudestruktur und den vielen zusätzlichen Einrichtungen, welche den Kranken zu Gute kommen. Das wären ein Friseur, Kiosk, Supermarkt und ein Café. Das erleichtert den Erkrankten die Umstellung bezüglich des Lebens in der neuen Umgebung eines Heimes (vgl. Marquardt, 2007, S. 39f). Das Pflegeheim versucht eine Balance zwischen einem großen Gebäudekomplex und dessen Vorteilen mit kleinen Wohngruppen zu finden. Der Komplex ist in einer dorffähnlichen Struktur angelegt. Von den Gemeinschaftsfunktionen („Marktplatz“) sollen Straßen zu den Wohneinheiten und in die Individualbereiche führen. Die Bewohner sind in drei Pflegestufen unterteilt (betreutes Wohnen, Pflege und Krankenstation) (vgl. Van der Voordt, 1997, S. 87-89). Haushaltstätigkeiten wie Kochen und Wäsche waschen werden beibehalten und mit den Pflegern zusammen ausgeführt. 2005 wurde der Komplex saniert und die Mehrbettzimmer durch Einbettzimmer ersetzt (vgl. Marquardt, 2007, S.40f) (siehe Abb. 16).

Das Anton-Pieck Hofje in Haarlem (NL) wurde 1989 alternativ zu einem Pflegeheim für Demenzkranke errichtet. Die Anlage besteht aus sechs Reihenhäusern die um einen zentralen Hof herum ausgerichtet sind. Die Bewohner wohnen dort in sechs Gruppen zu jeweils sechs Personen, was eine Gesamtbelegung von 36 ergibt. Das Umfeld ist familiär und so gestaltet, dass es möglichst „normal“ für den Benutzer erscheint. Es ist möglich, die eignen Möbel in das Heim

mitzubringen. Der Demenzkranke soll durch feste Tagesabläufe, die durch Tätigkeiten im Haushalt gestaltet werden, Sicherheit vermittelt bekommen. Es wird in der Wohngruppe ganz normal gekocht, gewaschen und gebügelt (vgl. Hermann, 2006).

Jede Wohngruppe verfügt über ein gemeinschaftliches Wohnzimmer, eine offene Küche, sanitäre Einrichtungen und jedem Bewohner steht ein privates Zimmer zu (vgl. Van der Voordt, 1997, S. 87-89) (siehe Abb. 17).

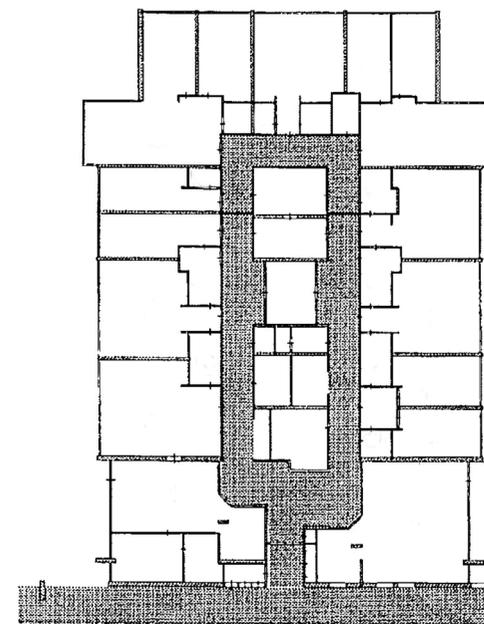


Abb. 16: Grundriss einer Station des De Bleerick Pflegeheimes

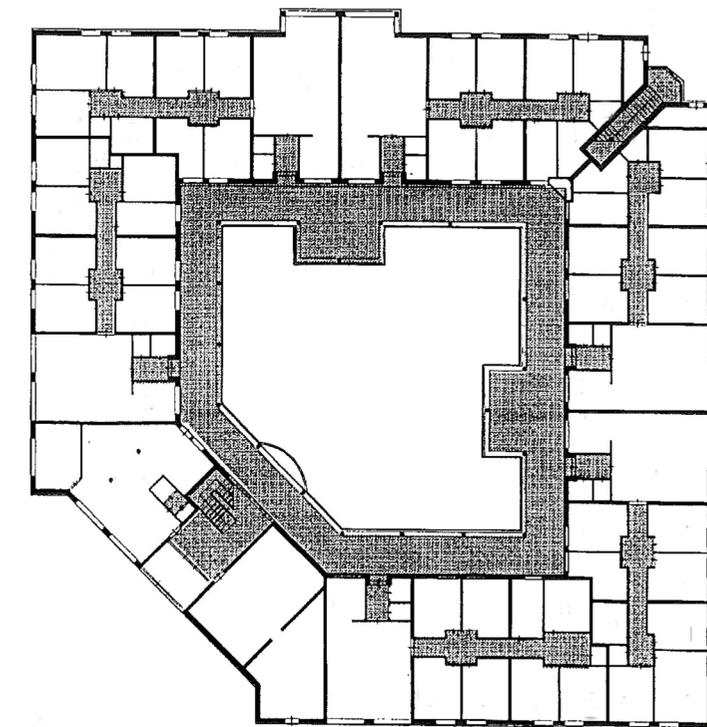


Abb. 17: Grundriss Anton-Pieck Hofje

Frankreich

Das so genannte Cantou – Modell wurde in Frankreich entwickelt. Es ist ein Konzept zur Betreuung Demenzkranker in einer familienähnlichen Umgebung. Dieses Modell arbeitet mit den baulichen Mitteln zur Gestaltung der Milieutherapie (vgl. Bernhofer, 2007, S. 248). Das Cantou – Modell wurde Ende der 60er Jahre eingeführt und bedeutet übersetzt „Feuerstelle im Haus“. Diese Feuerstelle wird heute durch die Küche repräsentiert, in der ein großer Tisch und ein freistehender Herd zu

finden sind. Ein weiterer Treffpunkt ist ein stets zugänglicher, jedoch umzäunter Garten. Die Bewohner leben in Hausgemeinschaften von ungefähr 12 Personen und haben ständige Betreuer. Ein Cantou kann als eigene Einheit geführt werden oder als Teil eines Pflegeheimes (vgl. <http://www.ppm-online.org> 25.03.2011).

Dänemark

In Dänemark arbeitet man mit dem Konzept des Co-Housings. Seit 1988 werden kleine Einheiten von Seniorenwohnungen in Wohnsiedlungen gebaut. Diese Wohnungen verfügen über ein Pflegeangebot, welches Tages- und Nachtpflege sowie Hilfestellung in der eigenen Wohnung beinhaltet.

Auch von Seiten der gesetzlichen Lage sind die Dänen sehr innovativ. Bereits 1987 wurde die Erbauung reiner Pflegeheime per Gesetz untersagt und es sollte jedem Senior freistehen so lange wie möglich in seiner Wohnung zu bleiben. Es sollte bis ins Jahr 2005 kein einziges unzeitgemäßes Pflegeheim mehr geben. Alle pflegerischen Dienste und Leistungen sind in Dänemark steuerfinanziert und es gibt keine besonderen Betreuungspauschalen.

In Österreich versuchte man dem guten Vorbild zu folgen, jedoch gelang dies nur eingeschränkt (vgl. Bernhofer, 2007, S. 248f).

Finnland

In Finnland hat man die Idee der „Smart - Homes“ entwickelt. Dabei handelt es sich um Häuser, die zentral technisch vernetzt und steuerbar sind. Alle Geräte können miteinander kommunizieren und sind verbunden. Das birgt Vorteile (Herdplatte schaltet sich von selbst aus) aber auch Nachteile (Automation, technische Fehler, Missbrauch durch Dritte). Von diesen „Smart - Homes“ gibt es bisher nur zwei realisierte Prototypen.

Eine Weiterentwicklung dieser Idee stellt ein barrierefrei geplanter Stadtteil namens Marjala dar. Hier wurde besondere Rücksicht auf die barrierefreie Ausführung genommen und gleichzeitig besteht eine Vernetzung im Bereich der

Kommunikation und Überwachung (vgl. Bernhofer, 2007, S. 249-252). Diese Siedlung wurde 1990 geplant und 1995 fertig gestellt. Alle Bereiche der Siedlung, wie Wege, Straßen und Häuser unterliegen speziellen Design- Richtlinien. Diese garantieren einen hohen Komfort und Nutzbarkeit für alle Menschen (vgl. <http://www.habitat-participation.be> 25.03.2011).

Japan

In Japan begegnet man dem Problem der demographischen Alterung mit dem Bau von Tagespflegeeinrichtungen und der Entwicklung von Hauspflegeprogrammen, da es in diesem Kulturkreis nach wie vor als schändlich betrachtet wird, seine Angehörigen in ein Heim zu „stecken“, aber die Betreuung zuhause durch Angehörige immer schwieriger wird, da mittlerweile alle Familienmitglieder in der Regel berufstätig sind oder zur Schule gehen.

Es gibt aber auch kreative Zugänge, um der Einsamkeit und Hilfsbedürftigkeit alter Menschen zu begegnen: Es werden immer neue Roboter entwickelt, die entweder als Haustiere dienen, wie die künstliche Babyrobbe „Paro“ oder auch Serviceroboter, die alten Menschen beim Essen helfen sollten. (vgl. Hausenbiegl, 2009, S. 16f).



Abb. 18: Roboterrobbe Paro

Auf den folgenden Seiten werden einige Projekte vorgestellt, die meiner Meinung nach bestimmte Kriterien in Bezug auf Bauen für das Alter erfüllen.

Alle Beispiele haben ein besonderes Feature, wie zum Beispiel die Altenwohnanlage in Chur, die über eine einzigartige Materialität verfügt, welche ein hochwertiges Wohnerlebnis erzeugt, oder das Altenpflegeheim in Hüfingen, das sich auf Demenzkranke als Klientel spezialisiert hat und mit milieuthérapeutischen Elementen der Raumgestaltung arbeitet.

Um auch auf internationale Bemühungen und Neuerungen im Sektor Altenwohnen einzugehen, handelt es sich bei den Beispielen nicht ausnahmslos um Pflegeheime. Es kommen auch Seniorenresidenzen, betreute Wohnanlagen oder Wohn- und Pflegeeinrichtungen vor. Diese sind in ihrer Ausführung, so finde ich, sehr gelungen und einige Elemente sind auch auf Altersheime übertragbar.





Abb. 19: Altenheim Azmoos

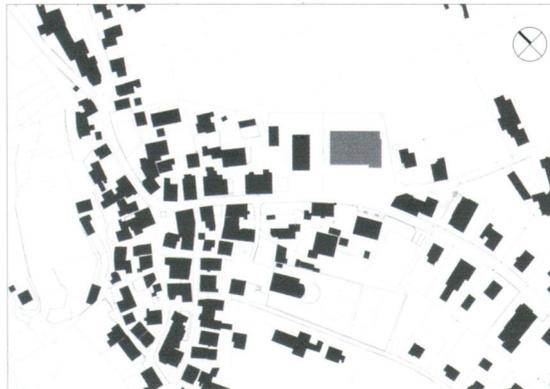


Abb. 20: Lageplan

Das Altenheim in Azmoos (CH) liegt direkt in einem gewachsenen Ortskern und ist umgeben von historischer Dorfstruktur. Im Vorbereich des Heimes wurde im Zuge der Errichtung 2004 ein neuer Dorfplatz mit dazugehöriger Infrastruktur geschaffen. Angelehnt an die Massivbauweise, die im Ortskern vorherrscht, gestaltete der Architekt Hubert Bischoff das neue Altenheim dahingehend, dass es in Sichtbeton, gefärbt mit Weißzement, ausführte und die Fenster in Holz als Kontrast bestimmte. Der Baukörper selbst besteht aus mehreren abgesetzten Einzelvolumen, um es in der dörflichen Struktur nicht zu wuchtig wirken zu lassen. Der Eingang befindet sich am neuen Dorfplatz. Ihm sind mehrere öffentliche Funktionen wie etwa ein Café, Küche, Speisesaal, Mehrzweckraum, Dorfladen, Therapieräume und Teile der Gemeindeverwaltung zugeordnet. In diesem Bereich sind auf Grund der Neigung des Geländes und einem Rücksprung im 4. Obergeschoss nur 3 von 5 Stockwerken sichtbar.

Der Innenraum ist um einen zentralen Lichthof herum angeordnet. Je nach Orientierung im Grundriss verfügen die Zimmer über eine andere Grundrissstruktur, die auf die Ausrichtung eingeht. Die Zimmer sind vollständig mit Weißtannenholz vertäfelt um die behagliche Situation eines alten Bauernhauses herzustellen und verfügen alle über eine eigene Nasszelle. In jedem Geschoss sind jeweils drei Zimmergruppen unterschiedlichen Typs über kurze Verkehrsflächen miteinander verbunden. Diese sollen mit der Funktionszone im Inneren des Traktes eine Art Dorfplatz ausbilden. Das Gebäude verfügt außerdem noch über diverse Zusatzfunktionen wie Friseur, Wäscherei und einen Pflegedienst. Im 1. bis 3. Obergeschoss befinden sich Pflegezimmer mit einer Pflegestation und einem Aufenthaltsraum. Im obersten Geschoss gibt es für selbstständig gebliebene alte Menschen Wohnungen mit großzügigen Terrassen. Diese Wohnungen verfügen jeweils über eine Nasszelle, Wohn- Esszimmer und einen Schlafraum (vgl. Krämer, 2007, 40-43).

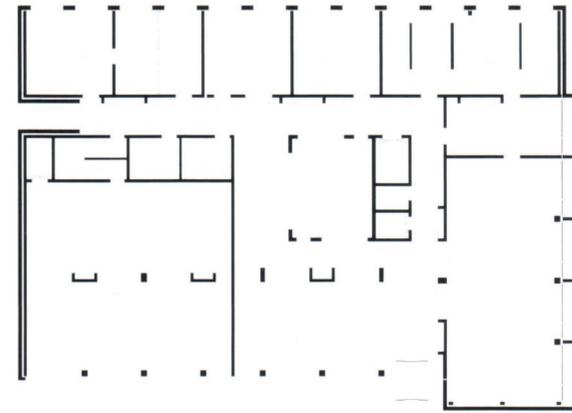


Abb. 21: Grundriss Erdgeschoss M 1:500

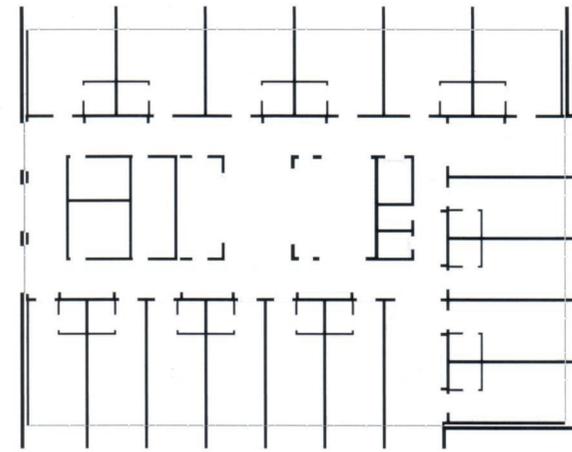


Abb. 22: Grundriss 1. und 2. Obergeschoss M 1:500

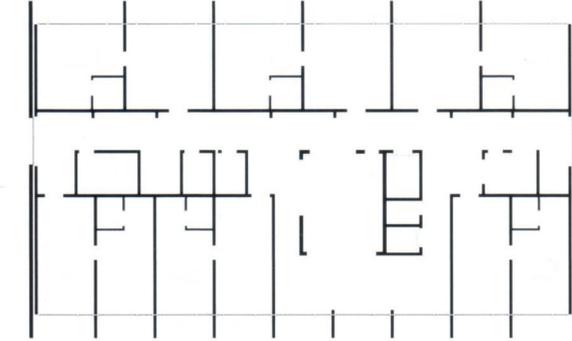


Abb. 23: Grundriss Dachgeschoss M 1:500



Abb. 24: Innenraumgestaltung



Abb. 25: Altenwohnhaus Chur

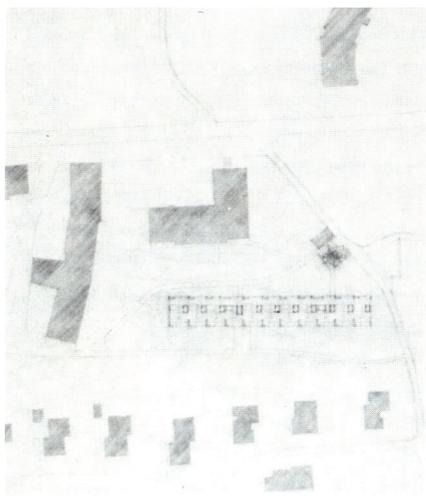


Abb. 26: Lageplan M 1:3000

Das Altenwohnheim in Chur (CH) ergänzt ein bestehendes Pflegeheim und wurde 1993 fertiggestellt. Der Architekt Peter Zumthor versuchte auf die Bedürfnisse der Bewohner und auf ihre Gewohnheiten mit einer einfachen Architektursprache zu antworten: eine simple Betonscheibenkonstruktion mit einer Innenausstattung aus vertrauten Materialien, wie in der Gegend vorkommendes Holz und Tuffstein. Das besondere an diesem Gebäude ist mit Sicherheit der Einsatz von wertvollen Materialien und die dadurch entstehende Raumqualität. Türen und Schränke aus hellem Birkenholz stellen die Verbindung der Zimmer zum Gang dar. Viele Flächen sind in schlichtem Weiß und unverputztem Beton gehalten. Die Fassade wird von dicken Tuffsteinpfeilern rhythmisiert, die den Gang rahmen und Ruhezone ausbilden. Die entstehenden Fensternischen werden gerne von den Bewohnern als Aufenthaltszone genutzt. Das Altenwohnhaus wird teilweise als Pflegeheim geführt, jedoch ist auch für die agileren Alten gesorgt: ihnen stehen Wohnungen zur Verfügung, in denen sie noch selbstständig kochen und leben können. Jede Wohnung verfügt über eine eigene Loggia, die nach Süden orientiert ist und einen herrlichen Ausblick über das Tal und die Berge bietet. Die Wohneinheiten sind großzügig gestaltet und jede ist mit einem Einbauschränk abgeteilt, der als Raumteiler zwischen Wohn- und Schlafraum fungiert. Auch in den Zimmern sind Tuffsteinwände und kostbare Holzböden eingebaut, welche die Aufenthaltsqualität steigern (vgl. Thurn, 1994, S. 22-27).



Abb. 27: Innenansicht Wohnraum

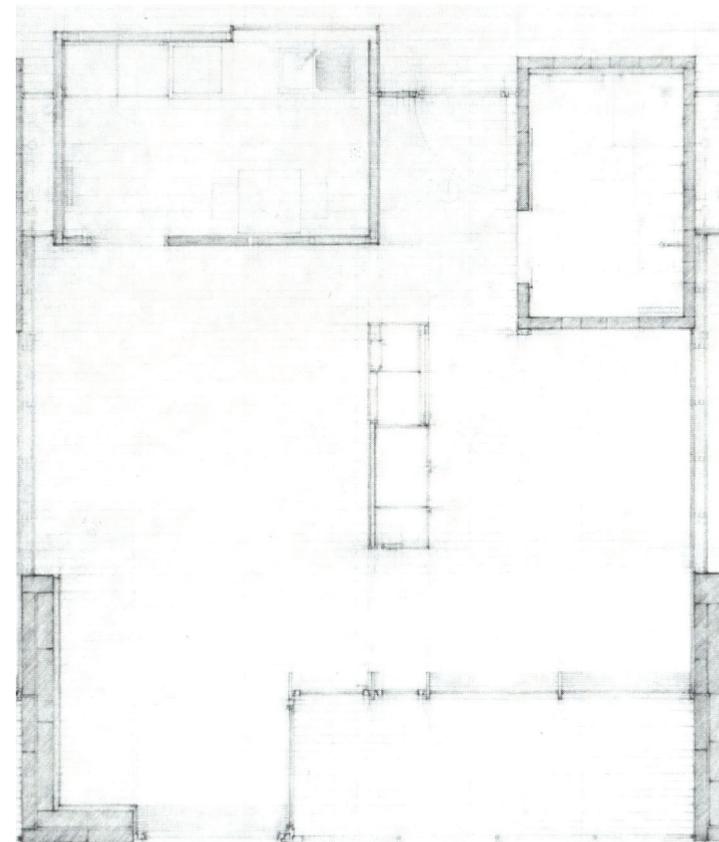


Abb. 28: Wohneinheit Erdgeschoss M 1:100



Abb. 29: Innenansicht Erschließungszone



Abb. 30: De Plussenburgh

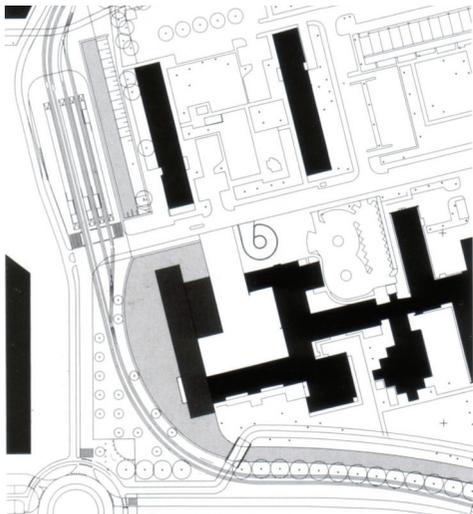


Abb. 31: Lageplan

Das Architekturbüro Arons en Gelauff gewann 2001 einen Wettbewerb für den Entwurf einer Seniorenwohnanlage in IJsselmone, einem Rotterdamer Vorort (NL), im Zuge eines Stadterneuerungsprogrammes (vgl. Krämer, 2007, S. 4-7). Die Anlage sollte für die Generation 55+ gebaut werden und die Architekten überlegten sich ein lockeres farbenfrohes Konzept (vgl. <http://www.archdaily.com/3959/de-plussenburgh-aron-en-gelauff-architecten/> 18.03.2011). Das Gebäude besteht aus einem Hochhaus und einem davor aufgeständerten Querriegel (11 Meter über dem Gelände), unter dem ein Teich angelegt wurde. Zu einem bereits bestehenden Pflegeheim wurde an der Rückseite mittels eines Pavillons eine Verbindung angelegt. Dort können die Bewohner medizinische Versorgung oder Mahlzeiten in Anspruch nehmen (vgl. Krämer, 2007, S. 4-7). Die Wohneinheiten sind unterschiedlich groß und verteilen sich über eine Gesamtlänge von ca. 9,8 Metern. Sie können bei Bedarf zusammengelegt oder halbiert werden und sind so offen für etwaige zukünftige Veränderungen in der Bewohnerstruktur (vgl. http://archrecord.construction.com/projects/bts/archives/multifamhousing/07_DePlussenburgh/ 18.03.2011). Die Balkone des Querriegels sind wellenförmig gestaltet, was der Fassade eine dreidimensionale Qualität verleiht. Im Turm sind im Vergleich dazu die verglasten Laubengänge glatt, aus selbstreinigendem Glas und leuchten einem Beleuchtungskonzept gemäß in über 200 Farbtönen. Die Außenanlagen sind wie das gesamte Gebäude barrierefrei gestaltet (vgl. Krämer, 2007, S. 4-7).



Abb. 32 und 33: De Plussenburgh Beleuchtung nachts

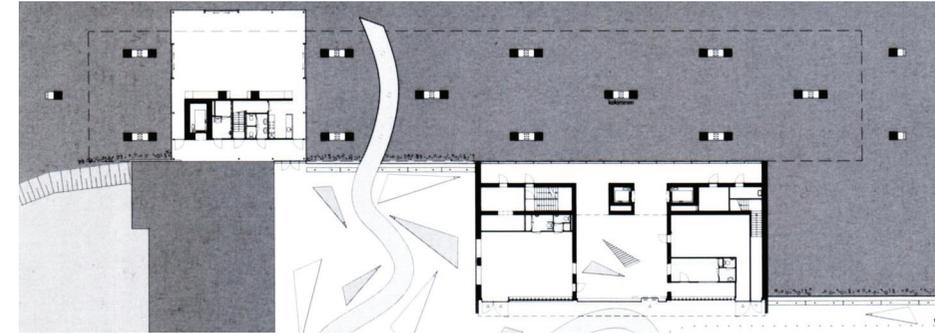


Abb. 34: Grundriss Erdgeschoss M 1:1250

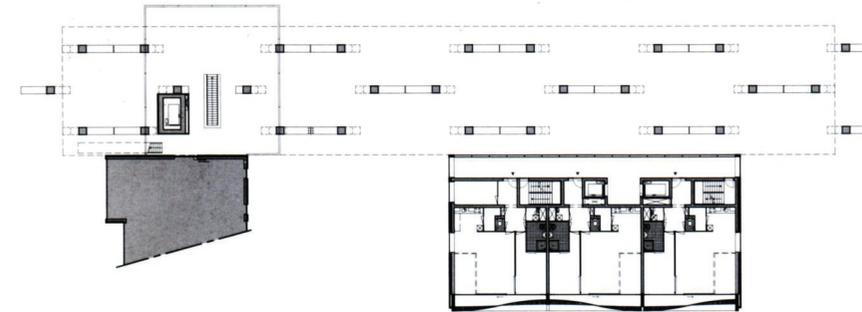


Abb. 35: Grundriss 1. Obergeschoss M 1:1250

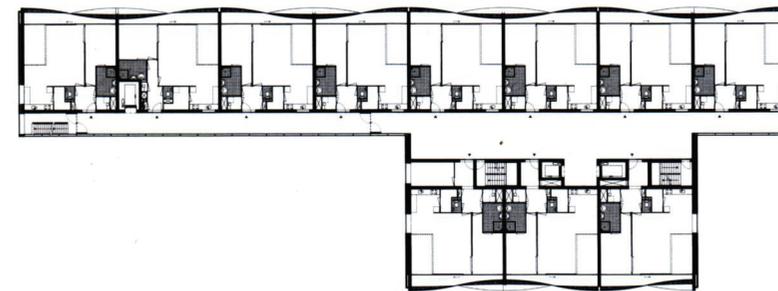


Abb. 36: Grundriss 5. Obergeschoss M 1:1250

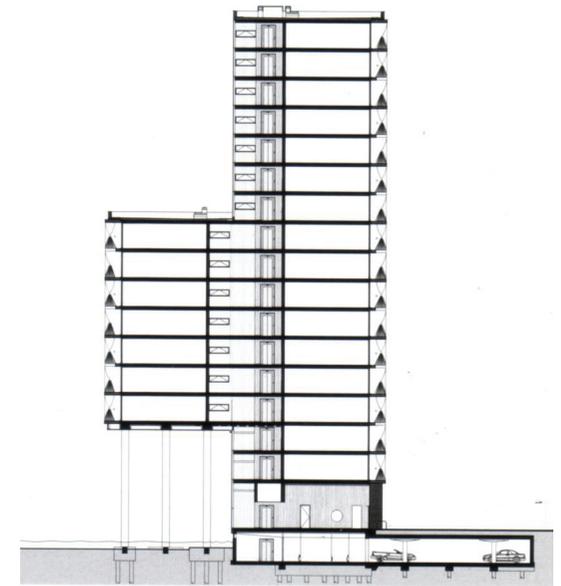


Abb. 37: Schnitt M 1:1250



Abb. 38: Balkonausbildung



Abb. 39: Flintholm



Abb. 40: Lageplan

Das Flintholm Care Home befindet sich in Fredericksberg in Kopenhagen (DK) auf dem Gebiet einer ehemaligen Industriebrache die im Zuge einer Stadtteilerneuerung zu einem Wohngebiet mit unregelmäßiger Blockrandbebauung umgewandelt werden sollte. Außerhalb dieser Bebauung, inmitten eines Landschaftsparks ist nun dieses „Altenwohnheim“ situiert. Es ist ellipsenförmig und als Solitär geplant. Die Architekten Frederiksen und Knudsen konnten mit diesem Entwurf den Wettbewerb für sich entscheiden und das Gebäude wurde 2007 fertig gestellt (vgl. Krämer, 2007, S. 12-15). Die Entwurfsbasis war „Gemeinschaft im Zentrum“, weshalb sich das Gebäude rund um einen zentralen Gemeinschaftsbereich aufbaut, der die Gemeinschaft der Bewohner stärken soll (vgl. <http://www.mimoo.eu> 18.03.2011). Das Gebäude ist im Sockelgeschoss auf Grund einer Bebauungsvorschrift etwas ins Gelände eingeschnitten. Im Erdgeschoss befinden sich Büroeinheiten, Gemeinschaftseinrichtungen, sowie der Eingangsbereich. Die restlichen vier Obergeschosse enthalten insgesamt 50 Wohneinheiten. Das Zentrum des Gebäudes wird von einem elliptischen Foyer gebildet, welches sich auf jedem Stockwerk wiederholt. Hier befinden sich sämtliche Funktionsräume wie etwa Essräume, Gemeinschaftsbereiche und Terrassen. Alle Wohnräume sind um dieses Zentrum angeordnet. Die Wohngruppen bestehen aus ungefähr 12 bis 13 Wohnungen und zugehörigen Gemeinschaftseinrichtungen. Die Wohnungen sind unterschiedlich groß und verfügen jeweils über eine Nasszelle, eine Teeküche, Schlaf- und Wohnraum. Alle Wohnräume haben geschosshohe französische Fenster, die den Blick auf den umliegenden Park freigeben. Der Außenring des elliptischen Gebäudes ist an zwei Stellen unterbrochen. Hier werden Terrassen ausgebildet und Freibereiche geschaffen, sowie die Belichtung im Inneren sichergestellt. Die Tragstruktur setzt sich aus vorgespannten Betondeckenelementen und tragenden Wohnungstrennwänden zusammen. Die Fassade ist an einer Holzkonstruktion, die entlang der geschwungenen Außenhaut angebracht wurde, aufgehängt und besteht aus anthrazitgrauen Fassadenplatten mit einer weiß verputzten Sockelzone (vgl. Krämer, 2007, S. 12-15).

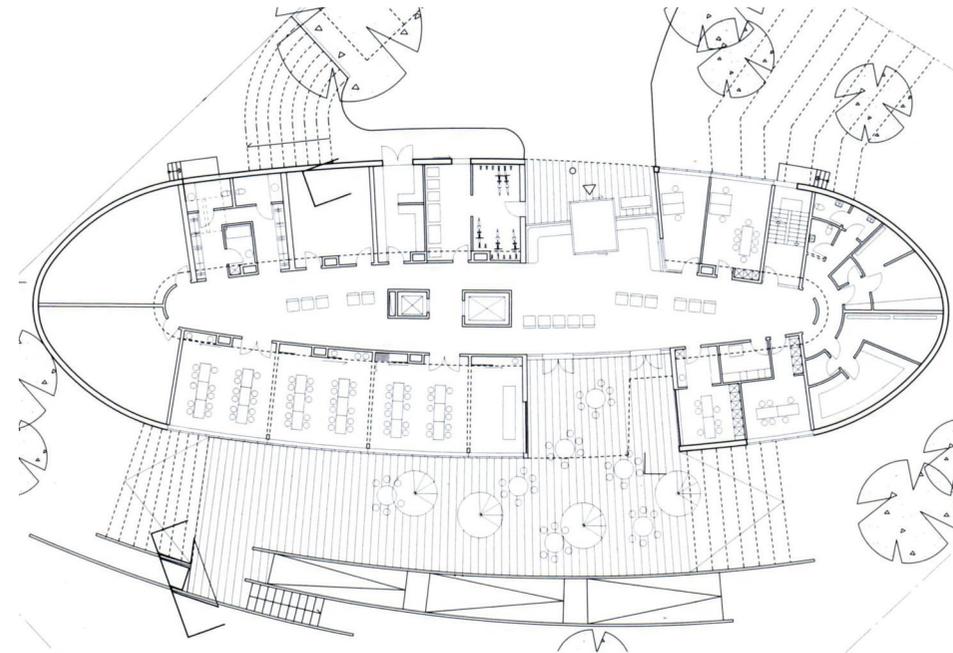


Abb. 41: Grundriss Erdgeschoss M 1:500

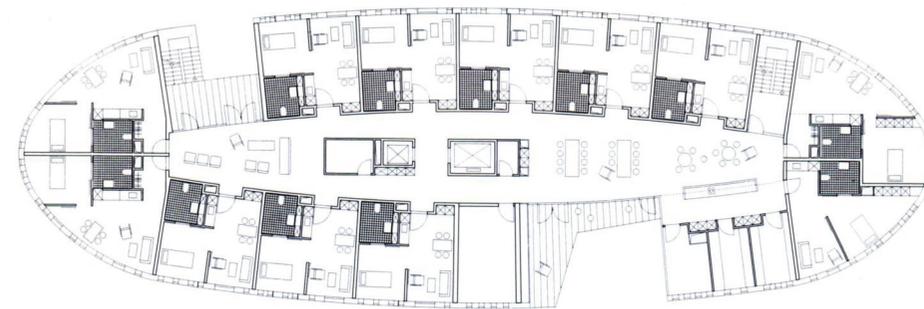


Abb. 42: Grundriss 1. Obergeschoss M 1:500

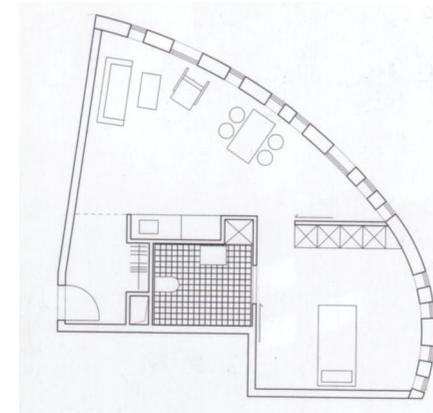


Abb. 43: Grundriss Apartmenttyp A M 1:200

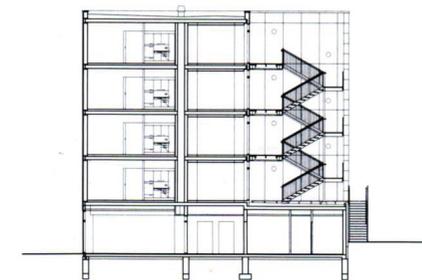


Abb. 44: Schnitt M 1:500

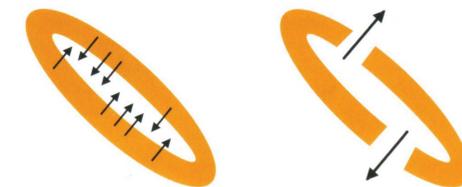


Abb. 45: Entwurfskonzept



Abb. 46: Alters- und Pflegeheim Gisingen

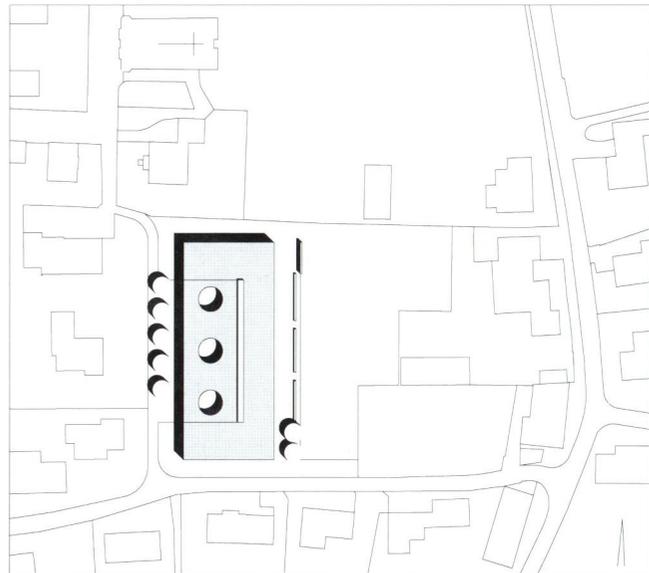


Abb. 47: Lageplan

Noldin&Noldin Architekten planten das 1996 errichtete Alters- und Pflegeheim in Gisingen (Vorarlberg AT) als einen multifunktionalen Komplex. Es beinhaltet zusätzlich öffentliche Einrichtungen (Kaffeehaus, Mutterberatungsstelle...), welche im Erdgeschoss untergebracht sind, um den alten Bewohnern das Gefühl der Isolation zu nehmen (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=2733> 17.03.2011). Das Raumangebot im Erdgeschoss ist durch große Schiebeelemente flexibel kombinierbar und daher gut nutzbar für Veranstaltungen jeder Art. Betreten wird das Haus über eine Caféterrasse, durch die man in eine zweigeschossige Eingangshalle gelangt. Man kann von den Gängen der oberen Geschosse in die Eingangshalle hinunterblicken und dadurch erhält die Erschließung einen großzügigen Charakter (vgl. Waechter – Böhm, 1997, S. 84-97). Das Gebäude hat eine Länge von 60 Metern und ist U-förmig mit einem eingescho-benen Gebäude in der Mitte. Die beiden Obergeschosse sind in 40 Zimmer unterteilt, von denen jedes einen eigenen Balkon und eine Nasszelle besitzt (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=2733> 17.03.2011). Die Zimmer haben eine Größe von durchschnittlich 25 m², inklusive Sanitärzelle (vgl. Waechter – Böhm, 1997, S. 84-97). Alle zehn Zimmer haben ein gemeinsames Wohnzimmer. Die Erschließung der Zimmer erfolgt über eine Art Laubengang, welcher der U-Form des Gebäudes folgt. Im ersten Stockwerk gibt es noch zwei Terrassen, im zweiten einen Freibereich und im Erdgeschoss überdachte bestuhlte Bereiche (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=2733> 17.03.2011). Die Dächer der Terrassen im ersten Obergeschoss wurden von den Architekten mit kreisförmigen Öffnungen geplant (Durchmesser 7m). Fast zwölf Meter hinter der Außenfas-sade liegen die Gänge, die durch großzügig verglaste Flächen ausreichend belichtet werden (vgl. Waechter – Böhm, 1997, S. 84-97). An Gemeinschaftsräumen bietet das Alten- und Pflegeheim noch Speiseraum, Bewegungs- und Ruhe- so wie Baderäumlichkeiten an. Die Innenausstattung wirkt sehr edel durch dunkel gebeizte Holzvertäfelungen, Holzfußböden, Sichtbetonflächen, schlichte Einbaumöbel von hoher

Qualität und eine angenehme Farbgebung (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=2733> 17.03.2011). Aus statischen Gründen ist das Erdgeschoss in Beton ausgeführt, die oberen Geschosse allerdings ganz traditionell aus verputztem Ziegelmauerwerk. Visuell ist kaum etwas von Krankenhaus- oder Pflegetechnik zu bemerken, was natürlich von Bewohnern und Besuchern als überaus angenehm empfunden wird (vgl. Waechter – Böhm, 1997, S. 84-87). Leider hat sich hier das Wohngruppen- Konzept zur Pflege nicht durchgesetzt: Anstelle der geplanten Einheiten von 4 Gruppen mit 10 Personen, wurde bald wieder die Stationspflege etabliert und die Pflege stockwerksweise organisiert (vgl. Inninger, 2001).

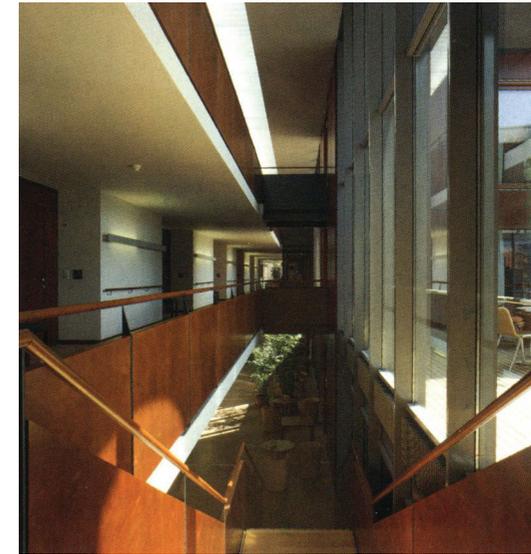


Abb. 48: Innenraum Treppenaufgang

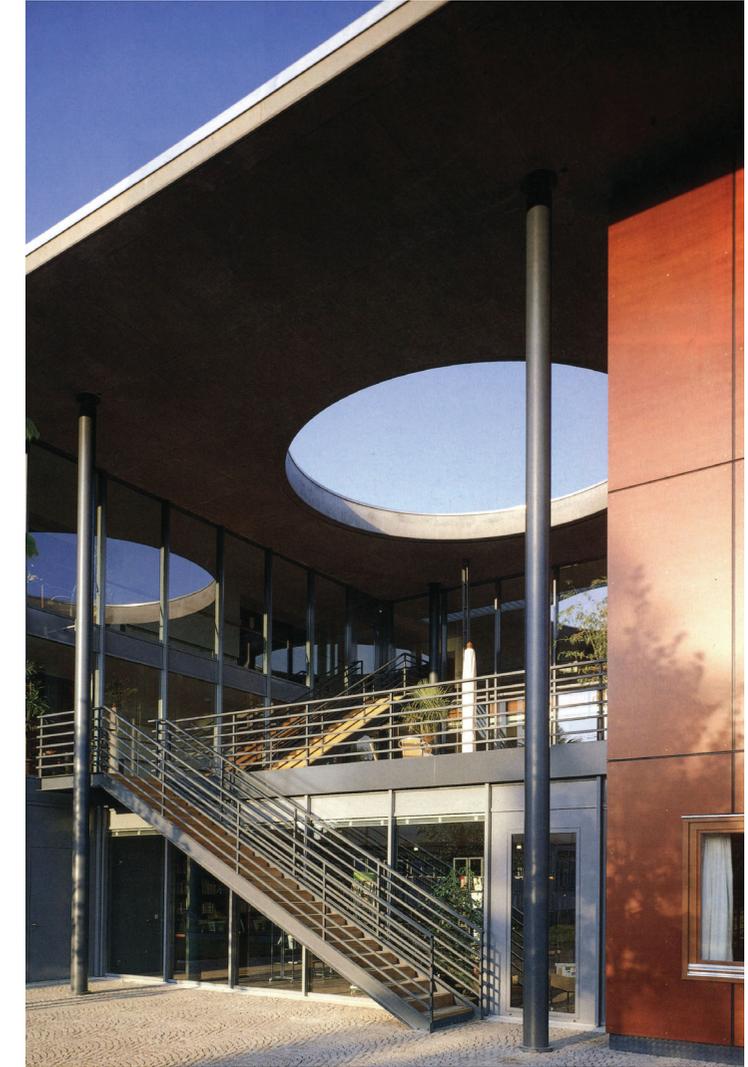


Abb. 49: Terrasse im 1. Obergeschoss

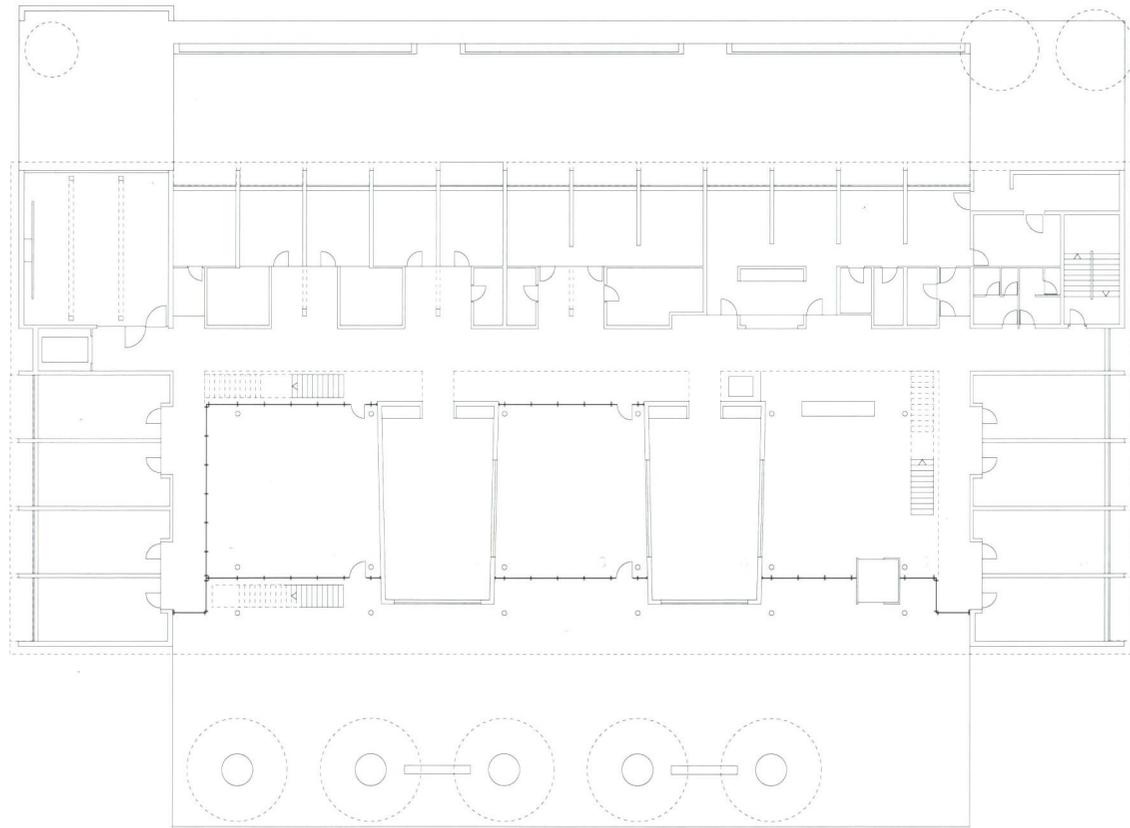


Abb. 50: Grundriss Erdgeschoss

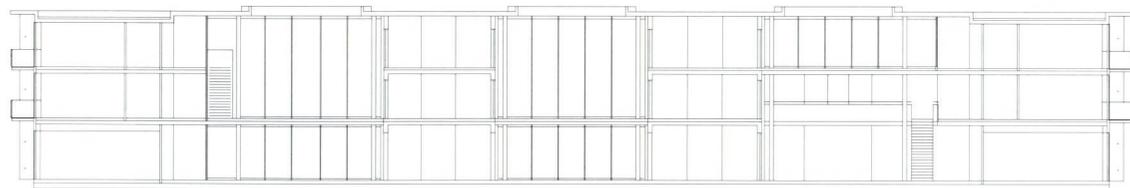


Abb. 51: Längsschnitt

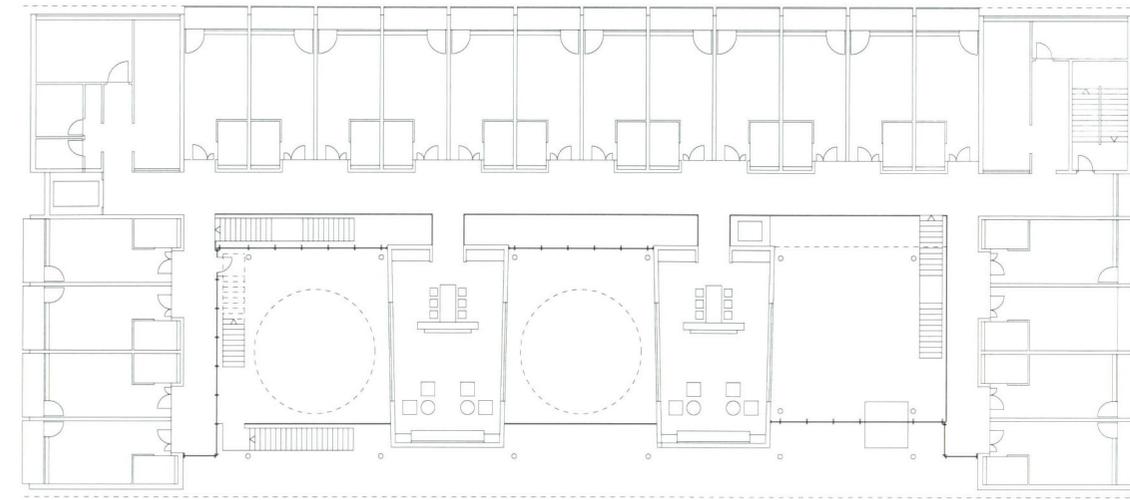


Abb. 52: Grundriss Obergeschoss



Abb. 53: Innenausstattung Gemeinschaftsraum



Abb. 54: Innengang



Abb. 55: Altenpflegeheim Hüfingen

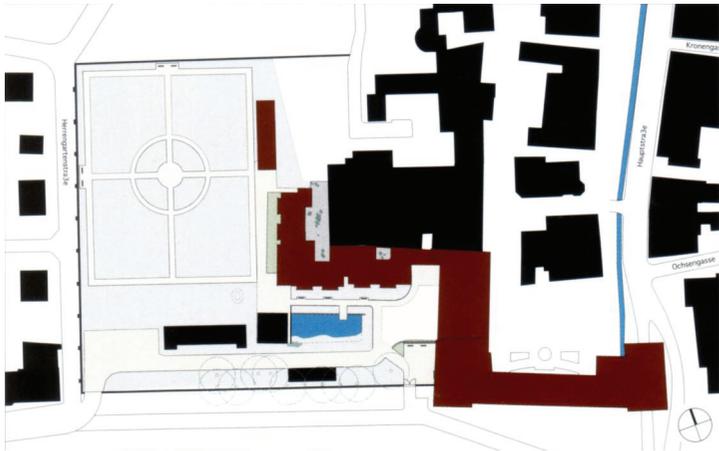


Abb. 56: Lageplan M 1:2500

Das Altenpflegeheim in Hüfingen (DE) wurde 2007 durch einen Anbau erweitert, da es immer schwieriger wurde, in dem Schloss aus dem 16. Jahrhundert einen zeitgemäßen Pflegebetrieb aufrecht zu erhalten.

Mit diesem Zubau entstand die Idee einer eigenen Demenzstation. Im Erweiterungsbau plante man drei Wohngruppen zu jeweils 12 Bewohnern auf drei Geschossen. Die Bewohner sind in Einzelzimmern untergebracht, die bis auf 2 Zimmer auch über eine eigene Sanitärzelle verfügen (vgl. Krämer, 2007, S. 50f).

Die milieutherapeutische Innenraumgestaltung nimmt Bezug auf die besonderen Bedürfnisse demenzkranker Menschen. So ist beispielsweise der Flur als erlebnisreicher „Wegraum“ entworfen, der an vielen Stellen Blickbeziehungen ermöglicht. Anstelle eines Rundweges wurde ein belichteter Flur entwickelt mit Aufweitungen an den Enden. Diese laden zum Verweilen ein. Der Flur wird durch farblich gestaltete Rundungen an den Sanitärbereichen akzentuiert und aufgelockert. Durch die farbliche Gestaltung via Kontrastfarben stellen sie Orientierungspunkte dar. Die Beleuchtung im Flur ist mit Tageslichtlampen organisiert, die je nach Tageszeit ein anderes Lichtspektrum anbieten, welches es den Bewohnern erleichtern soll, einem natürlichen Tagesrhythmus zu folgen. Der Teppichboden sollte den Raum wohnlich wirken lassen und akustische Belästigung vermeiden (vgl. Heeg/ Mollenkopf/ Volpp 2010, S. 30f).

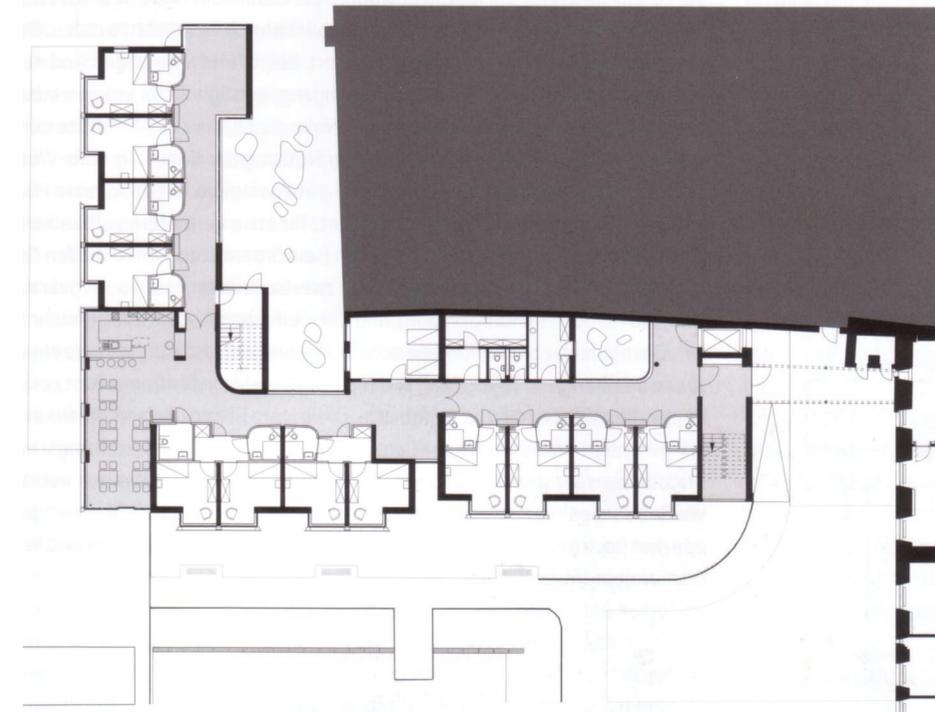


Abb. 57: Grundriss Erdgeschoss M 1:500

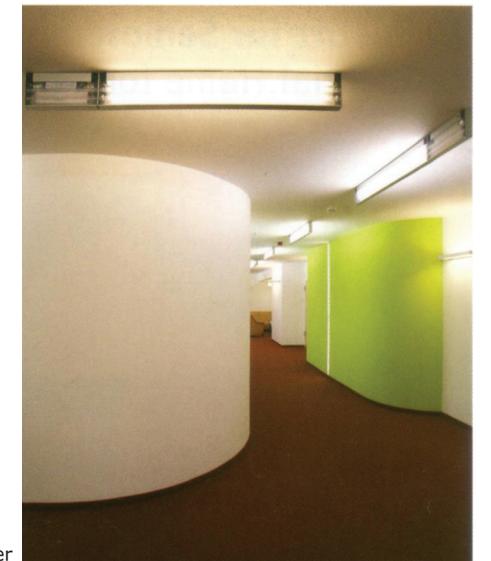


Abb. 58 und 59: Innenraumgestaltung Vorbereiche der Zimmer



Abb. 60: Altenwohnheim Maria Gail



Abb. 61: Lageplan

Das Altenwohnheim Maria Gail wurde vom Architekten Dietger Wissounig für die Diakonie Kärnten geplant und in Villach (AT) verwirklicht. Es liegt sehr zentral in die Ortschaft eingebettet und erlaubt so den Bewohnern die Nutzung der örtlichen Infrastruktur. Die Fertigstellung ist 2010 erfolgt (vgl. <http://www.diakonie-kaernten.at/de-849.cms> 22.03.2011). Das Pflegeheim wurde für 81 Betten konzipiert, die in 3 Geschossen und in Gruppen zu jeweils 13 bis 15 Bewohnern aufgeteilt wurden (NFG ca. 4200m²). Es gibt also ungefähr sechs Wohngruppen. Sechs Zimmer werden als Kurzzeitpflegeplätze geführt und sechs als Partnerzimmer. Jede Einheit verfügt über eine eigene offene Wohnküche und ein Atrium. Die Atrien sorgen für Belichtung, Belüftung und Blickbeziehungen. Die Schwesternstützpunkte sind auf jeder Ebene zentral an den Schnittstellen zweier Bereiche angeordnet, was die Wege verkürzt und mehr Übersicht gewährleisten soll. Das Haus verfügt auch noch über eine Bibliothek und einen Andachtsraum, sowie über eine große Gartenanlage. Es wurden auf jeder Ebene Gemeinschaftsterrassen bzw. Loggien eingeplant. Von der Innenausstattung her wurde versucht, milieutherapeutische Maßnahmen in Bezug auf Materialität, Gestaltung und unterstützende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Tagesgestaltung umzusetzen. Farbe und Gerüche, Textur und Licht sollen die Bewohner sensorisch stimulieren und aktivieren. Die Ausstattung der Innenräume mit Holz soll ein „heimeliges“ Gefühl vermitteln (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=34175> 17.03.2011).

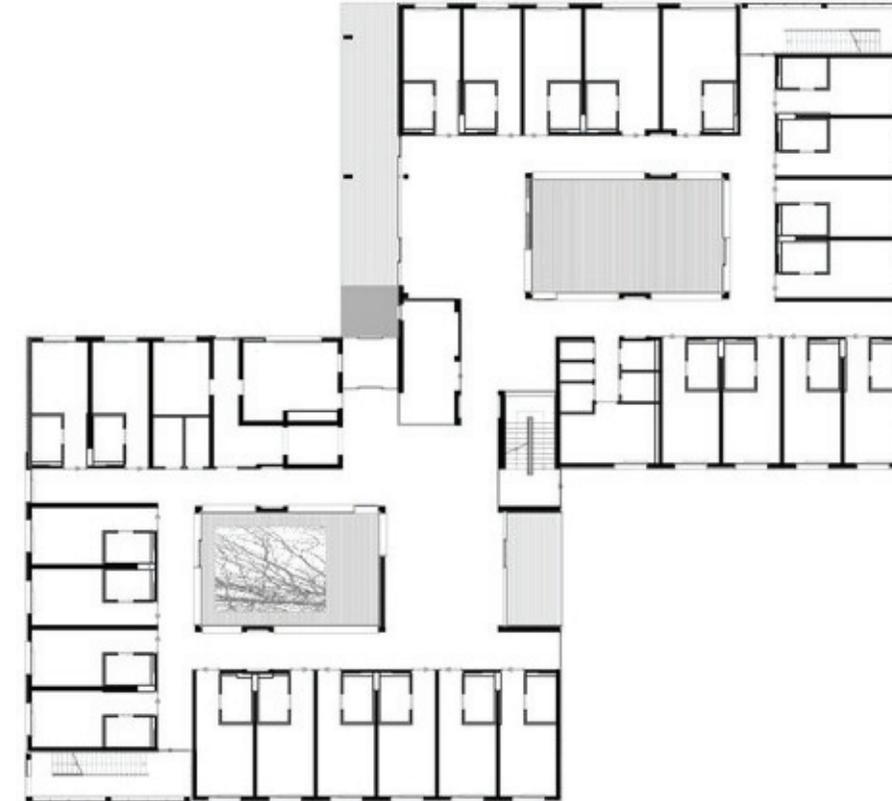


Abb. 62: Grundriss 1. Obergeschoss



Abb. 63: Ansicht Nordost



Abb. 64: Innenraum Gang und Gemeinschaftsküche



Abb. 65: Atrium



Abb. 66: Nofels

Das Altenheim Nofels in Feldkirch (Vorarlberg AT) ist Teil eines Pflegeheimkonzeptes der Stadt, welches mehrere kleine Pflegeeinheiten zur Versorgung der Bevölkerung vorsieht, an Stelle zweier großen Einrichtungen (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=2669> 17.03.2011). Das Pflegeheim verfügt über 33 Betten, die auf zwei Stationen zu jeweils 16 Personen aufgeteilt sind. Diese gruppieren sich um einen heimelig anmutenden, mediterran gestalteten Innenhof (vgl. Achleitner, 1996, S. 96-105). Das Gebäude wurde 1996 errichtet und ist wie ein zweigeschossiger Vierkanter aufgebaut, mit einer Kantenlänge von 47 mal 48 Metern. Das Erdgeschoss beinhaltet die Gemeinschafts- und Pflegefunktionen, aber auch externe Funktionen wurden in das Gebäude verlagert, wie das Postamt und Vereinsräume der Ortschaft. Das sorgt für eine bessere Anbindung der Bewohnerschaft an das Geschehen im Ort. Das Haus verfügt über eine eigene Küche und eine Wäscherei. Im Obergeschoss gibt es neben den Wohnräumen der Bewohner auch noch ein Pflegebad und eine Arztstation (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=2669> 17.03.2011). Das Heim wird außerdem noch als Tagespflegestätte geführt. Die Wohneinheiten sind mit 24 m² relativ kompakt gestaltet, das wird jedoch durch das großzügige Angebot an Gemeinschaftsflächen ausgeglichen. Es gibt 5 Möblierungsvarianten für die Zimmer, die alle flexible Schränke haben, welche auch als Raumteiler fungieren können (vgl. Inninger, 2001). Das Gebäude ist eine Mischkonstruktion aus Stahlbetonskelett und Massivbauweise. Die Außenfassade ist verputzt und man erkennt die Zimmer im Obergeschoss durch die Gestaltung der Fenster als Bänder aus Holzelementen. Das Erdgeschoss ist einfach in weißem Putz gehalten (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=2669> 17.03.2011).

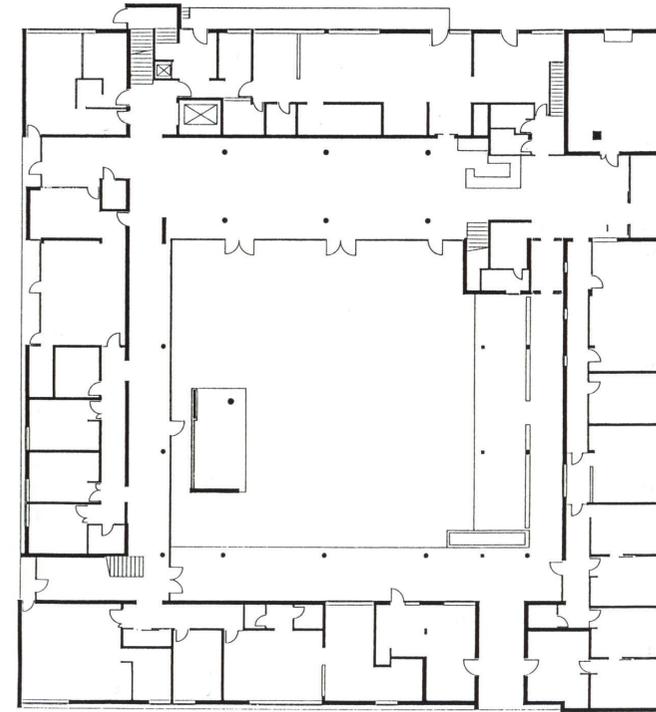


Abb. 67: Grundriss Erdgeschoss

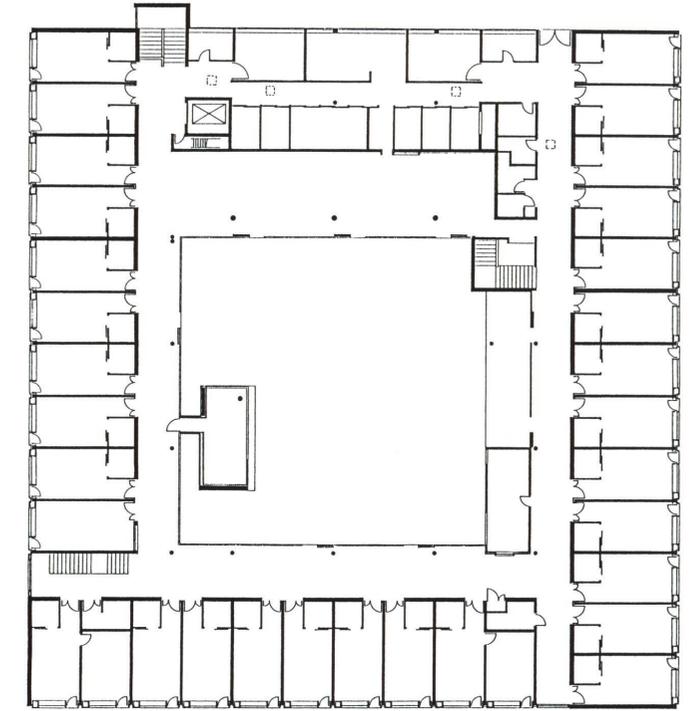


Abb. 68: Grundriss Obergeschoss



Abb. 69 und 70: Innenhof



Abb. 71 und 72: Laubengang





Abb. 73: Sozialzentrum Passail

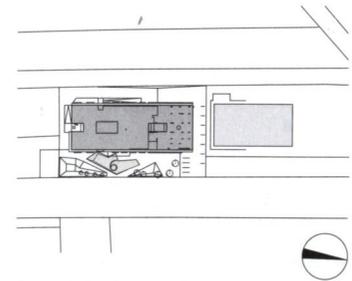


Abb. 74: Lageplan M 1:4000

Das Sozialzentrum Passail wurde 2002 in der Steiermark (AT) gebaut. Nach dem Entwurf von Architekt Gerhard Mitterberger simuliert die innere Struktur ein Dorf und das Leben in einem solchen. Im Erdgeschoss befindet sich in der Eingangshalle, nach dem man eine Zugangsrampe passiert hat, ein Erschließungskern, der ähnlich einem Marktplatz angelegt ist. Hier findet man einen Friseur, eine Bibliothek, Büros, eine Kapelle, einen Gastraum und schließlich eine Art „Gasse“ die zu den Privaträumen führt (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=1171> 08.03.2011). Im Erdgeschoss befinden sich größere Wohnungen als im Obergeschoss, welche die Möglichkeit zur selbstständigen Versorgung bieten. Die Wegeführung erinnert hier an Kreuzgänge in Klöstern (vgl. Meywald, 2003, S. 34-37).

Die Pflegezimmer sind im Obergeschoss untergebracht und werden über mehrere „Straßen“ erschlossen. Es gibt Ein- und Zweibettzimmer, die alle über ein eigenes Bad und einen Balkon verfügen. Das Pflegeheim fasst insgesamt 40 Zimmer. In einem breiten Mittelgang sind alle Funktionen locker angeordnet, wie Pflegebäder und Funktionsräume. Es gibt auch lounge-artige Aufenthaltsbereiche, einen Hobbyraum und ein Atrium. Die Zonierung ist so arrangiert, dass es vom Öffentlichen ins Halböffentliche und schließlich erst ins Private geht, um die Intimsphäre der Bewohner zu schützen und ihnen die Entscheidung, wann sie am Gemeinschaftsleben partizipieren wollen, selbst zu überlassen (vgl. <http://www.nextroom.at/building.php?id=1171> 08.03.2011). Der Schwesternstützpunkt bildet den Mittelpunkt, da er von allen Zimmern möglichst gleich weit entfernt sein soll. Nach außen hin artikuliert sich der Baukörper mit einer lockeren Holzfassade, die durch auskragende Balkone und einen horizontalen Sonnenschutz gegliedert ist (vgl. Meywald, 2003, S. 34-37).

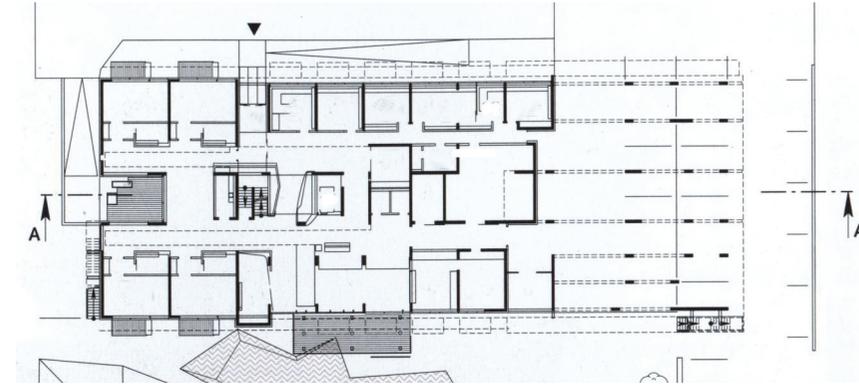


Abb. 75: Grundriss Erdgeschoss M 1:750

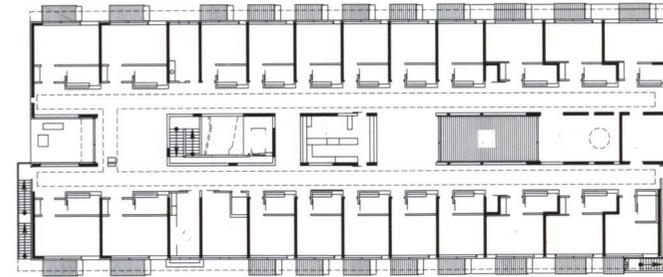


Abb. 76: Grundriss 1. Obergeschoss M 1:750

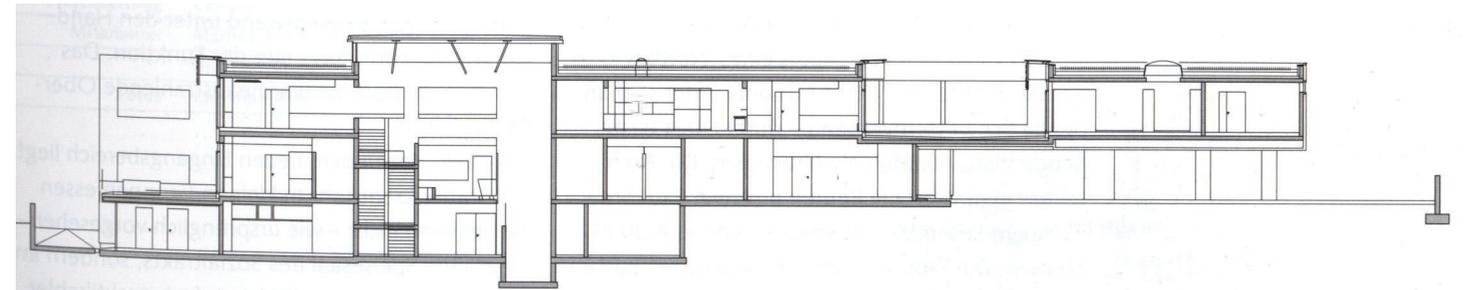


Abb. 77: Längsschnitt M 1:400



Abb. 78: Außenfassade und Teich



Abb. 79: Wohn- und Pflegeheim in Steinfeld

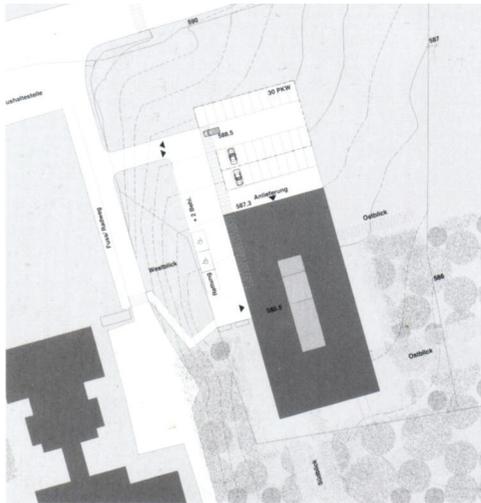


Abb. 80: Lageplan

Das Altenwohn- und Pflegeheim in Steinfeld im Kärntner Drautal (AT) wurde von Dietger Wissounig im Zuge eines Wettbewerbes geplant und 2005 realisiert. Das Gebäude ist in einem Landschaftspark situiert (vgl. Krämer, 2007, S. 32-35). Es verfügt über eine BGF von 3.658 m² (vgl. Boeckel, 2006, S. 120-129).

Der Baukörper nimmt auf den Park in gestalterischer Hinsicht Bezug: Orientierung, Öffnungen, Wege und Bepflanzung. In seinem Nordteil befinden sich die Service-Zonen wogegen die Zimmer nach Süden, Osten und Westen, zur Landschaft hin, ausgerichtet sind. Die beiden Obergeschosse beinhalten jeweils eine unabhängige Pflegestation. Im Erdgeschoss sind die Gemeinschaftsräume und die öffentlichen Funktionen wie Verwaltungs- und Versorgungseinrichtungen untergebracht. Das Erdgeschoss hat eine geringere Raumhöhe als die Obergeschosse, da das Gebäude dem natürlichen Geländeverlauf folgt. Das Obergeschoss krägt über das Erdgeschoss aus und erzeugt so einen geschützten Umgang rund ums Gebäude.

Das Heim verfügt über Gemeinschaftsräume wie eine Kapelle, Atrium mit Wintergartennutzung, Bibliothek, Festsaal und einen Hobbyraum. Es gibt Ein- und Zweibettzimmer, die alle ringförmig um einen grünen Kern, ein natürlich belichtetes Atrium, angeordnet sind (vgl. Krämer, 2007, S. 32-35). Das Atrium ist großzügig begrünt und fungiert im Haustechnikkonzept als Frischluftspeicher. Die Zimmer sind 19,4 bis 28,1 m² groß, wobei noch eine Nasszelle mit 4,7 m² zu jeder Einheit hinzukommt (vgl. Boeckel, 2006, S. 120-129). In jedem Geschoss ist die Natur so auch im Gebäudeinneren zugegen und kann wind- und wettergeschützt erlebt werden. In den Obergeschossen gibt es zudem auch noch sechs überdachte Terrassen nach Osten, Westen und Süden, die je nach Bedarf genutzt werden können und deren großzügige Ausführung das Gebäudeinnere noch zusätzlich belichten. Der Bezug zur Landschaft ist somit ständig gegeben. Durch großzügig verglaste Flächen ist es immer wieder möglich, das Gebäude zu durchblicken und auf gegenüberliegende Zimmer zu sehen oder nach draußen, was die räumliche Orientierung im Gebäude fördern soll. Das Gebäude ist

barrierefrei und jeder Raum kann mit dem Pflegebett erreicht werden, was Flexibilität bei Nutzungsveränderungen im Laufe der Zeit gewährleistet.

Bis auf das Erdgeschoss und die Liftkerne ist das Gebäude ein reiner Holzbau, gebaut aus heimischen Hölzern und als Niedrigenergiehaus konzipiert (vgl. Krämer, 2007, S. 32-35). Das Erdgeschoss ist als Betontisch ausgebildet, der die Unterlage für die beiden Obergeschosse in Holzbauweise bietet (vgl. Boeckel, 2006, S. 120-129). Die Fassade und die sichtbaren Holzflächen im Innenraum sind aus Oberkärntner Lärche (vgl. Krämer, 2007, S. 32-35). Sie verfügt über raumhohe Fixverglasungen und außen liegende, hölzerne Schiebeläden und schmale Fenstertüren (vgl. Boeckel, 2006, S. 120-129).

Der Gebäudeentwurf berücksichtigt sowohl eine hohe Lebensqualität in einem gesunden Umfeld für alte Menschen, als auch ökologische Nachhaltigkeit in Verbindung mit der Verwendung umweltfreundlicher Baumaterialien und alternativer Energiegewinnungsmöglichkeiten (vgl. Krämer 2007, S. 32-35).



Abb. 81: Querschnitt M 1:500



Abb. 82: begrüntes Atrium, Blick nach außen

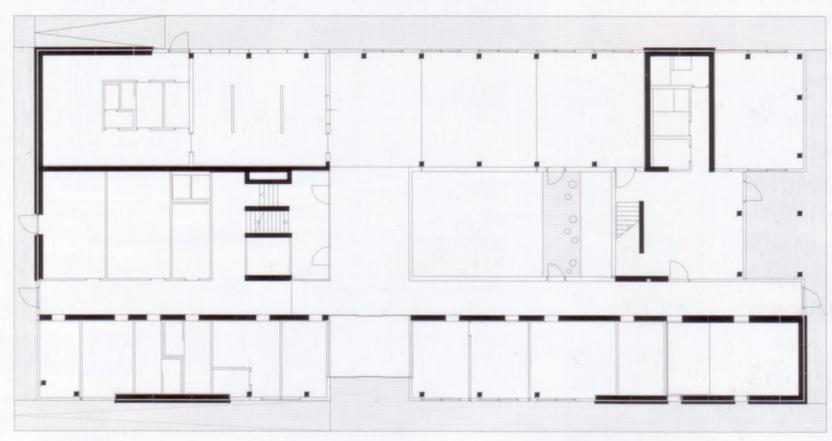


Abb. 83: Grundriss Erdgeschoss M 1:500

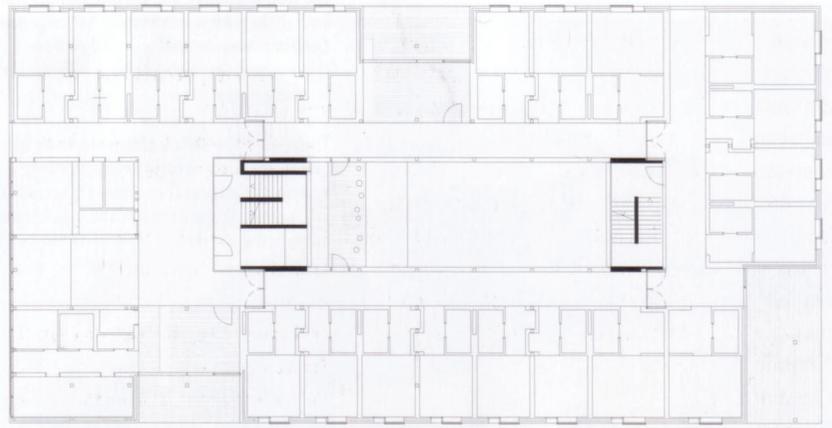


Abb. 84: Grundriss 1. Obergeschoss M 1:500



Abb. 85: Gemeinschaftsküche mit Terrasse

© paul ott fotografiert



Abb. 86: Längsschnitt M 1:500



© paul ott fotografiert

Abb. 87: Atrium im Gebäudeverband



Abb. 88: Seniorenresidenz Withus



Abb. 89: Gartenanlage



Abb. 90: Wasserbecken/ Baderaum

Die Seniorenresidenz Withus liegt im Stadtteil Nezu von Tokio (J) und wurde 2005 nach der Planung von Kengo Kuma & Associates fertig gestellt. Es handelt sich um eine Seniorenresidenz mit integrierter Pflegestation. Der Entwurf des Gebäudes nimmt Bezug auf den ehemaligen Holzpalast aus der Meiji- Zeit, der vormals auf dem Grundstück gestanden hatte. Das Gebäude gruppiert sich um eine Gartenanlage und besitzt zur Straßenseite hin holzverkleidete Fassadenelemente. Alte Materialien des ehemaligen Holzbaus wurden so gut es ging im Neubau wieder verwendet: u.a. alte Stützen oder Shoji- Wände als Raumteiler. Im ersten Obergeschoss des Hauses gibt es einen großen Besucherspeiseaal, in dem die Bewohner Nachbarn und Gäste empfangen können. In den hinteren Räumen befindet sich ein groß angelegtes Rehabilitationszentrum mit Friseur und Wasserbecken. Die Zimmer sind jeweils mit einer eigenen barrierefreien Sanitärzelle versehen und in zwei Gruppen unterteilt: jene für Bewohner mit kognitiven Einschränkungen und jene für alle anderen. Die Residenz verfügt insgesamt über 55 Plätze (47 Einzelzimmer und 4 Doppelzimmer) (vgl. Feddersen/ Lüdtker, 2009, S. 202f).

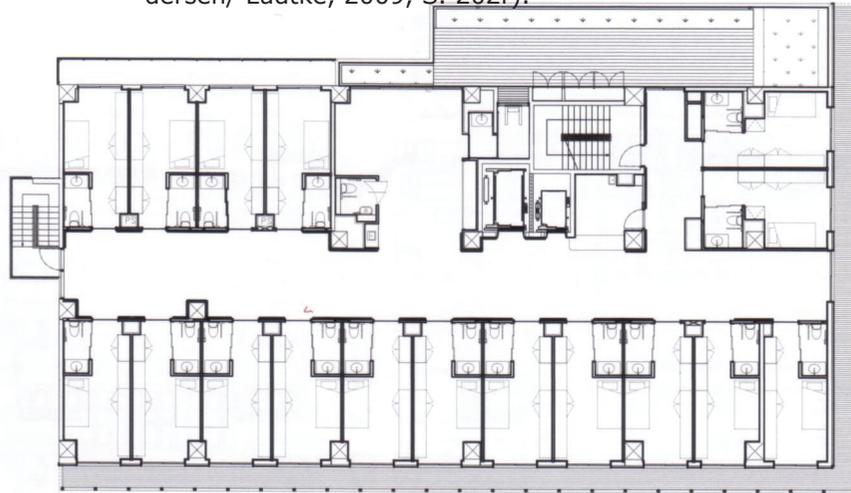


Abb. 91: Grundriss Dachgeschoss

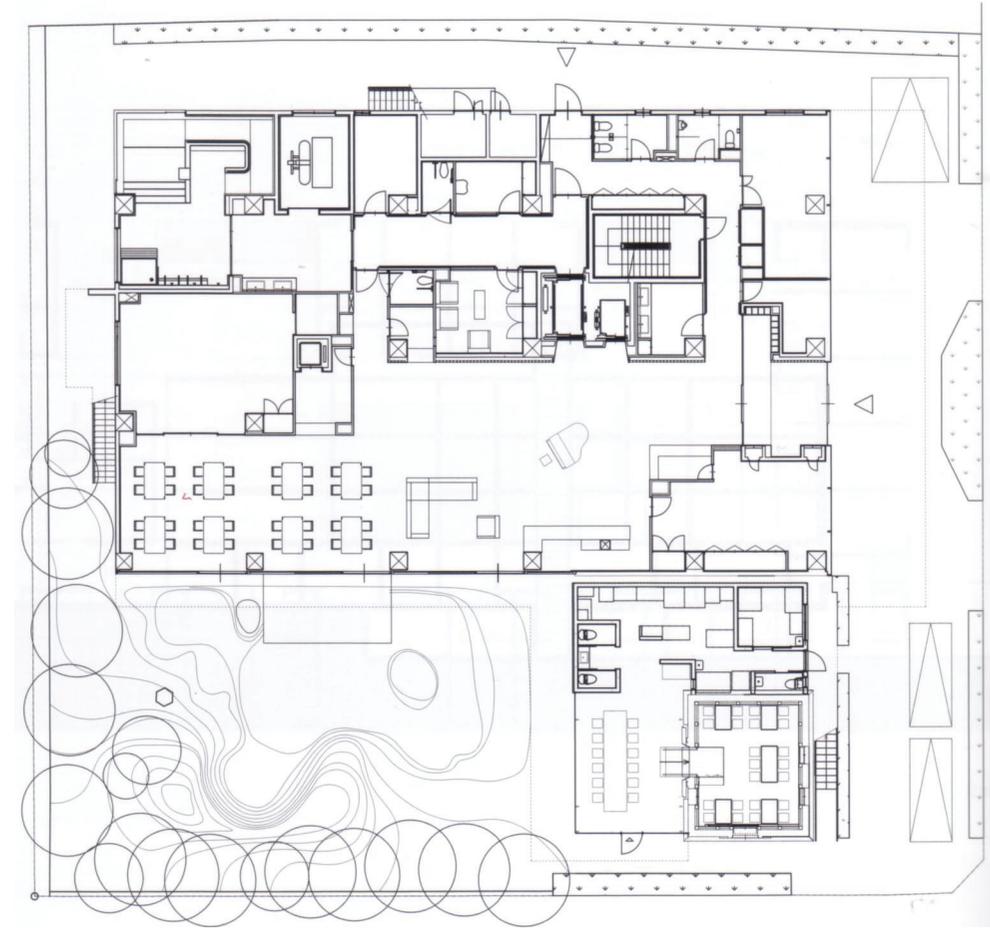


Abb. 92: Grundriss Erdgeschoss

Auf der Suche nach einem geeigneten Diplomarbeitsthema durchforstete ich die Homepage der Architektenkammer nach Projekten und Wettbewerbsergebnissen und stieß auf einen aktuellen Wettbewerb, der mich sofort interessierte. Entwurfsthema ist ein Altenheim, Ausführungsort eine kleine Gemeinde in Tirol mit zentraler Lage in einem Tourismusgebiet. Die Aufgabenstellung entspricht mit einem Sozialbau für alte Menschen und einem recht ausgewogenen Raumprogramm zur Orientierung, sowie einem Bauplatz im Ortskern genau meinen Vorstellungen.

Vor der Ausarbeitung meines Entwurfes habe ich die Gemeinde Oberndorf in Tirol besucht, um mir von Bauplatz und Umgebung ein genaueres Bild zu machen. Die gesammelten Eindrücke aus Oberndorf und Informationen den Ort betreffend, sowie Näheres zu Wettbewerb und Raumprogramm werden im folgenden Kapitel behandelt und vorgestellt.





Abb. 93

Eckdaten Oberndorf in Tirol

Fläche: 17,7 km²

Einwohner: 2009

Seehöhe: 687 m.ü.A.



Abb. 94

Die Gemeinde Oberndorf liegt in Tirol, im Bezirk Kitzbühel im Leukental, nahe der bekannten Ski- und Tourismusregionen Kitzbühel und St. Johann (vgl. <http://www.oberndorf-tirol.at/> 03.05.2011).

Die Gemeinde besteht aus dem Hauptort und mehreren kleinen Weilern, die bis zum Kitzbüheler Horn reichen. Der Tourismus und ein Hartsteinwerk sind die wichtigsten wirtschaftlichen Einnahmequellen des Gebietes. Es gab bis ins 18. Jahrhundert auch ein bedeutendes Kupferbergwerk am Rerobichl, welches nach einem Unglück geschlossen wurde (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Oberndorf_in_Tirol 03.05.2011).

Die Dorflandschaft ist geprägt von zahlreichen touristischen Einrichtungen. So gibt es etwa 15 Hotels und um die 17 Gasthäuser. Der Wintertourismus setzt vor allem auf die Nähe zu den bekannten Skigebieten und im Sommer wird mit Wandern und Naturerlebnissen geworben. Die Gemeinde verfügt außerdem noch über ein Schwimmbad, einen Tennisplatz und ein Tourismuscenter.

Die Gemeindeflandschaft wirkt malerisch und sehr idyllisch, da sie – bis auf den Ortskern- sehr kleinteilig ist und großer Wert auf eine ansprechende und landestypische Gestaltung der Bausubstanz gelegt wird. Man kann im Ort oder in kleinen privaten Herbergen mitten im Wald wohnen. Die Ortschaft an sich ist klein und ruhig.



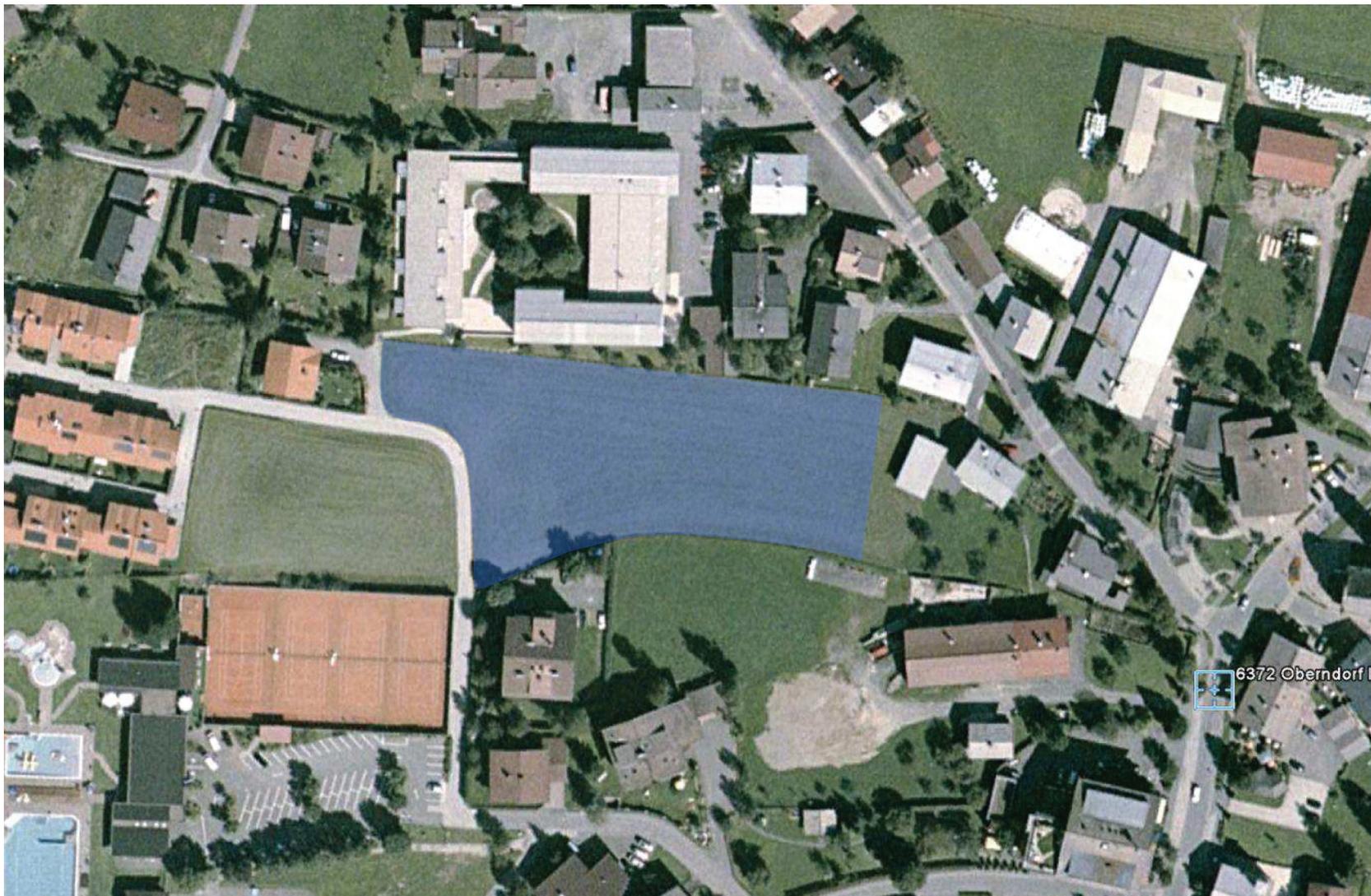


Abb. 95

Das Grundstück, welches für das Pflegeheim vorgesehen ist, liegt direkt im Ortskern, in unmittelbarer Nachbarschaft zu Volksschule und Kindergarten im Süden, sowie zu Tennisplatz und Schwimmbad im Norden. Östlich davon befinden sich die Fläche, welche für eine mögliche Erweiterung freigehalten wird und zwei Pensionen. Im Westen gibt es eine kleinteilige Wohnsiedlung. Die wichtigsten Verbindungen zur örtlichen Infrastruktur sind gegeben, da man alle Einrichtungen im Kern zu Fuß binnen kürzester Zeit erreichen kann.

Das Grundstück umfasst laut Wettbewerbsvorgaben 3.706,96m² und ist als „Vorsorgefläche für kommunale Einrichtungen“ gewidmet. Für das Grundstück gibt es im Moment keinen gültigen Bebauungsplan. Der Wettbewerb, den Entwurf des Wohn- und Pflegeheimes betreffend, wird als maßgebend für die weitere Entwicklung der räumlichen Struktur angesehen.

In Oberndorf gibt es derzeit einen Veranstaltungskalender für Senioren, der sich „Aktiv im Alter“ nennt. Dabei wird über Veranstaltungen im Ort informiert, wie z. B. über Treffpunkte zum Almwandern, Kartenspielen oder Theateraufführungen. Alle diese Treffen sind speziell für Senioren ausgelegt. Darüber hinaus gibt es einen eigenen Tanzverein für Senioren, der sich „Treffpunkt Tanz“ nennt und einmal wöchentlich im Turnsaal der Volksschule stattfindet. Alle Veranstaltungen sind frei oder über geringe Unkostenbeiträge (Tanzen kostet beispielsweise pro Einheit 3 €) zugänglich. Straßenfeste, Konzerte und Wochenmärkte so wie Bergmessen finden sich unter anderem auch in besagtem Kalender. Die Wochen sind mit kleinen Events - die es nahezu täglich gibt - gut ausgefüllt und man bekommt einen guten Eindruck der abwechslungsreichen Freizeitgestaltung (vgl. <http://www.oberndorf-tirol.at/> 03.05 2011).

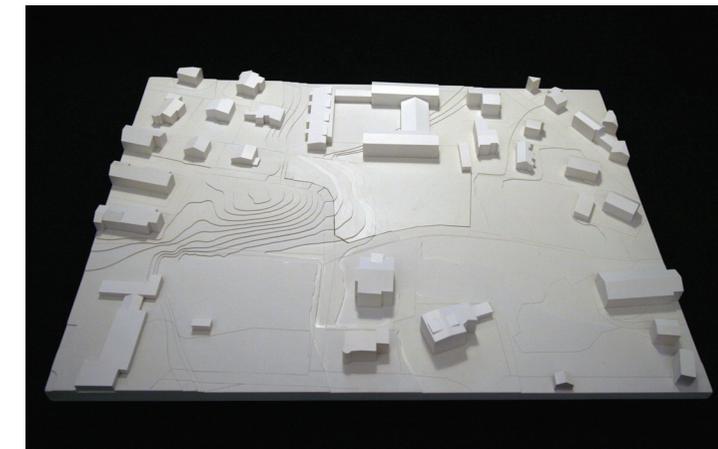


Abb. 96

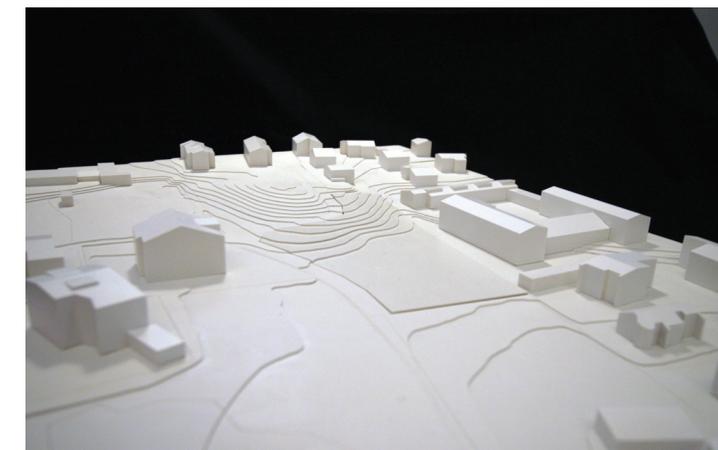


Abb. 97



Abb. 00

Die Grundlage meines Diplomarbeitsthemas bildet ein Wettbewerb rund um den Entwurf eines Wohn- und Pflegeheimes für alte Menschen in Tirol (Zeitraum Januar – Juni 2011).

Der Auslober ist der „Gemeindeverband Pflegeheim St. Johann in Tirol und Umgebung“. Das zu entwerfende Pflegeheim in Oberndorf/ Tirol stellt die Erweiterung des bereits bestehenden Heimes in St. Johann mit 90 Betten in einem anderen Einzugsgebiet dar. Verwaltung und diverse Bereiche, wie die Küche der neuen Einrichtung, werden mit dem Hauptpflegeheim direkt verbunden sein (z.B. Anlieferung von Speisen, Waschen von Wäsche).

Für den Entwurf gelten das Tiroler Raumordnungsgesetz (TROG 2001), die Tiroler Bauordnung (TBO 2001), die Technischen Bauvorschriften (TBV 2008) und die OIB Richtlinien als gesetzliche Grundlagen.

Die Wettbewerbsaufgabenstellung umfasst den Entwurf eines Wohn- und Pflegeheimes für Senioren, mit einer Kapazität von 60 Betten und einer eventuellen späteren Erweiterungsmöglichkeit um weitere 30 Betten. Es wurde vom Auslober ein Raum- und Funktionsprogramm erstellt, welches im Entwurf zu berücksichtigen ist (siehe Raumprogramm).

Das Heim sollte so gestaltet sein, dass es den Bewohnern möglich ist, bis zu ihrem Ableben dasselbe Zimmer zu behalten, also über Zimmer und Räumlichkeiten zu verfügen, die für alle Pflegestufen tauglich bzw. nutzbar sind. Die Bettenrakte sollen auf zwei Stationen zu jeweils 30 Betten aufgeteilt werden.

Das Grundstück für den Wettbewerb wurde in der Gemeinde Oberndorf in Tirol vorgegeben (siehe Oberndorf).

Für den Wettbewerb war ein Raumprogramm vorgegeben, welches ich für meine Diplomarbeit als Vorlage verwendet habe. Die Grundlagen, wie zum Beispiel Stations- und Zimmergrößen, Technikbereiche und Funktionseinheiten, sind unverändert umgesetzt worden, jedoch habe ich einige Änderungen in puncto Frei- und Aufenthaltsflächen vorgenommen. So verfügen beide Stationen über 100 m² mehr Aufenthaltsflächen für die Bewohner, als im originalen Raumprogramm vorgesehen, in Form von Terrassen und gemütlichen Stüberln. Es sind fünf verschiedene Bereiche vorhanden, die entweder Zugang zur Gemeinschaft bieten, oder – so wie die kleineren intimen Einheiten- Rückzugsmöglichkeiten darstellen. Die erweiterten Gemeinschaftsflächen lassen sich durch die dadurch entstehende höhere Lebensqualität für die Bewohner rechtfertigen. Die Gemeinschaftsflächen im öffentlichen Bereich wurden um einen Gartenhobbyraum, einen Kiosk, ein heimeigenes Friseurstudio, einen Bastelraum mit integriertem Werkstattbereich und um zwei Therapieräumen erweitert. Ein Therapieraum ist für die psychologische und der andere für die physiologische Betreuung der Bewohner gedacht. Jedes Heim sollte über solche Therapiemöglichkeiten verfügen, um sich um die körperliche und geistige Gesundheit der Bewohner kümmern zu können. Des Weiteren wurde das Raumprogramm noch um einen separaten Aufbahrungsraum ergänzt, der sowohl für den Heimbetrieb, als auch für die Verabschiedung von Verstorbenen sehr wichtig ist. Die Personalaufenthaltsflächen sind im Bereich der Gemeinschafts- und Pausenräume etwas großzügiger gestaltet, sowie die Satellitenküche zur Anlieferung und Verteilung des Essens, das aus der Großküche im Schwesterheim St. Johann angeliefert wird. Um auch bettlägerigen Bewohnern die Natur zugänglich zu machen und generell Pflanzen und Grün in die Anlage zu integrieren, gibt es zusätzlich zu den Freiflächen noch zwei Atrien zu 170m², die als Aufenthaltsflächen im Erdgeschoss und zur Belüftung und Belichtung in den Stationen dienen. Die vorgeschriebene Nettonutzfläche wird trotz der zusätzlichen Quadratmeter (insgesamt ca. 500m²) nicht überschritten.

Station A - 30 Betten	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Wohn-/Pflegezimmer inkl. Sanitärbereich	30	25	750
Pflegestützpunkt mit Personalbereich	1	25	25
Hauswirtschaft rein	1	11	11
Hauswirtschaft unrein	1	11	11
Kochecke/ Stationsküche	1	25	25
Aufenthaltsbereiche Bewohner	4	ca. 45	180
WC Personal	1	5	5
Pflegebereich	1	36	36
Putzraum	1	6	6
Lagerraum	1	25	25
Raucherbereich	1	20	20
Abstellraum Med. Geräte	1	25	25
Terrassen	5	ca. 12	60
Summe			1.179

Station B - 30 Betten	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Wohn-/Pflegezimmer inkl. Sanitärbereich	30	25	750
Pflegestützpunkt mit Personalbereich	1	25	25
Hauswirtschaft rein	1	11	11
Hauswirtschaft unrein	1	11	11
Kochecke/ Stationsküche	1	25	25
Aufenthaltsbereiche Bewohner	4	ca. 45	180
Personal WC	1	5	5
Pflegebereich	1	36	36
Putzraum	1	6	6
Lagerraum	1	25	25
Raucherbereich	1	20	20
Abstellraum Med. Geräte	1	25	25
Terrassen	5	ca. 12	60
Summe			1.179

Öffentliche Bereiche	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Foyer	1	40	40
WC D/H/Barrierefrei	1	25	25
Tagesbetreuung	1	54	54

Multifunktionsraum teilbar	1	150	150
Kapelle inkl. Sakristei	1	58	58
Kiosk (vermietbar)	1	18	18
Friseurstudio	1	18	18
Gartenhobbyraum	1	18	18
Therapieräume	2	18	36
Bastelraum/ Werkstatt	1	25	25
Aufbahrungsraum	1	18	18
Putzraum	1	7	7
Lager - für Sessel, Tische	1	10	10
Summe			477

Atrien	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Atrium	2	85	170
Summe			170

Verwaltung	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Büro Heimleitung	1	25	25
Server /Kopier - Raum	1	10	10
Summe			35

Personalbereiche	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Aufenthaltsraum	1	28	28
Garderobe Damen (inkl. DU und WC)	1	28	28
Garderobe Herren (inkl. DU und WC)	1	18	18
Summe			74

Küche	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Küche	1	20	20
Kühlzelle	1	8	8
Lagerraum	1	10	10
Summe			38

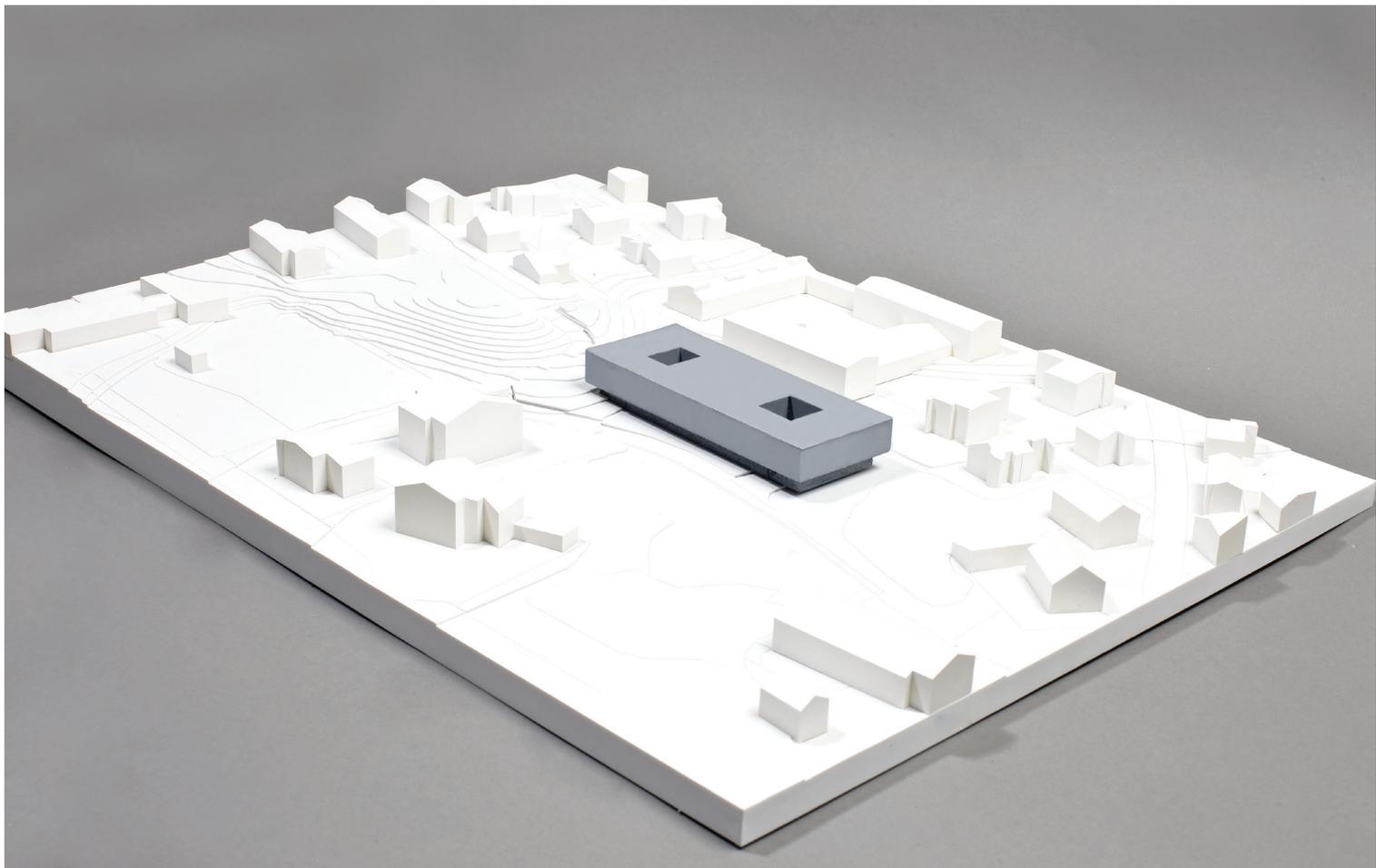
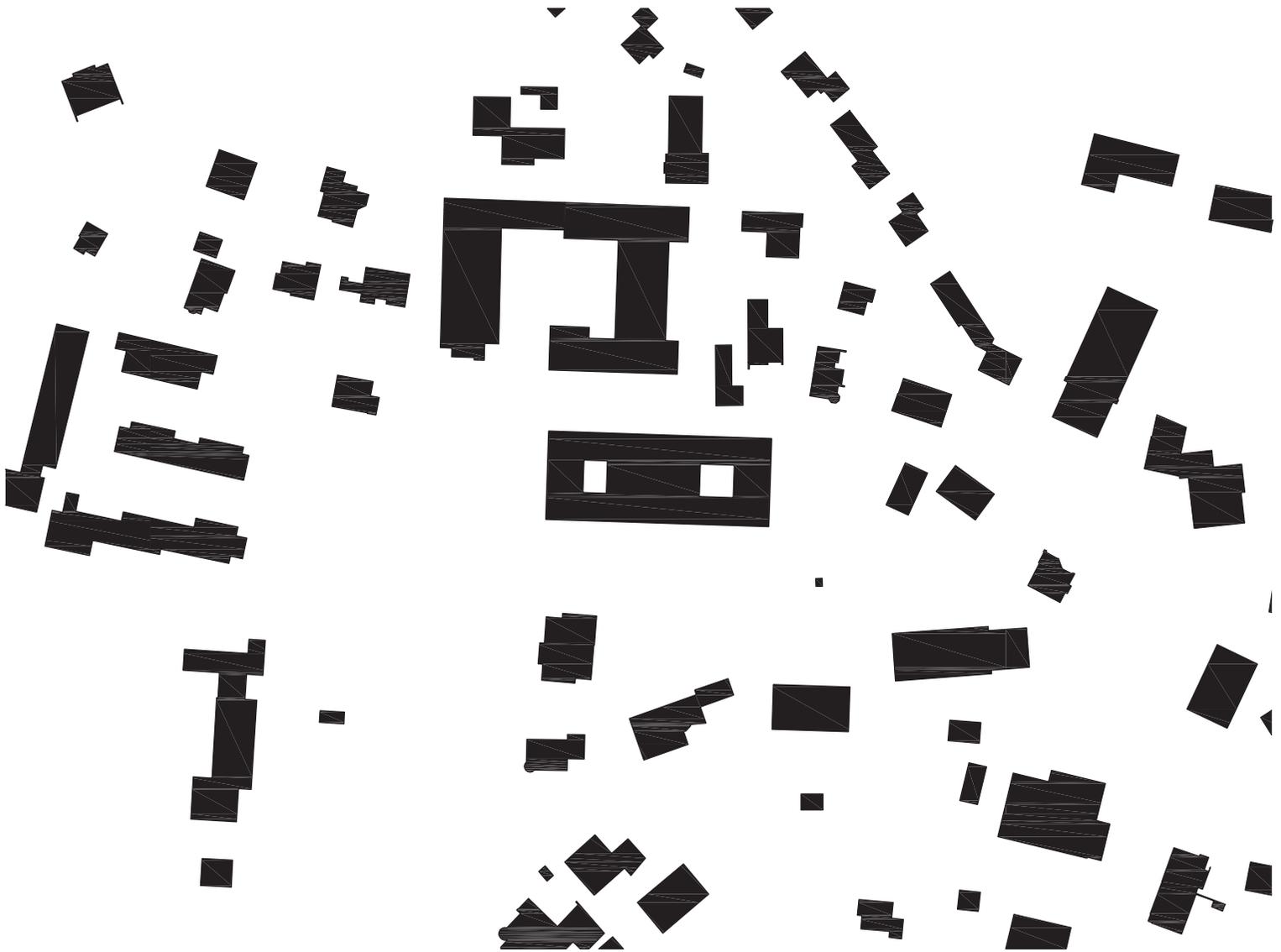
Wäscherei Bewohner	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Schmutzwäsche	1	18	18
Waschraum	1	18	18
Trockenraum	1	18	18
Bügelraum	1	18	18
Summe			72

Technik	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Heizung	1	20	20
Technikräume	1	140	140
Technikräume klein	4	4	16
Elektro	1	10	10
Summe			186

Lagerflächen/ Müll	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Müll	1	15	15
Lager Möbel Patienten	1	105	105
Lager Bekleidung Patienten	1	40	40
Reinigungsmittel	1	10	10
Pflegeartikel	1	18	18
Allg. Lagerflächen Betten usw.	1	40	40
Summe			228

Stellplätze	Anzahl	NF/Raum m ²	NF/Gesamt m ²
Fahrräder	15		
Parkplätze Tiefgarage	20		
Parkplätze oberirdisch	5		
Lieferantenplätze	2		
Abstellraum Fahrräder etc.	1		
NF insgesamt m²			3.638





Lage

Wie bereits im vorhergegangenen Kapitel erwähnt, liegt das Grundstück in direkter Nachbarschaft zu Schule und Kindergarten, Pensionen und Einfamilienwohnhäusern. Es ist schmal und dehnt sich in Ost- West- Richtung aus. Die Ausrichtung des Gebäudes bezieht sich städtebaulich auf die Schule und nimmt deren Längsrichtung auf. Es entwickelt sich zum Ortskern hin und ist Ost- West ausgerichtet. Nach außen hin präsentiert sich das Gebäude als Solitär, der sich nach allen Seiten gleichwertig zeigt.

Das Wohn- und Pflegeheim besteht aus einem dreigeschossigen, rechteckigen Volumen, wobei die oberen beiden Geschosse über das Unterste auskragen. Es gibt zwei Einschnitte im Gebäude, die das Innere in Form von ungedeckten Atrien belichten und belüften. Die Gebäudehöhe ist mit drei oberirdischen Geschossen an das Umfeld angepasst.

Erschließung

Die Erschließung des Grundstücks erfolgt über den Alfons Walde Weg vom Ort her und eine eigens angelegte Straße auf dem Grundstück. Der Vorbereich des Gebäudes, auf der Südseite zur Straße hin, ist befestigt und dort befinden sich auch die Lieferanten- und Besucherparkplätze. Das Gebäude wird auch von der Südseite her erschlossen. Die Zufahrt zur Tiefgarage ist an der südwestlichen Gebäudeecke positioniert. Die Auf- und Abfahrt ist einspurig und wird durch ein Ampelsystem geregelt.

Neben der Hauptzufahrt für Kraftfahrzeuge aller Art gibt es noch zahlreiche Zugänge für Fußgänger. Von der Nordseite her, dem Kindergarten und dem Schulhof, gibt es fußläufige Verbindungen auf die Anlage und die Nebeneingänge. Auch zum Ortskern hin, am Ostteil des Grundstückes, gibt es Wegeverbindungen die zum Gebäude bzw. in den Ort führen.

Gartengestaltung

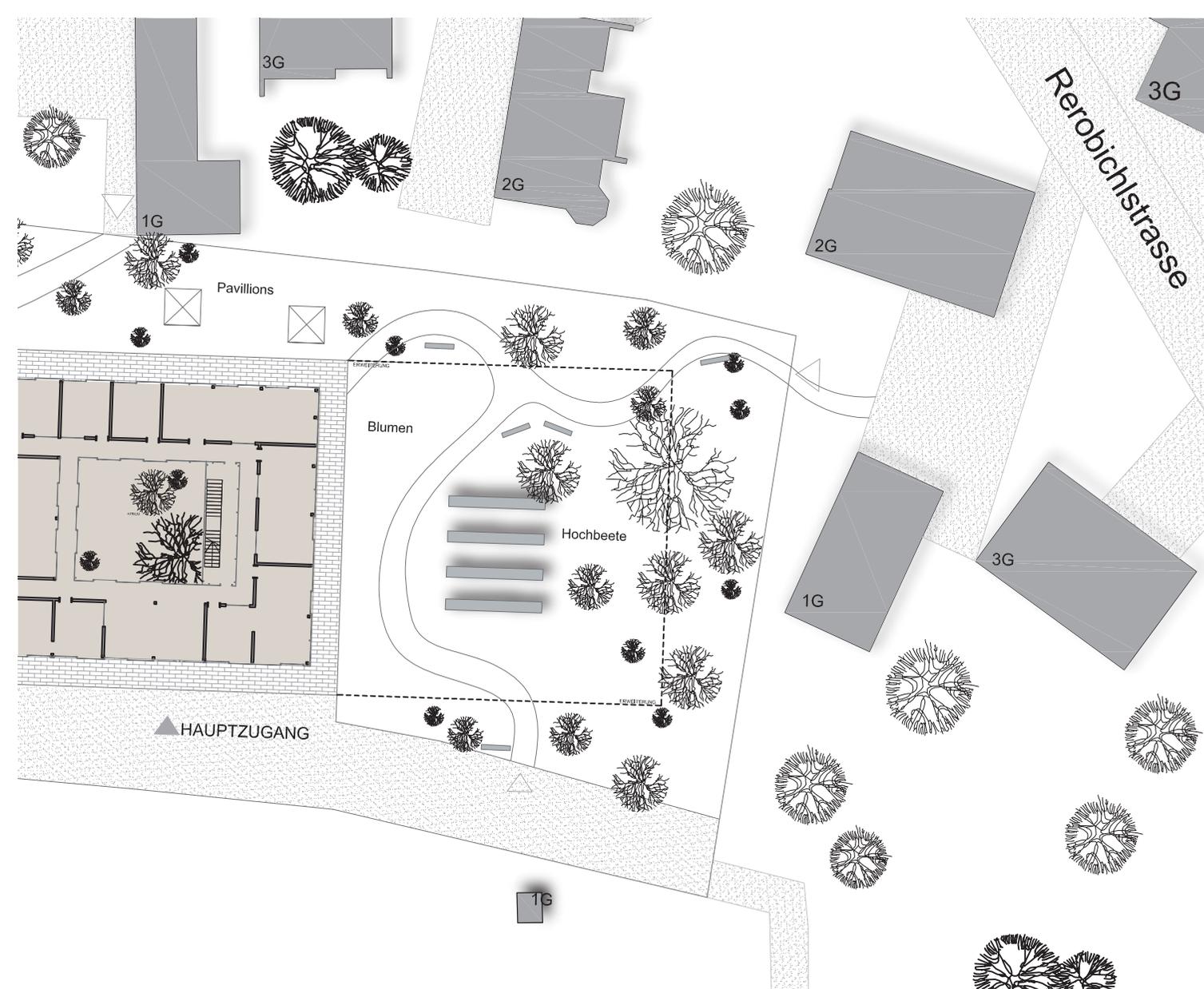
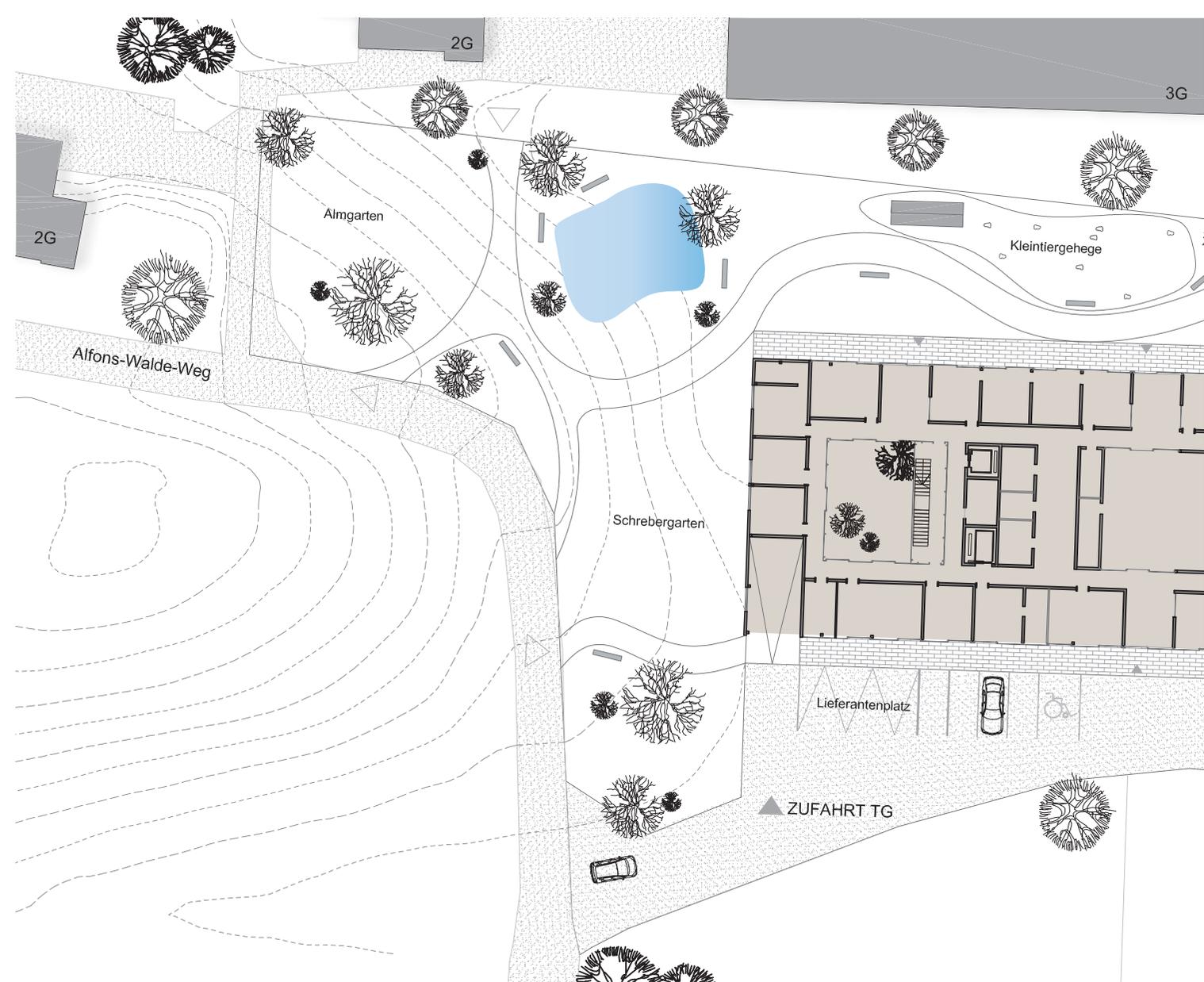
Die Wege am Grundstück sind gepflastert und somit auch rollstuhlfahrerfreundlich. Die organische Wegeform am Grundstück steht im Kontrast zur orthogonalen Wegeführung im

Gebäude. Die Grundstücksfläche ist vielseitig gestaltet, so gibt es beispielsweise im westlichen Bereich, wo sich das Grundstück in die Höhe entwickelt, einen Almgarten mit typischen Bergpflanzen wie Enzian und Almrausch. Gleich im Anschluss gibt es einen Ententeich und ein Kleintiergehege (Streichelzoo) für die Heimbewohner. Diese können zur Tiertherapie herangezogen werden. Im nordwestlichen Bereich befinden sich Pavillons in einem Rosengarten und unterfahrbare Hochbeete, in welche die Bewohner selbst Pflanzen wie z.B. Gewürzkräuter einpflanzen können. Die gesamte Anlage ist mit Bäumen aus der Region und Obstbäumen bepflanzt. Die Gestaltung fällt möglichst vielfältig und abwechslungsreich aus. Sie soll viele optische und haptische Reize bieten und die Bewohner zum Aufenthalt im Freien und zur Beschäftigung mit der Natur animieren. Neben den Pfaden befinden sich Bänke und Sitzmöglichkeiten zum Ausruhen und Verweilen. Um das Gebäude herum ist ein Umgang, der mit Naturstein gepflastert und mit Sitzmöglichkeiten und Tischen versehen ist. Die Bewohner haben hier die Möglichkeit zum geschützten Aufenthalt im Freien und zum Flanieren.

Gebäude

Der Gebäudekomplex an sich ist rechteckig und nach innen orientiert. Er organisiert sich um zwei Atrien und Funktionszonen herum. Das Erdgeschoss beherbergt alle funktionalen Bereiche, wie die Gemeinschaftsbereiche für die Bewohner (Waschküche, Bibliothek) und Angestellten (Garderoben, Aufenthaltsräume), die Verwaltung, Kapelle, Küche und Lagerflächen. Diese gruppieren sich in der äußeren Gebäudezone um die Erschließung und die Atrien herum. Im Zentrum ist der Mehrzweckraum lokalisiert, der als Turnsaal, Veranstaltungsraum oder Kino nutzbar ist. Dieser Veranstaltungsraum verfügt über Medientechnik und ist in zwei gleich große Bereiche abteilbar. Belichtet wird er über ein Atrium und zwei Nebeneingänge, die eine Achse durch den Raum bilden. Dadurch ist er auch für Besucher leicht zu finden und im Falle eines Brandes kann sehr schnell evakuiert werden.





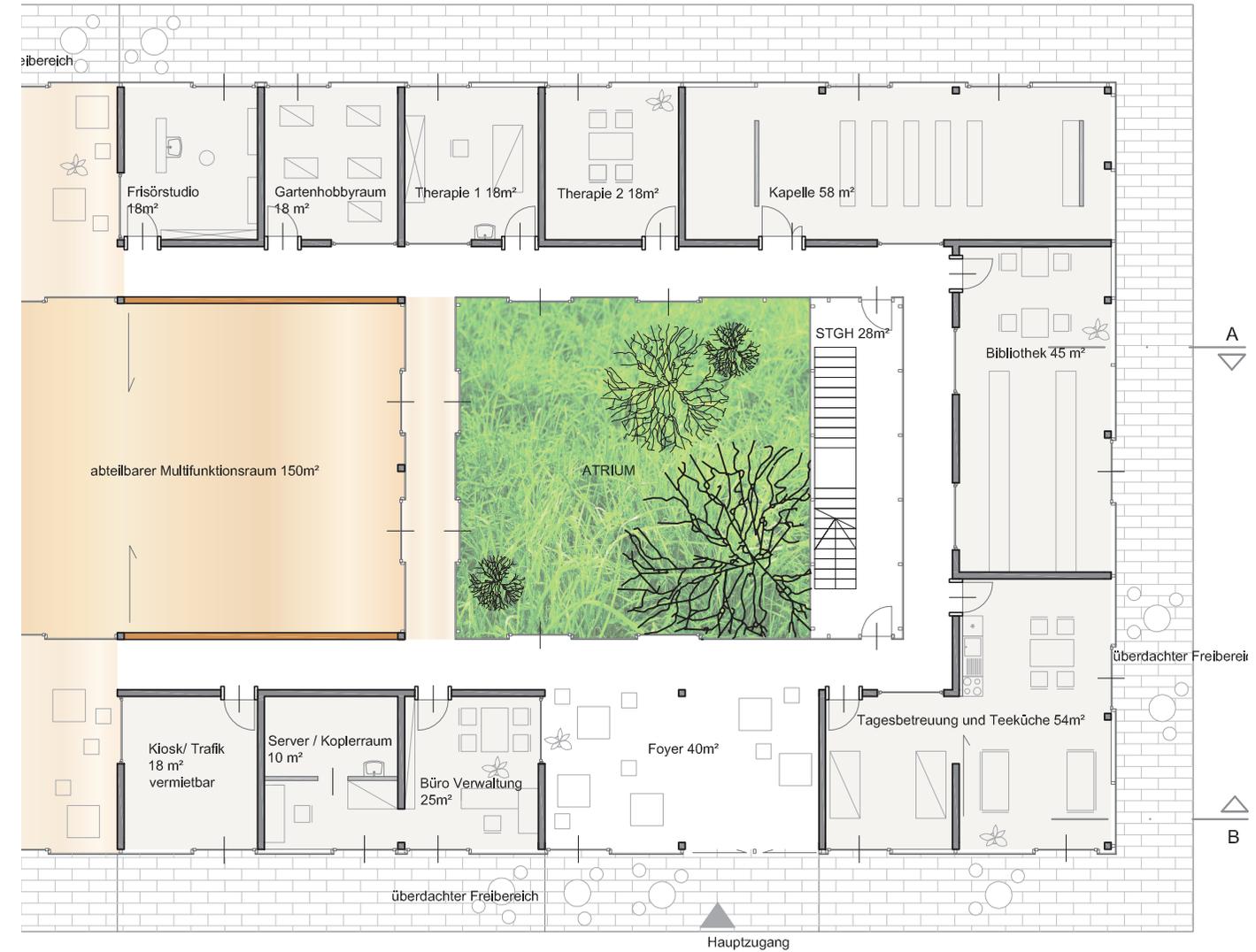








Abb. 00: Bewohnerzimmer Station M 1:500

Die **Bewohnerzimmer** liegen an der Außenhaut des Gebäudes und umschließen dieses (im Zuge der Erweiterung) vollständig. Dadurch werden Belichtung und Belüftung gewährleistet, sowie eine gleichmäßige Erreichbarkeit aller Funktionen einer Station von den privaten Zimmern aus. Die Zimmer bilden die erste Schicht des Gebäudes und zeigen sich nach außen hin gleichwertig. Die Zimmerstruktur variiert in den Stationen geschossweise, um eine stärkere Identifikation der Bewohner mit kognitiven Einschränkungen mit ihrem Umfeld zu gewährleisten.



Abb. 00: Aufenthaltsbereiche Station M 1:500

Die **Aufenthaltsbereiche** für die Bewohner teilen sich in Aktivitäts- und Ruhezone. Größere, zentraler gelegene Bereiche laden zur Beteiligung an Gemeinschaftsaktivitäten ein, wogegen die kleineren, intimeren Bereiche dem Rückzug dienen oder zum gemütlichen Beisammensein in der Kleingruppe animieren. Die Aktivitätsfelder in diesen Räumen sind breit gefächert, es gibt angefangen von der Kochecke übers gemütliche Fernsehcke, bis hin zum Ess- oder Spielbereich viele Nutzungsmöglichkeiten.

Mit **Freibereichen** sind Atrien und Terrassen gemeint. Die Atrien sorgen für Naturkontakt der Bewohner im geschützten Innenbereich, aber auch für Belichtung, Belüftung und Gliederung der Stationen. Die Terrassen stellen überdachte, geschützte Freibereiche dar, die entweder direkt Gemeinschaftsbereichen zugeordnet oder in ruhiger Lage neben den Zimmern zu finden sind.



Abb. 00: Freibereiche Station M 1:500

Die **Pflegebereiche** sind unter anderem Pflegebad für die Bewohner, Lager- und Putzräume, aber auch der Pflegestützpunkt der Station oder Hauswirtschaftsräume und der Personalaufenthaltsraum. Alle diese Bereiche sichern die Pflege und das Tagesgeschehen der Station. Sie befinden sich im Herzen der Anlage, um kurze Wege, gleichwertige Erreichbarkeit und optimale Abläufe zu garantieren. Die Aufenthaltsräume werden durch großzügige Oberlichten belichtet und belüftet.



Abb. 00: Pflegebereiche Station M1:500



Abb. 00: horizontale Erschließung M 1:500



Abb. 00: vertikale Erschließung M 1:500

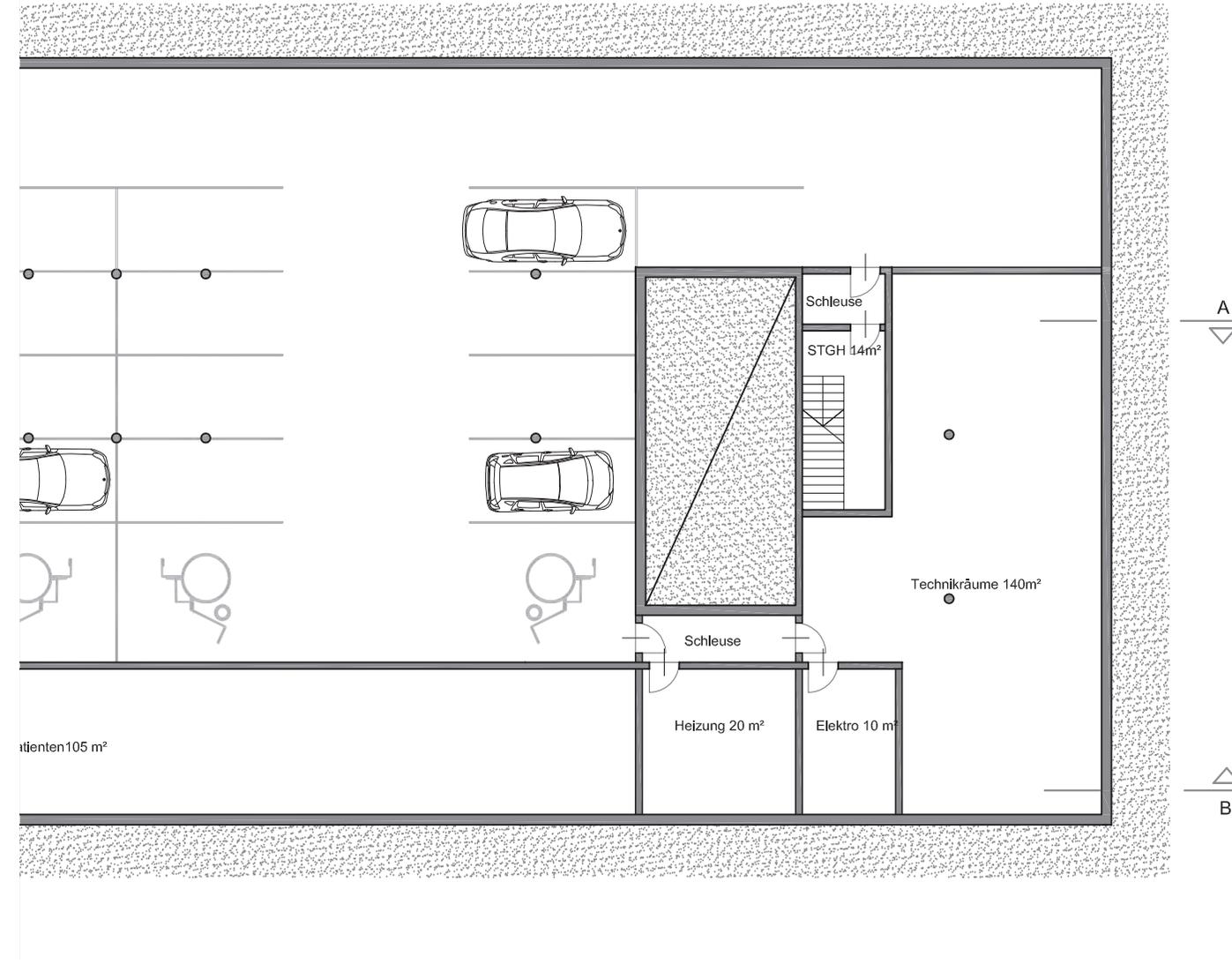
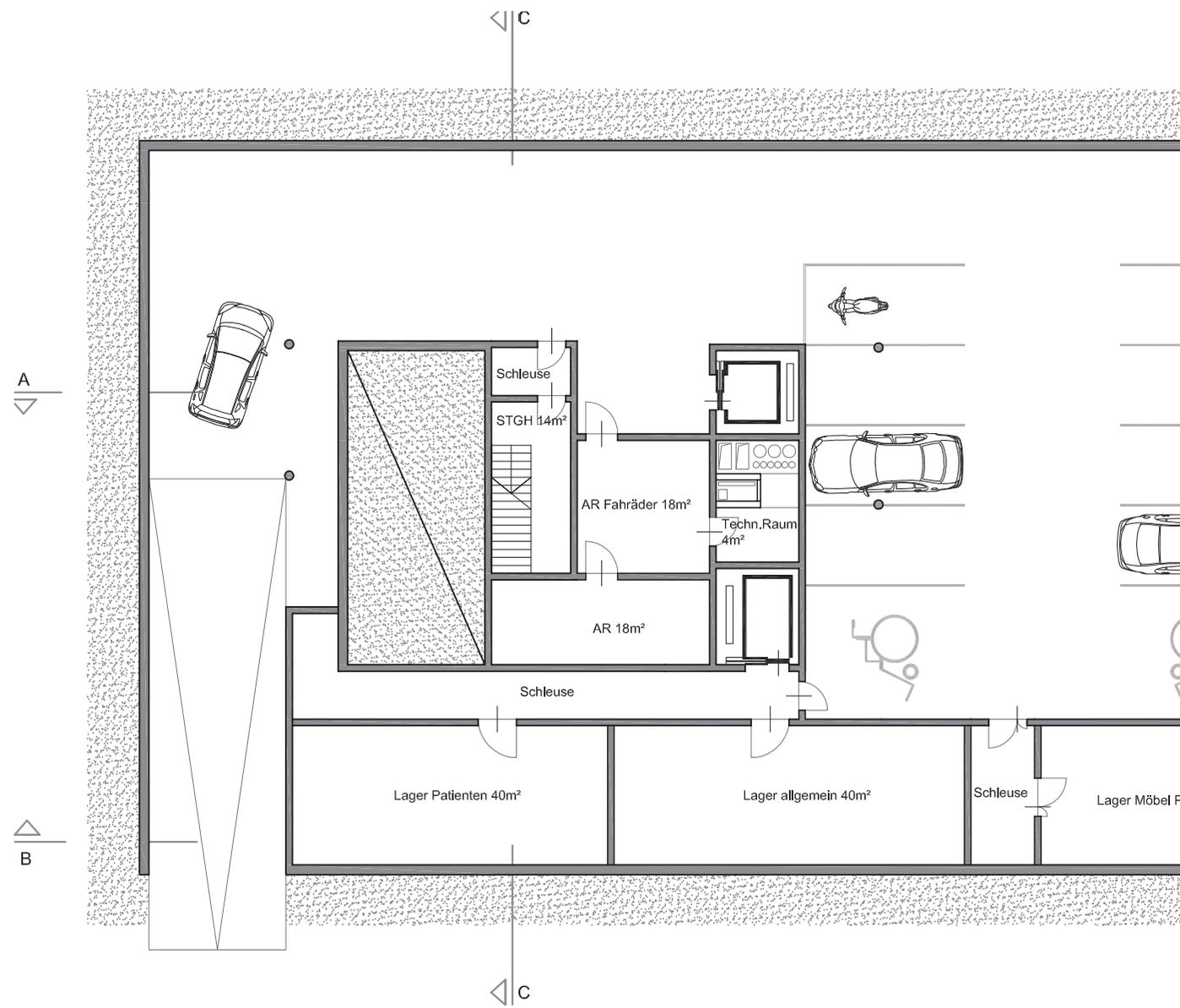
Die **horizontale Erschließung** erfolgt stufenlos durch den gesamten Stationsbereich. Die Erschließung bildet die zweite Gebäudeschicht und umschließt die Funktionen im Kern. Die Durchwegung ist so konzipiert, dass sie Spaziergänge innerhalb der Station ermöglicht und möglichst vielfältig, aber dennoch übersichtlich und klar ist. Die verglasten Atrien erzeugen interessante Durch- und Einblicke auf diesen Wegen und sorgen für eine optimale Orientierung. Die „Gänge“ enden nie blind, sondern immer in Aufenthaltsbereichen oder Terrassen, deren Türen verglast sind und so auf das hinweisen, was sich dahinter befindet. Man kann immer umherwandern, ohne an einen toten Punkt zu gelangen. Zahlreiche „Buchten“ oder private Vorbereiche der Zimmer laden zum Verweilen oder Beobachten ein und rhythmisieren den Weg.

Zwei Aufzüge und zwei Treppenhäuser bilden die **vertikale Erschließung**. Es gibt einen barrierefreien, rollstuhltauglichen Personenaufzug und einen Bettenaufzug. Die Treppen sind zentral an den beiden Gebäudeenden gelegen und der Aufzugskern befindet sich in der linken Gebäudehälfte, da die Erweiterung eine gleichwertige Anlage in der rechten Hälfte vorsieht.

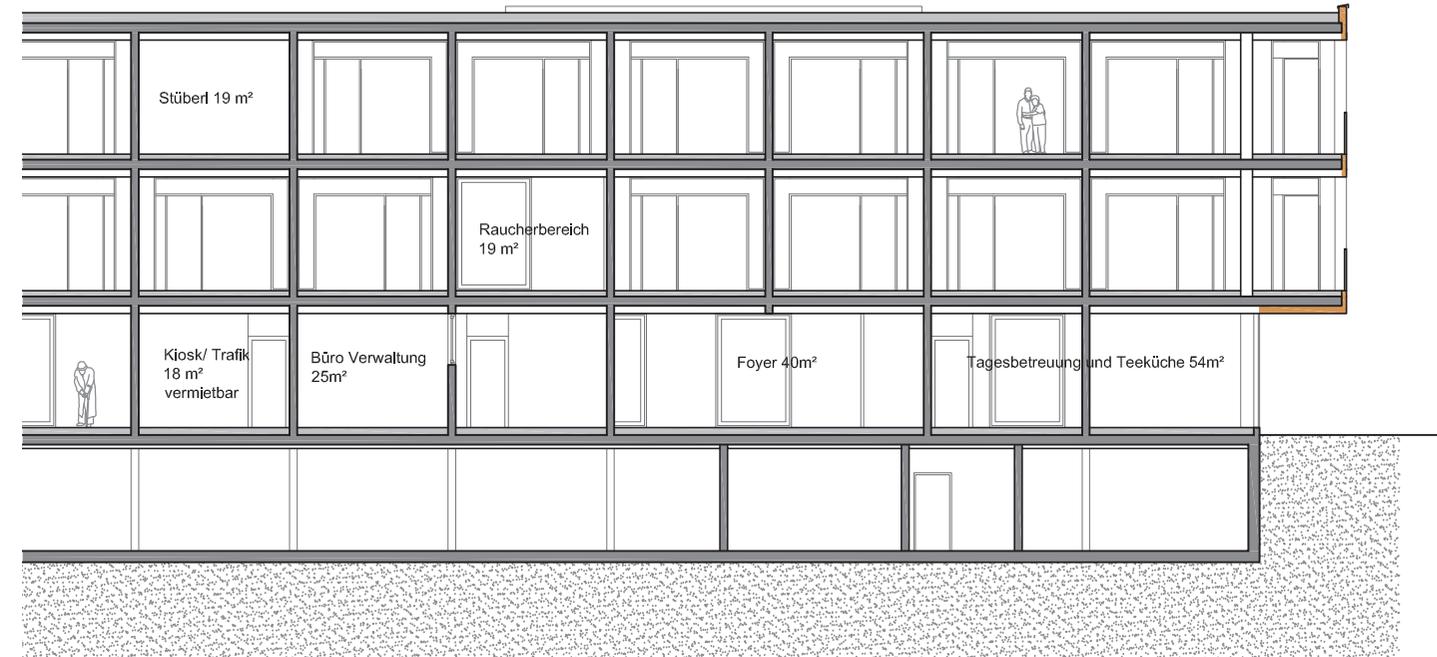
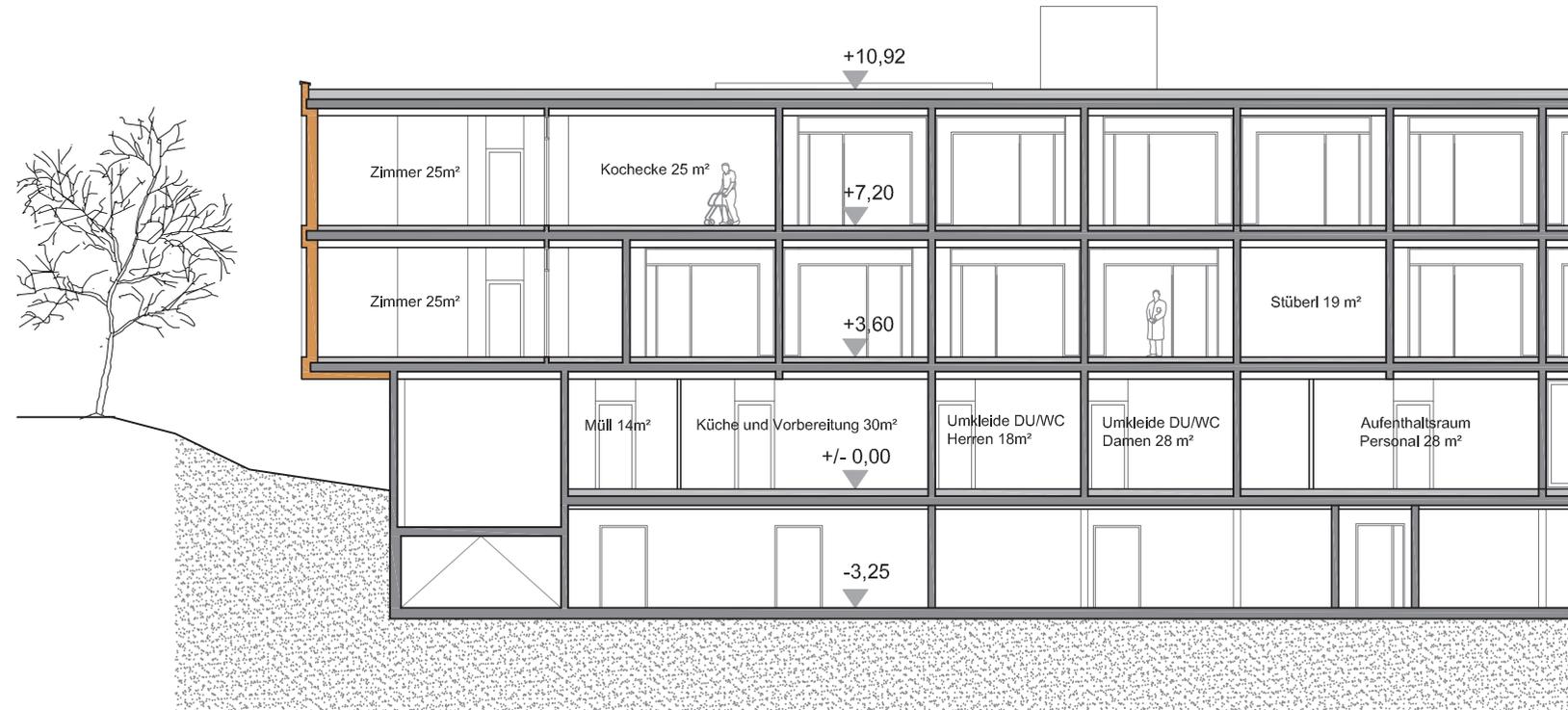


Abb. 00: Brandabschnitte M1:500

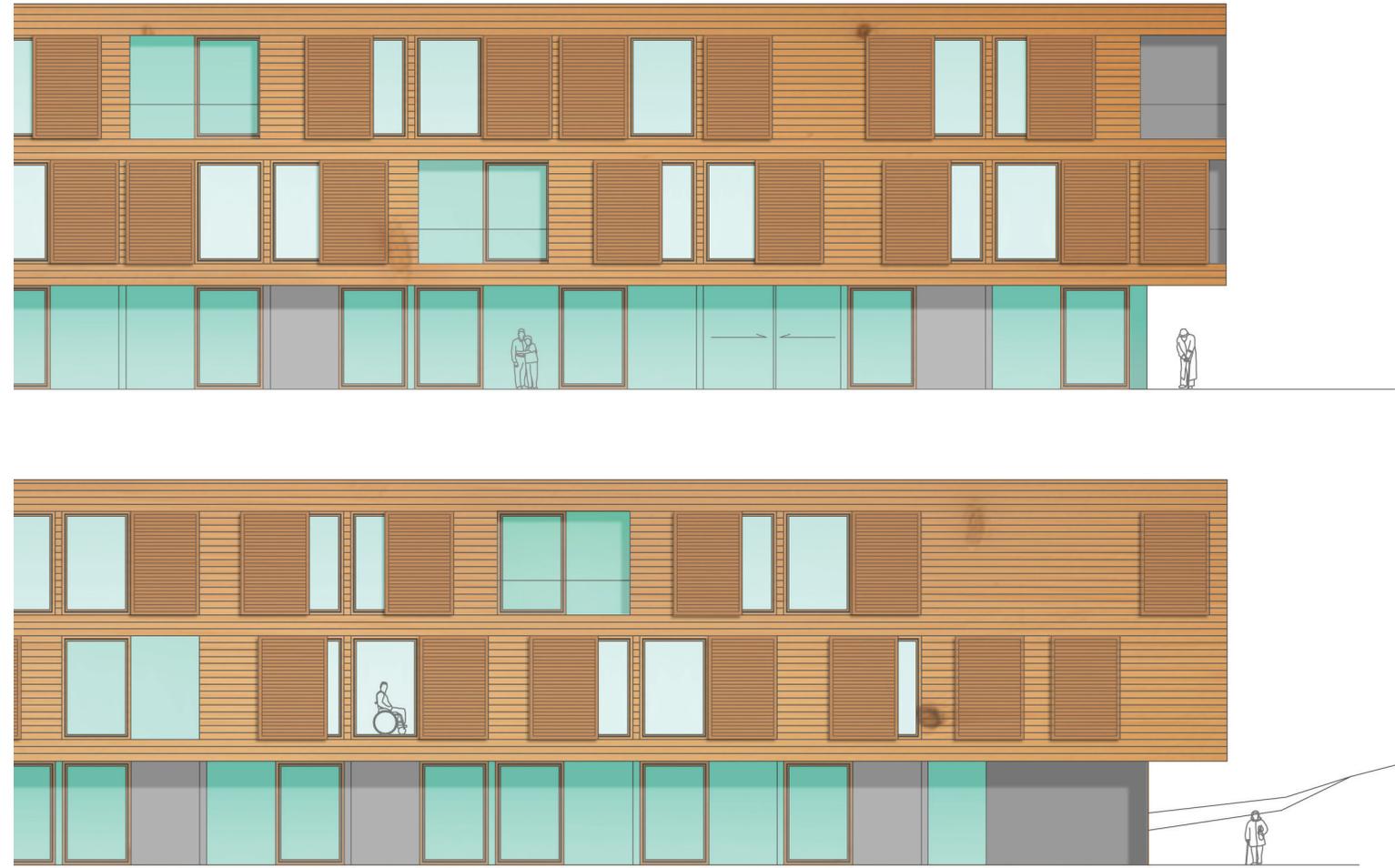
Das Gebäude ist nach TRVB N 132 und TRVB B 108 mit zwei **Brandabschnitten** ausgestattet. Die Brandabschnitte sind durch feuerfeste Türen getrennt, die sich im Brandfall automatisch schließen. Die beiden Treppenhäuser, die Installations- und Aufzugsschächte sind ebenfalls als eigene Brandabschnitte ausgeführt. Die Erweiterung wird als separater Brandabschnitt an das bestehende Gebäude angeschlossen.

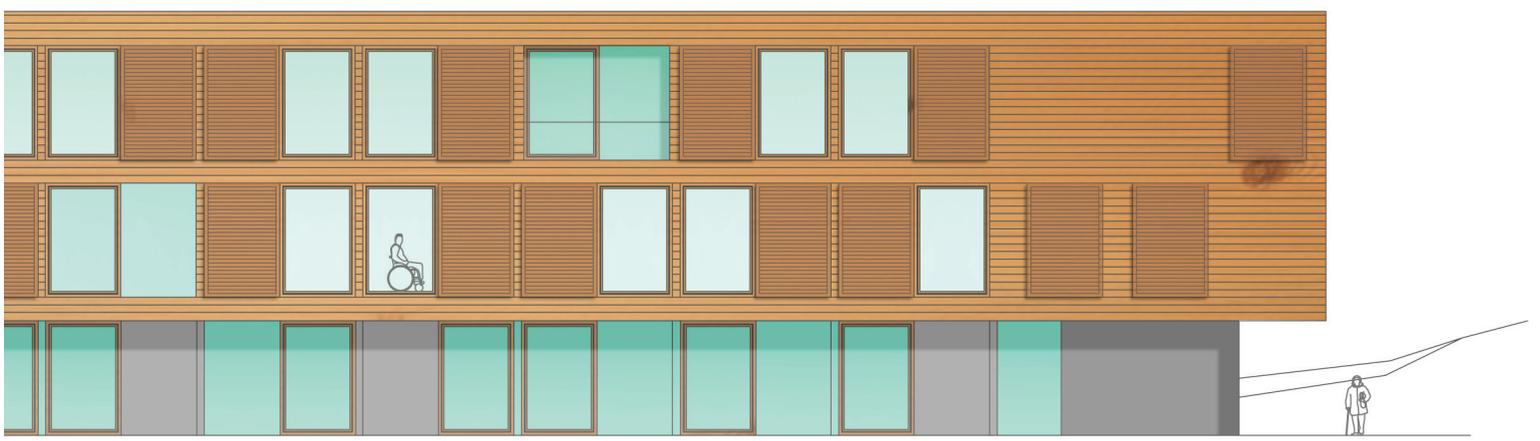
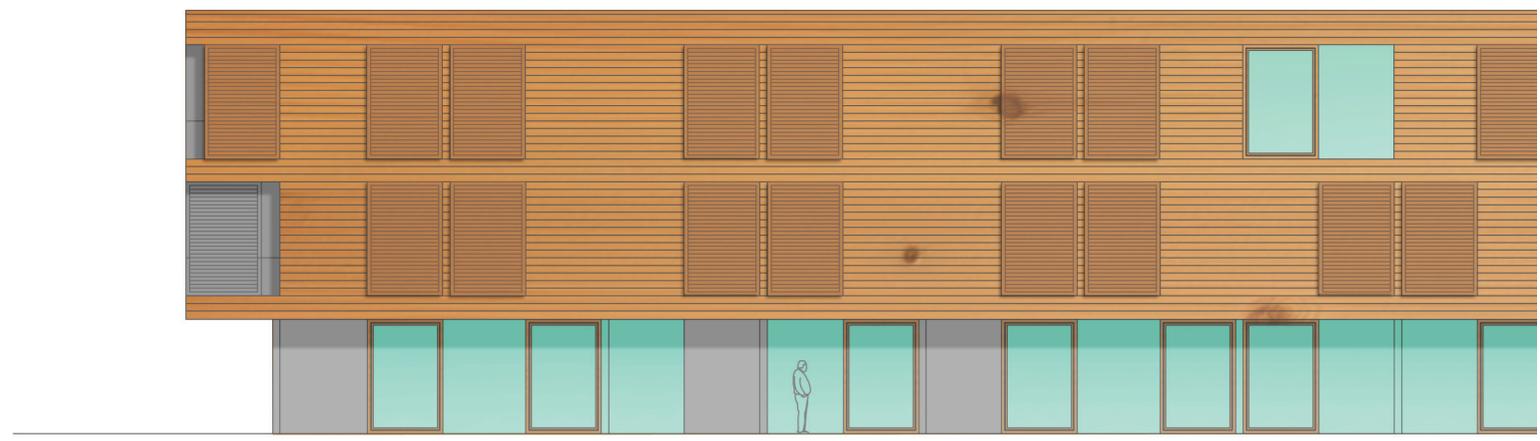












Tiefgarage

Das Wohn- und Pflegeheim verfügt über eine Tiefgarage, die 21 Parkplätze (4 behindertengerechte und 17 normale), Lagerfläche und Technikräume beinhaltet. Die Rampe weist eine Neigung von 10% auf und ist einspurig. Es gibt zwei Treppenhäuser, die in das Erdgeschoss führen. Beide sind durch belüftete Brandschutzschleusen von der Tiefgarage abgetrennt. Zusätzlich führen auch der Personen- und der Bettenlift (Lastenlift) bis in das Untergeschoss. Die Lagermöglichkeiten sowie die Haustechnikräume sind ebenfalls durch Schleusen vom Parkbereich abgeschlossen. Neben den Aufzügen befinden sich noch Abstellmöglichkeiten.

Fassadengestaltung

Die Außenhaut des Gebäudes besteht aus zwei Teilen. Das Untergeschoss ist unter die beiden oberen Stockwerke zurückversetzt. Um dem Gebäude eine gewisse Leichtigkeit zu verleihen, besteht die Fassade dieses Geschosses aus Glas. Die Verglasung ist ein Pfosten-Riegel-System und zieht sich fast um das gesamte Gebäude herum. Nur im Norden gibt es aufgrund der Hanglage des Gebäudes einen Sichtbetonteil. Die Glasfassade ist durch mattierte Teilelemente akzentuiert, die lediglich transluzent, aber nicht transparent sind. Die Mattierung wird angewandt, wenn im Innenraum Bedarf besteht und kann auch durch reversible Scheibenfolien erfolgen. Weiters gibt es raumhohe Fenster in der Fassade, die (wie in den Obergeschossen) aus Holz sind und zur Lüftung aber auch als Terrassentüren dienen und die Fassade strukturieren. Die Verglasung ist eine 2 Scheiben VSG Isolierverglasung, die stufenlos in den Bodenaufbau eingelassen ist, um auch Rollstuhlfahrern das Aufsuchen der geschützten Freiflächen im Gebäudeumgang zu ermöglichen.

Die Fassade der beiden Obergeschosse hat als Außenhaut eine horizontale Holzlattung, die lediglich im Bereich der Terrassen und für die Zimmerfenster unterbrochen wird. Die Schiebeelemente, welche zur Verschattung der Zimmerfenster dienen, haben dieselbe Holzstruktur wie die

Fassade. Sind sie geschlossen, kann noch Licht – wie durch eine aufgedrehte Jalousie – ins Zimmer kommen. Die Fassade wirkt sodann aber einheitlich und geschlossen, da die Fenster verdeckt werden. Die Holzfassade wurde aufgrund der Ökologie, der Umgebungsbebauung und der Horizontalität der Fassadenteilung gewählt. Die Fenster sind raumhoch und mit einer Absturzsicherung aus Flachstahl versehen (französische Fenster). Die Terrassen und Balkone wirken als Einschnitte in die Gebäudehülle und sind ebenfalls mit verschiebbaren Verschattungselementen ausgestattet. Die Brüstung der Terrassen besteht aus Glas.

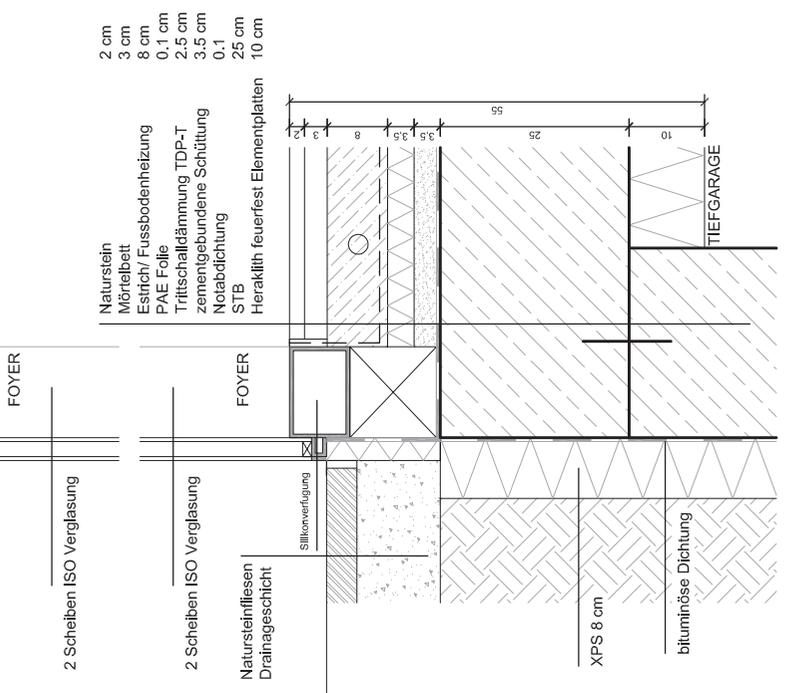
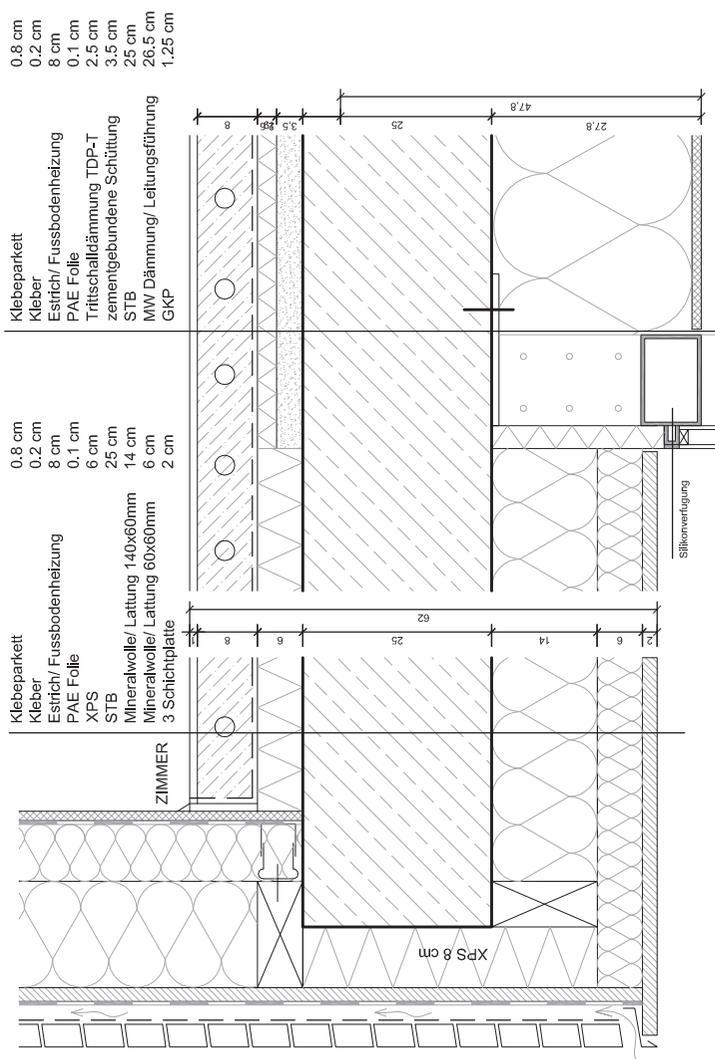
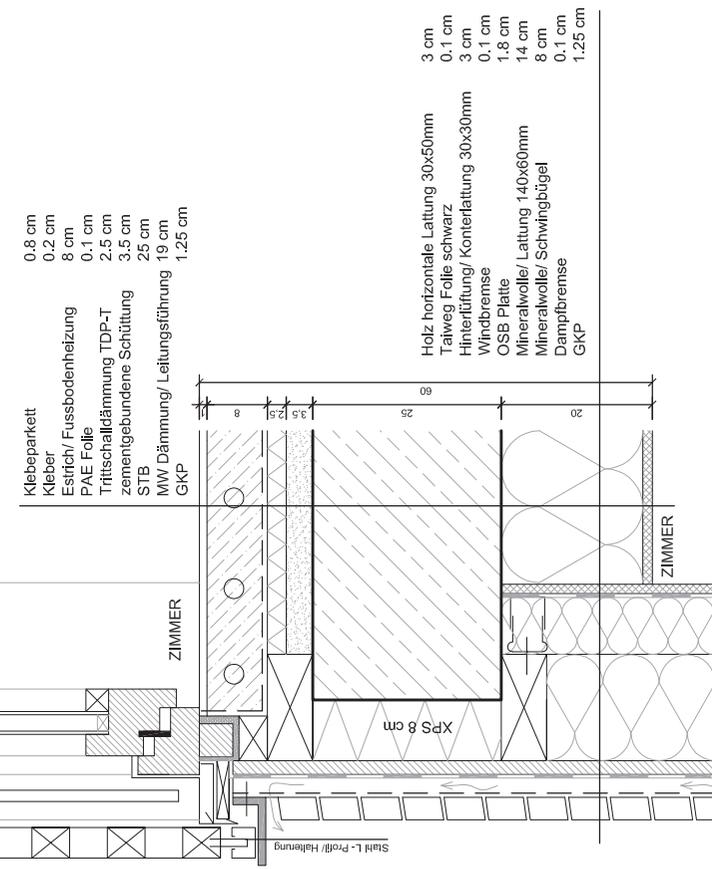
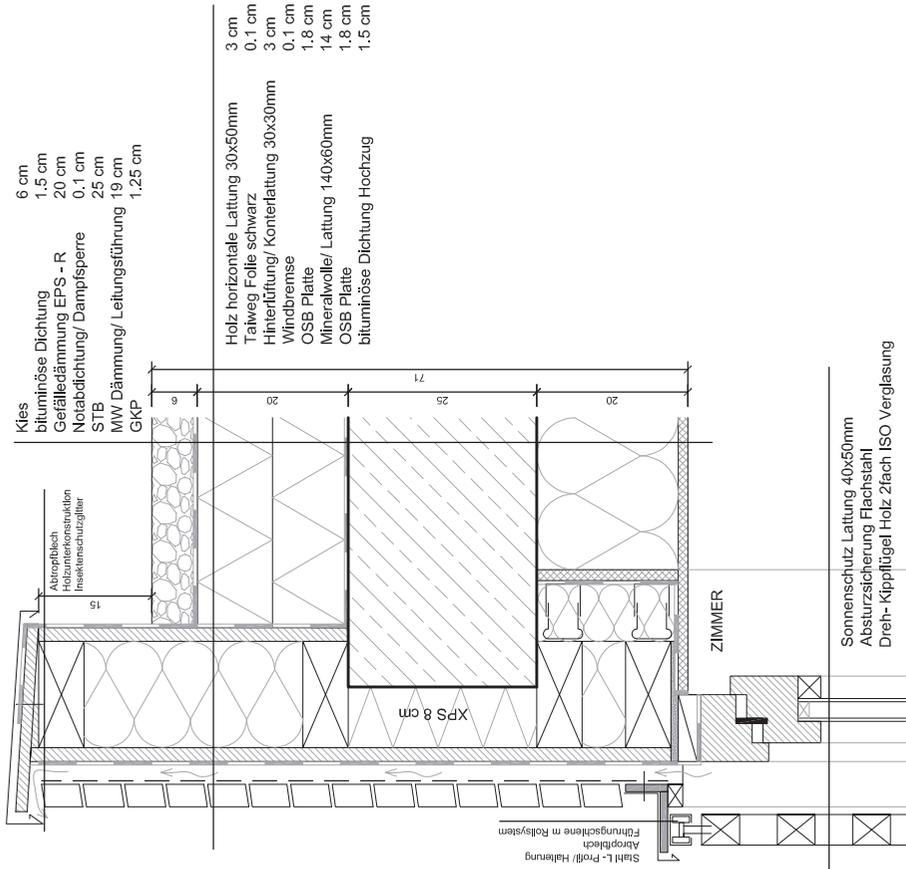
Die Holzfassade gewinnt durch Schiebeelemente, die von den Bewohnern beliebig gesteuert werden können, an Individualität. Sie kann variieren und jeden Tag etwas anders aussehen (Sonne – geschlossen, Regenwetter – offen). Die Tag-Nacht-Situation ist spannend, da durch die geschlossenen Elemente das Licht aus dem Innenraum hinausstrahlen kann.

Statik

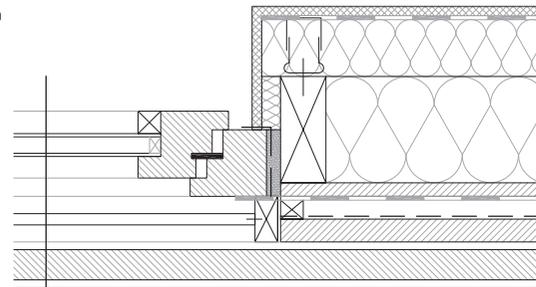
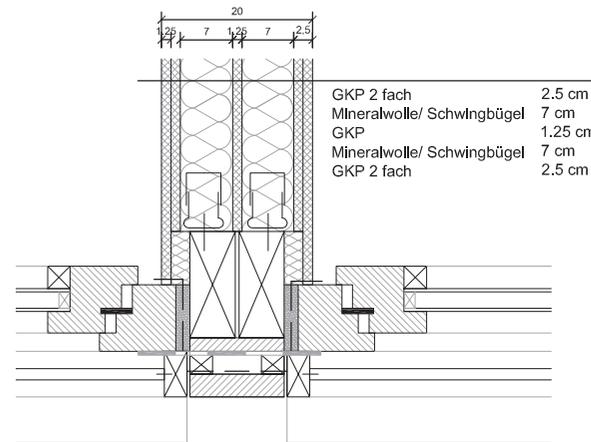
Die Tragstruktur des Gebäudes besteht aus Stahlbeton. Der Innenausbau erfolgt in Leichtbauwänden (Holzständerwände) und die verglasten Flächen sind einheitlich in einer Pfosten-Riegel-Bauweise ausgeführt, die überall dieselben Glasformate und Öffnungsgrößen vorsieht.



Fassadenschnitt vertikal 1:10

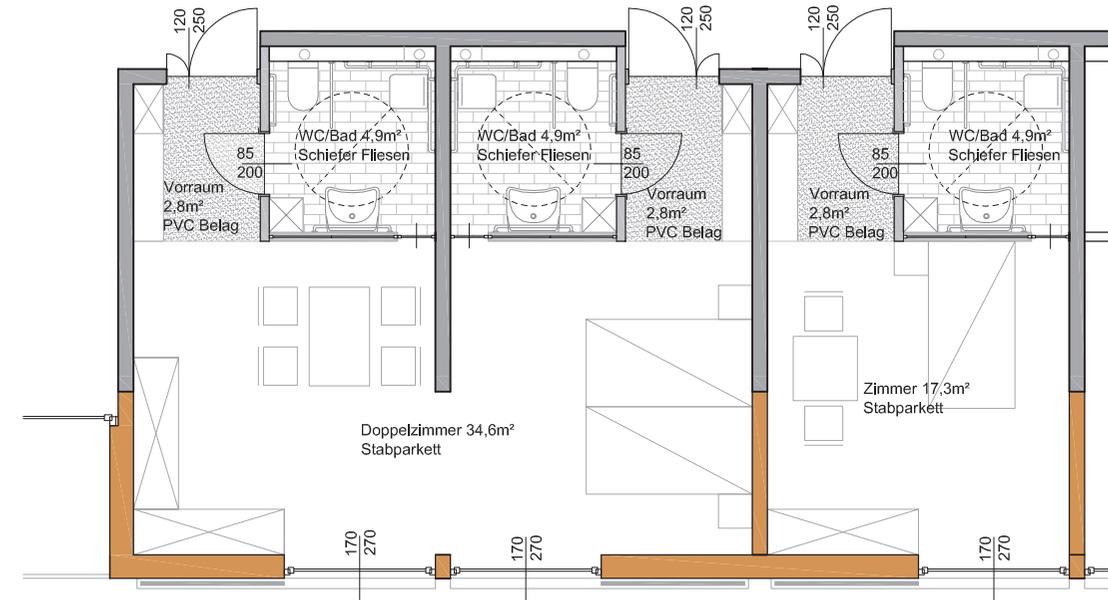
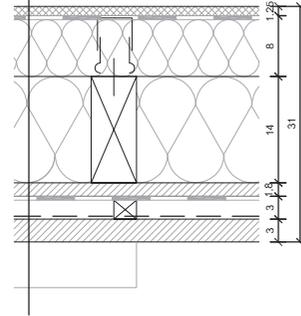


Fassadenschnitt vertikal 1:10



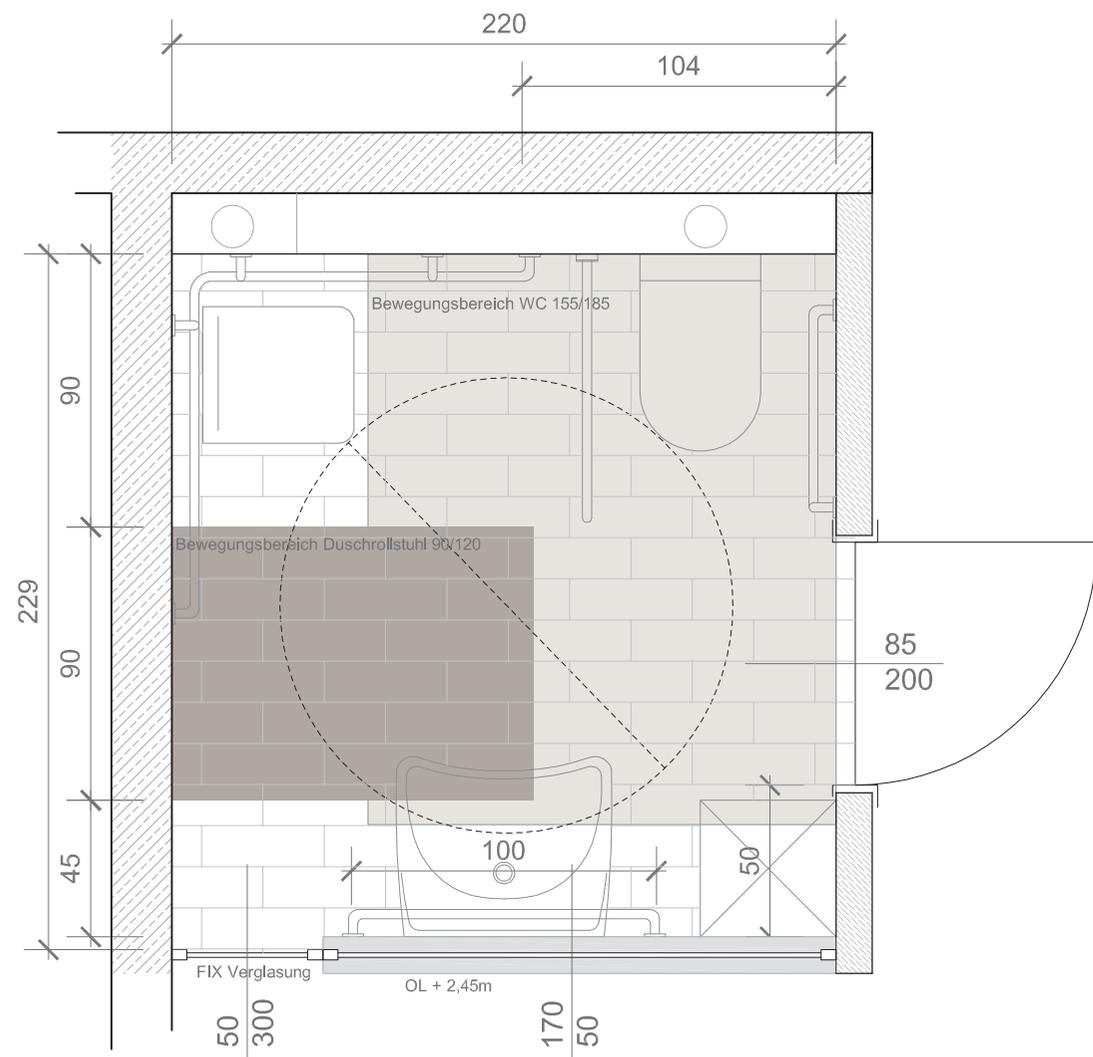
Sonnenschutz Lattung Holz 40x50mm
Absturzicherung Flachstahl
Dreh- Kippflügel Holz 2fach Verglasung

- x Holz horizontale Lattung 30x50mm 3 cm
- Talweg Folie schwarz 0.1 cm
- Hinterlüftung/ Konterlattung 30x30mm 3 cm
- Windbremse 0.1 cm
- OSB Platte 1.8 cm
- Mineralwolle/ Lattung 140x60mm 14 cm
- Mineralwolle/ Schwingbügel 8 cm
- Dampfbremse 0.1 cm
- GKP 1.25 cm

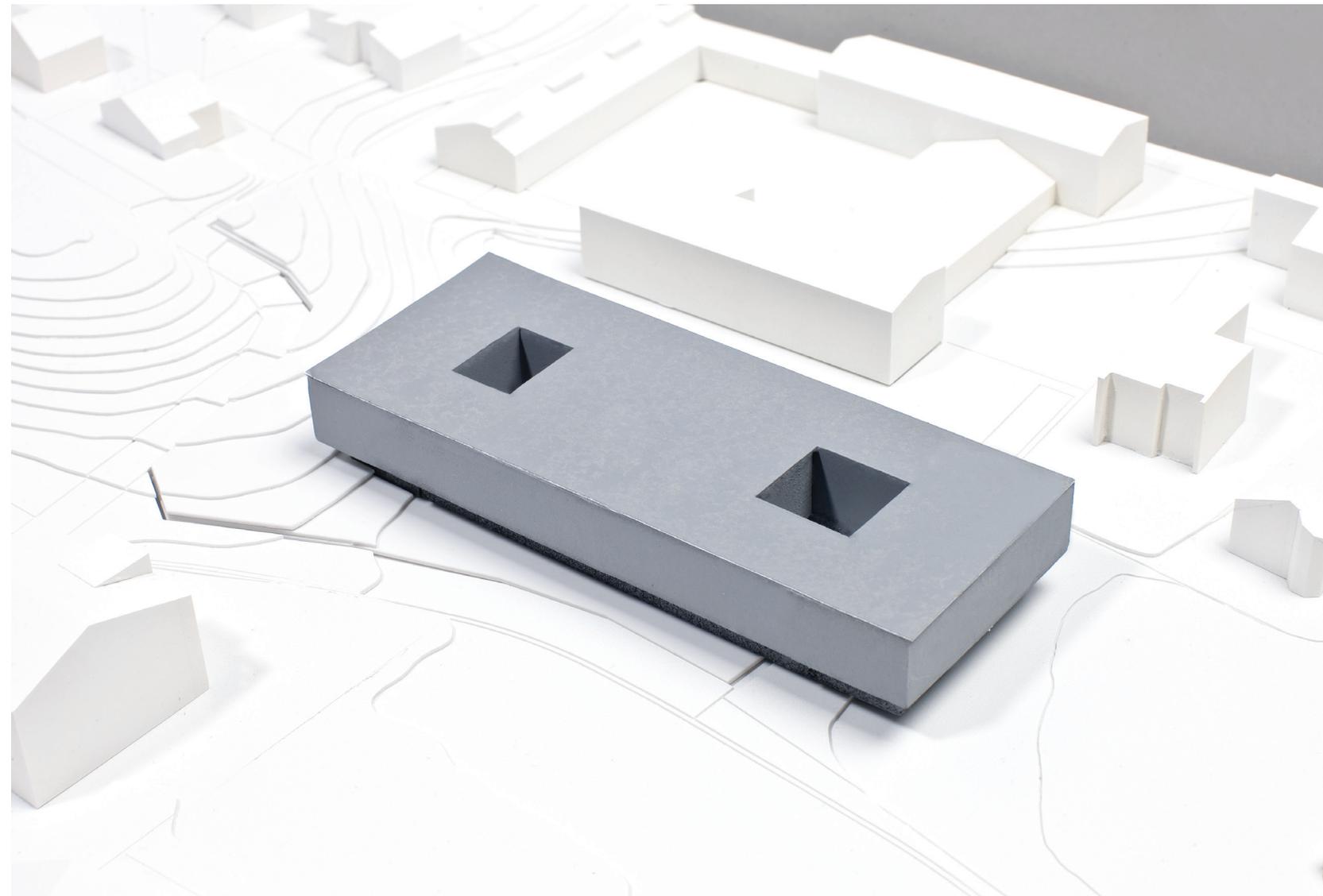


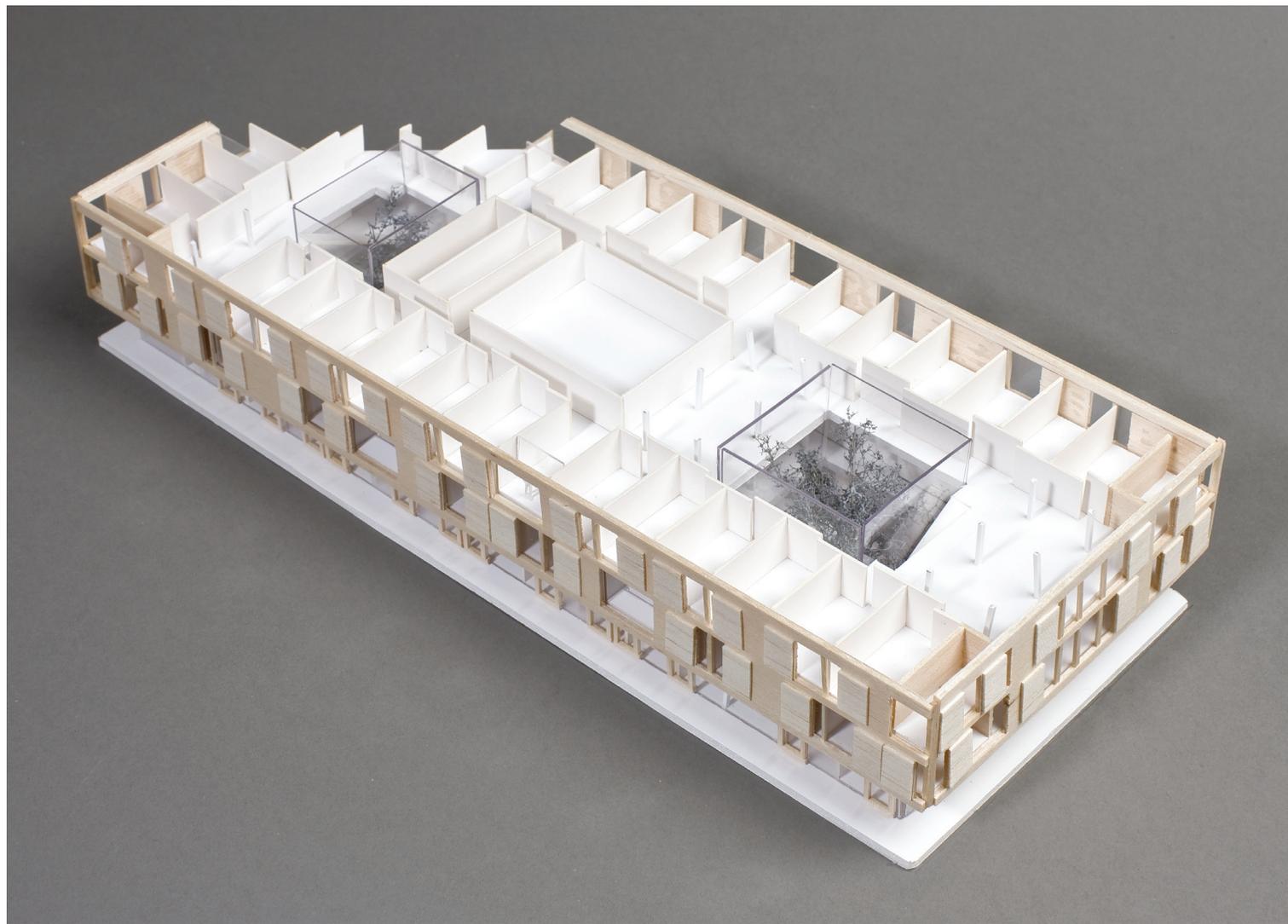
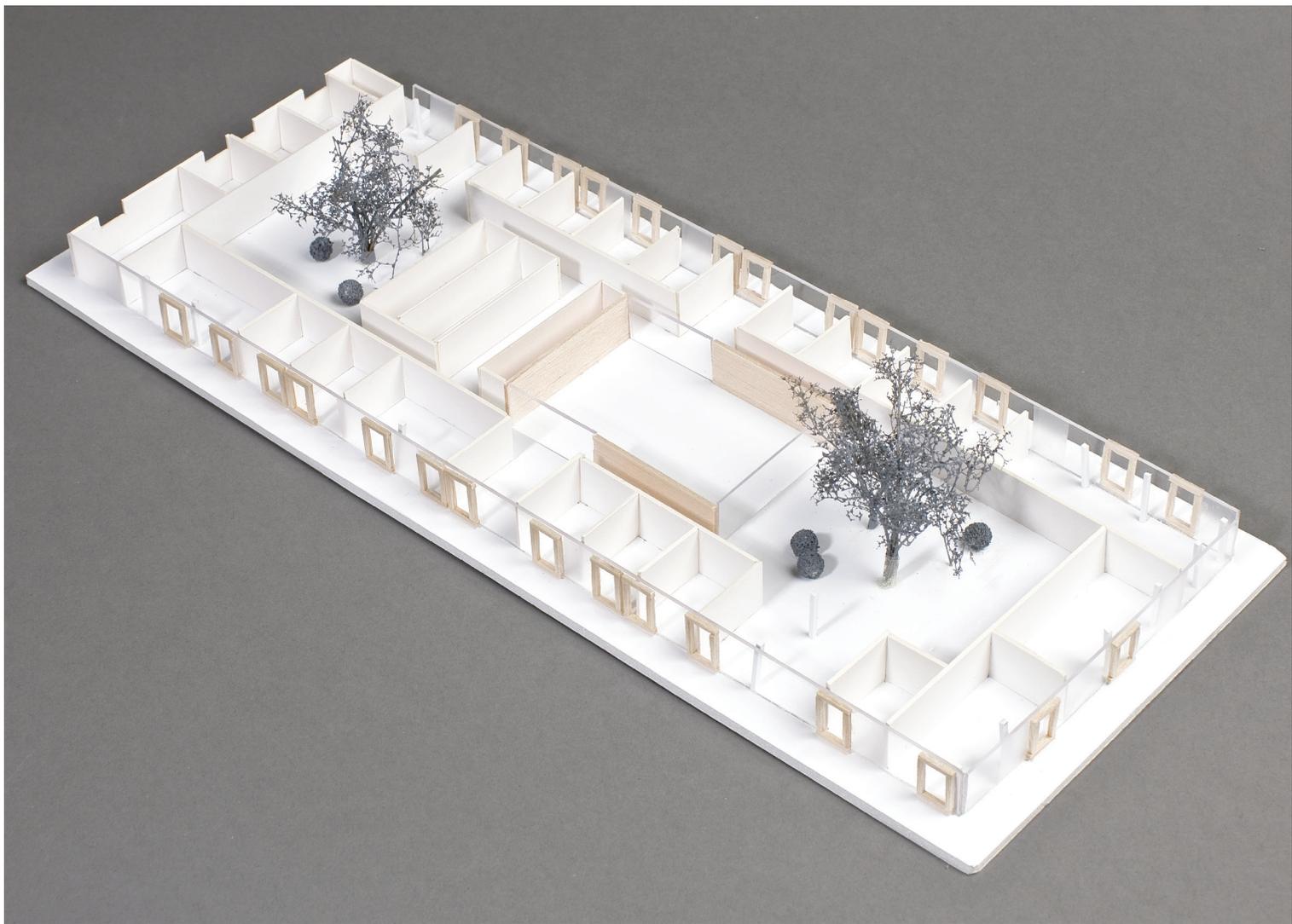
Das Pflegezimmer ist, wie im Raumprogramm angeführt, insgesamt 25m² groß. Die Zimmer verfügen jeweils über eine eigene 4,9 m² große Nasszelle, einen Vorraum mit einem großzügigen, raumhohen, französischen Fenster. Diese gewährleisten auch bettlägerigen Personen den Blick ins Freie, da sie kein Parapet besitzen. Um vor Überhitzung im Sommer zu schützen, bzw. um direkten Sonneneinfall in den südseitigen Zimmern zu vermeiden (Blendeffekte), sind die Fenster mit Schiebeläden aus Holz ausgestattet, die bei Bedarf das Fenster partiell verschatten. Die Holzlamellen sind horizontal angeordnet um auch bei geschlossenen Elementen weiterhin die Möglichkeit des Ausblickes zu gewährleisten und vor Einblick von unten zu schützen. Die Schiebelelemente können elektrisch vom Bett aus bedient werden.

Alle Zimmer sind als Einzelzimmer konzipiert, allerdings mit der Möglichkeit, sie über eine nicht tragende Trennwand im Bedarfsfall zu einem Doppelzimmer zu verbinden. Das funktioniert günstig, schnell und die Änderungen sind reversibel. Die Oberflächen der Zimmer sollen auf die Bewohner vertraut und wohnlich wirken, deswegen wird für den Boden helles Ahornparkett verwendet, das einfach zu reinigen ist und das Zimmer als Wohnbereich ausweist (Unterschiede zur Oberflächengestaltung im Gangbereich). Die Türen haben ebenfalls Türblätter aus Ahorn. Die Zimmertüre verfügt über einen ausklappbaren Seitenflügel aus mattiertem Glas und eine Oberlichte, um die Verbindung zum Außenraum herzustellen. Das Oberlichtband wird beim Badezimmer fortgeführt. Die Wandoberflächen sind einfach verputzt und werden nach Bewohnerwunsch farbig gestaltet. Die Zimmer sind individuell möblierbar, das heißt, dass Bewohner ihre eigenen Möbel mitbringen oder ein ausgestattetes Zimmer erhalten können. Die Einrichtung besteht grundsätzlich aus einer Garderobe mit Schrank im Vorzimmer, einem Pflegebett mit Nachttisch im Zimmer, sowie einem Kleiderschrank und einer Sitzgelegenheit für zwei Personen.



Die Nasszelle jedes Zimmers ist 4,9m² groß und barrierefrei. Sie ist mit einer bodengleichen Dusche, einem unterfahrbaren Waschtisch und einem WC ausgestattet. Alle Haltegriffe, Duschsitz sowie Notrufklingel sind angedacht und können nach Wunsch angebracht werden. Sie sind jedoch nicht obligatorisch. Zusätzlich ist Platz für einen Schrank oder ein Ablageboard vorhanden. Die Bodenfliesen sind aus anthrazitfarbenem Schiefer und rutschhemmend (R11), die Wandfliesen hellgrau und die Sanitärgegenstände weiß. Diese Farbeinteilung dient zur Erzeugung visueller Kontraste und in weiterer Folge zur Erleichterung der Nutzung für Menschen mit Sehschwäche. Der Spiegel ist kippbar und befindet sich über dem Waschbecken. Um die Sanitäreinheit und das Zimmer miteinander zu verbinden und etwas Tageslicht in die Nasszelle zu bringen, bestehen eine raumhohe Fixverglasung und ein Oberlichtenband zum Zimmer hin. So entsteht ein großzügigeres Raumgefüge.





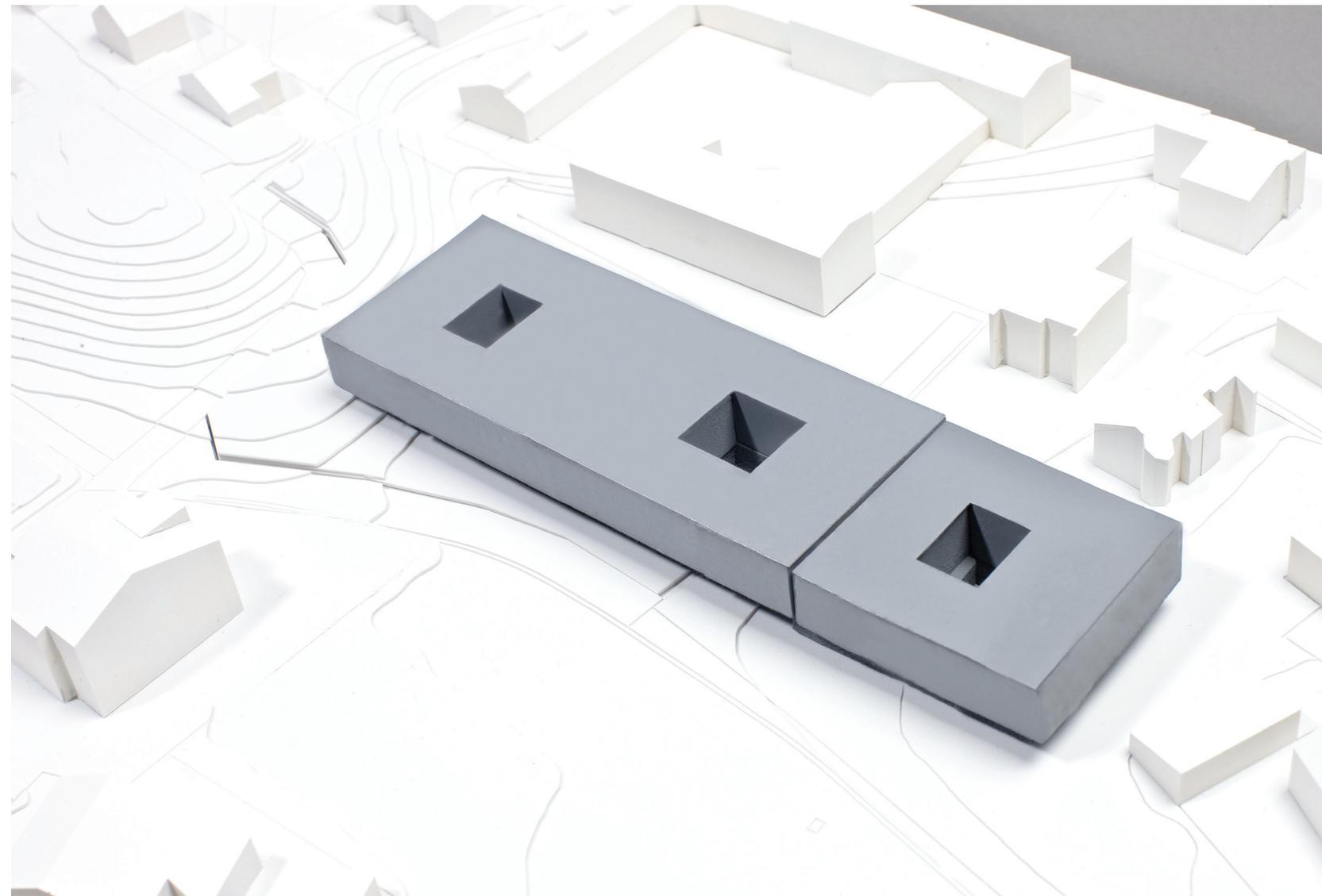
Erweiterung

Es sollte, laut Wettbewerb, eine Erweiterungsstufe mitgeplant werden, falls in einigen Jahren der Bedarf nach einer Vergrößerung des Wohn- und Pflegeheimes besteht. Diese Erweiterung umfasst eine zusätzliche Station mit 30 Betten.

In diesem Projekt wird die Erweiterung dreigeschossig an die Ursprungsbebauung im Osten anschließen. Die spätere Erweiterung wurde bereits in der Grundstruktur des Gebäudes miteingeplant und kann, ohne Eingriffe, in die bestehende Tragstruktur erfolgen. Es wird jede Station um ein weiteres Atrium, einen Funktionskern, einen Erschließungskern, sowie Gemeinschaftsflächen und 15 Zimmer ergänzt. Im Zuge des Zubaus wird die Ostfassade des Altbaus abgebrochen und das Gebäude in Richtung Osten hin verlängert. Im Erdgeschoss können nach Bedarf zusätzliche Funktionen eingeplant werden. Die Erweiterung fungiert in jedem Geschoss als eigene Station mit 15 Betten und kann auch als Demenzstation geführt werden. Sie ist als eigener Brandabschnitt konzipiert.

Innenraumgestaltung

Im Innenraum gibt es ein thematisches Gestaltungskonzept. Das Erdgeschoss ist in Erdfarben gehalten („Wald“). Das bedeutet, dass die Wandfarben, Oberflächengestaltungen, Beschilderungen und Böden in diesem Farbkonzept gestaltet sind. Die erste Station hat das Gestaltungsthema „Wasser“ (helles blau, weiß und grün) und die zweite „Sonne“ (gelb, orange, flieder). Diese Themen, die sich nicht nur in der Farbgebung zeigen, verbessern die Identifikation der Bewohner mit ihrem Stockwerk. Die Konzepte beschränken sich in erster Linie auf die Erschließungszone, die Gestaltung der Gemeinschaftsbereiche und Zimmer erfolgt gesondert. Das bedeutet, dass sich die Oberflächen und Bodenbeläge verändern, wenn man einen neuen Bereich betritt, bzw. den „Rundweg“ im Gebäude verlässt, um in einen anderen Bereich zu gehen. Dieser Unterschied verdeutlicht den Funktionswechsel und erleichtert die Orientierung der Bewohner mit kognitiven Einschränkungen innerhalb des Gebäudes.







An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meinem Diplomarbeitbetreuer Univ. Prof. Dipl. Ing. Architekt Roger Riewe für die gute Beratung und Betreuung bedanken.

Des Weiteren danke ich Herrn Dipl. Ing. Architekt Bruno Schwamberger für seine freundliche Unterstützung im Anfangsstadium meiner Arbeit, den netten Empfang in Innsbruck und für die zur Verfügung gestellten Unterlagen den Wettbewerb betreffend.

Mein Dank gilt auch dem Architekturbüro Baier-Thoma und meinen KollegInnen in Graz, für die Unterstützung und die konstruktiven Kritiken.

Ich danke meiner Familie, dass sie mir dieses Studium ermöglicht hat und ich mich immer auf sie verlassen konnte.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinem Partner und meinen FreundInnen für den Rückhalt und die Motivation.

ACHLEITNER, Friedrich: „Rainer Köberl. Das Begrenzte und das Offene. „Haus Nofels“ – Alten und Pflegeheim der Stadt Feldkirch /Vorarlberg“ erschienen in: Architektur Aktuell – the art of building, Nr. 197, Wien 1996, Springer Verlag, Seite 96 – 105

AUER, Gerhard: „Raum, Licht und Sicht“ erschienen in: Huber, Andreas (Hrsg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, Birkhäuser Verlag, Basel 2008, Seite 189 - 204

BEAUVOIR Simone de: Das Alter – La Vieillesse, Rowohlt Sachbuch, Hamburg 1995 (französische Originalversion Paris 1970)

BERNHOFER, Josef: Dissertation, Gerontologische Architektur – Bauliche Umsetzung alternativer Wohn- und Pflege(wohn)formen für ältere Menschen, Graz 2007

BOECKEL, Matthias: „Dietger Wissounig- Altenwohn- und Pflegeheim, Steinfeld, Kärnten“ erschienen in: Architektur Aktuell – the art of building, Nr. 6, Wien 2006, Springer Verlag GmbH, Seite 120 – 129

BOHN, Felix: „Lebensgerechtes Wohnen“ erschienen in: Huber, Andreas (Hrsg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, Birkhäuser Verlag, Basel 2008, Seite 173 - 185

DWIGHT, Maria B.: „Von ‚Retirement Communities‘ –zu Sinngemeinschaften“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 26 – 29

FEDDERSEN, Eckhard: „Die Rolle des Architekten im Planungsmarkt Pflege und Wohnen“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 54 – 55

FEDDERSEN, Eckhard; LÜDTKE, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009

FEDDERSEN, Eckhart: „Das Bett, das Zimmer, das Haus- im Lebensabschnitt Alter“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 12-15

GANNER, Michael: „Das Heimrecht der österreichischen Bundesländer“ Universität Innsbruck, 2006 (siehe auch Barta/Ganner (Hrsg.): Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung 1998, 14)

GIDDENS Anthony, FLECK Christian, EGGER DE CAMPO Marianne: Soziologie, 3. Auflage, Nausner & Nausner Verlag, Graz- Wien 2009

GLEICHWEIT Sonja, ROSSA Anita: Competence Center Integrierte Versorgung- Erster Österreichischer Demenzbericht, Wiener Gebietskrankenkasse (Hrsg.), Wien 2009

HAUSENBIEGL, Angelika: „Alte Menschen in den Gesellschaften“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 16- 17

HEEG S.; LIND S. : Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe: Versorgungsstrategien und bauliche Erfordernisse, Köln 1994

HEEG Sibylle, MOLLENKOPF Heidrum, VOLOPP Henning: „Therapeutische Architektur- Bauen für Menschen mit Demenz – Das Projekt Hüfingen“ erschienen in: medAmbiente care, 13. Jahrgang März 2010, Seite 30-31

HEEG, Sibylle: Herausforderung >Social Design< erschienen in Architektur und Wettbewerbe: „Bauen für Senioren – Building for the elderly“ AW212 Dezember 2007, Seite 2-3

HERMANN, Angelika: Erfahrungsbericht zum Hospitationsaufenthalt im Rahmen des Internationalen Hospitationsprogramm Pflege der Robert Bosch Stiftung, 2006

INNINGER, Bernhard : Diplomarbeit, Pflegeheim Grieskirchen, Graz 2001

Institut für Altenwohnbau und Qualitätsmanagement GmbH: „Lebensräume schaffen Qualität gestalten“ - Architektur & Gerontologie, Solingen 2005

KRÄMER, Karl H. (Hrsg.): Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007

KRINGS- HECKEMEIER, Marie- Therese: „Neue Wohnformen für ältere Menschen“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 22

Landesgesetzblatt für Tirol, März 2005: „23. Gesetz vom 1. Februar 2005 über Heime für hilfs-, betreuungs- oder pflegebedürftige, insbesondere ältere, Menschen“ (Tiroler Heimgesetz 2005)

LORENZ, Peter: Planen und Bauen für das Alter- Wohnen im dritten Lebensabschnitt, Koch 1994

LOTHAR, Marx: „Barrierefreiheit als Herausforderung- Die Verantwortung der Wohnwirtschaft“ erschienen in: Fischer, Joachim; Meuser, Philipp (Hrsg.): Barrierefreie Architektur- Alten- und behindertengerechtes Planen und Bauen im 21. Jahrhundert, DOM Publishers 2009, Seite 24 - 36

MARQUARDT Gesine: Kriterienkatalog demenzfreundliche Architektur- Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen; Schmiege, Peter (Hrsg.), Logos Verlag Berlin 2007

MEUSER, Philipp: „Abschied von der Behindertenrampe – Plädoyer für eine Selbstverständlichkeit im barrierefreien Planen und Bauen“ erschienen in: Fischer, Joachim; Meuser, Philipp (Hrsg.): Barrierefreie Architektur- Alten- und

behindertengerechtes Planen und Bauen im 21. Jahrhundert, DOM Publishers 2009, Seite 10 - 24

MEYER, Stefan: „Sozialzentrum Caputh – Altenpflegeheim in Caputh“ erschienen in: DBZ – Deutsche Bauzeitschrift Nr. 7 Wohnen im Alter, Bauverlag 2003, Seite 30 - 33

MEYWALD, Ulrike: „Dorf im Haus – Sozialzentrum Passail, Steiermark/ AT“ erschienen in: DBZ – Deutsche Bauzeitschrift, Nr. 7 Wohnen im Alter, Bauverlag 2003, Seite 34 – 37

MYLLYMÄKI- NEUHOFF, Johanna: „Demenz als Seinsform: Wohnumfeld und Handlungskompetenz“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 30 – 33

SCHNEIDER Ulrike, ÖSTERLE August, SCHOBER Doris, SCHOBER Christian: „Die Kosten der Pflege in Österreich- Ausgabenstrukturen und Finanzierung“ Forschungsbericht 02/2006 Wirtschaftsuniversität Wien, Institut für Sozialpolitik

SCHENK, Herrad: „Abenteuer Altern: Vom Älterwerden und Jungbleiben“ erschienen in: Huber, Andreas (Hrsg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, Birkhäuser Verlag, Basel 2008, Seite 15 - 26

STIER, Kerstin: „Die 4. Generation des Pflegeheims“, Arbeiter- Samariter –Bund, 1999

TAUKE, Beth: „Universal Design: Eine Unabhängigkeitserklärung“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 9 -12

THURN, Lilli: „Wohnhaus für betagte in Chur“ erschienen in: Baumeister – Zeitschrift für Architektur, Nr. 6 – 1994, Seite 22 – 27

VAN DER VOORDT, Theo J.M.: "Housing and care variants for older People with dementia – Current trends in the Netherlands", in: American journal of Alzheimer's disease, 84- 92 March/April 1997

WAECHTER – BÖHM, Lisbeth: „Alters- und Pflegeheim „Haus Gisingen“ in Feldkirch Vorarlberg - Noldin&Noldin Architekten – Vom Luxus der Gediegenheit“ erschienen in: Architektur Aktuell – the art of building, Nr 209, Wien 1997, Springer Verlag GmbH, Seite 84 – 97

WISBAUER, Alexander, Statistik Austria (Hrsg.): Bevölkerungsstand 01.01.2010, Wien 2010

WULF, Harms: „Gärten für Senioren- Aspekte einer altersgerechten Freiraumgestaltung“ erschienen in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, Seite 50 – 53

SEKUNDÄRLITERATUR

JOHNSON C.; JOHNSON R.: Alzheimer's disease as a „trip back in time“, American Journal of Alzheimer's Disease, 15(2):87-93, 2000

LYNCH Kevin: Das Bild der Stadt, Braunschweig 1989

http://archrecord.construction.com/projects/bts/archives/multifamhousing/07_DePlussenburgh/ aufgerufen am 18.03.2011 um 11:34

<http://www.archdaily.com/3959/de-plussenburgh-aronsen-gelauff-architekten/> aufgerufen am 18.03.2011 um 11:30

<http://www.baufachinformation.de/zeitschriftenartikel.jsp?z=96049312661> aufgerufen am 17.03.2011 um 18:59

http://www.bauordnung.at/oesterreich/steiermark_lgbl_2003_78.php aufgerufen am 08.03.2011 um 18:49
Steiermärkisches Pflegeheimgesetz, Stand Juli 2003: „Gesetzt über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen“

<http://www.diakonie-kaernten.at/de-849.cms> aufgerufen am 22.03.2011 um 08:44

<http://www.habitat-participation.be/rapport/PUBLICATION%202001/Terre%20-%20Experiences%20hebergement.pdf> aufgerufen am 25.03.2011 um 09:10

<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360511.html> aufgerufen am 29.03.2011 um 14:00

<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360516.html> aufgerufen am 29.03.2011 um 13:58
<http://www.jkarch.at/> aufgerufen am 22.03.2011 um 13:15

<http://www.mimoo.eu/projects/Denmark/Copenhagen/Flintholm%20Care%20Home> aufgerufen am 18.03.2011 um 11:55

<http://www.nextroom.at/building.php?id=1171> aufgerufen am 08.03.2011 um 19:08

<http://www.nextroom.at/building.php?id=19355> aufgerufen am 17.03.2011 um 17:43

<http://www.nextroom.at/building.php?id=2669> aufgerufen am 17.03.2011 um 19:00

<http://www.nextroom.at/building.php?id=2733> aufgerufen am 17.03.2011 um 17:22

<http://www.nextroom.at/building.php?id=30139> aufgerufen am 18.03.2011 um 11:52

<http://www.nextroom.at/building.php?id=34175> aufgerufen am 17.03.2011 um 17:36

<http://www.ppm-online.org/verlag/betreuung-teilstationaere-pflege/artikel-lesen/artikel/wohnform-cantou-bei-demenz/> aufgerufen am 25.03.2011 um 08:59

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=10000507> aufgerufen am 16.03.2011 um 11:45
Verordnung der Oö. Landesregierung vom 11. März 1996 über die Errichtung, den Betrieb sowie über die zur Sicherung einer fachgerechten Sozialhilfe in Alten- und Pflegeheimen erforderlichen sonstigen Voraussetzungen (Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung)

<http://www.statistik.at> aufgerufen am 08.03.2011 um 17:44

<http://www.oberndorf-tirol.at/> aufgerufen am 03.05.2011 um 11:48
http://de.wikipedia.org/wiki/Oberndorf_in_Tirol aufgerufen am 03.05.2011 um 12:10

New York State University: "The Principles of Universal Design" 1997
URL deutsche Fassung: <http://ftb-esv.de/uniprinc.html> aufgerufen am 16.03.2011 um 16:38

Abb.01:
http://farm4.static.flickr.com/3453/3726280662_998302d11d.jpg aufgerufen am 06.04.2011 um 17:00

Abb. 02:
<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360516.html> aufgerufen am 29.03.2011 um 13:58

Abb 03 bis 06:
<http://www.statistik.at> aufgerufen am 08.03.2011 um 17:44

Abb. 07:
http://farm4.static.flickr.com/3020/2992070542_707e448e73.jpg aufgerufen am 06.04.2011 um 17:07

Abb. 08:
http://farm4.static.flickr.com/3107/2667272254_cd8ed0475a.jpg aufgerufen am 06.04.2011 um 17:15

Abb. 09: http://revkennard.files.wordpress.com/2011/04/tree_roots.jpg aufgerufen am 07.08.2011 um 19:54

Abb. 10:
<http://www.isdesign.at/de/Inclusive-Design-de.aspx> aufgerufen am 07.04.2011 um 19:09

Abb. 11:
<http://www.detailx.de/news/archiv/barrierefreies-bauen-lernen/> aufgerufen am 07.04.2011 um 18:49

Abb. 12: http://www.sustainablefutures2011.org/?page_id=138 aufgerufen am 07.08.2011 um 19:56

Abb. 13:
<http://img.fotocommunity.com/Architecture/Scruffy-Architecture/Sad-old-house-a17839907.jpg> aufgerufen am

06.04.2011 um 18:01

Abb. 14:
<http://www.telostraining.co.uk/images/old-people-care03.jpg> aufgerufen am 06.04.2011 um 16:58

Abb. 15 <http://www.amhersts-of-didlington.com/taodh6.html> aufgerufen am 07.08.2011 um 19:58

Abb. 16 und 17:
 VAN DER VOORDT, Theo J.M.: "Housing and care variants for older People with dementia – Current trends in the Netherlands", in: American journal of Alzheimer's disease, 84- 92 March/April 1997, Seiten 87 und 89

Abb. 18:
http://www.abc.net.au/reslib/200801/r214965_833648.jpg 07.04. aufgerufen am 07.04.2011 um 20:00

Abb. 19 bis 24:
 Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, Seite 40 - 42

Abb. 25 bis 29:
 THURN, Lilli: „Wohnhaus für betagte in Chur“ erschienen in: Baumeister – Zeitschrift für Architektur, Nr. 6 – 1994, Seite 22 – 27

Abb. 30 und 31:
 Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, 4 – 7

Abb. 32:
http://archrecord.construction.com/projects/bts/archives/multifamhousing/07_DePlussenburgh/images/thumb.jpg aufgerufen am 18.03.2011 um 13:58

Abb. 33:
<http://www.archdaily.com/3959/de-plussenburgh-arons->

en-gelauff architecten/1162017529_058-avondopname-westzijde/ aufgerufen am 18.03.2011 um 14:05

Abb. 34 bis 37:
 Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, 4 – 7

Abb. 38:
<http://www.archdaily.com/3959/de-plussenburgh-arons-en-gelauff-architecten/> aufgerufen am 18.03.2011 um 14:13

Abb. 39: http://mimoa.eu/images/5672_l.jpg aufgerufen am 18.03.2011 um 17:41
 Abb. 40 bis 45: Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, 12 – 15

Abb. 46 : <http://www.nextroom.at/building.php?id=2733&inc=datenblatt> copyright by Ignacio Martinez aufgerufen am 17.03.2011 um 13:46

Abb. 47 bis 54: WAECHTER – BÖHM, Lisbeth: „Alters- und Pflegeheim „Haus Gisingen“ in Feldkirch Vorarlberg-Noldin&Noldin Architelkten – Vom Luxus der Gediiegenheit“ erschienen in: Architektur Aktuell – the art of building, Nr 209, Wien 1997, Springer Verlag GmbH, Seite 84 – 97

Abb. 55 bis 59: Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, 50 -51

Abb. 60: <http://www.paul-ott-photographiert.at> copyright by paul ott photographiert

Abb. 61 bis 63: <http://www.nextroom.at/building.php?id=34175&inc=datenblatt> aufgerufen am 18.03.2011 um 12:11

Abb. 64 und 65: <http://www.paul-ott-photographiert.at> copyright by paul ott photographiert

Abb. 66: <http://www.bau-data.com/referenzobjekte/referencObjectParagraphs/04/imageLarge/image/large.jpg> aufgerufen am 18.03.2011 um 18:03

Abb. 67 und 68: ACHLEITNER, Friedrich: „Rainer Köberl. Das Begrenzte und das Offene. „Haus Nofels“ – Alten und Pflegeheim der Stadt Feldkirch /Vorarlberg“ erschienen in: Architektur Aktuell, Nr. 197, 1996 , 96 – 105

Abb. 69 bis 72: <http://www.bau-data.com/referenzobjekte/referencObjectParagraphs/04/imageLarge/image/large.jpg> aufgerufen am 18.03.2011 um 18:03

Abb. 73: <http://www.nextroom.at/building.php?id=1171&inc=datenblatt> copyright by Zita Oberwalder aufgerufen am 18.03.2011 um 13:21

Abb. 74 bis 78: MEYWALD, Ulrike: „Dorf im Haus – Sozialzentrum Passail, Steiermark/ AT“ erschienen in: DBZ – Deutsche Bauzeitschrift, Nr. 7 Wohnen im Alter, Bauverlag 2003

Abb. 79: <http://www.paul-ott-photographiert.at> copyright by paul ott photographiert

Abb. 80: Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, 32 – 35

Abb. 81: Architektur Aktuell – the art of building, Nr 6, Wien 2006, Springer Verlag GmbH, Seite 120 – 129

Abb. 82: <http://www.paul-ott-photographiert.at> copyright by paul ott photographiert

Abb. 83 und 84: Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, 32 – 35

Abb. 85 :<http://www.paul-ott-photographiert.at> copyright by paul ott photographiert

Abb. 86: Architektur + Wettbewerbe 212, Bauen für Senioren, Karl Krämer Verlag Stuttgart, Dezember 2007, 32 – 35

Abb. 87:<http://www.paul-ott-photographiert.at> copyright by paul ott photographiert

Abb. 88 bis 92: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009, 202 – 203

Abb. 93: Google Earth

Abb. 94: <http://www.oberndorf-tirol.at/default.asp?MenuID=3> aufgerufen am 03.05 2011 um 11:48

Abb. 95: Google Earth

Abb. 96 und 97: Modellfotos aus den Wettbewerbsunterlagen „Wohn- und Pflegeheim in Oberndorf/Tirol“

Kapiteltrennblätter: copyright by Mona Kuttner

Fotos Bauplatz und Umgebung: copyright by Kerstin Kuttner

Schaubilder, Planmaterial, Tabellen: copyright by Kerstin Kuttner

Abb. = Abbildung

allg. = allgemein

BGF = Bruffogeschossfläche

bzw. = beziehungsweise

ca. = circa

d.h. = das heißt

Dipl. Ing. = Diplomingenieur

DU = Dusche

etc. = et cetera

f = folgende

ff = fortfolgende

HNF = Hauptnutzfläche

inkl. = inklusive

M: = Maßstab

med. = medizinisch

NF = Nutzfläche

NGF = Nettogeschossfläche

Prof. = Professor

S. = Seite

ugs. = umgangssprachlich

Univ. = Universität

usw. = und so weiter

vgl. = vergleiche

z.B. = zum Beispiel

zit.n. = zitiert nach