

rosenheim

Pflegewohnheim Rosenhain

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades einer
Diplom-Ingenieurin

Studienrichtung Architektur

Technische Universität Graz
Erzherzog-Johann-Universität
Fakultät für Architektur

Verfasserin
Katharina Eva Maria Binder

Betreuerin
Ulrike Tischler, Ass.Prof. Dipl.-Ing. Dr.techn. Architektin
Institut für Gebäudelehre

Graz, Oktober 2010



rosenheim

Pflegewohnheim Rosenhain

Danke

meiner Familie i.b. meiner Mutter, Paul Mödritscher, Mag. Barbara Mödritscher und Ass.Prof. DI Dr.techn. Arch. Ulrike Tischler für ihre Betreuung und Unterstützung.

inhalt

einleitung 08	2.4 barrierefreies wohnen universal design 36	5 der entwurf 61
1 das alter 11	2.5 zukünftige wohnszenarien für ältere menschen 40	5.1 die idee 62
1.1 definition alter 12	2.6 demenzfreundliche architektur 42	5.2 funktions schema 64
1.2 demografische entwicklung 14	2.7 pflegeheime in österreich 44	5.3 brenn punkte 66
1.3 geschichte des alters wandel und zukunft 18	3 der standort 47	5.4 die zimmer 68
1.4 versorgung im alter einst und heute 24	3.1 allgemein 48	6 entwurf pläne 71
2 wohnen im alter 27	3.2 planungsgebiet 52	7 literatur 94
2.1 das altersheim im wandel der zeit 28	4 entwurf grundlagen 55	
2.2 vier generationen des stationären altersheims 32	4.1 der wettbewerb 56	
2.3 neue wohnformen für ältere menschen 34	4.2 das konzept 57	
	4.3 raum programm 58	

einleitung



„Die verschiedenen Altersstufen des Menschen halten einander für verschiedene Rassen: Alte haben gewöhnlich vergessen, dass sie jung gewesen sind, oder sie vergessen, dass sie alt sind, und Junge begreifen nie, dass sie alt werden können.“

Kurt Tucholsky

Anhand demografischer Entwicklung wird sichtbar, dass durch eine höhere Lebenserwartung die Zahl der über Sechzigjährigen im Gegensatz zur Geburtenrate ständig steigt und dass eine neue Generation bereits entstanden ist, die neue Anforderungen mit sich bringt und einer Änderung in der Einstellung zum Alter in der Bevölkerung und Politik bedarf.

Der erste, theoretische Teil meiner Diplomarbeit gibt einen Einblick in das Thema Alter und stellt die notwendige und wichtige Grundlage meines Entwurfs dar.

Alte Menschen hat es immer schon gegeben. Bereits seit der Antike herrschten verschiedene Ansichten über das Altern und einige Vorurteile sind bis heute geblieben. In der Zeit der Industrialisierung gab es die größten Umwälzungen, die die ältere Bevölkerung betrafen. Die Annahme des Mythos, dass älteren Menschen früher mehr Respekt entgegengebracht worden ist, kann zurückgewiesen werden, denn arme alte Menschen, die die Mehrzahl darstellten, zählten bis ins vorige Jahrhundert noch zur untersten Schicht der Bevölkerung. Viele Menschen, darunter berühmte Persönlichkeiten, wurden über sechzig, manche kamen sogar an die hundert Jahre heran, allerdings gab es noch nie so viele alte Menschen, die so gesund und aktiv sind wie heute.

Mit zunehmendem Alter steigt dennoch das Risiko zu erkranken und auf Hilfe von Außen angewiesen zu sein. Die Entstehung des Alters- und Pflegewohnheims ist seit der Antike eng mit der Entwicklung des Krankenhauses verbunden und hat sich erst seit der Spezialisierung im 20. Jahrhundert als eigenständige Einrichtung etabliert. Neben alternativen Wohnkonzepten für ältere Menschen ist auch, als besonders wichtige Maßnahme, das barrierefreie Bauen entstanden, das im „Universal Design“ oder „Design for all“ versucht die Vorurteile gegen behindertengerechtes Bauen auszuräumen und neue, universell anwendbare und formal schöne Lösungen, Informationen und Produkte im Alltag zu integrieren. Die zukünftigen Entwicklungen in der räumlichen Altersversorgung werden überwiegend technische Maßnahmen und Ideen sein, die den betagten Menschen ein bis ins hohe Alter eigenverantwortliches und selbstständiges Leben ermöglichen können.



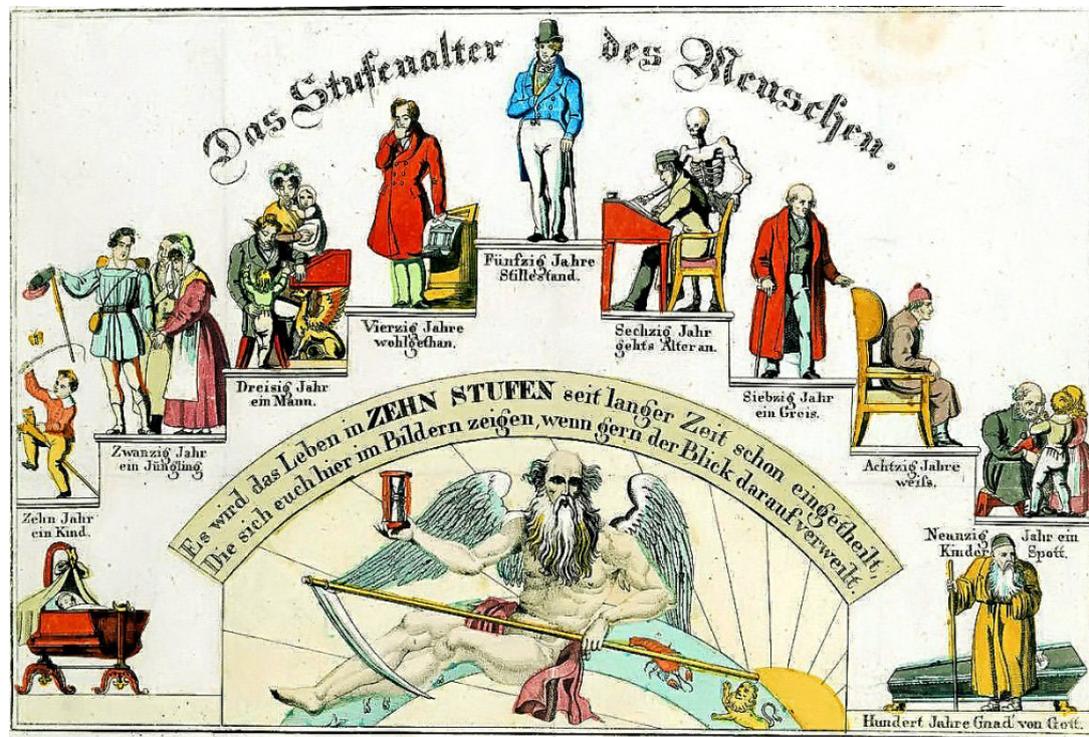
abbildungen:

S 8 <http://view.stern.de/de/picture/Emotionen-alter-alte-frau-Falten-Altes-Gesicht-1383300.html>

S 9 <http://prachtkerle.twoday.net/topics/Prachtkerle/>

**das
alter**

1.1 definition alter



Seit dem 14. Jahrhundert bestehen Illustrationen, die die unterschiedlichen Lebensabschnitte von Menschen anhand einer Stiege darstellen. Hier das Abbild des Stufenalters des Mannes, das einen Einblick in das historische Altersbild des 19. Jahrhunderts in Deutschland gibt.

Die Begriffe vom Alter variieren je nach Disziplin. Die Biologie beschreibt das Altern von Zellen als Reifungsprozess, oder auch als einen chronisch degenerativen Prozess, der von Geburt an stattfindet. Die Entwicklungspsychologie teilt das Leben eines Menschen in Abschnitte ein, darunter das Erwachsenenalter (frühes: 18–35, mittleres: 35–65 und höheres: 65–80) und das hohe Alter (ab 80 Jahren).

Nach Vorschlägen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) wird in der zweiten Lebenshälfte zwischen älteren (60 – 75 Jährige), alten (75 – 90 Jährige), sehr alten oder hochbetagten (über 90 Jährige) und langlebigen Menschen (über 100 Jährige) unterschieden.

So unterscheidet auch die Soziologie zwischen dem „junges Alter“ und dem „alten Alter“. Im Sprachgebrauch wird das Menschenleben seit jeher in die drei Lebensphasen Jugend, Erwachsensein und Alter unterteilt und bezeichnet das Alter daher auch als drittes und viertes Lebensalter.¹

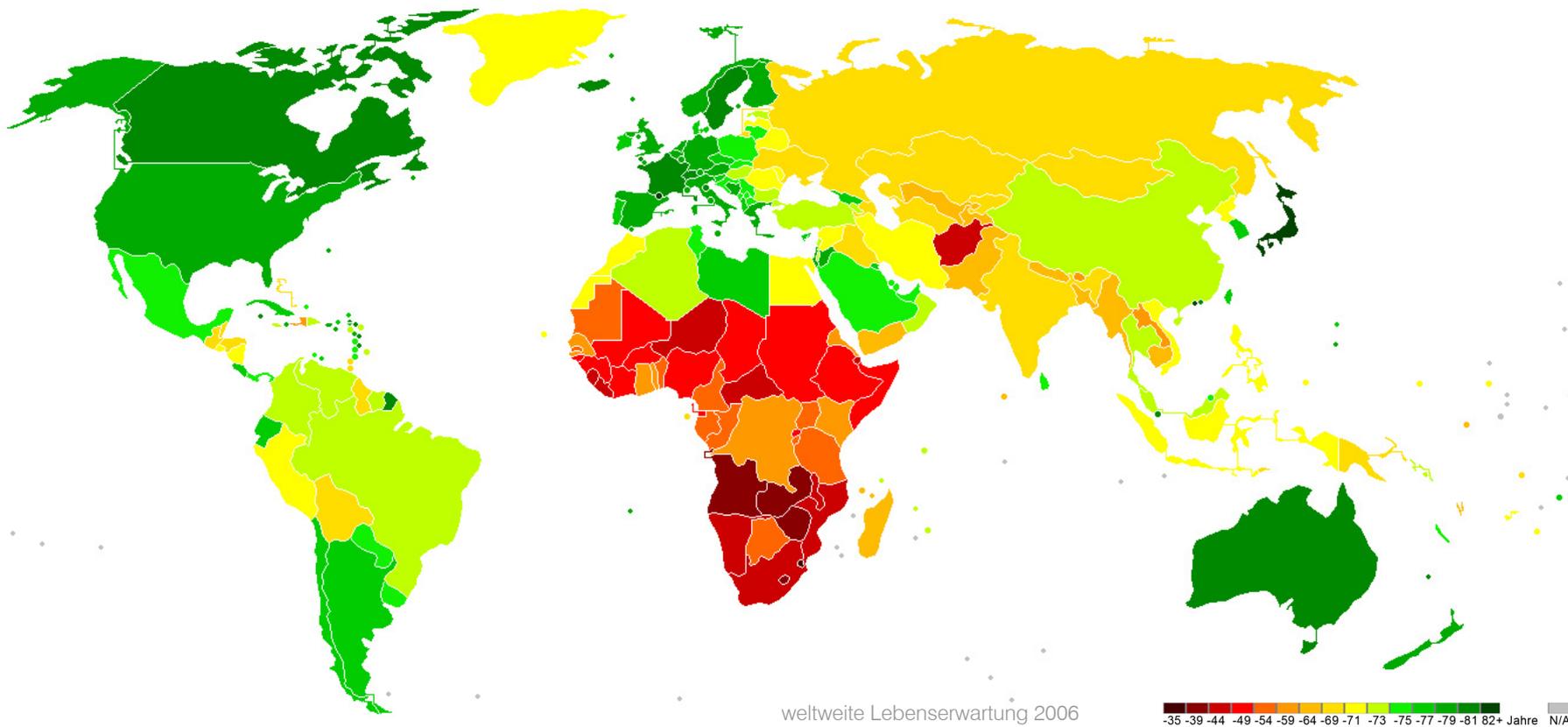
Das Alter, anthropologisch gesehen, bezeichnet auf der einen Seite das Lebensalter, also die derzeitige Lebensdauer, und andererseits die letzte Lebensphase vor dem natürlichen Tod.

Das menschliche Altern ist ein biologisch, sozialbiologisch und ein ökologisch bedingter Prozess, wobei sich die Faktoren gegenseitig beeinflussen² und sich nicht allein auf den körperlichen Bereich beschränken. Das Alter ist auch biografisch bestimmt und vollzieht sich sozial, kulturell und individuell mit starken Unterschieden, wobei immer der historische Hintergrund mit zu berücksichtigen ist. Das Altern wird oft mit dem Abbau geistiger, körperlicher und sozialer Fähigkeiten gleichgestellt, allerdings ist es, nach neusten Forschungsergebnissen, ein von der Kindheit bis ins hohe Alter dynamischer Prozess mit zahlreichen Veränderungen, die ständig neue Anpassungen fordern.³

In der Resolution 46/91 der UNO-Generalversammlung vom 16. Dezember 1992 sind die Grundsätze für ältere Menschen benannt: Unabhängigkeit (in der Versorgung, Arbeit, Bildung, Umgebung und Wohnung), Partizipation (in der Gesellschaft, Politik und Vereinigungen), Fürsorge (Schutz, Gesundheitsversorgung, Anstaltspflege, Menschenrechte und Grundfreiheiten), Selbstverwirklichung (Entfaltung, Bildung, Kultur, Erholung) und Würde (Sicherheit, Gerechtigkeit und Wertschätzung). Diese sollen dem Ziel dienen, älteren Menschen – ob reichen oder armen - solange wie möglich ein selbstständiges und würdiges Leben zu sichern.



1.2 demografische entwicklung



Eine höhere Lebenserwartung und niedrigere Geburtenraten verursacht durch kulturelle, soziale und gesundheitliche Faktoren sind die Ursache, dass besonders in den reichen Ländern die Anzahl der über Sechzigjährigen schneller ansteigt als jede andere Altersgruppe. Tatsache ist, dass einer ständig größer werdenden älteren Bevölkerungsgruppe immer weniger jüngere Menschen gegenüberstehen.

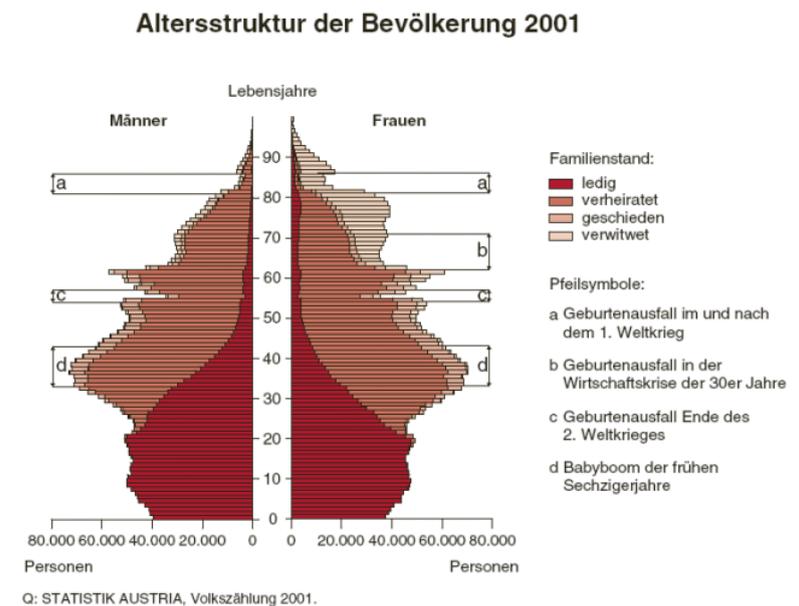
Bis 2050 wird sich die Anzahl älterer Menschen (60+) weltweit von 600 Millionen (im Jahr 2000) auf 2 Billionen verdreifachen, wobei sich die gravierendsten Umwälzungen in den Entwicklungsländern zeigen werden (von 400 Millionen auf 1,7 Billionen in fünfzig Jahren).⁴

Auch Österreich altert. Das Durchschnittsalter der Österreicher ist seit 1971 um knapp fünf Jahre gestiegen (2008: 41) und die Lebenserwartung bei der Geburt in der Steiermark beträgt 80,4 Jahre (2008).

Der österreichische Seniorenanteil betrug 2001 15,5%. Derzeit sind knapp ein Viertel (23%) der Bevölkerung über Sechzig und die Zahl der über 80-Jährigen ist 2008 auf 2,9% angestiegen – seit 1961 hat sich dieser Anteil verdreifacht. Langfristig wird für 2050 eine Bevölkerungsanzahl von 9,5 Millionen vorausgesagt und der Anteil älterer Personen wird über 30 Prozent steigen.

Besonders die Generation der Babyboomer, die Jahrgänge der 1950er und 60er, spielen eine große Rolle, da sie diejenigen sind, die ab 2015 ins Pensionsalter übertreten werden.

Die Prognosen für 2050 sagen voraus, dass wahrscheinlich 39% der Bevölkerung, d.h. vier von zehn Bewohnern, über sechzig und älter sein werden.



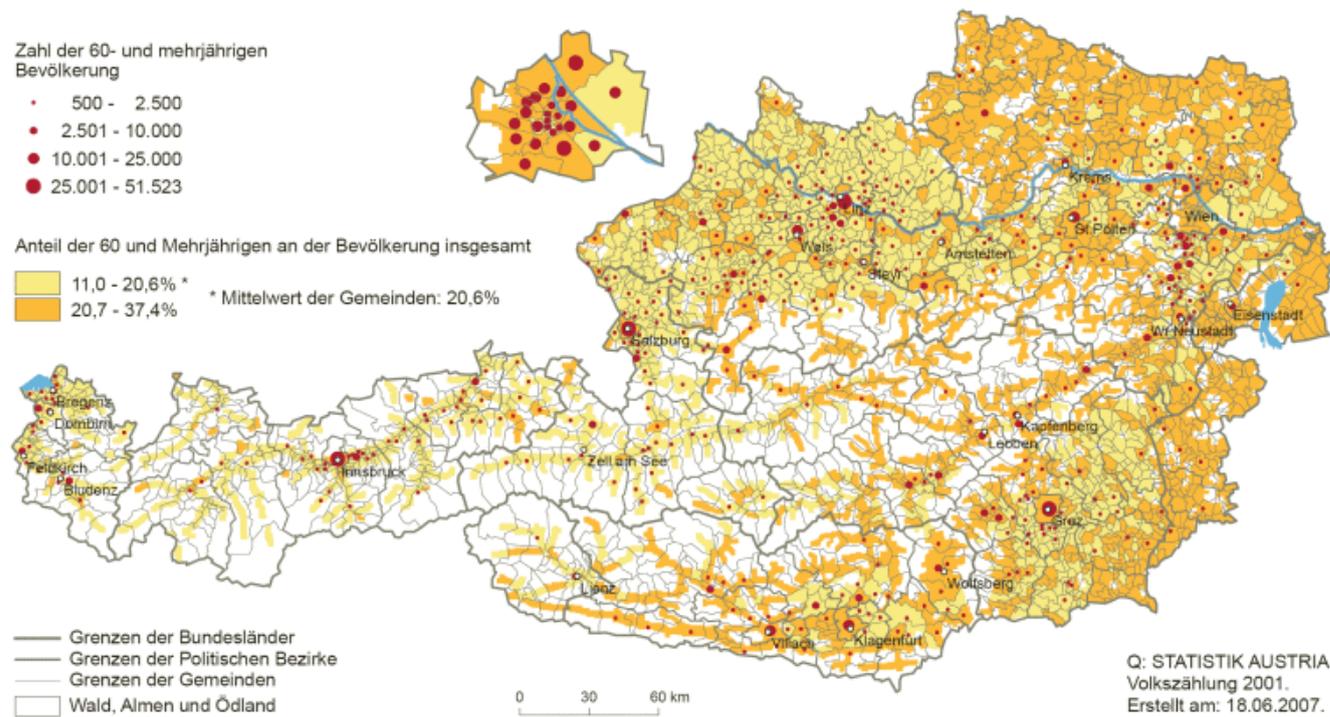
Altersgliederung 2001: 60- und mehrjährige Bevölkerung nach Gemeinden

Zahl der 60- und mehrjährigen Bevölkerung

- 500 - 2.500
- 2.501 - 10.000
- 10.001 - 25.000
- 25.001 - 51.523

Anteil der 60 und Mehrjährigen an der Bevölkerung insgesamt

- 11,0 - 20,6% *
- 20,7 - 37,4% * Mittelwert der Gemeinden: 20,6%





Die Steiermark hat die zweithöchste Seniorenrate Österreichs.

„Mit 61.524 Achtzig- und Mehrjährigen war diese Altersgruppe 2008 zum Beispiel größer als die gesamte Einwohnerzahl des politischen Bezirks Deutschlandsberg (laut Bevölkerungsregister waren das im Schnitt 1.1.2008/1.1.2009 genau 61.125 Personen)!“⁵

Die meisten Menschen der über Sechzig-Jährigen in Österreich leben mit dem Ehepartner ohne Kinder zusammen. Ein Drittel aller Haushalte (1,3 Mio.) bestehen aus einer Person, wobei die Mehrheit ältere verwitwete Frauen ausmachen (28 %, 17% Männer) und nur ein geringer Teil davon sind junge Singles.

Etwa 100.000 Personen wohnen in ungefähr 3.000 Anstalten und Gemeinschaftsunterkünften, meistens in Altersheimen. Die Pensionisten machen einen Anteil von 1,68 Mio. der österreichischen Bevölkerung aus, wobei im Alter von 50 bis 64 Jahren nur noch etwa die Hälfte der Bevölkerung (55%) erwerbstätig ist, ein Großteil ist bereits in Pension.

Im Jahr 2008 kamen bei den über Achtzig-Jährigen drei Männer auf sieben Frauen, bei den Hochbetagten sind es sogar dreimal so viele Frauen wie Männer.

Am 1.1.2010 gab es genau 140 Personen im Alter von 100 und mehr Jahren, darunter lediglich 18 Männer. Bei der Volkszählung 2001 gab es 77 Personen, die ihren 100. Geburtstag erreicht hatten - seither ist es also zu einer Erhöhung der Hochbetagten um mehr als 80% gekommen.

1.3 geschichte des alters

wandel und zukunft



Die 28-köpfige Gerousia von Sparta

„Eine wissenschaftliche Orientierung und Bewusstseinsbildung in Altersfragen scheint so ohne die Berücksichtigung der Sozialgeschichte kaum möglich.“⁶ So können Klischees, die seit einiger Zeit andauern, widerlegt werden.

Griechische und römische Antike (1200 v.Chr. - 600 n.Chr.)

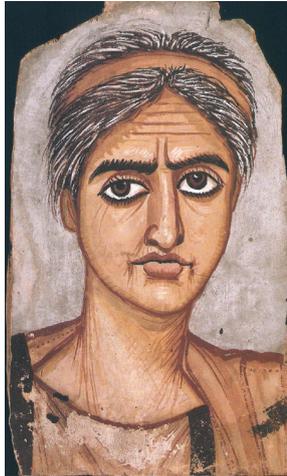
Seit der Antike hat sich in der Einstellung, alten Menschen gegenüber, nichts Wesentliches geändert. Die Menschen hatten früher genauso viele Vorurteile und unterschiedliche Ansichten vom Alter wie heute. Seit spätestens Homer wird das Alter mit Weisheit gleichgesetzt, zur gleichen Zeit aber immer auch mit Last und sogar Abscheu verbunden.

Seit dem antiken Griechenland war es keine Seltenheit sechzig Jahre und älter zu werden, wenn man die ersten Jahre nach der Geburt überlebt hat. Die Berechnung der niedrigen Lebenserwartung (in der Antike etwa 25 Jahre) ergibt sich aus der hohen Säuglingssterblichkeit, die bis ins 20. Jahrhundert angedauert hat. Man kann davon ausgehen, dass im 1. Jahrhundert n. Chr. etwa sechs bis acht Prozent der Bevölkerung des Römischen Reiches über sechzig Jahre alt waren und einige wenige sogar über hundert wurden.

Die Antike wird meist als Vorbild positiver Einstellung und gutem Umgang mit älteren Menschen herangezogen und idealisiert. Philosophen, Schriftsteller und bildende Künstler haben das Alter meistens als Tugend und Weisheit dargestellt und gepriesen, sodass heute der Mythos herrscht, die Älteren hätten in einer Art „Goldenem Zeitalter“ gelebt, dass sie „besonders hoch geachtet waren und politisch, religiös und gesellschaftlich verantwortungsvolle Positionen bekleideten.“⁷ Allerdings war es so, dass alte Männer ausschließlich geschätzt und verehrt wurden, wenn sie in ihrem Leben erfolgreich und im Alter noch aktiv waren, beziehungsweise sich Respekt verschafft haben. Die Macht und den Wohlstand, auch wenn es den Altenrat von Sparta (Gerousia: alle Mitglieder waren älter als sechzig) gab, hatten jüngere Generationen inne, da mit dem Alter Gebrechlichkeit und Vergänglichkeit verbunden wurde.

In der römischen Mythologie wurde ausschließlich die personifizierte Jugend verehrt und dem Alter alle negativen Aspekte des Lebens zugeschrieben. Bei den Römern als auch bei den Griechen wurden insbesondere ältere Frauen als „böartige oder sexuell obsessive Hexen oder Trinkerinnen“ – besetzt⁸ und als grausame und böse Figuren alt dargestellt, um Angst einzuflößen - so zum Beispiel die alten Jungfern (Graien), die bereits „ergraut“ auf die Welt kamen. Der Wunsch nach Jugendlichkeit und Unsterblichkeit findet man in der antiken Mythologie immer wieder.





Das Sprichwort „Das Alter ist wie eine zweite Kindheit“, das wir heute noch kennen, kommt in der gesamten antiken Literatur vor und nimmt Bezug auf die erneute Abhängigkeit, durch die Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, besonders in wirtschaftlicher Hinsicht.

Die Verpflegung der älteren Angehörigen – mit „ausreichend Nahrung und einer Bettstatt sowie die korrekte Durchführung der Bestattungsriten nach deren Tod“⁹ war in der Antike eine moralische Verpflichtung, die im 5. und 4. Jahrhundert v. Chr. sogar durch ein Gesetz (von Solon) festgelegt wurde, das besagte, dass „auf Unterlassung der Unterstützung (trephein) der Eltern der Entzug der Bürgerrechte (atimos)“ stand.¹⁰ Allerdings herrschte die allgemeine Einstellung, die Eigenverantwortung im Alter weiterzuführen und sich selbst zu versorgen.

„Das Alter wird nur dann respektiert werden, wenn es um seine Rechte kämpft und sich Unabhängigkeit und die Kontrolle über das eigene Leben bis zum letzten Atemzug bewahrt.“
Cicero



Mittelalter (6. - 15. Jahrhundert)

Auch im Mittelalter, bis hin zur Renaissance, gehörte es zur Moral die ergrauten Eltern zu versorgen, was jedoch aus finanziellen Gründen meistens nicht der Fall war.

Ein österreichisches Sprichwort besagt: „Die Bank der Kinder ist hart für die Alten“ und zeigt den Disput zwischen Eltern und Kinder. Im Altertum veränderte sich das Gesellschaftsmodell, durch die Einteilung in Stände und Berufe. Die Anteilnahme älterer Menschen an der Öffentlichkeit hing von Geschlecht, Stand, Wohlstand und Gesundheit ab. Die Alten zählten zu der Randgruppe der Frauen, Kinder sowie den Invaliden, Fremden und sehr Armen. Ausgenommen waren alte Männer und Witwen der höheren Schichten, die durch ihr Geld und ihren Bediensteten ein respektables Alter erleben konnten, oder sie nahmen ihr Recht in Anspruch ins Kloster oder Spital zu gehen. Handwerker mussten bis an ihr Lebensende arbeiten, um sich und ihre Familie erhalten zu können. Am schwierigsten hatten es ältere Lohnabhängige, wie zum Beispiel Gesellen oder Bauern.

Die Lebenserwartung der Menschen im Mittelalter lag durch den häufigen Kindstod bei 40 Jahren – zu Zeiten von Hungersnöten oder Pest war diese sogar noch niedriger. Gesetzestexte belegen, dass man im Mittelalter ab sechzig Jahren als alt galt und dafür Privilegien, wie Befreiung von Steuer, Militärsdienst, Kriegsdienst, Stadtwache und öffentlichen Aufgaben sowie weniger harte Strafen erhielt.

Im 14. Jahrhundert änderte sich allmählich die deterministische Einstellung gegenüber dem Alter. Man stellte fest, dass sich Körper und Geist in unterschiedliche Richtungen entwickeln können und somit das Alter nicht nur zu einer „Zeit der Sühne, sondern auch der geistigen Erhabenheit“ wird.¹¹ Das Christentum drängte zur Vorstellung der unsterblichen Seele, durch Gott den Erneuerer – „wer sich aber von Gott abwendet, wird altern (veterascunt) und verloren sein.“¹² Der alte Mensch sollte auf alles Weltliche verzichten, Demut zeigen, das Alter akzeptieren, in die Seele schauen, sich auf den Tod vorbereiten und auf Erlösung hoffen.

„Ihr wolltet es (das Alter) erreichen, ihr wünschtet euch es zu erreichen, ihr hattet Angst, es nicht zu erreichen, und nun, da es euch gelungen ist, jammert ihr. Jeder möchte alt werden, aber niemand alt sein.“ Bernhardin von Siena

16. und 17. Jahrhundert

Durch die unterentwickelte Wirtschaft und dadurch vielen Arbeitslosen vollzog sich ein kultureller Wandel, in dessen Verlauf die armen Menschen in „würdige Arme“ (Alte, Witwen, Waisen) und „unwürdige Arme“ (Arbeitsverweigerer) unterteilt wurden.

Mitte des 17. Jahrhunderts wuchs die Bevölkerung in ganz Europa, dank besserer Ernährung – u.a. durch bessere Transportwege – und dem wirtschaftlichen Fortschritt, stetig an.

In Österreich lag 1632 der Prozentteil der über Sechzig-Jährigen bei 5,5, davon waren 4% Männer und 8,7% Frauen. Der höhere Frauenanteil wird dadurch begründet, da Frauen bis zuletzt (im Haushalt) arbeiteten und sie ihre Gewohnheiten im Alter nicht ändern mussten und dadurch länger lebten.

Die medizinische Auffassung über die Theorie der vier Körpersäfte des Menschen und durch deren Ungleichgewicht verursachten Austrocknens und Verblühens im Alter, hatten seit dem Mittelalter nicht verändert. Die Menstruation wurde als giftiges Blut angesehen und Frauen in der Menopause, die dieses nicht mehr ausstoßen konnten, wurden daher oft als gefährlich, mit „bösem Blick“ bezeichnet und mit Hexen in Verbindung gebracht...

Die allgemeine Einstellung der Gesellschaft des 17. Jahrhunderts setzte sich eher mit der Herausforderung des Todes, als mit dem Alter auseinander - die Alten sollten weise und ernst sein, um Frieden mit sich und dem Leben zu machen, sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen und nicht der Jugend nachhängen.

18. Jahrhundert

Die Zeit der Industrialisierung war eine Zeit des Übergangs und Wandels. Die Lebenserwartung stieg weiter an und auch die Geburtenrate nahm gegen Ende des Jahrhunderts zu (Anteil der über Sechzig-Jährigen: 6-10%) Die Städte wuchsen und boten mehr Platz für individuelle Freiheiten.

Der Altersprozess wurde entmystifiziert und die Gesellschaft war geprägt von einer Abwendung der religiösen zu einer weltlichen Anschauung. Damit änderte sich auch das Älterwerden, das bisher durch Rückzug verbunden war und wechselt zu dem Begriff des offiziellen Ruhestandes. Auch in der Literatur und den Künsten wendete man sich von Spott ab und brachte älteren Menschen mehr Respekt entgegen.

„Die wirtschaftlichen und sozialen Umstände des Lebensabends wurden von der gesellschaftlichen Klasse, Geschlecht und persönlichem Vermögen, der Arbeitsfähigkeit, dem Umgang mit der Verwandtschaft und der Verfügbarkeit kommunaler Unterstützung geprägt und waren am deutlichsten an der Wohnung, dem Aussehen und dem Umfang gesellschaftlicher Kontakte zu erkennen. An einem Ende des Spektrums befanden sich die abgemagerten, gebrechlichen und vereinsamten Alten, die ihre letzten Tage in einer öffentlichen Einrichtung getrennt von Familie und Freunden verbrachten- ohne persönliche Habe unselbstständig und ohne Würde.

Am anderen Ende waren die wohlhabenden Familienhäupter, respektiert und mit eigenem Vermögen, umgeben von Familie, Dienern und Bekannten, die ihre letzten Tage im Ruhestand im eigenen Heim verbrachten und genügend Zeit, Kraft und Verstand hatten, um sich auf das Unausweichliche vorzubereiten.“¹³ Allgemein herrschte das Bild von autonomen, agilen und aktiven älteren Menschen, deren Pflichten allmählich auf Familie und Gesellschaft aufgeteilt wurden. Pflege brauchten nur Greise, Kranke und Arme.

19. Jahrhundert

Im 19. Jahrhundert war das Leben der, vor allem ärmeren, älteren Bevölkerung geprägt vom Wandel der Industrialisierung und damit einhergehenden Urbanisierung. Das Transportwesen wurde verbessert und somit die Verfügbarkeit unterschiedlichster Güter und Ideen. Damit änderte sich der Arbeitsmarkt, der eine Proletarisierung herbeiführte. Die steigende Lebenserwartung und die, durch mechanisierte Produktion, neue Technologien und durch die Konkurrenz der jungen Arbeiter, geringen Arbeitschancen für alte Menschen in industrialisierten Städten, ließen diese oft Arbeiten verrichten, die unter ihrer Qualifikation lagen und oft anstrengend, erniedrigend und unregelmäßig bezahlt waren.

Die Gesundheit hing stark von den Folgen der Industrialisierung, der Migration, und der Verstädterung ab. Diese brachten psychosoziale Auswirkungen, Gefahren am Arbeitsplatz, Arbeitsdruck, schlechte Ernährung und eine unhygienische Umgebung mit sich.

Zu jener Zeit entstand eine Wohlfahrt die sich für das seelische Wohlbefinden, erstrebt durch Glauben und sittliches Verhalten, genauso einsetzte, wie für das körperliche. Dies wurde verstärkt, durch den wachsenden Wohlstand (gegen Ende des Jahrhunderts) und die neu gegebene Möglichkeit, Bücher, vor allem die Bibel, zu kaufen (allerdings waren 1860 noch rund 85 Prozent der Männer in Österreich Analphabeten).

Die Umstände im 19. Jahrhundert führten zu einem kleineren Hausstand, der nur noch die Kernfamilie umfasste und der Stereotyp der heutigen Großeltern entstand, die für ihre Enkelkinder da sind, sie aufziehen und sie verwöhnen.

20. und 21. Jahrhundert

Das 20. Jahrhundert bietet, durch die medizinischen, gesundheitlichen und hygienischen Bedingungen und Fortschritte, die größte Möglichkeit für die meisten Menschen länger gesund und aktiv im Alter zu bleiben. Damit änderte sich mit der Zeit auch das Aussehen, die altersbezogene Kleiderordnung, die Darstellungen, die Selbstdarstellung und die Lebensweise der älteren Menschen. Ältere Menschen sahen nicht zuletzt durch bessere Gesundheit zehn Jahre jünger als ihre Altersgenossen vor einem Jahrhundert aus. Auswahl, Verfügbarkeit und Preise von Kosmetika, Haarfärbemitteln und kosmetischer Chirurgie haben den umstrittenen Weg zu jüngerem Aussehen in allen Schichten geebnet.

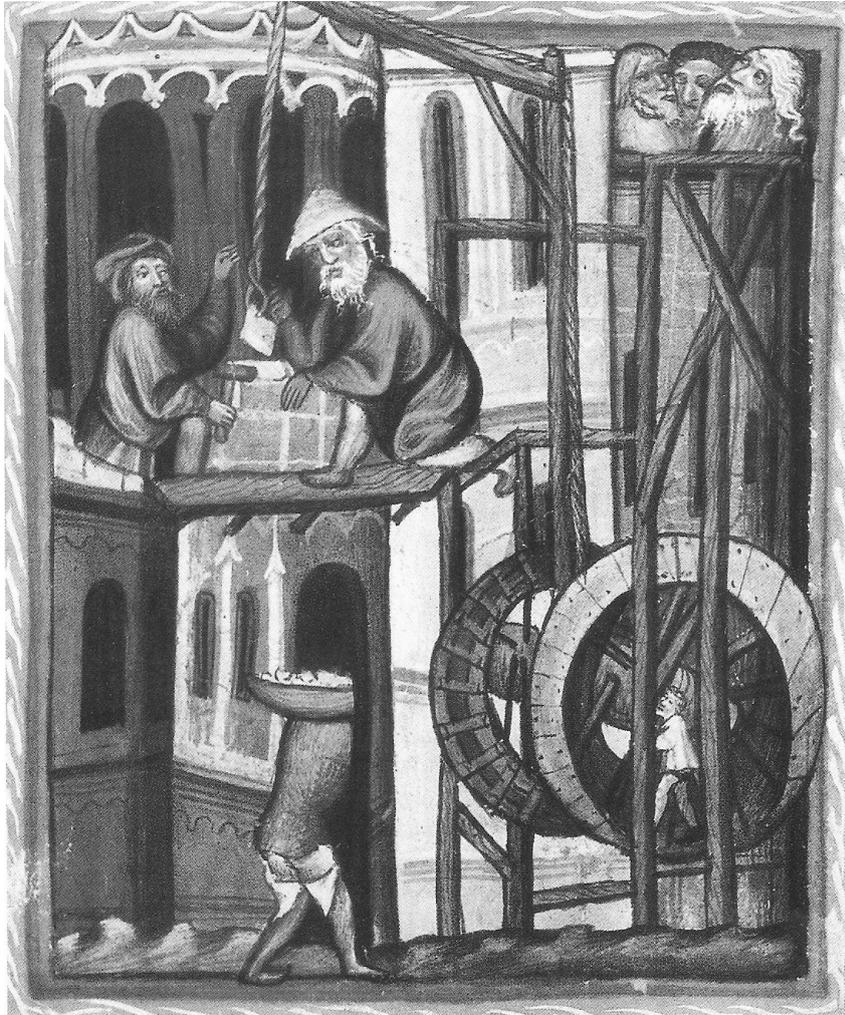
Ältere Menschen, ausgenommen Staatsoberhäupter oder Päpste sind, selbst wenn sie noch nicht in die meist präferierte Pension gehen wollen, in der schnelllebigen Arbeitswelt des 20. Jahrhunderts nicht mehr gefragt. Somit treten in einer Zeit mit so vielen aktiven alten Menschen wie noch nie, früher als je zuvor, aus dem Arbeitsleben aus.

Das Leben in der Pension wird oft positiv wie auch negativ beurteilt. Viele alte Menschen in Stadtgebieten leben alleine im Haushalt, was sie entgegen der gängigen Meinung schon seit Jahrhunderten tun, was meist nichts mit Vereinsamung, sondern mit dem Wunsch nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zusammenhängt.

Mobilität hat es immer schon gegeben – allerdings haben sich die Kommunikationsmöglichkeiten außerordentlich verbessert. Das Gesundheitswesen und die Medizin haben in den meisten entwickelten Ländern Menschen jedes Alters einen leichten Zugang zu günstiger Behandlung möglich gemacht. Forschung, Medizintechnik und Pharmakologie haben die Lebensqualität älterer Menschen erheblich verbessert und ein aktives Leben verlängern können (Herzschrittmacher, künstliche Gelenke, Organtransplantationen), auch wenn, zum Beispiel lebenserhaltende Maßnahmen von Schlaganfall-Patienten zu überdenken sind.

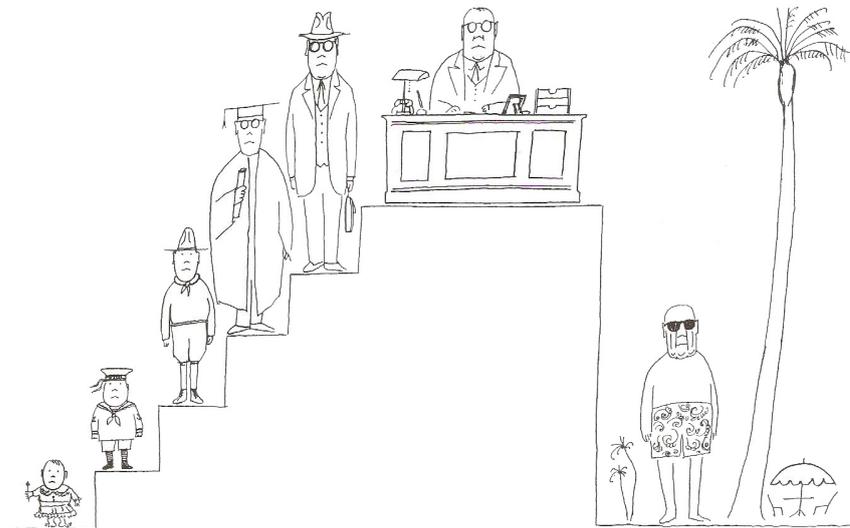
Mit dem längeren Leben nahmen auch bislang seltene, chronische Erkrankungen (Alzheimer, Arthritis, Diabetes) zu - zum Teil weil früher mehr jüngere Menschen zuvor an Tuberkulose starben.





1.4 Versorgung im alter

einst und heute



Im Mittelalter entstand ausgehend von der christlichen Kirche ein erstes soziales Netz, das Ende des 16. Jahrhunderts durch die Umwälzungen in der Kirche zu Sozialfürsorgeprogrammen und der katholischen sowie protestantischen Wohlfahrt führte.

Die meisten Älteren im Mittelalter bezahlten bei Bedarf die Unterkunft in Kloster oder Hospital aus eigener Tasche und überließen diesen ihren Nachlass (Verpfändung). „Im Gegensatz zu Witwen und Waisen gehörten alte Menschen gemäß der Heiligen Schrift nicht zu denen, die unterstützt werden sollten.“¹⁴ Handwerker mussten bis an ihr Lebensende arbeiten, um sich und ihre Familie erhalten zu können. Die einzige Alterssicherung, in Form einer Pension, bekamen Geistliche von der Kirche, allerdings zu wenig, um davon leben zu können.

Grundsätzlich sollten alle alten Menschen unterstützt werden, doch man konnte sich nicht darauf verlassen, zumindest musste man sich ständig darum kümmern. Daher war es üblich bis zuletzt zu arbeiten. Konnte man sich selber nicht mehr versorgen oder Wohltätigkeit von anderen erwarten, versuchte man Hilfe von seinen Kindern oder Verwandten zu bekommen, oder man leistete sich Pflegerinnen, wenn man konnte. In Österreich wurde das Wort „ableben“ gleichgesetzt mit „aus dem Berufsleben ausscheiden“.

Im Arbeiterstand entstand die erste freiwillige Sozialversicherung, die sogenannte Bruderlade, für Mitglieder einer Gilde oder Bruderschaft, wobei man sich zuerst das Begräbnis versichern ließ („a schöne leich“). Im Bauernstand gab es das Ausgedinge, das eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem alten Bauern und seinem Nachfolger war, die den Lebensabend sichern sollte.

Zur Zeit der Renaissance war es nicht unüblich, da die Zahl der alleinstehenden älteren Frauen in Städten höher als bisher angenommen war, dass, wenn diese nicht wieder heirateten, entweder mit Waisenkindern oder anderen Frauen und Witwen Zweckgemeinschaften bildeten. Der Großteil der Witwer heiratete, wahrscheinlich aus Bequemlichkeit, den Haushalt nicht führen zu müssen, erneut. „Patchwork-Familien“, verursacht durch Krankheiten, Kriege und Unfälle, waren durchaus üblich, auf der anderen Seite gab es wiederum in ländlicheren Gebieten die alten Männer, die als Patriarchen, ein strenges Regiment über das Erbe ihrer Frau und Kinder herrschten.

Im 18. Jahrhundert entstand aus einzelnen Vereinbarungen zur Altersunterstützung durch den Staat, zuerst nur für Beamten, das erste „moderne“ staatliche Rentensystem, das im 19. Jahrhundert auf die gesamte Bevölkerung umgelegt wurde, wodurch das Thema der Altersvorsorge ein Thema der Gesellschaft wurde. In Deutschland entstanden unter Kaiser Wilhelm I. und Otto von Bismarck in der ersten Industrialisierungsphase die ersten Sozialgesetze (1883: Krankenversicherung, 1884: Unfallversicherung, 1889: Gesetz zur Invaliditäts- und Alterssicherung)¹⁵.

Bis 1960 wurden in allen entwickelten europäischen Ländern staatliche Betriebsrenten für Menschen (meist) zwischen 60 und 65 Jahren eingeführt bzw. ausgedehnt. Ende der 1990er gingen beinahe ein Drittel aller westeuropäischer Arbeitnehmer mit sechzig Jahren in Pension und hatten ausreichend Rente um sich Freizeit, Reisen und Konsum leisten zu können (sogenannte WOOPIES¹⁶).

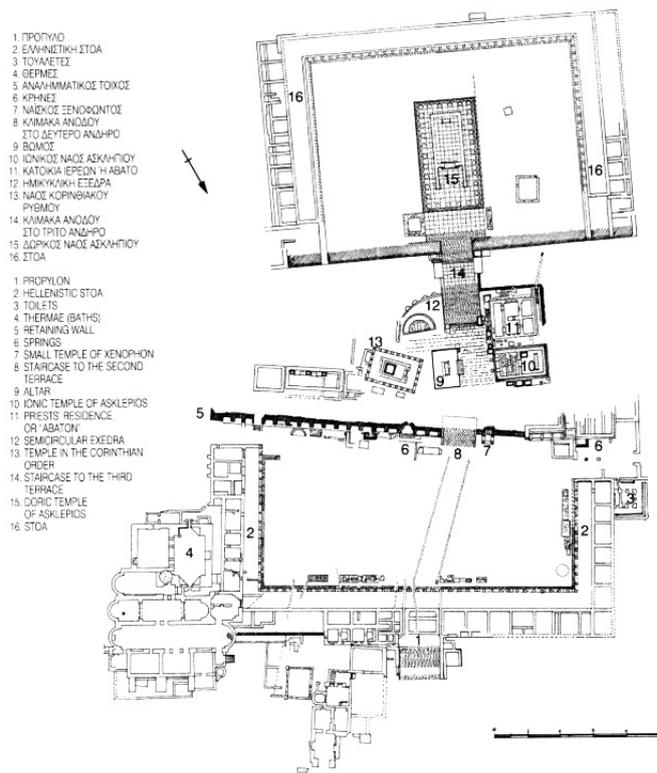
anmerkungen

- 1** Peter Laslett: Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns. Juventa, 1995
- 2** Ursula Lehr: Psychologie des Alterns. Heidelberg: Quelle und Meyer, 1991, 7. Aufl. / erg. und bearb. von Hans Thomae
- 3** Gerald Gatterer, Antonia Croy: Geistig fit ins Alter 1. Wien: Springer Verlag, 2004
- 4** WHO (Weltgesundheitsorganisation)
- 5** Steirische Statistiken, Heft 6/2009. Natürliche Bevölkerungsbewegung 2008. Eigentümer, Herausgeber, Verleger: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 1C – Landesstatistik
- 6** Helmut Konrad: Der alte Mensch in der Geschichte. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik, 1982. S. 13
- 7** Tim Parkin, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 43
- 8** Tim Parkin, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 53
- 9** Tim Parkin, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 45
- 10** Tim Parkin, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 44
- 11** Shulamith Shahar, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 90
- 12** Shulamith Shahar, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 93
- 13** Thomas A. Cole u. Claudia Edwards, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 259
- 14** Shulamith Shahar, in: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. S. 110
- 15** <http://www.nilsbandelow.de/wo03th02.PDF>
- 16** Woopies: well-off-older-persons: wohlhabende ältere Menschen

abbildungen

- s 8** <http://prachtkerle.twoday.net/topics/Prachtkerle/>
- S 9** <http://lebensmut.files.wordpress.com/2009/08/alt-und-weise.jpg>
- S 12** Westfälisches Landesmuseum für Kunst und Kunstgeschichte, Münster
- S 13** Westfälisches Landesmuseum für Kunst und Kunstgeschichte, Münster
- S 14** <http://commons.wikimedia.org/wiki/Image:BlankMap-World-v7.png>
- S 18** <http://macedonianissues.blogspot.com/2010/06/macedonian-names-and-make-donski-pseudo.html>
- S 19** Basel, Antikenmuseum und Sammlung Ludwig; römische Kopie nach Vorbild von 460/50 v.Chr.. Foto: LMB, <http://www.lvr.de/presse/archiv.asp?NNr=4335>
- S 20** oben: British Museum, London
- S 20** unten: Buntglasfenster von Pieter Aertsen, aus dem 15. Jht., Museum der Künste, Budapest. Foto Dénes Josza
- S 23** Fotografie, Mitte 19. Jahrhundert, Sammlung Kobel, San Francisco
- S 24** links: Böhmisches Miniatur von 1411, National Library, Prag
- S 24** rechts: Paul Steinberg, „Ohne Titel“, 1954, veröffentlicht in: Steinberg THE PASSPORT, Hamish Hamilton, London 1974, Tinte und Graphit auf Papier, © 2005. The Saul Steinberg Foundation/ARS NY und DACS London

**wohnen
im alter**

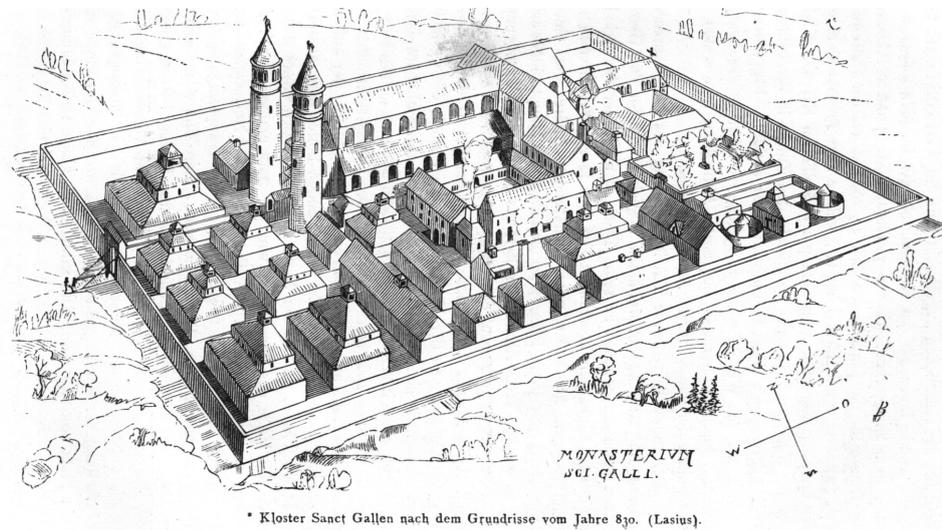


Das Asklepieion auf Kos

2.1 das altersheim

im wandel der zeit

Die Geschichte des Altersheims ist bis ins 19. Jahrhundert eng mit der Geschichte des Krankenhauses verbunden, da es keine Differenzierung zwischen Alten, Armen, und Kranken gab. Daran lässt sich auch erkennen, dass der Bautypus des Altersheims aus den Anlagen der Klöster und Stifte entstand. Gräber umrissen zählen Gefängnisse und Irrenanstalten ebenfalls dazu. Aus diesem Grund gibt es auch heute oft noch Assoziationen mit Altersheimen wie „Lebensendabschnittssammelunterkunft mit Gemeinschaftsverpflegung und unentrinnbarem seelsorgerischem Service“¹ und die katastrophalen Zustände der Armenhäuser des 19. Jahrhunderts sind bis heute in der Erinnerung der Bevölkerung erhalten geblieben.



Das Kloster von St. Gallen, um 830

In der Antike findet man bereits erste Vorläufer von Krankenhäusern: das Asklepieion² auf Kos, das Jatreion im 5. Jahrhundert v. Chr., eine Krankenanstalt, welche mit der Wohnung eines Arztes verbunden war und von Hippokrates selbst empfohlen wurde und das Valetudinarium³. Grundsätzlich wurden die Alten, die nicht mehr arbeiten konnten, jedoch von Frauen und Dienern zu Hause gepflegt.

Im Mittelalter sorgten drei unterschiedliche Ordensgemeinschaften für die Pflege kranker, armer und alter Menschen: geistliche Orden (z.B.: Benediktiner, Augustiner), Ritterorden (zur Zeit der Kreuzzüge, 1096 - 1270, z.B.: Malteserorden, Templer) und bürgerliche Pflegeorden (Franziskaner, Dominikaner).

Zunächst war Benedikt von Nursia (~480) mit seinem Orden von besonderer Bedeutung, da sie darauf Wert legten, in jedem Kloster eigene Räume für Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung zu stellen und ist somit der Begründer der organisierten klösterlichen Pflege. Mit der Zeit entstanden drei Pflegeeinrichtungen: anfangs die Diakonie (christlich karitative Einrichtungen und Aufgaben), aus der sich später die Xenodochien entwickelten und schließlich das Hospital, das eigentliche Krankenhaus entstand.

Die ersten Xenodochien⁴ entstanden bereits im 3. Jahrhundert n. Chr. - ursprünglich Fremdenheime für Pilger und Reisende, die auch Kranke, Pilger, Alte, Waisen und Findelkinder aufnahmen, kamen jedoch erst im 12. Jahrhundert als „Gutleut-häuser“ und „Siechenhäuser“ ins Kaiserreich. Es handelte sich um mehrere Abteilungen in Häusern, die an Straßen um eine Kirche angeordnet waren.

Im 9. Jahrhundert n. Chr. überantwortete das Aachener Konzil die Krankenpflege den Nonnen und Mönchen und durch einen Beschluss sollte jeder Bischof bei seinem Amtssitz ein Spital und jedes Kloster, neben dem Infirmarium (Krankenstation für Ordensbrüder) ein Hospitale pauperum (Herberge für Arme und Pflegestätte für Fremde) erhalten.



Benedikt von Nursia (* um 480 in Nursia; † 21. März 547)



Die Klosteranlage Montecassino in Cassino (Italien), gegründet 529 von Benedikt von Nursia



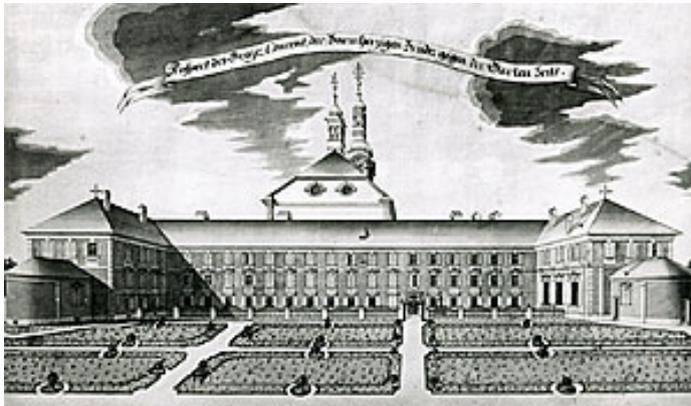
Mittelalterliches Hospital

Die Hospitäler befanden sich außerhalb der Stadtmauern, um einerseits die Übertragung von Krankheiten zu verhindern und andererseits auch in der Nacht Bedürftige aufnehmen zu können, zudem lagen sie meist an einem Fluss, zwecks Reinlichkeit und Abort. Das Krankenhaus wurde in mehrere Gebäudebereiche aufgesplittet und in späterer Zeit wurde auf die Klosterkirche verzichtet. Der Krankenpavillon bestand aus einem großen, hellen, kirchenschiffsähnlichen Saal mit Gewölbe und Steinfußboden, mit guter Belüftung. Anfangs waren lediglich 10 bis 20, maximal 25 Kranke, Arme und Alte untergebracht. Gegen Ende des Mittelalters beliefen sich die Zahlen häufig auch auf mehr als 200 Personen in der in Zellen eingeteilten Halle, in deren Mitte sich ein Altar befand, sodass alle dem Gottesdienst beiwohnen konnten. Die Heilung beschränkte sich auf Ruhe durch Schlaf, Pflege durch Waschen und Baden und angemessene Ernährung. Den Unterhalt mussten die Städte übernehmen, manchmal traten auch Stiftungen reicher Bürger dafür ein und gaben z.B. für Brot, Wein oder Brennstoff.

Im 13. Jahrhundert war vor allem der Orden vom Heiligen Geist tätig, der, basierend auf die Xenodochien, die heute noch, die u.a. in Wien und Graz bekannten, Heiligengeist-spitäler gründete. Neben alten Menschen wurden dort Kranke und auch Geisteskranke aufgenommen.

Einige Hospitäler kamen in die Hände des erstarkten Bürgertums und wurden meist durch Stiftungen finanziert. Dadurch entwickelten sich die bisherigen Krankenhäuser immer mehr zu Alterspflegeheimen und alte BürgerInnen konnten sich als Pfründner in Hospitäler „einkaufen“, um ihren Lebensabend dort verbringen zu können. Dies konnte eventuell auch für Hausangestellte betrieben werden, denn nicht jeder arme Alte fand eine kostenlose Annahme im Hospital. In Bürgerspitälern wurden nur Bürger des betreffenden Gemeinwesens aufgenommen, Klosterspitäler hingegen standen allen offen, Bürger ohne Bürgerrecht mussten in „Siechenheime“ gehen. „Hospitäler“ waren Einrichtungen für arbeitsunfähige und alte Untertanen von Grundherren und Waisen Kinder.

Der Dreißigjährige Krieg (1618 bis 1648) änderte die Gesinnung der Pflegeeinrichtungen: strenge Hausordnung und Disziplin herrschten ab nun in Hospitälern. Die Unterbringung und Versorgung erfolgten meist auf einfachste, primitivste Art, dafür wurde ein Maximum an Arbeit verlangt und es gab keine persönliche Freiheit.



Gartenfront des Grazer Heilig-Geist-Spitals, um 1790

Im 16. und 17. Jahrhundert gingen die Hospitäler allmählich in Laienhände über und es wurden neue PflegerInnengemeinschaften gegründet. Der Typus des Hospitals änderte sich zuerst zum Hofbau (ein Hof, der von Krankenräumen umschlossen wird) und schließlich zum Kreuzbau (mit Altar und Kuppel an den sich überschneidenden, zweigeschoßigen Hallen).

Auch die Kapazitäten der Hospitäler nahmen weiter zu. Im 15. und 16. Jahrhundert waren noch 300 bis 500 Patienten untergebracht und im 17. und 18. Jahrhundert stockte man zu Massenquartieren mit 1000 bis 2000 Betten auf.

Anfang des 18. Jahrhunderts wurden Krankenhäuser als Dreiflügelanlagen errichtet, wobei diese in katholischen Gebieten schlossähnlich und in protestantischen Gegenden kasernenartig waren. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts entstand das erste österreichische Krankenhaus in Wien, das die unterschiedlichen Kranken in verschiedenen Pavillons und in eigenen Betten der Krankenhausanlage unterbringen wollte, die Mischnutzung blieb jedoch bis Mitte des 19. Jahrhunderts erhalten.

Im 19. Jahrhundert wurden aufgrund neuer Gesetze Armenhäuser errichtet, die bedürftige und arme alte Menschen aufnehmen sollten, allerdings standen diese unter einem strengen Regiment und Frauen und Männer wurden getrennt untergebracht.

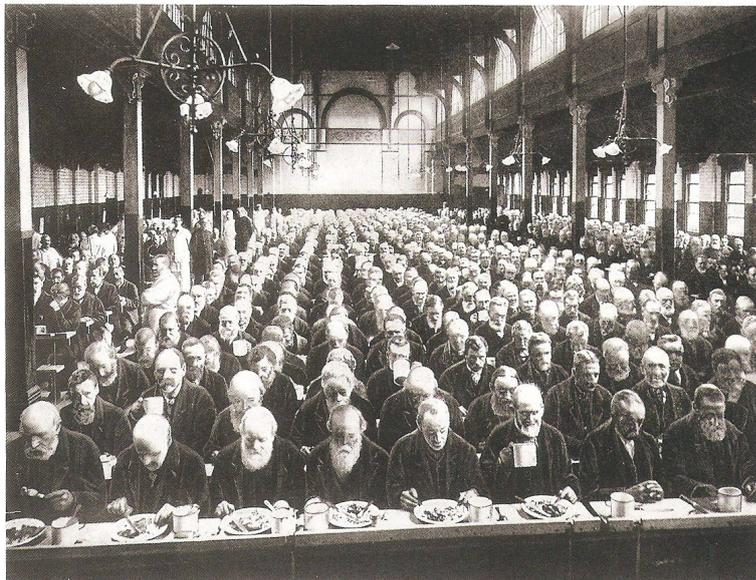
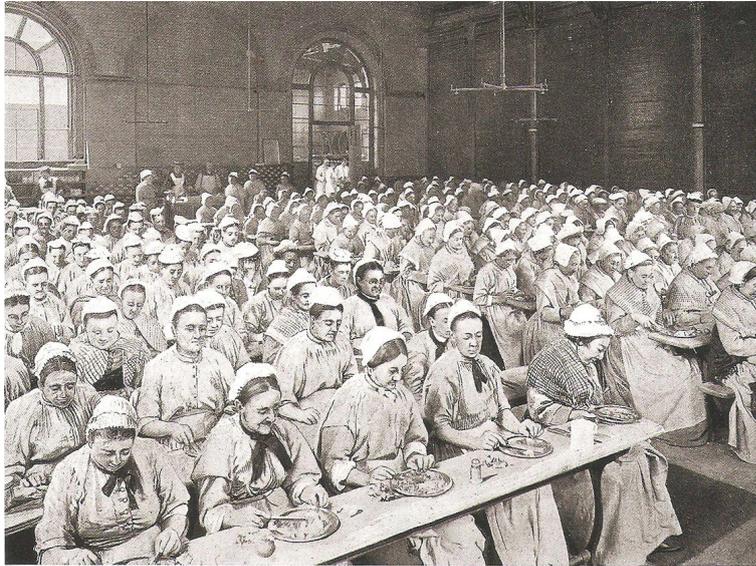
Nach dem ersten Weltkrieg stieg die Zahl bedürftiger alter Menschen an und der Bau neuer Heime wurde erforderlich. In den 20er Jahren des 19. Jahrhunderts entstanden durch die Gartenstadtbewegung und das Bauhaus die ersten wirklichen Altenwohnungen von Mart Stam, Moser und Kramer. Die Anlage in Frankfurt hatte 100 kleinere Wohnungen, deren Zimmer hell und sonnig waren und Zugang nach draußen hatten. Bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts gab es Großeinrichtungen mit 800 Betten in Schlaflsälen, allerdings mit differenzierten Personenkreisen. Das Leitbild glich einer Verwahranstalt mit einer hohen Belegungsdichte, räumlicher Enge und minimaler technischer Ausstattung. Zu dieser Zeit gab es die ersten Einrichtungen, die sich ausschließlich auf die Pflege von alten Menschen konzentrierten.



Bürgerhospital St. Blasius, 1327, Salzburg, Loggien vor ehemaligen Pfründnerzellen



Die Altenwohnungen in der Hellerhofsiedlung in Frankfurt /Main



Fotoaufnahmen von den Londoner Armenhäusern St. Pancras (1895) und Marleybone (1900)

2.2 vier generationen

des stationären altersheims

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) bezeichnete die unterschiedlichen Stufen in der Entwicklung der verschiedenen Altersheime als Generationen und war maßgeblich an deren Entstehung beteiligt.



Bettensaal in einem Altersheim 1. Generation, Deutschland um 1960

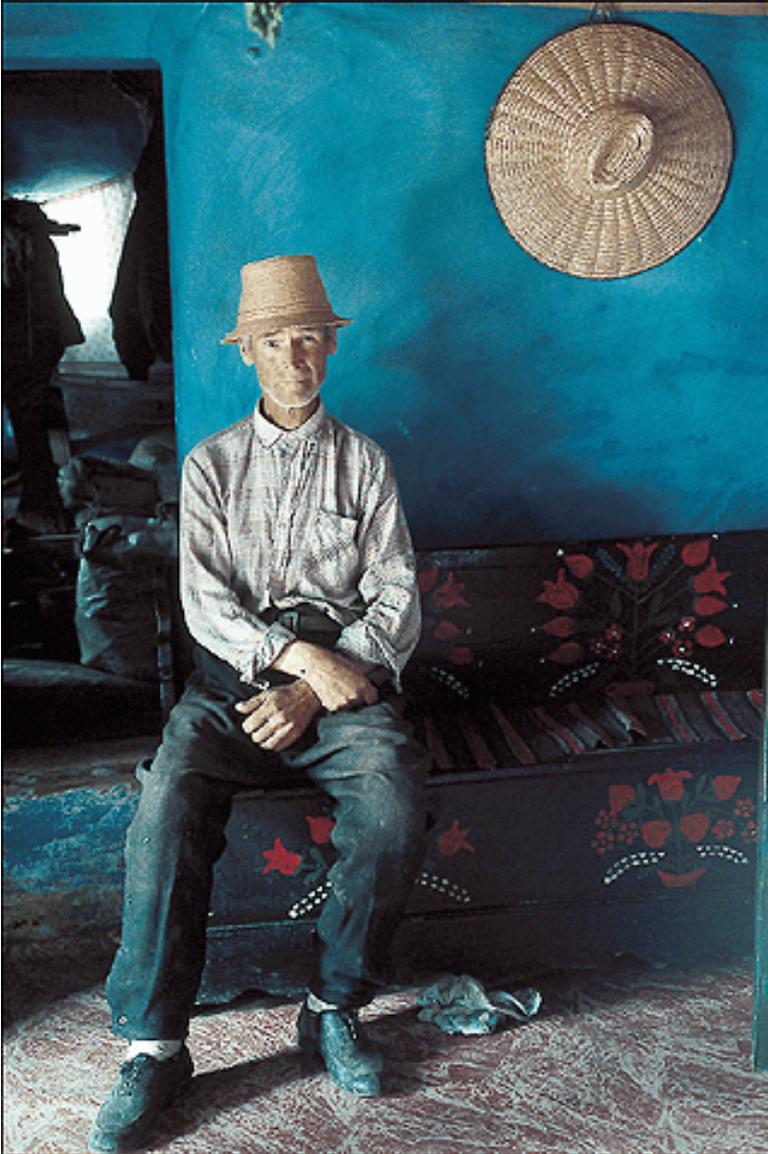
Die so genannte 1. Generation der stationären Altersheime entstand zwischen 1940 und 1960. Es waren Anstalten, in denen pflegebedürftige „Insassen“ in Zwei- und Dreibettzimmern „verwahrt“ wurden.

In den 60er und 70er Jahren entstand die 2. Generation mit dem Vorbild Krankenhaus, in dem der pflegebedürftige „Patient“ „behandelt“ wird. In den Pflegeheimen wurden Pflegeabläufe optimiert⁵, die Betonung der Einrichtung lag auf der technischen Ausstattung und die Heime hatten die krankenhaustypische räumliche Organisation.

Die 3. Generation waren in den 80er und 90er Jahren die Wohnheime, in welchen die pflegebedürftigen „Bewohner“ „aktiviert“ wurden. Dabei wurde versucht, die Pflegeerfordernisse mit den Wohnbedürfnissen zu vereinen, d.h. die Technik wurde diskreter gestaltet und das Wohnumfeld wohnlicher gestaltet. Selbstständigkeit, Individualität, Privatheit und Kommunikation wurden gefördert. Daneben gab es Parallelentwicklungen: Betreutes Wohnen, Ambulante Pflege, Teilstationäre Pflege (Kurzzeitpflege, Tagespflege).

Seit Mitte der 90er Jahre gibt es nun die 4. Generation: Die Hausgemeinschaften und familiären Wohngruppen. Sie sollen Normalität, Individualität, Vertrautheit und Geborgenheit vermitteln, dabei steht der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Vordergrund. Die Architektur soll wohnlich und überschaubar für 8 bis 10 Bewohner je Wohngemeinschaft konzipiert sein. Zentrale Versorgungssysteme sollen möglichst abgebaut und quartierbezogene Wohnangebote forciert werden.





2.3 neue wohnformen

für ältere Menschen

Neben dem traditionellen Altersheim, den stationären Pflegeheimen, sind in den letzten zehn Jahren zahlreiche alternative Einrichtungen und Angebote entstanden, um einerseits der steigenden Nachfrage nachzukommen und andererseits um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Lebensweisen älterer Menschen gerecht zu werden.

Mit der erhöhten Lebenserwartung, ist auch das Risiko, mit zunehmendem Alter pflegebedürftig zu werden, angestiegen und die Langzeitpflege, besonders der über Achtzig-Jährigen, wurde somit erst in der Neuzeit ein wichtiges Thema. Innovative Wohnformen sollen sich älteren Menschen anpassen, um ihnen möglichst lange Selbstständigkeit zu ermöglichen und Hilfestellungen nur dort geben, wo sie nötig sind.

Barrierefreie Wohnungen sind neu gebaute Wohnungen, in denen ältere Menschen und Menschen mit Handicap ohne Hindernisse eigenständig leben können.

Angepasste Wohnungen sind bestehende Wohnungen, die den Bedürfnissen älterer Bewohner angepasst werden. Bei der Strukturellen Anpassung werden die Wohnungen einer gesamten Wohnanlage angepasst.

Betreutes Wohnen oder Service Wohnen sind betreute Wohneinrichtungen mit unterschiedlicher Betreuung bzw. Pflege kombiniert. Ältere Menschen wohnen selbstbestimmt als Mieter oder Eigentümer in altengerecht ausgestatteten Wohnanlagen mit variierendem Pflegeservice je nach Bedarf (externe Dienstleistungen, hauseigenes Personal, integrierter stationärer Pflegebereich, Kooperation einer Pflegeeinrichtung).

Betreutes Wohnen zu Hause, Wohnen plus oder Betreutes Wohnen im Bestand ist das Verbleiben im eigenen Zuhause mit Abschluss eines Betreuungsvertrages mit einem Dienstleister (ambulanter Dienst, Sozialstation oder Betreuungsverein).

Betreute Wohngemeinschaften, Pflegewohngruppen, Pflegewohnungen oder begleitete Wohngruppen sind kleine Gruppen pflege- bzw. hilfsbedürftiger alter Menschen in einer Wohnung oder einem Haus mit eigenem Wohn-/ Schlafbereich. Die Betreuung findet stundenweise oder rund um die Uhr durch Betreuungspersonal statt.

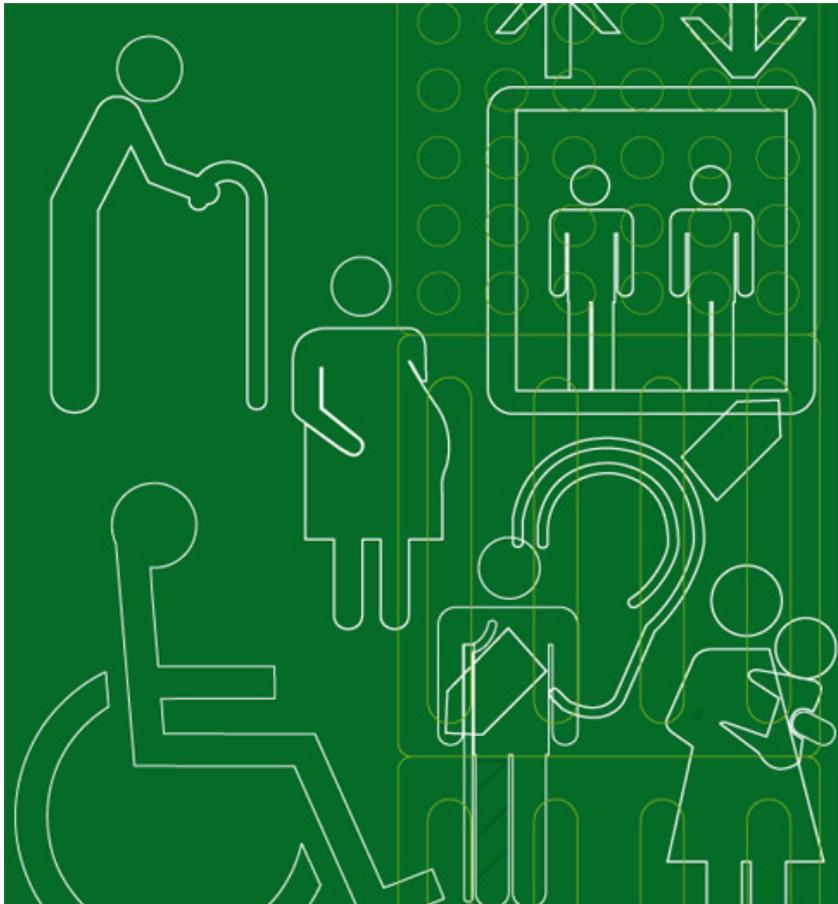
Wohnstifte oder Seniorenresidenzen sind gehobene, hotelähnliche Wohnanlagen mit Apartments oder kleinen Wohnungen mit ambulanter Pflege, teils abgetrennten stationären Pflegeeinrichtungen und großzügigen Gemeinschaftseinrichtungen, Freizeit- und gesellschaftlichen Veranstaltungen (Bibliotheken, Schwimmbäder, Lesungen, Kurse, Reisen). Neben Betreuungsleistungen werden weitere Dienstleistungen – wie z. B. die Versorgung mit Mahlzeiten oder Reinigung der Wohnung vorausgesetzt.

Wohn-, Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften sind professionell betriebene Wohnprojekte mit gemeinschaftlicher Orientierung. Wohngemeinschaften sind für ältere, körperlich oder psychisch stark beeinträchtigte Menschen, die sich gemeinsam eine Wohnung teilen. Ältere Menschen in Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften leben in ihrer eigenen Wohnung in der Nähe zu anderen.

Integriertes Wohnen oder Mehrgenerationenwohnen sind meist größere Wohnkomplexe, in denen verschiedene Bewohnergruppen nebeneinander mit Nachbarschaftsentwicklung und Austausch gegenseitiger Unterstützungsmaßnahmen wohnen. Es gibt Gemeinschaftsräume und unterstützendes Fachpersonal.

Familien- und altengerechte Stadtquartiere sind zum Beispiel Wohnpflegezonen oder Wohnservicesiedlungen in den Niederlanden - Quartiere mit optimalen Konditionen für Wohnen mit Pflege

Im Altendorf werden auf einem eigenen Gebiet altersgerechte Wohnmöglichkeiten nur für ältere Menschen geschaffen. Ein Betreuungs- und Freizeitangebot ist im Wohnbereich verfügbar, so dass kein Umzug bei Pflegebedürftigkeit erforderlich ist (siehe „sun cities“ bzw. „sunbelts“)



2.4 **barrierefreies wohnen | universal design**

Es gibt heute Möglichkeiten bis ins hohe Alter selbstständig im gewohnten Wohnumfeld zu bleiben. Aber auch dort, wo insbesondere ältere Menschen, außerhalb ihres Heims wohnen und gepflegt werden, sind eine einfache und sichere Nutzung Voraussetzung für Komfort und Wohnqualität.



Barrierefreies Wohnen bezeichnet die uneingeschränkte Benutzung bzw. Zugänglichkeit von Einrichtungen, Gegenständen und Medien durch Menschen unabhängig von ihrer körperlichen Fähigkeit bzw. Behinderung. Barrierefreiheit betrifft allerdings einen viel weiteren und größeren Personenkreis, als meist angenommen: Eltern mit Kinderwagen, Lastentragende Personen und Kinder ziehen großen Nutzen aus schwellenloser Gestaltung die hilft, Unfälle zu reduzieren und für alle Menschen komfortabel und sicher ist.

In Österreich sind die Bundesverfassung⁶, das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz⁷, das Bundesvergabegesetz⁸, der Arbeitnehmerschutz und die harmonisierten Bauvorschriften⁹ zuständig für die gesetzlichen Bestimmungen der Barrierefreiheit. Außerdem gibt es zahlreiche Richtlinien der EU, die den Zugang und die Gleichberechtigung behinderter Menschen fördern¹⁰. In der Europaratresolution 2001 wurde gefordert, dass alle Bereiche des Planens und Bauens im „Universal Design“ ausgebildet werden soll, da es eine Schlüsselrolle in der Forcierung der Menschenrechte spielt, allerdings hinkt Österreich in der Ausbildung bzw. in der Bewusstseinsbildung deutlich nach.

In Österreich fungiert das „Design for All - Konzept“ – das sich für ganzheitliches Denken in Gestaltungsprozessen, Diversität, „inklusives Design“, „schöne UND funktionale Lebensräume für alle Menschen“ einsetzt. Wichtige Punkte dabei sind Komfort, Flexibilität, Ökonomie und Ökologie. Ausgangspunkt für „Design for All“ ist das „Universal Design“.

Die Vorteile des barrierefreien Bauens liegen in der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit aller Menschen, allerdings gibt es noch viele Vorurteile bezüglich der formalen Gestaltung und der anfallenden Kosten behindertengerechten Bauens. Die Anliegen des Universal Design bzw. design for all sind neben der Funktionalität auch schönes Design. Das Einhalten der Grundprinzipien hebt die Baukosten, im Gegensatz zu einer späteren Adaptierung, nur um einen geringen Bruchteil.



Universal Design ist „das Entwerfen von Produkten, Informationsformen, Umgebungen und Systemen, die möglichst von allen Menschen, unabhängig vom Alter oder einer Behinderung, genutzt werden können.“ (10) Es ist ein barrierefreies Wohnkonzept, das den verschiedensten Bewohnergruppen Sicherheit, Wohnkomfort und Gesundheitspflege bietet, beachtet die UNO – Grundsätze für ältere Menschen und ist auf den Werten Chancengleichheit, Nicht-Diskriminierung und Integration begründet. Das Universal Design, der Name sagt es bereits, soll sich „in die gebaute Alltagswelt aller einfügen“, ohne den Anspruch zu erheben, „jedem in jeder Lebenslage gerecht zu werden“¹¹. Die sieben Prinzipien wurden 1997 vom Center for Universal Design an der North Carolina State University, einer Arbeitsgruppe von Architekten, Produktdesignern, Ingenieuren, Landschaftsplanern und Forschern formuliert:

1. Breite Nutzbarkeit - für Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten nutzbar und marktfähig (identische oder gleichwertige Möglichkeiten, keine Stigmatisierung, Privatsphäre, Sicherheit und sichere Nutzung) (z.B.: stufenlose Eingänge)
2. Flexibilität in der Benutzung - breite Palette von individuellen Vorlieben und Möglichkeiten (Wahlmöglichkeiten, Rechts- und Linkshänder, anpassbare Präzision und Geschwindigkeit) (z.B.: unterschiedliche Arbeitshöhen)
3. Einfache und intuitive Benutzung - die Benutzung ist leicht verständlich, unabhängig von der Erfahrung, dem Wissen, den Sprachfähigkeiten oder der momentanen Konzentration des Nutzers (z.B.: Lichtschalter, Wasserhähne)
4. Sensorisch wahrnehmbare Informationen - notwendige Informationen effektiv zur Verfügung stellen, unabhängig von der Umgebungssituation oder der sensorischen Fähigkeiten der Benutzer (z.B.: durch technische Einrichtungen)
5. Fehlertoleranz – Minimierung von Risiken und negativen Konsequenzen von zufälligen oder unbeabsichtigten Aktionen
6. Niedriger körperlicher Aufwand - effiziente und komfortable Nutzung mit einem Minimum von Ermüdung (z.B.: Wohnfläche auf Eingangsniveau)
7. Größe und Platz für Zugang und Benutzung - Angemessene Größe und Platz für den Zugang, die Erreichbarkeit, die Manipulation und die Benutzung unabhängig von der Größe des Benutzers, seiner Haltung oder Beweglichkeit (z.B.: Türen, Gänge, Schränke)



2.5 zukünftige wohnszenarien

für ältere menschen

In der Zukunft wird der Wunsch der älteren Menschen nach einer Umgebung, in der man selbstständig und eigenverantwortlich über sein Leben bestimmen kann, noch mehr an Bedeutung gewinnen.



Verantwortlich dafür können neue Technologien sein, wie das so genannte „Intelligente Wohnen“ („Smart Houses“, „Voice Buttler“, „Home Systeme“), das durch Vernetzung von Haustechnik, elektronischen Haushaltsgeräten und Multimedia-Geräten versucht „körperliche Defizite auf das Angenehmste auszugleichen.“

Das System reagiert auf Sprache, Gesten und Berührung - so wird, zum Beispiel, sobald man sich in der Nacht im Bett erhebt, ein Signal übermittelt, das ein sanftes Licht einschaltet, um den Weg zur Toilette finden zu können. Bei Bettlägerigkeit würden, um Wundliegen zu verhindern, Gewicht, Lage und Durchblutungsfrequenz übertragen werden und somit Impulse übermittelt werden.

Die „Gesundheits- oder Online-toilette“ kontrolliert automatisch den Blutdruck, wertet die Ausscheidungen aus, erstellt somit einen Ernährungsplan und schlägt die Medikamentendosierung vor. Bereits heute werden Harnproben und Fettwerte per e-mail an das Labor des Hausarztes gesendet.

Per Knopfdruck oder Zuruf öffnen sich Jalousien, Türen oder Fenster, regelt sich die Raumtemperatur, wird das Katzenklo gereinigt und die Blumen gegossen.

Das System informiert auch, ob versehentlich eine Seidenbluse in die Kochwäsche der Waschmaschine geraten ist. Über einen Bildschirm, an dem sich die Schrift variabel einstellen lässt, kann man die Tagesnachrichten oder sein bestelltes elektronische Buch ohne Brille lesen, auf dem virtuellen elektronischen Markt einkaufen gehen, die Lieblingsesspeise bestellen oder sich mit FreundInnen unterhalten und verabreden.

Asien hat den Markt von Robotern, die Alltag und Pflege erleichtern, bereits seit einiger Zeit erkannt. Das japanische Forschungsinstitut Riken hat 2005 einen humanoiden Roboter entwickelt, der in der Altenpflege eingesetzt wird. RI-MAN kann Personen aufheben und herumzutragen, sehen, hören und zwischen acht unterschiedlichen Gerüchen unterscheiden.¹² Toyota brachte 2007 den robotischen Rollstuhl Mobiro für den Personentransport heraus.¹³ Weiters wird im fernen Osten seit einigen Jahren eine robotische Robbe namens Paro in der Therapie für demenzkranke Menschen eingesetzt.¹⁴

In Neuseeland ist 2009 ein Feldversuch mit Pflegerobotern in der Seniorensiedlung Selwyn Retirement Village im Aucklander Vorort Point Chevalier in Kooperation mit der Universität von Auckland angefallen. Die Testroboter wurden von den Bewohnern und Pflegern entworfen und sollen einerseits bei beschwerlichen Aufgaben helfen, eine soziale Komponente darstellen und zudem die Lebensdaten überwachen.¹⁵





2.6 demenzfreundliche architektur

Die Demenz¹⁶ ist eine Erkrankung, die üblicherweise im höheren Alter auftritt und das Risiko, an Demenz zu erkranken, steigt mit dem Alter an. Dabei kommt es zu einem Abbau kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten. Anfangs sind vor allem das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache, die Motorik, die Orientierung und manchmal auch die Persönlichkeit betroffen, später aber auch das Langzeitgedächtnis. Es gibt mehrere Formen von Demenz, wobei die Alzheimer-Krankheit die am häufigsten auftretende Form ist. 60-80% der Demenz-Erkrankten sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen, gefolgt von der vaskulären Demenz (15-20%) und der Demenz mit Lewy-Bodies (7-20%). Es gibt noch andere Demenzformen, die jedoch selten sind (unter 10%) und häufig treten Mischformen auf. Nur 10% aller Demenzen sind reversibel.

Die Ursache für eine Demenz liegt bei einer organischen Hirnschädigung, wobei bis dato noch nicht alle genauen Ursachen geklärt sind, dennoch können die Symptome, durch eine medikamentöse Therapie, abgeschwächt werden. DemenzpatientInnen verlieren im Krankheitsverlauf ihre Unabhängigkeit und bedürfen permanenter Außenhilfe, wobei in Österreich über 80% der PatientInnen von ihren Angehörigen betreut werden.

In Österreich leben zurzeit ungefähr 100.000 Menschen mit demenziellen Erkrankungen, es wird jedoch erwartet, dass sich die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird. Die Wahrscheinlichkeit im Alter ab 65 Jahren an einer Demenz zu erkranken beträgt, auf Grund der höheren Lebenserwartung, für Männer 16 Prozent, für Frauen 34,5 Prozent. So sind zwischen 3 und 11 Prozent der über 65-Jährigen betroffen, jedoch bereits 25 bis 47 Prozent der über 85-Jährigen.

Demenzerkrankungen sind die Hauptursache für dauerhafte Pflegebedürftigkeit und Bedarf von stationärer Langzeitpflege im Alter. Trotz der zahlreichen Personen, die ihre erkrankten Angehörigen pflegen, sind Einrichtungen für die Langzeit-, aber auch für die Kurzzeitpflege (Tagesstätten) unumgänglich, da oft keine Angehörigen zur Verfügung stehen oder mit der Pflege überfordert sind.

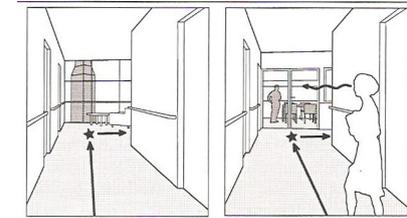
Es besteht die Möglichkeit in der baulichen Umgebung die Aufrechterhaltung der Gedächtnisfunktionen durch eine ablesbare Architektur zu unterstützen und dadurch demenzielle Erkrankungen hinauszuzögern. Demenzfreundliche Alters- und Pflegewohnheime sind daher für alle seine Bewohner von Vorteil und beeinflussen ihr Wohlbefinden und Verhalten positiv. Das Ziel ist eine selbstständige und zielgerichtete Bewegung innerhalb der Einrichtung zu ermöglichen.

Die ökologische Psychologie besagt, dass Demenzerkrankte ihre Umgebung anders wahrnehmen als gesunde ältere Menschen und dadurch besonders von ihr abhängig sind. Außerdem ist die Reizverarbeitung bei Demenzerkrankten Menschen verringert und somit die Stressschwelle ebenfalls niedriger, was bei längeren akustischen (z.B.: Radio, Fernseher) und visuellen (z.B.: starke Farbkontraste, Spiegel) Reizquellen zu ständiger Unruhe oder Aggressivität führen kann. Das Ziel ist eine stressfreie, regulierbare Umgebung mit sensorischen Anregungen zu schaffen. Voraussetzung dafür ist eine „einfache, übersichtliche Gebäudestruktur mit einer logischen Raumsyntax“.¹⁷

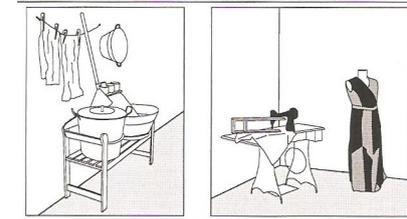
Eine ablesbare Umgebung bedeutet, dass Raumabfolgen und –proportionen, Farben, Möblierung, Geräusche, Gerüche und Oberflächen die Funktion und Nutzung eines Raumes erkennen lassen. Zu einer zielgerichteten Bewegung tragen definierte Wege, räumliche Grenzen, differenzierbare Bereiche und einprägsame Merkmale bei. Die Orientierung wird zusätzlich durch Blickbeziehungen nach Außen gefördert.

Vertrautheit kann durch einen Wohnhauscharakter und eine individuelle Gestaltung mit persönlichen Gegenständen (z.B.: Bilder, Stühle), die Bezug zu ihrer Biografie aufnehmen, geschaffen werden.¹⁸ Außerdem fördert eine nichtinstitutionelle Einrichtung die emotionale Sicherheit der Bewohner.

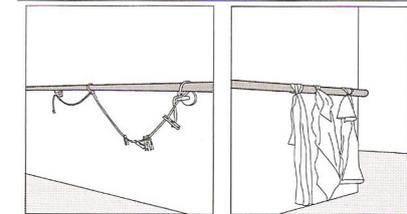
Bei Demenzerkrankten Menschen ändert sich das Sozialverhalten, wobei die Individualität zurücktritt und die Gemeinschaft im Vordergrund steht. Daher ist ein zentraler Ort mit integrierter Küche und ständiger Anwesenheit von Pflegepersonal der wichtigste Aufenthaltsort. Gestaltete kleinere Nischen können als „halböffentliche“ Rückzugsorte dienen. Eine Erhebung von 32 Altenpflegeeinrichtungen hat ergeben, dass die Anzahl der Bewohner in einem Wohnbereich maßgeblichen Einfluss auf die Größe und Überschaubarkeit haben, wobei kleinere Einheiten eine bessere Orientierung ermöglichen und Flure besser für die Erschließung sind als Bereiche, da weniger Entscheidungen zu treffen sind.¹⁹



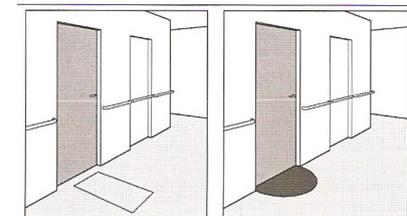
architektonische Orientierungshilfen



Ausstattung als Referenzpunkte



Taktile Orientierungshilfen



Orientierungshilfen und visuelle Barrieren



2.7 pflegeheime

in österreich

2008 gab es in Österreich 64.041 Altenwohn- und Pflegeheime, davon waren 6.931 in der Steiermark. 2009 wurden in der Steiermark rund 10.357 Personen in steirischen Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen betreut und knapp ein Viertel aller Pflegeheime war zur Gänze ausgelastet.

Insgesamt haben im Jahr 2008 durchschnittlich 6 Prozent der Personen über 65 Jahren mobile Pflege- und Betreuungsdienste in Anspruch genommen, wobei die Geschlechterverteilung 69 Prozent Frauen und 31 Prozent Männer betrug. 61 Prozent der betreuten Patienten waren 80 Jahre und älter. Mehr als 80 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Österreich werden zu Hause durch Angehörige gepflegt. Von den 351.057 BundespflegegeldbezieherInnen im Jahr 2007 in Österreich waren 67,55% weiblich und 32,45% männlich. Das durchschnittliche Eintrittsalter ins Pflegeheim beträgt heute durchschnittlich 83 Jahre bei 1,5 Jahren durchschnittlicher Verweildauer.

Bautechnisch relevante Rechtsvorschriften und relevante Normen und Richtlinien für die Steiermark sind:

Steiermärkisches Baugesetz, LGBl. Nr. 59/1995 (Stmk.BauG)

ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994 (ASchG)

Steiermärkisches Pflegeheimgesetz 2003, LGBl. Nr. 77/2003 (StPHG 2003)

Steiermärkische Pflegeheimverordnung, LGBl. Nr. 63/2004 (StPHVO)

ÖNORM B 1600 - Planungsgrundlagen für barrierefreies Bauen

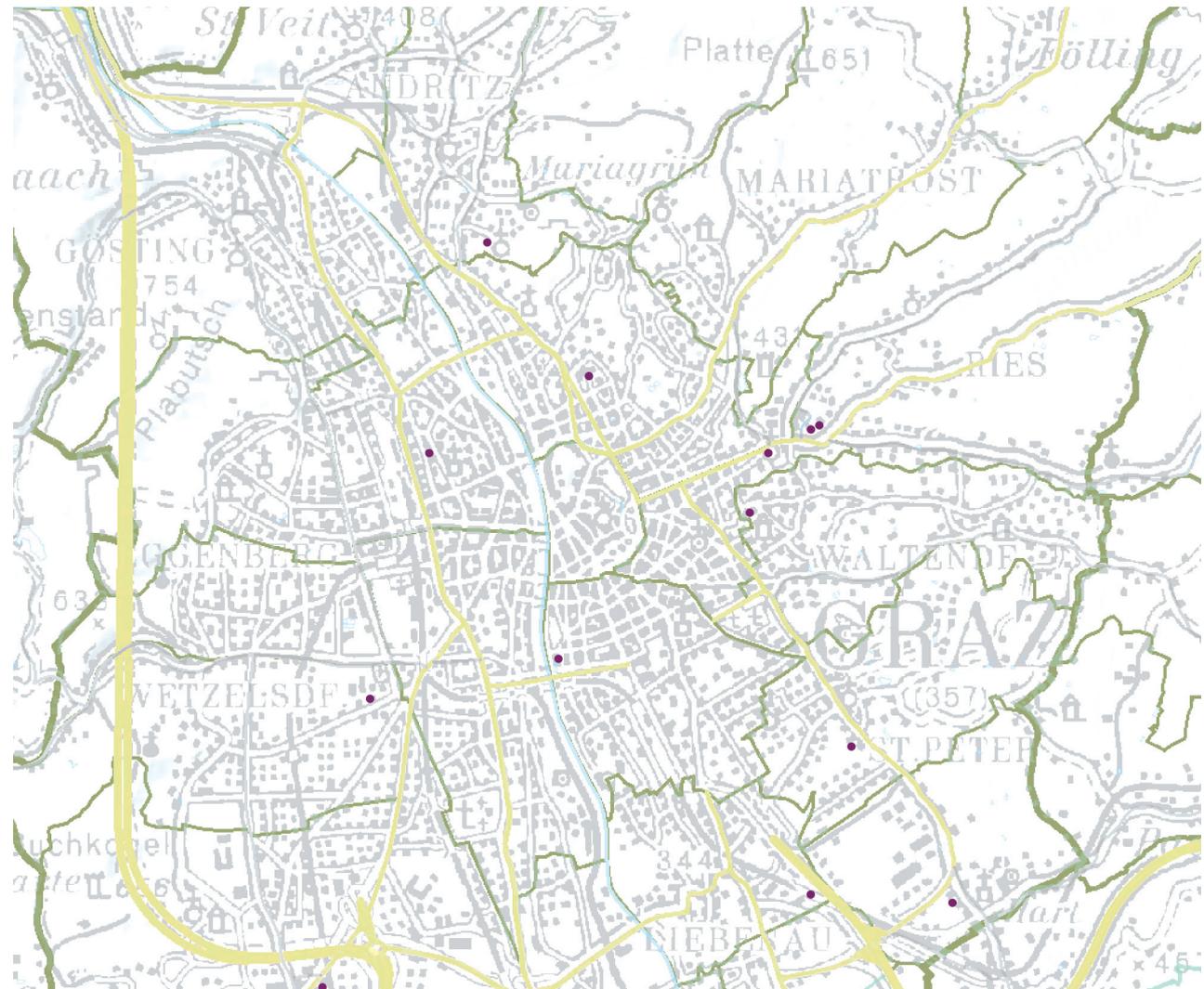
ÖNORM B 1601 - Planungsgrundsätze für spezielle Baulichkeiten für behinderte oder alte Menschen

SID-Mappe - hygienerelevante Fragen vom Amt der Stmk. Landesregierung

TRVB N 132 - bauliche Maßnahmen für Krankenhäuser und Pflegeheime

Laut Steiermärkischem Pflegeheimgesetz 2003 sind Pflegeheime stationäre Einrichtungen, „in denen mehr als vier Personen gepflegt werden“. Zur Sicherung der Pflege, Rehabilitation und sozialer Bedürfnisse der Bewohner müssen Pflegeheime eine zentrale Lage aufweisen, um eine kulturelle und gesellschaftliche Teilnahme am öffentlichen Leben zu ermöglichen. Weitere Anforderungen liegen im baulichen Bereich und betreffen die Barrierefreiheit und den Brandschutz.

In Graz werden zur Zeit pro 1000 Einwohner 86 Betten in Pflegeeinrichtungen zu Verfügung gestellt, benötigt werden allerdings laut Stadt Graz 200 bis 350 Betten. In Graz gibt es insgesamt 13 Seniorenheime, Pflegeheime, Altenheime bzw. Seniorenresidenzen, 5 Einrichtungen die Wohnplätze anbieten und 12 Dienstleistungsanbieter für Wohnplätze mit Pflege. Die meisten Betten werden von privaten, nicht konfessionellen Trägern zur Verfügung gestellt. Dabei fällt auf, dass die meisten davon in der Nähe von Krankenhäusern angesiedelt sind.



anmerkungen

- 1** Friedrich Grimm, S 1 in: Architektur + Wettbewerbe Internationale Vierteljahreszeit-schrift, AW 177 Wohnen im Alter, März 1999, Hg.: Karl H. Krämer, Karl Krämer Verlag GmbH & Co, Stuttgart
- 2** griechisches Heiligtum, in welchem während des Schlafes und mit Traumorakeln geheilt wurde
- 3** römisches Krankenhaus für Legionäre, Sklaven und Diener
- 4** griech.: xenodochia – Gastfreundschaft
- 5** Fäkalienentsorgung
- 6** Antidiskriminierungsparagraf, Artikel 7, Absatz 1, 1997
- 7** BGStG, 2006
- 8** ÖNORMEN B1600, B1601, B1602, B 1603, B1610, B 1613, EN 81-70, V 2102, A 3011 Teil 3, A 3012
- 9** OIB-Richtlinie 4 „Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit“
- 10** z.B.: EU Disability Action Plan 2003-2010, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2008, UN Madrid World Action Plan on Ageing, 2002
- 11** Eckhard Feddersen, Insa Lüdtko: Entwurfsatlas Wohnen im Alter. 2011 Birkhäuser Verlag AG, Basel, Schweiz. S 10
- 12** <http://www.flensburg-online.de/senioren/pflege-roboter.html>
- 13** <http://www.golem.de/0712/56444.html>
- 14** <http://paro.jp/english/index.html>
- 15** <http://www.golem.de/0911/71434.html>
- 16** lat.: „dementia“ - „ohne Geist“, „ohne Verstand“
- 17** Gesine Marquardt: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Hg. Peter Schmiege, Logos Verlag Berlin GmbH 2007, 2009. S 100
- 18** „Things from the past“, Cohen, Weisman
- 19** Gesine Marquardt: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Hg. Peter Schmiege, Logos Verlag Berlin GmbH 2007, 2009

abbildungen

- S 28** links: <http://www.schueller-net.de/Kos/Sehen/Asklepi/Asklepi.shtm>
- S 28** rechts: <http://de.academic.ru/dic.nsf/dewiki/778993>
- S 29** oben: Fresko im Kloster von Subiaco, Umbrien, Italien, ca. 550, Fotograf: Gerd A.T. Müller am 17.08.2002
- S 29** unten: <http://www.ashka.eu/cassino/cassino.html>
- S 30** oben: http://www.kleio.org/de/geschichte/alltag/kap_X4.html
- S 30** unten: http://www.barmherzigebrueder.at/content/site/oesterreich/orden/unse-re_ordensprovinz/geschichte/index.html
- S 31** oben: http://www.salzburg.com/wiki/index.php/B%C3%BCrgerspital_St._Blasi-us
- S 31** unten: Deutsches Bundesarchiv, B 145 Bild-F008589-0006
- S 32** links: Mary Evans Picture Library
- S 32** rechts: KDA
- S 33** oben: <http://www.der-demenzgarten.de/joomla/index.php>
- S 33** unten: <http://www.voagno.org/Services/ElderlyServices/ElderlyProtectiveServices/tabid/2361/Default.aspx>
- S 34** <http://s-versicherung.at/sPortal>
- S 36** http://www.archsd.gov.hk/english/knowledge_sharing/ua/02.html

- S 37** http://www.wissenschaft-online.de/sixcms/detail.php?id=903529&z=859070&_druckversion=1, http://www.ifs.at/infos/aktuell28/seite_1.html, <http://www.oldskoolman.de/bilder/menschen/allgemein/alte-leute/>, <http://www.faz.net/s/Rub5C3A58B4511B49148E54275F4B025915/Doc~EA1A2D2BAD20C4B42AB33CCCE6F7F2884~ATpl~Ecommon~SMed.html>,
- S 38** <http://sabrinas-life-medley.blogspot.com/2008/05/das-liebe-alter.html>
- S 39** Beth Tauke, Piktogramme, 2000 veröffentlicht in: Universal Design: New York, hg. Von G. S. Danford und B. Tauke (NY: Mayor´s Office for People with Disabilities, 2000)
- S 41** ri-man: <http://www.flensburg-online.de/senioren/pflege-roboter.html>, mobiro: <http://www.golem.de/0712/56444.html>, paro: <http://www.japantrendshop.com/DE-paro-roboter-therapie-robbe-p-144.html>
- S 42** <http://www.buendnis.augsburg.de/index.php?id=23185>, <http://www.oase-am-riswil.ch/demenz.php>
- S 43** aus: Gesine Marquardt: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Hg. Peter Schmiege, Logos Verlag Berlin GmbH 2007, 2009. S 126
- S 44** <http://www.kleinezeitung.at/steiermark/graz/graz/2167105/grazer-zahlen-fuer-pflegetourismus.story>
- S 45** Karte: GIS Steiermark, eigene Bearbeitung

**der
standort**



3.1 allgemein

Das bestehende Pflgewohnheim Rosenheim und das Planungsgebiet liegen in einer erhöhten Grünruhelage im zentrumsnahen, nordöstlich gelegenen Bezirk Geirdorf von Graz.

Die Landeshauptstadt der Steiermark, zweitgrößte Stadt Österreichs, befindet sich geografisch zwischen dem Alpen-Adria- und Donaauraum und zeichnet sich durch das milde, mediterrane Klima aus, das durch die geschützte Lage am Südostrand der Alpen entsteht. Allerdings entstehen im Grazer Becken immer wieder, besonders im Winter, Inversionswetterlagen wodurch es zu einer erhöhten Smog- und Feinstaubbelastung kommt.

Graz hat etwa 240.000 Einwohner, davon sind 43.646 über Sechzig-Jährige und ungefähr 28.000 Studenten. Bereits in der K. u. K. Zeit sind, aufgrund des mediterranen Klimas und des südländischen Flairs der Stadt, besonders der Adel und die höhere Beamten-schaft aus ganz Österreich angereist, um ihre Pension in der Murmetropole zu verbringen. Deswegen wird Graz heute noch als Pensionopolis bezeichnet.

Graz nimmt jedoch, aufgrund der anhaltenden Zuwanderung in den letzten Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 41,0 Jahren den Rang des jüngsten Bezirks der Steiermark ein.

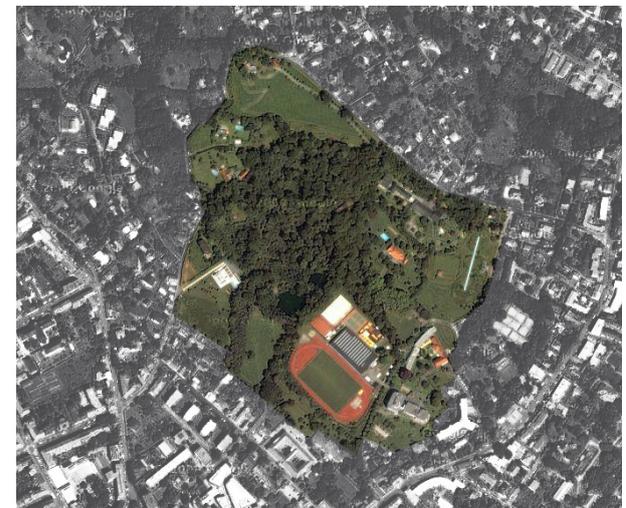
Das Pflgewohnheim Rosenhain bildet den südlichen Abschluss des Naherholungsgebietes Rosenhain, das neben Hilmteich und Schlossberg als GrazAG Genusszone ausgezeichnet wird. Das Gebiet liegt in erhöhter Lage und bietet mit seinen Wäldern, Wiesen und Teichen einen vielfältigen Natur- und Erholungsraum. Das gesamte Areal liegt, laut funktioneller Gliederung des Stadtentwicklungskonzeptes (3.0 STEK), im Grüngürtel, der nordöstlich und südlich an ein Wohngebiet mit mittlerer Dichte schließt. Laut 3.0 Flächenwidmungsplan 2002 ist das Bebauungsgebiet als Freiland-Sondernutzung-Altenheim ausgewiesen, da die Nutzung unbebauter Flächen im Vordergrund steht und die großen Parkflächen ein integrierter Bestandteil des Pflgewohnheims sind, daher auch der geringe Bebauungsgrad von 0,14. Außerdem liegt das Areal im Landschaftsschutzgebiet 30 (LSG-30).

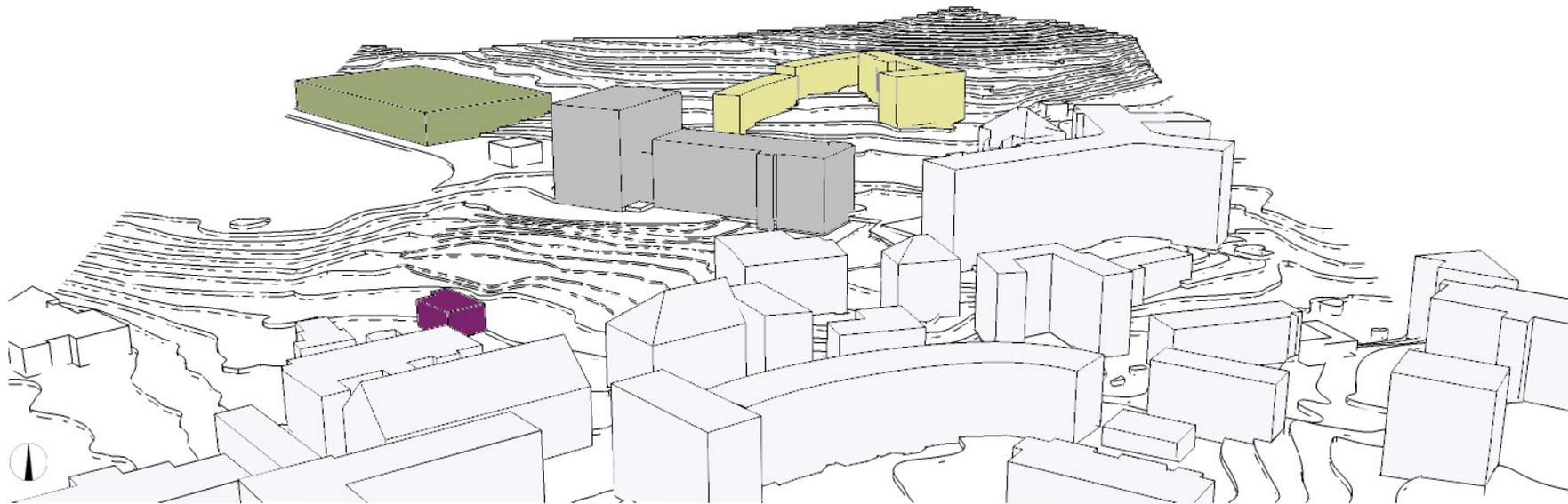


Der Grüngürtel von Graz erstreckt sich im Norden und Osten auf das Grazer Hügelland und im Westen auf den Plabutsch-Buchkogelzug, außerdem zählen das „Freiland“ (landwirtschaftlich genutzte Flächen) und Sondernutzungen im Freiland, Wald und bestehende gut durchgrünte Baugebiete ebenfalls dazu.

Wohngebiete mittlerer Dichte sind Gebiete mit hauptsächlich Wohnnutzung und gebietsverträglicher Durchmischung, guter öffentlicher Erschließung, guter technischer und sozialer Infrastruktur, einer ausreichenden Nahversorgung sowie einer Eignung aus stadtklimatologischer Sicht.

Das Landesschutzgebiet 30 ist das nördliche und östliche Hügelland von Graz. Von den insgesamt 11.553,5 ha liegen 2/5 im Stadtgebiet und das restliche Gebiet befindet sich im Gebiet Graz Umgebung. Das LSG-30 erstreckt sich im Norden vom östlichen Grazer Bergland (Steirisches Randgebirge) über das Gebiet Platte/Hauenstein und Richtung Süden über das oststeirische Riedelland. Neben unterschiedlichster Topologien und Landschaften, Flora und Fauna findet man Ton- und Grünschiefer, Schöckl-Kalke und Dolomit-Sandstein-Komplexe.





-  Universitäts-Sportzentrum
-  Kindergarten
-  Betreutes Wohnen, Seniorenwohnungen, Tagesförderstätte für behinderte Menschen, Lebenshilfe Graz und Umgebung Voitsberg
-  Wohnbebauung
-  Pflegewohnheim Rosenhain, Bestand



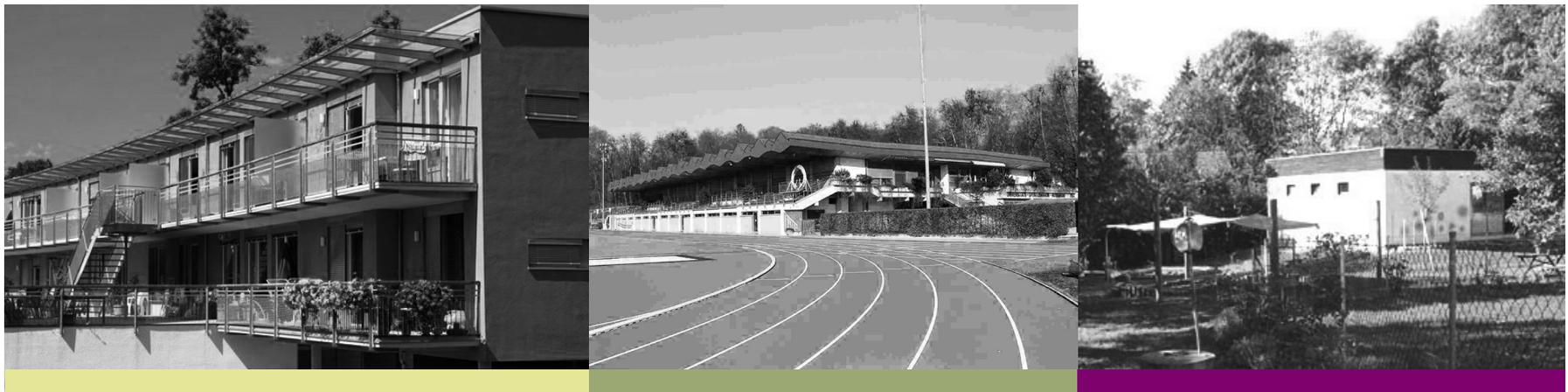
Nördlich des Pflgewohnheimes, getrennt durch eine Parkfläche, befinden sich ein dreigeschossiger Altbau und zwei zweigeschossige Neubauten für betreutes Wohnen, Seniorenwohnungen und eine Tagesförderstätte für behinderte Menschen der Lebenshilfe Graz und Umgebung Voitsberg.

Nordwestlich liegt das Universitäts-Sportzentrum mit fünf Sporthallen, einer Boulderwand, einer Winterlaufbahn und einem Seminarraum, sowie den Freiplätzen im Norden und Süden (vier Tennisplätze (Kunstrasen), drei Beach Volleyball Plätze, Leichtathletikplatz (Laufbahn), Hartplatz (Fußball, Basketball, Volleyball), Rasenplatz (Fußball), Finnenlaufbahn).

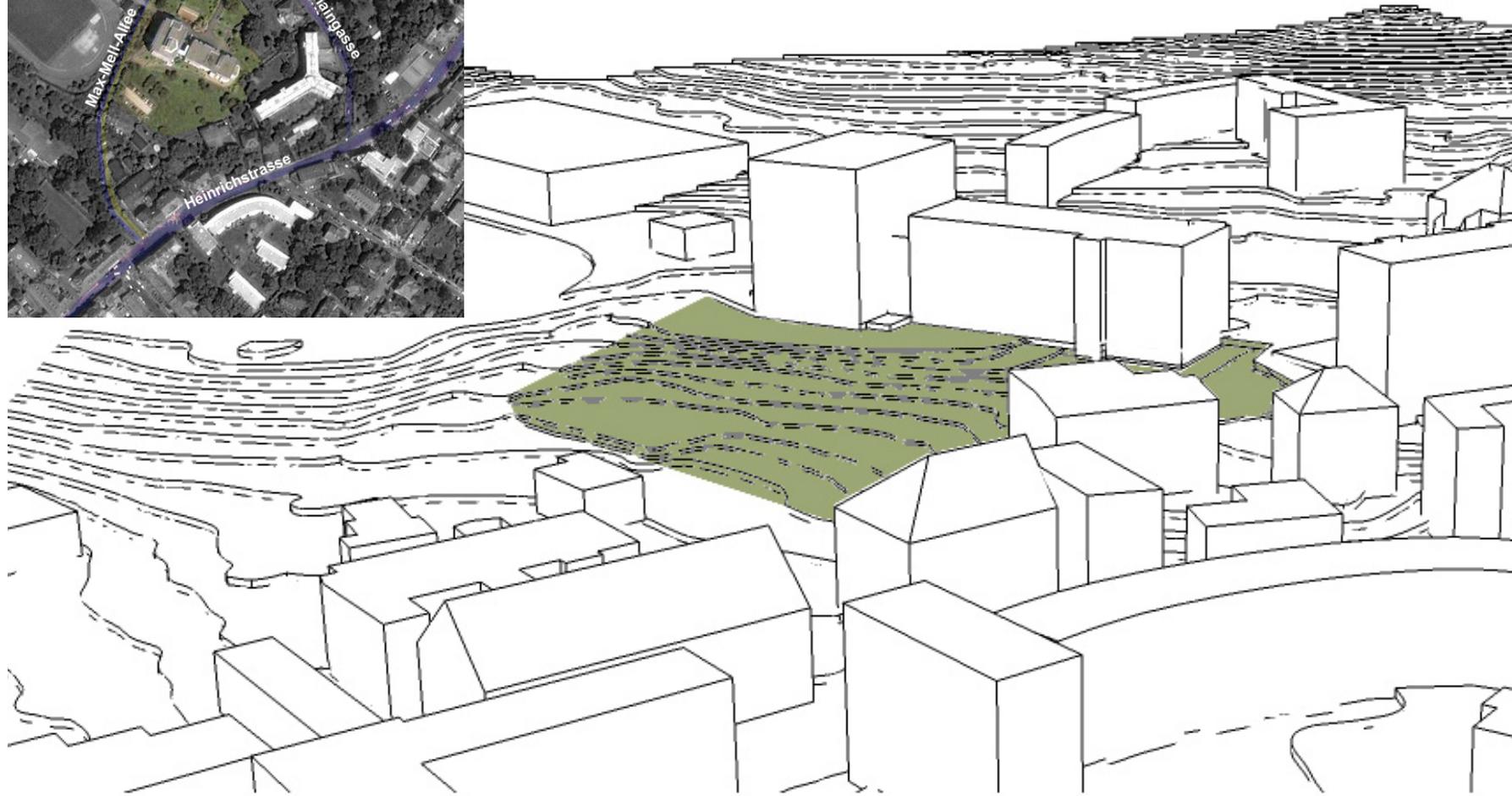
Nordöstlich und südlich des Planungsgebietes befinden sich Wohnbebauungen, die entlang der Heinrichstraße mit zwei- bis viergeschossige Gebäude und villenartigen Wohnbauten bis hin zur Rosenhaingasse das Ortsbild prägen, das im Osten von einem siebengeschossigen, Y-förmigen Wohnbau durchbrochen wird.

Im Süden, in direktem Anschluss an das Grundstück des Pflgewohnheimes befindet sich der erste Kneippkindergarten Österreichs mit einer Halbtagesgruppe.

Weitere Einrichtungen im Naherholungsgebiet Rosenhain sind die Sonderschule und Hort Rosenhain, eine Schule für geistig behinderte und schwerst-mehrfachbehinderte Kinder (Panoramagasse 23), das SchülerInnenhort Rosenhain (Rosenhain 6), ein Erlebnisspielplatz mit Holzweg und das Café Restaurant Rosenhain, das mit seiner Aussicht über Graz viele Menschen anzieht.

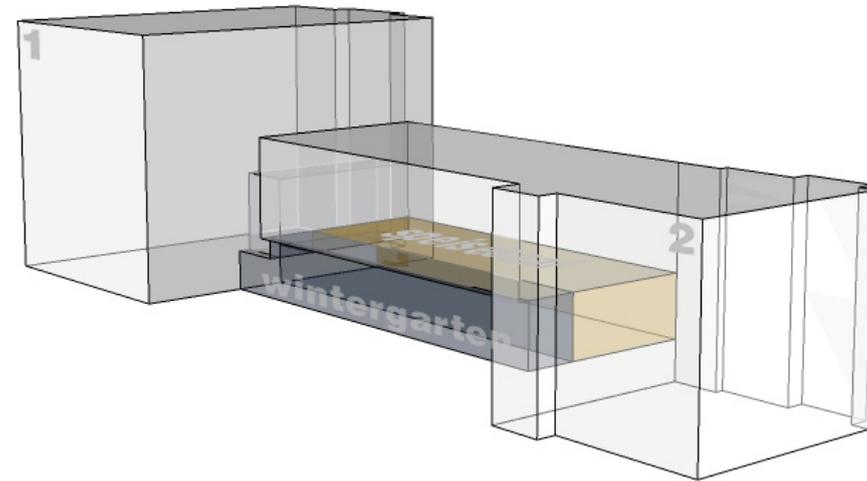


3.2 planungsgebiet



Das Grundstück des Pflgewohnheims wird verkehrstechnisch für Besucher und Anlieferung/Entsorgung nördlich über die Rosenhaingasse und für Angestellte südlich über die Max-Mell-Allee erschlossen. Besucher die zu Fuß oder mit dem Fahrrad kommen, können ebenfalls die Max-Mell-Allee benutzen.

Das Pflgewohnheim Rosenhain besteht derzeit aus zwei Gebäudeteilen mit 188 Betten. Der westliche Teil ist der turmartige Haupttrakt (Gebäude 1) mit neun oberirdischen Geschossen und einem Untergeschoss. Anschließend befinden sich der ebenerdige zweigeschossige Speisesaal und der südlich vorgelegte „Wintergarten“, über die sich der Zubau des zweiten Gebäudeteiles stülpt.



Im Gebäude 1, das über ein innenliegendes Stiegenhaus mit 2 Personenaufzügen erschlossen wird, befinden sich im Erdgeschoss Verwaltungsräume, eine Cook & Serve Küche und ein Café. In den oberen acht Geschossen sind 115 Bewohnerzimmer mit zugehörigen Nebenräumen untergebracht, außerdem gibt es einen Wintergarten und Technikräume im achten Obergeschoss. Da dieses Haupthaus den neuen Bestimmungen des Steiermärkischen Pflegeheimgesetzes nicht mehr entspricht, wird dieser Gebäudeteil (Speisesaal und Wintergarten ausgenommen) einer anderen Funktion – wahrscheinlich Studentenwohnheim – zugeführt.

Das zweite, teils siebengeschossige Gebäude umhüllt östlich vom Haupttrakt - baulich komplett getrennt mittels Pfahlgründung - den bestehenden Speisesaal mit drei Obergeschossen, 2 Untergeschossen und dem Erschließungstrakt. Es sind 59 Einzelzimmer in den Obergeschossen, ein Mehrzweckraum, Personal-, Technik- und Lagerräume in den Untergeschossen untergebracht.

abbildungen:

S 48 GIS Steiermark, Eigenbearbeitung

S 49 oben und unten: google maps, Eigenbearbeitung

S 50 oben: google maps, Eigenbearbeitung, unten: eigene Grafik

S 51 von links: www.lebenshilfe-guv.at/content/view/full/1048, www-classic.uni-graz.at/usivwww/usz.html, www.graz.at/cms/bei-trag/10043855/394457

S 52 oben: google maps, Eigenbearbeitung, unten: eigene Grafik

S 53 oben: eigene Grafik, unten: Foto, am 27.05.2010

entwurf
grundlagen

4.1 der wettbewerb



Die Grundlagen meines Entwurfes beruhen auf den Wettbewerbsunterlagen für den Baukünstlerischen Wettbewerb „Teilweise Sanierung/Umbau und Erweiterung Pflegewohnheim Rosenhain“.

Die Auftraggeberin des Wettbewerbes ist die Stadt Graz vertreten durch die Geriatrischen Gesundheitszentren (GGZ), die ein vielfältiges Angebot von Betreuung und Behandlung für ältere Menschen bereitstellen. Dazu gehören die Albert Schweitzer Klinik I und II, Akutgeriatrie/ Remobilisation, Tagesklinik, Wachkoma – Apallic Care Unit, Albert Schweitzer Hospiz, Tageshospiz, Medizinische Geriatrie, sowie Kurz- und Langzeitpflege in den Pflegewohnheimen.

Der Wettbewerb wurde am 05. März 2010 als EU-weiter, offener, zweistufiger, anonymer baukünstlerischer Realisierungswettbewerb mit anschließendem Verhandlungsverfahren im Oberschwellenbereich ausgelobt.

Die Aufgabe des Wettbewerbs betraf die Teilweise Sanierung, den Umbau und die Erweiterung des Pflegewohnheims Rosenhain in der Max-Mell-Allee 16.

Am 01. Juli 2010 wählte die Jury den Entwurf von ARGE Andexer-Haidacher aus Graz vor den Stuttgarter GUS Architekten und der Grazer ARGE Balloon-Wohofsky ZT-KEG. Der Baubeginn soll im Mai 2011 sein und die Fertigstellung des insgesamt sieben Millionen Euro Projektes ist für Ende 2012 geplant.

Die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz haben auf Grund der Empfehlung der soziologischen Untersuchung durch Prof. Kolland und der Bedarfsstudien der gegebenen epidemischen Entwicklung (ÖBIG FP) sowie Empfehlungen der Stadt Graz ein neues Raum- und Funktionskonzept erstellt, das die Grundlage meines Entwurfes darstellt.

4.2 das konzept

Der Entwurf beschäftigt sich in erster Linie mit der Erweiterung des Pflegewohnheims Rosenhain in einem Neubau, der südlich des Bestands situiert werden soll. Zudem umfasst die Arbeit den Umbau bzw. die Umstrukturierung des bestehenden Zubaus.

Das bestehende östliche Hauptgebäude des Pflegewohnheimes wird aus wirtschaftlichen Gründen einer anderen Nutzung zugeführt, daher müssen im zweiten Bestandsgebäude und in einem neuen Erweiterungsbau die Anzahl von insgesamt 100 Betten und alle Neben- und Verwaltungsräume Platz finden, außerdem ist eine gerontopsychiatrische Tagesklinik für 15 Tagesgäste vorgesehen.

Der bestehende Zubau soll attraktiver werden, wozu die Pflegestationen in den drei Obergeschoßen in Wohngemeinschaften mit jeweils fünfzehn Bewohnern, einer Wohnküche und einem Gemeinschaftsbalkon umgestaltet werden.

Der Neubau soll aus vier Wohngemeinschaften mit je elf Einbettzimmern und einem Doppelzimmer bestehen, wovon eine als sozialpsychiatrische stationäre Pflegeeinheit (Demenz-WG) mit barrierefreiem Ausgang zu einem geschützten Freibereich ausgebildet ist.

Das Pflegewohnheim soll als 4. Generation gestaltet werden, d.h. die Architektur orientiert sich an einer Wohnung mit kleinen familienähnlichen Gruppen und einer permanent anwesenden Bezugsperson. Der Alltag und die Aktivitäten spielen sich in der Wohngemeinschaft ab und orientieren sich an einem normalen Haushalt, in den die Bewohner miteinbezogen werden. Das Betreuungskonzept orientiert sich am heilpädagogischen und personenbezogenen Ansatz nach Tom Kitwood, bei dem das Wohlbefinden der Bewohner im Mittelpunkt steht. Dabei wird der Mensch mit seiner eigenen Individualität und Identität (Persönlichkeit, Erfahrung, Werte, Überzeugungen, Biografie) wahrgenommen. Die Grundprinzipien sind Normalität durch Alltag, Partizipation von Bewohnern und deren Angehörigen und Privatheit.

4.3 raum programm

Entwurf Neubau

1 Pflegeeinheit/Station: 4 WGs

á WG



11 Einzelzimmer und 1 Doppelzimmer 16m²/ 22m²
Wohnküche 80-100m²
Gemeinschaftsterrasse/-balkon

á Geschoß



Wäscheraum 10m²
Lager rein 20m²
Lager unrein 20m²
WC Personal

á Station

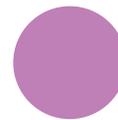


Pflegebad 10m²
Pflegestützpunkt 15m²
Sozialraum 15m²

Neuorganisation Bestand

1 Pflegeeinheit/Station: 3 WGs

á WG/Geschoß



15 Einzelzimmer 17m²
Wohnküche 80-100m²
Gemeinschaftsterrasse/-balkon

á Geschoß



Wäscheraum 10m²
Lager rein 20m²
Lager unrein 20m²
WC Personal

á Station



Pflegebad
Pflegestützpunkt
Sozialraum



Foyer/Empfang

Veranstaltungs-/Multifunktionsraum

Sanitäreanlagen

gerontopsychiatrische Tagesstätte:

Garderobe
Wohnküche
Ruheraum
Pflegebild
Kunsttherapie

Büro
Sozialraum



Toilettenanlage
Wäsche
Lager rein
Lager unrein



Arzt-/Therapieraum
Physiotherapie



Büro und Sozialräume:

Heimleitung und Assistenz
Diplomsozialarbeiterin
Pflegedienstleitung
Seniorenbetreuung
Reserve



Haus und Technik
Reinigung Wäsche
Reinigung Gebäude



Verabschiedungsraum

Frieseur und Fußpflege

Raucherraum



Depot, Lager, Abstellräume:

Speisenübernahmerraum
Verbrauchsartikel
Haus und Technik
Verlsslager
Archiv



Technik in Neubau und Bestand:

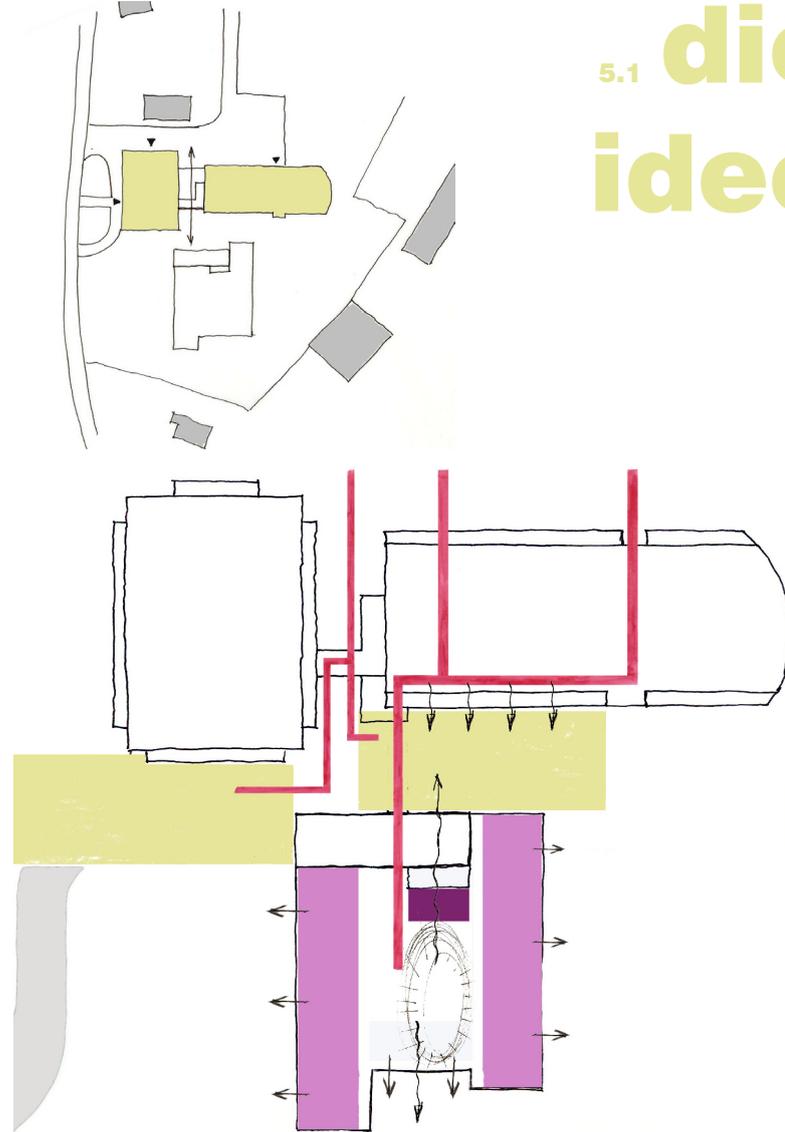
Heizung
Lüftung
Klima
Wasser
Notstromaggregat
Lift

abbildungen:

S 56 www.foundshit.com/tag/seniors/, Eigenarbeitung



**der
entwurf**



5.1 die idee

Für den Entwurf des Neubaus des Pflegewohnheims Rosenhain war, neben dem Wohlbefinden der BewohnerInnen, der Funktionalität und der Barrierefreiheit, wichtig formal Bezug auf die beiden bestehenden Baukörper zu nehmen, sodass sie eine Einheit bilden und dennoch eigenständig für sich stehen, ohne sich gegenseitig zu beeinträchtigen. Die leichte Hanglage verstärkt zudem den individuellen Charakter zwischen den alten und dem neuen Gebäude. Das Projekt zeichnet sich durch eine einfache und klare Formensprache aus und kommt damit dem Entwurf und der Gestaltung eines Pflegewohnheims entgegen.

Ein weiterer wichtiger Entwurfsaspekt war die Lage in einem Landschaftsschutzgebiet, bzw. in einem Grüngürtel. Aus diesem Grund ist die Kubatur möglichst kompakt und die Grünflächen breiten sich großzügig um den Neubau aus. Dadurch ergeben sich zusätzlich positive Wohn- und Arbeitsverhältnisse für Bewohner und arbeitende Personen.

Die Bestandsgebäude werden durch Interventionen aufgewertet.

Die Öffnung der ebenerdigen Verbindung zwischen den beiden Bestandsgebäuden im Norden unterstreicht die Autonomie der Kubaturen, schafft eine Durchlässigkeit und stellt eine Sichtachse, bzw. Verbindung zum Neubau und den Plätzen im Süden her. Die ursprünglichen Verbindungsgänge in den Obergeschoßen bleiben jedoch erhalten, um eine visuelle Brücke zwischen den Altbauten beizubehalten.

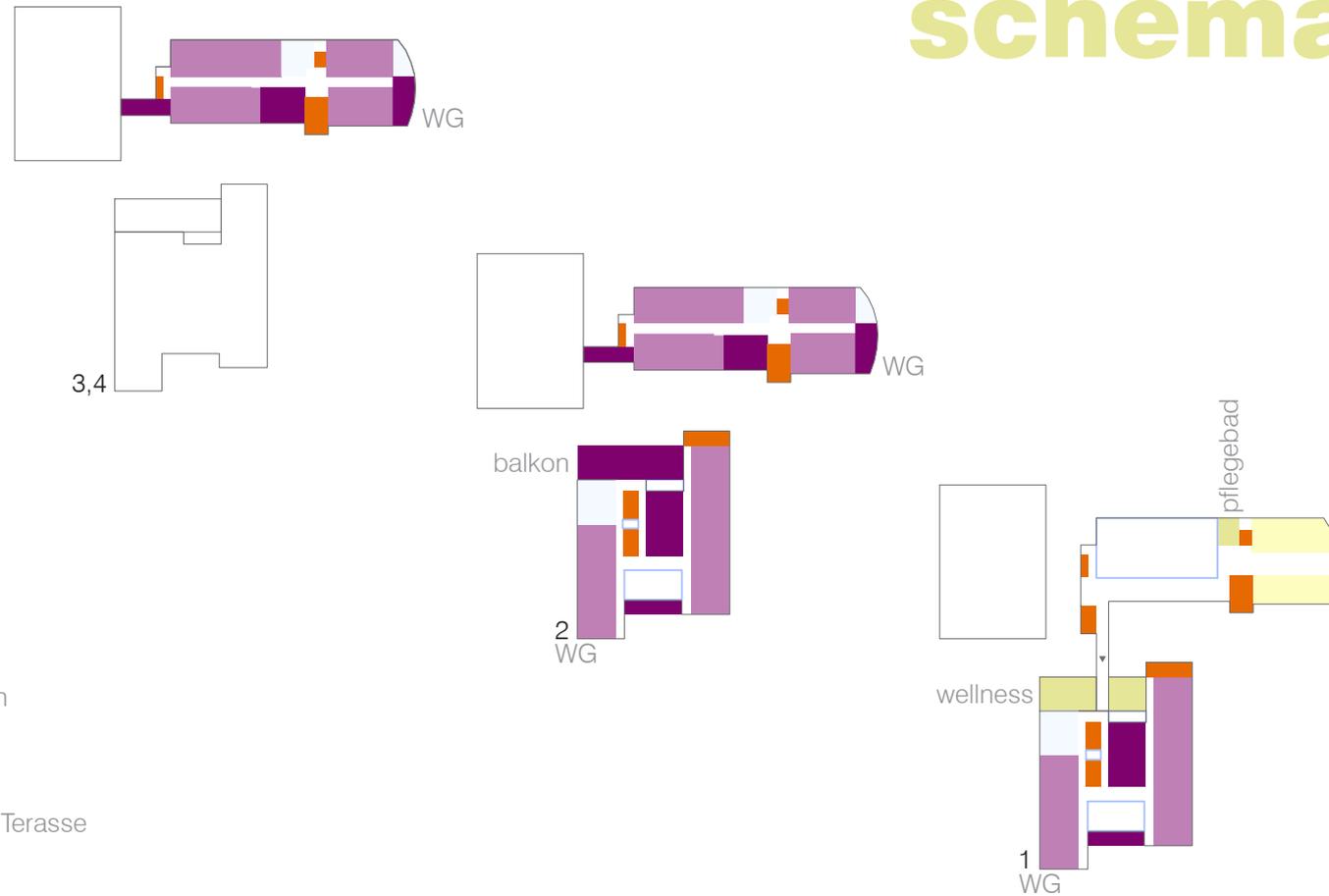
Die Erschließung des Pflegewohnheims erfolgt für Besucher, Anlieferung und Entsorgung aus dem Norden über die Rosenhaingasse. Der Haupteingang befindet sich auf der nordwestlichen Seite des Altbaus, woran der Neubau barrierefrei angebunden ist - entweder überdacht im Erdgeschoß oder in einem verglasten Verbindungsgang im ersten Obergeschoß. Der Eingang der Tagesstätte und Nebeneingang für BewohnerInnen befindet sich links neben dem Haupt- und Lieferanteneingang.

Zwischen Altbau und Neubau bilden sich Plätze auf unterschiedlichen Niveaus. Der unten gelegene Platz ist ein öffentlicher Bereich, der sich zwischen Pflegeheim und zukünftigem Studentenheim öffnet und den Austausch zwischen jung und alt fördert. Der obere Platz ist barrierefrei von beiden Gebäuden erschlossen und bietet einen geschützten, beschatteten und intimeren Bereich (z.B.: für Veranstaltungen).

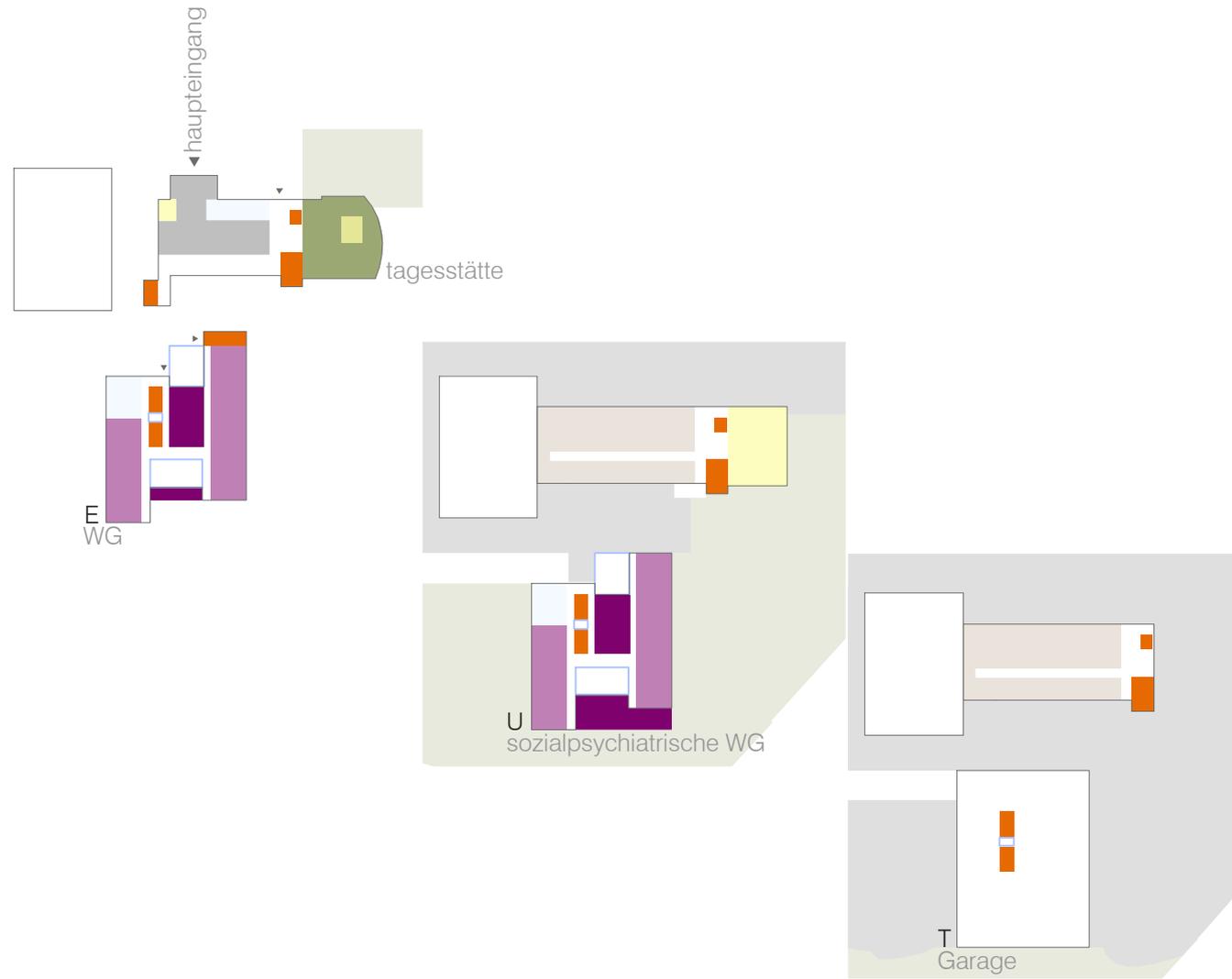
Der neue Baukörper legt sich im Süden vor den Bestand und nimmt dessen südwestliche, der Straße folgenden Orientierung auf. Das Gebäude gliedert sich architektonisch in drei Bereiche, um Überschaubarkeit und Klarheit den BewohnerInnen zu gewähren. Eingang, Erschließung und Gemeinschaftsbereiche, wie Wohnküche, Atrium und Gemeinschaftsbalkon/-terasse befinden sich im lichtdurchfluteten und offenen Mittelbereich und stellen den Brennpunkt einer Wohngemeinschaft dar. Durchlässigkeit und Sichtverbindungen nach außen stärken die innere Orientierung und den Bezug zur Außenwelt. Die Zimmer sind links und rechts neben dem Kern angeordnet und bieten großzügige Verglasungen Richtung Osten und Westen. (Sonnenschutz via Senkrechtmarkisoleiten ist angadacht.) Im Untergeschoß, das schwellenlos an den Garten (Demenzgarten) angebunden ist, befindet sich die sozialpsychiatrische Pflegeeinheit für BewohnerInnen mit Demenz. Diese WG versteht sich als Heim für Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Aus diesem Grund befindet sich im östlichen Zimmerbereich eine Pflegeoase für BewohnerInnen im Endstadium der Demenz.

Im ersten Obergeschoß des Neubaus, in direkter Verbindung mit dem gläsernen Verbindungsgang, sitzt der Zubau des „wellness-kubus“ mit Friseur, Nagelstudio und Pflegebad, außerdem Pflegestützpunkt und Sozialraum der PflegerInnen.

5.2 funktions schema

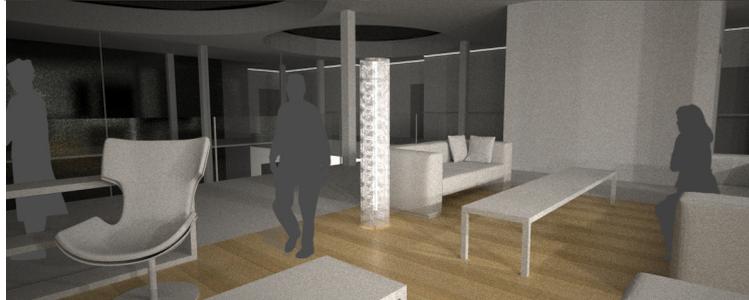


- Eingang/ Foyer/ Veranstaltungen
- Tagesstätte
- Erschließung
- Wellness
- Gemeinschaftsbereich/ Balkon/ Terasse
- Atrium
- Zimmer
- Pflegepersonal
- Infrastruktur/ Sanitär
- Technik Lager



5.3 brennpunkte

Brennpunkte sind Orte die einen besonderen Stellenwert in der Wohngemeinschaft einnehmen.



Wohnküche

Die Wohnküche ist der gemeinsame Wohn- und Lebensmittelpunkt der BewohnerInnen. Sie bietet Platz für gesellschaftliche und individuelle Aktivitäten, ebenso wie für Besuche von Verwandten und Bekannten der Bewohner. Die Wohnküche liegt im Mittelpunkt der WG mit Sichtverbindungen zu den Zimmern, auf die Kochinsel, in das Atrium auf den Gemeinschaftsbalkon und nach Außen, so dass eine gute Orientierung gegeben ist.

Die Küche ist so konzipiert, dass täglich drei kleinere Speisen bzw. Beilagen und Desserts von den Bewohnern selbstständig zubereitet werden können und bei Bedarf zusätzliche Speisen von externen Anbietern bezogen werden können, damit mehr Zeit für die Betreuung der Bewohner bleibt. Für Menschen die im Rollstuhl sitzen sind ausziehbare Arbeitsflächen vorgesehen. Die Kochinsel steht frei im Zentrum, um allseitig Zugang zum Herd zu haben. Die angelieferten Nahrungsmittel/ Speisen werden im bestehenden Gebäude zwischengelagert und bei Bedarf in die WG internen Vorratskammern überstellt.

Die Küche ist besonders für Demenzkranke ein wichtiger Ort, den sie als solchen wieder erkennen und an dem sie ihre vorhandenen Fähigkeiten und Kenntnisse in den Alltag einfließen lassen können, gefördert werden und sich für sie somit ein Wohlbefinden einstellt. Aus diesem Grund ist die Wohnküche kein steriler High-Tech-Küchenblock, sondern soll an die eigene Küche erinnern und somit zum Kochen anregen.

Atrium

Das Atrium stellt nicht nur einen Bezug zum Außenraum sondern auch einen visuellen und akustischen Kontakt zu den übereinander liegenden Wohnbereichen her.

Wellness

Ein besonderer Ansatz des Entwurfes sind unterschiedliche Wellnessangebote. Im „wellness-kubus“ im ersten Obergeschoß des Neubaus thront der Friseur bzw. das Nagelstudio über dem öffentlichen Platz und lässt den Schönheitssalon für ältere Menschen Realität werden. Nebenan befindet sich ein großzügiges Pflegebad das im hygienischen Sinn menschliche Nähe und Hautkontakt fördert. Auch die Tagesstätte im Erdgeschoß des Altbaus verfügt über einen kleinen Wellnessbereich mit anschließendem Ruhebereich.

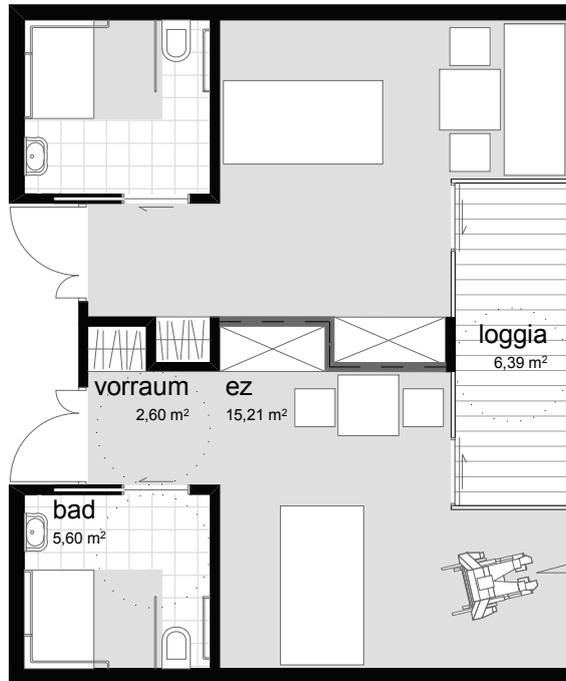
Tagesstätte

Die Tagesstätte bedient jene Menschen, die als Gäste tages- bzw. stundenweise Pflege und Aktivitäten in Anspruch nehmen wollen oder müssen. Es ist auch eine Einrichtung die pflegenden Verwandten hilft und in ihrer Arbeit unterstützt. Die Tagesstätte besitzt eine Küche mit offenem Ess- und Wohnbereich, ein Pflegebad und einen Ruheraum. Anschließend befindet sich der Kunsttherapieraum und eine großzügige Toilettenanlage.

Pflegeoase

Die Pflegeoase ist für Menschen im Endstadium der Demenz konzipiert, da diese einer speziellen Behandlung bedürfen. Um eine Isolation und dadurch hervorgerufene Angstzustände vorzubeugen befinden sich mehrere Betten in einem Raum. Der Ausblick nach Außen in den Garten und der abgehängte gewölbte Himmel der Oase sollen die innere Ruhe und das Wohlbefinden steigern.

5.4 die zimmer



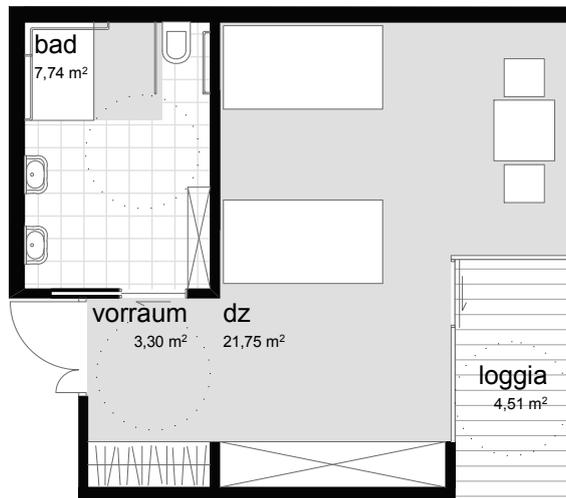
Die Zimmer werden über vorgelagerte Nischen betreten, in der persönliche Gegenstände, wie Bilder, Sessel oder Fußabstreifer zur besseren Orientierung beitragen können.

Jedes Zimmer besitzt einen Vorraum mit Garderobe und eine eigene Nasszelle, die man aus dem Vorraum betritt.

Dem Zimmer ist eine schwellenlose Loggia vorgelagert und sorgt für einen privateren Außenbereich und einen direkten Bezug zur Umgebung.

Die Zwischenwände können bei Bedarf demontiert werden, um ein Doppelzimmer zu erhalten und Isolation zu vermeiden.

Für die Einrichtung besteht die Option zusätzliche Betten für Verwandte anzufordern und wenn sie nicht benützt werden als Sofa zu verwenden.





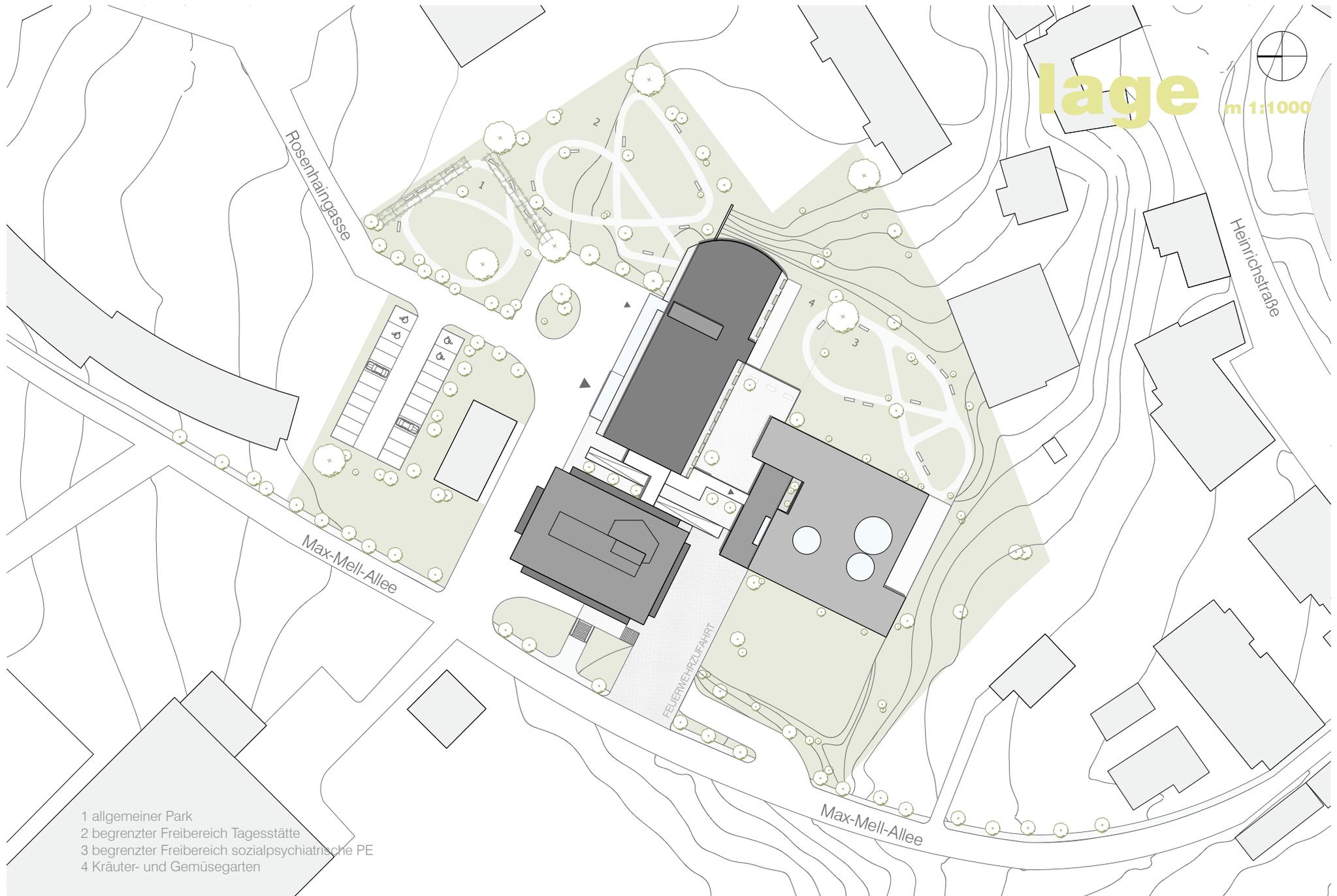
entwurf
pläne

schwarzplan m 1:2500



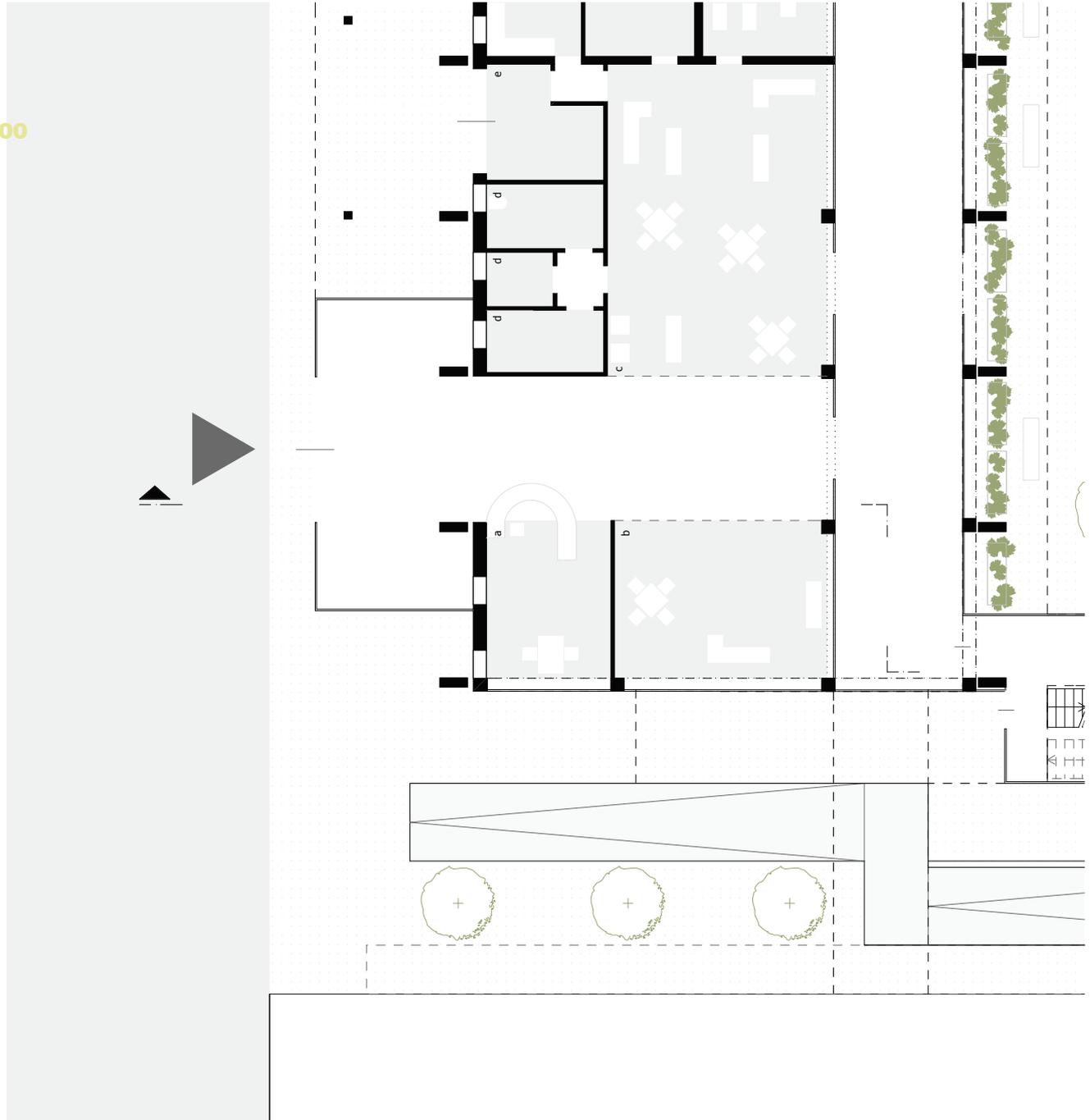
lage

m 1:1000



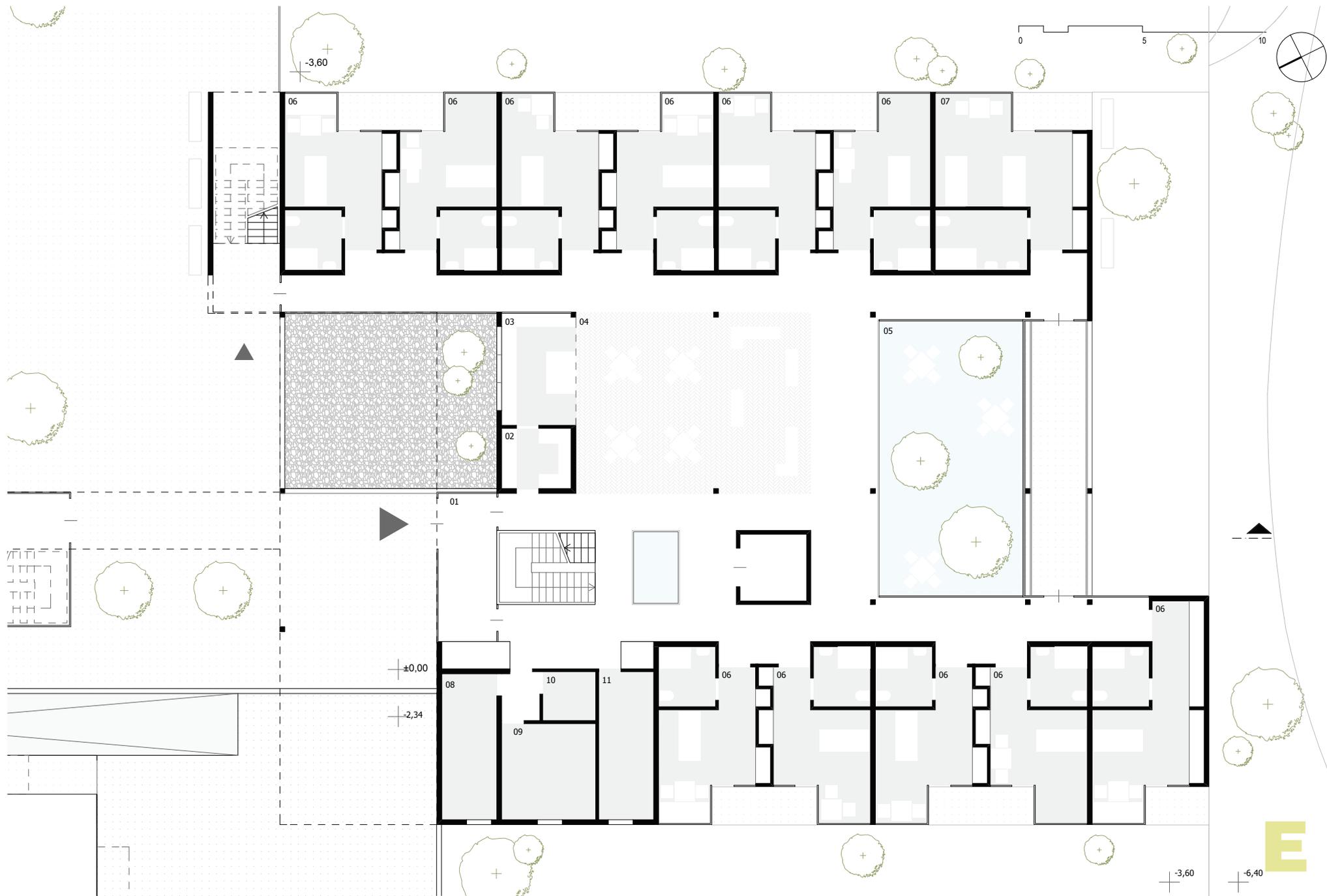
- 1 allgemeiner Park
- 2 begrenzter Freibereich Tagesstätte
- 3 begrenzter Freibereich sozialpsychiatrische PE
- 4 Kräuter- und Gemüsegarten

grundriss m 1:200

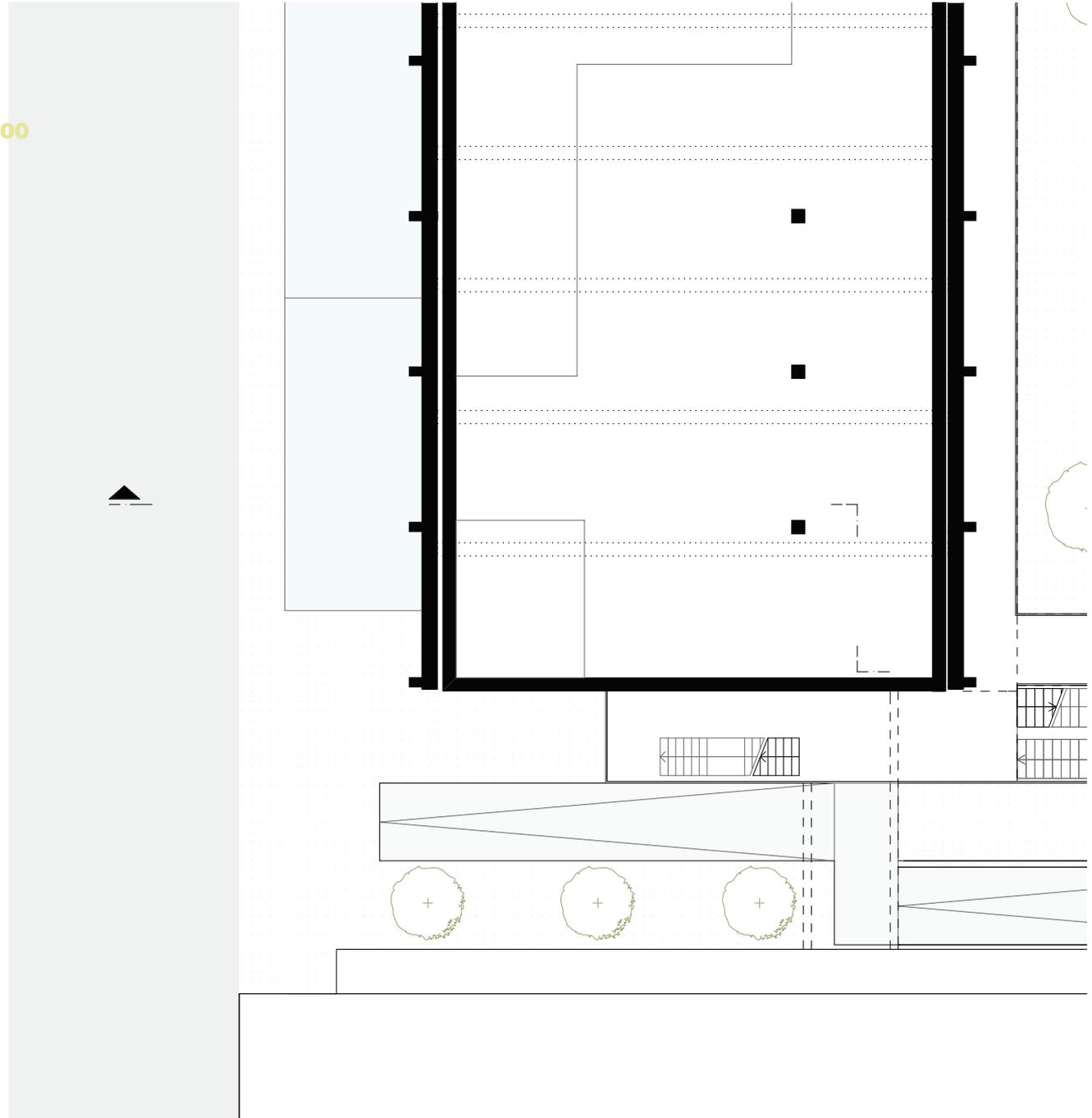


- a heimleitung
- b multimediaraum
- c multifunktionsraum
- d wc
- e speisenübernahme

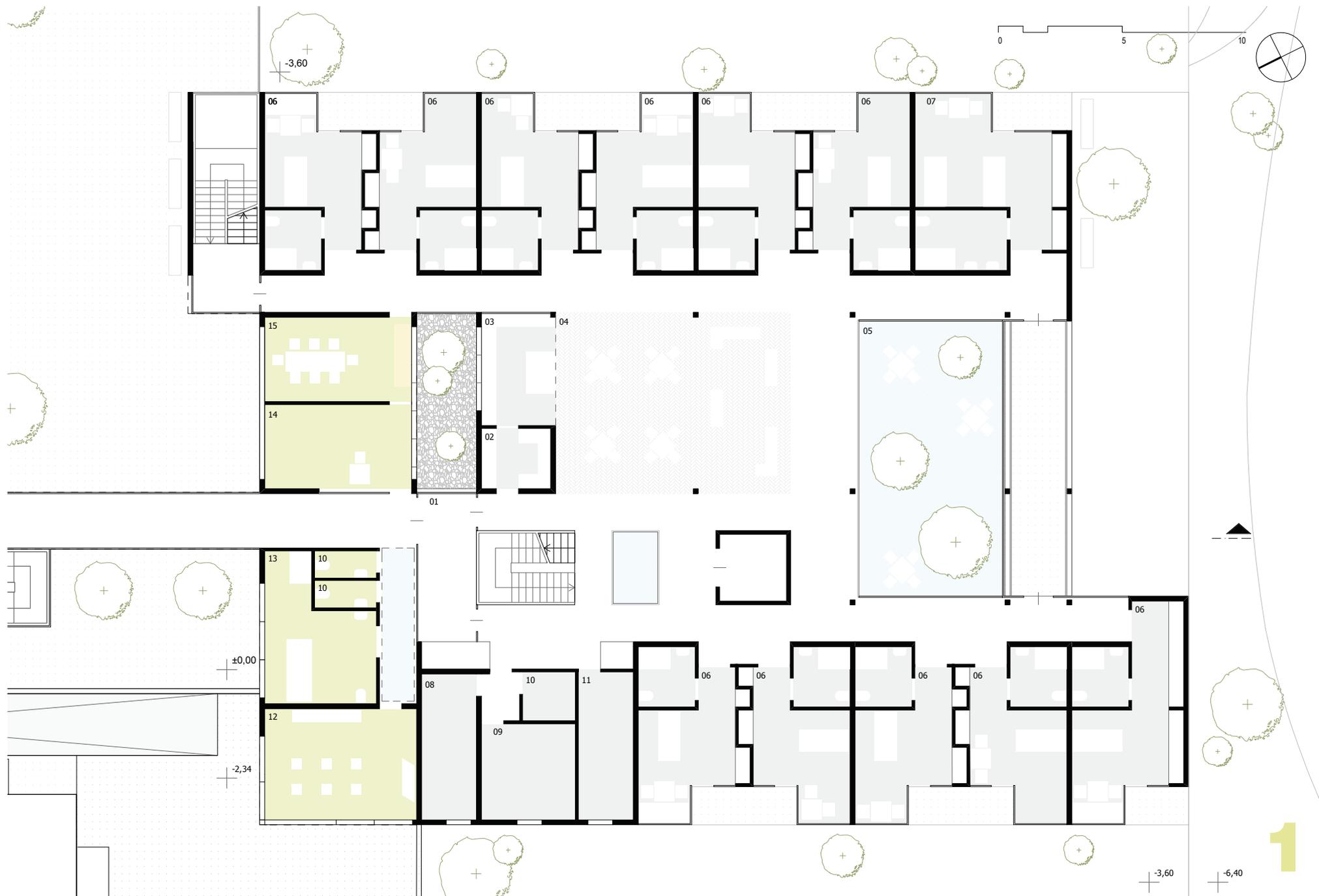
- 01 foyer
- 02 lager
- 03 küche
- 04 essen/wohnen
- 05 atrium
- 06 einzelzimmer
- 07 doppelzimmer
- 08 lager unrein
- 09 wäsche
- 10 wc
- 11 lager rein



grundriss m 1:200

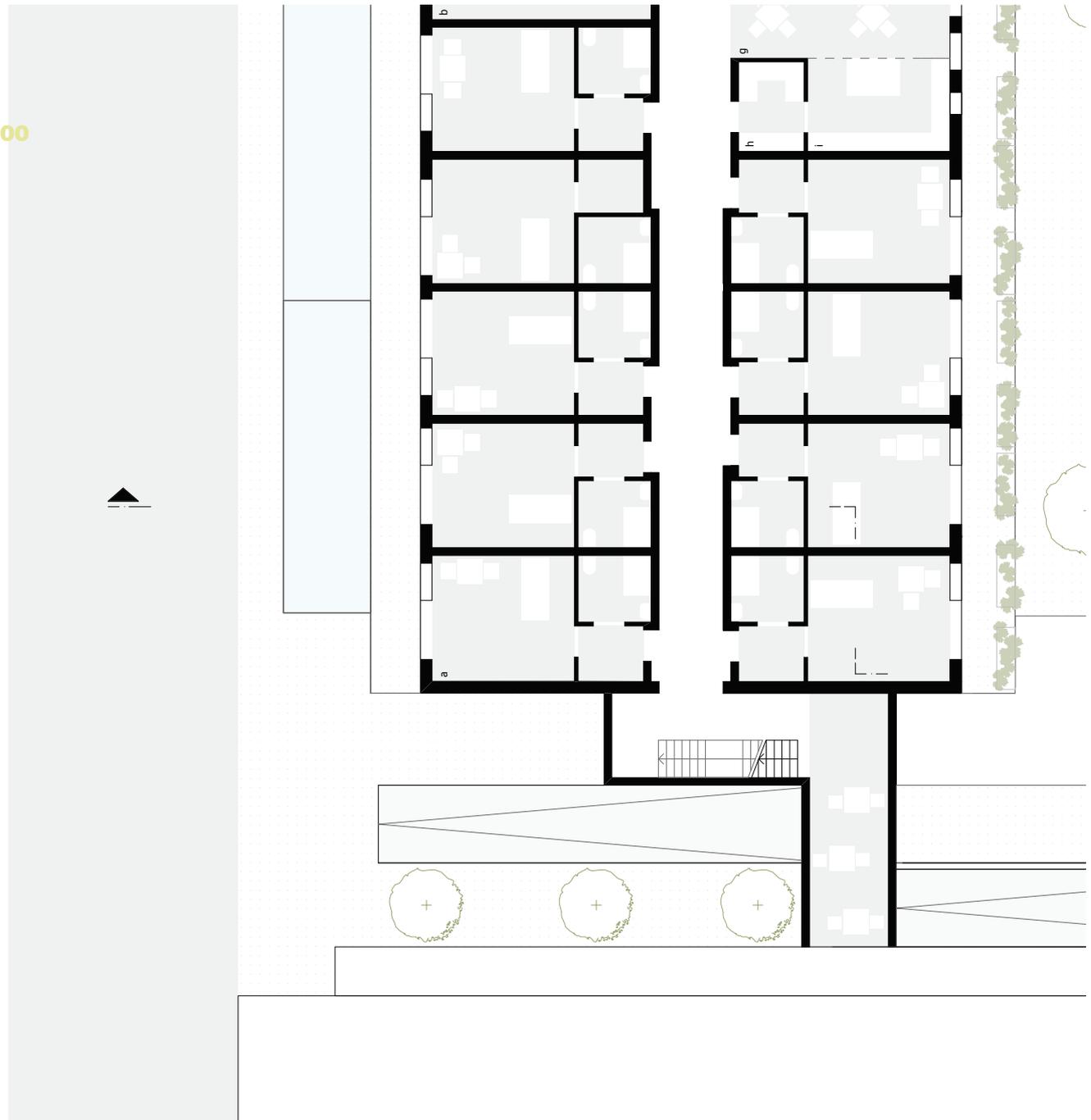


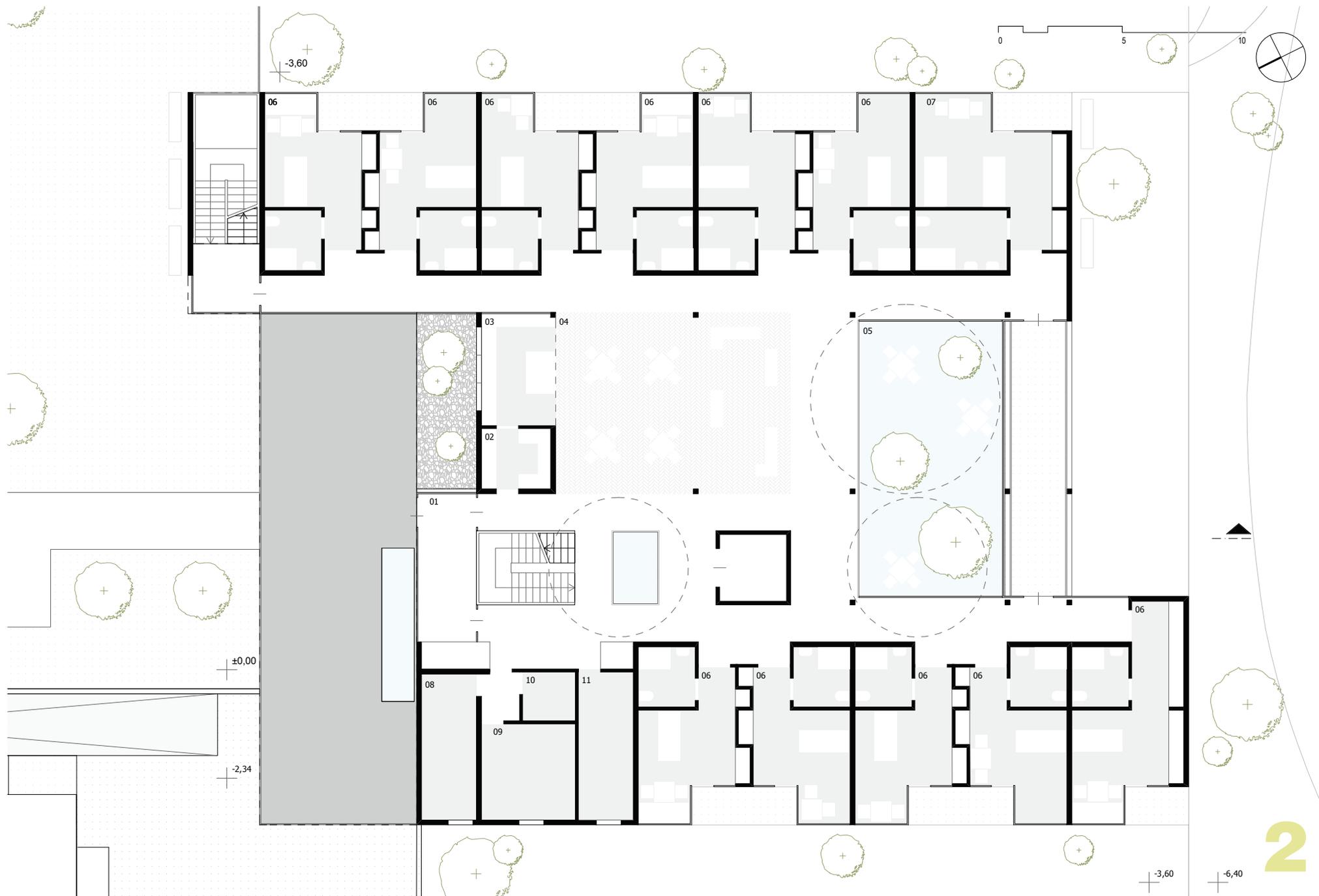
- 01 foyer
- 02 lager
- 03 küche
- 04 essen/wohnen
- 05 atrium
- 06 einzelzimmer
- 07 doppelzimmer
- 08 lager unrein
- 09 wäsche
- 10 wc
- 11 lager rein
- 12 friseur/schönheitssalon
- 13 pflegebad
- 14 pflegestützpunkt
- 15 sozialraum



grundriss m 1:200

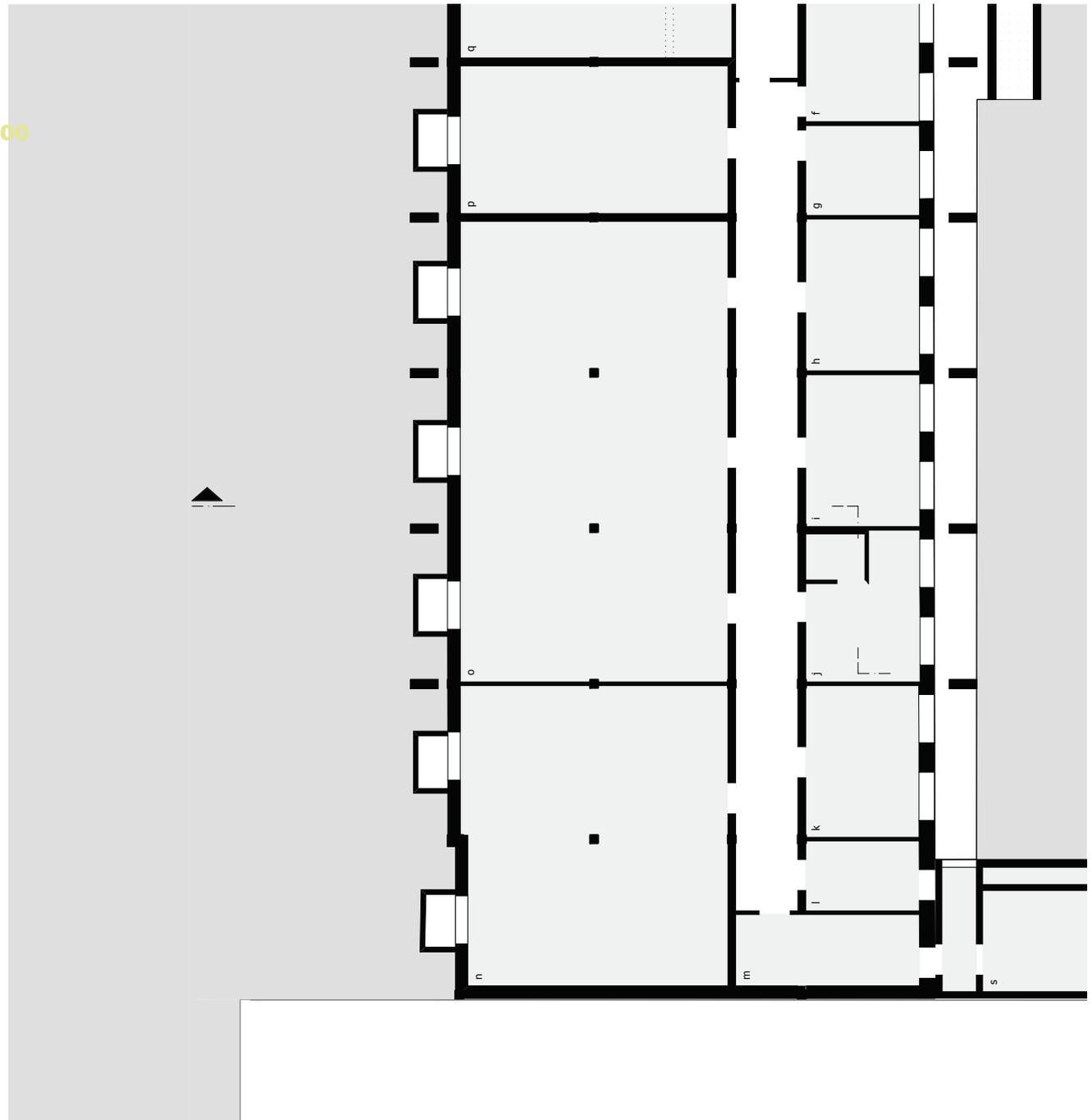
- 01 foyer
- 02 lager
- 03 küche
- 04 essen/wohnen
- 05 atrium
- 06 einzelzimmer
- 07 doppelzimmer
- 08 lager unrein
- 09 wäsche
- 10 wc
- 11 lager rein

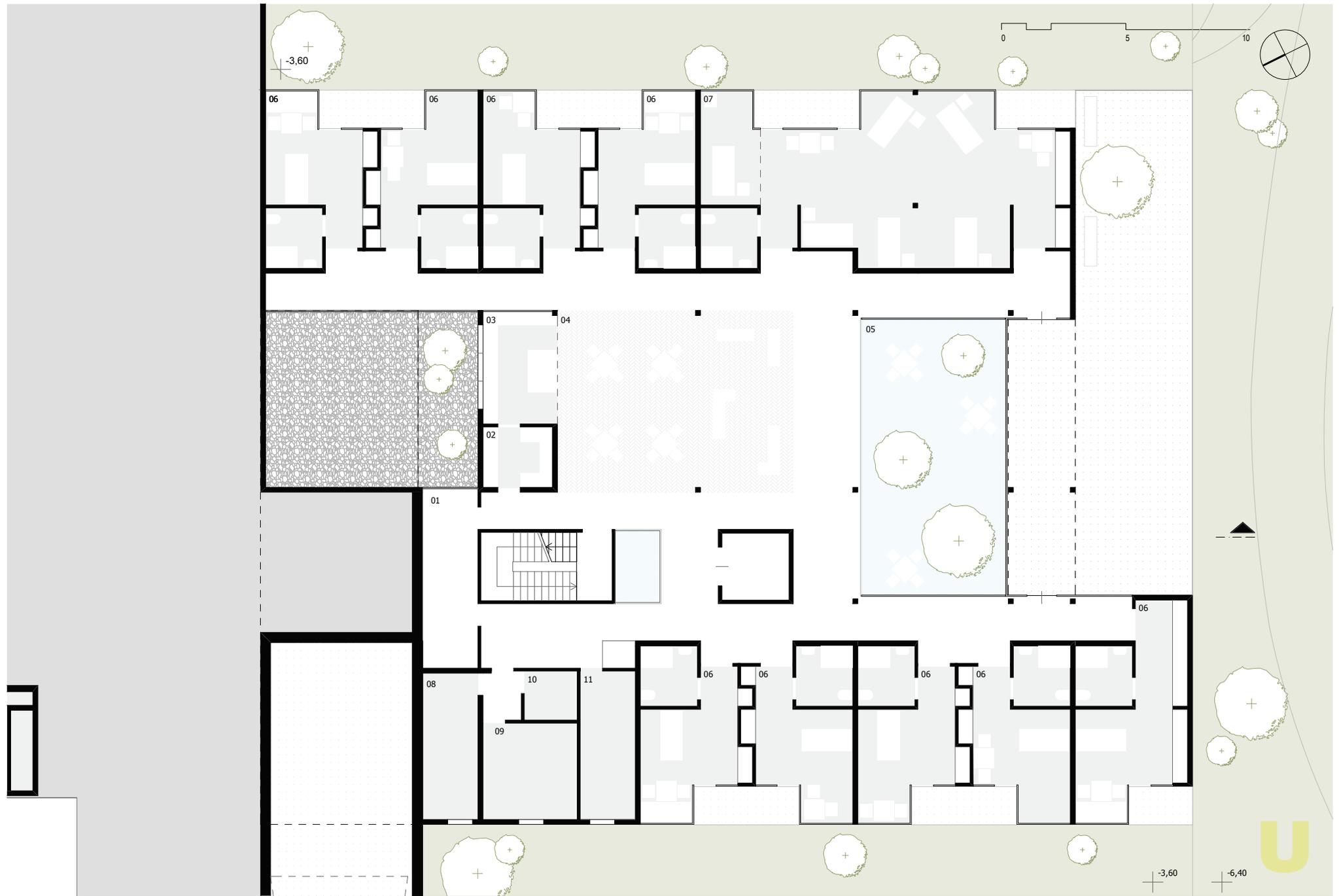




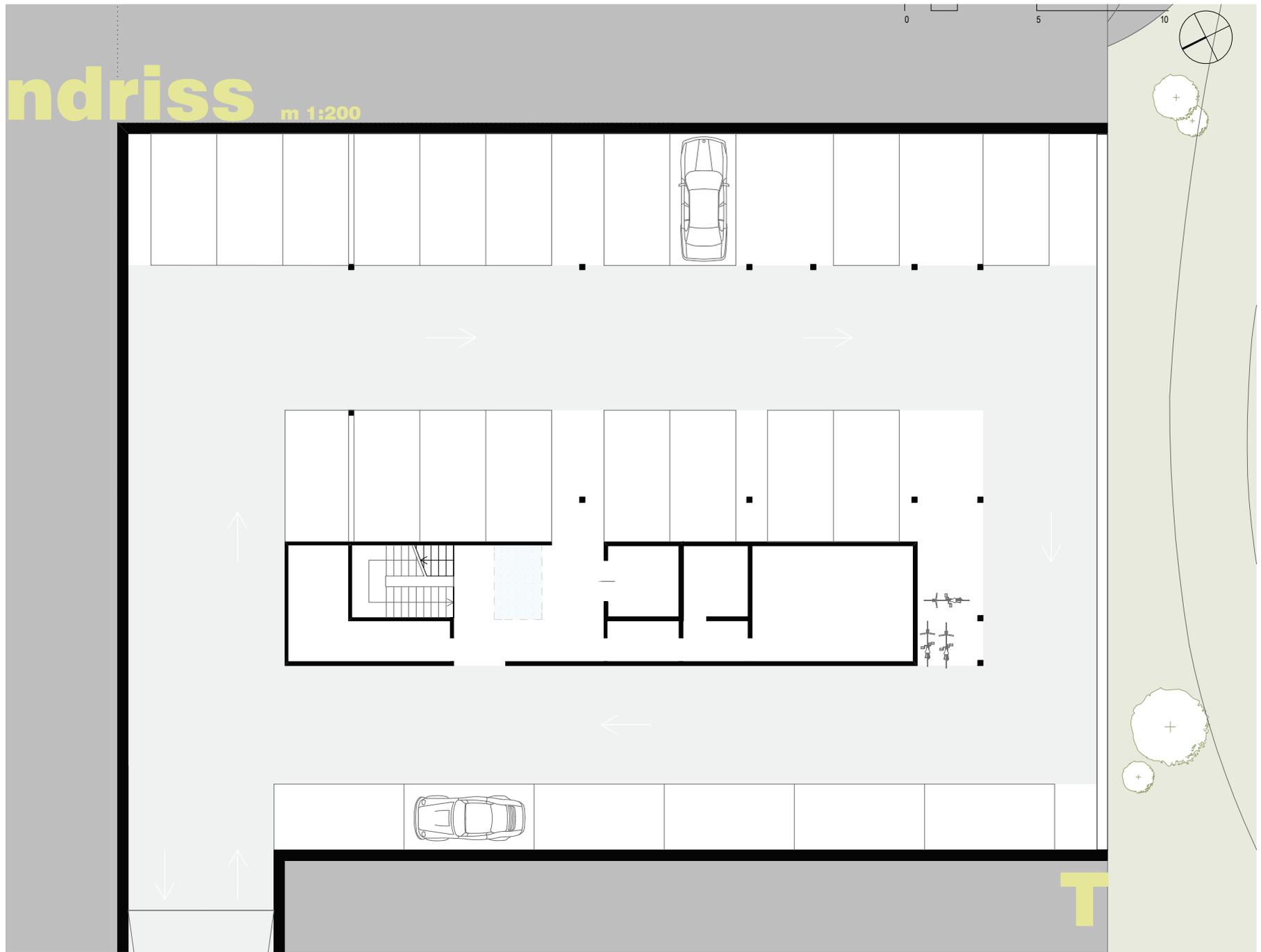
grundriss m 1:200

- 01 foyer
- 02 lager
- 03 küche
- 04 essen/wohnen
- 05 atrium
- 06 einzelzimmer
- 07 pflegeoase
- 08 lager unrein
- 09 wäsche
- 10 wc
- 11 lager rein

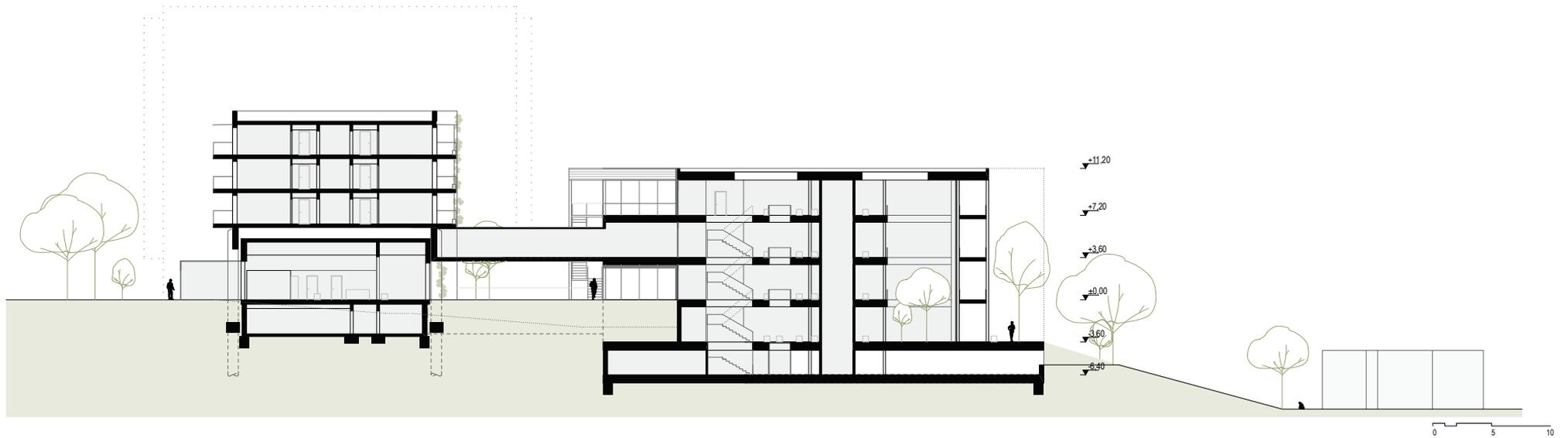




grundriss m 1:200



schnitt m 1:500



ansichten m 1:500



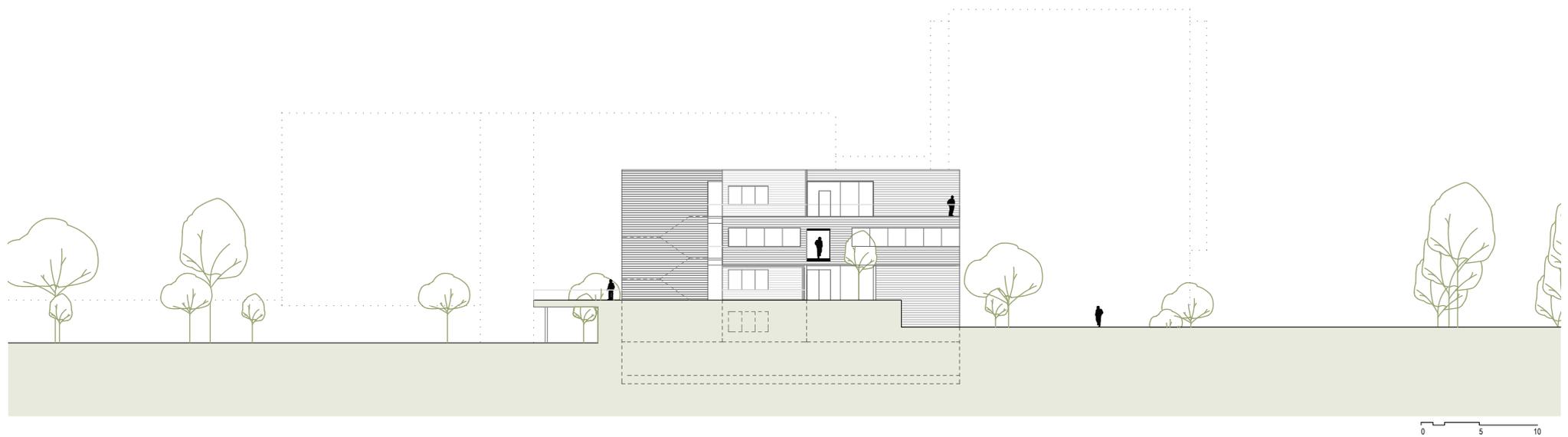


0 5 10

ost | nord

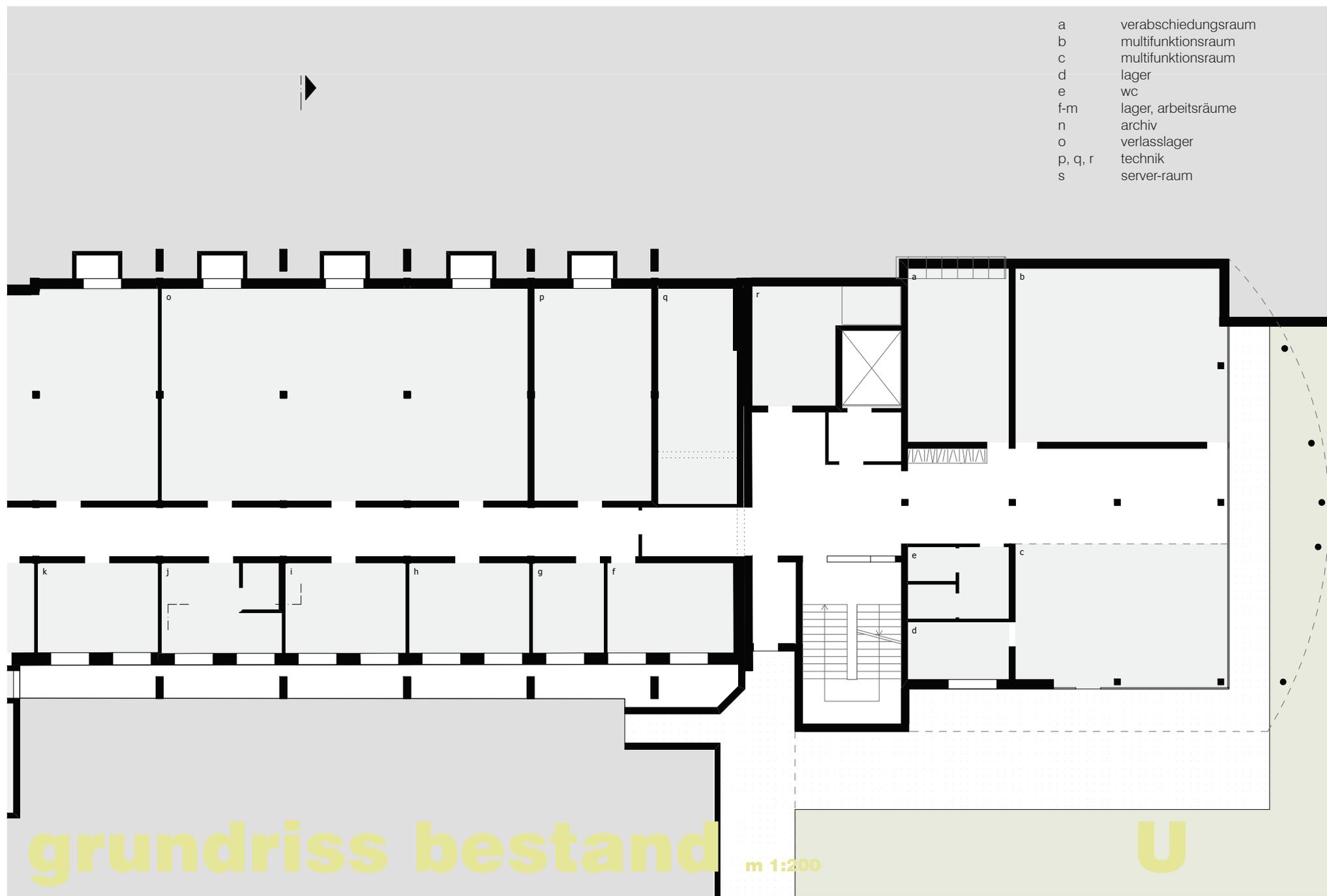
ansichten m 1:500





west | süd

- a verabschiedungsraum
- b multifunktionsraum
- c multifunktionsraum
- d lager
- e wc
- f-m lager, arbeitsräume
- n archiv
- o verlasslager
- p, q, r technik
- s server-raum



grundriss bestand

m 1:200

U



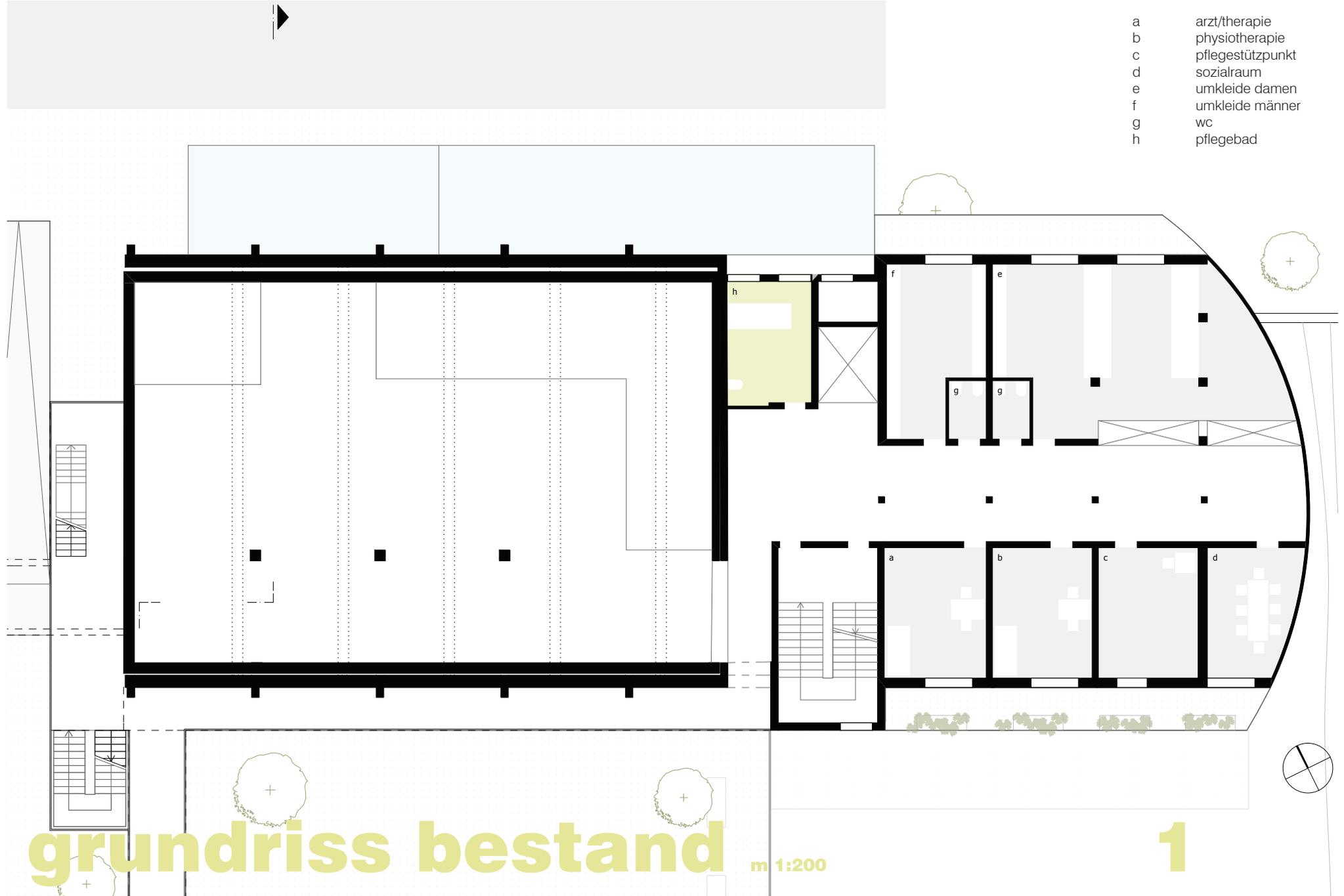
a	heimleitung	tagesstätte
b	multimediaraum	01 büro/info
c	multifunktionsraum	02 personal
d	wc	03 wohnküche
e	speisenübernahme	04 küche
f	kochen/lager	05 lager
g	tisch-/sessellager	06 wohnen
h	kapelle	07 pflegebad
		08 ruheraum
		09 kunsttherapie
		10 wc
		11 lager rein
		12 lager unrein

grundriss bestand

m 1:200

E

- a arzt/therapie
- b physiotherapie
- c pflegestützpunkt
- d sozialraum
- e umkleide damen
- f umkleide männer
- g wc
- h pflegebad

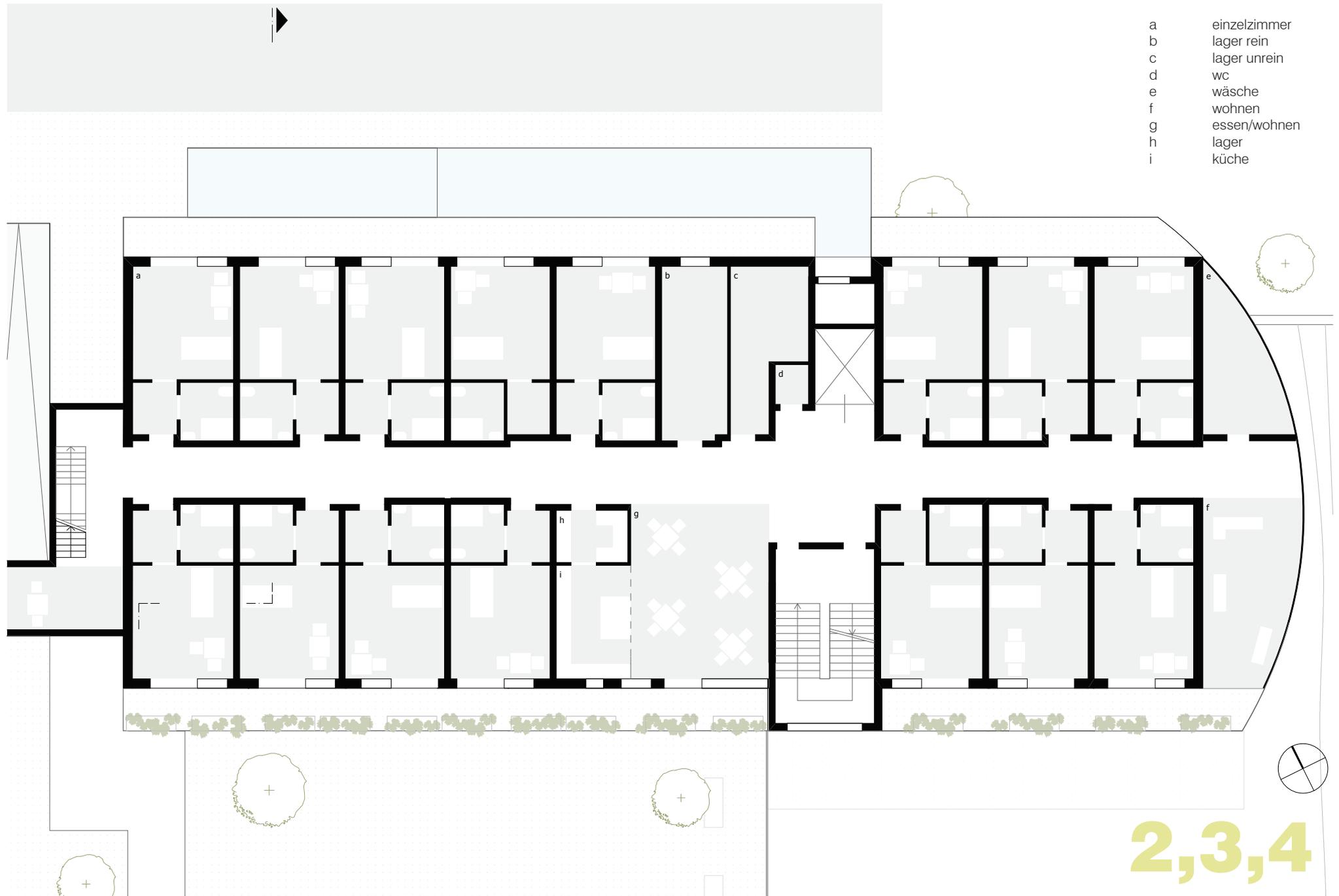


grundriss bestand

m 1:200

1

- a einzelzimmer
- b lager rein
- c lager unrein
- d wc
- e wäsche
- f wohnen
- g essen/wohnen
- h lager
- i küche



2,3,4





literatur

das alter:

Eckhard Feddersen, Lüdtko Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter. Basel, Schweiz: Birkhäuser Verlag AG 2011

STATISTIK AUSTRIA Mikrozensus: Ad-hoc-Modul 2006 „Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand“

Magistrat Graz Präsidialamt: Broschüre „Bevölkerung der Landeshauptstadt Graz Stand 1. 1. 2010“. Ausgabe Jänner 2010

Steirische Statistiken, Heft 6/2009: Natürliche Bevölkerungsbewegung 2008. Eigentümer, Herausgeber, Verleger: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 1C – Landesstatistik

Steirische Statistiken, Heft 3/2007: Privathaushalte in der Steiermark. 51. Jahrgang. Eigentümer, Herausgeber, Verleger: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 1C – Landesstatistik

Pat Thane: Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Hg. Pat Thane. Darmstadt: Primus Verlag 2005

Helmut Konrad: Der alte Mensch in der Geschichte. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik 1982

www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html

www.who.int/research/en/

www.economyaustria.at/wirtschaft/oesterreich-waechst-und-alter

de.wikipedia.org/wiki/Lebenserwartung

www1.graz.at/Statistik/Bevoelkerung/Bevoelkerung_2009_ohneWanderung.pdf

www.grosszaehlung.at/web_de/services/oesterreich_zahlen_daten_fakten/index.html

www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/28314785/DE/

bmgf.cms.apa.at/cms/site/attachments/2/2/2/CH0777/CMS1189496507311/glossargeriatric_final.pdf

wohnen im alter

geschichte des altersheims:

Carlos Watzka: Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa. Köln: Böhlau Verlag GmbH & Cie 2005

Gudrun Kaiser: Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Hg.: Kuratorium Deutsche Altershilfe. Reihe „Architektur + Gerontologie“, Band 5. Köln: KDA 2008

Krämer Stefan: Wohnen im Alter. Stuttgart: Krämer, 1. Auflage, 2005

www.nowaks-home.de/altenpflege/geschichte.htm

de.wikipedia.org/wiki/Geschichte_des_Krankenhauses

www.barmherzige-brueder.at/content/site/oesterreich/orden/unsere_ordensprovinz/geschichte/index.html

www.badradersburg.at/uploads/media/Projektarbeit_Pflegeentwicklung.pdf

books.google.at/books?id=516z-vGtWZMC&pg=PA183&lpg=PA183&dq=Heiligengeist+Spit%C3%A4ler+in+Graz&source=bl&ots=XCXgRiLElq&sig=MilggWW_vaggp9lD4HCpOroRLIQ&hl=de&ei=K4R2TPHFONOL4gbewLnPBg&sa=X&oi=b ook_result&ct=result&resnum=4&ved=0CCMQ6AEwAw#v=onepage&q&f=false

neue wohnformen

Eckhard Feddersen, Insa Lüdtko: Entwurfsatlas Wohnen im Alter. Basel, Schweiz: Birkhäuser Verlag AG, 2011

kda.de/tl_files/kda/Projekte/Leben%20und%20Wohnen%20im%20Alter/2003-LuW-Band1.pdf

barrierefreies wohnen/ universal design

Eckhard Feddersen, Insa Lüdtkke: Entwurfsatlas Wohnen im Alter. Basel, Schweiz: Birkhäuser Verlag AG, 2011

www.designforall.at/
www.ris.bka.gv.at
www.oib.or.at
wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1226267&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864
www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/
ftb-esv.de/uniprinc.html
www.designforall.at/Downloads/Gastkommentar-BMWA-LAgebericht-Tourismus.pdf
www.graz.at/cms/beitrag/10026606/421969

zukünftige wohnszenarien:

Prof. Dr. Ing. Hans-Jörg Bullinger, Michael Burmester, Dr. Barbara Klein (1996, S. 85)

Eckhard Feddersen, Insa Lüdtkke: Entwurfsatlas Wohnen im Alter. Basel, Schweiz: Birkhäuser Verlag AG, 2011

www.intelligenteswohnen.com/iw_de/

demenzfreundliche architektur:

Gesine Marquardt: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Hg. Peter Schmiege. Berlin: Logos Verlag GmbH 2007, 2009

Gerald Gatterer, Antonia Croy: Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Wien: Springer – Verlag, 2005

www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=23
www.oesterreichischerpatient.at/index.php?SID&sb=4&id=11&sub1=30&sub2=35

pflegeheime in österreich

Technische Grundlagen für die Beurteilung von Pflegeheimen. Stand 2006. Hg. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 17A, September 2006

www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/sozialhilfe/020143.html
bmgf.cms.apa.at/cms/site/attachments/2/2/2/CH0777/CMS1189496507311/glossargeriatric_final.pdf
www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10003178_97617/1be6316d/Heft%205_2003.pdf
www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/28314785/DE/
www.pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH0707
www.infoservice.bmsk.gv.at/

der standort

www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10060371_2407617/9b7e0da4/Inhalt%2030%20%2823.4.pdf
3.0 STEK: www.graz.at/cms/beitrag/10023905/1604103
3.0 Flächenwidmungsplan 2002: gis.graz.at/cms/ziel/1138240/DE/
LSG-30: www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10060371_2407617/9b7e0da4/Inhalt%2030%20%2823.4.pdf
Lebenshilfe Graz und Umgebung Voitsberg: www.lebenshilfe-guv.at/
Universitäts-Sportzentrum: www-classic.uni-graz.at/usivwww/usz1.html
Kneippkindergarten: www.graz.at/cms/beitrag/10043855/394457
Schule Rosenhain: www.schulerosenhain.at/default_frames.asp?WantsTo=ordner&ID=1022
www.graz.at/cms/dokumente/10023905_1604103/d042b3a7/03-02_stek.pdf

entwurfsgrundlagen

Wettbeerbsunterlagen, Stadt Graz Stadtbaudirektion, Hochbau Referat

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 entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am
(Unterschrift)

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)