



Anja Neumann, B.Sc.

Alter (er)leben

Das neue Pflegezentrum in Diepoldsau

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom-Ingenieurin

Masterstudium Architektur

eingereicht an der

Technischen Universität Graz

Betreuer

Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Architekt Andreas Lichtblau

Institut für Wohnbau

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt, und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Das in TUGRAZonline hochgeladene Textdokument ist mit der vorliegenden Masterarbeit identisch.

Datum

Unterschrift

Danke!

Vielen Dank ...

... an Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Architekt Andreas Lichtblau für seine Betreuung, seine vielfältigen Anregungen und seine Unterstützung.

... an Mag. Dr. Phil. Univ.-Ass. Monika Keplinger für das informative Gespräch und die Literaturhinweise am Anfang der Arbeit.

... an M.Sc. Sarina Hablützel, Mitarbeiterin der ERR Raumplaner AG und Organisatorin des Studienauftrages *Erweiterung Zentrum Rheinauen in Diepoldsau SG*, für die Bereitstellung aller Unterlagen und Pläne zu dem Wettbewerb, die Weiterleitung zusätzlicher Informationen, die Beantwortung vieler Fragen und die Teilnahme an wettbewerbsinternen Veranstaltungen.

... an die Mitarbeiter der *Schweizerischen Fachstelle für behindertengerechtes Bauen* für die Zusendung zahlreicher Unterlagen und zusätzlicher Informationen.

... Uli und Annemie, für euer stundenlanges, teils nervenaufreibendes Korrekturlesen und die Geduld mit mir.

... Meli und Jürgen, für eure vielen Ratschläge, kritischen Expertisen und moralische Unterstützung.

... an meine gesamte Familie für jegliche Art der Unterstützung und den Glauben an mich.

... an meine Mitbewohner für das Ertragen meiner Launen in den letzten Monaten.

... Nici, Vivi, Linn, Daniel, Nadja, Franzi, Johanna, Oli, Lili, Lilith und Barni, für eure Hilfe, Motivation und Abwechslung in stressigen Phasen.

Besonderer Dank gilt

... meinen Eltern, die mir dieses Studium überhaupt erst ermöglicht haben, die mir immer geholfen und mich unterstützt haben, die an mich geglaubt und all die Launen der vergangenen Jahre ertragen haben. Danke!

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Historische Entwicklung von Alten- und Pflegeheimen	3
2.1	Von den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert	5
	Die Anfänge - Hospize, Spitäler	5
	Institutionalisierung vom Mittelalter bis zur Reformation - Armenhäuser, Stifte	7
	Säkularisierung im Spätmittelalter	7
	Spezialisierung vom Spätmittelalter bis ins 19. Jahrhundert - Krankenhäuser, Waisenhäuser, Altenheime	9
	Versicherungsschutz im 19. Jahrhundert	13
	Entwicklung bis 1945	15
2.2	Entwicklung ab 1945	17
	Die erste Generation	17
	Die zweite Generation	19
	Die dritte Generation	19
	Die vierte Generation	21
	Heutige Alten- und Pflegeheime	21
2.3	Entwicklung der Finanzierung	23
	Gegenwärtige Finanzierungssituation	25
	Privatisierung	29
3.	Exkurs: Entwicklung weiterer sozialer Einrichtungen	33
3.1	Stiftungswesen	35
	Fuggerei in Augsburg	37
3.2	Paternalistische Wohnbauten im 19. Jahrhundert	41
	Familistère in Guise	43
3.3	Das Rote Wien	47
	Karl-Marx-Hof	53
3.4	Entwicklung der Finanzierung	53
	Gewerbliche Bauträger	57
	Gemeinnützige Bauträger	59
	Wohnbauförderung	61
	Private Bauträger - die Baugruppe	65
4.	Alternative Wohnformen im Alter	69
	Demographischer Wandel	71

	Derzeitige Wohnsituation	71
	Barrierefreies Bauen	73
4.1	Betreutes Wohnen	75
4.2	Seniorenresidenzen	77
4.3	Haus- und Wohngemeinschaften	77
4.4	Integrative Wohnmodelle	81
	Mehrgenerationenwohnen	83
	Stadtquartiere	85
4.5	Seniorendörfer	85
5.	Rechtliche Grundlagen der Barrierefreiheit	89
5.1	Vergleich der aktuellen Normen	91
5.2	Barrierefreies Bauen in Deutschland	95
5.3	Barrierefreies Bauen in Österreich	99
5.4	Barrierefreies Bauen in der Schweiz	103
5.5	Kosten der Barrierefreiheit	107
6.	Gebaute Realitäten	113
6.1	Seniorenzentrum St. Michael, Berlin (D)	115
6.2	Geriatrizentrum Liesing, Wien (A)	121
	Das Geriatriekonzept des Wiener KAV	123
6.3	Alterszentrum Bruggwiesen, Effretikon (CH)	129
7.	Entwurf	137
	Das Gesamtkonzept	141
	Der Eingang	155
	Das Betreute Wohnen	159
	Die Pflegeabteilungen im Neubau	161
	Das Bestandsgebäude	173
8.	Anhang	181
8.1	Quellenverzeichnis	181
	Literatur (Bücher, Broschüren)	181
	Internet	184
	Weitere Quellen	187
	Abbildungen	188
	Tabellen	192
8.2	Tabelle Vergleich der aktuellen Normen zum barrierefreien Bauen	194

Hinweis

Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit wird in der folgenden Arbeit lediglich die männliche oder weibliche Form verwendet. Diese schließt das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Sämtliche Darstellungen, die in Kapitel 7 zu finden sind, wurden selbstständig angefertigt. Alle zugehörigen Pläne sind genordet.

1. Einleitung

Das Thema des *Alterns* beschäftigt nicht nur heutige Generationen, sondern war schon vor vielen Jahrhunderten aktuell und wird es auch die nächsten Jahrhunderte über bleiben. Grund dafür sind u.a. soziale und wirtschaftliche Entwicklungen der Gesellschaft, die anhand des fortwährenden demographischen Wandels ersichtlich werden. Die Zahl der *Alten* steigt stetig an, da nachfolgende junge Generationen ausbleiben und technische Fortschritte, speziell in der Medizin, eine längere Lebenserwartung der Menschen ermöglichen. Eine zunehmende Mobilität und Vitalität sind Kennzeichen der *neuen Generation* der Alten. Immer aktivere und eigenständigere Lebensweisen forderten bereits in der Vergangenheit neue Wohnformen für ältere Menschen. Dabei wird nicht nur Wert auf das selbstständige Wohnen in den eigenen vier Wänden gelegt. Es geht im Speziellen um Wohnformen, in denen Pflege, Unterstützung und Hilfe (an)geboten werden.

In der vorliegenden Arbeit werden fünf Kapitel einen Überblick über historische und gegenwärtige Entwicklungen von Alten- und Pflegeheimen und dem (altersgerechten) Wohnen im Allgemeinen geben. Des Weiteren wird die Thematik der Barrierefreiheit eine wichtige Rolle spielen.

Das folgende Kapitel über die *Geschichte von Alten- und Pflegeheimen* bildet die Grundlage für den abschließenden Projektteil dieser Arbeit. Es befasst sich mit der Entstehung und Entwicklung der Institution vom Mittelalter bis in die Gegenwart - von den Anfängen in Form einfacher Herbergszimmer in Klosteranlagen, über die Spezialisierung nach bestimmten *Gruppen* von Alten und Kranken, bis hin zu den *vier Generationen* von Alten- und Pflegeheimen, welche bis heute als konzeptionelle Grundlage dienen. In einem Exkurs über die *Entwicklung weiterer sozialer Einrichtungen* werden Beispiele aufgeführt, die ebenfalls sozial orientierte Wohnformen für bestimmte Gesellschaftsgruppen aufzeigen. Diese waren und werden oftmals auch von der älteren Generation bewohnt. Das längere und aktivere Leben der Alten wird im Kapitel *Alternative Wohnformen* thematisiert. Neue Wohnmodelle, in denen nachbarschaftliche oder externe Unterstützung und Hilfe jederzeit in Anspruch genommen werden können, werten nicht nur die Lebensqualität auf, sondern ermöglichen den Alten bis zuletzt Selbstständigkeit und Eigenbestimmung. Diese Wohn- und Lebenskonzepte sollten somit als Grundlage für die Entwicklung künftiger Alten- und Pflegeheime dienen. Eine weitere wichtige Problematik ist die Einhaltung der *Richtlinien über barrierefreies Bauen*. Rechtliche Grundlagen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz werden aus diesem Grund vergleichend gegenüber gestellt. Bei all den genannten Themen spielen auch die finanziellen Aspekte (Träger, Kosten) eine tragende Rolle. Das Aufzeigen von drei *Beispielen gebauter Alten- und Pflegeheime* dient als letzte Hinführung zu dem Projektteil, in dem ein Konzept für ein gemeinschaftliches und integratives Alters- und Pflegezentrum ausgearbeitet wurde.

1 | In dieser Arbeit wird der Begriff *Alten- und Pflegeheim* verallgemeinernd für alle Einrichtungen, auch die früheren, dieser Art verwendet. Möglich wären z.B. auch *Seniorenheim* und *Seniorenresidenz*.

2 | Mit der *Gegenwart* ist in der Arbeit die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg gemeint.

3 | Vgl. Hinterlehner-Becker, 2011, 45.

4 | Vgl. Tietz-Strödel 1982, 10 f.

2. Historische Entwicklung von Alten- und Pflegeheimen

Alten- bzw. Pflegeheime¹ können auf eine lange historische Entwicklung zurück blicken. Das Wissen über die Geschichte ist grundlegend, um eine so komplexe Institution zu verstehen. Nicht nur die unterschiedlichen geographischen Gegebenheiten, sondern hauptsächlich die Entwicklung der Gesellschaft, die politischen Situationen und die Sozialpolitik sind Gründe für eine stetige Weiterentwicklung.

Schon seit dem frühen Mittelalter sind Institutionen, die speziell den alten und hilfsbedürftigen Bevölkerungsschichten diese besondere Form des Lebens ermöglichen, nachweisbar. Die Kontinuität der Entwicklung vom Mittelalter, über die Neuzeit, bis in die Gegenwart² wird in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt.

Seit dem 5. Jahrhundert existieren die ersten Vorläufer der jetzigen Alten- und Pflegeheime.³ Allgemeine Merkmale, wie die Separierung der älteren Bevölkerung, deren Verpflegung, Unterbringung und Versorgung, sind heute noch wesentliche Aspekte der Pflege. Jedoch wurde durch den gesellschaftlichen Wandel eine neue Qualität dieser Lebensform erreicht. Auch die öffentliche Wahrnehmung in Bezug auf den Umgang mit dem *Alter* hat sich seit dem Mittelalter grundlegend geändert. Damals wurde Alter meist mit Armut gleichgesetzt. Dabei wurde noch zwischen zwei Arten unterschieden: Die unverschuldet in Armut geratenen, sogenannte *Hausarme*, und die *Müßiggänger*, die aufgrund von Nichtstun ein Leben in Armut führten.⁴ In der Gegenwart bezieht sich das Alter auf den Lebensabschnitt nach dem Arbeitsalltag. Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind außerdem wesentliche Merkmale für den Einzug in Pflegeeinrichtungen. Dieser gesellschaftliche Wandel im Umgang mit dem Alter führte zu kontinuierlichen Modifikationen der Institutionen. Sie wurden der Gesellschaft und deren Bedürfnissen bzw. notwendigen Erfordernissen angepasst.

In der folgenden historischen Betrachtung der Alten- und Pflegeheime sollen die Aspekte des gesellschaftlichen Wandels in direktem Zusammenhang mit der Entwicklung der Institution dargestellt werden. Danach wird das Thema der Finanzierung und der Entwicklung zur Privatisierung aufgezeigt.

5 | Vgl. Keplinger.

6 | Hinterlehner-Becker 2011, 46.

7 | Vgl. Hampel 2006, 49.

8 | Vgl. Heinzlmann 2004, 14.

2.1 Von den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert

Die Anfänge - Hospize, Spitäler

Mit dem Beginn des 5. Jahrhunderts sind in den Klöstern die ersten Frühformen der späteren Hospize und Spitäler zu finden. Bedürftige und Hilfesuchende konnten für einen begrenzten Zeitraum unentgeltlich in speziellen Teilen einer Klosteranlage unterkommen, wobei es zwei Arten von Hilfsräumen gab:

- die Xenodochien und
- die Nosocomien.

Das Xenodoch(e)ion (griech.-lat.: xenos = Fremder, dechomai = aufnehmen) war die Fremdenherberge für Pilger und andere Reisende. Das Nosocomeion (griech.-lat.: nosos = Krankheit, komeô = pflegen) diente der Aufnahme und Versorgung der Armen, Alten, Kranken und Kinder. Die Versorgung der Hilfesuchenden bzw. -bedürftigen wurde von dem Pförtner übernommen, der meist ein Mönch der Klosteranlage war. Er war nicht nur für die Verteilung der Lebensmittel und die Versorgung der Kranken zuständig, primär bestand seine Aufgabe in der Entscheidung, welcher hilfesuchende Aspirant die Unterstützung des Klosters erfahren durfte und welcher nicht. Mit dem Eintritt in die Klosteranlage wurde über einen temporären Zeitraum hinweg für die Bedürftigen gesorgt.⁵ „Manchen Armen, Alten und Kranken [wurde die Aufnahme – Anm. d. Verf.] auf Dauer gewährt.“⁶

Etwa bis zum 11. Jahrhundert wandelten sich die sozialen Strukturen in der Bevölkerung, was auch Veränderungen in der Alten- und Armenfürsorge nach sich zog. In der Regel war, speziell in ländlichen Regionen, die Versorgung der Alten eine Familienangelegenheit. Wenn Angehörige aufgrund von Invalidität und Krankheit nicht mehr in der Lage waren Arbeit zu verrichten, sorgte die Großfamilie weiter für sie. Die Alten übernahmen dafür auch teilweise noch Hilfstätigkeiten im Haushalt, wie z.B. die Betreuung der Enkelkinder und die Haushaltsführung.⁷

Die Bereitschaft in den Mehrgenerationenhaushalten sich um die Alten zu kümmern, änderte sich mit dem zunehmenden Bevölkerungswachstum. Junge Familien siedelten aufgrund von besseren Arbeitsmöglichkeiten aus den ländlichen Regionen in die Städte ab. Durch diese starken Migrationsbewegungen kam es zu unzähligen neuen Stadtgründungen. Die älteren Angehörigen wurden in der Heimat zurück gelassen und die ursprüngliche Form der Großfamilie löste sich auf. Für die Alten kam zu der, meist durch Krankheit bereits bestehenden Erwerbsunfähigkeit, zusätzlich noch die neue familiäre Situation. Daraus resultierend entwickelte sich häufig Verarmung und Obdachlosigkeit. Aus diesem gesellschaftlichen Wandel heraus ist ebenfalls die damalige Definition von *Alter* zu verstehen. *Alt* war derjenige, der durch Krankheit und Invalidität seiner Arbeit nicht mehr nachgehen konnte und meist, durch fehlende familiäre Unterstützung, verarmt und auf (finanzielle und) soziale Hilfe angewiesen war.⁸

-
- 9** | Hinterlehner-Becker 2011, 46.
- 10** | Vgl. Heinzlmann 2004, 15.
- 11** | Siehe Kapitel 3.1.
- 12** | Heinzlmann 2004, 15.
- 13** | Gläubige, die nicht dem Klerus angehören.
- 14** | Hampel 2006, 51.
- 15** | Das Spätmittelalter bezeichnet die Zeitspanne von Mitte des 13. Jahrhunderts bis Anfang des 16. Jahrhunderts.
- 16** | Hampel 2006, 51.

Institutionalisierung vom Mittelalter bis zur Reformation - Armenhäuser, Stifte

Diese neue soziale Situation ließ immer mehr bedürftige Alte an den Pforten der Klosteranlagen um Aufnahme und Versorgung bitten. Die bisherige Herbergssituation erreichte aber bald ihre Kapazitäten. Es war notwendig die Anlagen um neue Räumlichkeiten und mehr Personal zu erweitern. „Ein Mönch war nun für die wohlhabenden Hilfe- und Herbergssuchenden, für diejenigen, welche mit dem Pferd kamen, zuständig. Einem weiteren Mönch, dem sogenannten Almossenier, oblag die Unterstützung und Betreuung der Armen, derjenigen welche zu Fuß kamen.“⁹ Die Entwicklung von Armenhäusern und Spitälern begann. Es war die *erste Wurzel* der heutigen Altenheime.

Die *zweite Wurzel* der Altenheime entwickelte sich parallel zu den Armenhäusern und Spitälern. Sie war eine zusätzliche Möglichkeit der Altersversorgung der Adelligen. Sie betraf meist jedoch Witwen und Nachgeborene, die durch fehlende Regelungen von der Unterstützung der Familie ausgeschlossen waren. Auch hier waren Kirchen und Klöster die Organisatoren der speziellen Institutionen.¹⁰ Gegen eine gewisse Entschädigung, die Pfründe, wurde der Einzug in Stifte¹¹ und Domkapitel ermöglicht. „Als Grundlage dieser Versorgungsform dienten die sogenannten Pfründnerverträge.“¹² Mit der Pfründe erkaufte sich die reichen Bürger eine qualitativ gute Unterkunft, Verpflegung und Pflege in gut ausgestatteten Stiftungshäusern. Diese sichere Versorgung der Vertragsinhaber bis an ihr Lebensende führte oftmals schon zum Eintritt in die Pfründe vor der altersbedingten Erwerbsunfähigkeit.

Das Stift ist die Frühform des heutigen Altenwohnheimes.

Säkularisierung im Spätmittelalter

Mit der zunehmenden Säkularisierung (Verweltlichung) entwickelten sich bereits seit dem 12. Jahrhundert neben den klerikalen, auch laikale¹³ Spitalsorden. Das waren „ritterliche und bürgerliche Orden wie die Johanniter oder der Orden vom Heiligen Geist. Diese unterhielten und verwalteten eigene Spitälern, die Pflegearbeit oblag nach wie vor dem Klerus.“¹⁴

Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung der Städte und dem damit verbundenen Aufstieg des Bürgertums im Spätmittelalter¹⁵, kam es zu einem starken Anstieg der Armut in der Bevölkerung. Der Bedarf an entsprechenden Versorgungsplätzen in Armenhäusern und Spitälern konnte nicht abgedeckt werden. Auch die frommen Spenden reichten nicht aus, um die kirchlichen Institutionen ausreichend zu unterstützen. Infolge der Institutionalisierung und dem gesellschaftlichen Wandel kam es zur vermehrten Säkularisierung der Armenhäuser, Spitälern und Stiftungen. Die Verwaltung, wie auch die vorherigen Aufgaben des Klerus, wurden von den Kommunen oder privatwirtschaftlichen Verbänden übernommen. Der daraus resultierende Ausbau des neuen Sozialwesens begann mit der „Vermischung von Armen-, Alten- und Krankenhäusern [...] außerhalb der Stadtmauern.“¹⁶ Durch die gesellschaftliche Entwicklung war jedoch eine Trennung und Unterscheidung „in unterstützungswürdige und

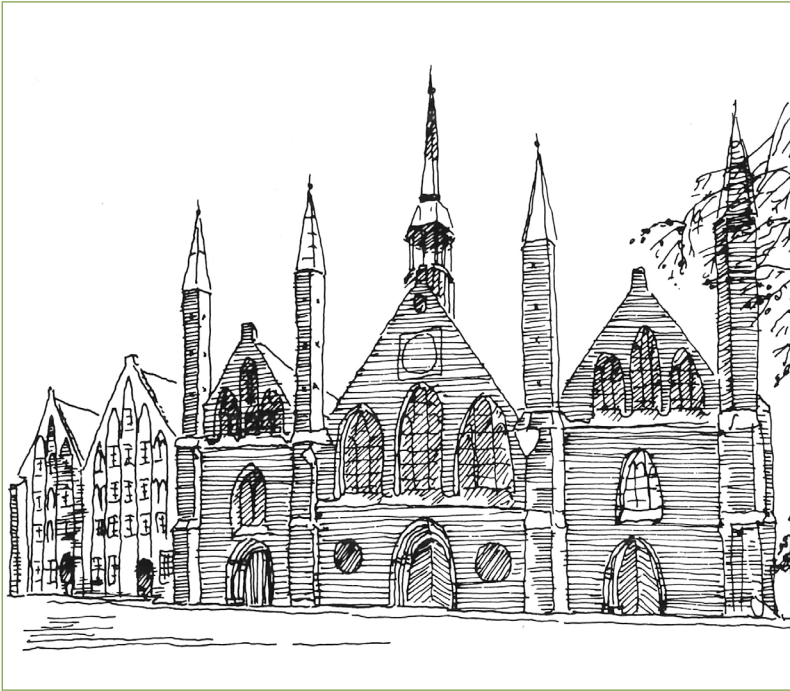


Abb. 1 | Heilig-Geist-Hospital in Lübeck

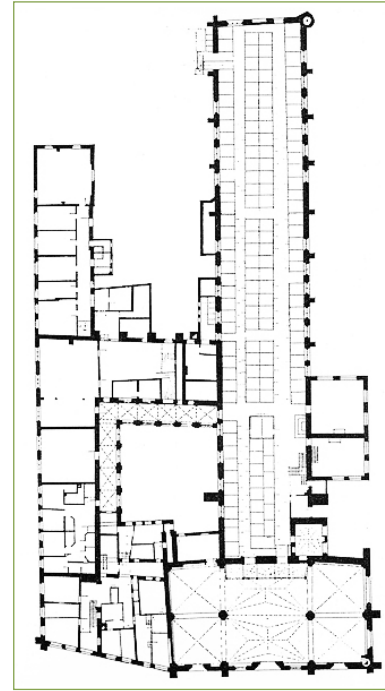


Abb. 2 | Grundriss



Abb. 3 | Langhaus mit Kabäuschen



Abb. 4 | 4m² kleines Kabäuschen

- 17** | Hinterlehner-Becker 2011, 51.
- 18** | Vgl. Hinterlehner-Becker 2001, 51; vgl. Hampel 2006, 51.
- 19** | Vgl. Knefelkamp, 178; vgl. Stiftungsverwaltung Lübeck.
- 20** | Die Unterbringung im Langen Haus kostete etwa 20-30 Mark, für eine Kammer im Haupthaus mussten 40 Mark gezahlt werden und die Wohnung, für die wohlhabenden Schichten in der Nähe vom Hospital, kostete ca. 200-300 Mark. (Vgl. Knefelkamp, 179.)
- 21** | Vgl. Knefelkamp, 178 f.
- 22** | Vgl. Hansestadt Lübeck.
- 23** | Vgl. Stiftungsverwaltung Lübeck.

nicht unterstützungswürdige Arme“¹⁷ notwendig. Aufgenommen wurden nur diejenigen, die das Heimatrecht besaßen und keine Schuld an ihrer Lebenssituation hatten, d.h. unterstützungswürdig sind. Somit fand eine erste Differenzierung der Bevölkerung statt.¹⁸

Beispiel des Heilig-Geist-Hospitals in Lübeck

Ein Beispiel für die Säkularisierung ist das Heilig-Geist-Hospital in Lübeck. Es wurde 1227 gegründet und nach einem Stadtbrand zwischen 1276 und 1286 wieder neu erbaut. Der Neubau fand, aufgrund von großer Sozialinitiative der reichen Lübecker Kaufleute, unter Obhut des städtischen Rates statt. Die Bischöfe wurden von der Aufsicht des Hospitals gelöst. In den Jahren 1517 und 1518 wurde die Verwaltung von den zwei ältesten Bürgermeisterern der Stadt übernommen. Das Heilig-Geist-Hospital wurde ein rein weltliches Altenheim. Mit der Übernahme durch die *Gemeinde Hansestadt Lübeck* verlor die Stiftung 1939 endgültig ihre Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.¹⁹

Seit der Gründung diente das Hospital als Versorgungsstätte für arme, kranke und andere hilfsbedürftige Menschen. Es bot Platz für über 100 Menschen. Im Jahr 1350 wurde ein zusätzliches Gasthaus errichtet, welches 130 weitere Herbergsplätze für die hohe Zahl der Pilger bot. Bis zur Zeit der Reformation war die Aufnahme der armen und kranken Leute kostenfrei und auf einen temporären Zeitraum begrenzt. Sie wurden in dem großen *Langen Haus*, dem Haupthaus, in vier Bettenreihen untergebracht. Der wohlhabenden Bevölkerung standen, gegen eine Gebühr, naheliegende Wohnungen zur Verfügung. Mit dem anhaltenden Geldmangel ab dem 16. Jahrhundert wurden auch im Heilig-Geist-Hospital Aufnahmegebühren²⁰ von den Hilfesuchenden verlangt. Dadurch reduzierte sich jedoch die Anzahl der aufgenommenen Bedürftigen. Das Heilig-Geist-Hospital in Lübeck war trotz der Gebühren keine Pfründneranstalt. Die *Pfründe*, die von den Bedürftigen bezahlt wurde, war viel zu gering.²¹

Im frühen 19. Jahrhundert, im Jahr 1820, wurden die freistehenden Bettenreihen entfernt und durch hölzerne, nach oben offene Kammern ersetzt, die sogenannten *Kabäuschen*. Diese 170 Plätze wurden bis zur vorübergehenden Schließung aufgrund eines Umbaus 1970 von den Bedürftigen bewohnt. Bis 1976 fand der Umbau zu einem „moderne[n] Altenheim mit 85 Betten in 81 Ein- und Zweibettzimmern“²² statt. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Stadt erstmals Betreiberin des Heimes.²³

Spezialisierung vom Spätmittelalter bis ins 19. Jahrhundert - Krankenhäuser, Waisenhäuser, Altenheime

Mit dem andauernden Prozess der Säkularisierung kam es zu einem Umdenken in der Gesellschaft. Die Sozialdisziplinierung stand im Mittelpunkt. Themen, wie Alter und Arbeit erhielten eine neue Wertigkeit und Bedeutung.



Abb. 5 | Gerietriezentrum Am Wienerwald



Abb. 6 | Gang



Abb. 7 | Schlafsaal

24 | Vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 57 ff.

25 | Vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 58 ff.

26 | Holzapfel 2010.

27 | Holzapfel 2010.

Das Leben in den Armenhäusern war mit Pflichten und Aufgaben verbunden, d.h. einerseits, dass sich die Bedürftigen ihre Unterbringung erarbeiten mussten. Von alten und kranken Leuten wurde eine gewisse Mithilfe als Gegenleistung zur Versorgung erwartet. Auf der anderen Seite war die Einhaltung der Hausordnung (Hygiene, Sauberkeit und Ordnung) für das Leben in den Heimen maßgeblich. Diese Veränderungen kamen mit der staatlichen Übernahme der Altenpflege einher. Die Kontrolle oblag nun der Regierung.²⁴

Die Zeit der Aufklärung brachte den Beginn der Aufspaltung der Armenhäuser in unterschiedliche Gruppen mit sich. Die durch Säkularisierung entstandene Vermischung von Armenhäusern, Spitälern und Stiften, fand aufgrund medizinischer und administrativer Fortschritte ein Ende. Als erste Ausdifferenzierung entstand das Krankenhaus. Es wurde wichtig, aus der großen Anzahl der *Armen* die *heilbar Kranken* zu differenzieren und in separate Einrichtungen zu verlegen, um die Entwicklung der medizinischen institutionellen Versorgung voran zu treiben. Die Unterteilung in unterschiedliche Gruppen verbesserte insofern die allgemeine gesundheitliche Versorgung, dass auf deren spezifische Ansprüche Rücksicht genommen werden konnte. Ein weiterer sozialer Aspekt der Trennung ist die Minimierung von Auseinandersetzungen zwischen den einzelnen Gruppen. Somit wurde die Multifunktionalität der Heime aufgelöst und verschiedene Arten von Einrichtungen entstanden, z.B. Waisenhäuser für Kinder und Jugendliche und Versorgungshäuser (später Armen-Pflegeanstalt bzw. Pflegeheim) für die Alten.²⁵

Beispiel des Pflegeheims in Lainz

Ein Beispiel für diese Phase der Entwicklung ist das Pflegeheim in Wien-Lainz *Am Wienerwald*. Der Bau der Anlage wurde, aufgrund mangelnder Pflegeplätze in der Stadt, im Jahr 1902 begonnen. Mit Baubeginn war eine Kapazität von ca. 2.000 Betten geplant, die auf „24 Objekte inkl. der 6 Pavillons“²⁶ aufgeteilt war. In dem Erweiterungsbau, mit dessen Errichtung bereits vor der Eröffnung begonnen wurde, waren zusätzliche zehn modern ausgestattete Pavillons eingeplant. Mit der Inbetriebnahme 1904 standen somit knapp 5.000 Betten für die Pflege bereit. Das Pavillon-System bot einen guten Rahmen zur Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Pflegegruppen. Anfangs gab es jedoch nur eine Unterteilung in Männer- und Frauenpavillons und zusätzlich ein *Isolierhaus*, das für kranke Menschen bestimmt war. Die Anlage bot aber nicht nur die Möglichkeit einer Ausdifferenzierung der einzelnen Gruppen, sondern vor allem eine hygienische Unterbringung der Patienten im Grünen, was zusätzlich gesundheitsfördernd war. In den 1920er Jahren kam es aufgrund einer neuen Reform durch die Stadtverwaltung zu einer Unterteilung der multifunktionalen Pavillons in *Krankenheime* und *Gesundenheime*. Bis in die 1930er Jahre hinein wurde die Kapazität der Krankenheime immer weiter erhöht. Knapp 3.000 Betten waren von Pflegebedürftigen im Spital belegt. Trotz moderner Standards wurden die Kranken größtenteils in Bettensälen mit etwa 16-30 Betten untergebracht. Die „ursprünglichen Heime [boten - Anm. d. Verf.] Zimmer mit einem bis acht Betten“²⁷. Erst Ende des 20. Jahrhunderts fand durch eine intensive Sanie-

28 | Vgl. Holzapfel 2010; vgl. Der Standard; vgl. Leeb 2009, 11 f.

29 | Vgl. Hampel 2006, 55; vgl. Heinzelmann 2004, 18.

30 | Heinzelmann 2004, 19.

31 | Vgl. Heinzelmann 2004, 19.

32 | Hinterlehner-Becker 2011, 61.

rung und den Umbau der gesamten Anlage eine Verringerung der Bettenanzahl statt. Es gab jetzt höchstens 4-Bett-Zimmer. Mit diesen Veränderungen wurde die Pflege und Versorgung an die neuen modernen Standards angepasst.²⁸

Versicherungsschutz im 19. Jahrhundert

Der medizinische Fortschritt, die dadurch gestiegene Lebenserwartung der Menschen und das starke Bevölkerungswachstum der vergangenen Jahrhunderte führten zu einem starken sozialen Wandel. Dadurch veränderten sich die Ansprüche an die Versorgung der alten pflegebedürftigen Generationen. Die Betreuung durch die Großfamilie in den ländlichen Regionen verlor weiterhin an Bedeutung, da die jungen Familien in die wirtschaftlich aufsteigenden Städte siedelten und die Alten in den Heimatdörfern zurück blieben. In den städtischen Regionen dagegen war das Fehlen von Versorgungsplätzen in den Heimen für eine Veränderung im Pflegesystem ausschlaggebend. Der Staat und die Regierung wurden aufgrund der Säkularisierung der Institutionen zum Handeln gezwungen. Es mussten neue Ansätze zum Thema Altersversorgung gefunden werden.

Bereits 1781 gab es in Österreich das erste private Pensionsgesetz. Preußen folgte 1854 mit dem ersten Rentensystem. Dieser Versicherungsschutz galt für staatlich Bedienstete und gewerbliche Arbeitnehmer im Falle von Invalidität sowie für Witwen und Waisen. Die unteren Bevölkerungsschichten waren von diesem Gesetz ausgeschlossen.²⁹ 1889 folgte dann „ein Gesetz zur Einführung einer Invaliditäts- und Altersversicherung [, welches - Anm. d. Verf.] alle Schichten der neuen Arbeiterschaft umfasste.“³⁰

Diese ersten Gesetze bewirkten auch eine Änderung der Definition von Alter. Durch die Versicherung hatte jeder ein Recht auf eine Rente. Die Altersgrenze wurde auf 70 Jahre festgelegt. Der Eintritt in das Rentenalter wurde somit zur neuen Definition von Alter, unabhängig von der physischen Kondition eines Menschen. Wer 70 Jahre alt war, wurde als *alt* bezeichnet. Erwerbsunfähigkeit und daraus resultierende Armut waren nicht mehr begriffsbestimmend. Eher wurde Alter jetzt mit Krankheit gleichgesetzt, da die alten (über 70-jährigen) Arbeitnehmer als nicht mehr geeignet für den Arbeitsprozess angesehen wurden.³¹

Die neue Altersgrenze führte auch im Betrieb von Alten- und Pflegeheimen zu Neuerungen. Die Bewohnergruppen beschränkten sich nun auf Menschen im Rentenversicherungsalter. Das geringe Einkommen der Rentner erleichterte zwar die wirtschaftliche Situation der Heime, brachte aber keine Verbesserungen für die Bewohner, speziell nicht im Unterbringungsstandard. Bedürftige Personen, die die Altersgrenze noch nicht erreicht hatten, wurden in separaten Einrichtungen untergebracht.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden die ersten neuen Heime für die spezielle Personengruppe der Rentner. Eine „Herauslösung der alten, pflegebedürftigen Menschen aus dem öffentlichen Armenwesen“³² fand statt. Die finanzielle Selbstständigkeit der Bewohner brachte, neben den traditionellen kirchlichen und kommunalen Trägern, vermehrt auch Privatinvestoren zum Bau von neuen Einrichtungen mit sich. Trotz der dadurch

- 33** | Vgl. Heinzelmann 2004, 20.
- 34** | Vgl. Hampel 2006, 57; vgl. Heinzelmann 2004, 21.
- 35** | Heinzelmann 2004, 21.
- 36** | Vgl. Lorenz 1994, 11 f.
- 37** | Hinterlehner-Becker 2011, 72.
- 38** | *Ballastexistenzen* waren meist altersschwache und -kranke Menschen in den Heimen, welche nicht mehr *des Lebens wert* waren. (Vgl. Heinzelmann 2004, 23.)
- 39** | Gemeint ist die Wiener Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof*. Nach Mende (1998, 9) diente der Steinhof nachweislich als „Zwischenstation im Rahmen der ‚Aktion T4‘“.
- 40** | Vgl. Hinterlehner Becker 2011, 72 f.

verbesserten Unterbringung in Mehrbettzimmern, statt in großen Bettensälen, wurde diese Art der Altersversorgung gemieden. Die minimale Versorgung, das strenge Personal und die Hausordnung mit all ihren Verpflichtungen sind nur einige Gründe für eine ablehnende Haltung der Bevölkerung.³³

Entwicklung bis 1945

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges entstand eine finanzielle Krise, welche ebenfalls Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Alten- und Pflegeheime hatte. Es existierte eine hohe Erwerbsunfähigkeit und die Inflation verschärfte die finanzielle Notsituation zusätzlich. Der Staat und die Kommunen propagierten und förderten daraufhin die Institution Altenheim. Auch boten die sogenannten *Anstalten* viele ökonomische Vorteile für die öffentliche Hand. Nicht nur eine normierte Ausstattung und standardisierte Verpflegung waren eine sehr kostensparende Methode des Wohnens, sondern es bestand auch die Möglichkeit zur Bekämpfung der Wohnungsnot. Alte, oftmals alleinstehende Menschen, sollten aus den zu großen Wohnungen ausziehen, die dadurch für andere Leute zur Verfügung standen. Trotz all der Vorteile, auch für die *Insassen*, mied ein Großteil der alten Bevölkerung diese Anstalten. Gründe hierfür waren eine zu geringe Versorgung und Pflege im Zusammenhang mit untersten Wohnstandards und strengen Hausordnungen.³⁴

Als Gegenentwicklung zu den Anstalten entwickelten sich in den 1920er Jahren sogenannte Musteranlagen. Sie wurden von kommunalen oder kirchlichen Trägern organisiert. Im Gegensatz zu den Anstalten boten sie den Bewohnern eine größere Selbstbestimmung in der Lebensführung durch einen Unterbringungsstandard, der dem der gehobenen Gesellschaftsschichten entsprach. So gab es „eine eigene kleine Kammer mit Waschgelegenheit, sowie Zentralheizung, Aufzüge und Großküchen.“³⁵

Eine andere Parallelentwicklung war die Gründung von sogenannten *Hauspflegediensten*. Sie zeigten die ersten Ansätze von betreuten Wohnformen. Altenwohngemeinschaften, eingerichtet durch die Jüdische Wohlfahrtspflege, und die *Alte-Leute-Häuser* in England, die jedoch nur über einen Hausmeisterdienst verfügten, sind Beispiele für diese Entwicklung.³⁶

Im Nationalsozialismus und mit dem Kriegsbeginn 1939 kam die Altenpflege fast völlig zum Erliegen. Grund war das Euthanasieprogramm *Aktion T4* der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP). Es ermöglichte eine offizielle und kontinuierliche Selektion und Vernichtung von „Ballastexistenzen“^{37, 38}

Das bereits erwähnte Pflegeheim in Lainz war eines von vielen, deren Bewohner der Aktion T4 zum Opfer fielen. Nachweislich wurden mindestens 346 Menschen über den Steinhof³⁹ in die Tötungsanstalt nach Hartheim deportiert und dort getötet. Die exakte Anzahl der überführten Pfleglinge ist jedoch nicht bekannt.⁴⁰

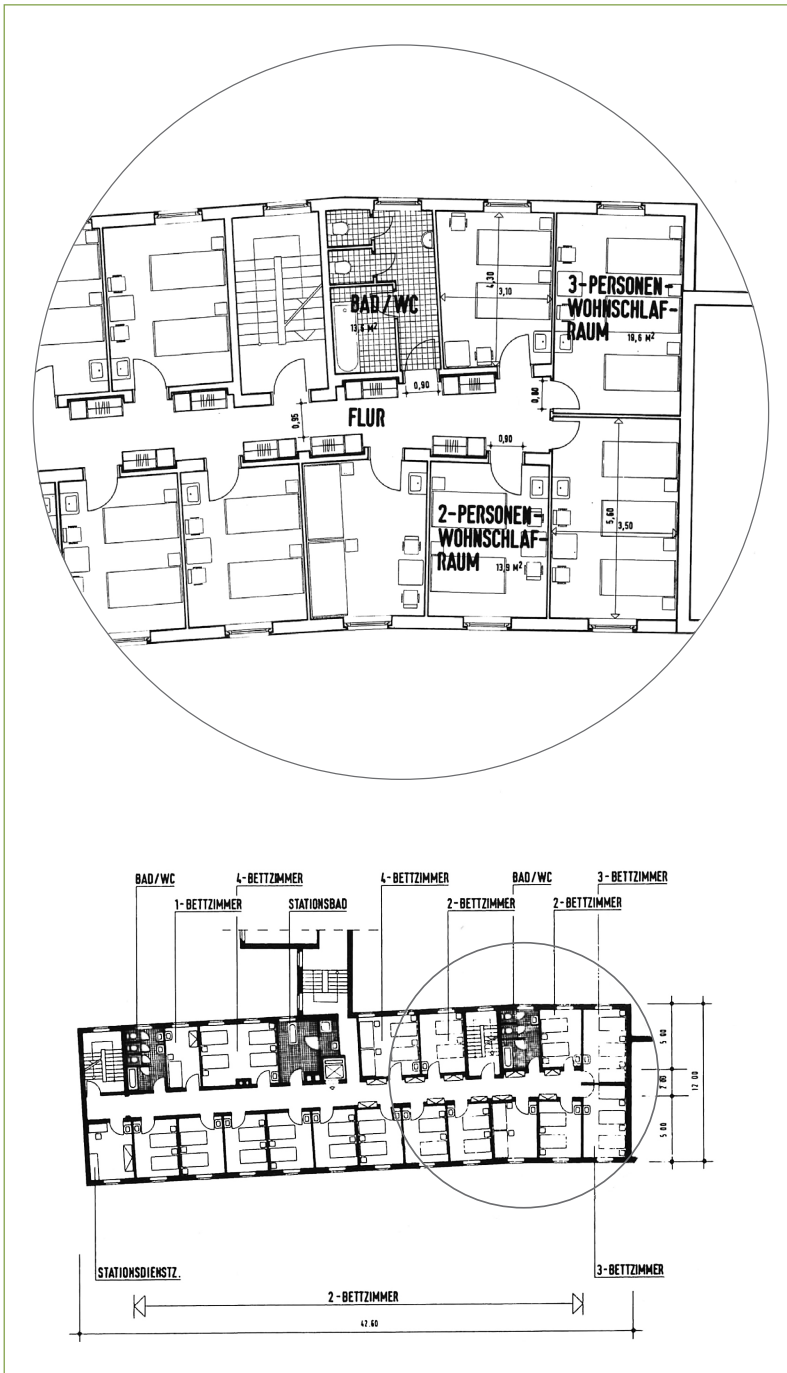


Abb. 8 | Erste Generation der Alten- und Pflegeheime

41 | Vgl. Hinterlehenr-Becker 2011, 76.

42 | Hinterlehenr-Becker 2011, 77.

43 | Lorenz 1994, 12.

44 | Vgl. Lorenz 1994, 12; vgl. Hinterlehenr-Becker 2011, 80 ff.

45 | „Eine totale Institution läßt [sic!] sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen. (Goffman 1973, 11.)

Nach dem offiziellen Abbruch des Euthanasieprogrammes wurde von der Regierung mit weiteren inoffiziellen Programmen, wie z.B. *Aktion Brandt* oder *Wilde Euthanasie*, weiter *lebensunwertes Leben* vernichtet. Das systematische Morden wurde von nun an durch Nahrungsentzug oder Medikamentenüberdosen bestimmt.⁴¹ „Das Altenheim war längst zum Synonym der Vernichtung geworden.“⁴²

2.2 Entwicklung ab 1945

Unter den Folgen der Nachkriegszeit litten auch die Alten- und Pflegeheime. Sie kämpften mit der Knappheit an Lebensmitteln und massiven Einschränkungen in der materiellen Versorgung. Die Notwendigkeit der Existenz einer solchen Institution wurde jedoch nicht in Frage gestellt. Dem weiterhin steigenden Bedarf von Alten- und Pflegeheimen wurde in Form von zahlreichen Neubauten außerhalb der Stadtzentren Rechnung getragen. *Masse statt Qualität* und Komfort ließ viele unpersönliche, kasernenartige Anlagen entstehen.⁴³

Bis ins 21. Jahrhundert hinein können vier Generationen von Altenpflegeheimen unterschieden werden, welche in den folgenden Kapiteln kurz erläutert werden.

Die erste Generation

Die erste Generation der Alten- und Pflegeheime gab es bis zum Anfang der 1960er Jahre. Der Begriff *Verwahranstalten* beschreibt jedoch eindeutiger als der eigentliche Begriff des *Alten- und Pflegeheims* die Konzeption dieser Institution. Sie war gekennzeichnet durch einen minimalen Standard aufgrund mangelnder finanzieller und wirtschaftlicher Mittel. Auch der anhaltend hohe Bedarf an Pflegeplätzen, welcher aus steigenden Bevölkerungszahlen resultierte, war ein Grund für den Minimalstandard der Anstalten.

Für die *Insassen* äußerte sich das hauptsächlich durch die nicht existente Pflege(möglichkeit), aber auch durch die Verwahrung in viel zu kleinen und engen Räumlichkeiten. Es standen lediglich Mehrbettzimmer, meist Zwei- bis Vier-Bett-Zimmer, zur Verfügung, in denen aufgrund von zu beengten Platzverhältnissen nicht einmal eigene Möbel mitgebracht werden konnten. Die Sanitäreinrichtungen befanden sich in den schmalen, dunklen Gängen und mussten meist von ca. zehn Insassen geteilt werden. Gemeinschaftsräume fehlten genauso, wie ein klares Wohn- und Pflegekonzept. Es gab lediglich einen Schlaf- und Essplatz. Jeder Bewohner hatte 12-15m² Gesamtgeschossfläche bzw. 6-7m² Schlafräumfläche zur Verfügung.⁴⁴

Nach Erving Goffman sei diese Art der Altenpflegeheime mit einer „totalen Institution“⁴⁵ vergleichbar. Sie besagt die strikte Trennung zwischen der großen Gruppe der Insassen und der, im Vergleich kleinen Gruppe von Aufsichtspersonal. Das zeichne sich ebenso in der Trennung der einzelnen Lebensbereiche ab, wie z.B.

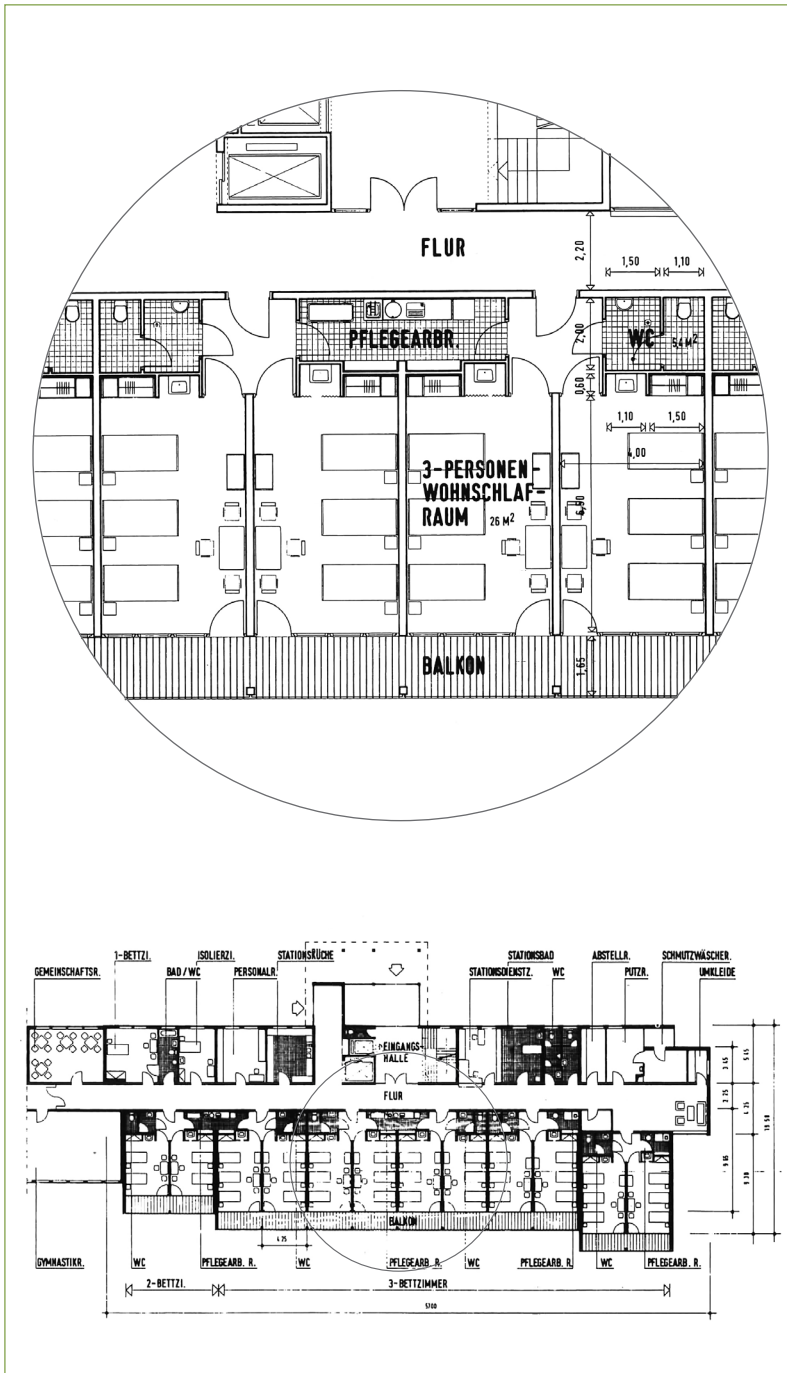


Abb. 9 | Zweite Generation der Alten- und Pflegeheime

46 | Vgl. Goffman 1973, 18 f.

47 | Vgl. Lorenz 1994, 12; vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 82 ff.

48 | Lorenz 1994, 13.

49 | Lorenz 1994, 13.

Schlafen und Arbeiten. Aus dieser Separierung resultierend entstand eine hierarchische Gliederung innerhalb der Institution: Die Pflegenden stellten Regeln auf, die die Insassen einhalten mussten. Dafür war eine strenge Überwachung nötig.⁴⁶

Die zweite Generation

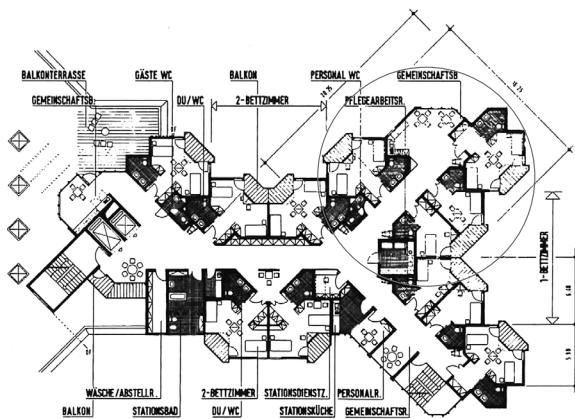
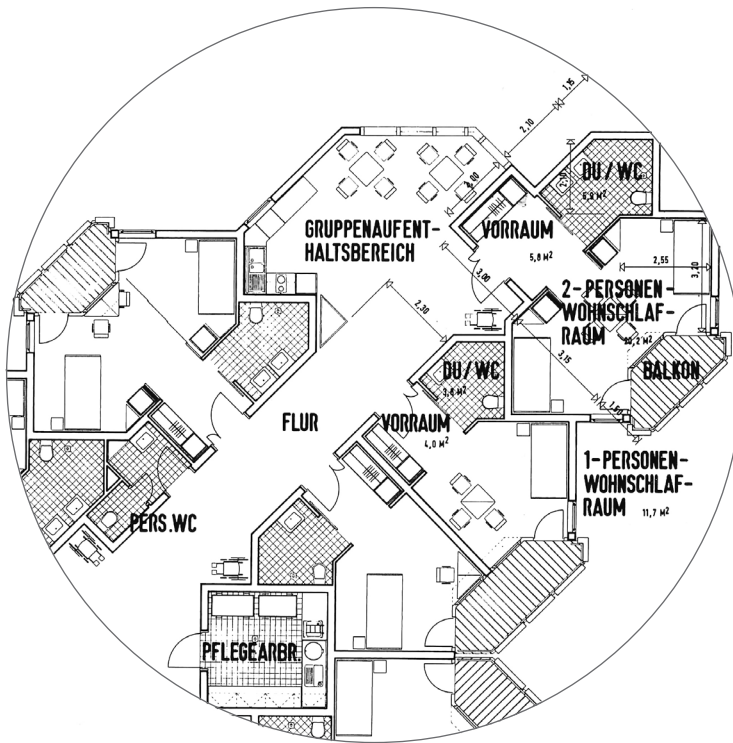
Die zweite Generation der Alten- und Pflegeheime gab es von den 1960er bis in die 1970er Jahre. Aufgrund der mangelnden Pflege der ersten Generation, orientierte sich diese Generation am Krankenhaus. Der Schwerpunkt lag nun in der Pflege der *Patienten*. Dafür wurden spezielle Räumlichkeiten, teilweise ungemütliche Kellerräume, mit guter technischer Ausstattung eingerichtet. Der Pflegeablauf änderte sich ebenfalls aufgrund vorhandener Räumlichkeiten. Patienten wurden außerdem nach ihren Bedürfnissen in unterschiedliche Pflegestationen eingeteilt und entsprechend behandelt. Neue Technik und Pflege(organisation) waren die beherrschenden Elemente in den Einrichtungen.

Ein Wohnkonzept war weiterhin nicht erkennbar, trotz größerer bzw. einer größeren Anzahl an Sanitarräumen und dem Versuch, Gemeinschaftsräume zu etablieren. Die Patienten lebten weiterhin in stereotypen Zwei- bis Drei-Bett-Zimmern. Jeder Bewohner hatte 25-30m² Gesamtgeschossfläche bzw. 9-11m² Schlafräumfläche zur Verfügung.⁴⁷

Eine Parallelentwicklung brachte die sogenannten *Dreistufenheime* hervor. Es handelte sich hierbei um eine dreistufige Staffelung des Wohn- und Pflegeangebots: „selbstständige Altenwohnung[...], Altenwohnheim und Pflegeheim.“⁴⁸ Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit konnte der Bewohner in der gewohnten Umgebung bleiben und musste nur in die nächste Stufe der Pflege umsiedeln. Ein Nachteil dieser Entwicklung ließ sich jedoch darin erkennen, dass diese Art des Gemeinschaftslebens zu einer „Ghettobildung“⁴⁹ führte. Durch die homogene Bewohnergruppe fand keine Eingliederung in andere, umgebende Bevölkerungsgruppen statt.

Die dritte Generation

Die dritte Generation der Alten- und Pflegeheime gab es von den 1980er bis in die 1990er Jahre. Der größte Fortschritt dieser Generation war die Berücksichtigung der Bedürfnisse der *Bewohner*. Die Pflege wurde auf das Notwendige reduziert. Im Mittelpunkt stand das Wohnen. Der Individualbereich der Bewohner bot nun mehr Privatsphäre. Es gab Ein- bis Zwei-Bett-Zimmer, in denen eigene Möbel und private Gegenstände aufgestellt werden konnten. Außerdem wurden die zentralen Sanitärbereiche von eigenen Nasszellen in jedem Appartement abgelöst. Somit hatten die Bewohner großzügige Apartments mit Vorraum, Dusche/WC, Wohn- und Schlafräum zur Verfügung. Auch für die Pflege in dem eigenen Appartement war ausreichend Platz vorhanden. Zu den größeren Privaträumen kamen Gemeinschaftsbereiche in den einzelnen Wohngruppen hinzu, welche die



50 | Vgl. Lorenz 1994, 13; vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 86 ff.

51 | Siehe Kapitel 4.3.

52 | Vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 88 ff.

53 | Vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 96.

54 | Hinterlehner-Becker 2011, 97.

55 | Vgl. BMASK 2009, 70, 77.

Abb. 10 | Dritte Generation der Alten- und Pflegeheime

Kommunikation untereinander stärkten. Jeder Bewohner hatte 35-45m² Gesamtgeschossfläche bzw. 13-18m² Schlafräumfläche zur Verfügung.⁵⁰

Die vierte Generation

Die vierte Generation der Alten- und Pflegeheime gibt es seit den 1990er Jahren. Sie orientiert sich an dem Konzept der *Hausgemeinschaft*⁵¹. Das *normale Alltagsleben* solle den Grundsatz des Wohnens beherrschen. Die Gemeinschaft besteht meist aus sechs bis acht pflegebedürftigen Bewohnern, die sich eine Wohnung teilen. Jeder hat seinen Rückzugsraum mit eigener Nasszelle. Die Zimmer können mit persönlichen Gegenständen und Möbeln ausgestattet werden. Das schafft, speziell in dieser Lebensphase, Geborgenheit und Vertrautheit. Großzügige Gemeinschaftsbereiche, wie Küche, Wohn- und Essbereich, bringen Normalität und Kommunikation in die Wohnung. Die Küche bildet dabei das Zentrum. Die Pflege spielt in dieser Generation nur eine untergeordnete Rolle. Eine Pflegefachkraft ist täglich in der Wohngemeinschaft, um die Bewohner in ihrem Alltag zu unterstützen. Strikte Pflegeabläufe, die in den vorherigen Generationen der Alten- und Pflegeheime üblich waren, gibt es hier nicht mehr. Die Pflege und Betreuung wird dem Alltag der jeweiligen Bewohner angepasst. Es gibt z.B. keine festen Wasch- und Essenszeiten. Das selbstbestimmte Leben und der individualisierte Alltag sind Hauptmerkmale der Hausgemeinschaft.⁵²

Wirtschaftlich betrachtet, unterscheiden sich die Hausgemeinschaften von den vorherigen Generationen. Sie sind selbsttragend und befinden sich in enger Zusammenarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen für alte Menschen, z.B. betreuten Wohnungen und Pflegeheimen. Aber auch mobile Pflegedienste können die Bewohner der Hausgemeinschaften in ihrem Alltag unterstützen. Eine bessere Organisation und ein geringerer Betreuungsaufwand bringen finanziell eine größere Unabhängigkeit mit sich.⁵³

Obwohl die neue Flexibilität und Individualisierung mehr Lebensqualität versprechen kann, hat dieses Modell lediglich Modellcharakter. Die Funktionspflege, die z.B. die dritte Generation der Alten- und Pflegeheime bietet, ist weiterhin das bestimmende Pflegesystem für alte Menschen. „Als Parallelentwicklung dazu [den Hausgemeinschaften - Anm. d. Verf.] können Konzepte der Kurzzeitpflege und Tagespflege angesehen werden“⁵⁴.

Heutige Alten- und Pflegeheime

Gegenwärtige Studien zeigen, dass das Leben in Alten- und Pflegeheimen durch pflegebedürftige Menschen bestimmt wird. Im Durchschnitt sind diese bei ihrem Einzug bereits über 80 Jahre alt, was der Lebensphase der Hochaltrigkeit entspricht. Bis dahin bevorzugen etwa drei Viertel der alten Menschen in ihren eigenen Häusern und Wohnungen, teils mit Unterstützung und Hilfe zu leben.⁵⁵

In Deutschland werden ca. 31% der Pflegebedürftigen in Alten- und Pflegeheimen versorgt. Von den 65- bis 69-jährigen entspricht dies nicht einmal einem Anteil von 25%, bei den über 90-jährigen allerdings schon fast

		2003	2005	2007	2009	2011	2013
60-64 Jahre	Gesamt	85.988	74.208	69.533	71.370	85.761	95.262
	Altenheim	19.081	16.785	15.427	15.906	18.777	20.966
65-69 Jahre	Gesamt	132.517	137.818	139.237	129.687	114.504	117.682
	Altenheim	30.271	32.940	33.258	31.082	26.312	26.333
70-74 Jahre	Gesamt	177.959	184.954	204.522	224.803	238.982	233.249
	Altenheim	41.000	44.175	49.434	56.187	58.451	56.352
75-79 Jahre	Gesamt	287.339	293.027	303.446	306.923	337.058	380.906
	Altenheim	78.028	80.107	80.535	82.554	88.296	99.106
80-84 Jahre	Gesamt	426.873	437.640	438.738	460.129	484.818	482.827
	Altenheim	141.119	148.456	142.434	146.638	146.113	141.297
85-89 Jahre	Gesamt	309.601	333.741	447.304	509.383	522.001	538.799
	Altenheim	121.775	131.204	174.131	200.356	195.210	193.792
90-94 Jahre	Gesamt	276.486	273.400	225.238	203.723	287.274	343.437
	Altenheim	122.954	126.173	104.549	92.806	125.642	150.783
über 95 Jahre	Gesamt	78.912	90.663	102.819	109.426	94.637	76.434
	Altenheim	40.579	47.285	53.846	57.437	49.951	40.104

Tab. 1 | Pflegebedürftige in Deutschland insgesamt und in Altenheimen 2003 - 2013

56 | Vgl. Becker/Cachola Schmal/Haas 2013, 31f.

57 | BMASK 2009, 77.

58 | Vgl. Rühm 2003, 27.

59 | Es gab z.B. Bauern, Bäcker, Schmiede, Tischler, Krankenpfleger und Metzger (Vgl. Planet Wissen.)

60 | Vgl. Aigner 2015, 141; vgl. Planet Wissen.

61 | Vgl. Nagl 2013, 156-159.

die Hälfte. In den vergangenen Jahren war der Trend einer ansteigenden Bewohnerzahl in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu bemerken. Grund dafür ist u.a. der demographische Wandel. Dennoch ist eine Tendenz zum Leben in den eigenen vier Wänden und anderen alternativen Wohnformen im Alter stark zu spüren.⁵⁶

Das Leben in Alten- und Pflegeheimen zeichnet sich durch eine Rundum-Versorgung aus. Es sind „hauswirtschaftliche Betreuung als auch [...] therapeutische, medizinische und kulturelle Angebot[e]“⁵⁷ gegeben. Die Bewohner können das Miteinander mit Gleichaltrigen genießen und nach individueller Verfassung weitgehend selbstbestimmt Wohnen. Eigene Appartements mit kleinem Duschbad, wie oben bereits beschrieben, sind nach den Regelungen der Heimgesetze ausgeführt. Somit ist ein gewisser Standard in den Heimen vorzufinden. Eine ebenfalls häufig vorkommende Form sind Altenwohnheime. Im Vergleich zu reinen Pflegeheimen liegt ihr Schwerpunkt auf dem Zusammenleben von pflegebedürftigen und rüstigen Menschen, welche in unterschiedlichen Wohngruppen untergebracht sind. Hier steht den Bewohnern meist nur ein Appartement statt einer eigenen kleinen Wohnung zur Verfügung. Dennoch bieten Gemeinschaftsbereiche Raum für Kommunikation und Empfang von Besuch. Nach heutigem Ermessen herrscht eine gute Betreuung der pflegebedürftigen und die weitere Aktivierung der noch rüstigen Bewohner vor.⁵⁸

2.3 Entwicklung der Finanzierung

Wie die Entwicklung der Alten- und Pflegeheime durch unterschiedliche soziale Aspekte vorangetrieben wurde, hat sich auch die Art der Finanzierung und Organisation parallel dazu verändert.

Die ersten Formen der Alten- und Pflegeheime sind in Klosteranlagen nachweisbar. Klöster wurden zu dieser Zeit oftmals durch Schenkungen, die von reichen Mitbürgern bzw. Mitgliedern des Klosters kamen, finanziert. In Form von übertragenem Grundbesitz gelangten die Klosteranlagen zu großem Eigentum an Ländereien. Diese wurden z.B. durch Forstarbeit bewirtschaftet und verhalfen dem Kloster zu wirtschaftlicher Unabhängigkeit. Anfallende Arbeiten wurden von Bewohnern des Klosters durchgeführt, die die verschiedensten Berufe⁵⁹ ausübten. Je nach Beruf wurden die Aufgaben innerhalb der Anlage aufgeteilt. Diese Eigenständigkeit machte Klöster unabhängig von Steuern und der Versorgung durch die Bevölkerung.⁶⁰

Die bereits erwähnten Migrationsbewegungen und die daraus resultierende, steigende Zahl Hilfsbedürftiger erforderte mehr Pflegeplätze. Eine Ausbreitung von Spitälern und Armenhäusern brachte neue Finanzierungssituationen der Institution mit sich. Armenhäuser waren auf Spenden und Zuschüsse von wohlhabenden Bevölkerungsschichten, Stadt und Kirche angewiesen.⁶¹ Spitäler hingegen waren karitative Einrichtungen mit

- 62** | Wikipedia - Hospitalstiftung.
- 63** | Vgl. Stiftungsverwaltung Lübeck.
- 64** | Vgl. F. A. Brockhaus 1911, 768.
- 65** | vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 62.
- 66** | Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen in Österreich, teils am speziellen Beispiel der Steiermark. Vergleichende Aussagen zu der Entwicklung in Deutschland können auch getroffen werden.
- 67** | Müller/Theurl 2014, 122 f.
- 68** | Vgl. Müller/Theurl 2014, 122 f.
- 69** | Pflegeheime bieten nur Pflege- und keine Wohnplätze für die Bedürftigen.
- 70** | Altenheime dagegen bieten den Bewohnern nur Wohn- und keine Pflegeplätze.
- 71** | Als Mischform sind die Alten- und Pflegeheime zu betrachten. Sie bieten die Möglichkeit von Wohnplätzen mit zusätzlicher Pflege bei entsprechender Bedürftigkeit.
- 72** | Als Sozialhilfverband wird der Pflichtzweckverband der Gemeinden bezeichnet, die einen politischen Bezirk führen. Sie sind Betreiber von Alten- und Pflegeheimen sowie Kostenträger zahlreicher Sozialleistungen, z.B. der Sozialhilfe und des Landespflegegeldes. Diese Sozialleistungen werden jedoch zu 40% von den Sozialhilfverbänden und zu 60% vom Land Steiermark getragen. (Vgl. Quantum 2007, 37.)

kirchlichem Charakter (Spitalsorden). Oftmals wurden sie „von Edelleuten oder begüterten Bürgern gestiftet, die sich damit ewiges Seelenheil nach ihrem Tode sichern wollten.“⁶² Damit handelte es sich um gemeinnützige Institutionen. Gewidmet wurden sie z.B dem Heiligen Geist, wie das bereits erwähnte Heilig-Geist-Hospital in Lübeck, welches nach einem Stadtbrand mithilfe einer Stiftung der reichen und wohlhabenden Bevölkerung wieder aufgebaut wurde. Danach ging es in die Obhut des Stadtrates über.⁶³

Stifte, die zweite Wurzel der Altenheime, in die sich reiche Bürger durch Pfründnerverträge einkaufen konnten, sind ebenfalls Einrichtungen, welche durch das Vermögen von Adelsfamilien oder Herzögen errichtet wurden. Die Gebäude dienten einem bestimmten religiösen Zweck und wurden, nachdem sie gestiftet waren, den Geistlichen übergeben. Es handelte sich oftmals um Klosteranlagen. Die Pfründe, die teilweise gezahlt werden musste, ging in das kirchliche Vermögen über.⁶⁴

Ende des 19. Jahrhunderts veranlasste die Einführung des Versicherungsschutzes Privatinvestoren zum Bau von Alten- und Pflegeheimen, aufgrund der (zwar geringen, aber vorhandenen) finanziellen Eigenständigkeit der Bewohner. Kennzeichnend für diese Entwicklung waren kostengünstige und nach Minimalstandard gebaute Heime an den Stadträndern. Die Hilfebedürftigen sollten von der übrigen Bevölkerung separiert werden, da sie als eine Belastung betrachtet wurden.⁶⁵

Gegenwärtige Finanzierungssituation⁶⁶

Im 20. Jahrhundert änderte sich die finanzielle Situation von Alten- und Pflegeheimen grundsätzlich.

Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts war die Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen eine gemeinsame Angelegenheit von öffentlichen und privaten Trägern. Ein Grund dafür ist u.a. in „der historischen Entwicklung der Armenfürsorge“⁶⁷ zu finden. Die Transformation der Sozialhilfe zum allgemeinen Absicherungssystem und das 1993 eingeführte Pflegegeld brachte die Auflösung der Finanzierungspartnerschaft *Öffentlich/Privat*. Diese neue dezentrale Steuerung des Gesundheitswesens, welche auf Bundesländerebene stattfand, wurde zum Leitbild der weiteren Entwicklung der Trägerlandschaft von Alten- und Pflegeheimen.⁶⁸

Die Spezifikation von Pflegeheimen⁶⁹, Altenheimen⁷⁰ und Alten- und Pflegeheimen⁷¹ brachte auch eine Unterteilung in verschiedene Träger, z.B. Länder, Kuratorien, Gemeinden, Verbände, Wohlfahrt bzw. Kirche und Institutionen bzw. Privatpersonen. Die zahlreichen Träger kennzeichnen sich durch unterschiedliche Finanzierungssysteme, welche sich grob in der Nutzung von öffentlichen und privaten Geldern unterscheiden lassen. Es kristallisieren sich drei Eigentümerstrukturen von Alten- und Pflegeheimen heraus:

- Öffentliche Heime
- Private Non-Profit-Heime
- Private Pro-Profit-Heime.

Heime, die durch öffentliche Mittel finanziert werden, haben Länder, Gemeinden oder Sozialhilfeverbände⁷² als

Stufe	Monatliche Höhe des Pflegegeldes	Durchschnittlicher monatlicher Pflegebedarf mehr als
1	157,30 €	65 Stunden
2	290,-- €	95 Stunden
3	451,80 €	120 Stunden
4	677,60 €	160 Stunden
5	920,30 €	180 Stunden*
6	1.285,20 €	180 Stunden**
7	1.688,90 €	180 Stunden***

Tab. 2 | Ausmaß des Pflegegeldes 2016

* „Ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand (dauernde Bereitschaft) ist erforderlich.“⁷⁹

** „Bei Tag und Nacht sind zeitlich nicht planbare Betreuungsmaßnahmen oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson nötig.“⁷⁹

*** „Zielgerichtete Bewegungen der Arme und Beine mit funktioneller Umsetzung sind nicht möglich oder gleich zu achtender Zustand liegt vor.“⁷⁹

73 | Schmid 2002, 9.

74 | Vgl. Schmid 2002, 6-9.

75 | Schmid 2002, 9.

76 | Vgl. Schmid 2002, 6, 9.

77 | Schmid 2002, 6, 9 f.

78 | Pensionsversicherungsanstalt 2016, 1.

79 | Pensionsversicherungsanstalt 2016, 4.

Träger und werden allein durch deren Gelder und Beitragszahlungen der Bewohner finanziert. Bei der direkten öffentlichen Finanzierung kommen die notwendigen Gelder aus den „Sozialhilfe- und Gesundheitsbudgets der Länder. [...] Öffentliche Heimträger [sind - Anm. d. Verf.] mit dem Öffentlichen Kostenträger ident“⁷³ In diesem Fall handelt es sich um sogenannte Landesheime. Eine Mischfinanzierung, wobei das Land einen Kostenanteil übernimmt und die Bewohner über ihre Beiträge (Pflegegeld, Pension) weitere Kosten mitfinanzieren, kommt meist bei Öffentlichen Heimträgern (z.B. Landesheimen) vor, welche mit dem Öffentlichen Kostenträger (z.B. dem Sozialhilfverband) nicht übereinstimmen.⁷⁴

Die Non-Profit-Heime werden von privaten Trägern, z.B. der Wohlfahrt, der Kirche oder sozialen Vereinen geführt. Sie zeichnen sich durch eine gemeinnützige Organisation aus. Finanziert werden sie hauptsächlich „über einen Subventionsvertrag mit der Öffentlichen Hand (in der Regel der Sozialhilfeträger)“⁷⁵. Dabei wird zwischen indirekten (bewohnerbezogenen) und direkten (heimbezogenen) Subventionen unterschieden. Die übrigen Gelder werden von den Bewohnern privat übernommen, in Form von Pflegegeldern, Pensionen oder der Sozialhilfe. Dieses Finanzierungsmodell wird auch als *geteilte Finanzierung* bezeichnet.⁷⁶

Die letzte Kategorie der privaten Pro-Profit-Heime befindet sich in einer gewinnorientierten Trägerschaft von Gesellschaften oder Privatpersonen. Auch hier ist eine geteilte Finanzierung möglich. Jedoch gibt es noch eine weitere Finanzierungsform: Die *reine Privatfinanzierung*, welche allein durch die Bewohner und deren Versicherungen abgedeckt wird. Diese Heime verfügen oftmals nicht über Verträge mit Sozialhilfeträgern, wodurch keine finanzielle Unterstützung für die Bewohner gewährleistet werden kann. Wenn jedoch Verträge bestehen, kann eine geringe Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger möglich sein.⁷⁷

Die Kosten, welche die Bewohner als Beitrag für ihren Aufenthalt in Alten- und Pflegeheimen leisten müssen, setzen sich aus drei verschiedenen Mitteln zusammen:

- den Pensionen
- dem Privatvermögen
- und dem Pflegegeld.

Das Pflegegeld, welches 1993 bundesgesetzlich in Kraft getreten ist, brachte eine neue Struktur und Ordnung in die Pflegevorsorge Österreichs. Die finanzielle Unterstützung trägt zu einem selbstständigeren Leben der Pflegegeldempfänger bei, da „die notwendige Betreuung und Hilfe“⁷⁸ leistbar geworden ist. Gemäß den sieben Pflegestufen (vgl. Tabelle 2) wird die Höhe der monatlichen Unterstützung, je nach Pflegebedarf berechnet. Diese ist einkommens- und vermögensunabhängig.

Die Auszahlung des Pflegegeldes findet über die Bundesebene statt. Bis Ende 2011 hatten auch die einzelnen Bundesländer eigene Landespflegegeldgesetze. Diese wurden jedoch zum 01.01.2012 aufgehoben. Somit fiel

Jahr	Bundespflegegeld		Landespflegegeld	
	Österreich	Steiermark	Österreich	Steiermark
2004	317.324	52.642	58.685	9.506
2005	320.266	53.171	59.533	9.580
2006	334.162	56.155	60.971	10.268
2007	347.805	58.277	62.411	10.508
2008	355.094	59.890	64.936	10.684
2009	362.116	61.442	68.070	10.985
2010	369.172	62.569	70.632	11.305
2011	367.570	62.462	71.053	11.330
2012	444.125	75.762	Das Landespflegegeldgesetz wurde mit dem 31.12.2011 aufgehoben.	
2013	450.699	78.051		
2014	457.058	79.758		

Tab. 3 | Personen mit Bezug von Bundes- und Landespflegegeld 2000 - 2014

Jahr	Privathaushalt	Altenwohn- und Pflegeheim
2000	5.361	5.338
2001	5.010	5.440
2002	5.120	5.648
2003	3.990	5.769
2004	4.600	5.807
2005	4.090	6.165
2006	12.082	6.470
2007	14.472	9.244
2008	13.716	10.207
2009	15.552	10.059
2010	13.384	10.989

Tab. 4 | Personen mit Bezug von Sozialhilfe in der Steiermark 2000 - 2010

Jahr	Österreich	Steiermark
2000	62.693	5.338
2001	58.697	5.440
2002	60.388	5.648
2003	61.261	5.769
2004	57.769	5.807
2005	57.169	6.165
2006	59.926	6.470
2007	63.741	9.244
2008	67.298	10.207
2009	73.792	10.059
2010	76.104	10.989

Tab. 5 | Personen mit Bezug von Sozialhilfe in Altenwohn- und Pflegeheimen 2000 - 2010

80 | Vgl. Statistik Austria - Bundespflegegeld.

81 | Vgl. Schoiber 2010, 55; vgl. Müller/Theurl 2014, 126.

82 | Vgl. Pratscher 2012, 897.

83 | Vgl. Müller/Theurl 2014, 132; vgl. Tabelle 6.

84 | Vgl. Müller/Theurl 2014, 134 f.; vgl. Tabelle 7.

die Zuständigkeit für die Landespflegegeldbezieher auf den Bund über. Das wird auch in den Angaben in Tabelle 3 ersichtlich. Während seit 2004 die Zahl der Pflegegeldbezieher stetig steigt, kommt es 2012 zu einem starken Anstieg der Bundespflegegeldbezieher. Die Erhöhung entspricht ziemlich genau der Zahl der vorherigen Landespflegegeldbezieher.⁸⁰

Bei zu geringem Einkommen bzw. Vermögen seitens der pflegebedürftigen Personen wird die Finanzierung des verbleibenden Beitrages von dem zuständigen Sozialhilfeträger übernommen. Diese Zahlungen können allerdings, je nach den Bestimmungen der einzelnen Bundesländer, in Regress gestellt werden, d.h. das nahe Angehörige (Ehepartner, Kinder) in die Pflicht der Zahlung kommen. Die Zahlung der Sozialhilfe ist auf Ebene der einzelnen Bundesländer gesetzlich geregelt. Aus diesen Regelungen geht u.a. hervor, dass es nicht in allen Bundesländern zulässig ist gewinnorientierte Heime zu unterstützen, so z.B. in der Hauptstadt Wien, in Oberösterreich und Tirol. In den restlichen Bundesländern besteht wenigstens die Möglichkeit auf eine finanzielle Unterstützung der Bewohner von Pro-Profit-Heimen.⁸¹

Anhand der nebenstehenden Tabellen 4 und 5 kann der Umfang der geleisteten Sozialhilfe in den Jahren 2000 bis 2010 abgelesen werden. Dieser liegt noch immer im Ermessen der einzelnen Bundesländer. Ein allgemeiner Anstieg der Sozialhilfebezieher in der Steiermark um mehr als das Doppelte ist in beiden Tabelle zu beobachten. Lag die Anzahl der Bezugspersonen in Alten- und Pflegeheimen im Jahr 2000 noch bei 5.338, stieg sie bis 2010 auf 10.989 an. Die Privathaushalte haben ähnliche Zahlen zu verzeichnen. Es gab einen Anstieg von 5.361 (2000) Sozialhilfebezieher auf 13.384 (2010). Im gesamten Bundesgebiet gab es im Vergleich dazu einen Anstieg von 13.411 bezugnehmenden Personen in Alten- und Pflegeheimen. Das heißt, dass allein in der Steiermark etwa ein Drittel dieses bundesweiten Anstiegs zu verzeichnen ist.⁸²

Privatisierung

Durch die auf Bundesländerebene verschiedenen Regelungen und Verordnungen, ergibt sich österreichweit ein heterogenes Bild der Eigentümerstrukturen von Alten- und Pflegeheimen. Ein deutlicher Rückgang von Pflegeeinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft von 67% (1983) auf 51% (2010) ist zu verzeichnen. Dahingegen steigt die Anzahl der privat-gewinnorientierten Einrichtungen von 6% (1983) auf 19% (2010).⁸³

Im regionalen Vergleich wird ersichtlich, dass in Oberösterreich, Tirol und Salzburg öffentliche Eigentümer mit über 80% Anteil an Pflegeeinrichtungen zu finden sind, während in der Steiermark, in Kärnten und im Burgenland die privaten Träger eine große Rolle spielen. In der Steiermark ist zudem der Pro-Profit-Sektor mit 36% deutlich höher als in den restlichen Bundesländern.⁸⁴

Ergänzend zu Tabelle 7 lässt sich sagen, dass 2014 in der Steiermark die Zahl der Alten- und Pflegeheime bereits auf 205 angestiegen ist. Darunter befinden sich 38 Heime in öffentlicher und 148 in privater Trägerschaft. Au-

Trägerschaft	Anzahl der Einrichtungen 1983	% 1983	Plätze 1983	% 1983	Anzahl der Einrichtungen 2010	% 2010	Plätze 2010	% 2010
Öffentlich	343	67	37.130	76	434	51	45.585	61
Privat gemeinnützig	137	27	9.601	20	250	30	20.385	27
Privat gewinnorientiert	30	6	1.876	4	163	19	9.168	12
Total	510	100	48.807	100	847	100	75.736	100

Tab. 6 | Trägerstruktur von Pflegeeinrichtungen in Österreich - Vergleich der Jahre 1983 und 2010

Trägerschaft	B	K	OÖ	NÖ	S	ST	T	V	W
(1) Öffentlich	17	43	82	59	81	33	81	51	65
(2) Privat gemeinnützig	69	44	16	18	18	31	19	49	31
(3) Privat gewinnorientiert	13	22	2	22	1	36	0	0	4
(4) Nicht gewinnorientiert (1) + (2)	86	78	98	78	99	64	100	100	96
(5) Privat (2) + (3)	82	66	18	41	19	67	19	49	35
(6) Versorgungsdichte	73	95	113	85	139	109	114	94	151

Tab. 7 | Versorgungsdichte und Eigentümerstruktur stationärer Pflegeeinrichtungen differenziert nach Bundesländern - 2010

85 | Vgl. BMASK 2014, 273-682.

86 | Vgl. Schug 2004; vgl. Naumann 2005.

Berdem sind 19 konfessionelle Träger zu finden. Es ist somit ein Anstieg von privaten Eigentümern um mehr als das Doppelte zu verzeichnen. Allein an dieser Entwicklung wird deutlich, dass eine Privatisierung der Alten- und Pflegeheime in Österreich stattfindet.⁸⁵

Mit der Einführung der Sozialhilfe sollten einkommensschwächere pflegebedürftige Menschen vom Staat unterstützt werden. Diese Art der sozialen Gesundheitspolitik änderte sich mit der Zeit jedoch stark. Der öffentlichen Hand stehen aufgrund politischer Handlungsweisen und Regelungen immer weniger finanzielle Mittel zur Verfügung. Zu hohe Ausgaben und sinkende Einnahmen forderten zudem starke Veränderungen im Gesundheitswesen. Das liberale Gesundheitsmodell fand Einzug in die Gesundheitspolitik Österreichs. Privatisierung, Ökonomisierung und Entsolidarisierung sind nur einige Auswirkungen dieser Entwicklung.

Des Weiteren kommt es zu zahlreichen Rationalisierungsmaßnahmen durch öffentliche und private Träger. Die Gemeinde als öffentlicher Träger reagiert oftmals mit *Abschiebung* der pflegebedürftigen Bewohner in die Spitäler. Diese sind meist auf Bundesländerebene finanziert und müssen die Pflegebedürftigen länger als eigentlich erforderlich versorgen. Somit werden Pflegeplätze in den Heimen frei und die Gemeinde hat weniger Kosten zu tragen. Die öffentlichen Träger versuchen außerdem den finanziellen Missständen durch den Verkauf der Heime an private Investoren entgegenzuwirken. Diese sind jedoch nur an einer Gewinnoptimierung interessiert. Durch Sparmaßnahmen und weitere unkonventionelle Mittel zur Einnahmenerhöhung versuchen sie so viel wie möglich Profit aus den Heimen zu erwirtschaften. Das Pflegegeld der Bewohner geht direkt an die Träger. Mit einer höheren Einstufung der Bedürftigen, aufgrund erhöhtem Pflegebedarf, wollen sich die Investoren zusätzliche Einnahmen verschaffen. Auf der anderen Seite wird versucht, durch Auslagerung von Organisationseinheiten (Wäscherei, Küche), Lohnsenkungen und Reduzierung von Arbeitskräften, Geld einzusparen. Die finanzielle Entlastung der privaten Träger ist zeitgleich mit der Minimierung der Pflegequalität der Bewohner verbunden. Die rein ökonomische Ausrichtung der neuen Heime findet zu Ungunsten der pflegebedürftigen Menschen statt. Durch den starken Qualitätsunterschied der verschiedenen Heimtypen entwickelt sich auch in immer größerem Umfang eine *Mehr-Klassen-Medizin* heraus.⁸⁶

3. Exkurs: Entwicklung weiterer sozialer Wohnbauten

Nicht nur Alten- und Pflegeheime haben eine lange historische Entwicklung vorzuweisen. Es haben sich auch andere Wohnformen durch verschiedene gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Veränderungen im Laufe der Zeit gewandelt. Drei davon werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt. Bei allen ist der soziale Grundgedanke bestimmend für die Entwicklung.

Als erstes wird das Stiftungswesen vorgestellt. Dieses entwickelte sich aus der Urform der Alten- und Pflegeheime heraus, dem Hospital der früheren Klosteranlagen. Es diente damals als Herberge für die armen Bevölkerungsschichten und hat diese Funktion weitestgehend bis in die Gegenwart behalten. Das wird am Beispiel der Fuggerei in Augsburg aufgezeigt.

Dieser soziale Grundgedanke setzt sich auch in der darauf folgenden Darstellung der paternalistischen Wohnbauten des 19. Jahrhunderts weiter fort. Für die Arbeiter wurden fabriksnahe und komfortable Unterkünfte durch die Gelder der Betriebsherren errichtet. Somit war eine große Zufriedenheit von Seiten der Bewohner/Arbeiter und des Unternehmers vorhanden. Das Familistère von Godin wird dabei näher erklärt.

Als letztes Beispiel für den sozialen Wohnungsbau wurden die Gemeindebauten des Roten Wien thematisiert. Sie sind ein maßgeblicher Schritt zum öffentlich geförderten Wohnbau. Die damalige *rote Regierung* der Sozialdemokratischen Arbeiterpartei (SDAP) in der Bundeshauptstadt hat durch neue Steuerreformen diesen Wohnbau finanzieren können. Damit wurde der starken Wohnungsnot infolge der Kriegsgeschehen entgegengewirkt.

Analog der Darstellung über die Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen, schließt auch dieser Exkurs mit relevanten Finanzierungsaspekten des gegenwärtigen sozialen Wohnbaus. Nach einem kurzen Rückblick auf die Finanzierung der historischen sozialen Wohnformen werden die unterschiedlichen Bauträger, deren Wege der Finanzierung und ein dominierendes Thema des modernen sozialen Wohnbaus, die Wohnbauförderung, aufgezeigt.

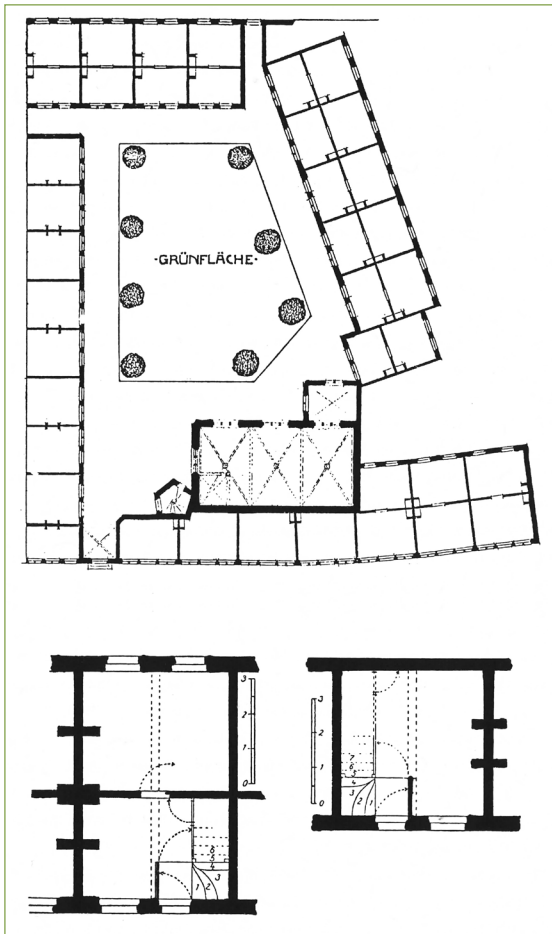


Abb. 11 | Wohnstiftungshof Gent



Abb. 12 | Hofansicht Gent

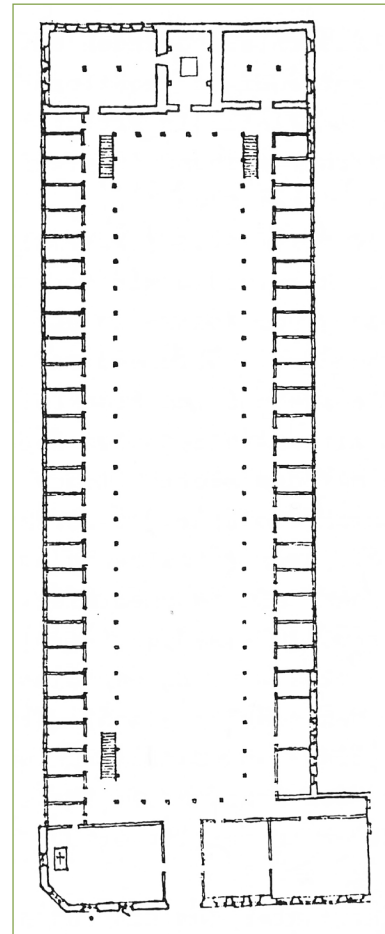


Abb. 13 | Einraum-Hallenanlage, St.-Jakobs-Hospital Dresden

87 | Tietz-Strödel 1982, 10.

88 | Siehe Kapitel 2.1.

89 | Tietz-Strödel 1982, 8.

90 | Tietz-Strödel 1982, 10 f.

91 | Vgl. Tietz-Strödel 1982, 8-11.

92 | Tietz-Strödel 1982, 135.

3.1 Stiftungswesen

Das soziale Stiftungswesen entwickelte sich, wie in vorherigen Kapiteln dieser Arbeit bereits erwähnt, seit dem Mittelalter. Es ist als die zweite Wurzel der heutigen Altenheime und als Frühform von Altenwohnheimen anzusehen.

Das Hospital, in Anbindung an Klosteranlagen, war die Urform der Stiftungshäuser. Die Unterbringung und Versorgung der Kranken und Armen wurde allein von der Kirche gehandhabt. Aufgrund eines zu hohen Andrangs von Bedürftigen an den Klosterpforten konnte jedoch nur eine minimale Versorgung gewährleistet werden.

Die ersten privaten Armenstiftungen des 14. Jahrhunderts wurden von den reichen Bevölkerungsschichten initiiert. Sie standen ebenfalls unter kirchlicher Verwaltung und wurden von religiösen Grundgedanken geleitet. Die Armut stellte damals „ein wichtiges Glied in der mittelalterlichen Gesellschaft dar“⁸⁷. Es war das soziale Anliegen der Wohlhabenden ihren Reichtum mit den Armen und der Kirche zu teilen und sich somit ihr eigenes Seelenheil zu erkaufen. Das gestiftete Kapital kam den Bedürftigen zu Gute, wie auch die bereits erwähnten Pfründe, mit denen sich die reichen Bürger ihre Versorgung im Alter sichern konnten.⁸⁸

Mit der Säkularisierung des Stiftungswesens im 15. Jahrhundert gab es eine weitere Entwicklung weg von der bisherigen karikativ-religiösen Führung. Eine fast vollständige Loslösung von der kirchlichen Leitung und Organisation wurde erreicht. Damit änderten sich auch die Stiftungsaktivitäten der Bevölkerung. Die religiöse Motivation blieb erhalten. Dennoch wurde aufgrund „der sozialen und wirtschaftlichen Emanzipation des Bürgertums [...] und der allgemeinen Verweltlichung der Gesellschaft“⁸⁹ ein neues Stiftungswesen etabliert. Weltliche Vertreter übernehmen die Verwaltung der neuen selbstständigen Stiftungshäuser. Auch das Verhältnis zur Armut durchlief einen Wandel bis ins 15. Jahrhundert hinein. Die reichen Bürger mussten als kollektive Gefälligkeit eine jährliche Spende für die Armen entrichten. Damit wurde das große Problem der Armut jedoch nicht bekämpft, sondern nur weiter voran getrieben. Eine Unterscheidung in „sogenannte ‚Hausarme‘ [...] und Müßiggänger“⁹⁰ begann. Der Einzug in die privaten Stiftungshäuser wurde nur denjenigen Armen erlaubt, die unverschuldet in Armut geraten sind.⁹¹

Auch die architektonische Ausgestaltung der Stiftungen zeigt die Verweltlichung der Stiftungsträger. Die Urform der Stiftungen, die Hospize, waren in Räumlichkeiten der Klosteranlagen untergebracht. Die daraus entstandenen Stiftungen hatten ebenfalls eine „sakral-profane Erscheinungsform“⁹², welche bis zur Zeit der Reformation im 16. Jahrhundert die religiöse Verbundenheit der Gesellschaft mit der Institution widerspiegelte. Zu unterscheiden sind prinzipiell zwei Bauformen:

- die „klaustrale Kreuzgang- oder Arkadenhofanlage [...]



Abb. 14 | Straßensicht Mittlere Gasse



Abb. 15 | Übersichtsplan der Fuggerei

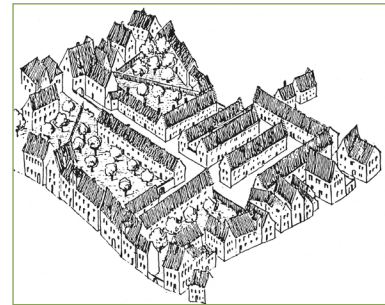


Abb. 16 | Stadtmodell

93 | Tietz-Strödel 1982, 136.

94 | Pammachius (385-409) war ein römischer Senator und Heiliger. (Vgl. Catholic Online.)

95 | Vgl. Tietz-Strödel 1982, 135-142.

96 | Vgl. Fugger - Fuggerei.

97 | Vgl. Kreissl.

98 | Sie kam vor allem durch den Handel von Metallen und Textilien, Bankgeschäfte und den Bergbau zu Ruhm und Reichtum. (Vgl. Kreissl.)

- die Einraum-Hallenanlage“⁹³.

Die ältere Form ist die Kreuzganghofanlage. Ein Beispiel ist das von Pammachius⁹⁴ gestiftete Xenodochium in Porto, welches um einen Säulenhof errichtet wurde. Die Einraum-Hallenanlage dagegen diente der Isolierung von z.B. Pestkranken, und wurde in Form von Einzelhäusern um einen zentralen Hof bzw. Platz ausgeführt. Themen des separierten und gemeinschaftlichen Wohnens wurden bis zum Ende des 14. Jahrhunderts in Form von Einzelwohnzellen (Pfründnerzellen) um einen langgestreckten Hof errichtet. Diese neue Form humanistischen Denkens wurde auch im 15. Jahrhundert Grundlage für die architektonische Konzeption von den englischen *Almshouses* und den niederländischen *Hofjes*. Beide Formen zeigen die Entwicklung selbstständiger Wohnanlagen für die arme Bevölkerung aufgrund der Zunahme von privater Stiftertätigkeit. Sie sind gekennzeichnet durch eine, bisher nicht vorhandene, Organisation der Anlage von kleinen einstöckigen Wohnhäusern um einen zentralen Gemeinschaftshof, der teilweise auch als Nutzgarten verwendet werden konnte. Zu den weiteren Gemeinschaftseinrichtungen zählten Kirche, Waschgelegenheiten und Küchen. Diese Anlagen dienten oftmals auch der Repräsentation des Reichtums im Wohnungs- und Sozialstiftungswesen des 16. Jahrhunderts.⁹⁵

Fuggerei in Augsburg

Ein Beispiel einer solchen Sozialsiedlung ist die 1521 von Jakob Fugger (1459-1525) gestiftete und heute noch bestehende Fuggerei in Augsburg. Sie ist die älteste Siedlungsstiftung Deutschlands. Heute leben noch etwa 150 bedürftige Bürger der Stadt Augsburg in den 67 Reihenhäusern.⁹⁶

Zu Beginn des 16. Jahrhunderts war Augsburg eines der wichtigsten und bedeutendsten Handelszentren in Mitteleuropa. Auch in der Finanzwelt hatte die Stadt den Ruf, eine der reichsten zu sein. Jedoch wurde dieser Reichtum von maximal 200 bis 300 wohlhabenden Bürgern geprägt. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Stadt allerdings rund 25.000 Einwohner. Der Großteil der damaligen Bevölkerung lebte in ärmlichen und teils unwürdigen Bedingungen. Unter anderem aus diesem Grund kam es zur Gründung zahlreicher karikativer Stiftungen. Träger waren die Kirche, die Stadt Augsburg oder reiche Stadtbürger.⁹⁷

Die Familie der Fugger gehörte mit zu den reichsten von Augsburg.⁹⁸ Unter Jakob Fugger, dem Reichen, wurde zwischen 1514 und 1523 eine einzigartige Siedlung mitten im Zentrum erbaut. Religiöse Grundgedanken ließen auch ihn zum privaten Stifter werden. Als gläubiger Katholik und wohlthätiger Mensch erbaute er die Fuggerei für die armen Menschen der Stadt. Eine zu große Nachfrage von Bedürftigen ließ ihn bereits in seinem Stiftungsbrief von 1521 drei Aufnahmekriterien für die Fuggerei festhalten:

1. Die Bedürftigen mussten der Hilfe würdig sein, d.h., dass sie unverschuldet in Not gerieten und arbeitsam waren.
2. Die Bedürftigen mussten Augsburger sein.

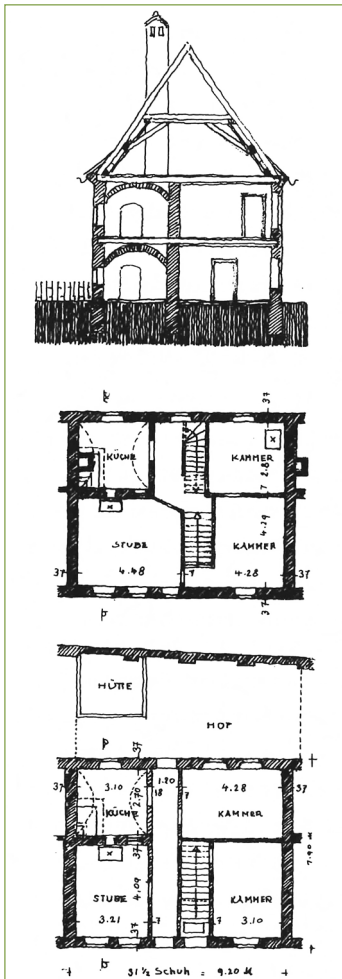


Abb. 17 | Haus Nr. 47 - Normaltyp (Querschnitt & Grundrisse)

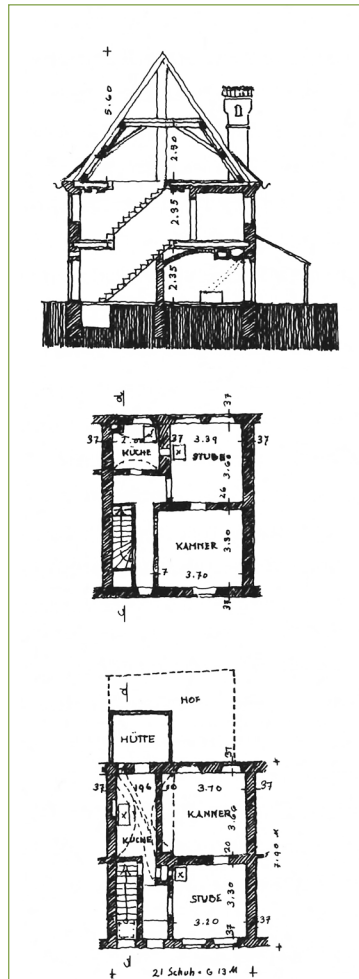


Abb. 18 | Haus Nr. 146 - Zwei-Zimmer-Typ (Querschnitt & Grundrisse)

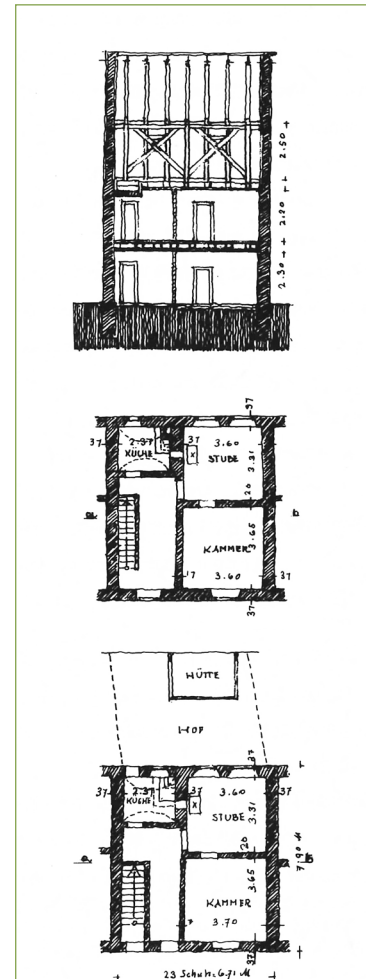


Abb. 19 | Haus Nr. 25 - Zwei-Zimmer-Typ (Längsschnitt & Grundrisse)

99 | Vgl. Kreissl; vgl. Fugger - Fuggerei.

100 | Vgl. Kreissl.

101 | Im Jahr 1624 haben 93 Familien mit 173 Kindern dort gelebt. (Vgl. Kreissl.)

102 | Vgl. Tietz-Strödel 1982, 77; vgl. Kreissl; vgl. Fugger - Fuggerei.

103 | Fugger - Stiftungen.

3. Die Bedürftigen mussten katholischen Glaubens sein.

Jakob Fugger selbst wollte sich mit dem Erbringen dieser Wohltat einen Platz im Himmelreich sichern. Dies entsprach der damals üblichen spätmittelalterlichen Denkweise, wonach die reichen Bürger die Armen nicht vergessen und die Armen als Dank für ihre Wohltäter und deren Seelenheil beten sollten. Gebete der Mieter der Fuggerei gehörten u.a. zu dem besonderen Mietzins, welcher auch in dem Stiftungsbrief festgehalten wurde. Demnach wurde das tägliche Sprechen von drei Gebeten (dem *Vater unser*, dem *Ave Maria* und dem *Glaubensbekenntnis*) für den Stifter und dessen Familie von den Bewohnern gefordert. Ein Porträt von Jakob Fugger ist aus diesem Grund in jedem Haus zu finden. Der reale Mietzins war im Vergleich zu den Mieten außerhalb der Fuggerei sehr gering. So betrug die jährliche Miete grade einmal einen Rheinischen Gulden. Das entspricht in etwa 88 Cent oder dem damaligen Wochenlohn eines Handwerkers. Auch heute noch wird diese besondere Art des Mietzinses von den Bewohnern verlangt.⁹⁹

Das 15.000m² große asymmetrische Grundstück wird von einer heute noch existierenden Mauer eingefasst. Durch drei großzügige Toranlagen und sechs Gassen konnten die 52 kleinen zweigeschossigen Häuschen mit insgesamt 106 Wohneinheiten, welche zur Zeit der Gründung auf dem Areal bestanden, erschlossen werden. Nach mehrmaligen Zerstörungen durch den Dreißigjährigen Krieg und den Zweiten Weltkrieg wurde die Fuggerei nach historischem Vorbild neu aufgebaut und um 15 Reihenhäuser und zwei Gassen ergänzt. Somit bietet sie nun in 67 Häusern 142 Wohneinheiten für etwa 150 Mieter. Auf dem Gelände befinden sich zudem noch eine Kirche, zwei Museen und ein zentraler Brunnen.¹⁰⁰

Die Häuser selbst waren durch einen, für damalige Verhältnisse, hohen Wohn- und Lebensstandard gekennzeichnet. Das Haus wurde horizontal in zwei Wohneinheiten unterteilt, wobei jede Einheit über einen eigenen Zugang verfügte. Dadurch wurde die Privatsphäre der Bewohner gestärkt und ihre Eigenständigkeit gefördert. Auch die Größe von etwa 60m², aufgeteilt auf zwei Zimmer, Küche und Bad, ging weit über den damaligen Standard hinaus. Diese fast schon privilegierte Wohnform des 16. Jahrhunderts ist auch nach 500 Jahren noch aktuell. Sanierungen und Modernisierungen ermöglichen noch heute das Wohnen von alten und armen Menschen in der Fuggerei. Zu Gründungszeiten wurden die typisierten Einzelhäuser meist von Familien mit Kindern¹⁰¹ bewohnt, welche sich mit einem einfachen Einkommen die hohen Wohnungsmieten in der Stadt nicht leisten konnten. Trotz dem Wohnen in der Fuggerei gingen die Leute ihren alltäglichen Berufen nach. So waren u.a. Weber und Schmiede, Puppenmacher und Tagelöhner dort anzutreffen. Heute gibt es hauptsächlich Bewohner im Rentenalter, welche allein oder mit dem Partner in den Wohnungen leben, da diese für Familien zu klein geworden sind.¹⁰²

Trotz Veränderungen der Fuggerei und ihrer Bewohner steht das Ziel der „Hilfe zur Selbsthilfe“¹⁰³ noch immer im Vordergrund der Stiftung. Der geringe Mietzins sollte den Bewohnern vor 500 Jahren Unterstützung bieten,

104 | Vgl. Kreissl; vgl. Fugger - Stiftungen.

105 | Vgl. Berliner Kurier.

106 | Stumberger 2004, 14.

107 | Vgl. Stumberger 2004, 15 ff.

sich wirtschaftlich neu zu situieren. In der Gegenwart dient der geringe Mietzins der Entlastung des Sozialietats der Stadt Augsburg.

Die gemeinnützigen Fuggerschen Stiftungen finanzierten sich seit Anbeginn durch die Forstwirtschaft. Der Holzverkauf von den insgesamt 3.200 Hektar Waldflächen bringt einen Ertrag von ca. 70% des jährlichen Unterhalts zusammen. Weitere 10% kommen aus den Immobilien, welche die Stiftung außerhalb der Fuggerei besitzt. Die letzten 20% werden seit 2006 durch den Tourismus (Eintrittsgelder in die Fuggerei) eingenommen.¹⁰⁴

3.2 Paternalistische Wohnbauten im 19. Jahrhundert

Die Industrialisierung, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts nach England auch Deutschland und Frankreich erreichte, brachte eine neue und moderne kapitalistische Gesellschaft mit sich. Dies führte bei einigen privaten Unternehmern zur Gründung neuer Industrien, oftmals mit zugehörigen und notwendigen Arbeitersiedlungen. Aufgrund der Fabrikgründungen kam es zu starken Migrationsströmen von den ländlichen Regionen des Landes in die Städte. Große Wohnungsnot waren die Folge. Die Städte boten zudem keine ausreichende Infrastruktur und nicht genügend Möglichkeiten die Arbeiter unterzubringen, wodurch diese in meist unzumutbaren Unterkünften leben mussten. In Deutschland sind die Berliner Mietskasernen ein Beispiel dieser Entwicklung. Kapitalisten ließen die Grundstücke so dicht wie möglich bebauen, um hohe Gewinne zu erzielen. Kennzeichnend sind die vielen Hinterhäuser, welche durch lichtlose Höfe zu erreichen waren. In einem solchen Block konnten bis zu 2.000 Arbeiter leben, die teilweise ihre Betten während der Arbeitszeit untervermieteten mussten.¹⁰⁵

Der Bau von Arbeitersiedlungen durch die Fabrikgründer war „eine der bürgerlichen Antworten und Reformbemühungen, um diesem Elend abzuhelpen.“¹⁰⁶ Die Werksiedlungen dienten jedoch nicht nur der besseren Unterbringung der Arbeiter sondern vermittelten zugleich auch eine gewisse Disziplinierung hin zum Familienleben. Die Ein- bis Vierfamilienhäuser der Arbeitersiedlung von Alfred Krupp in Essen waren so gestaltet, dass die Privatheit, z.B. durch eigene Wohnungszugänge gesteigert und so das Familienleben nach der Arbeit gefördert wurde. Zeitgleich ist es aber auch eine Art Separierung der Arbeiter, welche Streit zwischen den Bewohnern oder eine Bildung von Arbeiterbewegungen verhinderte. Diese Übertragung von Wertvorstellungen des Fabrikanten auf die Bewohner stellt das paternalistische Streben der Industriellen dar. Der Werkswohnungsbau ist somit eines der ersten Konzepte von paternalistischem Wohnbau.¹⁰⁷

Der Paternalismus bezeichnet eine Herrschaftsordnung, in der ein *Vater* die Autorität über seine *Kinder* hat. Im 19. Jahrhundert betrifft das den Werksiedlungsbau, wo reiche Betriebsherren Wohnungen und andere gemeinschaftliche Einrichtungen (z.B. Theater, Kindergärten, ...) für die Arbeiter bauen. Somit stand den gut ausge-

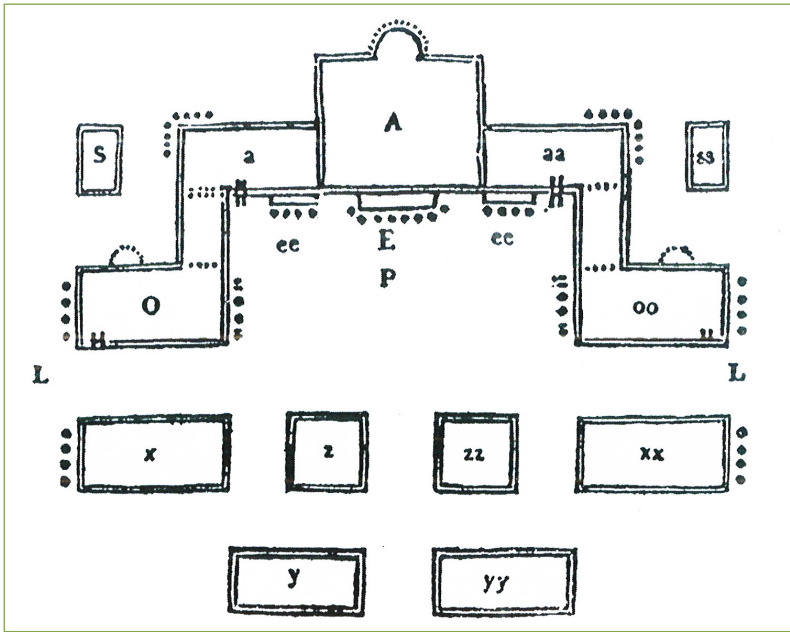


Abb. 20 | Phalanstère nach Plänen von Charles Fourier

108 | Gespräch mit Monika Keplinger.

109 | Vgl. Stumberger 2004, 17 ff.

110 | Stumberger 2004, 20.

111 | Schützeichel 2005, 1.

112 | Vgl. Stumberger 2004, 22; vgl. Schützeichel 2005, 1; vgl. Aigner 2015, 41.

bildeten Arbeitskräften teils luxuriöser Wohnraum zur Verfügung, den sie allerdings bei Widerstand gegen die wohlthätigen Unternehmer wieder verloren. Auch wurden Verbote zu Gewerkschaftsgründungen und die soziale Kontrolle (Freizeit mit Familie verbringen, Verbot zum Trinken, ...) von den Bewohnern hingenommen. Die Arbeiter und ihre Familien wurden von dem Fabrikanten beherrscht.¹⁰⁸

Familistère in Guise

In Frankreich schuf der Ofenfabrikant Jean-Baptiste André Godin (1817-1888) eine sozial-paternalistische Arbeitersiedlung, die sich von der Essener Krupp-Siedlung in einem wichtigen Punkt unterschied. Es ging Godin nicht einzig und allein um die soziale Separierung der Arbeiter sondern vielmehr um die Verbesserung der Lebensbedingungen der Arbeiter durch die Erziehung zu einer perfekten Gesellschaft. Der *utopische Sozialismus*, der von Fourier geschaffen wurde, diente ihm hierbei als weiteres Konzept für den Bau seiner Arbeitersiedlung, der Familistère in Guise.¹⁰⁹

Die Idee der Familistère basierte auf den Idealentwürfen für eine neue Gesellschaft von dem Utopisten Charles Fourier (1772-1836). Er kritisierte nicht nur die eigennützige kapitalistische Gesellschaft sondern schuf mit den *Phalangen* eigene landwirtschaftlich geprägte „Produktivgenossenschaften, in denen das Leben kollektiv gelebt werden sollte.“¹¹⁰ Die Gesellschaft sollte durch eine neue Stadtplanung umstrukturiert werden, „da sich in seinem [Fouriers - Anm. d. Verf.] Verständnis Gesellschaft und Architektur gegenseitig bedingen.“¹¹¹ Aus diesen Überlegungen heraus entstand der Entwurf der Phalanstère. Es handelte sich hierbei um einen weitläufigen dreiflügeligen Gebäudekomplex, der für etwa 1.620 Mitglieder gedacht war. Das Einfamilienhaus-Chaos und die unhygienischen Zustände kleinstädtischer Strukturen wurden in dieser Großwohnanlage, die sich vom Aufbau her am Schloss Versailles orientierte, rationalisiert. Es entstand eine kleine Stadt in der Stadt mit Verbindungsgängen und Höfen, einer Großküche, Versammlungs- und Aufenthaltsräumen. Diese baulichen Gegebenheiten ermöglichten den Bewohnern ein neues Kollektivleben.¹¹²

Die Familistère gilt als ein soziales und experimentales Manifest Godins. Zwischen 1859 und 1885 entstand in Guise (Frankreich) in abgewandelter Form ein *Sozialpalast*, der sich an den paternalistischen Konzeptionen Krupps und den architektonischen Entwürfen Fouriers orientierte. Der Wohnkomplex gliederte sich in drei einfache Blöcke, welche jeweils einen eigenen großzügigen Innenhof einschlossen. Jeder Innenhof war zudem mit einem großen Glasdach überdeckt. Die witterungsunabhängigen Innenhöfe dienten somit als Kommunikations- und Veranstaltungsort, als Spielplatz für die Kinder und ersetzten den sonst üblichen Dorfplatz. Von den Höfen aus gingen alle Erschließungswege ab. Die Treppenaufgänge, Abfallklappen und Sanitärräume mit fließend Wasser befanden sich in den Gebäudeecken. Über die, von den Ecken abgehenden Laubengänge gelangten die

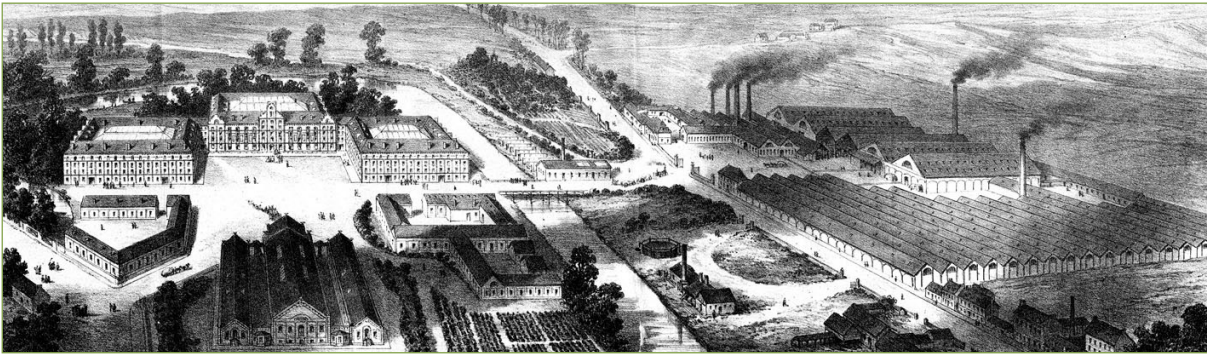


Abb. 21 | Perspektive des Familistère

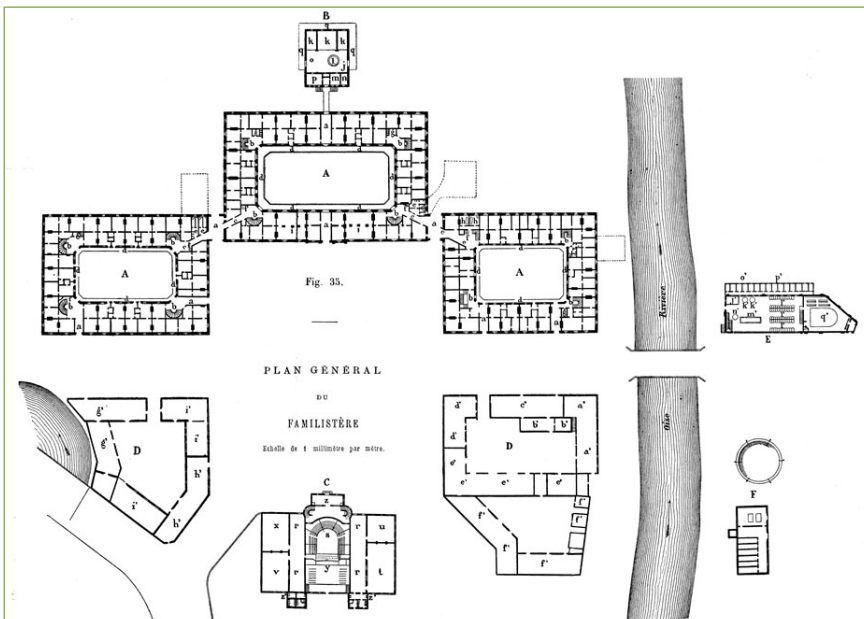


Abb. 22 | Lageplan

113 | Vgl. Adda; vgl. Stumberger 2004, 10 f., 30-33.

114 | Vgl. Adda; vgl. Stumberger 2004, 43.

Bewohner zu den einzelnen Wohnungen. Auch die dreistöckigen Blöcke waren untereinander mit Passagen verbunden. So entstanden insgesamt 475 Wohnungen mit Platz für etwa 1.600 Bewohner. Die Wohnungen waren so konzipiert, dass sie den Anforderungen Godins an Luft, Licht und Raum genügten. Selbst die Innenhöfe wurden klimatisiert. In den Wohnungen gab es zu den Gebäudeaußen- und Hofinnenseiten hin große Fenster, die in den oberen Etagen immer kleiner wurden. Auch die Laubengänge im Inneren sind mit 1,30m Breite so geplant, dass noch ausreichend Licht in die unteren Etagen einfallen konnte. Eine Tür, die von den schmalen Laubengängen aus erreichbar war, führte jeweils zu zwei Wohneinheiten mit zwei bis drei Zimmern und einem Sanitärraum ohne fließend Wasser. Zwei Wohnungen konnten je nach Bedarf auch zu einer großen zusammengefasst werden. Diese offene Grundrissgestaltung war optimal für Familien geeignet. Für Godin dagegen boten die Grundrisse die Möglichkeit der ständigen Kontrolle. Die Orientierung zum Innenhof, die schmalen Laubengänge und die nach innen gerichteten Schlafräume unterbanden jegliche Art von Privatheit. Die Gemeinschaft der Familistère stand im Mittelpunkt und übernahm die Kontrolle über die Bewohner.¹¹³

Den Arbeitern und ihren Familien wurde nicht nur eine fast schon luxuriöse Wohnsituation geboten, sondern auch viele zusätzliche Einrichtungen, die das soziale Leben förderten. Dabei legte Godin vor allem Wert auf die Erwachsenenbildung. Mit der Errichtung des Theaters gegenüber des Zentralbaus wurde dafür der Grundstein gelegt. Godin hielt dort wöchentliche belehrende Vorträge zu seiner Moral- und Sittenlehre und es gab zahlreiche Theateraufführungen. Flankiert wurde das Theater von den Schulgebäuden. Somit wurde ein Bildungszentrum für Jung und Alt in direkter Achse des Sozialpalastes gebaut. Auch weitere Veranstaltungen, wie z.B. das Fest der Arbeit am 1. Mai, wurden regelrecht zelebriert. Diese und andere Feierlichkeiten fanden im Innenhof des Zentralbaus statt. Die Laubengänge wurden zu Galerien umfunktioniert und sogar die Bewohner der Stadt Guise nahmen an den Veranstaltungen teil. Das gesellschaftliche Miteinander spielte eine Hauptrolle für das Leben in der Familistère. Aus diesem Grund waren auch weitere Einrichtungen, wie Wirtschaftsgärten, Kindergarten, Wäschereien, Bäder und Läden für Lebensmittel und Brennmaterialien im Erdgeschoss oder den umliegenden Gebäuden zu finden. Ein hoher Wohnstandard und die Nähe zum Arbeitsplatz brachten eine große Zufriedenheit von Seiten der Arbeiter. Godin hingegen konnte speziell durch die architektonische Konzeption der Familistère die Bewohner unter ständiger Kontrolle halten und sie zu einer idealen Gesellschaft formen. Er zeigte offen seine Macht gegenüber den Arbeiterfamilien, z.B. sollten die Bildungseinrichtungen für die Kinder (von Kindergarten bis zur Schule) auf dem Gelände der Familistère zukünftige Arbeiter für die Fabrik formen (nach Godins Idealbild der Gesellschaft). Eine sozial-paternalistische Arbeitersiedlung wurde geschaffen, die bis 1968 aufrecht erhalten wurde.¹¹⁴

Anfangs lag die Stiftung und Führung von Fabrik und Werkssiedlung allein bei Godin. 1880 gründete er eine Arbeiterassoziation, welche ebenfalls Eigentumsrechte an der Fabrik und dem Wohnkomplex hatte. Diese neue

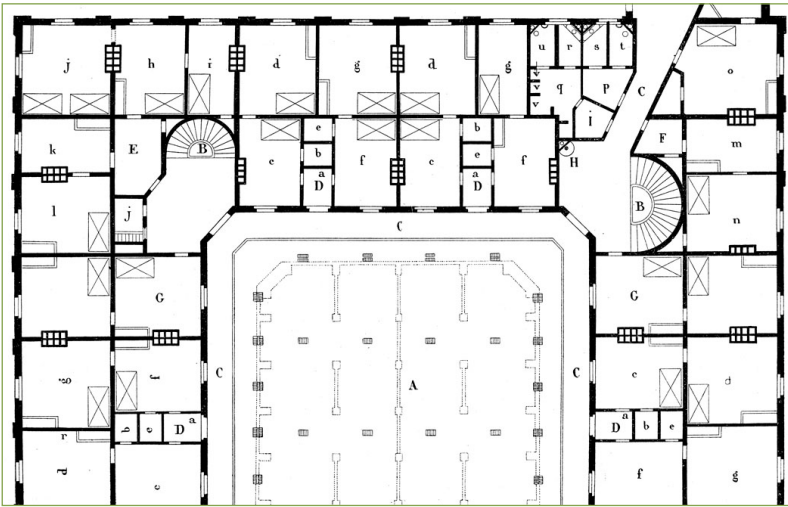


Abb. 23 | Grundriss



Abb. 25 | Innenhof

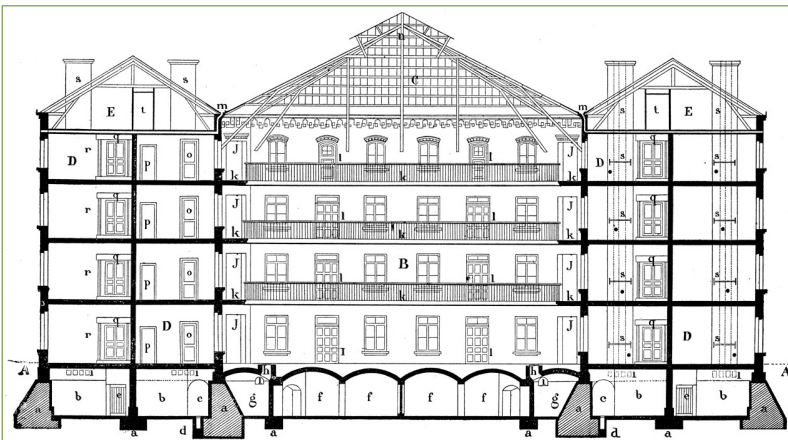


Abb. 24 | Schnitt

115 | Vgl. Stumberger 2004, 11, 47 f., 54.

116 | Vgl. Stumberger 2004, 33, 60.

117 | Vgl. Adda.

118 | Weihsmann 2002, 63 f.

119 | Das waren die ersten Wahlen, bei denen Frauen wie Männer aus allen Schichten der Bevölkerung berechtigt waren ihre Stimmen abzugeben. (Vgl. Aigner 2015, 43.)

Organisationsstruktur fasste jedoch drei verschiedene Prinzipien der Unternehmensführung zusammen: Die Prinzipien

- eines normalen kapitalistischen Unternehmens (hierarchische Struktur und Generaldirektor),
- einer Stiftung (Assoziations-Verfassung) und
- einer Genossenschaft (Stimmrecht für jeden in der Generalversammlung und Gewinnverteilung an Mitglieder).

Dieses Genossenschaftsmodell mit erneuten paternalistischen Prinzipien geht auf den Utopisten Fourier zurück. Aufgrund des Gesellschaftsvertrages wurde das Stimmrecht bzw. die Durchsetzungskraft des Arbeiterausschusses sehr stark eingeschränkt. Auch die hierarchische Aufteilung der Mitglieder wurde durch den Vertrag geregelt.¹¹⁵ Hohe Zufriedenheit bei den Arbeitern wurde dennoch erreicht. Eine ausgeglichene Rechnung von Mietzins und Arbeiterlohn war nur ein Grund dafür. Regelmäßige Beitragszahlungen aller Bewohner ermöglichten zudem die Finanzierung von Hilfskassen, u.a. die Kranken- und Medikamentenkasse und die Kasse für Witwen und Waisen. Für Godin dagegen war die teilweise Einbehaltung des Lohnes für die Beitragszahlungen eine weitere Form der sozial-paternalistischen Überwachung der Arbeiter.¹¹⁶

Von 1887 bis zur Auflösung der Familistère 1968 konnte das Unternehmen allein durch die Arbeiterräte geführt werden. Die Fabrik wurde danach an eine Firmengruppe verkauft, die Wohnungen an die Gemeinde. Somit ist das Familistère zu einem ganz normalen Gebäudekomplex mit Miet- und Eigentumswohnungen geworden.¹¹⁷

„Gerade die großstädtische, monumentale Dimension, die geschlossene Blockverbauung um große Lichthöfe sowie vorbildliche sanitäre und öffentliche Versorgung der Hausbewohner dienten letztlich auch dem Roten Wien der Zwischenkriegszeit als großes Vorbild für das künftige sozialdemokratische Modell der Volkswohnungspaläste.“¹¹⁸

3.3 Das Rote Wien

In der Zeit von 1919 bis 1934 wurde die österreichische Hauptstadt Wien als *Rotes Wien* bezeichnet. Grund dafür war die Gemeinderatswahl¹¹⁹ vom 04. Mai 1919 in der die Sozialdemokratische Arbeiterpartei (SDAP) als klarer Sieger (mit 54,1% der Stimmen) hervorging. Unter dem neuen sozialdemokratischen Bürgermeister Jakob Reumann (1853-1925) gab es eine umfangreiche kommunale Reformpolitik, die auf fünf wesentlichen Elementen beruhte:

- Sozialpolitik: Kinder- und Jugendfürsorge (Kindergärten, Horte), Schulärzte
- Gesundheitspolitik: Vorsorgemedizin, Antialkoholismus-Kampagnen, Sportstättenbau
- Bildungspolitik: Erwachsenenbildung, Abschaffung vom Religionsunterricht

Jahresfriedenszins in Goldkronen	Wohnungstyp	Jahressteuerbetrag	
		in Schilling	in öS in % des Vorkriegszinses
360	Arbeiterwohnung	10,80	1,06
600	kleine Beamtenwohnung	18,--	2,08
1.200	mittlere Beamtenwohnung	42,--	2,43
1.800	gute Beamtenwohnung	72,--	2,70
2.400	Mittelstandswohnung je nach Lage und Größe	108,--	3,125
3.000	ebenso	150,--	3,47
5.000	ebenso	420,--	5,83
10.000	ebenso	1.620,--	11,25
50.000	Luxuswohnungen (I)	22.770,--	31,62
100.000	Luxuswohnungen (II)	52.770,--	36,44

Tab. 8 | Staffelung der Wohnbausteuer

120 | Vgl. Podbrecky 2003, 6, 14.

121 | Der Mietzins betrug etwa 25% des Arbeiterlohnes. (Vgl. Weihsmann 2002, 19.)

122 | Weihsmann 2002, 19.

123 | Vgl. Podbrecky 2003, 15; vgl. Weihsmann 2002, 19.

124 | Gesetzlich wurde er erst 1922 fixiert. (Vgl. Weihsmann 2002, 32.)

125 | Vgl. Podbrecky 2003, 15 f.; vgl. Weihsmann 2002, 26, 31.

126 | Weihsmann 2002, 32.

- Kulturpolitik: Büchereien, Kulturvereine, Kunststellen
- Wohnbaupolitik: umfangreicher Gemeindebau durch neue Finanz- und Steuerpolitik

Der städtische Wohnungsbau war der wichtigste Pfeiler des Reformprogramms.¹²⁰

Seit dem 19. Jahrhundert herrschte eine gravierende Wohnungsnot infolge der kapitalistischen Gründerzeit-Phase der Vorkriegszeit und später durch Zuwanderung vor und nach dem Ersten Weltkrieg. Speziell für die armen Bevölkerungsschichten war die Situation sehr schlecht. Während der Gründerzeit entstanden viele profitorientierte Kleinstwohnungen. Ziel war es, so viel Wohnraum wie nur möglich auf einem Grundstück zu erhalten. Der Wohnstandard und die Wohnhygiene waren dadurch miserabel. Zu dem Problem von beengtem Wohnraum kam der viel zu hohe Mietzins.¹²¹ „Je kleiner und schlechter eine Wohnung war, desto höher war im Vergleich zu ihrem wahren Gebrauchswert und im Verhältnis zu größeren Wohnungen der Mietzins.“¹²² Diese hohen Mieten der Kleinwohnungen konnten oftmals nur mit der Aufnahme von Untermietern und Bettgehern gezahlt werden. Die Überbelegung hatte auch wohngyienische und gesundheitliche Folgen: Die Tuberkulose (*Wiener Krankheit*) war allgegenwärtig.¹²³

Mit der Einführung des Mieterschutzes 1917¹²⁴ konnte zwar die willkürliche Kündigung der Verträge und die eigenmächtige Erhöhung der Miete durch die Hausherrn unterbunden werden, jedoch führte dies nicht zur Verbesserung der Wohn- und Lebensverhältnisse der Bevölkerung. Des Weiteren brachten zu hohe Grundstücks- und Materialkosten den privaten Wohnungsbau zum Erliegen, trotz des großen Bedarfs an Wohnraum. Erst die Trennung der Stadt Wien von Niederösterreich im Januar 1922 brachte durch die neue Selbstständigkeit einen Wandel mit sich. Finanzstadtrat Hugo Breitner (1873-1946) nutzte die neue Steuerhoheit aus und führte noch im selben Jahr die *Wohnbausteuer* ein. Diese Steuer war Grundlage für das umfangreiche Reformprogramm der SDAP.¹²⁵ Entrichten musste sie jeder Hausbesitzer. Sie war jedoch stark progressiv gestaffelt, wodurch Luxusimmobilien außerordentlich hoch besteuert waren, was in Tabelle 8 ersichtlich wird. Daraus ergab sich, dass „rund 82% aller Mietobjekte [billige Arbeiter- und Kleinwohnungen und Geschäftslokale - Anm. d. Verf.] nur 22,66% der Steuer aufbrachten, während die 3.470 (0,54%) teuersten Mietobjekte 44,57% der gesamten Steuer entrichten mußten [sic!].“¹²⁶

Der geplante kommunale Wohnungsbau der sozialdemokratischen Regierung sollte in einer ersten fünfjährigen Projektphase (1923-1928) 25.000 neue Wohnungen für ca. 100.000 Menschen schaffen. Der Gemeinderat entschied sich, das in Form von Gemeindebauten durchzuführen, die über das gesamte Stadtgebiet verteilt wurden. Es wurde sich u.a. aus Gründen des Gemeinschaftsgefühls und der infrastrukturellen Erschließung gegen den Siedlungsbau in städtischen Randgebieten entschieden. Entsprechende Grundstücke kaufte die Stadt, wegen

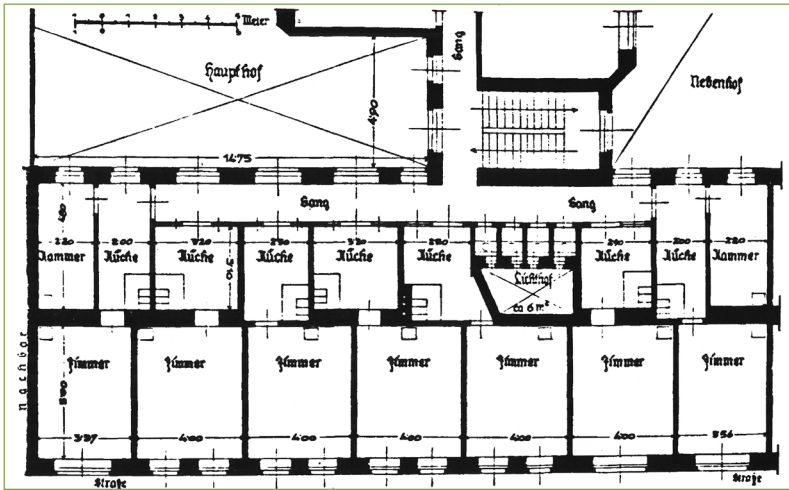


Abb. 26 | Grundriss der Zinshäuser

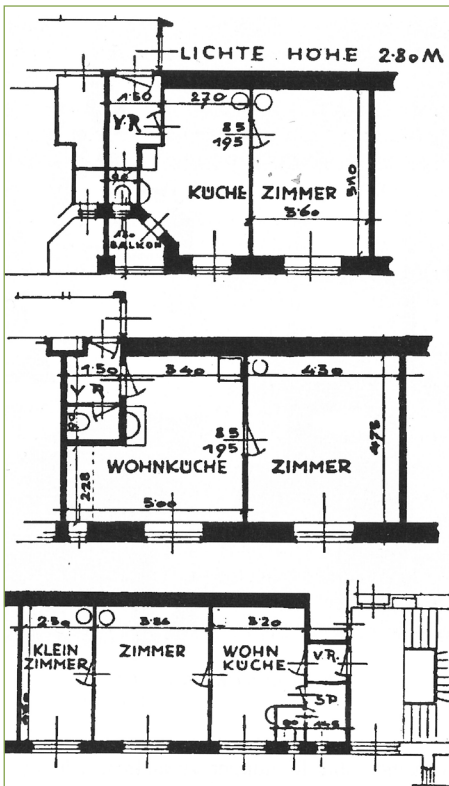


Abb. 28 | Grundrisstypen der 38m² und 48m² großen Gemeindewohnungen

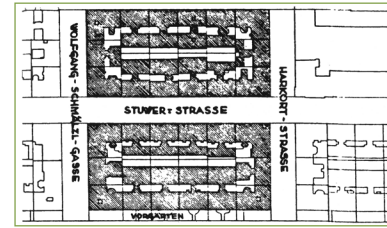


Abb. 27 | Blockrandbebauung der Gründerzeit

127 | Vgl. Podbrecky 2003, 16.

128 | Aigner 2015, 45.

129 | Weihsmann 2002, 99.

130 | In einigen Beispielen sind es sogar bis zu 80% Freiflächen, z.B. beim Karl-Marx-Hof. (Vgl. Podbrecky 2003, 102.)

131 | Vgl. Weihsmann 2002, 39 f., 111.

132 | Vgl. Podbrecky 2003, 17; vgl. Aigner 2015, 47.

mangelnder privater Nachfrage, zu günstigen Preisen.¹²⁷ Die Stadt war 1924 „bereits größter Grundbesitzer“¹²⁸. In der gesamten Bauphase von 1923 bis 1933 entstanden „insgesamt 63.934 Wohnungen ausschließlich aus den Mitteln der Wohnbausteuer“¹²⁹.

Der Gemeindebau zeichnete sich durch seine riesigen Gebäudekomplexe mit großzügigen Grün- und Freiflächen aus. Grundstücke wurden oftmals im Stil der Blockrandbebauung mit Wohnblöcken bebaut. Eine große Veränderung zu den *Zinshäusern* der Gründerzeit war in der Ausnutzung der Grundstücksfläche zu erkennen. Damals waren baurechtlich 15% der Grundstücksfläche als Freifläche (Höfe, Gärten) vorzusehen. Mit den neuen Reformen waren es schon 50%¹³⁰. Es zeigt sich, dass die Themen Licht, Luft und Bewegung eine wichtige Rolle einnahmen. Das wurde auch in den neuen Grundrisskonzeptionen sichtbar. Die vorher übliche innere Gangerschließung wurde durch eine Erhöhung der Anzahl der vom Hof zugänglichen Treppenhäuser aufgelöst. Es waren jetzt maximal vier Wohnungen pro Etage und Treppe erreichbar. Ein weiterer Grundsatz war die Schaffung von mehr Privatheit der einzelnen Wohnungen. Die direkte Küchenanbindung an die Gangerschließung wurde durch die Schaffung von Vorräumen aufgelöst. Die Entlüftung der Küchen fand ab diesem Zeitpunkt einzig über die hof- oder straßenseitigen Fenster statt. Auch auf die Ausrichtung der Wohnung wurde viel Wert gelegt. So wurden z.B. reine Nordausrichtungen der Wohnungen vermieden. Durch die festgelegte maximale Bebauungsfläche wurde die Belichtung und -lüftung der Wohnungen zusätzlich optimiert. Jedes Zimmer, auch die wohnungseigene Toilette, verfügte über mindestens ein Fenster.

Es gab bis 1927 zwei verschiedene Wohnungstypen:

- die 38m² Wohnung mit Wohnküche und Zimmer (75% der Wohnungen) und
- die 48m² große Wohnung mit Wohnküche, Zimmer und Kabinett (25% der Wohnungen).

Aufgrund internationaler Kritik, dass die Wohnungen zu klein seien, wurden ab 1928 drei neue Wohnungstypen gebaut:

- die 21m² kleine Junggesellen- und Ledigenwohnung mit einem Raum mit integrierter Kochnische
- die 40m² Wohnung mit Wohn- und Schlafräum und Balkon/Loggia
- die 57m² Wohnung mit zwei großen Zimmern und Kabinett.

Jede Wohnung besaß zudem eine eigene Toilette und einen Vorraum.¹³¹ Bäder wurden gemeinschaftlich genutzt. Sie befanden sich meist im Erdgeschoss. Teilweise gab es auch eigene Badehäuser. Wie die Bäder dienten auch die Außenbereiche dem Kollektiv. Um das Gemeinschaftsleben weiter zu aktivieren, wurden soziale Einrichtungen wie z.B. Bildungseinrichtungen, Büchereien und Lesesäle, Kindergärten, Jugendhorte und Mutterberatungsstellen, Werkstätten, Sportanlagen und Spielplätze, Märkte und Lebensmittelgeschäfte sowie Wäschereien und Gesundheitseinrichtungen in den Anlagen integriert. Sie stärkten das Zusammenleben und waren kennzeichnend für diesen neuen kommunalen Wohnbau.¹³²



Abb. 29 | Mittelteil mit Toren und Fahnenmasten

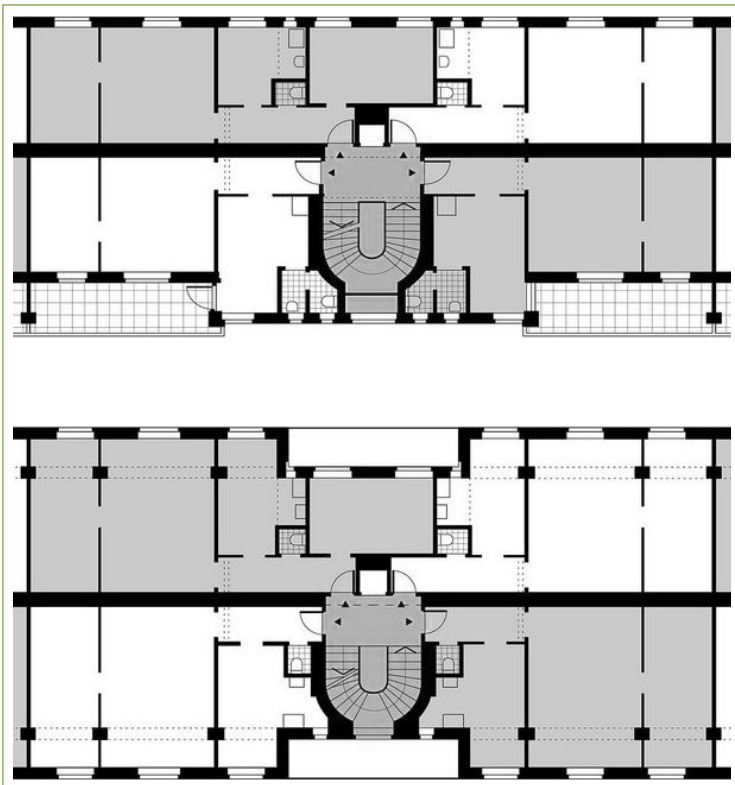


Abb. 30 | typische Wohngrundrisse

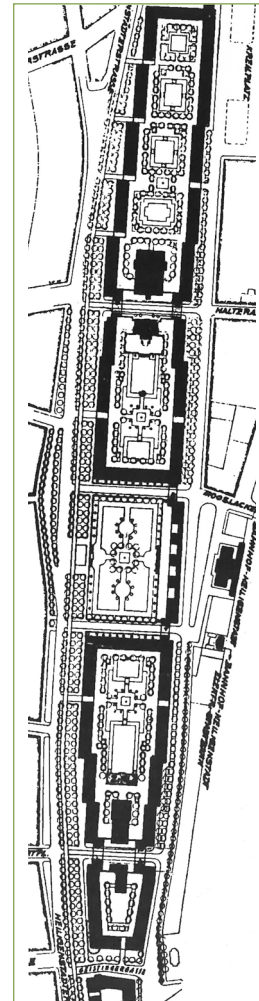


Abb. 31 | Lageplan

133 | Vgl. Weihsmann 2002, 398, 401;
vgl. Podbrecky 2003, 95.

134 | Er war ein Schüler Otto Wagners.
(Vgl. Aigner 2015, 52.)

135 | Vgl. Weihsmann 2002, 398 ff.

136 | Vgl. Podbrecky 2003, 99.

137 | Weihsmann 2002, 401.

Karl-Marx-Hof in Wien

Ein Beispiel soll im Folgenden kurz betrachtet werden: Der Karl-Marx-Hof. Er ist einer der monumentalsten, eindrucksvollsten und symbolträchtigsten Gemeindebauten der Stadt Wien während der Zwischenkriegszeit. Der Karl-Marx-Hof erstreckt sich auf einer Grundstücksfläche von über 156.000m² entlang der 1.200m langen ehemaligen Hagenwiese (zwischen Heiligenstädter Straße und Boschstraße) und ist mit seiner Gesamtlänge einmalig auf der Welt. Von 1927 bis zur Eröffnung 1930 wurden in dem blockhaften langgestreckten Baukörper 1.382 Wohnungen für über 5.000 Menschen geplant. In den Relationen zu der Grundstücksfläche zeigt sich eine Ausnutzung von gerade einmal 18,4% der Gesamtfläche. Die freigewordenen Grünflächen standen somit den Bewohnern zur Verfügung und förderten das Gemeinschaftsleben. Auch die integrierten Sozialeinrichtungen, wie z.B. Kindergärten, Jugendheime, Zahnklinik, Postamt, Bücherei, Bäder, Wäschereien, sowie zahlreiche Lokale und Geschäfte trugen dazu bei.¹³³

Der riesige Gebäudekomplex wurde von Karl Ehn¹³⁴ geplant. Eine klare Gliederung dieses langgestreckten Baukörpers erfolgte in vertikaler und horizontaler Weise. Vertikal wurde der Komplex durch Rücksprünge einzelner Blöcke aufgrund der Grundstücksform gegliedert. Der Mittelteil wurde ebenfalls rückversetzt und bietet mit dem vorgesetzten *Ehrenplatz* eine fast schon triumphierende Geste. Horizontal kennzeichnet sich der Bau durch die roten Geschossockel mit den Loggien- und Balkonbändern. Er stellt die eigentliche Gliederung der Anlage dar. Die darüber liegenden Geschosse haben eine gelbe Fassadengestaltung. Allein in der Farbgestaltung lässt sich die politische Stimmung der Hauptstadt erkennen. Der Mittelteil stellt die einzige Unterbrechung der Front und gleichzeitig eine brückenartige Verbindung der zwei Hofanlagen dar. Er ist gekennzeichnet durch sechs kolossale Türme und vier riesige Tordurchfahrten. Diese, und viele weitere Tore, dienen (und dienen bis heute noch) als freier Durchgang durch den Komplex für alle Passanten. Auf den fünfstöckigen Turmbauten gipfeln zusätzlich noch sechs Fahnenmasten.¹³⁵

Die Wohnungen entsprachen den bereits oben beschriebenen Standards. Dadurch kam weitere Kritik auf: die palastartige Dimensionierung der Bauvolumen entsprach überhaupt nicht den dahinter befindlichen Kleinwohnungen mit Zimmer, Küche und teilweise Kabinett.¹³⁶ Wie der Bürgermeister Karl Seitz während der Eröffnungsfeier 1930 treffend formuliert hat: „,Wenn wir einst nicht mehr sind, werden diese Steine für uns sprechen [...]‘ “¹³⁷

3.4 Entwicklung der Finanzierung

Obwohl die oben beschriebenen Formen des sozialen Wohnbaus ähnliche Motivationen für den Bau und die Errichtung hatten, haben sie alle unterschiedliche Konzepte der Finanzierung vorzuweisen.

Angefangen bei den Stiftungen wird ersichtlich, dass diese in ihrer Entstehungszeit im Mittelalter durch rein pri-

ivate Gelder finanziert und gegründet wurden. Reiche Bürger wollten den Armen helfen, indem sie ihnen Unterkünfte bereit stellten und deren Pflege ermöglichten. Sie selbst verschafften sich dadurch Vorteile in der (Alters) Versorgung und es brachte ihnen eigenes Seelenheil ein. Es stand eine rein religiöse und politische Motivation dahinter. Die Fuggerei in Augsburg entstand ebenfalls durch die soziale Motivation des Stifters Jakob Fugger. Heute noch wird sie durch eigene Mittel aus der Waldwirtschaft, dem Immobilienbesitz und dem Tourismus der gemeinnützigen Fuggerschen Stiftungen finanziert.

Der Bau von Arbeitersiedlungen war ebenfalls sozial motiviert. In den Städten herrschte zur Zeit der Industrialisierung eine starke Wohnungsnot, weswegen die Arbeiter unter teils unwürdigen Umständen leben mussten. Die harte Arbeit in den Betrieben und die unzumutbaren Wohnverhältnisse führten zu starken Fluktuationsströmen. Für die Unternehmer ergaben sich daraus negative Aspekte für die Betriebsführung. Um dem entgegen zu wirken, bauten sie für die Mitarbeiter Siedlungen mit sehr guten, fast schon luxuriösen Wohnbedingungen. Die Finanzierung lag somit wiederum in der Hand der Betriebsherren und wurde vollständig aus deren privaten Mitteln übernommen.

Das Rote Wien hingegen hatte die öffentliche Hand als Finanzierungsträger. Durch die große Wohnungsnot in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sah sich die Stadt zum Handeln gezwungen und erließ mit den neuen wohnungspolitischen Reformen die Wohnbausteuer. Dadurch wurden Steuereinnahmen erzielt, welche in voller Höhe für den sozialen Wohnbau genutzt wurden. Diese Art der Finanzierung war jedoch nicht auf Gewinn orientiert.

Die schweren Zeiten der Wohnungsnot vom Mittelalter bis zur Nachkriegszeit sind überwunden. Bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts wurde der Wohnungsbedarf durch zahlreiche Neubauten des Gemeindebaus in Wien und weitere Wohnungsbauprojekte gedeckt. Trotzdem darf das Thema nicht nachlässig behandelt werden. Demographische Entwicklungen, soziale Veränderungen der Gesellschaft sowie ein weiter anhaltendes Migrationsverhalten werden auch weiterhin Aspekte für die Wohnbauentwicklung sein. Die demographische Entwicklungsprognose von Österreich zeigt, dass die Bevölkerung weiter steigen wird. Waren es 1990 noch 7,77 Mio. Einwohner, konnten 2010 bereits 8,39 Mio. gezählt werden. In den nächsten 20 Jahren ist mit einem ähnlichen Anstieg auf etwa 9 Mio. Einwohner zu rechnen. Das liegt nicht allein an den größeren Migrationsbewegungen oder höheren Geburtenzahlen. Auch die längere Lebenserwartung der Menschen ist Grund dafür. Zu den steigenden Bevölkerungszahlen kommt die soziale Veränderung der Gesellschaft. Sie benötigt größeren Wohnraum und durch neue Haushaltsstrukturen auch mehr Wohnungen. Die typische Familienwohnung ist zum Nebenprodukt geworden. Ausreichend große Single- und Paarhaushalte dominieren den Wohnungsmarkt. Auch dieser Trend kann anhand von Statistiken aufgezeigt werden. Gab es 1990 noch 3,39 Mio. Wohnungen, waren es 2010 31% mehr (4,44 Mio.). In den nächsten Jahren ist mit einem ähnlichen Trend zu rechnen. Haushalte werden

138 | Vgl. Fassmann.

139 | Fassmann.

140 | Immowelt.

141 | Vgl. Aigner 2015, 142; vgl. Immowelt.

142 | Vgl. Amann 2006, 6.

vermutlich um weitere 18% und die Wohnungsanzahl um 22% ansteigen. Obwohl der Bedarf an Wohnungen weitestgehend abgedeckt ist, ist der Neubau von Wohnungen zwingend notwendig. Dies ergibt sich nicht allein aus den veränderten Bedürfnissen der Bewohner (Wohnungsgröße, Außenraum, ...) sondern vielmehr um den nicht mehr nutzbaren Altbestand zu ersetzen. Private, wie auch öffentliche Träger, haben sich dieser Aufgabe angenommen. Die Sanierung und Instandhaltung der bestehenden Wohnungen ist ein zweiter wichtiger Aspekt in der Entwicklung des Wohnbaus, dem sich meist die öffentlichen Bauträger annehmen.¹³⁸ Es ist weiterhin ein Ziel „die historische Bausubstanz an die Bedürfnisse der Gegenwartsgesellschaft anzupassen“¹³⁹.

Der soziale Wohnbau in Österreich lässt sich vereinfacht in unterschiedliche Träger (öffentlich/privat, gewerblich/gemeinnützig) und Finanzierungsformen (gefördert/freifinanziert) unterteilen. In den nachfolgenden Abschnitten soll darauf näher eingegangen werden.

Gewerbliche Bauträger

Die gewerblichen Bauträger können beide Formen der Finanzierung, die geförderte und die freifinanzierte, aufweisen. Grund dafür sind die unterschiedlichen Gesetzgebungen der einzelnen Bundesländer bezüglich der Unterstützung mit Fördergeldern. So werden die Gewerblichen z.B. in Oberösterreich und Wien mit der Wohnbauförderung unterstützt. In Niederösterreich ist das jedoch nicht möglich. Wenn eine finanzielle Unterstützung durch die Gebietskörperschaften besteht, sind einige Auflagen seitens der Bauträger einzuhalten. Der einzuhaltende Festpreis der Miete ist eine davon. Auch künftige Bewohner müssen Kriterien erfüllen, um in geförderte gewerbliche Wohnungen einziehen zu dürfen, z.B. darf eine Höchstgrenze des Jahreseinkommens nicht überschritten werden. „Zudem haben sie [die Mieter - Anm. d. Verf.] ein Recht auf Wohnbeihilfe.“¹⁴⁰ Diese Bauträger streben trotz der gegebenen finanziellen Förderung eine gewinnorientierte Vorgehensweise an. Sie bauen Großprojekte in vorzeigbaren Stadtlagen, um so viel wie möglich Profit daraus zu schlagen.¹⁴¹

Den Stellenwert, den die geförderten Mietwohnungen der gewerblichen Bauträger auf dem österreichischen Wohnungsmarkt einnehmen, soll anhand der Bundeshauptstadt Wien kurz aufgezeigt werden. Erst einmal lässt sich festhalten, dass es eine starke Dynamik der Bauproduktion von Seiten der Gewerblichen seit den 1980er Jahren gab. Waren es anfangs noch unter 20%, stieg die Beteiligung bis Mitte der 1990er Jahre auf etwa 50%. Auf den damals einsetzenden Bauboom reagierten die gewerblichen Träger deutlich schneller als die gemeinnützigen und konnten ihre Anzahl an Baubewilligungen stark steigern. Eine starke Marktorientiertheit ist ablesbar. Seither haben sich die Bewilligungen bei 30% - 40% eingependelt. Grund für diesen Rückgang sind u.a. auch fehlende Großprojekte, die noch bis Mitte der 1990er Jahre umgesetzt wurden.¹⁴²

Die Entwicklung der Förderungszusicherung kann analog dazu betrachtet werden: Mit dem Bauboom wurden

	1980	1990	2000	2005	2010	2013
Genossenschaften	136	116	105	101	99	99
Kapitalgesellschaften	116	103	98	92	94	91
Gesamt	252	219	203	193	193	190

Tab. 9 | Gemeinnützige Bauvereinigungen 1980 - 2013

	1980	1990	2000	2005	2010	2013
Genossenschaften	208.200	246.200	323.000	349.700	379.900	400.500
Kapitalgesellschaften	280.900	347.300	446.500	411.100	444.400	465.200
Gesamt	489.100	593.500	769.500	760.800	824.300	865.700

Tab. 10 | Verwaltete Wohnungen 1980 - 2013

143 | Amann 2006, 8.

144 | Vgl. Amann 2006, 8 f.

145 | Vgl. Amann 2006, 3.

146 | Vgl. Immowelt.

147 | Vgl. GBV - Wer sind die Gemeinnützigen?.

148 | GBV - Historischer Abriss.

knapp 10.000 Wohneinheiten in Wien gefördert, während die Zahl danach rapide auf 5.000 absank. Auch hier haben sich die Werte auf etwa 5.500 geförderte Einheiten eingependelt. Drei Viertel aller Förderungen ging dabei an Geschosswohnungen, „der Rest verteilt sich auf Ein- und Zweifamilienhäuser sowie Heimplätze.“¹⁴³ Die gewerblichen Bauträger haben jedoch nur geringe Anteile an den Förderungszusicherungen: 23% entfallen auf sie für den Geschosswohnbau und nur 16% für die Mietförderung. Bei einer Baulast von ca. 40% der Gewerblichen fallen die Förderungen im Vergleich dazu sehr gering aus.¹⁴⁴

Bei der Baukostenentwicklung sind zwischen den gewerblichen und den gemeinnützigen Bauträgern kaum Unterschiede festzustellen. Sie sind bei Eigentum fast identisch und auch bei Mietwohnungen gibt es nur einen ungleich höheren Wert als bei den Gemeinnützigen. Außerdem stagniert die Preisentwicklung seit den Bau-boom-Jahren Mitte der 1990er Jahre u.a. aufgrund der Einführung der Bauträgerwettbewerbe.¹⁴⁵

Die Bundesländer, die hingegen keine Unterstützung von der Wohnbauförderung erwarten können, müssen auf den freifinanzierten Bau zurückgreifen. Sie haben dadurch auch keine steuerlichen Vorteile zu erwarten. Ein Nachteil für die Mieter besteht in der freien Kalkulation der Höhe der Miete. Auch der Bau von großen Wohnanlagen in den Stadtzentren ist maßgeblich für den freifinanzierten Bau.¹⁴⁶

Gemeinnützige Bauträger

Gemeinnützige Träger sind in allen Kategorien des Wohnbaus (Bauen, Sanierung, Instandhaltung) vertreten. Sie bauen neue Wohnungen, welche für den Großteil der Bevölkerung zugänglich sind. Sie sind aber auch stark bei den Themen Sanierung und Instandhaltung vertreten. Das Wohnungsgemeinnützigkeitsgesetz (WGG) regelt zudem die Bautätigkeit der Gemeinnützigen. So sind diese, im Vergleich zu den Gewerblichen, nicht gewinnorientiert, sondern streben eine Non-Profit-Wirtschaftsweise an. Gewinne, die durch Wohnbaumaßnahmen erzielt werden, müssen auch wieder dafür eingesetzt werden und dürfen eine bestimmte Höhe nicht überschreiten. Im Laufe der Zeit haben sich mehrere Rechtsformen von gemeinnützigen Bauträgern herausgestellt:

- die Genossenschaften
- die Gesellschaften mit beschränkter Haftung und
- die Aktiengesellschaften.¹⁴⁷

„Derzeit gibt es 190 gemeinnützige Bauvereinigungen in Österreich, davon 99 Genossenschaften, 81 Gesellschaften mit beschränkter Haftung und 10 Aktiengesellschaften.“¹⁴⁸ Die höchste Anzahl von gemeinnützigen Bauvereinigungen wurde 1955 erreicht. Da gab es insgesamt 361 gemeinnützige Bauträger. Aufgrund von Fusionen kam es zur stetigen Reduzierung. Die Anzahl der verwalteten Wohnungen zeigt trotz der Zusammenschlüsse ein kontinuierliches Wachstum, welches in der Zeit des Baubooms (Mitte der 1990er Jahre) besonders stark anstieg. Es gab einen Anstieg von etwa einem Drittel zwischen 1990 und 2000. Bis heute ist ein stetiges

149 | Siehe Tabelle 9, 10; vgl. GBV - Historischer Abriss; vgl. GBV - Jahreskompaktstatistik.

150 | Vgl. Wien.at - Voraussetzungen zur Erlangung einer geförderten Miet- und Genossenschaftswohnung.

151 | Vgl. Aigner 2015, 143.

152 | AKNÖ 2012, 9.

153 | Vgl. AKNÖ 2012, 9.

Ansteigen der verwalteten Wohnungen zu verzeichnen. Von Anbeginn fand die Bautätigkeit hauptsächlich auf Grundlage finanzieller staatlicher Unterstützung statt.¹⁴⁹

Die Gemeinnützigen lassen in Österreich einen Großteil des geförderten Wohnbaus von den Genossenschaften errichten. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, möglichst leistbaren Wohnraum mithilfe der öffentlichen Hand zu bauen. Auch hier geben bundesländerspezifische Richtlinien und Regelungen Vorgaben für die Mieter. So sind maximale Jahreslöhne, Mindestalter und Staatsbürgerschaften ausschlaggebend.¹⁵⁰

Aber auch der freifinanzierte Wohnbau wird von gemeinnützigen Bauträgern durchgeführt. Gründe dafür sind zu hohe Grundstückspreise. Dadurch kann kein leistbarer Wohnbau, der das Ziel von den Gemeinnützigen ist, gewährleistet werden. Die Erstellungskosten sind im Vergleich zu den geforderten Mietkosten zu hoch. Gemeinnützige sind fast schon *gezwungen* den Wohnbau frei zu finanzieren, um kostengünstig bauen zu können. Vorteile der Freifinanzierung lassen sich von Seiten der Bauträger in der nicht notwendigen Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen (z.B. der Barrierefreiheit) sehen, wodurch Geldeinsparungen möglich sind. Höhere Grundstückskosten und allgemein größere Wohnungen bedeuten für die Mieter hingegen höhere Mietkosten und teilweise die Verrichtung von Eigenmittelanteilen. Dadurch können sich nicht alle Bevölkerungsschichten das Wohnen in diesen Bauten leisten. Das eigentliche Ziel, leistbaren Wohnraum für die Bevölkerung zu schaffen, kann kaum erfüllt werden.¹⁵¹

„Insgesamt erbringt die gemeinnützige Wohnungswirtschaft rund 30 Prozent der gesamten Bauleistung [in Österreich - Anm. d. Verf.] und mehr als die Hälfte der Bauleistung im Mehrfamilienhausbau.“¹⁵² Somit wohnt fast jeder sechste Bürger in einem gemeinnützigen Wohnbau.¹⁵³

Wohnbauförderung

Bei der Darstellung der gewerblichen und gemeinnützigen Bauträger wurde schon deutlich, dass sie sich hauptsächlich durch staatliche Förderungen finanzieren. In Österreich passiert das über die sogenannte Wohnbauförderung. Anhand der Analyse über die Wohnbauförderung der einzelnen Bundesländer von der Arbeiterkammer Niederösterreich (AKNÖ) soll ein Überblick über die Entwicklung, Träger und Auswirkungen auf den Wohnbau aufgezeigt werden.

Seit mehr als 100 Jahren gibt es diese Art der Unterstützung im sozialen Wohnbau. Aber auch hier sind deutliche Veränderungen und Entwicklungen sichtbar, die zu stetigen Anpassungen geführt haben. Die größte Entwicklung ist in der sogenannten *Verlängerung* zu sehen. Zu Beginn der Wohnbauförderung war einzig und allein

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Wohnbau	336,42	263,10	297,98	337,27	346,80	212,48	351,01
Wohnhaussanierung	165,62	210,73	192,21	211,19	231,65	221,56	251,47
Gesamt	502,04	473,83	490,19	548,46	578,45	434,04	602,48

Tab. 11 | Ausgaben (in Mio. Euro) der Wohnbauförderung in Wien 2000 - 2014

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Wohnbau	163,02	249,41	250,93	274,51	292,98	293,66	303,22
Wohnhaussanierung	180,22	112,48	122,39	130,87	113,25	94,39	92,03
Gesamt	343,24	361,89	373,32	405,38	406,23	388,05	395,25

Tab. 12 | Ausgaben (in Mio. Euro) der Wohnbauförderung in der Steiermark 2000 - 2014

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Wohnbau	1.764,75	1.864,41	1.873,90	2.071,94	1.956,16	1.679,78	2.069,98
Wohnhaussanierung	537,18	534,35	559,84	612,06	846,46	725,03	710,59
Gesamt	2.301,93	2.398,76	2.433,74	2.684,01	2.802,62	2.404,81	2.780,57

Tab. 13 | Ausgaben (in Mio. Euro) der Wohnbauförderung in Österreich 2000 - 2014

154 | Vgl. AKNÖ 2012, 4.

155 | Vgl. AKNÖ 2012, 6 f.

156 | Vgl. AKNÖ 2012, 5; vgl. Streimelweger.

157 | Der Förderungsdurchsatz beträgt mittlerweile 80%, d.h. „dass 8 von 10 errichteten Wohnungen mit öffentlicher Förderung kofinanziert werden.“ (Amann 2006, 8.)

158 | Siehe Tabellen 11-13; vgl. AKNÖ 2012, 12 f.

der Bund für diese Art der Förderung zuständig. Ende des 20. Jahrhunderts wurden alle Kompetenzen an die einzelnen Bundesländer übertragen, wodurch diese die Verteilung der Gelder selbst regeln konnten. Dadurch wurden auch die Bauträger ausgewählt, welche Unterstützung bekommen (die Gewerblichen werden z.B. in Niederösterreich nicht unterstützt), und die bereits erwähnten Einkommensgrenzen und Miethöhen wurden festgelegt. Mit dem Jahrtausendwechsel gab es die nächsten einschneidenden Entwicklungen: 2001 wurde eine Lockerung der Zweckbindung beschlossen. Mit dem Finanzausgleichsgesetz von 2008 wurde die Zweckbindung vollends aufgehoben. Das bedeutet, dass die zur Verfügung gestellten Gelder nicht zwingend für den Wohnbau verwendet werden mussten. Auf der einen Seite können so zu geringe Förderungen in andern Sparten, z.B. der Infrastruktur, ausgeglichen werden, auf der anderen Seite sind Budgetsanierungen der Bundesländer möglich.¹⁵⁴ Die Gelder der Wohnbauförderung kommen aus den Gebietskörperschaften (Bund, Bundesländer, Gemeinden). Dabei gehen etwa 70% auf den Bund und 30% auf die Bundesländer zurück. Im Jahr 2008 waren das insgesamt etwa 0,92% vom Bruttoinlandsprodukt. Das entspricht einer Summe von knapp 2,6 Mrd. Euro. Seit 1996 bekommen die Bundesländer einen Fixbetrag von 1,8 Mrd. Euro. Dieser Anteil unterlag bis 2008 der Zweckbindung. Die Bedarfszuweisungen, die aufgrund des Finanzausgleichsgesetz eingeführt wurden, werden zusätzlich vom Bund gezahlt und haben keine Zweckbindung. Die 30%, die die Bundesländer zu zahlen haben, kommen z.B. aus Rückflüssen und Annuitäten- und Zinszuschüssen.¹⁵⁵

Bei der Förderung gibt es zwei verschiedene Arten:

- direkte Förderung (Zuschüsse, Beihilfen)
- indirekte Förderung (Steuererleichterungen).

Die direkte Förderung kann weiter in Objekt- und Subjektförderung unterteilt werden. Bei der Objektförderung werden die zur Verfügung gestellten Gelder (Darlehen) direkt für den Bau oder die Sanierung von Gebäuden genutzt. Die Subjektförderung unterstützt den Mieter mit Zusatzzahlungen zur monatlichen Miete (Wohnbeihilfe). Österreich zeigt bei den verschiedenen Möglichkeiten der Förderung eine starke Tendenz zur objektbezogenen Förderung, mit zusätzlich unterstützender Subjektförderung. Auf diese Art wurde in den letzten Jahren fast jeder zweite Wohnbau (etwa 60%) mit der Wohnbauförderung unterstützt.¹⁵⁶

Die Bundeshauptstadt verzeichnet österreichweit die höchsten Ausgaben für Wohnbauförderung.¹⁵⁷ Jedoch wird auch im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet deutlich, dass die Aufwendungen für die Wohnbausanierung in Wien mit ca. 40% der jährlichen Ausgaben recht hoch sind. Die veränderte Wertigkeit von Neubau und Sanierung wird daran ersichtlich. Auch in der Steiermark gab es im Jahr 2002 ein Novum: Die Mittel zur Wohnhaussanierung überstiegen zum ersten Mal die Aufwendungen für den Neubau. Aber auch hier hat sich ein Durchschnittswert von etwa 30% für die Sanierung eingependelt, was in etwa dem österreichischen Mittelwert entspricht.¹⁵⁸

159 | „Der 1952 eingeführte Wohnbauförderungsbeitrag beträgt seither 1 Prozent der Lohn- und Gehaltssumme (bis zur Höhe der Höchstbeitragsgrundlage der Krankenversicherung). Der Beitrag wird jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite aufgebracht. Bauern und Selbstständige sind von diesem Beitrag ausgenommen.“ (AKNÖ 2012, 6.)

160 | Vgl. Streimelweger; vgl. AKNÖ 2012, 5.

161 | Aigner 2015, 144.

Der Vergleich mit Deutschland zeigt, dass die beiden Länder in punkto Verländerung und Zweckbindung gar nicht so unterschiedlich sind. Auch in Deutschland fand mit der Föderalismusreform die Übergabe der Kompetenzen von Bundes- auf Länderebene statt. Auch die Zweckbindung wurde mit Ende 2013 aufgehoben. Somit stehen seit 2014 auch in Deutschland die Fördermittel den Ländern zur freien Verfügung und müssen nicht speziell für den Wohnbau herangezogen werden. Unterschiede lassen sich in der Höhe und Art der Förderung finden. Die Zweckgebundenen Wohnbaufördermittel betragen seit 2006 in Deutschland etwa 518 Mio. Euro jährlich. Das entspricht nicht einmal einem Drittel der Zweckzuschüsse in Österreich. Diese betragen 2008 rund 1,8 Mrd. Euro. Selbst der Wohnbauförderungsbeitrag¹⁵⁹ ist mit 674 Mio. Euro höher als die gesamte Wohnbauförderung in Deutschland. Das schlägt sich auch auf die Anzahl der geförderten Gebäude nieder. In Deutschland wird nur etwa jede zehnte Wohnung mithilfe von Fördermitteln errichtet, in Österreich ist es jede zweite. In Bezug auf die Art der Förderung gibt es ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich. Während in Österreich die Förderungen objektbezogen sind, setzt Deutschland auf Steuererleichterungen als Fördermaßnahme (indirekte Förderung).¹⁶⁰

Private Bauträger - die Baugruppe

Als Alternative zu den öffentlichen Bauträgern kann die Privatinitiative von Baugruppen gesehen werden. Dabei handelt es sich um individuelle Bauherren, die zusammen eine Zweckgemeinschaft bilden, in der neue Bauprojekte verwirklicht werden sollen. Ob eine Vermietung oder der Verkauf der Wohnungen erzielt werden soll oder ob die Baugruppe für den Eigenbedarf baut, hängt von den persönlichen Interessen der Bauherren ab. Somit ist es wichtig, dass von Anfang an, klare Ziele über das Bauvorhaben übereinstimmend von allen Mitgliedern festgelegt werden. „Eine Baugemeinschaft soll aus mindestens zehn Mitgliedern bestehen, alles andere, sei [...] nicht wirtschaftlich.“¹⁶¹ Um ein Projekt zu verwirklichen muss die Gemeinschaft ausgewählte Grundstücke kaufen und für entsprechende Planung und Umsetzung sorgen. Das erfordert Mitspracherecht und demokratische Entscheidungen von allen Mitgliedern der Baugruppe. Vorteile einer solchen Gemeinschaft sind in der finanziellen Entlastung des einzelnen und in der Mitsprache bei Planung und Gestaltung zu finden. Durch die hohe Anzahl der Mitglieder minimieren sich der Kaufpreis des Grundstückes und die Errichtungskosten des Gebäudes. Das einzubringende Eigenkapital wird auf alle Mitglieder aufgeteilt und bietet somit Personen die Möglichkeit ein Haus zu bauen, denen es unter normalen Umständen auf dem Wohnungsmarkt nicht möglich gewesen wäre (z.B. aufgrund zu hoher Grundstückskosten). Durch die rein private Initiative ist auch bei der Planung der Häuser bzw. Wohnungen eine individuelle und bewohnergerechte Gestaltung realisierbar. Das stellt einen wesentlichen Unterschied zu den standardisierten Wohnungsbauten der öffentlichen Träger dar. Jedoch hat dieses Modell auch Nachteile vorzuweisen. Der geförderte Wohnbau hat klare Preisgrenzen, was die Realisierung und spätere Miete der Bewohner betrifft. Baugruppen-Projekte können dahingegen keine festen Preise garantieren. Es bleibt

162 | Vgl. Baugemeinschaft Berlin; vgl.
Aigner 2015, 144 f.

immer ein Restrisiko vorhanden. Ein weiterer Nachteil ist der langwierige Planungs- und Entstehungsprozess eines solchen Projektes. Dadurch, dass alle Mitglieder ein Mitspracherecht haben in Bezug auf Standort, Umgebung und persönlich notwendige Infrastruktur (Entfernung zum Arbeitsplatz, kulturellen Einrichtungen und Supermärkten), kann es viel Geduld erfordern bis ein geeigneter Baugrund gefunden wird.¹⁶²

In Deutschland hat sich dieses Modell in den letzten 15 Jahren erfolgreich am Wohnungsmarkt etablieren können. In Österreich dagegen steht es erst am Anfang, da die öffentlichen Bauträger einen zu großen Stellenwert im Wohnungsbau einnehmen. Dennoch wird dieses alternative gemeinschaftliche Wohnbaumodell immer populärer, da auch der Wunsch nach individuellem Wohnraum in der Bevölkerung immer stärker wird.

	2011	2012	2013	2014
Österreich	72.297	71.821	73.191	73.840
Wien	13.360	13.580	13.430	13.280
Steiermark	15.473	12.235	13.743	14.303

Tab. 14 | Betreute Personen in stationären Betreuungs- und Pflegediensten 2011
- 2014

163 | Vgl. Kapitel 2.3.

164 | Vgl. Tabelle 14; vgl. Statistik Austria - Betreuungs- und Pflegedienste - Tabelle *Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste 2011 bis 2014*.

4. Alternative Wohnformen im Alter

Eine Variante des Wohnens im Alter wurde von seinem Ursprung her bereits aufgeführt: Das Alten- und Pflegeheim. Die meist monofunktionale und gewinnbringende Heimunterbringung ist jedoch nicht die einzige Möglichkeit für das Wohnen in den letzten Lebensphasen. Weitere Formen, wie das integrative, gemeinschaftliche und selbstständige Wohnen sollen Aufschluss über Alternativen geben, welche sich den wandelnden Bedürfnissen der Gesellschaft anpassen.

Aber nicht nur der gesellschaftliche Wandel spielt eine Rolle in der Entwicklung vom alternativen Wohnen. Auch, und hauptsächlich, die gegenwärtige Finanzierungssituation von der Institution Alten- und Pflegeheim sind ausschlaggebende Punkte für die Herausbildung neuer Formen des Wohnens. Dadurch, dass die Trägerlandschaft einen immer stärkeren Wandel von öffentlichen zu privaten Eigentümern verzeichnet, wird der Prozess der Privatisierung klar deutlich. Für die Gemeinden bedeutet dies klare finanzielle Vorteile, da die öffentlichen Haushalte entlastet werden, auch wenn die Unterstützung der neuen privaten Träger weiterhin durch öffentliche Fördermittel finanziert wird. Für die Bewohner dagegen gibt es einige Nachteile zu verzeichnen. Nicht nur, dass die Standortverlagerung der Alten- und Pflegeheime aus dem Stadtzentrum heraus (aufgrund billiger Grundstückspreise) die Möglichkeit vom selbstständigen Leben in der Stadt nimmt und zur Vereinsamung der Bedürftigen beitragen kann, sondern auch, dass die Pflege auf Minimalstandard runtergefahren wird. Geldeinsparungsmaßnahmen von Seiten der Träger sorgen für die Entlassung von Pflegekräften. Die Gewinnbringung der Träger steht somit vor den Bedürfnissen der Bewohner.¹⁶³

Die Kritik an der Privatisierung von Alten- und Pflegeheimen wird indirekt an den Nutzungszahlen deutlich. Die alten Menschen versuchen so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu bleiben. Gründe, wie eine zu starke Pflegebedürftigkeit und ein zu intensiver Betreuungsaufwand für die Angehörigen oder mobile Pflegedienste, sind ausschlaggebend für den Umzug ins Heim. In Österreich wurden im Jahr 2014 insgesamt nur 73.840 Personen in stationären Einrichtungen betreut. Von den 1,57 Mio. Einwohnern Österreichs, die älter als 65 Jahre sind, macht das einen Prozentanteil von gerade einmal 4,7% aus. Die Bundeshauptstadt Wien und das Land Steiermark verzeichnen dabei noch die höchsten Anteile der zu betreuenden Personen. Weiterhin ist festzustellen, dass etwa 80% der betreuten Personen bereits über 80 Jahre alt sind. Dadurch wird auch deutlich, wie agil die alten Leute im Alter noch sind.¹⁶⁴

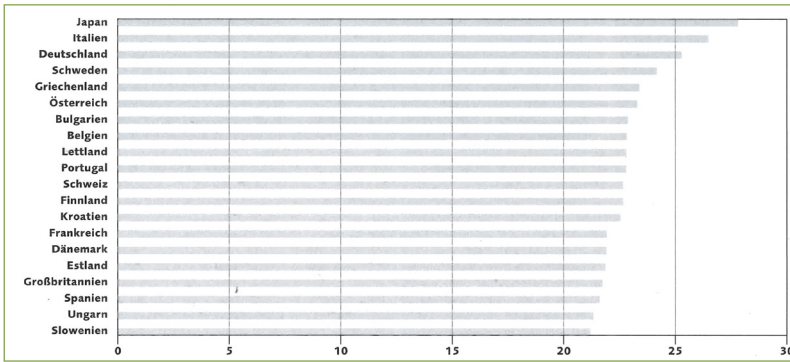


Abb. 32 | Anteil Hochschultriger im Ländervergleich 2007

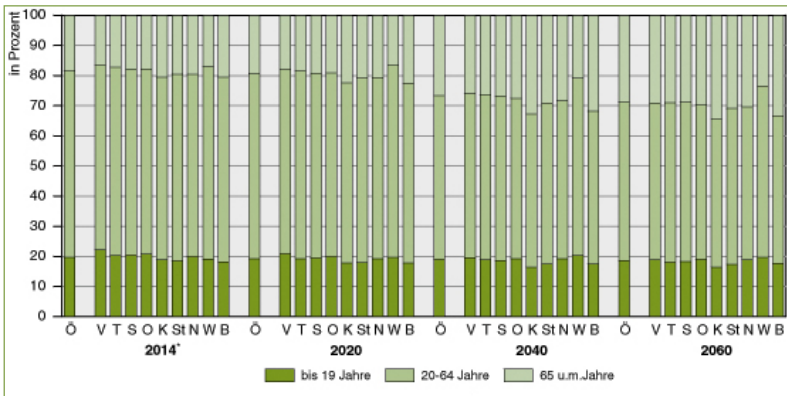


Abb. 33 | Bevölkerungsentwicklung nach österreichischen Bundesländern und breiten Altersgruppen 2014, 2020, 2040 und 2060

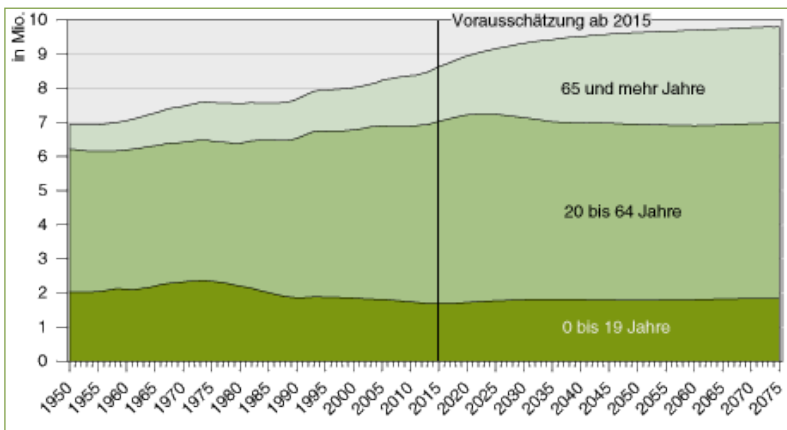


Abb. 34 | Österreichische Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 - 2075

165 | Schittich 2007, 9.

166 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 16.

167 | Vgl. Statistik Austria - Bevölkerungsprognosen.

168 | Statistik Austria - Bevölkerungsprognosen.

Demographischer Wandel

„Unsere Gesellschaft kommt in die Jahre.“¹⁶⁵ Dieser Satz ist maßgebend für die Bevölkerungsentwicklung der vergangenen und folgenden Jahrzehnte. Nicht nur in Deutschland, Österreich oder der Schweiz, sondern weltweit, wird es zu einer deutlichen demographischen Alterung kommen. Zur Zeit sind 1,3% der weltweiten Bevölkerung 80 Jahre oder älter. Ihr Anteil wird bis zum Jahr 2050 schätzungsweise auf 4,3% ansteigen. Ebenso wird die Zahl der Hundertjährigen ansteigen: Waren es 2006 noch 287.000, sagt eine Prognose die dreizehnfache Steigerung auf 3,7 Mio. im Jahr 2050 voraus. Eine weltweite Veränderung der Gesellschaftsstrukturen wird ersichtlich. Diese wird durch zurückgehende Geburtenraten und eine höhere Lebenserwartung erreicht. Somit ist das Zusammenspiel von einer zurückgehenden jungen und wachsenden alten Bevölkerung ausschlaggebend für die Entwicklung. Aber auch stetige, sogar teilweise steigende, Migrationszahlen und der medizinische Fortschritt spielen eine wichtige Rolle. Eine fortschrittliche medizinische Versorgung ermöglicht der alternden Bevölkerung ein längeres selbstständiges Leben, meist in den eigenen vier Wänden. Das ist wiederum kennzeichnend für den immer späteren Auszug, aufgrund von Pflegebedürftigkeit, aus der eigenen, oftmals nicht barrierefreien und altersgerechten Wohnung.¹⁶⁶

Auch am Beispiel von Österreich kann eine solche Entwicklung festgestellt werden. Für die nächsten acht Jahre wird ein Bevölkerungswachstum auf über 9 Mio. Einwohner vorhergesagt. Dieses soll bis 2030 sogar auf 9,31 Mio. weiter ansteigen. Das sind 14% mehr als noch 2014 (8,54 Mio.). Auch die Bevölkerungsgruppe der über 65-jährigen wird ein Wachstum erfahren. Grund sind u.a. die geburtenstarken Jahrgänge der 1940er bis 1960er Jahre. Somit wird ein Anstieg um 10% bis zum Jahr 2020 prognostiziert. Waren es 2014 noch 1,57 Mio. Bürger, die über 65 Jahre alt waren, werden es 2020 etwa 1,73 Mio., 2030 bereits 2,18 Mio. (+39%) und bis 2060 sogar 2,80 Mio. sein. Bei diesem enormen Anstieg sind Migrationsbewegungen bereits einberechnet.¹⁶⁷ „Ohne Zu- und Abwanderung fällt der Anstieg nur unwesentlich schwächer aus“¹⁶⁸.

Derzeitige Wohnsituation

Der Wunsch von einem Großteil der Bevölkerung ist es, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu leben. Je länger dort gewohnt wird, desto schwerer wird es, diesen Rückzugsort zu verlassen. Die eigene Einrichtung, der Garten, die Nachbarn und die Umgebung geben den Bewohnern Halt und Zufriedenheit. Aufgrund gesundheitlicher Probleme sind die meisten dann jedoch gezwungen ihr *trautes Heim* aufzugeben und in andere Wohn- oder Pflegeeinrichtungen umzuziehen, da die Wohnungen oftmals nicht barrierefrei bzw. altersgerecht ausgestattet sind. Selbst die Zuhilfenahme von mobilen Pflegediensten kann in einer nicht altersgerechten Wohnung zu Problemen führen, da keine 24-Stunden-Betreuung gewährleistet werden kann. Trotzdem wird von einem Großteil der alten Menschen eine Betreuung in den eigenen vier Wänden mit Hilfe mobiler Pflegedienste

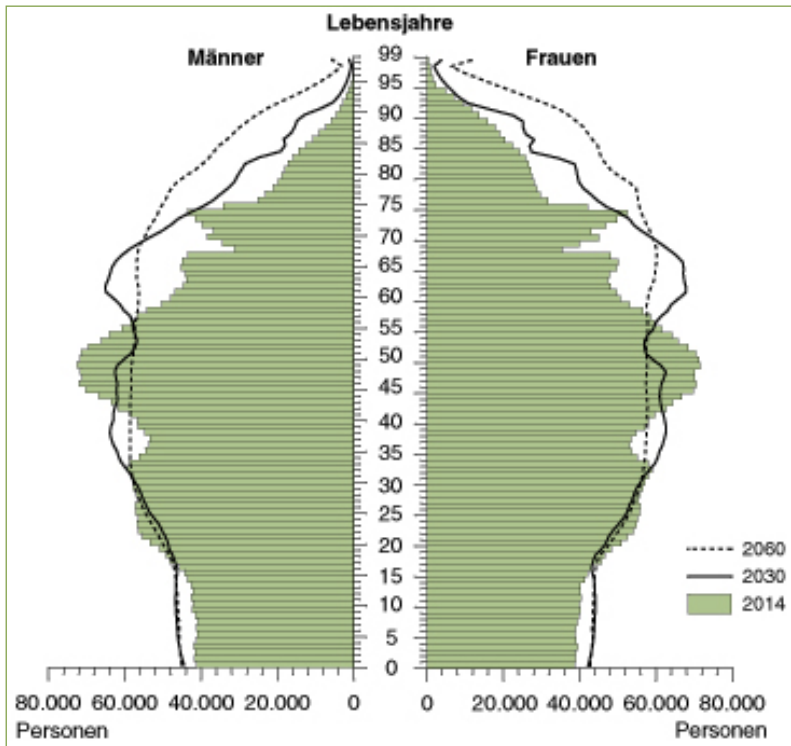


Abb. 35 | Bevölkerungspyramide Österreich 2014, 2030 und 2060

169 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 12-15; vgl. Becker/Cachole Schmal/Haas 2013, 30 f.

170 | Die Preise für Pflege steigen mit zunehmender Nachfrage der mobilen Pflege, da es zu Angebotsengpässen kommen kann. (Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 23.)

171 | Siehe Kapitel 5.5 und 8.2.

oder der Familie vor dem Leben in Alten- und Pflegeheimen bevorzugt. Die Alten möchten dann doch in ihrem gewohnten Umfeld bleiben, in dem sie Zugehörigkeit und Zufriedenheit verspüren, da mit dem Umzug in stationäre Einrichtungen immer noch Vereinsamung und der Verlust von Selbstbestimmung gesehen werden.¹⁶⁹

Auch die Phase des *aktiven Alters* wird sich in den nächsten Jahren weiter nach hinten verschieben. Somit wird es einen vermehrten Bedarf an anpassungsfähigen und flexiblen Wohnungen geben müssen. Die Unterstützung in der Pflege ist mit familiärer Hilfe nur bedingt möglich und die Zuhilfenahme von mobilen Pflegediensten bringt einen immer höher werdenden Kostenaufwand mit sich.¹⁷⁰ Somit wird das Verlangen nach alternativen Wohnprojekten immer höher. Alte Menschen wollen ein selbstorganisiertes Leben führen, in denen Hilfe nur dann gegeben wird, wenn sie benötigt wird. Eine Kombination von eigenständigem Wohnen und notwendiger Hilfe ist kennzeichnend für die nachfolgend aufgeführten alternativen Wohnformen.

Barrierefreies Bauen

Um den Alten auch die Möglichkeit für ein möglichst langes selbstständiges Leben zu geben, sind barrierefreie und altersgerechte Wohnungen, Häuser und Wohnanlagen von großer Bedeutung. Nicht nur alten Menschen kann damit geholfen werden. Auch mobilitätseingeschränkten Personen, Personen mit Sehbehinderung oder Müttern mit Kinderwägen kann das Leben dadurch erleichtert werden. Der demographische Wandel wird ebenfalls zu einer steigenden Zahl an Bedürftigen beitragen. Gegenwärtig werden jedoch nur einige Projekte bzw. Gebäude komplett barrierefrei geplant und umgesetzt. Grund dafür sind angeblich zu hohe Kostenaufwendungen durch eine normgerechte Bauweise. Ist die barrierefreie Ausführung schon rechtzeitig mit im Planungsprozess ausgewiesen, sind die Kosten maximal ein wenig höher anzusetzen. Barrierefreies Nachrüsten hingegen bringt einen hohen zusätzlichen Kostenaufwand mit sich.¹⁷¹

Die Wohneinheiten der Gebäude sind optimalerweise adaptierbar, anpassbar und flexibel auszuführen, d.h. dass auch nutzungsneutrale Räume gebaut werden. Es sollte den Bewohnern möglich sein, durch kleine Handgriffe neue Grundrissvarianten zu bekommen. Außerdem soll Nachrüsten in einfacher Art und Weise gewährleistet werden. Bei Split-Level- oder Maisonette-Wohnungen, welche von Haus aus schwer barrierefrei zu gestalten sind, werden Lösungen gefordert, die das Wohnen auf mindestens einer der Etagen möglich macht. Das heißt, dass Küche, Bad, Wohn- und Schlafbereich auf einer Ebene ausführbar sind. Dies kann allerdings auch durch einen Umbau möglich sein. Aber nicht nur die Wohnung an sich soll barrierefrei sein, auch der Zugang zu der Wohnung, genau wie das gesamte Haus und alle dahinführenden Wege sollten diesen Standard aufweisen. Nicht zu vernachlässigen sind außerdem Parkgaragen und -plätze, Waschküchen und Müllplätze. Auch Gemeinschaftsräume innerhalb des Hauses oder der Wohnanlage sollten barrierefrei ausgeführt werden. Barrierefreiheit

-
- 172** | Vgl. Schittich 2007, 19 f.
173 | Rühm 2003, 40.
174 | Vgl. Becker/Cachola Schmal/
Haas 2013, 37.
175 | Becker/Cachola Schmal/Haas
2013, 37.
176 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 23.

bedeutet z.B. die Ausführung von breiteren Türen, die Vermeidung von Schwellen in Bädern und bei Türen, der Einbau von Aufzügen und die Schaffung von ausreichenden Bewegungsflächen. Aber auch Wahrnehmungshilfen für Menschen mit sensorischen Einschränkungen müssen berücksichtigt werden.¹⁷²

4.1 Betreutes Wohnen

Das Betreute Wohnen ist zur Zeit die wichtigste alternative Wohnform für alte Menschen. Sie bietet ihnen ein selbstbestimmtes Leben mit zusätzlichem Betreuungs- und Pflegeangebot. „Der Begriff ‚Betreutes Wohnen‘ ist nicht gesetzlich geschützt, sodass verbindliche Qualitätsstandards fehlen.“¹⁷³ Daher sind große Qualitäts- und Preisunterschiede möglich. An der eigentlichen Konzeption des Betreuten Wohnens ändert das allerdings nichts. Der immer größer werdenden Beliebtheit steht ein immer größer werdender Mangel an entsprechenden Wohnungen gegenüber. Den Genossenschaften und Wohnungsunternehmen wird somit ein enormes Potenzial auf dem Wohnungsmarkt gegeben. Die Nachfrage nach Wohnraum für die jüngere Generation ist weitestgehend gedeckt, aber die älteren Menschen brauchen ein spezifisches Wohnungsangebot, welches noch spezielle zusätzliche Dienstleistungsangebote in der Nähe hat. Diese sollen den Bewohnern, z.B. durch die gebotene Pflege, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Gegenwärtig ist diese Kombination aus Wohnen und pflegerischer Dienstleistung noch unzureichend auf dem Wohnungsmarkt vertreten.¹⁷⁴ Eine „weit stärkere Vernetzung zwischen dem Gesundheits- beziehungsweise Pflegesektor und der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft“¹⁷⁵ wird gefordert.

In betreuten Wohnungen bzw. Wohnanlagen ziehen meist mobile und rüstige Menschen ein, die noch ein eigenständiges Leben führen können. Die Wohnungen sind altersgerecht und barrierefrei ausgeführt, dass bei späterem Pflegebedarf ein Leben in den eigenen vier Wänden gewährleistet werden kann. Ein Umzug in eine neue Wohnung oder in ein Alten- und Pflegeheim wird daher vermieden. Die Besonderheit des Betreuten Wohnens liegt in den zur Verfügung stehenden unterstützenden Dienstleistungen, die in den sogenannten Betreuungspauschalen mit vergütet werden. Je nach Bedarf können die Bewohner somit Hilfe und Unterstützung, aber auch Pflegeangebote in Anspruch nehmen. Auf das selbstbestimmte Leben muss dadurch nicht verzichtet werden.¹⁷⁶ Es gibt verschiedene Organisationsformen, welche die Kombination von Wohnen und Serviceleistungen sicherstellen:

- „Wohnanlagen, in denen über Büros externe Dienstleistungen bis hin zur ambulanten Pflege organisiert werden.
- Wohnanlagen, in denen hauseigenes Personal die ambulante Pflege erbringt.

-
- 177** | Feddersen/Lüdtke 2009, 23.
178 | Feddersen/Lüdtke 2009, 23.
179 | Vgl. Rühm 2003, 13; vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 23 f.
180 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 23 f.
181 | Feddersen/Lüdtke 2009, 23.

- Wohnanlagen mit integriertem stationären Bereich.
- Wohnanlagen in Kooperation mit einer Pflegeeinrichtung.“¹⁷⁷

4.2 Seniorenresidenzen

Eine Mischung aus Betreutem Wohnen und den traditionellen Alten- und Pflegeheimen stellen die Seniorenresidenzen dar. „Wohnstifte und Seniorenresidenzen haben meist einen hotelähnlichen Charakter.“¹⁷⁸ Sie ermöglichen den Bewohnern ein selbstständiges Leben in der eigenen gut ausgestatteten Wohnung oder dem Appartement zu führen. Wie bei dem Betreuten Wohnen können zusätzliche Dienst- und Serviceleistungen in Anspruch genommen werden. Diese sind allerdings schon in den Pensionspreisen inbegriffen. Neben dem umfangreichen Dienstleistungsangebot stehen den Bewohnern noch diverse Gemeinschaftseinrichtungen zur freien Verfügung. Die Dienstleistungen umfassen von der Betreuung bis zur Pflege u.a. auch einen Reinigungsservice und eine tägliche warme Mahlzeit. Zu den gemeinschaftlich nutzbaren Flächen gehören z.B. Bibliotheken, Wellness-Bereiche, Club- und Aufenthaltsräume und Kamin- und Speisezimmer. Die Senioren können somit selbst entscheiden, ob sie in der eigenen Wohnung essen oder ihr Essen gemeinsam mit anderen Mitbewohnern in den Speiseräumen einnehmen. Ein selbstbestimmtes Leben in einer großen Gemeinschaft Gleichgesinnter mit zahlreichen Pflege-, Betreuungs-, Gemeinschafts- und Kulturangeboten (Lesungen und Theaterbesuche) ist kennzeichnend für das Leben in den hochpreisigen, sehr gut ausgestatteten Seniorenresidenzen.¹⁷⁹

Bei Seniorenresidenzen handelt es sich meist um frei finanzierte Wohnanlagen, die auf der Grundlage von Heimverträgen basieren.¹⁸⁰

4.3 Haus- und Wohngemeinschaften

Diese alternative Wohnform zählt zu den „professionell betriebene[n] Wohnprojekte[n] mit einer gemeinschaftlichen Orientierung.“¹⁸¹

Die Hausgemeinschaften gehen ursprünglich auf eigenständige und organisatorische Projekte von Bewohnerinitiativen zurück. Heute werden sie oftmals von gemeinnützigen Wohnbauträgern (z.B. Genossenschaften) initiiert, da diese höhere Förderungssummen erhalten und gesetzliche Bestimmungen für z.B. den Heimbau nicht eingehalten werden müssen. Ob in dem (Mit)Eigentümermodell oder unter genossenschaftlicher Organisation, Mitbestimmung und Selbstverwaltung sind wichtige Themen in der Konzeption von Hausgemeinschaften. In den einzelnen Entstehungsphasen sind unterschiedliche Beteiligungen möglich. In der Planungsphase können z.B.

182 | Vgl. Feuerstein/Leeb 2015, 50-53.

183 | Vgl. Hinterlehner-Becker 2011, 89 f., 93.

184 | Feddersen/Lüdtke 2009, 24.

architektonische Entscheidungen über die Gestaltung der Gemeinschaftsbereiche mitgetroffen werden. Weitere Mitbestimmung ist von der Planung bis zur späteren Nutzung in rechtlich-organisatorischen Dingen möglich. Dabei geht es oftmals um die aufzubringende Eigenleistung. Letzen Endes hat jedoch immer der Projektträger die Entscheidungshoheit. Auch während der Nutzung hat die Hausgemeinschaft die Möglichkeit der Mitgestaltung in verwaltungstechnischen Fragen, wie z.B. der Hausreinigung. Förderungen zu gemeinschaftlichen Aktivitäten hingegen liegen wieder beim Projektträger. Dies kann über Informationsvermittlung via Internet oder, auf traditionelle Art und Weise, über das Schwarze Brett geschehen.¹⁸²

Hausgemeinschaften bauen auf Verantwortung, Kommunikation und Begegnung auf. Den Bewohnern stehen eigene abgeschlossene Wohnungen zur Verfügung, die den persönlichen Rückzugsort darstellen. Durch eine flexible Grundrissplanung und Raumorganisation entstehen Gemeinschaftsräume, die von allen Bewohnern des Hauses genutzt werden können. Sie dienen der Kommunikation und Begegnung. Je nach Projektgröße kann es auch noch weitere gemeinschaftlich nutzbare Räume geben, wie Werkstätten und Hobbyräume, Wellnessbereiche und multifunktionale Räume. Den Bewohnern wird somit eine Möglichkeit zum selbstbestimmten Gesellschaftsleben gegeben.

Wohngemeinschaften hingegen dienen nicht nur dem selbstständigen Leben in den eigenen vier Wänden innerhalb einer Hausgemeinschaft, sondern sind primär auch für die betreute Pflege innerhalb einer Gemeinschaftswohnung konzipiert. Je nach individuellem Unterstützungsbedarf wird eine pflegerische Betreuung der einzelnen Bewohner in Anspruch genommen.

Den Bewohnergruppen, welche aus etwa sechs bis acht (maximal zwölf) Personen bestehen, steht eine große Wohnung zur Verfügung. Sie verfügt über Apartments mit eigenem Duschbad und Toilette. Somit entstehen private Rückzugsräume für jeden Bewohner. Ausgestattet werden die privaten Zimmer mit den eigenen mitgebrachten Möbeln. Diese Möglichkeit der individuellen Gestaltung erzeugt eine Vertrautheit, die wiederum Normalität und Zufriedenheit von Seiten der Bewohner bewirkt. Große Gemeinschaftsräume, wie Küche, Wohn- und Esszimmer bilden das Zentrum der Wohngemeinschaften. Der Alltag spielt sich dort ab. Eine direkte Anbindung an Außenbereiche und Gärten schafft zusätzliche gemeinschaftliche Bewegungs- und Begegnungsflächen. Dadurch, dass meist pflegebedürftige Personen dort leben, ist immer eine Betreuungsperson in der Wohnung. Sie hilft bei alltäglichen Dingen, wie kochen, waschen und putzen. Zusätzliche Pflegekräfte können individuell dazu kommen. Sie orientieren sich dann an dem Tagesablauf der Bewohner und nicht an einem vorgegebenen Pflegeplan.¹⁸³

Die Wohngemeinschaft kann auch „als Alternative zur stationären Pflege für Demenzkranke“¹⁸⁴ gesehen werden. Aber nicht nur demente, sondern auch physisch und psychisch erkrankte Personen (meist haben sie die Pflegestufen 1 oder 2) finden darin eine neue Möglichkeit der Integration und Versorgung. Die Betreuung der

185 | Vgl. Becker/Cachola Schmal/
Haas 2013, 35 f.

186 | Schittich 2007, 9.

187 | Vgl. Rühm 2003, 70.

kleinen Gruppen in den einzelnen Wohnungen ermöglicht dem Pflegepersonal eine qualitativ hochwertigere Pflege (als in traditionellen Alten- und Pflegeheimen), die sich an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert. Die Pfleger und Betreuer haben zudem einen eigenen Raum zur Verfügung, wodurch sie besser in das Leben der zu Pflegenden involviert werden. Eine individuelle Tagespflege und Aktivierung jedes einzelnen Bewohners ist dadurch möglich. Dieses Konzept hat die amerikanische Wohnform der *Special Care Units* zum Vorbild, welche genau auf diese Aspekte der individuellen Pflege Wert legt. Speziell für demenzkranke Personen wird so eine Möglichkeit zum längeren selbstbestimmten Leben geschaffen. In Deutschland sind bereits etwa drei Viertel der Bewohner von Wohngemeinschaften demenzkrank. Eine steigende Popularität dieser Wohnform kann auch in der immer öfter vorhandenen Anbindung an Alten- und Pflegeheime in Form einer separaten Wohngruppe/Abteilung gesehen werden.¹⁸⁵

Die auch weiterhin anhaltende Veränderung der Gesellschaft soll auch hier Einfluss auf die architektonische Konzeption von Haus- und Wohngemeinschaften haben. So ist es wichtig auf flexible, anpassbare, adaptierbare und kombinierbare Lösungen zu achten.

Generationsübergreifende Haus- und Wohngemeinschaften können auch als integratives Wohnmodell angesehen werden, z.B. dem Mehrgenerationenwohnen.

4.4 Integrative Wohnmodelle

„Grundsätzlich betrachtet, bedeutet Integriertes Wohnen das Zusammenleben unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen unter einem Dach und damit verschiedene Wohnformen im gleichen Haus.“¹⁸⁶ Speziell für ältere und behinderte Menschen bedeutet so ein Wohnumfeld Unterstützung, nachbarschaftliche Hilfe und Gemeinschaft. Ein isoliertes Leben, welches in Alten- und Pflegeheimen vermutet wird, wird aufgrund der engen nachbarschaftlichen Beziehungen nicht möglich sein. Durch das integrative Leben kann zudem noch eine höhere Eigenständigkeit gefördert werden. Die Bewohner können sich mit ihren individuellen Fähigkeiten in den Alltag der Gemeinschaft einbringen. Diese Wohnmodelle bieten jedoch nicht nur Wohnraum für Alte und Behinderte. Auch Alleinerziehende, Familien, Migranten, Menschen aus der Ober- und Unterschicht können Teil dieser Projekte sein.¹⁸⁷

Integrative Wohnprojekte werden fast ausschließlich von öffentlichen Bauträgern geschaffen. Private Bauträger oder Baugruppen sind so gut wie gar nicht auf diesem Feld des Wohnbaus zu finden. Die öffentlichen Bauträger

sind Wohnbaugenossenschaften oder kirchliche Träger, die durch großzügige öffentliche Förderungen unterstützt werden. Auch wenn die barrierefreie und normgerechte Ausführung der Wohnanlagen nur unwesentliche Mehrkosten im Vergleich zum sozialen Wohnbau verursacht, werden diese Projekte gemieden. Grund dafür sind unwirtschaftliche Anlagen, aufgrund von Mängeln und unzureichender Auslastung. Beides kostet den Trägern zusätzlich Geld. Trotz dieser Probleme werden innovative Projekte, wie das Mehrgenerationenwohnen, in Verbindung mit dem gesellschaftlichen Wandel, eine immer wichtigere Rolle in der Entwicklung von alternativen Wohnformen spielen.¹⁸⁸

Mehrgenerationenwohnen

Der Schwerpunkt des Mehrgenerationenwohnens liegt in dem Zusammenleben von Jung und Alt. So können z.B. Senioren, Familien, Studenten, Menschen mit Behinderungen, Paare oder Migranten dort leben. Das gemeinschaftliche, unterstützende miteinander Wohnen steht im Mittelpunkt. Dieses Konzept der Großfamilie spiegelt Ideen des Wohnens von mehreren Generationen, auch ohne familiäre Bindung, in einem Haus wider. Diese Häuser bieten den Bewohnern nachbarschaftliche Hilfe, von denen beide Seiten profitieren können. Je nach persönlichen Fähigkeiten kann das Leben und dadurch die Lebensqualität der Bewohner erhöht werden. Es ist z.B. möglich, dass die Senioren teilweise die Kinderbetreuung übernehmen, um Eltern die Chance zu geben, weiterhin ihren Berufen nachzugehen oder einfach kinderfreie Stunden zu verbringen. Die Rolle der Ersatzgroßeltern bringt ihnen oftmals viel Freude und Abwechslung. Einsamkeit und Isoliertheit kommen aufgrund dieses gemeinschaftlichen Wohnens nicht auf. Im Gegenzug dafür kann den Senioren im Haushalt geholfen oder Einkäufe mit übernommen werden. Dieses Konzept ermöglicht somit alten Menschen Defizite in der Mobilität und Familien Probleme in der Alltagsorganisation auszugleichen. Eine größere Selbstständigkeit und das Gemeinschaftsleben bietet speziell den Senioren eine selbstbestimmtere und zufriedenerere Lebensweise.

Um ein solches Zusammenleben möglich zu machen, benötigt es verschiedenste Wohnformen innerhalb des Hauses. Familien mit Kindern haben andere Anforderungen an das Wohnen als alte alleinstehende Menschen. Außerdem haben sie einen anderen Lebensrhythmus. Während Senioren etwa 80-90% des Tages in der eigenen Wohnung und deren näherer Umgebung verbringen, sind es aufgrund von Beruf und Kindern bei Familien weniger. Dadurch entstehen auch unterschiedliche Anforderungen an die Innenräume. Die Räume sollten u.a. nutzungsneutral sein. Auch wird es immer wichtiger ähnliche Raumgrößen und -proportionen zu haben, da unterschiedliche Zimmergrößen zu Benachteiligungen z.B. in Wohnungsgemeinschaften führen können. Somit sind die Wohnungsgrundrisse flexibel auszuführen. Dadurch kann vielen verschiedenen Bewohnergruppen die Möglichkeit für ein Leben in solchen Projekten geboten werden. Aber nicht nur flexibel anpassbare Grundrisse sind wichtig, sondern auch eine ausgewogene und durchmischte Bewohnerstruktur. Das soll durch die unterschiedlichsten Wohnungstypen sichergestellt werden, die für alle Lebensformen eine Lösung bieten sollen.

189 | Rühm 2003, 71.

190 | Vgl. Rühm 2003, 70 f.; vgl. Aigner 2015, 99-102.

191 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 24.

192 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 24 f.

193 | Feuerstein/Leeb 2015, 85.

Flexible und angepasste Wohnungen sind aber nicht das einzige Kriterium für das Funktionieren vom Mehrgenerationenwohnen. Ein „hohes Maß an Toleranz und Aufgeschlossenheit [ist - Anm. d. Verf.] erforderlich.“¹⁸⁹ Die enge Nachbarschaft von so unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen kann zu Konflikten führen, weswegen auch Rücksichtnahme und Kontaktfreudigkeit wichtige Punkte sind, um sich dort wohl zu fühlen. Nur unter diesen Voraussetzungen kann ein solches innovatives Projekt verwirklicht werden.¹⁹⁰

Stadtquartiere

Während sich das Mehrgenerationenwohnen oftmals auf einzelne Häuser bzw. Blöcke beschränkt, sind die Nachbarschaftsquartiere großflächige generationenübergreifende Wohnprojekte. Sie sollen u.a. eine innovative Lösung für eine nachhaltige Stadtentwicklung darstellen. Das Wohnungsangebot für Jung und Alt gibt die Chance, dass speziell die alten Bewohner so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Durch zahlreiche Dienstleistungen, wie z.B. Pflegeangebote, und gegenseitige nachbarschaftliche Hilfe wird ihnen das ermöglicht. Somit spiegeln diese neuen Ansätze der Stadtentwicklung das Mehrgenerationenwohnen im großen Format wider.¹⁹¹

Es gibt dennoch einige Dinge, die bei der Umsetzung von Nachbarschaftsquartieren zu beachten sind. Von baulicher Seite her muss ebenfalls, egal ob bei Neubau- oder Umbauprojekten, ein vielfältiges und flexibles Wohnungsangebot vorhanden sein, dass den verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Studenten, Familien, Migranten, Alten, physisch oder psychisch Behinderten) die Möglichkeit zum Leben in diesem Quartier gibt. Auch leicht anpassbare Grundrisse sind wichtig. Somit kann die Wohnung für alte Menschen z.B. auf eine Pflegebedürftigkeit hin angepasst werden und es wird ihnen der Umzug erspart. In dem Zusammenhang ist eine unterstützende Nachbarschaft ebenfalls von Vorteil. Das Leben soll durch das gegenseitige Helfen die Defizite der einen, mit den Fähigkeiten der anderen ausgleichen. Dies kann sogar bis zur Bildung von Bewohnerinitiativen vorangetrieben werden. Professionelle Dienstleistungen zur Unterstützung in der Pflege, nahe Versorgungseinrichtungen für eine größere Selbstständigkeit der Bewohner und ein barrierefreies und altersgerechtes Wohnumfeld sind weitere Punkte, die wichtig bei der Umsetzung sind. Neben den baulichen kommt also auch den sozialen Komponenten eine große Bedeutung zu.¹⁹² „Die Umsetzung integrierter Quartierskonzepte ist ein fortlaufender Prozess, der eine Zusammenarbeit lokaler Akteure erfordert. Dazu gehören Kommunen, Wohnungsunternehmen, soziale Träger und bürgerschaftliche Initiativen.“¹⁹³

4.5 Seniorendörfer

Wie das integrative bzw. Mehrgenerationenwohnen in größeren Wohnanlagen bzw. in ganzen Stadtquartieren

194 | Vgl. Becker/Cachola Schmal/
Haas 2013, 36; vgl. Die Welt.

195 | Vgl. Becker/Cachola Schmal/
Haas 2013, 36; vgl. Die Welt.

196 | Vgl. Becker/Cachola Schmal/
Haas 2013, 36; vgl. Die Welt.

umsetzbar ist, sind auch Haus- und Wohngemeinschaften auf ganze Quartiere erweiterbar. Es entstehen sogenannte Seniorendörfer. Sie zeichnen sich ebenfalls durch eine barrierefreie und altersgerechte Ausführung der Gebäude aus. Aber nicht nur die Wohnungen und Häuser an sich werden den Bedürfnissen der alten Menschen angepasst, sondern auch die zugehörigen Außenbereiche und die gesamte Umgebung. In diesen Dörfern wohnen speziell alte Menschen, die noch ein eigenständiges Leben führen können und nur geringe Unterstützung im Alltag benötigen. In eigenen Häusern mit Gärten oder Eigentumswohnungen können die Senioren eine Alternative zu dem Umzug in Alten- und Pflegeheime erfahren. Somit ist eine individuelle und unabhängige Lebensgestaltung der Bewohner möglich. Die Eigenheime sind meist so konzipiert, dass sie ausreichend Platz für den Besuch von z.B. Enkelkindern bieten. Eine zwanglose Gemeinschaft entsteht, die viel Grünanlagen und Ruhezonen bereitstellt. Bei Bedarf können die Bewohner Unterstützung für den Haushalt, Garten oder Einkauf in Anspruch nehmen. Für pflegebedürftige Personen würde dieses Konzept allerdings nicht gut funktionieren.¹⁹⁴ Die Idee der Seniorendörfer geht auf die amerikanischen *Retirement Communities* zurück. Als Beispiel ist die *Sun City* in der Wüste Arizonas zu nennen, die seit der Gründung 1960 bereits 40.000 Einwohner zählt.¹⁹⁵ Allgemein betrachtet gibt es jedoch zwiespältige Meinungen über solche Projekte. Auf der einen Seite steht der große Nachteil der Segregation von alten Mitbürgern aus der *normalen* Gesellschaft. Die Entstehung von *Rentner-Ghettos* wird befürchtet, da keine Durchmischung mit anderen Personengruppen stattfindet. Grund dafür sind gegenteilige Lebensgewohnheiten wie auch unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse. Die Sicherheit und Ruhe, die den Rentnern geboten wird, ist für Studenten eine unübliche Situation zum Leben und Wohnen. Auf der anderen Seite fühlen sich die Bewohner der Seniorendörfer keineswegs ausgegrenzt. Die Nähe zu Stadtzentrum und Versorgungseinrichtungen, dem öffentlichen Nahverkehr oder der Natur lassen von Seiten der Bewohner keinerlei Missfallen aufkommen. Auch ist genügend Raum für Gäste, welche das Leben in den Seniorendörfern auflockern. Trotz allem gibt es nur wenig realisierte Projekte in Deutschland, Österreich und der Schweiz.¹⁹⁶

197 | Siehe auch Kapitel 4.

198 | ETHZ 2004, 6.

199 | Eine ausführlichere tabellarische Auflistung aller Vergleiche ist in Kapitel 8.2 zu finden.

5. Rechtliche Grundlagen der Barrierefreiheit

Das barrierefreie Bauen¹⁹⁷ ist nicht nur für Menschen mit Mobilitäts- und sensorischen Einschränkungen von großer Bedeutung. Es erleichtert den Alltag aller Menschen durch eine optimale Nutzbarkeit und dem daraus resultierenden höheren Komfort in der gesamten bebauten Umgebung. Speziell das Leben der Alten kann aufgrund einer barrierefreien und altersgerechten Gestaltung eine größere Selbstständigkeit und höhere Qualität gewinnen. Somit spielt das barrierefreie Bauen eine wichtige Rolle bei der Errichtung von Alten- und Pflegeheimen, aber auch bei allen anderen alternativen Wohnformen.

Gesetzliche Grundlagen sollen eine Benachteiligung Bedürftiger oder gar die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen verhindern. Allerdings ist die Barrierefreiheit immer noch nicht zur Selbstverständlichkeit beim Bau geworden, trotz dem es z.B. in der Schweiz „seit den 70er Jahren in fast allen kantonalen Baugesetzen und in einer Weisung für die Bauten des Bundes Eingang gefunden“¹⁹⁸ hat. Allen voran die Bauträger und Planer vermeiden eine behindertengerechte Bauweise aus Gründen der Ästhetik und Finanzierbarkeit. Das sind allerdings nur Annahmen. In Kapitel 5.5 wird daher näher auf die Kostensituation eingegangen, die durch die hindernis- und barrierefreie Ausführung entsteht.

Regelungen für das behindertengerechte bzw. barrierefreie Bauen sind seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gesetzlich festgehalten, ob in Behindertengleichstellungsgesetzen, den allgemeinen Baugesetzen, speziellen Richtlinien oder Normen. Geregelt werden u.a. Mindeststandards für vertikale und horizontale Verbindungswege, Erschließungsbereiche, Türen und Sanitarräume. Aber auch Themen der Anpassbarkeit und der allgemeinen behindertengerechten Bauweise werden aufgezeigt.

Nachfolgend werden die Standards zum barrierefreien Bauen in Deutschland, Österreich und der Schweiz kurz zusammengefasst. In den Kapiteln 5.2 bis 5.4 wird dann die länderspezifische Entwicklung in Form des Vergleiches der aktuellen Norm mit einer der Vorgängernormen aufgezeigt. Für Deutschland wird der DIN 18025-1 *Barrierefreie Wohnungen; Wohnungen für Rollstuhlbenutzer; Planungsgrundlagen* vom Dezember 1992 die DIN 18040-2 *Barrierefreies Bauen; Planungsgrundlagen; Teil 2: Wohnungen* vom September 2011 gegenübergestellt. Des Weiteren werden die österreichische ÖNORM B 1600 *Barrierefreies Bauen; Planungsgrundsätze* vom August 1994 und die ÖNORM B 1600 *Barrierefreies Bauen; Planungsgrundlagen* vom Februar 2012, sowie die Schweizer SN 521 500 *Behindertengerechtes Bauen* von 1988 und die SIA 500 *Hindernisfreies Bauen* vom Juni 2011 vergleichend dargestellt.¹⁹⁹ Auf die Darstellung der sensorischen Anforderungen wird jedoch verzichtet, da diese erst in den neueren Fassungen der Normen hinzugekommen sind.

		DIN 18040-2	ÖNORM B 1600	SIA 500
Außenanlagen				
Stellplätze	Breite	- min. 350cm breit	- min. 350cm breit	- min. 350cm breit
Wege	Breite	- min. 120cm - min. 150cm zum Haus- eingang	- min. 150cm	- min. 120cm

Horizontale Verbindungswege				
Gänge, Flure	Breite	- min. 120cm (mit min. einer Bewegungsfläche von 150cm x 150cm)	- min. 120cm (mit Bewe- gungsfläche an Gangenden von 150cm x 150cm)	- min. 120cm (mit min. ei- ner Wendefläche von 140cm x 170cm in Korridoren)

Vertikale Verbindungswege				
Rampen	Breite	- min. 120cm (zwischen Handläufen)	- min. 120cm (zwischen Handläufen)	- min. 120cm
	Längsge- fälle	- max. 6%	- max. 6%	- max. 6%
	Bewegungs- flächen	- am Anfang und Ende - min. 150cm x 150cm	- am Anfang und Ende - min. 150cm Länge	- am Anfang und Ende - min. 140cm Länge
	Handläufe	- beidseitig auf ganzer Länge - in 85cm - 90cm Höhe	- ab 4% Gefälle beidseitig auf ganzer Länge - in 85cm – 90cm Höhe - min. 30cm Überstand am Anfang und Ende	- Absturzsicherung ab 40cm Absturzhöhe notwendig
Treppen	Handlauf	- beidseitig auf gan- zer Länge - in 85cm - 90cm Höhe - Querschnitt: 30mm - 45mm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt	- beidseitig auf ganzer Länge - in 85cm - 90cm Höhe - Querschnitt: 30mm - 45mm - Wandabstand: min. 4cm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt	- beidseitig auf ganzer Länge - Querschnitt: 40mm - Wandabstand: min. 5cm - min. 30 Überstand an An- und Austritt
	Stufen	- max. 2cm Unterschnei- dung bei geneigter Setzstufe	- max. 3cm Unterschnei- dung bei geneigter Setzstufe	- max. 3cm Unterschnei- dung bei geneigter Setz- stufe

Fortsetzung der Tabelle auf S 92

200 | Vgl. DIN 18040-2:2011-09; vgl.
ÖNORM B 1600:2012-02-15; vgl. SIA
500:2011-06.

5.1 Vergleich der aktuellen Normen

Im Laufe der Jahre haben sich die Normen zum barrierefreien Bauen in Deutschland, Österreich und der Schweiz stetig verändert, was mit einem überholten Verständnis und Bewusstsein der Thematik zusammenhängt. Während in den 1990er Jahren teilweise noch gravierende Unterschiede zwischen den Richtlinien der einzelnen Länder existierten, nähern sich die geforderten Mindeststandards inzwischen immer weiter an. In der nebenstehenden Tabelle 15 werden einige Aspekte aus der DIN 18040-2, der ÖNORM B 1600 und der SIA 500 vergleichend aufgezeigt. Es wird aber schnell klar, dass sich die Angaben zu etwa 80% decken.

Angefangen bei den Außenanlagen sind die Mindestbreiten von 350cm für barrierefreie Stellplätze in allen drei Ländern identisch. Auch bei den Erschließungswegen zeichnen sich ähnliche Gedanken ab. In der österreichischen Norm sind 150cm Breite als Mindestmaß vorgegeben. Deutschland und die Schweiz haben dagegen eine Mindestbreite von 120cm, die aber mit entsprechenden Wendemöglichkeiten nach einer bestimmten Länge bzw. am Ende der Wege ausgeführt werden müssen. Die Maßangaben der horizontalen Verbindungswege innerhalb der Wohnungen bzw. Häuser sind in den drei Ländern wieder identisch: 120cm Breite mit Wendemöglichkeiten. Auch bei den vertikalen Verbindungswegen (Rampe, Treppe, Aufzug) sind ähnliche Werte zu finden. Rampen sollten grundsätzlich eine lichte Durchgangsbreite von 120cm vorweisen und eine maximale Steigung von 6% nicht überschreiten. Auch müssen horizontale Bewegungsflächen am Anfang und Ende der Rampen vorhanden sein. Hier unterscheiden sich die Angaben zwischen den Ländern ein wenig. Ebenfalls leicht unterschiedliche Angaben sind bezüglich der Treppen zu sehen. Während in Deutschland max. 2cm Stufenunterschneidungen zulässig sind, sind es in Österreich und der Schweiz 3cm. Aber auch die Anzahl der Stufen bis zu Podesten unterscheidet sich. Das Thema der Handläufe ist bei Rampen und Treppen in Deutschland und Österreich ziemlich ähnlich. Sie sind beidseitig durchlaufend und in einer Höhe von 85cm bis 90cm anzubringen. Auch die Proportionen stimmen überein. Die Schweiz macht dahingegen lediglich Aussagen über die Proportionen des Treppenhandlaufs, die sich mit denen der DIN und ÖNORM decken. Bei den Aufzügen stimmen die Fahrkorbabmessungen in allen drei Ländern wieder überein.

Allgemeine Angaben für Türen, Bedienelemente und die Sanitarräume sind meist in zwei der drei Länder gleich. So z.B. die Höhenangabe der Bedienelemente: In Österreich und der Schweiz ist sie mit einem Spielraum von 80cm bis 110cm festgelegt, in Deutschland dagegen sollen die Bedienelemente auf einer Höhe von 85cm angebracht werden. Bei den Türen, welche eine Mindestbreite von 80cm haben müssen, gilt generell, dass Schwellen zu vermeiden sind und eine maximale Höhe von 2cm (in der Schweiz 2.5cm) nur zulässig ist, wenn die Schwelle technisch unabdingbar ist. Auch müssen die Türen der Sanitarräume prinzipiell nach außen aufschlagen. Bodengleiche Duschen, unterfahrbare Waschtische und seitlich und frontal anfahrbare WCs sind ebenfalls Voraussetzungen für eine barrierefreie Ausführung von Bauten.²⁰⁰

		DIN 18040-2	ÖNORM B 1600	SIA 500
Aufzüge	Fahrkorb	- min. 110cm Breite - min. 140cm Tiefe	- min. 110cm Breite - min. 140cm Tiefe	- min. 110cm Breite - min. 140cm Tiefe
	Bewegungsfläche	- min. 150cm x 150cm - gegenüberliegende Treppenabgänge: nicht zulässig, wenn unvermeidbar min. 300cm	- min. 150cm Tiefe - gegenüberliegende Treppenabgänge: min. 200cm	- 140cm x 140cm - seitliche Treppenabgänge: min. 60cm - gegenüberliegende Treppenabgänge: min. 140cm
	Bedienelemente	- 90cm - 110cm Höhe - min. 50cm seitlicher Abstand	- 90cm - 110cm Höhe - min. 40cm seitlicher Abstand	- max. 120cm Höhe

Gebäude				
Türen	lichte Durchgangsbreite	- min. 90cm (Rollstuhlnutzung) - min. 80cm (barrierefrei)	- min. 80cm - min. 90cm bei Haus- und Wohnungseingang	- min. 80cm
	Schwellen	- nicht zulässig - max. 2cm	- sind zu vermeiden - max. 2cm	- sind zu vermeiden - max. 2.5cm
Ausstattung	Bedienelemente	- in 85cm Höhe - min. 50cm seitlicher Abstand	- 80cm - 110cm Höhe - min. 50cm seitlicher Abstand	- 80cm - 110cm Höhe - min. 70cm beidseitige Freifläche
Sanitär-räume	Tür	- min. 90cm Durchgang - nach außen öffnend	- min. 80cm Durchgang - nach außen öffnend	- min. 80cm Durchgang - nach außen öffnend
	WC	- Bewegungsfläche auf einer WC-Seite: min. 90cm x 70cm - Wandabstand: 30cm - 46cm - 48cm Sitzhöhe	- Bewegungsfläche auf einer WC-Seite: min. 90cm x 65cm - 46cm - 48cm Sitzhöhe	- Bewegungsfläche auf einer WC-Seite: min. 80cm - Wandabstand: 45cm - 46cm Sitzhöhe
	Waschtisch	- min. 55cm unterfahrbar - max. 80cm Höhe	- min. 20cm unterfahrbar - 80cm - 85cm Höhe	- unterfahrbar - 35cm – 40cm Tiefe - 70cm – 85cm Höhe
	Dusche	- niveaugleich (in Bewegungsfläche 150cm x 150cm einbezogen) - 46cm - 48cm Duschsitzhöhe	- bodengleich (in Bewegungsfläche 150cm x 150cm einbezogen) - 46cm - 48cm Duschsitzhöhe	- bodengleich - 90cm x 110cm Duschkfläche - 46cm Duschsitzhöhe

Tab. 15 | Vergleich der aktuellen Normen zum barrierefreien Bauen in Deutschland, Österreich und der Schweiz

		DIN 18025-1 (1992-12)	DIN 18040-2 (2011-09)
Außenanlagen			
Wege 3.4, 8 4.2.1*	Breite	- min. 120cm für Wege innerhalb der Wohnanlage	- min. 150cm zum Haupteingang - nach max. 15m braucht es eine min. 180cm x 180cm Begegnungsfläche - min. 120cm für sonstige Wege
	Gefälle	- max. 2% Quergefälle - max. 3% Längsgefälle	- max. 2.5% Quergefälle - max. 3% Längsgefälle
Vertikale Verbindungswege			
Rampen 5.4 4.3.7*	Längsgefälle	- max. 6% - nach max. 6m Länge braucht es ein min. 150cm langes Zwischenpodest	- max. 6% - nach max. 6m Länge und bei Richtungsänderung braucht es ein min. 150cm langes Zwischenpodest
	Handlauf	- beidseitig auf ganzer Länge - in 85cm Höhe - 30cm Überstand am Anfang und Ende	- beidseitig auf ganzer Länge - in 85cm - 90cm Höhe

Fortsetzung der Tabelle auf S 96

201 | D-A-CH-Beitrag 2008, 14.

202 | Die DIN 18025-2 bezieht sich auf die Ausführung von Wohnungen für Schwerbehinderte, Blinde und wesentlich Sehbehinderte.

203 | Vgl. D-A-CH-Beitrag 2008, 6, 14, 20.

204 | Vgl. DIN 18025-1:1992-12; vgl. DIN 18040-2:2011-09.

5.2 Barrierefreies Bauen in Deutschland

In Deutschland kam bereits im Februar 1970 ein erster Normenentwurf für das barrierefreie Bauen heraus. Der Beuth-Verlag publizierte den Entwurf der DIN 18025-1 unter dem Titel *Wohnungen für Schwerbehinderte; Planungsgrundlagen; Wohnungen für Rollstuhlbenutzer*. In diesem vierseitigen Dokument wurde allerdings nur auf die Bedürfnisse und Anforderungen von Rollstuhlfahrern für die Nutzung von Wohnungen eingegangen. Im Januar 1972 wurde nach einer zweijährigen Überarbeitungsphase die erste Norm für barrierefreies Bauen, die DIN 18025-1, veröffentlicht. Mit Hilfe von zahlreichen Testanordnungen wurden Mindestmaße für z.B. „Bewegungsflächen, Türbreiten, Neigungen von Rampen [...] und die Unterfahrbarkeit von KÜcheneinrichtungen und Waschbecken“²⁰¹ überprüft und in die neue Fassung aufgenommen. Eine weitere Überarbeitung vom Dezember 1992 brachte dann die Forderung nach der Allgemeingültigkeit der Norm für alle Wohnungen. Das mittlerweile achtseitige Dokument bekam daher auch den neuen Titel *Barrierefreie Wohnungen; Wohnungen für Rollstuhlbenutzer; Planungsgrundlagen*. Die Zusammenfassung der DIN 18025 Teil 1 und Teil 2²⁰² zur endgültigen DIN 18040-2 *Barrierefreies Bauen; Planungsgrundlagen; Teil 2: Wohnungen* führte zur deutlichen Erweiterung der festgelegten Mindeststandards und der Integration der Kapitel über sensorische Anforderungen.²⁰³

Die DIN 18040-2:2011-09 zeigt nur geringe Veränderungen und Ergänzungen im Vergleich zu ihrer Vorgänger-Norm DIN 18025-1:1924-12. Die Wege der Außenanlagen werden z.B. präziser beschrieben. So sind 150cm breite Zugangswege zum Hauseingang erforderlich. Alle übrigen Wege bleiben bei einer Mindestbreite von 120cm, mit Ergänzung notwendiger Bewegungsflächen (180cm x 180cm) nach maximal 15m. Das maximale Quergefälle wird auf 2.5% erhöht. Die grundsätzlichen Angaben bezüglich vertikaler Verbindungswege (Rampen, Treppen und Aufzüge) sind gleich geblieben. Bei den Rampen kam es zu Ergänzungen über die Ausbildung von Podesten, welche nun auch bei einer Richtungsänderung vorhanden sein müssen, und bei den Handläufen, die in einer Höhe von 85cm - 90cm angebracht werden sollen. Diese neue Höhenangabe gilt auch für die Handläufe der Treppen. Weitere Änderungen bei den Treppen betreffen mögliche Unterschneidungen der Stufen. In der DIN 18025-1 waren diese noch unzulässig. Die DIN 18040-2 hingegen erlaubt Unterschneidungen von maximal 2cm, wenn die Setzstufen geneigt sind. Bei den Aufzügen gibt es bezüglich der generellen Fahrkorbabmessungen von 110cm x 140cm keine Veränderungen. Es sind wieder leicht veränderte Höhenangaben der Bedienelemente und ergänzende Regelungen zu den Bewegungsflächen zu finden. Die allgemein geforderten Abstände, Höhen- und Breitenangaben der Türen sind nach wie vor unverändert. In der Ausstattung der Sanitärräume gab es allerdings erweiterte Angaben für Waschtische und Duschen.²⁰⁴

		DIN 18025-1 (1992-12)	DIN 18040-2 (2011-09)
Treppen 5.5** 4.3.6*	Handlauf	- beidseitig - ununterbrochener innerer Handlauf - in 85cm Höhe - Querschnitt: 30mm - 45mm - 30cm Überstand am Anfang und Ende der äußeren Handläufe	- beidseitig auf ganzer Länge (über Zwischenpodeste, um Treppenauge) - in 85cm - 90cm Höhe - Querschnitt: 30mm - 45mm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt
	Stufen	- Unterschneidungen sind unzulässig	- max. 2cm Unterschneidung bei schräger Setzstufe
Aufzüge 5.3 4.3.5*	Bewegungsfläche	- min. 150cm x 150cm	- min. 150cm x 150cm - gegenüberliegende abwärtsführende Treppen nicht zulässig, wenn unvermeidbar min. 300cm
	Bedienelemente	- in 85cm Höhe (\pm 5cm) - min. 50cm seitlicher Abstand	- in 90cm - 110cm Höhe*** - min. 50cm seitlicher Abstand***

Gebäude			
Sanitärräume 6.2 5.5*	Waschtisch	- flach und unterfahrbar - min. 20cm Abstand zur Wand	- min. 55cm unterfahrbar - min. 90cm breiter Beinfrei- raum - max. 80cm Höhe - Armatur max. 40cm von Vor- derrand entfernt
	Dusche	- min. 150cm x 150cm - rollstuhlbefahrbar - späterer Badewanneneinbau mit 150cm x 150cm Bewegungsfläche muss möglich sein	- niveaugleich (in Bewegungsfläche einbezogen) - max. 2cm Absenkung - 46cm - 48cm Duschsitzhöhe - Armatur in 85cm Höhe - späterer Badewanneneinbau muss möglich sein

Tab. 16 | Änderungen in den Norminhalten für barrierefreies Bauen in Deutschland von 1992 und 2011

* Kapitelangaben aus den Normen DIN 18025-1:1992-12 | DIN 18040-2:2011-09

** vgl. DIN 18025-2:1992-12, da in einem rollstuhlgerechten Wohnungsausbau keine Treppen vorzusehen sind.

*** vgl. DIN EN 81-70:2005-09 *Zugänglichkeit von Aufzügen für Personen, einschließlich Personen mit Behinderungen*

		ÖNORM B 1600 (1994-08-01)	ÖNORM B 1600 (2012-02-15)
Außenanlagen			
Stellplätze 2.4 4*	Gefälle	- max. 6%	- empfohlen: horizontal - max. 3%
Wege 2.1 3.2*	Breite	- min. 120cm - Verringerung auf 90cm auf max. 100cm Länge - <i>empfohlen: 150cm</i>	- min. 150cm - Verringerung auf 120cm auf max. 100cm Länge

Horizontale Verbindungswege			
Gänge, Flure 3.2 5.2*	Breite	- min. 120cm	- min. 120cm - Verringerung von max. 10cm auf max. 100cm Länge - Verbreiterung auf 150cm an Gangenden oder bei Richtungsänderung

Vertikale Verbindungswege			
Rampen 2.3 3.3*	Breite	- min. 100cm - <i>empfohlen: min. 150cm</i>	- min. 120cm (zwischen Handläufen)
	Längsgefälle	- max. 10% - nach max. 10m braucht es ein min. 120cm langes horizontales Zwischenpodest (ab 6% Gefälle) - <i>empfohlen: max. 6%</i>	- max. 6% - nach max. 10m braucht es ein min. 120cm langes horizontales Zwischenpodest (ab 4% Gefälle)
	Quergefälle	- max. 2% - <i>empfohlen: kein Quergefälle</i>	- nicht zulässig
	Horizontale Bewegungsflächen	- am Anfang und Ende - min. 120cm Länge	- am Anfang und Ende - min. 150cm Länge
	Richtungsänderung	- bei mehr als 45° braucht es min. 120cm lange horizontale Zwischenpodeste	- bei mehr als 45° braucht es min. 150cm lange horizontale Zwischenpodeste
	Handlauf	- ab 6% Gefälle beidseitig auf ganzer Länge - in 75cm und 90cm – 100cm Höhe	- ab 4% Gefälle beidseitige Handläufe auf ganzer Länge - in 85cm – 90cm Höhe - min. 30cm Überstand am Anfang und Ende

Fortsetzung der Tabelle auf S 100

205 | Vgl. ÖNORM B 1600:1994-08-01; vgl. ÖNORM B 1600:2012-02-15.

5.3 Barrierefreies Bauen in Österreich

Die erste österreichische Norm zum barrierefreien Bauen erschien am 01. Juli 1977 unter dem Titel *Bauliche Maßnahmen für körperbehinderte und alte Menschen; Planungsgrundlagen* und umfasste 12 Seiten.

Der Vergleich der beiden ÖNORMen B 1600 von 1994 und 2012 zeigt deutliche Änderungen im barrierefreien Bauen. Bewegungsflächen und lichte Breiten sind großzügiger geworden, Neigungen wurden reduziert und die Höhenangaben von Bedienelementen korrigiert. Diese Anpassungen sind in fast allen Kategorien der Norm zu finden, ob bei den Wegen, Türen, Rampen, Treppen oder Aufzügen. Größtenteils waren diese Änderungen bereits in der Fassung von 1994 enthalten, allerdings nur unter einer empfehlenden Anmerkung.

Die Wegbreiten, Zwischenpodeste und Bewegungsflächen wurden von 120cm auf 150cm Standardmaß angepasst, die Rampenbreite von 100cm auf 120cm und die Mindest-Türbreite von 80cm auf 90cm erhöht. Längsgefälle wurden auf maximal 6% reduziert und Quergefälle sind nicht mehr zulässig. Nur wenn sie technisch unvermeidbar sind, dürfen maximal 2% Quergefälle ausgeführt werden. Auch die Höhe der Bedienelemente in den Aufzügen und Wohnungen wurde auf 80cm bzw. 90cm bis maximal 110cm festgelegt. Vorher war eine Maximalhöhe von bis zu 130cm möglich. Somit wird ersichtlich, dass fast alle Empfehlungen aus der Ö-Norm B 1600 von 1994 in der Neufassung zum Standard wurden.²⁰⁵

Zu den zusätzlichen sensorischen Anforderungen kam ein neues Kapitel über barrierefreie Sanitärräume, welches in der nebenstehenden Tabelle 17 nicht berücksichtigt wurde.

		ÖNORM B 1600 (1994-08-01)	ÖNORM B 1600 (2012-02-15)
Treppen 3.3.1 5.3.1*	Handlauf	<ul style="list-style-type: none"> - beidseitig - ununterbrochener innerer Handlauf - in 85cm Höhe - Querschnitt: 30mm - 45mm - 30cm Überstand am Anfang und Ende der äußeren Handläufe 	<ul style="list-style-type: none"> - beidseitig auf ganzer Länge (über Zwischenpodeste, um Treppenaugie) - in 85cm - 90cm Höhe - Querschnitt: 30mm - 45mm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt
	Stufen	- Unterschneidungen sind unzulässig	- max. 3cm Unterschneidung bei schräger Setzstufe
Aufzüge 3.3.3 5.3.3*	Bedienelemente	<ul style="list-style-type: none"> - max. 130cm Höhe - min. 40cm seitlicher Abstand - Haltestange auf 90cm Höhe bei Bedienelementen 	<ul style="list-style-type: none"> - 90cm - 110cm Höhe - min. 40cm seitlicher Abstand

Gebäude			
Türen 3.1 5.1*	Schwellen	<ul style="list-style-type: none"> - max. 3cm (auch Balkone) - <i>empfohlen: sind zu vermeiden</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - sind zu vermeiden - max. 2cm (auch Balkone)
	Bewegungsfläche	<ul style="list-style-type: none"> - beidseitig min. 120cm, wenn Abstand hinter geöffnetem Türflügel \geq 50cm - sonst min. 130cm türbandseitig 	<ul style="list-style-type: none"> - Drehflügel: türbandseitig 200cm Länge und 150cm Breite, andere Seite 150cm Länge und 120cm Breite - Schiebetür: beidseitig 150cm Länge und 120cm Breite - min. 50cm seitliche Anfahrbarkeit - min. 150cm Durchmesser bei Hauseingangstüren
Ausstattung 3.5.8.1 8.1*	Bedienelemente	<ul style="list-style-type: none"> - 85cm - 130cm Höhe - min. 40cm seitlicher Abstand - <i>empfohlen: 100cm Höhe</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 80cm - 110cm Höhe - min. 50cm seitlicher Abstand
Sanitärräume 3.4.3 5.5*	Raumgröße	<ul style="list-style-type: none"> - min. 150cm Durchmesser Bewegungsfläche (Waschbecken mit max. 20cm Unterfahrbarkeit einbezogen) - min. 220cm Breite und 215cm Tiefe für universell anfahrbaren WC-Sitz - min. 155cm Breite und 215cm Tiefe für eingeschränkt anfahrbaren WC-Sitz 	<ul style="list-style-type: none"> - min. 150cm Durchmesser Bewegungsfläche (Waschbecken mit max. 20cm Unterfahrbarkeit einbezogen) - min. 220cm Breite und 215cm Tiefe für universell anfahrbaren WC-Sitz - min. 185cm Breite und 215cm Tiefe für einseitig anfahrbaren WC-Sitz

Tab. 17 | Änderungen in den Norminhalten für barrierefreies Bauen in Österreich von 1994 und 2012

* Kapitelangaben aus den Normen ÖNORM B 1600:1994-08-01 | ÖNORM B 1600:2012-02-15

		SN 521 500 (1988)	SIA 500 (2011-06)
Außenanlagen			
Stellplätze 21.01 7.10*	Gefälle	- sind zu vermeiden	- max. 2%
Wege 20.06 9.3*	Breite	- min. 120cm - nach max. 50m eine 180cm breite Ausweichfläche	- min. 120cm - min. eine 140cm x 170cm Wendefläche
Horizontale Verbindungswege			
Gänge, Flure 31.01 9.3*	Breite	- min. 120cm	- min. 120cm - min. eine 140cm x 170cm Wendefläche in Korridoren
Vertikale Verbindungswege			
Rampen 20.10-20.12 3.5*	Längsgefälle	- max. 6% - Podeste bei $\geq 6\%$ Steigung	- max. 6% - $\geq 150\text{cm}$ Niveauunterschied braucht es ein min. 140cm langes Zwischenpodest
	Richtungsänderung		- bei mehr als 45° braucht es min. 140cm x 140cm horizontale Podeste
	Handläufe	- ab 6% Steigung notwendig - bis 150cm Breite einseitig - ab 150cm Breite beidseitig - Höhe: 90cm – 100cm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt	- Absturzsicherung ab 40cm Absturzhöhe notwendig
Treppen 32.03-32.05 3.6*	Podeste	- nach max. 10 Stufen	- nach 16 Stufen
	Handlauf	- beidseitig - ununterbrochen bei Richtungsänderung - Höhe: 90cm - 100cm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt - Querschnitt: 40mm - <i>empfohlen: min. 5cm Wandabstand</i>	- beidseitig ab 2 Steigungen - ununterbrochen durchlaufen - Höhe: 85cm - 90cm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt - Querschnitt: 40mm - min. 5cm Wandabstand

Fortsetzung der Tabelle auf S 104

206 | D-A-CH-Beitrag 2008, 31-35.

207 | Vgl. SN 521 500:1988; vgl. SIA 500:2011-06.

5.4 Barrierefreies Bauen in der Schweiz

Die Auseinandersetzung mit dem Bauen für Menschen mit Behinderung fing in der Schweiz bereits 1957 an. 1963 folgte dann ein erster Norm-Entwurf mit dem Titel *Empfehlung für die behindertengerechte Gestaltung von Wohnungen*. Dieses vierseitige Dokument wurde von der Schweizer Zentralstelle für Baurationalisierung (CRB) herausgegeben, welche auch die nachfolgenden Richtlinien publizierte. Die erste Empfehlung für das behindertengerechte Bauen wurde jedoch bald revidiert und durch Zusätze wie *Wohnungen für Gehbehinderte* und *Bauten mit Publikumsverkehr* ergänzt. Nur zwei Jahre nach der ersten deutschen Norm gab es 1974 auch in der Schweiz die erste ausführliche Norm SN 521 500 über behindertengerechtes Bauen. Die 28-seitige Publikation trug den Titel *Wohnungen für Gehbehinderte auch für Bauten mit Publikumsverkehr*. Die Nachfolger-Norm SN 521 500 *Behindertengerechtes Bauen* aus dem Jahr 1988 war bis 2009 mit nur wenigen Ergänzungen und Korrekturen gültig. Allerdings handelte es sich nicht um eine verbindliche Richtlinie zum Bauen. Sie war eine private Norm und somit nur gültig, wenn in den einzelnen kantonalen Bestimmungen explizit darauf hingewiesen wurde. Auch die Übernahme der Norm durch den Schweizerischen Ingenieur- und Architektenverein (SIA) Mitte der 1990er Jahre brachte keine Veränderung. Die SIA schrieb die Norm allerdings als Empfehlung aus. Erst die Überarbeitung zur aktuellen SIA 500 aus dem Jahr 2009 ließ die Norm zur Richtlinie des barrierefreien Bauens in der Schweiz werden. Die 45-seitige Publikation der SIA 500 *Hindernisfreies Bauen* wurde bisher mit drei Korrekturen überarbeitet.²⁰⁶

In dem nachfolgenden Vergleich der SN 521 500 von 1988 (mit den Ergänzungen von 1993) und der SIA 500 von 2011 zeigen sich, ähnlich wie bei dem österreichischen Vergleich, wenig Veränderungen, die nicht bereits in der Vorgängernorm empfohlen wurden. Die wichtigsten Änderungen gab es allerdings für die Anbringung der Bedienelemente. Während sie anfangs noch in einer Höhe bis zu 140cm angebracht werden konnten, wurde die zulässige Maximalhöhe in der SIA 500 auf 110cm begrenzt. Somit wird speziell Rollstuhlnutzern die Bedienung erleichtert. Auch wurde der Mindestwert für die seitliche Anfahrbarkeit von 40cm auf 70cm erhöht. Weitere Angaben, wie z.B. präzisere Maßangaben für die Sanitärräume (allgemeine Raumgrößen, Türen und WCs), aber auch Wendeflächen an Wegen, in Gängen und an Rampen wurden neu definiert.²⁰⁷

		SN 521 500 (1988)	SIA 500 (2011-06)
Aufzüge 33.02-33.03 3.7, 9.5*	Bewegungsfläche	- empfohlen: 140cm x 140 140cm	- 140cm x 140cm - min. 60cm Abstand bei seitlichen Treppenabgängen - bei gegenüberliegenden Treppenabgängen min. 140cm
	Bedienelemente	- Höhe: 90cm – 140cm - min. 40cm seitlicher Abstand - Handlauf in 90cm Höhe	- max. 120cm Höhe - ≥ 120cm Höhe: zusätzlich auf 80cm Höhe

Gebäude			
Ausstattung 37.01 9.6*	Bedienelemente	- in 90cm - 140cm Höhe - min. 40cm seitlicher Abstand	- in 80cm - 110cm Höhe - min. 70cm beidseitige Freifläche
Sanitärräume 34, 35, 38.03 10.2, An- hnag E*	Raumgröße	- min. 180cm x 165cm mit Dusche - min. 180cm x 235 cm mit Badewanne	- min. 3.80m² - min. 170cm Raumabmessung - min. 180cm x 180cm Raum für Rollstuhlnutzung
	WC	- 46cm Sitzhöhe - min. 65cm tief - seitliche Manövrierfläche notwendig - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen	- min. 165cm x 180cm Raum - min. 80cm x 120cm Freifläche vor WC - bevorzugt 45cm Achsabstand von WC zur Wand - min. 80cm Bewegungsfläche auf einer WC-Seite - 46cm Sitzhöhe - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen
	Waschtisch	- min. auf 80cm Breite unterfahrbar - max. 45cm tief - in 70cm – 85cm Höhe	- unterfahrbar - 35cm – 40cm Tiefe - in 70cm – 85cm Höhe
	Dusche	- bodengleich - ohne Schwelle - max. 2% Gefälle - 46cm Duschsitzhöhe	- bodengleich - 90cm x 110cm Duschfläche - 46cm Duschsitzhöhe

Tab. 18 | Änderungen in den Norminhalten für barrierefreies Bauen in der Schweiz von 1988 und 2011

* Kapitelangaben aus den Normen SN 521 500:1988 | SIA 500:2011-06

208 | Vgl. ETHZ 2004, 25 f.

209 | ETHZ 2004, 9.

210 | Die Nachrüstung zur hindernisfreien Erschließung der Gebäude nimmt dabei einen Großteil der zusätzlichen Kosten ein. Im Durchschnitt sind es 78% der Mehrkosten. (Vgl. Tabelle 20, 21.)

5.5 Kosten der Barrierefreiheit

Die gesetzlichen Regelungen zum barrierefreien Bauen sollen helfen eine Umgebung zu schaffen, in der alle Menschen ein gleichberechtigtes Leben führen können. Die Diskriminierung durch eine nicht hindernisfreie Gestaltung der Bauten und öffentlichen Räume soll dadurch verhindert werden. Obwohl das Thema bei Bauträgern und Planern als wichtig erachtet wird, kommt es dennoch selten zur vollständig barrierefreien Realisierung. Dafür gibt es mehrere Gründe:

1. Es wird nur der Vorteil für Menschen mit Behinderung gesehen, nicht aber für die Allgemeinheit.
2. Es gibt zu wenig Wissen über gesetzliche Regelungen und Anforderungen zum barrierefreien Bauen.
3. Es wird mit immensen Mehrkosten gerechnet, die das Projekt nicht finanzierbar und unrentabel machen.

Eine Studie der Schweizerischen Fachstelle für behindertengerechtes Bauen befasst sich ausführlich mit Aspekten der Finanzierung und daraus resultierenden Mehrkosten. Die zweiteilige Ausarbeitung mit dem Titel *Behindertengerechtes Bauen – Vollzugsprobleme im Planungsprozess* wurde 2004 an der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) in Zürich publiziert.

Der *Projektteil A: technische und finanzielle Machbarkeit* dient als Grundlage für die nachfolgenden Ausführungen. Er bezieht sich auf 140 untersuchte Objekte in der Schweiz, kann jedoch auch verallgemeinernd für andere Länder gesehen werden, wie z.B. für Österreich und Deutschland. Eine Unterteilung in drei verschiedene Objektgruppen (*Öffentlich zugängliche Bauten*, *Wohnbauten* und *Bauten mit Arbeitsplätzen*) lässt eine differenzierte Betrachtungsweise von anfallenden Zusatzkosten zu. Die Kategorie der Bauten mit Arbeitsplätzen wird jedoch nicht aufgezeigt. Es werden lediglich die Wohnbauten und öffentlich zugängliche Bauten, wo u.a. die Unterkategorie der *Fürsorge und Gesundheit* zu finden ist, betrachtet. Aber nicht nur die Art des Objektes ist entscheidend, auch die Objektgröße lässt Rückschlüsse auf differenzierte Zusatzkosten zu.²⁰⁸ In der Studie wird prinzipiell zwischen zwei Arten von Zusatzkosten unterschieden:

- „Die Zusatzkosten, die bei der Errichtung eines neuen Bauwerkes entstehen (Neubau)
- Die Kosten, die bei der Beseitigung von Barrieren oder der hindernisfreien Nachrüstung von bestehenden Bauten entstehen (Anpassung)“²⁰⁹.

In der nachfolgenden Tabelle 19 sind die Anteile der Zusatzkosten im Vergleich zu den Errichtungskosten aufgeführt. Es wird ersichtlich, dass das barrierefreie Bauen nur einen geringen prozentualen Anteil der eigentlichen Errichtungskosten einnimmt, so z.B. beträgt der Mittelwert der Ist-Kosten gerade einmal 0.81% der ursprünglichen Investitionskosten.²¹⁰ Kleinere Wohnbauten sind für die Statistik allerdings nicht von großer Relevanz, da

	< 0.5 Mio.	0.5 < 2 Mio.	2 < 5 Mio.	5 < 15 Mio.	≥ 15 Mio.	MW*
Ist-Kosten (MW)**	1.70%	1.24%	0.74%	0.80%	0.93%	0.81%
Öffentlich	1.70%	1.24%	1.07%	1.07%	0.67%	1.09%
Wohnen			0.48%	0.59%	1.20%	0.72%
Zusatzkosten Neubau (MW)**	3.92%	3.29%	2.53%	1.51%	0.94%	1.78%
Öffentlich	3.92%	3.29%	1.47%	0.44%	0.12%	1.73%
Wohnen			3.40%	2.49%	1.65%	2.64%
Zusatzkosten Anpassung (MW)**	14.90%	2.97%	4.45%	3.55%	2.24%	3.56%
Öffentlich	14.90%	2.97%	1.69%	0.58%	0.25%	2.63%
Wohnen			6.99%	6.17%	3.96%	5.89%

Tab. 19 | Kosten (in CHF) im Verhältnis zu den Erstellungskosten

* MW = Mittelwert der Gebäudegrößen ≥ 2 Mio. CHF

** Der Mittelwert (MW) beinhaltet auch die prozentualen Anteile der Erstellungskosten der *Bauten mit Arbeitsplätzen*

211 | ETHZ 2004, 28.

212 | Vgl. ETHZ 2004, 28, 39.

213 | ETHZ 2004, 33.

sie oftmals weniger als vier Geschosse aufweisen und somit kein Einbau von Aufzügen erforderlich ist. Diese Kosten entfallen somit für einen Großteil der Wohnbauten. Würden diese Gebäude auch hindernisfrei ausgeführt werden, „wären zusätzliche 1.8 Prozent der Erstellungskosten nötig“²¹¹. Das entspricht in etwa den Mehrkosten, die für einen Neubau notwendig sind (ca. 1.8% der ursprünglichen Erstellungskosten). Dagegen würde eine nachträgliche Anpassung die Erstellungskosten um 3.6% (das doppelte im Vergleich zu den Zusatzkosten beim Neubau) erhöhen. Somit wird deutlich, dass der barrierefreie Umbau von Bestandsgebäuden um fast 100% teurer sein kann als die sofortige Umsetzung einer barrierefreien Gestaltung in der Planung. Unabhängig jedoch von der Art der Zusatzkosten, ob Neubau oder Anpassung, kann festgehalten werden, dass die Kosten für Barrierefreiheit mit zunehmender Objektgröße sinken: Je geringer die Erstellungskosten des Gebäudes sind, desto höher werden die Zusatzkosten für die Barrierefreiheit.²¹²

Bei der Betrachtung der einzelnen Gebäudekategorien wird ersichtlich, dass es nur geringe Unterschiede bei den Ist-Kosten-Anteilen von öffentlichen Objekten und Wohnbauten gibt. So ist bei den Mittelwerten nur eine Differenz von 0.37% vorhanden. „Dies hängt wohl damit zusammen, dass Massnahmen [sic!] meist erst verwirklicht werden, wenn sie kostenmässig [sic!] nicht mehr ins Gewicht fallen oder wenn sie einen Mehrfachnutzen bieten.“²¹³ Eine Auffälligkeit gibt es jedoch: Üblicherweise sinken die prozentualen Anteile mit der Objektgröße. Bei den Wohnbauten zeigt sich allerdings das Gegenteil. Bei 2 bis 5 Mio. CHF Erstellungskosten beträgt der Anteil der Zusatzkosten nur 0.48%. Dieser Anteil steigt bei einer Investitionssumme von über 15 Mio. CHF auf 1.20%. Die Anteile der Zusatzkosten bei Neubauten verzeichnen einen stetigen Rückgang mit zunehmender Gebäudegröße. Während die Zusatzkosten im Wohnbausektor erst bei einer Bausumme von über 15 Mio. CHF unter 2% sinken, wird dieser Anteil bei den öffentlichen Neubauten schon bei 2 bis 5 Mio. CHF erreicht. Ab 5 Mio. CHF Erstellungskosten sinkt der Anteil sogar deutlich unter 0.5%. Die weiterhin hohen Zusatzkosten bei Wohnbauten lassen sich mit zu hohen Kosten für die Erschließung erklären. Es gibt oftmals nur zwei Wohnungen, welche pro Etage erschlossen werden können. In den öffentlichen Gebäuden hingegen kann mit einem Aufzug eine viel größere Gebäudefläche erreicht werden, wodurch die Erschließungskosten deutlich minimiert werden. Bei den Sanitärbereichen gilt Ähnliches: Im Wohnbau muss jede Wohnung über mindestens ein barrierefreies Duschbad verfügen, wohingegen in öffentlichen Gebäuden eine geringere Anzahl an hindernisfreien WC-Anlagen auf einer deutlich größeren Fläche (mit Ausnahme der Alten- und Pflegeheime) ausreichend ist. Zudem ist auch die höhere Anzahl an schwellenlosen Übergängen und ebenerdigen Duschen im Wohnbau zu berücksichtigen.

Eine ähnliche Situation ist bei den Zusatzkosten für Anpassungen zu beobachten. Mit einer zunehmenden Investitionssumme sinkt der Anteil bei öffentlichen Gebäuden auf unter 0.5% (bei über 15 Mio. CHF Erstellungskosten). Eine Anpassung von Bauten, die eine Bausumme von unter 0.5 Mio. CHF haben, muss mit knapp 15% zusätzlichen Kosten für den Umbau berechnet werden. Bei einer Summe bis 2 Mio. CHF liegt der Anteil sogar unter den Werten von Neubauten. Grund dafür ist der Verzicht auf einen Aufzug aufgrund zu geringer Gebäu-

	Erschließung	Sanitärräume	Öffnungen	Wahrnehmung	Total
MW*	78%	17%	4%	1%	100%
Öffentlich	86%	12%	1%	1%	100%
Wohnen	72%	21%	6%	1%	100%

Tab. 20 | Anteil unterschiedlicher Maßnahmen an den Mehrkosten für die Herstellung der Barrierefreiheit

* MW = Mittelwert aller drei Gebäudekategorien (Öffentlich, Wohnen, Arbeit)

	Erschließung	Sanitärräume	Öffnungen	Wahrnehmung	Total
MW*	2.20%	0.50%	0.12%	0.03%	2.84%
Öffentlich	2.50%	0.28%	0.01%	0.03%	2.82%
Wohnen	2.44%	0.70%	0.20%	0.03%	3.36%

Tab. 21 | Anteil unterschiedlicher Maßnahmen an den Errichtungskosten des gesamten Bauwerks

* MW = Mittelwert aller drei Gebäudekategorien (Öffentlich, Wohnen, Arbeit)

214 | Vgl. ETHZ 2004, 33 f.

215 | Vgl. ETHZ 2004, 37 f.

degröße. Stattdessen wird ein Treppenlift eingebaut, der deutlich weniger Kosten verursacht. Der Vergleich von Neubau und Anpassung zeigt auch hier, dass nachträgliche Maßnahmen fast das Doppelte an Zusatzkosten einnehmen, als von Anfang an geplante barrierefreie Objekte.²¹⁴

Wie in den vorherigen Erläuterungen schon festgestellt, nimmt der Umbau zu einer barriere- und hindernisfreien Erschließung von Gebäuden den Großteil der Zusatzkosten ein. Insgesamt fließen 78% aller Mehrkosten in die vertikale Erschließung, da allein ein Aufzug schon min. 70.000 CHF kosten kann. Bei geringen Erstellungskosten kann daher der Anteil an Zusatzkosten stark ansteigen. Diese 78% Mehrkosten machen einen 2.20%igen Anteil an den Errichtungskosten des Gebäudes aus. Speziell in den öffentlichen Gebäuden ist der Mehrkostenanteil für die Erschließung signifikant, da nicht nur die Aufzüge, sondern auch Parkplätze und andere horizontale Erschließungswege dazu zählen.

Den zweithöchsten Wert erreichen die Sanitärräume mit 17% (0.50% Anteil an den Errichtungskosten). Hier müssen meist behindertengerechte WCs und schwellenlose Duschen beachtet werden. Der Mehrkostenanteil bei Wohnbauten ist dabei fast doppelt so hoch wie bei öffentlichen Gebäuden. Ein Grund dafür ist die hohe Anzahl an entsprechenden Sanitärräumen, da jede Wohnung ein hindernisfreies Badezimmer benötigt. In den öffentlichen Bauten gibt es viel weniger barrierefreie Sanitärräume (bezogen auf die Geschossfläche). Daher ergibt sich auch die große Differenz zwischen den öffentlichen Sanitärräumen, welche einen Anteil von 0.28% der Errichtungskosten haben, und den Bädern in den Wohnbauten, die einen Anteil von 0.70% der Errichtungskosten aufweisen.

Ähnlich wie bei den Sanitärräumen, verhält es sich mit den Wandöffnungen (Türbreite, Schwellenlosigkeit). In den Wohnbauten ist ein deutlich höherer Mehrkostenanteil, im Vergleich zu den öffentlichen Bauten, zu verzeichnen. Auch hier liegt der Grund in der kleineren Geschossfläche und der geringeren Anzahl an Wohneinheiten. Jede Wohnung benötigt zudem mindestens einen hindernisfreien Zugang zu Terrassen, Balkonen oder Loggien.

Der letzte Aspekt der Wahrnehmungshilfen ist bei allen Gebäudetypen und Objektgrößen annähernd gleich gering. Gerade einmal ein Anteil von 0.03% der Errichtungskosten und 1% der Mehrkosten werden dafür gebraucht. Somit sollte es prinzipiell kein finanzielles Problem sein, die dringend benötigten Maßnahmen für eine taktil ausgestaltete Umgebung umzusetzen. Aber auch die anderen Notwendigkeiten sind bei weitem nicht so kostenintensiv, wie es allseits befürchtet wird. Trotzdem verhindern fehlendes Wissen über Richtlinien und zu wenig Verständnis über den Nutzen für die Allgemeinheit eine komplett barrierefrei gestaltete Umgebung.²¹⁵

6. Gebaute Realitäten

In den folgenden Kapiteln sollen drei Beispiele aus Deutschland, Österreich und der Schweiz die gegenwärtige Situation von Alten- und Pflegeheimen veranschaulichen. Bei allen Projekten ist festzustellen, dass sie, egal ob im Stadtzentrum oder in städtischer Randlage gelegen, den Bezug zu bereits bestehenden Park- und Grünanlagen suchen. Die Dualität zwischen urbaner Stadtlandschaft und naturbezogenen Landschaften wird speziell bei dem Alterszentrum Bruggwiesen in Effretikon zum entwurfsbestimmenden Bestandteil. Das Seniorenzentrum St. Michael in Berlin setzt sich dagegen eher mit der bestehenden Topographie, und das Geriatriezentrum Liesing mit der Einbeziehung des bestehenden historischen Grünzugs auseinander. Aber nicht nur die umgebende Landschaft, sondern auch andere Aspekte sind bei der Konzeption dieser Alten- und Pflegeheime von Bedeutung. Die Ausstattung, Gestaltung, Lage und Größe hängen meist auch von den Trägern und somit der Finanzierung und Förderung ab. Die folgenden Beispiele haben diesbezüglich alle unterschiedliche Grundlagen. Während das Berliner Senioren- und das Wiener Geriatriezentrum private Träger (konfessionell und gemeinnützig) haben, ist das Alterszentrum in Effretikon von einem öffentlichen Träger initiiert worden. Die Unterschiede der Trägerschaft sind auch in der Ausstattung der Heime sichtbar. So ist das Zentrum St. Michael ein rein monofunktionales Altenheim, während in Liesing erste Dienstleistungen eingebracht werden, welche auch externe Besucher nutzen können. Das Bruggwiesen-Zentrum hingegen zeigt schon Ansätze von alternativen Wohnformen auf, die mit dem Altenheim gekoppelt sind.



Abb. 36 | gläserne Eingangshalle



Abb. 38 | Außenansicht Osthaus



Abb. 37 | Außenansicht Westhaus

6.1 Seniorenzentrum St. Michael, Berlin (D)

Standort:	Höhensteig 2 D - 12526 Berlin
Planer/Architekt:	GAP Gesellschaft für Architektur und Projektmanagement mbH
Bauträger:	St. Hedwig Krankenhaus Anstalt des öffentlichen Rechts
Leitung:	Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH
Baubeginn:	2003
Fertigstellung:	2004
Baukosten (KGR 300+400):	7 Mio. €
Bruttogeschossfläche:	7.258m ²
Nettogeschossfläche:	6.117m ²
Kategorie:	Pflegezentrum, Betreutes Wohnen
Anzahl der Betten:	100
Einzelzimmer:	76
Doppelzimmer:	12
Betreutes Wohnen:	13

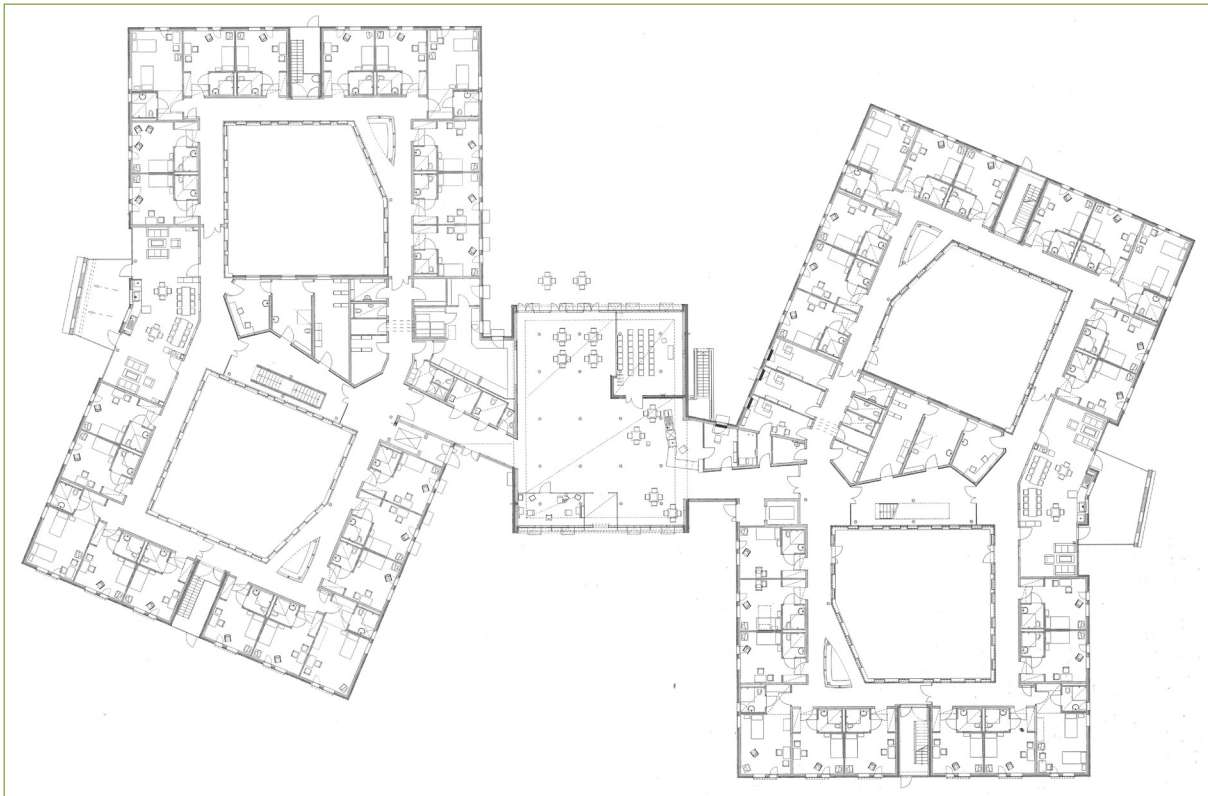


Abb. 39 | Grundriss



Abb. 40 | Ansicht Süd



Abb. 41 | Ansicht West

216 | Vgl. Stiftung der Alexianerbrüder; vgl. Alexianer - Seniorenzentrum St. Michael.

217 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 190 ff.; vgl. Alexianer - Seniorenzentrum St. Michael (Unser Haus).

Das Seniorenzentrum St. Michael in Berlin ist in der Trägerschaft des St. Hedwig Krankenhauses Anstalt des öffentlichen Rechts. Dabei handelt es sich um eine freigemeinnützige und selbstständige Wohlfahrtsorganisation. Geleitet und geführt wird das Zentrum allerdings von der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH. Sie selbst befindet sich in der Trägerschaft der Alexianerbrüder, einer spätmittelalterlichen Bruderschaft, die 2013 die gleichnamige Stiftung gegründet hat. Die Alexianer GmbH ist einer der größten katholischen und gemeinnützigen Träger in Deutschland. Das Unternehmen hat ein großes Angebotsspektrum von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen über ambulante Pflegeangebote und Seniorenheime bis hin zu Behindertenwerkstätten und Integrationsbetrieben. Die Kooperation von den Seniorenheimen und den Kliniken des Trägers kann eine ausgewogene medizinische und ärztliche Versorgung der Bewohner gewährleisten. In unmittelbarer Nähe des Seniorenzentrums befindet sich das Krankenhaus Hedwigshöhe, welches eine direkte Zusammenarbeit möglich macht.²¹⁶

Das Seniorenzentrum liegt idyllisch und dezentral im Südosten von Berlin. Es wird von einem Landschaftspark im Norden und einem Wohngebiet im Süden eingefasst. In dieser städtischen Randlage im Stadtteil Bohnsdorf spielt die Topographie eine gebäudebestimmende Rolle. Die bestehende Hanglage war maßgebend für den Entwurf. Es entstanden verschiedene Niveaus für Terrassen und Gärten, die den Bewohnern zur freien Verfügung stehen. Eine gläserne Eingangshalle verbindet die zwei achtförmigen Gebäude miteinander. Eines davon ist zweigeschossig, das andere dreigeschossig. Der Eingangsbereich ist ein Ort der Kommunikation und Begegnung. Die zentrale Lage und Funktion wird zusätzlich durch eine Kapelle, eine Cafeteria und einen kleinen Mehrzwecksaal unterstützt. Die Transparenz des Foyers setzt sich in den angrenzenden Erschließungszonen der Pflege- und Wohnbereiche fort. Sie zeichnen sich durch vollverglaste geschlossene Laubengänge aus. Diese können für Rundgänge der demenzkranken Bewohner oder zum Verweilen mit freiem Blick in die Gartenhöfe genutzt werden. In den einzelnen Etagen befinden sich neben den Pflegezimmern und Wohnungen des Betreuten Wohnens noch die Stationszimmer und Büroräume der Mitarbeiter sowie ein großzügiger Aufenthaltsbereich je Etage. Die Aufenthaltsräume bieten Platz für gemeinschaftliche Aktivitäten der Bewohner. Eine Küchenzeile und Esstische ermöglichen zudem das gemeinsame Kochen und Essen. An den Aufenthaltsbereichen befinden sich außerdem große Balkone, die durch Holzelemente den Bewohnern einen gewissen Sichtschutz gewähren. Gleichzeitig wird die direkte Sonneneinstrahlung auf die Balkone verhindert. Die Überdachung ermöglicht einen zusätzlichen Witterungsschutz. Den Bewohnern wird somit eine weitere Möglichkeit des Verweilens in geschützter Atmosphäre im Freien geboten.²¹⁷

Die Zimmer des Seniorenzentrums St. Michael wurden von den Architekten nach den Grundsätzen eines *Therapiekonzeptes* geplant. Sie legten großen Wert auf die Motivation zur Bewegung und Aktivierung der Bewohner. Die Selbstständigkeit soll soweit es geht unterstützt und gefördert werden. In den Bewohnerzimmern wurde daher großes Augenmerk auf die Fenster gelegt. Das Spiel mit innen- und außenbündigen Fenstern gibt die



Abb. 42 | Gangbereich



Abb. 43 | Blick in den Innenhof



Abb. 44 | Innenhof

218 | Vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 190 ff.

219 | Feddersen/Lüdtke 2009, 191 f.

220 | Vgl. Alexianer - Seniorenzentrum St. Michael (Organisatorisches); vgl. Feddersen/Lüdtke 2009, 192.

Möglichkeit für individuelle Gestaltungsmöglichkeiten durch die Bewohner. Eine weitere Besonderheit sind die niedrigen Brüstungshöhen. Sie ermöglichen den Bewohnern einen ständigen Ausblick nach draußen in die Landschaft. Speziell vom Bett aus werden dadurch neue Qualitäten geschaffen. Die Verbindung von Innen und Außen ist somit in den Zimmern von zentraler Bedeutung.²¹⁸ „Das Fensterelement eines jeden Bewohnerzimmers ist dessen Mittelpunkt: Es fungiert als ‚Schaufenster‘, als ‚Blumenfenster‘ und als ‚Preziosenplattform‘. [...] Passanten und Besucher erkennen darin die individuelle Person, dem pflegebedürftigen Menschen ist es zugleich Identifikationshilfe.“²¹⁹ Individualität und Selbstständigkeit in Verbindung mit Gemeinschaft und Unterstützung sind wesentliche Merkmale des Seniorenzentrums.

Weitere zusätzliche Leistungen sind z.B. regelmäßige Ausflüge in die nahe Umgebung und die Stadt, Therapieangebote, wöchentliche Terminangebote für Friseur und Fußpflege oder das zahlreiche Angebot von Kaffee, Kuchen und Snacks in der Cafeteria. Die Kapelle in der zentralen Eingangshalle ist als Andachts- und Meditationsraum konzipiert, kann für große Veranstaltungen auch in Verbindung mit dem Foyer genutzt werden.²²⁰

Im Großen und Ganzen wird ersichtlich, dass die Grundidee von der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und der sozialen Beziehungen nur bedingt möglich ist. Zu wenig Gemeinschaftsflächen zwingen die Bewohner zu einem recht isolierten Leben. Die Mahlzeiten können in den Zimmern oder den Aufenthaltsräumen auf den Etagen eingenommen werden. Jedoch gibt es keinen zentralen, gemeinschaftlichen Speisesaal. Auch zusätzliche Dienstleistungen sind nur temporär oder extern möglich. Die Zusammenarbeit mit dem nahen Krankenhaus ist jederzeit möglich und erleichtert die Pflege der Bewohner stark. Erweiterte Dienstleistungsangebote wie z.B. der Friseur werden hingegen nur einmal wöchentlich vor Ort angeboten. Diese räumlichen Gegebenheiten schließen den Besuch externer Gäste oftmals aus. Die Alten bleiben unter sich. Abwechslung in der Personenstruktur ist meist nur durch den Besuch von Angehörigen zu erwarten. Somit ist ein monofunktionaler Bau entstanden, der den Bewohnern zwar eine gewisse Wohnqualität, jedoch kaum Lebensqualität gibt.



Abb. 45 | Außenansicht



Abb. 46 | Fassade



Abb. 47 | Innenhof



Abb. 48 | Innenhof

6.2 Geriatriezentrum Liesing, Wien (A)

Standort:	Haeckelstraße 1a A - 1230 Wien
Planer/Architekt:	ARGE Johannes Kaufmann Architektur / Riepl Riepl Architekten
Bauherr:	Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)
Wettbewerb:	2006
Baubeginn:	2009
Fertigstellung:	2011
Bruttogeschossfläche:	29.509 m ²
Kategorie:	Pflegezentrum, Schwerpunkt Demenz, Tageszentrum
Anzahl der Betten:	322
Einzelzimmer:	202
Doppelzimmer:	60
Wohnbereiche:	12, davon 2 Demenz-Wohnbereiche

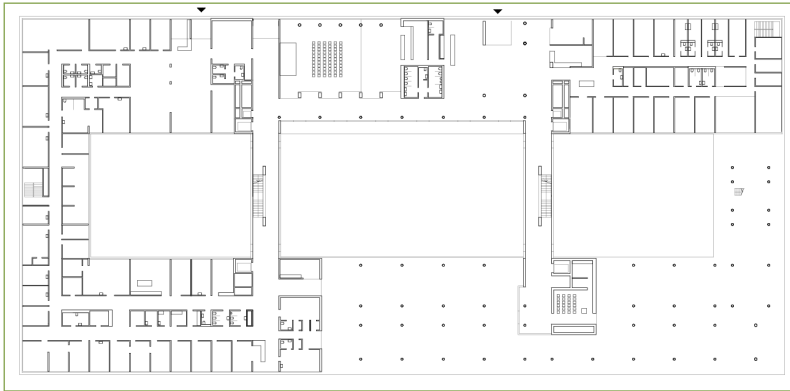


Abb. 49 | Grundriss Erdgeschoss



Abb. 52 | Lageplan

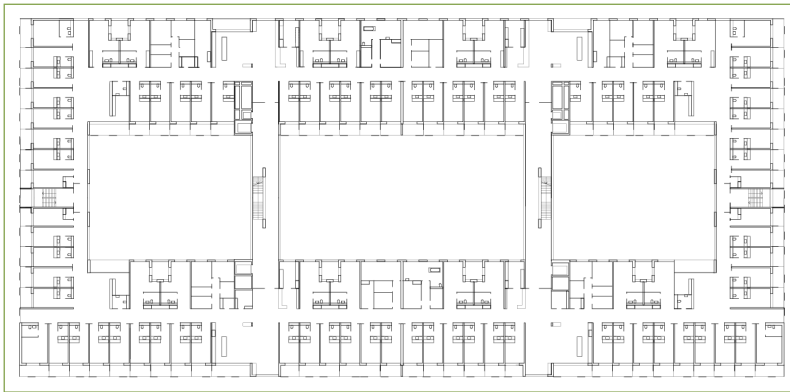


Abb. 50 | Grundriss Regelgeschoss



Abb. 51 | Schnitt

221 | Vgl. Wien.at - Statut für die Unternehmung *Wiener Krankenanstaltenverbund*.

222 | Leeb 2009, 33.

223 | Leeb 2009, 33.

224 | Vgl. Leeb 2009, 33; vgl. FSW.

Das Geriatriezentrum Liesing in Wien ist eines von vielen Pflegewohnhäusern der Stadt, die sich unter der Leitung des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) befinden. Der KAV ist eine Unternehmung der Stadt und kein eigenständiges Unternehmen. Das heißt, dass das Budget vom Gemeinderat genehmigt werden muss und, dass der KAV die direkte Verwaltung städtischen Eigentums übernimmt. Er ist ein gemeinnütziger Träger.²²¹

Die Stadt Wien arbeitet oft mit gemeinnützigen Partnern zusammen. „Etwa ein Drittel der stationären Pflege wird von den städtischen Häusern geleistet werden, der andere Teil von privaten Betreibern.“²²² Trotzdem ist die Pflege in allen Häusern gleich, da die Entscheidung über die Vergabe von Pflegeplätzen ausschließlich über den Fonds Soziales Wien (FSW) gehandhabt wird. Auch der FSW steht in einer gemeinnützigen Kooperation mit der Stadt Wien. Die finanziellen Mittel und Förderungen, die der FSW vergibt, sind somit auch von der Stadt festgelegt. Durch den FSW gibt es „in Wien auch keinen Regress von Angehörigen“²²³, was eine finanzielle Entlastung für die Familie bedeutet.²²⁴

Ein Teilbereich vom KAV ist die *Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung*. Diese Teilunternehmung entwickelte in den letzten Jahren ein neues Geriatriekonzept, nachdem alle neu gebauten Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren auszuführen sind. Auch das Pflegewohnhaus in Liesing wurde nach diesen neuen Kriterien konzipiert.

Das Geriatriekonzept des Wiener KAV

Das Geriatriekonzept formuliert neue Anforderungen, die beim Neu- und Umbau bestehender Gebäude aufgrund des gesellschaftlichen Wandels und den überarbeiteten rechtlichen Grundlagen zu beachten sind. Grundsätzlich geht es dabei um wirtschaftliche Kennzahlen, technische Größenordnungen und die Schaffung von mehr Lebensqualität durch die Standortwahl. Somit sind auch Themen der Effizienzsteigerung, Kostenminimierung und Umsetzung gewisser Qualitätsstandards von Bedeutung.

Typische Krankenhausstrukturen werden durch die Umsetzung der neuen Qualitätskriterien aufgelöst. Die Schaffung von Wohn- und Lebensqualität für die Bewohner steht im Mittelpunkt. Eine eigene Loggia, die das selbstständige Hinausgehen ermöglicht, ist nur ein typisches Standardelement, welches in das neue Konzept aufgenommen wurde. Der private Freibereich führt selbst bei bettlägerigen Bewohnern zur Steigerung der Lebensqualität, da sie mit dem ganzen Bett auf die Loggia und somit an die frische Luft hinausgebracht werden können. Auch sonst sind bestimmte Ausstattungsstandards für die Zimmer und flexible Grundrissgestaltungen, die während des laufenden Betriebes geändert werden können, vorzusehen. So sollen z.B. in einem Teil der Zimmer Sollbruchstellen sein, die bei Bedarf geöffnet werden können und die Möglichkeit der Zusammenlegung von Zimmern geben. Des Weiteren sind in den Einrichtungen etwa 75% Einzel- und 25% Doppelzimmer einzuplanen. Das schafft ein optimales Gleichgewicht für die Wohnwünsche der Bewohner. Die Verkleinerung der Wohnberei-



Abb. 53 | gläserne Brücke



Abb. 54 | Gemeinschaftsbereich



Abb. 55 | Loggia

225 | In Zukunft ist mit etwa 80% an Demenz erkrankten Personen zu rechnen. (Vgl. Leeb 2009, 16.)

226 | Vgl. Leeb 2009, 16 f., 35, 47.

227 | Vgl. Leeb 2009, 47 ff.

228 | Vgl. Wiener KAV: Pflegewohnhaus Liesing mit sozialdemokratischer Betreuung - Unser Haus.

che auf maximal 28 Betten, die sich auf zwei bis drei Wohngruppen aufteilen, ist ebenfalls ein Aspekt, der die Lebensqualität der Bewohner stärkt. Eine Betreuung und Pflege, die besser auf die Bedürfnisse jedes Einzelnen eingeht, ist dadurch möglich. Auch der steigenden Zahl von Demenzkranken²²⁵ kann so besser entsprochen werden. Eine geänderte Struktur der Erschließungs- und Kommunikationsbereiche stellt eine weitere positive Veränderung in der Gesamtkonzeption dar. Orientierung, Überschaubarkeit, Kommunikation, Gemeinschaft und Blickbeziehungen sind wesentliche Merkmale der neuen Erschließungsstruktur.²²⁶

Um die Wirtschaftlichkeit der Anlagen zu garantieren wurde auch eine maximale Bettenanzahl von 350 Betten bereits durch das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz festgelegt. Eine Untergrenze von 240 Betten wurde durch weitere wirtschaftliche Prüfungen festgesetzt. Auch die wirtschaftlichen Abläufe innerhalb der Anlagen können durch definierte Standards optimiert werden. So bieten ähnliche Raum- und Funktionsstrukturen den Mitarbeitern adäquate Arbeitsbedingungen und erhöhen die Mobilität zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Auch eine Zusammenlegung der Verwaltungsstrukturen ist effektiv, da durch eine neue Zentralität Kosten eingespart werden können.²²⁷

Das Geriatriezentrum Liesing zeigt alle bereits erwähnten Aspekte des aktuellen Geriatriekonzeptes auf. Den 322 Bewohnern stehen in Einzel- und Doppelzimmern eigene Bäder und Loggien zur Verfügung. Auf jeder der drei Etagen befinden sich jeweils vier L-förmige Wohnbereiche mit 27 bzw. 28 Betten. In der dritten Etage gibt es zusätzlich zwei Wohnbereiche mit 23 bzw. 24 Betten für demenzkranke Bewohner. Auch die Mindestanzahl von zwei speziellen Demenz-Wohnbereichen wird von dem Geriatriekonzept vorgegeben. Die Zimmer sind ausgestattet mit allen notwendigen Möbeln. Das Mitbringen von persönlichen Ausstattungsgegenständen ist daher nur begrenzt möglich.²²⁸

Das Pflegeheim Liesing existiert bereits seit 1876. Damals waren das Schloss Liesing und das nebenstehende Versorgungsgebäude eines der traditionellsten Pflegeheime der Stadt. Das ehemalige Versorgungsgebäude wurde jedoch aufgrund von veralteter Ausstattung und Konzeption abgerissen und brachte den historischen, großflächigen Grünbereich um das bestehende Schloss zurück. In dem Wettbewerb von 2006 wurde ein neues Konzept für die Umsetzung eines Gebäudes gesucht, welches die neu gewonnene Grünfläche integriert und das Gebäude trotzdem an die Urbanität der Stadt heranführt. Eine teils zurücktretende und aufgeständerte Erdgeschosszone mit den Verwaltungs- und Therapiebereichen verbindet das Haus mit der dahinterliegenden Parklandschaft. Der vom Gebäude ausgebildete Innenhof dient mit einem freigehaltenen Bereich des Erdgeschosses als Übergang in den Park. In dem Park bilden sich unterschiedliche kleine Gärten aus, die mit Hecken gesäumt sind und somit Rückzugsbereiche für die Bewohner darstellen. Der Innenhof selbst wird durch gläserne Brücken, welche die verschiedenen Wohnbereiche verbinden, strukturiert. An den Verbindungsstellen der Brücken im Inneren sind großzügige Aufenthaltsbereiche zu finden. Diese geben die Möglichkeit der Gemeinschaft,

229 | Vgl. Leeb 2009, 102-106.

230 | Leeb 2009, 7.

Kommunikation und Überschaubarkeit. Auch Blickbeziehungen in die historische Parklandschaft sind dadurch vorhanden. Die Brücken sind nicht nur für das Personal aufgrund kürzerer Arbeitswege von Bedeutung, sondern bieten auch den demenzkranken Bewohnern die Möglichkeit ihren Bewegungsdrang auszuleben. Eine großzügige Transparenz der Fassaden sorgt nicht nur in den Erschließungsbereichen, sondern auch in den einzelnen Bewohnerzimmern für viel Helligkeit und weite Ausblicke.²²⁹

Das Pflegewohnhaus Liesing ist nur ein Beitrag der Stadt Wien für die Verdichtung des Pflegenetzwerkes durch neue Bauten. Es sollen Pflegeplätze geschaffen werden, die den geänderten Anforderungen an Wohnstandards und höhere Lebensqualität im Alter gerecht werden. Dennoch werden, durch diese neu entstandene *kommunale Baukultur* der Bundeshauptstadt, Einrichtungen gebaut, die auf der einen Seite den „Senioren die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in der Stadt“²³⁰ ermöglichen sollen und auf der anderen Seite an den dezentralen Standorten gerade das verhindern. Auch die reine Monofunktionalität und das Fehlen von zusätzlichen Dienst- und Serviceleistungen, die direkt an das Geriatriezentrum gebunden sind, tragen nicht zur Förderung des städtischen Gesellschaftslebens der Bewohner bei. Durch das neue Geriatriekonzept werden allerdings Qualitätsstandards für das Wohnen innerhalb der Anlage geschaffen, die eine allgemeine Gültigkeit erreichen können. Nur sollte der Fokus noch mehr auf die Bewohner selbst und nicht auf die möglichst zahlreiche und standardisierte Errichtung von Pflegeheimen gelegt werden.



Abb. 56 | Ansicht Alt- und Neubau

6.3 Alterszentrum Bruggwiesen, Effretikon (CH)

Standort:	Märtplatz 19 und Schlimpbergstraße 2 CH - 8307 Effretikon
Planer/Architekt:	Zach + Zünd Architekten
Bauherr:	Stadt Illnau-Effretikon, Gemeinde Lindau
Wettbewerb:	2003
Planungsbeginn:	2004
Baubeginn Erweiterung:	2008
Fertigstellung Erweiterung:	2011
Gebäudekosten (BKP 2):	31,3 Mio. CHF
Sanierungskosten:	14,1 Mio. CHF
Gebäudevolumen:	36.500 m ³
Kategorie:	Alters- und Pflegezentrum, Schwerpunkt Demenz, Außenwohngruppe, Kurzzeit- und Ferienaufenthalte
Anzahl der Betten:	155
Wohngruppen:	8 Wohngruppen zu je 9 Bewohnern
Außenwohngruppe:	1 Wohnung mit 6 Einzel- und 1 Doppelzimmer



Abb. 57 | Grundriss Erdgeschoss



Abb. 58 | Grundriss Regelgeschoss

231 | „Die Nasszellen sind zu klein, es gibt zu wenig Aufenthaltsräume für die Bewohnerinnen und Bewohner und zu wenig Arbeitsräume für das Personal. Viele Räume sind nicht behindertengerecht ausgestattet.“ (Zürcher Oberländer.)

232 | „Das Eintrittsalter in Alters- oder Pflegeheime steigt und der Pflegeaufwand nimmt zu. Das Wohngruppensystem eröffnet Wege des betreuten Wohnens jenseits des spitalähnlichen Heimcharakters.“ (swiss-architects - Bau der Woche.)

233 | Vgl. Zürcher Oberländer; vgl. swiss-architects - Bau der Woche.

234 | Vgl. swiss-architects - Bau der Woche.

235 | Vgl. Alterszentrum Bruggwiesen - Wohnformen (Haus A).

Das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen in Effretikon (Schweiz) ist ein Beispiel für die Sanierung und Erweiterung von bereits bestehenden Heimen. Die Sanierung ist aufgrund neuer gesetzlicher Regelungen und dem gesellschaftlichen Wandel nötig²³¹, die Erweiterung aufgrund des bereits beschriebenen institutionellen und demographischen Wandels²³².

Es handelt sich allerdings um ein Projekt, welches aus der Zusammenarbeit von zwei öffentlichen Bauträgern heraus entstanden ist: der Stadt Illnau-Effretikon und der Gemeinde Lindau. Das seit 1981 bestehende Pflegeheim befindet sich im Zentrum der Stadt. Ein offener Wettbewerb sollte 2003 einen Erweiterungsbauprojekt und die Sanierung des bestehenden Gebäudes voranbringen. Doch erst fünf Jahre danach fing der Bau des Erweiterungsgebäudes an. Er wurde 2011 fertiggestellt. Mit dem Umzug der Bewohner in den neuen Teil konnten 2011 auch endlich die Bauarbeiten am Bestand beginnen. Somit wurde ein stetiger betrieblicher Ablauf garantiert.²³³ Das Architekturbüro Zach + Zünd Architekten entwarf einen Erweiterungsbauprojekt, der einen fließenden Übergang vom Stadtzentrum in den angrenzenden Park brachte. Die großvolumige Gebäudestruktur der Stadtmitte wird dem kleinstädtischen Volumen hinter dem Park angepasst. Die Erweiterung fügt sich somit sehr gut in den bestehenden Grünzug und die städtische Struktur ein. Auch spielt der Entwurf mit der Dualität von Urbanität und Natur. Während der Bestandsbau sich komplett zum Zentrum hin orientiert, wird im Neubau Wert auf die Verbindung zur Natur gelegt. Ein großer bepflanzter Innenhof und der weitläufige Blick aus den Zimmern heraus, eröffnen eine helle und eindrucksvolle Wohnatmosphäre.²³⁴

Das Alters- und Pflegezentrum bietet unterschiedliche Wohnformen an. So gibt es eine Pflegeabteilung, Wohngruppen, das integrierte Wohnen für demenzkranke Menschen, eine Außenwohngruppe sowie zahlreiche temporäre Wohnangebote (z.B. Ferien- und Übergangspflege und Probewohnen). Durch den umfangreichen Neuaufbau und Umbau konnte die Gestaltung den gewandelten Bedürfnissen der Bewohner angepasst werden.

Der Altbau (Haus A) wurde so umgebaut, dass nun 78 Betten in Einzel- bzw. Doppelzimmern und 1,5-Zimmer-Wohnungen untergebracht sind. Die Zimmer zeichnen sich durch neue moderne Duscbäder mit Schiebetüren sowie nach Süden oder Westen ausgerichteten Balkonen aus. Des Weiteren gibt es eine separate Pflegeabteilung für 24 Bewohner. Diese Zimmer haben jedoch keine Balkone. Dennoch ist die Raumgröße von etwa 30m² (Einzel- wie Doppelzimmer) sehr komfortabel.²³⁵

In dem Neubau (Haus B/C) sind hingegen Wohngruppen verwirklicht worden. Das etwa achtförmige Gebäude bietet großzügige Gemeinschaftsbereiche, die mit großflächigen Fensterbändern und Loggien im Norden und Süden dem Innenraum einen speziellen Charakter verleihen. Die typische Gangerschließung der traditionellen Alten- und Pflegeheime wurde aufgelöst. Die gemeinschaftlich nutzbaren Flächen haben Wohncharakter und sind in unterschiedliche Bereiche aufgeteilt. So gibt es Küchen-, Wohn- und Essbereiche. Pro Etage sind 18 Zimmer in zwei Wohngruppen zu je neun Bewohnern aufgeteilt. Die einzelnen Zimmer verfügen über eine moderne



Abb. 59 | Gemeinschaftsküche



Abb. 60 | Gemeinschaftswohnbereich



Abb. 61 | Loggia



Abb. 62 | Zimmervariante Haus A mit offener Fenstergestaltung



Abb. 63 | Zimmervariante Haus A mit geschlossener Fenstergestaltung

236 | Vgl. Alterszentrum Bruggwiesen - Wohnformen (Haus B/C); vgl. swiss-architects - Projekt.

237 | Vgl. Alterszentrum Bruggwiesen - Zusätzliche Angebote; vgl. swiss-architects - Projekt.

238 | Vgl. swiss-architects - Projekt.

239 | Vgl. Alterszentrum Bruggwiesen - Wohnformen (Aussenwohngruppe).

Ausstattung und große Fensterflächen, die viel Licht und Wärme in die Räume bringen. Die Wohneinheiten sind nach Osten oder Westen orientiert. Treppenanlagen und Stationszimmer befinden sich zentral zwischen den beiden Wohngruppen, wodurch eine optimale Aufsicht gewährleistet wird. Weitere Besonderheiten liegen in der inneren und äußeren Farbgestaltung des Neubaus durch den Künstler Jean Pfaff und der Ausbildung von Terrassen über dem Erdgeschoss-Verbindungsbau, der zum Altbau führt. Die Terrassen sind dem Bewegungsdrang demenzkranker Bewohner angepasst und bieten einen adäquaten Außenraum. Sitzcken, Hochbeete und ein Kneippbecken gehen dabei auf die Bedürfnisse Demenzkranker ein.²³⁶

Das Alterszentrum bietet aber nicht nur Wohn- und Pflegeangebote. Auch zusätzliche Leistungen, wie ein Friseur, Fußpflege und Physiotherapieangebote stehen den Bewohnern zur Verfügung. Diese befinden sich alle in der Erdgeschosszone, die die Verbindung zwischen dem Bestand und der Erweiterung darstellt. Der gesamte Verbindungsbau dient als gemeinschaftliche Fläche, welche sich durch den großen Lichthof auszeichnet. Vom Eingang aus gelangt man direkt in das große helle Foyer, dessen Mittelpunkt der begrünte Hof ist. Von dort aus erschließen sich die Wohnhäuser, das Restaurant, sämtliche Zusatzleistungen und der Mehrzwecksaal. Das Restaurant, der Friseur, die Fußpflege und der große Bruggwiesensaal können auch von externen Gästen genutzt werden. Außerdem lässt das Restaurant den Bewohnern die Entscheidungsfreiheit, ob sie ihre Mahlzeiten dort oder in den Wohngruppen bzw. auf den eigenen Zimmern einnehmen. Der große Bruggwiesensaal kann allgemein für jegliche Art von Veranstaltungen und Festen gebucht werden. Er bietet Platz für bis zu 220 Personen. In Kombination mit der nahen Musikschule gibt es so außerdem die Möglichkeit für Konzerte im Foyer und dem Mehrzwecksaal.²³⁷

Die Musikschule wurde von den Architekten in dem Konzept des Erweiterungsbaus integriert. Ursprünglich sollte sie zwischen dem Stadtgarten und dem Alterszentrum entstehen. Zugunsten eines größeren Grünflächenangebotes entschieden sich die Planer, sie in dem Untergeschoss des Neubaus zu konzipieren. Ein separater Eingang und die Kellerlage ermöglichen eine uneingeschränkte Nutzung der Musikschule.²³⁸

Ein weiteres Wohnangebot bietet das Alterszentrum mit einer ausgelagerten Wohngruppe etwas weiter nördlich in der Stadt. Dieses Wohnangebot ist mit dem Konzept der Wohngemeinschaft vergleichbar. In einer großzügigen Wohnung können bis zu acht Personen leben, denen eine dauerhafte professionelle Betreuung und Pflege zur Verfügung steht. Das gemeinschaftliche Wohnen wird durch gemeinsame Mahlzeiten in der Küche gestärkt. Ein familiäres Umfeld für die Bewohner wurde dadurch geschaffen.²³⁹

Das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen in Effretikon zeigt eine anfängliche moderne Denkweise in Bezug auf Innovationen beim Bau von Alten- und Pflegeheimen. Die Außenwohnanlage, die in direkter Zusammenarbeit mit dem Alterszentrum steht, ist ein erster Schritt zur Integration und Einbringung von alternativen Wohn-



Abb. 64 | Foyer



Abb. 65 | Restaurant



Abb. 66 | Bruggwiesensaal

240 | Siehe Kapitel 5.1.

modellen in die Heimpflege. Einer reinen Monofunktionalität, wie sie in traditionellen Alten- und Pflegeheimen und oftmals auch bei privatisierten Heimen (z.B. beim Seniorenzentrum St. Michael in Berlin²⁴⁰) zu finden ist, wird durch die Verbindung mit der Musikschule, anderen öffentlich zugänglichen Dienstleistungen und Räumlichkeiten entgegengewirkt. Auch in Bezug auf die Ausstattung der Zimmer mit angrenzender Loggia im Haus A sind Parallelen zu dem Geriatriekonzept des Wiener Krankenanstaltenverbundes erkennbar.



Übersichtskarte der Schweiz



Kanton St. Gallen



Abb. 67 | Diepoldsau

241 | Vgl. Diepoldsau - Gemeinde mit Zukunft.

7. Entwurf

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit einer Entwurfsaufgabe, die von der St. Gallerer ERR Raumplaner AG im September 2015 in Auftrag gegeben wurde. Es handelt sich dabei um einen nicht-anonymen Projektstudienauftrag, in dem der Vorschlag für einen Erweiterungsbau des bestehenden Alters- und Pflegezentrums Rheinauen in Diepoldsau gesucht wird.

Diepoldsau ist eine politische Gemeinde im ostschweizerischen Kanton St. Gallen. Sie befindet sich direkt an der Landesgrenze zu Österreich, welche durch den Alt-Rhein im Osten beschrieben wird. Die Umlegung und Begrädnung des Alt-Rheins 1923 im Westen von Diepoldsau führte zu einer Art „Inselstellung“ der Stadt. Dadurch entstand diese besondere Lage der Gemeinde, die mittlerweile 6.200 Einwohner zählt. Ihnen werden nicht nur das *Naherholungsgebiet Alter Rhein*, sondern auch zeitgemäße Bildungs-, Freizeit-, Verwaltungs- und Infrastruktureinrichtungen geboten. Zahlreiche Kulturangebote, das Engagement für eine nachhaltige Lebensweise und Politik, das Naturstrandbad und viele weitere Sportanlagen und Vitalparcours lassen die Stadt ein stetiges Bevölkerungswachstum durch Jung und Alt verzeichnen. Die zunehmende Einwohnerzahl zeigt allerdings schon Ansätze eines folgenden demographischen Wandels. Der Anteil der alten Bewohner nimmt stetig zu, während zu wenig junge folgen. In Bezug auf das Alters- und Pflegezentrum ergeben sich schon heute Engpässe an verfügbaren Pflegeplätzen. Mittel- und langfristig gesehen wird sich diese Tendenz noch verstärken.²⁴¹

Die Wettbewerbsidee über einen neuen Erweiterungsbau des Pflegezentrums reagiert somit auf den Bedarf durch aktuelle und künftige demographische Entwicklungen der Bewohnerstruktur in der Gemeinde. Gefordert ist der Ausbau der bestehenden 43 Pflegeplätze auf insgesamt 90. Hinzukommen sollen Wohneinheiten für betreutes Wohnen, eine Demenzabteilung und sonstige Einrichtungen, wie Coiffeur, Cafeteria, eine Ludothek und Kindereinrichtung. Durch Öffnung für externe Besucher soll das Zentrum mehr in die Stadt integriert und das Miteinander in der Gemeinde gestärkt werden.

Das Projektgebiet befindet sich ein wenig außerhalb des Stadtzentrums von Diepoldsau in der Heimstrasse. Die Distanz zum Zentrum mit Einkaufs- und öffentlichen Einrichtungen beträgt etwa 1km. Öffentliche Verkehrsmittel bieten jedoch eine gute Anbindung in Richtung Stadtzentrum und die umliegenden Gemeinden und Städte. Im Zuge der Umgestaltung des Alters- und Pflegezentrums wird zudem noch eine neue Bushaltestelle am Hauptzugang in der Heimstrasse geplant.

Das bestehende Pflegeheim befindet sich auf einem rund 6.900m² großen Grundstück, welches im Norden durch einen Werkhof der Gemeinde und im Osten durch ein Grundstück der Golf-Driving-Range begrenzt wird.

Im Westen erstreckt sich eine typische Ein- und Mehrfamilienhausstruktur. Eine etwa 12.000m² große landwirtschaftlich genutzte Freifläche im Süden kann für den Erweiterungsbau genutzt werden. Sie bietet sich auch aufgrund der Nähe zum bestehenden Alters- und Pflegezentrum als geeignetes Grundstück an. Die Kombination aus Alt- und Neubau kann somit optimale betriebliche Abläufe und einen finanziell selbsttragenden Betrieb gewährleisten. Außerdem sind auf dem Areal großvolumige Bauten, in denen ausreichend Platz für neue Konzepte ist, möglich. Alternative Standorte, z.B. im Stadtzentrum von Diepoldsau, bieten zwar die oftmals gewünschte Nähe zum Zentrum, sind in diesem Fall aber im betrieblichen, wirtschaftlichen und städtebaulichen Kontext betrachtet, schwer umsetzbar.

Der erste Teil vom Alters- und Pflegezentrum Rheinauen wurde bereits 1958 erbaut. Dieser heutige Westflügel wurde in den 1980er Jahren durch einen Ostflügel und Mitteltrakt erweitert. 1998 und 2006 wurden die bisher letzten Erweiterungen am Mittelteil beendet. Aufgrund des relativ jungen Alters soll das bestehende Gebäude mit einigen Sanierungseingriffen den aktuellen Standards angepasst werden und in Kombination mit dem Neubau einen integrativen und gemeinschaftlichen Treffpunkt in Diepoldsau bilden.

Basierend auf den Resultaten der vorhergehenden Ausführungen, in denen positive wie auch negative Erkenntnisse herausgefiltert wurden, und den Vorgaben des Studienauftrages *Erweiterung Zentrum Rheinauen in Diepoldsau SG*, den die ERR Raumplaner AG in St. Gallen initiierte, wurde der nachfolgende Entwurf aufgebaut.



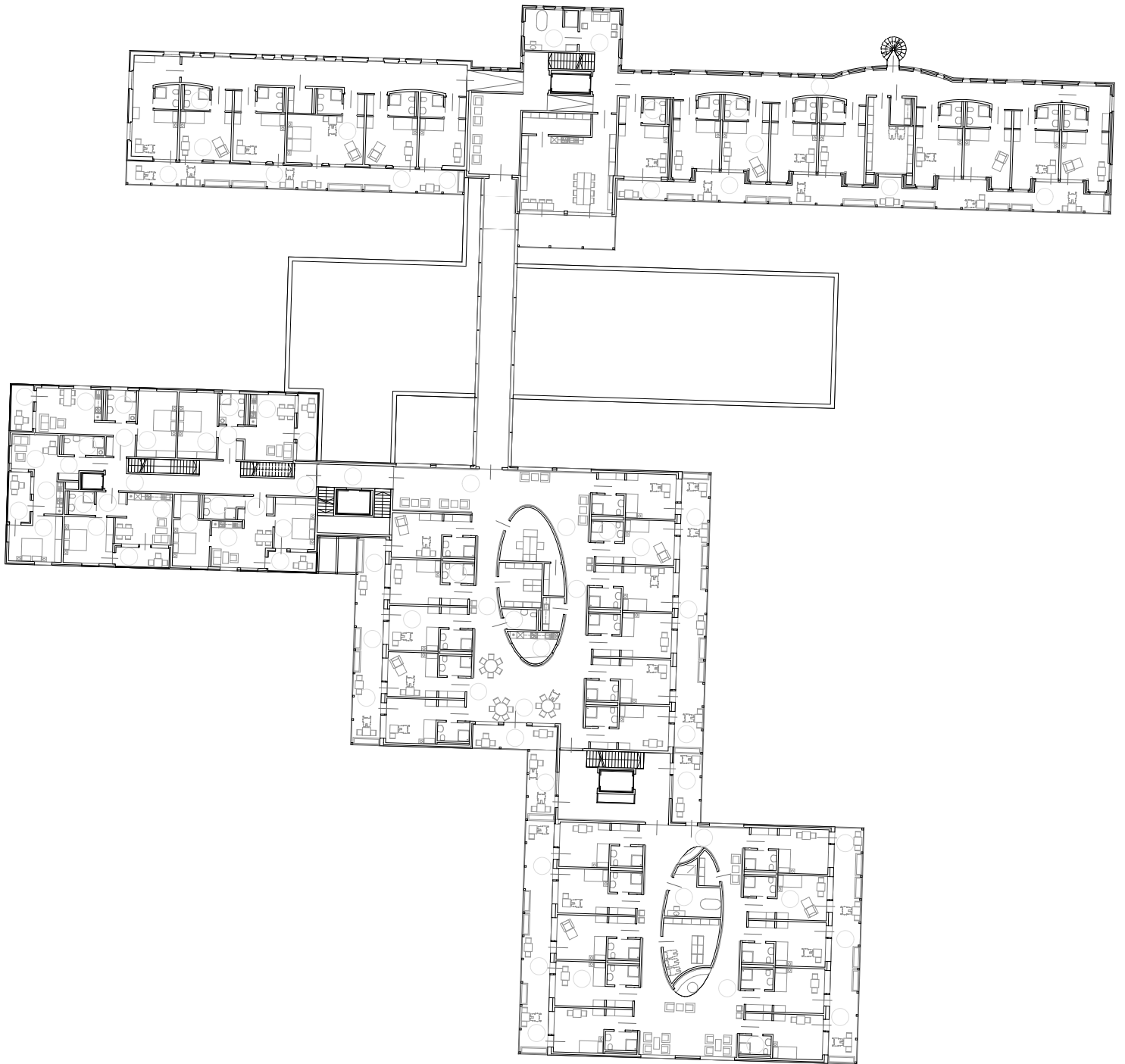


Das Gesamtkonzept

Das neue Gesamtkonzept des Zentrums Rheinauen orientiert sich nach Süden und somit näher an das Stadtzentrum heran. Auf der bislang landwirtschaftlich genutzten Freifläche entstehen nicht nur der Neubau mit zusätzlichen Pflege- und Wohneinheiten, sondern auch Bewohnergärten und die neue Haupteinfahrt. Bisher wurde das Alters- und Pflegeheim von der Nordseite her erschlossen. Die Umstrukturierung der Erschließung öffnet den gesamten Gebäudekomplex zur Stadt hin. Von Süden her kommend wird dem neuen Zentrum eine klare Struktur durch eine straßenseitige Baumallee gegeben. Diese öffnet sich nur für die neue Zufahrt für den motorisierten Individualverkehr auf das Gelände und den Hauptzugang der Fußgänger. Zwischen der Einfahrt und dem Zugang ist zentral die neue Bushaltestelle gelegen. Somit wird nicht nur den Bewohnern, sondern auch den Besuchern eine direkte Anbindung an das gut ausgebaute öffentliche Verkehrsnetz der Stadt und Region geboten. Für Mitarbeiter und Bewohner des betreuten Wohnens stehen im Untergeschoss Autostellplätze zur Verfügung. Diese können direkt durch die neue Zufahrt erreicht werden. Ebenso werden neue Besucherstellplätze



Lageplan

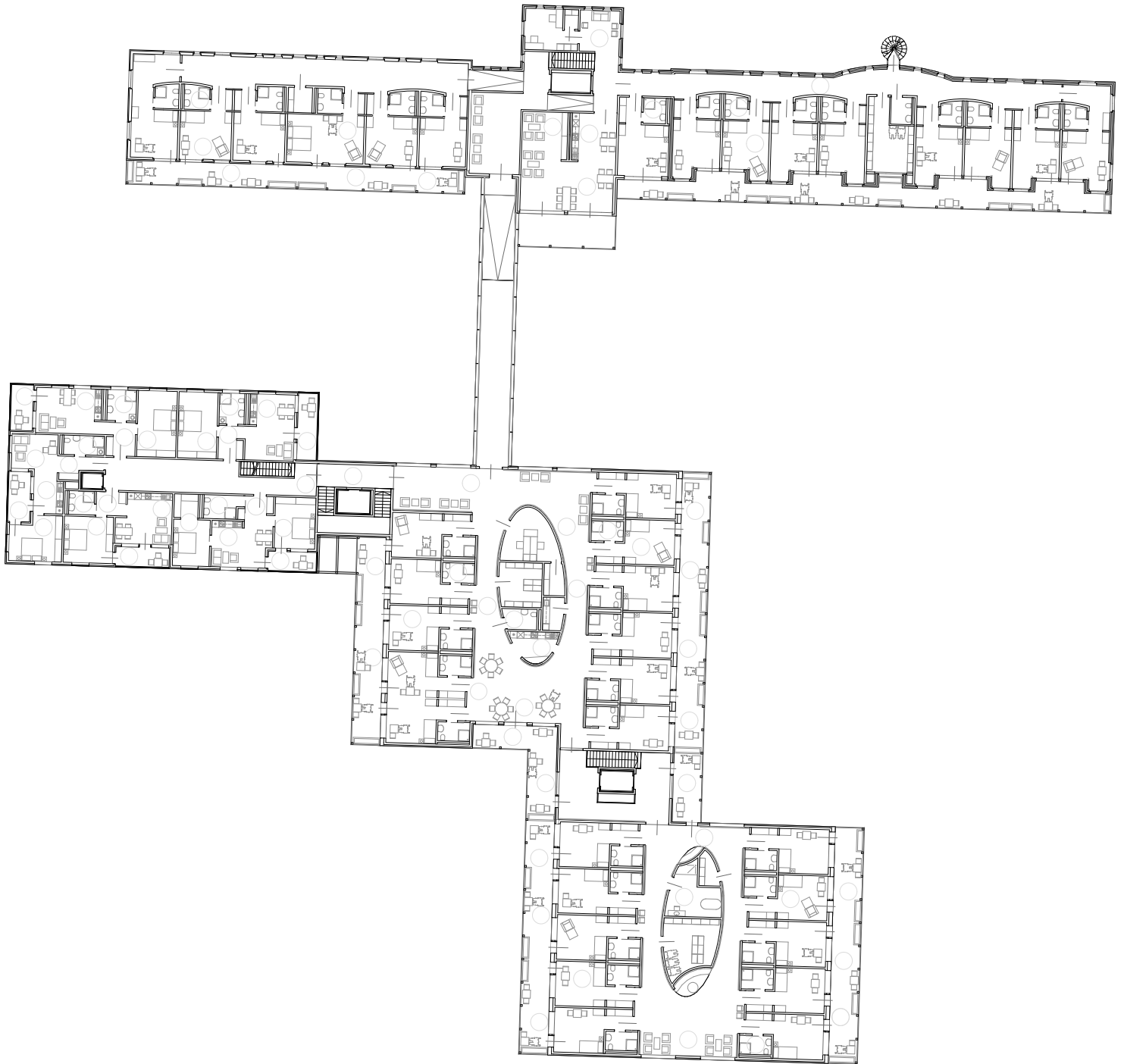


Grundriss 1. OG | M 1:500

vor dem westlichen Kubus des Neubaus entstehen. Eine großzügige Wendeschleife vor dem überdachten Hauptzugang ermöglicht auch Taxen und Krankentransporten eine gesicherte Zufahrt. Die Erschließung für den motorisierten Individualverkehr wird somit konzentriert an einer Zufahrt von der Heimstrasse gebündelt. Die bereits bestehenden Stellplätze und die ehemalige Zufahrt etwas nördlich entlang der Heimstrasse bleiben für Mitarbeiter und den Werkhof der Gemeinde bestehen.

Der neue Gebäudekomplex wird aus drei dreigeschossigen Kuben gebildet, welche an Eckpunkten miteinander verbunden sind. Diese Verknüpfungen dienen als zentrale Erschließungszonen. Die Verbindung zwischen dem Bestandsgebäude und dem Neubau wird durch einen eingeschobenen eingeschossigen Eingangsbau im Erdgeschoss und einen gläsernen Verbindungsgang in den Obergeschossen definiert. Aber auch die Fassade zeigt die Zusammengehörigkeit von Alt- und Neubau. Die zwei östlichen Kuben des Neubaus, welche die nach Ost und West orientierten Pflegezimmer beherbergen, und die Südfassade des Bestandes sind mit vorgesetzten, durchgängigen Balkonen versehen. Durch Begrünung der Stützen und den zimmereigenen Pflanzbeeten entsteht eine grüne Fassade, die Natürlichkeit symbolisiert und die Zusammengehörigkeit der Gebäude sichtbar macht. Der westliche Kubus des Betreuten Wohnens dagegen ist nach allen Seiten hin orientiert, weswegen individuell ausgerichtete Loggien die Fassade definieren.

Nicht nur die Neuorientierung des Komplexes nach Süden, sondern auch das Zurücksetzen des gläsernen Eingangsbaus ist eine Geste der Öffnung zur Stadt. Diese wird durch eine zentrale Baumallee, welche durch Sitzplätze an Pflanz-

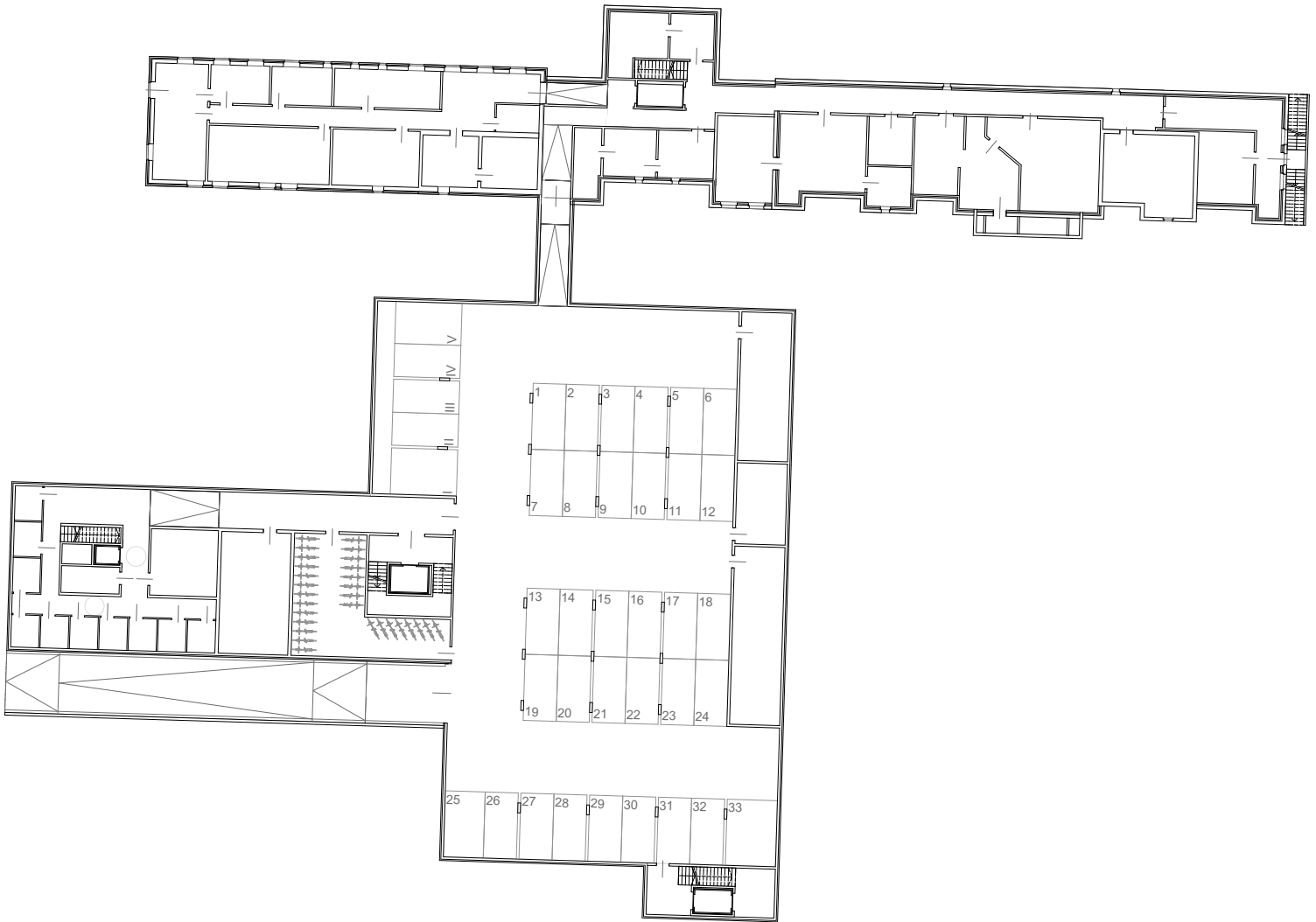


Grundriss 2. OG | M 1:500

beeten gekennzeichnet ist, definiert. Auch die Erschließung über den Arkadengang, vorbei am Coiffeur und der Ludothek, die sich im Erdgeschoss des westlichen Kubus befinden, bringt eine Stringenz und Spannung in den Vorplatz, der so zu einem öffentlich nutzbaren und kommunikativen Raum wird.

Der Eintritt in die gläserne Eingangshalle eröffnet dem Besucher und Bewohner einen offenen Gemeinschaftsbereich, in dem sich ruhige Sitzecken, die Cafeteria und der freie Übergang zur Ludothek befinden. In Kombination mit der Kindereinrichtung im hinteren östlichen Teil der Halle entsteht zusätzlich eine belebte Durchmischung von Jung und Alt, welche kennzeichnend für das neue Zentrum Rheinauen ist. Von dem Foyer aus können die Pflegebereiche und das Betreute Wohnen in den Obergeschossen oder die Arztpraxis und weitere Zusatzräume für die Bewohner im Erdgeschoss des Bestandsbaus bzw. der Speisesaal und die Abteilung für Demenzkranke im Erdgeschoss der östlichen Kuben erreicht werden. Aber auch die Außenanlagen auf der Ostseite des Komplexes sind über den Wintergarten vom Foyer aus erreichbar. Der gesamte hintere Außenbereich ist ebenfalls in drei Teile untergliedert. Der nördliche Teil steht der Kindertagesstätte zur Verfügung. Eine große Sandfläche, ein Spielhügel, Spielhäuser, ein Wasserspiel und Lerngarten fördern die Kreativität und Gemeinschaft der Kinder. Im Süden schließt sich der Bewohnergarten an, der u.a. den Rundgang um den gesamten Gebäudekomplex ermöglicht. Ein abgeschlossener Demenzgarten umschließt zweiseitig den südlichsten Kubus des Neubaus.

Nicht nur aus funktionellen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen sind das 1. und 2. Obergeschoss nach einer gleichen Grundstruktur konzipiert. Sie beherbergen die



Pflegeabteilungen und das Betreute Wohnen. Im Bestand wird je Obergeschoss eine Wohngruppe gebildet. Beide Geschosse zusammen ergeben eine große Pflegeabteilung. Diese ist durch den gläsernen Verbindungsgang mit dem Neubau verbunden. In dessen zwei östlichen Kuben befinden sich jeweils zwei Wohngruppen, welche zusammen eine Pflegeabteilung bilden. In dem westlichen Kubus sind die betreuten Wohneinheiten. Die direkte Verbindung zu den zentralen Erschließungszonen und dadurch zu den Pflegeabteilungen ermöglicht eine 24-Stunden-Unterstützung und Pflege der Bewohner.

Neben den Obergeschossen ist auch das Kellergeschoss an alle Erschließungszonen angegliedert. Im Untergeschoss des Bestandsbaus werden die vorhandenen Lagerräume neu strukturiert und teilweise in neu entstehende Kellerräume umgelagert. Im Westflügel werden Lagerräume für Betreuung, Pflege und Dekomaterialien sein, wie auch Büro- und Werkstatt Räume für den Hauswart. Diese Räume bieten sich aufgrund der natürlichen Belichtung für diese Zwecke an. Im Mittelteil werden Lagerräume für Wäsche sein, die sich unweit der angrenzenden Wäscherei im westlichen Teil des Ostflügels befinden. Des Weiteren gibt es dort einen Schutzraum und sämtliche Technikräume, sowie das Lager für Gartengeräte mit direktem Zugang in den Außenbereich. Unter dem westlichen Kubus des Neubaus wird je betreuter Wohneinheit ein separater Abstellraum zur Verfügung stehen, wie auch ein weiterer Schutz- und Technikraum. Die übrige Fläche des Untergeschosses steht den Mitarbeitern und Bewohnern als Stellfläche für die Fahrzeuge, Mofas und Velos zur Verfügung. Entlang der Ostwand sind noch Effektenräume und das Lager für die Ludothek zu finden.



Ansicht Ost | M 1:500



Ansicht West | M 1:500





Einfahrt



Ansicht Nord | M 1:500

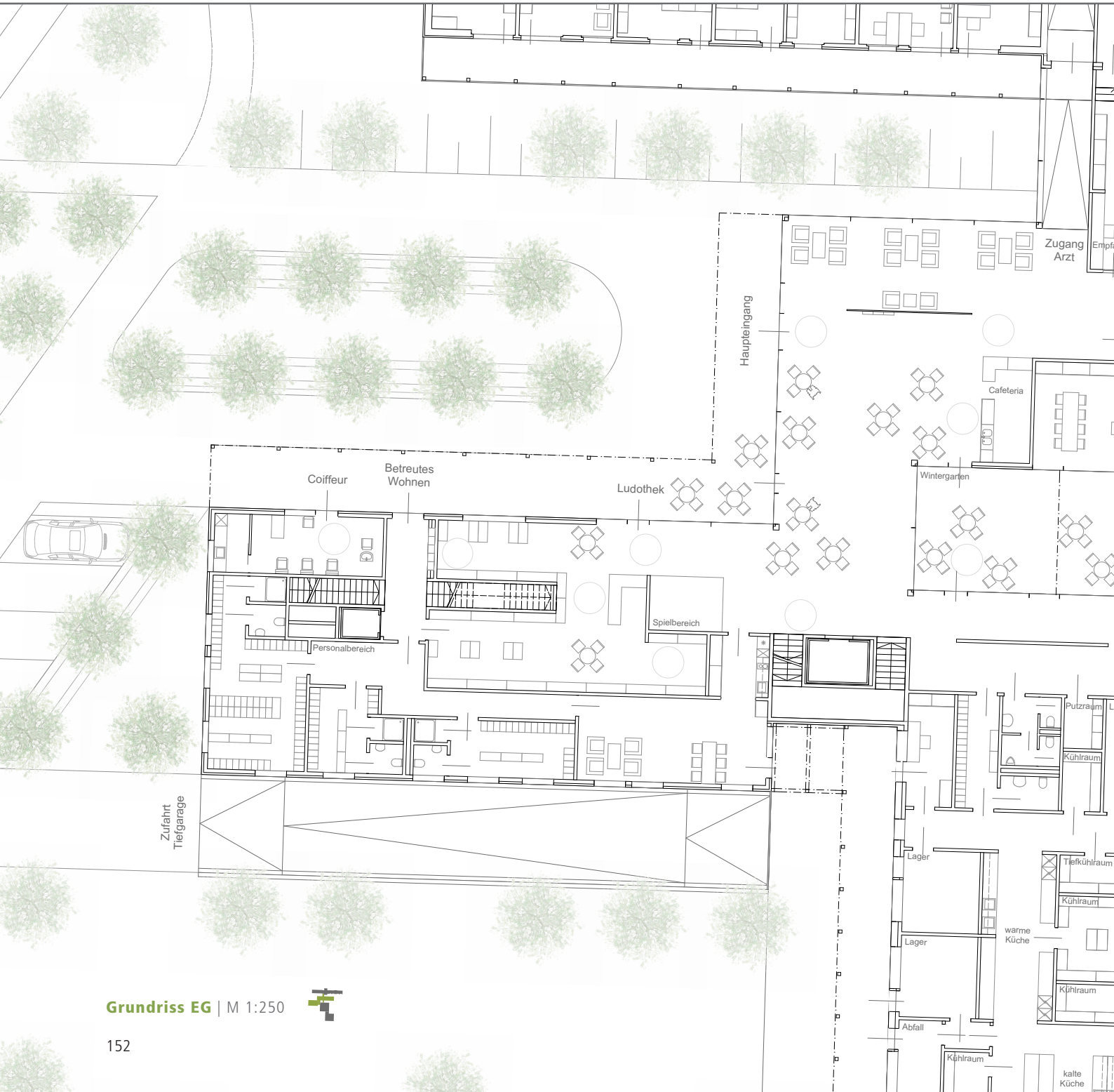


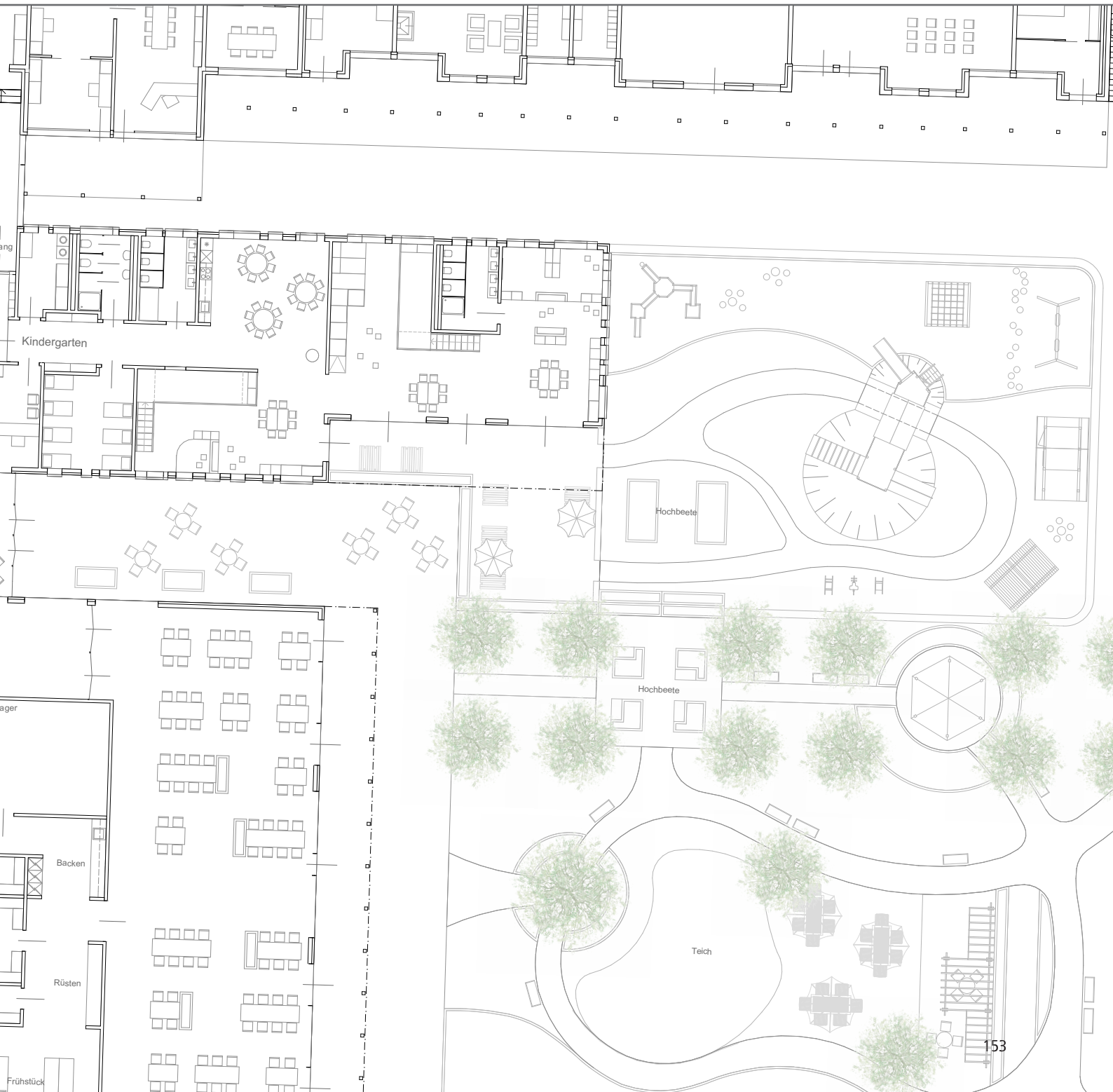
Ansicht Süd | M 1:500





Haupteingang



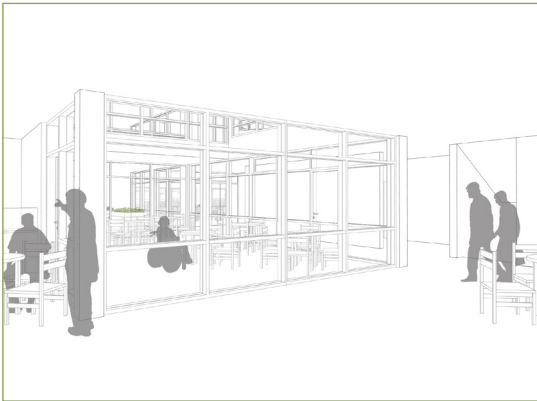




Foyer



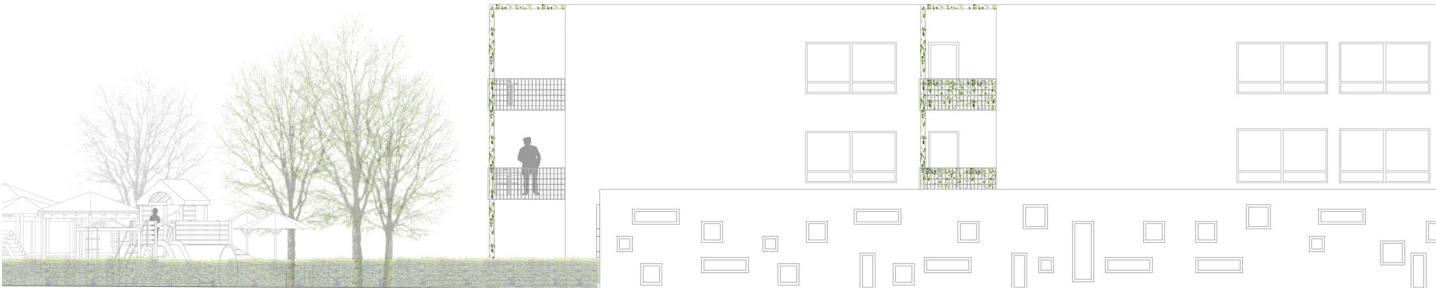
Foyer | Blick in Ludothek



Foyer | Blick zum Wintergarten



Ludothek



Der Eingang

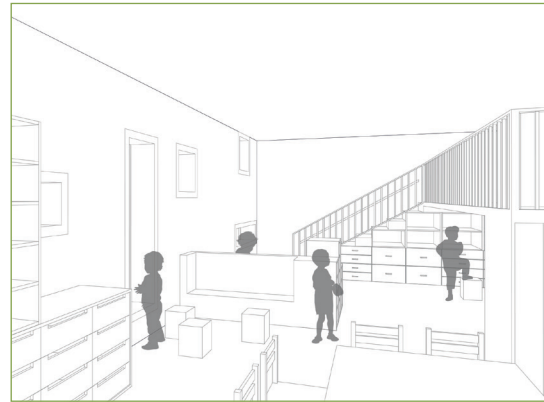
Der Zugang in die Eingangshalle erfolgt über die zentrale Baumallee oder den Arkadengang entlang des westlichen Kubus' des Neubaus. Das Foyer selbst hat ein offenes Raumkonzept, welches nicht nur Bewohnern und ihren Besuchern, sondern auch externen Gästen einen einladenden Eindruck vermittelt. Eine Informationswand direkt am Eingang hilft Orientierung im Gebäude und Mitteilungen zu erhalten. Hinter der halbhohe Wand eröffnet sich ein leicht abgeschirmter ruhiger Sitzbereich, der zum Verweilen einlädt. Rechts vom Eingang erstreckt sich ein großzügiger Bereich der Cafeteria, welcher zusätzliche überdachte Sitzplätze im Wintergarten und auf der Terrasse vor dem Eingang bietet. Ebenfalls hat die Cafeteria einen direkten Übergang in die Ludothek, sodass gemeinsam gespielt und gegessen werden kann. Auch die Anbindung an die Kindertagesstätte im hinteren Teil der Eingangshalle trägt zu einem munteren Zusammenspiel von Jung und Alt bei. Die Kinder beleben zusätzlich den großzügigen Empfangsbereich mit angrenzender Ludothek. Somit wird das Foyer ein Ort der Begegnung und Kommunikation, der Gemeinschaft und Abwechslung, von Durchgang, Empfang und Offenheit. Von dort werden auch alle weiteren Räumlichkeiten erschlossen, ob die Arztpraxis oder Bibliothek im Bestandsgebäude, der Speisesaal, die Pflegeabteilungen oder Personalräume im Neubau.

Die Kindertagesstätte bietet Platz für etwa 24 Kinder. Nach dem allgemeinen Garderobenbereich und der Küche eröffnen sich drei Gruppenbereiche, die mit Spielepodesten und -nischen ausgestattet sind. Der offene Gemeinschaftsbereich vor den Räumen geht in die teils überdeckte Terrasse über. Der anschließend großzügige Spielplatz mit Spielhügel, Wasserspiel und Klettergerüsten hat zusätzlich noch einen Hochbeet- und Lerngarten, der Sichtbeziehungen zum Garten des Alterszentrums zulässt. Somit ist auch hier wieder eine Verbindung der Generationen möglich.





Kindergarten | Eingang



Kindergarten | Gruppe 1

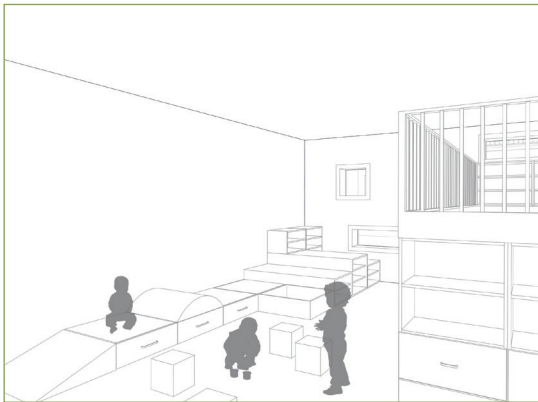


Kindergarten | Küche

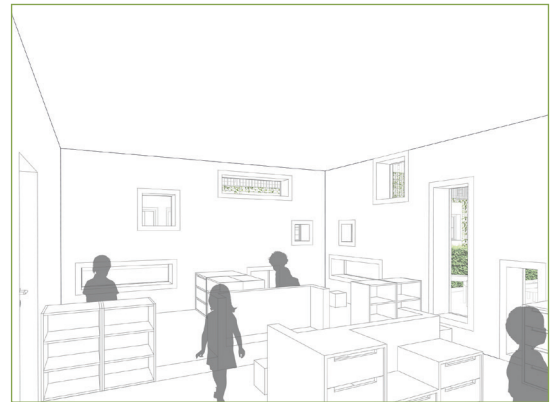


Kindergarten | Gruppe 1





Kindergarten | Gruppe 2



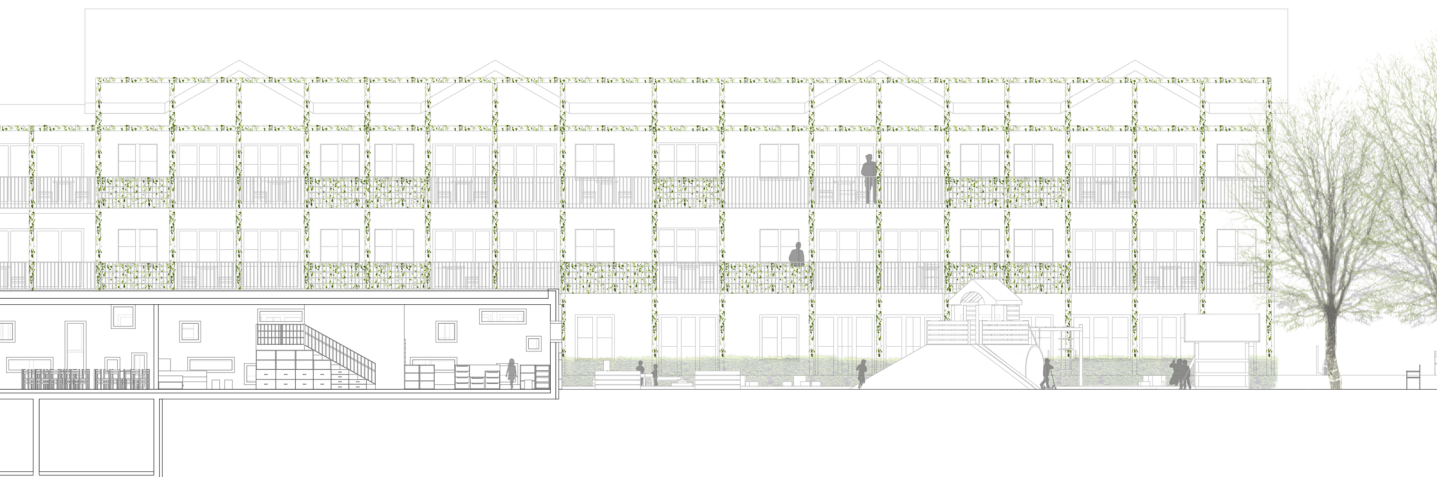
Kindergarten | Gruppe 3

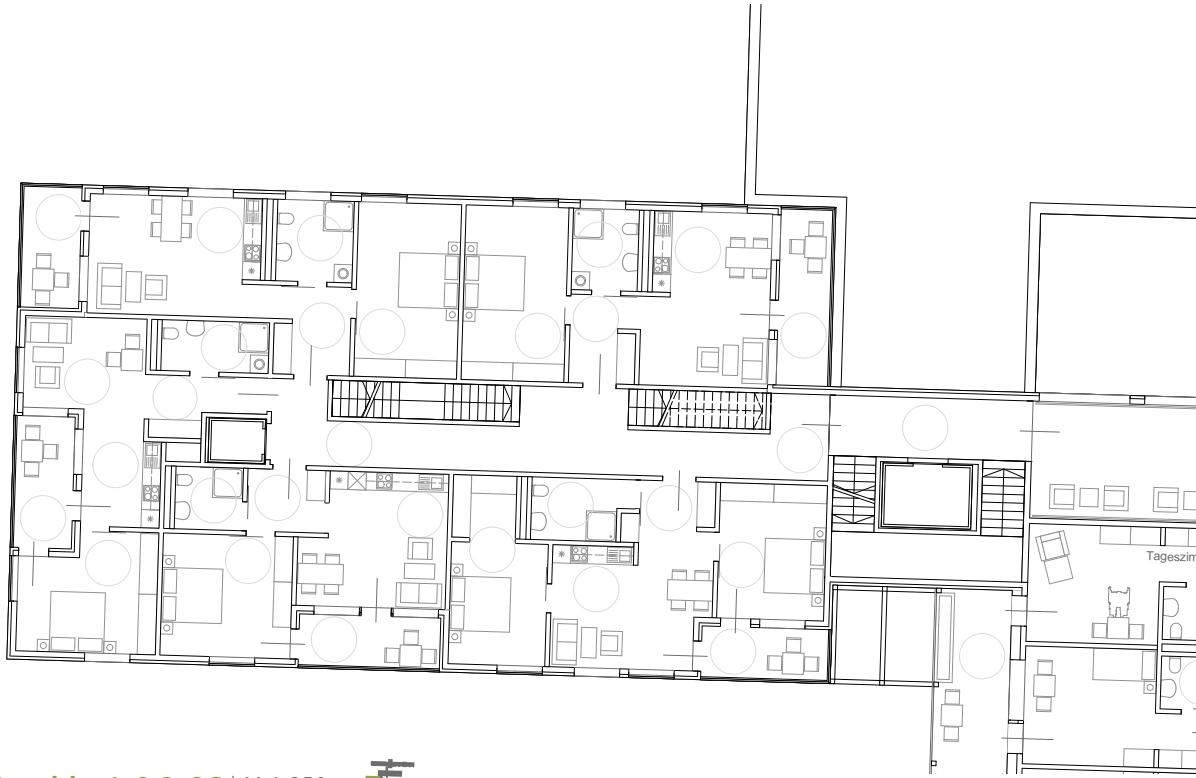


Kindergarten | Gemeinschaft



Kindergarten | Kinder-Bad





Grundriss 1. & 2. OG | M 1:250



Schnitt 3-3 | M 1:250

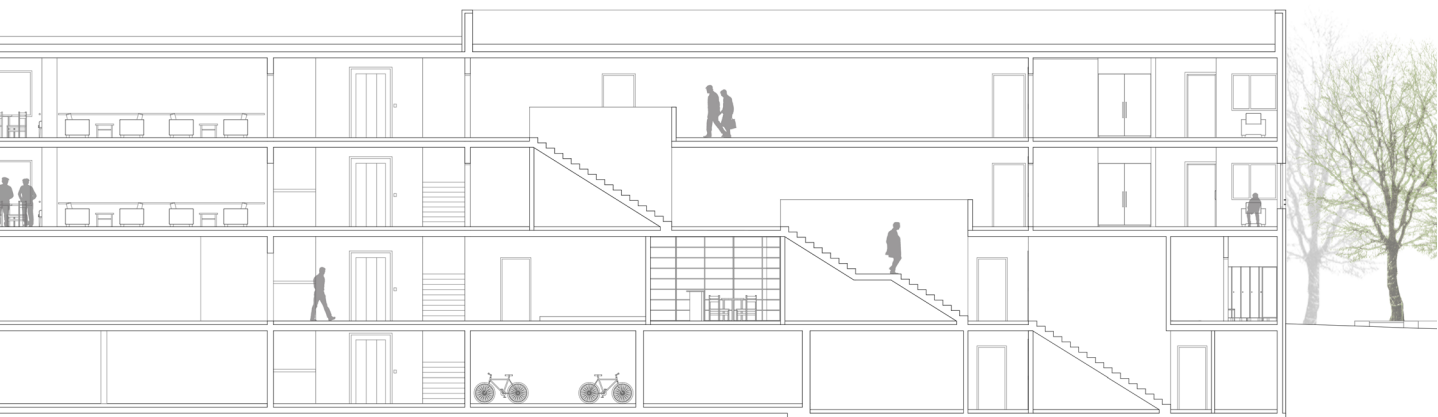


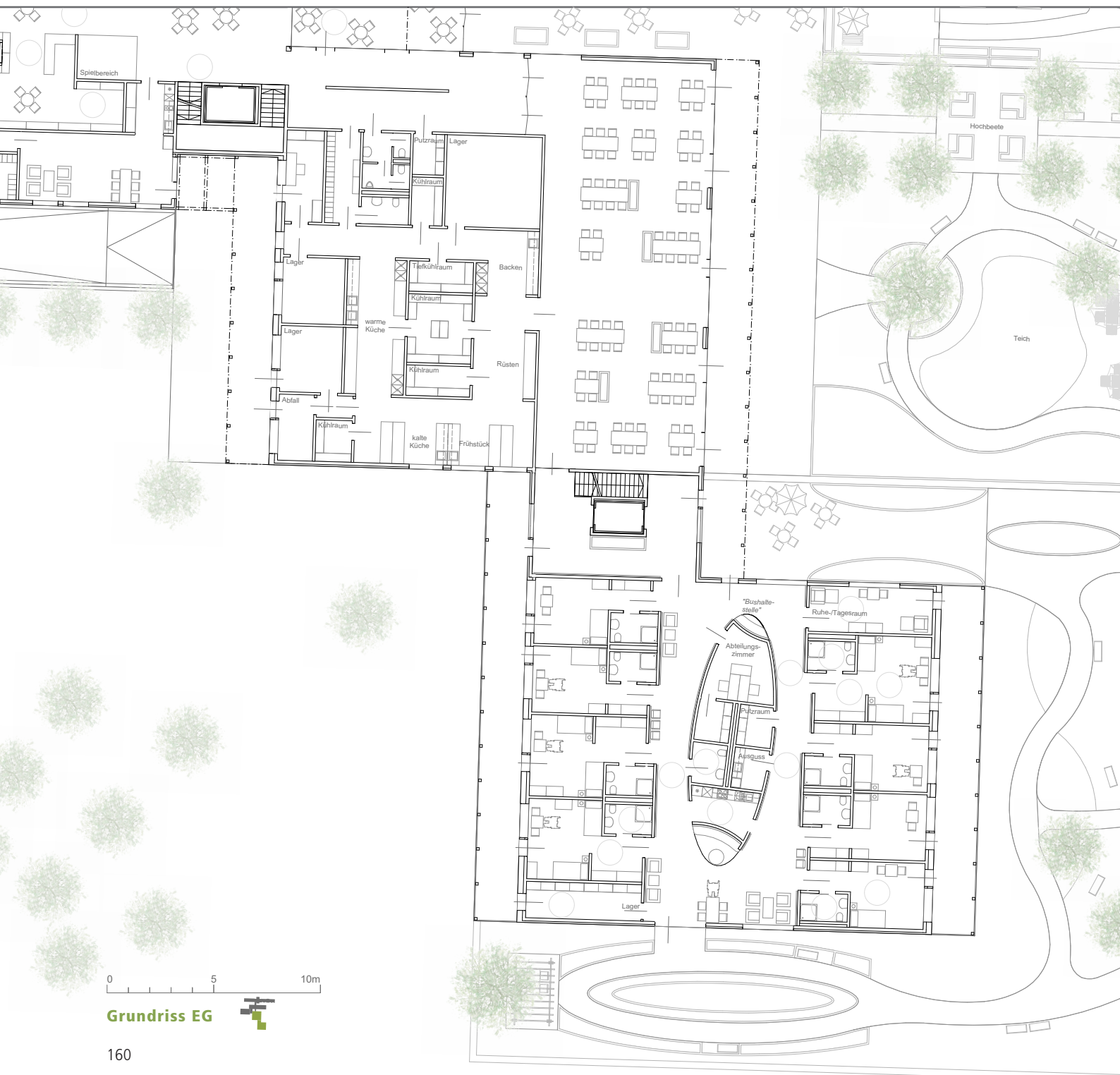
Das Betreute Wohnen

Der Arkadengang bietet nicht nur einen gedeckten Zugang zum Haupteingang und zum Coiffeur, sondern auch den Zugang zu dem separaten Hauseingang des Betreuten Wohnens. Den Bewohnern ist dadurch eine höhere Eigenständigkeit und Selbstbestimmung gegeben. Ein eigener Treppenaufgang und Aufzug ermöglichen die Erschließung der insgesamt zehn Wohnungen in den beiden Obergeschossen.

Es gibt jeweils vier 2-Zimmer- und eine 3-Zimmer-Wohnung pro Etage. Des Weiteren stehen den Bewohnern fünf Stellplätze in der Einstellhalle zur Verfügung. Alle Wohnungen sind barrierefrei geplant und besitzen eine eigene Loggia und ein Kellerabteil. Die 2-Zimmer-Wohnungen sind ca. 60m² groß und verfügen über ein Duschbad, einen Schlafraum und einen kombinierten Koch- und Wohnbereich. Die 3-Zimmer-Wohnungen haben zusätzlich noch ein zweites Schlafzimmer. Große Fenster ermöglichen zudem eine ausreichende Belichtung und Belüftung der Wohnungen, welche meist zu zwei Seiten orientiert sind. Lediglich eine 2-Zimmer-Wohnung hat eine reine Süd-Orientierung. Eingeschobene Loggien bieten nicht nur eine unterschiedliche Fassadengestaltung im Vergleich zu den Pflegegeschossen und dem Bestand, sondern dienen den Bewohnern auch als ganzjährig nutzbarer Außenbereich an der eigenen Wohnung. Das gibt ihnen wiederum die Möglichkeit für eine selbstständigere Lebensweise.

Dennoch ist die direkte Anbindung an die Pflegeabteilungen im Neubau gegeben, wodurch eine eventuelle 24-Stunden-Betreuung der Bewohner garantiert werden kann. Durch die direkte Verbindung mit dem Alterszentrum stehen dessen zusätzliche Angebote und Räumlichkeiten den Bewohnern auch jederzeit zur Verfügung.



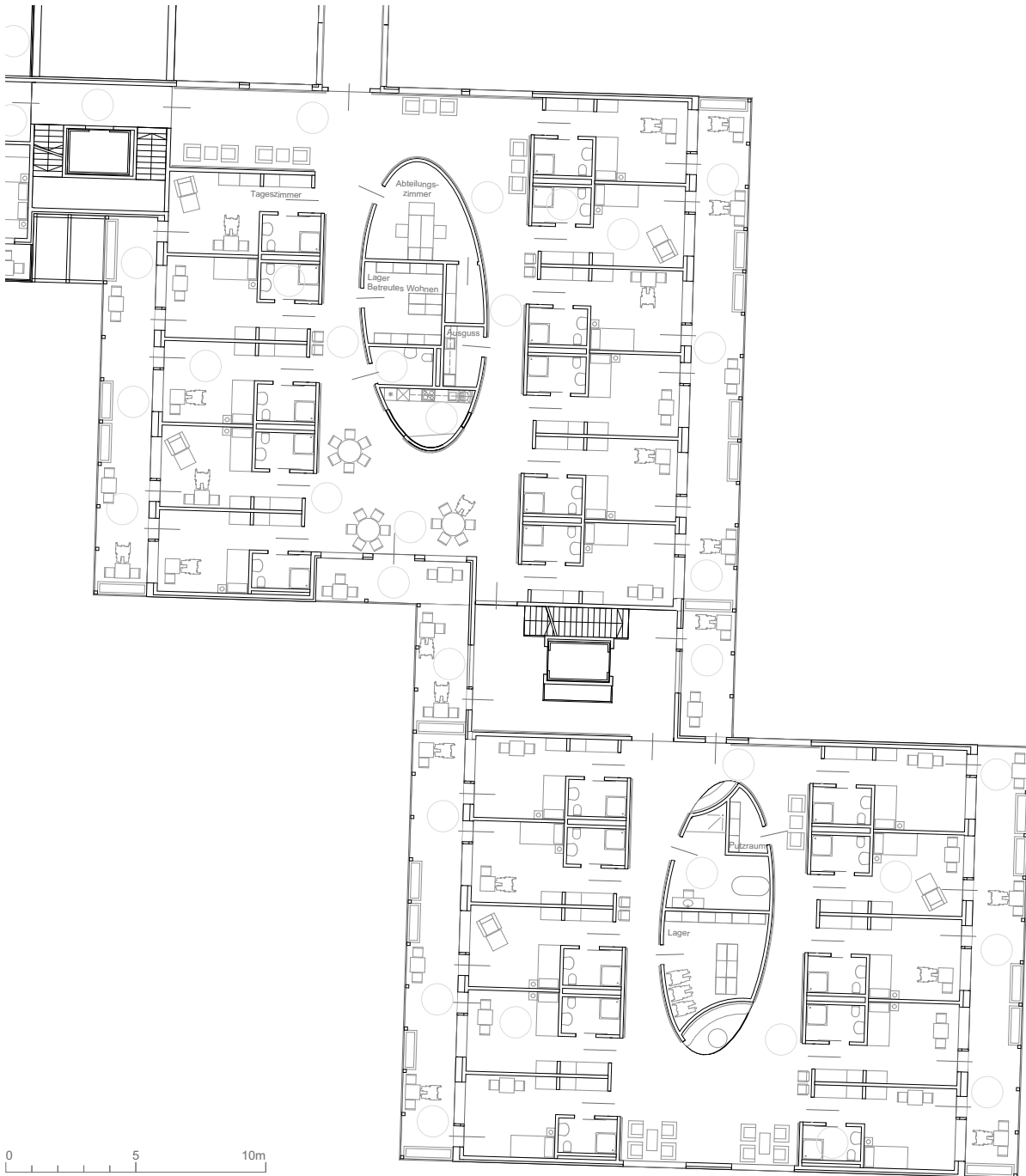




Die Pflegeabteilungen im Neubau

In den zwei östlichen Kuben des Neubaus befinden sich das großzügige Restaurant und die Abteilung für demente Personen im Erdgeschoss. Das Restaurant bietet mit seiner Glasfront einen direkten Blick und Zugang auf den dahinterliegenden Gartenbereich, welcher mit Rundwegen, Hochbeeten, einem Rosenpavillon, dem angrenzenden Ziegengehege und einer Sommerterrasse mit vorliegendem Weiher zum Verweilen einlädt. Die Demenzabteilung ist ähnlich wie die darüber liegenden Pflegebereiche mit einheitlichen, nach Ost oder West orientierten Zimmergrundrissen gestaltet. Die Zimmer bieten den Bewohnern ausreichend große Sanitär- und Wohnbereiche und eine Terrasse. Eine leicht gedrehte ovale Struktur im Zentrum beherbergt Lager- und Putzräume, wie auch das Abteilungszimmer des Personals und die Bewohnerküche. Umlaufende Fensterbänder garantieren auch dort ausreichend natürliches Licht. Des Weiteren bilden sie durch Einschnitte Sitznischen aus, welche Geborgenheit und Aufenthaltsqualität schaffen. Das Zusammenspiel aus konvexen und konkaven Grundformen definiert so den Gemeinschafts- und Erschließungsbereich der Abteilung, der auch dem Bewegungsdrang der dementen Personen zu Gute kommt. Der anschließende Garten wird ebenfalls den Bedürfnisse der Demenzkranken angepasst. So gibt es keine Sackgassen, sondern nur Rundwege, auf denen die verschiedenen Sinne der Bewohner angesprochen werden, z.B. durch Duftgärten, wechselnde Bodenbeläge, ein Wasserspiel und den Bezug zu Tieren.

In den Obergeschossen befindet sich jeweils eine Pflegeabteilung, bestehend aus zwei Wohngruppen. Die Zimmer haben ebenfalls eine Ost- bzw. West-Ausrichtung. Die Zimmergrundrisse sind durch eine klare Struktur und Ordnung gekennzeichnet und einfach gehalten. Sie bieten dennoch



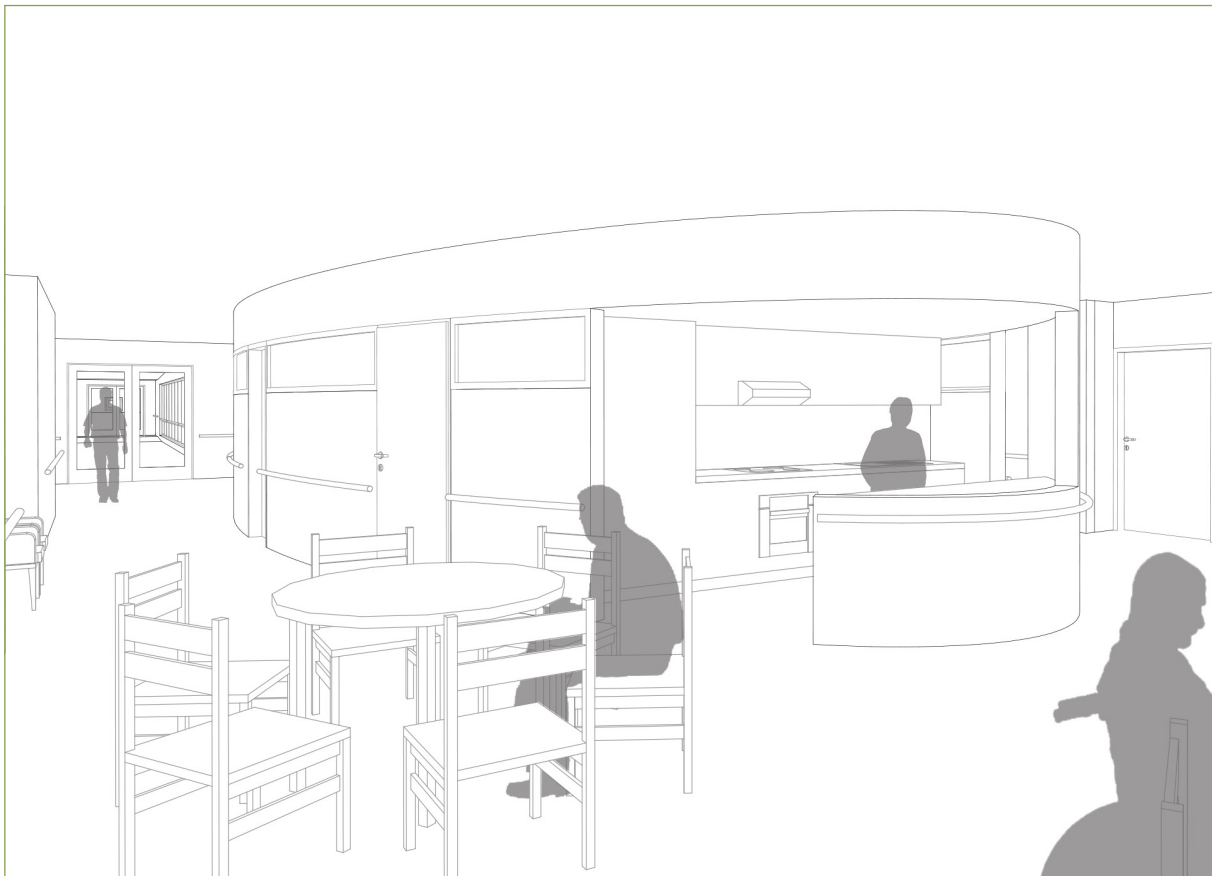
Grundriss 1. OG



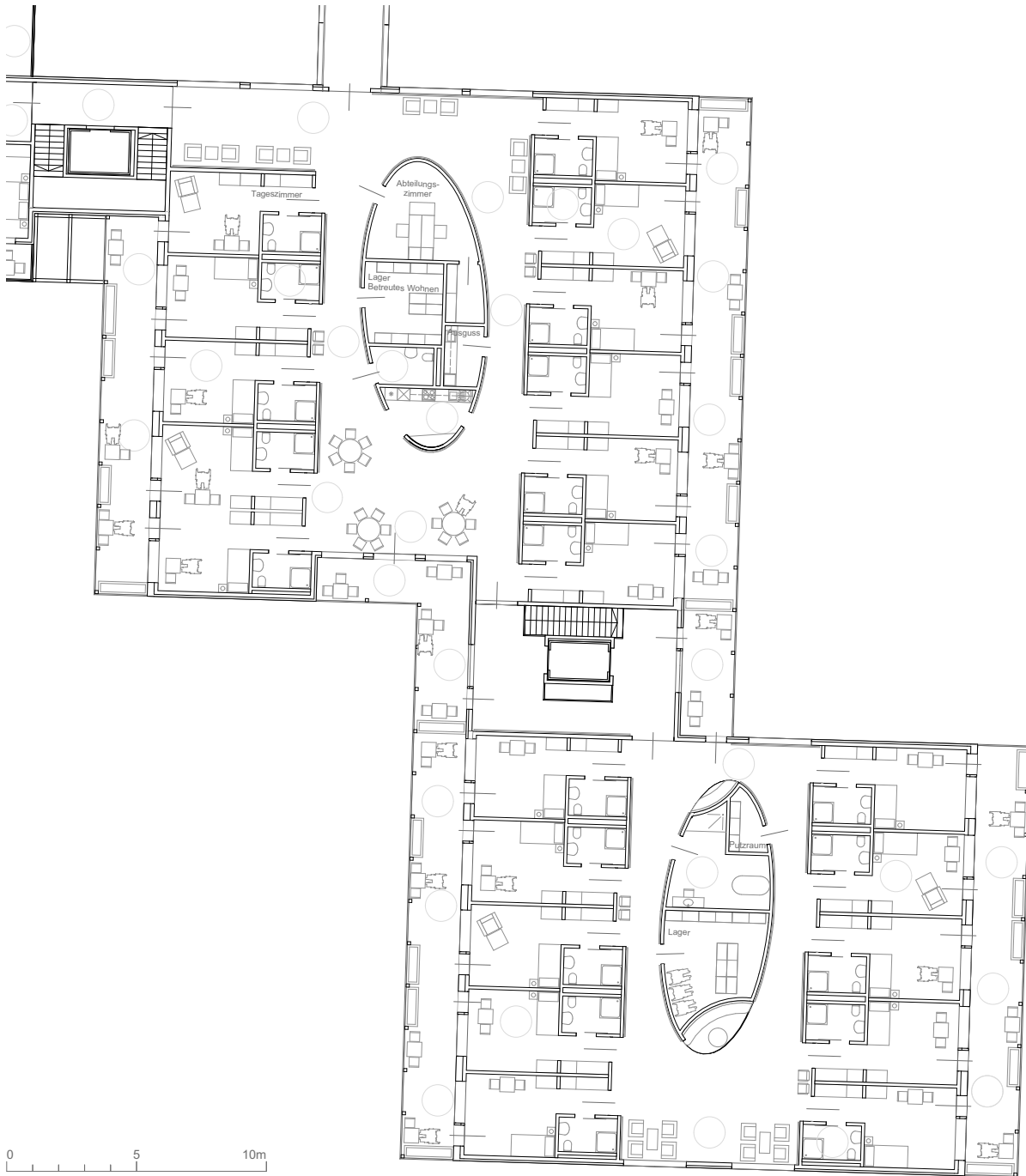


Demenzabteilung | Aufenthalt

durch große Glasflächen mit tiefen Fensterbänken und vorliegenden Balkonen einen hohen Komfort. Die Balkone sind als vorgesetzte *Grünfassade* eine indirekte Verbindung zur Natur. Jedem Bewohner steht zudem ein eigenes Pflanzbeet auf dem Balkon zur Verfügung. Die Gemeinschaftsbereiche zeichnen sich ebenfalls durch eingedrehte konvexe und konkave Grundformen aus, die Sitznischen und Aufenthaltsbereiche schaffen. Sitznischen, Küche und ein gemeinschaftlicher Balkon bringen Abwechslung, Kommunikation und eine höhere Lebensqualität in den Alltag der Bewohner.



Pflegeabteilung | Küche



Grundriss 2. OG





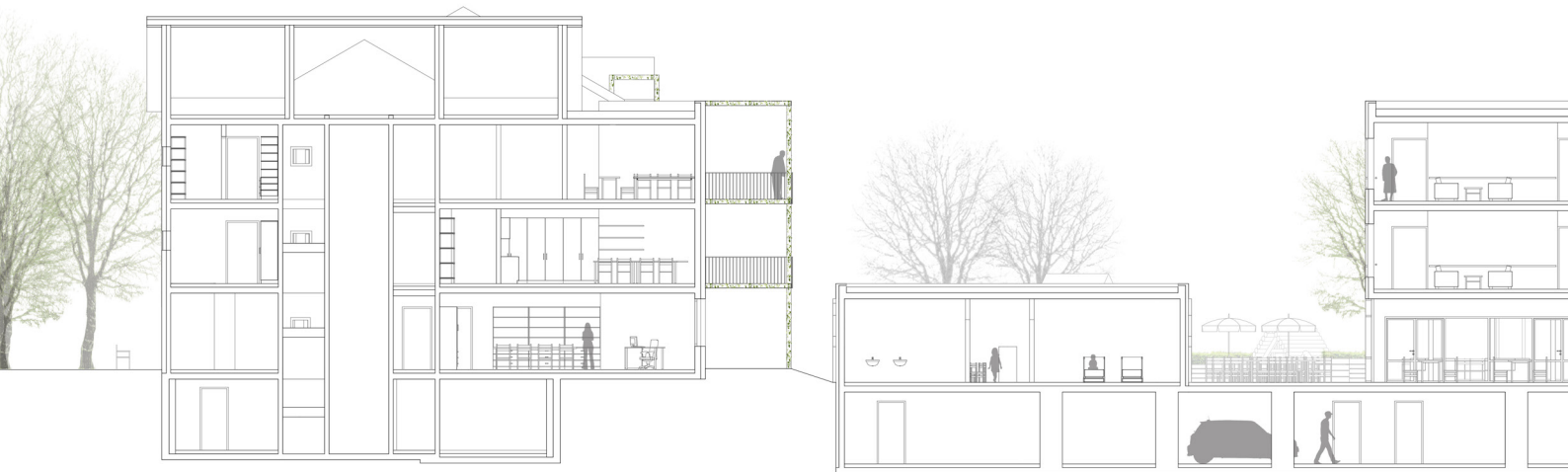
Pflegeabteilung | Zugang



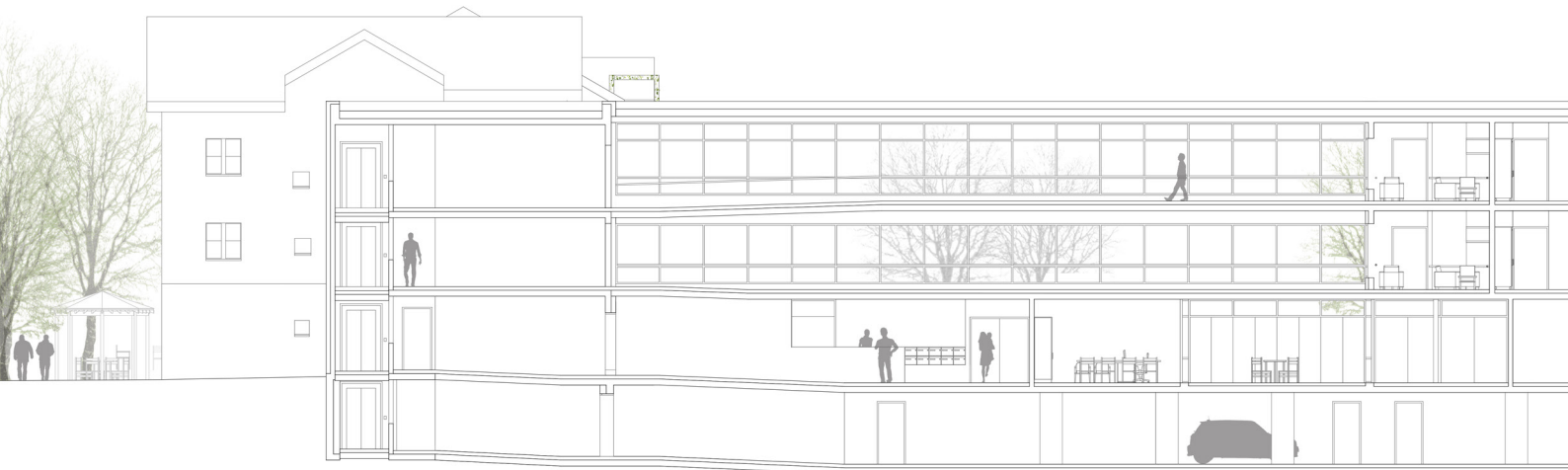
Pflegeabteilung | Gemeinschaftsbalkon



Pflegeabteilung | Aufenthalt

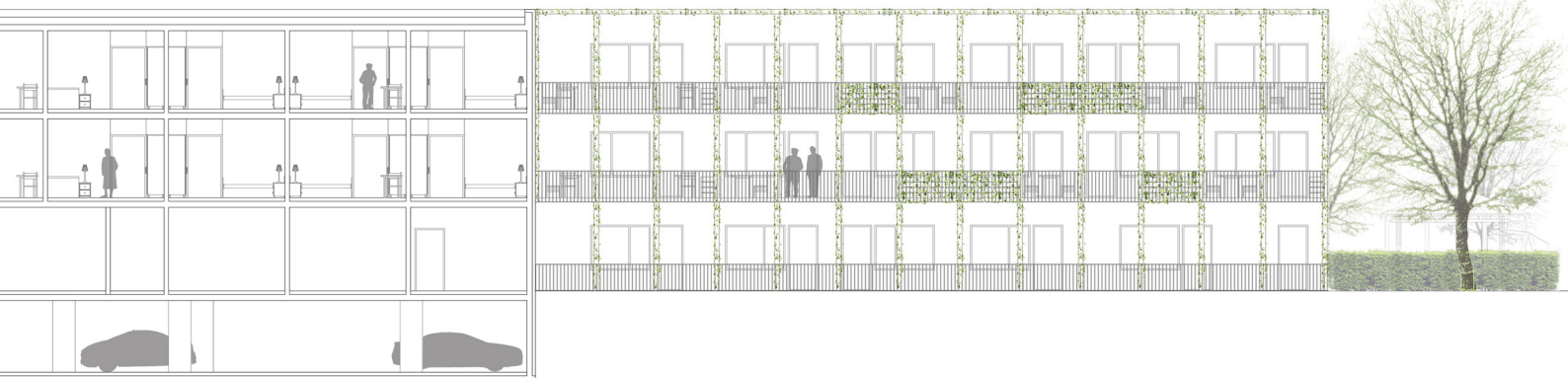
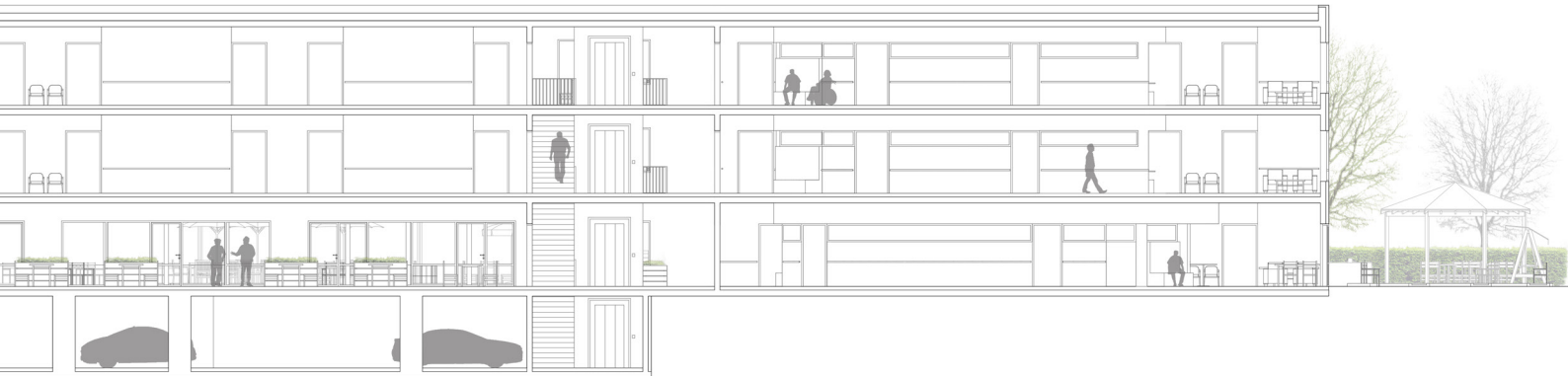


Schnitt 4-4 | M 1:250



Schnitt 5-5 | M 1:250







Pflegeabteilung | Pflegezimmer



Pflegeabteilung | Balkon Pflegezimmer

Heimstrasse

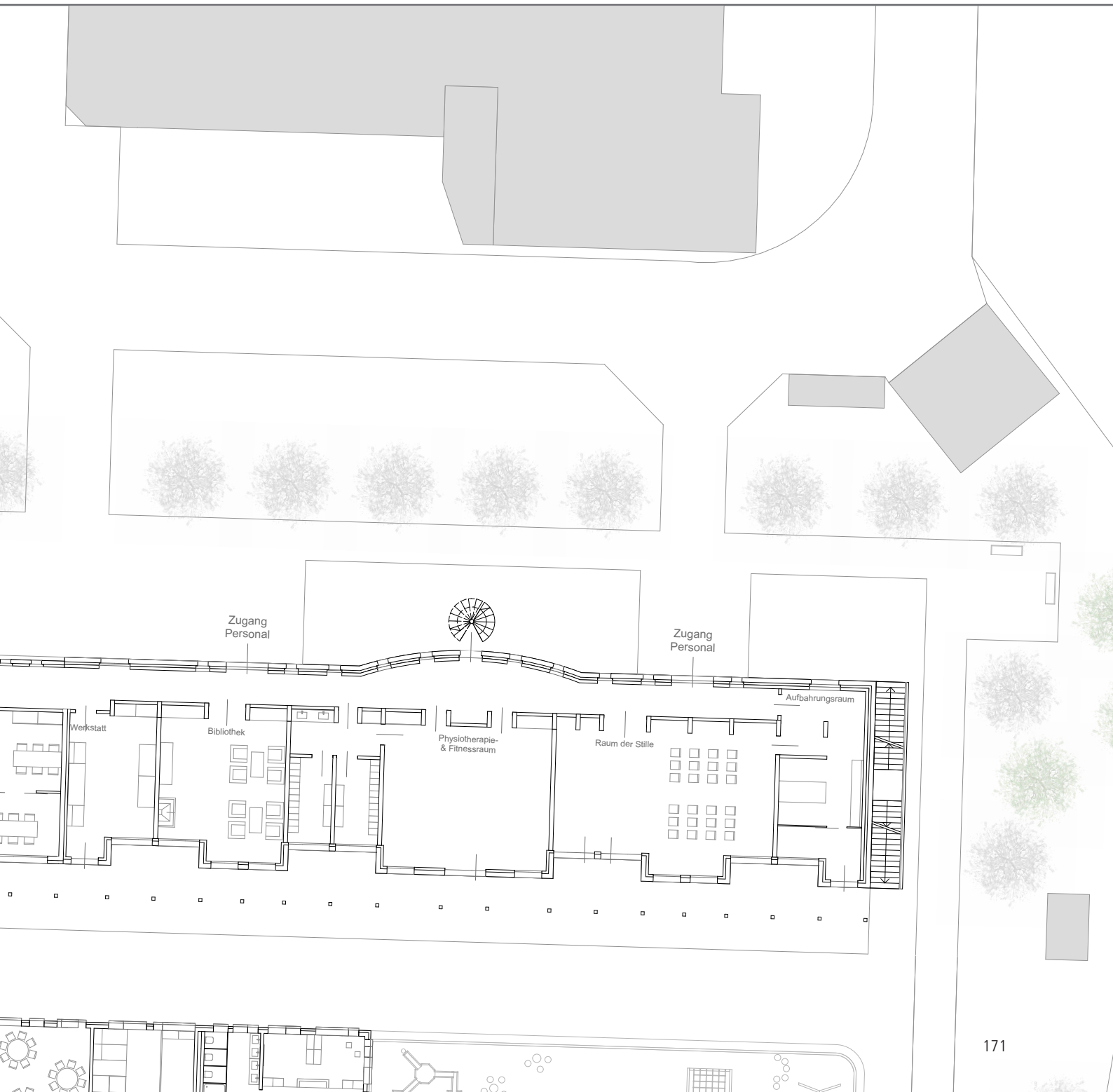


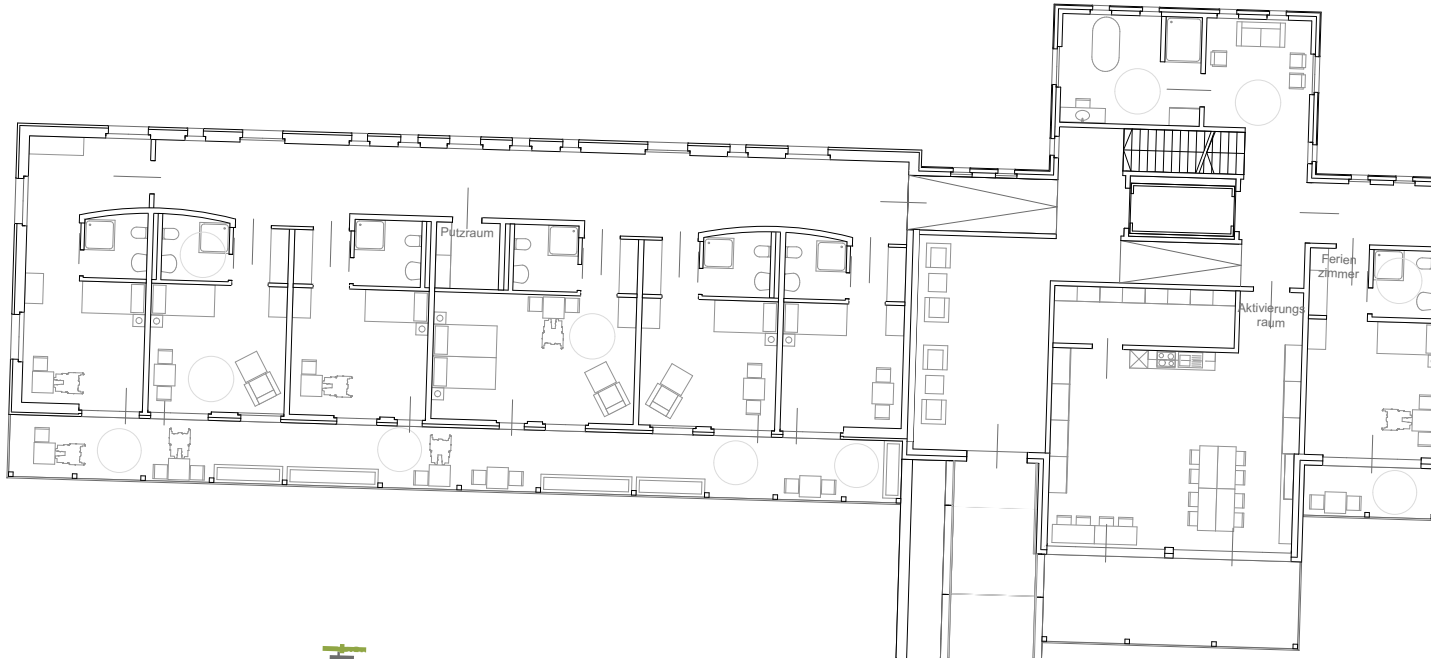
Grundriss EG | M 1:250



170



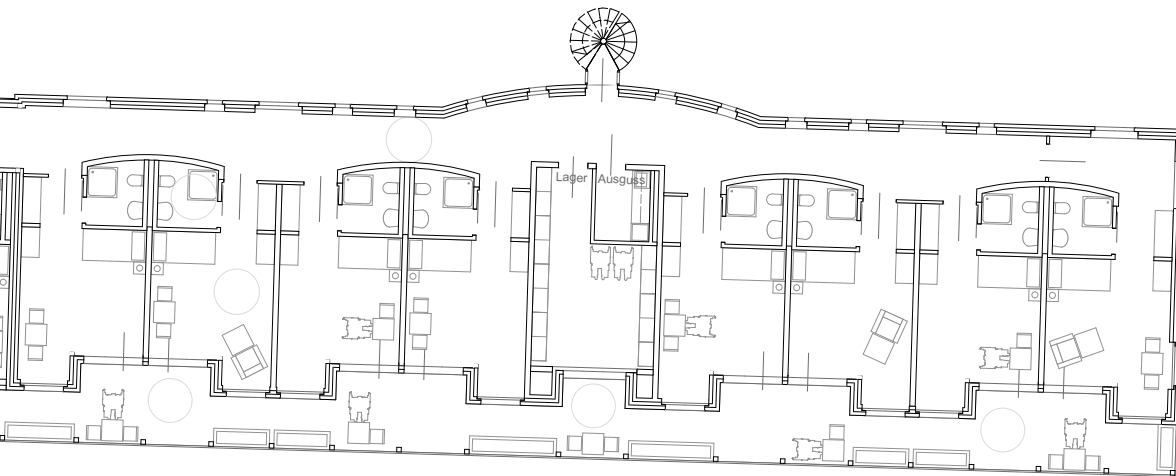




Grundriss 1. OG | M 1:250



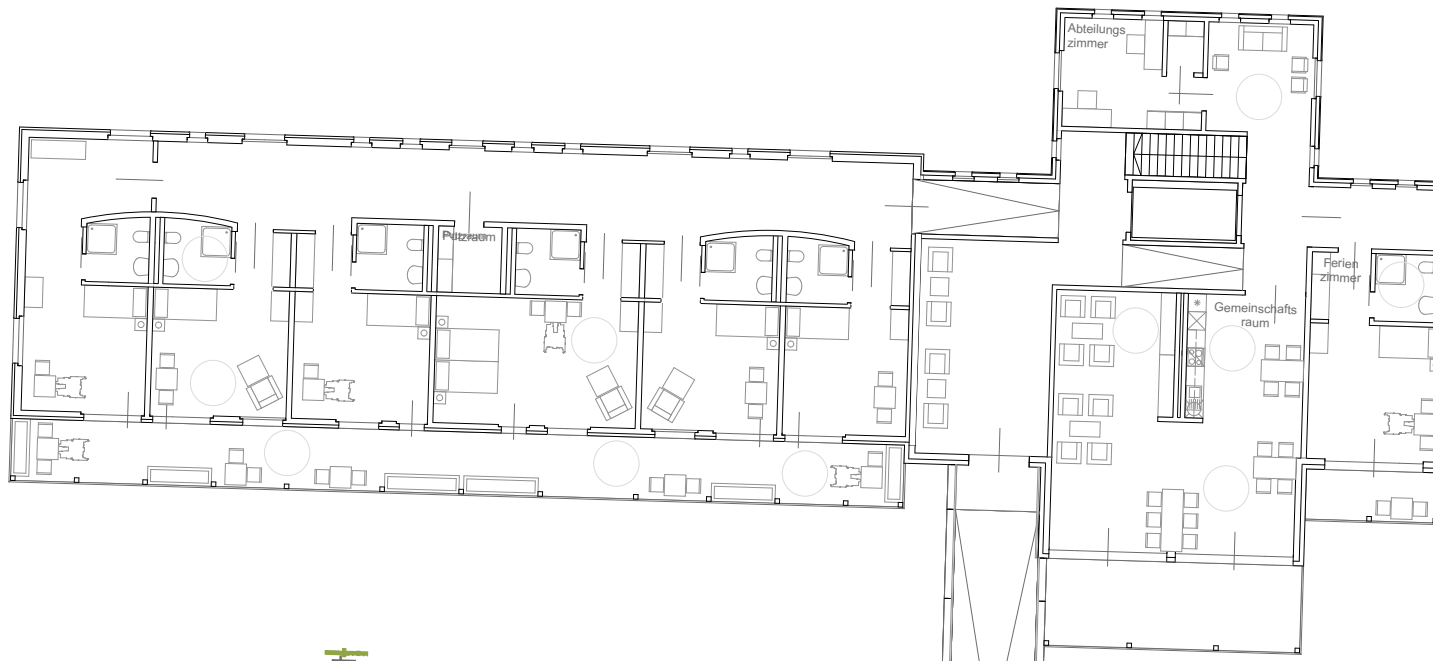
Übergang zwischen Neubau und Bestand



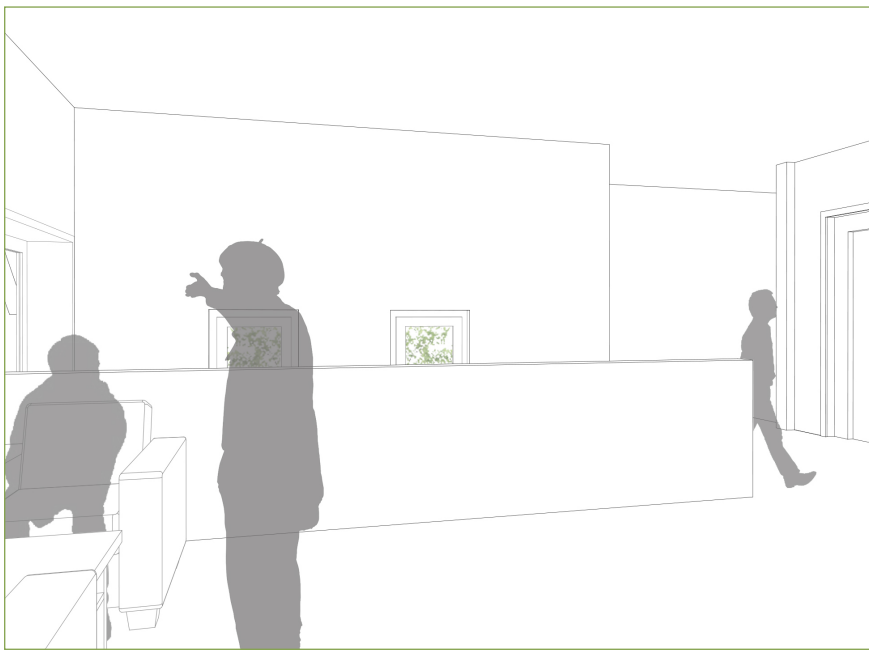
Das Bestandsgebäude

Die bestehenden Strukturen des bisherigen Alters- und Pflegezentrums werden weitgehend erhalten und durch gezielte Umbaumaßnahmen neu gestaltet. Die Erdgeschosszone wird dadurch frei von Bewohnerzimmern und es ziehen im Westflügel ein Büro der Spitex und eine Arztpraxis ein. Die direkte Anbindung an das Pflegeheim ermöglicht eine bessere ärztliche Betreuung und Versorgung der Bewohner. Im ehemaligen Ostflügel sind weitere halböffentliche Räume, wie eine Bibliothek und Werkstatt, ein Physiotherapie- und Fitnessraum und der Raum der Stille vorhanden. Der zentrale Mittelteil wird weiterhin von der Heimleitung als Bürofläche genutzt. Das erste Obergeschoss hat seine bisherige Aufteilung durch die Pflegezimmer und den Aktivierungsraum behalten und wurde nur durch die Einbindung eines Ferienzimmers und Lagers ergänzt. Im zweiten Obergeschoss wurde der Westflügel mit einer identischen Aufteilung an Pflegezimmern umgestaltet und der Ostteil ebenfalls durch ein Ferienzimmer und Lager ergänzt. Im Mitteltrakt entsteht ein großzügiger Gemeinschaftsraum mit Küche, Balkon und Sitzecken.

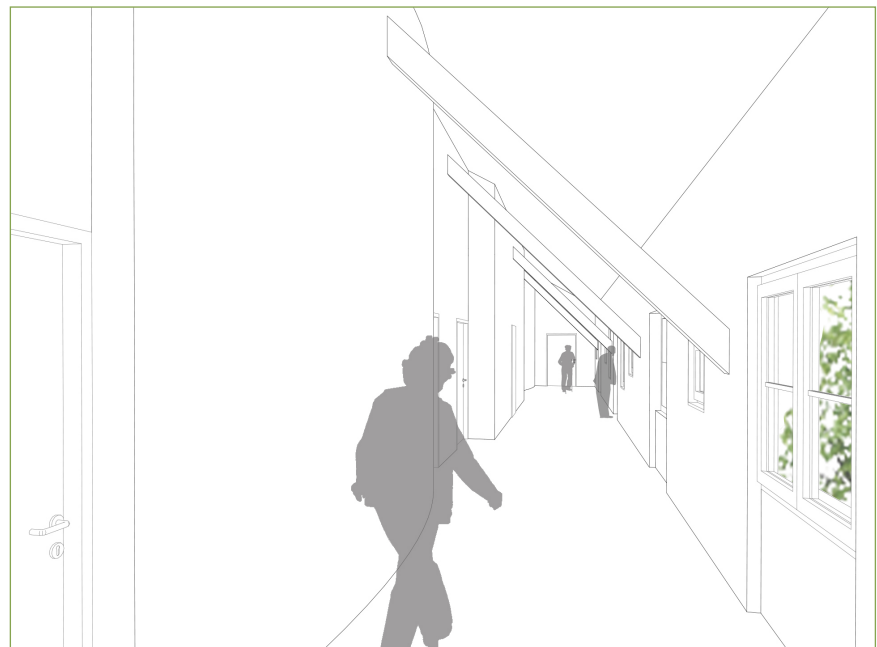
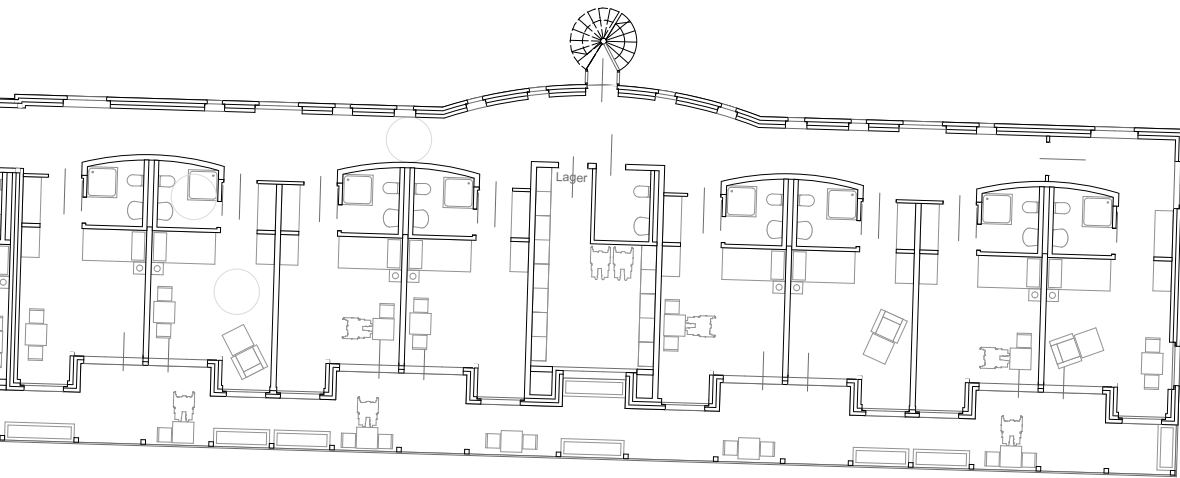
Große bauliche Maßnahmen sind an den inneren Erschließungswegen, wo die Höhendifferenzen der einzelnen Gebäudeteile durch neue Rampen erleichtert werden, und der Fassade ersichtlich. Die zu kleinen Balkone werden durch eine vorgesetzte durchgängige Balkonebene ersetzt. Zimmereigene Pflanzbeete greifen die Fassadengestaltung des Neubaus wieder auf und lassen äußerlich eine Zusammengehörigkeit erkennen.



Grundriss 2. OG | M 1:250



Pflegeabteilung | Gangbereich

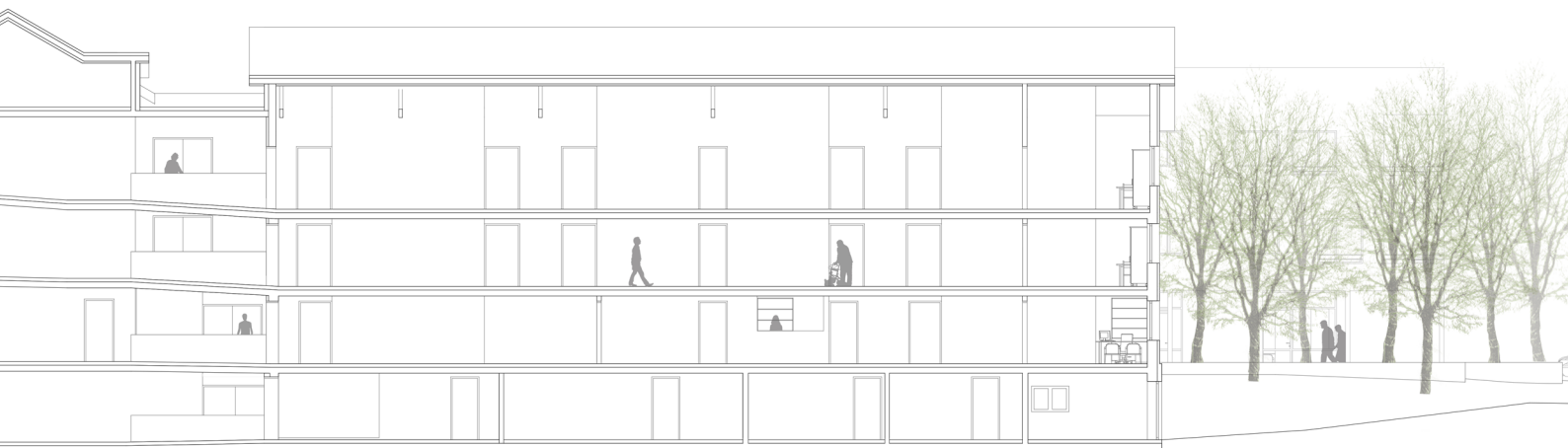


Pflegeabteilung | Gangbereich



Schnitt 6-6 | M 1:250







Pflegeabteilung | Pflegezimmer



Pflegeabteilung | Balkon Pflegezimmer

8. Anhang

8.1 Quellenverzeichnis

Literatur (Bücher, Broschüren)

Aigner, Karin: Gemeinschaftliches Wohnen. Eine Typologie und ihre Vielfalt, Diplomarbeit an der Technischen Universität Graz 2015

Amann, Dr. Wolfgang: Gewerbliche Bauträger im geförderten Mietwohnbau in Wien, im Auftrag der Wirtschaftskammer Wien, Wien 2006, Volltext: <http://www.iibw.at/deutsch/portfolio/immobilien/downloads/FV%20Immo%20WBF%200605%282%29.pdf> [16.01.2016]

Arbeiterkammer Niederösterreich (AKNÖ) (Hg.): Die Wohnbauförderung der Bundesländer – Ein Vergleich, Wien 2012, Volltext: <https://media.arbeiterkammer.at/noe/pdfs/broschueren/Wohnbaufoerderung.pdf> [16.01.2016]

Becker, Annette/Cachola Schmal, Peter/Haas, Claudia (Hg.): Netzwerk Wohnen. Architektur für Generationen, München/London/New York 2013

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (Hg.): Alten- und Pflegeheime in Österreich – Mitte. Oberösterreich und Steiermark, Wien 2014

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, Wien 2009

Chyutin, Michael/Chyutin, Bracha: Architecture and Utopia - The Israeli Experiment, Hampshire/Burlington 2007

DIN 18025-1:1992-12 (Barrierefreie Wohnungen - Wohnungen für Rollstuhlbenutzer - Planunggrundlagen)

DIN 18040-2:2011-09 (Barrierefreies Bauen - Planunggrundlagen - Teil 2: Wohnungen)

Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ) (Hg.): Behindertengerechtes Bauen – Vollzugsprobleme im Planungsprozess. Projektteil A: Technische und finanzielle Machbarkeit, Zürich 2004

F. A. Brockhaus: Brockhaus' Kleines Konversations-Lexikon, Band 2, Leipzig 1911

Feddersen, Eckhard/Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Basel 2009

Feuerstein, Christiane/Leeb, Franziska: GenerationenWohnen. Neue Konzepte für Architektur und soziale Integration, Altusried-Krugzell 2015

Goffman, Erving: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderen Insassen, Frankfurt am Main 1973

Hampel, Peter: Altenpflegeheim in Salzburg / Lehen, Diplomarbeit an der Technischen Universität Graz 2006

Heinzelmann, Martin: Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime., Dissertation an der Universität Göttingen 2004

Hinterlehner-Becker, Sibylle: Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim, Diplomarbeit an der Universität Wien 2011

Knefelkamp, Ulrich: Über die Pflege und medizinische Behandlung von Kranken in Spitälern vom 14. bis 16. Jahrhundert, in: Matheus, Michael (Hg.): Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich, Geschichtliche Landeskunde Band 56, Stuttgart 2005, 175-194, Volltext: http://www.regionalgeschichte.net/fileadmin/Superportal/Bibliothek/Autoren/Knefelkamp/Knefelkamp_GL56_Endfassung-9.pdf [04.12.2015]

Leeb, Franziska: wohnen pflegen leben - neue Wiener Wohn- und Pflegehäuser, Wien 2009

Lorenz, Peter: Planen und Bauen für das Alter. Wohnen im dritten Lebensabschnitt, Leinfelden-Echterdingen 1994

Mende, Susanne: Die Wiener Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ in der Zeit des NS-Regimes in Österreich, Manuskript eines Vortrages in Wien vom 30. Januar 1998, Volltext: <http://gedenkstaettesteinhof.at/sites/default/files/Volltextarchiv/Wiener-Heil-und-Pflegeanstalt.pdf#page=8> [07.12.2015]

Müller, Romy/Theurl, Engelbert: Angebotsstrukturen von stationären Pflegeleistungen in Österreich: Eine empirische Bestandsaufnahme, in: Wirtschaft und Gesellschaft, 40. Jahrgang, Heft 1, Wien 2014, 121-150

Nagl, Dominik: No part of the mother country, but distinct dominions - Rechtstransfer, Staatsbildung und Governance in England, Massachusetts und South Carolina, 1630-1769, Berlin 2013

ÖNORM B 1600:1994-08-01 (Barrierefreies Bauen - Planungsgrundsätze)

ÖNORM B 1600:2012-02-15 (Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen)

Pensionsversicherungsanstalt (Hg.): Pflegegeld, Wien 2016

Podbrecky, Inge: Rotes Wien. Gehen und Sehen. 5 Routen zu gebauten Experimenten. Von Karl-Marx-Hof bis Werkbundsiedlung, Wien 2003

Pratscher, Kurt: Sozialhilfe, Behindertenhilfe und Pflegegeld der Bundesländer im Jahr 2010 und die Entwicklung seit 2000, in: Statistik Austria (Hg.): Statistische Nachrichten 11/2012 – soziale Fragen, Wien 2012, 893-907, Volltext: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/sozialhilfe/index.html [12.01.2016]

Quantum, Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt/Wien 2007

Rühm, Bettina: Unbeschwert Wohnen im Alter. Neue Lebensformen und Architekturkonzepte, München 2003

Schittich, Christian (Hg.): im Detail. Integriertes Wohnen. flexibel – barrierefrei – altengerecht, München 2007

Schmid, Tom: Finanzierung von Pflegeheimen, Fachtagung: Glücklich alt werden in Kärnten – eine Frage der Finanzierung – 26.4.02, Wien 2002, Volltext: <http://www.sfs-research.at/projekte/P23-Finanzierung%20Alten-Pflegeheime/Text%201.pdf> [10.01.2016]

Schoiber, Dr. Walter: Finanzierung der stationären Pflege in NÖ, Bericht 3/2010, St. Pölten 2010, Volltext: <http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/lvxvii/06/627/35B.pdf> [10.01.2016]

Schützeichel, Rainer: Gebaute Utopie. Die Gesellschaftsvision des Familistère von Guise, in: Bund Deutscher Architekten (Hg.): Wohnvisionen, Der Architekt 09-10/05, Berlin 2005, 36-41, Volltext: http://www.architektur-sprache.de/pdf/02.01.01_gebaute-utopie.pdf [19.12.2015] (veränderte Seitenangaben in Online-Version, 1-10)

SIA 500:2011-06 (Hindernisfreie Bauten)

SN 521 500:1988, mit Leitfaden Ausgabe 1993 (Behindertengerechtes Bauen)

Stumberger, Rudolf: Das Projekt Utopia. Geschichte und Gegenwart des Genossenschafts- und Wohnmodells „Familistère Godin“, Hamburg 2004

Tietz-Strödel, Marion: Die Fuggerei in Augsburg. Studien zur Entwicklung des sozialen Stiftungsbaus im 15. Und 16. Jahrhundert, Tübingen 1982

Weihsmann, Helmut: Das Rote Wien. Sozialdemokratische Architektur und Kommunalpolitik 1919-1934, Wien 2002

Internet

Alexianer: Seniorenzentrum St. Michael [29.01.2016]

http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/en/krankenhaus_hedwigshoehe/unsere_angebote/seniorenzentrum_st_michael/

Alterszentrum Bruggwiesen: Wohnformen / Zusätzliche Angebote [26.01.2016]

<http://www.alterszentrum-bruggwiesen.ch/index.php>

Baugemeinschaft Berlin: Bauträger oder Baugruppe? [16.01.2016]

<http://baugemeinschaft-berlin.de/die-baugemeinschaft-berlin/alternativen/bautraeger-oder-baugruppe.html>

Berliner Kurier: Berlin-Architektur. Wie war das Leben in den Berliner Mietskasernen? [05.01.2016]

<http://www.berliner-kurier.de/berlin/berlin-architektur-wie-war-das-leben-in-den-berliner-mietskasernen--1128034>

Bundesministerium für Finanzen (BMF): WBF Länderbericht [17.01.2016]

https://www.bmf.gv.at/suche/ergebnis.html?searchterm=WBF_Laenderbericht

Catholic Online: St. Pammachius [08.01.2016]

http://www.catholic.org/saints/saint.php?saint_id=807

D-A-CH-Beitrag: Beiträge zur Vorgeschichte und Entstehung sowie zur Entwicklung der Normen des Barrierefreien Bauens in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Berlin 2008 [09.11.2015]

<http://www.phtuda.bplaced.net/D-A-CH%20Beitr%E4ge/D-A-CH-Beitraege.pdf>

Der Standard: Pflegeheim Lainz: Ende einer mehr als 100-jährigen Historie [06.12.2015]

<http://derstandard.at/2780768/Nachlese-Pflegeheim-Lainz-Ende-einer-mehr-als-100-jaehrigen-Historie>

Diepoldsau - Gemeinde mit Zukunft: Portrait [25.04.2016]

<http://www.diepoldsau.ch/de/portrait/>

Die Welt: Deutschlands erstes Seniorendorf ist ausverkauft [22.01.2016]

<http://www.welt.de/finanzen/immobilien/article13685877/Deutschlands-erstes-Seniorendorf-ist-ausverkauft.html>

Fassmann, Heinz: Soziodemographische Trends in Österreich – Konsequenzen für den Wohnbau [16.01.2016]

<http://www.gbv.at/Page/View/4403>

Fonds Soziales Wien (FSW): Rechtliche Grundlagen [28.01.2016]

http://www.fsw.at/ueber_uns/rechtliche_grundlagen.html

Fugger: Fuggerei [04.01.2016]

<http://www.fugger.de/de/fuggerei.html>

Fugger: Stiftungen [05.01.2016]

<http://www.fugger.de/de/stiftungen.html>

Gemeinnützige Bauvereinigung (GBV): Historischer Abriss [16.01.2016]

<http://www.gbv.at/Page/View/4182>

Gemeinnützige Bauvereinigung (GBV): Jahreskompaktstatistik [16.01.2016]

<http://www.gbv.at/Document/View/4477>

Gemeinnützige Bauvereinigung (GBV): Wer sind die Gemeinnützigen? [16.01.2016]

<http://www.gbv.at/Page/View/4182>

Hansestadt Lübeck: Heiligen-Geist-Hospital [06.12.2015]

<http://www.luebeck.de/tourismus/sightseeing/sehenswuerdigkeiten/gebaeude/heiligen-geist-hospital.html>

Holzapfel, Dr. Josef: Glück und Ende des Wiener Versorgungsheimes, Wien 2010

<http://www.1133.at/document/view/id/389> [06.12.2015]

Immowelt: Gewerblicher und gemeinnütziger Wohnbau – Auswirkungen auf die Miete [15.01.2016]

<http://news.immowelt.at/tipps-fuer-mieter/artikel/2133-gewerblicher-und-gemeinnuetziger-wohnbau-auswirkungen-auf-die-miete.html>

Naumann, Claudia: Tendenzen im österreichischen Gesundheitswesen, Referat beim Gesundheitsworkshop der Rosa-Luxemburg-Stiftung Berlin am 03.12.2005 [12.01.2016]

http://www.initiative-elga.at/ELGA/allgemein_infos/Social_Attack_TendenzenOeGesundheitswesen

[REF_2005.pdf](#)

Planet Wissen: Der Sankt-Galler Klosterplan – Die ideale Klosteranlage [15.12.2015]

<http://www.planet-wissen.de/kultur/religion/ordensleute/pwiedersanktgallerklosterplandieidealeklosteranlage100.html>

Schug, Andreas: Vom Altenheim zum Aktienkasino – Menschenwürde im Strudel des Profits, 24. März 2009, in: Hintergrund – das Nachrichtenmagazin, Heft 1/2009, Volltext: <http://www.hintergrund.de/20090317363/soziales/privatisierung/vom-altenheim-zum-aktienkasino.html> [12.01.2016]

Statistik Austria: Betreuungs- und Pflegedienste [19.01.2016]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html

Statistik Austria: Bevölkerungsprognosen [18.01.2016]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Statistik Austria: Bundespflegegeld [13.01.2016]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

Statistik Austria: Landespflegegeld [12.01.2016]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/landespflegegeld/index.html

Statistisches Bundesamt: Pflegebedürftige [23.01.2016]

<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/22400-0001>

Stiftungsverwaltung Lübeck: Die Geschichte der Stiftung Heiligen-Geist-Hospital – tabellarisch [06.12.2015]

<http://www.stiftungsverwaltung-luebeck.de/die-geschichte-tabellarisch.html>

Streimelweger, Artur: Zweckbindung der Wohnbauförderung in Deutschland [16.01.2016]

<http://www.gbv.at/Page/View/4404>

swiss-architects: Bau der Woche - Wohnatmosphäre statt Heimcharakter [26.01.2016]

http://www.swiss-architects.com/de/projects/31063_Erweiterung_Alterszentrum_Bruggwiesen

swiss-architects: Projekt – Erweiterung Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen mit Musikschule in der Stadtmitte von Effretikon [26.01.2016]

http://www.swiss-architects.com/de/projects/30999_Erweiterung_Alters_und_Pflegezentrum_Bruggwiesen_mit_Musikschule_in_der_Stadtmitte_von_Effretikon

Wien.at: Statut für die Unternehmung *Wiener Krankenanstaltenverbund* [28.01.2016]

<https://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/pdf/v0012850.pdf>

Wien.at: Voraussetzungen zur Erlangung einer geförderten Miet- und Genossenschaftswohnung [16.01.2016]

<https://www.wien.gv.at/wohnen/wohnbaufoerderung/wohnungssuche/voraussetzungen-miete.html>

Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV): Pflegewohnhaus Liesing mit sozialdemokratischer Betreuung – Unser Haus [28.01.2016]

<http://www.wienkav.at/kav/pli/ZeigeText.asp?ID=43910>

Wikipedia: Hospitalstiftung [15.12.2015]

<https://de.wikipedia.org/wiki/Hospitalstiftung>

Zürcher Oberländer: Altersheim-Altbau wird saniert, um als Pflegeheim zu dienen [26.01.2016]

<http://www.zol.ch/bezirk-pfaeffikon/illnau-effretikon/AltersheimAltbau-wird-saniert-um-als-Pflegeheim-zu-dienen/story/21845151>

Weitere Quellen

Adda, Catherine: *Le Familistere. Une cité radieuse au XIXème siècle*, o. O. o. J. (DVD: Baukunst 1 (03 - Andre Godin - Das Familistere von Guise), Arte Edition/Absolut Medien, 2001), 27:47 Minuten

Gespräch mit Monika Keplinger, geführt von Anja Neumann, Graz, 10.11.2015

Keplinger, Monika: *Prekär Wohnen I*, Vorlesung Wohnbau plus, Technische Universität Graz, 12.11.2015 Skriptum: <http://www.iwtugraz.at/iw/id-157805-wohnbau-plus-keplinger.html> [13.11.2015]

Kreissl, Dorit: *Die Fuggerei in Augsburg. Die älteste Sozialsiedlung der Welt*, Radio Wissen von Bayern 2, 20.02.2014, 22:06 Minuten [15.12.2015]

<http://www.br.de/radio/bayern2/wissen/radiowissen/fuggerei-augsburg-fugger-100.html>

Stiftung der Alexianerbrüder: *Die Stiftung der Alexianerbrüder. Caritas Christi urget nos - Die Liebe Christi drängt uns*, Flyer, Münster o.J.

Abbildungen

Abb. 1	Heilig-Geist-Hospital in Lübeck (Lorenz 1994, 10)	8
Abb. 2	Grundriss (http://www.regionalgeschichte.net/bibliothek/texte/aufsaeetze/knefelkamp-behandlung.html [18.02.2016])	8
Abb. 3	Langhaus mit Kabäuschen (http://www.photo-world.de/1207_Luebeck.htm [06.12.2015], modifiziert durch Anja Neumann)	8
Abb. 4	4m ² kleines Kabäuschen (http://www.photo-world.de/1207_Luebeck.htm [06.12.2015], modifiziert durch Anja Neumann)	8
Abb. 5	Geriatrizentrum Am Wienerwald (Leeb 2009, 15)	10
Abb. 6	Gang (Leeb 2009, 12)	10
Abb. 7	Schlafsaal (Leeb 2009, 12)	10
Abb. 8	Erste Generation der Alten- und Pflegeheime (Lorenz 1994, 12)	16
Abb. 9	Zweite Generation der Alten- und Pflegeheime (Lorenz 1994, 13)	18
Abb. 10	Dritte Generation der Alten- und Pflegeheime (Lorenz 1994, 13)	20
Abb. 11	Wohnstiftungshof Gent (Tietz-Strödel 1982, 183)	34
Abb. 12	Hofansicht Gent (Tietz-Strödel 1982, Tafel XXIII b im Anhang)	34
Abb. 13	Einraum-Hallenanlage, St.-Jakobs Hospital Dresden (Tietz-Strödel 1982, 138)	34
Abb. 14	Straßenansicht Mittlere Gasse (Tietz-Strödel 1982, 94)	36
Abb. 15	Übersichtsplan der Fuggerei (Tietz-Strödel 1982, 42)	36
Abb. 16	Stadtmodell (Tietz-Strödel 1982, 54)	36
Abb. 17	Haus Nr. 47 - Normaltyp (Querschnitt & Grundrisse) (Tietz-Strödel 1982, 82)	38
Abb. 18	Haus Nr. 146 - Zwei-Zimmer-Typ (Querschnitt & Grundrisse) (Tietz-Strödel 1982, 83)	38

Abb. 19 Haus Nr. 25 - Zwei-Zimmer-Typ (Längsschnitt & Grundrisse) (Tietz-Strödel 1982, 83)	38
Abb. 20 Phalanstère nach Plänen von Charles Fourier (Chyutin 2007, 99)	42
Abb. 21 Perspektive der Familistère (http://www.familistere.com/phalanstere-et-cites-ouvrieres/# [05.02.2016])	44
Abb. 22 Lageplan (http://www.familistere.com/phalanstere-et-cites-ouvrieres/# [05.02.2016])	44
Abb. 23 Grundriss (http://www.familistere.com/architecture-unitaire/# [05.02.2016])	46
Abb. 24 Schnitt (http://www.familistere.com/architecture-unitaire/# [05.02.2016])	46
Abb. 25 Innenhof (Stumberger 2004, 9)	46
Abb. 26 Grundriss der Zinshäuser (Weihsmann 2002, 20)	50
Abb. 27 Blockrandbebauung der Gründerzeit (Weihsmann 2002, 21)	50
Abb. 28 Grundrisstypen der 38m ² und 48m ² großen Gemeindewohnungen (Weihsmann 2002, 39)	50
Abb. 29 Mittelteil mit Toren und Fahnenmasten (Weihsmann 2002, 400)	52
Abb. 30 typische Wohngrundrisse (https://www.flickr.com/photos/33238628@N04/3113256494/in/photostream/ [17.12.2015], modifiziert durch Anja Neumann)	52
Abb. 31 Lageplan (Weihsmann 2002, 399)	52
Abb. 32 Anteil Hochaltriger im Ländervergleich 2007 (Feddersen/Lüdtke 2009, 16)	70
Abb. 33 Bevölkerungsentwicklung nach österreichischen Bundesländern und breiten Altersgruppen 2014, 2020, 2040 und 2060 (http://www.statistik.at/wcm/idc/groups/b/documents/webobj/mdaw/mdi3/~edisp/027335.gif [18.01.2016], modifiziert durch Anja Neumann)	70
Abb. 34 Österreichische Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 - 2075 (http://www.statistik.at/wcm/idc/groups/b/documents/webobj/mdaw/mdi3/~edisp/027330.gif [18.01.2016], modifiziert durch Anja Neumann)	70
Abb. 35 Bevölkerungspyramide Österreich 2014, 2030 und 2060 (http://www.statistik.at/wcm/idc/groups/b/documents/webobj/mdaw/mdi3/~edisp/027331.gif)	72

[18.01.2016], modifiziert durch Anja Neumann)

Abb. 36	gläserne Eingangshalle (http://www.architekten24.de/projekt/seniorenzentrum-st-michael-berlin/uebersicht/seniorenzentrum-st-michael-berlin/index.html [18.02.2016])	114
Abb. 37	Außenansicht Westhaus (http://www.german-architects.com/de/projects/1186_St_Michael_s_senior_citizens_centre [18.02.2016])	114
Abb. 38	Außenansicht Osthaus (http://www.architekten24.de/projekt/seniorenzentrum-st-michael-berlin/uebersicht/5889/index.html [18.02.2016])	114
Abb. 39	Grundriss (Feddersen/Lüdtke 2009, 193)	116
Abb. 40	Ansicht Süd (Feddersen/Lüdtke 2009, 191)	116
Abb. 41	Ansicht West (Feddersen/Lüdtke 2009, 190)	116
Abb. 42	Gangbereich (http://www.german-architects.com/de/projects/1186_St_Michael_s_senior_citizens_centre [18.02.2016])	118
Abb. 43	Blick in den Innenhof (http://www.architekten24.de/projekt/seniorenzentrum-st-michael-berlin/uebersicht/5890/index.html [18.02.2016])	118
Abb. 44	Innenhof (http://www.architekten24.de/projekt/seniorenzentrum-st-michael-berlin/uebersicht/5890/index.html [18.02.2016])	118
Abb. 45	Außenansicht (http://www.rwt.at/deutsch/projekte/national/national-2012-2013/fassade-geriatriezentrum-liesing.html [25.02.2016])	120
Abb. 46	Fassade (http://www.nextroom.at/building.php?id=35778 [25.02.2016])	120
Abb. 47	Innenhof (http://www.riepriepi.com/cake/riepi/projects/show/45/1/4/de [25.02.2016])	120
Abb. 48	Innenhof (http://www.nextroom.at/building.php?id=35778 [25.02.2016])	120
Abb. 49	Grundriss Erdgeschoss (http://www.nextroom.at/building.php?id=35778&inc=plan&sid=1913 [25.02.2016])	122
Abb. 50	Grundriss Regalgeschoss (http://www.nextroom.at/building.php?id=35778&inc=plan&sid=1916 [25.02.2016])	122

Abb. 51 Schnitt	122
(http://www.nextroom.at/building.php?id=35778&inc=plan&sid=1915 [25.02.2016])	
Abb. 52 Lageplan	122
(http://www.nextroom.at/building.php?id=35778&inc=plan&sid=1914 [25.02.2016])	
Abb. 53 gläserne Brücke	124
(http://www.nextroom.at/building.php?id=35778 [25.02.2016])	
Abb. 54 Gemeinschaftsbereich	124
(http://www.nextroom.at/building.php?id=35778 [25.02.2016])	
Abb. 55 Loggia	124
(http://www.nextroom.at/building.php?id=35778 [25.02.2016])	
Abb. 56 Ansicht Alt- und Neubau	128
(http://www.swiss-architects.com/projects/31063_erweiterung_alterszentrum_buggwiesen [01.02.2016])	
Abb. 57 Grundriss Erdgeschoss	130
(http://www.swiss-architects.com/projects/31063_erweiterung_alterszentrum_buggwiesen [01.02.2016])	
Abb. 58 Grundriss Regelgeschoss	130
(http://www.swiss-architects.com/projects/31063_erweiterung_alterszentrum_buggwiesen [01.02.2016])	
Abb. 59 Gemeinschaftsküche	132
(http://www.swiss-architects.com/projects/31063_erweiterung_alterszentrum_buggwiesen [01.02.2016])	
Abb. 60 Gemeinschaftswohnbereich	132
(http://www.swiss-architects.com/projects/31063_erweiterung_alterszentrum_buggwiesen [01.02.2016])	
Abb. 61 Loggia	132
(http://www.swiss-architects.com/de/zach_zuend/projekte-3/erweiterung_alters_und_pflegezentrum_buggwiesen_mit_musikschule_in_der_stadtmitte_von_effretikon-30999/?nonav=1 [01.02.2016])	
Abb. 62 Zimmervariante Haus A mit offener Fenstergestaltung	132
(http://www.swiss-architects.com/de/zach_zuend/projekte-3/erweiterung_alters_und_pflegezentrum_buggwiesen_mit_musikschule_in_der_stadtmitte_von_effretikon-30999/?nonav=1 [01.02.2016])	
Abb. 63 Zimmervariante Haus A mit geschlossener Fenstergestaltung	132
(http://www.swiss-architects.com/de/zach_zuend/projekte-3/erweiterung_alters_und_pflegezentrum_buggwiesen_mit_musikschule_in_der_stadtmitte_von_effretikon-30999/?nonav=1 [01.02.2016])	
Abb. 64 Foyer	134
(http://www.swiss-architects.com/projects/31063_erweiterung_alterszentrum_buggwiesen [01.02.2016])	

Abb. 65	Restaurant (http://www.swiss-architects.com/de/zach_zuend/projekte-3/erweiterung_alters_und_pflegezentrum_bruggwiesen_mit_musikschule_in_der_stadtmitte_von_effretikon-30999/?nonav=1 [01.02.2016])	134
Abb. 66	Bruggwiesensaal (http://www.swiss-architects.com/projects/31063_erweiterung_alterszentrum_bruggwiesen [01.02.2016])	134
Abb. 67	Diepoldsau (https://de.wikipedia.org/wiki/Diepoldsau#/media/File:Diepoldsau.jpg [29.04.2016])	136

Tabellen

Tab. 1	Pflegebedürftige in Deutschland insgesamt und in Altenheimen 2003 - 2013 (gem. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/22400-0001 [15.12.2015])	22
Tab. 2	Ausmaß des Pflegegeldes 2016 (gem. Pensionsversicherungsanstalt 2016, 3)	26
Tab. 3	Personen mit Bezug von Bundes- und Landespflegegeld 2000 - 2014 (gem. Pratscher 2012, 905; gem. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/landespflegegeld/020136.html [12.01.2016]; gem. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html (Tabelle Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher nach Bundesländern 2004-2014) [13.01.2016])	28
Tab. 4	Personen mit Bezug von Sozialhilfe in der Steiermark (gem. Pratscher 2012, 897)	28
Tab. 5	Personen mit Bezug von Sozialhilfe in Alten- und Pflegeheimen 2000 - 2010 (gem. Pratscher 2012, 897)	28
Tab. 6	Trägerstruktur von Pflegeeinrichtungen in Österreich - Vergleich der Jahre 1983 und 2010 (gem. Müller/Theurl 2014, 132)	30
Tab. 7	Versorgungsdicht und Eigentümerstruktur stationärer Pflegeeinrichtungen differenziert nach Bundesländern - 2010 (gem. Müller/Theurl 2014, 135)	30
Tab. 8	Staffelung der Wohnbausteuer (gem. Weihsmann 2002, 31)	48
Tab. 9	Gemeinnützige Bauvereinigungen 1980 - 2013 (gem. http://www.gbv.at/Document/View/4477 [16.01.2016])	58
Tab. 10	Verwaltete Wohnungen 1980 - 2013 (gem. http://www.gbv.at/Document/View/4477 [16.01.2016])	58

Tab. 11	Ausgaben (in Mio. Euro) der Wohnbauförderung in Wien 2000 - 2014 (gem. https://www.bmf.gv.at/budget/finanzbeziehungen-zu-laendern-und-gemeinden/WBF_Laenderberichte_seit_1989_4.xls?5b0v65 [17.01.2016])	62
Tab. 12	Ausgaben (in Mio. Euro) der Wohnbauförderung in der Steiermark 2000 - 2014 (gem. https://www.bmf.gv.at/budget/finanzbeziehungen-zu-laendern-und-gemeinden/WBF_Laenderberichte_seit_1989_4.xls?5b0v65 [17.01.2016])	62
Tab. 13	Ausgaben (in Mio. Euro) der Wohnbauförderung in Österreich 2000 - 2014 (gem. https://www.bmf.gv.at/budget/finanzbeziehungen-zu-laendern-und-gemeinden/WBF_Laenderberichte_seit_1989_4.xls?5b0v65 [17.01.2016])	62
Tab. 14	Betreute Personen in stationären Betreuungs- und Pflegediensten 2011 - 2014 (gem. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/061951.html [19.01.2016])	68
Tab. 15	Vergleich der aktuellen Normen zum barrierefreien Bauen in Deutschland, Österreich und der Schweiz (gem. DIN 18 040-2:2011-09; gem. ÖNORM B 1600:2012-02-15; gem. SIA 500:2011-06)	90/92
Tab. 16	Änderungen in den Norminhalten für barrierefreies Bauen in Deutschland von 1992 und 2011 (gem. DIN 18 025-1:1992-12; gem. DIN 18 040-2:2011-09)	94/96
Tab. 17	Änderungen in den Norminhalten für barrierefreies Bauen in Österreich von 1994 und 2012 (gem. ÖNORM B 1600:1994-08-01; gem. ÖNORM B 1600:2012-02-15)	98/100
Tab. 18	Änderungen in den Norminhalten für barrierefreies Bauen in der Schweiz von 1988 und 2011 (gem. SN 521 500:1988; gem. SIA 500:2011-06)	102/104
Tab. 19	Kosten (in CHF) im Verhältnis zu den Erstellungskosten (gem. ETHZ 2004, 35)	108
Tab. 20	Anteil unterschiedlicher Maßnahmen an den Mehrkosten für die Herstellung der Barrierefreiheit (gem. ETHZ 2004, 39)	110
Tab. 21	Anteil unterschiedlicher Maßnahmen an den Errichtungskosten des gesamten Bauwerks (gem. ETHZ 2004, 39)	110
Tab. 22	Vergleich der aktuellen Normen zum barrierefreien Bauen in Deutschland, Österreich und der Schweiz (gem. DIN 18 040-2:2011-09; gem. ÖNORM B 1600:2012-02-15; gem. SIA 500:2011-06)	194-197

8.2 Tabelle Vergleich der aktuellen Normen zum barrierefreien Bauen

		DIN 18040-2 (2011-09)	ÖNORM B 1600 (2012-02-15)	SIA 500 (2011-06)
Außenanlagen				
Stellplätze	Breite	- min. 350cm breit	- min. 350cm breit	- min. 350cm breit
Wege	Breite	- min. 120cm - min. 150cm zum Haus- eingang - nach max. 15m braucht es eine min. 180cm x 180cm Begegnungsfläche	- min. 150cm	- min. 120cm - min. eine 140cm x 170cm Wendefläche
Horizontale Verbindungswege				
Gänge, Flure	Breite	- min. 120cm (mit min. einer Bewegungsfläche von 150cm x 150cm)	- min. 120cm (mit Bewe- gungsfläche an Gangenden von 150cm x 150cm)	- min. 120cm (min. eine 140cm x 170cm Wendeflä- che in Korridoren)
Vertikale Verbindungswege				
Rampen	Breite	- min. 120cm (zwischen Handläufen)	- min. 120cm (zwischen Handläufen)	- min. 120cm
	Längsge- fälle	- max. 6% - nach max. 6m Länge und bei Richtungsänderung braucht es ein min. 150cm langes Zwischenpodest	- max. 6% - nach max. 10m braucht es ein min. 120cm langes ho- rizontales Zwischenpodest (ab 4% Gefälle)	- max. 6%
	Quergefälle	- nicht zulässig	- nicht zulässig	
	Horizontale Bewegungs- flächen	- am Anfang und Ende - min. 150cm x 150cm	- am Anfang und Ende - min. 150cm Länge	- am Anfang und Ende - min. 140cm Länge
	Richtungs- änderung	- Podest von min. 150cm Länge	- bei mehr als 45° braucht es min. 150cm lange hori- zontale Zwischenpodeste	- horizontales Podest von min. 140cm x 140cm
	Handläufe	- beidseitig auf ganzer Länge - in 85cm - 90cm Höhe	- ab 4% Gefälle beidseitig auf ganzer Länge - in 85cm - 90cm Höhe - min. 30cm Überstand am Anfang und Ende	- Absturzsicherung ab 40cm Absturzhöhe notwendig
	Radabwei- ser	- 10cm hoch	- min. 10cm Höhe - beidseitig auf ganzer Länge ab 4% Gefälle	- bis zu 100cm Absturzhöhe und einer Breite \geq 180cm erforderlich

Fortsetzung der Tabelle auf S 195

		DIN 18040-2 (2011-09)	ÖNORM B 1600 (2012-02-15)	SIA 500 (2011-06)
Treppen	Breite	- min. 100cm nutzbare Laufbreite	- min. 120cm (zwischen den Handläufen)	
	Podeste	- nach max. 18 Stufen	- nach max. 20 Stufen - empfohlen: nach 12 Stufen	- nach 16 Stufen
	Handlauf	- beidseitig auf ganzer Länge (über Zwischenpodeste, um Treppenaug) - in 85cm - 90cm Höhe - Querschnitt: 30mm - 45mm - min. 30cm Überstand an An- und Austritt	- beidseitig auf ganzer Länge (über Zwischenpodeste, um Treppenaug) - in 85cm - 90cm Höhe - ≥ 90 cm Höhe zweiter Handlauf auf 75cm - Querschnitt: 30mm - 45mm - min. 4cm Wandabstand - min. 30cm Überstand an An- und Austritt	- beidseitig - ununterbrochen - min. 30 Überstand an An- und Austritt - Querschnitt: 40mm - min. 5cm Wandabstand
	Stufen	- max. 2cm Unterschneidung bei schräger Setzstufe	- max. 3cm Unterschneidung bei schräger Setzstufe - empfohlen: 16cm/30cm	- max. 3cm Unterschneidung bei geneigter Setzstufe - 17.5cm/28cm
Aufzüge	Fahrkorb	- min. 110cm Breite - min. 140cm Tiefe	- min. 110cm Breite - min. 140cm Tiefe - Tür an Schmalseite	- min. 110cm Breite - min. 140cm Tiefe
	Türbreite	- min. 90cm	- min. 90cm	
	Bewegungsfläche	- min. 150cm x 150cm - gegenüberliegende abwärts führende Treppen nicht zulässig, wenn unvermeidbar min. 300cm	- min. 150cm Tiefe - bei gegenüberliegender abwärts führender Treppe min. 200cm	- 140cm x 140cm - min. 60cm bei seitlichen Treppenabgängen - bei gegenüberliegenden Treppenabgängen min. 140cm
	Bedienelemente	- 90cm - 110cm Höhe - min. 50cm seitlicher Abstand	- 90cm - 110cm Höhe - min. 40cm seitlicher Abstand	- max. 120cm Höhe

Fortsetzung der Tabelle auf S 196

		DIN 18040-2 (2011-09)	ÖNORM B 1600 (2012-02-15)	SIA 500 (2011-06)
Gebäude				
Türen	lichte Durchgangsbreite	- min. 90cm (Rollstuhlnutzung) - min. 80cm (barrierefrei)	- min. 80cm - min. 90cm bei Haus- und Wohnungseingang	- min. 80cm
	Schwellen	- nicht zulässig - max. 2cm wenn technisch unabdingbar	- sind zu vermeiden - max. 2cm	- sind zu vermeiden - max. 2.5cm
	Bewegungsfläche	- Drehflügel: min. 150cm x 150cm türbandseitig, min. 150cm x 120cm andere Seite - Schiebetür: min. 120cm Tiefe beidseitig - min. 50cm seitliche Anfahrbarkeit	- Drehflügel: türbandseitig 200cm Länge und 150cm Breite, andere Seite 150cm Länge und 120cm Breite - Schiebetür: beidseitig 150cm Länge und 120cm Breite - min. 50cm seitliche Anfahrbarkeit - min. 150cm Durchmesser bei Hauseingangstüren	- 60cm seitliche Anfahrbarkeit bevorzugt, min. jedoch 20cm - seitliche Anfahrbarkeit und freie Länge hinter geöffnetem Türflügel muss min. 120cm sein
Ausstattung	Bedienelemente	- in 85cm Höhe - min. 50cm seitlicher Abstand	- 80cm - 110cm Höhe - min. 50cm seitlicher Abstand	- 80cm - 110cm Höhe - min. 70cm beidseitige Freifläche
Sanitär-räume	Tür	- min. 90cm Durchgangslichte - nach außend öffnend - von außen entriegelbar	- min. 80cm Durchgangslichte - nach außen öffnend	- min. 80cm Durchgangslichte - bevorzugt nach außen öffnend
	Raumgröße		- min. 220cm x 215cm bei universell anfahrbarem WC-Sitz - min. 185cm x 215cm bei einseitig anfahrbarem WC-Sitz	- min. 3.80m ² - min. 170cm Raumabmessung - min. 180cm x 180cm Raum für Rollstuhlnutzung
	Bewegungsfläche	- min. 150cm x 150cm vor allen Sanitärapparaten (Rollstuhlnutzung) - min. 120cm x 120cm vor allen Sanitärapparaten (barrierefrei)	-min. 150cm Durchmesser	

Fortsetzung der Tabelle auf S 197

		DIN 18040-2 (2011-09)	ÖNORM B 1600 (2012-02-15)	SIA 500 (2011-06)
	WC	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsfläche auf einer WC-Seite: 90cm x 70cm - Wandabstand: min. 30cm (barrierefrei - min. 20cm) - 46cm - 48cm Sitzhöhe - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen 	<ul style="list-style-type: none"> - Freifläche vor WC: min. 120cm - Bewegungsfläche auf einer WC-Seite: 90cm - 46cm - 48cm Sitzhöhe - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen 	<ul style="list-style-type: none"> - Freifläche vor WC: min. 80cm x 120cm - Achsabstand zur Wand: 45cm - Bewegungsfläche auf einer WC-Seite: min. 80cm - 46cm Sitzhöhe - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen
	Waschtisch	<ul style="list-style-type: none"> - min. 55cm unterfahrbar - min. 90cm breiter Bein-freiraum - max. 80cm Höhe - Armatur max. 40cm von Vorderrand entfernt 	<ul style="list-style-type: none"> - auf min. 100cm Breite anfahrbar - bis min. 70cm Höhe unterfahrbar - min. 45cm tief - in 80cm - 85cm Höhe 	<ul style="list-style-type: none"> - unterfahrbar - 35cm - 40cm Tiefe - in 70cm - 85cm Höhe
	Dusche	<ul style="list-style-type: none"> - niveaugleich (in Bewegungsfläche einbezogen) - max. 2cm Absenkung - 46cm - 48cm Duschsitzhöhe - Armatur in 85cm Höhe - späterer Badewanneneinbau muss möglich sein - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen 	<ul style="list-style-type: none"> - min. 150cm x 150cm bzw. 130cm x 180cm Grundfläche - uneingeschränkt befahrbar - 46cm - 48cm Duschsitzhöhe - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen 	<ul style="list-style-type: none"> - bodengleich - 90cm x 110cm Duschfläche - 46cm Duschsitzhöhe - normgerechte Ausstattung mit Stütz- und Haltegriffen

Tab. 22 | Vergleich der aktuellen Normen zum barrierefreien Bauen in Deutschland, Österreich und der Schweiz

