



Manuel Sandner, BSc

Neubau Senioren-WG als alternative Wohnform und geriatrisches Tageszentrum,  
im Zusammenspiel mit neuer und öffentlicher Gastronomiefäche, am Thalersee bei Graz

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom-Ingenieur

Masterstudium Architektur

eingereicht an der

Technischen Universität Graz

Betreuer

Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Architekt Roger Riewe  
Institut für Architekturtechnologie

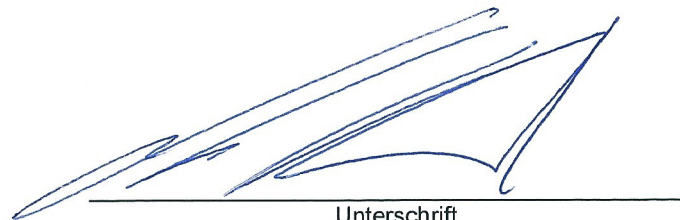
Graz, Oktober 2016

## EIDESSTÄTTLICHE 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 TUG-RAZonline hochgeladene Textdokument ist mit der vorliegenden Masterarbeit identisch.

Graz, am 14.10.16

Datum



Unterschrift

1.1	Was ist „altern“ ?	14-15
1.2	Psychosoziale Alterstheorien	16-19
1.2.1	Das Defizitmodell des Alterns	16
1.2.2	Disengagementtheorie	16
1.2.3	Aktivitätstheorie	17
1.2.4	Kontinuitätsthese oder Kontinuitätstheorie	17
1.2.5	Kompetenzmodell	18
1.2.6	Qualitatives Verlaufsmodell und Wachstumstheorie	18
1.2.7	Begriff der biografisch orientierten Ansatzes	19
1.3	Bevölkerungsveränderungen und demografische Entwicklung	20-21
1.4	Bedürfnisse	22-23
1.4.1	Allgemeines	22
1.4.2	Bedürfnispyramide	22-23

2.1	Einleitung	26
2.2	Extramurale Pflege- und Betreuungsformen	26-27
2.3	Teilstationäre Pflege- und Betreuungsformen	28-29
2.4	Stationäre Pflege- und Betreuungsformen	30-31
2.5	Neue Wohnformen	32-33
2.6	Betreuungssituation in Österreich	34-41
2.6.1	Allgemeines	34-35
2.6.2	Pflegewohnheime	36-37
2.6.3	Betreutes Wohnen	38-39
2.6.4	Seniorenwohngemeinschaften	40-41

## Inhaltsverzeichnis

Pflegewissenschaftlicher Ansatz

### 3.Kapitel Gerontologie und Geriatrie

- |     |                                      |       |
|-----|--------------------------------------|-------|
| 3.1 | Definition Gerontologie              | 44    |
| 3.2 | Definition Geriatrie                 | 45    |
| 3.3 | Geriatrisches Tageszentrum allgemein | 46-47 |

### 4.Kapitel Referenzen

Pflegewissenschaftlicher Ansatz

- |     |  |       |
|-----|--|-------|
| 4.1 | Seniorenwohngemeinschaften in Dänemark     | 50-51 |
| 4.2 | Alternative Wohnformen in den Niederlanden | 52-53 |
| 4.3 | Geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz    | 54-57 |
|     | 4.3.1 Allgemeines                          | 54-55 |
|     | 4.3.2 Tagesablauf                          | 56-57 |

5.1	Barrierefreies Bauen   Anforderungen	60-65
5.1.1	Allgemeines und Richtlinien	60-61
5.1.2	Erschließungen	62-63
5.1.3	Sanitäre Einrichtungen	64-65
5.2	Farb- und Materialkonzepte	66-71
5.2.1	Allgemeines	66-67
5.2.2	Farben und ihre Wirkungen	68-71
5.3	Belichtungs- und Beleuchtungskonzepte	72-75
5.3.1	Allgemeines	72-73
5.3.2	Licht und Gesundheit	74-75

6.1	Idee und Ziel der Arbeit	78-79
6.2	Das Grundstück	80-85
6.2.1	Infrastruktur	80-83
6.2.2	Bestandsgebäude	84-85
6.3	Raumprogramm Referenzgebäude	86-91
6.3.1	Geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz	86-87
6.3.2	Gemeinschaftswohnen Bonnerstraße in Wesseling	88-89
6.3.3	Cafè am Hönningerberg	90-91
6.4	Funktionsüberlagerungen   Raumprogramm	92-93
6.5	Flächenermittlung	94-95



# Inhaltsverzeichnis

## 7.Kapitel Entwurf

Architektur

7.1	Formfindung   Erschließungskonzept	98-101
7.2	Pläne und Entwurfsdarstellungen	102-148
7.2.1	Schwarzplan   Lageplan	102-103
7.2.2	Untergeschoss	104-107
7.2.3	Erdgeschoss	108-111
7.2.4	1.-2. Obergeschoss	112-117
7.2.5	Schnitte	118-129
7.2.6	Ansichten	130-137
7.2.7	Schaubilder   Visualisierungen	138-145
7.2.8	Fassadenschnitt   Fassadenansicht	146-147
7.2.9	Daten und Fakten	148-149

## 8.Kapitel Quellenangaben

Verzeichnis

8.1	Literaturverzeichnis	152-153+
8.2	Abbildungsverzeichnis	154-161



Pflegewissenschaftlicher Ansatz

# 1.Kapitel

Ausgangssituation

Grundsätzlich gibt es keine allgemein gültige Norm oder Definition für das Altern, es ist vielmehr ein Prozess der jedenfalls schon ab der Geburt beginnt. Während des gesamten Lebens laufen Auf- und Abbauprozesse nebeneinander ab. Er ist ein komplexer, individueller Prozess, der nicht nur von den Lebensjahren, sondern natürlich auch von den Erbanlagen, den Lebensbedingungen beziehungsweise den Lebensschicksalen, von der sozioökonomischen Situation, dem Bildungsgang und vielem mehr abhängt. Die unterschiedlichen Einflüsse auf den Alterungsprozess sind vielfältig und lassen sich nicht scharf voneinander trennen. Um PatientInnen ganzheitlich zu erfassen, werden bei der bio-psychosozialen Sicht, siehe Abbildung 1, neben biologischen Faktoren wie beispielsweise Erkrankungen, Beschwerden, körperliche Schwächen und Stärken auch psychische Faktoren wie psychische Probleme, Störungen, Abhängigkeiten sowie psychische Stärken und soziale Faktoren wie das soziale Netz der Familie, Freunde, Nachbarn und finanzielle Probleme berücksichtigt. Altern wird von uns meist mit negativen Dingen assoziiert, wobei viele sogenannte „junge Alte“ allerdings zeigen, die bis ins hohe Alter aktiv, neugierig und Veränderungen gegenüber offen sind, dass trotz all der Probleme ein glücklicher Lebensabend möglich ist. Bei einem so allgemeinen und komplexen Thema wie dem Altern ist es praktisch, wenn es in verschiedene Teilaspekte beziehungsweise Sichtweisen aufgeteilt wird. Bei geriatrischen PatientInnen ist vor allem der Aspekt der Selbstständigkeit enorm wichtig, also wie selbstkompetent und unabhängig sie im alltäglichen Leben sind, welche Ressourcen sie haben, wie dicht ihr soziales Netz ist und wieviel Pflegeaufwand sie dementsprechend benötigen. <sup>1</sup>

Generell werden 3 Teilaspekte definiert. Dazu gehören der Biografische (auch Kalendarische), der Biologische und der Subjektive Aspekt. Unter dem Kalendarischen Aspekt versteht man die urkundlich festgelegte Anzahl der Lebensjahre. Der Biologische Aspekt beschäftigt sich mit der Frage, was in unserem Körper, in den Organen, in den einzelnen Zellen passiert, wenn man altert. Das Biologische Alter ist ein Schätzwert für die gegenwärtige gesundheitliche Situation und Belastbarkeit eines Menschen und muss nicht mit dessen biografischen oder auch kalendarischen Alter korrelieren. Das heißt, die beiden müssen einander nicht bedingen und nicht miteinander in Wechselbeziehungen stehen. Der subjektive Aspekt konzentriert sich auf den psychologischen Umgang des Menschen mit seinem Altern, sprich „man ist so alt wie man sich fühlt“. Welche Lebenseinstellung, subjektive Zufriedenheit und Problemlösungskompetenz hat der Mensch, verfügt dieser über Humor, hat er viele Freunde, kann er sein Leben aktiv und spannend gestalten oder fühlt er sich einsam, abhängig oder wertlos? Vielfach wird auch einfach nach dem Lebensalter unterschieden. Abgeleitet vom Englischen etwa zwischen „young old“, „old“ and „very old“, also etwa die „jungen Alten“, die „mittleren Alten“ und die „alten Alten“. Die Grenzen sind unterschiedlich und werden sich zunehmend nach oben verschieben. Randwerte sind, dass die „jungen Alten“ oft ab dem sechzigsten Lebensjahr und die „alten Alten“ ab dem achtzigsten Lebensjahr gesehen werden. Es bleibt nun zu fragen, was die unterschiedlichen Benennungen und Differenzierungen der Pflege zu sagen haben. Das unbedingte Ziel der Pflege alter Menschen ist es, ihnen ein Altern und Leben in möglichst hoher Lebensqualität zu ermöglichen. Eine erreichbare Zielsetzung der Pflege von älteren Menschen ist die möglichst lange Erhaltung von Aktivität und Selbstständigkeit. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl. Matolycz 2011, S.8-11.

<sup>2</sup> Vgl. Matolycz 2011, S.21.



ES GEHT NICHT DARUM, DEM  
LEBEN MEHR TAGE ZU GEBEN,  
SONDERN DEN TAGEN MEHR LEBEN.

CICELY SAUNDERS

Abb.1: Was ist „altern“ ?

### 1.2.1 Das Defizitmodell des Alterns

Dieses Modell basiert auf Untersuchungen, die auf Grundlage der experimentellen Psychologie zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts in den USA durchgeführt wurden und zum Ergebnis hatten, dass das Altern des Menschen notwendig und irreversibel mit Verlusten auf dem Gebiet vor allem kognitiver Fähigkeiten, sprich Fähigkeiten, die die geistige Leistungsfähigkeit betreffen, verbunden sei. Das Defizitmodell gilt heute als überholt, was einerseits bestimmten Messfehlern in Zusammenhang mit der Testung, andererseits der Außerachtlassung wesentlich zur Leistungsfähigkeit beitragender Faktoren geschuldet wird. Wie die Schulbildung, der beruflichen Situation, „Trainiertheit“ mit Blick auf die Aufgabenstellung, der Krankheit, der Motivation oder die grundsätzliche Individualität des Alterns.<sup>3</sup>

### 1.2.2 Disengagementtheorie

Die Disengagementtheorie entstand ebenfalls in den USA in den sechziger Jahren und besagt, dass die ältere Generation sich in gewisser Weise absichtlich von ihrer Umwelt zurückziehen würde, was wiederum eine natürliche Folge des Alterungsprozesses sei und letztlich auch Freiheit von einengenden Normen bedeutet. Diese Denkweise geht von einem biologischen Prozess des Abbaus aus, der sich auch im Rückzug aus sozialen Kontakten und Funktionen zeigt. Empirisch widerlegt wurde die Theorie dahingehend, dass man einerseits aus eventuell vorhandenem Rückzug nicht auf diesbezügliche Wünsche schließen kann und dass andererseits auch bedacht werden muss, dass Menschen das Disengagement auch aus anderen Gründen als adäquate Reaktion erscheinen könnte. Schlussendlich wurde empirisch gezeigt, dass soziale Aktivität und positive Stimmungslage durchaus korrelieren können. Die Disengagementtheorie kann als VertreterIn des Defizitmodells verstanden werden.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Matolyz 2011, S.13.

<sup>4</sup> Matolyz 2011, S.14.

### 1.2.3 Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie stellt gewissermaßen das Gegenstück zur Disengagementtheorie dar und wurde wie auch die Disengagementtheorie in den sechziger Jahren entwickelt. Im Gegensatz zum Rückzug stehen darin nämlich noch vorhandene Potentiale des Menschen im Zentrum, wobei für ein Altern in Zufriedenheit gerade Aktivität als zentrales Moment ausgemacht wird. Es gilt sozusagen, die Gewohnheiten so weit wie möglich aufrechtzuerhalten und gegebenenfalls die berufliche Tätigkeit durch anderes zu ersetzen. Viele soziale Kontakte innewohnen beeinflussen das Selbstbild positiv, so lautet die Aussage der Aktivitätstheorie. Als das Ideal gilt in dieser Theorie somit der aktive Mensch in den mittleren Lebensjahren und dieses Ideal wird ebenfalls auch für das Alter angestrebt. Der Rückzug, von dem in der Disengagementtheorie die Rede ist, gilt somit nicht als Wunsch des Alternden, sondern mehr als notgedrungene Reaktion auf den fortschreitenden Verlust beziehungsweise die Veränderung sozialer Rollen. Darunter versteht man unter anderem die berufliche Rolle, die Elternrolle, die Partnerrolle und viele weitere Rollen.<sup>5</sup>

### 1.2.4 Kontinuitätsthese oder Kontinuitätstheorie

Diese Theorie besagt, dass die Anpassung an das Alter umso besser gelingt, je mehr Kontinuität zwischen der Lebenssituation im mittleren und höheren Lebensalter besteht. Die Zufriedenheit sei also umso höher, je mehr die Lebensbedingungen in den Lebensabschnitten einander ähneln. Es wird dabei zwischen der inneren und der äußeren Kontinuität unterschieden, wobei man unter der inneren Kontinuität die unterschiedlichen Einstellungen und Haltungen oder Ideen verstehen kann, welche fortgesetzt werden sollen. Die äußere Kontinuität steht für Lebensumstände wie die Umgebung, bekannte Handlungen oder anderweitig Vertrautes. Den Ursprung findet die Kontinuitätstheorie in der Soziologie, wurde jedoch um entwicklungspsychologische Elemente erweitert und ist zeitlich nach der Entstehung der beiden vorhin erwähnten Theorien einzuordnen.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Matolyz 2011, S.15-16.

<sup>6</sup> Matolyz 2011, S.16-17

### 1.2.5 Kompetenzmodell

Dieses Modell ist ein im Rahmen einer Debatte um die Alterstheorien entstandener Versuch, dem negativen Bild von Altern, das vor allem im Defizitmodell verankert ist, eine Denkart entgegenzusetzen, welche die Fähigkeiten und Potentiale des Betagten ins Zentrum stellt. Dies geschieht, indem die Lernfähigkeit, die Fähigkeit, neue Kompetenzen zu erwerben, die Belastbarkeiten bis ins höhere Alter, die Lebenserfahrung und die Reife betont werden. Es kann nicht in Abrede gestellt werden, dass der Prozess des Alterns, der für sich schon individuell verläuft, auch so gestaltet werden kann, dass viele Fähigkeiten und Fertigkeiten verbleiben, sich auch neue Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln, etwa die, mit Einschränkung zurechtzukommen. Zu diesem Modell finden sich auch hier kritische Einwände, da das hohe Alter trotz allem häufig mit Verlust oder Hilfsbedürftigkeit verbunden ist.<sup>7</sup>

### 1.2.6 Qualitatives Verlaufsmodell und Wachstumstheorie

Diese Theorien gehen von qualitativen Veränderungen aus, die sich demnach dort zeigen sollen, wo der Mensch vom mittleren ins höhere Lebensalter übergeht. Vereinfacht versteht man darin, dass der Mensch im Alter alle seine Persönlichkeitsanteile und Lebensereignisse, ebenso die Veränderungen, die das Altern mit sich bringt, akzeptieren und bejahen kann. Ein ähnliches Denken findet sich in den sogenannten Wachstumstheorien des Alterns, in denen davon ausgegangen wird, dass sich das Alter durch besondere Reife auszeichnet, welche die menschliche Entwicklung abschließt.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Matolyz 2011, S.17.

<sup>8</sup> Matolyz 2011, S.17-18.



### 1.2.7 Begriff des biografisch orientierten Ansatzes

Dieser Begriff beschreibt den Umstand, dass seit knapp drei Jahrzehnten die Arbeit mit Biografien verstärkt Einzug in die sozialwissenschaftliche Forschung hält und sich auch im Denken innerhalb der Gerontologie und der geriatrischen Pflege niederschlägt. Das Lebenslagenkonzept beschäftigt sich einerseits mit der aktuellen Lebenssituation Alternder und damit, wodurch sie vorrangig beeinflusst wird. Andererseits wird in diesem Zusammenhang überlegt, wie sie ggf. beeinflusst werden können. Auch der Erinnerung alter Menschen kommt dabei Bedeutung zu, da sie ja die gegenwärtige Situation jeweils vor ihrem persönlichen Hintergrund erleben. Mit Blick darauf wird allerdings auch die Überlegung ins Feld geführt, dass es vielfach zu Identitätskrisen Betagter kommen kann, da vieles des Erlebten heute keine Bedeutung mehr zu haben scheint, es also etwa bestimmte Berufe nicht mehr gibt, bestimmte Fähigkeiten nicht mehr gefragt sind und sich die Lebensformen gewandelt haben und auch weiter wandeln werden. Es wird also einerseits die Lebensgeschichte eines Menschen, andererseits das aktuell Gegebene betrachtet und zueinander in Beziehung gesetzt. Die oben angeführten Theorien und Modelle zum Altern sind teilweise widerlegt, widersprechen einander oder lassen sich miteinander korrelieren. Trotzdem können sie, solange die Theorien nicht als widerlegt gelten, nicht einfach als „richtig“ oder „falsch“ bezeichnet werden, da es sich jeweils um unterschiedliche Arten handelt, über das Altern nachzudenken. In jedem Fall lohnt es sich, einerseits das eigene Denken über Alter und Altern zu reflektieren, andererseits ist es auch interessant, Pflegemodelle und Pflegekonzeptionen auf das ihnen zugrundeliegende Bild zu überprüfen.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Vgl. Matolycz 2011, S.18-20.

In Gegenüberstellung vergleichbarer europäischer Länder, wird die Zahl und der Anteil älterer, sowie auch hochbetagter Menschen in Österreich in den kommenden Jahrzehnten weiter ansteigen. Wir entwickeln uns von einer demografisch jungen zu einer demografisch alten Gesellschaft. Die einzelnen Generationen sowie die Gesellschaft insgesamt, werden von den Konsequenzen dieser Entwicklung betroffen sein. Wie die Tabelle (Abb.2:) zeigen wird, bringen die kommenden Jahrzehnte eine ständig demografische Alterung bei einer gleichzeitig wachsender Bevölkerung. Grund dieser Steigerung ist die Lebenserwartung der älteren Generationen sowie der deutliche Sterblichkeitsrückgang der letzten drei Jahrzehnte. Die demografische Expansion der Altersphase basiert erfreulicherweise primär auf der Verbesserung des Gesundheitszustandes älterer Menschen. Einschränkend wird allerdings darauf hingewiesen, dass es für die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich entscheidend ist, ob der subjektiv bessere Gesundheitszustand älterer Menschen das Resultat erfolgreicher Prävention ist, chronische Krankheiten tatsächlich später im Leben manifestiert werden, oder ob er die Folge sehr effizienter und teuer medizinischer Therapien darstellt, denn nur ersteres entkoppelt die steigende Zahl alter Menschen von der Kostenentwicklung und kann damit quasi kompensatorisch auf die befürchteten negativen Folgen der demografischen Alterung wirken.<sup>10</sup>

Betrachtet man nun die altersbezogene Bevölkerungsstruktur im Jahr 2015 in Österreich, so lässt sich herauslesen, dass die Bevölkerung von 60 und mehr Jahren rund 24 % ausmacht. In den von der WHO definierten Altersgruppen ergeben sich folgende Prozentsätze. Der prozentuelle Anteil der „jungen Alten“, sprich den 60 bis 74-Jährigen liegt aktuell bei ca.15,5%, der Anteil der Betagten und Hochbetagten von 75 bis 89 Jahren bei 7,6%, 0,8% sind es bei den Höchstbetagten zwischen 90 bis 99-Jährigen und bei den Langlebigen ab 100 Jahren und älter liegt der prozentuelle Anteil bei aktuell 0,02%. Deutlich von der Grafik ablesbar ist der höhere Frauenanteil in der Altersgruppe der Betagten und Hochbetagten, welcher bei ca. 60% liegt wobei die Tendenz im höheren Alter ansteigt. Mittelfristig gesehen ist für Österreich kein Bevölkerungsrückgang zu erwarten, sondern diese wird in den kommenden zwei Jahrzehnten ständig zunehmen. Dramatisch wird jedoch die Veränderung der Altersstruktur sein. Liegt der Anteil der über 60-Jährigen noch bei ca. 24%, so wird sich dieser bis ins Jahr 2030 auf rund 32% und bis ins Jahr 2075 auf 36% steigern. Dadurch wird speziell auch die Anzahl der über 75-Jährigen enorm gehoben. Wie oben bereits erwähnt liegt der Anteil der Betagten und Hochbetagten im Jahr 2015 bei etwa 8% (ca. 731.000 Menschen), im Jahr 2030 12% (ca. 1.040.000 Menschen) und 2075 17% (ca. 1.640.000 Menschen). Parallel dazu steigt das Durchschnittsalter von momentan 40,6 Jahren auf knapp über 48 Jahren. Zugleich sinken die Anteile der unter 15-Jährigen in den kommenden Jahrzehnten sehr stark. Für Städte und insbesondere Gemeinden sind die Veränderungen der Kindergartenkinder, der Schüler und der Betagten und Hochbetagten, in Bezug auf der nötigen Infrastrukturen wie Betreuungsangebote, Schulen, etc., von besonderer Bedeutung.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Vgl. Statistik Austria 2016.

<sup>11</sup> Vgl. Statistik Austria 2016.

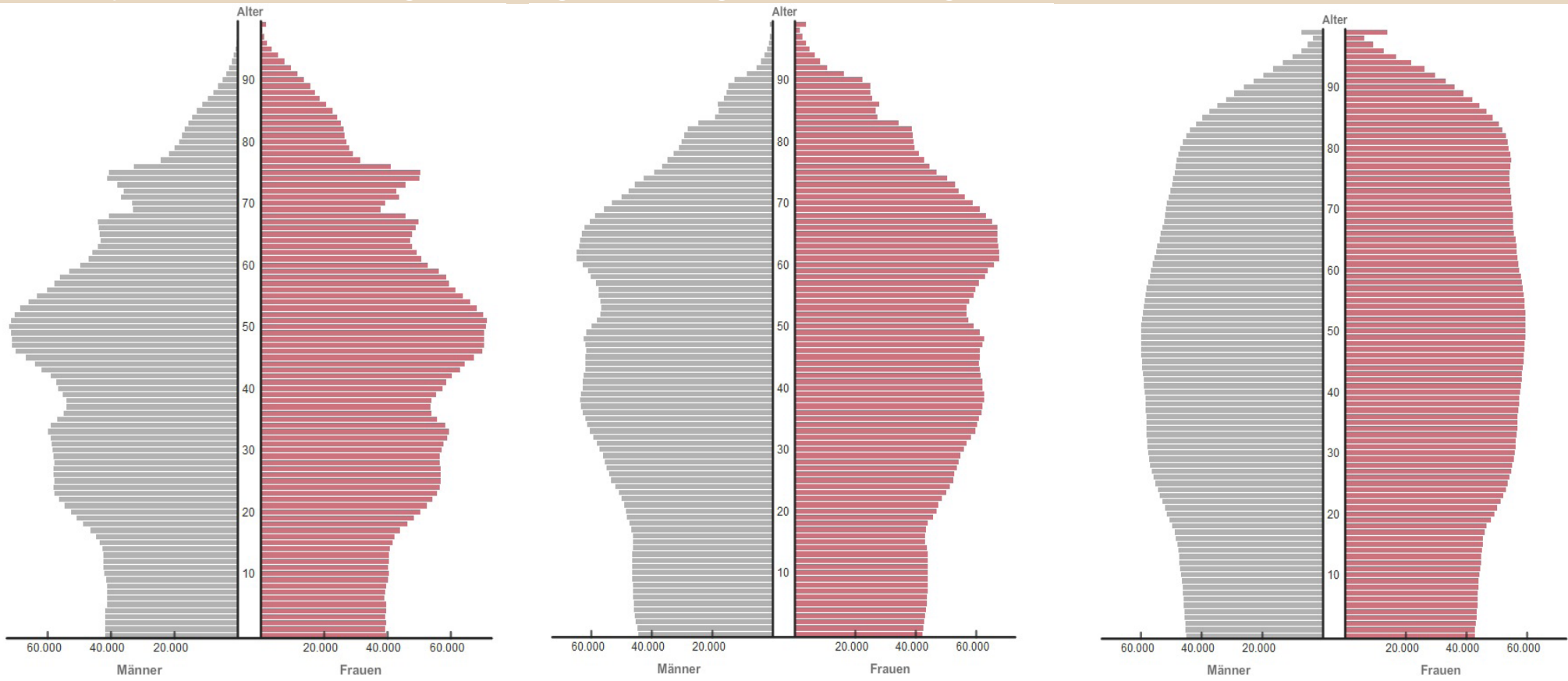


Abb.2: Grafische Darstellung der demografischen Entwicklung Österreich

### 1.4.1 Allgemeines

Mit dem Älter werden denken viele Menschen neben der Gesundheit darüber nach, wie sie in späterer Zukunft leben wollen und befürchten zunehmend im Alter ein Pflegefall werden zu können und dabei ihre Autonomie verlieren zu können. Sie haben den dringenden Wunsch, auch in ihrer dritten Lebensphase so weit wie möglich nach ihren Bedürfnissen und Wünschen leben zu können, wobei eine Unterstützung im täglichen Leben sowie eine professionelle Hilfe im Pflegefall nicht fehlen dürfen. Pflegeheime verlieren dabei immer mehr an Akzeptanz, da viele Betagte diese Einrichtungsform als Ausgrenzung empfinden. Sie wünschen sich unter anderem auch ihre Fähigkeiten in der Gesellschaft angemessen zur Verfügung zu stellen, sprich haben Ansprüche an die Teilnahme des öffentlichen Lebens.<sup>12</sup>

### 1.4.2 Bedürfnispyramide

Entwickelt wurde die Bedürfnispyramide von dem berühmten amerikanischen Psychologen Abraham Maslow und zählt zu seiner bekanntesten Leistung im Bereich der Psychologie. Die Bedürfnispyramide ist ein Stufenmodell der menschlichen Motivation und unterteilt sich in 5 Stufen. In der ersten Stufe, sprich der Basis der Pyramide, sieht er die physiologischen Grund- und Existenzbedürfnisse wie die ausreichende Nahrung, Wärme uvm. Sie sind seiner Auffassung nach die grundlegendsten und mächtigsten unter allen Bedürfnissen. In der zweiten Stufe folgen die Sicherheitsbedürfnisse. Darunter versteht man die Sicherheit, den Schutz, die Stabilität, die Geborgenheit, Freiheit von Angst, Ordnungen, Grenzen, Regeln und Gesetze. Auf der dritten Ebene befinden sich die sozialen Bedürfnisse. Wenn die unteren beiden Ebenen befriedigt sind, verlangt der Mensch nach Zuneigung und Liebe und nach sozialer Anerkennung und Zugehörigkeit. Dieser Hierarchie der Bedürfnisse folgt dann die vierte Ebene mit Anerkennung und Wertschätzung sowie letztendlich auf der obersten Stufe die Selbstverwirklichung eines jeden Menschen. Man kann zusammenfassend sagen, je tiefer die Ebene, umso wichtiger sind die Bedürfnisse für das eigentliche Überleben. Zusätzlich unterscheidet Maslow zwischen Defizitbedürfnissen, den niedrigen Bedürfnissen, und den Wachstumsbedürfnissen, den sogenannten höheren Bedürfnissen. Die Defizitbedürfnisse müssen auf jeden Fall erfüllt sein, damit der Mensch zufrieden ist, die Wachstumsbedürfnisse führen letztendlich zum Glück. Die Wachstumsbedürfnisse wie das Streben nach Selbstverwirklichung, treten erst dann in den Vordergrund, wenn die Defizitbedürfnisse erfüllt sind. Durch die erfolgt schließlich die Verstärkung der eigenen Individualität.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Vgl. Matolycz 2011, S.47.

<sup>13</sup> Vgl. R. Gawlick-Internetdienstleistungen 2016.

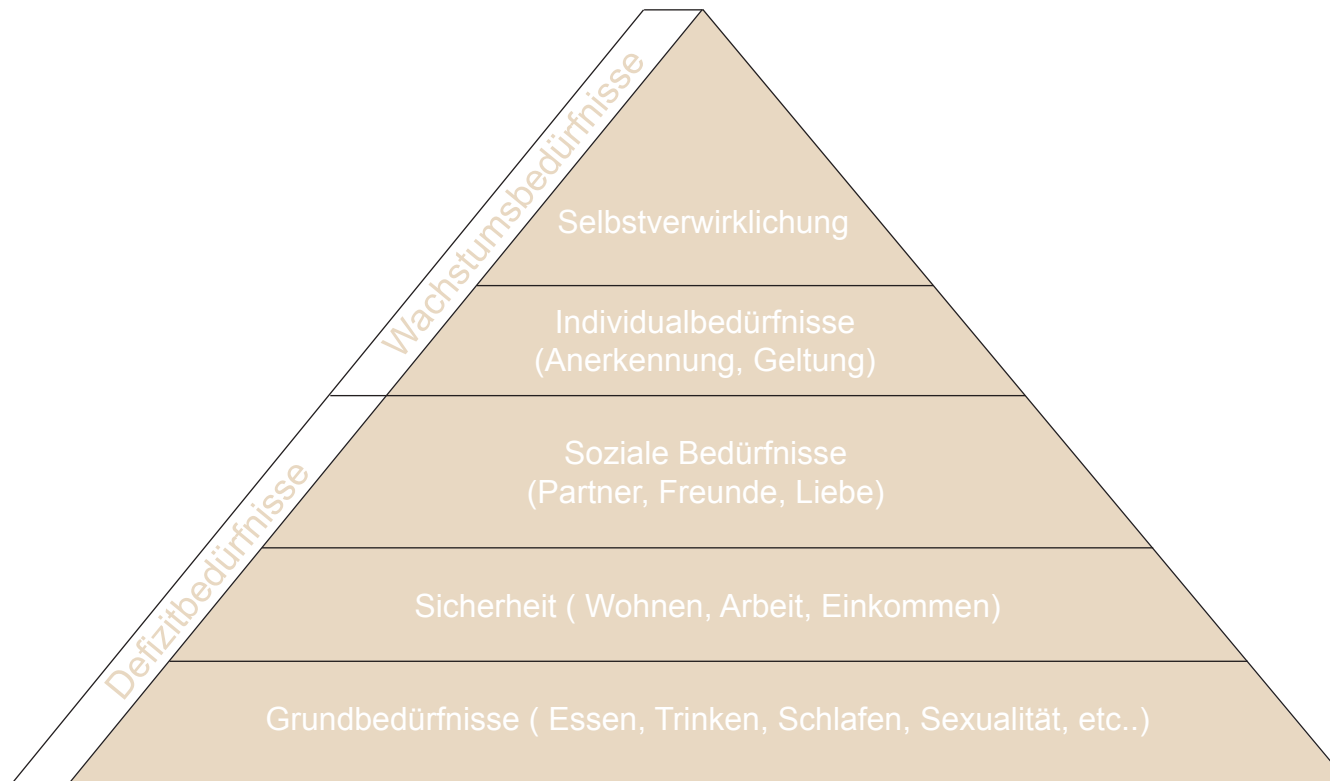


Abb.3: Bedürfnispyramide nach Maslow



Pflegewissenschaftlicher Ansatz

## 2.Kapitel

Einrichtungen und Settings für die Pflege alter Menschen

Mit der steigenden Anzahl alter Menschen und dem steigenden Bedarf an Pflege und Betreuung ändern sich auch die Formen, in denen beides angeboten wird. Unter dem Begriff Settings versteht man dabei Lebensumwelten mit ihren sozialen Zusammenhängen, in denen sich alte Menschen befinden. Diese können völlig unterschiedlich gestaltet sein und die Bandbreite bewegt sich vom eigenen häuslichen Umfeld über verschiedene Formen der Unterstützung bis hin zur stationären Pflegeeinheit. Grundsätzlich kann zwischen der extramuralen, teilstationären und der stationären Pflege- und Betreuungsform, sowie der Nutzung neuer Wohnformen unterschieden werden.<sup>14</sup>

Den extramuralen Pflege- und Betreuungsformen sind die so genannten extramuralen Dienste zugeordnet. Diese umfassen unterschiedlicher Leistungsangebote für die Pflege und Betreuung alter Menschen in der eigenen Wohnung. Extramurale Dienste werden auch als mobile Dienste, soziale Dienste, Gesundheitsdienste oder auch spitalexterne Dienste bezeichnet und beinhalten im Wesentlichen die Heimhilfe, die Hauskrankenpflege und die medizinische Hauskrankenpflege.

Der Tätigkeitsbereich der Heimhilfe beschränkt sich im Wesentlichen auf die Hilfestellung bei Hausarbeiten, wie beispielweise die Erledigung von Einkäufen und Besorgung von Medikamenten, Reinigungsarbeiten, das Vorbereiten von Mahlzeiten und auch die Förderung von sozialen Kontakten.

Die Hauskrankenpflege umfasst pflegerische Maßnahmen wie die Körper-, Haar- und Zahnpflege, aber auch der Mobilisation und Lagerung und dem Wundmanagement und der Wundversorgung. Die Ausübung dieser Dienste kann sowohl von Pflegehelfern als auch von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt werden.

Die Dienstleistung der med. Hauskrankenpflege erfolgt ausschließlich durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und soll den Aufenthalt in einem Krankenhaus ersetzen oder verkürzen. Der Tätigkeitsbereich umfasst die Verabreichung und Vorbereitung von Medikamenten, Injektionen, das Setzen von Blasenkatetern, der Blutabnahme und wie auch in der Hauskrankenpflege der Wundversorgung und dem Wundmanagement.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Matolycz 2011, S.24.

<sup>15</sup> Matolycz 2011, S.24-26.





Abb.4: Tätigkeitsbereich der Heimhilfe



Abb.5: Tätigkeitsbereich der Hauskrankenpflege



Abb.6: Tätigkeitsbereich der medizinischen Hauskrankenpflege

Der wichtige Hintergrund dieser Pflege- und Betreuungsform ist, dass der Betagte nicht sein restliches Leben in solchen Einrichtungen verbringen soll, sondern sich nur teilweise dort aufhält, beziehungsweise dass die Pflege und die Betreuung nicht rund um die Uhr, sondern nur punktuell stattfindet. Ihnen können wiederum geriatrische Tageszentren, Formen des Betreuten Wohnens und Angebote aus dem Bereich der Kurzzeitpflege zugerechnet werden. <sup>16</sup>

<sup>16</sup> Matolycz 2011, S.28



Abb.7: Stimmungsfoto der teilstationären Pflege- und Betreuungsformen



Abb.8: Vitalzeichenkontrolle durch das Pflegepersonal



Kann der Pflegebedarf des Betagten im häuslichen Umfeld auch durch eine 24-Stunden Betreuung nicht flächendeckend sichergestellt werden, ist die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung möglich. Dafür ist jedoch eine strukturierte Planung und professionelle Gestaltung der Eingewöhnungsphase unabdingbar, da der Umzug für die Betagten eine besondere Belastung mit sich bringt. Dadurch können unter anderem Einbußen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten anfallen. Pflege- und Wohnheime können dabei unterschiedlich gestaltet sein. Heutzutage wird versucht, die Bettenanzahl in den Zimmern möglichst gering zu halten, wobei vier Betten das absolute Maximum darstellen. Im Idealfall werden jedoch Einzel- beziehungsweise Zweibettzimmer angestrebt. Da es heutzutage jedoch eine große Palette an verschiedene Wohnmöglichkeiten zur stationären Pflege- und Betreuungsformen gibt, muss man im Alter nicht unbedingt auf ein Pflegeheim zurückgreifen müssen. Diesbezüglich werden ständig Forschungen angestellt, um neue Wohnformen zu entwickeln, welche die Ansprüche und Forderungen der „alten Generation“ erfüllen.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Matolycz 2011, S.32-34.



Abb.9: Stimmungsfoto der stationären Pflege- und Betreuungsformen 1



Abb.10: Stimmungsfoto der stationären Pflege und Betreuungsformen 2

Abgesehen davon, dass Betagte sich, wie jüngere Menschen auch, in Wohngemeinschaften zusammenfinden und diese Wohn- und Lebensform grundsätzlich auch völlig autonom organisieren können, wird sie auch in Form von Betreuten Wohngemeinschaften angeboten. Vorbilder dieser Wohnform in Österreich sind unter anderem die Caritas Socialis und das Hilfswerk Österreich. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, in denen Betagte leben, die aus unterschiedlichen Gründen nicht allein leben können oder möchten. Wie für neuere Wohnformen typisch, hat jeder Bewohner ein eigenes Zimmer, während gemeinsame Bereiche wie Küche und Wohnzimmer von allen Bewohnern genutzt werden können. Je nach Größe der unterschiedlichen Wohnungen leben zwischen vier und acht alte Menschen zusammen, dabei besteht die Möglichkeit, verschiedene soziale und extramurale Dienste zu nutzen, jedoch hauptsächlich ohne Betreuung in der Nacht.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Matolycz 2011, S.35.



Abb.11: Stimmungsfoto alternative Wohnform - Betreute Wohngemeinschaften 1



Abb.12: Stimmungsfoto alternative Wohnform - Betreute Wohngemeinschaften 2



### 2.6.1 Allgemeines

„Jeder Mensch wünscht sich ein langes Leben, und dass ihm/ihr die eigene Gesundheit, Selbständigkeit und Unabhängigkeit bis ans Lebensende erhalten bleiben möge.

Tatsächlich aber kommen viele Menschen im hohen Alter in die Situation, ihr bisheriges Leben zuhause aufgeben und sich für eine Übersiedlung in eine Institution der Seniorenbetreuung entscheiden zu müssen.

Das Angebot reicht dabei von Pensionisten-, Senioren-, Altenwohn- und Pflegeheimen. Darüber hinaus entwickeln sich immer mehr neue Wohn- und Pflegeformen für ältere Menschen, wie z.B. Betreutes Wohnen oder Wohngemeinschaften.“<sup>19</sup>

In Österreich gibt es aktuell rund 850 Alten- und Pflegeheime mit über 75.000 Plätzen, davon sind etwas mehr als 400 in öffentlicher Hand und knapp 450 haben private Träger. Durch die rasche demografische Entwicklung in Österreich gibt es jedoch einen akuten Mangel an Pflegeheimbetten, was wiederum zu großen Belastungen der Betroffenen oder der Pflegenden führen kann. Dieses Bettenproblem trifft insbesondere Betagte ohne familiärer Pflege, da diese im Krankenhaus auf ihren Heimeintritt warten müssen, was einerseits zu enormen Kosten führt, andererseits auch für die Betagten selbst eine riesige Belastung ist. Zukunftsweisend wird sich diese Situation nicht verbessern, wenn trotz des starken Anstieges der Betagten und Hochbetagten keine alternativen Wohnformen eingesetzt werden, da auch in Zukunft zu wenig Langzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen werden.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S.70.

<sup>20</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S.72.





Abb.13: Grafische Veranschaulichung - Betreuungssituation in Österreich

### 2.6.2 Pflegewohnheime

Grundsätzlich ist das Pflegewohnheim die am besten ausgestattete, aber auch die teuerste und in diesem Sinne unfinanzierbarste Wohnversorgung für das Wohnen im Alter und wird in unserer Gesellschaft meist negativ assoziiert, obwohl sich in den letzten Jahren der Standard sowie die Qualität in solchen Einrichtungen sehr stark gebessert hat. Jedoch erlaubt es die knappe Bemessung der einzelnen Zimmer nicht, private Möbel oder persönliche Gegenstände mitzunehmen, da in den meisten Pflegewohnheimen kein privater Wohnraum für die Bewohner vorgesehen wird, was ausschlaggebend zu einem gravierenden Persönlichkeitsverlust führen kann. Daher muss in Zukunft die definierte Funktionsbestimmung freigemacht, freigehalten und neu definiert werden. Aufnahmen ins Pflegeheim sind außerdem nur dann möglich, wenn der Betagte erstens selbst zustimmt oder zweitens diese Zustimmung von seinem gesetzlichen Vertreter getroffen wird. Der Aufenthalt wird in der Regel vom gesetzlichen Pflegegeld bezahlt, wobei ein bestimmter Prozentsatz davon zur freien Verfügung bleiben muss. Im Momentum wird aber jede Wohnform, die geeignet ist, den vorzeitigen Eintritt von alten Menschen in das Pflegeheim zu verhindern, entsprechend favorisiert und begünstigt.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S.78.



Abb.14: Pflegewohnheim Peter Rosegger Graz

### 2.6.3 Betreutes Wohnen

Beim Betreuten Wohnen sind zwei Leistungen miteinander gekoppelt. Die eine umfasst ein Wohnumfeld mit weitgehend barrierefreier Bewegungsmöglichkeit, die andere verschiedene Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Angebote sind höchst unterschiedlich und enthalten verschiedene Leistungsspektren. Gemeinsam ist ihnen, dass die Klienten weitgehend unabhängig und selbstbestimmt in Wohnungen leben und dann Hilfe in Anspruch nehmen können, wenn diese nötig ist. Die Kombination von Unabhängigkeit und Sicherheit stellt eine Alternative zum Umzug in ein Pflegeheim. Am einfachsten ist das Betreute Wohnen für ältere Menschen mit leichtem Bedarf an Pflege beziehungsweise Betreuung umsetzbar. Zusätzlich wird über das Modell des Betreuten Wohnen eine mittelfristige Entlastung der Pflegeheime erfolgen. Betreute Wohnungen können im Neubau oder auch in sanierten Bestandsgebäuden gefördert errichtet werden. Die Anforderungen für diese Wohnungen sind in der Steiermark:

- Bewohner müssen über 59 Jahre alt sein
- Max. 16 Bewohner auf max. 800m<sup>2</sup> NNF
- Wohnungen 40-70m<sup>2</sup> für 1-2 Personen je barrierefrei ausgestattet
- Balkone oder Terrassen
- Gemeinsamer allgemeiner wohnlicher Aufenthaltsbereich
- Landesförderungen für die Errichtung der Wohnanlagen sowie für Wohnkosten

Im Vergleich zum Pflegeheim ist die Errichtung der betreuten Wohnanlagen zwar sogar pro Kopf teurer, da beim Betreuten Wohnen ganze Wohnungen errichtet werden, beim Pflegeheim aber nur Zimmer, jedoch sind die laufenden Personalkosten beim Betreuten Wohnen ungleich niedriger. Aus diesem Grund kann dadurch im Wohnbau für den demografisch zu erwartenden Bedarf an altengerechten Wohnungen in sinnvoller Weise mit diesem Modell gut und günstig gebaut werden. Die Errichtungskosten einschließlich erforderlicher Einrichtung werden mit rund 1.500Euro/m<sup>2</sup> Nutzfläche netto herangezogen.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S.80-82.





Abb.15: Stimmungsfoto - Betreutes Wohnen mit sozialem Betreuungspersonal



Abb.16: Stimmungsfoto - Betreutes Wohnen mit medizinischem Pflegetpersonal

### 2.6.4 Seniorenwohngemeinschaften

Diese Wohnform steht in Österreich noch in den Kinderschuhen und wird kaum genutzt, was durchaus darin begründet ist, dass die heutige Generation der alten Menschen eher selbstständig zu leben versucht. Solange diese noch in einer Partnerschaft gehalten sind, ist der Bedarf an einer Wohngemeinschaft komplett ausgeschlossen. Wenn der Partner verstirbt, verbleibt der nun alleinstehende oder noch an seiner Familie gebundene Partner in den eigenen vier Wänden, bis dieser dann schlussendlich zum Pflegefall wird und sich dabei eher auf die konventionellen Pflegeeinrichtungen stützt. In Zukunft werden verstärkt Menschen altern, welche die Vorzüge einer Wohngemeinschaft beispielsweise in der Studentenzeit oder in Lehrlingsheimen bereits einmal erfahren durften. Auch für ins Alter kommende Singles kann diese Wohnalternative eine Bereicherung ihrer dritten Lebensphase sein. Eine barrierefreie Ausstattung und die Ergänzung mit Dienstleistungen der mobilen Dienste können möglicherweise den Weg in das Altersheim überhaupt ersetzen. Wichtig für das Funktionieren dieser Wohngemeinschaften ist eine funktionierende Betreuung.<sup>23</sup>

Kostenmäßig ist diese Variante sogar noch günstiger als eine Anlage des Betreuten Wohnens, da ein geringerer Flächenbedarf pro Person gegeben ist sowie die Personalkosten, ausgenommen der individuellen mobilen Dienste, gänzlich entfallen. Die Kosten können hier mit etwa 50 % der Errichtungskosten des Betreuten Wohnens angenommen werden. Diese neue Wohnform könnte durchaus auf privater Basis finanziert oder gefördert werden. Ideal ist es auch, wenn vom Bauherrn oder dem Träger dieser Einrichtung ein Hausmeisterservice sowie die Reinigung der Gemeinschaftsräume organisiert wird. Wichtig ist bei Gemeinschaften auch, dass sowohl vom Alter als auch vom Gesundheitszustand her auf eine ausgewogene Mischung geachtet wird.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S.35.

<sup>24</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S.35.



Abb.17: Stimmungsfoto Seniorenwohngemeinschaft





Pflegewissenschaftlicher Ansatz

# 3.Kapitel

Gerontologie und Geriatrie

Der Begriff Gerontologie, auch bekannt als Alternforschung, stammt aus dem griechischen „geron“ für alter Mensch und „logos“ für die Lehre und untersucht die Phänomene des Alterns welche Probleme und Ressourcen sich daraus ergeben. Sie ist keine eigenständige Wissenschaft, sondern ist interdisziplinär und umfasst verschiedene Wissenschaftsdisziplinen wie die Biologie, Medizin und die Sozial- und Pflegewissenschaften. Die Gerontologie ist seit ihren Anfängen in den USA der 30er Jahre durch die Trias von Theorie, Empire und Anwendung bestimmt. Aufgaben der Gerontologie umfassen daher neben der Forschung auch Beschäftigung mit Aufklärung, Prävention und Versorgung auf allen Ebenen der Gesellschaft einschließlich des einzelnen Individuums. Seit Ende der 70er Jahre ist die Altersforschung zunehmend von der Überzeugung geprägt, dass mit dem Alter nicht nur Risiken und Verluste verbunden sind, sondern dass es auch große Potentiale und Entwicklungschancen birgt. Im Zusammenhang der oben bereits erwähnten gestiegenen Lebenserwartung rückte seit den frühen 90er Jahre zudem das hohe Alter in den Fokus. Anders als im jüngeren Alter geht es darin stärker um die Herausforderung, dass gesundheitliche Risiken steil ansteigen und die Alltagskompetenz einschränken. Die Altersforschung verfügt über mehrere Arbeitsfelder wie unter anderem die Geriatrie.<sup>25</sup>

Die Gerontopsychologie entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus der Entwicklungspsychologie und beschäftigt sich neben den Aspekten des Erlebens und Verhaltens auch mit kognitiven und emotionalen Aspekten des Alters. Therapieansätze wie zum Beispiel die Lebensrückschau Therapie verfolgen das Ziel, die Lebensqualität alter Menschen zu verbessern. Dabei steht an erster Stelle das Wohlbefinden im Alter. Neben der Gerontopsychologie beschäftigt man sich intensiv mit der Gerontosozio logie. Die soziale Gerontologie widmet sich dem gesellschaftlichen Bedingung des Alterns. Untersucht werden spezielle Auswirkungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Einflüsse wie beispielsweise die soziale Schichtzugehörigkeit, die Kultur der Beruf und die Politik. Aspekte sozialer Ungleichheit aufgrund von Alter sind ebenfalls Gegenstand sozialwissenschaftlicher Altersforschung. Wichtiger Teilbereich der Gerontologie ist auch die Biogerontologie. Sie beschäftigt sich mit Erforschung der Ursachen des biologischen Alters und der damit verbundenen molekularen Mechanismus der Zellalterung welche als Grundlage für das Altern und den Funktionsverlust von Organen, sowie auch der Entstehung altersassoziierter Erkrankungen dient. Die Zellalterung ist dabei ein multifaktorieller Prozess. Ziel dieser Einrichtung ist es, die Zellalterung und deren Konsequenzen möglichst lange hinaus zu zögern, um ein möglichst gesundes Altern zu ermöglichen. Dabei ist eine Einflussnahme auf die maximale Lebenserwartung mit wenigen Ausnahmen kein Forschungsziel.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Steidl/Nigg 2014, S.15.

<sup>26</sup> Vgl. Steidl/Nigg 2014, S.15-18.

Die Geriatrie ist nun der medizinische Teilbereich der Gerontologie, der sich mit den Erkrankungen im Alter beschäftigt. Da es sich zum Großteil um chronische Krankheiten handelt, steht nicht die Heilung im Vordergrund, sondern vielmehr eine Verbesserung der Lebensqualität. Geriatrische PatientInnen sind meist auch multimorbid. Darunter versteht man, dass die PatientInnen zumeist an mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Deshalb kommt es normalerweise zur gleichzeitigen Verschreibung einer Vielzahl von Medikamenten durch die Ärzte verschiedener Fachrichtungen. Erkrankungen zeigen sich bei alten Menschen oft anders als bei jungen Menschen. Meistens sind die Symptome nicht so stark ausgeprägt und diffus, sprich passen zu einer Vielzahl von Krankheiten, wie Schwindel, Verwirrtheit, Sturz, Verschlechterung des Allgemeinzustandes.<sup>27</sup>

„Die Geriatrie ist ein Spezialgebiet der Medizin. Es umfasst die präventive, kurative, rehabilitative und palliative Betreuung älterer Patientinnen und Patienten unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Aspekte.“<sup>28</sup>

Um den komplexen Aufgaben gerecht zu werden, setzt die Geriatrie neben den modernen Standards, entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch ein spezielles Assessment ein. Das geriatrische Assessment ist die Bezeichnung für den diagnostischen Prozess in der Geriatrie. Es handelt sich dabei um eine multidimensionale Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation von PatientInnen. Konkret geht es dabei um eine Bestandsaufnahme der individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen, mit ihrem Risiko multimorbid, gebrechlich, hilfs- und betreuungsbedürftig zu werden. Auf dieses geriatrische Assessment basieren die geriatrischen Interventionen durch das multiprofessionelle Team im psychosozialen Kontext. Somit liegen in der Geriatrie nicht nur Krankheiten, sondern auch Behinderungen und Funktionseinschränkungen sowie der Rehabilitation im Blickfeld. Entscheidendes Charakteristikum für die Geriatrie ist schließlich auch die Todesnähe.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Vgl. Steidl/Nigg 2014, S.16-17.

<sup>28</sup> Bundesministerium für Gesundheit 2009, S.25.

<sup>29</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S.25.

Das geriatrische Tageszentrum gehört zur Familie der teilstationären Pflege- und Betreuungsformen und ist dadurch ein Bindeglied zwischen mobilen Pflegediensten und stationären Einrichtungen, mit dem Ziel, den Betroffenen einen Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen und gleichzeitig deren soziale Integration zu fördern. Tageszentren für Senioren bieten die Möglichkeit der individuellen Betreuung tagsüber, meist an Wochentagen im Zeitraum von 8 bis 17 Uhr. Üblicherweise kann auch ein nur tageweiser Besuch erfolgen. Voraussetzung für den Besuch eines Tageszentrums seitens der KlientInnen ist lediglich, dass sie nicht bettlägerig sind. Pflege und Betreuung können auf ein eventuelles Krankheitsbild abgestimmt erfolgen. Abholung und Transport nach Hause erfolgen üblicherweise durch Fahrtendienste, deren Organisation wiederum durch das Tageszentrum durchgeführt wird.<sup>30</sup>

Im Rahmen der dort angebotenen Pflegeleistungen können auch Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung, Kontrollen und eventuell erforderliche weitere pflegerische Tätigkeiten, wie die Körperpflege bis hin zum Vollbad, erfolgen. Besondere Schwerpunkte in Tageszentren sind aber die bedarfsgerechte Animation und Beschäftigung wie Gedächtnistraining, Bastel- und Werkgruppen, Musikgruppen, Feste, Ausflüge, Bewegungstraining oder Therapien zur Wiederherstellung der Alltagsfertigkeiten. Auch im Tageszentrum wird interdisziplinär gearbeitet. Diplomiertes Pflegepersonal, Pflegehelfer, Animateure sowie Sozialarbeiter sind um gemeinsame Pflege, Förderung und Betreuung der Klienten bemüht. Ziel der Betreuung und Versorgung in Tageszentren ist also die Integration in die Gemeinschaft und Gesellschaft, die Wiederherstellung verschiedener Fähigkeiten, die Förderung von Ressourcen und die Vermeidung von Isolation.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S.42.

<sup>31</sup> Vgl. Steidl/Nigg 2014, S.15-18.



Abb.18: Kommunikationsrunde



Abb.19: Kreative Bastelrunde



Abb.20: Therapeutische Maßnahmen



Pflegewissenschaftlicher Ansatz

# 4.Kapitel

Referenzen

Die wichtigsten Meilensteine der dänischen Alterspolitik wurden in den späten 70er und Anfang der 80er gestellt. Ursache war die Entscheidung, die herkömmlichen Alten- und Pflegeheime durch neue Wohnformen und neue Formen der Betreuung zu ersetzen. Das primäre Ziel war es damals, die Normalität der Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen so weit als möglich zu erhalten. Um diese Ziele nun zu erreichen, gab es Sonderprogramme für die nachträgliche altersgerechte Anpassung von Wohnungen oder den Neubau von altersangemessenen Wohnraum, und Maßnahmen, um das soziale Leben der Älteren zu fördern beziehungsweise sie zur Selbsthilfe und Eigeninitiative zu bewegen. Seit 1988 wurde das Wohnungsgesetz neu beschlossen, wonach mobile, externe Betreuungsdienste das bisherige Konzept des Alters- und Pflegeheim ablöste. Ab 1996 begann die Umsetzung der Pflegereform mit dem Fokus auf moderne Pflege- und Betreuungsheime, die sich in ihrer räumlichen Großzügigkeit und Ausstattung von den bisher bekannten institutionellen Einrichtungen deutlich unterscheiden.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2012, S.14





Abb.21: Stimmungsfoto - Dänische Seniorenwohngemeinschaften

Wie auch in Dänemark, wurde in den Niederlanden seit den 70er Jahren früh an der Entwicklung von alternativen Wohnformen gearbeitet. Ziel war es, vitale Lebensgemeinschaften zu fördern und aufrechtzuerhalten, denen sich alle Betagte zugehörig fühlten. Auch wurde versucht auf langfristiger Sicht die Alten- und Pflegeheime weitgehend überflüssig zu machen. Die Wohneinheiten haben dabei eine Größe von zwei bis drei Zimmern zwischen 55 und 77 Quadratmetern, wobei die Kosten für die Haushaltshilfe und der häuslichen Krankenpflege zu ca. 85% von der Sozialversicherung übernommen werden. Die restlichen 15% werden aus der privaten Geldtasche bezahlt.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2012, S.12-13



Abb.22: Stimmungsfoto - Alternative Wohnformen in den Niederlanden

### 4.3.1 Allgemeines

Das geriatrische Tageszentrum Robert Stolz in Graz bietet ein breites Spektrum an Tagesbetreuungsformen an, welche der Aktivierung, Rehabilitation und Steigerung der Lebensqualität dienen. Mit einem professionellen Team bestehend aus einer Stationsleitung, zwei Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, zwei Heimhilfen, zwei bis drei Pflegehelfern und für die soziale Betreuung zwei Sozialhelfern, wird versucht die Tagesbesucher, wobei die Obergrenze bei etwa 30 Betagten liegt, so professionell wie möglich zu betreuen. Dabei wird versucht, auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betagten einzugehen und die Selbstständigkeit sowie das Selbstbewusstsein der Tagesgäste zu fördern. Das Tagesangebot umfasst:

- Kreativangebote wie Basteln, Handarbeiten, Malen, Arbeiten mit Ton, etc.
- Bewegungsangebote wie Gruppenturnen, Fitnesspark, Spaziergänge, etc.
- Musikangebote wie Singen, Tanzen und musikalischen Veranstaltungen
- Gedächtnisübungen und Fingergymnastik
- Zeitungs-, Bücher- und Diskussionsrunden
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Persönliche Beratungen

Zusatzangebote wie beispielsweise Transportdienste, Bäder, Friseur und Pflege, werden gesondert organisiert und in Rechnung gestellt. <sup>34</sup>

<sup>34</sup> Vgl. Geriatrische Gesundheitszentren Graz 2016.





Abb.23: Außenanlagen geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz



Abb.24: Stimmungsfoto - Geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz

### 4.3.2 Tagesablauf

Die Gäste des geriatrischen Tageszentrum Robert Stolz werden zwischen 08:00 Uhr bis 09:00 Uhr von ihren Angehörigen, dem Taxi oder den vorhin genannten Transportdiensten ins Tageszentrum gebracht, wo sie von 08:30 Uhr bis 09:30 Uhr mit einem gesunden Frühstück empfangen werden. Nach dem Frühstück können sich die Gäste zwischen einer gemächlichen Zeitungsrunde oder einer professionell geführten Fingergymnastik entscheiden. Ab 10:15 Uhr beginnen die Kreativwerkstätte und Gymnastikübungen zur Verbesserung und Stärkung der kognitiven Fähigkeiten und Festigkeiten der Betagten. Ab 11:45 Uhr beginnt dann das Mittagessen, welches durch ein ausgewähltes Pflegewohnheim in der Nähe zubereitet und angeliefert wird. Nach dem Mittagessen haben die Gäste die Möglichkeit, sich in den tageszentruminternen Schlafräumen bis 14:00 Uhr zu erholen. Ausgeschlafen beginnt das Nachmittagsprogramm bestehend aus Backen, Spielen, Feste feiern, etc.. Ab 15:45 Uhr werden alle mit Kaffee und Kuchen verwöhnt und haben die Möglichkeit mit dem Personal beispielsweise „Mensch ärgere dich nicht“ zu spielen. Nach einem abwechslungsreichen Tag werden die Betagten schlussendlich zwischen 16:30 Uhr und 17:00 Uhr wieder von ihren Angehörigen oder durch die Transportdienste nachhause gebracht.





Abb.25: Nähen zur Stärkung der Fingerfertigkeiten



Abb.26: Soziale Betreuung beim Mittagessen



Abb.27: Gymnastikrunde mit engagierten Sportstudenten





Architektonischer Ansatz

# 5.Kapitel

Architektur und Alter

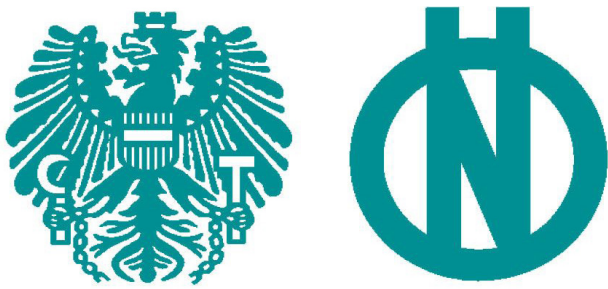
### 5.1.1 Allgemeines und Richtlinien

Der Begriff der Barrierefreiheit bekommt eine immer höhere und gefestigte Bedeutung in unserer Gesellschaft und wird durch Normen wie die Ö-Norm B1600 vor allem in den OIB-Richtlinien 4 für Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit geregelt. Während im Neubau die Richtlinien bereits gut angewendet werden, besteht beim Sanieren von Bestandsgebäuden noch ein großer Aufholbedarf. Wurde bislang die Barrierefreiheit fälschlich als Begünstigung von einigen Personen mit speziellen Bedürfnissen abgetan, ist heutzutage allgemein bewusst, dass von der Barrierefreiheit alle Menschen profitieren und angesichts der demografischen Entwicklung immer mehr die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit des vorhandenen Wohnraumes gefordert wird. Im Neubau kann die Barrierefreiheit weitestgehend kostenlos umgesetzt werden, wenn in der Frühphase der Planung bereits nachbedacht wird. Auch im Umbau kann diese bei frühzeitiger Berücksichtigung kostengünstig umgesetzt werden, wobei hier manchmal Barrierefreimachungskosten unumgänglich sind. In den folgenden Unterkapiteln werden die wichtigsten barrierefreien Bestimmungen nach der OIB 4 behandelt. <sup>35</sup>

<sup>35</sup> Vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2016.



Abb.28: OIB Richtlinie 4



ÖNORM B 1600

Abb.29: Ö-Norm B 1600



Abb.30: Stimmungsfoto - Barrierefreiheit

### 5.1.2 Erschließungen

Grundsätzlich soll das Gelände des Wohngebäudes mühelos mit dem Auto erreichbar sein. Die Stellplätze im Gebäude oder im Freien überdacht müssen dabei so angelegt werden, dass eine sichere Zu- und Abfahrt gewährleistet ist. Zusätzlich muss ein gewisses Kontingent an barrierefreien Stellflächen unmittelbar vor dem Haupteingang zur Verfügung stehen, wobei der barrierefreie Stellplatz sich aus einem 2,30m breiten Bereich für den Stellplatz und einem 1,20m breiten Bereich zum Ein- und Aussteigen zusammensetzt.<sup>36</sup>

Die Erschließung ins Gebäude muss so angelegt und gestaltet werden, dass mindestens ein Eingang, wobei dieser einen Haupteingang darstellen muss, in unmittelbarer Nähe des Stellplatzes, stufenlos ins Gebäude führt. Rampen im Freien dürfen dabei ein maximales Längsgefälle von 10%, Rampen innerhalb vom Gebäude maximal 6% aufweisen. Ein Quergefälle ist nicht zulässig. Jeweils am Anfang und am Ende der Rampe muss eine Bewegungsfläche mit einer Länge von 1,20m angeordnet werden. Die Rampe selbst muss mindestens 1,20m breit und nicht länger als 10m ausgeführt werden. Zusätzlich muss ein Handlauf angesetzt werden welcher nicht mehr als 10cm je Seite in die Rampenlichte hereinstehen darf. Die vertikale Erschließung muss alle Geschosse, einschließlich dem Eingangsniveau und dem Keller- und Garagengeschoss miteinander verbinden. Die Abmessung der Grundfläche des Fahrkorbes ist mindestens 1,10m breit und mindestens 1,40m tief. Bei einer Übereckbeladung muss der Wenderadius eingehalten werden, muss daher mindestens 1,50m x 1,50m ausgeführt werden.<sup>37</sup>

Unumgänglich sind die in der OIB-Richtlinie geregelten Durchgangsbreiten. Dabei müssen Hauptgänge eine lichte Durchgangsbreite von mindestens 1,20m und bei rein barrierefreien Wohnungen 1,50m aufgrund des Wenderadius aufweisen. Die Wohnungen selbst müssen an beiden Seiten, sprich gangseitig und wohnungsseitig, insbesondere bei Rollstuhlnutzern, anfahrbar sein. Bei Wohnungen sind die Anfahrbereiche nur bei der Wohnungseingangstüre sowie innerhalb der Wohnung bei den Türen zu Sanitärräumen sowie zu einem Aufenthaltsbereich erforderlich. Für die Anfahrbereiche gelten folgende Anforderungen:<sup>38</sup>

- Der Anfahrbereich muss an der Seite des Türdrückers beziehungsweise des Türgriffs um mindestens 50cm über die Eingangslichte hinauskragen
- Mindestgröße bei Drehflügeltüren, ausgenommen innerhalb von Wohnungen, an der Seite des Türbandes 3,00m<sup>2</sup> und an der dem Türband abgewandte Seite 1,80m<sup>2</sup>

<sup>36</sup> Vgl. Koch-Schmuckerschlag/Kalamidas 2006, S.12.

<sup>37</sup> Vgl. Koch-Schmuckerschlag/Kalamidas 2006, S.25-30.

<sup>38</sup> Vgl. Koch-Schmuckerschlag/Kalamidas 2006, S.19.

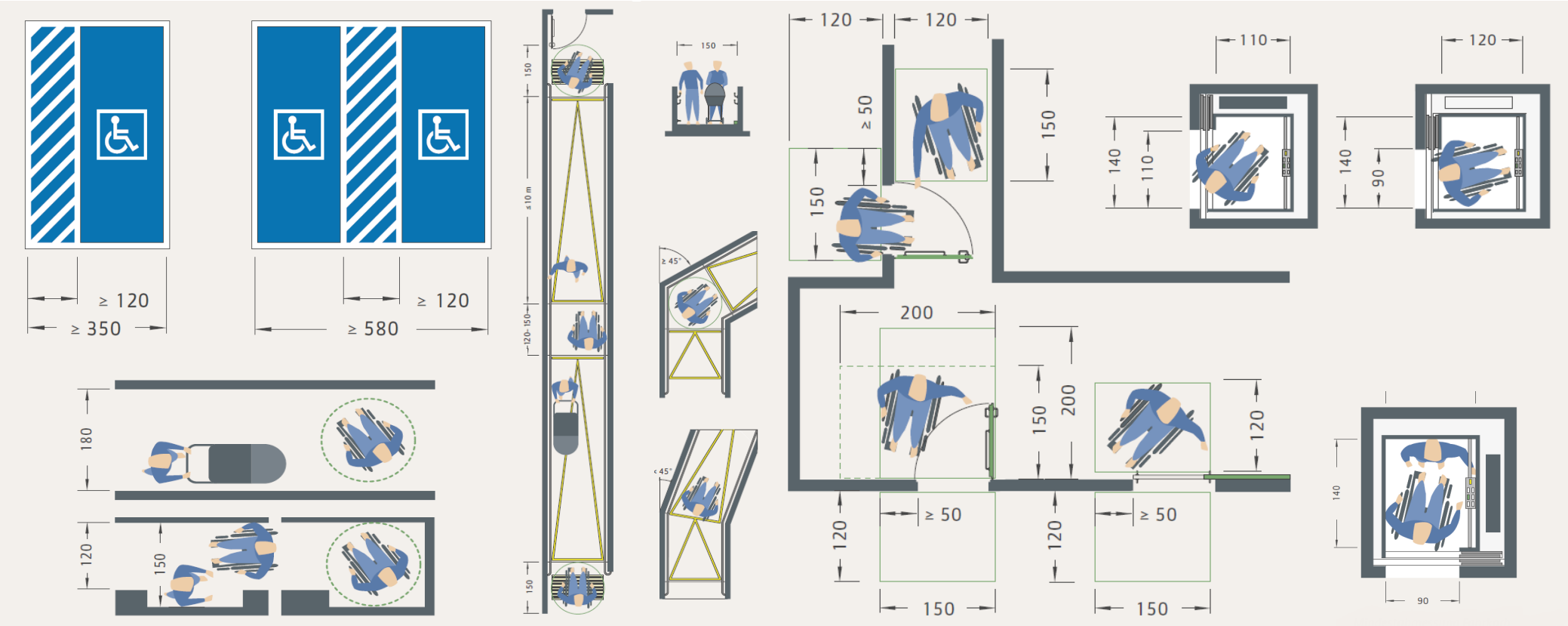


Abb.31: Zusammenstellung der wichtigsten barrierefreien Maßnahmen

### 5.1.3 Sanitäre Einrichtungen

Die Mindestgröße von barrierefreien Toilettenräumen beträgt 2,15 m × 1,65 m. Die Türen dürfen nicht nach innen öffnend ausgeführt werden und müssen im Notfall von außen entriegelbar sein. Zusätzlich ist ein unterfahrbares Handwaschbecken mit einer Tiefe von 35 cm bis 45 cm anzuordnen, das höchstens 20 cm in den Wendekreis ragen darf. Im Bereich der WC-Schale muss ein Wendekreis mit einem Durchmesser von mindestens 1,50 m vorhanden sein, wobei der Abstand zwischen der WC-Schale und einer der seitlich dazu angeordneten Wände mindestens 90 cm betragen muss.

Barrierefreie Sanitärräume sind hinsichtlich Raumgröße und Ausstattung wie zum Beispiel der Dusche, Badewanne und Waschtisch so zu gestalten, dass die Benützung für Rollstuhlbenutzer möglichst einfach ist. Für die Benützung der Funktionen des Sanitärraums müssen die erforderlichen Bewegungsflächen vorhanden sein. Waschtische müssen wie die Handwaschbecken unterfahrbar sein und dürfen höchstens 20 cm in den Wendekreis ragen. Türen dürfen nicht nach innen öffnend ausgeführt werden und müssen im Notfall von außen entriegelbar sein. Wird in einem sonstigen barrierefreien Sanitärraum auch ein Toilettensitz angeordnet, so sind die Anforderungen und Bestimmungen für WC-Anlagen zu erfüllen. Die Mindestgröße eines kombinierten barrierefreien Sanitärraums mit Toilette, Waschbecken und Dusche beträgt dabei 5,00 m<sup>2</sup>.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> Vgl. Österreichisches Institut für Bautechnik, S.7.

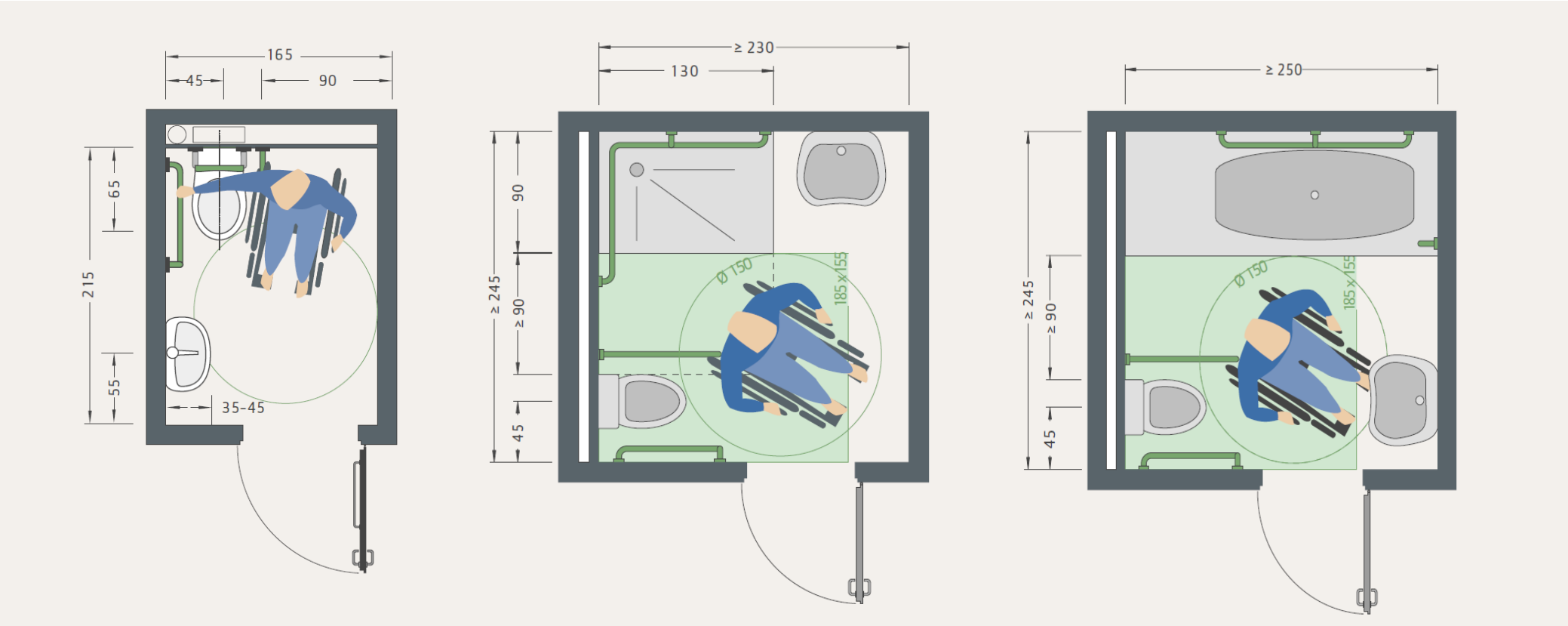


Abb.32: Richtiger Zugang für die Planung barrierefreier Sanitäranlagen

### 5.2.1 Allgemeines

Wichtig bei der Materialkonzeptionierung ist die Auswahl der Materialien für die Innen- und Außenraumgestaltung, die den Bedürfnissen aller Nutzer gerecht werden. Ein weiterer Aspekt bei der Auswahl der verschiedenen Materialien ist der Sicherheitsaspekt, da sich die Betagten auf keinen Fall bei scharfen Kanten oder Oberflächen verletzen dürfen. Bei der Raumgestaltung finden nun bei Wand, Decke und Boden unterschiedliche Materialien und Oberflächen ihren Einsatz. Für jeden Funktionsbereich kommen besondere Anforderungen an Belastbarkeit oder Hygiene, aber auch an Optik und Haptik ins Spiel. Beispielsweise werden daher in Fluren und Treppenhäusern bevorzugt Materialien eingesetzt, die eine hohe Widerstandsfähigkeit gegenüber mechanischen Belastungen aufweisen. Abriebfeste Wandfarben ohne Schreibeffect sind bei intensiven Farbtönen ideal, hoch reinigungsfähige Wand- und Bodenbeläge finden in Behandlungsräumen ihren Einsatz. Grundsätzlich spielt die Farbgestaltung, welche ein Teil der Raumgestaltung ist, eine bedeutende Rolle für das Wohlbefinden aller Nutzer. Das Ziel ist daher eine ganzheitliche Gestaltung, die unterschiedliche Atmosphären für die einzelnen Funktionsbereiche in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen schafft. Die primären Funktionen der Bereiche, als Orientierung, Sicherheit und das „Willkommen heißen“ werden im Gestaltungskonzept berücksichtigt. Das Gestaltungskonzept hängt dabei von drei wichtigen Faktoren ab: Der vorhin genannten Farbgestaltung, der Verweildauer und der Farbwirkung.

Die Länge der Verweildauer spielt dabei eine große Rolle im Gestaltungskonzept und hat auch einen großen Einfluss auf die Farbgestaltung. Flure oder Treppen sorgen beispielsweise „nur“ für das Verbinden von Räumen und Bereichen. Der Aufenthalt ist eher kurz, daher können durchaus kräftige Farben angewendet werden, um Orientierung und Aufmerksamkeit zu schaffen. Im Aufenthaltsbereich oder in den Zimmern hält sich der Betagte hingegen länger auf, daher ist eine intime und ruhige Raumgestaltung besonders wichtig. Die Farbwirkung ist der dritte wesentliche Bestandteil des Gestaltungskonzeptes und kann die Stimmung und Atmosphäre positiv wie negativ beeinflussen. Beispielsweise fördern warme Farbtöne das Wohlbefinden, während kühle Farbtöne regenerierend auf die Personen wirken. Menschen fühlen sich in warmtönigen, hell gestrichenen Räumen am wohlsten, daher werden sehr gerne und oft Pastellfarben eingesetzt, denn ihre Wirkung ist sehr sanft. Die Farbwirkung steht immer im Kontext zur Raumfunktion. Ein Patientenzimmer soll zum Beispiel eine ruhige, entspannende und sichere Ausstrahlung haben, in der Cafeteria und in anderen Aufenthaltsräumen trifft man sich zum Essen, Trinken, Reden oder zum Verweilen. Hier ist eine besondere Atmosphäre gefragt, die sich von anderen Raum- oder Bereichsstimmungen deutlich abhebt.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Vgl. Beautypress 2016.





Abb.33: Stimmungsfoto - Farb- und Materialkonzepte bei medizinischen Einrichtungen



Die Farbe Rot ist die Farbe des Feuers, der Liebe und der Leidenschaft, aber auch des Zorns. Rot wirkt blutdrucksteigernd, kreislaufanregend, erregt die Aufmerksamkeit und steht für Vitalität und Energie und führt zudem der Empfindung, dass die Zeit schneller vergeht. Zusätzlich regt diese Farbe den Stoffwechseln und das Immunsystem an. Bei der Anwendung sollte Rot nur als Impuls eingesetzt werden, da es sonst als unruhig empfunden wird.



Orange steht als Symbolfarbe für Optimismus und Lebensfreude, dabei wirkt sie als Stimmungsaufheller und steht für Aufgeschlossenheit, Kontaktfreude und Selbstvertrauen. In orangefarbenen Räumen wird daher die Geselligkeit gefördert und Gemütlichkeit ausgestrahlt. Die Farbe wird daher sehr gerne in Küchen und Esszimmern mit eher wenig Tageslicht angewendet.



Gelb ist die Farbe der Sonne und steht für Licht, Optimismus, Freude und lindert Ängste und Depressionen. Das klare Gelb steht auch für Wissen, Vernunft und Logik. Diese Farbe lässt kleine Räume größer wirken und findet aufgrund der geförderten Konzentration und Kreativität ihre Anwendung gerne in Kinderzimmern, Werkstätten oder Besprechungs- und Konferenzräumen.



Die Naturfarbe Grün beruhigt, harmonisiert und steht für Sicherheit und Hoffnung. In der medizinischen Farbtherapie wird grün daher bei Herzkrankheiten eingesetzt. Diese Farbe hat auch die Eigenschaft und Wirkung Trauer, Wut und Liebeskummer zu lindern. In Räumen sorgt Grün für Ruhe, Sicherheit, Kreativität und ist daher in Arbeitsräumen ideal, auch wenn die Farbe in Form einer Pflanze auftaucht. <sup>41</sup>

<sup>41</sup> Vgl. Beautypress 2016.



Abb.34: Stimmungsfoto - Rote Räumlichkeiten



Abb.35: Stimmungsfoto - Orange Räumlichkeiten



Abb.36: Stimmungsfoto - Gelbe Räumlichkeiten



Abb.37: Stimmungsfoto - Grüne Räumlichkeiten



Blau ist die Farbe des Himmels und steht für Ruhe, Vertrauen und Sehnsucht, kann aber auch melancholisch oder nachlässig wirken. Sie hilft bei Schlafstörungen, Entzündungen und fördert klares Denken. Kleine Räume wirken durch einen blauen Anstrich größer. Die Farbe wird deshalb gerne in zu klein dimensionierten Räumen angewendet, aber auch in Räumen, die zur Entspannung dienen, besonders in Schlafzimmern.



Violett ist die Farbe der Inspiration und der Kunst, wirkt extravagant, schmerzlindernd, reinigend und entschlackend. Violett kann stolz und arrogant wirken, fördert aber auch die Konzentration und das Selbstvertrauen. In Aufenthaltsräumen wirken violette Farben beruhigend, finden aber in Empfangsräumen eher ihre Akzeptanz.



Weiß steht als Symbolfarbe der Reinheit, Klarheit und Unschuld. Weiß ist eine magische Farbe, die für jede andere Farbe eingesetzt werden kann, da ihr Lichtspektrum nahezu alle Farben enthält. In unseren Kulturkreisen gibt es prinzipiell keine negative Zuschreibung zu Weiß. In Räumen ist weiß eine ideale Kombinationsfarbe und wirkt neutralisierend, hellt auf und belebt die Sinne.



Braun definiert die ruhige Erdfarbe. Es vermittelt Geborgenheit und materielle Sicherheit. In der Farbtherapie wird Braun bei Gleichgewichtsstörungen eingesetzt. Braune Räume wirken rustikal, beruhigend und ausgleichend und können prinzipiell in allen Raumkonzepten angewendet werden.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Beautypress 2016.

## 5. Kapitel 5.2 Farb- und Materialkonzepte



Abb.38: Stimmungsfoto - Blaue Räumlichkeiten



Abb.39: Stimmungsfoto - Violette Räumlichkeiten



Abb.40: Stimmungsfoto - Weiße Räumlichkeiten



Abb.41: Stimmungsfoto - Braune Räumlichkeiten



### 5.3.1 Allgemeines

„Neben der funktionalen und emotionalen Komponente hat die Beleuchtung auch eine nicht-visuelle, biologische Wirkung auf den Menschen. Licht ist ein wichtiger Taktgeber für den circadianen Schlaf-Wach-Rhythmus.

Doch oftmals ist in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufgrund eingeschränkter Mobilität oder einer ungünstigen Gebäudestruktur der Zugang zu Tageslicht nicht gegeben. Schnell gerät der biologische Rhythmus aus dem Gleichgewicht, was sich auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit auswirkt.

Vor allem ältere Menschen, die von Haus aus höhere Lichtmengen benötigen, werden nicht mehr ausreichend mit Tageslicht versorgt und finden nachts nicht genügend Schlaf. Dadurch entsteht eine innere Unruhe. Sie hemmt die Aktivität und das Wohlbefinden.“<sup>43</sup>

Warmes Licht fördert am Morgen und am Abend das Wohlbefinden und die Entspannung, während bläuliches Licht am Vormittag sowie am Nachmittag anregend wirkt. Mit diesem Gefühl von Tageslicht werden die Betagten wieder aktiver, kommunikativer und beweglicher. Diese erhöhte Aktivität wiederum hat zur Folge, dass der Körper abends verstärkt Melatonin ausschüttet und frühzeitiger ermüdet. Im Unterbewusstsein auf- und wahrgenommen, sorgt hochwertiges Licht für einen gleichmäßigen biologischen Rhythmus. In Wartebereichen und in den Zimmern der Betagten erhöht natürliches Licht das Wohlbefinden und unterstützt in weiterer Folge die Genesung und Gesundheit. Licht wird zu einem Wohlfühlfaktor, wenn es sich in der Lichtfarbe, der Lichtrichtung und der Intensität der jeweiligen Situation anpasst und die Räume in verschiedene Stimmungen taucht. Eine Lichtfarbe, die mit den Möbeln, Materialien und Farbkonzepten der Raumbegrenzungsflächen zusammenspielt, lässt einen wohnlichen Charakter entstehen.<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Zumtobel 2016, S.14.

<sup>44</sup> Vgl. Zumtobel 2016, S.14.



Abb.42: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 1



Abb.43: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 2



Abb.44: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 3



Abb.45: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 4

### 5.3.1 Licht und Gesundheit

Licht ist für viele physiologischen und psychologischen Prozesse unerlässlich. Dabei kann es durch die reine Beleuchtungsfunktion hinaus die Konzentration fördern und unsere Stimmung heben. Funktionales Licht für PatientInnen und Personal ist von zentraler Wichtigkeit, da beispielsweise BewohnerInnen von Pflegeheimen eine an ihre Bedürfnisse angepasste individuell einstellbare Beleuchtung benötigen. Für das medizinische Personal, sowie auch das Personal der Verwaltung muss für die Sehaufgabe und Tätigkeit entsprechend Licht zur Verfügung stehen, dabei ist auf eine ausreichend hohe Beleuchtungsstärke und eine gute Blendungsbegrenzung zu achten. Unabhängige Studien haben festgestellt, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Tageslicht und dem Wohlbefinden besteht. Dabei wirkt sich das Tageslicht positiv auf die Menschen aus und ist für wichtige biologische Prozesse verantwortlich. Ein Mangel an Tageslicht steht oft im Zusammenhang mit Schlafstörungen von PatientInnen sowie dem Personal. Die Produktion des vorhin erwähnten Melatonins und dem Cortisol, den Hormonen, die den Schlaf-Wach-Rhythmus steuern, kann ohne Tageslicht aus dem Takt geraten. Gerade bei einem längeren Aufenthalt in Pflegeheimen oder Krankenhäusern gilt es, den ohnehin schon gebrechlichen Menschen so viel Tageslicht wie möglich zukommen zu lassen, beziehungsweise eine tageslichtähnliche Lichtatmosphäre zu schaffen. Lichtkonzepte, die im Einklang mit unserer inneren Uhr stehen, fördern das Wohlbefinden und damit auch den Genesungsprozess der PatientInnen.<sup>45</sup>

<sup>45</sup> Vgl. Zumtobel 2016, S.16.



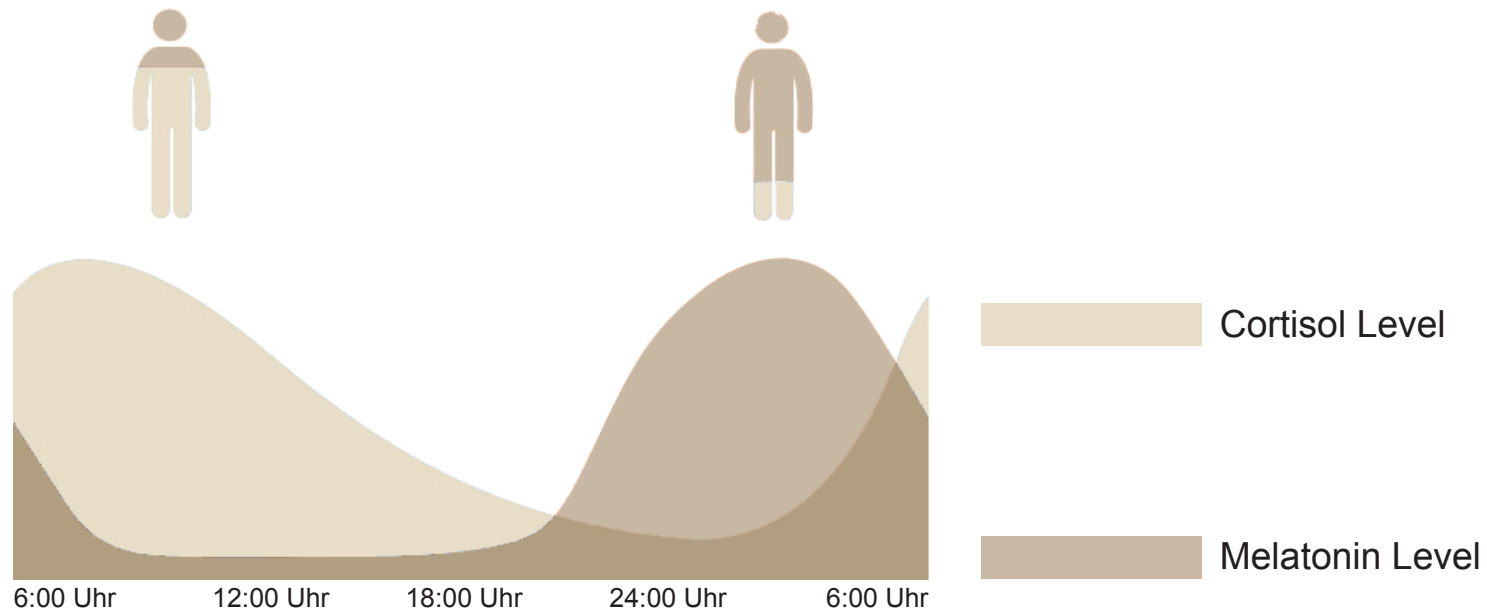


Abb.46: Cortisol-Melatonin-Rythmus



Architektonischer Zugang

# 6.Kapitel

Entwurfskonzept

Das oberste Ziel dieser Arbeit ist es ein Raumprogramm zu entwerfen, indem mittels Funktionsüberlagerung versucht wird, aus drei unterschiedliche Nutzungsbereichen, bestehend aus öffentlicher Gastronomiefläche, halböffentlichem geriatrischem Tageszentrum und privater Senioren-Wohngemeinschaft, ein Gebäude zu entwerfen, dass diese Flächen zusammenfasst. Als Bauplatz dieses Projektes wählte ich die seit bereits über 90 Jahren bestehende Gastwirtschaft am Thalersee bei Graz aus. Die im Jahr 1925 von Hans von Reininghaus erbaute Liegenschaft bestehend aus Seebad, Gastwirtschaft, Waldcafé und Badeanstalt mit rund 65.000 m<sup>2</sup>, wurde im Jahr 2014 von der Stadt Graz, beziehungsweise der Holding Graz erworben, um den See als Naherholungsgebiet auch in Zukunft zu sichern. Doch Fakt ist, dass seit Jahren versucht wird, ein neues Konzept für die in die Jahre gekommene Gastronomie zu finden, und bis dato kein funktionierender Lösungsansatz angebracht wurde. Aus diesem Grund und aus Respekt vor der seit Jahrzehnten bestehenden Gastronomie, ist es mir wichtig diese ursprüngliche Funktion des Bestandsgebäudes beizubehalten, zu übernehmen und mit einem geriatrischen Tageszentrum sowie einer alternativen Wohnform für Senioren zu verbinden. Durch die Anhebung der Nutzungskategorien wird die Last der Wirtschaftlichkeit als reines Gastronomiegebäude von zwei weiteren Sektoren gestützt, was wiederum zu einer aktiven Rekultivierung des gesamten Areals führen könnte.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> Vgl. Stadt Graz 2016.

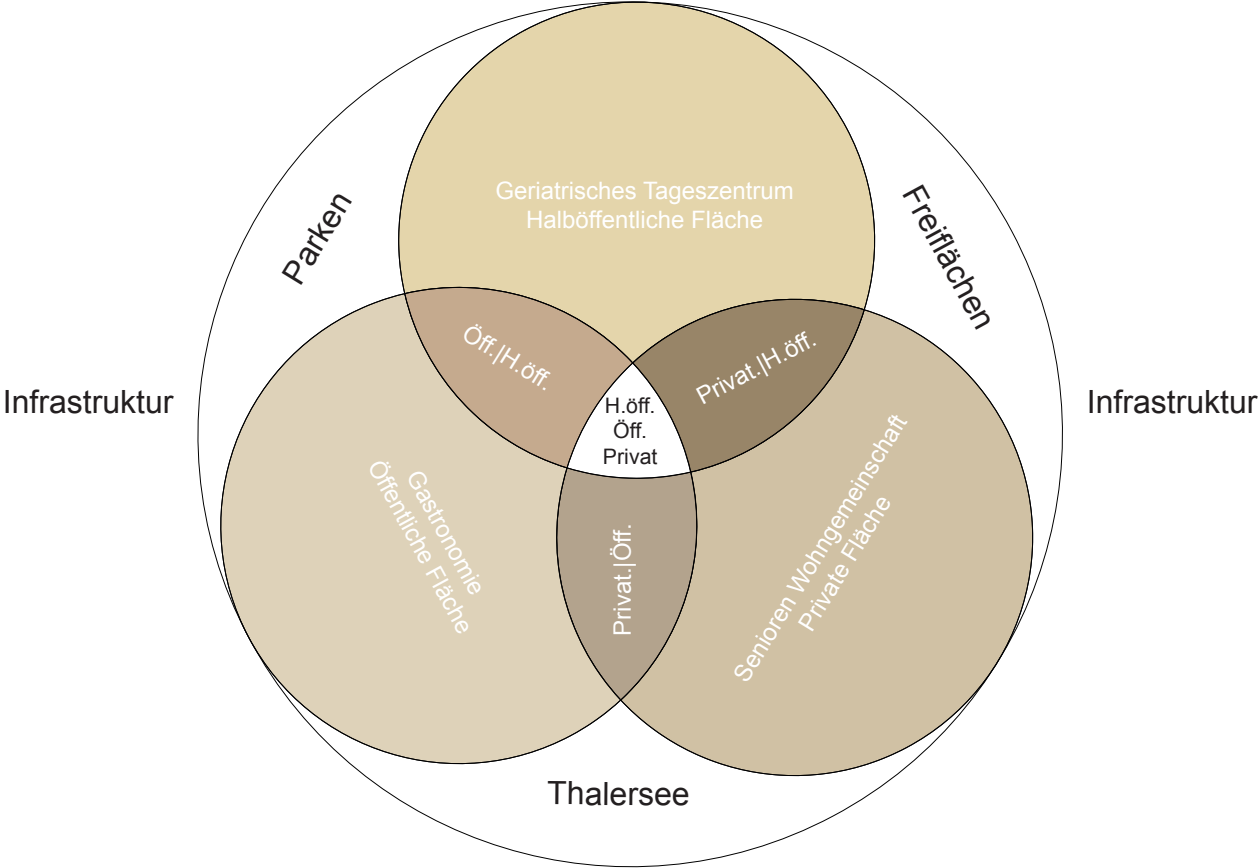


Abb.47: Entwurfskonzept

## 6.2.1 Infrastruktur

Der Thalersee liegt hinter den Hügeln im Westen von Graz und ist wie vorhin schon erwähnt ein beliebtes Naherholungsgebiet der Grazer und ist ,um es im Vorhinein zu erwähnen, ein künstlich angelegter See. Um das Jahr 1920 hat der damalige Besitzer einige der Teiche unter der Burg Unterthal, die seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts trockengelegt waren, wieder aufstauen lassen. Der Thalersee wurde in den ersten Jahren nach dem ersten Weltkrieg nur im Herbst aufgestaut, um Eis zu gewinnen, welches für Kühlzwecke in Eiskellern für die Stadt Graz eingelagert wurde. Bis im Jahr 1925 Hans von Reininghaus den Thalersee zu einem Seebad mit Gastwirtschaft, Waldcafé und Badeanstalt umfunktionierte. Das Gelände beinhaltet einen Tretbootverleih, den sogenannten Arnold Schwarzenegger Wanderweg, das „Boot des Versprechens“ und die seit 1925 bestehende Gastronomie mit inkludierter Kegelbahn und Nächtigungsmöglichkeiten. In unmittelbarer Nähe des Thalersees befinden sich zusätzlich das Geburtshaus Arnold Schwarzeneggers, die Burg Unterthal sowie der Thaler Golfclub. Grundsätzlich erreicht man den Bauplatz mit den öffentlichen Verkehrsmitteln der Linie 48 oder mit dem eigenen PKW von Eggenberg kommend über die Steinbergstraße und der Thalerseestraße L331, welche weiter direkt nach Gösting führt.<sup>47</sup>



Arnold Schwarzenegger Wanderweg



Café Restaurant Gasthof Thalersee



Kegelbahn Gasthof Thalersee



Café Restaurant Gasthof Thalersee



Buslinie 48



Tretbootverleih



Boot des Versprechens



Thaler Golfclub



Arnold Schwarzenegger Museum



Burg Unterthal

<sup>47</sup> Vgl. Stadt Graz 2016.

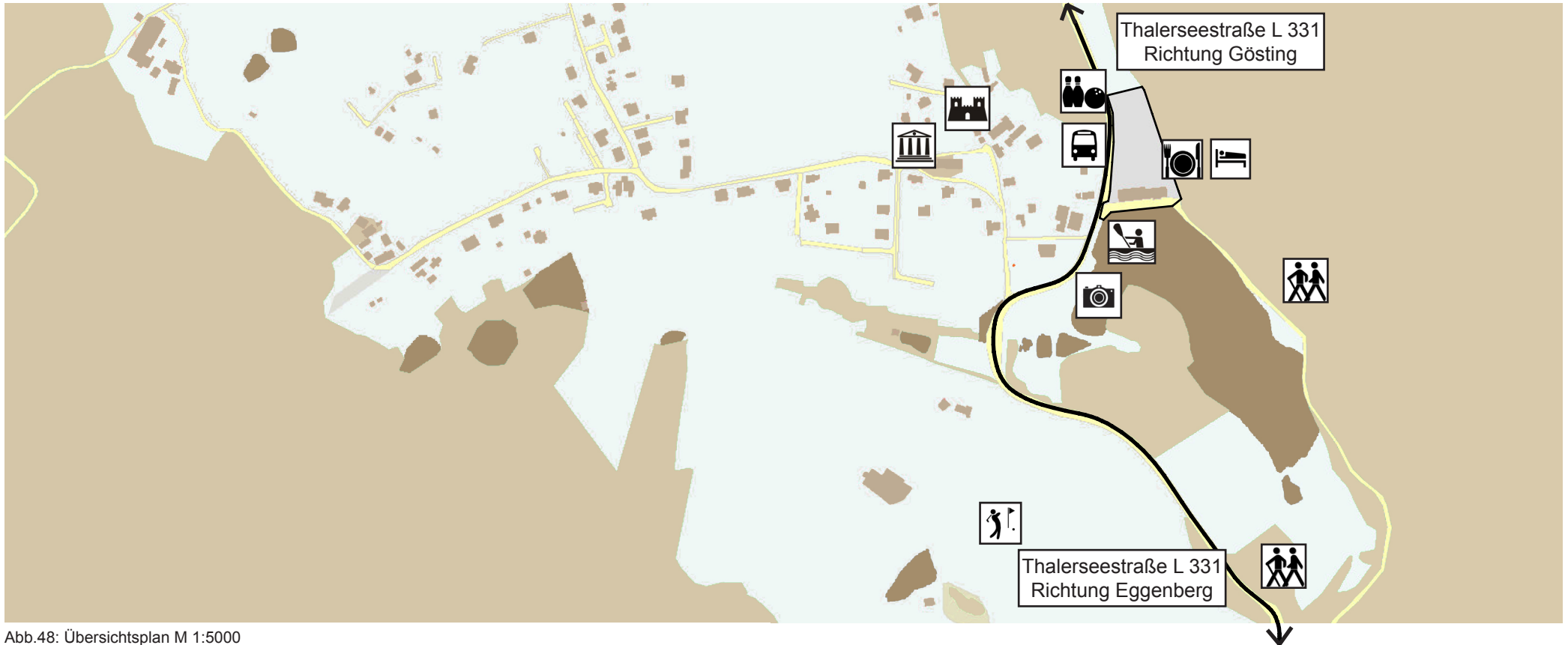


Abb.48: Übersichtsplan M 1:5000



Arnold Schwarzenegger Wanderweg



Abb.49: Tafel Arnold Schwarzenegger Wanderweg



Boot des Versprechens



Abb.50: Boot des Versprechens



Arnold Schwarzenegger Museum



Abb.51: Arnold Schwarzenegger Museum | Geburtshaus





Tretbootverleih



Abb.52: Tretbootverleih am Thalersee



Burg Unterthal



Abb.53: Burg Unterthal



Thaler Golfclub



Abb.54: Golfclub Thal

### 6.2.2 Bestandsgebäude

Die Liegenschaft Thalerseestraße 100 mit der EZ 490 der KG Thal, umfasst ein Grundstücksausmaß von 8.771 m<sup>2</sup>, wovon ca. 2.500 m<sup>2</sup> Bauland mit der Widmung allgemeines Wohngebiet und einer Bebauungsdichte von 0,2 bis 0,6 darstellt. Die restlichen Flächen stellen Verkehrs-, Parkplatz- und Freilandflächen dar. Die Bebauungsdichte ist mit dem bestehenden rund 40 Jahre alten Objekt, welches mitsamt Keller über 5 Geschosse und rund 2.000 m<sup>2</sup> Nutzfläche verfügt, beinahe ausgeschöpft. Zusätzlich kommen zwei weitere Problemfelder ins Spiel. Erstens ist das Gebäude nicht barrierefrei, was für Rollstuhlfahrern und Senioren ein Problem darstellt und zweitens laut einem TU-Gutachten durch den vorbeilaufenden Thal-Bach Hochwassergefahr besteht. Mit anderen Worten müsste der rund 40 Jahre alte Keller inklusive der fünf darüberliegenden Geschosse komplett neu saniert werden, was wie wir wissen zu immensen Kosten führen wird. Das Gebäude selbst verfügt über ein Restaurant mit Café und Nächtigungsmöglichkeiten, eine Kegelbahn im Keller sowie über eine großzügige Seeterrasse mit Blick auf den naturbelassen Thalersee.<sup>48</sup>

<sup>48</sup> Vgl. Stadt Graz 2016.





Abb.55: Hauptfassade Bestandsgebäude



Abb.56: Spielplatz



Abb.57: Rückseite Bestandsgebäude mit Parkplätzen



Abb.58: Blickrichtung Bushaltestelle



### 6.3.1 Geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz

Die Räumlichkeiten des Tageszentrums sind alle barrierefrei gestaltet und ausreichend gut belichtet. Für das Tagesprogramm stehen Räumlichkeiten für Aktivitäten, Kreativität und Bewegung in Form von Allzweckräumen, einer großen und kleinen Werkstatt, einem Leseraum sowie einem kleinen Schlafrum und Turnsaal, zur Verfügung. Das Mittagessen wird in einem sonnigen Speisesaal eingenommen, welcher direkt an einer großen Terrasse anschließt und nahtlos in den großzügigen Park übergeht. In der warmen Jahreszeit erfreut sich der Aktivpark Robert Stolz, die erste Generationen-Fitnessanlage der Steiermark großer Beliebtheit.<sup>49</sup>



Abb.59: Aktivpark geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz

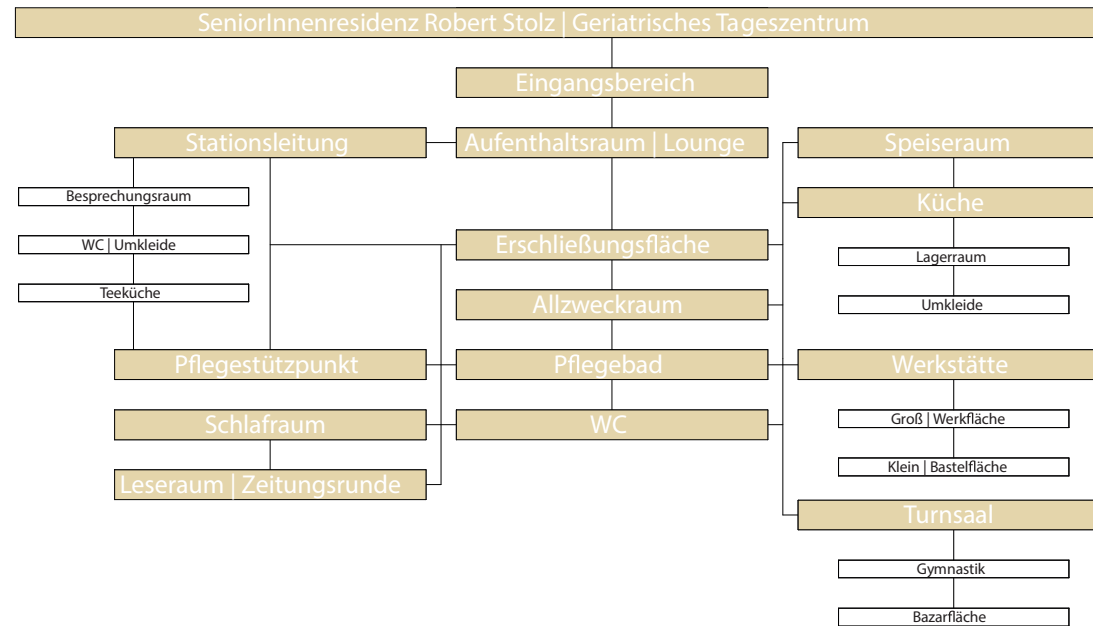


Abb.60: Therapiegang



Abb.61: Gymnastikrunde im Bewegungsraum

<sup>49</sup> Vgl. Geriatrische Gesundheitszentren Graz 2016.



### 6.3.2 Gemeinschaftswohnen Bonnerstraße in Wesseling

Der als Referenzgebäude gewählte Neubau besteht aus insgesamt drei Gruppenwohnungen und befindet sich in Wesseling in direkter Nähe zum Rhein. Der Neubau besteht aus einem Erdgeschoss und zwei Obergeschossen. In jeder dieser Geschossen befindet sich eine Gruppenwohnung mit jeweils sechs eigenständigen und barrierefreien Apartments und einem gemeinsamen 50 m<sup>2</sup> großen Wohnbereich. Der Wohnbereich beinhaltet eine moderne Küchenzeile, eine Ess- und Wohncke sowie eine großzügige Terrasse. Durch die zentrale Positionierung schafft die offene Küche sowohl Verbindung als auch Abstand zwischen den privaten und öffentlichen Wohnbereichen. Durch diese Gemeinschaftsreinrichtungen ist die Möglichkeit zum nachbarschaftlichen Kontakt quasi eingebaut und Hilfen im Alltag können dadurch gemeinsam wahrgenommen werden. Jede 45 m<sup>2</sup> große Wohneinheit verfügt über eine eigene Sanitäreinrichtung, einer kleinen Küchenzeile, einer Garderobe, einem großzügigem Wohn- und Essraum, sowie einem eigenen Schlafzimmer mit Balkon. Fast alle Bewohnerinnen und Bewohner dieser Gruppenwohnungen sind gesundheitlich fit und kommen ohne organisierte Betreuung und Pflege aus.<sup>50</sup>



Abb.62: Geschossgrundriss Referenzgebäude

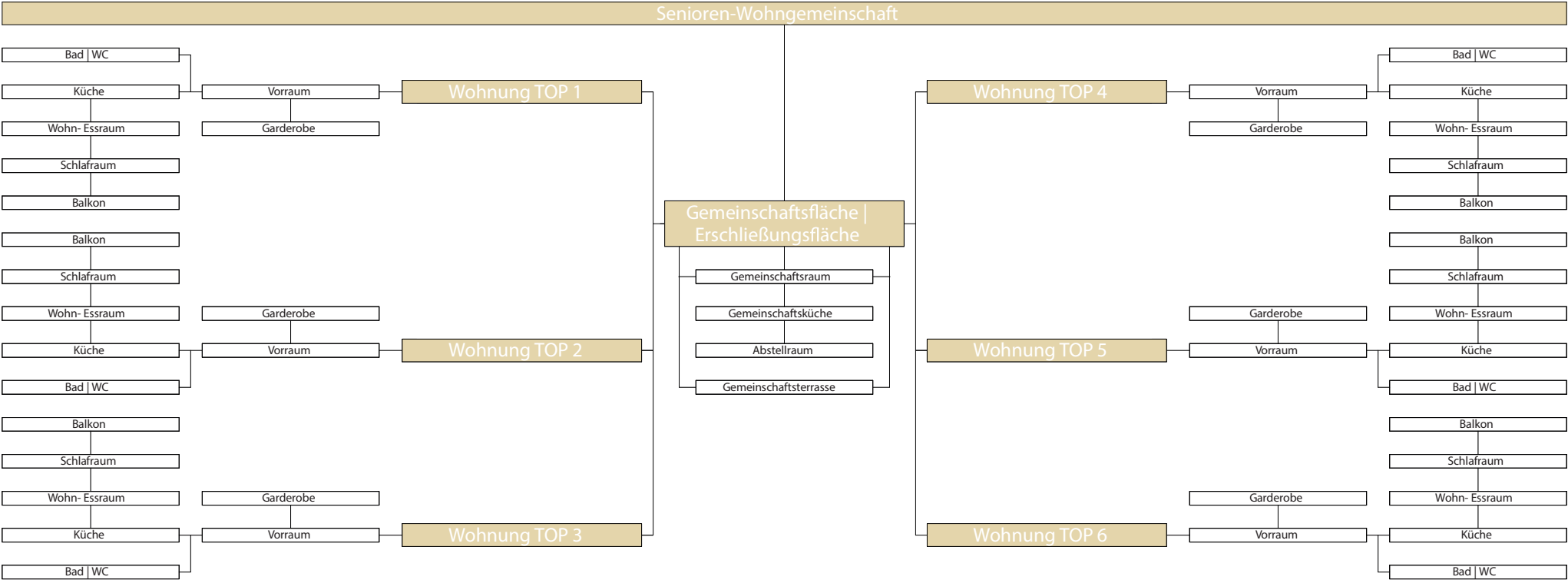


Abb.63: Südfassade Referenzgebäude



Abb.64: Westfassade Referenzgebäude

<sup>50</sup> Vgl. Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen 2012.





### 6.3.3 Cafè am Höggerberg

Am Campus Höggerberg entsteht ein neues Restaurant mit Bedienung. Der Pavillon wird grundlegend in verschiedene Bereiche unterteilt: Wer den Holzbau über das Foyer betritt, findet linkerhand eine kleine Café-Bar und daran anschließend ein kleines Bistro. In der Mitte des Gebäudes befindet sich eine Küche, welche den Hauptgasträum des Restaurants bekocht. Der Hauptgasträum kann mittels mobiler Trennwand abgetrennt werden und wird dabei zu einem kleinen Veranstaltungssaal. Die Sanitäreinrichtungen, die Lagerräumlichkeiten, die Mitarbeiterumkleiden sowie die Anlieferung befinden sich im Untergeschoss. Charakteristisch für den Pavillon ist die Verbindung von Holz, Glas sowie die weiße Färbung, diese lassen das Restaurant, passend zur Aussicht, sehr leicht erscheinen und versprechen eine stimmige mediterrane Atmosphäre. Entworfen hat den Pavillon das spanische Büro Emilio Tuñón Arquitectos mit der Schweizer Architektin und ETH-Absolventin Marceline Ruckstuhl.<sup>51</sup>

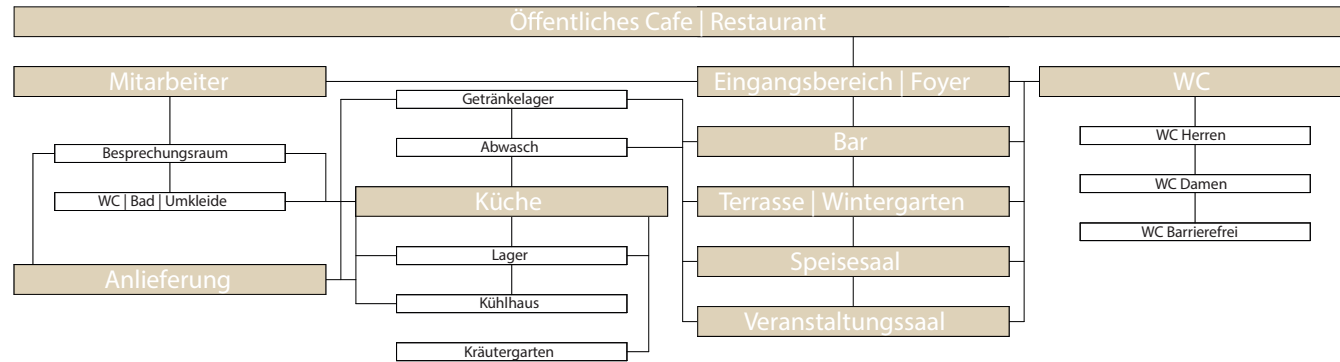


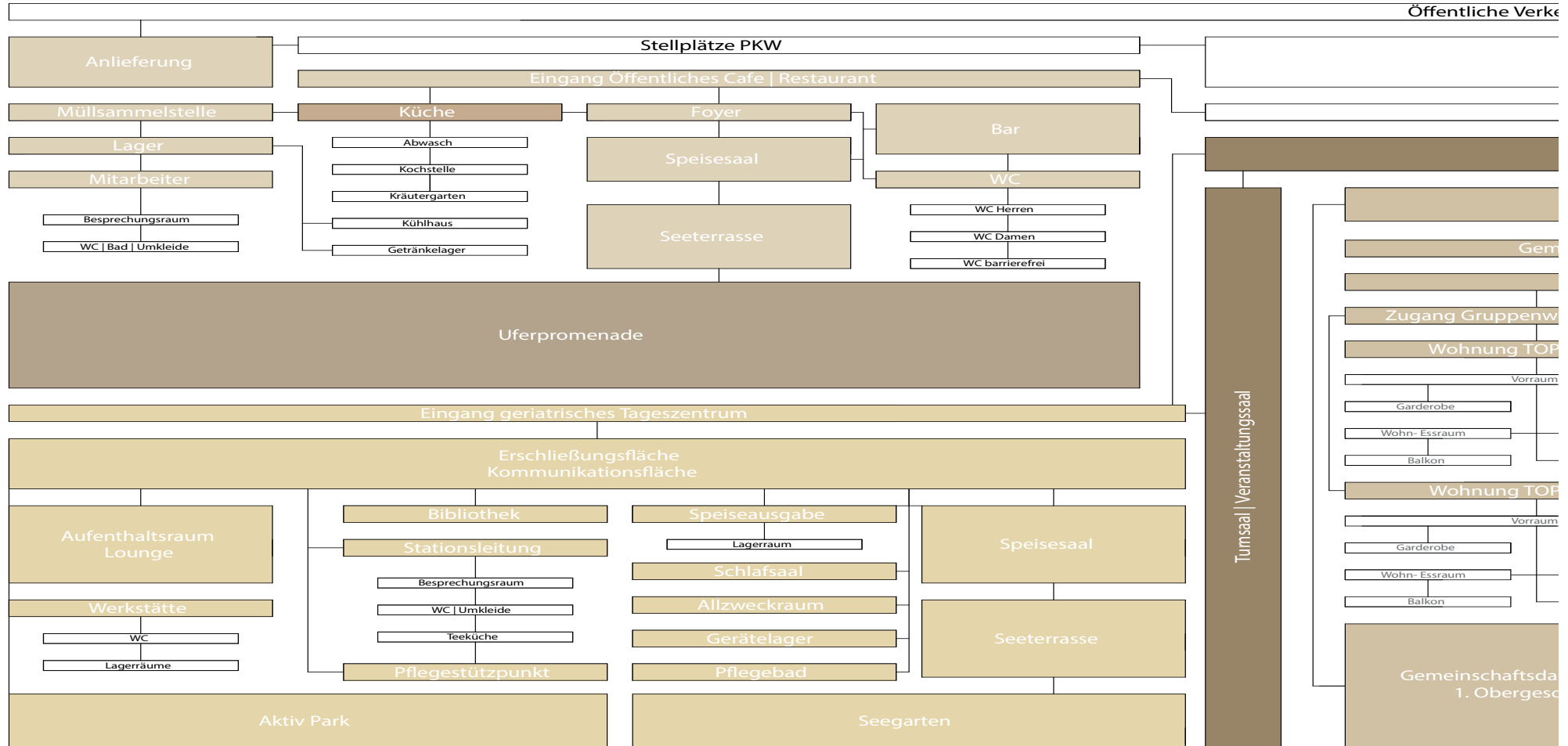
Abb.65: Innenraumvisualisierung Referenzgebäude

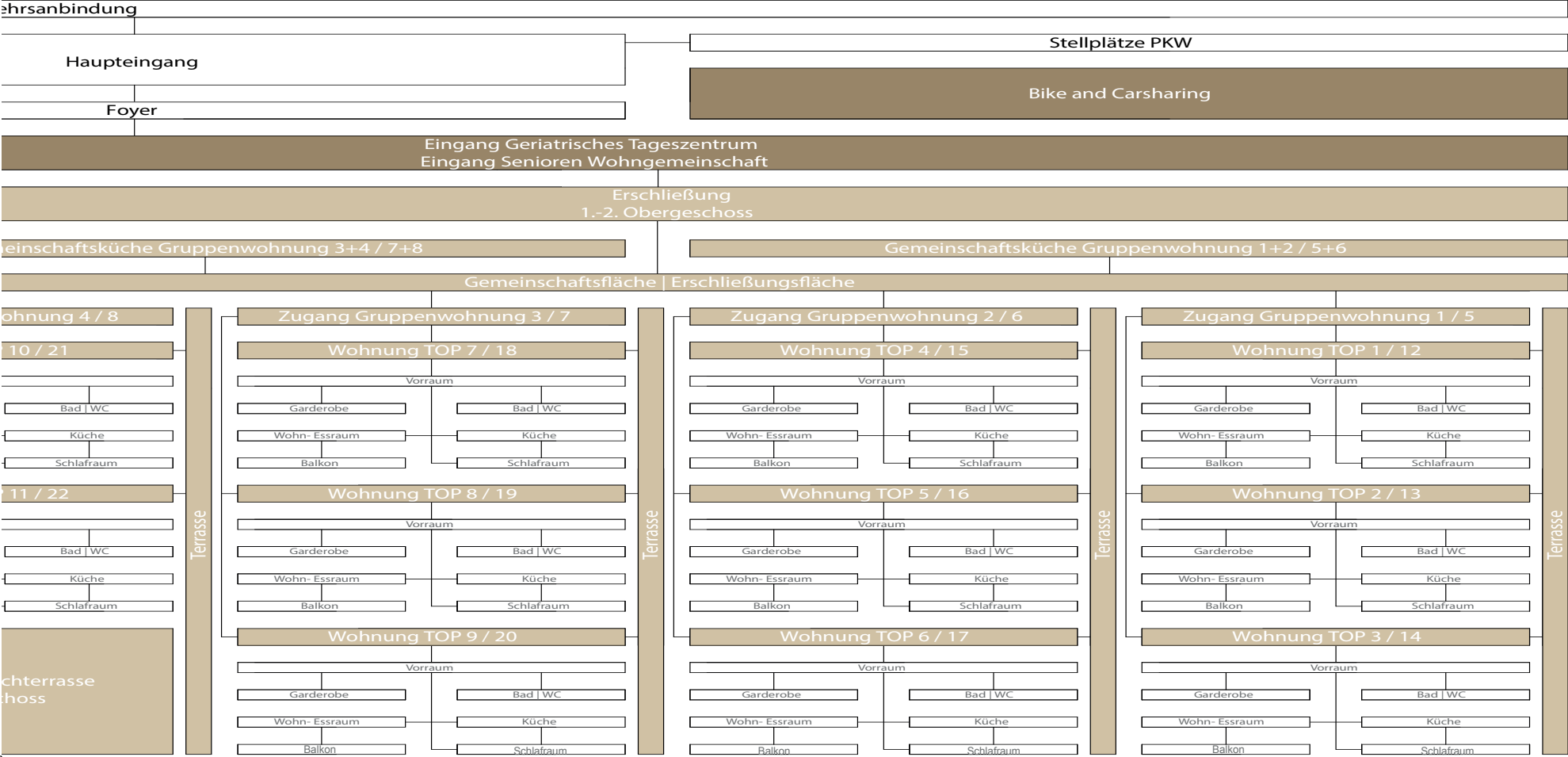


Abb.66: Visualisierung Referenzgebäude

<sup>51</sup> Vgl. ETH Zürich 2014.







Öffentliches Café | RestaurantGeriatrisches TageszentrumSenioren Wohngemeinschaft

Eingangsbereich:	80 m <sup>2</sup>	Aufenthaltsraum   Lounge:	50m <sup>2</sup>	<u>Wohneinheiten:</u>	<u>51m<sup>2</sup></u>
Speisesaal (100 Personen)	300m <sup>2</sup>	Stationsleitung:	20m <sup>2</sup>	Vorraum   Garderobe:	7m <sup>2</sup>
Barbereich:	40m <sup>2</sup>	Pflegestützpunkt:	20m <sup>2</sup>	Abstellraum:	3m <sup>2</sup>
Küche:	80m <sup>2</sup>	Schlafsaal:	50m <sup>2</sup>	Badezimmer:	6m <sup>2</sup>
Kühlhaus Küche:	16m <sup>2</sup>	Bibliothek:	20m <sup>2</sup>	Küche:	10m <sup>2</sup>
Kühlhaus Getränke:	16m <sup>2</sup>	Pflegebad   WC:	8m <sup>2</sup>	Aufenthaltsraum:	10m <sup>2</sup>
Lager Küche:	16m <sup>2</sup>	WC-Anlagen:	16m <sup>2</sup>	Schlafzimmer:	15m <sup>2</sup>
Lager Gläser:	16m <sup>2</sup>	Allzweckraum:	30m <sup>2</sup>	<u>Gemeinschaftsfläche:</u>	<u>90m<sup>2</sup></u>
Abwasch:	16m <sup>2</sup>	Werkstatt:	80m <sup>2</sup>	Anzahl der Wohneinheiten:	22
Mitarbeiter Umkleide:	20m <sup>2</sup>	Turnsaal:	260m <sup>2</sup>	Anzahl Gemeinschaftsflächen:	2
WC:	24m <sup>2</sup>	Speisesaal:	80m <sup>2</sup>		
<u>Summe NF:</u>	<u>624m<sup>2</sup></u>		<u>634m<sup>2</sup></u>		<u>1.302m<sup>2</sup></u>

Ermittlung Bruttogeschossfläche:

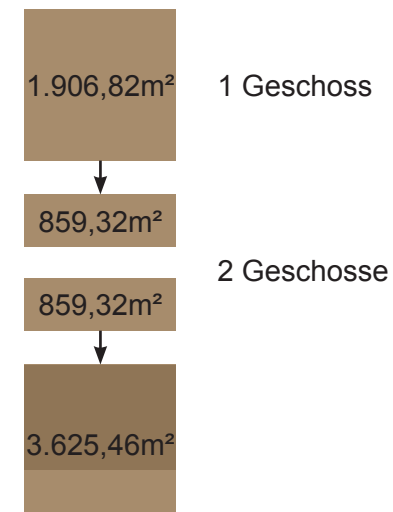
<u>Öffentliches Café   Restaurant</u>	<u>Geriatrisches Tageszentrum</u>	<u>Senioren Wohngemeinschaft</u>
(BGF/NF)lt. BKI 2016 = 1,42	(BGF/NF)lt. BKI 2016 = 1,61	(BGF/NF)lt. BKI 2016 = 1,32
NF = 624m <sup>2</sup>	NF = 634m <sup>2</sup>	NF = 1.302m <sup>2</sup>
<u>BGF = 886,08m<sup>2</sup></u>	<u>BGF = 1.020,74m<sup>2</sup></u>	<u>BGF = 1.718,64m<sup>2</sup></u>

Flächenzusammenstellung Erdgeschoss:

Öffentliche Flächen (Café   Restaurant):	886,08m <sup>2</sup>
Halböffentliche Flächen (Geriatrisches Tageszentrum)	1.020,74m <sup>2</sup>
<u>Summe:</u>	<u>1.906,82m<sup>2</sup></u>

Flächenzusammenstellung Obergeschoss:

<u>Private Flächen (Senioren Wohngemeinschaft):</u>	<u>1.718,64m<sup>2</sup></u>
<u>Summe BGF:</u>	<u>3.625,46m<sup>2</sup></u>



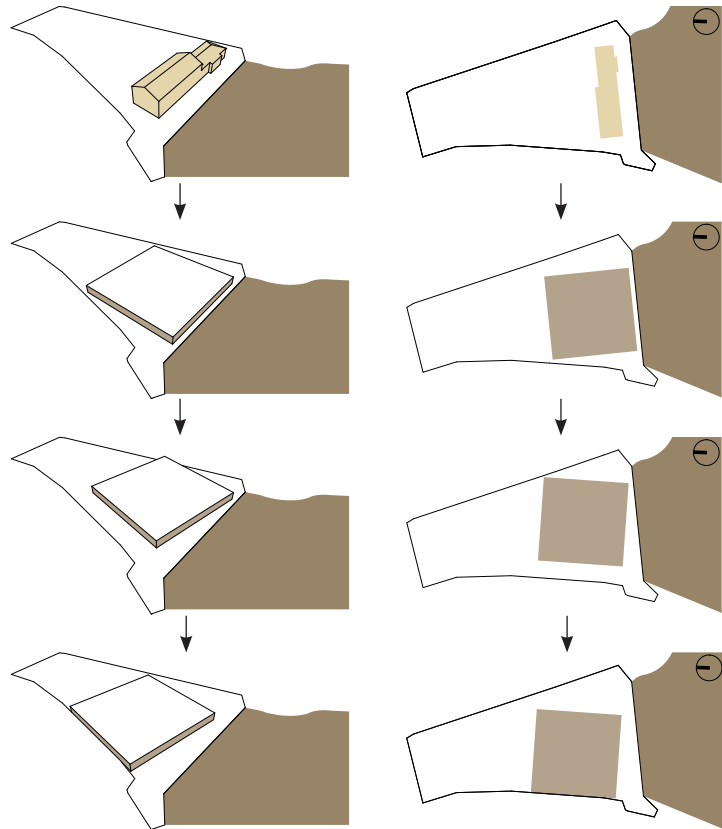




Architektur

# 7.Kapitel

Entwurf

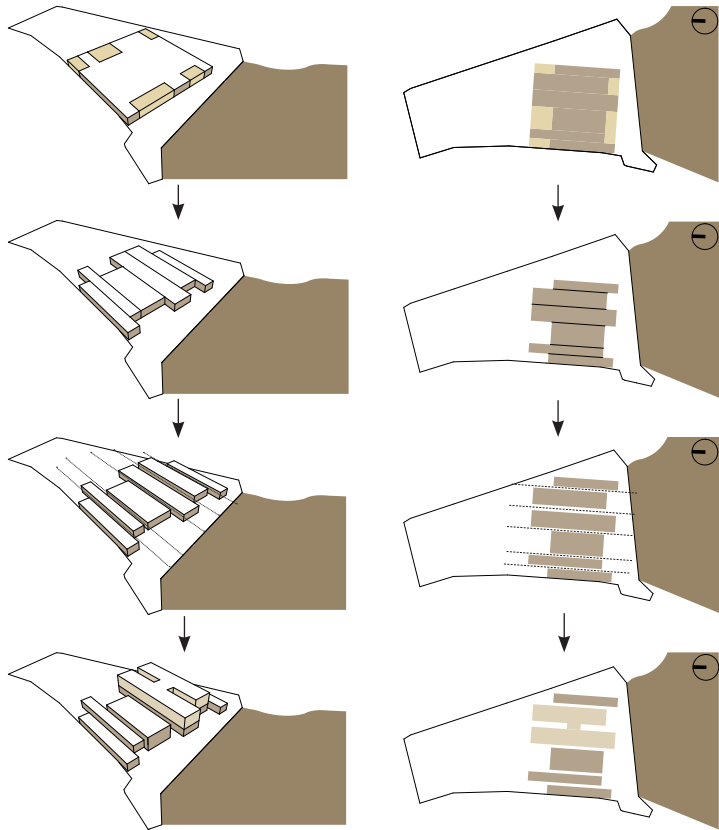


1 Abbruch des bestehenden Gebäudes

2 Ermittelte Erdgeschoss BGF parallel zum Ufer platzieren

3 Norden

4 An die Baufluchtlinie setzen

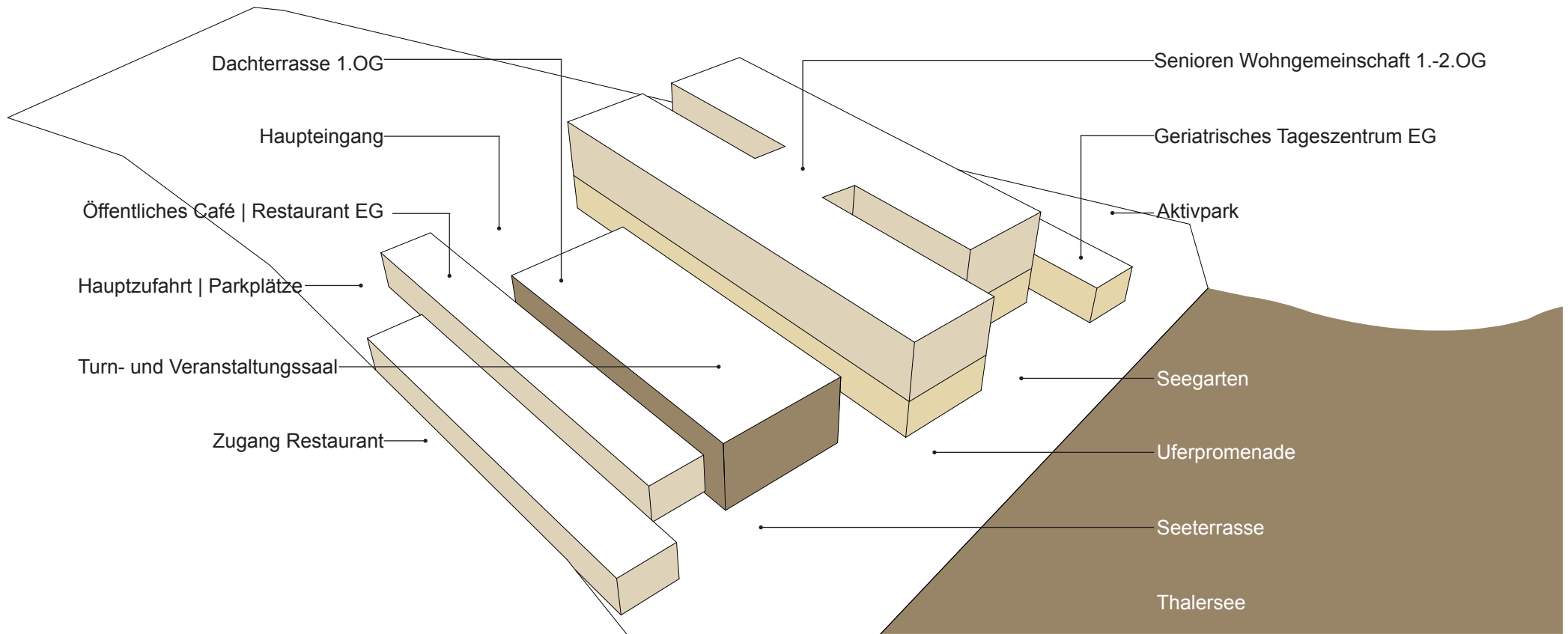


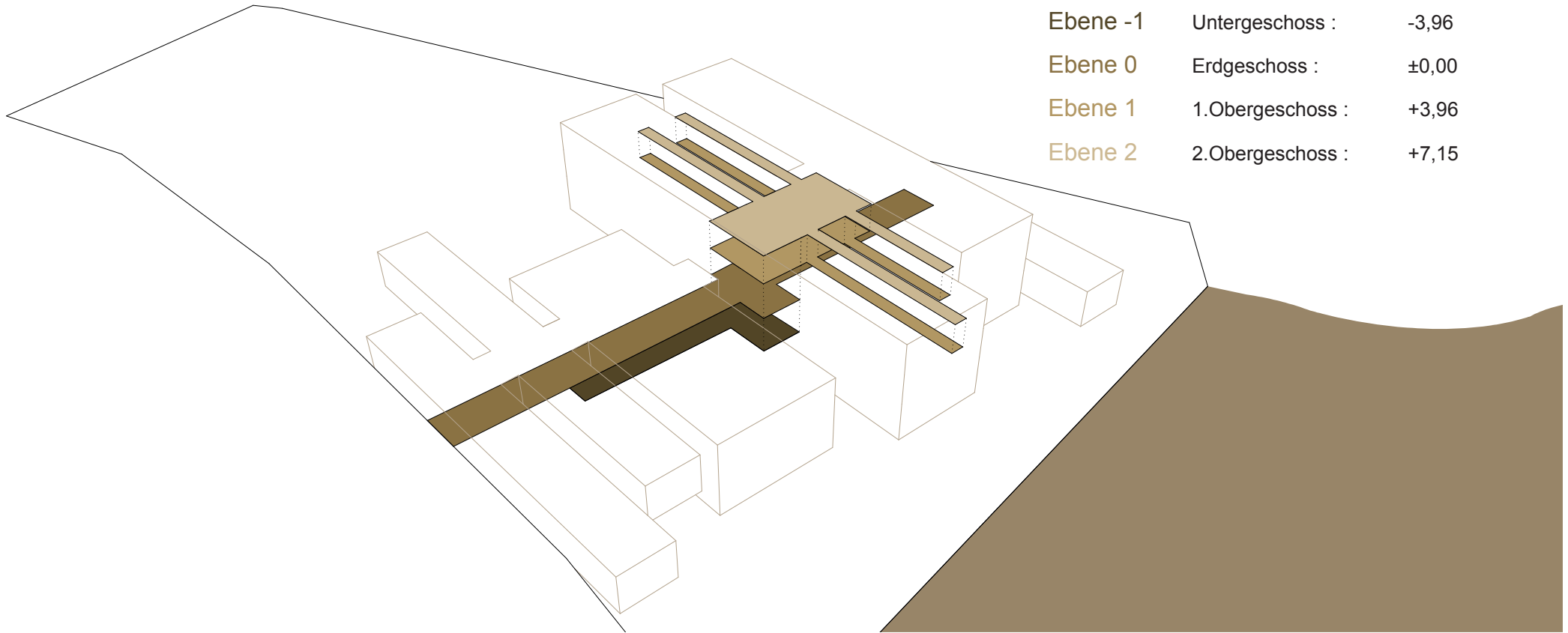
5 Definierte Teilflächen der Gesamtfläche entnehmen

6 Entstandene Neuform in einzelne Streifen schneiden

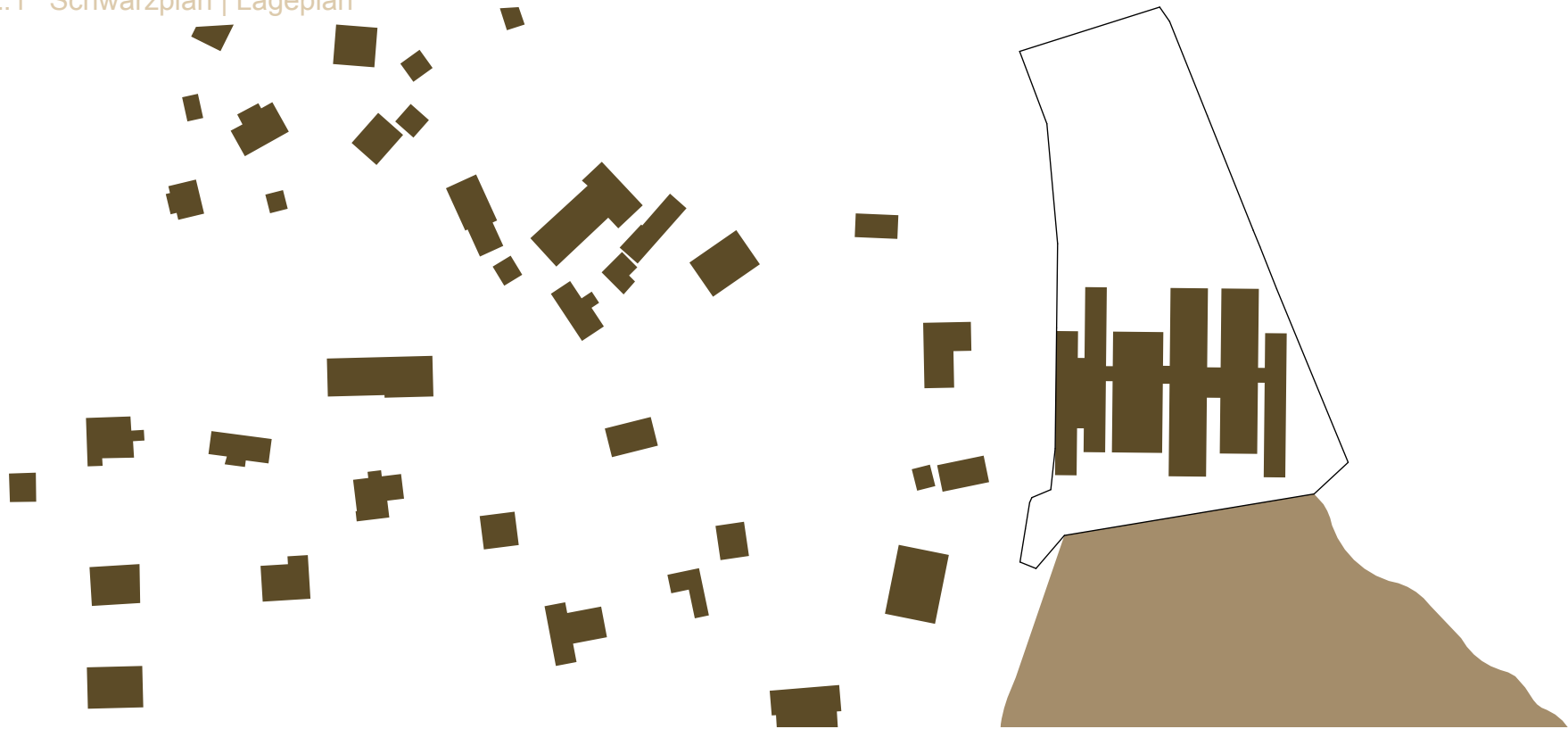
7 Schaffung von Transparenz durch trennen und auseinanderrücken

8 Aufstockung mittels ermittelter Obergeschoss BGF





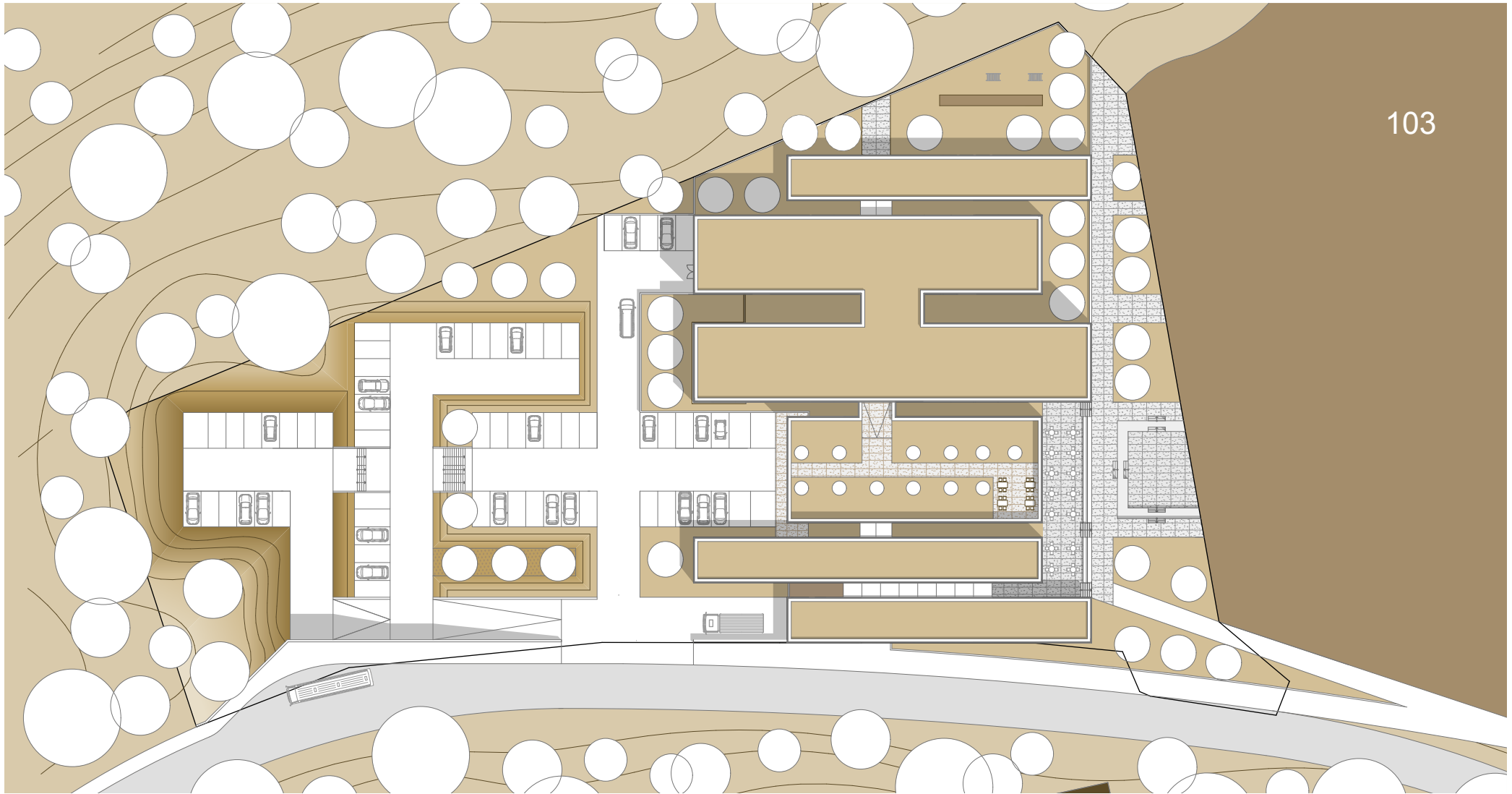
7.2.1 Schwarzplan | Lageplan



Schwarzplan

M 1:2000





103

Lageplan

M 1:750

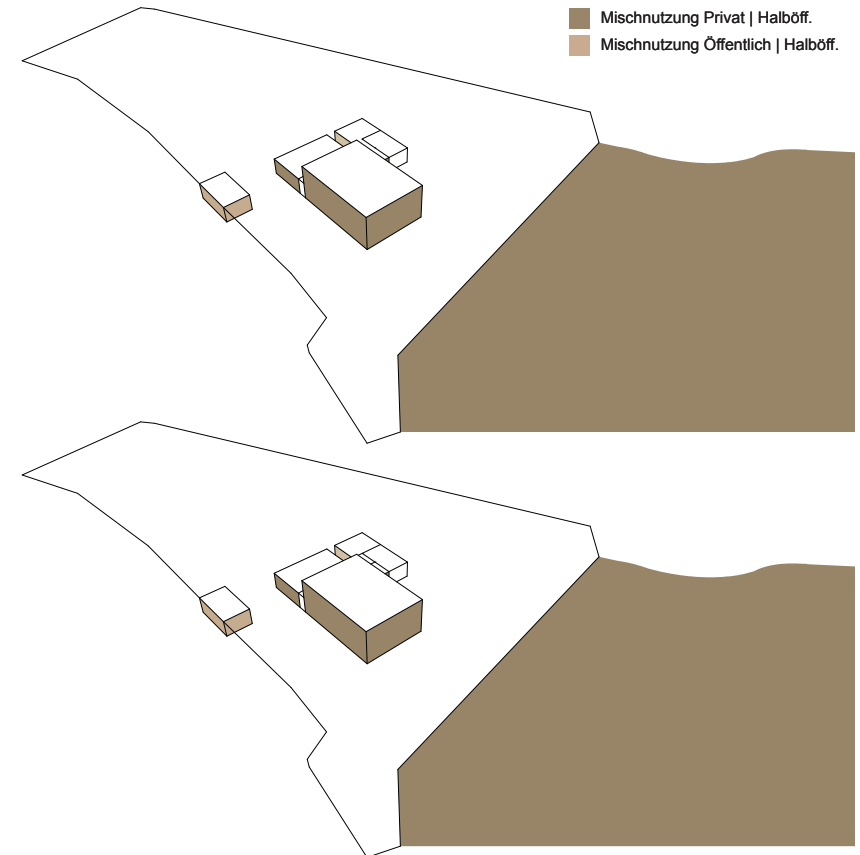




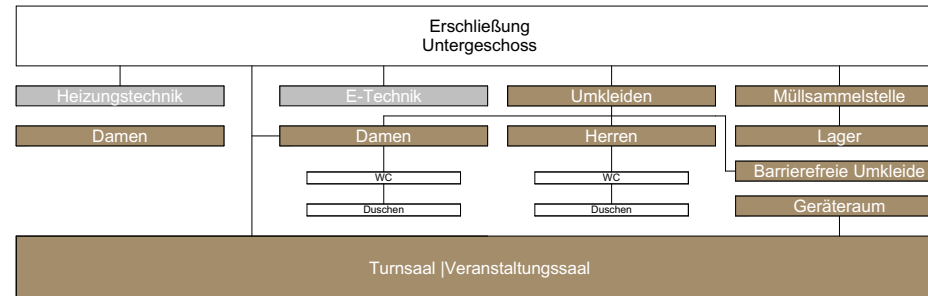
### 7.2.2 Untergeschoss

Im Untergeschoss des Gebäudes befindet sich der Turn- und Veranstaltungssaal, welcher primär für das geriatrische Tageszentrum zur Verfügung steht, aber auch von den Bewohnern der Senioren Wohngemeinschaften nach den Öffnungszeiten genutzt werden kann. Über das zentrale Stiegenhaus gelangt man zu den Technikräumen für Haustechnik sowie für Elektrotechnik. Über den mit Licht durchfluteten Gang werden der Turnsaal mit Geräteraum, sowie die dazugehörigen Umkleiden erschlossen.

Im zweiten unterkellerten Bereich des Gebäudes ist die gesamte Lagerfläche sowie die zentrale Müllsammelstelle des Gebäudes untergebracht und wird mit den Lastenlift sowie mit einer kleinen Treppe mit dem Erdgeschoss verbunden.



7.2.2 Untergeschoss

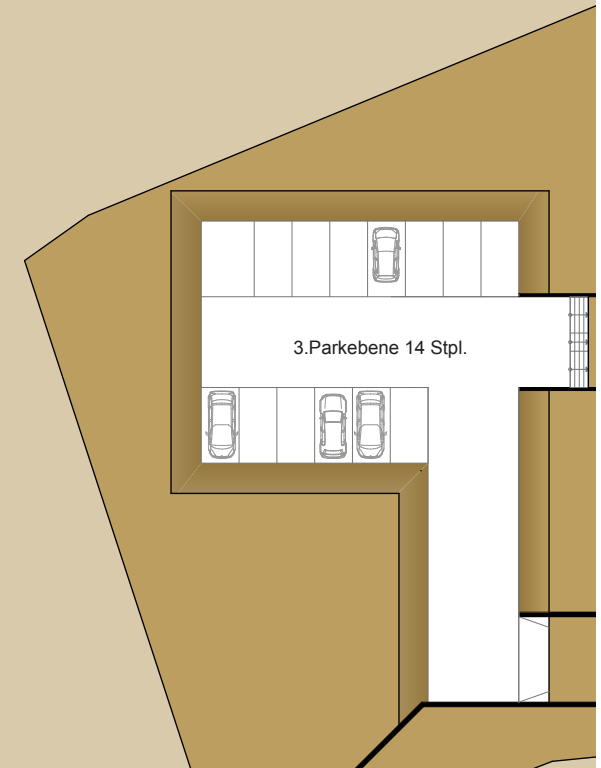


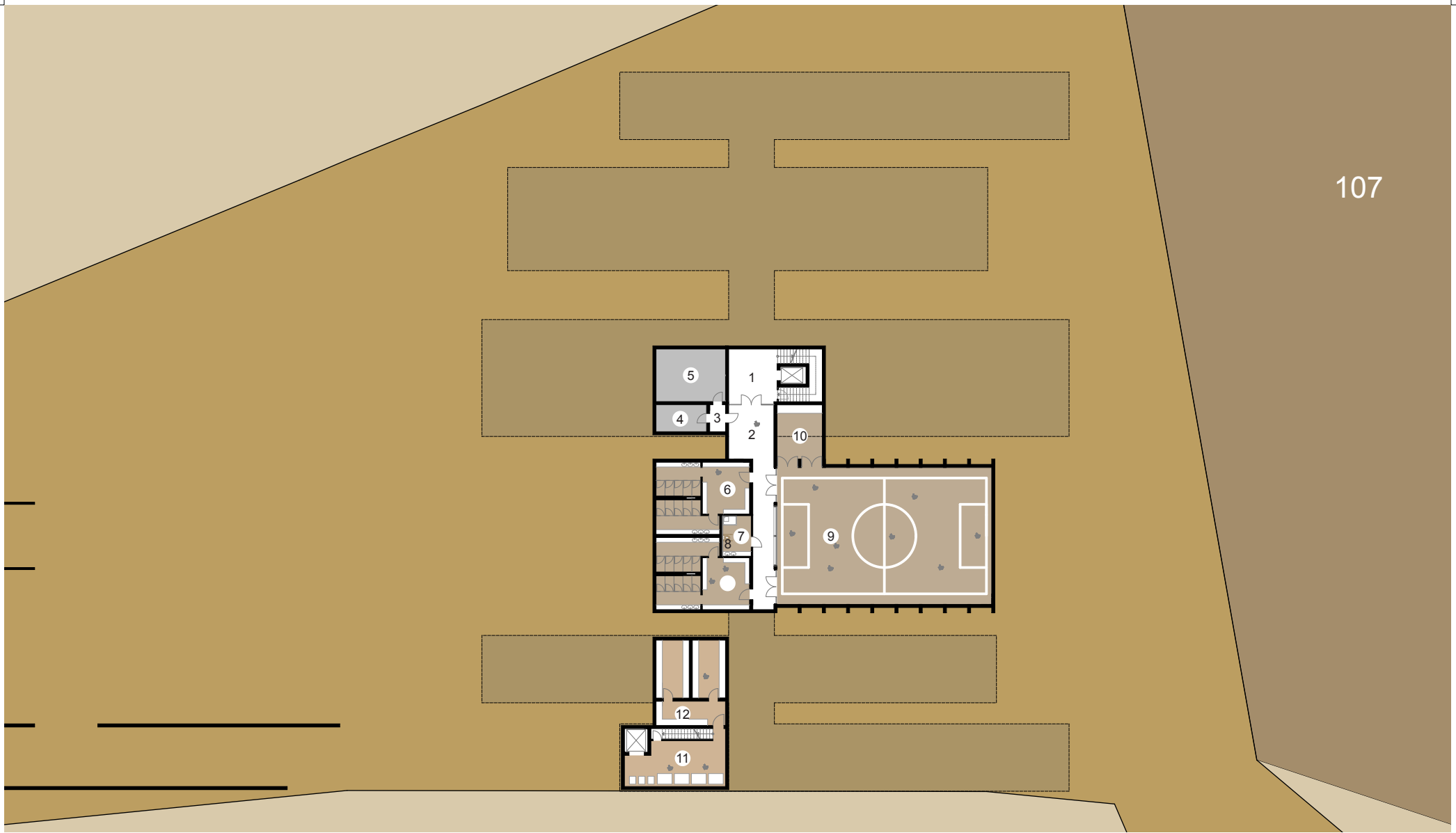
## 7.Kapitel 7.2 Pläne und Entwurfsdarstellungen

## 7.2.2 Untergeschoss

Nr.	Funktion	NF
1	Stiegenhaus	24 m <sup>2</sup>
2	Gang	50 m <sup>2</sup>
3	Schleuse	4 m <sup>2</sup>
4	E-Technikraum	12 m <sup>2</sup>
5	Heiztechnikraum	33 m <sup>2</sup>
6	Umkleide Herren	53 m <sup>2</sup>
	WC   Duschkabinen	
7	Umkleide Barrierefrei	11 m <sup>2</sup>
	WC   Duschtasse	
8	Umkleide Damen	53 m <sup>2</sup>
	WC   Duschkabinen	
9	Turnsaal	265 m <sup>2</sup>
10	Geräteraum	25 m <sup>2</sup>
11	Müllsammelstelle	40 m <sup>2</sup>
12	Lager	50 m <sup>2</sup>

Summe NF Untergeschoss: 620 m<sup>2</sup> BGF Untergeschoss: 740m<sup>2</sup>





107

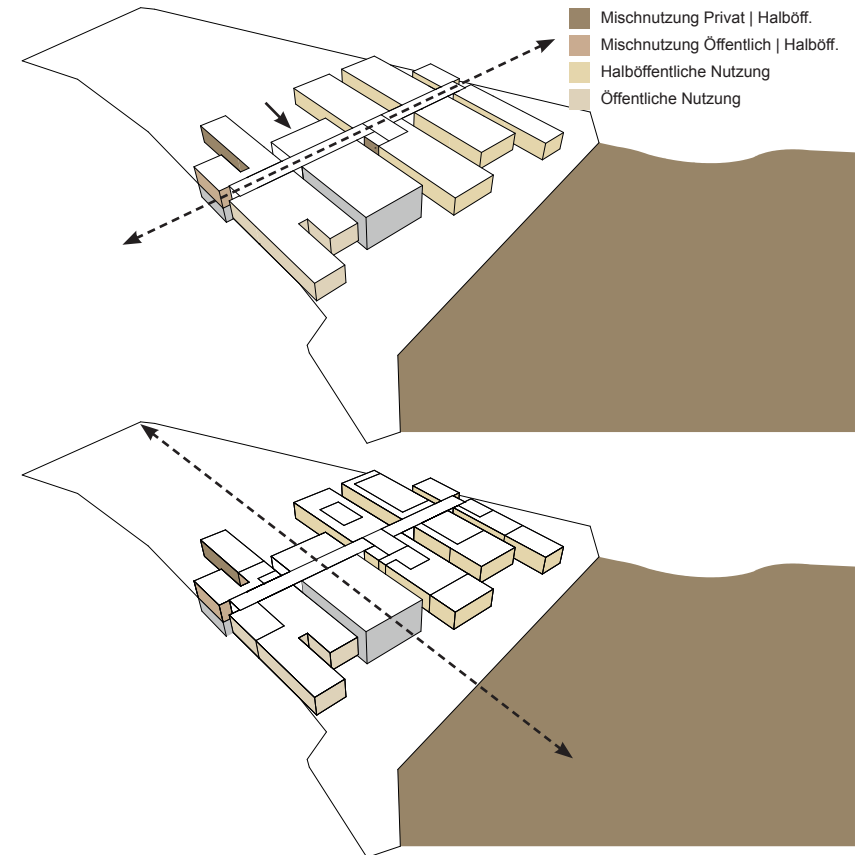
Ebene -1: Grundriss Untergeschoss: -3,96

M 1:500

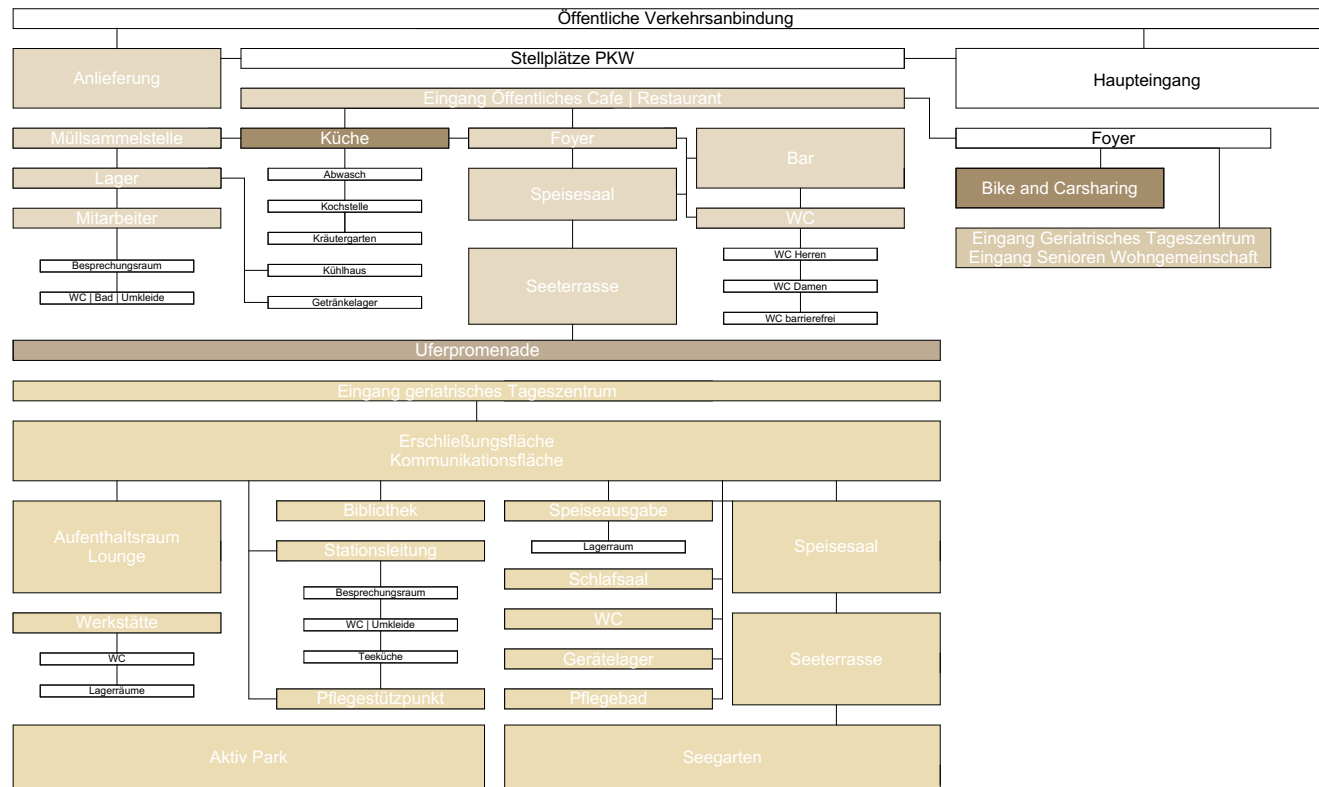


### 7.2.3 Erdgeschoss

Das oberste Ziel bei der Gestaltung des Erdgeschosses ist zum Einen die Gewährleistung und Einhaltung der Barrierefreiheit für alle Flächen öffentlicher und halböffentlicher Nutzung, zum Anderen einer dazugehörenden und klaren Erschließungsachse welche die einzelnen Baukörper miteinander verbinden soll. Der Hauptzugang des Gebäudes befindet sich auf der Seite der Parkplätze auf der Nordseite des Gebäudes und wird durch einen großzügigen Vorplatzbereich, resultierend durch das Zurückspringen des Baukörpers, definiert. Zusätzlich stellt er durch eine konsequente Sichtachse, eine Sichtbeziehung zwischen Thalersee und Vorplatzbereich her und schafft dadurch eine gewisse Transparenz. In den ersten beiden östlich positionierten Baukörpern ist die Gastronomie untergebracht und verfügt über eine großzügige Bar, einen abtrennbaren Saal für Veranstaltungen, einer Seeterrasse, einer WC Anlage sowie einer Küche und den dazugehörigen Nebenräumen. Die drei westlich platzierten Baukörper bilden zusammen mit dem Turn- und Veranstaltungssaal des Untergeschosses das geriatrische Tageszentrum. Die Besucher des Tageszentrums haben neben dem abwechslungsreich geplanten Tagesabläufen der Stationsleitung die Möglichkeit sich in den unterschiedlichen Räumlichkeiten oder im Aktivpark mit Therapiegang und Kneippanlage individuell zurückzuziehen.



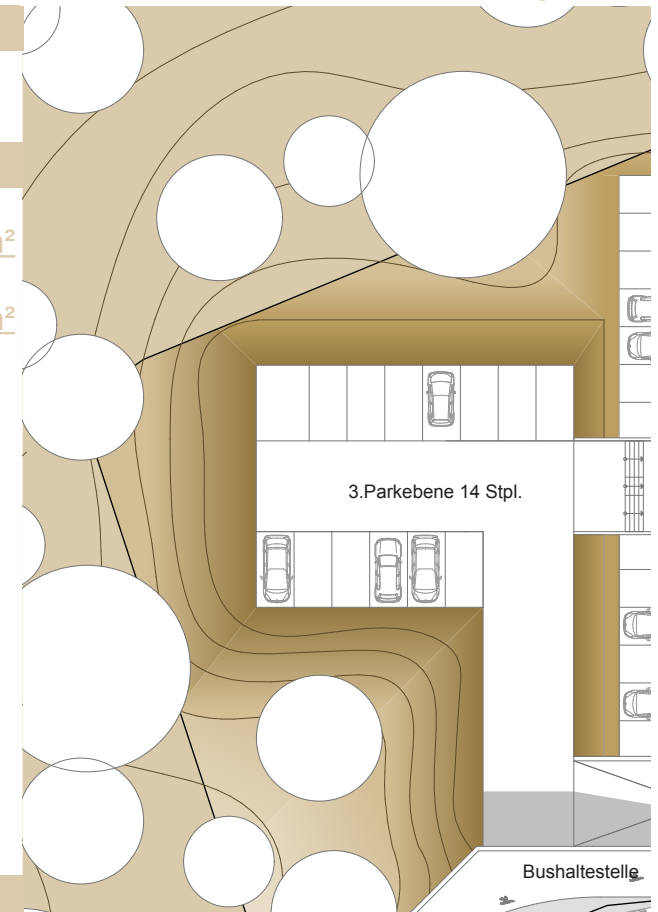
7.2.3 Erdgeschoss



## 7.Kapitel 7.2 Pläne und Entwurfsdarstellungen

## 7.2.3 Erdgeschoss

Nr.	Funktion	NF	Nr.	Funktion	NF
1	<u>Küche</u> Kühlhaus   Getränkelager Kräutergarten Kochstelle Abwasch	85 m <sup>2</sup>	8	<u>Erschließungsfläche</u>	250 m <sup>2</sup>
2	<u>Restaurant   Bar</u> Garderobe	250 m <sup>2</sup>	9	<u>Werkstatt</u> Lager WC-Anlage Maschinenraum	135 m <sup>2</sup>
3	<u>Fahrradabstellplatz</u>	85 m <sup>2</sup>	10	<u>Pflegebad</u>	10 m <sup>2</sup>
4	<u>Foyer</u>	95 m <sup>2</sup>	11	<u>Pflegestützpunkt</u> Besprechungsraum Teeküche Umkleide   WC	60 m <sup>2</sup>
5	<u>Stiegenhaus</u>	24 m <sup>2</sup>	12	<u>Stationsleitung</u>	25 m <sup>2</sup>
6	<u>Lounge</u> Empfang WC-Anlagen	200 m <sup>2</sup>	13	<u>Bibliothek</u>	76 m <sup>2</sup>
7	<u>Speisesaal</u> Speiseausgabe Abwasch Umkleide	170 m <sup>2</sup>	14	<u>Allzweckraum</u>	52 m <sup>2</sup>
			15	<u>Gerätelager</u>	26 m <sup>2</sup>
			16	<u>Aktivpark Lounge</u>	50 m <sup>2</sup>
			17	<u>Schlafsaal</u>	60 m <sup>2</sup>

Summe NF Erdgeschoss : 1.653 m<sup>2</sup>BGF Erdgeschoss: 2.345 m<sup>2</sup>





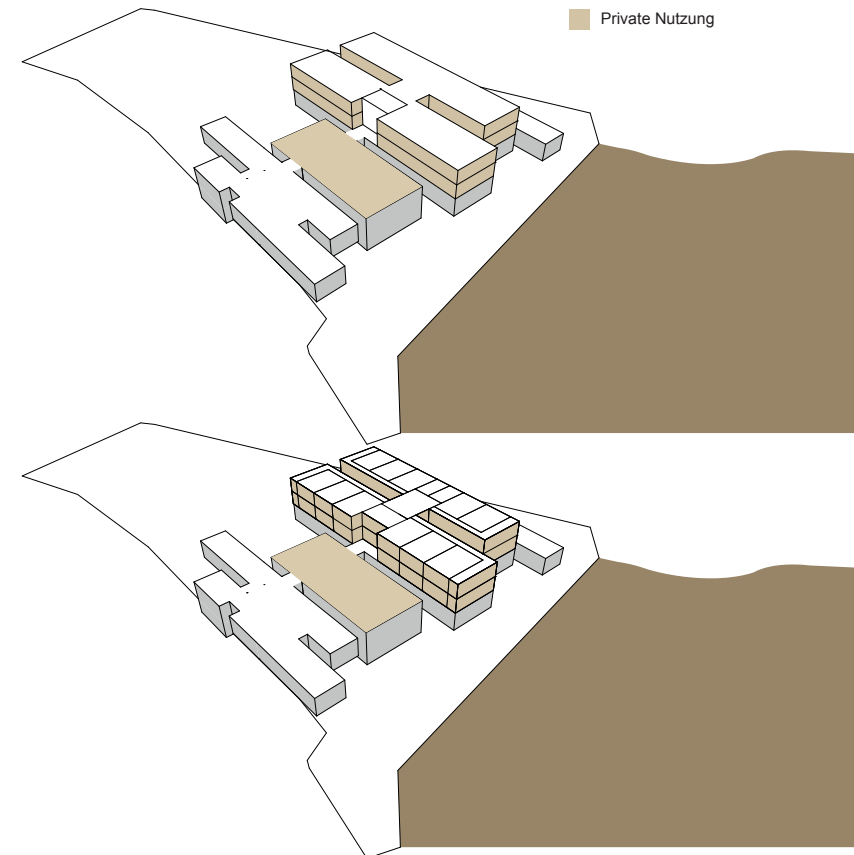
Ebene 0: Grundriss Erdgeschoss: ±0,00

M 1:500



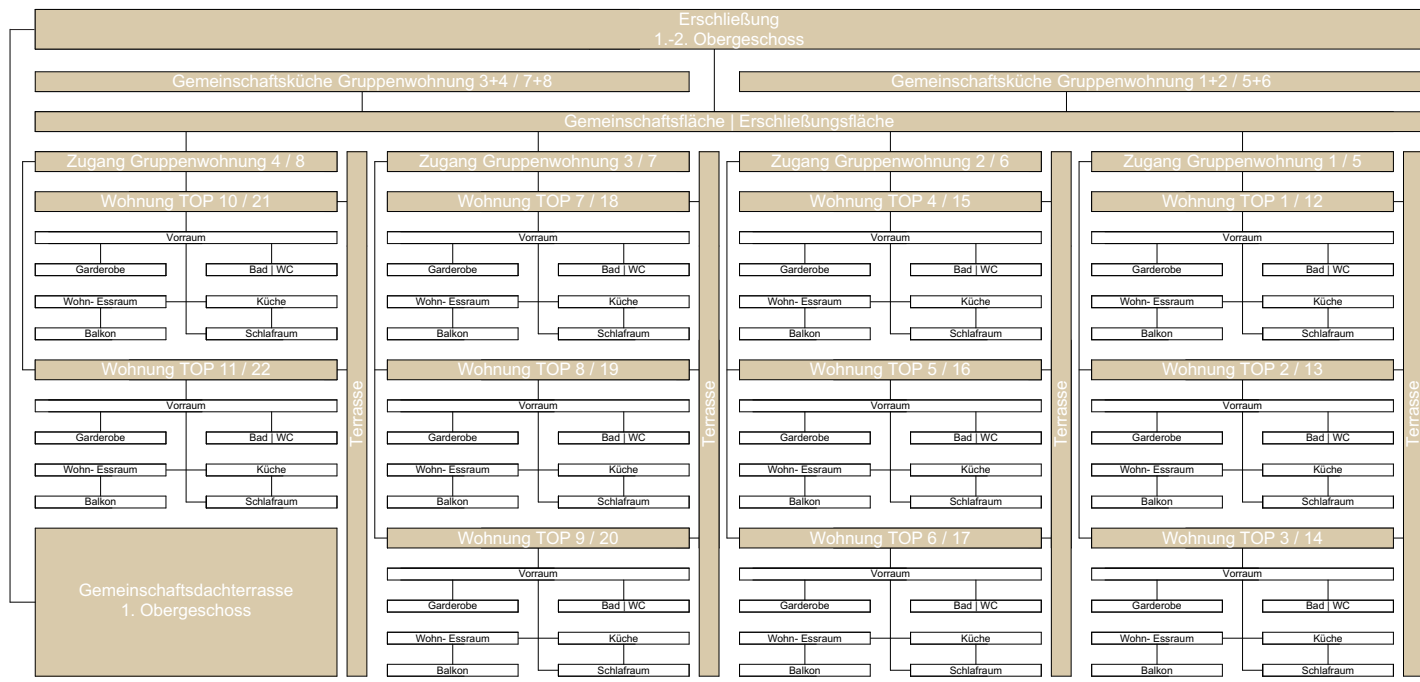
## 7.2.4 1.- 2.Obergeschoss

Über das zentrale Stiegenhaus gelangt man nun in die Obergeschosse der Senioren Wohngemeinschaften. Idee ist, eine konzeptionelle Wohnform für ältere Menschen zu finden, in der sie in der zweiten Lebenshälfte gemeinschaftlich und möglichst selbstständig wohnen können. Das generelle Problem bei Wohngemeinschaften ist eine gewisse fehlende Privatsphäre, trotz vorhandener Rückzugsmöglichkeit in ihr eigenes Zimmer. Dementsprechend wende ich die konzeptionelle Idee der Cluster Wohnungen an, indem innerhalb einer großen Wohneinheit sich 11 separate Wohneinheiten um einen gemeinschaftlichen Wohnraum, sowie zwei von einander abgetrennte Gemeinschaftsküchen anordnen. Im Unterschied zu konventionellen Wohngemeinschaften, verfügt jede Wohneinheit über einen eigenen Vorraum, ein Badezimmer, eine kleine Küchenzeile, ein Aufenthaltsraum mit Zugang zur Loggia, und einem Schlafzimmer mit Sitznische. Dies begünstigt eine stärkere Verzahnung zwischen privater Wohneinheit und Gemeinschaftsfläche, da diese Gestaltung ein optimiertes, effizientes und gemeinschaftliches Leben ermöglicht und zugleich ein Rückzug in die eigene Wohnung gewährleistet wird.



7.Kapitel 7.2 Pläne und Entwurfsdarstellungen

7.2.4 1.- 2.Obergeschoss

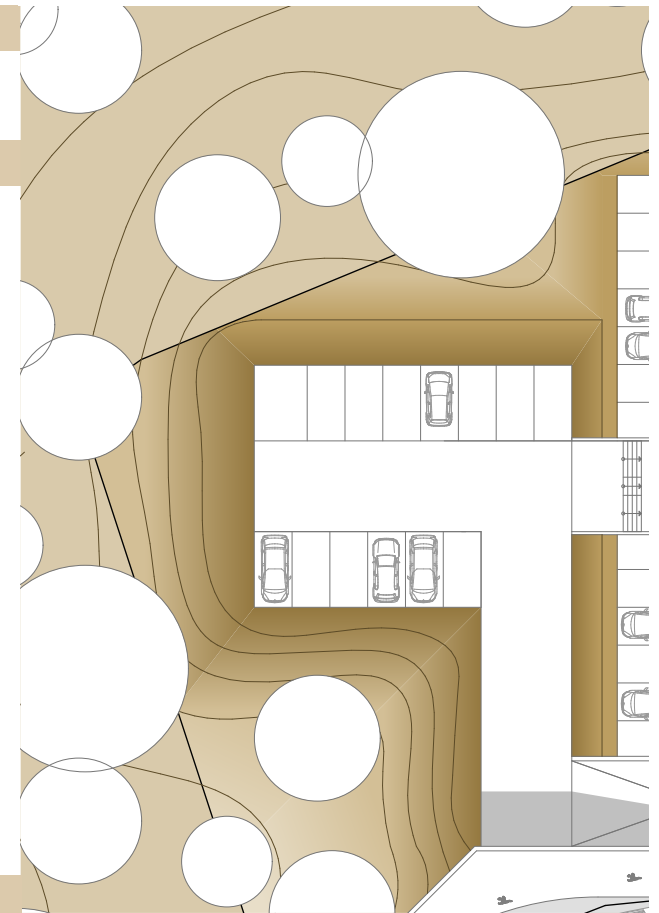


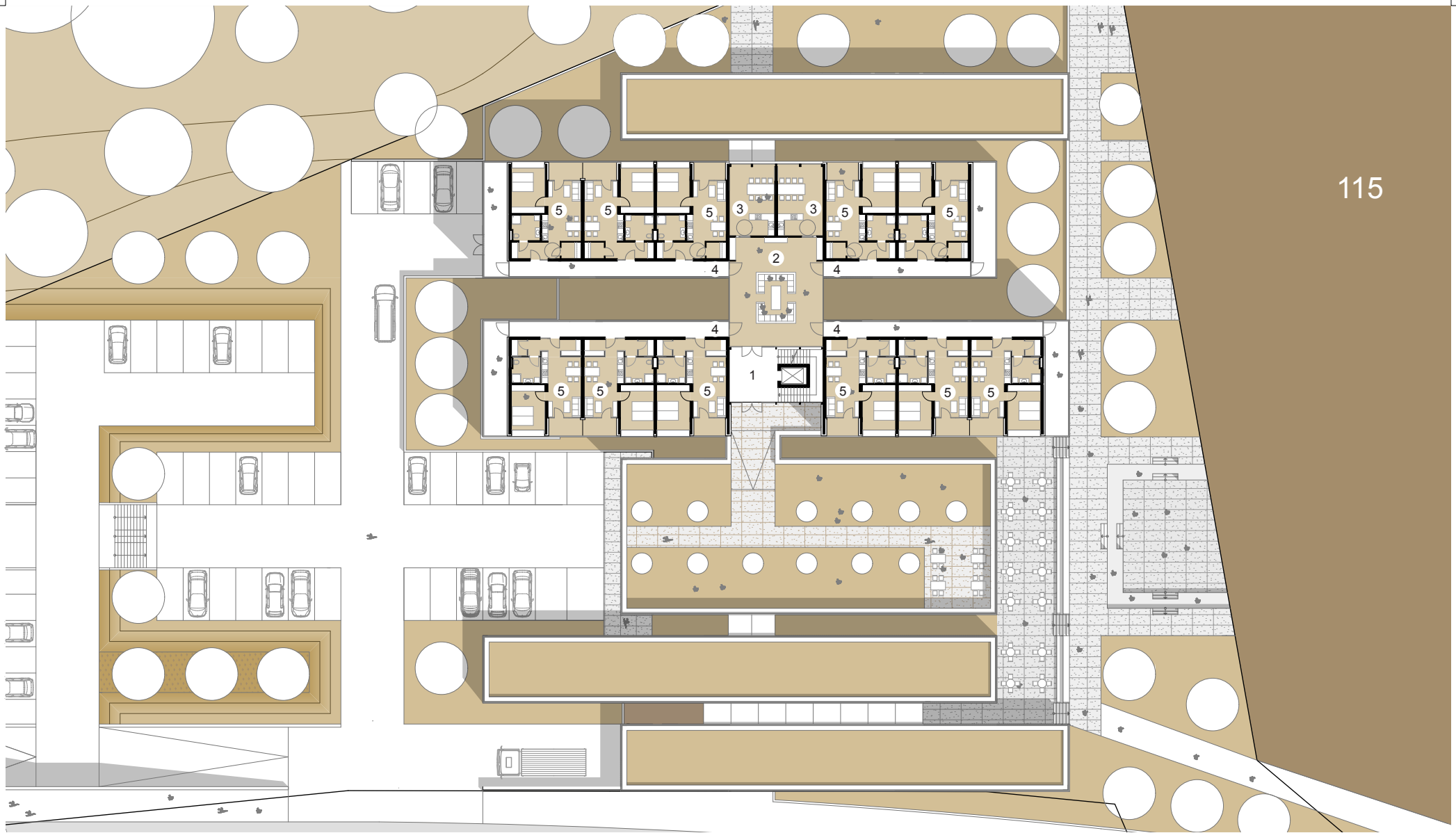
## 7.Kapitel 7.2 Pläne und Entwurfsdarstellungen

## 7.2.4 1.- 2.Obergeschoss

Nr.	Funktion	NF
1	<u>Stiegenhaus</u>	24 m <sup>2</sup>
2	<u>Erschließungsfläche   Gemeinschaftsraum</u>	90 m <sup>2</sup>
3	<u>Gemeinschaftsküche 2x</u>	58 m <sup>2</sup>
4	<u>Erschließungsfläche Wohneinheiten 4x</u>	152 m <sup>2</sup>
5	<u>Wohneinheit</u>	51 m <sup>2</sup>
	Vorraum   Garderobe	
	Abstellraum	
	Badezimmer	
	Küche	
	Aufenthaltsraum	
	Schlafzimmer	
	<u>11 Wohneinheiten á Geschoss</u>	561 m <sup>2</sup>
	Summe NF 1. Obergeschoss:	936 m <sup>2</sup>
	Summe NF 2. Obergeschoss:	936 m <sup>2</sup>

Summe NF 1. + 2. Obergeschoss: 1.872 m<sup>2</sup> BGF 1. + 2.Obergeschoss: 2.400 m<sup>2</sup>





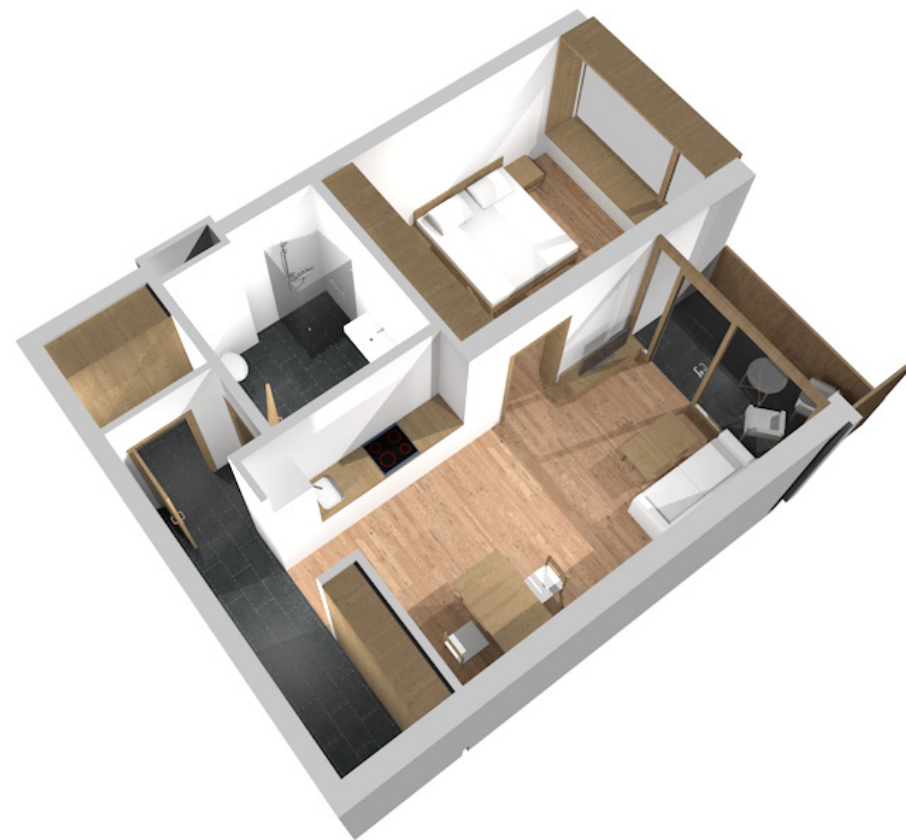
115

Ebene 1+2: Grundrisse 1.+ 2.Obergeschoss : +3,96 | +7,15

M 1:500



## 7.2.4 1.- 2.Obergeschoss



Wohnungstypologie:

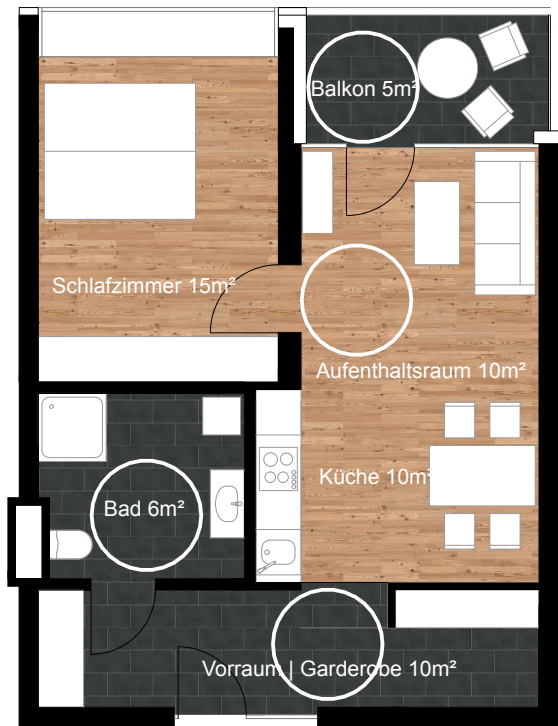
M 1:50

Perspektivische Darstellung

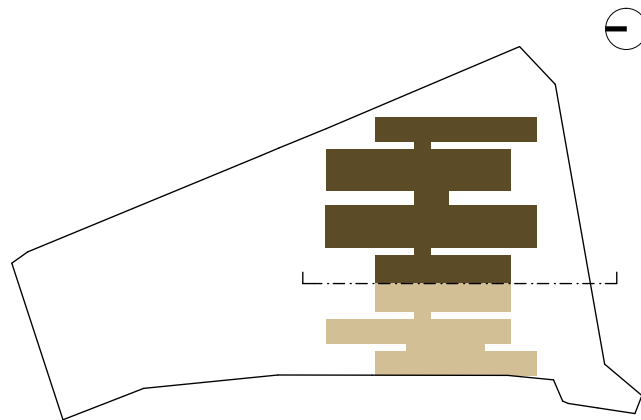
10 Wohneinheiten

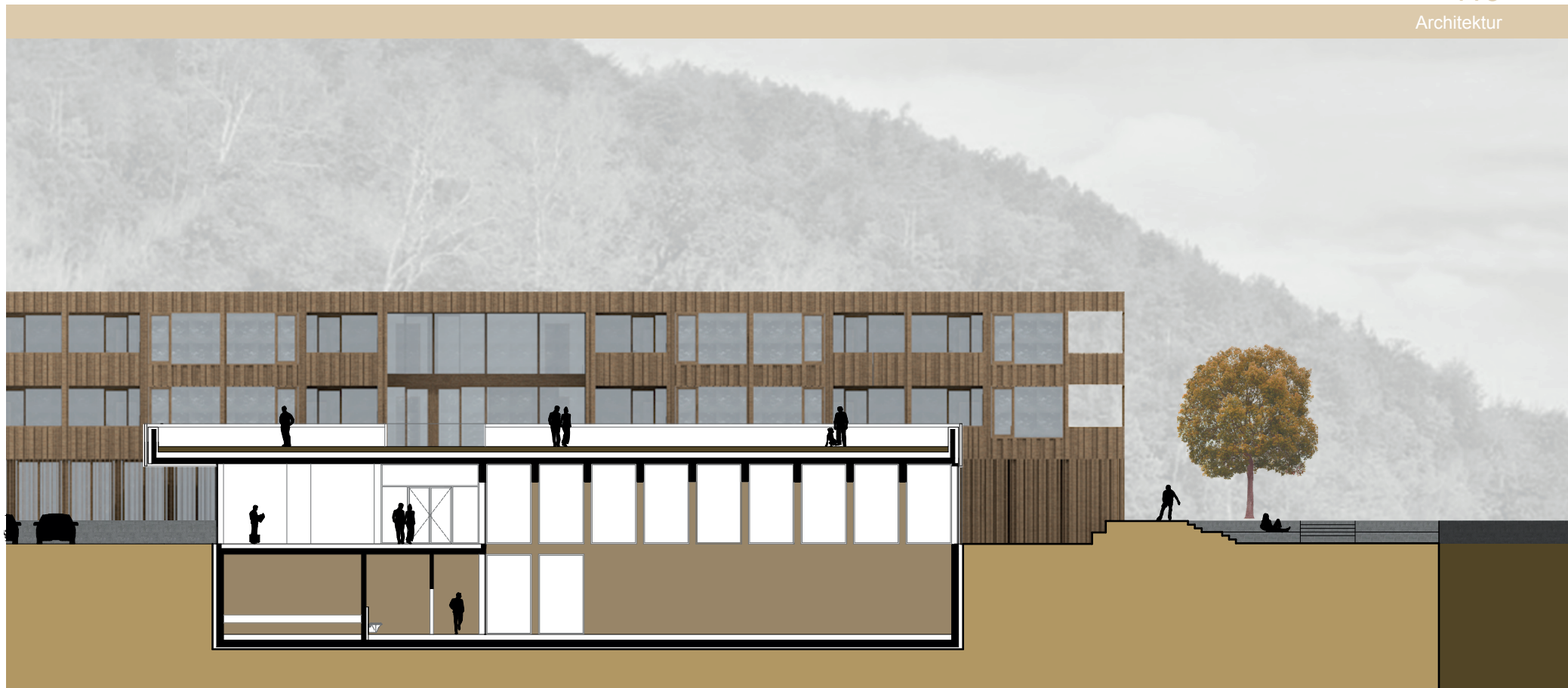


## 7.2.4 1.- 2.Obergeschoss



7.2.5 Schnitte

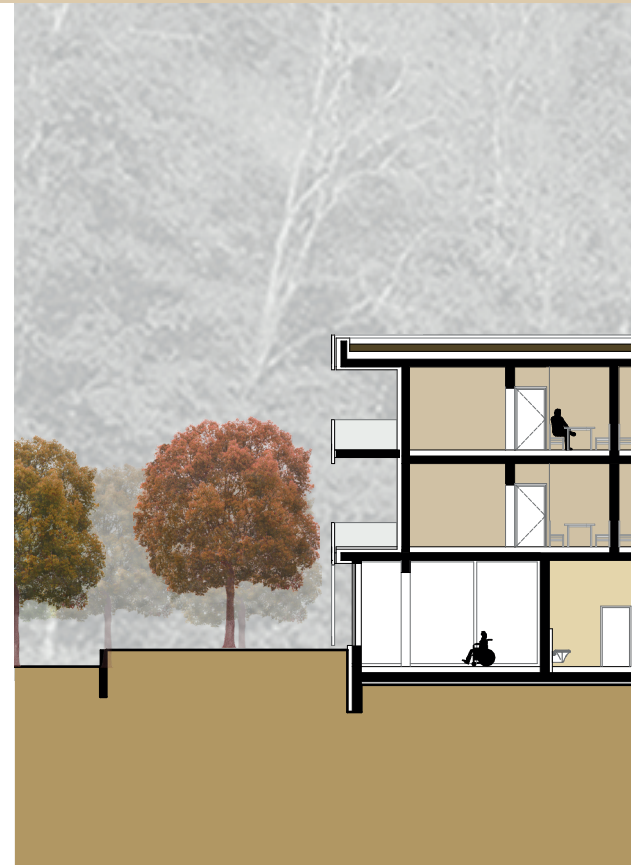
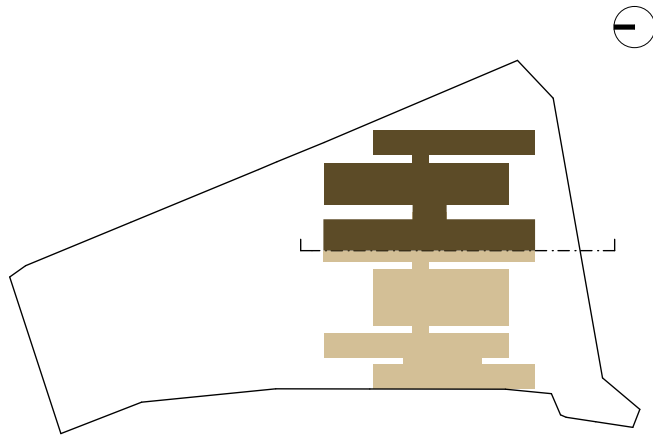


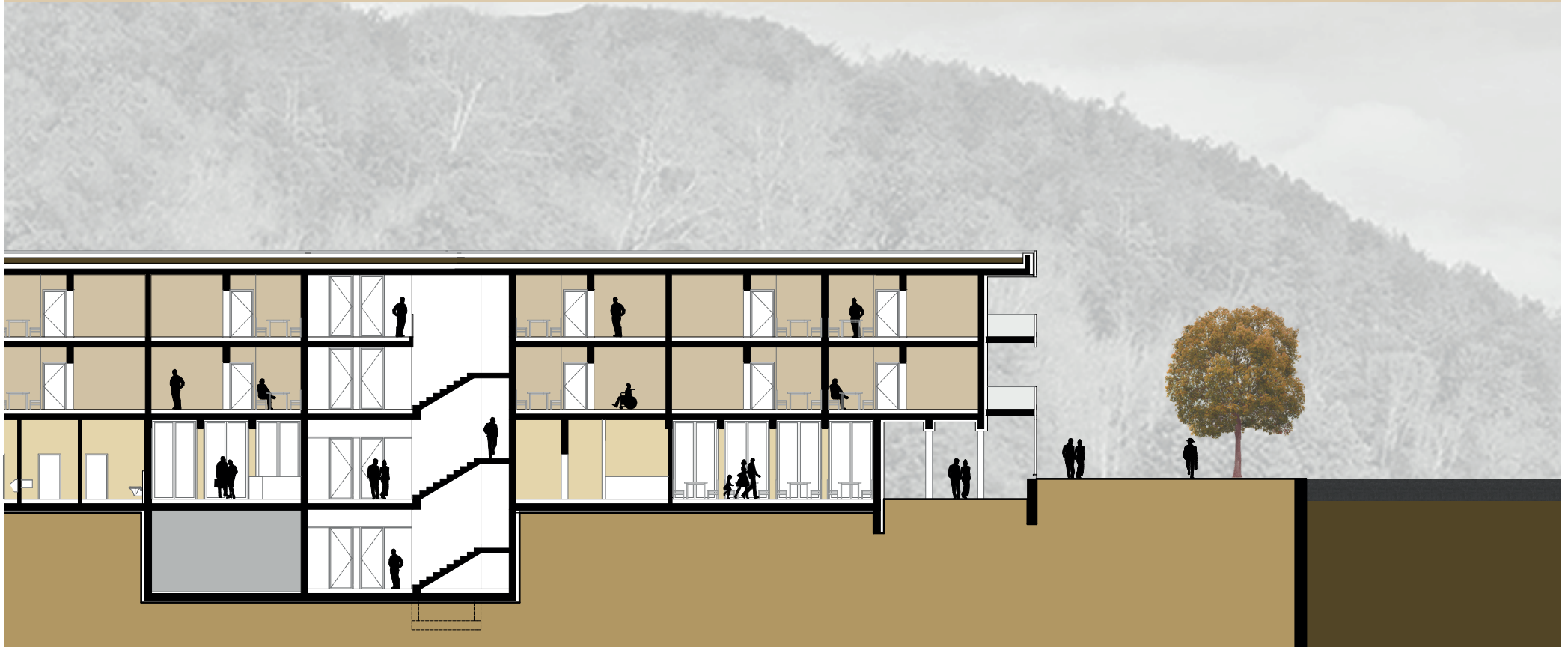


Schnitt 1-1: Schnitt durch Turn- und Veranstaltungssaal

M 1:250

7.2.5 Schnitte

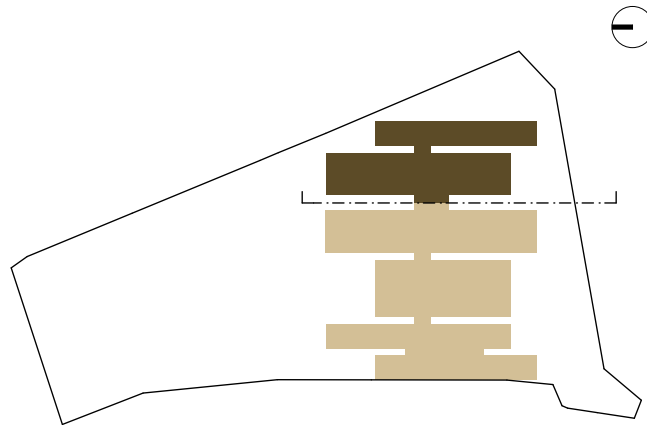




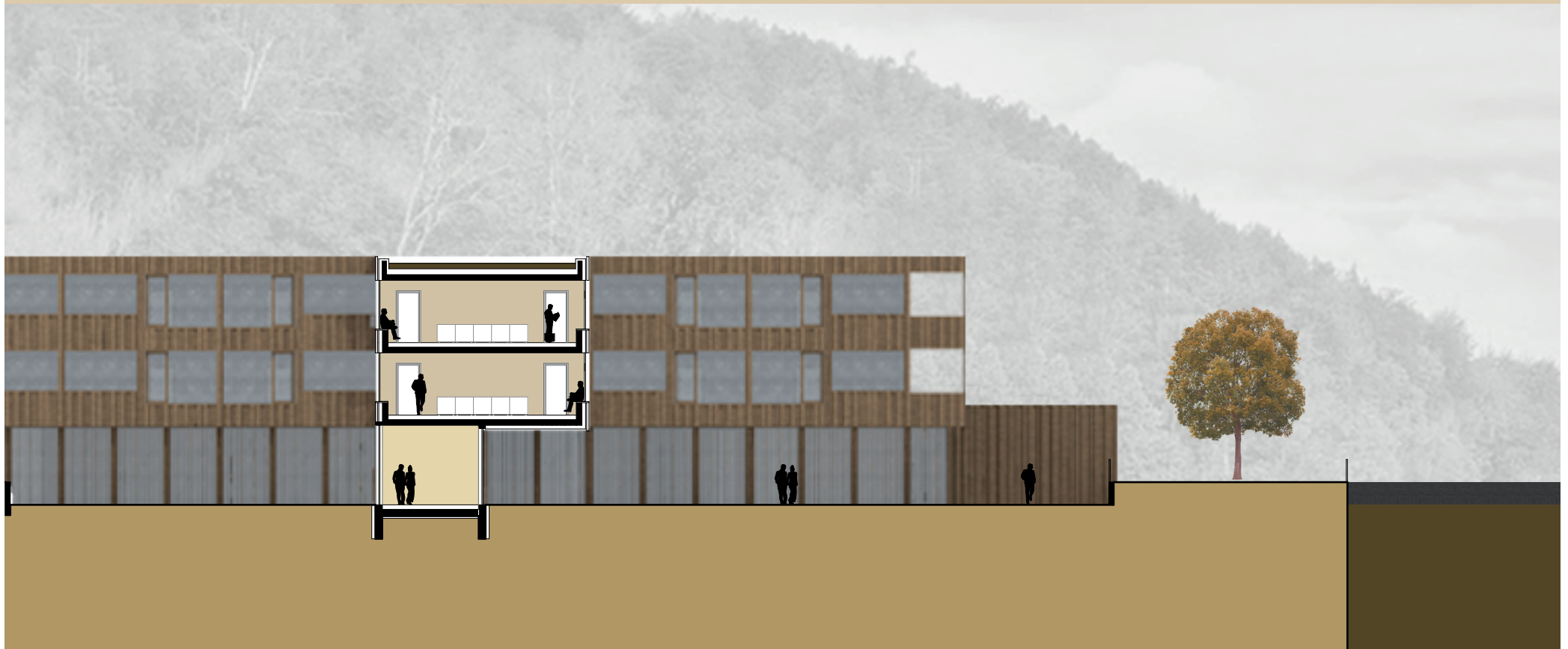
Schnitt 2-2: Schnitt durch Stiegenhaus

M 1:250

7.2.5 Schnitte





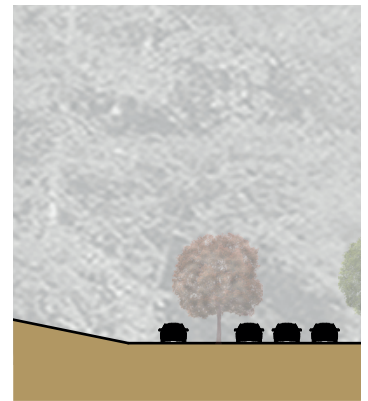
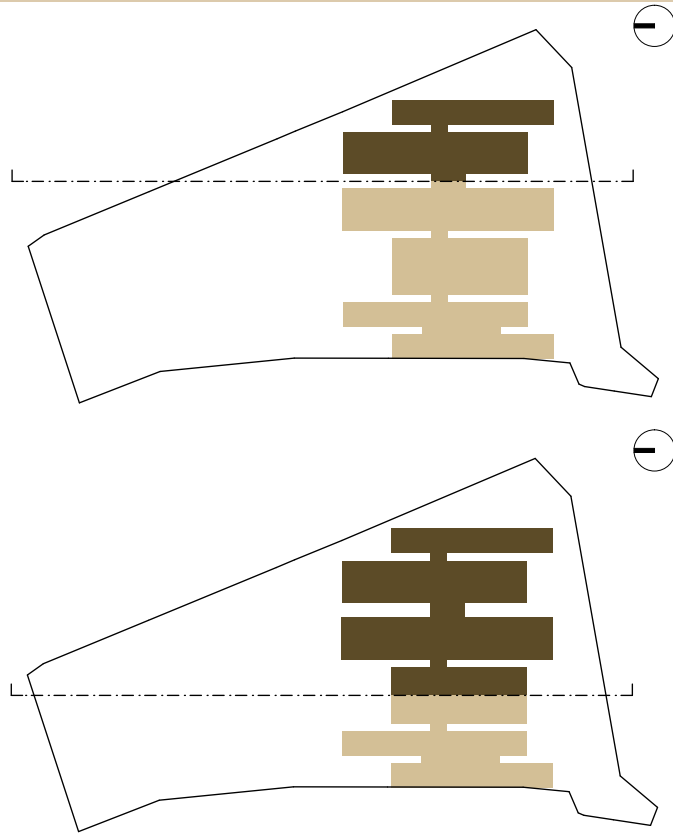


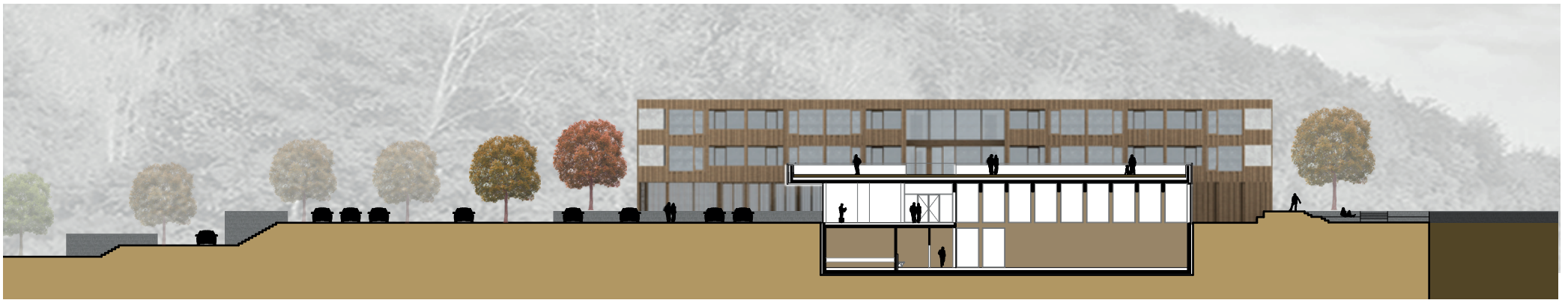
Schnitt 3-3: Schnitt quer zur Erschließungsachse

M 1:250



7.2.5 Schnitte

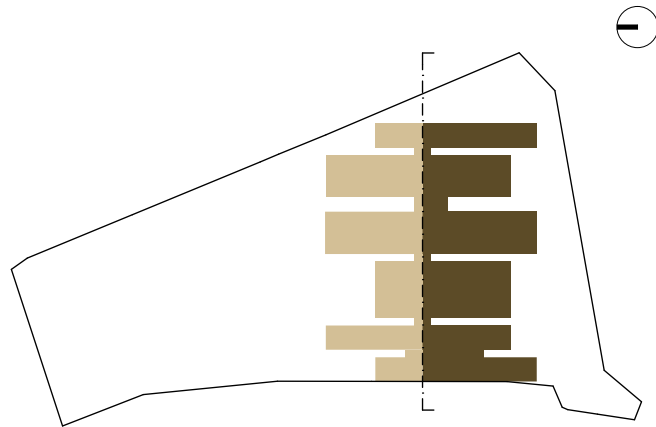


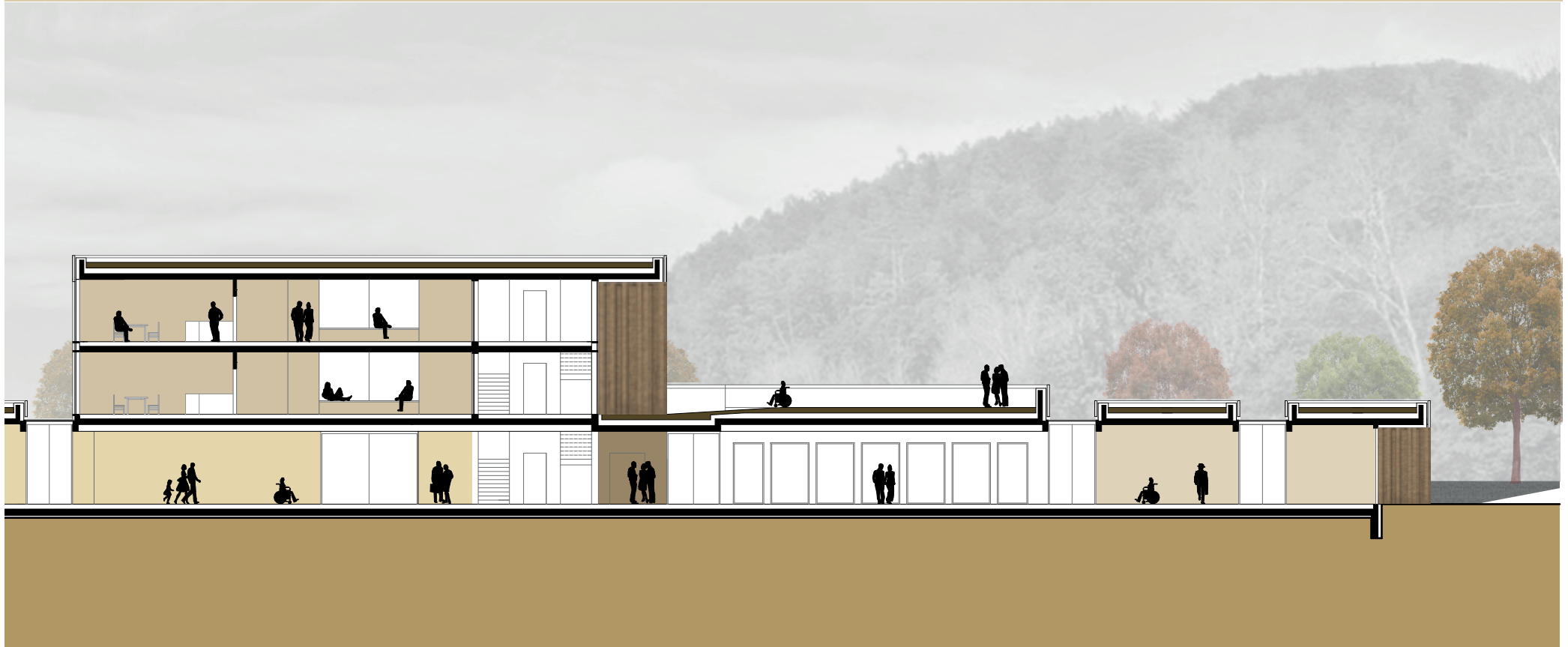


Schnitt 1-1 | 3-3: Geländeverlauf

M 1:500

7.2.5 Schnitte

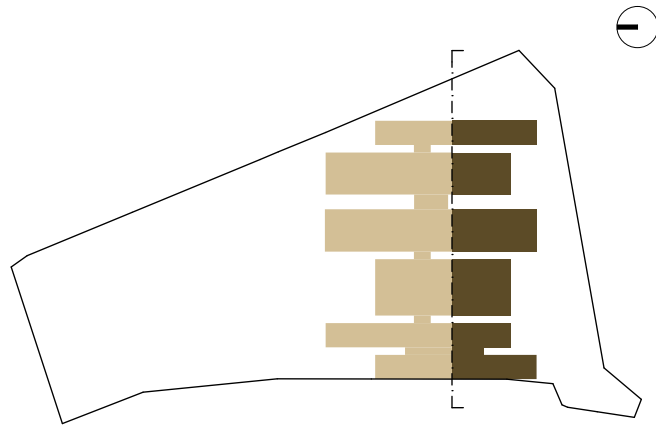




Schnitt 4-4: Schnitt längs zur Erschließungsachse

M 1:250

7.2.5 Schnitte

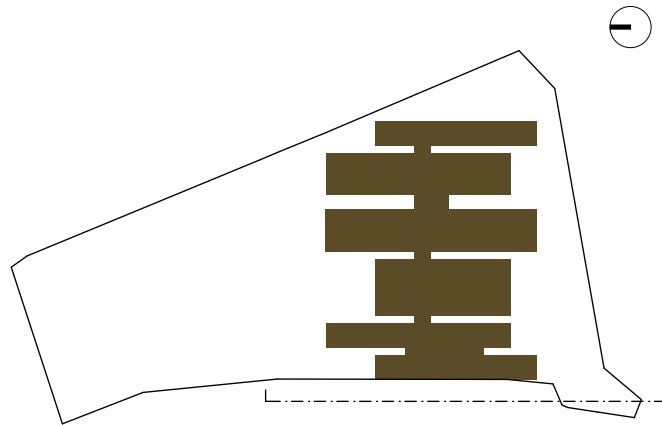




Schnitt 5-5: Schnitt quer durch das gesamte Gebäude

M 1:250

7.2.6 Ansichten



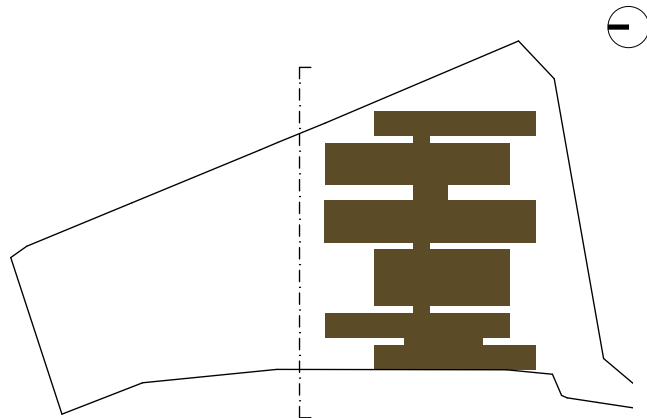




Ansicht West

M 1:250

7.2.6 Ansichten

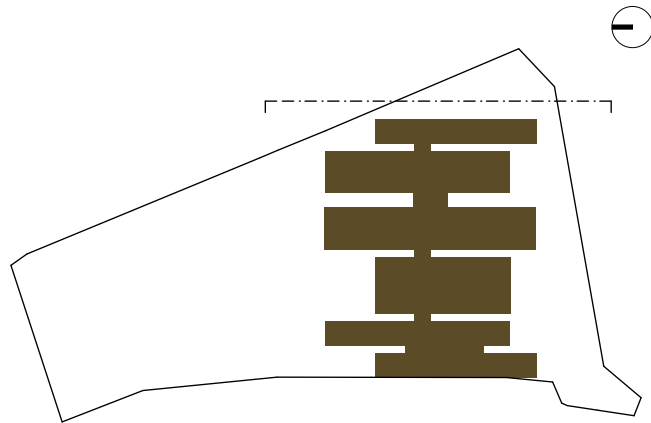




Ansicht Nord

M 1:250

7.2.6 Ansichten



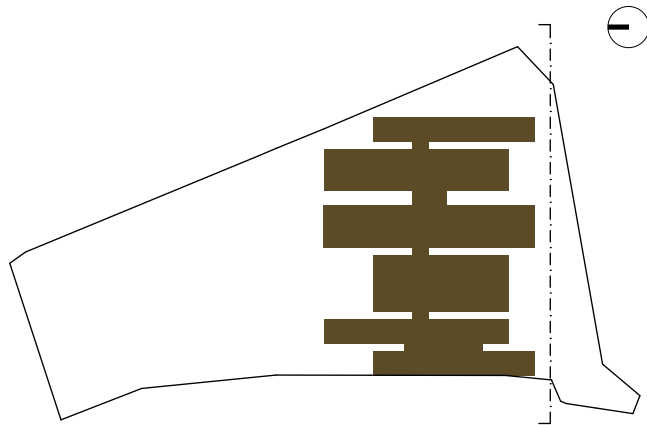




Ansicht Ost

M 1:250

7.2.6 Ansichten





Ansicht Süd

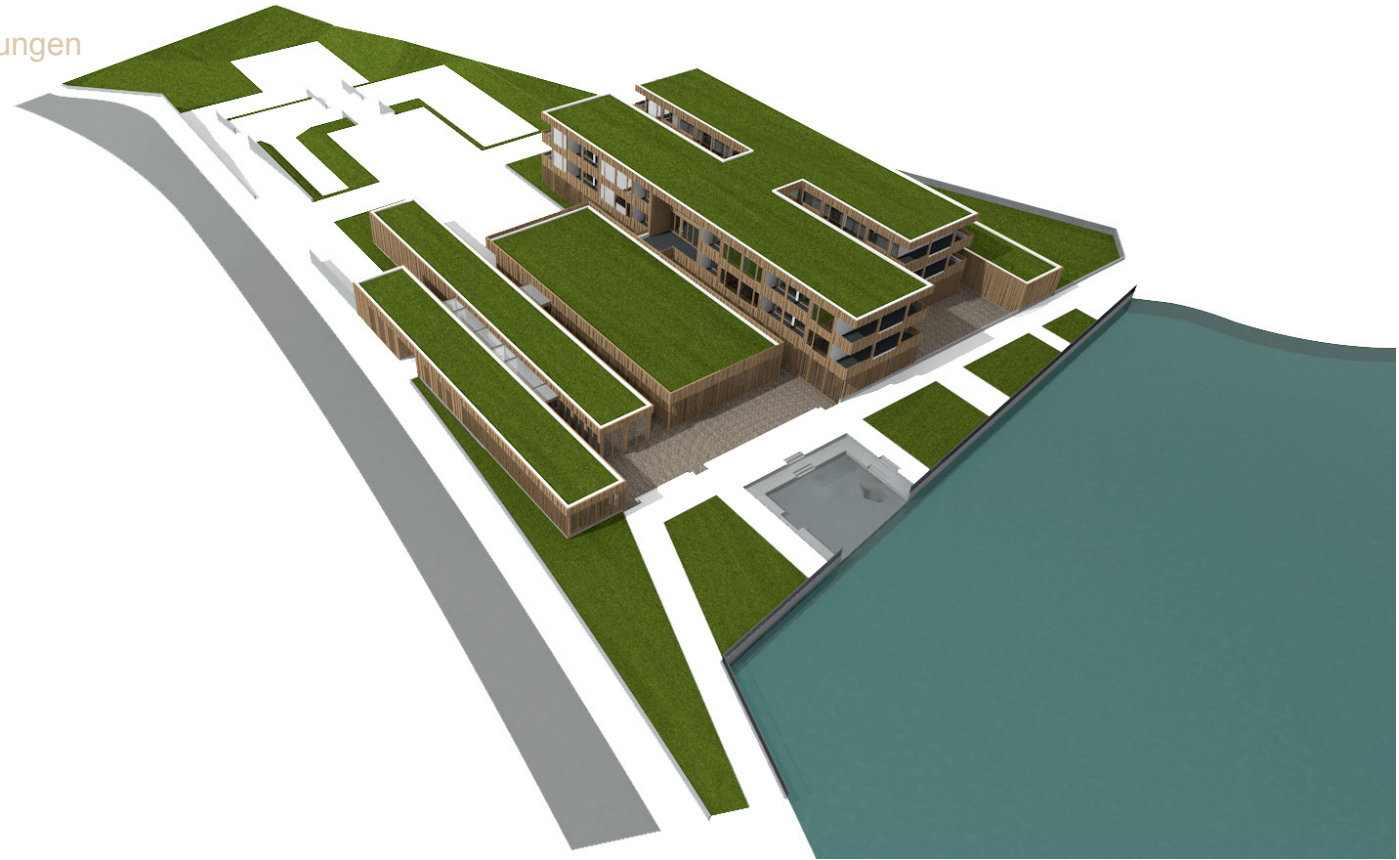
M 1:250





Überblick-Perspektive 1: Nord-West Fassade

## 7.2.7 Schaubilder | Visualisierungen



Überblick-Perspektive 2: Süd-West Fassade

## 7.2.7 Schaubilder | Visualisierungen



Visualisierung 1





Visualisierung 2



Visualisierung 3





Visualisierung 4



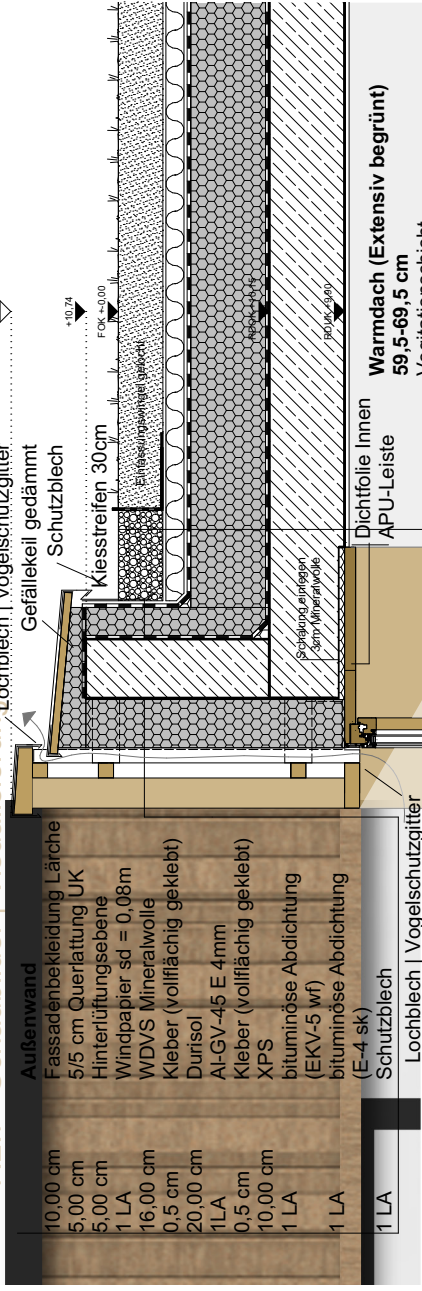
Visualisierung 5



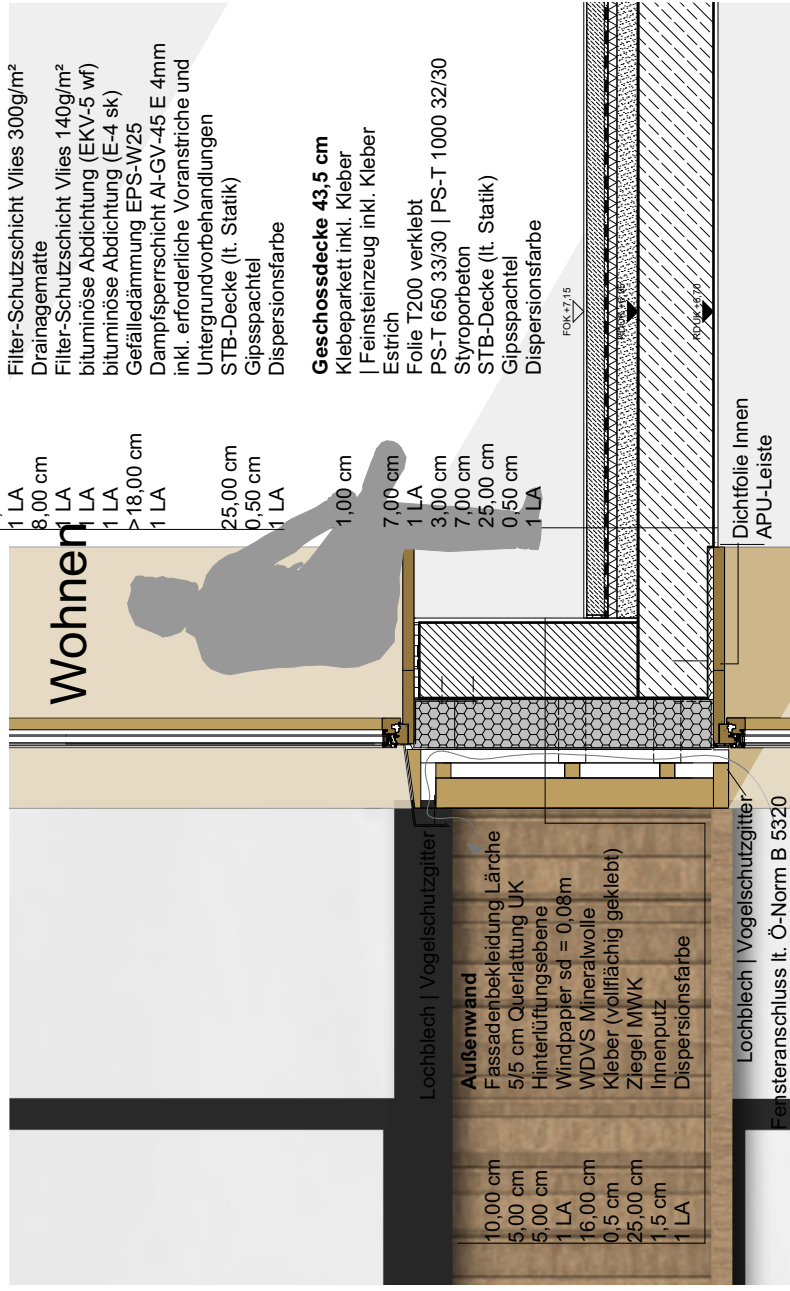


Visualisierung 6

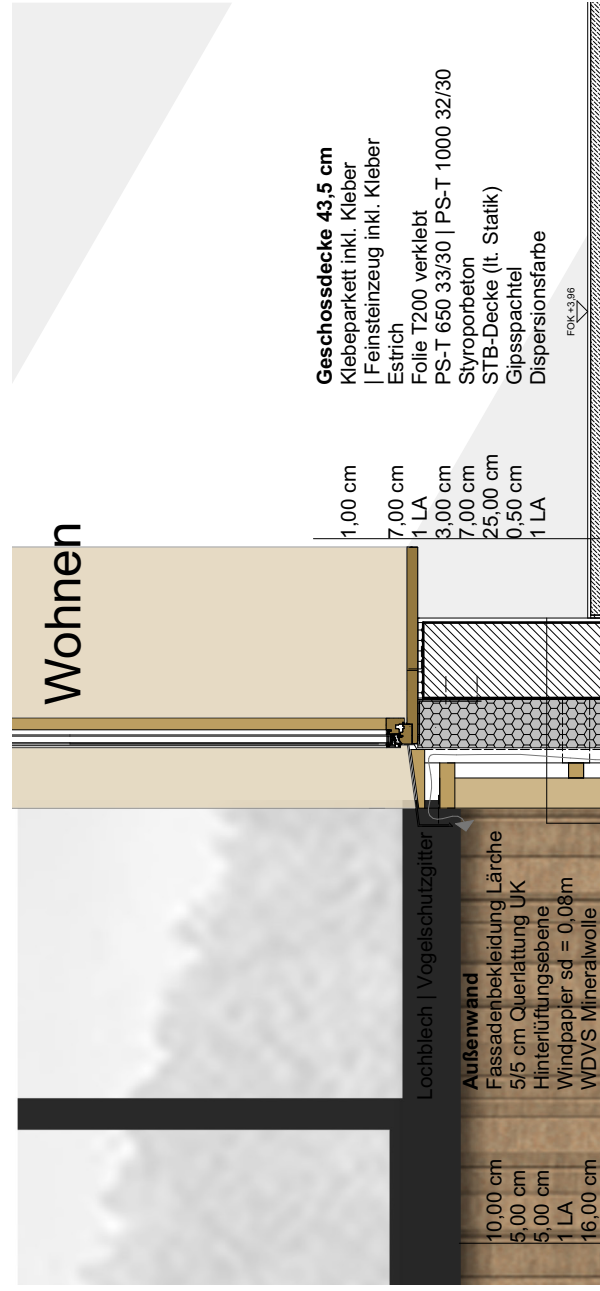
## 7.2.7 Schaubilder | Visualisierungen



Fensteranschluss lt. Ö-Norm B 5320

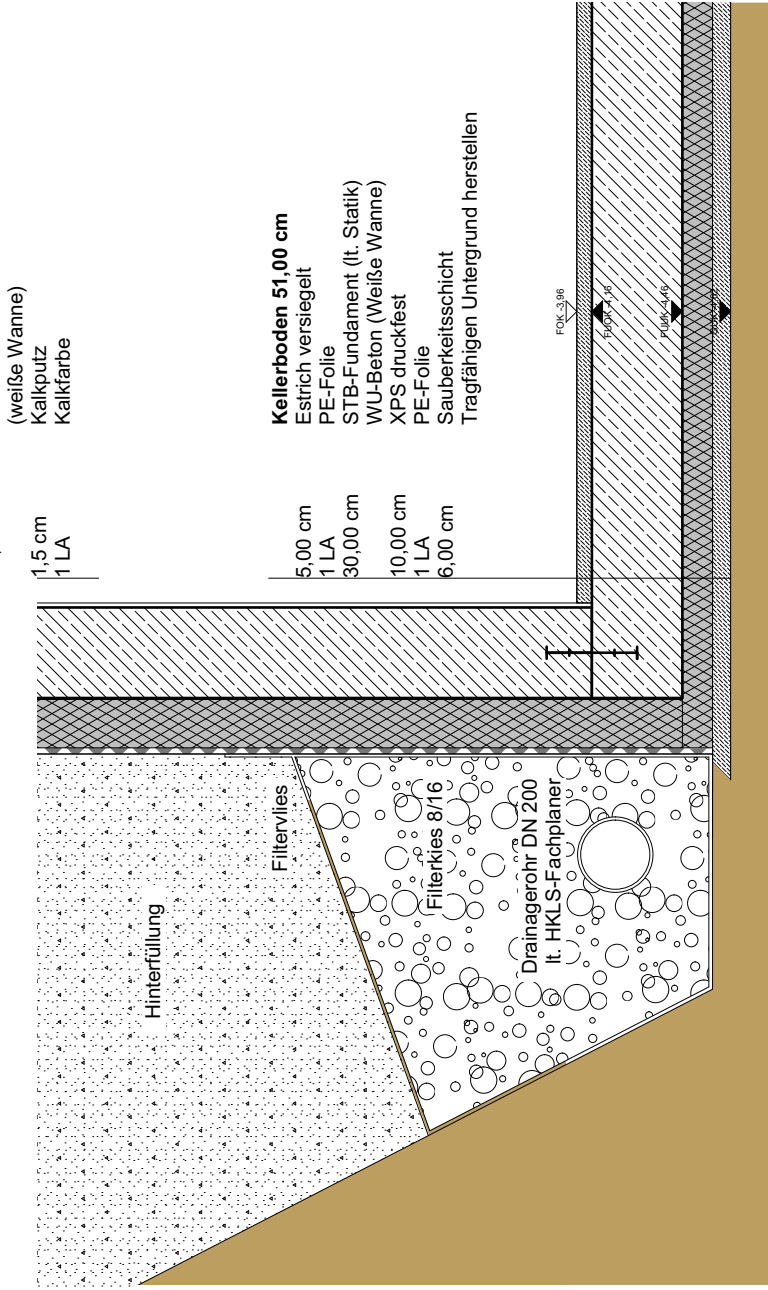
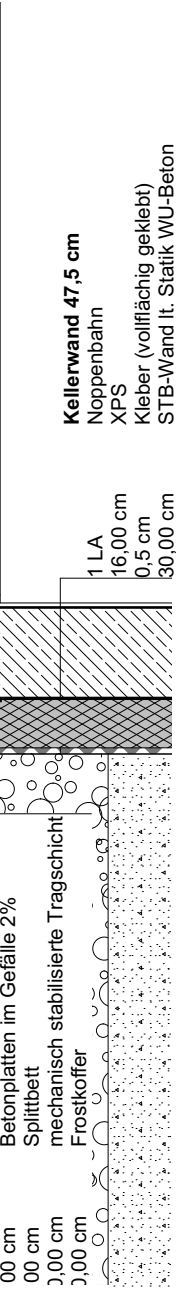
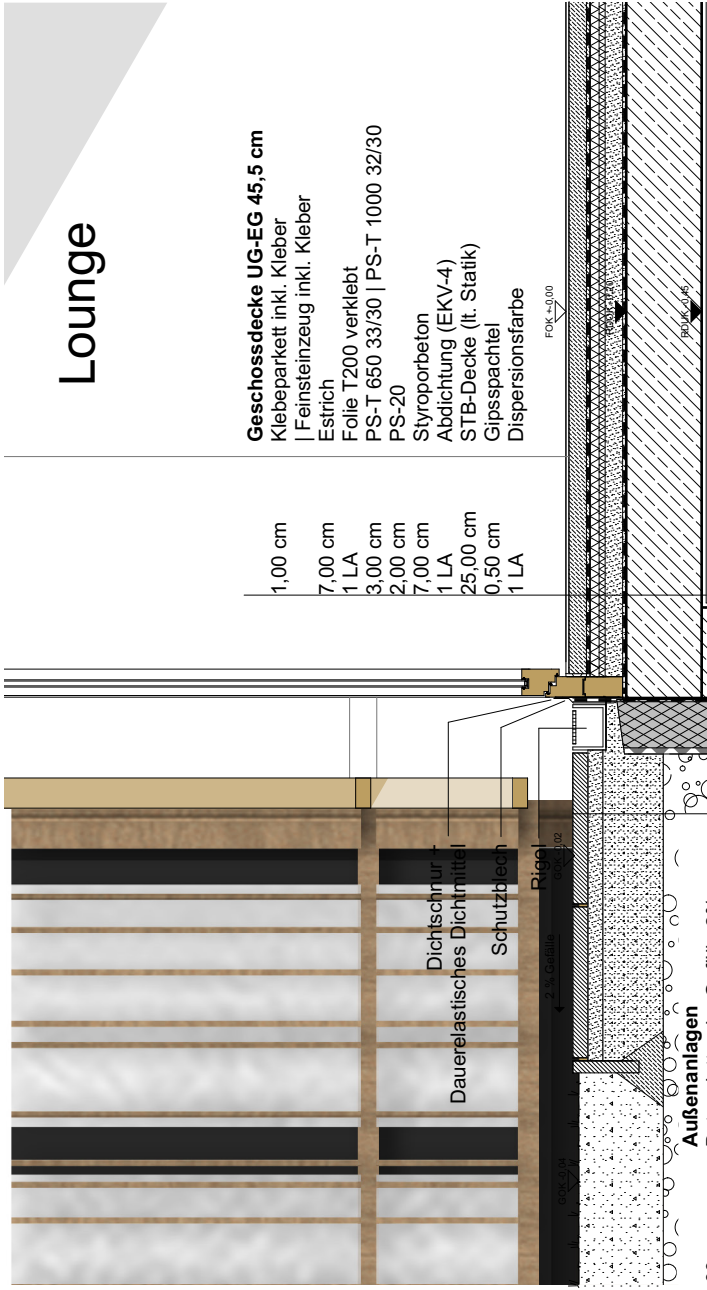
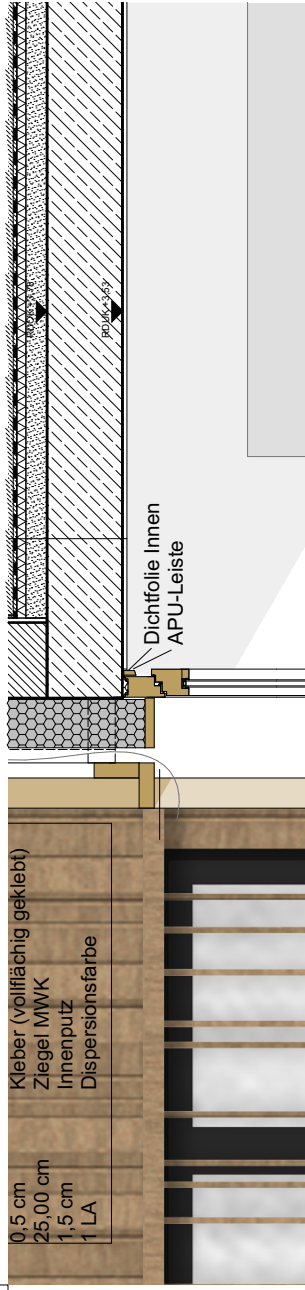


Fensteranschluss lt. Ö-Norm B 5320



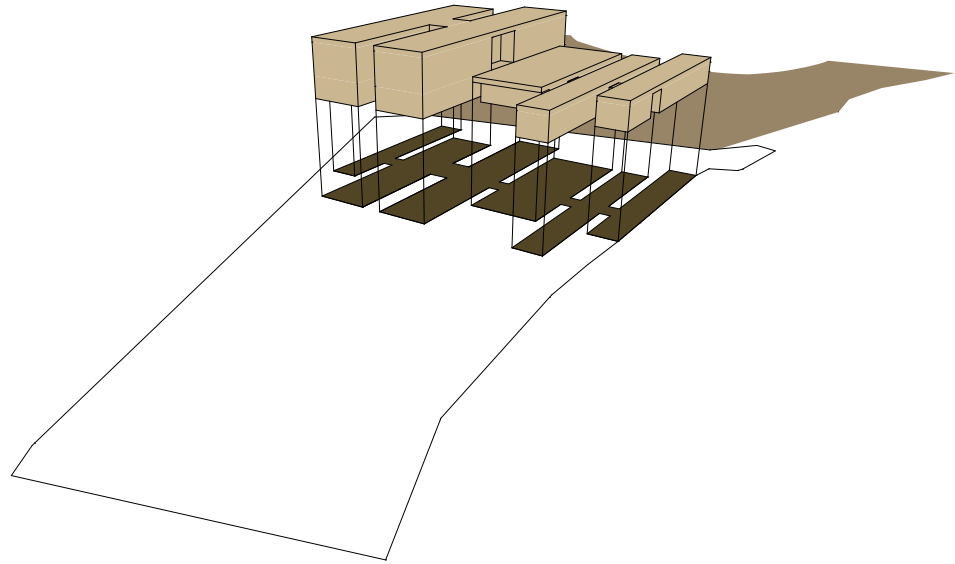
Fensteranschluss lt. Ö-Norm B 5320



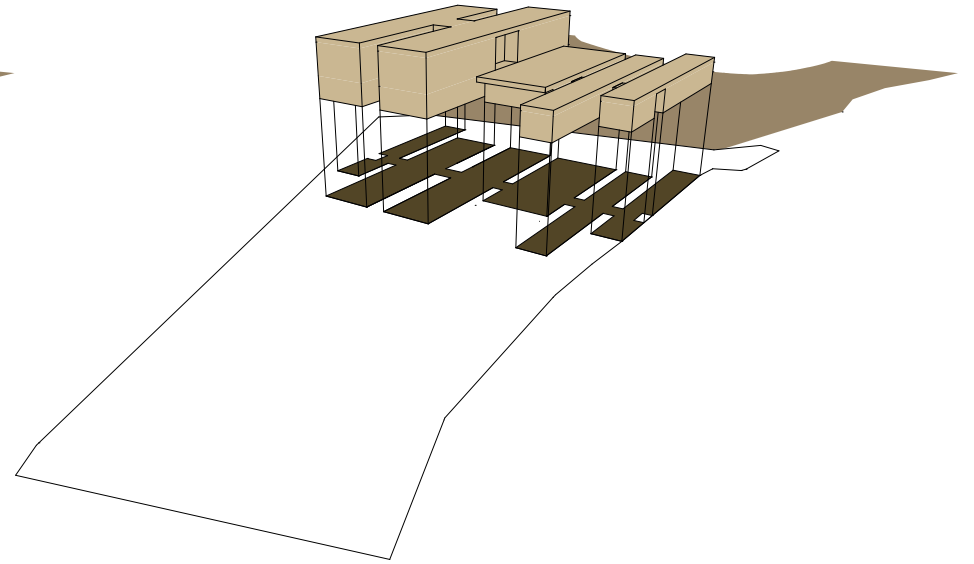


## 7.2.9 Daten und Fakten

Grundstücksgröße:	8.771 m <sup>2</sup>
Nettobauland:	8.402 m <sup>2</sup>
Bruttogeschossfläche gesamt:	5.485 m <sup>2</sup>
Bruttogeschossfläche oberirdische Geschosse:	4.745 m <sup>2</sup>
Nutzfläche:	4.145 m <sup>2</sup>
Bebaute Fläche:	2.383 m <sup>2</sup>
Überbaute Fläche:	2.536 m <sup>2</sup>
Bebauungsgrad:	0,30
Bebauungsdichte:	0,56 (0,2-0,6)



Perspektivische Darstellung Überbaute Fläche



Perspektivische Darstellung Bebaute Fläche





Verzeichnis

# 8. Kapitel

Quellenangabe

Beautypress (Hg.): Farben und ihre Wirkungen. (2016), Online unter: <http://www.gesundheit.de/wellness/sanfte-medizin/weitere-therapien-und-behandlungen/farben-und-ihre-wirkung> (Stand: 04.10.2016)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, Wien (2009), Online unter: [https://www.sozialministerium.at/cms/site/.../hochaltrigen\\_kleine\\_datei.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/.../hochaltrigen_kleine_datei.pdf) (Stand: 11.2010)

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“. Wien (2009), Online unter: [bmg.gv.at/BDBExtern/BrochureDownload.pdf](http://bmg.gv.at/BDBExtern/BrochureDownload.pdf) (Stand: 09.2009)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): Wohnen im Alter in Europa. Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen, Berlin 2012, Online unter: [http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx\\_aebgppublications/AP\\_7\\_DE.pdf](http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_DE.pdf) (Stand: 06.2012)

ETH Zürich (Hg.): Brasserie bringt einen Hauch Mittelmeer an die ETH, Zürich (2014) Online unter: <https://www.ethz.ch/de/news-und-veranstaltungen/eth-news/news/2014/02/brasserie-bringt-einen-hauch-mittelmeer-an-die-eth.html> (Stand: 26.02.2014)

Geriatrische Gesundheitszentren Graz (Hg.): Geriatisches Tageszentrum Robert Stolz. Online unter: <https://ggz.graz.at/> (Stand 08.10.2016)

R. Gawlick-Internetdienstleistungen (Hg.): Abraham-Maslow. Alles über den Psychologen, Online unter: <https://abraham-maslow.de/impressum.shtml> (Stand: 08.10.2016)

Koch-Schmuckerschlag, Constanze/Kalamidas, Oskar: Barrierefreies Bauen für alle Menschen. Planungsgrundlagen, Graz (2006), Online unter: [http://www.graz.at/cms/dokumente/10027263\\_421952/2e4efe39/Broschuere\\_BB\\_Web\\_01.pdf](http://www.graz.at/cms/dokumente/10027263_421952/2e4efe39/Broschuere_BB_Web_01.pdf) (Stand: 12.2006)

Matolycz, Esther: Pflege von alten Menschen, Berlin 2011

Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gruppenwohnungen für Seniorinnen und Senioren - mehr als eine Wohnung. Ein Handbuch für Investoren, Düsseldorf (2012), Online unter: [www.mbwsv.nrw.de](http://www.mbwsv.nrw.de) (Stand: 07.12.2012)

Österreichisches Institut für Bautechnik (Hg.): OIB Richtlinien 4. Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit, Wien (2015), Online unter: [https://www.oib.or.at/sites/default/files/richtlinie\\_4\\_26.03.15\\_0.pdf](https://www.oib.or.at/sites/default/files/richtlinie_4_26.03.15_0.pdf) (Stand: 03.2015)

Stadt Graz (Hg.): Thalersee. (2016), Online unter: <http://www.stadt-graz.at/ausfluege/thalersee-graz.html> (Stand: 08.10.2016)

Statistik Austria (Hg.): Demografische Entwicklung Österreich, Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/nomenu/interaktive\\_karten/057613.html](http://www.statistik.at/web_de/nomenu/interaktive_karten/057613.html) (Stand: 08.10.2016)

Steidl, Siegfried/Nigg, Bernhard: Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, Wien 2014

Wirtschaftskammer Österreich (Hg.): Wohnen im Alter. Zu Hause ohne Barrieren, Wien (2016), Online unter: <http://www.barrierefrei.bau.or.at/dok%5CSenBrosch.pdf> (Stand: 02.2016)

Zumtobel (Hg.): Licht für Gesundheit und Pflege. (2016), Online unter: [http://d2adf6vqjmyuxm.cloudfront.net/sites/www.voltimum.de/files/pdflibrary/awb\\_health\\_care.pdf](http://d2adf6vqjmyuxm.cloudfront.net/sites/www.voltimum.de/files/pdflibrary/awb_health_care.pdf) (Stand: 08.10.2016)

- Abb.1: Was ist „altern“?: Online unter: <http://hospizdienst-gauting.de/hospizidee/was-ist-ein-hospiz/> (Stand: 08.10.2016)
- Abb.2: Grafische Darstellung der demografischen Entwicklung Österreich: Online unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/nomenu/interaktive\\_karten/057613.html](http://www.statistik.at/web_de/nomenu/interaktive_karten/057613.html) (Stand: 08.10.2016)
- Abb.3: Bedürfnispyramide nach Maslow: Online unter: <http://karrierebibel.de/beduerfnispyramide-maslow/> (Stand: 16.09.2016)
- Abb.4: Tätigkeitsbereich der Heimhilfe: Online unter: <http://www.isl-akademie-noe.at/Ausbildung/Heimhilfe/heimhilfe.html> (Stand:07.11.2011)
- Abb.5: Tätigkeitsbereich der Hauskrankenpflege: Online unter: <http://hauskrankenpflege-christiana.de/> (Stand: 14.04.2010)
- Abb.6: Tätigkeitsbereich der medizinischen Hauskrankenpflege: Online unter: <http://hauskrankenpflege-christiana.de/> (Stand: 09.07.2013)
- Abb.7: Stimmungsfoto der teilstationären Pflege- und Betreuungsformen: Online unter: [https://www.kkh.de/content/dam/KKH/Grafiken/Sonstiges/Bilder/%C2%A9%20Photographie.eu\\_Fotolia\\_67606911\\_Subscription\\_Monthly\\_M\\_neu.jpg](https://www.kkh.de/content/dam/KKH/Grafiken/Sonstiges/Bilder/%C2%A9%20Photographie.eu_Fotolia_67606911_Subscription_Monthly_M_neu.jpg) (Stand: 03.11.2014)
- Abb.8: Vitalzeichenkontrolle durch das Pflegepersonal: Online unter: [http://www.mhplus-krankenkasse.de/fileadmin/data-images/1\\_slider-kopfbilder/st/Pflege-1.jpg](http://www.mhplus-krankenkasse.de/fileadmin/data-images/1_slider-kopfbilder/st/Pflege-1.jpg) (Stand: 05.10.2015)
- Abb.9: Stimmungsfoto der stationären Pflege- und Betreuungsformen 1: Online unter: [http://www.elisabethinen.at/var/ezflow\\_site/storage/images/media/images/krankenhausalltag/patient\\_dgks\\_infus/1758-1-ger-DE/Patient\\_DGKS\\_Infus.jpg](http://www.elisabethinen.at/var/ezflow_site/storage/images/media/images/krankenhausalltag/patient_dgks_infus/1758-1-ger-DE/Patient_DGKS_Infus.jpg) (Stand: 19.05.2010)
- Abb.10: Stimmungsfoto der stationären Pflege und Betreuungsformen 2: Online unter: <http://www.awo-unterfranken.de/einrichtungen/seniorenzentrum-niederwerrn/stationaere-pflege/> (Stand: 08.07.2015)

- Abb.11: Stimmungsfoto alternative Wohnform - Betreute Wohngemeinschaften 1: Online unter: <https://www.asb.de/files/cache/betreutes-wohnen-senioren-wg-als-wohnform-2048-20000-60-0-1411729151247.jpg> (Stand: 04.07.2011)
- Abb.12: Stimmungsfoto alternative Wohnform - Betreute Wohngemeinschaften 2: Online unter: <https://www.asb.de/de/unsere-angebote/altenheim/senioren-wg> (Stand: 16.03.2012)
- Abb.13: Grafische Veranschaulichung - Betreuungssituation in Österreich: Online unter: <http://visite.linksfraktion.de/images/gkv-zimmer.jpg?2013-08-26> (Stand: 08.10.2016 )
- Abb.14: Pflgewohnheim Peter Rosegger Graz: Online unter: <http://www.baukultur-steiermark.at/pflgewohnheim-peter-rosegger.html> (Stand: 07.2014)
- Abb.15: Stimmungsfoto - Betreutes Wohnen mit sozialem Betreuungspersonal: Online unter: [http://www.stadt-wien.at/uploads/pics/Betreutes\\_Wohnen-teaserbild.jpg](http://www.stadt-wien.at/uploads/pics/Betreutes_Wohnen-teaserbild.jpg) (Stand: 05.04.2015)
- Abb.16: Stimmungsfoto - Betreutes Wohnen mit medizinischem Pflegespersonal: Online unter: [http://www.stadt-wien.at/uploads/pics/Betreutes\\_Wohnen-teaserbild.jpg](http://www.stadt-wien.at/uploads/pics/Betreutes_Wohnen-teaserbild.jpg) (Stand: 19.02.2014)
- Abb.17: Stimmungsfoto Seniorenwohngemeinschaft: Online unter: <https://www.asb.de/de/unsere-angebote/altenheim/senioren-wg> (Stand: 15.09.15 )
- Abb.18: Kommunikationsrunde: Online unter: <https://i.ytimg.com/vi/AZIDIJXELpU/maxresdefault.jpg> (Stand: 05.2013)

- Abb.19: Kreative Bastelrunde: Online unter: [https://www.wien.gv.at/gallery2/rk/run.php?g2\\_view=core.DownloadItem&g2\\_itemId=13391&extension=.jpg](https://www.wien.gv.at/gallery2/rk/run.php?g2_view=core.DownloadItem&g2_itemId=13391&extension=.jpg) (Stand: 13.10.2011 )
- Abb.20: Therapeutische Maßnahmen: Online unter: <http://www.ggz.graz.at/vars/plain/storage/images/81//leistungen/intermediate-care/gehtherapie/8010-1-ger-DE/Gehtherapie.jpg> (Stand: 22.01.2004)
- Abb.21 Stimmungsfoto - Dänische Seniorenwohngemeinschaften: Online unter: <https://nummer50.de/wp-content/uploads/2016/04/siedlung.png> (Stand: 04.08.2006)
- Abb.22: Stimmungsfoto - Alternative Wohnformen in den Niederlanden: Online unter: <http://nummer50.de/wp-content/uploads/2016/04/baurnhof-wg.png> (Stand: 17.09.2016 )
- Abb.23: Außenanlagen geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz: Online unter: [http://www.soziales.steiermark.at/cms/bilder/442242/80/150/113/88ebaf99/8036img2.jpg?as\\_is=J](http://www.soziales.steiermark.at/cms/bilder/442242/80/150/113/88ebaf99/8036img2.jpg?as_is=J) (Stand: 05.03.2015)
- Abb.24: Stimmungsfoto - Geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz: Online unter: <http://www.ggz.graz.at/vars/plain/storage/images/81//pflegeheime/sr-robert-stolz/titelbild-folder-rs/11112-1-ger-DE/Titelbild-Folder-RS.jpg>(Stand: 05.03.2015)
- Abb.25: Nähen zur Stärkung der Fingerfertigkeiten: Online unter: <http://www.ggz.graz.at/vars/plain/storage/images/81//pflegeheime/3/naehen/9636-1-ger-DE/Naehen.jpg> (Stand: 12.11.2013)
- Abb.26: Soziale Betreuung beim Mittagessen: Online unter: <http://www.ggz.graz.at/vars/plain/storage/images/81//pflegeheime/3/mittagessen/9639-1-ger-DE/Mittagessen.jpg> (Stand: 28.11.2013)



- Abb.27: Gymnastikrunde mit engagierten Sportstudenten: Online unter: [https://static.uni-graz.at/fileadmin/portal/studieren/News/160201\\_news\\_titze2.jpg](https://static.uni-graz.at/fileadmin/portal/studieren/News/160201_news_titze2.jpg) (Stand: 01.12.2015)
- Abb.28: OIB Richtlinie 4: Online unter: [https://www.oib.or.at/sites/default/files/richtlinie\\_4\\_26.03.15\\_0.pdf](https://www.oib.or.at/sites/default/files/richtlinie_4_26.03.15_0.pdf) (Stand: 03.2015)
- Abb.29: Ö-Norm B 1600: Online unter: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/2/2b/Logo-%C3%96N%C3%96RM.jpg> (Stand: 10.2016)
- Abb.30: Stimmungsfoto - Barrierefreiheit: Online unter: [http://www.museumnoe.at/de/ihr-besuch/barrierefreiheit/im-web/image\\_large](http://www.museumnoe.at/de/ihr-besuch/barrierefreiheit/im-web/image_large) (Stand: 08.06.2013)
- Abb.31: Zusammenstellung der wichtigsten barrierefreien Maßnahmen: Fotocollage Verfasser, Bilder online unter: <https://www.oib.or.at/> (Stand: 08.10.2016)
- Abb.32: Richtiger Zugang für die Planung barrierefreier Sanitäranlagen: Fotocollage Verfasser, Bilder online unter: <https://www.oib.or.at/> (Stand: 08.10.2016)
- Abb.33: Stimmungsfoto - Farb- und Materialkonzepte bei medizinischen Einrichtungen: Online unter: [http://www.nora.com/uploads/pics/nora\\_systems\\_Katholisches\\_Klinikum\\_Mainz\\_4.jpg](http://www.nora.com/uploads/pics/nora_systems_Katholisches_Klinikum_Mainz_4.jpg) (Stand: 09.2014)
- Abb.34: Stimmungsfoto - Rote Räumlichkeiten: Online unter: [http://www.management-krankenhaus.de/sites/management-krankenhaus.de/files/images/special/23403031\\_\\_original.jpg](http://www.management-krankenhaus.de/sites/management-krankenhaus.de/files/images/special/23403031__original.jpg) (Stand: 08.2015)

- Abb.35: Stimmungsfoto - Stimmungsfoto - Orange Räumlichkeiten: Online unter: [http://cdn2.world-architects.com/files/projects/27401/images/09\\_22\\_3.jpg](http://cdn2.world-architects.com/files/projects/27401/images/09_22_3.jpg) (Stand: 22.03.2009 )
- Abb.36: Stimmungsfoto - Gelbe Räumlichkeiten: Online unter: <http://www.fruition-design.co.uk/wordpress/wp-content/uploads/2015/04/devon-design-agency-blog-interior-graphic-design-inspirational-creative-rosemary-primary-school-london-architecture-edwardian-colour-scheme-classroom-hall-toilets-ofstead-report-camden-birmingham2.jpg> (Stand: 05.2015)
- Abb.37: Stimmungsfoto - Grüne Räumlichkeiten: Online unter: [http://www.management-krankenhaus.de/sites/management-krankenhaus.de/files/images/special/23403030\\_\\_original.jpg](http://www.management-krankenhaus.de/sites/management-krankenhaus.de/files/images/special/23403030__original.jpg) (Stand: 01.2006)
- Abb.38: Stimmungsfoto - Blaue Räumlichkeiten: Online unter: [http://www.austria-architects.com/files/projects/40203/images/1310\\_bd\\_w\\_4.jpg](http://www.austria-architects.com/files/projects/40203/images/1310_bd_w_4.jpg) (Stand: 06.02.2013)
- Abb.39: Stimmungsfoto - Violette Räumlichkeiten: Online unter: <http://archzine.net/wp-content/uploads/2014/07/Farbideen-f%C3%BCr-Wand-im-lila-und-weiss.jpg> (Stand: 04.2016)
- Abb.40: Stimmungsfoto - Weiße Räumlichkeiten: Online unter: <http://freshideen.com/wp-content/uploads/2013/05/wei%C3%9Fe-interior-design-ideen-studio-glanzvoll-bad-luftige-gardinen.jpg> (Stand: 14.06.2008)
- Abb.41: Stimmungsfoto - Braune Räumlichkeiten: Online unter: <http://www.strobl.at/wp-content/uploads/2015/10/PeterRosegger2.jpg> (Stand: 06.2014 )
- Abb.42: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 1: Online unter: [https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB\\_Health\\_Care.pdf](https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB_Health_Care.pdf) (Stand: 08.10.2016 )

- Abb.43: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 2: Online unter: [https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB\\_Health\\_Care.pdf](https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB_Health_Care.pdf) (Stand: 08.10.2016)
- Abb.44: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 3: Online unter: [https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB\\_Health\\_Care.pdf](https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB_Health_Care.pdf) (Stand: 08.10.2016)
- Abb.45: Stimmungsfoto - Belichtungs- und Beleuchtungskonzept 4: Online unter: [https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB\\_Health\\_Care.pdf](https://www.zumtobel.com/PDB/teaser/de/AWB_Health_Care.pdf) (Stand: 08.10.2016)
- Abb.47: Entwurfskonzept: Verfasser
- Abb.48: Übersichtsplan M 1:5000: Verfasser
- Abb.49: Tafel Arnold Schwarzenegger Wanderweg: Verfasser
- Abb.50: Boot des Versprechens: Verfasser
- Abb.51: Arnold Schwarzenegger Museum | Geburtshaus: Online unter: [http://media05.regionaut.meinbezirk.at/2013/09/12/5037494\\_web.jpg?1378969855](http://media05.regionaut.meinbezirk.at/2013/09/12/5037494_web.jpg?1378969855) (Stand: 06.09.2015)
- Abb.52: Tretbootverleih am Thalersee: Verfasser

- Abb.53: Burg Unterthal: Online unter: [http://austria-forum.org/attach/Heimatlexikon/Burgruine\\_Thal/2011-01-24-Thal-017\\_kl.jpg](http://austria-forum.org/attach/Heimatlexikon/Burgruine_Thal/2011-01-24-Thal-017_kl.jpg)  
(Stand: 23.01.2011)
- Abb.54: Golfclub Thal: Online unter: <http://static5.businessinsider.com/image/5696b66cc08a8037008b95a3-1153-865/golfer-golfing.jpg>  
(Stand: 08.07.2012)
- Abb.55: Hauptfassade Bestandsgebäude: Verfasser
- Abb.56: Spielplatz: Verfasser
- Abb.57: Rückseite Bestandsgebäude mit Parkplätzen: Verfasser
- Abb.59: Aktivpark geriatrisches Tageszentrum Robert Stolz: Online unter: <http://www.ggz.graz.at/vars/plain/storage/images/81//pflegeheime/sr-robert-stolz/titelbild-folder-rs/11112-1-ger-DE/Titelbild-Folder-RS.jpg> (Stand: 15.01.2015)
- Abb.60: Therapiegang: Online unter: [http://stadtteilarbeit-denggenhof.at/wp-content/uploads/2016/02/2016.01.15\\_TZ-Jahrskalender\\_Homepage\\_Seite\\_2.jpg](http://stadtteilarbeit-denggenhof.at/wp-content/uploads/2016/02/2016.01.15_TZ-Jahrskalender_Homepage_Seite_2.jpg) (Stand: 15.01.2015)
- Abb.61: Gymnastikrunde im Bewegungsraum: Online unter: <https://fotos.verwaltungsportal.de/seitengenerator/gross/p1170466.jpg>  
(Stand: 04.07.2011 )

- Abb.62: Geschossgrundriss Referenzgebäude: Online unter: <http://www.brings-hausverwaltung.de/images/wesseling-bonnerstr/02-brings-wesseling-bonnerstr.jpg> (Stand: 07.12.2012)
- Abb.63: Südfassade Referenzgebäude: Online unter: <http://www.brings-hausverwaltung.de/images/wesseling-bonnerstr/02-brings-wesseling-bonnerstr.jpg> (Stand: 07.12.2012)
- Abb.64: Westfassade Referenzgebäude: Online unter: <http://www.brings-hausverwaltung.de/images/wesseling-bonnerstr/02-brings-wesseling-bonnerstr.jpg> (Stand: 07.12.2012)
- Abb.65: Innenraumvisualisierung Referenzgebäude: Online unter: [http://www.baunetz.de/meldungen/Meldungen-Wettbewerb\\_fuer\\_ETH-Dozenten-Restaurant\\_entschieden\\_3491709.html?backurl=http%3A%2F%2Fwww.baunetz.de%2Fmeldungen%2Findex.html&bild=8](http://www.baunetz.de/meldungen/Meldungen-Wettbewerb_fuer_ETH-Dozenten-Restaurant_entschieden_3491709.html?backurl=http%3A%2F%2Fwww.baunetz.de%2Fmeldungen%2Findex.html&bild=8) (Stand: 26.02.2014)
- Abb.66: Visualisierung Referenzgebäude: Online unter: [http://www.baunetz.de/meldungen/Meldungen-Wettbewerb\\_fuer\\_ETH-Dozenten-Restaurant\\_entschieden\\_3491709.html?backurl=http%3A%2F%2Fwww.baunetz.de%2Fmeldungen%2Findex.html&bild=8](http://www.baunetz.de/meldungen/Meldungen-Wettbewerb_fuer_ETH-Dozenten-Restaurant_entschieden_3491709.html?backurl=http%3A%2F%2Fwww.baunetz.de%2Fmeldungen%2Findex.html&bild=8) (Stand: 26.02.2014)





