



Anna Christian, BSc

WOHNEN AM JOSEFHOF
Eine Einrichtung der Gesundheitsvorsorge,
Pflege und des betreuten Wohnens

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Diplom-Ingenieurin
Masterstudium Architektur

eingereicht an der
Technischen Universität Graz

Betreuerin

Univ.-Prof. Mag.arch. Mag.art. Architektin Irmgard Frank
Institut für Raumgestaltung

Graz, Mai 2016

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

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

Datum

Unterschrift

WOHNEN AM JOSEFHOF

EINE EINRICHTUNG DER GESUNDHEITSVORSORGE,
PFLEGE UND DES BETREUTEN WOHNENS

INHALTSVERZEICHNIS

ÜBERSICHT

Vorwort	9
Definition Alter	9
Alter und seine Auswirkungen	10
Funktionseinbußen Demenz	12
Pflegebedarf & Kosten	14
Die Angst vor dem Alter	16
Demographische Entwicklung	18
Architektur und Alter	21
Geschichtlicher Überblick	22
Pflegeheim Generationen	24
Typologie Alterszentrum	26
Wohnformen	28
Barrierefreiheit	33
für alle Menschen	34
5 Einschränkungen	36
5 Gestaltungsansätze	38
bauliche & räumliche Anforderungen	40

Architektonische Beispiele	45
Pflegeheim Steinfeld	46
Pflegeheim Dornbirn	48
Rehab Basel	50
Seniorenwohnung De Plussenburgh	52
Seniorenwohnung Wipperfürth	54
Kompetenzzentrum Demenz	56
Geriatrizentrum Santa Rita	58
Demenzdorf Hogeweyk	60
Entwurfsgrundlagen	63
Planungsgebiet	64
Baukörper	68
Einzelräume	72
Entwurf	81
Pflegeheim Josefhof	85
Gesundheitseinrichtung Josefhof	107
Betreutes Wohnen Josefhof	125
Anhang	139
Danksagung	139
Literaturverzeichnis	142
Abbildungsverzeichnis	144

VORWORT

DEFINITION ALTER

Das Alter ist ein sehr aktuelles Thema. Wir leben immer länger und verbringen die meiste Zeit in einem relativ guten Gesundheitszustand, der ein aktives Leben auch im Alter ermöglicht. Diese Tatsache fördert vor allem in der Architektur die Suche nach alternativen Wohnkonzepten im Alter. Generell wollen die Menschen ihr Leben so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden verbringen. Dieser Wunsch kann beispielsweise durch mobile Dienste oder privates Pflegepersonal zumindest teilweise erfüllt werden. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich im Hohen Alter pflegebedürftig oder sogar dement zu werden, woraufhin dann meist ein Umzug in ein Heim erfolgt. Diese Einrichtung wird oft mit Abschiebung und Isolation assoziiert, geprägt von seiner historischen Vergangenheit. Dieses „Schreckensbild“ herrscht auch gegenwärtig noch vor, obwohl die Heime verstärkt auf Häuslichkeit und Behaglichkeit setzen. Die heutigen Einrichtungen bestehen

meistens aus kleineren Hausgemeinschaften, die den sozialen Kontakt fördern, aber gleichzeitig auch die Privatsphäre schützen, die wichtig für das Selbstbewusstsein und die Identität der Hochaltrigen sind. Die Rolle der Architektur ist dabei, neben dem allgemeinen Konzept der Hausgemeinschaft, für eine humane und qualitativ hochwertige Betreuung zu sorgen. Die Bewohner können oder wollen nur noch selten das Heim verlassen, dadurch entstehen höhere Anforderungen an das Gebäude und seine Räume. Mein Entwurf basiert auf einer umfassenden Recherche bezüglich des allgemeinen Themas des Alterns, der Barrierefreiheit, sowie einer Analyse der verschiedenen Konzepte und Typologien des Pflegeheims. Neben dem Heim selbst enthält mein Entwurf auch eine Einrichtung der Gesundheitsvorsorge und des betreuten Wohnens.

„WOHLFÜHLEN ALS VORGABE“¹
 die wichtigsten Faktoren, neben der Versorgung der Grundbedürfnisse, sind Naturbezug, natürliches Tageslicht, welches einen aktiveren Alltag unterstützt und gemeinschaftliche, kommunikationsfördernde Aufenthaltsflächen, die aber auch Rückzugsmöglichkeiten anbieten.

¹ Fabach, 29.

DEFINITION ALTER UND SEINE AUSWIRKUNGEN

Durch die steigende Lebenserwartung spricht man heute von einem eigenen Lebensabschnitt, der meist vom Renteneintritt eingeleitet wird. Dieser Abschnitt dauert etwas mehr als 20 Jahren und wird dann von der Phase der „Hochaltrigkeit“ abgelöst. Heute wird das Alter mit einem eher positiven Bild verbunden, als aktive und selbstständige Gruppe. Allerdings besteht noch immer die Angst vor Abhängigkeit und Krankheit im Alter. Generell hat sich aber die Wahrnehmung gegenüber dem Alter gebessert.¹

Den Begriff „Alter“ allgemeingültig zu definieren gestaltet sich als sehr komplex, weil dieser unter sehr verschiedenen Aspekten betrachtet werden kann:

BIOLOGISCH gesehen, zeigt das Alter die Position des Menschen innerhalb seiner Lebensspanne. **CHRONOLOGISCH** ist schlicht die Anzahl der Jahre von der Geburt an gemeint. **PSYCHOLOGISCH** gesehen zeigt das Alter wie anpassbar eine Person an neue Anforderungen im Vergleich zu anderen ist. Die **SOZIALE** Sicht auf den Begriff Alter bezieht sich auf die Rollenerfüllung und das Verhalten des Individuums im Bezug zu Gleichaltrigen.¹

LEBENSPHASE ALTER

Die Phase des Alters ist heute eigentlich die längste Lebensphase, aber dennoch ist das Alter weniger erforscht als die Kindheit oder Jugend. Es ist sehr schwierig universelle Aussagen zu treffen, weil die Zeitspanne des Alterns sehr lange und

die Lebensstile der Alten sehr verschieden ausfallen können. Die soziale Schichtzugehörigkeit, sowie Bildung und generell die eigene Biographie, haben eine entscheidende Auswirkung auf das Altern. Erst im hohen Alter bestimmen vornehmlich biologische Faktoren das Altersbild. Darum wird das Alter abermals in 3 Phasen unterteilt:

JUNGES ALTER

„Gogos“, 55/60-70/75 Jahre,

MITTLERES ALTER

„Slowgos“, 70/75-80/85 Jahre,

HOHES ALTER

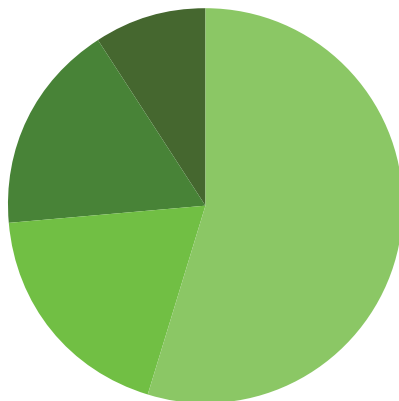
„Nogos“, über 80/85 Jahre

In der ersten Phase sind die Alten meist noch gesund, aktiv und mobil. Die Übergangsphase der mittleren Alten bringt mehrere Einbußen mit sich und macht die Vergänglichkeit des Lebens spürbar. In der letzten Phase steht die Bewältigung des Alltags und der Selbsterhalt im Mittelpunkt.²

1 Vgl. Marquardt 2007, 5.
2 Vgl. Schenk 2008, 17-19.
3 Vgl. Marquardt 2007, 6-8.
4 Vgl. Herrgott 2012, 22f.

FUNKTIONSEINBUSSEN

Der Prozess des Alterns bringt meistens auch Funktionseinbußen mit sich. Am häufigsten sind dabei kognitive Fähigkeiten, das Sehvermögen, der Hörsinn und der Bewegungsapparat, sowie der Gleichgewichtssinn betroffen. Durch diese Einschränkungen wird die Anpassung der älteren Menschen an eine neue Umgebung deutlich erschwert und verlangsamt (siehe Kapitel Barrierefreiheit für alle Menschen).³



54,8% motorische Einschränkung
18,9% kognitive Einschränkung
17,2% sonstige Einschränkung
9,1% sensorische Einschränkung
Sehen, Hören

Abb 01
Anteil der Einschränkungen,
Statistik der schwerbehinderten Menschen

Neben den altersbedingten Veränderungen treten auch vermehrt spezifische Krankheiten auf. Eine solche Erkrankung, wie beispielsweise die Demenz (siehe Kapitel Demenz) oder Rheuma, betreffen einen großen Teil der älteren Bevölkerung. Die Demenz ist ein Oberbegriff und bedeutet einen Verlust geistiger Funktionen, wie zum Beispiel der Erinnerungsfähigkeit. Ebenso steht der Begriff Rheuma für über 400 Einzelerkrankungen, die alle den Bewegungsapparat einschränken und oft mit starken Schmerzen verbunden sind. Generell werden alle Krankheiten im Alter zu einer größeren Belastung, beispielsweise auch Allergien. Grund dafür ist das Zusammenspiel mehrerer Erkrankungen, die gemeinsam den Alltag der Betroffenen einschränken und erschweren.⁴

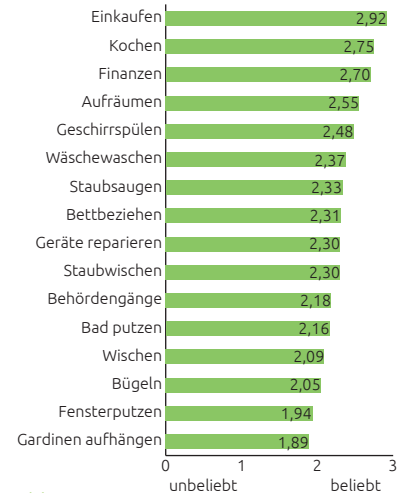


Abb 02
Beliebtheit Haushaltstätigkeit [Skala 0-4]

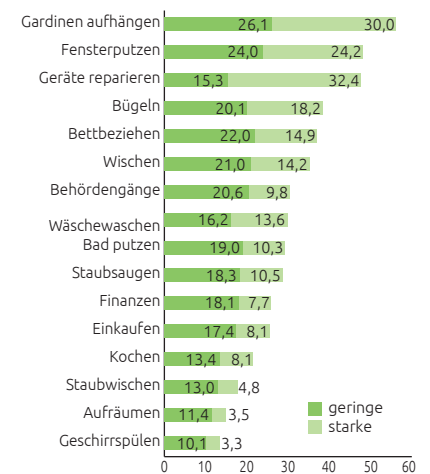


Abb 03
Beschwerden nach Haushaltstätigkeit [%]

DEFINITION ALTER FUNKTIONSEINBUSSEN DEMENZ

Die Bezeichnung „Demenz“ leitet sich von dem lateinischen „dementia“ ab und bedeutet „erworbener Schwachsinn“.¹

Altersgruppe in Jahren	Demenz Erkrankte
30-59	4.453
60-64	4.918
65-69	5.948
70-74	13.099
75-79	16.918
80-84	28.597
85-89	16.515
90-94	13.981
Gesamt	104.429

Abb 04
Zahl der Demenzerkrankungen
EURODEM; Österreich 2005

Derzeit liegt das Risiko in Österreich bei circa 1,15 - 1,27% an Demenz zu erkranken. Das entspricht in etwa 100.000 Erkrankungen. Durch die steigende Lebenserwartung wird für das Jahr 2050 sogar von bis zu 270.000 Erkrankten ausgegangen. Grundsätzlich betrifft die Krankheit mehr Frauen, dieser Fakt ist aber generell auf deren höhere Lebenserwartung zurückzuführen.²

URSACHE

Durch Proteinablagerungen im Gehirn, auch „Plaques“ genannt, wird die Informationsübertragung zwischen Nervenzellen gestört. Dies führt zu Gedächtnisverlust, Orientierungslosigkeit und Erkennungsstörungen. In späteren Stadien kann es bis zum Persönlichkeitsverlust kommen und damit häufig zur sozialen Isolation.³

Es gibt viele Formen der Demenz und circa 50 Krankheiten, die zu einer demenziellen Erkrankung führen, wie beispielsweise:

Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson, Epilepsie, Multiple Sklerose, Gefäßerkrankungen oder Tumore im Gehirn. Am häufigsten ist, mit über 60%, die Alzheimer Demenz (AD) vertreten. Es treten aber auch häufig Mischformen auf.

ALZHEIMER DEMENZ

Einige Faktoren, die auf die Entwicklung der Krankheit Einfluss nehmen:

ALTER

GESCHLECHT - Frauen sind öfter im fortgeschrittenen Lebensalter betroffen

ÖSTROGENE - protektiver Effekt auf AD

BILDUNG - höhere Bildung führte zu deutlich niedrigeren AD-Raten

GENETISCHE FAKTOREN

VORERKRANKUNGEN - wie Diabetes, Insulinresistenz, Parkinson-Syndrom, Depression, Schädel-Hirn-Traumen

RAUCHEN

FEHLERNÄHRUNG

ALKOHOLKONSUM⁴

1 Vgl. Marquardt 2007, 9.
2 Vgl. Gleichweit 2009, 23f.
3 Vgl. Myllymäki-Neuhoff 2009, 30.
4 Vgl. Gleichweit 2009, 3-5.
5 Vgl. Marquardt 2007, 16f.

VERLAUF

Am Anfang verlieren die Betroffenen meist ihr Kurzzeitgedächtnis und später auch ihr Langzeitgedächtnis. Das führt zu dem Effekt, dass die Vergangenheit nicht mehr als kontinuierliche Kette wahrgenommen wird. Demenzkranke erleben sich oft in vergangenen Lebensabschnitten, was dazu führt, dass ein oft erheblicher Unterschied zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung entsteht. Das theoretische Modell „trip back in time“ von Johnson & Johnson beschäftigt sich mit diesem Krankheitsverlauf, der wie eine Abwärtsspirale funktioniert. Am Beginn entsprechen die Erkrankten noch der realen Situation, jedoch erreichen sie am Ende der Spirale das mentale Stadium eines Kleinkindes. Damit ist auch der Verlust der Erinnerung an Familienmitglieder oder der Sprache verbunden.⁵

Schweregrad	Ausmaß kognitiver Beeinträchtigung	Störung Antrieb & Affekt	Ausmaß benötigter Hilfe
leicht	komplexe tägliche Tätigkeiten können nicht mehr ausgeführt werden; alltägliche Handlungen leicht beeinträchtigt	-Aspontanität -Depression -Antriebsmangel -Reizbarkeit -Stimmungsschwankungen	Hilfestellung fallweise notwendig <i>unabhängiges Leben möglich</i>
mittel	einfache Tätigkeiten können selbstständig ausgeführt werden; andere werden nicht mehr vollständig oder angemessen ausgeführt.	-Unruhe -Wutausbrüche -Aggressive Verhaltensweise	Hilfestellung notwendig; keine ständige Betreuung <i>kein unabhängiges Leben möglich; selbstständige Lebensführung mit Hilfe</i>
schwer	Gedankengänge können nicht mehr nachvollziehbar kommuniziert werden, selbst einfache alltägliche Aufgaben können nicht gelöst werden.	-Unruhe -Schreien -Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus -Nesteln	Dauerhafte Betreuung und Beaufsichtigung <i>kein unabhängiges, selbständiges Leben möglich</i>

Abb 05
Schweregrad der Demenz,
Ausmaß der Beeinträchtigung & Unterstützungsbedarf

DEFINITION ALTER PFLEGEBEDARF & KOSTEN

Pflegestufe	Personalschlüssel Personal / Heimbewohner
Stufe 1	1: 12,0
Stufe 2	1: 6,0
Stufe 3	1: 3,7
Stufe 4	1: 2,6
Stufe 5	1: 2,5
Stufe 6	1: 2,3
Stufe 7	1: 2,0

Abb 06
Personalschlüssel für Pflegeheime in der
Steiermark

PFLEGEBEDARF

Wie bereits erwähnt, bringt das Alter Funktionseinbußen und damit auch oft Pflegebedürftigkeit mit sich. Dies hat einige finanzielle Folgen, je nachdem wie hoch der Pflegebedarf ist. Einerseits gibt es die direkten monetären Kosten, wie beispielsweise die Nutzung eines mobilen Dienstes oder eventuell nötige Hilfsmittel. Aber auch indirekte Aufwendungen, wie beispielsweise physische und psychisch Belastungen der pflegenden Angehörigen, können dabei entstehen.

KOSTEN (Daten 2004)

Eine diplomierte Krankenpflegekraft kostet zwischen 22 € bis 42 € pro Stunde. Für eine Stunde Heimhilfe liegen die Kosten zwischen 14 € bis 20€. Im Pflegeheim werden 1.000€ bis 6.000€ pro Monat berechnet, je nach Höhe des Pflegebedarfes. Im Vergleich zu diesen Kosten scheint die Pension eher gering: die durchschnittliche

Pension bei Frauen beträgt 674€, bei Männern 1.429€. Durch die hohen Kosten sind viele betroffene Haushalte gezwungen, ihre Ersparnisse und Vermögenswerte aufzulassen und sind darüber hinaus auch häufig auf die Sozialhilfe angewiesen.¹

PFLEGE GELD

Um die Mehraufwendungen teilweise abzudecken, erhalten pflegebedürftige Personen Pflegegeld. Geregelt wird dieser Zuschuss durch das Bundespflegegesetz von 1993. Voraussetzung hierfür ist ein dauerhafter Pflegebedarf über 65 Stunden im Monat und einer körperliche, geistige oder physische Behinderung.² Die Einstufung entscheidet über die Höhe des Pflegegeldes, jedoch werden dabei physische Gebrechen stärker bewertete als psychische. Finanziert wird das österreichische Pflegesystem aus öffentlichen Mitteln von Bund, Land und Gemeinde, aber auch zum Teil durch private Haushalte.³

1 Vgl. Schneider 2006, 1f.
2 Vgl. HELP-Redaktion
3 Vgl. Schneider 2006, 4-6.
4 Vgl. HELP-Redaktion

FAKTOREN PFLEGEBEDARF

Um den Pflegebedarf beurteilen zu können, werden 5 Hilfsverrichtungen berücksichtigt:

HERBEISCHAFFEN von Nahrungsmittel, Medikamente & Bedarfsgüter des Alltags
REINIGUNG der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände

PFLEGE der Leib- und Bettwäsche

BEHEIZUNG des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung des Heizmaterials
MOBILITÄTSHILFE im weiteren Sinn (z.B. Begleitung bei Amtswegen oder Arztbesuchen)

ERSCHWERNISZUSCHLAG

Der Zuschlag ist dann zu berücksichtigen, wenn die betroffene Person schwere geistige oder psychische Behinderungen, wie Demenz, aufweist.⁴

Pflegestufe	Pflegebedarf in Stunden/Monat	Betrag monatlich 2015	BezieherInnen 2004
Stufe 1	Über 65 Stunden	157,30 €	77.175
Stufe 2	Über 95 Stunden	290,00 €	127.812
Stufe 3	Über 120 Stunden	451,80 €	63.224
Stufe 4	Über 160 Stunden	677,60 €	55.354
Stufe 5	Über 180 Stunden außergewöhnlicher Pflegeaufwand	920,30 €	30.048
Stufe 6	Über 180 Stunden zeitlich unkoordinierbaren Betreuungsmaßnahmen, Tag & Nacht oder dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson wegen Eigen- oder Fremdgefährdung	1.285,30 €	10.557
Stufe 7	Über 180 Stunden keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich oder gleich zu achtender Zustand	1.688,90 €	6.897

Abb 07
Tabelle Pflegestufen und Kosten

Abb 08
Tabelle PflegegeldbezieherInnen
in % pro Altersgruppe

Alter	Bezieher in %
bis 60 Jahre	1,02%
61-80 Jahre	9,23 %
über 80 Jahre	60,35 %

DEFINITION ALTER

DIE ANGST VOR DEM ALTER

„Alle wollen alt werden – aber niemand möchte alt sein“¹

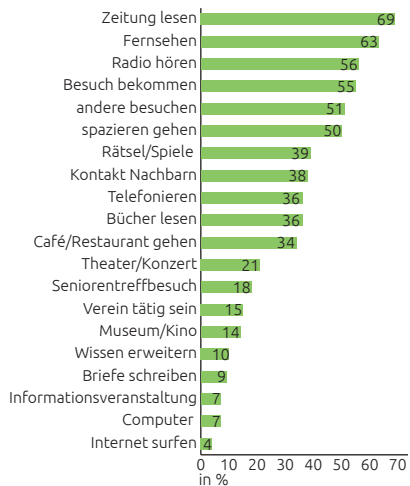


Abb 09 - Tabelle
Beliebtheit Freizeitbeschäftigung

- 1 Schenk 2008, 15.
- 2 Vgl. Herrgott 2012, 9f.
- 3 Vgl. Schenk 2008, 15-17.
- 4 Vgl. Ebda., 21f.

Einerseits besteht der Wunsch möglichst lange zu leben, doch gleichzeitig fürchten sich die Meisten vor dem Alter. Die individuelle Angst lässt einen über seinen eigenen Alterungsprozess nachdenken, ob man möglicherweise pflegebedürftig und abhängig sein wird oder wo man überhaupt seine letzten Tage verbringen möchte. Neben der persönlichen Komponente spielt aber auch die Gesellschaft eine erhebliche Rolle. In den Medien werden düstere Zukunftsszenarien aufgrund der demographischen Entwicklung gezeigt, die das Alter stets als etwas Problematisches und Negatives darstellen. Das Alter wird durch die Medien meist mit Krankheit, Schmerzen und Vergesslichkeit assoziiert und mit Verlust, Einsamkeit und Verzicht in Verbindung gebracht.²

Im Gegensatz dazu steht die tatsächliche Lebenswirklichkeit der meisten älteren Menschen. Die Generation 60+ fühlt sich jünger und sieht auch so aus. Auch im

hohen Alter wird noch auf modische Kleidung, gepflegtes Aussehen, körperliche Aktivitäten und gute Ernährung geachtet. Außerdem wirken sie auch physisch jünger durch verbesserte Lebensbedingungen, medizinischen Fortschritt und dem generellen Wohlstand der Gesellschaft. Großteils scheint die Generation 80+ mit ihrem Leben zufrieden zu sein, die meiste Angst vor dem Altern fühlen jedoch die Menschen in den mittleren Erwachsenenjahren, die auf dem Höhepunkt ihrer Leistungsfähigkeit sind.

Obwohl sich der Prozess des Alterns vor allem in den letzten 3 Jahrzehnten bedeutend verbessert hat, blieben die alten Vorstellungen des Verfalles erhalten. Der alte Mensch wird als hilflos, gebrechlich, leidend und verwirrt angesehen. Um sich von diesem veralteten Altersbild abzugrenzen, fühlt sich die Generation 60+ einfach jünger, weil dieses negative Bild nicht auf sie zutrifft.³

ANTI-AGING

KAMPF UM DIE EWIGE JUGEND

Anti-Aging ist ein populärer Begriff, der mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstrategien gegen den Alterungsprozess ankämpft. Neben der geriatrischen Anti-Aging-Forschung, zählen auch die zweifelhaften Methoden der Gesundheits- und Schönheitsindustrie zu den Mitteln für die „ewige Jugend“. Methoden zur Verlangsamung des Alterungsprozesses werden auch in einigen Ratgebern beworben, wo allgemeine Ratschläge für einen gesunden Lebensstil gegeben werden. Diese Empfehlungen zu der gesunden Ernährung, körperliche Betätigung und Meditation sind aber eigentlich für jedes Lebensalter gültig. Zur Anti-Aging-Kultur gehört auch die geistige Fitness, weil die jungen Alten heute meist eine gute Ausbildung genießen konnten und auch auf diesem Gebiet mithalten wollen.

Umstritten, aber durchaus im Einsatz, sind Hormonpräparate und Nahrungsergänzungsmittel. Grundsätzlich findet alles was den Alterungsprozess hemmt einen schnell wachsenden Markt, weil viele Menschen bereit sind, viel Geld für die Illusion von Jugend zu bezahlen. Diese Tatsache spielt auch der Schönheitschirurgie in die Hände.⁴



Abb 10
Anti-Aging

DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG

FAKTEN & PROGNOSEN

Die Gesamtbevölkerung Österreichs wächst zwar stetig, aber wird auch immer älter. Derzeit leben in Österreich etwa 8.5 Millionen Menschen, davon sind ungefähr 18,4% über 65 Jahre, Tendenz steigend. 1990 waren es zum Beispiel nur 14,9% und für 2030 wird von einem Anteil von 23,6% ausgegangen.¹

Alter	Bevölkerung
bis 60 Jahre	6.479.710
61-80 Jahre	1.404.899
über 80 Jahre	290.124

Abb11
Tabelle
Bevölkerungsverteilung nach Alter

Die Thematik rund um das Altern und im Speziellen auch um das Wohnen im Alter, ist sehr aktuell und zwar in allen europäischen Staaten. Das liegt unter anderem an der derzeitigen demographischen Entwicklung der Wohlstandsländer, in denen die Menschen immer älter werden, jedoch weniger Kinder bekommen, was zu einer „überalternden“ Bevölkerung führt.²

Grundsätzlich gibt es 3 Komponenten, die ausschlaggebend für die Bevölkerungsstruktur sind: Fertilität, Mortalität und Migration.³ Die derzeitige Bevölkerungsstruktur wird aber vor allem durch eine hohe Lebenserwartung und gleichzeitiger niedriger Geburtenrate geprägt. Gegenwärtig liegt die Lebenserwartung bei Männern bei 78,9 Jahren und bei Frauen 83,7 Jahre. Vor circa 10 Jahren (2004) lebten die Männer durchschnittlich 76,4 Jahre und die Frauen 82,1 Jahre lang. Die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau liegt

bei 1,46.⁴ Damit wurde die klassische „Alterspyramide“, die aus vielen Jungen und wenig Alten bestand, von der sogenannten „Urnenform“ abgelöst. Diese zeigt eine deutliche Verlagerung der Hauptbevölkerung in das höhere Alter.⁵ Der Anteil der über 80-Jährigen stieg innerhalb 10 Jahre von etwa 4,2% auf 5% an. 2004 lebten circa 346.728 über 80-Jährige in Österreich und heute sind es schon 429.814.⁶

1 Vgl. Statistik Austria 2014
2 Vgl. Herrgott 2012, 8.
3 Vgl. Hausenbiegl 2009, 16.
4 Vgl. Statistik Austria 2014
5 Vgl. Kaiser 2014, 11.
6 Vgl. Statistik Austria 2014
7 Vgl. Schneider 2006, 20-22.

Zukünftige Entwicklungen

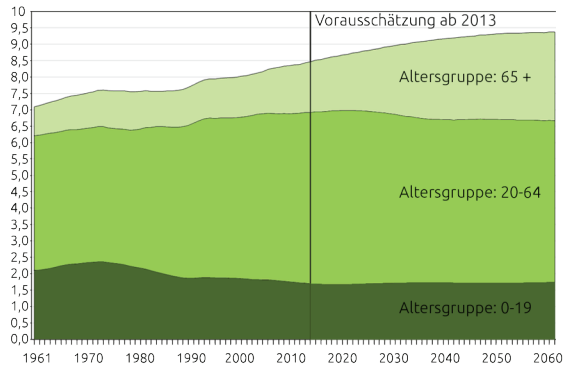


Abb 12
Bevölkerung 1961 -2060 nach breiten Altersgruppen

Durch die höhere Lebenserwartung stieg auch der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung, während der Anteil der Erwerbstätigen abnahm. 2002 waren 61,8% der Gesamtbevölkerung erwerbstätig, 2030 geht man von nur noch 58,6% aus.

Die hohe Lebenserwartung hängt unter anderem auch mit der verbesserten Gesundheit zusammen. Man lebt nicht nur länger, sondern verbringt auch weniger Jahre in einem schlechteren Gesundheitszustand. Gleichzeitig sorgen auch gestiegene Belastungen, wie beispielsweise Stress im Berufsleben, für ein vermehrtes Aufkommen an chronischen Krankheiten und somit auch zu einer erhöhten Anzahl an Pflegefällen. Darüber hinaus steigt auch

die Zahl dementer Personen vehement an und diese bringen einen höheren Betreuungsaufwand mit sich.

Diese zu betreuenden Personen erwarten sich immer höhere Qualität im Pflegesektor. Diesen Erwartungen wird auch großteils nachgekommen, jedoch mit der Konsequenz, dass die formelle Pflege immer teurer werden wird.

Zusätzlich wird von einem Rückgang in der informellen Pflege ausgegangen. Die Familienstruktur hat sich deutlich verändert, weniger Kinder, eine geringere Heiratsneigung, sowie die Tendenz zu Einpersonenhaushalten führt zu weniger pflegenden Angehörigen. Jedoch bevorzugen nur knapp 20% der Österreicher die formelle Pflege.⁷

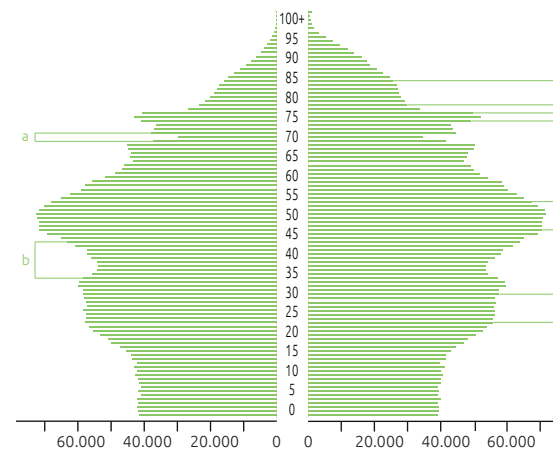


Abb 13
Bevölkerungsverteilung - „Urnform“

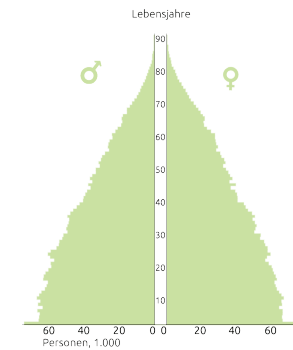


Abb 14
Bevölkerungsverteilung 1910
„Alterspyramide“

- a Geburtenausfall [zum Ende 2. Weltkrieg]
- b Geburtenrückgang [1970er]
- c Geburtenausfall [Wirtschaftskrise 30er]
- d Baby-Boom [nach Anschluss]
- e Baby-Boom [1960er]
- f Geburtenrückgang [1990er]

ARCHITEKTUR UND ALTER

HISTORISCHER ÜBERBLICK UND WOHNFORMEN

GESCHICHTLICHER ÜBERBLICK

PFLEGE & VERSORGUNG DER ALTEN



Abb. 15
Beispiel für ein Spital im Mittelalter:
dreischiffiger Krankensaal mit einem
Altar im Hintergrund. Zu beiden Seiten
befinden sich nach Geschlecht getrennte
kranke Männer und Frauen, betreut
von Schwester mit schwarzen Schleiern.

Die Thematik rund um die Pflege und Versorgung der Alten ist nicht nur sehr aktuell, sondern auch relativ jung. Dies liegt unter anderem daran, dass die Lebenserwartung erheblich gestiegen ist und es daher früher einfach nicht die Problematik der Langzeitpflege gab. Die durchschnittliche Lebenserwartung im Mittelalter lag beispielsweise bei nur circa 35 Jahren und davon war der Abschnitt des Alterns relativ kurz. Darüber hinaus wurden die alten Familienmitglieder zu Hause versorgt und in das Gemeinschaftsleben integriert. Sie hatten ihre eigenen Aufgaben, wie zum Beispiel auf die Enkel zu achten oder im Haushalt mitzuwirken und genossen damit auch Ansehen durch ihre Lebenserfahrung.¹

MITTELALTER

Das Altersheim ist eine Schöpfung des 19. Jahrhunderts, jedoch gab es seit dem 9. Jahrhundert in Europa auch Spitäler, in denen die Alten, die nicht von ihrer Familie unterstützt werden konnten, unterge-

bracht wurden. Diese Einrichtungen waren sowohl für ältere Menschen, also auch für Waisen, Behinderte, Mittellose und auch Pilger gedacht. Zuständig für die Hilfsbedürftigen war zunächst die Kirche, beziehungsweise Klöster. Jedoch änderten sich die Umstände im 12. und 13. Jahrhundert: die Menschen zogen vermehrt in die Städte, wo sie ihr Glück finden wollten, aber meist nur Elend und Krankheiten vorfanden. Diese Landflucht verursachte große sozialen Probleme für die Städte. Die Lösungen waren etliche Spitalsgründungen, die von den Bürgern und dem Rat betrieben wurden. Die Spitäler lagen an den Rändern der Stadt und beinhalteten eine Kirche, Küchenhaus, Wirtschaftsgebäude, Unterkünfte und ein Pfründnerhaus. Wer dauerhaft in dieser Einrichtung leben wollte, musste arbeiten oder man bezahlte für seinen Platz und kam dafür in die etwas besser eingerichteten Pfründerhäuser. Damit war das Spital im Grunde ein Vorreiter für das Altersheim.

¹ Vgl. Lorenz 1994, 10.

² Vgl. Herrgott 2012, 14-20.

19. JAHRHUNDERT

Die ersten Heime für ältere oder bedürftige Menschen wurden erbaut. Allerdings entschied der jeweilige Betreiber über die Bedürftigkeit und damit über die Aufnahme in die Einrichtung. Waren zuerst graue Haare ein Anzeichen der Bedürftigkeit, gab es etwas später genauere rechtliche Definitionen. Es wurde ein Ruhestandsalter definiert und eine Invaliditäts- und Altenversicherung etabliert. Die Altenheime wurden allerdings autoritär geführt und verfügten nur über eine sehr karge Versorgung.

1. WELTKRIEG

Nach dem 1. Weltkrieg wurden für die vielen bedürftigen Menschen, die durch den Krieg oder die Inflation 1923 Hilfe benötigten, etliche Heime gebaut. Innerhalb von 80 Jahren stieg die Anzahl an Heimplätzen von 25.000 (1840) auf 100.000 (1920) an. Diese Einrichtungen wurden familiär von

Kommunen und der Kirche geführt. Das Leitbild war, im Sinne der Reformbewegung, Licht, Luft und Sonne, welches eine höhere Wohnqualität mit sich brachte. Dadurch übersiedelten einige ältere wohlhabende Bürger und gaben ihre Wohnungen für jüngeren Erwerbstätigen frei.

2. WELTKRIEG

Nach dem 2. Weltkrieg kam es dann zu einem neuerlichen Bauboom für Heime, unter anderem weil die Menschen nun deutlich länger lebten. Dabei entwickelte sich das Heim ständig weiter. Heute spricht man dabei von 4 Generationen im Pflegebau.²

GESCHICHTLICHER ÜBERBLICK

PFLEGEHEIM GENERATIONEN

Die institutionelle Pflege hat sich über die Jahre stark verändert und ist auch heute noch im Wandel. Durch die fließenden Übergänge der verschiedenen Modelle sind auch heute noch ältere Pflegeheim-Generationen zum Teil im Einsatz.¹

1. GENERATION 1950 BIS 1960

Das Heim war eine „Verwahranstalt“. Die Benutzer der Einrichtung waren eher als „Insassen“ zu bezeichnen und im Allgemeinen galt die Regel „Masse statt Qualität“. Demnach stehen jedem Heiminsassen nur ungefähr 12-15m² Gesamtgeschossfläche, ohne Aufenthaltsflächen, zur Verfügung und 1 Toilette musste für 10 Personen reichen.

- hohe Belegungsdichte
- räumliche Enge
- minimale technische Ausstattung
- unzureichende Pflege

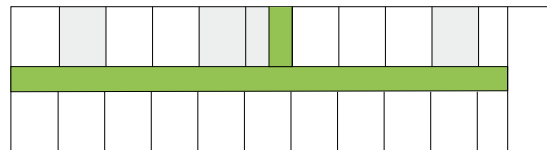


Abb 16 | Anstaltskonzept

2. GENERATION 1970

Die Heimbewohner wurden nun mehr als „Patienten“ behandelt und generell ähnelte die Einrichtung einem Krankenhaus. Bei diesem Modell stand die Technik im Vordergrund und verhinderte eine wohnliche Atmosphäre. Es gab zwar Gemeinschaftsräume und auf jeden Bewohner kamen 25-30m² Gesamtgeschossfläche, jedoch war die Umgebung steril und monoton.

- Reaktive Pflege
- Zwei- bis Dreibettzimmer

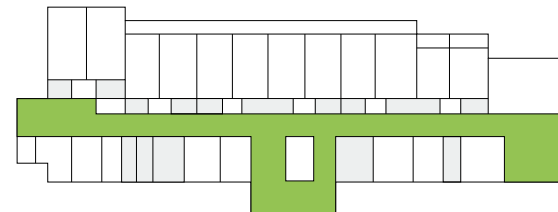


Abb 17 | Stationskonzept

1 Vgl. Heil 2011, 1153.
2 Vgl. Lorenz 1994, 12f.
3 Vgl. Stier o. J.
4 Vgl. Kaiser o. J.

3. GENERATION 1980

Das Wohnen rückte in den Mittelpunkt. Darum wurde die Größe der Pflegestationen von 40 auf 20 „Bewohner“ reduziert und auch die technischen Pflegeeinrichtungen minimiert. Das Wohnheim bot mit 35-45m² Gesamtgeschossfläche pro Besucher genügend Platz, dadurch konnten die Bewohner sich ihre Umgebung auch bedingt individualisiert einrichten. Eine verbesserte Ausstattung, wie beispielsweise eigene Sanitärräume, förderte auch die Selbstständigkeit und damit auch die Lebensqualität.

- aktivierende Pflege
- Ein- bis Zweibettzimmer
- Leitbild Wohnheim
- räumliche Gestaltung des Wohnumfeldes²

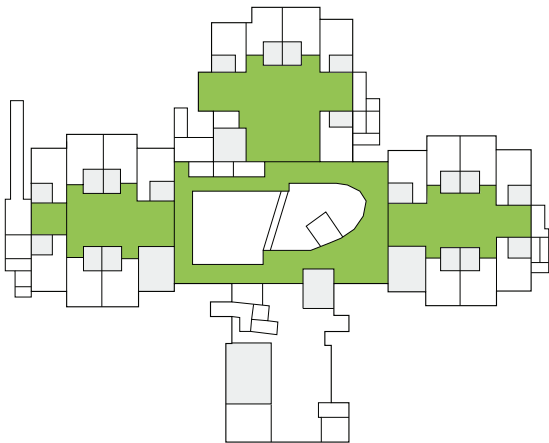


Abb 18 | Wohnbereichskonzept

4. GENERATION 1990

Das neue Leitbild bildet die Familie, wobei wohnliche Hausgemeinschaften entstehen und der Besucher nun einfach ein „Mitglied“ dieser Gemeinschaft ist. Die Wohngruppen bestehen aus 8-10 Bewohnern, wobei fast jeder ein Einzelzimmer als Rückzugsort hat. Das Zentrum der Wohngemeinschaft bildet eine Wohnküche, in der auch gemeinsam hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nachgegangen werden kann. Der Mensch steht im Mittelpunkt.

- Dezentralisierung Versorgung
- Verbesserung Lebensqualität
- Überschaubarkeit
- Geborgenheit
- Normalität^{3,4}

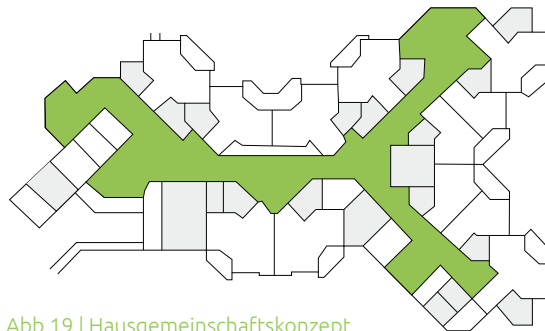


Abb 19 | Hausgemeinschaftskonzept

TYOLOGIE

ALTERSZENTRUM

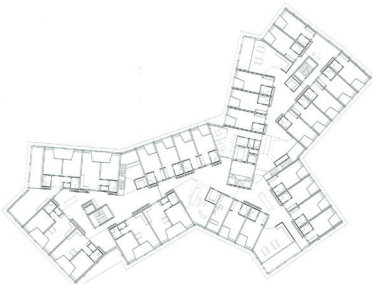


Abb 20
der Mehrflügler



Abb 21
der Kompaktling

Prinzipiell gibt es eine Vielfalt an Möglichkeiten der Gestaltung, jedoch kann man die verschiedenen Entwürfe, laut dem Buch „Grundrissfibel Alterszentren“ von Volker Bienert, großteils auf 5 Grundtypen zurückführen: der Mehrflügler, der Kompaktling, der Atriumtyp, der Längsbau und die Acht. Diese Auswahl entstand indem etwa 100 Wettbewerbsbeiträge für Alterszentren in der Schweiz im Zeitraum von 2002 bis 2014 verglichen wurden.

DER MEHRFLÜGLER

Der große Vorteil der vielen Flügel liegt darin, dass dieser Typ sehr leicht anpassbar ist, also erweiterbar oder drehbar, und sich damit gut in seine Umgebung integriert. Dadurch entstehen aber auch längere Wege für die Pfleger. Die ineinander verdrehten Flügel erzeugen heimelige Wohngruppen und überschaubare Trakte. Ein Beispiel für diesen Bautyp ist das Alterszentrum Neuer Gehren von Graber Pulver in Erlenbach.

DER KOMPAKTLING

Dieser Bautyp punktet mit seiner Effizienz. Der platzsparende Baukörper hat einen geringen Flächenverbrauch und kurze Wege für das Pflegepersonal. Oft wird im Inneren ein Rundlauf um einen Innenhof oder Lichtschächte geboten, der vor allem den demenziell Erkrankten zu Gute kommt. Ein großer Nachteil oder eine Problematik ist die Tageslichtversorgung im Inneren, sowie die teilweise an Labyrinth erinnernden Gänge. Darüber hinaus ist es mit diesem Bautypen oft schwer, städtebauliche Bezüge herzustellen. Ein solcher „Kompaktling“ wäre zum Beispiel das Alters- und Pflegeheim da casa val lumnezia von Allemann Bauer Eigenmann in Vella.

DER ATRIUMTYP

Im Gegensatz zum „Kompaktling“ benötigt dieser Baukörper mehr Platz. Meist wird die Mitte des Gebäudes für den großflächigen Hof genutzt und rundherum werden ringförmig die verschiedenen Nutzungen angeordnet. Dieses großzügige Atrium bringt viel Tageslicht in die Räume, jedoch führt er auch zu längeren Wegen, was nicht nur für die Pfleger Auswirkungen hat, sondern auch die Fluchtwege verlängert. Dieser Bautyp wurde von Dominik Isler und Arge Isler Gysel am Alterszentrum Bündner Herrschaft im Bündtli angewandt.

DER LÄNGSBAU

Heutzutage nicht sehr beliebt, kommt er vor allem noch bei schmalen und steilen Grundstücken zur Anwendung. Er gilt als konservativ und wirkt eher wie ein Hotel. Meistens zeigt sich der „Längsbau“ mit einem mittigen Korridor und beidseitigen Zimmern, wobei es Varianten mit einem Rundlauf um einen mittigen Funktionskern gibt. Hierfür dient das Alterszentrum der Gemeinde Schwyz von Dettling Wullschleger als Beispiel.

DIE ACHT

Im Prinzip handelt es sich dabei um einen verdoppelten „Kompaktling“. Es gibt zwei Kerne mit Lichthöfen, die eine Tageslichtversorgung gewährleisten, wodurch auch zwei gleichwertige Wohngruppen pro Geschoss entstehen. Ein zentral gelegenes Stationszimmer ermöglicht auch eine einfache Steuerung über Nacht. Die Wege sind relativ kurz und es entsteht automatisch ein Rundlauf. Einen Nachteil stellt der relativ starre Grundriss dar. Erweiterungen sind kaum möglich und auch eine Anpassung an die Umgebung gestaltet sich als schwierig. Ein Beispiel für diesen Bautyp ist das Alterszentrum Mathysweg von Allemann Bauer Eigenmann in Zürich.

MISCHFORMEN

Natürlich gibt es einige Bauten, die sich nicht klar in diese Typologien einordnen lassen oder sich weiterentwickeln. So kann beispielsweise aus einer „Acht“ ein „Drilling“ werden. Außerdem werden die bewährten Typen auch immer weiter entwickelt, wobei versucht wird, die jeweiligen positiven Eigenschaften der verschiedenen Bauformen zu vereinen, was dann zur Entstehung von Hybridformen führt.¹



Abb 22
der Atriumtyp



Abb 23
der Längsbau



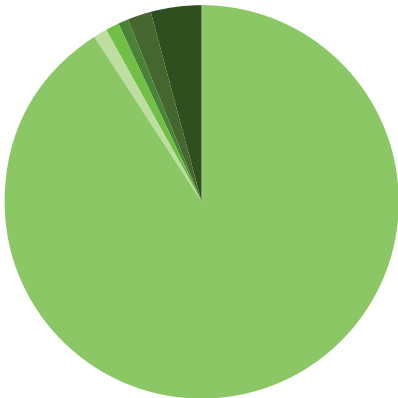
Abb 24
die Acht

WOHNFORMEN

SELBSTBESTIMMT

Prinzipiell lassen sich die Wohnformen für ältere Menschen in 2 Kategorien einteilen: die selbstbestimmte Wohnform und die institutionellen Einrichtungen.¹

Wohnen im Alter (>65 Jahre)
Deutschland 2008



93% Privatwohnung
<1% Pflegewohngruppe
<1% gemeinschaftliches Wohnen
1% traditionelle Altenwohnung
2% bereutes Wohnen
4% Alten- & Pflegeheim

Abb 25
Wohnen im Alter - Verteilung

Das Wohnen erlangt im Alter an immer mehr Bedeutung, weil ältere Personen deutlich mehr Zeit in ihren eigenen vier Wänden verbringen. Hochaltrige in betreuten Wohnungen verbringen im Schnitt 20,5 Stunden innerhalb ihrer Wohnung und nur circa eine halbe Stunde in den allgemeinen Aufenthaltsflächen des Wohnhauses. Im Durchschnitt verlassen sie das Wohngebäude nur für 2,5 Stunden.² Aufgrund dessen muss die Unterkunft auch die Möglichkeit der Aufrechterhaltung sozialer Interaktionen mit Freunden und Bekannten bieten. Darüber hinaus sollte eine Rückzugsmöglichkeit und Privatheit geschaffen und die Selbstständigkeit gefördert werden. Durch den Ausbau der mobilen Dienste können die Betroffenen nun beispielsweise länger in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben.³

Ungefähr drei Viertel der Hochaltrigen leben in der eigenen Wohnung, wobei bei über 80-Jährigen die Tendenz im Heim zu

leben steigt. Die Wohnungen sind verhältnismäßig groß und darum häufig auch mit einem hohen Aufwand, beziehungsweise Kosten, verbunden.

Die meisten älteren Menschen vermeiden die Übersiedelung in ein Heim so lange sie können, weil dieser Schritt meist mit dem Anerkennen des eignen Alters und dem Verlust der Selbstständigkeit verbunden ist.⁴

WOHNFORMEN

SELBSTBESTIMMTE WOHNFORM

BETREUTES WOHNEN

Grundsätzlich soll dieses Wohnprinzip körperlich und geistig fitte ältere Menschen ansprechen, die weitgehend selbstständig sind. Die Bewohner leben separat in barrierefreien Wohnungen, die prinzipiell nur ein Grundservice als Betreuung anbietet. Dazu gehören ein Hausnotruf, Gemeinschaftsräume und ein Hausmeisterdienst. Weitere Dienste, wie beispielsweise ein Wäsche- oder Einkaufs-, sowie ein Pflegedienst, können zusätzlich genutzt werden. Durch dieses individuelle Dienstleistungsangebot kann die Grundpauschale relativ niedrig gehalten werden.

Die Nähe zu einem Pflegeheim würde sich als nützlich erweisen, wenn die Bewohner nicht mehr selbstständig in ihrer Wohnung leben können.

MEHRGENERATIONEN- WOHNEN

Alte und junge Menschen leben zusammen und unterstützen sich gegenseitig. Dieses Modell ist in gewöhnlichen Wohnbauten umsetzbar und ist eine Art Weiterentwicklung der Großfamilie.

INTEGRIERTES WOHNEN

Das integrierte Wohnmodell ähnelt dem

betreuten Wohnen. Jedoch wird beim integrierten Wohnen darauf geachtet, Personengruppen aus verschiedenen sozialen Schichten, mit unterschiedlichem Alter und Hilfsbedarf, auszuwählen. Senioren, Alleinerziehende, Behinderte, kinderreiche Familien und Studenten werden durch Nachbarschaftshilfe und Betreuungsleistungen verbunden. Meist gibt es einen professionellen Projektträger, aber das Modell funktioniert nur dann, wenn die Bewohner sich beteiligen und die Gemeinschaft fördern. Auch bei diesem Modell können Schwerstpflegebedürftige kaum versorgt werden.

WOHN- UND HAUSGEMEINSCHAFTEN

Die Wohngemeinschaften gehen über die Nachbarschaftshilfe hinaus und profitieren von der unbürokratischen Organisation in ihrer Wirtschaftlichkeit. Der Bewohner kann teilweise über eine eigene separate Wohnung oder auch nur ein eigenes Zimmer verfügen. Dabei soll von allen Beteiligten im häuslichen Geschehen mitgewirkt werden. Prinzipiell unterscheidet man zwischen 2 Wohngemeinschaften: Einerseits gibt es die Form, die von alten Menschen selbst gegründet und verwaltet wird. Andererseits gibt es das Modell, welches von Trägern der Wohlfahrtspflege organisiert wird und damit den institutionellen Einrichtungen ähnelt.⁵

SELBSTBESTIMMTE WOHNFORM
Die erste Kategorie wird von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung geprägt und beinhaltet verschiedene Wohnmodelle.

WOHNFORMEN

INSTITUTIONELL

INSTITUTIONELLE EINRICHTUNGEN

Die zweite Kategorie wird meistens erst bei hohem Pflegebedarf genutzt und beinhaltet verschiedene stationäre Wohnmodelle.

WOHNFORMEN INSTITUTIONELLE EINRICHTUNGEN

ALTENWOHNHEIM

Diese Form findet heute nur noch selten Gebrauch, weil sie durch die höhere Pflegebedürftigkeit eher dem Pflegeheim gleicht. Der Haushalt wurde selbstständig in einer kleinen Wohnung innerhalb eines Wohnkomplexes geführt. Versorgung oder Pflege wurde nur im Bedarfsfall gefordert.

ALTENHEIM

Eine Mischung aus Altenwohnheim und Pflegeheim, die heute kaum noch zu finden ist. Die Bewohner schliefen in Einzelzimmern mit Bad, ohne Küche. Gemeinschaftliche Aktivitäten und Aufenthaltsräume spielten im Alltag eine große Rolle. Dieses Modell war ursprünglich für Hilfsbedürftige ausgelegt und wurde, so wie das Altenwohnheim, durch den erhöhten Pflegebedarf von dem Pflegeheim abgelöst.

1 Vgl. Herrgott 2012, 32.
2 Vgl. Hörl 2009, 71.
3 Vgl. Becker 2013, 26.
4 Vgl. Hörl 2009, 70f.
5 Vgl. Herrgott 2012, 76f.
6 Vgl. Ebda., 164f.
7 Vgl. Marquardt 2007, 44.

PFLEGEHEIM

Die häufigste Wohnform im Alter, abgesehen von Privatwohnungen. Die Bewohner sind größtenteils über 80 Jahre alt und pflegebedürftig, beziehungsweise meist demenziell erkrankt. Die Heime versuchen mit kleinen Wohngruppen eine alltagsnahe Normalität zu schaffen, die auch die Selbstständigkeit der Bewohner stärken soll. Diese Form des Wohnens gewährleistet die notwendige Pflege für alle Hochaltrigen und bietet eine professionelle, stationäre Betreuung. Die Bewohner werden bekocht, die Zimmer gereinigt und es gibt häufig ein vielseitiges Angebot an Unterhaltung, um gezielt die Fähigkeiten der Hochaltrigen zu fördern und zu erhalten.

WOHNSTIFT/SENIORENRESIDENZ

Diese Wohnheime zeichnen sich durch einen gehobenen Standard aus und sind für begüterte Senioren ausgelegt. Die Wohnungen sind luxuriös und es gibt vie-

le Gemeinschaftseinrichtungen und auch Kulturevents. Durch den ambulanten Hilfsdienst können jedoch die Meisten in ihren eigenen vier Wänden bleiben, bis sie durch ihre hohe Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim wechseln.

HOSPIZ

Der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Herberge. Früher übernachteten in Hospizen Reisende. Heute ist dieser Ort meist der letzte Wohnort des Patienten und dient der Sterbebegleitung, wodurch besonders hohe Ansprüche im Sinne einer angenehmen Atmosphäre gestellt werden.⁶

ZUKÜNFTIGE TENDENZEN

Zurzeit wollen die meisten älteren Menschen so lang wie möglich in ihren eigenen Wohnungen bleiben. Dadurch gewinnen die ambulanten Angebote immer mehr an Bedeutung. Dieses Modell ermöglicht den

Bewohnern, solange sie sich noch größtenteils selbst versorgen können, ein Maximum an Individualität und ist auch meist kostengünstiger. Schwer Pflegebedürftige können jedoch nicht durch dieses System versorgt werden, sie benötigen eine dauerhafte Unterstützung und damit meist einen Pflegeplatz.

Dadurch werden die stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig für hauptsächlich 2 Gruppen konzipiert werden müssen: den schwer pflegebedürftigen, mobil eingeschränkten Menschen und für die mobile, mittel bis schwer demenziell erkrankte Person. Um beiden Gruppen, die sehr unterschiedlichen Ansprüchen haben, gerecht zu werden, muss die Architektur möglichst flexibel gestaltet werden, um auf die wechselnde Bewohner reagieren zu können.⁷



Abb 26
gewünschte Wohnformen 70-Jähriger

BARRIEREFREIHEIT

ANFORDERUNGEN AN DIE ARCHITEKTUR

BARRIEREFREIHEIT FÜR ALLE MENSCHEN

Die Barrierefreiheit wurde in den letzten Jahren immer bedeutender in der Architektur, aber auch generell in der Gesellschaft. Es sollen dabei Grundlagen für ein selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben geschaffen werden, wie es im Bundesbehindertengleichstellungsgesetz heißt.¹

Grundsätzlich wird zwischen „barrierefrei“ und „behindertengerecht“ unterschieden. Als barrierefrei gilt ein Gebäude erst, wenn es von allen Menschen genutzt werden kann. Behindertengerecht hingegen bedeutet, dass die Ausstattung oder die Wohnung spezifisch an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst wurde. Im Allgemeinen ist es wichtig barrierefreie Strukturen anzubieten, die flexibel und nachhaltig nutzbar sind und eine leichte Adaptierung im Bedarfsfall gewährleisten.

KOSTEN

Die Nebenkosten für einen barrierefreien Neubau sind eher gering, wenn die Barrierefreiheit schon von Beginn an mitgeplant wurde. Die zusätzlichen Kosten, die dabei entstehen, machen bei einem öffentlichen Bau, der um die 4 Millionen € kostet, nur circa 0,5% aus. Jedoch spielen die Kosten im Wohnbau eine größere Rolle, vor allem wegen dem erhöhten Flächenaufwand.

Dennoch ist zu berücksichtigen, dass eine nachträgliche Adaptierung weitaus teurer ist und dass bei der derzeitigen demographischen Entwicklung eine Investition in die Barrierefreiheit durchaus ratsam wäre.

RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Behindertenrechtskonvention dient vor allem dem Ziel die Gleichheit aller Menschen zu gewährleisten. Dabei geht es auch darum, die Menschen mit Behinderung nicht auf ihre Defizite zu reduzieren, sondern sie als bereichernde Mitglieder der Gesellschaft anzuerkennen. Physische Hindernisse müssen abgebaut werden, aber zusätzlich muss sich auch die Einstellung zu Menschen mit Behinderung ändern, um alle Barrieren beseitigen zu können.

Gegen die Diskriminierung der Menschen mit Behinderung geht das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) vor. Dabei muss das Gebäude für „Menschen mit Behinderungen in der allgemein üb-

1 Vgl. Grundner 2013, 9-14.
2 www.ris.bka.gv.at
3 Vgl. Grundner 2013, 9-14.
4 Vgl. Frenkler/Hajek 2013, 204-209.
5 Vgl. Tauke 2009, 9-11.
6 Vgl. Frenkler/Hajek 2013, 204f.

lichen Weise, ohne besondere Erschwer-
nis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe
zugänglich und nutzbar“² sein. Demnach
kann ein Gebäude zwar einen barrierefrei-
en Zugang besitzen und dennoch diskri-
minierend sein, wenn dieser als separater
Eingang ausgeführt ist.

Das Baurecht an sich ist Sache der Länder,
damit gibt es verschiedene Varianten. Je-
doch versucht das Österreichische Institut
für Bautechnik, kurz OIB, allgemeingültige
bautechnische Richtlinien zu schaffen.³

UNIVERSAL DESIGN

Dieses Gestaltungsprinzip beruht auf der
Forderung, dass Produkte und die gebau-
te Umwelt für alle Menschen nutzbar sein
sollen und das ohne zusätzliche Anpassun-
gen oder Spezialisierungen. Dementspre-
chend wichtig ist die Funktionalität, von
der Entwicklung über die Verpackung und
vom Transport bis hin zur Nutzung. Dabei

gibt es keine Normen, was den Vorteil hat,
dass neue Produkte ausprobiert und auch
ohne Hindernisse weiterentwickelt wer-
den können.⁴

Das universelle Design ermöglicht es un-
ter anderem auch älteren Menschen mög-
lichst lange selbstständig in ihren eigenen
Wohnungen zu leben. Aber auch für die
Menschen, die im Moment unter keinen
Einschränkungen leiden müssen, bietet
dieses Gestaltungskonzept dennoch mehr
Sicherheit und Nutzen. Zusätzlich können
sie schon bei leichten Verletzungen, wie
einem gebrochenen Arm, sofort von dem
universell nutzbaren Produkt profitieren.⁵

Das Universal Design basiert auf
7 Prinzipien:

- 1) BREITE NUTZBARKEIT
für alle gleich nutzbar, Ausgrenzung und
Stigmatisierung vermeiden
- 2) FLEXIBILITÄT
Wahlmöglichkeiten der Nutzung (rechts-,
linkshändig), anpassbare Geschwindigkeit
- 3) EINFACHE & INTUITIVE BEDIENBARKEIT
Komplexität vermeiden, Informationen
leicht begreifbar & verständlich machen
- 4) MEHRERE SINNE ANSPRECHEN:
haptische, optische, akustische, olfaktorische
und gustatorische Reize
- 5) FEHLERTOLERANZ UND SICHERHEIT
risikoreiche Elemente vermeiden, Gefah-
ren kennzeichnen, nicht zu unbewussten
Handlungen ermutigen
- 6) MINIMALER KÖRPERLICHER AUFWAND
natürliche Körperhaltung unterstützen,
angemessene Bedienkräfte, anhaltende
Belastungen und Wiederholungen ver-
meiden
- 7) ZUGÄNGLICHKEIT & ERREICHBARKEIT
genügend Bewegungsfreiheit, guter Zu-
gang zu Produkten oder Dienstleistun-
gen⁶

BARRIEREFREIHEIT

5 EINSCHRÄNKUNGEN

5 EINSCHRÄNKUNGEN

Die Einschränkungen der Menschen mit Behinderung können sehr individuell ausfallen, aber grundsätzlich muss versucht werden, möglichst allen Nutzern zu entsprechen. Generell können die Einschränkungen in 5 große Gruppen geteilt werden:



Abb 27 | Bedienhöhe

LERNSCHWIERIGKEITEN

Für diese Gruppe ist es sehr wichtig klare räumliche Strukturen vorzufinden, die intuitiv erfahrbar sind. Markante Plätze dienen als Orientierung. Im Allgemeinen ist auf eine gleichmäßige Beleuchtung und angenehme Akustik zu achten.¹ Außerdem nehmen mit zunehmenden Alter auch die kognitiven Fähigkeiten, vor allem das Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis, ab. Zusätzlich werden Informationen langsamer verarbeitet, was wiederum zu einer Verlangsamung des Handelns führt.

MOBILITÄTSBEHINDERUNG

Die Mobilität und der Gleichgewichtssinn werden im Alter stark beeinträchtigt und führen zu Verunsicherungen im Alltag.² Im Sinne eines eingeschränkten Bewegungsapparates geht es hauptsächlich um genügend Bewegungsflächen und passende Greifhöhen. Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Anforderungen, jedoch

ist hierbei mindestens vom Wendekreis eines Rollstuhlfahrers auszugehen. Dadurch ergibt sich eine Mindestbewegungsfläche von 1,5m Radius, abgeleitet von einem Rollstuhlfahrer, der sich drehen muss. Beim Griffbereich und Sichtbereich muss ein Kompromiss eingegangen werden. Dabei kommt man auf eine Bedienhöhe von 0,85-1m und einem Sichtbereich zwischen 1,2m und 1,6m.³

SEHBEHINDERUNG

Dabei unterscheidet man die Sehbehinderten von den Blinden. Erstere verwenden den Sehsinn dennoch als primären Sinn, während sich Blinde hauptsächlich mit dem Tast- und Hörsinn orientieren. Mit 50 Jahren verringert sich die Akkommodationsleistung und Sehschärfe des Auges. Durch altersbedingte Veränderungen des Nervensystems kommt es zu Problemen mit der Kontrastempfindlichkeit, Sehschärfe, Reizwahrnehmung, Hell/Dunkeladapti-

1 Vgl. Grundner 2013, 9-14.
 2 Vgl. Marquardt 2007, 6-8.
 3 Vgl. Koch-Schmuckerschlag, 6.
 4 Vgl. Marquardt 2007, 6-8.
 5 Vgl. Grundner 2013, 9-14.
 6 Vgl. Marquardt 2007, 6-8.
 7 Vgl. Grundner 2013, 9-14.

on und Einschränkungen des räumlichen Sehvermögens.⁴ Im Sinne der Planung ist auf ausreichend Beleuchtung und Kontrast zu achten und auf die Vermeidung von Blendung und Spiegelung. Stufen und Gläser müssen markiert werden und der Kontrast zwischen Boden und Wand sowie der Tür erleichtert die Orientierung. Der schwarzweiß Kontrast sollte mindestens 30% betragen, ideal wäre über 50%. Außerdem ist ein taktiles Leitsystem sehr wichtig für erblindete Menschen. Tastbare Symbole und Schriftzeichen sollen in Relief und Braille ausgeführt werden, weil ältere Menschen vielfach nie die Braille-Schrift lernen. Zusätzlich sollte auf eine angemessene Schriftgröße geachtet werden. Klare Wegführung und gleichartige Anordnungen, die zur Wiedererkennung führen, helfen der Orientierung.^{4,5}

HÖRBEHINDERUNG

Bereits mit 20 Jahren beginnt der Hörverlust für höhere Tonfrequenzen und schreitet bis ins hohe Alter beständig fort. Das stetig sinkende Hörvermögen führt zu weniger sozialen Interaktionen und fördert Verwirrung und Desorientierung. Baulich ist auf eine kurze Nachhallzeit und hohe Schallabsorption sowie einem reduzierten Schallpegel zu achten.⁶

Diese Gruppe orientiert sich hauptsächlich visuell, damit sind zum Beispiel optische Warnlichter, Blitzleuchten oder Laufschriften sehr wichtig. Dementsprechend wichtig ist auch eine ausreichende Beleuchtung, also keine Schlagschatten, Gegenlicht oder Blendung.

MENSCHEN IM ALTER

Diese fallen oft in eine oder mehrere der anderen Gruppen, zusätzlich haben sie oft eine reduzierte Reaktionsfähigkeit und Gedächtnisverlust.⁷

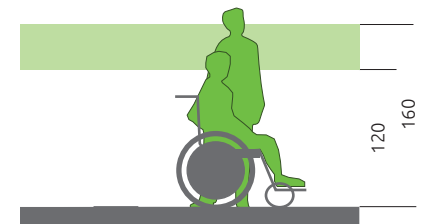


Abb 28 | Sichtbereich

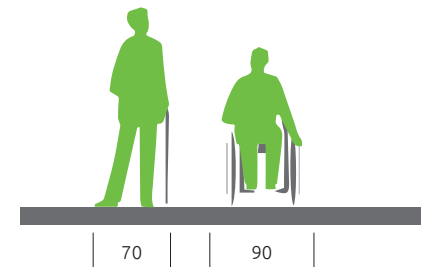


Abb 29 | Bewegungsbreiten

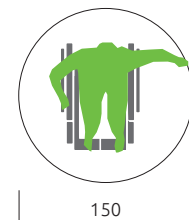


Abb 30 | Mindestbewegungsfläche

BARRIEREFREIHEIT

5 GESTALTUNGSANSÄTZE

5 GESTALTUNGSANSÄTZE

Die Architektur prägt nachweislich das Verhalten der Menschen und hat Einfluss auf unser Empfinden. Daher spielt die bauliche Umgebung vor allem bei Pflegeeinrichtungen eine entscheidende Rolle, weil diese von ihren Bewohnern meist nicht mehr verlassen wird.¹

ABLESBARKEIT

Die Räume müssen logisch und einfach interpretierbar gestaltet sein, um die Funktion augenblicklich ablesen zu können. Den Nutzen des Raumes erkennt man optisch durch Mobiliar oder Farben sowie Raumabfolgen und -proportionen. Zusätzlich können auch Gerüche, Oberflächenstrukturen oder Geräusche die optische Wahrnehmung unterstützen.

VERTRAUTHEIT

Den Bewohnern soll ermöglicht werden, individuell ihre Umgebung mitzugestalten, beispielsweise in dem sie eigene Möbelstücke mitbringen. Dies erleichtert auch den Übergang von der eigenen Wohnung in die Pflegeeinrichtung. Besonders wichtig sind biografischen Bezüge bei demenzkranken Menschen, weil deren Langzeitgedächtnis meist noch gut erhalten ist und sie häufig durch diese Objekte positiv beeinflusst werden. Geborgenheit, beziehungsweise

Vertrautheit, wird auch durch kleine, überschaubare Gruppengrößen, die sich an der Familie orientieren, erzeugt. Dies fördert auch den sozialen Kontakt.¹ Außerdem sollten die Räume wohnlich gestaltet werden, mit saisonaler Dekoration und abgestimmten Möbeln. Zusätzliche Pflanzen, vor allem Nutzpflanzen, erzeugen eine positive Wirkung, genauso wie ein hauswirtschaftliches Angebot an Kochen, Waschen oder Gießen.² Spiegelnde Materialien oder unruhige Muster sind zu vermeiden und Kontraste nur dort einzusetzen, wo sie benötigt werden. Darüber hinaus ist vor allem bei Gängen darauf zu achten, dass diese nicht monoton und anregungsarm sind.³

UNABHÄNGIGKEIT

Durch eine geeignete Architektur soll den Bewohnern Selbstbestimmung und Selbstständigkeit gewährleistet werden. Physisch gesehen ist generell auf eine barriere-

1 Vgl. Marquardt 2007, 36.
 2 Vgl. KDA 2004, 21f.
 3 Vgl. Ebda., 9-12.
 4 Vgl. Marquardt 2007, 37.
 5 Vgl. Ebda., 47f.

refreie Umwelt zu achten. Zusätzlich soll die emotionale und physische Sicherheit durch eine nicht institutionelle Einrichtung und durch Vermeidung der Selbstgefährdung gesichert sein. Um sich selbständig und frei im Gebäude zu bewegen, ist überwiegend die Orientierung entscheidend. Diese kann durch eine geeignete Grundrisorganisation unterstützt werden.

SENSORISCHE STIMULATION

Eine Überstimulation kann zu Verwirrung und Stress führen, eine mangelnde Stimulation zu Teilnahmslosigkeit. Das richtige Maß ist dabei entscheidend und individuell verschieden. Darum ist ein Zugang zu Freibereichen essentiell, weil der Bewohner selbst bis zu einem gewissen Grad das Maß an Reizen bestimmen kann. Generell sind die akustischen Reizquellen zu minimieren. Auch optische Überstimulationen, wie durch übermäßige Dekoration, sind zu vermeiden.

SOZIALE INTERAKTIONEN

Die Bewohner sollen die Möglichkeit haben, sich selbstständig zwischen öffentlichen, halböffentlichen und privaten Bereichen zu entscheiden. Die Küche bietet, zentral gelegen, eine Art Treffpunkt mit Aufenthaltsqualität. Kleinere Rückzugsorte ermöglichen ein geschütztes Beobachten des Alltagsgeschehen und das eigene Zimmer ermöglicht es auch, ganz alleine zu sein.⁴

Die räumliche Orientierung wird aber durch die Verbindung der einzelnen Elemente und deren Eigenschaften beeinflusst und erleichtert.

EINMALIGKEIT

durch Kontraste: Oberflächen, Dimensionen, Nutzungen

KLARHEIT DER FORMEN

durch einfache geometrische Formen
KONTINUITÄT

durch mehrere gleichartige Elemente
DOMINANZ

durch dominierendes Element als Hauptteil empfunden

KLARHEIT VERBINDUNGSGLIEDER
verdeutlicht Verbindung zwischen Räumen

RICHTUNGSDIFFERENZIERUNG

betont unterschiedliche Seiten / Enden
UMFANG SICHTBEREICHES

durch Vergrößerung des Blickfeldes

BEWEGUNGSBEWUSSTSEIN

gefördert durch eindeutige Richtung und sichtbare Bewegungsintervalle

ZEITLICHE REIHENFOLGE

Elemente in ihrer Abfolge verbunden

NAMEN UND BEDEUTUNGEN

abstrakte Eigenschaften geben einprägsame Hinweise auf Lage und Identität⁵

BARRIEREFREIHEIT

BAULICHE & RÄUMLICHE ANFORDERUNGEN

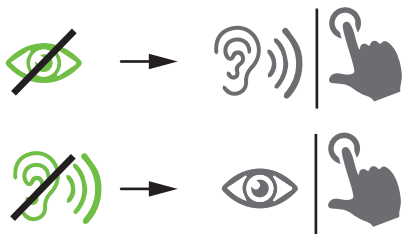


Abb 31 | 2-Sinne-Prinzip

Gebäudestrukturen unterstützen die Orientierung der Bewohner durch differenziert gestaltete Räume in wohnungsähnlichen Maßstäben und in schlichten, jedoch nicht monotonen Grundrissen. Zusätzlich sind klare Wegführungen und differenziert gestaltete Flure von Vorteil. Besonders günstig sind Rundwege sowie klare Blickbeziehungen im Gebäude. Grundsätzlich ist auch auf eine sinnvolle Anordnung der einzelnen Funktionen zu achten, beispielsweise profitiert die Küche von einer räumlichen Nähe zu Ess- und Aufenthaltsbereich. Orientierungshilfen können auch Referenzpunkte sein, wie zum Beispiel persönliche Möbel.¹

RÄUMLICHE ORIENTIERUNG

Die Orientierung im Raum wird überwiegend von 5 Elementen geprägt: Weg (Flure, Treppen), Grenzlinien (Wände, Wechsel Boden- oder Wandbelag), Bereiche (Funktionseinheit, Aufenthaltsraum; Sitznische), Brennpunkte (intensiv genutzt innerhalb

eines Bereiches, beispielsweise durch Möblierung gekennzeichnet), Merkzeichen (Bezugspunkte, nicht betretbar, Beschilderung).²

DAS 2-SINNE-PRINZIP

Dieses Prinzip erhebt grundsätzlich die Forderung, dass alle Informationen zumindest mit zwei sich ergänzenden Sinnesindrücken wahrgenommen werden müssen. Dies betrifft vor allem Warnsignale und allgemein wichtige Informationen. Bei einem fehlenden Sehsinn wird die Information hauptsächlich durch akustische und taktile Systeme weitergegeben. Beispielsweise sollten alle Bedientasten, wie bei einem Lift, mit Relief und Braille ausgestattet sein und zusätzlich eine akustische Ausgabe haben. Für Menschen mit einer Hörschwäche sind zusätzliche optische Informationen wichtig, wie beispielsweise Warnlichter im Brandfall. Diese Warnung kann zusätzlich durch Vibrationskissen verstärkt werden.

Das 2-Sinne-Prinzip ist vor allem bei älteren Menschen sehr wichtig, weil langsam alle Sinnesorgane schwächer werden. Je mehr Sinne also angesprochen werden um eine Information weiterzugeben, desto besser.³

BELICHTUNG UND BELEUCHTUNG

Licht beeinflusst den Menschen sehr stark. Es bestimmt den Schlaf-Wach-Rhythmus, reguliert den Hormonhaushalt und hat auch auf unsere emotionale Stimmung einen großen Einfluss. Das kurzwellige Blaulicht in der Früh schüttet zum Beispiel aktivierende Hormone aus und hemmt das Schlafhormon Melatonin. Steigt der Rotanteil gegen Abend, produziert der Körper mehr Melatonin und wir werden eher müde. Diesen Effekt kann auch ein Kunstlicht gezielt steuern. Diese dynamische Beleuchtung simuliert Tageslicht und kann beispielsweise in Aufenthaltsräumen für eine aktivere Atmosphäre sorgen. Grundsätzlich benötigen ältere Menschen mehr

Lichtstärke, jedoch ist die Blendempfindlichkeit viel höher als bei Jüngeren.⁴ Die Grundausleuchtung sollte bei circa 500 Lux liegen.⁵

Das Kunstlicht soll aber nur ergänzend zum Tageslicht eingesetzt werden. Dieses fördert nämlich die Tages- und Jahreszeitliche Orientierung und kann durch Lichtlenksysteme auch in die Tiefe des Raumes gebracht werden. Raumhohe Verglasungen wirken bei einem zu hohen Anteil irritierend. Jedoch fördern Fenster mit niedriger Brüstung die Wahrnehmung von Ort und Zeit. Monotones „Einheitslicht“ ist möglichst zu vermeiden und sollte in seiner Lichtfarbe an Boden und Wände angepasst sein. Auch Licht kann als Kennung für Räume genutzt werden oder Akzente setzen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Beleuchtung blendfrei mit möglichst wenig Lichtreflektion und geringem Schattenwurf ausgeführt wird.⁶

Farbtemp. in Kelvin [K]

ww <i>warmweiß</i> < 3300 K	- überwiegend Rotanteil - behagliche Atmosphäre - auch bei niedrigen Beleuchtungsstärken angenehm - verwendet für Räume der Entspannung
nw <i>neutralweiß</i> 3300 - 5000 K	- gut mit Tageslicht kombinierbar - sehr häufig verwendet - ab 200 Lux geeignet
tw <i>tageslichtweiß</i> > 5000 K	- überwiegend Blauanteil - sachliche Atmosphäre - aktivierend - Beleuchtungsstärken < 1000 Lux wirken fahl

Abb 32
Farbtemperatur von Leuchtmitteln

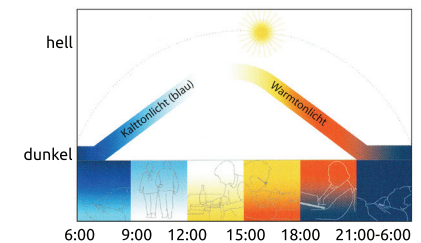


Abb 33
Sonnenstand

BARRIEREFREIHEIT

BAULICHE & RÄUMLICHE ANFORDERUNGEN

Grundprinzip Materialkonzept:

- natürliche, altbekannte Materialien
Holz, Stein, Textilien
- Imitationen vermeiden
haptische Erfahrungen ermöglichen
(Texturen ertasten)
- „verwirrende“ Materialien vermeiden
spiegelnde, blendende oder hallende
Materialien⁷

MATERIALITÄT

Wichtig sind angenehme Oberflächen, die den Tastsinn stimulieren und auch für gute Akustik sorgen, indem sie schallschluckend wirken. Die Böden müssen rutschsicher und möglichst glanzarm sein. Zu starke Kontraste im Fußboden sind zu vermeiden, weil es zu Loch-Assoziationen führen kann. Besonders ansprechend wirken natürliche und warme Materialien, wie beispielsweise hellere Holzprodukte.⁸ Materialwechsel können verschiedene Funktionsgruppen voneinander trennen und visuell, taktil und auch akustisch wahrgenommen werden. Außerdem ist bei der Auswahl der Materialien darauf zu achten, einen häuslichen, nicht-institutionellen Charakter zu erzeugen. Manche Materialien, wie eine Glasfassade, werden mit anderen Gebäudetypen, wie einem Verwaltungsgebäude, verbunden und sind somit zu vermeiden.⁹

FARBE

Ebenso wie die Verwendung differenzierter Materialien, können auch Farben gewisse Funktionen trennen oder verbinden. Außerdem wirken sie auch stimulierend und sind in enger Beziehung mit Emotionen. Zusätzlich können sie einen Raum optisch verengen oder erweitern. Dabei spielt die Farbfläche eine nebensächliche Rolle, entscheidend ist die Farbstärke und im Allgemeinen sind die stärkeren auch angenehmer. Die „Mächtigkeit“ der Farbe bestimmt die Helligkeit. Generell wirken die helleren Farbtöne zarter. Blautöne wirken besonders angenehm, violett und gelb-grün Töne sind zwar sehr anregend, aber auch eher unangenehm. Jedoch weicht das Farbgefühl älterer Menschen von jüngeren ab. Sie bevorzugen deutlich hellere Farben, wie beispielsweise sanfte Brauntöne, können aber - bedingt durch eine geminderte Sehkraft - oft nur kräftigere Farben ausreichend gut erkennen.

1 Vgl. Marquardt 2007, 54f.
2 Vgl. Ebda., 46.
3 Vgl. Koch-Schmuckerschlag, 8.
4 Vgl. Schneider-Grauvogel 2014, 135f.
5 Vgl. Marquardt 2007, 127f.
6 Vgl. KDA 2004, 15f.
7 Vgl. Lorenz 1994, 61f.
8 Vgl. KDA 2004, 17.
9 Vgl. Marquardt 2007, 128.
10 Vgl. KDA 2004, 18-20.
11 Vgl. Marquardt 2007, 127.
12 Vgl. KDA 2004, 17-22.

Außerdem ist bei der Farbwahl auch auf die Bedeutung oder Assoziation zu achten. Zu intensive Hell-Dunkel Kontraste sind im Allgemeinen zu vermeiden, jedoch bei Treppenstufen beispielsweise essentiell.¹⁰ Farbcodierungen alleine reichen nicht zur Orientierung aus, sind aber eine Hilfe. Einprägsame Farben können gewisse Räume hervorheben und diese von ihrer Umgebung deutlich abgrenzen. Außerdem ist auf ausreichend Kontrast zwischen Möbel und Wände zu achten, damit diese nicht im Raum verloren gehen, vor allem bei Sanitäranlagen.¹¹

MÖBEL

Grundsätzlich ist auf die Benutzbarkeit der Möbel zu achten, weil die Bewohner höhere Ansprüche im Sinne der Barrierefreiheit haben. Damit müssen einige Einrichtungsgegenstände unterfahrbar ausgebildet werden, ohne zu sehr an ein Krankenhaus zu erinnern. Die Gegenstände sollten aufeinander abgestimmt sein und klare Aussagen treffen. Möbel haben Einfluss auf die sozialen Kontakte zwischen den Bewohnern und können diese stimulieren. Verschiedene Sitzangebote mit Aufforderungscharakter fördern das Zusammenleben im Alltag.¹²









	Granit 20-25		Alu 55-75
	Sandstein 20-40		Milchglas 55
	Zement 20,25		Ahorn/Birke 55-65
	Putz, Gips 80		Eiche hell 40-50
	Ziegel, rot 10-15		Nussbaum 10-30

Abb 34 | Reflexionsgrad in % - Baustoffe

	Weiß 70-85		Grün 15-55
	Hellgrau 40-60		Blau 10-50
	Hellgelb 60-70		Grau 15-60
	Rosa 45-55		Schwarz 5-10
	Rot 10-40		

Abb 35 | Reflexionsgrad in % - Farben

REFERENZ-PROJEKTE

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

PFLEGEHEIM STEINFELD

Architekt

Dietger Wissounig

Fertigstellung

2005

BGF: 3 658m²

Kosten: 4,15 Mio €

Ort

10. Oktoberstraße 30, Steinfeld (AT)

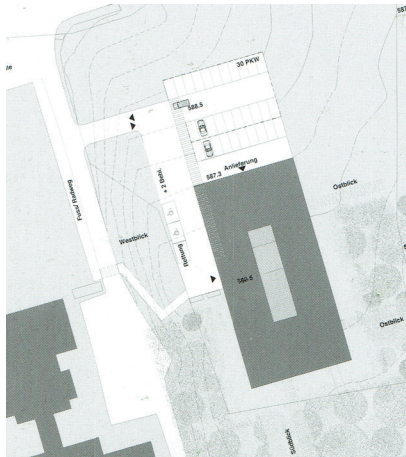


Abb 36 | Lageplan

1 Vgl. Barth 2007, 32-35.



Abb 37 | Alenwohn- & Pflegeheim

Der klare Baukörper integriert sich in die Landschaft und bildet eine Einheit. Der Kompaktling ist Ost-West orientiert mit einer Service-Zone im Norden. In den zwei Obergeschoßen befinden sich die Pflegestationen mit den Zimmern, die Richtung Park ausgerichtet sind. Im Erdgeschoß sind die gemeinschaftlichen Räume, wie Publikums-, Verwaltungs- und Pflegepatienteneinrichtungen, sowie die Gebäudeversorgung untergebracht. Dieser Bereich ist etwas niedriger aufgrund des Geländeverlaufes.

ERDGESCHOSS

Im Erdgeschoß verfügt das Pflegeheim über einen Speisesaal mit Küche, eine Kapelle und Bibliothek, sowie über einen Hobbyraum. Ein zentrales und großzügiges Atrium sorgt für ein angenehmes Raumempfinden und bietet im Sommer durch Erdkollektoren Abkühlung.

OBERGECHOSS

In den Obergeschoßen sorgen wind- und wettergeschützte Terrassen für den Landschaftsbezug. Ein- und Zweibettzimmer gruppieren sich um das grüne Atrium. Dazwischen befinden sich Wohnbereiche, Loggien und der Pflegebereich.

KONSTRUKTION

Das Gebäude wurde prinzipiell aus heimischem Holz gebaut, jedoch wurde an manchen Stellen aus konstruktiven Gründen auf Stahl zurückgegriffen, wie beispielsweise beim Liftschacht und einzelnen Stützen. Die Niedrigenergiefassade weist eine erhöhte Wärmedämmung auf und besitzt eine vertikale Lärchenholzschalung als abschließende Schicht.¹



Abb 38 | Atrium



Abb 39 | Atrium

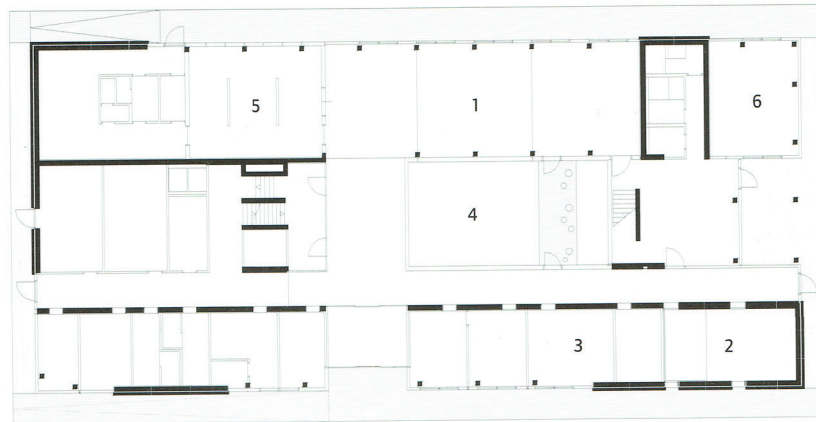


Abb 40 | Grundriss Erdgeschoß

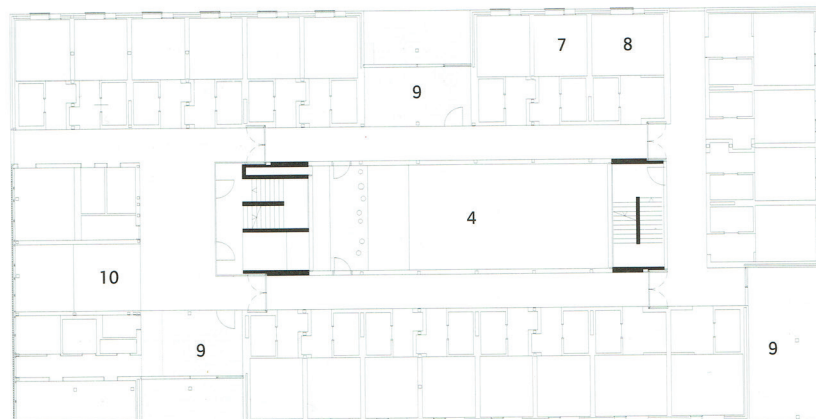


Abb 41 | Grundriss Obergeschoß

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

PFLEGEHEIM DORNBIRN



Abb 43 | Pflegeheim

Architekt

ARGE Johannes Kaufmann Architektur,
Riepl Riepl Architekten

Fertigstellung

2005

Nutzfläche: 7 164m²

Kosten: 12,6 Mio €

Ort

Höchsterstraße, Dornbirn (AT)

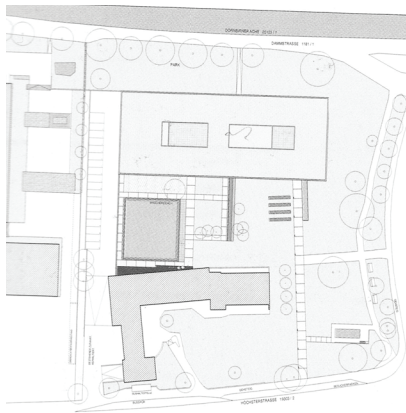


Abb 42 | Lageplan

Das Pflegeheim steht frei und orientiert sich nach allen Seiten. Die parkartige Umgebung zieht sich scheinbar unter dem Gebäude durch. Dieser Effekt wird durch das gläserne, zurückversetzte Erdgeschoß erzeugt. Darüber „schwebt“ das dreigeschossige Gebäude, welches je Geschoß zwei Pflegestationen aufweist. Im Kellerniveau wurde das Altenpflegeheim mit dem Bestandstrakt verbunden.

Der relativ klare Baukörper wird durch scharfe Einschnitte und bündige Fensterbänder gegliedert, die ein lebendiges Licht- und Schattenspiel erzeugen. Bei dem Entwurf wurde vor allem auf die Effizienz geachtet. Die Dienstbereiche sind zentral angeordnet und überblicken die jeweilige Pflegestation. Nebenräume, wie beispielsweise Pflegebäder und Lagerräume, wurden geblockt und den Stationen zugeordnet. Die Wege sind kurz und der Bewegungsfluss klar gehalten.

ERDGESCHOSS

Im offenen Erdgeschoß befinden sich hauptsächlich die Gemeinschaftsräume, wie beispielsweise eine Kapelle, der Eingangsbereich und Aufenthaltsräume, sowie ein begrüntes Atrium. Im Norden liegt der Verwaltungstrakt mit Einzelbüros. Außerdem gibt es hier eine kleine Demenzstation mit 11 Zimmern und einem großzügigen Freibereich. Insgesamt beinhaltet der Neubau 108 Zimmer.

KONSTRUKTION

Um das Erdgeschoß möglichst durchlässig zu gestalten, wurde hier auf konstruktive Fertigteileinzelstützen gesetzt. Diese bringen ein Maximum an Transparenz sowie Flexibilität mit sich. Stirnseitige Wandschotten sorgen für die horizontale Aussteifung, für die Querrichtung hilft ein zentraler Betonkern. Die Ortbetondecken wurden auf den Stützen punktgelagert.¹



Abb 44 | Überdachter Außenbereich

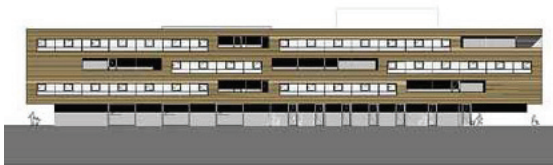


Abb 45 | Ansichten

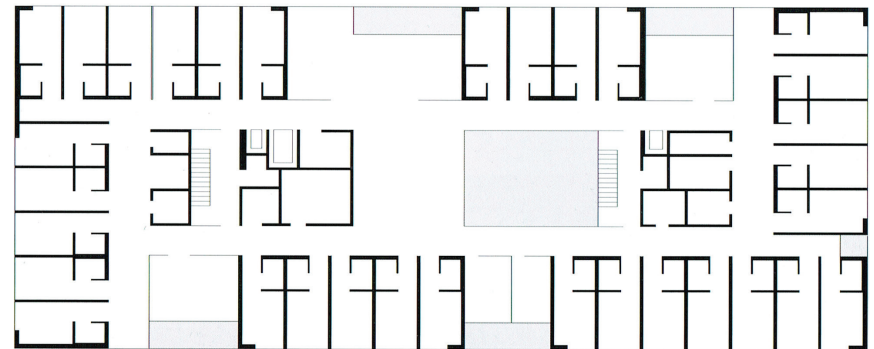


Abb 46 | Grundriss 2.Obergeschoß

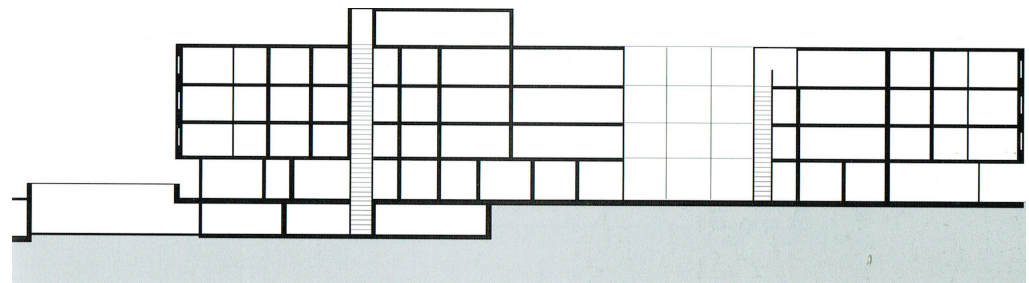


Abb 47 | Längsschnitt

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

REHAB BASEL

Architekt

Herzog & de Meuron

Fertigstellung

2002

BGF: 20 000m²¹

Kosten: 6,19 Mio €

Ort

Burgfelderhof 40, Basel (CHE)²

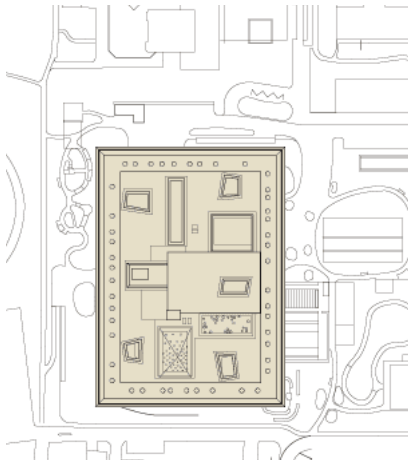


Abb 48 | Lageplan

- 1 Vgl. nextroom
- 2 Vgl. mimoa
- 3 Vgl. nextroom



Abb 49 | Rehab

Grundvoraussetzung für den Wettbewerb war, dass der Neubau nicht wie ein Spital auszusehen hat, weil die Therapien und Behandlungen oft sehr langwierig sind. Die Fassade des 120m langen und 90m breiten Gebäudes besteht aus schmalen Rundstäben aus Eichenholz, die als Brüstungselement und auch Sonnenschutz dienen. Leuchtende Plexiglasperlen verbinden das Stabwerk, welches eine japanisch anmutende Leichtigkeit erzeugt.

RAUMPROGRAMM

Im Erdgeschoss befinden sich die Behandlungsräume. Im Stockwerk darüber beinhalten 5 Stationen insgesamt 84 Betten. Das letzte Geschoss umfasst einen Rekreationsbereich, Mediathek sowie Hotelzimmer für Besucher und Räume, die es den Patienten ermöglicht, das selbstständige Wohnen wieder zu erlernen.

Die ungewöhnlichen Zimmer werden unter anderem über eine Lichtkuppel belich-

tet, welche den ans Bett gefesselten Patienten einen Blick zum Himmel ermöglicht.

INNENHÖFE

Jeder Station ist ein Lichthof zugeordnet, wobei die kleineren Lichthöfe polygonal zugeschnitten sind und unterschiedliche Dimensionen je Stockwerk aufweisen. Fünf große, orthogonale Höfe, die vom großzügigen Erschließungsbereich einsehbar sind, weisen spezifische Nutzungen auf und trennen auch die einzelnen Funktionsbereiche im Erdgeschoss. Ein Hof wird vollständig von einer expressiven Betonskulptur in Form einer verzerrten Pyramide mit schwarzer Plastikhaut ausgefüllt. Unter diesem, wie ein Felsblock wirkenden Dach, befindet sich das Therapiebad. Die Kombination von Regelmäßigkeit und Unregelmäßigkeit macht das Gebäude so reizvoll. Das Rehabilitationszentrum erscheint, ähnlich wie eine kleine Stadt, aus Häusern und Gärten zu bestehen.³



Abb 50 | Innenhof



Abb 51 | Betonskulptur Therapiebad

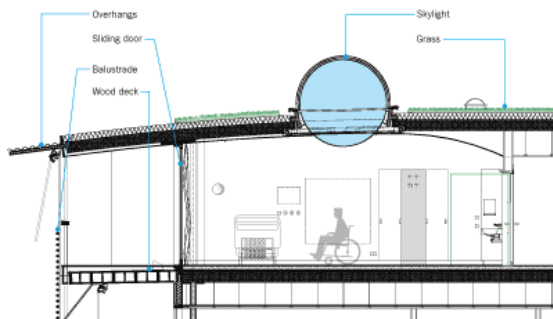


Abb 52 | Schnitt Patientenzimmer



Abb 53 | Grundriss Obergeschoß



Abb 54 | Grundriss Erdgeschoß

- | | | |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 1. Entrance court | 8. Occupational and speech therapy | 14. Medical services |
| 2. Outpatient rooms | 9. Therapy pool | 15. Diagnostics |
| 3. Day hospital | 10. Physiotherapy | 16. Courtyard with pool |
| 4. Cafeteria | 11. Multipurpose space | 17. Patients' bedrooms |
| 5. Administrative offices | 12. French garden | 18. Services |
| 6. Reception | 13. Intensive care | 19. Offices |
| 7. Neuropsychology | | 20. Lounge/dining |

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

SENIORENWOHNUNG - DE PLUSSENBURGH

Architekt

Arons en Gelauff Architekten

Fertigstellung

2006

Nutzfläche: 11 924m²

Kosten: 15,1 Mio €

Ort

Grote Hagen, 3078 Rotterdam (NLD)¹

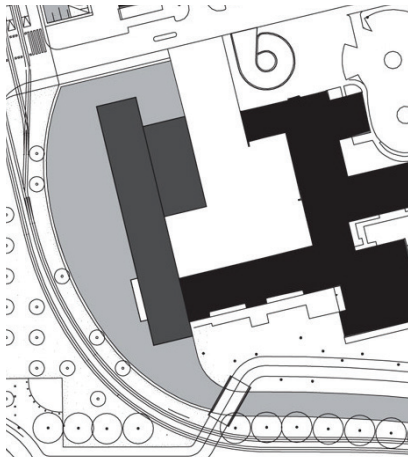


Abb 55 | Lageplan



Abb 56 | Geriatriezentrum Santa Rita

Das Gebäude wurde im Zuge eines Stadterneuerungsprogramm in IJsselmonde erbaut. Die Anlage besteht aus zwei Teilen, dem „Turm“, ein Punkthochhaus mit 17 Geschoßen und dem „Riegel“, einer aufgeständerten Hochhauscheibe, die scheinbar 11 Meter über einer Wasserfläche schwebt. Ein bereits bestehendes, dreigeschossiges Seniorenpflegeheim wurde an der Rückseite des Komplexes durch einen Pavillon mit Aufenthaltsflächen angekoppelt.

WOHNEINHEIT

Die Apartments sind circa 10 Meter breit, können aber bei Bedarf unterteilt oder auch zusammengelegt werden. Dadurch sind die Grundrisse sehr frei gestaltbar.

FASSADE

Bei diesem Entwurf wurde insbesondere auf ein interessantes und auffallendes Farbkonzept geachtet, welches vor allem in der Nacht zur Geltung kommt. Die verglasten Laubengänge erstrahlen in orangeroten Tönen. Gegenüber befinden sich die geschwungenen Balkone, die der Fassade eine dreidimensionale Qualität verleihen. Es entsteht ein Spiel zwischen strengen und fließenden Formen, welche sich an Wasser und Licht orientiert.¹

Ein wiederkehrendes Motiv, neben dem Wasser, ist der Bambus. Dieser wurde in die Betoninnenwände geprägt, ist Teil des Bepflanzungskonzepts und findet sich sogar als Teppichmuster in den Erholungsbereichen wieder.²

1 Vgl. Herrgott 2012, 166-171.

2 Vgl. Uffelen 2012, 36-39.



Abb 57 | Außenraum



Abb 58 | Fassade

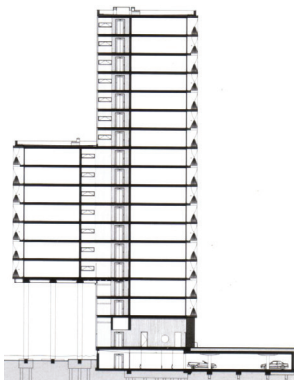


Abb 59 | Schnitt

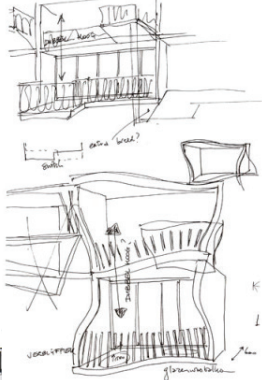


Abb 60 | Skizze

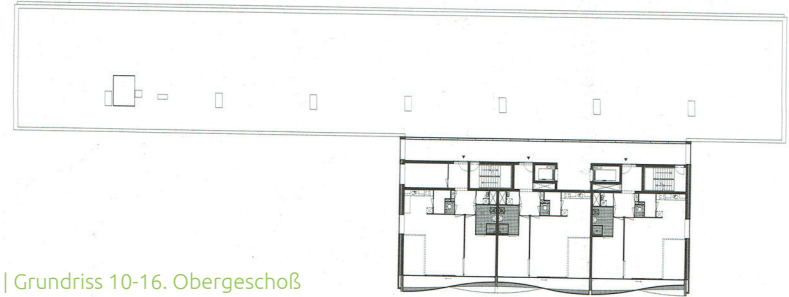


Abb 61 | Grundriss 10-16. Obergeschoß

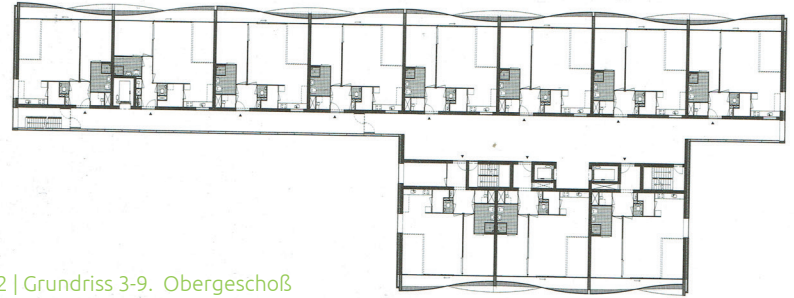


Abb 62 | Grundriss 3-9. Obergeschoß

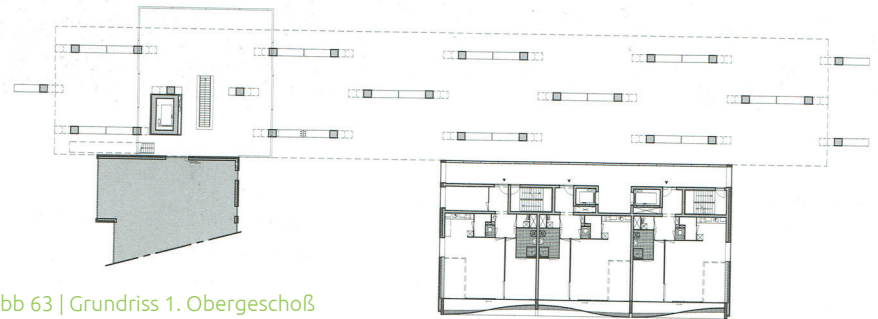


Abb 63 | Grundriss 1. Obergeschoß

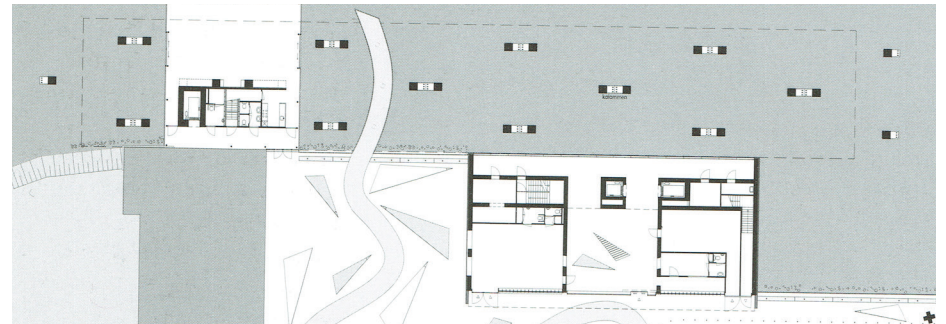


Abb 64 | Grundriss Erdgeschoß

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

SENIORENWOHNUNG WIPPERFÜRTH

Architekt

Martini Architekten BDA

Fertigstellung

2005

Nutzfläche: 927m²

Kosten: 2,5 Mio €

Ort

Kirchplatz 1, Wipperfürth (DE)¹



Abb 65 | Lageplan

1 Vgl. Herrgott 2012, 150-155.

2 Vgl. Barth 2007, 28-31.

3 Vgl. Herrgott 2012, 150-155.



Abb 66 | Geriatriezentrum Santa Rita

Das Pfarrzentrum mit Seniorenwohnungen wurde gegenüber der romanischen Kirche St. Nikolaus an der Grenze zur mittelalterlichen Altstadt erbaut. Das Bauensemble, bestehend aus dem Pfarrzentrum, Seniorenwohnen und dem Küsterwohnhaus, orientiert sich an dem traditionellen Stadtmuster und bildet einen neuen Gemeindeplatz aus. Dieser Innenhof dient als Erschließung und Kommunikationsraum.²

PFARRHEIM

Das Pfarrheim ist eingeschossig und bietet mit seinem verglasten Innenhof eine Sichtachse zwischen der Kirche und dem Innenhof. Der monolithische Baukörper greift durch seine dunkle Putzfärbung den traditionellen Baustoff Schiefer auf. Durch seine gezielt positionierten Fenster öffnet sich das Pfarrzentrum zu seiner spannungsvollen Umgebung.

Der Pfarrsaal orientiert sich mit seiner Hauptfront in Richtung Apsis und kann bei

Bedarf durch mobile Trennwände geteilt werden. Gegenüber befinden sich Gruppenräume und eine Cafeteria, die sich Richtung Kirchplatz und Gemeindeplatz öffnet.

SENIORENWOHNUNG

Die Seniorenwohnung bildet mit seiner hellen Farbe und klarer Struktur einen Kontrast zum Pfarrzentrum. Die Wände strahlen in Weiß, wodurch sich die dunklen Fenster und die Massivholztüren verstärkt abheben.

Das Gebäude ist zweigeschoßig und wird durch einen Laubengang im Innenhof erschlossen. Dieser dient auch als Begegnungszone und soll die Kommunikation unter den Bewohnern durch Aufenthalts-Nischen fördern. Die Ein- und auch Zweipersonenwohnungen sind individuell zu gestalten und bieten durch Loggien im Laubengang auch einen privaten Außenraum.³



Abb 67 | Foyer - Pfarrsaal



Abb 68 | Innenhof



Abb 69 | Laubengang

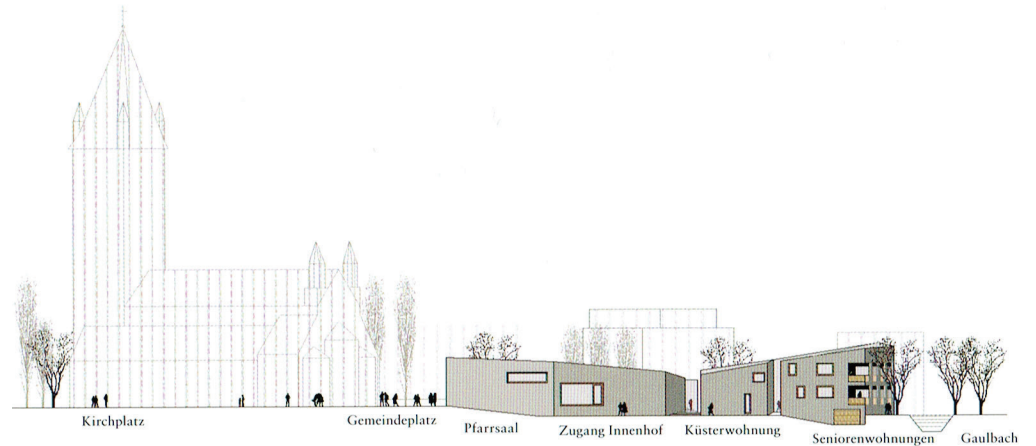


Abb 70 | Ansicht Süd-Ost



Abb 71 | Grundriss Erdgeschoß

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

KOMPETENZZENTRUM DEMENZ

Architekt

Feddersenarchitekten

Fertigstellung

2006

Nutzfläche: 5 928m²

Kosten: 9,7 Mio €

Ort

Wallensteinstraße 65, Nürnberg (DE)¹

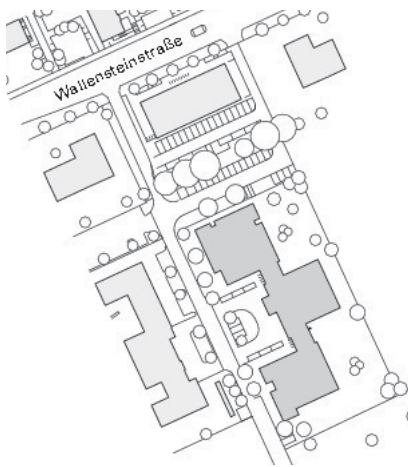


Abb 72 | Lageplan

1 Vgl. Herrgott 2012, 176-181.
2 Vgl. Feddersen 2009, 160-165.



Abb 73 | Geriatriezentrum Santa Rita

Das Kompetenzzentrum vernetzt die Angehörigen mit den Fachkräfte aus Medizin und Pflege und bindet auch die Öffentlichkeit mit ein.

Prinzipiell besteht der Komplex aus zwei Baukörpern: dem fünfgeschossigen Kopfbau und den dreigeschossigen Wohnkomplex.

KOPFBAU

Der Kopfbau ist sehr präsent an der Straße positioniert und soll durch seine großflächig verglaste Fassade als Symbol für die Öffnung der Thematik Demenz stehen. Dieser Bereich beinhaltet hauptsächlich Praxen, verschiedene Veranstaltungsräume, eine Apotheke, Räume zur Beratung und eine Pflegeschule sowie eine Bäckerei.

WOHNKOMPLEX

Etwas hinter dem Kopfbau versteckt, befinden sich die Wohngruppen. Diese „Pavillon-Bauten“ sind zueinander verschoben

und bilden damit einen Vorplatz aus. An dieser Stelle befindet sich der Eingang, der durch ein großes auskragendes Vordach Schutz vor Wind und Wetter bietet.

Die relativ schlichten Kuben verfügen über eine weiße Putzfassade mit lichten Fensterfronten und werden durch gläserne Treppenhäuser verbunden. Eine Vielzahl an unterschiedlichen Wohngruppen ermöglicht den Bewohnern zwischen verschiedene Atmosphären zu wählen. Der „Patio-Typ“ zum Beispiel besitzt einen lichten Innenhof, „Janus-Typ“ zeichnet sich durch eine dunkle Wohnhöhle mit gespachteltem Wandputz aus und die „Bauernstube“ legt die traditionelle ländliche Umgebung neu aus und verwendet dabei Holzverkleidungen und rohes Mauerwerk. Die Atmosphäre wird primär durch die Verwendung verschiedener Materialien und Farben gesteuert.²



Abb 74 | Außenraum Süden



Abb 75 | Außenraum



Abb 76 | Patio Außenraum



Abb 77 | Grundriss Obergeschoß



Abb 78 | Schnitt

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

GERIATRIEZENTRUM SANTA RITA



Abb 80 | Geriatriezentrum Santa Rita

Architekt

Manuel Ocaña Architekten

Fertigstellung

2000

Nutzfläche: 5 990m²

Kosten: 7,24 Mio €

Ort

Ciudadella, Menorca (ESP)¹



Abb 79 | Lageplan

Ein zentraler Punkt im Entwurf des Geriatriezentrums war es, nicht die Anmutung eines Krankenhauses herzustellen. Dies gelingt vor allem durch das Ersetzen langer, eintöniger Gänge durch offene, weitläufige Erschließungsflächen. Die Kerneinheit bilden die Zimmer der Bewohner, die wie eine Kettenschnur aneinander gefädelt eine Schleife bilden. Durch den Ringschluss entsteht ein großzügiger Garten, von dem die Zimmer direkt erschlossen werden können. Durch Verengungen der Schleife entstehen 3 „Wohnschleifen“ mit einem jeweilig zugeordneten Innenhof.

Der „Wandelgang“, beziehungsweise die Erschließungsfläche, wird für verschiedene Beschäftigungsprogramme genutzt und ist durch die wechselnde Dichte und Helligkeit sehr abwechslungsreich.

Die Einrichtung und offene Haustechnik wurde aus kostentechnischen Gründen sehr spartanisch gehalten.

ANGEBOT

Das Gebäude beinhaltet eine Reiterhalle, ein Schwimmbad, Entspannungsräume und türenlose Beschäftigungstherapien, die im Grunde Teil der Erschließungsfläche sind.

KONSTRUKTION

Die Außenwände wurden aus doppelwandigem Polycarbonat gefertigt, um eine transluzente, fast schwebende Fassade zu erhalten. Je nach Ausrichtung erhalten die Wände zusätzliche Verschattungselemente. Die Decke besteht aus Sichtbeton mit sichtbarer Haustechnik und aufgemalten Orientierungshilfen. Die Farben wurden konsequent auf die verschiedenen Zonen abgestimmt, bis hin zur Bepflanzung im Außenraum. Dieses Leitsystem erleichtert den Besuchern die Orientierung enorm.²

1 Vgl. Herrgott 2012, 198-209.
2 Vgl. Feddersen 2009, 186-189.



Abb 81 | Außenraum



Abb 83 | Aufenthaltsraum



Abb 84 | Aufenthaltsraum

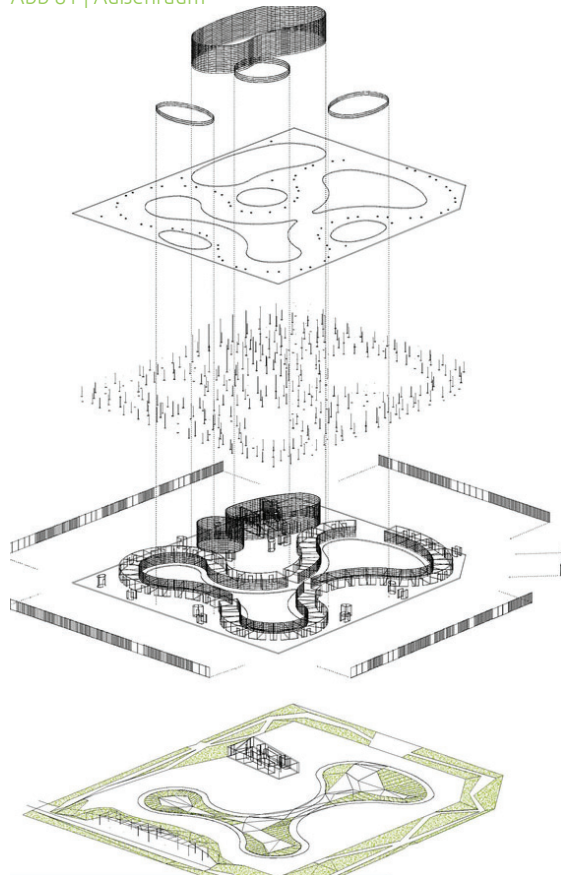


Abb 82 | Konstruktive Parallelverschiebung

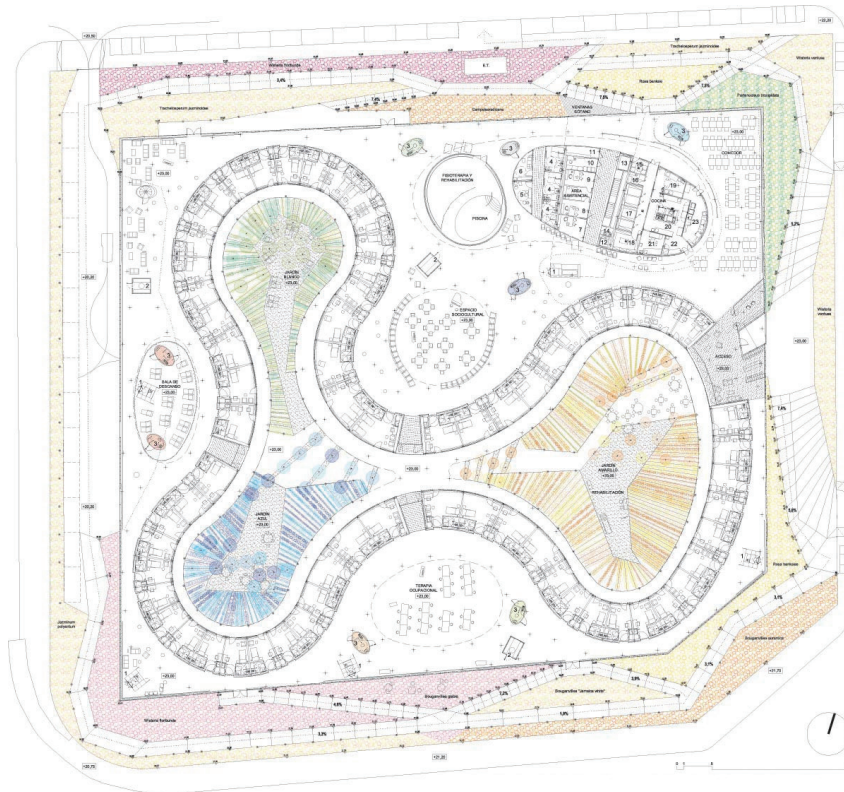


Abb 85 | Grundriss

- Untersuchungszimmer
- Bettwäschedepot
- Waschraum
- Geriatricbad
- Friseursalon
- Podologie
- Sozialstation
- Büro des Arztrs
- Koordinationsbüro
der Krankenstation
- Apotheke
- Windelmagazin
- Müllraum
- Küchenbereich
- Vorratslager
- Kühlraum
- Frühstücksbereich

ARCHITEKTONISCHE BEISPIELE

DEMENZDORF HOGEWEYK

Architekt

Molenaar & Bol & VanDillen

Fertigstellung

2009

Nutzfläche: 15 000m²

Kosten: 19 Mio €

Ort

Weesp (NLD)¹

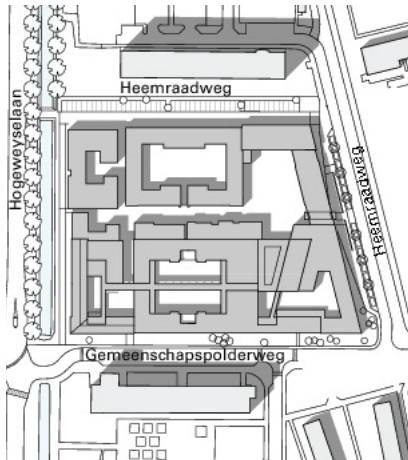


Abb 86 | Lageplan



Abb 87 | Demenzdorf Hogeweyk

Mit diesem Projekt wurde eine neue Art der Wohnform für demenziell erkrankte Menschen ausprobiert. Es handelt sich dabei um ein in sich geschlossenes Dorf mit zweigeschossigen Häusern, die sich um Plätze gruppieren. Das wohnliche Pflege-wohnviertel umfasst 23 Wohnungen und bietet neben Grünanlagen und Arztpraxen auch einen Supermarkt, Frisör, Restaurants und ein Theater.

Ein zentraler, überwachter Eingang führt ins Dorf und schließt die Bewohner von ihrer Umgebung ab. Jedoch können sie sich innerhalb des Pflegewohnviertels frei bewegen und ihren Alltag größtenteils selbst bestimmen.

WOHNGRUPPEN

Die Bewohner leben in Hausgemeinschaften zusammen, die sich hinsichtlich ihrer Gestaltung und Möblierung stark unterscheiden und für 7 Lebensstile („Leefstijlen“) stehen.

STADS LEFSTIJL - urban und gesellig
 AMBACHTELIJK LEFSTIJL - handwerklich, einfach und bodenständig
 INDISCH LEFSTIJL - Musik, traditionelles Essen für indonesische Migranten
 HUISELIJK LEFSTIJL - hauswirtschaftlich
 GOOISE LEFSTIJL - gehobener Lebensstil
 CULTUREEL LEFSTIJL - Kunst, Musik, Literatur und Museumsbesuche
 CHRISTELIJK LEFSTIJL - christlich religiös

Diese verschiedenen Lebensstile sollen den Menschen die Möglichkeit bieten, eine vertraute Umgebung vorzufinden und ihren Alltag möglichst selbstständig zu gestalten. Es soll eine Art Fortsetzung des Lebensstil jedes Einwohners ermöglichen.²

¹ Vgl. <http://www.dbz.de>

² Vgl. Kaiser 2014, 107f.



Abb 88 | von Außen



Abb 89 | Innenraum Vijverpark

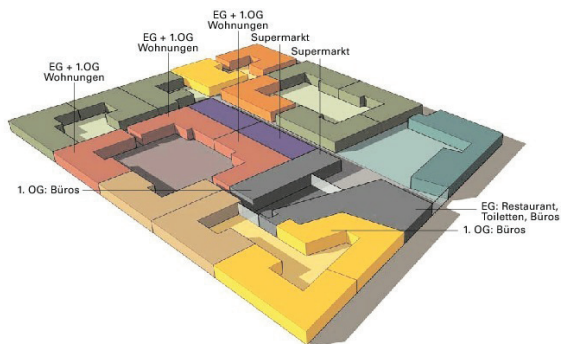


Abb 90 | Wohngruppen Konzept

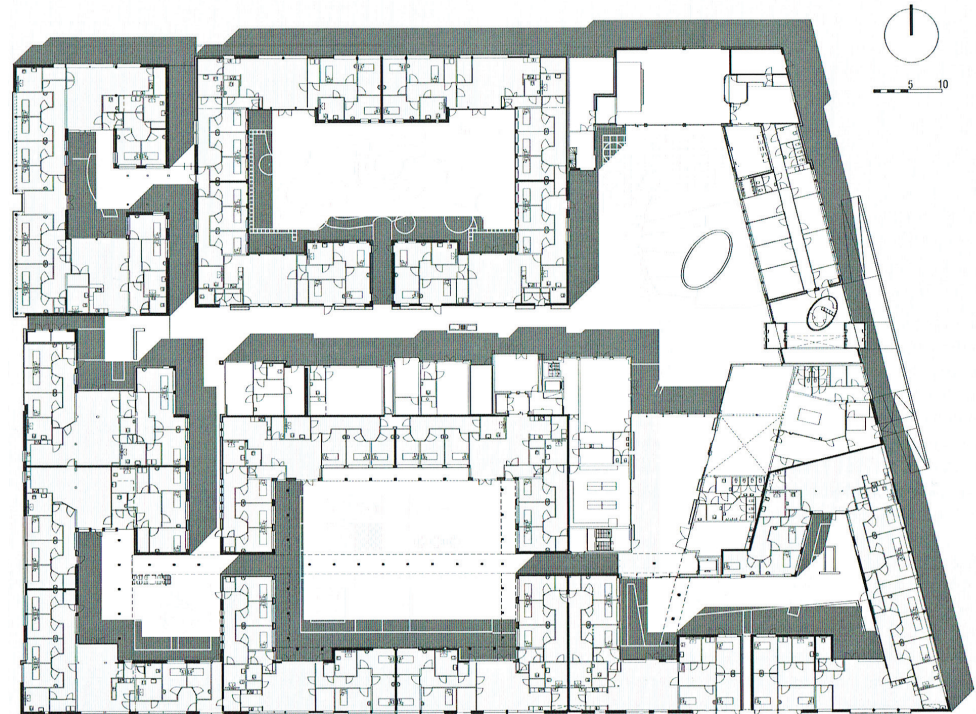


Abb 91 | Grundriss

PROJEKT

ENTWURFSGRUNDLAGE

Für meinen Entwurf habe ich mir ein geeignetes Grundstück gesucht und wurde bei dem Wettbewerb für den Neubau der Gesundheitseinrichtung Josefhof, von 2014, fündig. Auf diesem Areal soll der bestehende Josefhof abgerissen und durch einen Neubau mit 50 zusätzlichen Zimmern ersetzt werden. In unmittelbarer Nähe befindet sich auch das „Haus Weinitzen“, welches betreute Wohnungen anbietet.

Für meine Diplomarbeit verändere ich die Parameter des Wettbewerbes dahingehend, dass die Gesundheitseinrichtung neugebaut wird, aber ohne die Erweiterung der Zimmer. Stattdessen entsteht daneben ein Pflegeheim und eine Einrichtung für betreutes Wohnen als Ergänzung. Diese 3 Einrichtungen können stark voneinander profitieren, beispielsweise durch die gemeinsame Nutzung von Aufenthaltsbereichen, wie dem Café, des Restaurants oder auch der Untersuchungsräume. Darüber hinaus ist eine räumliche

Nähe zwischen den Wohnungen und dem Pflegeheim von Vorteil, weil ein notwendig gewordener Umzug leichter fällt, wenn die Umgebung den Bewohnern bereits bekannt ist.

Im Prinzip treffen sich hier die 3 Altersgruppen: die junge Alten (Gogos) in der Gesundheitseinrichtung, die mittleren Alten (Slowgos) in den betreuten Wohnungen und die Hochaltrigen (Nogos) im Pflegeheim. Der Kontakt zwischen den Gruppen kann gesucht, aber auch vermieden werden.

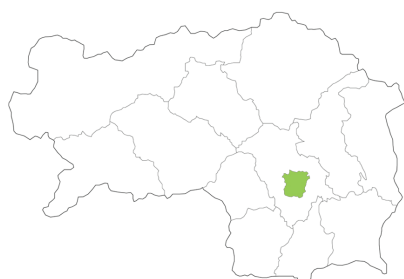
Das Raumprogramm für das Betreute Wohnen lehnt sich überwiegend an dem Wettbewerb „Haus der Senioren – Vorderes Zillertal“ von 2013 an. Das Raumprogramm für das Pflegeheim entwickelte sich aus den 3 Wettbewerben: „Pflegeheim Birkenwiese Dornbirn 2010“; „Sozial-, Pflegezentrum Wagna Melitkagasse 2004“ und „Wohn- und Pflegeheim Oberndorf in Tirol 2011“

PLANUNGSGEBIET

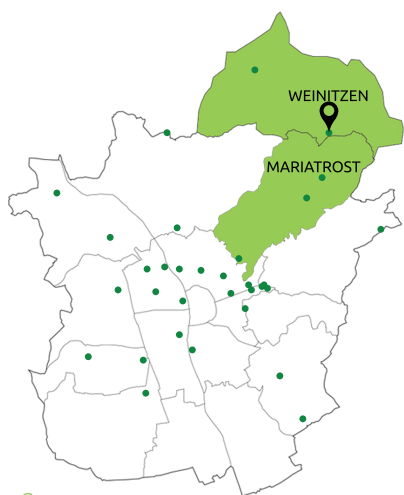
LAGE BAUPLATZ



Österreich



Steiermark



Graz
mit markierten Pflegeeinrichtungen

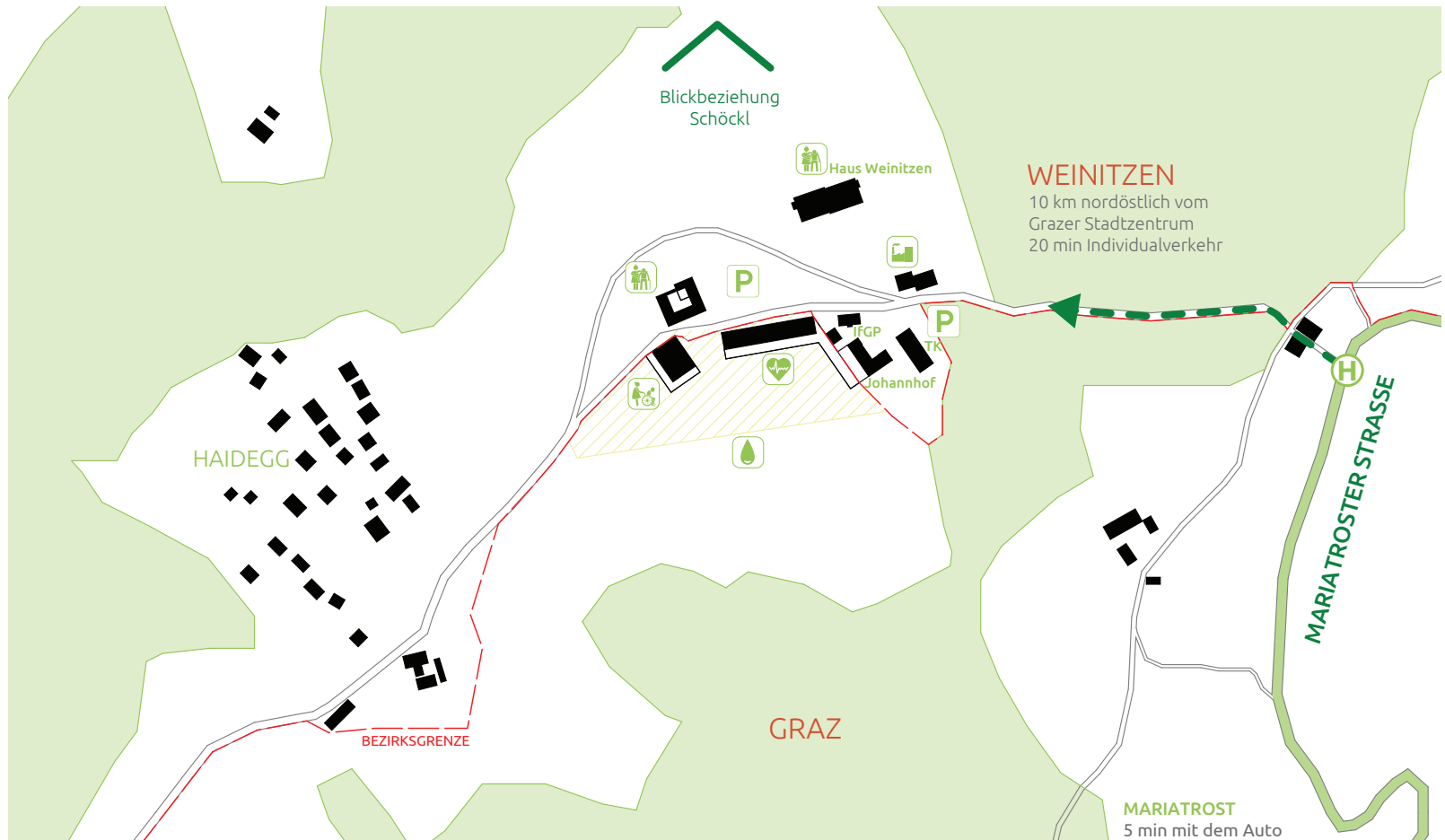
Das Planungsgebiet befindet sich an der Gemeinde- bzw. Bezirksgrenze Graz und Weinitzen, circa 10km nordöstlich des Grazer Stadtzentrums. Das Areal des Josefhofes umfasst circa 55ha Grünland und bietet damit, trotz Stadtnähe, eine ruhige, grüne Lage. Auf einem Hügel gelegen bietet der Bauplatz südseitige Sonnenlage und einen guten Ausblick auf den sich nördlich befindlichen Grazer Hausberg Schöckl.

UMGEBUNG

Das direkte Umfeld wird hauptsächlich von Wald und Einfamilienhäusern in Haidegg geprägt. Der nahegelegene Grazer Stadtteil Mariatrost, circa 5 Minuten mit dem Auto entfernt, bietet die nötigen Versorgungseinrichtungen, wie beispielsweise Gasthäuser, Einkaufsmöglichkeiten, eine Tankstelle mit Werkstatt und auch die Basilika Mariatrost, ein beliebtes Ausflugsziel. Direkt am Areal des Bauplatzes befindet sich die derzeitige Gesundheitseinrichtung Josefhof, die aber vollständig abgerissen wird. Der Bauteil Johannhof, der hauptsächlich als Sport- und Freizeitbereich genutzt wird, soll saniert und ausgebaut werden. Zwei Nebengebäude des Johannhofes werden durch die IfGP (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention) genutzt. Außerdem befinden sich hier auch ein (zukünftig) überdachter Tennisplatz, zwei

Beachvolleyballplätze, ein Fußballparcour und eine Bogenschießanlage sowie eine Tennisküche, die aufgrund ihres schlechten baulichen Zustandes abgerissen und neu geplant werden soll. Ein neu angelegter Teich, durch das örtliche Wasservorkommen gespeist, soll als Löschteich fungieren und durch Finnenbahnen ergänzt werden. Der Freibereich bietet auch eine Discgolfanlage mit 12 Körben, Giant Ladder, Chicken Walk, Flying Fox, Outdoor-Kletterwand, Eisstockbahn, Genusstation (Schnupperstation mit Duftölen und Kräutern), Orientierungslaufposten mit 18 Stationen und einen Pavillon.

In unmittelbarer Nähe bindet sich auch das „Haus Weinitzen“, welches betreute Wohnungen anbietet, aber kein direkter Teil der Anlage ist. Dennoch nutzen sie gemeinsam mit der Gesundheitseinrichtung Josefhof ein Heizkraftwerk mit Biomasse. Die Kapazität der Anlage wurde bereits für die zukünftige Erweiterung ausgelegt.



ANBINDUNG

Erschlossen wird das Areal hauptsächlich über motorisierten Individualverkehr, dementsprechend müssen mehr Parkplätze eingeplant werden. Insgesamt entstehen 237 Parkplätze, wobei 32 davon dem Johannhof zugeordnet werden.

Über die Mariatroster Straße gelangt man zu dem Areal des Josphofes, das durch den Haideggerweg, der auch die Bezirksgrenze darstellt, geteilt, beziehungsweise auch teilweise umschlossen wird. Eine

nahegelegene Bushaltestelle ermöglicht auch eine Erschließung mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Ein vorhandener Shuttlebus bringt Besucher mit Bewegungseinschränkungen von der Haltestelle direkt zur Haustür. Zusätzlich möchte ich eine Möglichkeit des Carsharings vorsehen, die vor allem für die Bewohner der betreuten Wohneinrichtung gedacht sind.

-  Gesundheitseinrichtung Josefhof
-  Pflegeheim Josefhof
-  Heizkraftwerk [Biomasse]
-  Betreutes Wohnen
-  Teich
-  Parkplätze
-  Haltestelle
- IFGP** Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
- TK** Tennisküche

PLANUNGSGEBIET

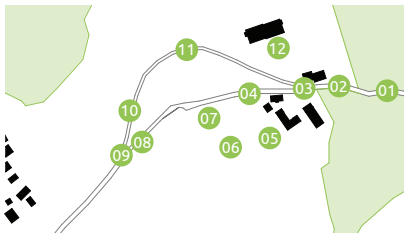
EINDRÜCKE



WEG 01| Zufahrt



WEG 02| Heizkraftwerk



FOTOWEG
fotografische Dokumentation des
Planungsgebietes



WEG 05| Blickrichtung Süden - zukünftiger Teich



WEG 06| Blickrichtung Nordwesten



WEG 09| Eckpunkt Westen



WEG 10| Blickrichtung Südosten



WEG 03| Eckpunkt Osten - Zugang Areal Josefhof



WEG 04| Johannhof



WEG 07| Bauteil Josefhof - Abbruch



WEG 08| Blickrichtung Westen - Haidegg



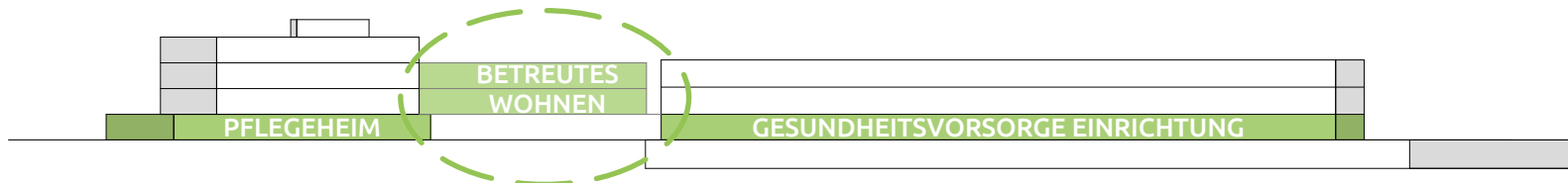
WEG 11| Blickrichtung Norden - Schöckl



WEG 12| Betreutes Wohnen „Haus Weinitzen“

BAUKÖRPER

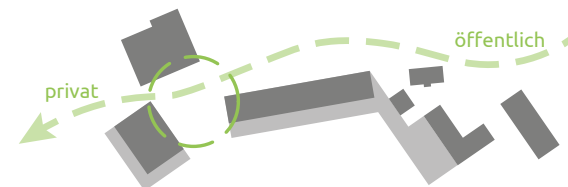
LAGE UND ORIENTIERUNG



Übersicht Eingangssituation, zentraler Treffpunkt

Die rechteckigen Gebäude liegen parallel zu dem Haidegger Weg und erzeugen durch ihre Anordnung und Ausrichtung einen zentralen Treffpunkt. An diesem Punkt befinden sich die Haupteingänge, jedoch auf unterschiedlichen Höhen. Die Gesundheitseinrichtung und das Pflegeheim werden um circa 4m tiefer erschlossen, dadurch liegt die nur zweistöckige Einrichtung für betreutes Wohnen höher und wird kaum von den anderen zwei Gebäuden beschattet. Die Eingangssituation des Pflegeheims liegt im Untergeschoss, welches teils in den Hügel eingegraben ist und sich Richtung Süden öffnet. Auf gleicher Höhe befindet sich der Eingang der Gesundheitseinrichtung, jedoch ist dieses Geschoss gänzlich über dem Erdreich. Das Geschoss darunter ist wiederum im Hügel eingebettet und öffnet sich ebenfalls Richtung Süden und Westen. Außerdem verbindet dieses Untergeschoss die Gesundheitseinrichtung mit dem Johannhof.

Die Gebäude sind durch ihre Funktion so angeordnet, dass beim Erschließen des Areals von Osten, dem Hauptweg, die Einrichtungen immer privater werden. Als erstes befindet sich der Johannhof mit seinen Sporteinrichtungen am Weg. Diese öffentlichen Einrichtungen können auch von außenstehenden Personen genutzt werden. Anschließend folgt die halböffentliche Gesundheitseinrichtung mit den meisten Besuchern, die auch regelmäßig wechseln, ähnlich wie bei einem Hotel. Etwas ruhiger und privater gestalten sich die betreuten Wohnungen. Das folgende Pflegeheim ist mit Ausnahme des Untergeschosses gänzlich privat.

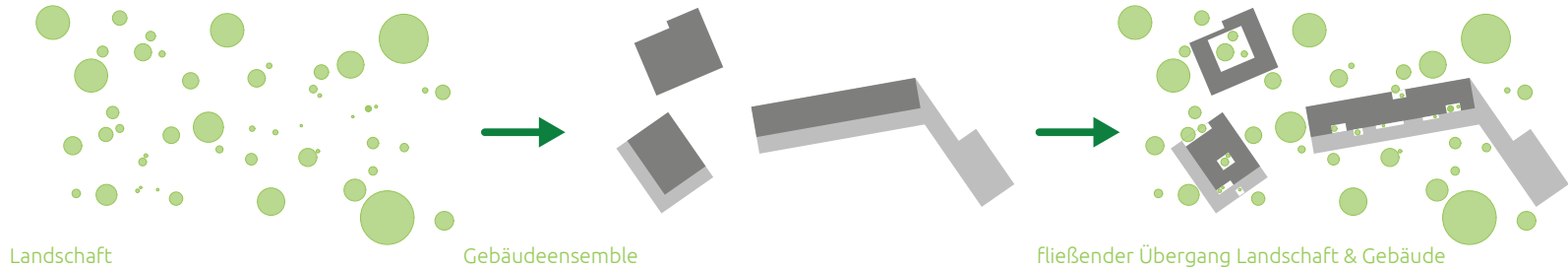


Übergang öffentlich zu privat



BAUKÖRPER

PROJEKTIDEE & MATERIALITÄT



Landschaft

Gebäudeensemble

fließender Übergang Landschaft & Gebäude

PROJEKTIDEE

Ein wichtiger Punkt meines Entwurfes ist der Bezug der Gebäude zu der sie umgebenden Natur. Die Landschaft wird stark in die jeweiligen Einrichtungen einbezogen, durch Innenhöfe, Terrassen und Balkone, sowie Atrien und Blickbeziehungen, beispielsweise zum Schlossberg. Vor allem für das Pflegeheim ist der Bezug zur Natur essentiell, weil die Bewohner das Gebäude oft nicht mehr verlassen können oder wollen. Des weiteren ist gerade für diese Einrichtung eine Mischung aus öffentlichen, halböffentlichen und privaten Plätzen von Vorteil: Es gibt kommunikationsfördernde, öffentliche Aufenthaltsräume sowie halböffentliche Beobachtungsplätze und private Rückzugsorte.

Ein weiterer essentieller Punkt bildet das natürliche Tageslicht. Die Räume werden durch große Fenster, Atrien sowie Oberlichter, für die Sicherheit der Besucher, gut ausgeleuchtet. Darüber hinaus fördert das Tageslicht auch einen aktiveren Alltag. Fenster mit niedriger Parapethöhe, versehen mit einer Absturzsicherung, ermöglichen es, die Aussicht auch vom Bett aus zu genießen. Raumhohe Fensterelemente bringen zwar viel Licht in das Innere, jedoch können sie für ältere oder sehbehinderte Personen verwirrend sein. Generell orientieren sich die Aufenthaltsflächen und speziell die Zimmer des Pflegeheims, an dem Sonnenstand.

MATERIALITÄT

Die Tragstruktur der Gebäude besteht grundsätzlich aus Stahlbeton, nur die zweigeschossige Einrichtung für betreutes Wohnen ist in Holzbauweise angedacht. Der Innenausbau erfolgt großteils durch Leichtbauwände mit beplankten Holzständern.

Grundsätzlich sollen nur wenig unterschiedliche, dafür hochwertige Materialien in einer klaren Komposition zum Einsatz kommen. Ein dunkler, „erdender“ Parkettboden im Pflegeheim bietet einen angenehmen Kontrast zu den weiß verputzten Wänden und den hellen, hölzernen Möbeln. Die Wände der eingerückten Vorzonen bei den Pflegezimmern werden ebenfalls durch ein helles Holz besser sichtbar. Die Fußböden werden generell fußwarm, trittelastisch und strapazierfähig sowie rollstuhlgerecht ausgeführt. In den Sanitärräumen wird außerdem auf einen rutschhemmenden Belag geachtet. Teppichböden in Besprechungs- und Büroräumen wirken sich positiv auf die Raumakustik aus, sind jedoch schwerer zu reinigen und deswegen kaum im Pflegeheim vorhanden. Darum kommen schallabsorbierende Decken, beispielsweise in den Aufenthaltsräumen, zum Einsatz.

Für eine leichtere Orientierung und Identifikation im Pflegeheim sorgt ein thematisches Farbkonzept, welches vor allem in den Vorräumen und Aufenthaltsflächen der einzelnen Pflegestationen zur Geltung kommt. Wandbilder, Schilder und Dekorationen, sowie die Wände der Sanitärräume, vermitteln dezent das jeweilige Thema, wie beispielsweise „Wasser“ im Erdgeschoss mit sanften Blautönen. Das Geschoss darüber wird mit dem Leitgedanken der Sonne, von gelben und orangefarbenen Tönen dominiert. Die Pflegestation im obersten Stockwerk wird mit Grüntönen unter dem Gestaltungsthema Natur, beziehungsweise Pflanzen, eingerichtet.

Grundsätzlich soll die Außenfassaden der Gebäude weiß verputzt werden. Das Pflegeheim wird außerdem stellenweise mit einer horizontalen Holzlattung verkleidet. Die Gesundheitseinrichtung wird durch die Loggien mit vorgefertigten Holzelementen dominiert. Die Einrichtung für betreutes Wohnen zeigt sich nach Außen ebenfalls mit einem weiß strahlenden Putz und hölzernen Balkonen. Den Kontrast dazu bildet eine reine Holzfassade um den Innenhof, die für eine gemütliche Atmosphäre sorgt.



Abb 92 | Klöntür - Kompetenzzentrum Demenz, Nürnberg



Abb 93 | Farbkonzept - Altersheim Jenaz



Abb 94 | schallabsorbierende Decke - Landespensionisten- & Pflegeheim Hainburg

EINZELRÄUME

FREIRAUM

„Der Mensch geht, wie das Wasser fließt“.¹
Das Wegenetz soll sich in Fließbewegungen durch den Garten ziehen und eine abwechslungsreiche Umgebung bieten.²

AUSSENANLAGEN

- durch Büsche begrenzter Außenraum
- viele unterschiedlich lange Rundwege
- abwechslungsreiche Umgebung

GARTEN THEMEN

- Sport
- Blumen / Tiergarten
- Sinnesgarten
- Pavillon
- Erinnerungsgarten
- Hochbeet
- Erholung

Grünflächen, ob Balkon, Terrasse, Garten, Park oder Innenhof, stärken das Wohlbefinden und auch den sozialen Kontakt. Außerdem können sie das aktive Verhalten fördern und damit auch gesundheitlich positive Effekte erzeugen. Der Garten ist einer der beliebtesten Aufenthaltsorte, weil für viele ältere Menschen das Spaziergehen zu den wichtigsten Freizeitaktivitäten gehört.

Ein geschlossenes Wegenetz mit ausreichend Sitzgelegenheiten und auch kleineren Rückzugsorten, wie Banknischen, Lauben oder ein Pavillon, bietet die ideale Grundvoraussetzung für den Freiraum. Viele Menschen sind auch auf Orientierungshilfen angewiesen. Ein einheitlicher Bodenbelag, markante Punkte und Blickbeziehung können dabei behilflich sein. Eine besondere Bedeutung kommt hier vor allem den Sinnen zu. Möglichst alle Sinne sollten angesprochen werden, mit farbenfrohen Blumen, Geräuschkulisse durch Wasserflächen oder durch Düfte von Blumen und Sträuchern. Dieser Kontakt zu Pflanzen animiert teilweise zu gärtnerischen Tätigkeiten, welche in unbefahrbaren Hochbeeten leicht ausgeführt werden können.³ Traditionelle Pflanzen können oft Erinnerungen hervorrufen und auch Orientierung schaffen, indem sie den Jahresablauf veranschaulichen. Besonders intensiv

verbinden Düfte mit Erinnerungen, die vor allem bei Demenzkranken hilfreich sein können.⁴

Bei demenziell erkrankten Menschen ist der Bewegungsdrang häufig sehr hoch, jedoch ist gerade diese Gruppe meist desorientiert. Für sie ist vor allem wichtig, eine beschützte Atmosphäre, ohne störende Umwelteinflüsse, vorzufinden.⁵

Darüber hinaus sollten die leicht erreichbaren Außenräume gut überschaubar sein, um vom Pflegepersonal abgesichert werden zu können. Der Freibereich sollte möglichst an den zentralen Wohnbereich angebunden werden, um den Kontakt mit den Personen im Inneren halten zu können. Diese Zwischenzone, die an den Wohnbereich angeschlossen ist, aber sich schon im Freien befindet, sollte überdacht ausgeführt sein und ein großes Angebot an Freisitzen aufweisen.⁶ Zusätzlich wird der Garten durch eine Einfriedung umgeben, die Schutz und Geborgenheit bieten soll. Dabei muss darauf geachtet werden, nicht die Assoziation von Begrenzung oder Einsperrung zu erzeugen. Ein positives Beispiel stellt eine natürliche Hecke dar.⁷

1 Günther Grzimek, zit. n. Kreuer 2014, 192.

2 Vgl. Kreuer 2014, 192.

3 Vgl. Wulf 2009, 50-53.

4 Vgl. Kreuer 2014, 191-194.

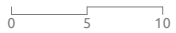
5 Vgl. Wulf 2009, 50-53.

6 Vgl. Marquardt 2007, 119-122.

7 Vgl. Kreuer 2014, 191-194.



FREIRAUM
 eignes Projekt
 Pflegeheim
 1:500



EINZELRÄUME

AUFENTHALTSRAUM

Die Gemeinschaftsräume spielen eine zentrale Rolle im Alltagsleben der Bewohner, weil sie sich dort den Großteil ihrer Zeit aufhalten und sollten daher auch an einem gut frequentierten Ort positioniert werden. Eine Vielzahl an Funktionen, wie Dienstzimmer und Zugang zu einem Freiraum, sollten einen Brennpunkt ausbilden, an dem sich die Wohnküche befindet. Dies unterstützt die Orientierung, da solche Punkte leichter zu merken sind. Die einzelnen Bereiche einer Wohnküche sollten dennoch durch Grenzen klar erkennbar sein, damit die Funktionen unterscheidbar sind.¹

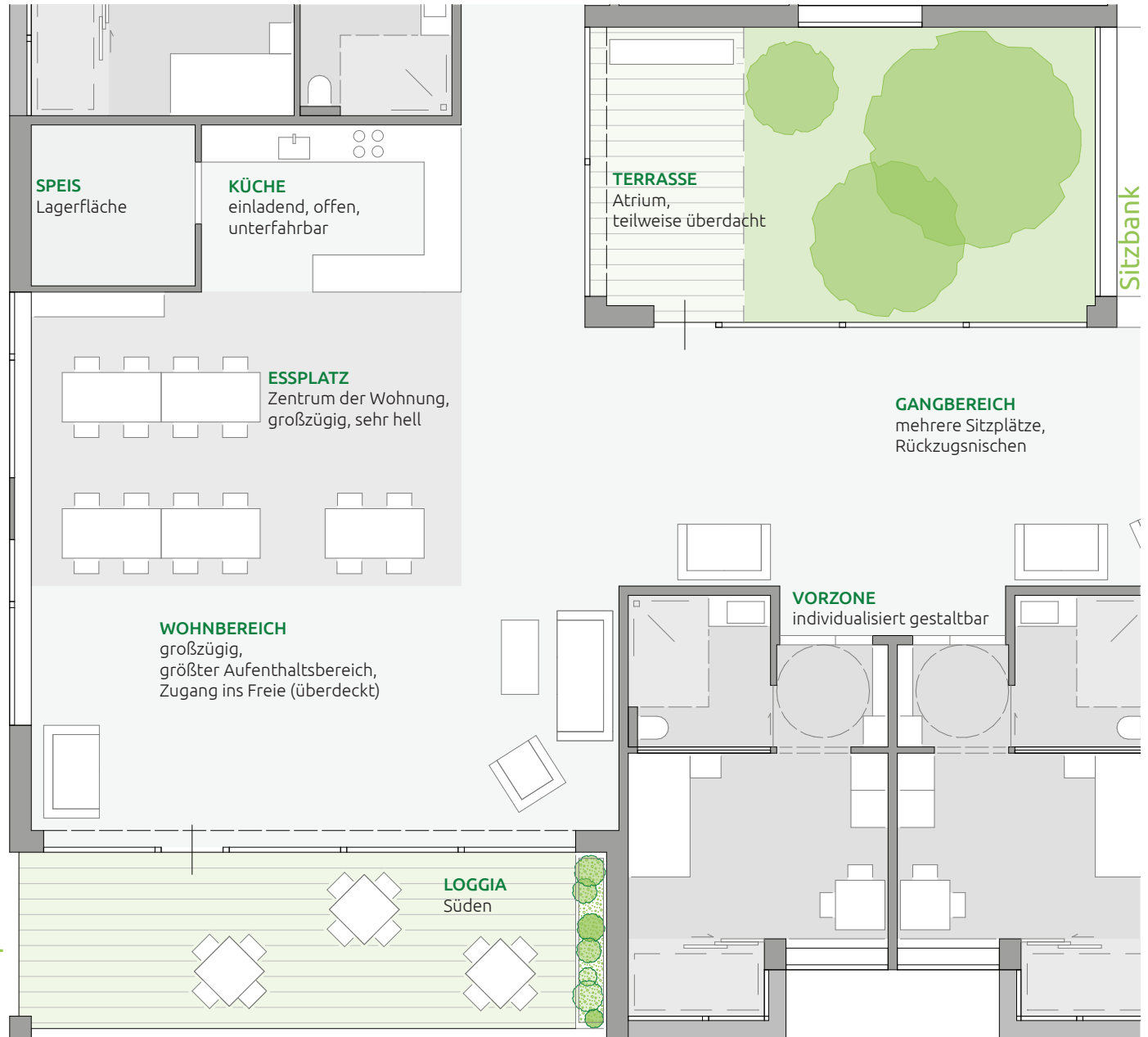
Durch das gemeinsame Kochen und Essen normalisiert sich der Tagesablauf der Bewohner. Die Mahlzeiten strukturieren den Tagesrhythmus: am Vormittag wird hauptsächlich hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nachgegangen und am Nachmittag wird der Raum zum Rasten, Fernsehen, Spielen und Lesen genutzt. Um die Bewohner zum Mitarbeiten zu bewegen, muss die Möblierung dementsprechend ausgerüstet und auch einladend sein. Dafür muss ausreichend Platz einkalkuliert werden, insbesondere auch am Esstisch, wo sich mehrere Rollstuhlfahrer gemeinsam um einen Tisch setzen können. Der Aufenthaltsraum sollte mindestens 50m² aufweisen oder 6-8m² pro Person bei circa 8-10 Personen pro Hausgemeinschaft. Grundsätzlich ist auf die Nutzbarkeit der Möblierung zu achten, beispielsweise durch geeignete Griffhöhen und unterfahrbare Möbel.² Auch an den Fußboden sind sehr hohe Ansprüche gestellt, er sollte generell sicher begehbar

sein, aber auch pflegeleicht, fußwarm und schalldämmend. Außerdem sollte die Fensterfläche mindestens 1/8 der Raumgrundfläche betragen und durch eine niedrigere Fensterbrüstung (circa 60cm) auch liegenden Personen den Ausblick ermöglichen. Zusätzlich wäre eine direkte Erweiterung des Wohnraumes nach außen von Vorteil, weil damit der Blickkontakt vom Freien ins Innere weiter ermöglicht wird.³

1 Vgl. Marquardt 2007, 113-115.

2 Vgl. Kaiser 2014, 183-188.

3 Vgl. Lorenz 1994, 42-45.



AUFENTHALT
eignes Projekt
Pflegeheim
1:100



EINZELRÄUME

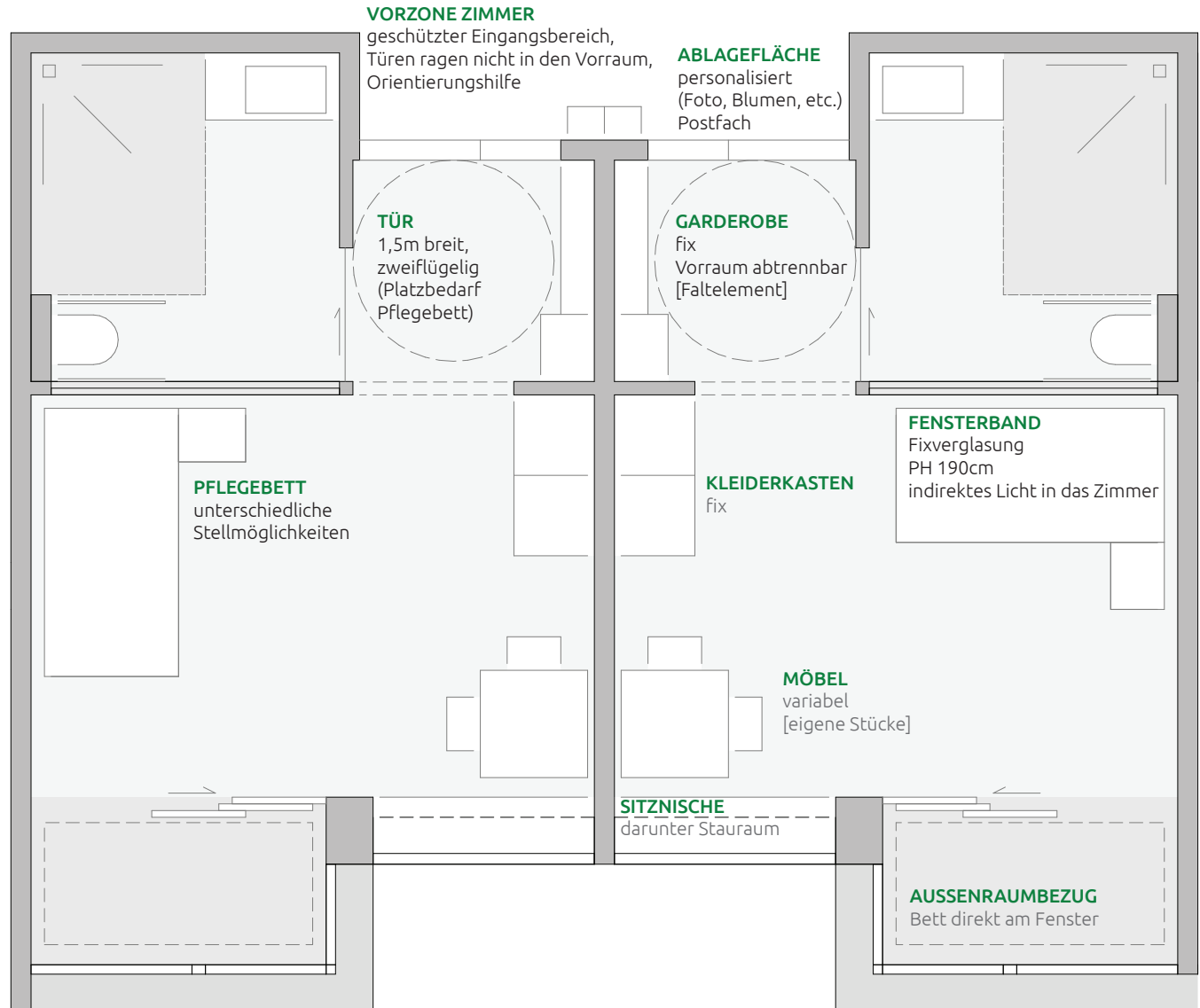
BEWOHNERZIMMER

„Die eigene Wohnung ist eine der wenigen Möglichkeiten zur Selbstdarstellung. Ich wäre deshalb etwas zurückhaltend, solange die persönliche Handlungsfreiheit noch gegeben ist, für zu viel von außen aufgetragene Sinnlichkeit oder Gemütlichkeit.“¹

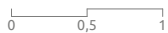
Der Schlafbereich bietet den Bewohnern einen individuellen Rückzugsort, der meist nur mit einer Grundausstattung möbliert ist: einem von 3 Seiten zugänglichen Pflegebett mit Nachttisch, einem Kleiderschrank und einem Tisch mit 2 Stühlen. Dadurch kann eigenes Mobiliar mitgenommen werden, was wiederum eine vertraute Umgebung schafft, die es dem Bewohner erleichtert sein Zimmer aufzufinden. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass das eigene Zimmer schon vom Flur aus klar erkennbar ist. Hilfreich sind personalisierte Tür- oder Wandpaneele mit einem Postfach, Ablagefläche oder einer Vitrine, auch eine Türklingel fördert das Gefühl eines privaten Wohnungseinganges. Außerdem sollte der Zimmereingang eingerückt sein, um mit dem Öffnen von Türen niemanden zu gefährden.² Ein Farb- oder Materialwechsel vom Zimmer gegenüber dem Flur fördert die Orientierung und Sicherheit. In diesem Bereich wäre es auch von Vor-

teil, wenn Blickbeziehungen vom Zimmer in den Wohnraum möglich sind, vor allem für bettlägerige Personen. Für diese Gruppe ist es auch besonders wichtig, den Ausblick vom Bett aus zu ermöglichen. Dafür sind relativ große Fensterflächen mit einer Fensterbrüstung von circa 60cm von Vorteil. Ein Balkon im Zimmer ist eher durch einen Erker zu ersetzen, der das ganze Jahr über sicher genutzt werden kann und von 3 Seiten Tageslicht in den Raum lässt. Die Einzelzimmer sollten mindestens 14m² und die Doppelzimmer 24m² aufweisen. Meistens werden Einzelzimmer bevorzugt, weil sich die Bewohner auch zurückziehen wollen und oft unterschiedliche Schlafbeziehungsweise Wachzeiten haben. Jedoch fühlen sich manche Personen eher einsam und wünschen sich einen Zimmergenossen, deswegen sollte beides angeboten werden.³

1 Thomas Jocher, zit. n. Kaiser 2014, 180.
 2 Vgl. Kaiser 2014, 178-182.
 3 Vgl. Marquardt 2007, 116f.

**ZIMMER**eignes Projekt
Pflegeheim

1:50



EINZELRÄUME

SANITÄREINRICHTUNGEN

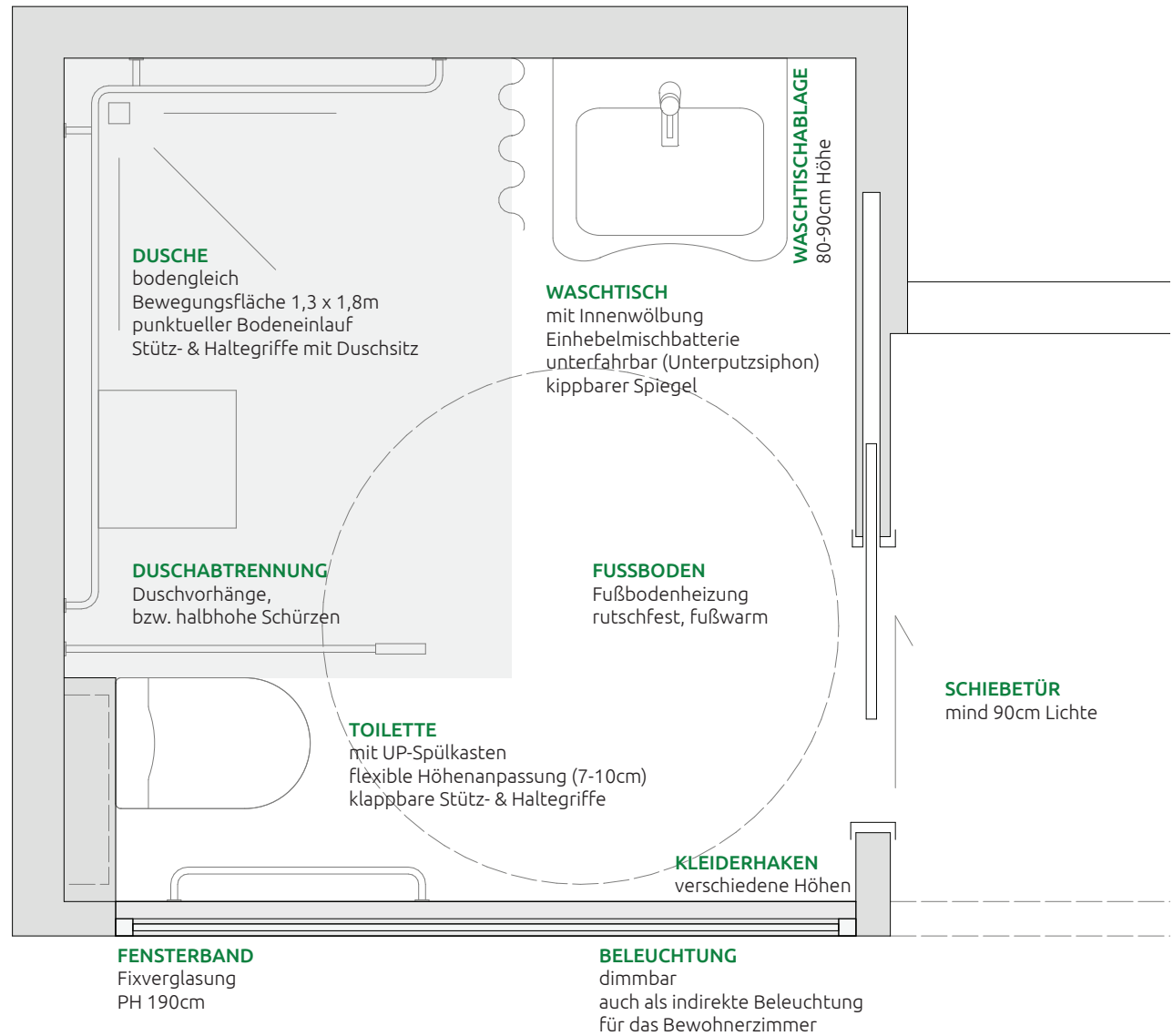
Jedem Bewohnerzimmer sollte wenn möglich ein eigenes Badezimmer zugeordnet sein. Falls notwendig, können zwei Zimmer ein gemeinsames Bad nutzen, jedoch sollte davor ein Vorbereich ausgebildet sein. Dieser Vorraum kann als Garderobe genutzt werden und erzeugt damit eine vertraute räumliche Situation.¹

Das Badezimmer ist ein sehr intimer Raum, in dem die Bewohner ungestört und geschützt der im Alter teilweise sehr beschwerlichen und zeitaufwendigen Körperpflege nachgehen können. Dabei ist, neben der generellen Barrierefreiheit, auf eine wohnliche und angenehme Atmosphäre zu achten, die beispielsweise durch persönliche Gegenstände und farbige Raumgestaltung erzeugt werden kann. Im Badezimmer werden auch selten Sehhilfen getragen, was wiederum zu Unsicherheiten führen kann. Darum ist besonders in den Nassräumen auf ausreichenden Kontrast zwischen Wand und Boden, sowie Haltegriffen zu achten. Von Vorteil ist ein dunklerer Boden gemeinsam mit hellen Wänden, denn diese Kombination wirkt wie eine Erdung und bringt mehr Standsicherheit.² Für die alltäglichen Tätigkeiten, wie Rasieren und Schminken ist eine helle Umgebung wichtig, jedoch empfindet man meistens ein gedämpftes Licht vor allem beim Baden und Entspannen als angenehmer. Darum werden häufig im Badezimmer dimmbare Lichter verwendet. Die Verwendung von mehreren Materialien mit unterschiedlicher Haptik hilft dabei sich zu orientieren und regt gleichzeitig die Sinne an.³ Zusätzlich Anregungen bieten Düfte und Musik, wobei eine Reizüberflutung zu vermeiden ist. Darum ist auf

eine gute Raumakustik zu achten, insbesondere in den Pflegebädern, die einmal pro Hausgemeinschaft eine Ergänzung zum eigenen Badezimmer bilden. Das Pflegebad ist überwiegend für therapeutische Anwendungen vorgesehen und besitzt eine von 3 Seiten zugängliche Badewanne. Der Raum sollte mindestens 18m² aufweisen und möglichst nahe an den Zimmern liegen, damit die Bewohner nicht durch einen Aufenthaltsraum in das Badezimmer gehen müssen. Außerdem ist ein großzügiger Abstellraum mit einzuplanen, damit keine funktionalen Gerätschaften, wie zum Beispiel ein Lifter, beim Baden zu sehen sind.

Vorteilhaft wäre auch eine Fensteröffnung für Tageslicht und eine natürliche Belüftung. In den individuellen Badezimmern, die nicht an der Außenfassade liegen, können Fensterbänder teilweise Tageslicht in den Raum bringen. Die Badezimmertür als Drehflügeltür muss nach außen aufgehen und nimmt damit im Gegensatz zu einer Schiebetür mehr Platz ein. Der Boden sollte fußwarm und rutschfest der Klasse R11 sein und kann mit einer Fußbodenheizung ausgestattet sein. Schwellen sind generell zu vermeiden, damit eignen sich vor allem bodengleiche Duschen in den Badezimmern.⁴

1 Vgl. Marquardt 2007, 117f.
 2 Vgl. Kaiser 2014, 160-178.
 3 Vgl. Hansen, 2014, 173f.
 4 Vgl. Kaiser 2014, 160-178.

**SANITÄRRaum***eignes Projekt**Pflegeheim*

1:20



PROJEKT ENTWURF

ENTWURF

JOSEFHOF



GESUNDHEITSEINRICHTUNG

Lageplan

1:2000



IFGP

JOSEFHOF

Gesundheitseinrichtung
Pflegeheim
Betreutes Wohnen

TK

BVB

SP

FP

BSA

FIN

JOHANNHOF

Institut für Gesundheitsförderung
und Prävention
(+ Mitarbeiterwohnungen)

Tennisküche (Lager ,WC)

Beachvolleyballplätze

Sportplatz (Flugdach)

Fuß-, Basketball, Tennis, Badminton

Fußparcour

Bogenschießanlage

Finnenbahn (um den Teich)

205

32

PARKPLÄTZE

Stellplätze Josefhof

Stellplätze Johannhof

AUSSENANLAGEN

Giant Ladder

Chicken Walk

Flying Fox

Disc Golf (12 Körbe)

Outdoor-Kletterwand

Eisstockbahn

Genussstation (Schnupperstation mit
Duftölen und Kräutern)

Orientierungslaufposten (18 Stationen)

Pavillon



ENTWURF

PFLEGEHEIM JOSEFHOF

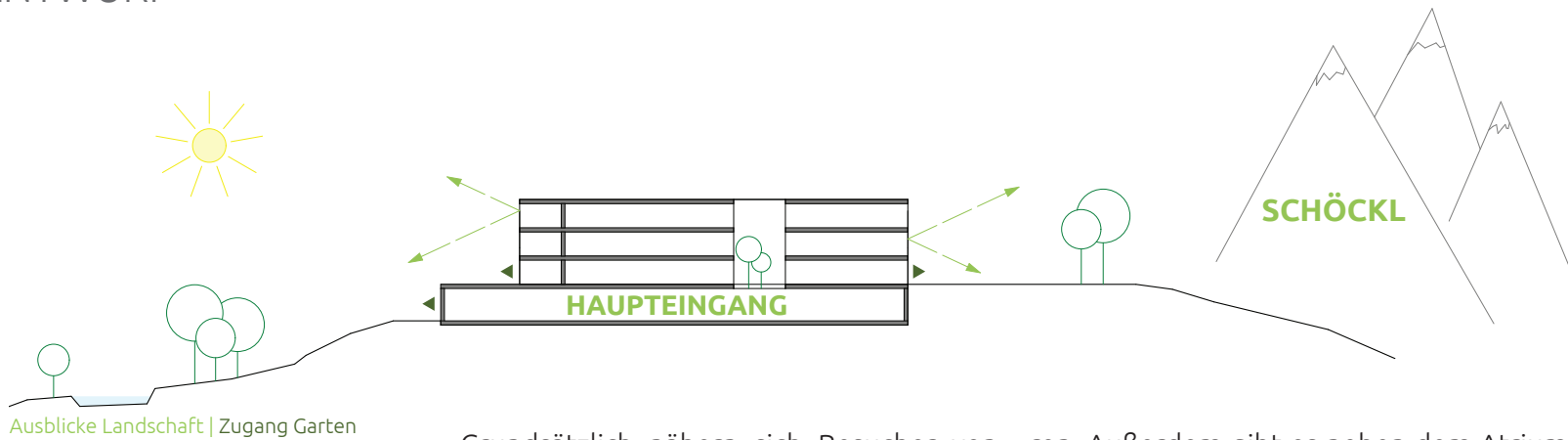
Das Pflegeheim steht im starken Bezug mit der umgebenden Landschaft und „wächst“ im Untergeschoss aus dem Hügel. In diesem Sockelgeschoss befinden sich im Osten der Haupteingang und die gemeinschaftlichen Räume, wie ein Café, Andachtsraum mit Aufbahrungshalle, Garten-, beziehungsweise Bastelraum, sowie ein Multifunktionsraum. Letzterer wird für diverse Veranstaltungen und Seminare oder auch als Turnhalle verwendet. Außerdem sind in diesem Geschoss auch die allgemeinen Verwaltungsräume, sowie die Gebäudeversorgung, untergebracht. Ein Nebeneingang im Erdgeschoss ermöglicht es dem Personal schneller in die oberirdischen drei Pflegestationen zu gelangen. Prinzipiell ist dieses Pflegeheim nach dem Konzept der Hausgemeinschaft konzipiert, das entspricht der Idee der vierten Generation [siehe Kapitel Architektur & Alter]. Allerdings wird die heutige Fortführung des Prinzips oft als fünfte Generation angesehen. Die erste Pflegestation im Erdgeschoss ist für weitgehend selbstständige Bewohner

vorgesehen und ermöglicht einen direkten Zugang zum Garten. Die zweite Station im Geschoss darüber ist für die Mitglieder der Hausgemeinschaft konzipiert, die mehr Pflege benötigen. Im dritten Geschoss sollen vor allem demenziell erkrankte Personen aufgenommen werden.

Der klare Baukörper entspricht der Typologie des „Kompaktlings“ [siehe Kapitel Architektur & Alter] und zeichnet sich vor allem durch seine Funktionalität und Effizienz aus. Jedoch legt das wirtschaftliche Gebäude großen Wert auf qualitative Aufenthaltsflächen und ausreichend Grünraumbezug. Kurze Wege für das Personal und zentrale, geblockte Neben-, beziehungsweise Diensträume ermöglichen einen guten Überblick über die jeweilige Station. Gleichzeitig ergibt sich ein interessanter und abwechslungsreicher Rundweg, mit klarem Bewegungsfluss und leichter Orientierung um den Versorgungsblock und das begrünte Atrium. Ein „Wandelgang“ mit Rückzugsnischen entsteht, der vor allem für die demenzen Bewohner vorteilhaft ist.

PFLEGEHEIM JOSEFHOF

ENTWURF

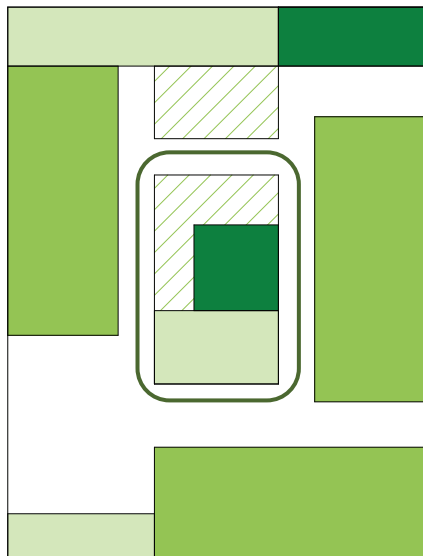


Grundsätzlich nähern sich Besucher von Osten über den öffentlichen, gemeinsamen Vorplatz in die Eingangshalle (UG), wo sie die halböffentlichen Räume, wie das Café, nutzen können. Vom Foyer aus erreicht man die Pflegestationen über eine zentrale Treppe, beziehungsweise Lift. Dort gelangt man zuerst in einen Vorraum und anschließend in den abwechslungsreichen Gangbereich, wo sich unter anderem auch die großen Aufenthaltsflächen, wie Ess- und Wohnzimmer mit offenem Küchenbereich, sowie eine offene Pflegestation mit Sitzflächen, befinden. Außerdem bietet der niemals „blind“ endende Flur die Möglichkeit eines Rundganges um den Erschließungskern und das Atrium und bietet vielfältige Aufenthaltsflächen in Form von Rückzugsnischen und Sitzplätzen.

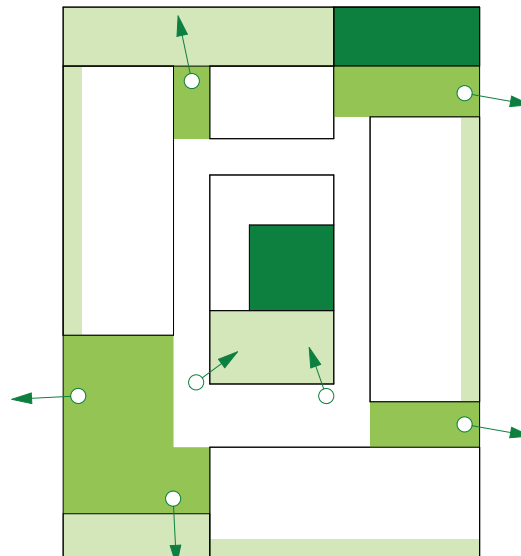
Gänzlich privat gibt es je Station, beziehungsweise Geschoss, 10 Einzelzimmer und 1 Doppelzimmer, die sich nach Nordosten, Südosten und Südwesten orientie-

ren. Außerdem gibt es neben dem Atrium auch zwei wind- und wettergeschützte Terrassen, eine im Südosten und eine im Nordwesten und einen großen begrünten Dachgarten.

Der Garten des Pflegeheimes ist vom Erd- und Untergeschoss direkt zu betreten und wird durch eine natürliche Umzäunung umschlossen. Die gepflasterten Wege sind rollstuhlgerecht und bieten einen Kontrast zu den orthogonalen Wegen im Inneren. Die abwechslungsreiche Umgebung mit verschiedenen Themengebieten, wie beispielsweise ein Seniorenspielplatz oder der Sinnesgarten, sowie viele Bänke zum Ausruhen, bieten genügend Platz zum Spazieren. Außerdem sind die Wege so konzipiert, dass zwischen vielen unterschiedlich langen Wegen gewählt werden kann.



- Pflegezimmer
- Nebennutzräume: Vorraum, Pflegebad, Lager
- Erschließung
- Grünraum
- Rundgang



- Aufenthaltsfläche, Rückzugsnischen
- Erschließung
- Grünraum
- Ausblick Grünraum

PFLEGEHEIM JOSEFHOF

GRUNDRISS



PFLEGEHEIM
Grundriss UG

1:250



FLÄCHENAUFTEILUNG



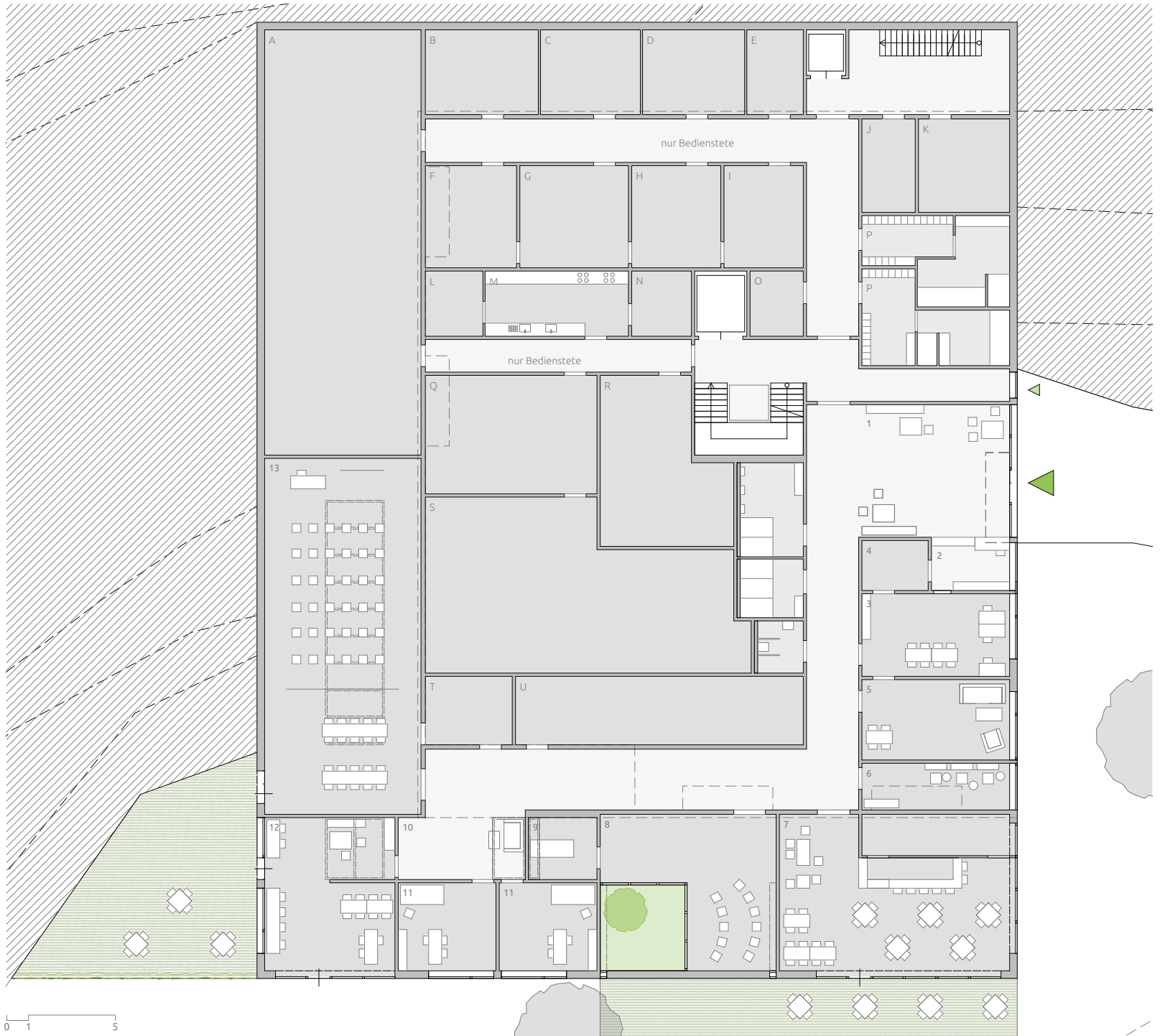
A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum
T	Technikräume
P	Pflege-, Personalräume
S	Sonstiges (Lager)
E	Erschließung

ÖFFENTLICHE RÄUME

1	Foyer	57,0 m ²
2	Rezeption	8,8 m ²
3	Büro Heimleitung	25,8 m ²
4	Kopier-, Serverraum	7,0 m ²
5	Aufenthaltsraum Personal	25,2 m ²
6	Friseur	14,6 m ²
7	Café	75,3 m ²
8	Andachts- / Ruheraum	42,1 m ²
9	Aufbahrungsraum	10,0 m ²
10	Warte- / Aufenthaltsbereich	16,7 m ²
11	2x Therapieraum	à 18,2 m ²
12	Garten- / Bastelraum / Werkstatt	41,8 m ²
13	Multifunktionsraum	117,9 m ²

RÄUME FÜR PERSONAL

A	Technikräume	14,9 m ²
B	Heizung	20,3 m ²
C	Lager Rollstuhl	17,9 m ²
D	Pflegeartikel	18,3 m ²
E	Reinigungsmittel	10,1 m ²
F	Bügelraum	19,7 m ²
G	Trockenraum	23,5 m ²
H	Waschraum	19,3 m ²
I	Schmutzwäsche	17,2 m ²
J	Elektro	10,6 m ²
K	Müllraum	18,0 m ²
L	Lager Küche	8,0 m ²
M	Verteilerküche	19,8 m ²
N	Kühlzelle	8,3 m ²
O	Putzraum	7,4 m ²
P	Umkleide Damen	23,3 m ²
P	Umkleide Herren	21,7 m ²
Q	Allgemeines Lager, Betten	43,1 m ²
R	Lager Bekleidung	40,6 m ²
S	Lager Möbel Patienten	101,7 m ²
T	Lager Sessel, Tische	12,6 m ²
U	Lager Medizinische Instrumente	41,7 m ²



PFLEGEHEIM JOSEFHOF

GRUNDRISS



PFLEGEHEIM
Grundriss EG

1:250



1. PFLEGESTATION

1	11x Zimmer A	à 24,3 m ²
2	1x Zimmer B	à 28,2 m ²
3	Vorraum + Garderobe	7,4 m ²
4	Pflegebad	17,6 m ²
5	Abstellraum	2,7 m ²
6	Lager Frischwäsche	12,7 m ²
7	WC	2,0 m ²
8	Technikraum	2,8 m ²
9	Lager Allgemein	7,7 m ²
10	Lager Schmutzwäsche Fäkal	10 m ²
11	Lager Speis	6,9 m ²
	Terrasse Süden	26,9 m ²
	Atrium	37,5 m ²

FLÄCHENAUFTEILUNG



A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum
Z	Zimmer
P	Pflege-, Personalräume
S	Sonstiges (Lager, Vorraum)
E	Erschließung (Rundgang)



PFLEGEHEIM JOSEFHOF

GRUNDRISS



PFLEGEHEIM
Grundriss 1.OG

1:250



2. PFLEGESTATION

1	11x Zimmer A	à 24,3 m ²
2	1x Zimmer B	à 28,2 m ²
3	Vorraum + Garderobe	7,4 m ²
4	Pflegebad	17,6 m ²
5	Abstellraum	2,7 m ²
6	Lager Frischwäsche	12,7 m ²
7	WC	2,0 m ²
8	Technikraum	2,8 m ²
9	Lager Allgemein	7,7 m ²
10	Lager Schmutzwäsche Fäkal	10 m ²
11	Lager Speis	6,9 m ²
	Terrasse Süden	26,9 m ²
	Terrasse Norden	69,0 m ²
	Atrium begehbar	15,6 m ²

FLÄCHENAUFTEILUNG



A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum
Z	Zimmer
P	Pflege-, Personalräume
S	Sonstiges (Lager, Vorraum)
E	Erschließung (Rundgang)

PFLEGEHEIM JOSEFHOF

GRUNDRISS



PFLEGEHEIM
Grundriss 2.OG

1:250



3. PFLEGESTATION

1	11x Zimmer A	à 24,3 m ²
2	1x Zimmer B	à 28,2 m ²
3	Vorraum + Garderobe	7,4 m ²
4	Pflegebad	17,6 m ²
5	Abstellraum	2,7 m ²
6	Lager Frischwäsche	12,7 m ²
7	WC	2,0 m ²
8	Technikraum	2,8 m ²
9	Lager Allgemein	7,7 m ²
10	Lager Schmutzwäsche Fäkal	10 m ²
11	Lager Speis	6,9 m ²
	Terrasse Süden	26,9 m ²
	Terrasse Norden	69,0 m ²
	Atrium begehbar	16,5 m ²

FLÄCHENAUFTEILUNG



A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum
Z	Zimmer
P	Pflege-, Personalräume
S	Sonstiges (Lager, Vorraum)
E	Erschließung (Rundgang)

PFLEGEHEIM JOSEFHOF

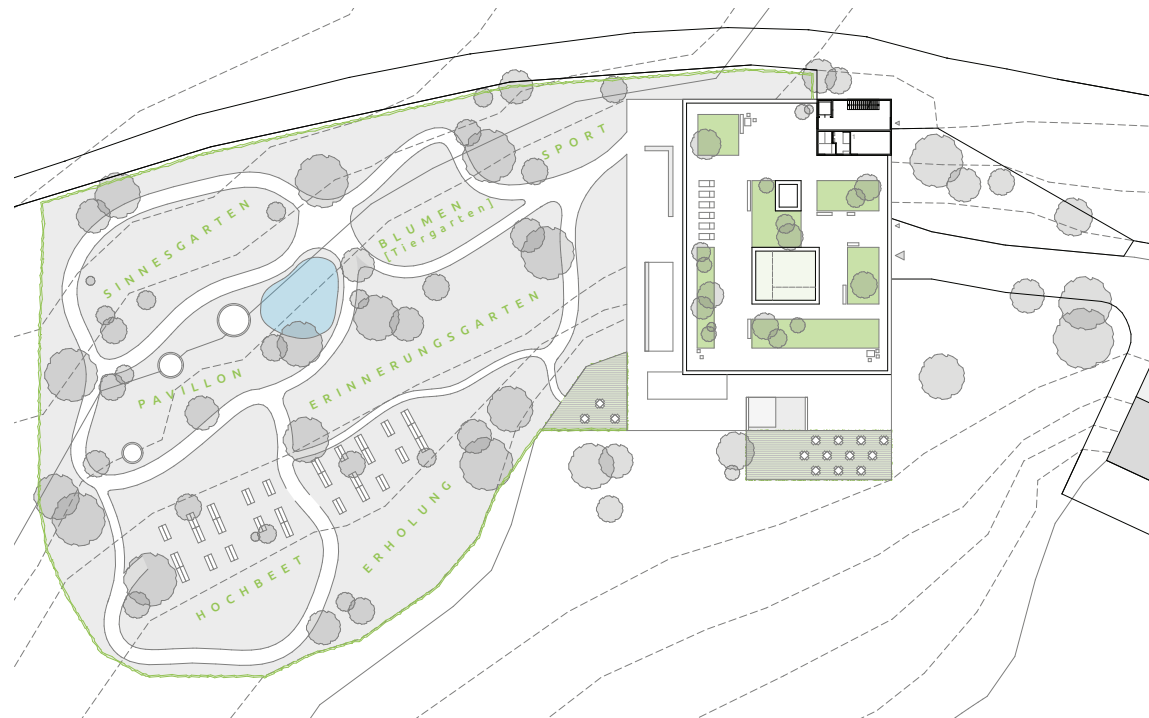
GRUNDRISS

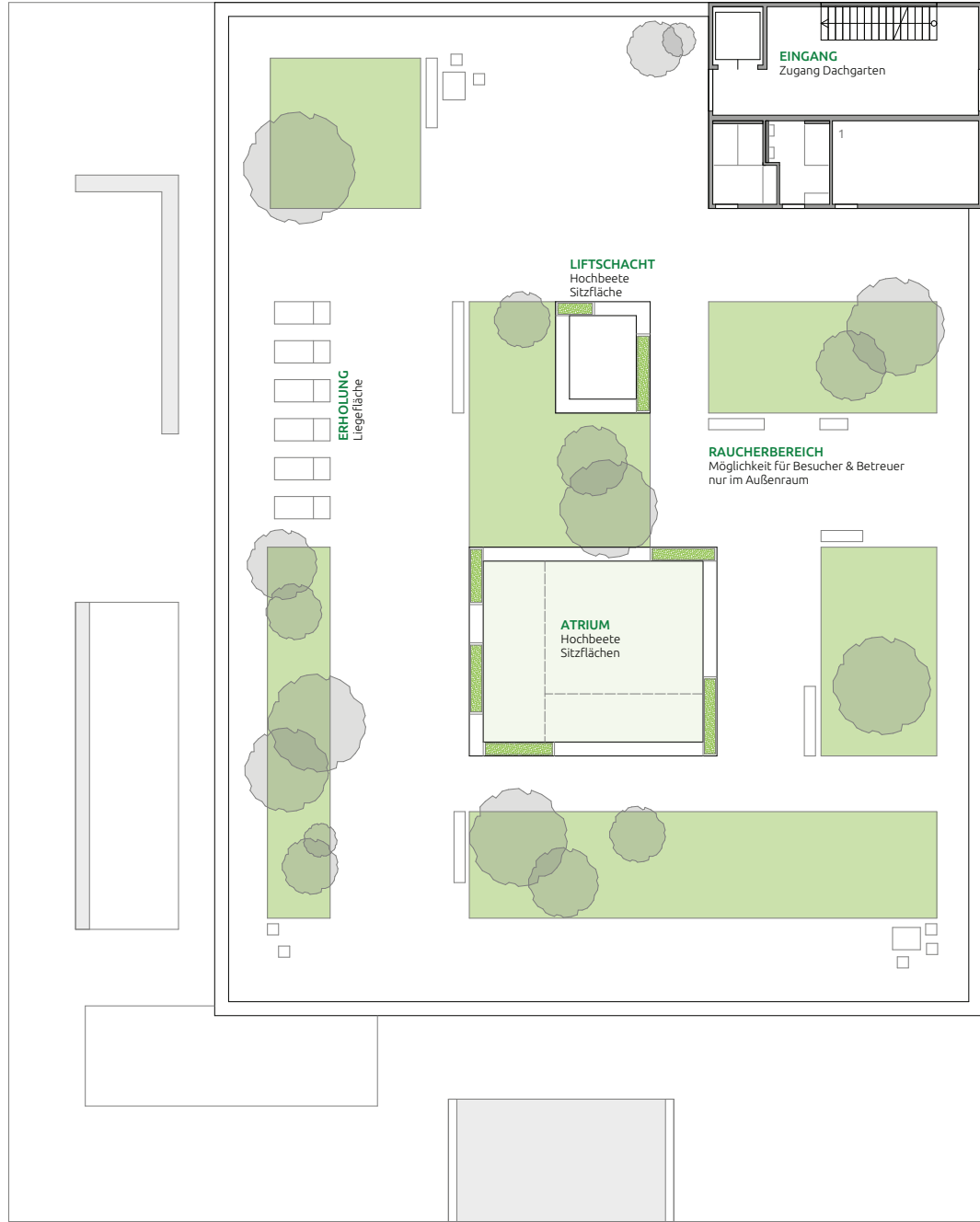


PFLEGEHEIM
Grundriss DG
1:250 | 1:2000



- 1 **DACHGARTEN**
Gerätelager 15,75 m²
- PFLEGEGARTEN** ~ 5300 m²





PFLEGEHEIM JOSEFHOF

VISUALISIERUNG



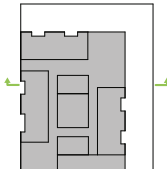


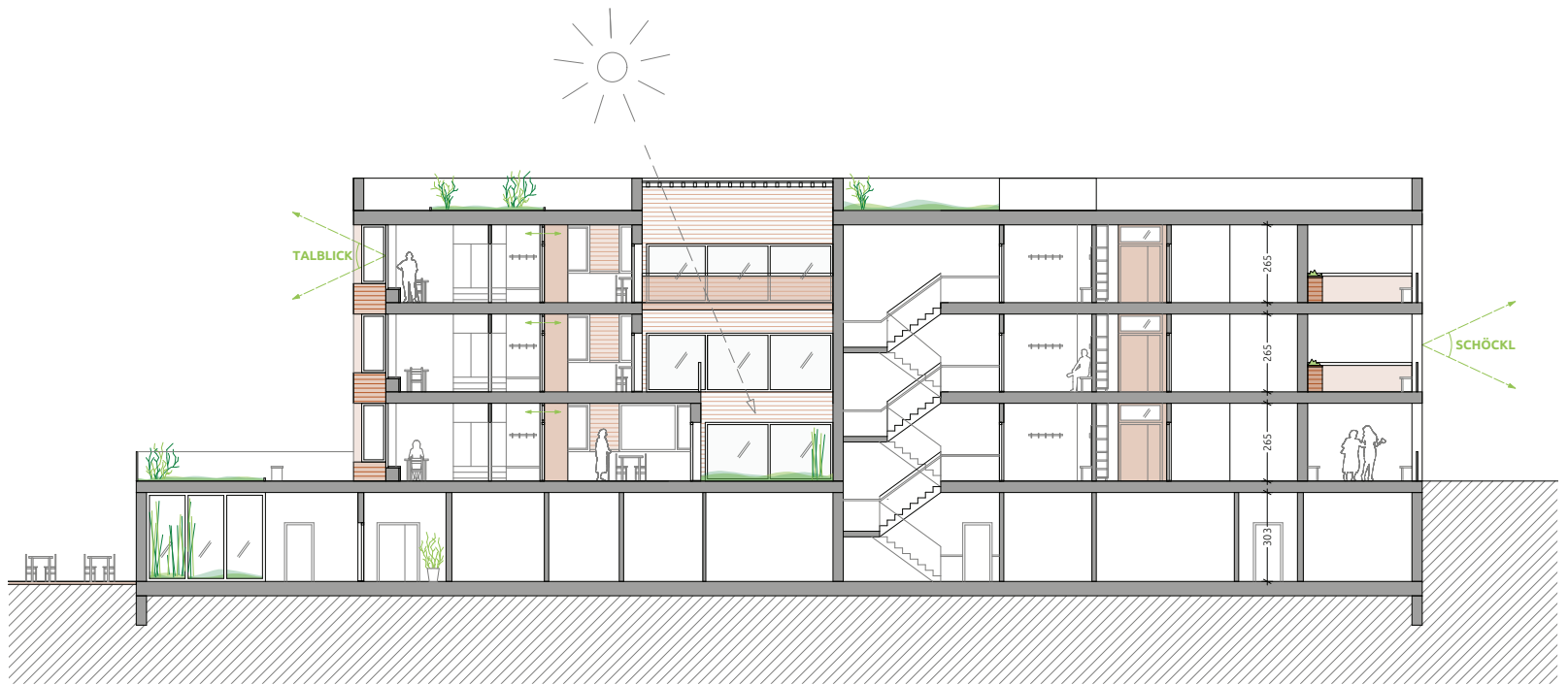
PFLEGEHEIM JOSEFHOF

SCHNITT



PFLEGEHEIM JOSEFHOF
Schnitt Quer

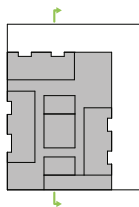




PFLEGEHEIM JOSEFHOF

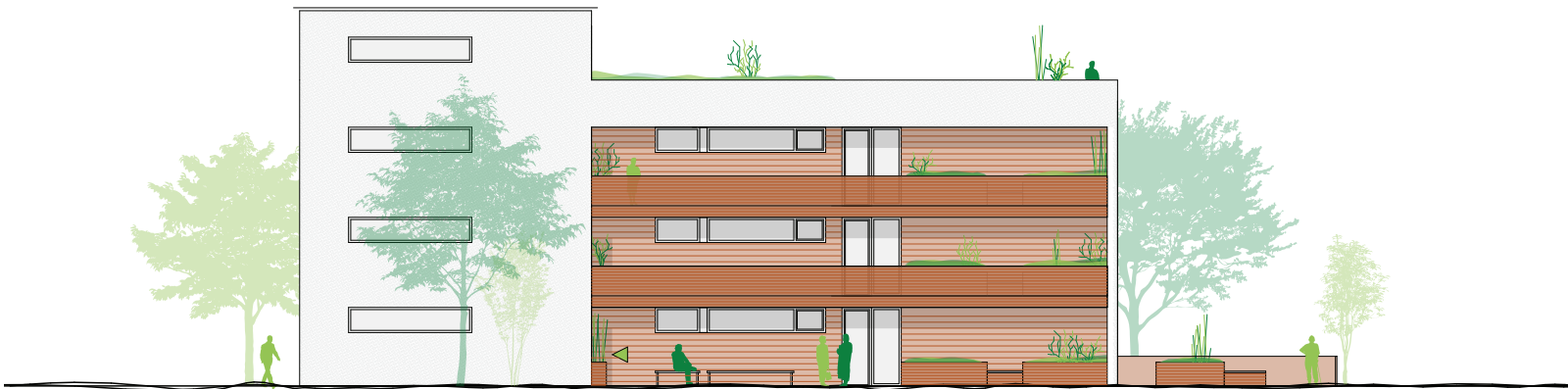
Schnitt Längs

1:250



PFLEGEHEIM JOSEFHOF

ANSICHT



PFLEGEHEIM JOSEFHOF
Ansicht Norden



PFLEGEHEIM JOSEFHOF

Ansicht Osten

1:250



PFLEGEHEIM JOSEFHOF

ANSICHT



PFLEGEHEIM JOSEFHOF
Ansicht Süden



PFLEGEHEIM JOSEFHOF

Ansicht Westen

1:250



ENTWURF

GESUNDHEITSEINRICHTUNG JOSEFHOF

Das straßenseitig dreigeschossige, beziehungsweise talseitig viergeschossige Gebäude, integriert sich in seine grüne Umgebung und lässt die Landschaft durch das Bauwerk fließen. Das Untergeschoss „gräbt“ sich in das Gelände und öffnet sich mit einer transparenten Glasfassade Richtung Süden und Südwesten. Außerdem stellt dieses Sockelgeschoss eine Verbindung zum bestehenden Johannhof her. Passend zu dem sportlichen Programm des Bestandsgebäudes, befindet sich an dieser Stelle der Aqua-Bereich der Gesundheitseinrichtung, der sich auch außerhalb des Gebäudes durch ein Freibecken und Liegeflächen fortsetzt.

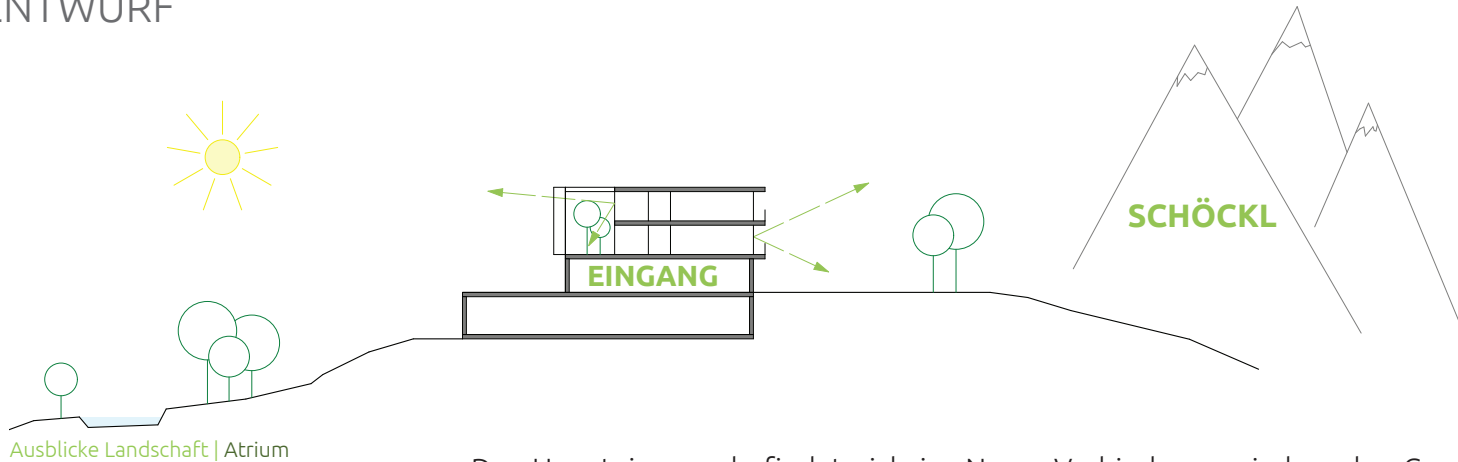
Der Eingangsbereich im Erdgeschoss befindet sich auf gleicher Höhe mit dem des Pflegeheimes. Er springt um 2m zurück um einen geschützten Vorbereich auszubilden, der im Westen auch als Fahrradabstellplatz genutzt wird. Durch einen Windfang gelangt man in ein großzügiges

und flexibles Eingangsfoyer mit vielfältigen Sitzgelegenheiten. Neben der Rezeption mit Backoffice, befinden sich hier einige Aufenthaltsräume, wie ein Kaminzimmer, beziehungsweise eine Bibliothek, eine Bar, sowie ein großes Restaurant. Außerdem sind hier die Verwaltungsbüros angeordnet. Ein zusätzlicher Versorgungseingang befindet sich im Norden, in räumlicher Nähe zur Küche und dem Wäscheservice.

In den beiden Geschosse darüber befinden sich die Hotelzimmer. Pro Stockwerk bieten 72 Zimmer einen guten Ausblick auf die Umgebung: Richtung Süden fällt der Blick auf die ungestörte, grüne Landschaft und Richtung Norden auf den Schöckl. Die Fassade wird von den auskragenden Balkonen aus Holz dominiert und strukturiert.

GESUNDHEITSEINRICHTUNG

ENTWURF

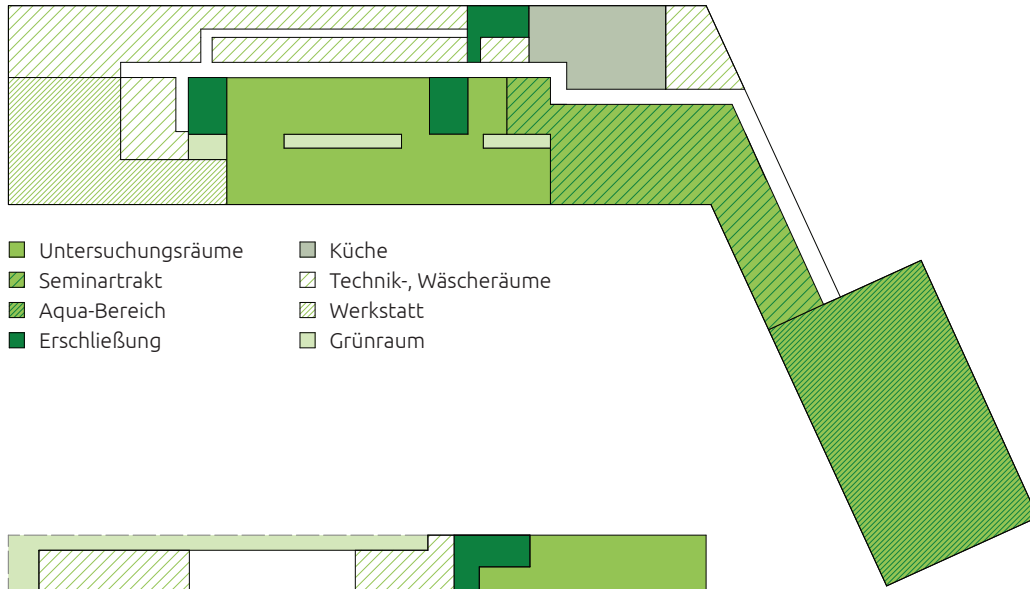


Der Haupteingang befindet sich im Norden des Gebäudes und wird von dem gemeinsamen Vorplatz erreicht. Gegenüber des rechteckigen Bauwerks bieten 205 Parkplätze mit ausreichender Begrünung den Besuchern genügend Platz für ihre Wagen und sorgen für kurze Wege in die Einrichtung.

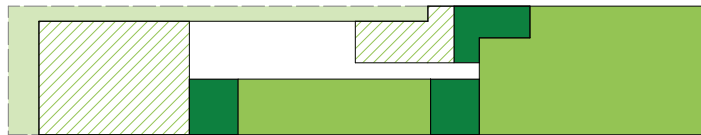
Im Untergeschoss versorgen drei unterschiedlich große Atrien auch das Innere des Sockelgeschosses mit ausreichend Tageslicht und Grünraum. Diese befinden sich im Areal der Untersuchungsräume und sorgen insbesondere in den Wartebereichen für eine angenehme und entspannte Atmosphäre. Auch der Seminartrakt profitiert mit seiner Schauküche von den Atrien.

Die beiden Obergeschosse, in denen sich die „Hotelzimmer“ befinden, gewinnen ebenfalls durch große Atrien mit vorgelegerten Kommunikationszonen an Qualität und bilden darüber hinaus auch eine

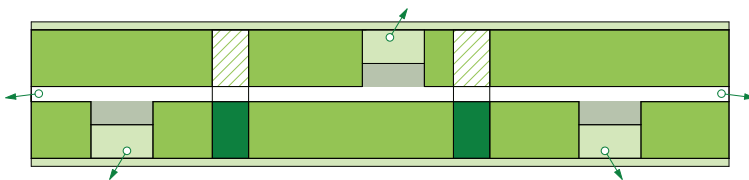
Verbindung zwischen den Geschossen. Im unteren Hoteltrakt kann das Atrium direkt betreten werden. Im Geschoss darüber können die Glaselemente verschoben werden, wodurch eine Kommunikation auch über die Geschosse hinweg ermöglicht wird. Außerdem wird der effiziente Mittelgang durch die Atrien und Aufenthaltsflächen aufgelockert und bietet vielfältig Sitzmöglichkeiten. Zusätzlich ermöglichen zwei Etagenoffice je Geschoss einen ständigen Ansprechpartner und eine Möglichkeit, seine Wäsche selbst zu waschen.



- Untersuchungsräume
- Seminartrakt
- Aqua-Bereich
- Erschließung
- Küche
- Technik-, Wäscheräume
- Werkstatt
- Grünraum



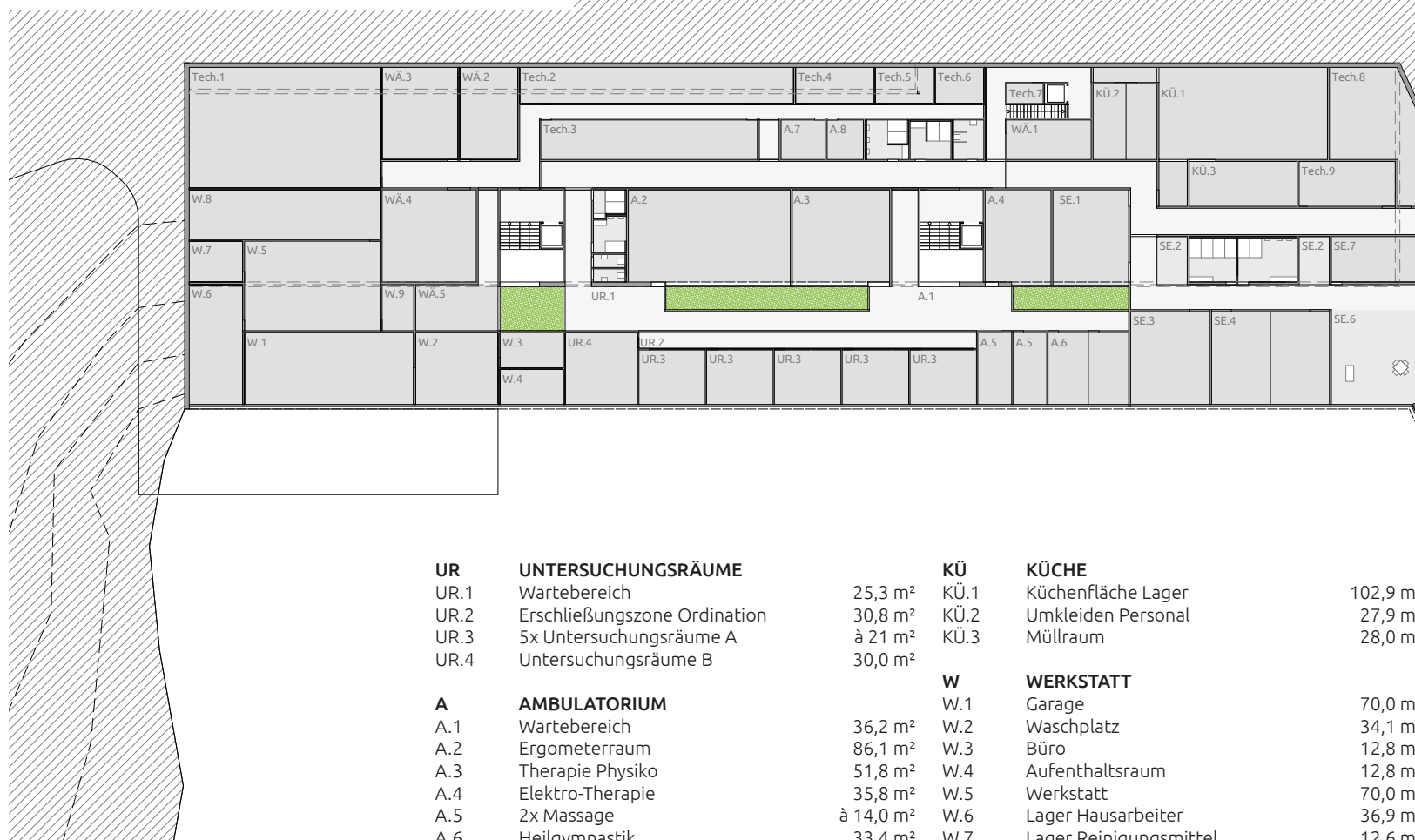
- Foyer, Rezeption
- Aufenthaltsräume, Bibliothek, Bar, Restaurant
- Verwaltungsbüros
- Erschließung
- Grünraum



- Hotelzimmer
- Etagenoffice
- Erschließung
- Aufenthaltsfläche, Rückzugsnische
- Grünraum
- Ausblick Grünraum

GESUNDHEITSEINRICHTUNG

GRUNDRISS



FLÄCHENAUFTEILUNG



U	Untersuchungsräume, Ambulatorium
G	Grünraum
S	Seminarräume
P	Personalräume, Werkstatt
W	Wellnessbereich (Schwimmen, Sauna)
T	Technikräume
E	Erschließung

UR UNTERSUCHUNGSRÄUME

UR.1	Wartebereich	25,3 m ²
UR.2	Erschließungszone Ordination	30,8 m ²
UR.3	5x Untersuchungsräume A	à 21 m ²
UR.4	Untersuchungsräume B	30,0 m ²

A AMBULATORIUM

A.1	Wartebereich	36,2 m ²
A.2	Ergometerraum	86,1 m ²
A.3	Therapie Physiko	51,8 m ²
A.4	Elektro-Therapie	35,8 m ²
A.5	2x Massage	à 14,0 m ²
A.6	Heilgymnastik	33,4 m ²
A.7	Lager	10,1 m ²
A.8	Erste Hilfe	8,3 m ²

SE SEMINARTRAKT

SE.1	Schauküche	41,7 m ²
SE.2	2x Garderobe	à 8,4 m ²
SE.3	Seminarraum 1	42,3 m ²
SE.4	Seminarraum 2	63,1 m ²
SE.5	Seminarraum 3	137,1 m ²
SE.6	Kommunikationszone, Kaffeezone	78,8 m ²
SE.7	Lager	32,17 m ²

KÜ KÜCHE

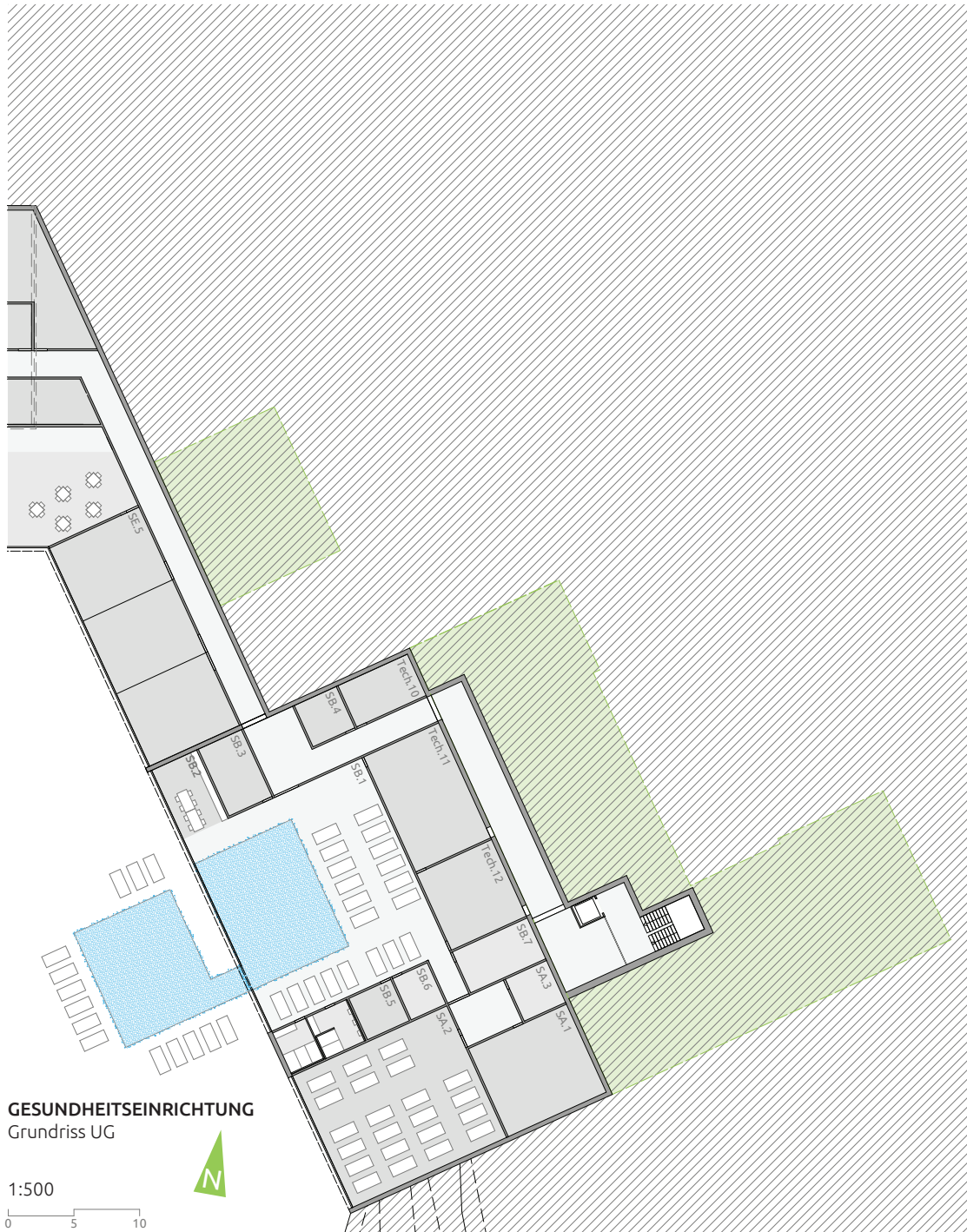
KÜ.1	Küchenfläche Lager	102,9 m ²
KÜ.2	Umkleiden Personal	27,9 m ²
KÜ.3	Müllraum	28,0 m ²

W WERKSTATT

W.1	Garage	70,0 m ²
W.2	Waschplatz	34,1 m ²
W.3	Büro	12,8 m ²
W.4	Aufenthaltsraum	12,8 m ²
W.5	Werkstatt	70,0 m ²
W.6	Lager Hausarbeiter	36,9 m ²
W.7	Lager Reinigungsmittel	12,6 m ²
W.8	Lager Werkstatt	54,4 m ²
W.9	Lager Betriebsmittel	8,4 m ²

WÄ WÄSCHE

WÄ.1	Umkleiden	19,2 m ²
WÄ.2	Lager Schmutzwäsche	30,8 m ²
WÄ.3	Lager Reinwäsche	40,2 m ²
WÄ.4	Wasch-, Bügel-, Trockenraum	50,1 m ²
WÄ.5	Sozialraum + Teeküche	21,9 m ²



GESUNDHEITSEINRICHTUNG

GRUNDRISS



GESUNDHEITSEINRICHTUNG
Grundriss EG

1:500



FLÄCHENAUFTEILUNG



A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum (Vorzone Eingang)
V	Verwaltungsräume
P	Personalräume
R	Restaurant
E	Erschließung

EINGANGSZONE

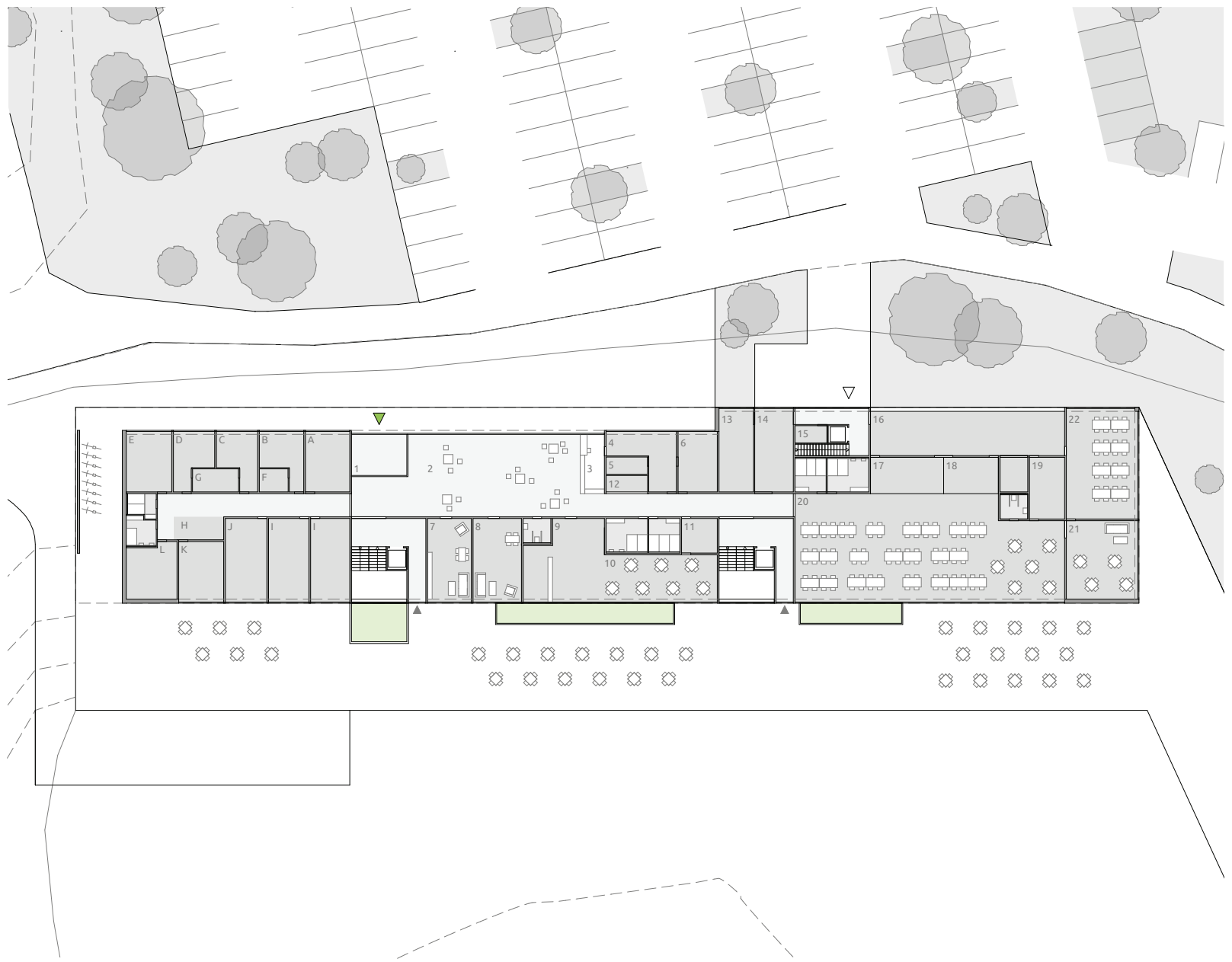
1	Windfang	17,1 m ²
2	Foyer	128,2 m ²
3	Rezeption	10,8 m ²
4	Backoffice	20,4 m ²
5	Kopierraum	5,4 m ²
6	Nächtigungszimmer Portier	17,8 m ²
7	Kaminzimmer Bibliothek	27,6 m ²
8	Aufenthaltsraum	30,5 m ²
9	Bar	45,1 m ²
10	Bar Sitzgelegenheiten	40,2 m ²
11	Bar Lager	9,3 m ²
12	Garderobe	5,1 m ²
13	Sportgeräteaum	21,7 m ²
14	Schmutzschleuse	24,3 m ²
15	Lager	4,1 m ²

KÜCHE - SPEISESAAL

16	Küche	72,3 m ²
17	Buffetbereich	20,0 m ²
18	Theke	15,0 m ²
19	Möbellager	16,3 m ²
20	Speisesaal	206,6 m ²
21	Sondergasträum	42,2 m ²
22	Mitarbeiterpeisesaal	59,4 m ²

VERWALTUNG - BÜRO

A	Büro Verwaltung	20,2 m ²
B	Büro Sekretärin	14,7 m ²
C	Büro Teamleiter Sport	14,5 m ²
D	Büro Diätologin	14,5 m ²
E	Büro Besprechungsraum	20,7 m ²
F	Kopierraum	5,0 m ²
G	Serverraum	8,0 m ²
H	Teeküche	8,7 m ²
I	2x Büro Psychologie	24,7 m ²
J	Büro Sportwissenschaftler, Physiotherapeuten	26,1 m ²
K	Bewegungstrainer	20,5 m ²
L	Lager Archiv	20,5 m ²



GESUNDHEITSEINRICHTUNG

GRUNDRISS



GESUNDHEITSEINRICHTUNG

Grundriss 1.-2. OG

1:500



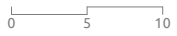
HOTELTRAKT - ZIMMER

1	32x Zimmer A	à 24,5 m ²
2	4x Zimmer B	à 26,2 m ²
3	2x Etagenoffice [+EDV]	à 26,1 m ² à 4,0 m ²
4	2x Wäscheraum	à 4,7 m ²
5	2x Aufenthalt	à 24,6 m ²
	1x Aufenthalt	23,03 m ²
6	2x Grünraum	à 34,0 m ²
	1x Grünraum	32,1 m ²

FLÄCHENAUFTEILUNG

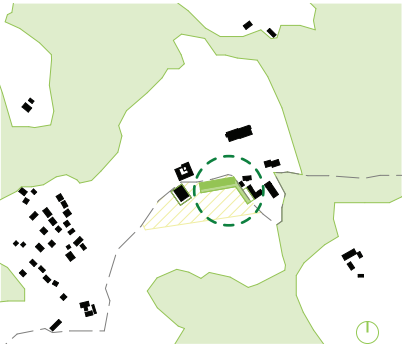


A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum (Balkon, Atrium)
Z	Zimmer
P	Personalräume (Etagenoffice)
S	Sonstiges (EDV, Wäsche)
E	Erschließung



GESUNDHEITSEINRICHTUNG

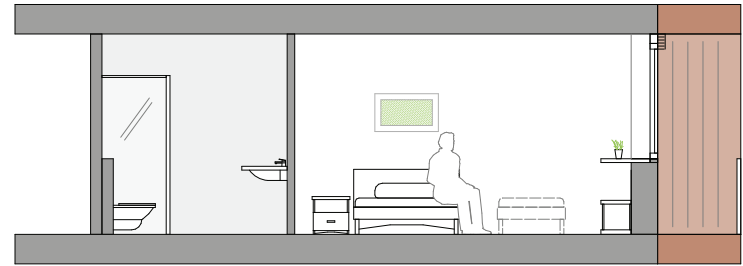
NÄCHTIGUNGSZIMMER



GESUNDHEITSEINRICHTUNG

Nächtigungszimmer

1:50 | 1:100



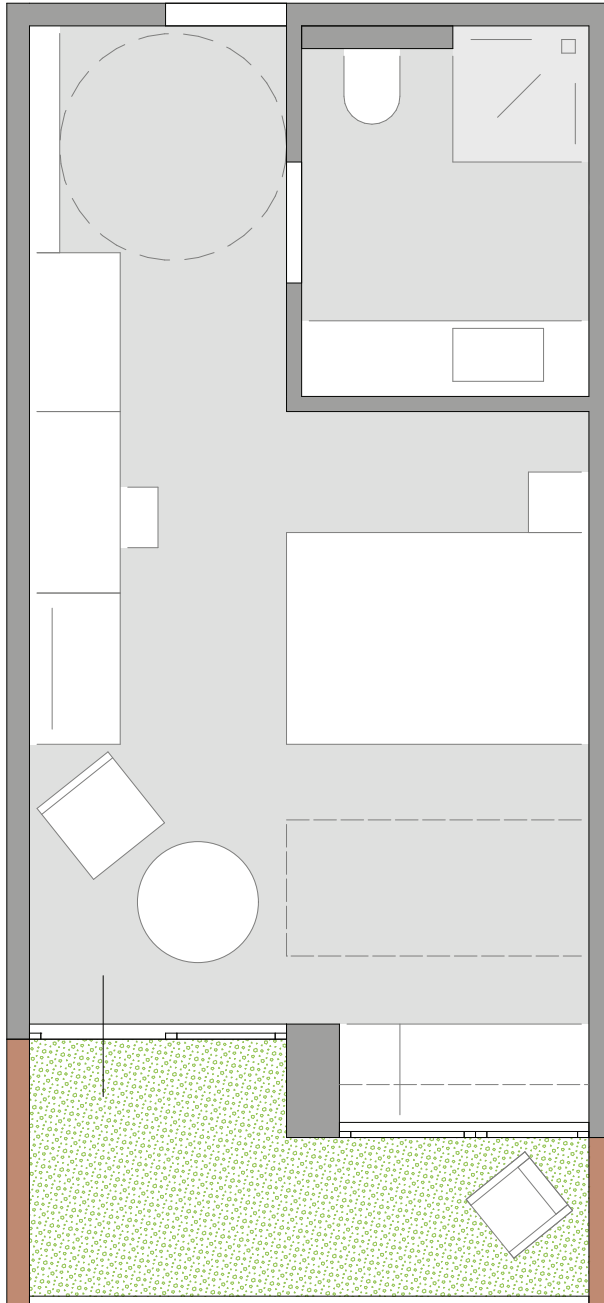
SCHNITT 1
[Zimmer A]



SCHNITT 2
[Zimmer A & B]

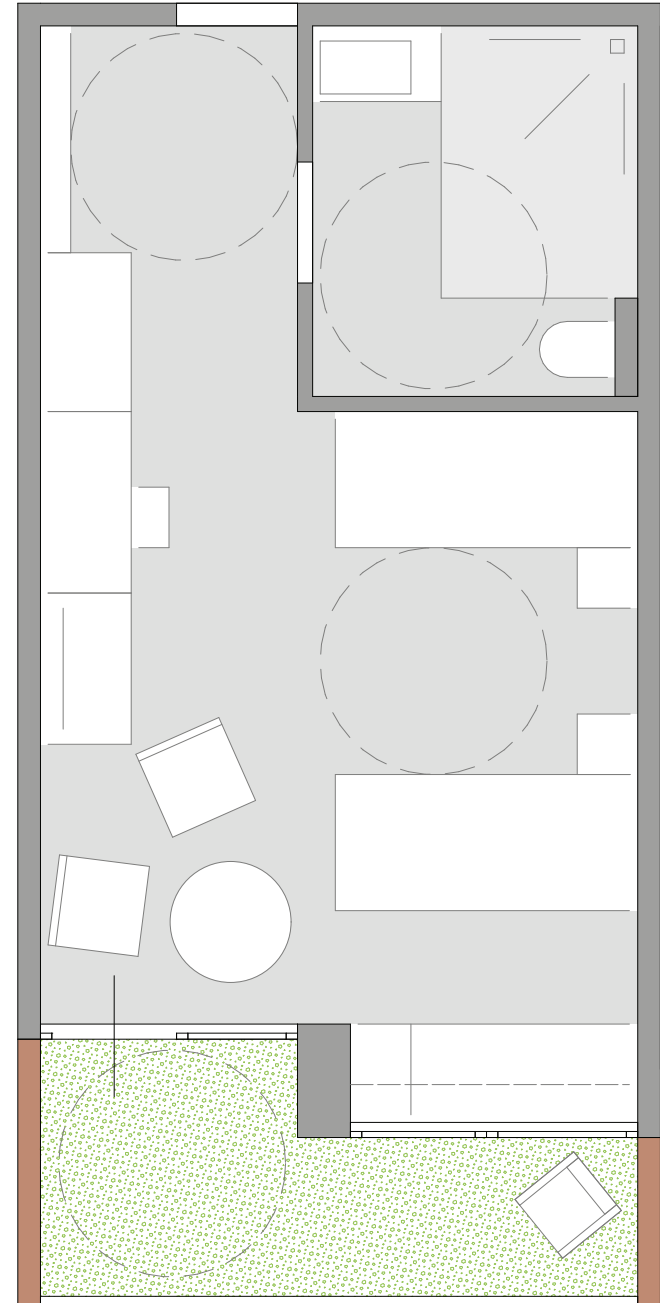
1:100





ZIMMER A

[24,5m² - inkl. Nasszelle (4,5m²); Balkon 5,0m²]
1:50

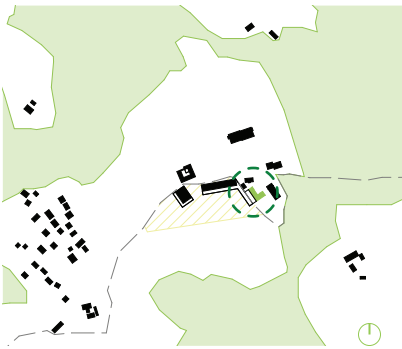


ZIMMER B

[26,2m² - inkl. Nasszelle (5,2m²); Balkon 5,3m²]
1:50

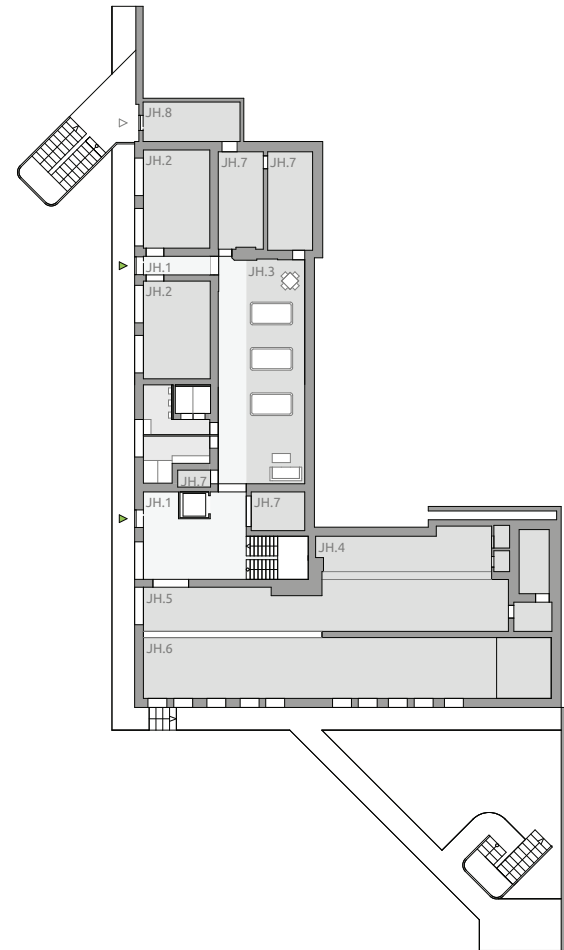
GESUNDHEITSEINRICHTUNG

JOHANNHOF GRUNDRISS

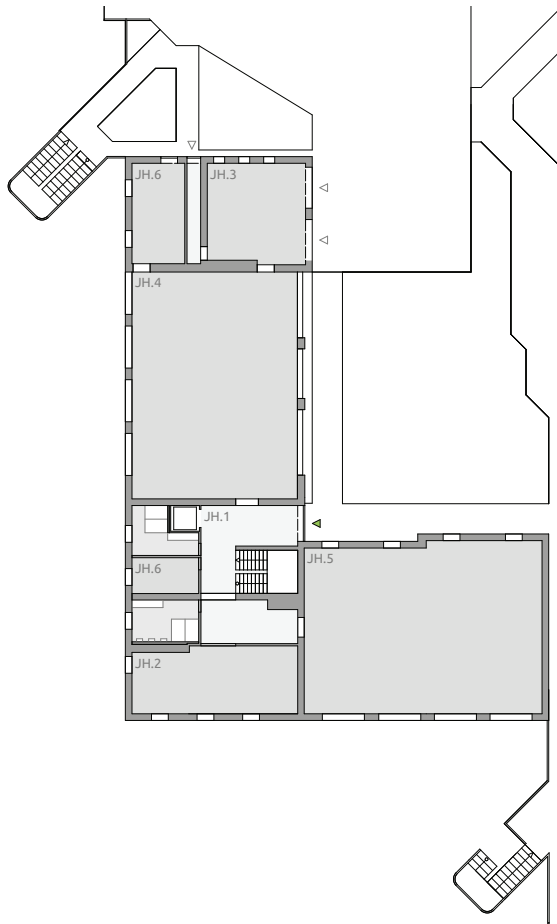


JOHANNHOF
Grundriss UG | EG | DG

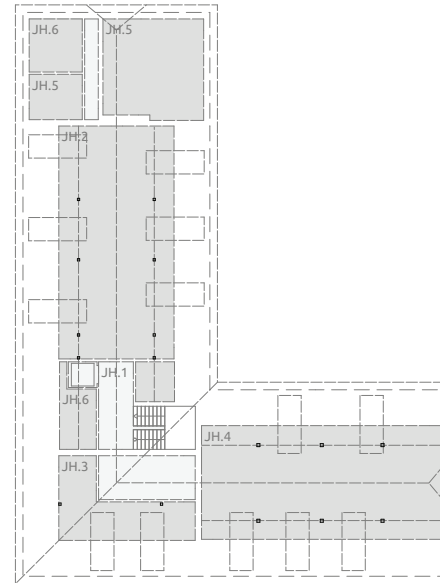
1:500



UG	UNTERGESCHOSS	
JH.1	2x Vorräum	35,6 m ² 5,3 m ²
JH.2	2x Büro Sportwissenschaftler + Physiotherapeuten	à 28,5 m ²
JH.3	Billard, Sitzbereich	57,4 m ²
JH.4	Bar	51,32 m ²
JH.5	Bar Gastraum	74,9 m ²
JH.6	Kegelbahn	108,4 m ²
JH.7	4x Lager	49,8 m ²
JH.8	Wärmeübergaberaum	16,7 m ²

**EG ERDGESCHOSS**

JH.1	Vorraum	42,1 m ²
JH.2	Schauraum Ergonomie	47,6 m ²
JH.3	Geräteraum	42,6 m ²
JH.4	Gymnastikraum (Bestand)	164,1 m ²
JH.5	Gymnastikraum	176,2 m ²
JH.6	2x Lager	33,6 m ²

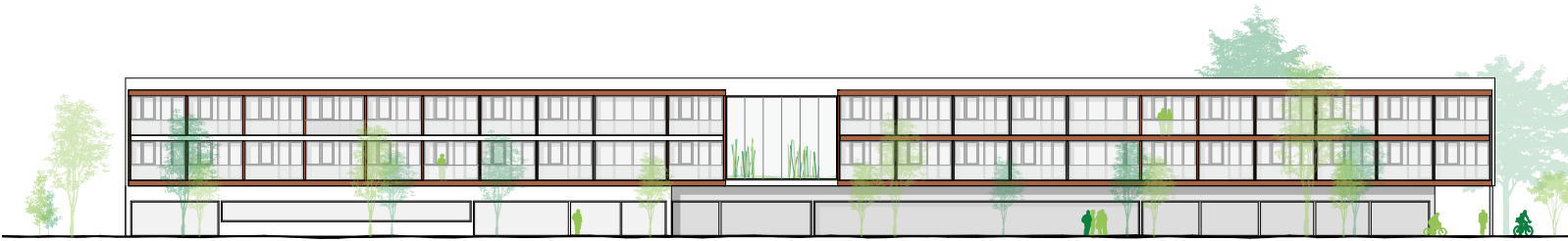
**DG DACHGESCHOSS**

JH.1	Vorraum	32,4 m ²
JH.2	Kraftraum	117,4 m ²
JH.3	Kletterraum	30,6 m ²
JH.4	Mentaler Entspannungsraum	119,0 m ²
JH.5	2x Haus-, Lüftungstechnik	54,1 m ²
JH.6	2x Lager	22,9 m ²

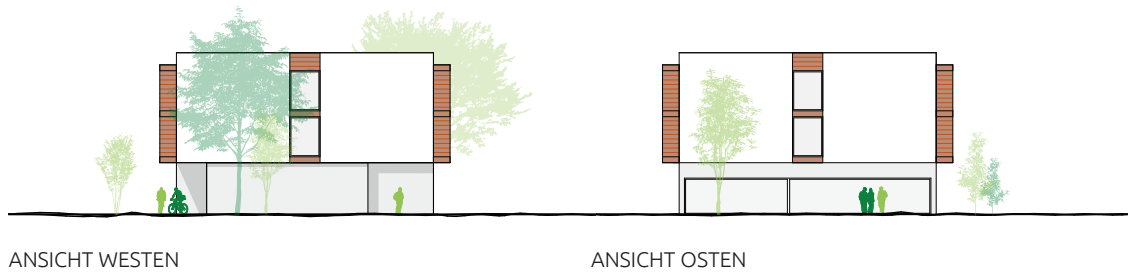
0 5 10

GESUNDHEITSEINRICHTUNG

ANSICHT



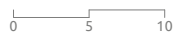
ANSICHT NORDEN



GESUNDHEITSEINRICHTUNG JOSEPHOF

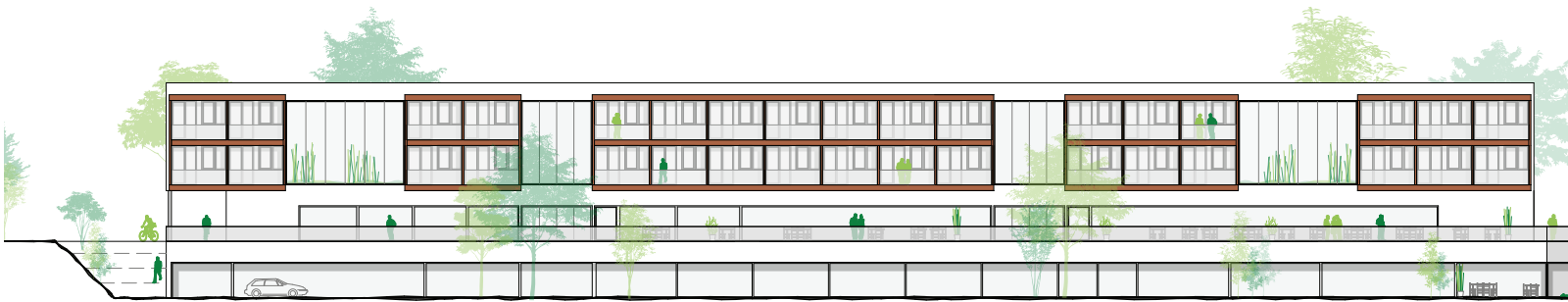
Ansichten

1:500

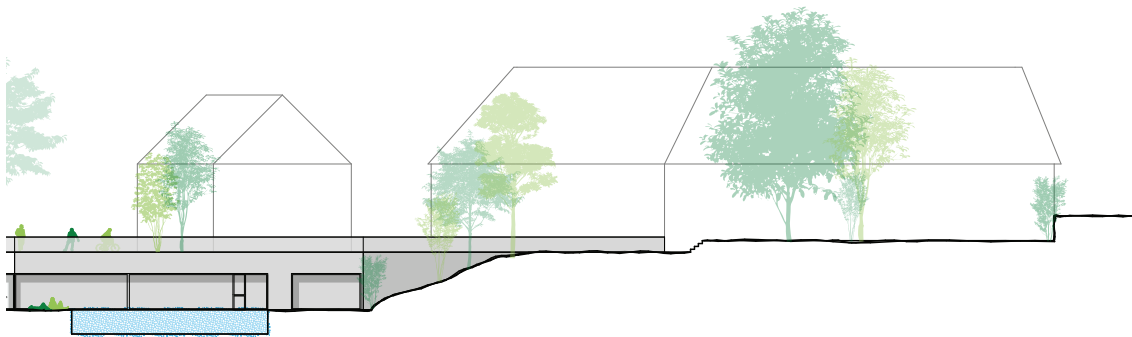


GESUNDHEITSEINRICHTUNG

ANSICHT



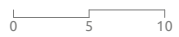
ANSICHT SÜDEN



GESUNDHEITSEINRICHTUNG JOSEFHOF

Ansichten

1:500

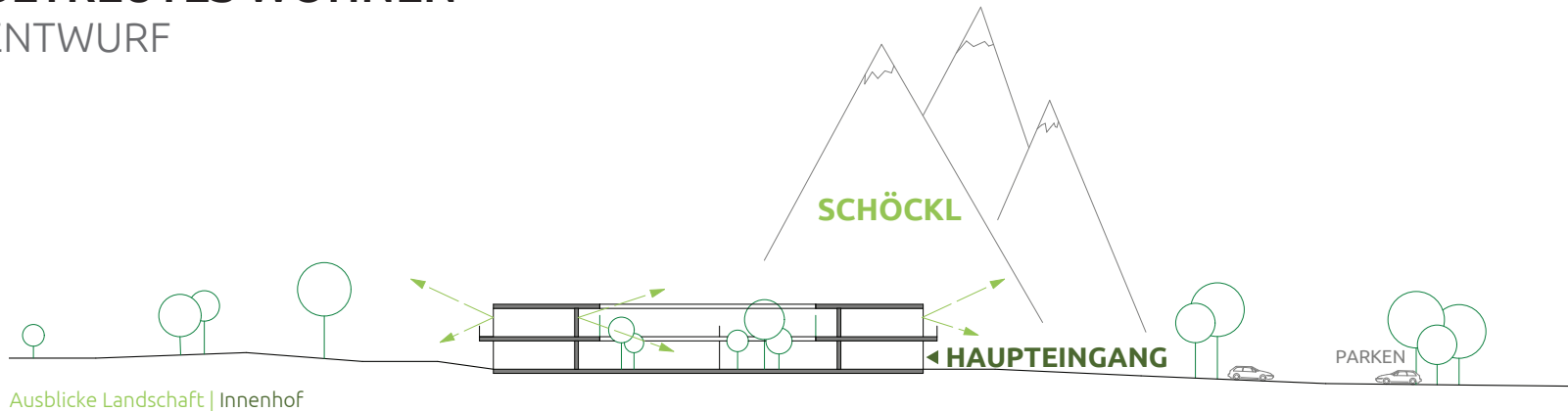


ENTWURF

BETREUTES WOHNEN JOSEFHOF

BETREUTES WOHNEN

ENTWURF



Ausblicke Landschaft | Innenhof

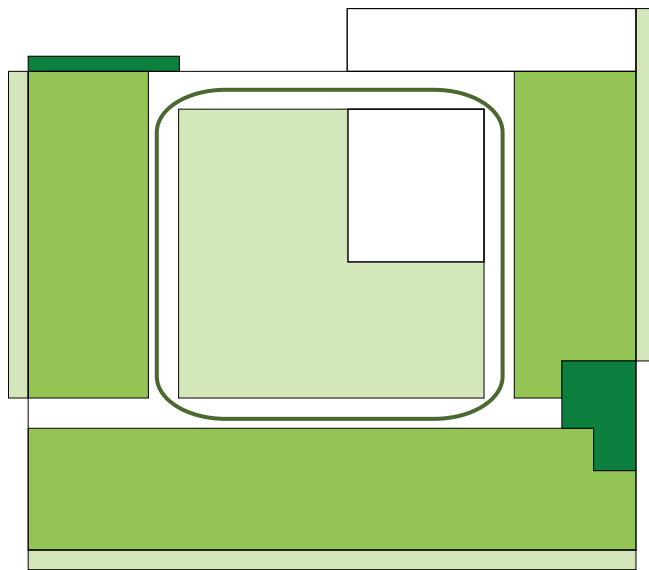
Der zweigeschossige, klare Baukörper wird durch einen zentralen, großzügigen Innenhof dominiert. Um diesen herum orientieren sich die Wohnungen Richtung Nordosten, Südosten und Südwesten. Ein offener Laubengang um den Innenhof dient, neben der überdachten und geschützten Erschließung, vornehmlich als Begegnungszone mit zusätzlichen Rückzugsnischen. Ein Blendschutz in Form einer horizontalen Holzlattung sorgt gegenüber den Eingängen für einen sicheren und angenehmen Zugang.

Unterschiedlich ausgeformte Aufenthaltsbereiche im Freien und im Inneren fördern die Kommunikation und die Gemeinschaft und bieten eine abwechslungsreiche Umgebung. Ein Pflegestützpunkt pro Geschoss gewährleistet die nötige Betreuung der Bewohner. Außerdem sieht das Konzept dieser betreuten Wohnungen vor, dass eine Wohnung den Betreuenden zugeteilt wird, um das Gefühl des gemeinsa-

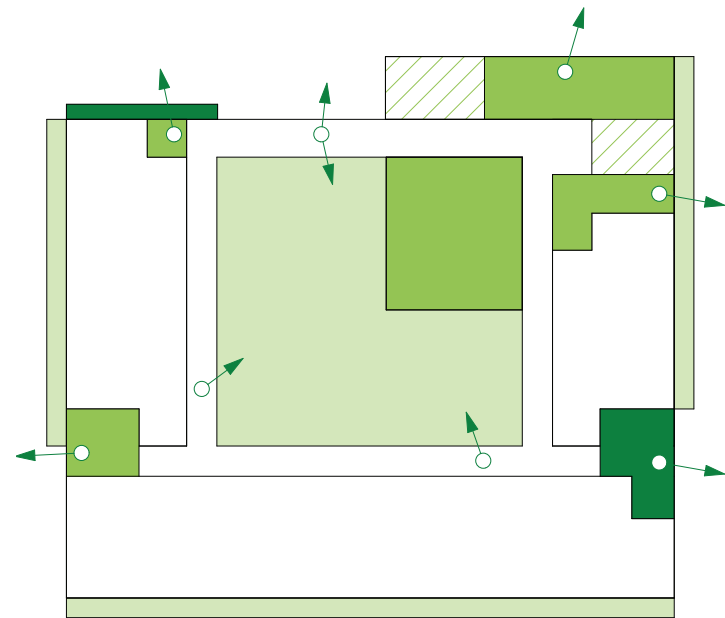
men Lebens und Wohnens zu fördern.

Insgesamt gibt es 22 Wohnungen für ein bis maximal zwei Personen, wobei zwei davon ein Zimmer mehr zur Verfügung haben.

Prinzipiell sollen die Bewohner die Untersuchungsräume, sowie die Unterhaltungsangebote der sie umgebenden Gebäude nutzen und auch verstärkt in deren Veranstaltungen integriert werden. Diese Einrichtung profitiert am meisten von den anderen Gebäuden und deren Angeboten. Außerdem ist für diese Wohnungen auch ein Carsharing-Service angedacht.



- betreute Wohnungen
- Pflegestützpunkt, Gemeinschafts-, Versorgungsräume
- Erschließung
- Grünraum
- Rundgang



- Aufenthaltsfläche, Rückzugsnische
- Pflegestützpunkt, Lager
- Erschließung
- Grünraum
- Ausblick Grünraum

BETREUTES WOHNEN

GRUNDRISS



WOHNGEMEINSCHAFT		
1	10x Wohnung A	à 41,1 m ²
2	1x Wohnung B	à 51,7 m ²
3	Pflegepersonal	13,6 m ²
4	Lager, Speis	3,5 m ²
5	Versorgung, Anlieferung	44,0 m ²
6	Lager, Putzraum	14,9 m ²
7	Gemeinschaftsraum	78,0 m ²

BETREUTES WOHNEN

Grundriss EG

1:250



FLÄCHENAUFTEILUNG



A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum
W	Wohnungen
P	Pflege-, Personalräume
S	Sonstiges (Lager)
E	Erschließung (Rundgang)



DEFINITION
ALTER

ARCHITEKTUR
& ALTER

BARRIEREFREIHEIT

ARCHITEKTONISCHE
BEISPIELE

ENTWURFSGRUND-
LAGEN

ENTWURF

ANHANG

BETREUTES WOHNEN

GRUNDRISS



WOHNGEMEINSCHAFT		
1	10x Wohnung A	à 41,1 m ²
2	1x Wohnung B	à 51,7 m ²
3	Pflegepersonal	13,6 m ²
4	Lager Speis	3,5 m ²
5	Gemeinschaftsraum	59,6 m ²

BETREUTES WOHNEN

Grundriss OG

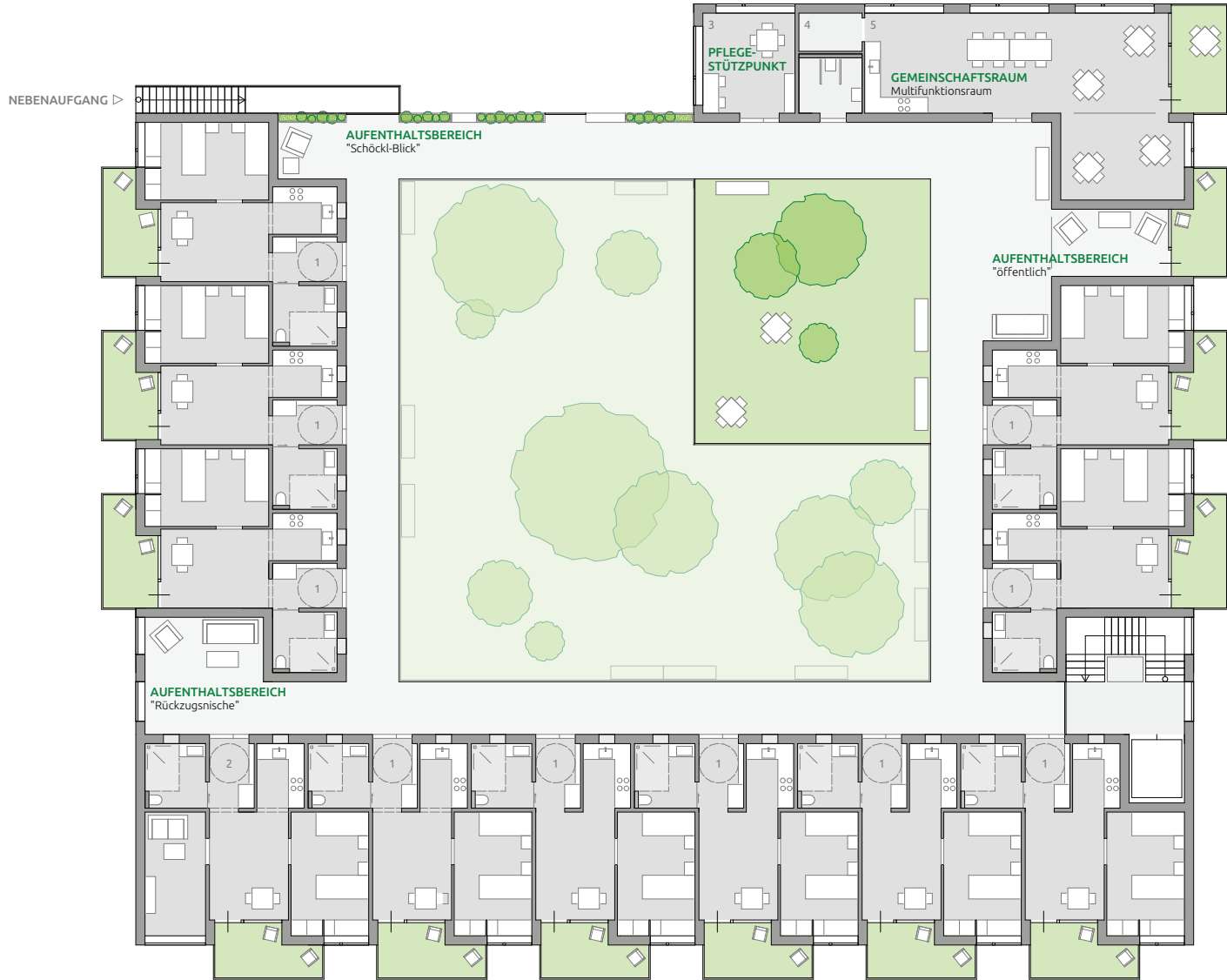
1:250



FLÄCHENAUFTEILUNG



A	Aufenthaltsräume
G	Grünraum
W	Wohnungen
P	Pflege-, Personalräume
S	Sonstiges (Lager)
E	Erschließung (Rundgang)



BETREUTES WOHNEN

WOHNUNG



BETREUTES WOHNEN

Wohnung

1:50 | 1:100



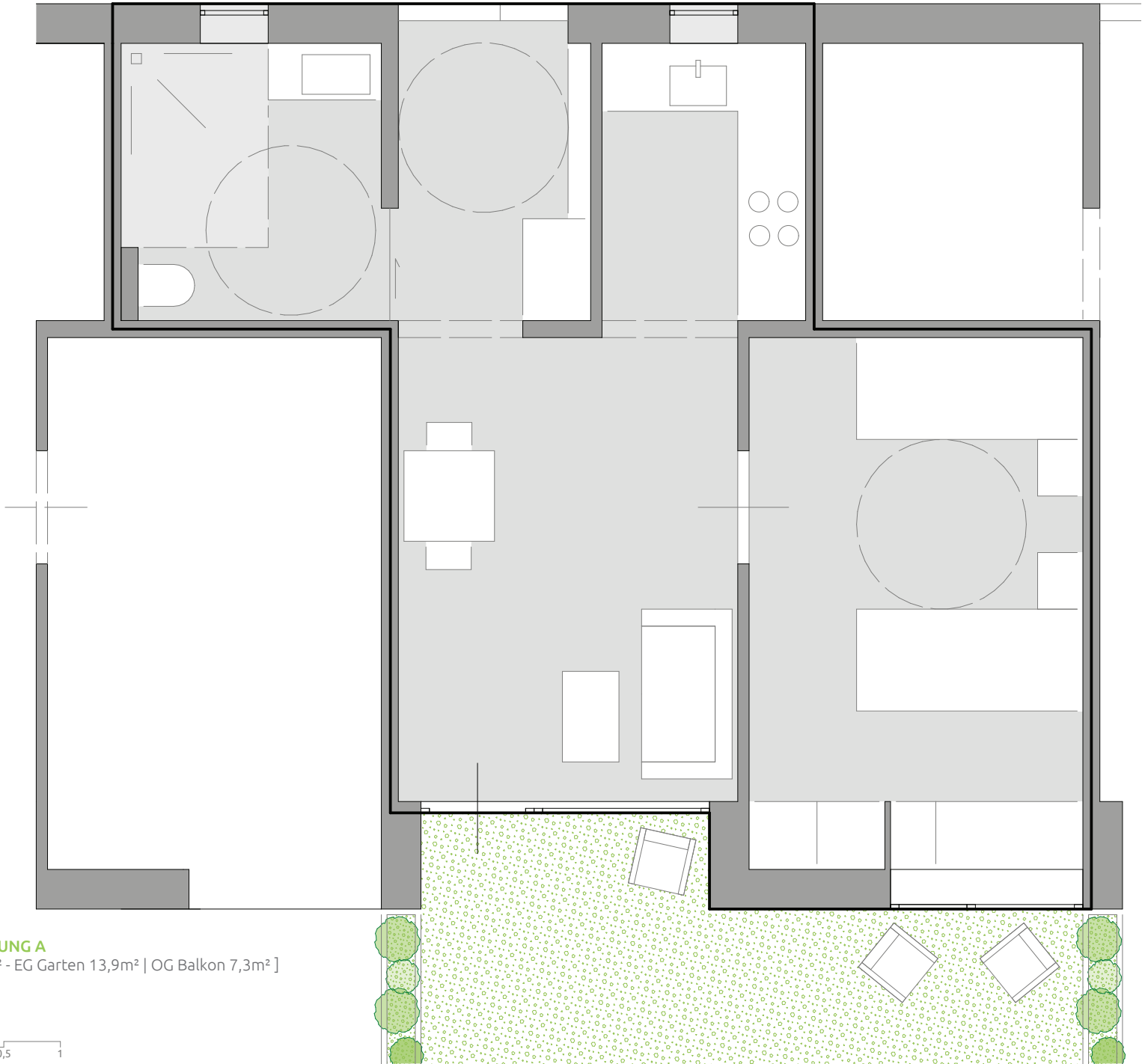
SCHNITT 1



SCHNITT 2
[WOHNUNG A & B]

1:100





DEFINITION
ALTER

ARCHITEKTUR
& ALTER

BARRIEREFREIHEIT

ARCHITEKTONISCHE
BEISPIELE

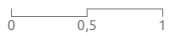
ENTWURFSGRUND-
LAGEN

ENTWURF

ANHANG

WOHNUNG A
[41,1m² - EG Garten 13,9m² | OG Balkon 7,3m²]

1:50



BETREUTES WOHNEN

ANSICHT





BETREUTES WOHNEN JOSEPHOF

Ansicht Osten

1:250



BETREUTES WOHNEN

ANSICHT





BETREUTES WOHNEN JOSEFHOF

Ansicht Westen

1:250



ANHANG

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meiner Betreuerin Frau Univ.-Prof. Mag. arch. Mag.art. Architektin Irmgard Frank für ihre hilfreiche und stets freundliche Betreuung bedanken.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei meiner Familie, die mich immer unterstützt und motiviert hat. Ein spezieller Dank gilt dabei meiner Mutter und meinem Bruder, die diese Arbeit Korrektur gelesen haben.

Ein Dankeschön gilt auch meinen Studienkollegen und Freunden, insbesondere Melanie und Teresa, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind. Für die vielen motivierenden und anregenden Gespräche bin ich sehr dankbar.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinem Freund Lukas bedanken, der mich stets unterstützt hat und vor allem in den letzten stressigen Wochen der Diplomarbeit für mich da war.

ANHANG

LITERATUR- & ABBILDUNGSVERZEICHNIS

LITERATURVERZEICHNIS

BÜCHER, ZEITSCHRIFTEN, INTERNET

- BARTH, Arne (Red.): Bauen für Senioren. Building for the Elderly, in: AW (2007), H. 212
- BECKER, Annette: Netzwerk Wohnen. Architektur für Generationen, München 2013
- BERNHOFER, Josef: Gerontologische Architektur. Bauliche Umsetzung alternativer Wohn- und Pflege(wohn)formen für ältere Menschen, Diss., Graz 2007
- BIENERT, Volker (Hg.): Grundrissfibel Alterszentren. 44 Architekturwettbewerbwerke in der Schweiz 2002-2014, Zürich 2014
- FEDDERSEN, Eckhard / LÜDTKE, Insa: Entwurfsatlas. Wohnen im Alter, Basel 2009
- FRENKLER, Fritz / HAJEK, Matthias: Universal Design. Gestaltung für alle, in: Becker, Annette: Netzwerk Wohnen. Architektur für Generationen, München 2013
- FRIESDORF, Wolfgang (Hg.): sentha – seniorengerechte Technik im häuslichen Alltag. Ein Forschungsbericht mit integriertem Roman, Berlin 2007
- GLEICHWEIT, Sonja / ROSSA, Martina: Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung, Wien 2009
- GRUNDNER, Maria: Barrierefreies Planen und Bauen in Österreich. Handbuch für mehr Mobilität - mit vielen Bildern und Praxistipps, Wien 2013
- HANSEN, Birgit: Gastbeitrag. Das Generationenbad, in: Kaiser, Gudrun: Bauen für ältere Menschen. Wohnformen – Planung – Gestaltung – Beispiele, Köln 2014
- HAUSENBIEGL, Angelika: Alte Menschen in den Gesellschaften, in: Feddersen, Eckhard; Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Birkhäuser Verlag, Basel 2009
- HEIL, Günther: Das Pflegeheim der Zukunft. Altenpflege morgen, in: Die Schwester Der Pfleger (2011), H. 12/11
- HERRGOTT, Barbara (Hg.): Altengerechtes Wohnen. Handbuch und Planungshilfe, Berlin 2012
- HERRGOTT, Barbara / OSWALD, Ansgar: Krankheitsbilder im Alter, in: Herrgott, Barbara (Hg.): Altengerechtes Wohnen. Handbuch und Planungshilfe, Berlin 2012
- HÖRL, Josef / KOLLAND, Franz / MAJCE, Gerhard: Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, Wien 2009
- HUBER, Andreas (Hg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, Basel 2008
- KAISER, Gudrun: Bauen für ältere Menschen. Wohnformen – Planung – Gestaltung – Beispiele, Köln 2014
- KOCH-SCHMUCKERSCHLAG, Constanze / KALAMIDAS, Oskar: Barrierefreies Bauen für ALLE Menschen. Planungsgrundlagen, Graz 2006
- KREUER, Ulrike: Gastbeitrag: „Der Garten ist die Metapher für das Leben“. Gärten für Senioren und Menschen mit Demenz, in: Kaiser, Gudrun: Bauen für ältere Menschen. Wohnformen – Planung – Gestaltung – Beispiele, Köln 2014
- LORENZ, Peter: Planen und Bauen für das Alter. Wohnen im dritten Lebensabschnitt, Stuttgart 1994
- MARQUARDT, Gesine: Kriterienkatalog demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten der Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, Berlin 2007
- MAYR, Manuel: Mindeststandards für Einrichtungen stationärer Pflege im Ländervergleich, in: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht (2010), 155-158

ONLINE-QUELLEN

MYLLYMÄKI-NEUHOFF, Johanna: Demenz als Seinsform: Wohnumfeld und Handlungskompetenz, in: Feddersen, Eckhard/Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas. Wohnen im Alter, Basel 2009

RAU, Ulrike (Hg.): barrierefrei bauen für die zukunft. 3., vollständig überarbeitete Auflage, Berlin; Wien; Zürich 2013

SCHENK, Herrad: Abenteuer Altern: Vom Älterwerden und Jungbleiben, in: Huber, Andreas (Hg.): Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, Basel 2008

SCHNEIDER, Ulrike / ÖSTERLE, August / SCHOBER, Doris / SCHOBER, Christian: Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsberichte / Institut für Sozialpolitik, 02/2006. Institut für Sozialpolitik, WU Vienna University of Economics and Business, Vienna

SCHNEIDER-GRAUVOGEL, Elisabeth: Gastbeitrag: Die biologische Wirkung des Lichts, in: Kaiser, Gudrun: Bauen für ältere Menschen. Wohnformen – Planung – Gestaltung – Beispiele, Köln 2014

TAUKE, Beth: Universal Design. Eine Unabhängigkeitsklärung, in: Feddersen, Eckhard/Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas. Wohnen im Alter, Basel 2009

UFFELEN, Chris van: Senioren Residenzen und Altersheime, Salenstein 2012

WULF, Harms: Gärten für Senioren. Aspekte einer altersgerechten Freiraumgestaltung, in: Feddersen, Eckhard/Lüdtke, Insa: Entwurfsatlas. Wohnen im Alter, Basel 2009

http://www.dbz.de/artikel/dbz_Demenzranke_bleiben_aktiv_Das_Wohndorf_De_Hogeweyk_in_Weesp_NL_1383171.html (Stand: 27.10.2015)

FABACH, Robert / HEBENSTREIT Martin: Pflegeheime und Architektur. Ein Leitfaden für eine bewohner- und pflegegerechte Planung, Online unter: <https://www.connexia.at/kompetenzzentrum-pflege-alt/home/leitfaden-pflegeheime-und-architektur.html> (Stand: 06.04.2016)

HELP-REDAKTION, (24.08.2015): Pflegegeld, Online unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public> (Stand: 29.10.2015)

KAISER, Gudrun: Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft, Online unter: http://www.infaqt.at/media/files/nrw_vom_pfleheim_zur_hausgemeinschaft.pdf (Stand: 02.09.2015)

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE: Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim. Insbesondere unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, Köln 2004, Online unter: <https://www.yumpu.com/de/> (Stand: 29.10.2015)

MIMOA: <http://www.mimoa.eu/projects/Switzerland/Basel/REHAB%20Basel/> (Stand: 16.03.2016)

NEXTRROOM: <http://www.nextroom.at/building.php?id=582> (Stand: 16.03.2016)

<https://www.ris.bka.gv.at/> (Stand: 8.04.2016)

Statistik Austria (2014): Online unter: www.statistik.at (Stand: 21.09.2015)

Stier, Kerstin: Die 4. Generation des Pflegeheims. Einführung ins Thema, Online unter: <http://www.urbanes-wohnen.de/fachtag-wla/doku/ft4/pdf/stier.pdf> (Stand: 04.03.2016)

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ALLE NICHT GELISTETEN GRAFIKEN, PLÄNE, ETC.,
SIND VOM VERFASSER SELBST ANGEFERTIGT

[ABB 01] überarb.
Vgl. Rau 2013, 18.

[ABB 02-03] überarb.
Vgl. Friesdorf 2007, 58-60.

[ABB 04-05] überarb.
Vgl. Gleichweit 2009, 14; 9.

[ABB 06] überarb.
Vgl. Mayr 2010, 157.

[ABB 07] überarb.
Vgl. Help-Redaktion

[ABB 08] überarb.
Vgl. Schneider 2006, 6.

[ABB 09] überarb.
Vgl. Friesdorf 2007, 62.

[ABB 10]
<http://verastic.com/fb/ladies-lets-talk-about-anti-aging-cream.html>

[ABB 11] überarb.
Vgl. Schneider 2006, 6.

[ABB 12-13] überarb.
Statistik Austria 2014

[ABB 14] überarb.
<https://www.vorarlberg.at/pdf/bildungsrelevanteentwickl.pdf>

[ABB 15]
http://www.kleio.org/de/geschichte/mittelalter/alltag/kap_X4/

[ABB 16-19] überarb.
Vgl. Kaiser 2014, 86.

[ABB 20-24] überarb.
Vgl. Bienert 2014, 9-14.

[ABB 25] überarb.
Vgl. Kaiser 2014, 63.

[ABB 26] überarb.
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/170431>

[ABB 27-30] überarb.
Vgl. Koch-Schmuckerschlag 2006, 6.

[ABB 31] Icons
<http://de.clipart.me/premium-healthcare-medical>
<http://de.freepik.com/freie-ikonen>

[ABB 32] überarb.
Vgl. Rau 2013, 49.

[ABB 33]
Vgl. Schneider-Grauvogel 1994, 135.

[ABB 34-35]
Vgl. Herrgott 2012, 48.

[ABB 36]
Vgl. Barth 2007, 32.

[ABB 37-39]
<http://www.wissounig.com>

[ABB 40-43]
Vgl. Barth 2007, 34; 36.

[ABB 44]
<http://www.riepripl.com>

[ABB 45]
<http://www.nextroom.at/building.php?id=28749>

[ABB 46-47]
Vgl. Feddersen 2009, 200f.

[ABB 48]
<http://www.arch.ttu.edu/courses/2007/fall/5395/392/students/Zimmerman/rehab%20basel.htm>

[ABB 49]
<http://www.frei-ingenieure.ch/mobile.html>

[ABB 50-51]
<http://www.rehab.ch/home.html>

[ABB 52-54]
<http://www.arch.ttu.edu/courses/2007/Fall/5395/392/students/Zimmerman/rehab%20basel.htm>

[ABB 55-56]
<http://www.archdaily.com/3959>

[ABB 57]
<http://aronsengelauff.nl/housing/swinging-apartments-for-the-elderly>

[ABB 58]
<http://www.archdaily.com/3959>

[ABB 59]
Vgl. Herrgott 2012, 168.

[ABB 60]
Vgl. Uffelen 2012, 39.

[ABB 61-64]
Vgl. Barth 2007, 6.

[ABB 65]
<http://www.bda-nike.de/nominierungen/preis/pfarrzentrum-st-nikolaus-wipperfuerth-1.html>

[ABB 66-69]
<http://www.martini-architekten.de>

[ABB 70-71]
Vgl. Herrgott 2012, 152f.

[ABB 72]
http://www.dbz.de/artikel/dbz_Bildersuche_Kompetenzzentrum_fuer_Menschen_mit_Demenz_Nuernberg_1383135.html

[ABB 73]
<http://www.eph-demenz.de/gebaut-beispiele&bid=10>

[ABB 74]
http://www.german-architects.com/pages/hauptbeitrag/03_12_alte_menschen

[ABB 75-78]
http://www.dbz.de/artikel/dbz_Bildersuche_Kompetenzzentrum_fuer_Menschen_mit_Demenz_Nuernberg_1383135.html

[ABB 79-85]
<http://www.archdaily.com/24725>

[ABB 86]
http://www.dbz.de/artikel/dbz_Demenzranke_bleiben_aktiv_Das_Wohndorf_De_Hogeweyk_in_Weesp_NL_1383171.html

[ABB 87-89]
<http://www.mbvda.nl/Hogeweyk.html>

[ABB 90]
http://www.dbz.de/artikel/dbz_Demenzranke_bleiben_aktiv_Das_Wohndorf_De_Hogeweyk_in_Weesp_NL_1383171.html

[ABB 91]
<http://www.mbvda.nl/Hogeweyk.html>

[ABB 92]
http://www.dbz.de/artikel/dbz_Bildersuche_Kompetenzzentrum_fuer_Menschen_mit_Demenz_Nuernberg_1383135.html

[ABB 93]
<http://www.komform.ch/leistungen/signaletik/>

[ABB 94]
http://www.austria-architects.com/de/projects/27294_Plissee_fuer_ein_Altersheim