



## DIPLOMARBEIT

### WOHNformEN IM ALTER

Entwurf eines multifunktionalen Gebäudes am Hamerlingpark in Wien

Ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades eines Diplom-Ingenieurs  
unter der Leitung von

Ao. Univ.-Prof. Dr.techn. Dipl.Ing. Helmut Schramm  
Institut für Architektur und Entwerfen, e253.2 Abteilung für Wohnbau und Entwerfen

eingereicht an der technischen Universität Wien Fakultät für Architektur und Raumplanung von

Florentin Friedrich Altmann  
Mat. Nr.: 9226163  
Wien, am



*Gewidmet meinen Eltern Helga und Karlheinz*



## Kurzfassung

Schwerpunkt dieser Arbeit ist das Thema des Wohnens im Alter insbesondere auch bei Pflegebedürftigkeit. In einem ersten Literaturteil werden demografische und gesellschaftliche Entwicklungen, Aspekte aus den Pflegewissenschaften, eine historische Betrachtung der Pflegeversorgung in Wien sowie bereits erprobte und alternative Wohnkonzepte eingehend betrachtet. Aus dieser Beschäftigung heraus werden für den Entwurfsteil der Arbeit maßgebende Randbedingungen abgeleitet und angewendet. Gegenstand des Entwurfsprojektes ist die Konzeptionierung und Planung eines multifunktionalen Quartiershauses am Hamerlingplatz im achten Bezirk in Wien sowie ein Vorschlag für eine Neugestaltung des bestehenden direkt angrenzenden Parks. Die Basis bilden dabei die gemeinschaftsorientierten Nutzungen einer Tagesbetreuung für Ältere, ein Kindergarten, ein Stützpunkt für einen mobilen Pflegedienst, ein Gastronomiebetrieb und ein Veranstaltungsraum. In den beiden Ebenen darüber wird als Alternative zum traditionellen Pflegeheim eine kleine und wohnortnahe stationäre Pflegeeinrichtung in Anlehnung an das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelte Hausgemeinschaftskonzept gesetzt. Charakteristisch ist dabei die Auflösung der zentralen Funktionsbereiche Großküche, Speisesaal, Wäscherei, Therapie- und Verwaltungstrakt. Im dritten Geschöß wird ein allen NutzerInnen zugänglicher Dachgarten angeordnet. Darüber liegen Wohngeschoße mit Betreutem Wohnen sowie Wohnungen für Singles, Paare und Familien. Seniorenwohngemeinschaften im Dachgeschoß vervollständigen das Angebot.

## Abstract

The focus of this theses is living situations for the elderly with emphasis on long-term care homes. In a first part of the literature the following topics will all be explored in detail: demographic and social developments, aspects of nursing science, a historical perspective of nursing care in Vienna as well as alternative living concepts and already tested ones. The framework of the design part of this project has been applied and derived as a result of thorough research of the primary topics mentioned above. Subject of the draft project is the conceptual design and planning of a multifunctional Quarters-building on Hamerlingplatz in the eighth district of Vienna, as well as a proposal for a redesign of the existing parks directly adjacent to the facilities. Basis for this is the community-oriented use of a day care for the elderly, a kindergarten, a base for a mobile nursing service, a restaurant business as well as a meeting venue. Set on the two floors above is a a small "close to home", residential stationary care facility as an alternative to traditional nursing homes that is in accordance with the household community concept developed by the Board of Trustees for German Aid of the Elderly (KDA). The characteristic of this design is to take away the need for the following key functional areas: a large kitchen, dining room, laundry facilities, therapeutic and administrative wing. On the third floor a roof garden is located that is accessible to all inhabitants. Floors four through six will house residential apartments with assisted living, varied accomodations of different size for singles, couples and families. Senior living communities will be in the attic to complete the design on offer.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen</b> .....	<b>10</b>
1.1. Der Megatrend „alternde Gesellschaften“.....	10
1.2. Der internationale Kontext.....	10
1.3. Die Situation in Österreich.....	14
1.4. Der Einfluss der Erwerbstätigkeit.....	18
1.5. Lebensformen und Wohnsituation.....	19
1.6. Umzugsbereitschaft und Wohnbedürfnisse.....	21
1.7. Familiäre Netzwerke.....	23
1.8. Fazit und Ausblick.....	24
<b>2. Aspekte der Pflege</b> .....	<b>26</b>
2.1. Pflegebedürftigkeit.....	26
2.2. Sonderfall Demenz.....	30
2.3. Konzepte und Leitbilder der Pflege.....	32
2.4. Die Situation des Pflegepersonals.....	37
2.5. Fazit und Ausblick.....	37
<b>3. Historische Entwicklung der Altersversorgung</b> .....	<b>38</b>
3.1. Von der Antike bis ins Mittelalter.....	38
3.2. Die Neuzeit.....	40
3.3. Die Folgen der Industrialisierung.....	42
3.4. Die Zeit der Jahrhundertwende.....	45
3.5. Das 20. Jahrhundert.....	46
3.6. Das Wiener Geriatriekonzept.....	49
<b>4. Altersbilder und soziologischer Hintergrund</b> .....	<b>52</b>
4.1. Altersbilder und Theorien des Alters.....	52
4.2. Differenzierung in Altersgruppen.....	54
4.3. Die Pluralisierung der Lebensstile im Alter .....	56
4.4. Das Konzept der Institution.....	57
4.5. Das Leben als Bühne.....	63
4.5.1. Leben in Privatheit.....	63
4.5.2. Leben in Gemeinschaft.....	68
4.5.3. Leben in Öffentlichkeit.....	69
4.6. Soziale Beziehungsformen.....	70
4.7. Bildung und Berufstätigkeit im Alter .....	71
4.8. Isolation und Einsamkeit im Alter.....	72
<b>5. Wohnformen im Alter</b> .....	<b>75</b>
5.1. individuelles Wohnen.....	75
5.1.1. Die angestammte Wohnung – „Wohnen zuhause“ .....	76
5.1.2. Betreutes Wohnen.....	79
5.2. Gemeinschaftliches Wohnen.....	87
5.2.1. Generationenwohnen .....	89
5.2.2. Wohngemeinschaften .....	92
5.2.3. Wohngruppen .....	95
5.2.4. „Hausgemeinschaften“ .....	99
5.2.5. Nachbarschafts- und Siedlungsgemeinschaften.....	100
5.3. Senioren- und Pflege-Wohngruppen.....	101
5.3.1. Historische Entwicklung.....	102
5.3.2. „KDA – Hausgemeinschaft“.....	109
5.3.3. Das Hausgemeinschaftmodell in Österreich.....	112
5.3.4. Demenzwohngruppen.....	114
5.3.5. Demenzdörfer.....	120
5.4. Institutionelles Wohnen.....	122
5.4.1. Entwicklung des Pflegeheimbaus .....	122
5.4.2. Alten(wohn)heime.....	125
5.4.3. Innovatives Wohn- und Pflegehaus (IWP).....	126
5.4.4. Pflege(wohn)heime.....	130
5.4.5. Betriebsgröße von Pflegeheimen.....	131
5.4.6. Seniorenresidenzen .....	134
5.5. Teilstationäre Angebote.....	135
5.6. Fazit und Ausblick.....	137
<b>6. Schlussfolgerung</b> .....	<b>140</b>
<b>7. Entwurf</b> .....	<b>141</b>
7.1. Standortwahl und -analyse.....	141
7.1.1. Bevölkerungsdaten Josefstadt.....	143

7.1.2. Wohnraum- und Einkommenssituation.....	144
7.1.3. Infrastruktur.....	144
7.1.4. Bauplatz und Widmung.....	144
7.1.5. Umgebung.....	148
7.2. Entwurfskonzept.....	152
7.2.1. Städtebauliche Aspekte.....	152
7.2.2. Freiraumkonzept.....	154
7.2.3. Tragsystem.....	156
7.2.4. Brandschutz.....	156
7.2.5. Überlegungen zur Typologie des Pflege-Zimmers.....	157
7.2.6. Entwurfsprozess.....	160
7.3. Entwurfsbeschreibung.....	162

## **8. Anhang**

Literaturverzeichnis

Danksagung

# DER SPIEGEL

№ 13 / 9.5.05  
Deutschland 3,00 €



## Wohin mit Oma?

PFLEGE-NOTSTAND IN DEUTSCHLAND



www.spiegel.de

Die große  
Klassenkampf-  
Märchenstunde

# Einleitung

## **Persönliche Motivation und Themenwahl**

Die Medienberichte über den sogenannten „Lainzer Pflegeskandal“ 1989 im Geriatriezentrum am Wienerwald mit damals weit über eintausend Bewohnern machten die problematische Situation pflegebedürftiger Menschen in Wien erstmals einer breiten Öffentlichkeit bewußt.

Im Zuge meiner beruflichen Tätigkeit für ein Wiener Zivilingenieurbüro lernte ich in den Jahren ab 2001 einige Einrichtungen der Altenpflege kennen. Die Auflösung der zentralen Wiener Kinder- und Jugendbetreuungseinrichtung „Stadt des Kindes“<sup>1</sup> im Zuge der Heimreform im Jahr 2002 und die Verteilung in Wohngemeinschaften innerhalb des Stadtgebietes führten mir gleichzeitig vor Augen, dass ehemals zentrale Versorgungseinrichtungen für spezielle Gruppen eine offenbar nicht mehr zeitgemäße Wohnform darstellten, jedoch auch aufgrund vorhandener baulicher Strukturen bestehen bleiben. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wurden im Zuge der Wiener Psychiatriereform schon Ende der 1970er Jahre zentrale Strukturen abgebaut und dezentrale wohnortnahe Unterbringungen etwa in betreuten Wohngemeinschaften als die für Viele geeignetere Wohn- und Betreuungsform gefördert.

Unmittelbarer Anlass für die Wahl des Diplomarbeitsthemas war einerseits die Teilnahme an einem Workshop im Jahre 2005 im Rahmen der Veranstaltung „vorBauen“ zum Thema „Wohnen im Alter – Bauen für's Alter“ im Pensionistenwohnhaus am

Mühlengrund in Wien, bei dem alternative Konzepte für die Pflege diskutiert wurden sowie andererseits der im Bekannten- und Familienkreis geäußerte Wunsch betroffener Personen „im Alter nur ja nicht in einem Altersheim“ landen zu wollen sowie der Hinweis, dass man als Betroffener kaum Alternativen vorfindet. Die zu Beginn des Jahrtausends medial verstärkte Diskussion über die zukünftige demografische „Überalterung“ der Gesellschaft machte die Dimension und Aktualität dieser Thematik vorallem auch für die eigene Generation deutlich.

*“Das Alter ist ein höflich Mann:  
Einmal übers andere klopft er an;  
Aber nun sagt niemand: Herein!  
Und vor der Türe will er nicht sein.  
Da klinkt er auf, tritt ein so schnell,  
Und nun heißt's, er sei ein grober Gesell.”*

Johann Wolfgang von Goethe, Das Alter, 1814

<sup>1</sup> Architekt: Anton Schweighofer, Baujahr 1968

### **Warum gendergerechte Sprache?**

Ziel einer gendergerechten Sprache ist es die Idee der Gleichberechtigung von Mann und Frau durch die Verwendung entsprechender Formulierungen sprachlich auszudrücken und umgekehrt über die bildhafte Wirkung der Sprache die Idee der Gleichberechtigung in der Vorstellung zu verankern. Hier sehe ich eine Parallele zur Thematik der Altersbilder. Abgesehen davon sollen sich beim Lesen eines Textes beide Geschlechter in gleicher Weise angesprochen fühlen.

Die Verwendung des im Deutschen häufig anzutreffenden generischen Maskulinums und das daraus abgeleitete "Mitmeinen" beider Geschlechter stellt daher aus dieser Sicht keine befriedigende Lösung dar, da laut Studien (Gygax et al. 2008) in der Vorstellung der Leser das männliche Geschlecht auch im Plural dominiert und es daher das generische Maskulinum im Deutschen nicht gibt.<sup>2</sup> Als anerkannte Möglichkeiten beide Geschlechter anzusprechen haben sich die Verwendung eines Binnen-I, eines Schrägstriches oder ein explizites Anführen sowohl der maskulinen als auch der femininen Form eines Begriffs etabliert. Man spricht dann von StudentInnen, Student/-innen oder von den Studentinnen und Studenten. Dagegen wird in der Regel angeführt, dass diese Schreibweisen ungewohnt sind und die Lesbarkeit und Verständlichkeit von Texten negativ beeinflussen. Diese Sichtweise wird jedoch von aktuellen Studien (Braun et al., 2007) widerlegt.<sup>3</sup> Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet die Verwendung neutraler Begriffe. Man spricht dann von den Studierenden und anstatt von den Lesern von den Lesenden.

<sup>2</sup> www, sci

<sup>3</sup> ebda.

In der vorliegenden Arbeit versuche ich daher möglichst neutrale Begriffe zu verwenden (das Personal anstatt die Mitarbeiter). Dort wo ich keinen solchen Begriff finden konnte oder mir ein solcher nicht passend schien, verwende ich ein Binnen-I (die BewohnerInnen anstatt die Bewohner). Begriffe, die im historischen Kontext stehen, wurden nicht verändert (Schwesternstützpunkt bei der Beschreibung traditioneller Pflegeheimkonzepte). Bei Begriffen die eine Organisation, Institution oder ein Kollektiv bezeichnen habe ich die gängigen Bezeichnungen verwendet (der Träger, der Betreiber oder die Heimleitung).



# 1. Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen

Der Begriff „Demografie“ wird mit „Bevölkerungswissenschaft“ übersetzt. Er setzt sich aus dem griechischen demos – das Volk und graphe – die Schrift zusammen. Sie beschreibt „die wirtschafts- und sozialpolitischen Bevölkerungsbewegungen“.<sup>4</sup>

## 1.1. Der Megatrend „alternde Gesellschaften“

Das Phänomen der alternden Gesellschaften und die damit verbundenen Herausforderungen sind ein hochaktuelles Thema – das Jahr 2012 war das „Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“. Bei genauerer Betrachtung begleitet uns das Thema jedoch schon viel länger. So wurde bereits das Jahr 1993 von der Europäischen Union als „Europäisches Jahr der älteren Menschen und der Solidargemeinschaft der Generationen“ ausgerufen und damit bereits vor über 20 Jahren auf dieses Thema in aller Klarheit verwiesen.<sup>5</sup>

Die relativ und absolut zunehmende Anzahl alter Menschen wurde im Zuge der Diskussionen über die Aufrechterhaltung der Sozialversicherungen (Umlageprinzip) zu einem breit diskutierten gesellschaftlichen Thema. Durch diesen vorwiegend wirtschaftlichen Diskussionsansatz wurde, für diese an sich objektive Tatsache, der negativ besetzte Begriff der „Überalterung“

geprägt.<sup>6</sup> Das Präfix „über“ impliziert dabei, dass es zu viele alte Menschen in einer Gesellschaft gibt. Da eine steigende Lebenserwartung allgemein als eine positive Errungenschaft betrachtet wird, ist daher in diesem Zusammenhang von einer „Alterung der Bevölkerung“ zu sprechen. Setzt man eine stabile Bevölkerungszahl als langfristig nachhaltiges Ziel, ist die aktuelle Entwicklung durchaus positiv zu beurteilen. Denn demografisch junge Gesellschaften mit hohen Geburtenzahlen sind gleichzeitig jene mit hoher Bevölkerungszunahme. Unabhängig von der Wertung des Phänomens hat die relative als auch absolute Zunahme an älteren Menschen Einfluss auf viele gesellschaftliche Bereiche. Um den Umfang und die möglichen Auswirkungen in einen größeren örtlichen aber auch thematischen Kontext setzen zu können, folgt zunächst ein kurzer Überblick über die internationale Situation.

## 1.2. Der internationale Kontext

Die Alterung der Gesellschaften stellt in den ehemaligen „westlichen“ Industrienationen bereits heute ein deutlich ausgeprägtes Phänomen dar und wird sich in Zukunft, mit Ausnahme von Teilen Afrikas, weltweit verbreiten.

<sup>4</sup> Duden, S. 313

<sup>5</sup> [http://europa.eu/about-eu/basic-information/european-years/index\\_de.htm](http://europa.eu/about-eu/basic-information/european-years/index_de.htm) abgerufen am 03.08.2015

<sup>6</sup> Der Begriff der „Überalterung“ wurde laut Tews bereits in den 1920er Jahren benutzt. (in: Wüstenrot 1994, S.42)

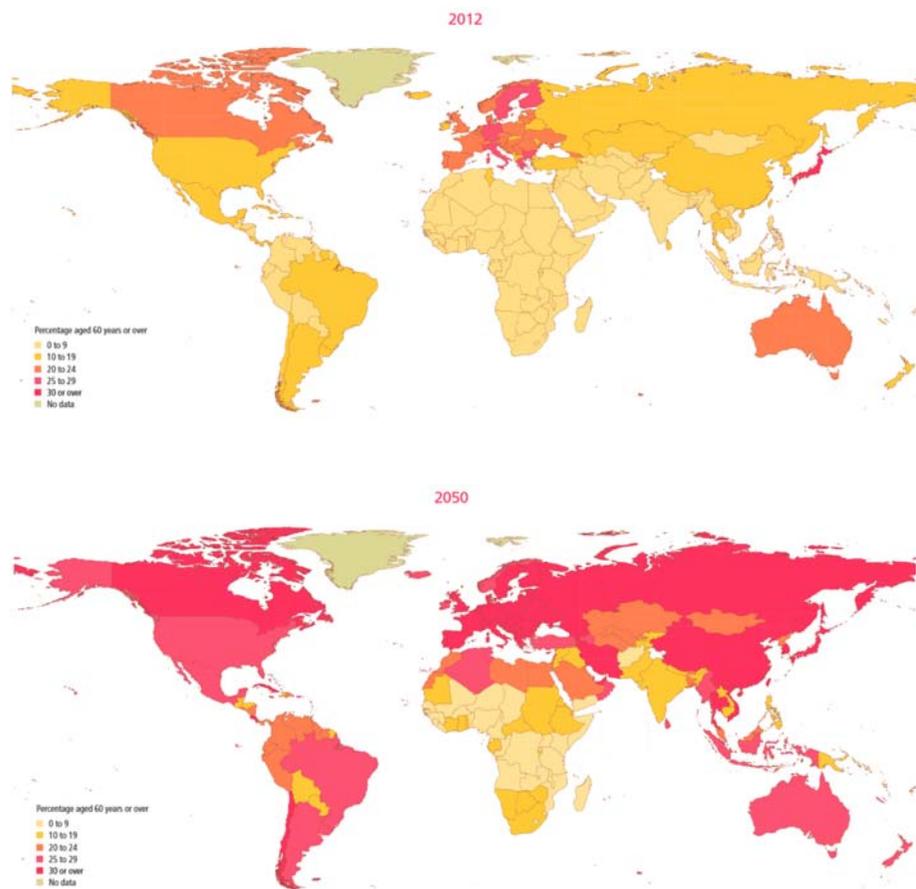


Abbildung: Bevölkerungsanteil der über 60 Jährigen im Jahr 2012 und Prognose für 2050.<sup>7</sup>

China beispielsweise wird aufgrund der Einkindpolitik der letzten Jahrzehnte im Jahr 2050 rund 440 Millionen über 60-jährige aufweisen. Im Jahr 2012 waren es 180 Millionen. Das bedeutet

<sup>7</sup> www, UN

einen Anstieg von 13 % auf 34 % bezogen auf die Gesamtbevölkerung. In Japan, einem klassischen ehemaligen Industrieland, wird sich der Anteil der über 60-jährigen von bereits hohen 32 % im Jahr 2012, einem Niveau welches China erst 2050 erreicht haben wird, bis zum Jahr 2050 weiter auf 41 % (von 40 auf 45 Mio.) erhöhen. Ein Spitzenwert, der jedoch dem Trend in vielen westlichen, vor allem europäischen Ländern entspricht.

Staat	Anteil über 60-J. in %		Anteil über 80-J. in %	
	2012	2050	2012	2050
Schweiz	23	37	4,8	13
Österreich	24	36	5	11,9
Schweden	25	31	5,3	9,6
Deutschland	27	37	5,4	13,3
Italien	27	38	6,2	12,9
Osteuropa inkl. Russland	20	33	3,4	6,6
China	13	34	1,4	7,5
Japan	32	41	7	14,4
USA	19	27	3,8	8,1
Kanada	21	31	4,2	9,6
Australien	20	29	4	8,4

Tabelle: Bevölkerungsanteil der über 60 und 80-Jährigen im Jahr 2012 und Prognose für 2050.<sup>8</sup>

In Osteuropa wird der Anteil der über 60-jährigen bis 2050 von derzeit noch geringen 20 % ebenfalls auf über 30 % steigen. Die

<sup>8</sup> www, UN

traditionellen Einwanderungsländer USA, Kanada und Australien weisen hingegen etwas niedrigere Werte auf. Durch die steigende Lebenserwartung kommt es in allen angeführten Staaten bei der Gruppe der Hochaltrigen, darunter fallen die über 80-jährigen, zumindest zu einer Verdoppelung. Berücksichtigt man die deutlich zunehmende Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter, so erkennt man die großen Herausforderungen, auf die sich diese Gesellschaften zubewegen. In China wird sich der Anteil der über 80-Jährigen von heute 20 Mio. auf knapp 97 Mio. bis zum Jahr 2050 sogar fast verfünffacht haben. Ebenfalls weltweit, auch bei stagnierenden Bevölkerungszahlen, ist der ungebrochene Trend des Zuzugs in die Ballungszentren. Vornehmlich sind es Junge, die vom Land in die Stadt ziehen. In den ländlichen Regionen bleiben daher überproportional viele Ältere zurück, womit die Altersversorgung viel schwieriger zu gewährleisten sein wird als in dicht besiedelten Gebieten. Dieser Wandel verläuft in den Schwellen- und Entwicklungsländern deutlich rascher ab als in den postindustriellen Gesellschaften.

Angesichts dieser Veränderungen stellt sich die Frage, wie die alternden Gesellschaften der Zukunft aussehen werden, und wie bereits heute darauf reagiert werden kann. Dazu meint der Bevölkerungswissenschaftler Rainer Münz in einem Interview der Zeitung „Die Presse“ aus dem Jahr 2010:

*„Es wäre eine Lüge zu behaupten, dass wir wissen, wie eine solche Gesellschaft aussieht.“ Und zu den Konsequenzen: „Wenn ich Politiker wäre, müsste ich Ihnen sagen: Wählen Sie mich, dann müssen Sie länger arbeiten, bekommen*

*weniger Geld und mehr Einwanderer. Aber das wäre die Wahrheit.“<sup>9</sup>*

Beispiele für neue Wohnkonzepte für ältere Menschen sollte man daher in den „westlichen“ ehemaligen Industrieländern Japan, Nordamerika, Westeuropa mit einem bereits hohen Anteil Hochaltriger und gleichzeitig gut ausgebauten Sozialsystemen finden. Wo die Versorgung der älteren Generation noch in Familienverbänden stattfindet, besteht nicht dieselbe Notwendigkeit sich auf die Suche nach neuen Wohn- und Pflegekonzepten zu begeben.<sup>10</sup>

### **Der „Vorreiter“ Japan**

Japan ist schon seit längerer Zeit mit dem Phänomen der Alterung seiner Gesellschaft konfrontiert. Als Antwort werden vermehrt Pflegeeinrichtungen gebaut, da sich, bedingt auch durch die moderne Arbeitswelt, traditionelle Familienstrukturen auflösen und immer mehr Alte zu vereinsamen drohen. So lebten im Jahr 2000 in dem 127 Mio. EinwohnerInnen fassenden Land ganze 26.000 SeniorInnen in 346 Alten- und Pflegeheimen, 2004 waren es mit 52.000 in 990 Einrichtungen bereits doppelt so viele.<sup>11</sup>

Bedingt durch eine traditionell geringe Zuwanderung mangelt es Japan an Hunderttausenden Pflegekräften. Daher verwundert es nicht, dass die Entwicklung von Pflegerobotern (Teddybär „Tama“ der Fa. Matsuhita) und Roboteranzügen gerade in diesem Land forciert werden.<sup>12</sup> Ein Phänomen welches nicht nur im

<sup>9</sup> www, diepresse 2010

<sup>10</sup> Entwurfsatlas Wohnen im Alter, S. 15

<sup>11</sup> Entwurfsatlas Wohnen im Alter, S. 17

<sup>12</sup> www, welt

unmittelbaren Pflegebereich, etwa für die Medikamentenverabreichung, bei der Unterstützung der Mobilität, der Überwachung (Ortungschips, Betten und Fußmatten mit Gewichtssensoren), sondern auch im Bereich der Kommunikation und sozialen Interaktion (Entwicklung von Haushalts- und Gesellschaftsrobotern (Roboterhund „Aibo“, Kuschelrobbe „Paro“ oder das Küken „Tamagotchi“) eine rasche und weltweite Verbreitung findet. Auch die Simulation der realen Umwelt, sei es durch analogen oder digitalen Nachbau, wird kritisch zu hinterfragen sein. Noch sind diese Neuerungen technische Hilfsmittel, welche die einfachen Tätigkeiten des Alltags erleichtern. Doch in naher Zukunft wird die Frage zu beantworten sein, in welchem Ausmaß Maschinen mit künstlicher Intelligenz die Aufgabe der Pflege ersetzen werden. Werden wir im Alter nicht mehr mit unseren Kindern und Enkeln, sondern etwa mit Teddybären kommunizieren – und werden wir diese Tatsache dann noch erkennen können? Obwohl der Einsatz von Robotern als vollständiger Menschenersatz aus heutiger Sicht unwirklich anmutet, scheint der Trend vorgezeichnet zu sein.

*„Die ich rief, die Geister,  
werd' ich nun nicht los.“*

Johann Wolfgang von Goethe, Der Zauberlehrling



Abbildung: Pflegeroboter „Paro“ im Pflegewohnhaus Simmering im Jahr 2014.<sup>13</sup>

Auch Europa gilt als „alternde“ Region mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Älteren. Dabei zeichnet sich in ganz Europa ein ähnliches Bild von geringen Geburtenraten bei gleichzeitig stark steigender Lebenserwartung ab. Besonders geringe Geburtenraten weisen neben Deutschland die südeuropäischen Länder Spanien, Griechenland und Italien auf. Trotz steigender Lebenserwartung würde daher die Bevölkerung Europas ohne Migration schrumpfen. Dabei wird die Bevölkerungsentwicklung durchaus unterschiedlich prognostiziert. So soll laut Eurostat die Gesamtbevölkerung in Deutschland von heute 82 Mio. auf knapp 73 Mio. schrumpfen, während Länder wie die Schweiz oder Österreich leicht wachsen

<sup>13</sup> www, kav

werden. Insgesamt wird die Gesamtbevölkerung in den EU 27 Staaten bei rd. 500 Mio. stagnieren.<sup>14</sup>

Eine Besonderheit in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist die Tatsache, dass jene Menschen die in den 1970er Jahren als junge „Gastarbeiter“ immigrierten seit einigen Jahren beginnen in das Rentenalter einzutreten. Entgegen den ursprünglichen Intentionen kehrt der Großteil von ihnen nicht in ihre ursprüngliche Heimat zurück. Aufgrund der unterschiedlichen Religion und Kultur haben diese Gruppen oft individuelle Anforderungen, die es zu berücksichtigen gilt. So wurde in Berlin-Kreuzberg im Jahr 2006 mit dem internationalen Pflegehaus „Türk Huzur Evi“ erstmals ein Pflegeheim ausschließlich für Menschen mit türkischer Herkunft eröffnet.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> www, Eurostat

<sup>15</sup> www, tue

### 1.3. Die Situation in Österreich

Bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts ist ein relativ flacher Anstieg der Bevölkerung auf 3,1 Mio. zu erkennen. Ab etwa 1810 kommt es dann bis zum Ausbruch des ersten Weltkrieges zu einem starken Zuwachs auf 6,6 Mio. EinwohnerInnen. Ursache für diese Verdoppelung der Bevölkerung in der Zeit der Industrialisierung waren einerseits hohe Geburtenraten bei gleichzeitig sinkender Sterblichkeit, andererseits eine hohe Zuwanderung. Darauf folgt mit den beiden Weltkriegern eine Phase der Stagnation. Ein weiteres deutliches Anwachsen der Bevölkerung erfolgte dann in den 1960er und 1970er Jahren durch die nach Österreich immigrierenden „Gastarbeiter“ sowie durch die starke Geburtenjahrgänge der „Baby-Boomer“ mit einem Spitzenwert von 135.000 Geburten im Jahr 1963. Zu einem weiteren Anstieg kam es in Folge des Zusammenbruchs der Sowjetunion, der Kriege auf dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien sowie durch weiter starke Geburtenjahrgänge.<sup>16</sup>

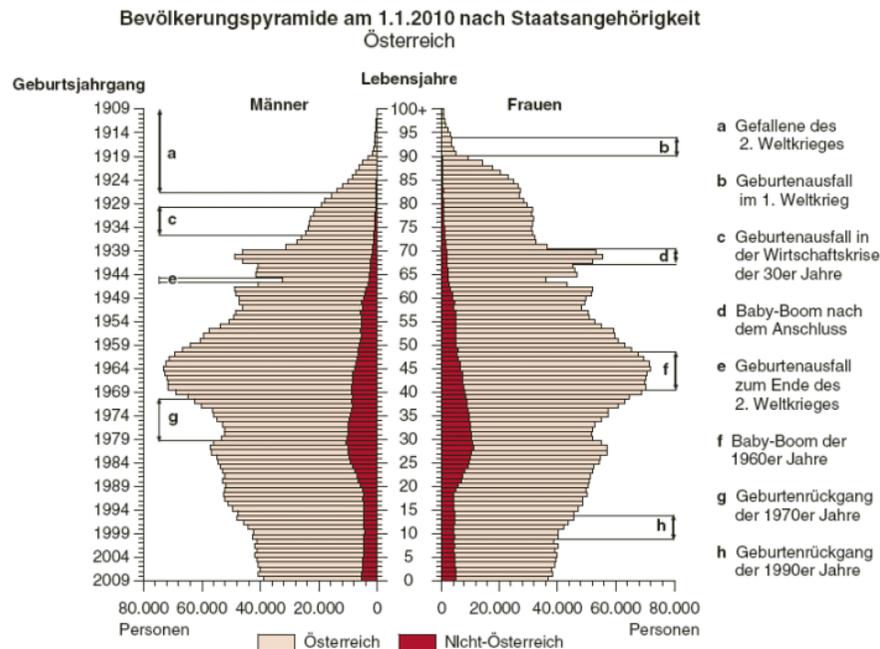
Anstatt einer Stagnation oder einem deutlichen Schrumpfen, wie noch 1998 prognostiziert<sup>17</sup>, wird aktuell von einer weiter steigenden Einwohnerzahl ausgegangen. Im Jahr 2014 betrug der Bevölkerungsstand in Österreich 8,5 Mio. und wird laut Statistik Austria bis zum Jahr 2050 auf 9,3 Mio. steigen, wobei diese Zunahme fast ausschließlich auf Immigration (inklusive dem Sekundäreffekt der dann in Österreich geborenen Kinder von Immigranten) zurückzuführen sein wird. Ohne Zuwanderung würde

<sup>16</sup> Statistik Austria, 2014, S.20

<sup>17</sup> Tazi-Preve, S. 11

Österreichs Bevölkerungszahl tatsächlich stagnieren und circa ab dem Jahr 2030 deutlich sinken.<sup>18</sup>

Bevölkerungsprognosen sind daher immer auch in Abhängigkeit von Migrationsbewegungen zu sehen. Im Unterschied zu diesen Unsicherheiten zukünftiger Bevölkerungsentwicklungen stehen die markanten Ereignisse der Vergangenheit, welche sich in der aktuellen Bevölkerungspyramide widerspiegeln.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am: 20.05.2010.

Abbildung: Bevölkerungspyramide Österreich für das Jahr 2010.<sup>19</sup>

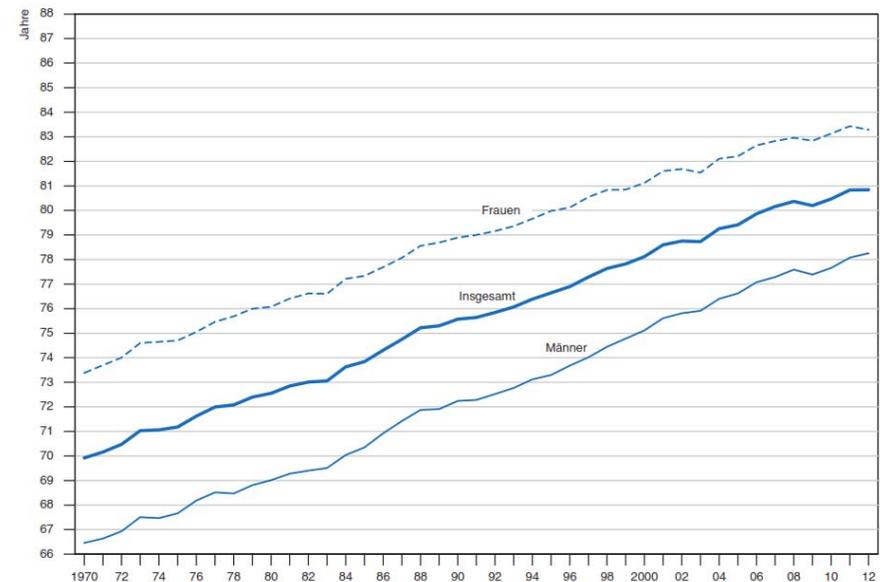
<sup>18</sup> Statistik Austria, 2014, S. 39

<sup>19</sup> www, sta 1

### Die Lebenserwartung steigt um sechs Stunden pro Tag

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich nahm seit Beginn der 1970er Jahre von 66,5 Jahren für Männer bzw. 73,5 Jahren für Frauen um 11,5 bzw. 9,5 Jahre auf knapp 78 Jahre für Männer bzw. 83 Jahre für Frauen im Jahr 2009 zu. Im Schnitt stieg daher die Lebenserwartung innerhalb dieser 40 Jahre um zehn Jahre, von knapp über 70 auf knapp über 80 Jahre.<sup>20</sup> Dies bedeutet einen Anstieg von sechs Stunden pro Tag.

2.20 Lebenserwartung bei der Geburt 1970 bis 2012 \*)  
Life expectancy at birth 1970 to 2012



Q: STATISTIK AUSTRIA. - \*) Ab 2009 vollzählige Erfassung von im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich. - 2007-2011: revidierte Daten.

Abbildung: Anstieg der Lebenserwartung bei der Geburt von 1971 bis 2009.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2014, Seite 86.

<sup>21</sup> Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2014, S. 86.

### Das Konzept des probalistischen Lebensalters

Hat man ein bestimmtes Alter – zum Beispiel 80 Jahre – überlebt, spricht man für die dann noch zu erwartenden Lebensjahre von der sogenannten Restlebenswahrscheinlichkeit (RLW). Diese hat sich für hochbetagte Menschen erst in den letzten Jahrzehnten wesentlich erhöht. Beispielsweise lag die RLW eines 80-jährigen Einwohners der Stadt Genf teilweise schon im 17. Jahrhundert bei sechs bis sieben Jahren.<sup>22</sup> Dieser Betrachtungsweise einer restlichen Lebenserwartung entspricht auch das Konzept des probalistischen Lebensalters. Die Wiener Altersforscher Sergei Scherbov und Warren C. Sanderson setzen dabei das Alter nicht mit den bereits gelebten Jahren, sondern nach dem Motto „*Wir sind so jung wie wir noch Lebensjahre vor uns haben!*“ mit der „Zukunftslebenserwartung“ gleich. Die übliche Betrachtungsweise einer Altersangabe, welche die bereits gelebten Jahre angibt, wird durch dieses Konzept quasi auf den Kopf gestellt.<sup>23</sup>

Kann man daher Menschen die noch 15 oder 20 Lebensjahre, womöglich in guter Gesundheit, vor sich haben in Zukunft noch als „alt“ bezeichnen, oder bedarf es nicht vielmehr einer Anpassung des Altersbegriffes? Konsequenterweise kann man dann in Folge auch nicht mehr von einer „Überalterung“ der Gesellschaften sprechen, da es „die Alten“ dann nicht mehr in diesem Umfang gibt.

### Der Anteil der „Alten“ steigt

Wie in den meisten europäischen Ländern wird sich die Zusammensetzung der Bevölkerung auch in Österreich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten entscheidend verändern. Maßgebende Faktoren für die Änderungen in der Bevölkerungsstruktur sind ein Rückgang der Geburten (niedrige

<sup>22</sup> Höpflinger 2003

<sup>23</sup> www, zukunftsinstut

Fertilität) und die gestiegene Lebenserwartung sowie Migrationsbewegungen der letzten Jahrzehnte. Wobei die Entwicklung der Geburten und der Migration auf die Entwicklung der absoluten Anzahl alter Menschen in der näheren Zukunft keinen bzw. nur einen geringen Einfluss haben wird. So wurde das Bevölkerungswachstum seit den 1950er Jahren fast ausschließlich von der Altersgruppe der über 60-jährigen getragen und das wird auch für die nächsten Jahrzehnte prognostiziert. Die Zahl der über 65-jährigen wird von 1,51 Mio. im Jahr 2012 auf 2,62 Mio. im Jahr 2050 steigen.<sup>24</sup>

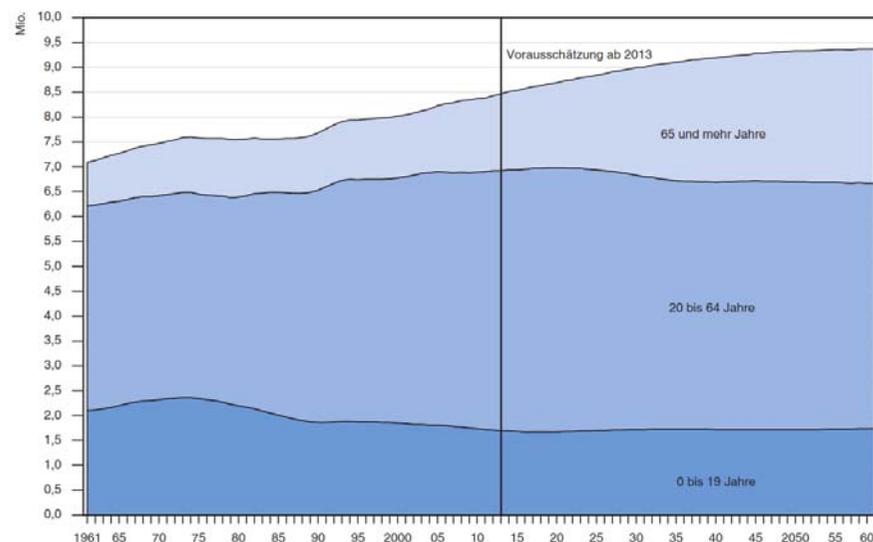


Abbildung: Bevölkerungsentwicklung 1961-2060 breite Altersgruppen.<sup>25</sup>

### Der Anteil der Hochaltrigen steigt überproportional

<sup>24</sup> Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2014, S. 16.

<sup>25</sup> Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2014, S. 53.

So werden ausgehend von derzeit rund 400.000 über 80-jährigen, im Jahr 2030 bereits über 600.000 (plus 50 %) und im Jahr 2050 mit 1,1 Mio. beinahe dreimal so viele (plus 275 %) Menschen wie im Jahr 2010 dieser Altersgruppe angehören. Die Gruppe der über 85-jährigen wird dabei von 185.000 auf 320.000 im Jahr 2030 und 593.000 im Jahr 2050 noch stärker ansteigen. Im selben Zeitraum wird die Gesamtbevölkerung von heute 8,4 Mio. jedoch nur um rund 13 % auf 9,5 Mio. moderat zunehmen.<sup>26</sup> Die gleichzeitige absolute und relative Zunahme der Anzahl der älteren Bevölkerung bezeichnet man auch als das „doppelte Altern“ und unter Berücksichtigung der überproportionalen Zunahme der Hochaltrigen spricht man vom „dreifachen Altern“.<sup>27</sup>

### **Regionale Unterschiede**

Die dargestellten demografischen Entwicklungen finden jedoch nicht in allen Regionen Österreichs in gleicher Weise statt. Die Bevölkerung wird in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Oberösterreich, für das eine Stagnation erwartet wird, bis zum Jahr 2050 deutlich zunehmen. Prozentuell am stärksten wird diese Zunahme in Wien und Niederösterreich ausfallen.<sup>28</sup> Diese Entwicklung wird jedoch sehr heterogen verlaufen. Einen deutlichen Zuwachs werden dabei die großen Städte und deren Umlandgemeinden aufweisen. Bis zum Jahr 2030 wird für das Umland von Wien ein Wachstum von über 20 % vorausgesagt. Im Gegensatz dazu finden sich Regionen wie etwa das nördliche Waldviertel, das südlichen Burgenland sowie weite Teile der

Steiermark und Kärntens mit deutlich schrumpfenden Bevölkerungszahlen.<sup>29</sup>

Markant sind auch die prognostizierten regionalen Unterschiede. Insbesondere in den ländlichen Randlagen ist der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung heute schon am höchsten und wird bis 2050 weiter steigen. Eine Besonderheit stellt Wien dar. Im Verhältnis zu Gesamtösterreich wird Wien durch eine stärkere Zuwanderung vor allem jüngerer Menschen eine im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt deutlich jüngere Altersstruktur aufweisen.<sup>30</sup>

<sup>26</sup> Statistik Austria Bevölkerungsvorausschätzung 2009, S.19ff.

<sup>27</sup> Wüstenrot 1994, S. 9

<sup>28</sup> Statistisches Jahrbuch 2010, S.55

<sup>29</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/downloads/webkarto/bev\\_prognosen01/popup.htm](http://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prognosen01/popup.htm)  
abgerufen am 05.04.2015

<sup>30</sup> www, sta 2

## 1.4. Der Einfluss der Erwerbstätigkeit

Im Jahr 2012 betrug die Zahl der Erwerbsfähigen im Alter von 20 bis 65 Jahren 5,2 Mio., das ist ein Anteil von 61,8 % der Gesamtbevölkerung von 8,4 Mio. Bis zum Jahr 2050 wird ein Rückgang der Erwerbsfähigen auf 4,98 Mio., das sind rund 53 % der Gesamtbevölkerung von dann 9,3 Mio. prognostiziert. Gleichzeitig geht der Anteil der Kinder leicht zurück.<sup>31</sup> Die Belastungsquote, das Verhältnis noch nicht Erwerbsfähiger (Jugendlastquote) und nicht mehr Erwerbsfähiger (Altenlastquote) zur jeweils erwerbsfähigen Bevölkerungsgruppe wird daher in Zukunft steigen.

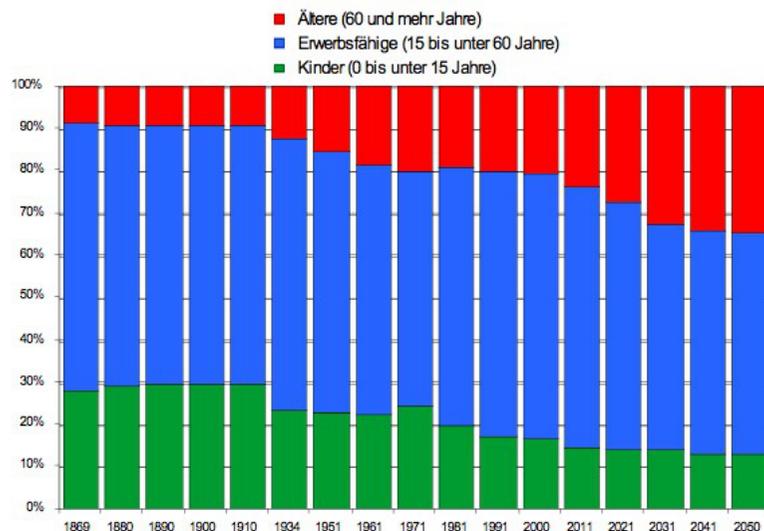


Abbildung: Anteile der Kinder, Erwerbsfähigen und Älteren in Österreich 1869 bis 2050.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2014, Seite 54.

<sup>32</sup> Statistik Austria

Kamen im Jahr 1965 auf 100 Erwerbsfähige rund 23 über 64-jährige, so waren es 2005 mit rund 26 nur geringfügig mehr. Für das Jahr 2025 werden 40 und für das Jahr 2050 bereits über 50 über 64-jährige je 100 Erwerbsfähigen prognostiziert. Das bedeutet, dass auf zwei Erwerbsfähige eine Person im (heutigen) Pensionsalter kommen wird. Dieses Verhältnis wird durch die Tatsache, dass nur ein Teil der Erwerbsfähigen tatsächlich erwerbstätig ist, und gleichzeitig auch Personen vor dem 65. Lebensjahr in Pension gehen, weiter verschärft. Laut Josef Kytir würde dies bedeuten, dass die Pensionsbelastungsquote von 435 im Jahr 1965 und 619 im Jahr 2000 auf 1.010 Pensionsbezieher je 1.000 Beitragszahler im Jahr 2030 steigen würde. Das bedeutet, dass sich im Vergleich zu 1965 entweder die Pensionsbeiträge verdoppeln oder die Pensionshöhen halbieren müssten.<sup>33</sup> Ohne Zuwanderung wäre der Rückgang noch stärker, denn der Großteil der immigrierenden Bevölkerung befindet sich im erwerbsfähigen Alter.

Diese Entwicklung betrifft, neben der Finanzierung des Pensionssystems, auch jene des Gesundheitssystems. Entscheidend wird in beiden Fällen sein, wie es gelingen kann, die Phasen der Erwerbstätigkeit und der Jahre in guter Gesundheit auszudehnen. Um diese auf uns zukommende Herausforderung zu meistern, ist ein Umfeld zu schaffen, in welchem genau diese beiden Ziele erreicht werden können. Eine Tendenz, die sich jedoch schon heute erkennen lässt, ist jene, dass es in Zukunft eine Vielzahl an älteren Menschen mit geringeren finanziellen Möglichkeiten geben wird. Der Druck, die verbleibenden finanziellen Mittel für die eigene Pflege einzusetzen, wird steigen,

<sup>33</sup> Hochaltrigkeit 2009, Seite 13f.

und auch Auswirkungen auf Haushaltsformen und Wohnungsgrößen haben.

## 1.5. Lebensformen und Wohnsituation

Österreichweit lebt der überwiegende Anteil der Menschen, 98 % der Männer und 96 % der Frauen, in Privathaushalten. Nur ein sehr geringer Prozentsatz wohnt somit in Anstaltshaushalten, in die auch alle Alten- und Pflegeheime fallen. Der Anteil älterer Menschen in derartigen Haushalten hat sich in den letzten Jahrzehnten kaum verändert und steigt erst ab einem Alter von 80 Jahren und hier insbesondere bei Frauen sehr stark an. In der Altersgruppe der 80 bis 84-jährigen auf 4 % (Männer) bzw. 9 % (Frauen) und bei den über 85-jährigen auf 8 % (Männer) bzw. 17 % (Frauen).<sup>34</sup> Insgesamt lebten im Jahr 2012 rund 66.000 Menschen in Alten- und Pflegeheimen.<sup>35</sup>

Seit mehreren Jahrzehnten ist eine überproportionale Zunahme der Anzahl der Privathaushalte zu beobachten. So stieg diese in den Jahren von 1985 bis 2009 von 2,8 auf 3,6 Mio. Dies entspricht einem Anstieg um 28 %. Im gleichen Zeitraum vergrößerte sich die Einwohnerzahl Österreichs um nur 10 % von 7,6 auf 8,4 Mio.<sup>36</sup> Daher kam es zu einer Abnahme der durchschnittlichen Haushaltsgröße. Im Zeitraum 2004 bis 2014 von 2,35 auf 2,23 Personen je Haushalt. Wien stagniert bei 2,0.<sup>37</sup> Betrachtet man nachfolgende Abbildung, wird klar, dass die lange Zeit als Maßstab für die Wohnbauproduktion herangezogene Haushaltsform, Paare

<sup>34</sup> Seniorenbericht 2000. S.58f.

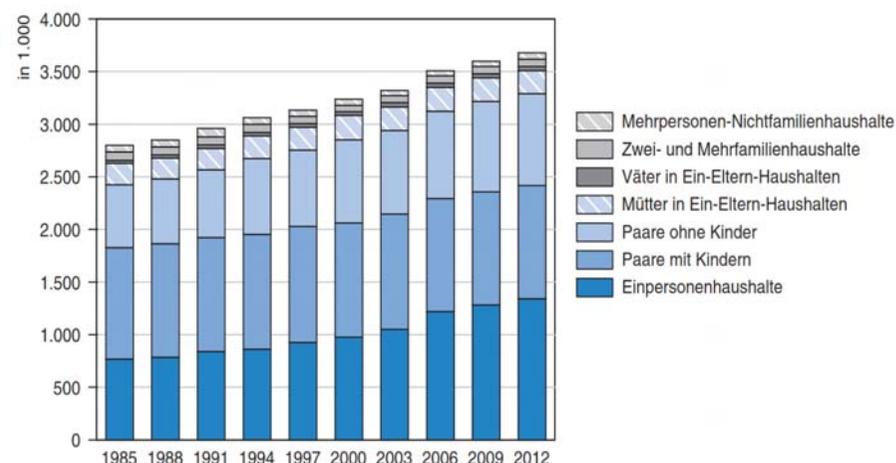
<sup>35</sup> www, sta 3

<sup>36</sup> Statistik Austria Haushaltsstatistik 2010. S. 20

<sup>37</sup> Statistik Austria, Wohnen 2014, S. 25

mit Kindern, schon lange eine Minderheit darstellt, während Ein- und Zweipersonenhaushalte zusammen bereits über zwei Drittel ausmachen.

Entwicklung der Privathaushalte nach Haushaltstyp



Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung.

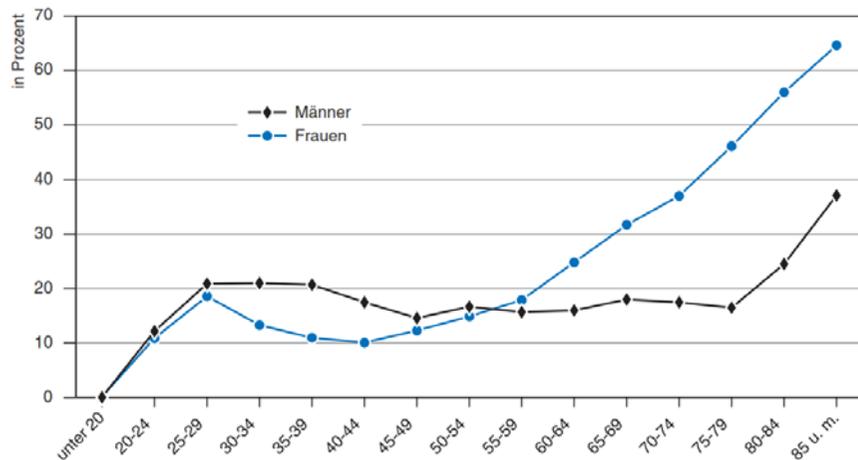
Abbildung: Entwicklung der Privathaushalte nach Haushaltstyp.<sup>38</sup>

### Ältere Menschen leben mit dem Alter zunehmend alleine

Dies betrifft besonders die zukünftig stark steigende Altersgruppe der über 60-jährigen und, aufgrund der höheren Lebenserwartung sowie des niedrigeren Heiratsalters, in viel stärkerem Ausmaß Frauen. Außerdem ist heute noch der auslaufende Effekt des zweiten Weltkrieges spürbar. So leben rund 25 % der über 80-jährigen Männer alleine. Betrachtet man die Frauen, sind es mit über 55 % mehr als doppelt so viele.

<sup>38</sup> Statistik Austria Familien- und Haushaltsstatistik 2013, S.19

Alleinlebende nach Alter und Geschlecht 2009



Q: STATISTIK AUSTRIA - Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2009.

Abbildung: Alleinlebende nach Alter und Geschlecht 2009.<sup>39</sup>

Gleichzeitig zeigt die Entwicklung eine deutliche Zunahme der Single-Haushalte bei jungen Erwachsenen. Dies wird durch Veränderungen bei der Familiengründung, hohen Scheidungsraten, sowie geringeren Kinderzahlen hervorgerufen. Dieser Trend zur Vereinzelung (Singularisierung) steigt mit zunehmendem Alter stark an, betrifft aber alle Alters- und Gesellschaftsgruppen. Eine direkte Folge dieser Entwicklungen ist der Anstieg der Wohnfläche je Person. Von 1971 bis 2011 stieg diese österreichweit von 23,1 m<sup>2</sup> auf 41,2 m<sup>2</sup> an, wobei der kontinuierliche Anstieg im letzten Jahrzehnt nicht mehr so stark ausgefallen ist und hauptsächlich im Einfamilienhausbereich stattfand. In Mehrparteienwohnhäusern betrug er in den Jahren von 2001 bis 2011 nur noch 1,3 m<sup>2</sup>.<sup>40</sup> Die Wohnfläche je Person hängt naturgemäß sehr stark von der

<sup>39</sup> Statistik Austria Haushaltsstatistik 2010. S. 21

<sup>40</sup> Statistik Austria, abgerufen am 06.10.2014 unter: [www.statistik.at/web\\_de/presse/074327](http://www.statistik.at/web_de/presse/074327)

jeweiligen Haushaltsgröße ab. Stehen Familien mit Kindern im Schnitt 33 m<sup>2</sup> und Paaren 49 m<sup>2</sup> zur Verfügung, steigt dieser Wert für Ein-Personenhaushalte der unter 30-Jährigen auf 60 m<sup>2</sup> und bei den über 60-Jährigen auf 82 m<sup>2</sup>.<sup>41</sup>

Zwei charakteristische Merkmale prägen und verändern dabei die Lebenssituation älterer Menschen. Erstens der Auszug der Kinder und zweitens der Tod des Partners oder der Partnerin. In beiden Fällen stellt sich die Frage, ob die vorhandene Wohnung der Lebenssituation angepasst werden soll oder ob man sich zu einem Umzug entschließt. Aufgrund der im historischen Vergleich einmalig guten finanziellen Lage der Älteren – der Automatismus „alt“ ist gleichbedeutend mit „arm“ gilt schon längere Zeit nicht mehr – besteht oft kein finanzieller Druck in kleinere Wohnungen umzuziehen. Die Mehrheit bleibt daher in einer großen Familienwohnung, wodurch die hohe Wohnfläche pro Person im Alter nachvollziehbar wird. Dies führt im Stadtquartier oder in einer Wohnsiedlung bei Alterung der BewohnerInnen auch gleichzeitig zu einer geringeren EinwohnerInnendichte. Es kommt zu einer Ausdünnung, die vielfältige Auswirkungen auf die Nahversorgung und Finanzierung der öffentlichen Infrastruktur hat. Aus diesem Blickwinkel heraus ist die Prämisse des Verbleibs in der angestammten Wohnung – bis ins hohe Alter – durchaus auch kritisch zu sehen, und es stellt sich die Frage, ob nicht in Zukunft viel mehr ein Verbleib im vertrauten Wohnquartier, verbunden mit einem rechtzeitigen Umzug in eine kleinere und altersgerechtere Wohnung, die Wohnbedürfnisse erfüllen könnte. Gleichzeitig würden dadurch dringend benötigte Wohnungen für Familien frei. Um einen derartigen Paradigmenwechsel zu ermöglichen,

<sup>41</sup> Statistik Austria, Wohnen 2014, S. 26f.

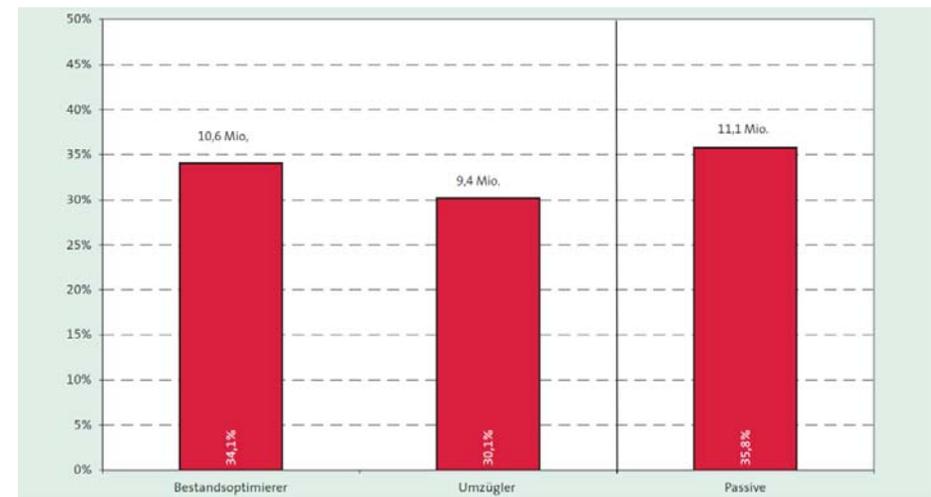
benötigen Stadtquartiere als bauliche Voraussetzung ein attraktives Angebot an seniorengerechten Wohnungen. Darüberhinaus ist ein finanzieller Ausgleich, insbesondere für MieterInnen anzudenken, um den entstehenden Nachteil eines Wohnungswechsels abzugelten.

## 1.6. Umzugsbereitschaft und Wohnbedürfnisse

Generell nimmt die Umzugsbereitschaft mit zunehmendem Alter ab. Ist ein Umzug jedoch zwingend erforderlich, wird ein solcher in die nähere Umgebung bevorzugt.<sup>42</sup> Zu berücksichtigen ist, dass Wohnungswechsel in jungen Jahren häufiger geschehen und viele Menschen in Wohnungen bzw. Häusern alt werden, die für die Phase der Familiengründung bezogen wurden und daher sehr oft nicht barrierefrei sind. Zwei spannende Fragen der Zukunft werden daher sein, in welchem Ausmaß Ältere in seniorengerechte Wohnformen umziehen, und in welchem Ausmaß Jüngere Überlegungen zum eigenen Älterwerden in ihre Entscheidungen bei der Wohnungswahl miteinfließen lassen werden. Wobei differenziert werden muss, in welche Wohnform umgezogen wird. Während der Großteil der Menschen den Umzug in ein Heim ablehnt, wird der Wechsel in eine betreute Wohnform positiver beurteilt. Jüngere Senioren sehen durchaus die Chance sich neu zu orientieren und aktiv den letzten Lebensabschnitt zu planen. Sie sind innovativen, gemeinschaftlichen Wohnformen aufgeschlossener, während für ältere Senioren der Aspekt der Sicherheit und Versorgung wichtiger wird. Um bei Bereitschaft für einen Umzug diesen tatsächlich zu realisieren, sind vermehrte Aufklärung über die Vielfalt an Wohnformen, eine Begleitung beim Umzugsprozess selbst, und geeignete, neue und den Bedürfnissen

<sup>42</sup> Lind 2005, S.8

entsprechende Wohnungen anzubieten.<sup>43</sup> Dies betrifft in besonderem Umfang große Wohnungseigentümer, wie Genossenschaften oder Gemeinden. Studien zeigen, dass immer mehr Menschen schon frühzeitig an den Umzug in eine geeignete Wohnform denken oder die Anpassung ihrer Wohnung bzw. ihres Hauses in Betracht ziehen. Im Zuge einer Studie der „Empirica AG“ in Deutschland aus dem Jahr 2006, bei der rund 3.000 über 50-jährige zu Ihrer Wohnsituation befragt wurden, konnte sich rund ein Drittel der Befragten vorstellen, noch einmal umzuziehen bzw. haben dies bereits getan.<sup>44</sup>



Quelle: Repräsentativbefragung 2006, n=3004 in Privathaushalten lebende Personen im Alter ab 50 Jahren

Abbildung: Veränderungspotential in der Generation der über 50-jährigen in Deutschland.<sup>45</sup>

<sup>43</sup> Hochaltrigkeit 2009, S.78f.

<sup>44</sup> empirica 2006. S.32f.

<sup>45</sup> empirica 2006. S.25

Bei den Beweggründen für diese „Umzügler“ sind neben einem altersgerechten Standort und Hilfsangeboten im Pflegefall auch die Nähe zu Familie und Freunden ein wichtiges Kriterium. Dementsprechend kreisen die Wünsche betreffend der Lebensform um die Themen „Wohnen mit der Familie“ und „Wohnen mit Freunden“. Dabei werden eine altersgerechte, selbstständige Wohnform und gleichzeitig der Kontakterhalt zu Familie und Freunden angestrebt. Fast 25 % möchten in einer gemeinschaftlichen Form mit anderen älteren in einem Haus bzw. in der Nachbarschaft wohnen. Das engere Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft können sich immerhin 8 % der Umzugswilligen vorstellen.<sup>46</sup>

Da ältere Menschen naturgemäß eine längere Zeit in ein und derselben Wohnung leben, steigt auch die Bindung an diese. So leben 43,2 % der über 60-jährigen MieterInnen bereits mehr als 30 Jahre und weitere 17,4 % mehr als 20 Jahre in der selben Wohnung.<sup>47</sup> Die zunehmende Befristung von Mietverhältnissen wird jedoch meiner Ansicht nach in Zukunft zu kürzeren Verweildauern führen.

Generell haben ältere Menschen keine grundlegend anderen Bedürfnisse an ihre Wohnumgebung als jüngere. Sie sind jedoch aufgrund ihres oft geringeren Aktionsbereiches und gesundheitlicher Einschränkungen in viel höherem Ausmaß von einer barrierefreien Wohnumgebung abhängig. Nach der Studie „Wie wollen wir im Alter wohnen?“ von Emnid aus dem Jahr 2011 würde ein Drittel der Befragten 50-jährigen in altersgerechte Wohnungen umziehen, zwei Drittel bevorzugen

Anpassungsmaßnahmen, um in der eigenen Wohnung bleiben zu können.<sup>48</sup> Sonderwohnformen wie Seniorenresidenzen rangieren deutlich hinter dem Betreuten Wohnen. Interessant ist, dass auch das Wohnen in einem Haus mit den eigenen Kindern nicht zu den primären Wohnwünschen zählt. Deutlich ist hingegen die Ablehnung klassischer Alten- und Pflegeheime, die lange Zeit die einzige Alternative zum Wohnen in der eigenen Wohnung darstellten.<sup>49</sup>

<sup>46</sup> empirica 2006. S.33

<sup>47</sup> Statistik Austria, Wohnen 2014, S. 37

<sup>48</sup> Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 93

<sup>49</sup> Entwurfstlas Wohnen im Alter, S. 80.

## 1.7. Familiäre Netzwerke

In Österreich werden Pflegebedürftige in der überwiegenden Anzahl der Fälle von ihren Angehörigen betreut. Österreich kann daher einem vorwiegend familialen Pflegesystem zugeordnet werden.<sup>50</sup> Durch die sich ändernden Haushalts- und Familienstrukturen (Anstieg der Single-Haushalte, Mobilität, Wohnortwechsel, hohe Scheidungsraten), die Entwicklungen in der Berufswelt mit steigender Frauenbeschäftigung und Arbeitszeitflexibilisierungen, werden die Betreuungskapazitäten in der heute noch überwiegenden Form der familialen Pflege zurückgehen. Auch sinkende Geburtenraten und vermehrte Kinderlosigkeit bedeuten, dass die traditionelle Versorgung so nicht mehr möglich sein wird und die bisher vorwiegend in der Familie erbrachten Leistungen zunehmend externer Dienstleister bedürfen.

### Der Rückgang des familialen Pflegepotentials

Laut einer Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung WIFO nimmt die Pflege durch Angehörige österreichweit von 75 % im Jahr 2008 auf 68 % im Jahr 2020 ab. Für Wien gilt ähnliches, jedoch ist in Wien die Frauenerwerbsquote bereits deutlich höher als in anderen Bundesländern und wird demnach schwächer steigen.<sup>51</sup> Rund 80 % der familialen Pflege wird von Frauen im mittleren Alter geleistet. Davon sind etwas mehr als 50 % zwischen 40 und 60 Jahre alt, weitere 37 % über 60 Jahre. Das Verhältnis dieser Gruppe der 40 bis 60-jährigen Frauen zu jener der Pflegebedürftigen wird sich durch die demografischen Veränderungen verschieben. Hinzu kommt noch eine prognostizierte Steigerung der Arbeitsmarktbeteiligung von

<sup>50</sup> Haberkern, S. 58ff.

<sup>51</sup> WIFO, S. 28ff.

Frauen dieser Altersgruppe. Eine allfällige Erhöhung des Pensionsantrittsalters von Frauen würde diese Gruppe potentieller Betreuungspersonen weiter verkleinern.<sup>52</sup> Münz & Kytir kommen im Seniorenbericht 2000 zu dem Ergebnis, dass nach 2020, wenn die ab dem Jahr 1960 geborenen ins Pensionsalter kommen, es zu einer Zunahme an kinderlosen, älteren Menschen kommen wird.<sup>53</sup>

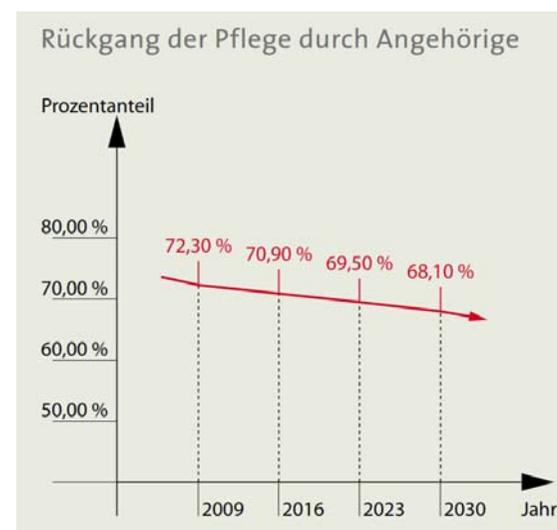


Abbildung: Prognose Pflege durch Angehörige in Wien.<sup>54</sup>

### Familiäres Netzwerk und soziale Kontakte

Für die tatsächliche Lebensführung kommt es aber nicht nur auf das bloße Vorhandensein von Kindern oder Enkelkindern an, sondern auch, ob diese in räumlicher Nähe wohnen bzw. inwieweit sie beruflich tätig sind. Dabei zeigt sich, dass rund zwei Drittel der

<sup>52</sup> WIFO, S. 19f.

<sup>53</sup> Seniorenbericht 2000, S. 68

<sup>54</sup> Stadt Wien MA24 in: Ausstellung „Das ganze Leben“

älteren Menschen in unmittelbarer Entfernung (max. 15 min.) zu ihren Kindern wohnen. Ein wesentlicher Faktor ist auch, dass viele Familienangehörige aufgrund der Schwere oder der Art der Pflegebedürftigkeit (schwere Demenz) nicht mehr in der Lage sind, die Betroffenen adäquat zu pflegen und zusätzliche professionelle Pflege notwendig wird. Die Mehrheit der älteren Menschen (98 %) über 60 Jahre hat zumindest selten Besuch von den eigenen Kindern. 55 % haben sehr häufig (täglich), 26% häufig (zumindest einmal pro Woche) und weitere 18 % haben selten oder nie (2 %) Kontakt zu den eigenen Kindern. Der hohe Anteil der Menschen mit sehr häufigen Kontakten liegt in der großen Anzahl von fast 50 % an Kindern, die im selben Haus wohnen, begründet. Insgesamt kann man daher von einem sehr dichten intergenerationellen Netzwerk in Österreich sprechen. Der Kontakt zu sonstigen Verwandten ist deutlich schwächer ausgeprägt. So empfangen 20 % der älteren Menschen über 60 Jahre häufigen und 80 % selten oder gar keinen Besuch von diesem Teil des Familiennetzwerkes. Auch steigt mit zunehmendem Alter der Anteil jener älteren, die nicht mehr von Verwandten besucht werden auf circa 25 %. Der Grund liegt sicher auch in der Tatsache, dass mit fortschreitendem Alter die Zahl gleichaltriger Verwandter abnimmt. Die sozialen Kontakte zu Freunden und Bekannten verhalten sich ähnlich wie zu den Verwandten. Mit fortschreitendem Alter kommt es zu einer Abnahme der Häufigkeit der Kontakte. Die Zahl der Älteren, die gar keine Besuche von Freunden erhalten, steigt von 11% in der Altersgruppe der 60 bis 64-jährigen auf 23% bei den über 85-jährigen. Während bei den sozialen Kontakten zu Verwandten die häufigen Besuche konstant bleiben, sinken dagegen jene zu Freunden mit dem Alter leicht. Bei der Häufigkeit aktiver Besuche ist hingegen eine deutliche Abnahme mit dem Alter zu beobachten. Die Gruppe jener die keine aktiven Besuche bei

Freunden unternimmt, steigt von 12% (60-64-j.) auf 49% (85+). Ähnliches gilt für die Besuche bei Verwandten (12 bzw. 47%). Das bedeutet, dass sich mit zunehmendem Alter der Schwerpunkt immer weiter auf die unmittelbare Wohnumgebung verlegt. So verbringen ältere Menschen deutlich mehr Zeit in den eigenen vier Wänden als jüngere. Die Wohnung wird dadurch auch emotional wichtiger und die Bereitschaft diese für einen Umzug zu verlassen sinkt.<sup>55</sup>

## 1.8. Fazit und Ausblick

Es finden somit zwei gegenläufige Entwicklungen statt. Erstens wird es in Zukunft durch die steigende Lebenserwartung eine relativ und absolut größere Anzahl alter und besonders hochaltriger Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf geben und zweitens werden gleichzeitig die Leistungen der Familien zurückgehen. Dies bedeutet, dass es in Zukunft einen steigenden Bedarf an professionellen Pflegeleistungen geben wird, um die erforderliche Qualität in der Pflege garantieren zu können. Diese Verschiebung wird insbesondere in jenen Ländern stärker sein, die bisher vorwiegend auf eine Pflege durch die Familie gesetzt haben. Während in vielen nordeuropäischen Ländern, wie zum Beispiel in Dänemark, die Verantwortung für Pflegeleistungen fast zur Gänze von staatlicher Seite getragen wird („servicebasiertes Pflegesystem“), liegt diese in den südeuropäischen Ländern stärker bei der Familie („familiales Pflegesystem“). Im deutschsprachigen Raum findet man eine Mischung aus diesen beiden Pflegesystemen. In Österreich gibt es, ebenso wie in Deutschland, einerseits ein Recht auf staatliche Pflegeleistungen, und andererseits eine grundsätzliche gesetzliche Verpflichtung der

<sup>55</sup> Seniorenbericht 2000, S. 71ff.

Kinder gegenüber den Eltern.<sup>56, 57</sup> In diesem Zusammenhang wird die Thematik des Regresses, also der allfällige Rückgriff auf das Vermögen und Einkommen der Lebensgefährten und Kinder, durch die steigende Zahl der Betroffenen die Diskussion um eine Pflegeversicherung neu aufleben lassen.<sup>58</sup> Um die Nachteile der institutionell organisierten Pflege gegenüber jener in der Familie auszugleichen, wurde, beginnend in Ländern mit einem bereits stark ausgebauten stationären Sektor (Niederlande Dänemark), nach neuen Konzepten gesucht. Wesentliche Ansätze sind dabei der Bezug zum Quartier, die Einbindung der Nachbarschaft und Wohngruppenkonzepte für Pflegebedürftige.

Angesichts des Rückgangs des Anteils der erwerbstätigen Personen und geringerer staatlicher Pensionszahlungen stellt sich die Frage, welche Ressourcen die Gesellschaft bereit sein wird, für diese Aufgaben zur Verfügung zu stellen. Eine professionelle Betreuung zuhause ist, insbesondere dann wenn sie über 24 Stunden erfolgen muss, personal- und kostenintensiv. Schon heute gibt es einen Engpass an Pflegepersonal, der nur durch ausländische Arbeitskräfte gedeckt werden kann. Sei es im legalen oder illegalen Bereich der Pflege. Eine vorwiegend nach wirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten organisierte Pflege in großen, institutionell wirkenden Heimen wird jedoch von den Betroffenen mehrheitlich abgelehnt.

<sup>56</sup> Haberkern S. 58f.

<sup>57</sup> vgl. ABGB § 143 (1): *„Das Kind schuldet seinen Eltern und Großeltern unter Berücksichtigung seiner Lebensverhältnisse den Unterhalt, soweit der Unterhaltsberechtigte nicht imstande ist, sich selbst zu erhalten, und sofern er seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind nicht gröblich vernachlässigt hat.“*

<sup>58</sup> zu den unterschiedlichen Regress-Regelungen in den Bundesländern vgl. Amann 2013, S.

Eine Verschiebung hin zu einer professionellen in stationären Einrichtungen erbrachten Pflege widerspricht offensichtlich den Wünschen und Bedürfnissen eines großen Teils der Bevölkerung, die eine Versorgung in der eigenen Wohnung präferiert.<sup>59</sup>

Wobei anzumerken ist, dass die Unterbringung in einem Heim für die Kostenträger nicht die wirtschaftlich günstigste Lösung ist, da es durch die zur Verfügung stehende Infrastruktur auch zu einem Überangebot an Leistungen kommen kann und die zu einem großen Teil unbezahlt erbrachten informellen Pflegeleistungen – etwa durch die Kinder – vermehrt entfallen. Es gilt daher Zwischenformen zu finden, welche sowohl eine höchstmögliche Selbständigkeit unterstützen, als auch gleichzeitig nur gerade so viel Betreuung und Pflege wie erforderlich erbringen können. Die Konsequenz aus der Tatsache, dass wir rund ein Drittel unserer Lebenszeit in der Pension und die letzten Lebensjahre unter Umständen in Pflegebedürftigkeit verbringen werden, erfordert, sich mit diesem Lebensabschnitt umfassender auseinanderzusetzen. Außerdem bedarf es zunehmend neuer sozialer Netze – Stichwort Wahlfamilie – welche die Rolle der verschwindenden (Groß)familie zumindest teilweise übernehmen können, denn die Institutionalisierung sozialer Beziehungen stößt meiner Ansicht nach an Grenzen.

<sup>59</sup> vgl. Dichter 2007, S.21

## 2. Aspekte der Pflege

### 2.1. Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit wird als ein „Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.“, definiert.<sup>60</sup>

Bei der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen handelt es sich jedoch um ein mit dem Alter zusammenhängendes und im heutigen Umfang neues Phänomen. Begründet wird die zunehmende Pflegebedürftigkeit hochaltriger Menschen zu einem wesentlichen Teil damit, dass der Mensch an seine biologische Grenze zu gelangen scheint. Die im Bundespflegegeldgesetz (BPGG) geregelte Unterscheidung in sieben Pflegestufen und die damit verbundene Höhe des Pflegegeldes vermitteln eine Einschätzung, in welchem Umfang Betreuungsleistungen erbracht werden müssen und welche finanziellen Leistungen damit verbunden sind. Das Pflegegeld hat dabei die Aufgabe

*„pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.“<sup>61</sup>*

<sup>60</sup> www, wik

<sup>61</sup> BPGG §1 in der Fassung vom 28.08.2015

Pflegestufe	Pflegebedarf (in Std./Monat)	Pflegegeld (in €)
1	> 65	154,20
2	> 95	284,30
3	>120	442,90
4	>160	664,30
5	>180 sowie außergewöhnlicher Pflegeaufwand	902,30
6	>180 und dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson	1.260,00
7	>180 und wenn keine zielgerichteten Bewegungen der Arme und Beine möglich sind	1655,8

Tabelle: Höhe des Pflegegeldes und Pflegestufen in Abhängigkeit des Pflegebedarfs für Österreich (Stand 2015).<sup>62</sup>

Anhand der Pflegestufen kann grob abgeschätzt werden, welches Pflegeangebot für die Betroffenen notwendig ist. Die Notwendigkeit einer dauernden Anwesenheit einer Pflegefachkraft auch in der Nacht, weitgehende Bettlägrigkeit oder der Bedarf an medizinischer Betreuung, haben massiven Einfluss auf die Art und Größe einer Pflegeeinrichtung. In Wien erfolgt beispielsweise eine Aufnahme in ein Pflegeheim erst ab Pflegestufe drei und in ein Geriatriezentrum erst ab Pflegestufe vier.<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Demenzbericht 2009, S. 151 (Tabelle aktualisiert lt. BPGG §4)

<sup>63</sup> „Das Wr. Geriatriekonzept“ in PERSPEKTIVEN S. 38 bzw. 40

Im Jahr 2014 gab es österreichweit insgesamt rund 450.000 BezieherInnen von Bundespflegegeld. Dabei fällt mit rund 69 % der Großteil auf die ersten drei Stufen. In Wien kam es innerhalb von zehn Jahren zu einem Anstieg von 60.341 Personen im Jahr 2004 auf 85.906 im Jahr 2014 – und dies obwohl der Zugang zu den ersten beiden Stufen im Jahr 2011 durch Anhebung der erforderlichen Stundenanzahl erschwert wurde. Auffallend ist der relativ stärkere Anstieg in den höheren Pflegestufen. So verdoppelte sich die Anzahl der BezieherInnen in den Stufen fünf bis sieben von 5.403 auf 11.493.<sup>64</sup>

### **Die Vitalisierung des Alters**

Eine der zentralen Fragen, die sich durch die steigende Lebenserwartung stellt, ist jene, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden. Dies hat wiederum unmittelbaren Einfluss auf die zukünftige Anzahl der Pflegebedürftigen. Dabei können vier Szenarien unterschieden werden. Die Kompressionsthese und die These der Rechtsverschiebung gehen davon aus, dass sich durch die steigende Lebenserwartung und den medizinischen Fortschritt die Phase allfälliger Pflegebedürftigkeit nach hinten verschiebt. Während bei der Rechtsverschiebung nur die gewonnenen Jahre bei guter Gesundheit verbracht werden, kommt es bei der Kompressionsthese auch zu einer Reduktion der Jahre in schlechter Gesundheit. Die Status-quo Prognose geht von einer gleichbleibenden Rate an Erkrankungen aus und die Medikalisierungsthese nimmt an, dass durch die steigende Lebenserwartung sowohl die Zeit der Pflegebedürftigkeit steigt als es auch zu einer Expansion der Morbidität kommt.<sup>65</sup>

<sup>64</sup> www.sta1

<sup>65</sup> WIFO, S. 17f.

Untersuchungen zu diesem Thema zeigen, dass bei steigender Lebenserwartung auch von einer steigenden Anzahl an Jahren in Gesundheit auszugehen ist. Die Phase mit altersbedingten Krankheiten wird demnach komprimiert (Kompressionsthese).<sup>66</sup> Man kann daher auch von einer Vitalisierung oder Verjüngung des Alters sprechen. Das subjektiv empfundene Lebensalter sinkt, aber auch der tatsächliche Gesundheitszustand in Relation zum Alter verbessert sich. Obwohl einiges für diese Kompressionsthese spricht, ist umstritten, ob dies auch in Zukunft so kommen wird.<sup>67</sup>

### **Die Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen**

Zwei Effekte werden in der näheren Zukunft die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Österreich stark ansteigen lassen. Da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit steigt, wird der Effekt der steigenden Lebenserwartung und die daraus resultierende höhere Zahl an Hochaltrigen den Umfang der notwendigen Betreuungs- und Pflegeleistungen steigen lassen. Dieser Effekt wird durch den Eintritt geburtenstarker Jahrgänge der Nachkriegsgeneration (Babyboomer) in die Phase des hohen Alters verstärkt. Die tatsächliche Entwicklung hängt allerdings sehr stark von den zugrunde liegenden Prognosemodellen ab. Wobei in allen Szenarien jedenfalls ein deutlicher Anstieg erwartet wird.

<sup>66</sup> WIFO, S. 18.

<sup>67</sup> Hochaltrigkeit 2009, S.17

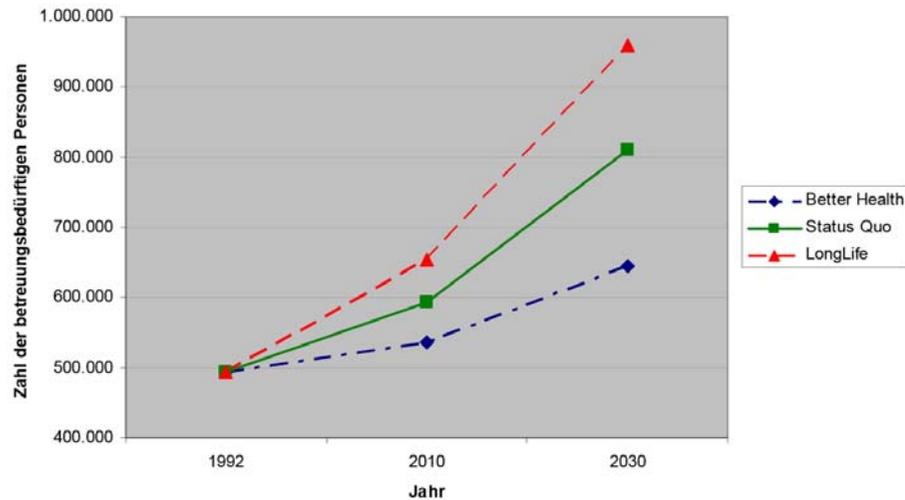


Abbildung: Zahl der betreuungsbedürftigen Personen in Österreich 2010 bis 2030.<sup>68</sup>

Ausgehend von 500.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2009, prognostiziert Badelt für das Jahr 2030 für die Variante „Status-quo“ 811.159, für die Variante einer Expansion („Long Life“) 959.851 und für die Variante einer Kompression („Better Health“) 645.054 Pflegebedürftige.<sup>69</sup> Amann gibt den Anteil der Pflegegeldbezieher ab Stufe eins je Altersgruppe für das Jahr 2010 für die über 81-Jährigen mit rund 60 %, für die 61 bis 80-Jährigen mit 10 % und die unter 60-Jährigen mit 1,3 % an.<sup>70</sup> Die Anzahl der Pflegefälle wird dabei nur in der Altersgruppe der über 80-Jährigen stark steigen, in der Gruppe der 61 bis 80-Jährigen konstant und bei den unter 60-Jährigen sinken.<sup>71</sup> Die in dieser Darstellung nicht enthaltene

<sup>68</sup> U. Schneider, S. 15

<sup>69</sup> U. Schneider, S. 15 (Prognosezahlen nach Badelt, S. 111)

<sup>70</sup> Amann 2013, S. 17

<sup>71</sup> Amann 2013, S. 23f.

Gruppe jener, die Betreuungsbedarf haben jedoch die Pflegestufe 1 nicht erreichen, wird für das Jahr 2010 auf rund 200.000 Personen geschätzt.

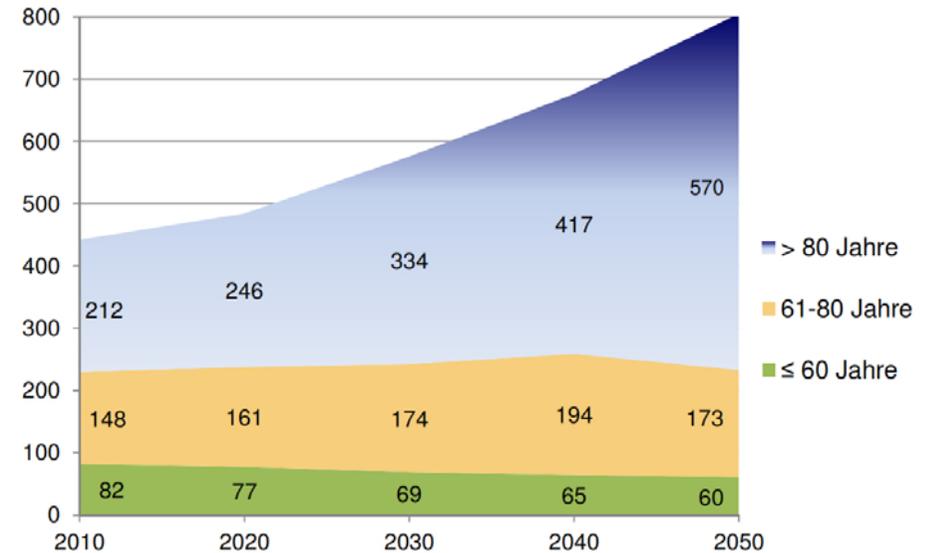


Abbildung: Prognose (Hauptszenario) der Pflegefälle nach Altersklassen in 1.000 Personen<sup>72</sup>

### Dementielle Erkrankungen

Die Entwicklung dementieller Erkrankungen spielt bei der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen eine entscheidende Rolle, da hier sehr oft eine Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung erfolgt. Die Betreuung zuhause durch Familienangehörige stößt bei dieser Gruppe sehr oft an ihre Grenzen. Wie eine Studie in zehn europäischen Ländern zeigt, steigt die Anzahl an Demenzerkrankten mit dem Alter stark an. Laut EURODEM Studie liegt diese in der Altersgruppe der 60 bis 64-jährigen bei 1%, steigt

<sup>72</sup> Amann 2013, S. 24

dann jedoch stark an. In der Gruppe der 80 bis 84-jährigen liegt sie bei 13 % und bei den 90 bis 94-jährigen bei 32 %. Vor dem Hintergrund einer steigenden Lebenserwartung muss daher in Zukunft mit einer deutlich steigenden Zahl an Demenzerkrankten gerechnet werden.<sup>73</sup> In Wien etwa geht man für die Zukunft davon aus, dass rund 80 % der BewohnerInnen in Einrichtungen der stationären Pflege mit dementiellen Erkrankungen leben.<sup>74</sup> Aber bereits heute sind Demenzerkrankungen mit Abstand die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit im Alter.

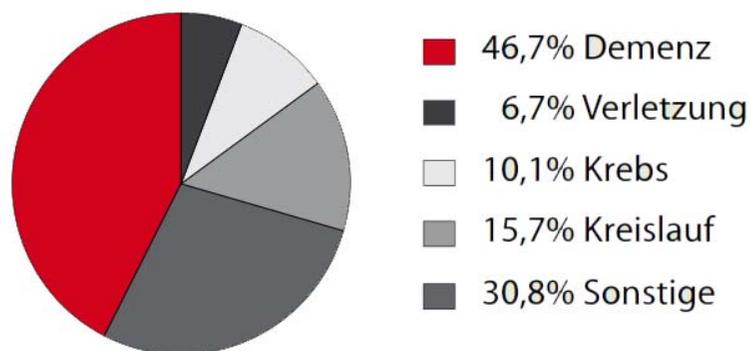


Abbildung: Gründe für Pflegebedürftigkeit in Wien.<sup>75</sup>

Laut Staak sind mehr als 60 % der BewohnerInnen von Altenpflegeheimen zumindest an einer leichten Demenz erkrankt.<sup>76</sup> Österreichweit wird, ausgehend von rund 110.000 im Jahr 2010, mit

<sup>73</sup> Demenzbericht, S. 12ff

<sup>74</sup> Leeb, S. 16

<sup>75</sup> Stadt Wien, MA 24 in der Ausstellung „das ganze Leben“

<sup>76</sup> Staak, S. 7

einer Zunahme um rund 160.000 Erkrankten auf rund 270.000 Demenzerkrankten im Jahr 2050 gerechnet.<sup>77</sup> Die auf die Gesellschaft zukommenden Veränderungen zeigt das Verhältnis von Demenzerkrankten zu Erwerbstätigen. Im Jahr 1951 betrug dieses noch 1:120, im Jahr 2050 wird es sich laut Prognosen auf 1:15 reduziert haben.<sup>78</sup>

### Leben im Pflegeheim

Anhand von Daten aus Oberösterreich möchte ich kurz die Situation in Pflegeheimen darstellen. PflegeheimbewohnerInnen sind zu 77 % weiblich und gehören tendenziell niedrigeren sozialen Schichten an. Fast 50 % sind über 85 Jahre alt, 23 % zwischen 81 und 85 Jahre und lediglich 15 % jünger als 75 Jahre. Das Durchschnittsalter beträgt rund 83 Jahre, wobei eine Tendenz zu einem höheren Eintrittsalter erkennbar ist. In dem untersuchten Jahr 2010 verstarben rund 22 % der BewohnerInnen. Die Verweildauer dieser Personen war dabei sehr unterschiedlich. Rund 19 % lebten weniger als drei Monate, 37 % weniger als ein Jahr, knapp 42 % zwischen einem und fünf Jahren und 21 % mehr als fünf Jahre im Pflegeheim.<sup>79</sup> Ähnliche Werte zeigt eine Erhebung für Pflegeheime in der Steiermark und Wien.<sup>80</sup> Der Pflegebedarf der BewohnerInnen stieg dabei in den letzten Jahren deutlich. Hintergrund dürfte der Ausbau der mobilen Dienste und das höhere Eintrittsalter sein. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes von Menschen im Pflegeheim und von zuhause Wohnenden zeigt sehr deutlich die sehr unterschiedliche

<sup>77</sup> Demenzbericht, S. 18

<sup>78</sup> Demenzbericht, S. 15 bzw. 19

<sup>79</sup> Amt der Oö Landesregierung (Hrsg.): Alten- und Pflegeheime in Österreich – Bericht. Linz. 2011. S. 13f.

<sup>80</sup> ÖPIA, S. 132f.

Situation. Während in Privathaushalten noch 61 % einen guten Gesundheitszustand (rüstig, fit) aufweisen, sind dies in Pflegeheimen lediglich 4 %. PflegeheimbewohnerInnen sind zudem stark in ihrer Mobilität eingeschränkt, 48 % verwenden regelmäßig auch einen Rollstuhl (in Privathaushalten 1,8 %), 12 % sind bettlägrig, 56 % können sich alleine anziehen und 37 % können alleine Stiegen steigen (in Privathaushalten jeweils rund 95 %). Interessant sind auch die angegebenen Alltagsaktivitäten der PflegeheimbewohnerInnen. Knapp 90 % geben Fernsehen, gefolgt von Lesen 65 %, regelmäßigen Spaziergängen 35 %, Spielen 30 %, Lösen von Denksportaufgaben 27 %, Handarbeiten 20 % und das Empfangen von Besuchen 52 % als Aktivitäten im Alltag an.<sup>81</sup>

## 2.2. Sonderfall Demenz

Der Begriff der Demenz leitet sich aus dem Lateinischen ab, und bedeutet wörtlich übersetzt „ohne Verstand“. Die bekannte Gerontologin und Begründerin der Validationsmethode Naomi Feil merkte dazu in einem Interview kritisch an: *„Daher verwende ich auch den Begriff Demenz nicht, der ist sehr respektlos, denn das heißt so viel wie „ohne Geist“ und das stimmt absolut nicht. Das Gehirn von alten und sehr alten Menschen altert eben, wie der Körper auch. Das ist Teil des Lebens und des Alterns, aber keine Krankheit.“*<sup>82</sup> Nach Feil ist das Phänomen, welches mit Demenz beschrieben wird, daher keine Krankheit sondern vielmehr eine Alterserscheinung. In diese Richtung argumentiert auch der deutsche Soziologe und Theologe Reimer Gronemeyer. Nach Gronemeyer wird Demenz durch die Klassifizierung als Krankheit und die damit verbundene Andeutung einer Heilung in den Bereich

<sup>81</sup> ÖPIA, S. 132f.

<sup>82</sup> "Die Presse", Print-Ausgabe, 22.11.2012

der Medizin- und Pharmaindustrie gerückt und unterstellt dieser Demenzindustrie ein allzu großes wirtschaftliches Interesse. Im Gegenzug behauptet er einen Zusammenhang mit der sozialen Isolation in den Industrienationen zu erkennen, und fordert eine neue „Kultur des Helfens“ sowie eine „Neuerfindung der nachbarschaftlichen Gesellschaft“.<sup>83</sup> Aufgrund der Verwendung in Fachpublikationen und einer fehlenden Alternative verwende ich den Begriff trotz dessen abwertender Betrachtungsweise. Demenzerkrankungen werden definiert als:

*„Geistiger Verfall, der zum Abbau der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führt. Das Auffällige sind Störungen des Gedächtnisses (Kurz- und Langzeitgedächtnis), der Aufmerksamkeit, des Planens und Handelns der psychomotorischen Funktionen und der Verfall der Persönlichkeit. Sobald die Patienten nicht mehr in der Lage sind, die Aufgaben des Lebens zu meistern, ist die Definition der Demenz erfüllt.“*<sup>84</sup>

Angesichts der demografischen Entwicklung kann die Demenz als die Alterskrankheit der Zukunft bezeichnet werden. Ein Bauen für Menschen mit Pflegebedarf bedeutet daher immer auch ein Bauen für Menschen mit Demenz. Es kann zwischen drei verschiedenen Graden der Demenz unterschieden werden. Bei leichter Demenz ist trotz Beeinträchtigungen ein selbständiges Leben möglich. Sie ist von einer leichten Abnahme des Kurzzeitgedächtnisses, der

<sup>83</sup> Interview in der Tageszeitung „Die Welt“ vom 13.02.2013

<sup>84</sup> Reuter, P.: Springer Lexikon Medizin. Springer Verlag, Berlin 2004.

intellektuellen Fähigkeiten, der zeitlichen und örtlichen Orientierungsfähigkeit, Wortfindungsstörungen, Unruhesymptomen, etc. gekennzeichnet. Bei mittelschwerer Demenz wird fremde Hilfestellung nötig, weiters können ein starker Bewegungsdrang (das allgemein bekannte „Wandern“) aber auch Aggressionen auftreten. Auch die Fähigkeit des Wiedererkennens vertrauter Personen schwindet, ein für Angehörige oft sehr schmerzhafter Prozess. Bei schwerer Demenz ist eine intensive 24-Stunden-Betreuung erforderlich. Eine selbständige Versorgung ist nicht mehr möglich. Auch die Sprachfähigkeit kann vollständig verloren gehen.<sup>85</sup> Menschen mit leichter oder mittelschwerer Demenz können noch sehr mobil sein. Bei weit fortgeschrittener Demenz kommt es auch zu gravierenden körperlichen Einschränkungen, die bis zur Bettlägrigkeit führen.<sup>86</sup>

### **Betreuungskonzepte**

Bei der Betreuung dementer Personen können hinsichtlich der Gruppensatzung grundsätzlich zwei Konzepte unterschieden werden. Das „*segregative Modell*“ sieht die Betreuung dementer Menschen in einer homogenen Gruppe, das „*integrative Modell*“ in einer heterogenen, zusammen mit kognitiv gesunden Menschen vor. Dazwischen liegt das „*teilsegregative Modell*“, bei dem zwar ein gemeinsamer Wohnbereich genutzt wird, die Betreuung tagsüber jedoch getrennt erfolgt.<sup>87</sup> Es dürfte bei der Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz sehr vieles für die Bildung homogener Gruppen sprechen, da die Art der Erkrankung eine besondere Betreuung bedarf und dies für

psychisch gesunde MitbewohnerInnen sehr belastend sein kann.<sup>88</sup> Zudem kann die Umgebung speziell auf die Bedürfnisse abgestimmt werden. Dabei darf eine segregative Betreuung nicht als Ausgrenzung oder gar Ghettoisierung missverstanden und generell favorisiert werden. Auch demenzerkrankte BewohnerInnen sollen solange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben und erst dann gesondert betreut werden, wenn sie ihre MitbewohnerInnen durch ihr besonderes Verhalten zu sehr belasten.<sup>89</sup> Aber auch integrative Ansätze haben nach wie vor ihre Verfechter. Klaus Pawletko vom Verein „Freunde alter Menschen“ in Berlin gründete Mitte der 1990er Jahre die erste Demenz-WG mit Kranken und Gesunden in einem Wohnungsverband und es gibt Nachfolgeprojekte in ganz Deutschland.<sup>90</sup> Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft empfiehlt bei leichter Demenz eine integrative Betreuung, bei mittlerer bis schwerer Demenz ohne herausforderndes Verhalten eine integrative oder isolierte Betreuung, bei mittlerer bis schwerer Demenz mit herausforderndem Verhalten eine räumlich getrennte, isolierte Betreuung in dementenspezifischen Milieus.<sup>91</sup>

Hinsichtlich der Gruppengröße gibt es nach Heeg bisher nur Empfehlungen von Experten, jedoch noch keine abgesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse.<sup>92</sup> Für demente BewohnerInnen werden Gruppengrößen von max. zwölf bis 15 Personen empfohlen, da mit zunehmender Größe die Störung durch besondere Verhaltensweisen zunimmt. Zudem kann die Betreuung

<sup>85</sup> Hager, S. 9 bzw. Dettbarn-Reggentin, Abschnitt 2.2.4, S. 3

<sup>86</sup> Heeg 2008, S. 10f

<sup>87</sup> Hager, S. 17

<sup>88</sup> Hager, S. 8

<sup>89</sup> Wojnar 2001, S. 51

<sup>90</sup> www. ze

<sup>91</sup> Heeg 2008, S. 20

<sup>92</sup> Heeg 2008, S. 36 u. 40f.

in kleineren Gruppen individueller erfolgen.<sup>93</sup> Auch Michell-Auli/Sowinski zeigen anhand internationaler Beispiele, dass das Leben für Menschen mit Demenzerkrankungen in kleinen überschaubaren Gemeinschaften für die Betroffenen sinnvoll ist.<sup>94</sup> Da Demenzerkrankungen auf absehbare Zeit nicht als heilbar gelten, wird verstärkt versucht, die Lebenssituation sowie die Umweltbedingungen der Betroffenen zu verbessern. Um den Einfluss der Umwelt auf pflegebedürftige Menschen und insbesondere jene mit einer Demenzerkrankung beurteilen zu können, werden seit den 1970er Jahren dahingehende wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt. Da sich demente Personen selbst nur noch schwer artikulieren können, sind Nutzererfahrungen und empirische Beobachtungen notwendig. Unter den Begriff der Umwelt fallen dabei neben den baulichen auch soziale und organisatorische Einflüsse. Im sogenannten „competence-press-model“ von Lawton & Nahemow aus dem Jahr 1973 wird davon ausgegangen, dass für das Wohlbefinden eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den Anforderungen der Umwelt (press) und den Fähigkeiten des Einzelnen (competence) gegeben sein muss. Weiters wird postuliert, dass bei abnehmender Kompetenz der Einfluss der Umweltfaktoren zunimmt und das Verhalten des Individuums beeinflusst. Dies trifft auf Menschen mit Demenz in ganz besonderem Maße zu. Vielfach fühlen sich Menschen mit Demenz Umweltreizen wie Lärm, Unruhe, mangelnder Orientierung oder Rückzugsmöglichkeiten hilflos ausgeliefert. Sie reagieren darauf vielfach mit Angst, Depressivität oder dem bekannten Wanderverhalten.<sup>95</sup>

<sup>93</sup> Heeg 2008, S. 40.

<sup>94</sup> Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 70

<sup>95</sup> Heeg 2008, S. 61f.

Der Psychologe Tom Kitwood empfiehlt zwölf Aktivitäten, die im Umgang mit Demenzerkrankten einen positiven Beitrag leisten können. Unter anderem ist dies ein sicherer Raum, in dem immer eine vertraute Person anwesend ist („holding“). Für die BewohnerInnen in einer Pflegeeinrichtung sind daher Blickbeziehungen zu diesem vertrauten Ort wichtig. Durch das gemeinsame Zubereiten der Speisen können die Verbundenheit zu anderen Personen und der Wunsch, sich als nützliches Mitglied der Gemeinschaft einzubringen, zum Ausdruck gebracht werden („giving“). Durch Gruppenaktivitäten und gemeinsame Mahlzeiten („collaboration“) und das Feiern von Festen („celebration“) können das Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt sowie eine positive Stimmung erzeugt werden. Kreativität entsteht bei Demenzerkrankten, wenn diese ihre Fähigkeiten einbringen können und selbst aktiv werden. Kitwood führt dafür das gemeinsame Singen („creation“) und den Spaß an gemeinsamen ziellosem Tun („play“) an.<sup>96</sup>

## 2.3. Konzepte und Leitbilder der Pflege

In der Literatur findet sich eine große Anzahl an verschiedenen Pflegekonzepten und Leitbildern, insbesondere auch im Bereich der Behandlung von Demenzerkrankungen. Nachfolgend wird daher nur eine kleine Auswahl erläutert.

### Das Subsidiaritätsprinzip

Im Bezug auf die Versorgung von Pflegebedürftigen bedeutet dies, dass primär die bestehenden Möglichkeiten des Betroffenen und seiner Angehörigen genutzt werden sollen. Erst an zweiter Stelle,

<sup>96</sup> Kitwood 2008 zitiert in Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 71ff.

daher subsidiär, steht die Inanspruchnahme externer Angebote oder der Umzug in eine Pflegeeinrichtung.<sup>97</sup> Daraus leitet sich das „Stufenmodell“ der Versorgung ab, in dem an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Angebote gemacht werden (Hausarzt, ambulante Pflege, Betreutes Wohnen, Tagespflege, Pflegeheim, Geriatriezentrum, Krankenhaus, Hospiz).

### **Das Prinzip „ambulant vor stationär“**

Unter ambulanter Pflege versteht man die Pflege durch mobile Dienste und Angehörige in der privaten Wohnumgebung der Betroffenen – die Pflege kommt nach Hause. Den MitarbeiterInnen der Pflegedienste kommt dabei die Rolle des „Gastes“ zu. Der Betroffene befindet sich im gewohnten und geschützten Raum der privaten Wohnung. Die Pflege kann dabei in Zusammenarbeit mit den Angehörigen erfolgen und richtet sich nach dem persönlichen Bedarf. Im Gegensatz dazu erfolgt die stationäre Pflege meist in einer institutionellen Einrichtung, in der das Pflegepersonal „zuhause“ ist. Der Betroffene kommt wie ein „Gast“ in eine für ihn fremde Umgebung. In der stationären Pflege besteht theoretisch die Gefahr der Überversorgung durch dauernd anwesendes Pflegepersonal. Zudem ist eine Einbindung von Angehörigen schwieriger. Das Konzept *„ambulant vor stationär“* ist insofern als ein Paradigmenwechsel anzusehen, da sich nicht mehr der betroffene Mensch von einer zur nächsten Stufe der Pflegeeinrichtungen, sondern, ganz im Gegenteil, sich die Pflege zum Menschen hin bewegt. Der Mensch bleibt in seiner gewohnten sozialräumlichen Umgebung und wird nicht mehr herausgerissen und fremdbestimmt verlegt. Natürlich hat auch dieses Leitbild Grenzen und Nachteile – die allgemein gültige Lösung gibt es nicht.

<sup>97</sup> lat. subsidiarius: helfend, als Aushilfe dienend, nachrangig

Das Angebot der ambulanten Pflege, obwohl in Wien bereits in den 1960/70er Jahren entwickelt, wurde erst durch das Hausbetreuungsgesetz im Jahr 2007 österreichweit auf eine rechtliche Basis gestellt. Für diese sogenannte „24-Stunden-Pflege zuhause“ schließen die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige ein Betreuungsverhältnis direkt mit selbstständigen PflegerInnen ab.<sup>98</sup> Vor dem Jahr 2007 spielte sich dieser Bereich der Pflegeversorgung weitgehend in der Illegalität und daher ohne jede öffentliche Kontrolle ab. Der geltende Grundsatz „ambulant vor stationär“ stößt jedoch nach Meinung der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Sonja Wehsely, bei der Pflege zuhause durch Angehörige oft an Grenzen. Einerseits fehlt es diesen sehr oft an pflegerischem Wissen, andererseits bringt die Pflege in der Familie sehr hohe Belastungen mit sich. Darüberhinaus gibt es bei der informellen Pflege durch Familienmitglieder keine Qualitätsicherung.<sup>99</sup>

Das Angebot ambulanter Pflegedienstleistungen wurde in den letzten Jahren, so wie in vielen europäischen Staaten, auch in Österreich massiv ausgebaut. Dieser Prozess der Verschiebung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen weg von den stationären Einrichtungen hin zu den Betroffenen wird daher auch als Ambulantisierung bezeichnet.<sup>100</sup> Das Leitbild *„ambulant vor stationär“* räumt grundsätzlich der ambulanten Versorgung Priorität vor einer stationären Versorgung ein, und lässt sich auf das Subsidiaritätsprinzip zurückführen.<sup>101</sup>

<sup>98</sup> „Das Wr. Geriatriekonzept“ in PERSPEKTIVEN S. 25

<sup>99</sup> Leeb, S.31

<sup>100</sup> Martin Dichter, 2007, s.28f.

<sup>101</sup> Ambulant = nicht ortsfest, umhergehend; lat. „ambulare“ = spazieren gehen, zu Fuß gehen, umhergehen.

Stationär = ortsgewunden, fest, stillstehend; lat. „statio“ = Standort

### **Das Konzept der Alltagsnormalität**

Dabei stehen nicht mehr die Pflege sondern die Bedürfnisse und die Lebensqualität der betroffenen Menschen im Mittelpunkt. Der Charakter des Wohnens wird in den Vordergrund gestellt. Alltägliche Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen und bügeln, Aufräumen, etc. sollen nicht grundsätzlich an die Institution ausgelagert werden, sondern Teil des Alltagsleben bleiben. Dabei geht es neben der Schaffung eines wohnlichen Umfeldes auch um die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, die Ermöglichung von Gemeinschaft und Teilhabe an der Gesellschaft. Folgt man dem Leitbild der Alltagsnormalität konsequent, muss man auch für das äußere Erscheinungsbild von Pflegeeinrichtungen die Forderung erheben, dass diese mehr einem normalen Wohngebäude als einem Sonderbauwerk gleichen. Das Vermeiden eines institutionellen Charakters stellt dabei ein wichtiges Element dar. Auch die Innenraumgestaltung soll mit „Wohnen“ anstatt mit Krankenhaus oder Heim assoziiert werden.

### **Das Konzept der Bezugspflege**

Bezugspflege beschreibt den Ansatz, dass innerhalb einer Pflegeorganisation jedem Bewohner oder jeder Bewohnerin eine verantwortliche Person des Pflegepersonals zugeordnet wird. Ziel ist es, dass das Betreuungspersonal nicht ständig wechselt und so eine Beziehung aufgebaut werden kann. Der Mitarbeiter soll dabei möglichst alle im Zusammenhang mit den jeweiligen BewohnerInnen stehenden Tätigkeiten ausüben bzw. zumindest organisieren. Im Gegensatz dazu stehen die Funktionspflege und die Bereichspflege.

### **Die „EDEN-Alternative“**

Das Konzept der EDEN-Alternative wurde im Jahr 1992 von dem New Yorker Arzt und Leiter eines Pflegeheimes William Thomas zusammen mit seiner Frau Judy Meyer-Thomas entwickelt und fand seither eine wachsende, weltweite Verbreitung. Bis heute gibt es rund 300 Alters- und Pflegeheime, vorwiegend in den USA, die nach diesem Konzept umgesetzt wurden. Ausgangspunkt für die Entwicklung dieses alternativen Pflegekonzeptes war die Konfrontation mit den Einsamkeitsgefühlen einer seiner HeimbewohnerInnen. Da es sich bei Pflegeheimen meist um Institutionen nach dem Muster eines Krankenhauses handelte, ging es immer um die Behandlung von Krankheiten – die Beseitigung von Defiziten. Wie Krankenhäuser waren auch Pflegeheime lange Zeit isoliert vom realen Leben. Ziel der EDEN-Alternative ist es, Einsamkeit, Langeweile und Hilflosigkeit zu minimieren, die als die Hauptursache für die Leiden der Menschen angesehen werden. Nicht die minutiös durchorganisierte Pflege mit minutenweiser Abrechnung soll den Alltag dominieren, sondern Spaß und Genuss. Das Wohlbefinden der BewohnerInnen steht im Zentrum aller Bemühungen. Um das zu erreichen, werden vier wesentliche Punkte angeführt. Erstens Gemeinschaft schaffen und damit Einsamkeit lindern, zweitens Aufgaben und Verantwortung übertragen, drittens Selbstbestimmung und Mitsprache fördern und damit Hilflosigkeit lindern und viertens Abwechslung und Spontanität zulassen und so Langeweile verhindern. Um Gemeinschaft entstehen zu lassen, soll die Hierarchie von Institution – MitarbeiterInnen – BewohnerInnen abgebaut bzw. beseitigt werden. Aufgaben und Verantwortung übernehmen, bedeutet Mitarbeit beim Kochen, Betreuung von Haustieren, Beaufsichtigung von Kindern, Übernehmen von Haushaltsaufgaben, wie das Verteilen der Post, oder die Pflege von

Pflanzen in einem Garten.<sup>102</sup> Viele dieser Punkte finden sich auch in anderen Konzepten wieder. Neu war jedoch der gesamtbetriebliche Ansatz, insbesondere die Einebnung der Hierarchien und das Augenmerk auf kommunikative Arbeit. Die Begründer sehen Pflegeheime in dieser neuen Form als mögliche Alternative, Gemeinschaft zu finden. Die Integration von Tieren, Pflanzen und Kindern sind wesentlicher Bestandteil dieses Konzeptes, um ein höchstmögliches Wohlbefinden bei den BewohnerInnen zu schaffen.

### **Das Konzept der Validation**

Die Validation (lat. kräftigen, wirksam sein) bezeichnet eine zwischen 1963-1980 von der US-amerikanischen Gerontologin und ehemaligen Schauspielerin Naomi Feil entwickelte Methode, sowie eine wertschätzende Haltung im Umgang mit Menschen mit Demenz. Anstatt zu korrigieren oder auszubessern wird das Verhalten der Menschen mit Demenz akzeptiert und man versucht es zu verstehen. Da dieses Konzept keinen Anspruch auf eine mögliche Heilung der Demenz stellt, gilt die Validation nicht als Therapieform.<sup>103</sup>

### **Die Milieutherapie**

Die Milieutheorie geht davon aus, dass Entwicklung und Eigenart eines Menschen primär durch seine soziale Umwelt bestimmt werden.<sup>104</sup> Nach Heeg belegen Studien tatsächlich die Auswirkungen der räumlichen Umgebung auf Demenzerkrankte, die mit Aggression oder Unruhe auf räumliche Enge oder zu wenig

Bewegungsraum reagieren.<sup>105</sup> Wie bei den bereits erwähnten Ansätzen handelt es sich auch bei der Milieutherapie mehr um ein Konzept der Betreuung als um eine bestimmte Therapie. Ausgangspunkt ist der Ansatz, dass das Milieu – also die Umgebung im umfassenden Sinn (nicht nur physikalisch sondern auch sozial) – den Menschen beeinflusst. Im deutschsprachigen Raum wurde die Milieutherapie durch die Gerontopsychiater Dr. J. Wojnar und Dr. J. Bruder, die in Hamburger Pflegeheimen modellhafte Pflegestationen errichteten, die auf die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten BewohnerInnen Rücksicht nahmen. Die Definition für den Begriff Milieutherapie lautet nach Jan Wojnar:

*„Mit Milieutherapie wird ein bewusstes, pflegerisch-therapeutisches Handeln beschrieben, das sich auf ein Konzept zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen (Reserven und Verluste) des Demenzkranken stützt.“<sup>106</sup>*

Es muss also die Umgebung an die Bedürfnisse der BewohnerInnen angepasst werden und nicht umgekehrt die BewohnerInnen den sozialräumlichen Gegebenheiten. Weiters sind auch das organisatorische Milieu und die psychosoziale Umgebung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes immer miteinzubeziehen. Unerlässlich ist daher auch die Kenntnis der Biographie der Betroffenen.

<sup>102</sup> Hanisch-Berndt; Göritz 2005, Kap. 5.2

<sup>103</sup> www, wik

<sup>104</sup> Staak, S. 9

<sup>105</sup> www, car

<sup>106</sup> Heeg 2008, S. 33

Staak definiert den Begriff des Milieus wie folgt: „*Milieu bedeutet Umfeld und Umgebung. Das Milieu ist die Gesamtheit der natürlichen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Gegebenheiten, die auf einen Menschen, eine Schicht oder eine soziale Gruppe einwirken.*“<sup>107</sup> Da Demenzkranke eine stark verminderte Anpassungsfähigkeit an ihre Umgebung aufweisen, kommt die Milieuthherapie bei dieser Gruppe häufig zur Anwendung. Dabei wird versucht sowohl das räumliche als auch das soziale Milieu möglichst „krankenhausunähnlich“ und „kommunikationsfördernd“ zu gestalten. „*Vom Wohncharakter der Zimmer über Dienstleistungsangebote, Gruppenaktivitäten und Kleidung bis zur Strukturierung als „therapeutische Gemeinschaft“ reichen die einzelnen als Milieuthherapie bezeichneten Änderungen.*“<sup>108</sup> Die räumliche Gestaltung der Umgebung betrifft dabei sowohl die Größe der Räume, die Art der Beleuchtung als auch die Raumtemperatur.<sup>109</sup>

### **Das psychobiografische Pflegemodell nach Böhm**

Das, zu Beginn der 1980er Jahre, von dem österreichischen Pfleger Erwin Böhm entwickelte Pflegemodell betont den rehabilitativen Ansatz der Pflege, bei dem die Aktivierung des individuellen Erinnerungsvermögens eine entscheidende Rolle spielt. Dabei ist es für die PflegerInnen wichtig, die persönliche Biografie der Betreuenden kennenzulernen. Auch die Gestaltung des baulichen Umfelds nimmt im Idealfall Rücksicht auf die Biografie der BewohnerInnen. Es genügt demnach nicht, eine wohnliche Umgebung zu schaffen, sondern es ist ein der Lebenswelt des Betroffenen entsprechendes Milieu anzubieten.

<sup>107</sup> Staak, S. 8.

<sup>108</sup> Graber-Dünow, S.10

<sup>109</sup> Hager, S.16

Das Beispiel eines „Plumpsklos“, das in einer luxemburgischen Einrichtung Böhms für einen ehemaligen Bauern vorgesehen wurde, veranschaulicht dieses Prinzip sehr deutlich. Während in Gemeinschaftsbereichen von Pflegeheimen maximal auf die gemeinsame soziale Herkunft der BewohnerInnen eingegangen werden kann, spielen bei der Einrichtung der privaten Zimmer ganz individuelle Bedürfnisse und die persönliche Lebensgeschichte eine Rolle. Der individuellen Gestaltung sind jedoch durch die wechselnden BewohnerInnen Grenzen gesetzt. Es kann jedoch ein für derartige „kulissenhafte“ Inszenierungen geeigneter Raum angeboten werden. Dieser muss sich nach diesem Konzept in der Gestaltung etwas zurücknehmen und möglichst neutral gehalten sein.<sup>110</sup> Böhm war es auch der den Begriff des „Normalitätsprinzips“ prägte. Böhm geht davon aus, dass: „...jeder Mensch (geprägt durch seine Sozialisation, Kultur u. Erfahrungen) eine persönliche Lebensform entwickelt, aus der sich sein Bild von einem „normalen“ Verhalten und Handeln ergibt,..“<sup>111</sup> Ein Charakteristikum der Demenzerkrankungen ist der fortschreitende Verlust des Kurzzeitgedächtnisses wohingegen das Langzeitgedächtnis noch sehr gut funktionieren kann. An diesem Punkt setzt die Biografiearbeit an, die den Betreuungspersonen bzw. Angehörigen die Möglichkeit gibt, an die Lebenswelt der BewohnerInnen anzuknüpfen. Unterstützend kann dabei die Bereitstellung vertrauter Elemente wie zum Beispiel Möbel, Musik, Gerüche, etc. sein.<sup>112</sup>

<sup>110</sup> Heeg 2008, S. 30f.

<sup>111</sup> www, wik2

<sup>112</sup> Heeg 2008, S. 63ff.

## 2.4. Die Situation des Pflegepersonals

Die Anforderungen an die Beschäftigten im Pflegesektor werden sich in Zukunft wandeln. Dabei sind drei wesentliche Herausforderungen zu meistern. Erstens der Fachkräftemangel, zweitens die Umsetzung individueller Pflegekonzepte und drittens die Anforderungen, die durch die verschiedenen Pflegeformen und -konzepte entstehen.<sup>113</sup> Die aktuellen Trends sind ein sinkendes Arbeitskräftepotential, eine alternde Mitarbeiterstruktur, häufige Burn-outs, Frühpensionierungen und Berufsausstiege sowie ein überproportional hoher Anteil an ausländischem Personal. Es sind daher Anreize für das Personal und eine Attraktivierung des Berufes notwendig. Dazu kann auch ein entsprechendes sozialräumliches Umfeld beitragen.

Wie bereits angeführt, wird der Großteil der Pflege im informellen Bereich erbracht. Doch dieses familiäre Pflegepotential geht zurück. Auch bei der 24-Stunden-Pflege zuhause durch Menschen aus dem ehemaligen Ostblockstaaten stellt sich, angesichts der dortigen demografischen Entwicklungen, die Frage, wie lange diese Lösung noch in diesem Umfang aufrecht erhalten werden kann. Die mobile Pflege zuhause stößt zudem bei Demenz an Grenzen.

Die Mindest-Personalausstattung wird in der Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz in Abhängigkeit vom Betreuungs- und Pflegebedarf (Pflegestufen) geregelt. Es wird in Pflege-, Betreuungs-, medizinisches und therapeutisches Personal unterschieden. Die Fachkraftquote wird dafür mit 40 % der Mindest-Personalausstattung festgeschrieben. Die Betreuung erfolgt durch

<sup>113</sup> vgl. Pflege 2020. S. 41ff.

Betreuungspersonen und Angehörige von Hilfsdiensten und darf maximal 15 % der Mindestpersonalausstattung betragen. Das medizinische Personal kann durch direkt in der Einrichtung tätige aber auch durch ortsansässige niedergelassene ÄrztInnen sichergestellt werden. Durch therapeutisches Personal ist die Betreuung mit Physio- und Ergotherapien sowie Logopädie sicherzustellen. Auch dieser Bereich kann entweder durch direkt in der Einrichtung tätige TherapeutInnen oder durch Vermittlung von externen Anbietern abgedeckt werden.

## 2.5. Fazit und Ausblick

Die zunehmenden Kosten durch die immer größeren Möglichkeiten in der Medizin und die gleichzeitig stattfindende demografische Entwicklung stellen unsere Gesundheits- und Pflegesysteme vor große Herausforderungen. Effizienzsteigerung und Einsparungen sind die Schlagwörter. Führt die Suche nach Kosteneffizienz zu einer Industrialisierung der Pflege? Mit genau definierten Prozessen, überwachten Patienten und weniger Personal, da dort 70 % der Kosten anfallen?<sup>114</sup> Oder wird der Pflegebereich als Chance verstanden mehr Wohlstand zu erzielen – denn muss man eine qualifizierte Betreuung und Pflege im Alter nicht vielmehr als Wohlstandsgewinn betrachten? Ein Thema, das die Würde des Menschen so unmittelbar betrifft, darf nicht vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Kostenminimierung betrachtet werden. Eine menschenwürdige und humane – daher von Menschen für Menschen - ausgeübte Pflege muss jedem, unabhängig seiner finanziellen Möglichkeiten, zugestanden werden.

<sup>114</sup> Paukner, S. 172

### 3. Historische Entwicklung der Altersversorgung

Nähert man sich dem Thema der Altersversorgung, zeigt sich, dass diese immer auch im Zusammenhang mit dem gerade vorherrschenden Altersbild und der gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen stand. Wurden in früherer Zeit ältere Menschen, die kein eigenständiges Leben mehr führen konnten, zusammen mit allen anderen Hilfebedürftigen versorgt, zeigt sich im Laufe der Zeit eine immer weiter fortschreitende Differenzierung und Kategorisierung, die heute das Phänomen des Alters selbst erreicht hat. Die Bedeutung der Altersbilder liegt dabei in ihrer Wirkung auf den Umgang der Gesellschaft mit den Alten. Negativ besetzte Altersbilder können eine ebensolche Einstellung gegenüber den Älteren verstärken. Aus diesem Grund sind defizitäre bzw. negative Altersbilder durch positiv besetzte zu ersetzen.

#### 3.1. Von der Antike bis ins Mittelalter

Sowohl in der griechischen als auch der römischen Antike finden sich in den Überlieferungen positive Altersbilder. Bei den Griechen wird von einem „Ältestenrat“ und einem „Vorrecht des Alters“ berichtet. Auch für das alte Rom wird eine durchaus positive Sicht auf das Alter überliefert. So schreibt der römische Staatsmann und Redner Cicero *„Gibt es etwas Schöneres, als Greisenumringt vom Wissensdurst der Jugend?“*.<sup>115</sup> Allerdings dürfte sich ein hohes Ansehen auf eine kleine Minderheit mit entsprechender sozialer Stellung bezogen haben. Die Mehrheit der Bevölkerung war arm und erreichte kein hohes Lebensalter. Man kann davon ausgehen,

<sup>115</sup> [www.gutezitate.com/zitat/280516](http://www.gutezitate.com/zitat/280516) abgerufen am 01.10.2015

dass es weder in Griechenland noch im römischen Reich, abgesehen von einer kleinen Oberschicht, eine umfassende gesellschaftliche Lösung für die Altersversorgung gab.<sup>116</sup>

Über lange Zeiträume der Menschheitsgeschichte hinweg gab es nur eine geringe Anzahl alter Menschen, so auch im Mittelalter. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug nur 25 bis 32 Jahre.<sup>117</sup> Die kleine Gruppe der alten Menschen genoss jedoch aufgrund ihres Erfahrungswissens, welches in der Regel mündlich weitergegeben werden konnte, in Handwerk, Landwirtschaft, Natur, Heilkünsten oder religiösen Ritualen großes Ansehen. Materieller Besitz konnte die soziale Stellung noch weiter absichern. Bei Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit konnte man als alter Mensch auf die Unterstützung der Gemeinschaft der Großfamilie zählen. Möglich war dies, da das Wissen in der agrarischen und vorindustriellen Zeit durch langsamen technologischen Wandel lange Zeit aktuell blieb. Zu bemerken ist jedoch, dass diese Versorgung in der Familie zusammen mit einer hohen sozialen Stellung nur für eine bestimmte Gruppe an Menschen möglich war.<sup>118</sup>

#### Die Klöster als Vorfahren der Altersversorgung

Schon im frühen Mittelalter entwickelten sich aus der klösterlichen Armen- und Krankenfürsorge die ersten Hospitäler<sup>119</sup> entlang der Pilgerwege. Ausgangspunkt des klösterlichen Spitalswesens waren die sogenannten Xenodochien<sup>120</sup>, die neben der Gruppe der Reisenden auch für verschiedene andere Gruppen von armen,

<sup>116</sup> C. Schneider, S. 20ff.

<sup>117</sup> C. Schneider, S. 24

<sup>118</sup> Stracke-Mertes, S. 95

<sup>119</sup> lat. hospes = der Gast

<sup>120</sup> griech. xenos = der Fremde, dechomai = aufnehmen

alten oder sonstigen bedürftigen Menschen Unterkunft und Essen bereitstellten.<sup>121</sup> Dieses Zusammenfassen von Armen, Alten und Kranken – also all jener die der Fürsorge bedurften – sollte bis weit in das 19. Jahrhundert bestehen bleiben. Im Vordergrund stand dabei der Gedanke der Unterbringung und der Verpflegung.<sup>122</sup> Im Mittelalter war es zudem ein Gebot der christlichen Barmherzigkeit, benachteiligten Gruppen durch Almosen oder Stiftungen zu helfen. Die ersten Spitäler wurden daher von Pflegeorden wie den Maltesern, den Johannitern (Hospitaliter), den Franziskanern oder dem Heilig-Geist Orden betrieben. Alte Menschen ohne Familie, die als Gesellen oder Gesinde gelebt hatten, konnten bei Verlust der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht auf die Hilfe familiärer Netzwerke zurückgreifen und waren im Alter auf Almosen angewiesen. Die Dauer der Altersversorgung war daher meist nur sehr kurz. Generell war das Arbeiten bis zum Lebensende für große Teile der Bevölkerung bis zur Einführung der Sozialversicherungen Ende des 19. Jahrhunderts Realität. Kirchliche und bürgerliche Spitäler nahmen daher neben Kranken auch vermehrt hilfsbedürftige alte Menschen auf. In den Klöstern bildeten sich für Arme und gewöhnliche PilgerInnen das „Hospitale pauperum“<sup>123</sup> und für reiche Pilger das sogenannte „Hospitium“ als eigene Abteilungen heraus. Der Höhepunkt dieser unentgeltlichen Art der Versorgung war im 13. Jahrhundert erreicht.<sup>124</sup> Die Klöster des Mittelalters waren multifunktionale Versorgungseinrichtungen für verschiedenste Zielgruppen.

<sup>121</sup> C. Schneider, S. 25f.

<sup>122</sup> vgl. das Leitbild „warm und satt“

<sup>123</sup> lat. pauperum = arm

<sup>124</sup> C. Schneider, S. 26f.

Ausgehend von diesen mittelalterlichen Versorgungseinrichtungen entwickelten sich im 13. Jahrhundert die ersten kommunalen Versorgungseinrichtungen, die sogenannten Armenhäuser bzw. Armenspitäler. Diese waren oftmals mit einem Waisenhaus, einem Gefängnis und einem Krankenhaus verbunden. Sie boten vor allem älteren, ortsansässigen BewohnerInnen der eigenen Stadt einen Wohnplatz sowie Verpflegung.<sup>125</sup>

Im Spätmittelalter änderte sich die Form der kirchlichen Versorgungshäuser. Für Wohlhabende – die sogenannten PfründnerInnen – gab es nun anstatt eines Pflegeplatzes eine eigene Wohnung. Die Ärmere wurden in großen Schlafräumen untergebracht und mussten als Gegenleistung oftmals mitarbeiten.<sup>126</sup> Diese Mitarbeit von BewohnerInnen findet sich auch noch bis ins 20. Jahrhundert, etwa bei den PflegerInnen im Versorgungshaus Lainz.<sup>127</sup> Das Prinzip eines komplett durchstrukturierten Tagesablaufes mit strengen Regeln und harter Arbeit sowie die Betrachtung der BewohnerInnen als „Insassen“ gehen nach Tews auf das klösterliche Leben zurück.<sup>128</sup>

Im Zuge der wachsenden Bedeutung der Städte entstand auch ein neuer Typ der Altersversorgung. Die sogenannten Bürgerspitäler entwickelten sich aus den klösterlichen Spitälern und kamen nur wohlhabenderen Bürgern mit Bürgerrecht, das in der Regel an

<sup>125</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Armenhaus> abgerufen am 24.08.2010

<sup>126</sup> Stracke-Mertes, S. 95f.

<sup>127</sup> Lebedur, S. 155ff.

<sup>128</sup> Wüstenrot 1994, S.34 (Tews beschreibt dort die klösterlichen Einflüsse auf das Leben im bürgerlichen Heiligen-Geist-Hospital in Lübeck)

Immobilienbesitz geknüpft war, zugute. Das erste Wiener Bürgerspital wurde im Jahr 1257 gegründet.<sup>129</sup>

Die Siechenhäuser, auch als Kotten-, Gutleutehaus oder Leprosorium bezeichnet, wurden beginnend im 11. bis ins 18. Jahrhundert hinein für kranke – dahinsiechende – Menschen errichtet. Die Gebäude wurden aufgrund der Angst vor „Ansteckung“ isoliert am Rande von Siedlungen und Städten situiert.<sup>130</sup> Ihren Ursprung hatten sie in den Leprosorien, die aufgrund der Pest seit dem sechsten Jahrhundert errichtet worden waren. Aus vielen dieser Siechenhäuser gingen spätere Irren- oder Krankenanstalten hervor, wodurch sich deren häufigen Randlagen erklären.

Zusammenfassend kann angenommen werden, dass aufgrund der geringen Lebenserwartung die angeführten Formen der Altersversorgung quantitativ nur eine geringe Rolle gespielt haben. Die Phase der Pflegebedürftigkeit und des Sterbens dauerte in der Regel nicht lange und war darüberhinaus, im Gegensatz zu heute, ein Phänomen das alle Altersgruppen gleichermaßen betraf.

### 3.2. Die Neuzeit

In der Neuzeit kommt es aufgrund verbesserter Ernährungsversorgung und Hygiene in den Städten zu einem Anstieg der Lebenserwartung.<sup>131</sup> Bis in das 17. Jahrhundert hinein waren Alte für ihre Zeitgenossen jedoch keine vollwertigen Mitglieder der Gesellschaft. Laut Borscheid war „*die Furcht vor*

*dem Alter größer als die Furcht vor dem Tod*“. Das Alter wurde mit negativen Eigenschaften, wie dem Verlust der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, den äußeren Verfallserscheinungen, von Krankheiten und als Vorstufe des Todes gesehen. Alte Menschen wurden daher von ihren Mitmenschen verachtet.<sup>132</sup>

In der vorindustriellen Zeit bis zum Ende des 19. Jahrhunderts prägte die ikonografische Darstellung der Lebensstreppe das Bild vom Alter. Anders als heute mit dem scharfen, von außen gesetzten, Schnitt der Pensionierung, der nicht mit unserem biologischen Altern korrespondiert, sondern durch unsere Gesellschaft (Wirtschaft) gesetzt wird, kommt im Modell der Lebensstreppe der Prozess des Alterns als kontinuierlicher Vorgang mit einem Aufstieg, einem Höhepunkt und Abstieg zum Ausdruck. Dieses Bild des Abstiegs im Alter lieferte auch eine Rechtfertigung, die nicht mehr leistungsfähigen Alten, abzuschieben. Besonders traf dies auf Frauen zu, die im Alter selten positiv gesehen wurden – das positive Altersbild des weisen Greises oder des potenten Herrschers war immer männlich.<sup>133</sup> Obwohl in dieser Zeit erste Ansätze einer Differenzierung der Versorgungsanstalten zu erkennen sind, wird nach wie vor der Großteil der Alten zusammen mit anderen Bedürftigen, wie Armen, Kranken, Irren oder Waisen betreut.<sup>134</sup>

<sup>129</sup> <http://www.aeiou.at/aeiou.encyclop.b/b960805.htm> abgerufen am 28.01.2011

<sup>130</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Siechenhaus> abgerufen am 24.08.2010

<sup>131</sup> C. Schneider, S. 26

<sup>132</sup> Kolland, S. 6 (Zitat nach Borscheid 1987)

<sup>133</sup> Kolland, S.

<sup>134</sup> Borscheid 1987, S. 83



Abbildung: Leiber um 1900, „Das Stufenalter der Frau“.<sup>135</sup>

Die Zeit der Aufklärung und der französischen Revolution (Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit) im 18. Jahrhundert brachte auch eine Verbesserung der Situation alter Menschen mit sich.<sup>136</sup> Nach Borscheid stellte das 18. Jahrhundert „das Alter als verehrungswürdig und ehrfurchtgebietend dar. Allerdings nicht in Form einer Wertschätzung des Alters an sich, sondern immer in Verbindung mit besonderen Verdiensten oder Beiträgen der Älteren zur Gesellschaft oder Kultur oder mit einer besonderen Machtposition der betreffenden Familie oder einfach mit Besitz.“<sup>137</sup> Lebedur weist jedoch darauf hin, dass das vielfach transportierte Bild vom goldenen Zeitalter des alten Menschen - wohl versorgt im

<sup>135</sup> Kolland, S. 7

<sup>136</sup> Stracke-Mertes, S. 97

<sup>137</sup> Kolland, S.8. (zitiert nach Borscheid 1987)

Kreise seiner Großfamilie - in der vorindustriellen Zeit nicht aufrecht erhalten werden kann. Insbesondere auch, weil die wenigsten Menschen ein hohes Alter erreichten.<sup>138</sup>

In Österreich führte Joseph II zwischen 1780 und 1790 eine grundlegende Reform der österreichischen Armenfürsorge durch. Die bestehenden, aus privaten oder religiösen Gründen entstandenen Einrichtungen, sollten dabei durch die sogenannten josephinischen Pfarrarmeninstitute ersetzt und auf eine breitere finanzielle und rechtliche Basis gestellt werden. Dieses Modell wurde 1783 in Wien und bis 1787 auch in den meisten Ländern der Monarchie eingeführt.<sup>139</sup>

*„Das Ideal Josephs II. war es, jeder sozialen Randgruppe mit speziellen sozialen Maßnahmen und auch eigenen Wohlfahrtseinrichtungen zu begegnen. Dieses Ziel konnte zum Beispiel für die Bereiche des Waisen-, Findel- und des Gebärhause realisiert werden. Man kann somit von einer beginnenden Auflösung der traditionellen Multifunktionalität der alten Hospitäler sprechen.“<sup>140</sup>*

Man unterschied von da an zwischen der „offene Armenpflege“, in Form von Almosen (Geld oder Naturalleistungen) und der „geschlossene Armenpflege“ in institutionellen Einrichtungen wie den Grundspitälern, Armen- und Versorgungshäusern. Die Grundspitäler wurden zu Beginn des 18. Jahrhunderts von den

<sup>138</sup> Lebedur, S.31

<sup>139</sup> Lebedur, S. 29

<sup>140</sup> Lebedur, S. 2

Grundherren für die ihnen zugerechneten Armen errichtet. In ihnen erfolgte jedoch keine medizinische Versorgung. Die Armenhäuser waren kommunal verwaltete Einrichtungen. Die Versorgungshäuser boten neben Unterkunft und Verpflegung bei Bedarf auch ärztliche Hilfe.<sup>141</sup>

### 3.3. Die Folgen der Industrialisierung

Im Zuge der Industrialisierung kam es während des 19. Jahrhunderts neben dem technologischen auch zu einem gesellschaftlichen Wandel. Bis dahin waren kleine Gruppen oder Familien zuständig für die Produktion und soziale Tätigkeiten. Die Alten wurden überwiegend innerhalb der Großfamilie versorgt. Arbeit und soziales Handeln bildeten zeitlich und räumlich eine Einheit. Mit der Verlagerung der Arbeit außerhalb des Haushaltes und damit verbunden mit der geringeren Möglichkeit der Alten mitzuarbeiten, sank auch deren Einfluss. Die Erfahrung, die früher im Beruf so wichtig war, und vom Meister an den Gesellen weitergegeben wurde, verlor durch die technischen Neuerungen und Umwälzungen in den Arbeitsprozessen an Bedeutung. Gleichzeitig ging mit der Trennung der Haushalte auch ein Rückgang der traditionellen Mehrgenerationenfamilie und somit der familialen Versorgung alter Menschen einher. Weiters kam es, bedingt durch eine Bevölkerungszunahme insbesondere in den Städten – in Wien von 224.548 im Jahr 1810 auf 551.300 im Jahr 1850 (*Anm.: heutiger Gebietsstand!*)<sup>142</sup>– sowie einer gestiegenen Lebenserwartung durch verbesserte Hygiene, Ernährungssituation und sozialen Lebensbedingungen, zu einer Zunahme älterer und alleinstehender Menschen. So entstand ein negatives Altersbild des

<sup>141</sup> Lebedur, S. 30

<sup>142</sup> www, wik1

isolierten, einsamen Alten. Gleichzeitig fehlten noch ausreichende Versorgungsmöglichkeiten.<sup>143</sup>

Die Industrialisierung und Rationalisierung der Landwirtschaft brachte eine große Zahl an Armen (*Pauperismus*) ohne gleichzeitiges Vorhandensein einer Sozialversicherung hervor. Altersarmut war daher zu dieser Zeit ein weit verbreitetes Phänomen und betraf nicht nur die unteren Bevölkerungsschichten. Das Arbeiten bis in das hohe Alter war für die meisten Menschen daher eine Notwendigkeit.<sup>144</sup> Um dem daher weit verbreiteten Elend entgegenzuwirken, bildeten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts karitative Organisationen (Kolping, Kettler, etc.).

#### Differenzierung der Altenversorgung

Im Bereich der Versorgungseinrichtungen kam es zu einer Differenzierung in Krankenhäuser für akut bzw. chronisch Kranke, Heilanstalten für psychisch Erkrankte, Arbeitshäuser für „Nichtstuer“ und Versorgungseinrichtungen für Arme und Alte. Es zeichnet sich somit eine beginnende Separierung der vormals gemeinsam versorgten Gruppen – je nach Art der Bedürftigkeit ab.<sup>145</sup>

Als Reaktion auf die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen kam es zu einer starken Zunahme an Armen- und Siechenhäusern, insbesondere in den Städten. So stieg in Wien zwischen den Jahren 1842 und 1895 die Zahl der Betreuungsplätze von 3.732 Plätzen auf insgesamt 4.954 Plätze an.<sup>146</sup> Um diesen

<sup>143</sup> Kolland, S. bzw. C. Schneider, S. 32

<sup>144</sup> Lebedur, S. 27

<sup>145</sup> C. Schneider, S. 30

<sup>146</sup> Lebedur, S. 5. bzw. C. Schneider S. 32

Ausbau der Betreuungskapazitäten zu erreichen, wurden neue, für damalige Zeit moderne, Großbauten errichtet, bzw. wurden bestehende Einrichtungen umgenutzt. Hinzu kamen noch drei Versorgungshäuser weit außerhalb des Wiener Stadtgebietes, die ebenfalls für die Versorgung der Wiener Bevölkerung genutzt wurden.<sup>147</sup>

Eine entscheidende Rolle bei der dynamischen Entwicklung der Versorgungseinrichtungen spielte das am 3. Dezember 1863 beschlossene Heimatgesetz. Darin wurde die Verpflichtungen der Gemeinden im Bereich der Armenfürsorge erstmals umfassend definiert. Damit wurde ein wesentlicher Schritt weg von einer überwiegend privaten und kirchlichen Versorgung hin zu einer staatlichen Aufgabe vollzogen.<sup>148</sup>

Die Versorgungshäuser blieben jedoch weiter Einrichtungen für die verschiedensten bedürftigen Gruppen wie die Aufnahmebedingungen des Wiener Magistrates belegen. Darunter fielen zum Beispiel Personen mit „körperlichen Gebrechen...“, deren Anblick einen allgemeinen widerlichen Eindruck hervorbringt“, weiters „Blinde, Blöde und Fallsüchtige“, sowie „Alle ... siechen alten Personen.“<sup>149</sup> Auffallend dabei ist, dass es sich nicht primär um kranke Personen handelte, für die die Spitäler gedacht waren, sondern vielfach um körperlich und in ihrem Verhalten auffällige, die mit der Unterbringung in einem Versorgungshaus am Rande oder sogar weit außerhalb der Stadt aus dem Blickfeld verbannt wurden. Dass diese Versorgungs- bzw. Armenhäuser im Unterschied zu den Spitälern nicht speziell für Kranke konzipiert

waren, geht auch aus einem Baulexikon aus dem Jahr 1881 hervor. Das Armenhaus bzw. Armenhospital wird dort als „ein Haus, wo unverschuldet Arme oder Gebrechliche, die aber nicht geradezu krank sind, unentgeltlich mit Wohnung, Nahrung versehen werden.“ beschrieben.<sup>150</sup> Weiters wird erwähnt, dass „die Rüstigen unter den Aufgenommenen zur Verpflegung und Bedienung der anderen mitarbeiten müssen“.<sup>151</sup>

Die Unterbringung erfolgte getrennt nach Geschlechtern in gemeinschaftlichen Wohnräumen und Schlafsälen. Familien bekamen jeweils eigene Schlaf- und Wohnzimmer. Auch betreffend der Gestaltung und der baulichen Ausführung finden sich klare Empfehlungen: *„Bei allen diesen Räumen ist auf Leichtigkeit der Kommunikation, Ventilation und Kontrolle zu sehen. Die Geschoßhöhe sei 3,2 – 3,8 m. ... Heizung und Ventilation der Armenhäuser muß auf der einen Seite die Behaglichkeit und seitherigen Gewohnheiten der Bewohner, auf der anderen Seite deren Gesundheitspflege berücksichtigen; dies kann nur mit Hilfe der Zentralheizung erreicht werden; da ältere Personen höhere Grade der Lufttemperatur bedürfen, so hat die Heizung schon im Spätsommer zu beginnen, sobald die Temperatur im Gebäude unter +15°C sinkt, und hat +19°C herzustellen, ohne über 21°C zu steigen. ... Die Ventilation soll die Luft zu allen Zeiten, bes. zur Nachtzeit, geruchlos erhalten, muss also ... durch Zuführung großer Massen reiner, vorgewärmter Luft wirken. Schlafsäle sind deshalb nicht zu gestatten oder im Notfall nur bis zu 8 Personen bei verhältnismäßig sehr großem Luftraum.“*<sup>152</sup>

Das Leben in den Versorgungshäusern wurde von einer Hausordnung, mit einem exakt geregelten Tagesablauf und fixen

<sup>147</sup> Kogler, S. 14 bzw. Leeb S. 9f.

<sup>148</sup> Kogler, S. 12

<sup>149</sup> Kogler, S. 14

<sup>150</sup> Mothes, S.156

<sup>151</sup> Mothes, S.156

<sup>152</sup> Mothes, S.157

Zeiten für das Aufstehen, die Einnahme der Mahlzeiten, bis hin zum Schlafengehen geprägt. Weiters gab es reglementierte Ausgeh-, Besuchs- und Ruhezeiten. So war etwa das Verlassen der Einrichtung nur beschränkt an ein oder zwei Tagen in der Woche möglich. Längere Urlaube mussten beantragt und genehmigt werden. Verstöße gegen die Hausordnung wurden mit bis zu zweitägigem Zimmerarrest, Ausgangsverboten bis zu einem Monat, oder durch die Überstellung in eine andere Einrichtung geahndet.<sup>153</sup>

In Deutschland begann im Jahr 1881, zehn Jahre nach dem Ende des deutsch-französischen Krieges, der Aufbau einer Sozialversicherung. Zeitgleich kam es, zum Teil aus Mitteln der Kriegsentschädigung (Dotationsgesetz), auch zur Errichtung erster echter Altenheime. Unter Verzicht auf ihre Rente konnten ältere Menschen Aufnahme in einem dieser Heime finden. Diese waren allerdings in Form von Massenunterkünften nach strengen Regeln organisiert.<sup>154</sup>

In Österreich wurde 1887 die Unfallversicherung, 1889 die Krankenversicherung und 1906 die Pensionsversicherung eingeführt. Mit Einführung der Pensionsversicherungen wurde erstmals eine Zäsur geschaffen, die einen klaren Beginn des Alters und damit auch die Definition einer neuen sozialen Gruppe zur Folge hatte.<sup>155</sup> Erst durch die umfassende Pensionsversorgung wurden die beiden Phänomene Alter und Armut im Bereich der Versorgung voneinander getrennt.<sup>156</sup> Bis heute wird der Beginn des

<sup>153</sup> Kogler, S. 21

<sup>154</sup> Stracke-Mertes S. 97f.

<sup>155</sup> Kolland, S. 4

<sup>156</sup> Lebedur, S. 28.

Alters gemeinhin mit dem Pensionsantrittsalter gleichgesetzt und die Bezeichnung Pensionist ganz allgemein für ältere Menschen verwendet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aufgrund des im Vergleich zu heute geringen Anteils alter betreuungsbedürftiger Personen an der Gesamtbevölkerung, die mit dem Alter verknüpften Probleme über lange Zeit keine relevante gesamtgesellschaftliche Bedeutung hatten. Zudem war bis weit in das 19. Jahrhundert die Familie für die Versorgung zuständig. Nur eine wohlhabende kleine Gruppe konnte sich einen Aufenthalt in einer Versorgungseinrichtung aus eigenen finanziellen Mitteln leisten. Eine erste Trennung in Armen- und Altenfürsorge ist erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts erkennbar. Die wichtigste Entwicklung war dabei die Einführung der Pensions- und Sozialversicherungen, die erstmals eine selbständige und finanziell abgesicherte Lebensphase im Alter für einen Großteil der Bevölkerung ermöglichten.

Dominierend waren in den Pflege-„Anstalten“ dieser Zeit weniger die individuellen Bedürfnisse der „Insassen“, als vielmehr die rationelle Versorgung einer großen Anzahl an „nutzlos“ gewordenen Alten und Armen. Die BewohnerInnen wurden von der übrigen Gemeinschaft abgesondert, in einfach zu überwachenden Anlagen untergebracht, und einem disziplinierend wirkendem Regelsystem unterworfen. Man kann die Versorgungshäuser des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts daher auch als Verwahranstalten mit den wesentlichen Merkmalen einer „totalen Institution“ nach Goffmann bezeichnen.<sup>157</sup>

<sup>157</sup> Pfabigan/Jilge, S.285f. (näheres in: „Das Konzept der Institution“)

### 3.4. Die Zeit der Jahrhundertwende

Zugang zu den kommunalen Versorgungseinrichtungen hatten seit dem Heimatgesetz von 1863 nur ortsansässige Bürger mit Heimatrecht. Tatsächlich lebten aber gerade in Ballungszentren wie Wien zahlreiche bedürftige Menschen ohne dieses Recht (Zuwanderer). Im Jahr 1896 kam es daher zu einer Novellierung des Heimatrechtes, die im Jahr 1901 in Kraft trat. Das Heimatrecht konnte nunmehr nach zehn Jahren nachgewiesenem Aufenthalt in Wien erlangt werden. Dadurch stieg die Zahl der Anspruchsberechtigten massiv an. Während im Jahr 1900 noch 10.000 Personen das Heimatrecht erhielten, waren es in den beiden folgenden Jahren 160.000 zusätzlich Anspruchsberechtigte.<sup>158</sup> Hinzu kam das starke Bevölkerungswachstum, von 551.300 im Jahr 1850 auf 1.43 Mio. im Jahr 1890, mit damit verbundener Wohnknappheit, sowie die schlagartige Vergrößerung des Wiener Gemeindegebietes durch die Aufnahme der Vororte im Jahr 1890.<sup>159, 160</sup>

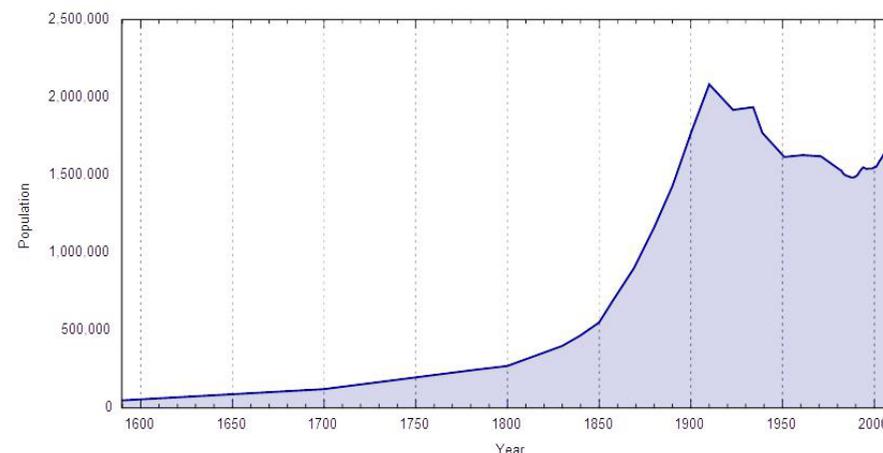


Tabelle: Bevölkerungsentwicklung Wiens 1600 bis 2008.<sup>161</sup>

Aus diesen Gründen kamen die bestehenden Versorgungshäuser Ende des 19. Jahrhunderts an ihre Kapazitätsgrenzen. Die Wiener Stadtführung beschloss daher den Bau eines neuen Versorgungshauses. Im Jahr 1904 wurde das Versorgungsheim Lainz fertiggestellt. Es wurde nach dem Pavillonkonzept, eingebettet in einer großzügigen Grünanlage, am damaligen Stadtrand mit eigener Kirche vom Wiener Stadtbauamt unter Federführung von Rudolf Helmreich und Johan Nepomuk Scheiringer als Stadt in der Stadt geplant. Ursprünglich für rund 2.000 Personen konzipiert, erfolgte ein schrittweiser Ausbau auf insgesamt 4.498 Heimplätze. Die Gründe für die damals populäre Pavillonstruktur waren einerseits hygienische Überlegungen sowie andererseits die Möglichkeiten der Separierung und der einfachen baulichen Erweiterbarkeit. Die Unterbringung erfolgte in Räumen mit bis zu zehn Betten. In jedem Stockwerk gab es zwei Gemeinschaftsbäder mit fließendem Warmwasser, sowie Balkone

<sup>158</sup> Kogler, S. 14

<sup>159</sup> Statistik Austria 2014, S.40 (Anmerkung: heutiger Gebietsstand)

<sup>160</sup> Kogler, S. 13f. bzw. Lebedur, S. 35

<sup>161</sup> www, wik2

und eigene Aufenthaltsräume. Das Versorgungshaus Lainz stellte für die damalige Zeit einen Fortschritt in der Versorgung dar und veranlasste den Arzt Ignatz Leo Nascher zur Prägung des Begriffs der Geriatrie. Als Vorbild diente ihm dabei der bereits existierende medizinische Zweig der Pädiatrie.<sup>162</sup> Damit waren die Phänomene Alter und Krankheit endgültig voneinander getrennt. Die in den 1920er Jahren erfolgte Umbenennung der Versorgungshäuser in Pflegeheime drückte dann diesen Wandel vom Typ des Versorgungshauses für Arme, Alte und sonstige Bedürftige hin zu einer Einrichtung, die sich speziell der Pflege alter Menschen widmet, auch in einer eigenen Bezeichnung aus.

Die zweite große neue Versorgungseinrichtungen dieser Zeit auf dem Stadtgebiet Wiens war die ab dem Jahr 1904 vom Land Niederösterreich nach Plänen von Franz Berger und Otto Wagner (Masterplan) errichtete „Niederösterreichische Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke“. Wie beim Versorgungshaus Lainz handelte es sich um eine nach dem Pavillonsystem konzipierten und in einer parkähnlichen Grünanlage, der Baumgartner Höhe, gelegenen Anlage.<sup>163</sup>

In Folge der beiden Weltkriege kam es zu einem deutlichen Rückgang der Einwohnerzahl Wiens von 2,24 Mio. im Jahr 1916 auf 1,62 Mio. im Jahr 1951.<sup>164</sup> So wurden, abgesehen von einer Umnutzung der im Jahr 1901 erbauten Kaiser-Franz-Joseph-Landwehrkaserne in ein Versorgungshaus für 1.100 Personen im

Jahr 1922, bis weit in das 20. Jahrhundert hinein keine weiteren Einrichtungen für pflegebedürftige ältere Menschen neu gebaut.<sup>165</sup>

### 3.5. Das 20. Jahrhundert

Nachdem die Not der beiden Weltkriege das staatliche Engagement bei der Alten- und Pflegehilfe weitgehend reduziert hatte, wurden auch Altersranke und geistig verwirrte Menschen Opfer der nationalsozialistischen Vernichtungsmaschinerie.<sup>166</sup>

Nach den großen Versorgungshäusern der Jahrhundertwende wurden in Österreich kaum neue Pflegeeinrichtungen errichtet. Dazu sollte es erst zu Beginn der 1980er Jahre kommen. Eine rege Bautätigkeit gab es jedoch auf für den Typ des Altersheimes. Für die neue Zielgruppe der PensionistInnen wurden bereits in den 1960er Jahren (Haus Sonnenhof 1963, Haus Föhrenhof 1966, Haus Liebhartstal 1969) Neubauten errichtet. Träger war das im Jahr 1960 gegründete Kuratorium Wiener Pensionistenheime (KWP), 1996 in Kuratorium Wiener-Pensionistenwohnhäuser umbenannt. Bis 1995 wurden insgesamt 31 Altersheime mit heute rund 9.300 Plätzen (davon 1.800 Pflegeplätze) errichtet.<sup>167</sup> Sie wurden entsprechend der Verteilung der älteren Bevölkerung dezentral in Wien vorgesehen. Die Betriebsgröße schwankte zwischen rund 199 Plätzen im „Haus Döbling“ bis zu rund 327 Plätzen im „Haus am Mühlengrund“.<sup>168</sup> Diese Pensionistenwohnhäuser wurden für *„rüstige alte Menschen, die seit mindestens zwei Jahren ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien*

<sup>162</sup> Perspektiven, S. 10f.

<sup>163</sup> Leeb S. 13.

<sup>164</sup> www, wik3

<sup>165</sup> www, wik4

<sup>166</sup> Stracke-Mertes, S. 99

<sup>167</sup> www, wik5

<sup>168</sup> heutige Zahlen (www.kwp.at)

*haben*“, errichtet, wobei chronisch pflegebedürftige Personen ursprünglich dezidiert ausgeschlossen waren. „*Dauernd pflegebedürftige Personen können weder die Aufnahme noch die Weiterbelassung im Heim beanspruchen*“. <sup>169</sup> Das Angebot umfasste vorwiegend Einzel- und Doppel-Appartements. Diese Kleinwohnungen wiesen neben einer eigenen Sanitäreinheit in der Regel auch einen wohnungszugeordneten Freibereich in Form einer kleinen Loggia oder eines Balkons, sowie großflächige Bereiche für Empfang, Verwaltung, Therapie- und Freizeitangebote, einen großen Speisesaal, eine professionelle Großküche, Wäscherei, etc. auf. <sup>170</sup>

Das im Jahr 1982 im SMZ Ost Donauespital fertiggestellte Pflegeheim, geplant von den Architekten Möbius & Partner, war die erste kommunale Versorgungseinrichtung für Pflegebedürftige in Wien, die nach Gründung der zweiten Republik errichtet wurde. Bestandteil waren, neben 405 Plätzen in neun Stationen, Angebote zur Rehabilitation, physikalische Therapien, sowie auch ein Tageszentrum um sowohl den Eintritt in das Pflegeheim hinauszuzögern, als auch die Rückkehr in die eigene Wohnung zu erleichtern. Die Ein-, Zwei- und Dreibettzimmer hatten jeweils eigene Badezimmer mit Dusche und Toilette. Charakteristisch für diese Zeit und den krankenhausähnlichen Typ eines Pflegeheimes waren fixe Weck-, Essens- und Besuchszeiten. Die Zubereitung der Mahlzeiten erfolgte in einer Großküche und wurde mit eigenem Transportsystem gelöst. <sup>171</sup> Diese funktionsoptimierte, am Krankenhausbau orientierte, Konzeption überrascht nicht, da

<sup>169</sup> Pfabigan/Jilge, S. 288

<sup>170</sup> [www.kwp.at](http://www.kwp.at)

<sup>171</sup> [www.wienkav.at](http://www.wienkav.at)

dieses Pflegeheim im direkten Verbund mit dem Donauespital errichtet worden war. Das Pflegeheim wurde zwischenzeitlich abgerissen und zu dem Geriatriezentrum Donaustadt umgebaut.

Einen Schritt weg von diesem krankenhausähnlichen Typ ging die Zweite Geriatrie Abteilung im Otto Wagner Spital. Nach einem im Jahr 1997 von den ArchitektInnen Alexander Runser und Christa Prantl gewonnenen Wettbewerb, wurde das Projekt im Jahr 2001 fertig gestellt. Es handelt sich um eines der ersten Projekte in Wien, in dem die Schaffung eines wohnlichen Milieus umgesetzt werden konnte.

Ab der Jahrtausendwende mussten in die mittlerweile rund 20 bis 30 Jahre bestehenden Altenheime des KWP sukzessive eigene Pflegestationen integriert werden, da die im Schnitt immer älter werdenden BewohnerInnen auch einen immer höheren Pflegebedarf aufwiesen. Das ursprüngliche Konzept, Pflegebedürftigkeit auszuschließen, konnte daher nicht mehr aufrechterhalten werden. Um den BewohnerInnen den Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, wurden daher sukzessive Pflegeabteilungen zugebaut.

Eine weitere, vollkommen neue Anforderung an die bestehenden Einrichtungen entstand durch die zunehmende Anzahl an Demenzerkrankten. So wurde im Jahr 2000 das bestehende Altersheim „Haus am Rosenberg“ aus dem Jahr 1978, Planung Architekt Harry Glück, um eine Demenzstation für 32 BewohnerInnen erweitert. Ausschließlich Ein- und Zweibettzimmer, lichtdurchflutete Aufenthaltsräume sowie großzügige Erschließungszonen mit Aufenthaltsqualitäten und Rundwegen charakterisieren dieses für Österreich wegweisende Projekt.



Abbildung: Grundriss Demenzstation im „Haus Rosenberg“.<sup>172</sup>

Einen Schritt weiter bei der Betreuung Demenzerkrankter ging man im Jahr 2003 im „Haus am Mühlengrund“, in dem eine der ersten betreuten Demenz-Wohngruppen in Österreich umgesetzt wurde. Für eine kleine Gruppe von zehn Personen, betreut nach dem psychobiografischen Pflegemodell nach Böhm, wurde durch einen Umbau ein geschützter Bereich innerhalb des bestehenden Heimes errichtet. Die Wohngruppe selbst wurde in der Zwischenzeit aufgrund von Umstrukturierungsmaßnahmen aufgelöst und wird für die Tagesbetreuung genutzt.<sup>173</sup>

<sup>172</sup> Planung: Dipl.-Ing. W. Gräsel und Architekt Konrad Hutter – Plan bearbeitet vom Autor

<sup>173</sup> Lechner, Isabella: Wenn die Demenz-WG einer Tagesbetreuung weichen muss.

In: Der Standard vom 11.04.2012



Abbildung: Demenzwohngruppe „Haus Am Mühlengrund“.<sup>174</sup>

Wegweisend für nachfolgende Projekte ist das SMZ Süd Geriatriezentrum Favoriten. Es liegt auf dem Gelände des Kaiser-Franz-Josef-Spitals und wurde von Architekt Anton Schweighofer, nach einem 1996 gewonnenen Wettbewerb, geplant, und im Jahr 2003 eröffnet. Die 192 BewohnerInnen sind in acht Gruppen zu je 24 BewohnerInnen in 64 Einzel- und 64 Doppelzimmern untergebracht. Eine auffallend breite, über verglaste Stirnseiten natürlich belichtete und durch vorspringende Nebenräume strukturierte Mittelgangzone kennzeichnen das Projekt. Diese „Wohnstraße“ öffnet sich mehrfach durch Aufenthaltsräume zur Fassade hin. Die sichtbare Verwendung von Holz auch im Innenbereich schafft Ansätze einer wohnlichen

<sup>174</sup> Planung: Dipl.-Ing. W. Gräsel und Architekt Konrad Hutter – Plan bearbeitet vom Autor

Atmosphäre. Durch die Verwendung des scheinbar obligatorischen Linol-Bodenbelages bleibt jedoch ein Rest eines krankenhaushähnlichen Eindruckes bestehen. Kleine Wintergärten entlang der Fassade in jedem Bewohnerzimmer und Fenster zum Gang hin sind weitere Elemente des Architekturkonzeptes „Haus im Haus“.



Abbildung: Mittelgang mit eingestellten Nebenräumen und offener Wohnküche.<sup>175</sup>

<sup>175</sup> Fotos bei Besuch am 26.04.2007 aufgenommen

### 3.6. Das Wiener Geriatriekonzept

Im Jahr 2004 wurde ein neues Geriatriekonzept für Wien erstellt und vom Wiener Gemeinderat im Juli 2004 beschlossen.<sup>176</sup> Dieses umfasst die verschiedensten Formen der Versorgung und geht von einer heterogenen Zielgruppe aus, deren Ansprüche und Anzahl in Zukunft steigen werden. Es soll ein selbstbewußtes Entscheiden und Auswählen aus unterschiedlichen Angeboten gewährleistet werden.<sup>177</sup> Ausgangspunkt für die Erstellung des Geriatriekonzeptes waren wiederholte Missstände in den großen Pflegeeinrichtungen (erster und zweiter Pflegeheimskandal Lainz) und damit verbundene kritische mediale Berichterstattungen. So wurde die Auflösung der großen Pflegeeinrichtungen beschlossen. Die bestehenden Großheime entsprachen auch aufgrund baulicher Einschränkungen (Denkmalschutz) nicht mehr den Anforderungen der Zeit. Weiters bestand ein relatives Überangebot im westlichen Teil der Stadt. Durch Um- und Neubauten wurde daher eine regionale, über das Stadtgebiet gleichmäßigere Verteilung angestrebt. Ziel war es, sich vom Konzept großer zentraler Einrichtungen mit Bewohnerzahlen jenseits der 1.000 Betten zu verabschieden.<sup>178</sup> Ein weiterer Hintergrund lag darin, dass man durch Schaffung bedarfsorientierter Pflegeplätze die Krankenhäuser entlasten wollte. Die Grundprinzipien des Geriatriekonzeptes waren, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, das Leitbild ambulant vor stationär, eine bedarfsgerechte Pflege, die Schaffung flexibler Modelle (Erleichterung des Wechsels zwischen mobiler und stationärer Pflege), sowie der Ausbau kleiner,

<sup>176</sup> Perspektiven, S. 10f.

<sup>177</sup> Perspektiven, S. 10f.

<sup>178</sup> www, kav

wohnortnaher Pflegeeinrichtungen, um den Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung zu ermöglichen.<sup>179</sup>

Als erste Anlauf- und Beratungsstelle für alle Betroffenen fungiert der Fonds Soziales Wien (FSW). Er hilft bei der Klärung des Betreuungsbedarfs (geriatrisches Assessment) und unterstützt bei der Wahl der passenden Betreuungsform. Weiters bietet er ein sogenanntes Entlassungsmanagement für Menschen, die aus Spitälern entlassen werden an, und organisiert allfällige weitere Betreuung, um erneute Spitalseinlieferungen aufgrund mangelnder Betreuung zuhause zu vermeiden („Drehtüreffekt“). Dafür gibt es acht, über das Stadtgebiet verteilte Beratungszentren.<sup>180</sup> Die 178 vom KWP betriebenen PensionistInnenkubs haben das Ziel, der Vereinsamung älterer Menschen entgegenzusteuern, indem unter anderem Freizeitaktivitäten organisiert werden. Das Angebot der Tageszentren richtet sich an alle SeniorenInnen, die zwar zuhause leben möchten, jedoch zusätzlich temporäre Unterstützung oder Gesellschaft benötigen. Alternative Wohnformen sind nicht unmittelbarer Bestandteil des Geriatriekonzeptes, sollen jedoch in verschiedensten Formen ermöglicht und gefördert werden. Darunter fallen zum Beispiel auch Wohngemeinschaften oder das Betreute Wohnen. Das KWP, das als Trägerorganisation für die Gemeinde Wien auftritt, betreibt 31 Häuser mit 7.600 Wohnplätzen.<sup>181</sup> Darüber hinaus gibt es rund 2.800 Plätze in privaten Alterswohnheimen.<sup>182</sup> Insgesamt kommt man damit für die 1,73 Mio. EinwohnerInnen Wiens auf rund einen Wohnheimplatz pro 166 EinwohnerInnen. Neben den städtischen, vom Wiener

<sup>179</sup> Perspektiven, S. 10f.

<sup>180</sup> Perspektiven, S. 14f. bzw. S. 21

<sup>181</sup> Perspektiven, S. 34f.

<sup>182</sup> Perspektiven, S. 48f.

Krankenanstaltenverbund (KAV) betriebenen, Pflegeeinrichtungen mit rund 4.000 Pflegeplätzen gibt es 47 private Pflegewohnhäuser mit rund 3.500 Pflegeplätzen, die vom FSW gefördert werden.<sup>183</sup>,<sup>184</sup> Dazu zählen gemeinnützige, kirchliche und wohltätige Träger, sowie private Anbieter, die vorwiegend im gehobenen Marktsegment bzw. als sogenannte Vertragsheime agieren. Darüber hinaus gibt es in den Häusern des KWP weitere rund 1.800 Pflegeplätze.<sup>185</sup> In Summe ergibt dies rund 9.300 Pflegeplätze, die im Zuge des Geriatriekonzeptes um 1.400 Pflegeplätze erweitert wurden.<sup>186</sup> Dies entspricht einem Pflegeplatz pro 161 EinwohnerInnen.

Zentrales Element des Geriatriekonzeptes war der Neubau von acht neuen Pflegewohnhäusern. Zu den allgemein etablierten Erkenntnissen für stationäre Pflegeeinrichtungen, die alle in den bereits erwähnten Beispielen umgesetzt worden waren, gehören unter anderem die Betonung des Wohncharakters, die Gruppierung in kleine Wohnbereiche, die Schaffung von Kommunikationsbereichen und die besondere Gestaltung von Gangbereichen mit Sitzgelegenheiten. Eine Neuerung mit hoher architektonischer und finanzieller Auswirkung war die Vorgabe, dass bei den neuen Einrichtungen barrierefreie Balkone oder Loggien für die Benutzung durch Pflegebetten vorzusehen sind. Ein grundsätzlich begrüßenswertes Angebot, das sich in der Praxis jedoch erst durchsetzen muss, da der organisatorische und zeitliche Aufwand für das Personal beträchtlich sein dürfte. Die neuen Pflegeheime sind speziell für Personen mit hoher

<sup>183</sup> Paukner, S. 159

<sup>184</sup> Leeb, S. 19

<sup>185</sup> www, kwp

<sup>186</sup> Perspektiven, S. 50

Pflegestufe und Bedarf nach medikalisierte Pflege konzipiert. Menschen mit geringerem Pflegebedarf werden Plätze in kleineren Häusern gemeinnütziger Träger angeboten.<sup>187</sup>

Als städtebauliches Ziel wurde die Integration der Häuser in die Nachbarschaft, etwa durch Hereinholen von Nahversorgungsangeboten, angeführt. Weiters sollten verschiedene Wohnmodelle angeboten, sowie auch die Durchmischung von Wohnformen angestrebt werden.<sup>188</sup>

Inwiefern die Zielsetzung eines wohnungsähnlichen Umfeldes ohne institutionellen Krankenhauscharakter erreicht werden konnte, bedürfte meiner Ansicht nach einer gesonderten Evaluierung. Gerade die zentralen, die Betriebsgröße bestimmenden Funktionen wie die Verwaltung, die Großküche oder der Therapiebereich vermitteln in der Regel einen institutionellen Eindruck. Die Strukturierung der großen Bewohnerzahlen in kleinere Gruppen und die Schaffung wohnungsähnlicher Milieus sind im Hinblick auf eine Deinstitutionalisierung sicher wichtige Schritte gewesen. Doch können diese Maßnahme nicht über die nach wie vor vorhandene Größe der neuen Pflegeheime hinwegtäuschen. Die in Ansätzen erkennbare Nutzungsmischung könnte ein weiterer vielversprechender, wenn auch anspruchsvoller Ansatz sein. Ein Beispiel dafür findet sich im innovativen Wohn- und Pflegehaus Döbling mit Wohnungen im Dachgeschoß und einem Kindergarten im Erdgeschoß.

<sup>187</sup> Perspektiven, S. 41

<sup>188</sup> Perspektiven, S. 41

## 4. Altersbilder und soziologischer Hintergrund

Je nach Blickwinkel kann der Begriff des Alters verschiedene Eigenschaften annehmen. Das chronologische Alter bezeichnet jene Zeitspanne, die vom Zeitpunkt der Geburt an gelebt wurde, das biologische Alter - die Position eines Individuums innerhalb seiner Lebensspanne - gemessen am körperlichen und geistigen Zustand, das soziologische Alter - jenes Alter, das einer Person durch seine Rollen in der Gesellschaft zugewiesen bekommt, das psychologische Alter bezeichnet die relative Anpassungsfähigkeit des Individuums an seine Umgebung, und das subjektive Alter wird als jenes Alter verstanden, dem sich eine Person zugehörig fühlt.<sup>189</sup>

*„Alt ist man immer nur in den Augen anderer“*

J. P. Sartre

Am einfachsten zu fassen ist das chronologische Alter. So gilt man laut Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ab dem vollendeten 65. Lebensjahr als alt. Dieses Alter ist eng verknüpft mit dem lange Zeit üblichen gesetzlichen Pensionsantrittsalter in den meisten europäischen Staaten.<sup>190</sup>

### 4.1. Altersbilder und Theorien des Alters

Unter dem Begriff Altersbild wird in den Sozialwissenschaften die Gesamtheit der Vorstellungen und Einstellungen zum Alter

<sup>189</sup> Schmiege, S. 15

<sup>190</sup> www, medzininfo

verstanden.<sup>191</sup> Zu unterscheiden ist dabei das individuelle Altersbild, das eine Person von sich selbst hat, von jenem Bild, das eine ganze Gesellschaft vom Alter hat. Dieses gesellschaftliche Altersbild beeinflusst auch, in welcher Art und Weise mit der sozialen Gruppe der Alten umgegangen wird. Grundsätzlich gibt es traditionell zwei gegensätzliche (gesellschaftliche) Altersbilder. Einerseits ein positives Altersbild, das Bild des weisen Greises, der aufgrund seiner Erfahrung und seines Wissens mit Rat zur Seite steht und andererseits das negative Altersbild des alten, verwirrten und gebrechlichen Menschen. Dem einen wird ein Nutzen („Rat geben“) zugeschrieben während der andere vornehmlich als Belastung (Pflegekosten, Verlust der Arbeitskraft, Krankheit) angesehen wird. Historisch kam es immer wieder zu einem Wechsel von negativem und positivem gesellschaftlichen Altersbild. Das vorherrschende Altersbild hat auch Auswirkungen auf die Art der Altenversorgung. Die meisten Altersbilder dürften, Studien zufolge, heute noch vorwiegend negativ besetzt sein, wobei gleichzeitig die Realität der Alten sehr differenziert, individuell und positiver, als gemeinhin angenommen, aussieht.<sup>192</sup>

Die aktuelle Situation findet vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen des „dreifachen Alterns“ statt. Bereits heute kann man eine Polarisierung zwischen dem jungen Alter, das als körperlich fit, gesund und finanziell potent dargestellt wird, und dem hohen Alter, bei dem ein eher negatives Bild eines

<sup>191</sup> „Altersbilder sind soziale Konstrukte, die sich im Wechselspiel zwischen Individuum und Gesellschaft herausbilden. Einerseits tragen ältere Menschen selbst durch ihr Handeln zur Entstehung und Veränderung von Altersbildern bei. Andererseits beeinflussen Altersbilder auf individueller und gesellschaftlicher Ebene die Wahrnehmung und Beurteilung von älteren Menschen, ...“ Kolland, S.4

<sup>192</sup> www, Altersbild

beschwerlichen und kostenverursachenden Lebensabends dominiert, erkennen. So blenden in der Werbung vermittelte positive Bilder alter Menschen vielfach die beschwerlichen Seiten des Alters komplett aus und erzeugen ein geschöntes Idealbild des Alters. Die Altersarmut als drohendes Massenphänomen der Zukunft wird ignoriert. Ziel muss es aber sein, ein realistisches Altersbild zu entwickeln und in der Gesellschaft zu verankern. Denn weder ein verklärendes Bild vom weisen, fitten Greis, der im Alter von 80 Jahren noch den Mount Everest erklimmt, noch jenes negative vom starrsinnigen, nur Kosten verursachenden „Pflegefalls“, ist angemessen.<sup>193</sup> Bei einer Dominanz negativer Altersbilder besteht die Gefahr darin, dass Stereotypen wie zum Beispiel: *„Alte Menschen sind einsam und schwach“* übernommen werden, und ihre Handlungsspielräume vernachlässigt werden. Umgekehrt kann ein positives individuelles Altersbild zu einem verstärkten Bemühen führen, die Fähigkeiten noch möglichst lange für ein selbständiges Leben zu erhalten.<sup>194</sup> Ein defizitäres Altersbild kann auch Auswirkungen im Bereich der Pflege- und Betreuung alter Menschen haben, und etwa beim Pflegepersonal dazu führen, dass noch vorhandene Kompetenzen der Pflegebedürftigen vernachlässigt werden. Durch eine institutionalisierte Versorgung, zuwenig Zeit und Überlastung der Pflegekräfte besteht die Gefahr, dass es zu einer Entindividualisierung der Pflegebedürftigen kommt. Diese werden in Folge nicht mehr ausreichend gefordert und mobilisiert. Dadurch kann es zum sogenannten „Pygmalion-Effekt“ kommen – der Betroffene verhält sich so, wie es von ihm erwartet wird.<sup>195</sup>

<sup>193</sup> Im Jahr 2013 erreichte der Japaner Yuichiro Miura im Alter von 80 Jahren den Gipfel des Mount Everest.

<sup>194</sup> Kolland, S. 5

<sup>195</sup> Kolland, S. 11

Als Gegenbewegung zur Dominanz der Elterngenerationen kommt es am Beginn des 20. Jahrhunderts zu einer Aufwertung der Jugend und einem Generationenkonflikt mit der bürgerlichen, von Konventionen geprägten, Gesellschaft, der nach Butler in den 1950er Jahren in den USA zu dem Begriff des „ageism“ führt. *„Gemeint ist damit, dass in der Gesellschaft eine dem Rassismus ähnliche Diskriminierung gegenüber den Älteren bestehe.“*<sup>196</sup> Diese Altenfeindlichkeit wird häufig mit dem Argument begründet, dass die Älteren die anderen Altersgruppen zu sehr belasten würden und trägt in weiterer Folge zu einem negativen gesellschaftlichen Altersbild bei.

In den 1960er Jahren entwickelten Cumming & Henry die Disengagementtheorie, nach der im Alter ein Wunsch nach Rückzug aus sozialen Beziehungen, dem Beruf, der Gesellschaft und gleichzeitig eine Besinnung auf die eigenen Person entsteht. Dabei wird der Abbau körperlicher Fähigkeiten überbetont (Defizitmodell). Als Beispiele für den Verlust gesellschaftlicher Rollen werden etwa der Auszug der Kinder, die Beendigung des Arbeitslebens und damit der Wegfall der beruflichen Kontakte und mit zunehmendem Alter der Verlust von Verwandten, Freunden und Bekannten durch den Tod angeführt. Heute gilt diese Theorie als widerlegt. Sie lieferte jedoch nach Stracke-Mertes den argumentativen Unterbau für Alten- und Pflegeheimen auf der grünen Wiese mit einer Rundum-Versorgung.<sup>197</sup> Ganz im Gegensatz dazu geht die Aktivitätstheorie nach Burgess davon aus, dass gerade im Alter besonders soziale Beziehungen die Zufriedenheit und das Wohlbefinden steigern. Kritisiert wird die einseitige Fokussierung auf die aktive Teilnahme am

<sup>196</sup> Kolland, S. 9

<sup>197</sup> Stracke-Mertes, S. 50f.

Gesellschaftsleben, ohne die individuellen Wünsche ausreichend zu berücksichtigen.<sup>198</sup> Die Kontinuitäts- und Kompetenztheorie geht schließlich davon aus, dass im Laufe des Lebens erlernte Handlungsstrategien und Fähigkeiten (Kompetenz) auch noch im Alter eingesetzt werden können, und, dass ein Altern ohne große Brüche (Kontinuität) zufrieden macht. Diese beiden Ansätze haben dazu geführt, dass heute der Bezug auf die Biografie alter Menschen wichtiger Bestandteil des Pflegeverständnisses geworden ist.<sup>199</sup>

## 4.2. Differenzierung in Altersgruppen

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts ist die Lebenserwartung um fast 30 Jahre gestiegen, sodass der Großteil der Bevölkerung heute ein sehr hohes Alter erreicht. Dadurch wurde die Lebensphase des Alters zu einem gesamtgesellschaftlichen Phänomen. Aufgrund dieses neu gewonnenen Lebensabschnittes wird daher heute oft zwischen einem „jungen“ und einem „hohen“ Alter unterschieden.<sup>200</sup> In dieser Unterscheidung spiegelt sich die Differenzierung in ein positiv besetztes Alter, in dem noch ein selbständiges und erfülltes Leben bei guter Gesundheit gelebt werden kann und einen, von Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit geprägten, Lebensabend wider und macht deutlich, dass ein Begriff nicht mehr ausreicht um die Heterogenität dieses Lebensabschnittes vom Zeitpunkt der Pensionierung bis zum Tod zu beschreiben.

Das sogenannte „dritte Alter“, beginnt mit dem Pensionsantritt der Männer von üblicherweise 65 Jahren und reicht bis zum 80.

<sup>198</sup> Stracke-Mertes, S. 52.f.

<sup>199</sup> Stracke-Mertes, S. 49ff bzw. Seniorenbericht 2000, S. 52f.

<sup>200</sup> www, zeit

Lebensjahr.<sup>201</sup> Mit dem „vierten Alter“ wird in der Demografie jener Bevölkerungsteil bezeichnet, von dessen Gleichaltrigen bereits die Hälfte verstorben sind. Personen dieser Altersgruppe werden auch als Hochaltrige oder Hochbetagte bezeichnet. Nach dieser Definition wird die Hochaltrigkeit somit nicht durch ein einheitliches Alter markiert. Meist wird jedoch die Altersgruppe der über 80 bzw. über 85-jährigen gemeint.<sup>202</sup> Grundsätzlich kann eine chronologische Unterteilung der Bevölkerung in Altersgruppen hinsichtlich zu erwartender Pflegebedürftigkeit nur als ein Ansatz angesehen werden. Viele Menschen werden auch schon hilfsbedürftig bevor sie „hoch alt“ sind, andere auch im hohen Alter nicht. Tendenziell nähert man sich mit zunehmendem Alter aber immer mehr den körperlichen und geistigen Grenzen. Das vierte Alter wird trotz aller medizinischen Fortschritte durch fortschreitende körperliche und physische Defizite beeinflusst und stellt somit einen eher beschwerlichen Abschnitt dar.

Soziologisch betrachtet bedeutet Hochaltrigkeit daher den Verlust vieler sozialer Bindungen. Gleichzeitig weisen Menschen hohen Alters auch eine weit zurückreichende Erinnerung in die Zeit der eigenen Jugend auf, wodurch einerseits die Diskrepanz zur jeweiligen jungen Generation größer wird, aber andererseits auch sehr viel an Erfahrungen und Wissen über diese Zeit weitergegeben werden kann.<sup>203</sup> Bei dieser Sichtweise des Begriffs der Hochaltrigkeit wird klar, wie relativ er zum tatsächlichen chronologischen Alter ist. Demnach galten in früheren Jahrhunderten schon 50- oder 60-jährige als „hoch alt“. Wobei es

<sup>201</sup> vgl. Stracke-Mertes, S. 65

<sup>202</sup> Hochaltrigkeit, S. 200

<sup>203</sup> Höpflinger 2003

die Gruppe der Hochaltrigen mit Pflegebedarf in früheren Zeiten in dieser großen Anzahl nicht gab.

Eine sehr gute, an die Lebensrealität der Menschen angelehnte, Differenzierung des Alters trifft der Schweizer Soziologe Francois Höpflinger. Die erste Phase bildet das „späte Berufsleben“, die vom Auszug der Kinder begleitet wird und circa in die Zeit des 50. bis 65. Lebensjahres fällt. Das ist auch die Zeit in der es zu einer Verringerung der Haushaltsgröße kommt. Die zweite Phase bezeichnet er als das „autonome Rentenalter“, welches durch ein aktives Leben in weitgehender Gesundheit geprägt ist. Man unternimmt ausgedehnte Reisen, besucht kulturelle Veranstaltungen, widmet sich dem Vereinsleben oder den Enkelkindern. Darauf folgt die Phase des „fragilen Rentenalters“ in der es zu Beeinträchtigungen durch körperliche oder geistige Beschwerden kommt. In dieser Zeit wird die eigene Wohnumgebung wichtiger und es kommt zur Inanspruchnahme erster Hilfs- und Betreuungsleistungen. Als vierte Phase definiert er schließlich das „abhängige Alter“, in dem Pflegebedarf gegeben ist. Diese letzte Phase des Alters, mit starken gesundheitlichen Einschränkungen und Abhängigkeiten, dauert heute aufgrund der medizinischen Versorgung oft Jahre und betrifft eine immer größer werdende Gruppe von Menschen.

Je weiter sich der neue Lebensabschnitt des Alters ausdehnt, umso weiter differenziert er sich auch. Durch diese Differenzierung des Alters in ein junges, aktives und ein hohes, umso gebrechlicheres Alter, in dem der Mensch an seine körperlichen (Bettlägrigkeit) und geistigen (Demenz) Grenzen zu gelangen scheint, besteht meiner Ansicht nach jedoch die Gefahr einer umso stärkeren Abwertung des sehr hohen Alters. Das negative Altersbild konzentriert sich auf

diese wenigen Jahre, während die lange Phase des jungen Alters dem Erwachsenenleben zugeordnet und positiv besetzt wird. In den Medien und besonders in der Werbung steht häufig das Bild der jungen Alten im Vordergrund. Diese als Silver-Ager, Golden-Ager, jungen Alten oder schlicht Senioren bezeichneten Menschen werden, überspitzt formuliert, als stets gesund, voll Zuversicht in die Zukunft blickend, und wohlhabend dargestellt.



Abbildung: <sup>204</sup>

Die Herausforderung der Zukunft liegt jedoch meiner Ansicht nach darin, sowohl für die Gruppe der finanziell weniger gut gestellten jungen Alten, als auch für die Gruppe der Hochaltrigen und Pflegebedürftigen geeignete Wohnformen zu schaffen. Insbesondere für die Gruppe der rüstigen 60 bis 80-jährigen gibt es, abgesehen von bestehenden Altenheimen, noch ein viel zu

<sup>204</sup> Abbildung: <http://www.immocoach.or.at/senioren-service/>

geringes Angebot. Gemeinschaftlich orientierte Wohnformen in unterschiedlichster Ausformung könnten hier einen wichtigen Beitrag leisten.



Abbildung: Alter Mann auf dem Platz vor der Scala, Fotograf: José Cura. <sup>205</sup>

<sup>205</sup> Abbildung: <http://www.photoscala.de/Artikel/Die-Kunst-des-Alterns>

### 4.3. Die Pluralisierung der Lebensstile im Alter

Seit den 1970er Jahren spricht man vermehrt von einer Pluralisierung des Alters. Nach Tews nimmt das generelle negative Altersbild durch diese Vielfältigkeit ab und wird durch ein differenzierteres, positiveres ersetzt.<sup>206</sup>

*„Alte Menschen sind ja nicht alle gleich, wahrscheinlich sind sie das sogar noch weniger als irgendeine andere Altersgruppe: denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht. Eines unserer augenblicklichen Probleme ist, dass die Gesellschaft sich weigert, das zu verstehen, und alle alten Leuten als „gleich“ behandelt.“* <sup>207</sup>

Die Pluralisierung des Alters spiegelt sich in vielfältigen individuellen Lebensführungen wider. Anne-Marie Guillemard unterscheidet in einer soziologischen, das Alter betreffenden Lebensstilstudie, im Jahr 1972, sechs Lebensstile. Die „Zurückgezogenen“ sind jene, die von einem Tag auf den anderen leben und wenige Interessen ausserhalb des eigenen Haushalts haben. Die „Zuschauer“ sind jene, die fernsehen und gerne essen. Sie haben eine geringe Zahl an sozialen Beziehungen. Die „Freizeitorientierten“ haben eine starke Ausrichtung auf organisierte Aktivitäten und Pensionistenclubs. Die „Familienorientierten“ konzentrieren sich auf die eigene Familie. Die „Anspruchsvollen“ suchen die Gemeinschaft mit Menschen gleichen Interesses und Alters. Schließlich nennt Guillemard die „jungen Alten“, die sich dadurch charakterisieren lassen, dass sie ihren Interessen intensiv nachgehen.

<sup>206</sup> Kolland, 2006 S. 10 zitiert nach Tews, 1995

<sup>207</sup> Pincus, 1992, S. 56f.

Eine im Jahr 1991 von Infratest durchgeführte Lebensstilstudie unterscheidet die vier Lebensstile „pflichtbewußt-häuslich“, „sicherheits- und gemeinschaftsorientiert“, die „neuen Alten“ und die „resignierenden Älteren“. Diese Lebensstile werden gleichzeitig bestimmten sozialen Gruppen, wie den „kleinen Angestellten und Beamten“, dem „traditionellen Arbeitermilieu“ oder den „gutsituierten Älteren“ zugeordnet.<sup>208</sup>

Das Forschungsprojekt 2020 des Fraunhofer IAO erforscht zur Zeit die Lebensstile älterer und auch hochaltriger Menschen, einer Gruppe die bisher in der Lebensstilforschung vernachlässigt wurde, die jedoch bei der Frage wie in Zukunft das Wohnen mit Pflegebedarf aussehen wird, zu den Hauptbetroffenen zählt. Ein Mitautor dieser Studie, Stefan Strunck, unterscheidet die vier Lebensstile passiv, familienorientiert, gemeinschaftsorientiert und erlebnisorientiert.<sup>209 210</sup>

Diese Kategorien decken sich meiner Einschätzung nach weitgehend mit der Einteilung nach Guillemard. Dieser Eindruck wird auch von Kolland bestätigt: *„Insgesamt ergeben die Lebensstiluntersuchungen ein Bild des höheren Alters, das wenig „neue Lebensstile“ erkennen lässt. Sichtbar wird vielmehr ein Übergewicht der konventionell-angepassten, in „gesellschaftlichen Mittellagen“ lebenden, alten Menschen.“*<sup>211</sup>

Die BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen entstammten bisher vorwiegend der Kriegs- und Nachkriegsgeneration und verhielten sich relativ genügsam. Das Leitbild *„warm, satt, sauber“* war Ausdruck dieser Zeit. In Zukunft wird jedoch eine steigende Zahl an

<sup>208</sup> Kolland, S. 12f.

<sup>209</sup> www, viasalus

<sup>210</sup> Spath/Bauer, 2012, S. 10ff.

<sup>211</sup> Kolland, S. 13 zitiert nach Hörl 1998, S. 65-78

BewohnerInnen mit höherer Bildung und finanziellen Möglichkeiten geänderte Ansprüche an die Pflegeversorgung formulieren. Dabei dürften differenzierte Lebensstile eine wichtige Rolle spielen. Entscheidend für diese neue Generation sind laut der Fraunhofer Studie „Pflege 2020“ Selbstbestimmtheit, insbesondere in Form einer individuell wählbaren Pflegeversorgung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an erster Stelle, die eigene, vor allem gesundheitliche, Sicherheit.<sup>212</sup> Als weiteres Ergebnis dieser Studie wird die Vernetzung der Akteure (Betreiber und Personal von Pflegeeinrichtungen, öffentliche Stellen, Dienstleister, Ärzte, Einzelhandel, Angehörige, Betroffene und ehrenamtliche Mitarbeiter) empfohlen. Dabei würden quartiersbezogene Dienstleistungszentren als zentrale Schaltstelle fungieren und vielfältige Funktionen wie Beratung, Ort der Begegnung, Stützpunkt für mobile Dienste, etc. übernehmen.<sup>213</sup>

#### 4.4. Das Konzept der Institution

Bei der Beschäftigung mit Einrichtungen der Pflegeversorgung stößt man sehr bald auf den Begriff der Institution. So ist vom institutionellen Charakter oder von der Forderung nach einer Deinstitutionalisierung die Rede. Auffallend dabei ist die meist negative Begriffsverwendung im Bereich der Pflege, während dieser im alltäglichen Sprachgebrauch durchaus neutral oder positiv verwendet wird. Aufgrund der Häufigkeit der Verwendung erscheint es mir jedoch wichtig, das dahinterstehende Konzept kurz zu erläutern, da es für das Verständnis der aktuellen Situation, beziehungsweise der historischen Entwicklung, bedeutend erscheint. Laut Duden Fremwörterlexikon wird der Begriff der

<sup>212</sup> Spath/Bauer, 2012, S. 23

<sup>213</sup> Spath/Bauer, 2012, S. 38f.

Institution wie folgt definiert: *“Institution (aus lat. institutio = ‘Einrichtung’, eigtl. ‘das Hineinstellen’) einem bestimmten Bereich zugeordnete öffentliche (staatliche, kirchliche) Einrichtung, die dem Wohl oder Nutzen des Einzelnen od. der Allgemeinheit dient.”*<sup>214</sup>

Der US-amerikanischen Soziologe Erving Goffman definiert soziale Einrichtungen als *„Räume, Wohnungen, Gebäude oder Betriebe, in denen regelmäßig eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird“*. Weiters können sich diese in ihrer Art hinsichtlich Zugangsbeschränkungen (Bahnhof vs. Fabrik) oder wie umfassend sie auf die Mitglieder wirken, unterscheiden.<sup>215</sup>

Diese Definitionen sind sehr allgemein gehalten und können auch auf Organisationen zutreffen. Auch diese werden in Räumen von bestimmten Personen nach vorgegeben Regeln ausgeübt. Der entscheidende Unterschied liegt jedoch in der Art, wie diese auf das Individuum wirken. Goffman beschreibt Institutionen als *“tendenziell allumfassend”*. Eine Institution kann daher konkreter als *“soziale Einrichtung, die soziales Handeln in Bereichen mit gesellschaftlicher Relevanz dauerhaft strukturiert, normativ regelt und über Sinn- und Wertbezüge legitimiert”*, definiert werden.<sup>216</sup> Der Begriff Institution ist also umfassender gemeint als jener der Organisation. Unter einer Institution werden zusätzlich bestimmte Verhaltensmuster innerhalb der Organisation verstanden. Arbeitsabläufe, Funktionen oder Beziehungen werden institutionalisiert. Die Aufrechterhaltung dieser Muster wird durch soziale Kontrolle gewährleistet.<sup>217</sup> Entscheidend ist somit, dass

Institutionen durch Normen auf das menschliche Verhalten, insbesondere auch auf Verhaltensänderungen, abzielen. Anders formuliert kann man sagen, dass eine Institution ein normatives System ist, das eine bestimmte soziale Ordnung hervorruft.

Wenn der Einfluss auf das Verhalten der Mitglieder besonders umfassend ausfällt, wie dies etwa in Klöstern, Gefängnissen aber auch in psychiatrischen Anstalten und Heimen geschieht, fällt häufig der Begriff der „totalen Institution“. Dieser Begriff geht auf den französischen Architekten Louis-Pierre Baltard (1764-1846) zurück.<sup>218</sup> Goffman definiert die totale Institution als *„Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.“*<sup>219</sup> Nach Goffman sind totale Institutionen eine Unterform des allgemeineren Begriffs der „sozialen Institution“ und zeichnen sich durch eine umfassende *„Beschränkung des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt, sowie der Freizügigkeit, die häufig direkt in die dingliche Anlage eingebaut sind“*<sup>220</sup> (zum Beispiel verschlossene Tore und hohe Mauern), aus. Goffman unterscheidet fünf unterschiedliche Arten totaler Institutionen hinsichtlich ihrer Ziele. Der Fürsorge von unselbstständigen und harmlosen Menschen dienen Blinden-, Alters-, Kinder-, Waisenheime und psychiatrische Kliniken. Der Fürsorge von unselbstständigen Personen, die eine Gefahr für die Gesellschaft darstellen können, dienen Tuberkulosesanatorien und Irrenhäuser. Der Absonderung von als „gefährlich“ eingestuften Personen dienen Gefängnisse, oder Kriegsgefangenenlager. Arbeitsähnliche Ziele verfolgen Kasernen,

<sup>214</sup> Duden, 1994, S. 640

<sup>215</sup> Goffman, 1973, S. 15

<sup>216</sup> Reinhold, Soziologie Lexikon, S. 295f.

<sup>217</sup> Stracke-Mertes, S. 216

<sup>218</sup> www, Institution

<sup>219</sup> Goffman, 1973, S.11

<sup>220</sup> Goffman, 1973, S.16

Internate, Schiffe und Arbeitslager. Als Zufluchtsort oder religiöse Ausbildungsstätten fungieren Abteien und Klöster.

Abgesehen von dieser dezidierten Zuordnung stellt sich die Frage, wodurch eine Institution einen umfassenden Charakter bekommt und zu einer totalen Institution wird. Ausgehend von einer sozialen Ordnung, in der die üblicherweise örtlich voneinander getrennte Lebensbereiche Wohnen, Arbeiten, Spielen, Freizeit, etc. an verschiedenen Orten unter verschiedenen Autoritäten mit verschiedenen Menschen ausgeübt werden, kennzeichnet die totale Institution, dass diese zusammenfallen. Die vier zentralen Merkmale einer totale Institution lauten daher nach Goffmann:

*„1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“*<sup>221</sup>

Goffman weist daraufhin, dass nicht unbedingt alle Merkmale auf jede totale Institution zutreffen, und, dass umgekehrt einzelne der

<sup>221</sup> Goffman, 1973, S.17

angeführten Merkmale auch außerhalb von totalen Institutionen zu finden sind.<sup>222</sup>

Der Begriff der totalen Institution wird normalerweise für Einrichtungen gebraucht, in denen die Mitglieder durch Zwangsmaßnahmen unfreiwillig untergebracht sind. Die Freiwilligkeit des Aufenthaltes in Bezug auf die Unterbringung in einem Pflegeheim wird von Pfabigan/Jilge mangels subjektiver Alternative in Frage gestellt.<sup>223</sup> Bestehen jedoch Alternativen, verliert der Einzug in ein Heim seinen Zwangscharakter. Es kann dann zum Beispiel zwischen verschiedenen Formen des Wohnens mit Pflegebedarf gewählt werden. Üblicherweise finden in Alten- und insbesondere in Pflegeeinrichtungen alle Angelegenheiten des täglichen Lebens an einem Ort statt. Es gibt nur eine Autorität für eine große Gruppe an Schicksalsgenossen. Die Bewohner verlassen in der Regel das Heim nur selten und dann meist in Begleitung. Die Einheit von Raum und Schicksalsgenossen trifft weitgehend zu.

Der Einzug in eine totale Institution wird nach Goffmann durch verschiedene AufnahmeprozEDUREN charakterisiert. Es kommt zur Wegnahme der Kleidung und persönlicher Gegenstände. Goffmann spricht in diesem Zusammenhang vom "bürgerlichen Tod" des Individuums. Der Einzug in ein Pflegeheim wird in der Regel von den Betroffenen als Einschnitt in der Lebensbiographie wahrgenommen, es kommt zum Bruch mit der gewohnten Umgebung. Der Großteil des Hausrates und damit viele Erinnerungen bleiben zurück. Viele soziale Beziehungen gehen verloren.

<sup>222</sup> Goffman, 1973, S.17

<sup>223</sup> Pfabigan/Jilge, S.285f.

BewohnerInnen in Pflegeheimen stehen (beinahe permanent) unter Beobachtung. Die Notwendigkeit der Überwachung bzw. Beobachtung wird einerseits mit Effizienzüberlegungen (Personaleinsparung) – von einem Schwesternstützpunkt aus soll möglichst jeder Aufenthaltsbereich einer Station einsehbar sein - und andererseits mit dem Ziel, nur das Wohl und die Sicherheit der BewohnerInnen sicherzustellen, begründet. Dieses Prinzip einer umfassenden Möglichkeit der Beobachtung von einem Ort aus, findet sich auch im modernen Pflegeheimbau wieder. So wird in einem Raum- und Funktionsprogramm für den Wettbewerb eines Pflegeheimes in Retz in Niederösterreich eine Gliederung in drei Pflegeabteilungen zu je drei Pflegegruppen mit jeweils zwölf Plätzen gefordert. Wobei jede dieser Pflegegruppen *„über einen mittig liegenden Zentralbereich erschlossen“*<sup>224</sup> wird. Und über diesen zentralen Aufenthaltsraum der Pflegegruppen heißt es: *„Dieser Raum ist vom Pflegestützpunkt einzusehen“*.<sup>225</sup> Das Prinzip einer umfassenden Beobachtung von einem Punkt aus wird in Anlehnung an den Bautyp des Panoptikons auch als „panoptisches System“ bezeichnet.

Ein weiteres Merkmal totalitärer Institutionen nach Goffman ist die klare Unterscheidung zwischen Insassen und Personal. Sichtbar wird diese Distanz in Pflegeeinrichtungen unter anderem durch eine einheitliche Arbeitskleidung des Personals, die meist mit hygienischen Argumenten begründet wird.

Zumindest in der vollstationären Form weisen Pflegeeinrichtungen noch einige wesentliche Merkmale totaler Institutionen nach Goffman auf. Pfabigan/Jilge sprechen in Bezug auf Pflegeheime

<sup>224</sup> Raum- und Funktionsprogramm LPPH-Retz. S. 2f.

<sup>225</sup> ebda.

daher von totalen Institutionen und bezeichnen die Bewohner innerhalb der totalen Institution auch als Insassen.<sup>226</sup>

Heinzelmann führt für den von ihm untersuchten Typ des Altenheimes einige Merkmale an, die dem Konzept der totalen Institution widersprechen. So können die BewohnerInnen die Einrichtung verlassen, den überwiegenden Teil des Tages selbst gestalten, sich in die eigenen Zimmer zurückziehen sowie diese versperren. Weiters stehen der rechtliche Status der BewohnerInnen und eine allenfalls subtile Machtausübung durch das Personal (anstatt einer offenen) den Charakteristika einer totalen Institution entgegen. Heinzelmann schlägt daher für den Einrichtungstyp des Altenheimes den Begriff der „Pseudo-Totalen-Institution“ vor.<sup>227</sup>

Das Konzept der totalen Institution ist für die Analyse und das Verständnis, insbesondere historischer Versorgungsformen aber auch von heute noch existenten Pflegeheimen und Geriatriezentren mit einem hohem Grad an Funktionstrennung hilfreich. Nur durch den historischen Kontext und das Wissen um das Konzept der totalen Institution können die aktuellen Entwicklungen und Tendenzen im Pflegebereich richtig eingeordnet und verstanden werden. .

<sup>226</sup> Pfabigan/Jilge S.285f.

<sup>227</sup> Heinzelmann, 2004, S. 233f.





## 4.5. Das Leben als Bühne

*„Die ganze Welt ist Bühne  
und alle Frauen und Männer bloße Spieler,  
sie treten auf und gehen wieder ab.“*

William Shakespeare, Wie es Euch gefällt

Von Goffman stammt auch die Analogie zur Theaterwelt und die Unterscheidung in eine Vorder- und Hinterbühne. Auf der Vorderbühne (zum Beispiel Speisesaal in einem Restaurant) spielt der Akteur eine Rolle. Es ist dies der Ort des offiziellen, des für alle sichtbaren Geschehens. Man verhält sich hier in dem Bewusstsein, dass man beobachtet wird. Demgegenüber steht die Hinterbühne (Küche, privates Zimmer), auf der man sich unbeobachtet fühlt und „aus der Rolle fällt“.<sup>229</sup> In diesem Sinne stellt das private Zimmer in einer Pflegeeinrichtung die Hinterbühne dar. Diese kann bei Mehrbettbelegungen oder mangelnder Abgrenzungsmöglichkeit der individuellen Zimmer zu den Allgemeinbereichen verloren gehen. Daraus leitet sich die Forderung nach dem Einzelzimmer als Standard in der Altenpflege ab. In traditionellen Alten- und Pflegeheimen fungieren Allgemeinräume wie Speisesaal, Cafeteria, Friseur und sonstige Aufenthaltsräume als Vorderbühne. Im Rahmen von Wohngruppenkonzepten wird durch das Schaffen

<sup>228</sup> Abbildung: Gala des Roten Kreuzes im Theater in der Josefstadt.

Copyright: WRK/Markus Hechenberger. Abgerufen unter [www.ropeskreuz.at](http://www.ropeskreuz.at)

<sup>229</sup> vgl. Goffmann, 1983

einer Zwischenzone in Form wohnungsähnlicher Aufenthalts- und Erschließungsbereiche mit privatem Charakter der Druck genommen, eine Rolle spielen zu müssen. Die ganze Wohngruppe wird mehr als große Wohnung wahrgenommen und wird so tendenziell zur Hinterbühne. Dieses Spiel von Vorder- und Hinterbühne lässt sich auch auf den öffentlichen Freiraum übertragen, indem dort Elemente aus dem privaten Raum – sei es eine überdimensionale Schreibtisch- oder Stehlampe, der Perserteppich oder ein Bücherregal – in entsprechendem Maßstab übertragen werden.

Goffmanns Bild des „Lebens als Bühne“ findet sich auch in architektonischen Konzepten oder ganz grundlegend in unserer gesamten gebauten Umwelt wieder. Der private Raum der eigenen Wohnung, die halbprivaten oder halböffentlichen Übergangszonen, und schließlich der öffentliche Raum sind mithilfe der Goffmannschen „Bühnenmetapher“ in ihrer Bedeutung verständlich. Dieses Spannungsfeld zwischen Privatem und Gemeinschaft spiegelt sich auch im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und deren „Unterbringung“ wider. Ein besonders wichtiger Aspekt ist dabei jener des persönlichen Raumes, der von einer Person beansprucht wird, um sich „wohl“ fühlen zu können.

### 4.5.1. Leben in Privatheit

Jeder Mensch beansprucht ein eigenes Territorium, einen persönlichen Raum. Wird diese private Sphäre verletzt entsteht aufgrund der zu hohen soziale Dichte Stress, das sogenannte Crowding.<sup>230</sup> In Pflegeeinrichtungen kommt es nach Michell-Auli/Sowinski dadurch auch zu einem Mehraufwand in der Pflege.

<sup>230</sup> Michell-Auli/Sowinski, 2013, S.33

Insbesondere demenzerkrankte BewohnerInnen reagieren mit Aggressivität, Ruhelosigkeit oder Rückzug.<sup>231</sup> Der US-amerikanische Psychologe Irwin Altman unterscheidet drei Typen des Territoriums.<sup>232</sup> Zunächst das „primäre Territorium“, welches sich im ständigen Besitz einer Person befindet. Dazu zählen die eigene Wohnung oder das eigene Zimmer in einer Pflegeeinrichtung. Dieser Bereich wird durch eine starke Kontrolle des Zugangs gekennzeichnet. Es ist ein Ort der Rückzugsmöglichkeit, in dem das Gefühl der Privatheit gelebt werden kann. Das „sekundäre Territorium“ wird von Gruppen in Besitz genommen. Beispiele dafür sind der Stammtisch in einer Gastwirtschaft, der Speisesaal in einer Pflegeeinrichtung („das ist mein Platz“) oder der Sportplatz, der regelmäßig von einer Jugendgruppe genutzt wird. Charakteristisch ist die geringere Kontrolle der Gruppe über den Zugang zu diesem Bereich, da auch andere Gruppen diesen beanspruchen können, wodurch es zu Konfliktsituationen kommen kann. Das „öffentliche Territorium“ schließlich wird nur kurzfristig in Besitz genommen und wechselt häufig den Besitzer oder die Besitzerin. Es handelt sich dabei um öffentliche Räume wie Parkbänke, Strände, Tische im Restaurant oder Sitzplätze bei Vorlesungen. Es besteht kaum Kontrollmöglichkeit über den Zugang zu diesem Territorium.

Wichtig im Sinne der Selbstbestimmung ist es, dass BewohnerInnen eines Pflegeheimes frei entscheiden können wo sie sich aufhalten – in welche Rolle sie also schlüpfen möchten. Es sind daher ausreichende und differenzierte Angebote für jede dieser Rollen anzubieten. So können Privatheit im eigenen Appartement und in Rückzugsnischen, Gemeinschaft in

<sup>231</sup> Sowinski, 2005, S.14

<sup>232</sup> Sowinski, 2005, S.13f.

Aufenthaltsräumen und wohnlichen Gangbereichen sowie die Teilhabe am Öffentlichen Leben durch Spaziergänge oder dem Blick aus dem Fenster auf das dort stattfindende Stadtleben erfahren werden.

### **Eine eigene Wohnung**

Auf längere Dauer leben üblicherweise nur Menschen mit hohem Grad an sozialer Nähe, wie Geschwister oder Paare, in einer Wohnung zusammen. Bei zueinander fremden Personen beschränkt sich diese Situation auf eine meist absehbare Zeit (Krankenhaus, Schul-Skikurs, Übernachtung auf einer Berghütte oder bei Freunden) oder bei längerer Dauer auf Notsituationen (Frauenhaus, Obdachlosenunterkunft) und auf Zwangseinrichtungen wie Gefängnisse oder Kasernen. Insofern stellen gerade Pflegeeinrichtungen einen besonderen Fall dar, denn hier müssen immer noch viele Betroffene auf Dauer und mit unbekanntem Personen ein Zimmer teilen ohne unbedingt in sozialer Not oder einer staatlichen Zwangsmaßnahme ausgeliefert zu sein. Noch dazu befinden sich BewohnerInnen einer Pflegeeinrichtung in einer Situation, in der ihre Privatsphäre besonders betroffen ist (Probleme mit Ausscheidungen, Schmerzen, intime Gespräche mit ÄrztInnen, Angehörigen).<sup>233</sup> Daraus kann man die Forderung nach einem eigenen Zimmer für Pflegebedürftige ableiten. In weiterer Konsequenz steht die Forderung nach einer eigenen Kleinstwohnung, dem Appartement bezeichnet dabei eine kleine Wohnung mit allen wesentlichen Funktionen wie Aufenthalts- und Schlafbereich, Sanitärraum und Kochgelegenheit und unterliegt der Zugangskontrolle der Bewohner.

<sup>233</sup> Michell-Auli/Sowinski, 2013, S.34

In diesem Zusammenhang ist es oft problematisch, wenn Mitarbeiter das „Pflegerzimmer“ als ihren Arbeitsplatz betrachten. Bleiben etwa die Türen grundsätzlich offen, oder gewöhnt man sich daran nicht anzuklopfen, gibt es keine Barriere mehr zwischen den allgemeinen und den privaten Bereichen. Durch Markierung des individuellen Territoriums kann den PflegerInnen und MitbewohnerInnen klar zum Ausdruck gebracht werden: „Hier beginnt mein Bereich“. Das Eindringen in diese so klar gekennzeichnete Privatsphäre geschieht somit bewusster. Dieses Markieren kann durch Elemente wie Fußmatten (Stolpergefahr!), Postkasten, Türschild, eine Sitzbank oder Pflanze, aber auch durch eine differenzierte Farbgestaltung, Materialwahl oder Lichtführung erfolgen.

Die Erhaltung des Kontrollanspruchs kann auch durch die Mitnahme persönlicher Gegenstände in eine Pflegeeinrichtung unterstützt werden. So hat Goffman als eines der Merkmale zur totalen Institution den kompletten Entzug persönlicher Gegenstände angeführt, der auch als Verlust der eigenen Identität anzusehen ist.<sup>234</sup> Eine Möglichkeit die heute in den meisten Einrichtungen möglich ist, jedoch bei der Planung berücksichtigt werden muss, ist jene, dass Bewohner das Wohnumfeld nach ihren persönlichen Vorstellungen selbst mitbestimmen können – fast ganz so wie in der eigenen Wohnung. Im Laufe eines Lebens sammelt sich in den meisten Haushalten eine ganze Menge an Erinnerungsstücken wie Fotos, Zeichnungen der Enkel oder Möbelstücke an. Dieses „Nest“ aufzugeben ist daher besonders für ältere Menschen schwierig. In diesen persönlichen Gegenständen bildet sich sehr oft das gesamte Leben einer Person ab. Beim Betrachten derselben werden Erinnerungen und Emotionen wie

<sup>234</sup> Michel-Auli/Sowinski, S.44ff.

„das hier ist mein Enkelkind“ oder „das hier ein Foto meiner Hochzeitsreise – war das schön“ hervorgerufen. Die Vertrautheit der Umgebung und das Ausüben von Gewohnheiten bedeuten auch ein Stück mehr Alltagsnormalität. Die mitgenommenen Möbel stellen eine Verbindung zur alten Wohnung – dem Zuhause dar. Dabei muss es nicht das Ziel sein, einen Nachbau der angestammten Wohnung zu erreichen. Verfolgt man diesen Ansatz nämlich konsequent weiter, gelangt man zu dem Konzept der „Scheinwelten“, das insbesondere im Bereich von Demenzeinrichtungen immer stärkere Anwendung findet.<sup>235</sup>



Abbildung: Zugabteil mit simulierter Landschaft in einer Demenzeinrichtung.<sup>236</sup>

<sup>235</sup> vgl. Demenzdörfer in Kap. 4 (lt. ProAlter 03-04/2015 widersprechen diese dem Inklusionsmodell der Behindertenkonvention der UN. --> Anm.: nachlesen

<sup>236</sup> www, dom



Abbildung: Bauernstube im Pflegeheim Lana in Südtirol, Planung Architekt Arnold Gapp.<sup>237</sup>

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Punkt für die Aufrechterhaltung der Eigenständigkeit ist die Verfügbarkeit sowie die Kontrolle über das eigene Essen. Der Alltag vieler älterer Menschen in der angestammten Wohnung besteht aus einer Abfolge, in der die Essenszubereitung und -einnahme einen erheblichen Zeitaufwand und auch Orientierungspunkt bietet. In einer Pflegeeinrichtung bestimmen auf einmal fremde Personen bzw. eine anonyme Institution, etwa „ein Koch“ den man gar nicht zu Gesicht bekommt oder „die Küche“, nach oft sehr wirtschaftlichen Kriterien, was auf den Tisch kommt. Die Auswahl ist durch zentrale Küchen in der Regel meist eingeschränkt und für alle Bewohner weitgehend gleich – jedenfalls fällt die selbstbestimmte Entscheidung darüber, was heute gegessen wird, weg. Daraus lässt sich im Sinne einer möglichst weitgehenden

Alltagsnormalität und Selbstbestimmtheit die Forderung ableiten, dass im persönlichen Territorium des Bewohners eine kleine Kochnische vorgesehen werden sollte. So können etwa Angehörige individuell Essen zubereiten oder aufwärmen. Alleine schon der Geruch einer zubereiteten Leibspeise kann das Wohlbefinden erhöhen – vielleicht sogar auf dem eigenen Lieblingsteller. Als Rückzugsort bietet das Einzelzimmer Sicherheit und auch Schutz vor Reizüberflutung – kein Zimmergenosse, der stören könnte. Es stellt somit einen Gegenpart zum Leben im Gemeinschaftsbereich dar. Die Bewohner ziehen nicht in ein Krankenhauszimmer, sondern in eine eigene Wohnung. Neben einem obligatorischen barrierefreien Bad mit WC gehören daher auch eine Miniküchenzeile mit Kochgelegenheit und Kühlschrank, beziehungsweise zumindest die Anschlüsse dafür, ebenso dazu, wie ein direkter Bezug zum Außenraum und verschließbare Möbel für die persönlichen Wertsachen.

So wie die Wohnung einen Eingangsbereich, in dem man „ankommt“, einen Wohnbereich, in dem man „sich aufhält“ und Besucher empfängt, einen abtrennbaren Schlafbereich, in den man sich „zurückzieht“ und einen Balkon, von dem aus man die Außenwelt „beobachten“ kann, aufweist, wird auch das Pflege-Appartement strukturiert. Denkt man diesen Ansatz konsequent weiter, dann erklärt sich auch der eigene Briefkasten im Eingangsbereich – natürlich seniorenrecht mit Sitzmöglichkeit.

<sup>237</sup> www, dbz



Abbildung: Eingangsbereich Alterswohnungen in Zürich Altstetten, Planung: Ballmoos Krucker Architekten, Fertigstellung 2011.<sup>238</sup>

Wenngleich das Einzelzimmer heute als Standard in der Altenpflege gilt, werden auch bei neuen Projekten regelmäßig Doppelzimmer bzw. die Kopplungsmöglichkeit von zwei Einzelzimmern vorgesehen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es immer wieder BewohnerInnen gibt, die ein Wohnen zu zweit bevorzugen, und es vor allem Angehörige sind, die das Einzelzimmer bevorzugen.<sup>239</sup> Das Argument gegen Einzelzimmer besteht darin, dass durch den neuen Standard des Einzelzimmers

ein erhöhtes Risiko der Vereinsamung, insbesondere für wenig mobile Bewohner, bestehen könnte. Auch für an Demenz erkrankte Menschen können Zweibettzimmer sinnvoll sein. In diesem Spannungsfeld zwischen der berechtigten Forderung nach Privatsphäre und der Vermeidung sozialer Isolation durch Gemeinschaft bewegt sich die Planung von Pflegeeinrichtungen heute.

Eine der Möglichkeiten, der Isolationsgefahr zu begegnen, ist ein regelmäßiger Kontakt der BewohnerInnen mit ihren Angehörigen. Das Einzel-Appartement ist dabei, wie bereits punktuell ausgeführt, vorteilhaft. So sind vertraute Gespräche jederzeit möglich. Für die Angehörigen kann es ausserdem vorteilhaft sein, wenn sie im Appartement einer eigenen Beschäftigung nachgehen können, ohne das Gefühl haben zu müssen, sie stören oder würden beobachtet. So können Vertrautheiten entstehen, die bei den oft üblichen kurzen Besuchen – „Blumen vorbeibringen“ – nicht möglich sind. Selbst die Übernachtungsmöglichkeit in einem dafür vorgesehenen „Gästezimmer“ ist in diesem Zusammenhang denkbar. In diesem Sinne einer angestrebten Einbindung von Angehörigen in den Lebensalltag der Bewohner, ist zu überlegen, wie Angehörige abseits des „Besuchsrituals“ einen zusätzlichen Nutzen aus einem Besuch ziehen können. Dafür wäre es wichtig, das Gebäude der Pflegeeinrichtung so zu gestalten, dass Angehörige möglichst keine Hindernisse, keine Schwellen, überwinden müssen. So kann ein ruhiger Ort, eine kleine Bibliothek, ein Andachtsraum oder „Raum der Stille“, ein Fitnessraum, ein Balkon oder eine Terrasse mit einem schönem Ausblick als positiver Anreiz („Incentive“) gesehen werden, seine Angehörigen im Heim öfter oder länger zu besuchen.

<sup>238</sup> Zeitschrift Detail, Jg. 2012. S.996

<sup>239</sup> lt. Auskunft N.N., GZ Favoriten

Für viele Pflegebedürftige ist schon die bloße Anwesenheit vertrauter Personen beruhigend und steigert das Wohlbefinden.<sup>240</sup> Wichtig dabei scheint mir, dass sich auch Angehörige und Freunde die neue Wohnumgebung des Betroffenen vertraut machen können, und man Ihnen entsprechende Freiräume anbietet. Ein weiterer Vorteil einer verstärkten Einbindung der Angehörigen besteht in der Entlastung der Mitarbeiter. Diese können sich so verstärkt auf die pflegerischen Tätigkeiten konzentrieren und es entstehen so neue Freiräume, die helfen können, den (betriebswirtschaftlichen) Druck im Pflegealltag etwas zu mindern.<sup>241</sup> Aufgrund des hohen Personalbedarfes in der Pflege bei gleichzeitiger Beschränkung der finanziellen Mittel, kommt es zu Effizienzüberlegungen und minutengenauem Personaleinsatz. In Publikationen wird daher wiederholt von der „Industrialisierung der Pflege“ gesprochen.<sup>242</sup> Eine Pflegerfachkraft bringt diese Tendenz in einem Interview der Kleinen Zeitung vom 05.07.2014 wie folgt auf den Punkt: *„Pflegekraft zu sein, ist der Traumberuf für mich. Trotz allem. Ich mag alte Leute. Aber es fehlt leider die Zeit, den Beruf so zu machen, wie es sein sollte. Eigentlich ist es Fließbandarbeit.“*<sup>243</sup> Um die Gefahr, dass Bewohner zu Objekten der Pflegefürsorge degradiert werden, sind alle Maßnahmen zu unterstützen, welche helfen, die Unverwechselbarkeit des Individuums wahrnehmbar zu machen. Vorteilhaft für die Einbindung der Angehörigen, insbesondere der Freunde und Nachbarn, ist aus meiner Sicht eine wohnortnahe Lage der Einrichtung. Das bedeutet, dass kleinere und mittlere Einheiten in diesem Kontext von Vorteil sind.

<sup>240</sup> Michell-Auli/Sowinski, 2013, S. 52

<sup>241</sup> Michell-Auli/Sowinski, 2013, S. 54ff.

<sup>242</sup> Flenreiss/Rümmele

<sup>243</sup> www, klz

#### 4.5.2. Leben in Gemeinschaft

Die Gemeinschaftsbereiche (Küche, Ess- und Aufenthaltsraum aber auch die Erschließungsflächen) sind als eine notwendige Ergänzung zum privaten Bereich des Appartements zu sehen und müssen entsprechend gestaltet werden. Sie sind der Ort, an denen das Zusammenleben der BewohnerInnen stattfindet. Daraus leitet sich die Überlegung ab, Sichtverbindungen zwischen den Pflege-Appartements und den Gemeinschaftsbereichen herzustellen. Das Prinzip „Leben in Gemeinschaft“ findet sich in vielen bekannten Konzepten – familienorientierte Cantous, KDA-Hausgemeinschaft, diverse Wohngruppenkonzepte – wieder, und charakterisiert sich durch kleine familienähnliche Gruppen, welche den Großteil des Alltags zusammen mit Angehörigen und den MitarbeiterInnen verbringen. In traditionellen Pflegeeinrichtungen kommen, auch aufgrund der Größe, viele für die einzelnen BewohnerInnen fremde Personen „zu Besuch“. Neben den Angehörigen der BewohnerInnen sind das auch externe Dienstleister. Die Erschließungs- und Gemeinschaftsbereiche bekommen dadurch einen halböffentlichen Charakter. Der Unterschied zur eigenen Wohnung liegt darin, dass nicht die BewohnerInnen diese Besuche bestimmen oder kontrollieren, sondern „der Betrieb“. Im konsequent umgesetzten Wohngemeinschafts- bzw. Wohngruppenkonzept behält der Gemeinschaftsraum als Teil einer Großwohnung weitgehend einen privaten Charakter, und die Bewohnergemeinschaft die Kontrolle über ihr Territorium. Der halböffentliche Bereich beginnt erst außerhalb der Wohngruppe. Besucher sind in der Regel Angehörige einer kleineren vertrauten Gruppe.

Sehr vorteilhaft für gemeinschaftliche Tätigkeiten ist das Vorhandensein eines Gartens oder einer Terrasse mit Hochbeeten. Sinnvoll sind Pflanzen, die auch im Alltag verwendet werden können und genießbar sind. Konsequenz aus dieser Forderung nach einer Einbeziehung der Natur ist jene, dass man Pflegeeinrichtungen entweder in Grünräumen situiert, und oft vor dem Problem der fehlenden Anbindung an das öffentliche Stadtleben steht, oder bei städtischen Lagen man die Natur so weit es geht zu den Bewohnern an und in das Gebäude holt. Ideal erscheinen in diesem Zusammenhang Orte, an denen diese zwei grundlegenden Bedürfnisse des Menschen „Teilhabe an der Gemeinschaft“ und „Naturerlebnis“ zusammentreffen. In vielen Pflegeeinrichtungen finden sich daher Elemente aus der Natur im Inneren des Gebäudes (Wintergarten, Voliere, Aquarium).

Geht man gedanklich etwas weiter aus der Pflegeeinrichtung hinaus, in das Quartier, bieten sich gemeinschaftliche Aktivitäten etwa in „community gardens“ an. So ist auch eine Kommunikation mit den Menschen der Nachbarschaft möglich, Kontakte entstehen und es findet sich der eine oder andere freiwillige ehrenamtliche Mitarbeiter. Aus dem gemeinsamen Interesse für den Garten kann auch so etwas wie ein Verein entstehen, in dem das therapeutische Arbeiten in die Natur integriert wird. Im Unterschied zu einem öffentlichen Park, welcher von der Stadtverwaltung betreut wird, können sich die Nutzer durch die eigene Tätigkeit besser mit dem Ort identifizieren, fühlen sich verantwortlich, und es entsteht so viel eher eine Gemeinschaft.

### **4.5.3. Leben in Öffentlichkeit**

Dieses Leben in der Öffentlichkeit außerhalb des Gebäudes stellt schließlich die dritte Art eines Territoriums dar. Hintergrund ist die Anbindung an den umgebenden Stadtteil. Diese Vernetzung sollte im Idealfall in beide Richtungen erfolgen. Die BewohnerInnen haben Kontakte ins Quartier, aber auch die Menschen aus der Nachbarschaft zu den Bewohnern.

Der „Blick aus dem Fenster“ ist zum Beispiel Ausdruck dieses Bedürfnisses nach Kontakt zur umgebenden Außenwelt. Auch Pflegebedürftige möchten und haben ein Recht auf Teilhabe am öffentlichen Leben. Zum Beispiel der Besuch von Märkten und öffentlichen Festen. Dies kann erleichtert werden, wenn sich das Stadtleben in unmittelbarer Nähe abspielt. Andererseits sollte auch das Quartier in die Lebensumwelt der Bewohner kommen. Dies kann durch Integration diverser quartiersbezogener Nutzungen in das Gebäude, in der sich die Pflegeeinrichtung befindet, geschehen, sodass nicht monofunktionale Pflegegebäude entstehen, sondern vielmehr multifunktionale Hybridgebäude, in denen es zu Schnittstellen und Interaktion kommen kann. Der „Bassenatratsch“ beschreibt etwa diese soziale Interaktion der Nachbarn, die durch die Notwendigkeit einer geteilten Wasserentnahmestelle zustande kam. So kann man etwa durch Auslagerung der Postkästen, der Waschmaschinen oder Abstellräume außerhalb der Wohneinheiten den Bewohnern die Möglichkeit geben, „zufällig“ mit Nachbarn in Kontakt zu treten.

Wenn man etwa in Seniorenresidenzen sieht wie interessant für Bewohner der Eingangsbereich ist – wo Neuankömmlinge, Besucher, Lieferanten in die Alltagswelt des Bewohners eintreten – muss man dieses Bedürfnis nach „dem öffentlichen Leben“ ernst

nehmen und nicht etwa aus falsch verstandenen Marketingüberlegungen versuchen, die BewohnerInnen aus diesem Präsentationsbereich fernzuhalten.<sup>244</sup>

Aus diesem Blickpunkt, betrachtet ist eine Vernetzung mit dem Quartier erforderlich bzw. sind Einrichtungen pflegebedürftiger Menschen in eine solche miteinzubeziehen, da jeder Mensch, ob pflegebedürftig oder an Demenz erkrankt, das Recht hat, am öffentlichen Leben teilzuhaben. Laut Michell-Auli/Sowinski werden stationäre Einrichtungen als „zu eng, als Ghetto, abgeschlossen vom Rest der Welt“, erlebt.<sup>245</sup> Goffmann, auf den dieses Konzept zurückgeht, spricht in diesem Zusammenhang vom „bürgerlichen Tod“, den das Individuum durch den Bruch mit den früheren Rollen beim Eintritt in eine totale Institution erleidet. Insofern ist die Einbindung in das Quartier als Gegenposition zur totalen Institution zu sehen.<sup>246</sup>

Als Quartier, aus lat. „quartus“ = „vier“ wird das Stadtviertel bezeichnet, da römische Lager in vier Teile geteilt wurden, wird gemeinhin jener überschaubare Teil einer Stadt, einer Gemeinde verstanden deren EinwohnerInnen sich durch eine Gemeinsamkeit, gemeinsame Identität, soziale oder ethnische Herkunft definieren und durch soziale Interaktion abheben. Erkenntnisse der Sozialraumforschung geben die maximale Größe bis zu der sich die EinwohnerInnen mit dem Quartier gut identifizieren können, mit rund 25.000 Einwohnern an.<sup>247</sup> Dies entspricht exakt der Einwohnerzahl des Bezirkes Josefstadt in Wien und tatsächlich kann dieser auch aufgrund seiner klar wahrnehmbaren Grenzen

<sup>244</sup> Besuch der Seniorenresidenz Bad-Vöslau im Jahr 2007 durch den Autor

<sup>245</sup> Michell-Auli/Sowinski 2013, S.100

<sup>246</sup> Michell-Auli/Sowinski 2013, S. 99

<sup>247</sup> Michell-Auli/Sowinski 2013, S.105

noch sehr stark als eigenständige Einheit wahrgenommen werden. In Wien entsprechen diese Stadtteile oft den ehemaligen Vororten oder im innerstädtischen Bereich den einzelnen Bezirken. Diese Struktur ist noch sehr gut in den Katastralgemeindengrenzen ablesbar.

## 4.6. Soziale Beziehungsformen

Höpflinger zeigt, dass die Mehrheit der älteren Menschen Kontakte zu Angehörigen sowie zu Nicht-Verwandten pflegen. Nur relativ wenige Alte haben keine oder ungenügende Kontakte. Insbesondere der Kontakt zu den Kindern bleibt auch nach dem Auszug aus dem gemeinsamen Haushalt aufrecht. Auch haben sozialstaatliche Leistungen den Zusammenhalt der Generationen nicht geschadet, sondern ergänzen diesen vielmehr. „Vorherrschend ist heute eindeutig das Muster einer 'multilokalen Mehrgenerationenfamilie' (Bertram 2000).“<sup>248</sup> Allerdings fehlt mit zunehmendem Alter auch immer öfter die nach Höpflinger wichtigste Bezugsperson alter Menschen – der Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin.

Nach Höpflinger sind Freunde in mehrfacher Hinsicht wichtig. Ein gutes Netz an Freunden ist für ein aktives Altern sehr wichtig. Dies wird durch Studien belegt. Auch erleichtern Freunde die Teilnahme an Aktivitäten im Quartier – gemeinsam geht man eben lieber aus als alleine. Dies gilt insbesondere für Städte, deren öffentlicher Raum für Ältere oft als unsicher wahrgenommen wird.<sup>249</sup>

<sup>248</sup> Höpflinger, soziale Beziehungen 2009

<sup>249</sup> Ebda.

Nach Höpflinger werden Kontakte zu Nachbarn gerade im Alter wichtiger, da die unmittelbare Wohnumgebung aufgrund zunehmender Einschränkungen in der Mobilität immer wichtiger wird. Gute Nachbarschaftskontakte können Sicherheit und Hilfestellungen im Alltag bieten. Allerdings funktioniert Nachbarschaftshilfe besser, wenn diese organisiert und betreut wird, da sie bei Pflegebedürftigkeit sehr schnell an Grenzen der Intimität stößt.<sup>250</sup>

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich die Forderung nach dem Verbleib im Quartier auch bei Pflegebedürftigkeit ableiten, da sich hier meist eine Vielzahl an sozialen Kontakten befinden, die wertvolle Aufgaben übernehmen können. Geht dieses soziale Netz verloren, müssen alltägliche Erledigungen und soziale Kontakte wie zum Beispiel die Hilfe beim Einkauf, das Nachsehen „wie es geht“ von Institutionen übernommen werden.

Die Frage nach den sozialen Beziehungen ist besonders auch in Pflegeeinrichtungen von Bedeutung, da gute und befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen für eine Aufrechterhaltung der Lebensqualität notwendig sind. Sie bekommt daher in den meisten Pflegekonzepten ein zentraler Stellenwert. Die Arten sozialer Beziehungen in stationären Pflegeeinrichtungen lassen sich grob in jene zum Personal, zu den Angehörigen und Freunden und schließlich zu den MitbewohnerInnen einteilen. Die Risiken in der Beziehung zum Personal liegen oft darin, dass dieses zu wenig Zeit hat, und sich BewohnerInnen in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden. Bei Angehörigen und Freunden liegt oftmals das Problem in zu seltenen oder zu wenig qualitätsvollen Besuchen vor. Daher besteht die größte Kontaktmöglichkeit zu den MitbewohnerInnen.

<sup>250</sup> Höpflinger, soziale Beziehungen 2009

Diese haben Zeit und befinden sich in derselben Lebenssituation – es handelt sich um Schicksalsgenossen – die man sich aber in der Regel nicht ausgesucht hat. Aber man ist im selben Alter – kann also gemeinsame Erinnerungen teilen. Eine der Hauptaufgaben in Pflegeeinrichtungen ist es, die sozialen Beziehungen der BewohnerInnen untereinander zu ermöglichen, zu fördern und ihnen den entsprechenden „Raum“ zu geben. Dazu sagen Fessman und Lester:

*"That the emotional and psychological state of nursing home residents may be best improved by helping them develop relationships with other residents of the institutions".<sup>251</sup>*

## 4.7. Bildung und Berufstätigkeit im Alter

In einer älter werdenden Gesellschaft stellt sich auch die Frage nach der Organisation des Arbeitslebens und damit verbunden der Fortbildung. Viele ältere Menschen werden in Zukunft unter Umständen auch nach dem Erreichen des aktuellen Pensionsalters von 60 bzw. 65 Jahren arbeiten müssen, um einer drohenden Altersarmut zu entgehen. Im Pensionsalter gibt es jedoch kaum vorgegebene Strukturen und Rollen, in denen man seine im Berufsleben erworbenen Fähigkeiten weiterführen kann. Hier ist jeder mehr oder weniger auf sich selbst gestellt. Der Rückzug aus der Arbeitswelt führt in der Regel auch zur Aufgabe wichtiger identitäts- und gemeinschaftsbildenden Positionen und Aufgaben.<sup>252</sup> Im Allgemeinen bleibt es der Eigeninitiative

<sup>251</sup> Fessman/Lester, S. 141 zitiert nach Berndt/Göritz, Kap. 1

<sup>252</sup> Stracke-Mertes, S. 58

überlassen, sich auch noch im fortgeschrittenen Alter abseits des Berufs weiterzubilden. Ziel von Bildung im Alter muss nicht die gezielte Vorbereitung auf einen Arbeitsmarkt, sondern vielmehr die ganzheitliche Weiterentwicklung des Menschen und die Grundlage für eine aktive Lebensgestaltung, eine gute Integration sein. Darüber hinaus dient Weiterbildung dem Erhalt der geistigen und körperlichen Fähigkeiten. Der Aspekt der Wissensweitergabe der Alten an die Jungen hat sich hingegen durch die Industrialisierung deutlich reduziert und ist heute in vielen Branchen durch den raschen technologischen Wandel nicht mehr möglich.

#### 4.8. Isolation und Einsamkeit im Alter

Funktionierende soziale Beziehungen sind für Menschen jeden Alters für eine gute Integration in die Gesellschaft und das eigenen Wohlbefinden notwendig. Zwei Stereotypen beherrschen dabei jedoch immer wieder die öffentliche Berichterstattung und Argumentation handelnder Personen. Erstens der Zerfall sozialer und familiärer Solidarität, der sich als „Generationenkampf“ beziehungsweise eine zunehmende „Anonymisierung der Gesellschaft“ äußert, und zweitens die „Zunahme der Einsamkeit im Alter“ als Beitrag zu einem defizitären Altersbild. Beide Behauptungen können jedoch laut dem Schweizer Soziologen Francois Höpflinger empirisch nicht belegt werden. Einsamkeit kommt im Alter vor, ist aber geringer als gemeinhin angenommen.<sup>253</sup> Dabei ist zwischen dem subjektiven Gefühl der Einsamkeit und dem zumindest teilweise objektivierbaren Begriff der sozialen Isolation zu unterscheiden.<sup>254</sup> Letzterer beschreibt dabei einen Zustand von Menschen, die in einem

<sup>253</sup> Höpflinger 2009, S. 2

<sup>254</sup> Lind 2005, S. 10 bzw. Höpflinger 2009, S. 2

unterdurchschnittlichen Grad soziale Kontakte zu Mitmenschen pflegen, unabhängig davon, ob sie sich dabei einsam fühlen. Umgekehrt kann jemand der objektiv durchschnittlich viele Kontakte hat, trotzdem an dem Gefühl der Einsamkeit leiden. Für den Grad der Isolation wird von Hörl & Kytir eine Kombination aus verschiedenen sozialen Kontakten herangezogen. Neben der Besuchshäufigkeit und den Telefonkontakten werden Außenkontakte, wie etwa Lokalbesuche, Ausflugsfahrten, Theaterbesuche, etc. berücksichtigt. Dabei zeigt sich, dass ältere Menschen überwiegend schwach integriert sind. Weiters zeigt sich, dass der Grad der Isolation mit dem Alter deutlich ansteigt.<sup>255</sup>

Diese Ergebnisse kann man so interpretieren, dass ältere Menschen trotz objektiver Zunahme an Isolation (Hörl & Kytir) sich subjektiv gesehen nicht einsamer fühlen (Höpflinger). Offenbar besteht kein zwingender Zusammenhang zwischen Isolation und Einsamkeit. Ein kausaler Zusammenhang besteht jedoch zwischen körperlichen Beeinträchtigungen und sozialer Isolation. So fallen 37 % jener älteren Menschen, die nicht mehr Stiegensteigen können, in die Gruppe der stark isolierten Personen. In der Gruppe der sehr gut integrierten gibt es nur 2 %, die nicht mehr Stiegensteigen können.<sup>256</sup> Dies zeigt wie stark die Abhängigkeit zwischen körperlichen Einschränkungen und sozialen Kontakten ist. Und es zeigt die Bedeutung einer barrierefreien Wohnumgebung.

Ein Wohnungswechsel, aber vielmehr noch der Umzug in ein, oft von der vertrauten Wohnumgebung weit entfernt gelegenes Heim, stellt einen großen Risikofaktor für soziale Isolation und

<sup>255</sup> Seniorenbericht 2000, S.101

<sup>256</sup> Seniorenbericht 2000, S.103f.

Vereinsamung dar. Weitere wesentliche Risikofaktoren sind der Verlust des Partners, schlechte Beziehungen zu den Kindern sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen.<sup>257</sup> Man sollte annehmen, dass der Umzug in ein größeres Heim mit dadurch vielfältigen Kontaktmöglichkeiten und einem umfangreichen Angebotsspektrum durchaus vorteilhaft ist. Hanisch-Berndt/Göritz zeigen jedoch, dass die reine Ansammlung einer großen Zahl an Menschen an einem Ort nicht automatisch zu einem erfüllenden Miteinander führen muss und in der Regel bei Heimbewohnern das Vereinsamungsrisiko „erschreckend hoch“ ist. Untersucht wurden zwei Heime, Baujahre 1986 und 1979, mit 312 und 108 BewohnerInnen.<sup>258</sup>

Laut einer Erhebung in der Steiermark und in Wien ist Einsamkeit in Pflegeheimen ein großes Problem. Über 25 % der BewohnerInnen fühlen sich oft oder immer einsam, während in Privathaushalten dieser Wert bei „nur“ 10 % liegt.<sup>259</sup> Hanisch-Berndt/Göritz empfehlen für die Reduktion des Einsamkeitsempfindens eine aktive Einbindung von Angehörigen in das Heimleben, BewohnerInnen zum Mitgestalten und Mitmachen im Heim zu animieren (Ateliers, Diskussionen, Vereine, etc.), Freizeitangebote auf die Bedürfnisse abzustimmen (mehr Entspannung, weniger Therapie), Kontakt mit Kindern zu ermöglichen, und das Respektieren der Privatsphäre der BewohnerInnen.<sup>260</sup>

<sup>257</sup> Schneider, S. 71

<sup>258</sup> Hanisch-Berndt/Göritz, Kapitel 5.2.

<sup>259</sup> ÖPIA, S. 133

<sup>260</sup> Hanisch-Berndt/Göritz, Kapitel 5.2.



## 5. Wohnformen im Alter

Ausgangspunkt für die Entwicklung neuer Pflege-Wohnformen war und ist die Unzufriedenheit der Betroffenen mit dem vorhandenen Angebot, beziehungsweise der Wunsch, auch bei einsetzendem Betreuungs- und Pflegebedarf in den „eigenen vier Wänden“ bleiben zu können. Aber auch die Kostenfrage im Gesundheits-, Pflege- und Pensionssystem zwingt die Verantwortlichen und die Gesellschaft über das Thema des Wohnens im Alter nachzudenken, und die Frage zu beantworten, wie viel uns ein adäquates Leben im Alter wert ist.

In den vergangenen Jahren entstanden daher zahlreiche Wohnbauten im Bereich des Generationen- und Multikulturellen-Wohnens als eine Antwort auf die Forderung nach einer integrativen Gesellschaft. Verschiedene Gemeinschafts- und Wohngruppenkonzepte wurden als Strategie gegen die Vereinsamung im Alter entwickelt. Wohnen mit (mobiler) Betreuung ist eine der Antworten um den Wunsch nach dem Verbleib in der eigenen Wohnung zu erfüllen und Seniorenresidenzen erfüllen das Bedürfnis einer rundum Versorgung mit allen Annehmlichkeiten eines Luxushotels.

Das Entstehen dieser ganz unterschiedlichen Pflege-Wohnformen muss immer unter dem Aspekt eines differenzierten Betreuungsbedarfs gesehen werden. Ein Umstand der immer mehr Menschen selbst bewusst wird, sie daher aktiv werden, und mit Gleichgesinnten sich organisieren und vorausschauend mit geeigneten Wohnformen auseinandersetzen. Diese Tendenz weg vom passiven Konsumenten einer Wohnbauproduktion hin zum aktiven Teilhaber am Entstehungsprozess spiegelt sich in

zahlreichen gemeinschaftsorientierten Wohnprojekten wider. Nachfolgend werde ich in drei Ausformungen des Wohnens im Alter unterscheiden. Erstens das individuelle Wohnen, entweder in der eigenen angestammten oder in einer frei gewählten „Seniorenwohnung“, zweitens das Wohnen in gemeinschaftsorientierten Wohnformen, und drittens das institutionelle Wohnen in stationären Pflege- und Altenheimen.

### 5.1. individuelles Wohnen

Unter den Begriff des individuellen Wohnens fasse ich die verschiedenen Formen der privaten, selbständigen Haushaltsführung in einer eigenen exklusiven Wohneinheit zusammen. Die eigene Wohnung, das eigene Haus, wird vom Menschen als sicherer Rückzugsort – als Nest – empfunden. Die Bedeutung dieses menschlichen Grundbedürfnisses wird auch anhand der Etymologie des Begriffs Wohnen deutlich.

*Mittelhochdeutsch: „wonen“ = „weilen, wohnen, hausen, bleiben“*

*Althochdeutsch: „wonên“ = „wohnen, sein, sich aufhalten, bleiben, leben, verweilen, ruhen, gewohnt sein“*

*Germanisch: „wunên“ = „gewohnt sein, wohnen“<sup>262</sup>*

Wohnen, im engeren Sinn, kann somit als das Bleiben in einer gewohnten Umgebung, im Zuhause, verstanden werden. Der Wohnung kommt dabei so wie der Höhle die Aufgabe zu uns vor Witterung und Gefahren zu beschützen und einen sicheren Rückzugsort zu bieten.

<sup>262</sup> [www.koeblergerhard.de](http://www.koeblergerhard.de)

Das Wohnen im weiteren Sinne beschränkt sich jedoch nicht auf den gebauten Raum der eigenen Wohnung, sondern kann als alles Handeln in und um die Wohnung herum, das Einkaufen, den Blick aus dem Fenster, den Einkauf, die Beziehungen zu Familie, Nachbarn, Freunden und vieles mehr aufgefasst werden. Konsequenterweise beinhaltet dann das Wohnen alle Räume, auch Freiräume, in denen wir uns aufhalten. Dazu gehören der Supermarkt, die Tankstelle und die Parkbank ebenso wie unsere Arbeitsräume. Erst die Gesamtheit dieser unterschiedlichen Aufenthaltsformen kann eine umfassende Geborgenheit und Vertrautheit vermitteln. Die Zuspitzung des Begriffs Wohnen auf die individuelle Privatwohnung wird meiner Ansicht nach diesem Grundbedürfnis des Menschen nicht gerecht. Interessant ist, dass die in der deutschen Sprache verschiedenen Begriffe für das Wohnen und das Leben im Englischen mit dem Begriff „living“ zusammenfallen.

### **5.1.1. Die angestammte Wohnung – „Wohnen zuhause“**

Das selbstständige Wohnen in der eigenen Wohnung bzw. dem eigenen Haus stellt nach wie vor die verbreitetste und beliebteste Wohnform für ältere Menschen dar. So möchten 70 % der WienerInnen auch im hohen Alter zuhause wohnen.<sup>263</sup> Die Chancen dieser Wohnform liegen im Kontakt zur Familie, der guten Integration in die Nachbarschaft, der Förderung der Selbstständigkeit und dem Gefühl der Geborgenheit.

Bei fortschreitenden körperlichen Einschränkungen werden jedoch meist umfangreiche bauliche Maßnahmen erforderlich, um den Wohnungsbestand an aktuelle Standards der Barrierefreiheit

<sup>263</sup> Stadt Wien MA24 in: Ausstellung „Das ganze Leben“

anzupassen. Oft wird die eigene Wohnung und vielmehr das eigene Haus aufgrund geänderter Lebensumstände zu groß. Ein Problem für viele MieterInnen von Wohnungen ist dabei, dass eine neue kleinere Wohnung deutlich teurer sein kann. Hier setzt die Initiative „Aktion 65 Plus“ der Gemeinde Wien an, bei der MieterInnen im Alter ab 65 Jahren, welche in einer 65 m<sup>2</sup> oder größeren Gemeindebauwohnungen leben, dabei unterstützt werden sollen in kleinere und seniorengerechte Wohnungen umzuziehen.

Andrerseits steigt bei älteren Menschen die Bedeutung der Wohnung sowie des näheren Wohnumfeldes mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben schlagartig an. Körperliche Einschränkungen reduzieren die Mobilität zusätzlich. So verbringt ein Senior circa 80 % der Zeit in der eigenen Wohnung.<sup>264</sup>

Mit zunehmendem Alter und damit längerer Wohndauer steigt die Bindung an die Wohnumgebung. Der private Wohnraum wird bei vielen Menschen mit Erinnerungsstücken, welche sich im Laufe des Lebens ansammeln, gefüllt.<sup>265</sup> Die geeignete Wohnungsgröße darf daher nicht alleine von der Haushaltsgröße abhängig gemacht werden, sondern ist umfassender zu betrachten. Es kann sogar entgegengesetzt argumentiert werden, dass gerade ältere Menschen tendenziell mehr Wohnfläche benötigen als jüngere.

Welche wohnungspolitischen Auswirkungen die Frage, welche Fläche wir im Alter beanspruchen wollen, haben könnte, zeigt eine Studie der Architektin Freya Brandl aus dem Jahr 2012. Würden 10 % der für das Jahr 2040 prognostizierten rd. 600.000 EinwohnerInnen Wiens im Alter über 65 Jahren ihre „zu großen“

<sup>264</sup> DETAIL Integriertes Wohnen S.159 bzw. Lind 2005, S. 6

<sup>265</sup> Lind 2005, S. 9

Wohnungen aufgeben und in gemeinschaftliche Wohnformen mit entsprechend geringerer Wohnfläche je BewohnerIn umziehen, ergäbe sich eine frei werdenden Wohnfläche von rd. 3 Mio. m<sup>2</sup>.<sup>266</sup>

Sollen in Zukunft Wohnungswechsel wegen einer zu großen Wohnfläche je BewohnerIn vermieden werden, sind der Einsatz von Wohnungstypologien mit veränderbarer Größe durch abtrennbare Wohnungsteile und nutzungsneutrale Grundrisslösungen eine zielführender Strategie.<sup>267</sup>

Um den Verbleib in der angestammten Wohnung zu erleichtern könnten in Zukunft intelligente Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben, „Ambient Assisted Living“ (AAL), eine wichtige Rolle spielen. Schon heute kann etwa ein Notruf-Armband den Verbleib in der vorhandenen Wohnungssituation ermöglichen bzw. verlängern.<sup>268</sup>

Da die überwältigende Mehrheit der Älteren ihre selbständige Haushaltsführung solange wie möglich aufrecht erhalten möchte, werden auch viele Nachteile und Beschwerlichkeiten in Kauf genommen – man denke nur an das Stiegensteigen in vielen Altbauten ohne Lift, die Schwelle in die Dusche oder die im Laufe der letzten Jahrzehnte immer weiteren Wege zum nächsten Lebensmittelgeschäft.

Bei Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit erfolgt die Betreuung in der eigenen Wohnung meist als „informelle Pflege“ durch Angehörige und/oder privat organisierte Pflegehilfen. Für Angehörige bringt die

<sup>266</sup> Brandl 2011, S.

<sup>267</sup> vgl. „vorgestellt“ Band 57. „Wohnungsanpassung“. KDA

<sup>268</sup> www.aal-europe.eu

Pflege vielfältige Belastungen mit sich. So kann es zu einer belastenden Umkehrung des Eltern-Kind Verhältnisses kommen. Überforderung, soziale Isolation und Schwierigkeiten bei Berufstätigkeit sind weitere Themen. Hier kann eine externe Tagesbetreuung entlastend wirken. Aber auch für die Pflegebedürftigen bestehen neben der Chance von vertrauten Menschen umgeben zu sein, auch Risiken. Dazu zählen die fehlende Qualitätssicherung, eine falsche oder unterlassene Pflege und in Folge Verwahrlosung oder gar die missbräuchliche Verwendung der Pension und des Pflegegeldes.

Eine 24h-Pflege in der eigenen Wohnung durch private Pflegekräfte ist für einen großen Teil der Bevölkerung nur unter bewusster Inkaufnahme prekärer oder illegaler Arbeitsverhältnisse bzw. hohem finanziellem Einsatz leistbar. Zudem ist der Einsatz dieser meist ausländischen PersonenbetreuerInnen kein nachhaltiges Konzept, da die demografischen Entwicklungen in den Herkunftsländern ähnlich wie in Österreich verlaufen, und auch das dortige Lohnniveau langfristig steigen dürfte. Der Weg in Richtung Professionalisierung und damit die Verteuerung der Pflege – auch zuhause – dürfte daher vorgezeichnet sein. Eine solche Entwicklung sehe ich durchaus positiv, da eine Professionalisierung und damit das Entstehen von qualifizierten Beschäftigungsverhältnissen auch als gesellschaftliche Wertschätzung zu sehen ist.

### **Barrierefreies Wohnen – Wohnungsanpassung**

Um den Verbleib in der eigenen Wohnung im Alter zu ermöglichen, bedarf es einer barrierefreien Wohnumgebung, die jedoch im Bestand oft nicht gegeben ist. Will man daher einen Umzug aus diesem Grund vermeiden, werden Maßnahmen zur

Wohnungsanpassung erforderlich. Bauliche Maßnahmen, die jedoch mit hohem Aufwand verbunden sein können, sind dabei die Erhöhung der Breite von Türen, der Abbruch von Zwischenwänden für notwendige Wendekreisradien und Anfahrbereiche, barrierefreie Sanitärräume mit unterfahrbarem Waschbecken, Haltegriffen, Dusch-WC (Zusammenlegung von Bad und WC) und die Beseitigung von Schwellen und Niveausprüngen zu Terrassen bzw. Balkonen.

Im Bereich von Altbauten sind dafür teilweise sehr umfangreiche Baumaßnahmen erforderlich. Im Wohnungsneubau gilt schon seit längerem der Grundsatz des barrierefreien Bauens, sodass hier flächendeckend barrierefreie Wohnungen errichtet werden und in der Regel nur geringe bauliche Maßnahmen erforderlich sein sollten. Laut Bauordnung für Wien gilt:

*„Wohnungen müssen, ..., so gestaltet sein, dass sie nachträglich für die Benutzung durch behinderte Menschen ohne viel Aufwand anpassbar sind“* <sup>269</sup>

Die finanziellen Mittel, die für den anpassbaren Wohnungsneubau aufgewendet werden, sind dabei insofern beträchtlich, da die Errichtungskosten je m<sup>2</sup> nur geringfügig steigen, gleichzeitig jedoch der Flächenbedarf steigt. Die notwendigen Bewegungsflächen für Rollstühle führen tendenziell zu größeren Wohneinheiten bzw. werden Typologien wie Maisonetten deutlich erschwert. Berücksichtigt man, dass der großvolumige Geschoßwohnungsneubau sich immer noch vorwiegend an junge Familien richtet, stellt sich die Frage, ob die begrenzten öffentlichen

<sup>269</sup> § 119 Bauordnung f. Wien in der Fassung vom 16.12.2013 und OIB-Richtlinie 4 Ausgabe Oktober 2011

finanziellen Mittel der Wohnbauförderung nicht verstärkt in Wohnungsanpassungsmaßnahmen im Bestand umgeleitet werden sollten. Einem Mieter in einem Gründerzeithaus ohne Lift und ohne geeignetes Bad hilft es nicht, wenn in neuen Stadtteilen tausende barrierefreie Wohnungen errichtet werden.

Bei Eigentumswohnungen sind diese Umbauten noch relativ leicht durchführbar, während im Mietwohnungsbau aufgrund der Eigentumsverhältnisse und der fehlenden finanziellen Mittel der Bewohner, derartige Maßnahmen oft komplett unterbleiben. Aber auch die allgemeinen Teile eines Hauses sind nicht immer barrierefrei und bedürfen aufwändiger und im Anlassfall nicht schnell genug umsetzbarer Umbaumaßnahmen (Lifteinbau, Stiegenlift, Türantrieb).

Für Stadtteile und größere genossenschaftliche oder gemeindeeigene Wohnanlagen mit hohem Anteil älterer Bewohner besteht daher die Alternative, anstatt Wohnungen einzeln umzubauen, den älteren Bewohnern durch wohnortnahe komplett barrierefreie Ersatz-, Neu- oder Umbauten eine attraktive Alternative zu bieten. Die Wiener Blockrandbebauungen mit großen freien Innenhöfen, aber auch die großen Wohnblocks des Wiener Gemeindebaus, stellen hier gute Möglichkeiten einer inneren Stadtverdichtung dar.

Bei Einfamilienhäusern sind die Anpassungsmaßnahmen relativ betrachtet umfangreicher, von einem Haushalt alleine zu finanzieren, und stoßen daher oft auch an finanzielle Grenzen. Zu den bereits erwähnten Maßnahmen kommen in diesen Fällen noch weitere hinzu. So kann eine Rampe(nanlage) für den Hauseingang oder eine Verlegung des Schlafbereiches mit Badezimmer in das

Erdgeschoß oder die Erschließung desselben mit einem (Treppen)lift notwendig werden. Hinzu kommt oft noch der Nachteil einer isolierten Lage fernab der lokalen Zentren. Abgesehen von den dann schwer erreichbaren Einrichtungen des alltäglichen Bedarfs (Lebensmittel, Apotheke, Cafe, etc...) wird auch umgekehrt die Erreichbarkeit für Verwandte und Freunde schwieriger. Für mobile Pflegedienste aber auch für Notärzte ist eine Versorgung aufgrund der geringen Besiedlungsdichte aufwändiger. In diesen suburbanen Regionen sind daher lokale betreute Seniorenwohnanlagen ein Thema.

### **Wohnen zu Hause mit Betreuung**

Darunter wird das Wohnen in der eigenen Wohneinheit mit einer Betreuung bzw. Pflege durch einen „mobilen Dienst“ verstanden. Gemeint ist damit, dass Betreuungs- und Pflegedienstleistungen nicht stationär an einem Ort, zum Beispiel in einem Pflegeheim, sondern in der Wohnung der Betroffenen erbracht werden. Das Angebot dieser mobilen Dienste lässt sich dabei in zwei Hauptleistungen unterteilen. Die „Heimhilfe“ bietet Hilfe im Alltag, bei Reinigung, Einkaufen, Wäsche, Körperpflege und die „Hauskrankenpflege“ leistet Pflege durch Fachkräfte und die Beratung von Angehörigen. Zusätzliche Leistungen sind ein 24-h Notruf, ein Wäschedienst, Besuchs- und Begleitangebote, Essen auf Rädern und mobile Therapieangebote (Ergotherapie, Palliativtherapie, etc.).<sup>270</sup>

Bei höherem Pflegebedarf wird die mobile Pflege, auch aufgrund langer Wegzeiten, sehr kostenintensiv und unflexibel. In Wien ist es daher üblich, dass Personen nur bis Pflegestufe 3 zuhause betreut werden – darüber wird den Betroffenen ein Umzug in ein

Pflegeheim nahegelegt, bzw. wird eine derartige mobile Pflege von den sozialen Diensten nicht mehr angeboten. Für diese Fälle werden die erwähnten „PersonenbetreuerInnen“ vermittelt. Für die Aufnahme in ein Pflegeheim gilt wiederum, dass diese in der Regel erst ab Pflegestufe 3 erfolgt.

Bei optimalen Rahmenbedingungen (Finanzierbarkeit, soziale Kontakte, Barrierefreiheit) kann der Verbleib in der eigenen Wohnung auch bei Pflegebedarf eine geeignete Wohnform darstellen. Es sollte jedoch immer auch geprüft werden, ob für die Betroffenen eine gemeinschaftliche Wohnform geeigneter ist, da auch bei sonst idealen Umständen die Gefahr der Vereinsamung in der eigenen Wohnung gegeben ist.

### **5.1.2. Betreutes Wohnen**

Der Begriff des Betreuten Wohnens wird zunächst ganz allgemein für alle Wohnformen verwendet, in denen Menschen mit Unterstützungsbedarf alleine oder in Gruppen leben. Diese Verwendung zeigt auch, dass es dieses Konzept in anderen Bereichen schon seit längerer Zeit und in großer Vielfalt gibt. Unter Betreutem Wohnen im Alter<sup>271</sup> versteht man ein Wohnen mit weitgehend selbständiger Haushaltsführung in einer eigenen Wohnung – in Kombination mit einem Angebot in der Regel ambulanter Betreuungsleistungen. Im Unterschied zum individuellen Wohnen in der angestammten Wohnung mit ambulanter Betreuung, welches nach Lind nicht als „Betreutes Wohnen“ gilt, handelt es sich dabei um eine größere Anzahl an Wohnungen an einem Ort, die von einer Trägerorganisation (Pflegedienst oder Wohnbauträger) speziell für diese Zielgruppe der älteren Bewohner mit Betreuungsbedarf barrierefrei geplant

<sup>270</sup> Perspektiven 2009. S. 28ff. bzw. [www.fsw.at](http://www.fsw.at)

<sup>271</sup> In Folge ist mit dem Begriff „Betreutes Wohnen“ jenes im Alter gemeint.

und zusammen mit mobilen Dienstleistungen angeboten werden.<sup>272</sup> Die Formen des Betreuten Wohnens sind sehr vielfältig. Betreutes Wohnen kann als Neubau oder durch Sanierung im Bestand umgesetzt werden. Aufgrund der nicht zwingend vorhandenen zentralen Infrastruktur können Projekte des Betreuten Wohnens, im Gegensatz zu Alten(wohn)heimen, in ganz unterschiedlichen Größen konzipiert werden. Der Mehrwert der Wohnform des Betreuten Wohnens liegt in der Kombination aus den Vorteilen einer eigenen Wohnung und der Versorgungssicherheit, die durch das Organisieren und Vorhalten professioneller Betreuungsleistungen, gewährleistet wird.

Der für diese Wohnform auch verwendete Begriff des „Servicewohnens“ ist allgemeiner aufzufassen und hebt die Eigenständigkeit der BewohnerInnen hervor. Während der Begriff der Pflege bzw. Betreuung den Betroffenen tendenziell als Objekt charakterisiert (man wird betreut/gepflegt), betont der Servicebegriff das Subjekt (man nimmt aktiv einen Service in Anspruch).

Mit dem Begriff des „betreubaren Wohnens“ wird ausgedrückt, dass lediglich die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten besteht. Daneben gibt es eine Reihe ähnlicher Bezeichnungen wie „Wohnen-plus“, „unterstütztes Wohnen“ oder „begleitetes Wohnen“. Einerseits wird damit versucht den Begriff der Betreuung, der mit Pflege assoziiert und damit als stigmatisierend empfunden werden kann, zu vermeiden, andererseits ist diese Begriffsvielfalt auch Ausdruck eines vielfältigen und lange Zeit kaum geregelten Angebotes – sowohl

hinsichtlich des Leistungsspektrums, der baulichen Standards als auch der rechtlichen Stellung der BewohnerInnen.

Hintergrund für die Verbreitung dieser Wohnformen sind die demografische Entwicklung mit der starken Zunahme an Hochaltrigen und dem Rückgang des familialen Pflegepotentials, die Betonung des autonomen und integrierten am Leitbild der Normalität orientierten Wohnens sowie der Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung. Weitere Faktoren sind die steigenden Kosten in der stationären Pflege, die zunehmende Umzugsbereitschaft, sowie die gute finanzielle Lage der älteren Generation.

Da diese Wohnform immer mehr an Bedeutung gewinnt, versuchen einzelne Länder über den Weg der Wohnbauförderung Regelungen zu treffen. So definiert das Land Oberösterreich das „Betreubare Wohnen“ mit einer barrierefreien und behindertengerechten Kleinwohnung von rund 50 m<sup>2</sup> mit zwei Zimmern, Kochnische oder kleiner Küche sowie barrierefreiem Bad/WC. Weiters hat auch das ganze Wohngebäude barrierefrei und mit einem Lift ausgestattet zu sein. Eine Notrufanlage wird zwingend vorgeschrieben. Interessant ist auch, dass in Oberösterreich diese betreubaren Wohnungen nur in zentraler Lage mit guter Infrastruktur (Einkaufsmöglichkeit innerhalb von 300m) neu geplant werden dürfen.<sup>273</sup>

Die dbzgl. Regelungen sind jedoch in den einzelnen Bundesländern völlig unterschiedlich, und es gibt daher den Versuch Mindeststandards für dieses Wohn- und Betreuungskonzept festzulegen. In Anlehnung an die in Deutschland bereits im Jahr 2006 erschienene DIN 77800 „Qualitätsanforderungen an Anbieter

<sup>272</sup> Lind 2005, S.13

<sup>273</sup> www.lan

der Wohnform „Betreutes Wohnen“ für ältere Menschen“ gilt in Österreich seit dem 1. Mai 2012 die „ÖNORM CEN/TS 16118 – Anforderungen an Dienstleistungen für ältere Menschen im Rahmen der Wohnform Betreutes Wohnen“. Damit steht erstmals ein europaweiter Qualitätsmaßstab zur Verfügung.<sup>274</sup> Die Norm definiert Mindestanforderungen hinsichtlich Ziele, Transparenz, Information, Umfang und Art der Dienstleistungen, Gestaltung von Verträgen, Qualitätssicherung, aber auch welche baulichen Ausstattungen zu erfüllen sind. Verpflichtend werden die Inhalte dieser Norm jedoch erst, wenn Gesetze oder Förderungsbestimmungen darauf Bezug nehmen. Abgesehen davon können sich Betreiber freiwillig nach dieser Norm zertifizieren lassen und damit werben.

Gemäß ÖNORM CEN/TS 16118 sind die Wohnungen, deren Erschließung und die Außenanlagen, verpflichtend barrierefrei nach ÖNORM B 1600 auszuführen und werden von ihren BewohnerInnen gemietet. Das Mietrechtsgesetz sieht bereits eine eigene Regelung für sogenannte „Seniorenwohnungen“ vor. Als solche gelten barrierefreie Wohnungen, die zusammen mit einer Grundversorgung mit sozialen Diensten bzw. deren Vermittlung an über 60-jährige Personen vermietet werden. Dabei wird das sonst mögliche Weitergaberecht in absteigender Linie etwa an die eigenen Kinder dezidiert ausgeschlossen.<sup>275</sup> Auf diese Weise ist für die Betreiber von Anlagen des Betreuten Wohnens gesichert, dass frei werdende Wohnungen an die Zielgruppe vergeben werden können.

<sup>274</sup> www, nul

<sup>275</sup> §12 Mietrechtsgesetz in der Fassung vom 07.05.2015

Die ÖNORM CEN/TS 16118 schreibt voneinander getrennte Wohn- und Schlafbereiche, einen eigenen Kochbereich, Gemeinschaftseinrichtungen, aber auch eine gute Erreichbarkeit der Nahversorgung vor.

Diese Einbindung in vorhandene Strukturen und soziale Netze – die Gemeinwesenorientierung – stellt einen der fundamentalen Bausteine des Betreuten Wohnens dar. Große Wohnanlagen in Randlagen auf der „grünen Wiese“ entsprechen daher nicht dem ursprünglichen Konzept des Betreuten Wohnens. Ganz im Gegenteil ist bei der Umsetzung auf die Vermeidung räumlicher und sozialer Segregation zu achten.<sup>276</sup>

Ein weiterer zentraler Bestandteil des Konzeptes ist die Förderung der BewohnerInnen-Gemeinschaft. Dafür werden sowohl räumliche als auch organisatorische Angebote gemacht. Das Betreute Wohnen wird daher immer wieder auch als Gemeinschaftswohnform bezeichnet. Bei größeren Projekten werden Gemeinschaftseinrichtungen wie Empfangsbereich mit Conciergeservice, Cafe-Restaurant, Speise- und Veranstaltungsräume, Bibliotheken aber auch Waschküchen angeboten. Derartige gut ausgestattete Anlagen mit Hotelcharakter werden auch als Seniorenresidenzen vermarktet. Umgekehrt können Seniorenresidenzen mit einem je nach Betreuungsbedarf abgestuften Angebot auch als einer der Vorläufer für das Betreute Wohnen gesehen werden.

Auf die Bedeutung des Eingangsbereiches, der Gemeinschaftsflächen und kommunikationsfördernder Erschließungsbereiche weist auch Lind hin.<sup>277</sup>

<sup>276</sup> Wüstenrot 1994, S.12f.

Das Dienstleistungsangebot unterteilt sich in sogenannte Grundleistungen (Beratung, soziale Betreuung, Hausmeister, Hausnotruf, Freizeitangebote), die verpflichtend über eine monatliche Grundpauschale abgegolten werden, sowie zusätzliche Wahlleistungen (Essen, Reinigung, Wäsche, Fahrtendienst, ambulante Betreuungs- und Pflegeleistungen), die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können. Diese Leistungen werden in einem eigenen Vertrag zwischen dem Mieter/Eigentümer und dem Dienstleister geregelt und nach tatsächlicher Inanspruchnahme abgerechnet. Die Grundleistungen müssen neben einer Beratung, auch soziale und kulturelle Aktivitäten sowie ein Notrufsystem enthalten. Je Wohneinheit und Woche werden mindestens 20 min an Personalkapazität vorgeschrieben.

Laut ÖNORM CEN/TS 16118 ist die Wahl des Dienstleisters für die Wahlleistungen frei wählbar. In der Praxis kommt es jedoch dazu, dass die BewohnerInnen eines Projektes denselben Dienst in Anspruch nehmen, bzw. dies auch seitens der Hilfsdienste aus Effizienzgründen so organisiert wird.

Eine zentrale Fragestellung des Betreuten Wohnens ist, wie weit pflegerische Betreuungsleistungen gehen. Es kann diesbezüglich zwischen zwei Typen unterschieden werden. Das „Servicemodell“, das als Alternative zum klassischen Altenwohnheim gesehen werden kann, betont die Selbständigkeit der BewohnerInnen, die weitgehend unabhängig wohnen möchten und bietet nur geringfügige Pflegedienstleistungen an. Pflege wird über mobile Dienste, im Normalfall nur bis Pflegestufe 3, angeboten. Der Wohncharakter dominiert – im Prinzip handelt es sich um normale

barrierefreie Wohngebäude. Es wird weitgehend selbst oder in einer gemeinsamen Wohnküche mit MitbewohnerInnen gekocht. Ein allfälliger Umzug bei höherem Pflegebedarf in eine stationäre Einrichtung muss bei diesem Typ in Kauf genommen werden. Es kann daher bei höherem Pflegebedarf keine „Wohngarantie“ geben. Die Grenzen der Versorgung liegen in der Regel dort, wo ein dauernder Pflegebedarf, insbesondere auch in der Nacht, erforderlich ist, bei fortgeschrittener Demenz, Inkontinenz, bei Selbstgefährdung (Sturzgefahr) oder Verwahrlosung.<sup>278</sup> Die meisten von (Wohn)Bauträgern initiierten Projekte können diesem Typus zugerechnet werden.

Im Gegensatz dazu hebt das „Betreuungsmodell“ die Versorgungssicherheit hervor und versucht einen Umzug in ein Pflegeheim durch ein umfangreicheres Pflege- und Infrastrukturangebot (Pflegebad) zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern.<sup>279</sup> Der Hintergrund sind betriebswirtschaftliche Überlegungen. Es kann so der teure Betrieb der hochrangigen Pflegeeinrichtung effizienter genutzt werden. Auch bietet die Nähe einer stationären Einrichtung das wichtige Gefühl der Sicherheit, im Notfall und auch in der Nacht, schnell und professionell versorgt zu werden. Anbieter sind meist etablierte Betreiber von Alten- und Pflegeheimen. Die Wohnungen werden dabei entweder direkt an schon bestehende stationäre Einrichtungen als Zu- oder Neubauten in unmittelbarer Nähe angebunden, oder es werden ehemalige Alten(wohn)heime zu betreuten Wohnungen umgenutzt bzw. umgebaut. Zum Beispiel umfasst das Angebot des Betreuten Wohnens in den Häusern des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) neben einer Kleinwohnung, eine

<sup>278</sup> Wüstenrot 1994, S.16

<sup>279</sup> Kremer-Preiß/Stolarz 2003, S. 98

<sup>277</sup> Lind 2005, S.143

Vollverpflegung und die Mitbenutzung der gesamten Infrastruktur. Pflege ist, durch im Haus befindliche Pflegestationen, bis Pflegestufe 7 möglich.<sup>280</sup> Ein weiteres Beispiel in Wien ist das Kolpinghaus Favoriten mit 30 betreuten Wohnungen.

Als Zielgruppe werden je nach Anbieter und Konzept Senioren ab einem Alter von 50 Jahren genannt. In Oberösterreich ist etwa für neue betreute Wohnungen eine Bedarfserhebung bei der Gruppe der über 60-jährigen durchzuführen. Als Zielgruppe werden Personen über 60 Jahren mit schlechter Wohnsituation, sowie über 70-jährige mit leichtem und mittlerem Pflegebedarf genannt.<sup>281</sup> Der private Träger SeneCura etwa bietet „betreute Wohnungen“ für die Gruppe der „neuen Alten“ und die „Best-Agers“ ohne akuten Pflegebedarf als ideale Lebensform an.<sup>282</sup> Der ebenfalls private Träger „Silver Living“ spricht die „Silver Ager“ an, und meint damit schon alle über 50-jährigen. Der öffentliche Träger KWP der Gemeinde Wien bietet in seinen Häusern zum Leben „Betreutes Wohnen“ für Senioren ab Pflegestufe 1 an.<sup>283</sup>

In Deutschland hat sich jedoch gezeigt, dass tatsächlich vorwiegend Personen im höheren Alter (über 75-jährige) angesprochen werden, obwohl auch dort die Zielgruppe bereits bei den 60-jährigen beginnt.<sup>284</sup> Auch Beispiele in Wien zeigen, dass das Ziel, möglichst auch die Gruppe der jungen Alten anzusprechen, nur mit gut durchdachten Konzepten umzusetzen ist.<sup>285</sup> Entscheidend bei der Frage, wer sich von dieser Wohnform angesprochen fühlt, dürfte jedoch nicht unbedingt das Alter,

<sup>280</sup> www, kwp1

<sup>281</sup> www, lan

<sup>282</sup> www.senecura.at

<sup>283</sup> www, kwp2

<sup>284</sup> Dettbarn-Reggentin S.7 in Abschnitt 3.1

<sup>285</sup> Schönfeld/Lukas, S.18

sondern vielmehr der Gesundheitszustand und die persönliche Lebenssituation sein. Ein Vorteil eines früheren Einzuges besteht in der dann längeren Wohndauer, und damit in der Möglichkeit, tiefergehende soziale Kontakte und Netzwerke aufbauen zu können.

Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass betreute Wohnungen für die Zielgruppe der „jungen Alten“ attraktiver gestaltet werden müssen und verstärkt generationendurchmischte Wohnanlagen zu entwickeln sind, denn offenbar vermeiden es noch rüstige Senioren in die Wohnform des Betreuten Wohnens zu ziehen. Auch muss vermehrt auf die differenzierten Lebenssituationen Rücksicht genommen werden, da die Pflegebedürftigkeit im jungen Alter noch nicht das dominierende Thema darstellt. Es sind daher, wie im konventionellen Wohnbau, auch verschiedene Wohnungstypen und Ausstattungsvarianten anzubieten.

Weiters stellen die oft hohen Kosten eine Hürde dar. Nach Lind steigt daher die Akzeptanz des Betreuten Wohnens mit dem Einkommen an.<sup>286</sup> Will man diese Wohnform allen Bevölkerungsschichten zugänglich machen muss es das Ziel sein, die verpflichtend zu entrichtende Grundpauschale minimal und vor allem transparent zu halten. Umfangreiche und teure Inklusivleistungen treten auch mit den Zielen der Eigeninitiative und Nachbarschaftshilfe in Widerspruch. Außerdem besteht bei zu hohen Grundpauschalen die Problematik der ungefragten Umverteilung, da die Grundleistungen eher den Hilfebedürftigen zugute kommen, während noch fitte BewohnerInnen diese Pauschale zwar bezahlen müssen, jedoch weniger oder kaum nutzen. Andererseits sind die durch die Grundpauschale

<sup>286</sup> Lind 2005, S. 22

abgedeckten Leistungen wesentliche Unterscheidungsmerkmale zu normalen Wohnungen mit ambulanter Betreuung.

Ziel des Betreuten Wohnens ist es den Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensführung zu erfüllen, um auch bei schlechterem Gesundheitszustand in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Betreutes Wohnen ermöglicht, im Sinne der Kontinuitätstheorie, die Fortsetzung der gewohnten Lebensführung. Sinnvoll ist ein Wohnungswechsel in diese Wohnform schon im jungen Alter, wenn noch weitestgehend selbständig ein Haushalt geführt werden kann, und nur geringer bis mittlerer Pflegebedarf besteht. Auch für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz, die noch mobil sind, keine extremen Wanderneigungen, Sturzgefahr oder Depressivität aufweisen, kann Betreutes Wohnen eine geeignete Wohnform darstellen, wenn die Bedürfnisse dieser Gruppe im Konzept entsprechend berücksichtigt werden. So entstanden in den USA zahlreiche Einrichtungen für eine bestimmte Gruppe an Demenzerkrankten mit weitgehender Mobilität in der Form des Betreuten Wohnens mit begleitender spezialisierter Betreuung. In rund 21.000 Einrichtungen des sogenannten „assisted living“ wurden bereits im Jahr 2000 ca. 1 Mio. Menschen betreut.<sup>287</sup>

In Österreich gibt es aktuell rund 600 Wohnanlagen in der Form des Betreuten Wohnens mit circa 12 bis 13.000 BewohnerInnen, wobei von Betreiberseite von einem in Zukunft weiter steigenden Bedarf ausgegangen wird.<sup>288</sup>

<sup>287</sup> Wojnar 2001, S. 47f.

<sup>288</sup> www, ots

Grundsätzlich können mit dem Konzept des Betreuten Wohnens die ersten 3 Pflegestufen abgedeckt werden – das sind rund 70 % aller PflegegeldbezieherInnen. Im Jahr 2013 umfasste diese Gruppe der niedrigen Pflegestufen österreichweit knapp über 300.000 Personen.<sup>289</sup> Große Verbreitung hat das Betreute Wohnen in dünn besiedelten Gebieten – zum Beispiel fördert das Land Niederösterreich diese Wohnform. In Wien gibt es betreute Wohnanlagen vorwiegend im Verbund mit Pflegeeinrichtungen und Seniorenresidenzen (Betreuungsmodell) oder vereinzelt im geförderten Geschoßwohnungsbau (Servicemodell). Einen großen Teil des leistbaren Bedarfs decken dabei die vorhandenen Pensionisten-Wohnhäuser der Gemeinde Wien ab, die jedoch im engeren Sinn nicht zum Betreuten Wohnen zu rechnen sind.

Nach Lind sind in ländlichen Gebieten, aufgrund der anzustrebenden wohnortnahen Lage, eher kleine und in Ballungsräumen mittelgroße Anlagen sinnvoll. Große Anlagen werden für Seniorenresidenzen mit entsprechend großem Einzugsgebiet und Angebot vorgeschlagen.<sup>290</sup>

Ein Grund für die unterschiedliche Verbreitung liegt vermutlich in der Tatsache, dass in weniger dicht besiedelten ländlichen Regionen mobile Dienste nicht wirtschaftlich sinnvoll betrieben werden können, und so für diese Gruppe der Menschen mit geringem Betreuungsbedarf betreute Wohnanlagen errichtet werden, während in den dicht besiedelten Ballungsräumen in der Regel eine flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten und barrierefreien Wohnungen gegeben sind. In Wien wird es daher aus den genannten Gründen (vorhandene Wohnheime, dichtes Netz an

<sup>289</sup> Statistik Austria 2013, Bundeppflegegeldbezieher nach Pflegegeldstufen 2013

<sup>290</sup> Lind 2005, S. 35 (Lind definiert BW bis 30 WOE als klein und ab 100 als groß)

mobilen Diensten, zunehmende Zahl barrierefreier Wohnungen) eher kleinere in den Bestand integrierte und im höherpreisigen Marktsegment angesiedelte neue Projekte des Betreuten Wohnens geben.

Insgesamt handelt es sich beim Betreuten Wohnen um ein etabliertes Konzept. In England gibt es Betreutes Wohnen (sheltered housing) bereits seit den 1960er Jahren, als in der Altenpflege eine Entwicklung weg von der Versorgung in Heimen begann.<sup>291</sup> Im benachbarten Deutschland setzt die Verbreitung zu Beginn der 1990er Jahre ein. So lobte die Wüstenrot Stiftung im Jahr 1993 einen Gestaltungspreis, mit anschließender bundesweiter Wanderausstellung samt ausführlicher Publikation, aus. Bereits damals wurde die Etablierung einer Qualitätssicherung als notwendige Maßnahme im Betreuten Wohnen erkannt.<sup>292</sup>

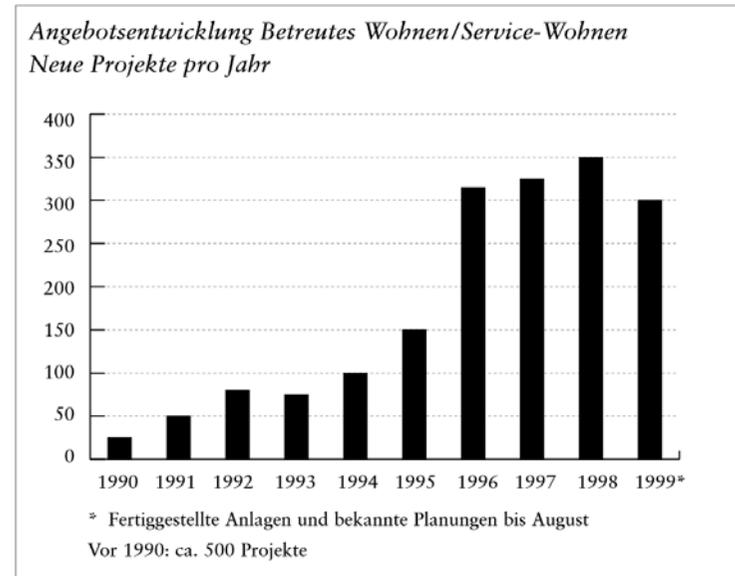


Abbildung: Entwicklung des betreuten Wohnens in Deutschland 1990 bis 1999.<sup>293</sup>

#### **Abgrenzung zur Wohnform: „Wohnen zuhause“**

Hauptunterscheidungsmerkmal sind die verpflichtend zu leistende Grundpauschale und der Wegfall des Weitergaberechts an die Kinder. Generell sind Wohnungen im Betreuten Wohnen, angepasst an die Haushaltsgröße, deutlich kleiner – es handelt sich vorwiegend um Ein- oder Zweizimmerwohnungen.

#### **Abgrenzung zur Wohnform: „Alten(wohn)heim“**

Als Ergänzung zum Alters(wohn)heim füllt das Betreute Wohnen in der Form des „Servicemodells“ die Lücke, die sich zwischen dem autonomen Wohnen in einem Privathaushalt und der Heimunterbringung durch die zunehmende Unabhängigkeit der

<sup>291</sup> Lind 2005, S.49ff.

<sup>292</sup> Wüstenrot 1994, S.8ff.

<sup>293</sup> Kremer-Preiß/Stolarz 2003, S.94

Senioren aufgetan hat. Gleichzeitig ist das Betreute Wohnen in der Form des „Betreuungsmodells“ aber auch ein Konzept, welches hinsichtlich der Versorgungsleistungen und der angesprochenen Altersgruppe jenem traditioneller Altenheime sehr nahe kommt. In diesem Sinne können Alten(wohn)heime auch als Vorläufer des Betreuten Wohnens betrachtet werden, wobei eine Reihe an wesentlichen Unterschieden bestehen.

Der Umfang der Leistungen ist im Betreuten Wohnen in der Regel geringer – es gibt weniger zentrale Funktionen wie Großküche oder Speisesaal – das Einkaufen, Kochen, Waschen erfolgt selbständig. Die Freiheit der Inanspruchnahme ist höher – es wird abgesehen von der im Idealfall geringen Grundpauschale flexibel abgerechnet. Der wesentlichste Unterschied besteht jedoch in der rechtlichen Stellung des Bewohners gegenüber dem Träger. Während dieses Verhältnis in Heimen über Heimverträge geregelt wird, wird Betreutes Wohnen, das nicht den heimrechtlichen Bestimmungen unterliegt, in der Regel in Form von Mietverhältnissen bzw. selten als Wohnungseigentum angeboten. Keinesfalls ist man hier länger „Insasse“ oder „Patient“ und auch „Bewohner“ ist der falsche Begriff – man ist Mieter oder Eigentümer.<sup>294</sup>

Für die Raumstruktur des Betreuten Wohnes bedeutet dies eine eindeutige Trennung zwischen privater Wohnung und dem gemeinschaftlichen Erschließungsbereichen.

Im Gegensatz zum Heim sind beim Betreuten Wohnen die Anbieter der Wohnung und der Dienstleistung in der Regel voneinander verschieden. Die beiden Vertragsteile, wohnungsbezogener und dienstleistungsbezogener Teil, hängen jedoch gem. ÖNORM CEN/TS 16118 unmittelbar zusammen und können nur gemeinsam abgeschlossen und aufgelöst werden. Eigentumsmodelle

<sup>294</sup> Lind 2005, S.23.

widersprechen im Prinzip dem Grundkonzept des Betreuten Wohnens, da durch Erbschaft oder Verkauf mit der Zeit eine generationengemischte Bewohnerschaft entsteht, die zwar grundsätzlich nicht abzulehnen ist, jedoch müssten dann die zu finanzierende Infrastruktur, sowie die Dienstleistungen auf weniger Bewohner umgelegt werden, und die Nachhaltigkeit des Konzeptes wäre in Frage gestellt. Um derartige „Fehlbelegungen“ zu vermeiden, fördert etwa das Land Niederösterreich Betreutes Wohnen nur in der Mietform.<sup>295</sup>

Ein heterogener Ansatz würde eine Mischung von Alten und Jungen, fitten und bereits pflegebedürftigen bzw. verwirrten Senioren und die Mischung sozialer Schichten in unmittelbarer Nachbarschaft bedeuten. Aus betrieblicher Sicht müsste jedoch immer eine ausreichende Anzahl an betreuten Wohnungen erreicht werden, um etwa ambulante Pflegedienste kostengünstig (Wegzeiten!) anbieten zu können. Nach Lind sind daher für eine optimale Pflege eine homogene Zusammensetzung der BewohnerInnen und darauf jeweils abgestimmte räumliche und betriebliche Strukturen notwendig. Weiters dürfte eine homogene Zusammensetzung auch zu einem höheren Wohlbefinden und einer höheren Wohnzufriedenheit führen.<sup>296</sup>

Andererseits wird eine altersmäßig homogene Bewohnerstruktur insbesondere in größeren Projekten, wenn die Bewohnerschaft gleichzeitig pflegebedürftig wird, problematisch. Betreute Wohnanlagen stehen dann vor der Alternative, entweder eine pflegeheimähnliche Versorgung vorhalten zu müssen, oder BewohnerInnen ab einer gewissen Pflegestufe in ein Pflegeheim zu

<sup>295</sup> www.noel.gv.at

<sup>296</sup> Lind 2005, S.47

übersiedeln. Es stellt sich dann die Frage, ab wann aus den selbständigen MieterInnen, aufgrund des Betreuungsbedarfs und der nur noch theoretisch vorhandenen Wahlfreiheit des mobilen Dienstes, HeimbewohnerInnen werden? Es erscheint klar, dass es hier zu Abgrenzungsproblemen kommen kann. Wichtig ist daher die Steuerung der Bewohnerstruktur – sowohl beim Einzug, als auch bei späteren Bewohnerwechseln, ist daher eine Altersdurchmischung innerhalb der Gruppe der Älteren anzustreben.

Die insgesamt höhere Gewichtung des selbstbestimmten Wohncharakters im Betreuten Wohnen drückt sich in unterschiedlichen und im Vergleich zum Altersheim größeren Wohneinheiten aus, die damit auch den unterschiedlichen Bedürfnissen der BewohnerInnen entgegenkommen. So bietet der private Anbieter Silver Living in Mödling „Betreutes Wohnen“ mit barrierefreien Wohnungen von 30 bis 65 m<sup>2</sup> an.<sup>297</sup> Neben der geforderten Barrierefreiheit empfiehlt die ÖNORM CEN/TS 16118 ein eigenes Schlafzimmer. Folgt man dieser Forderung, ergeben sich je nach Trakttiefe, Wohnungsgrößen von rund 40 m<sup>2</sup> bis 50 m<sup>2</sup>, die damit deutlich über den gängigen Appartementgrößen in bestehenden Alten(wohn)heimen liegen.

Alten(wohn)heime, als institutioneller Versorgungstypus, sind, aufgrund ihres umfangreichen Leistungsspektrums, für das in der Regel keine Wahlmöglichkeit des Anbieters und nur geringe Flexibilität hinsichtlich des Umfangs der Inanspruchnahme besteht, in der Regel größer. Dadurch besteht auch die Gefahr einer Überversorgung mit den bekannten Problemen, die im Betreuten Wohnen bereits konzeptionell – Hilfe und Pflege nur entsprechend

<sup>297</sup> [www.silver-living.com](http://www.silver-living.com)

dem individuellen Bedarf – vermieden werden sollen. Bei entsprechend kleinteiliger Integration in den Wohnungsbestand kann Betreutes Wohnen der segregativen Wirkung von großen Alten(wohn)heimen entgegenwirken.

## 5.2. Gemeinschaftliches Wohnen

Historisch betrachtet sind gemeinschaftliche Wohnformen nichts Neues. Jahrhundertlang war das Wohnen in der Großfamilie gemeinsam mit Bediensteten, Knechten oder Lehrlingen eine vorherrschende Lebensform. Auch das hochorganisierte Zusammenleben in Ordensgemeinschaften, das zum Bautypus des Klosters geführt hat, sei in diesem Zusammenhang erwähnt. In jüngerer Zeit sind die großen Gemeindebauten des „Roten Wien“ anzuführen, die als Ergänzung zu den, aus heutiger Sicht, kleinen Wohnungen, ein Vielzahl an Gemeinschaftseinrichtungen aufwiesen. Durch die gesellschaftlichen Umwälzungen entstanden ab den 1970er Jahren eine Vielzahl an Gemeinschaftsprojekten. Von Wohn- über Hausgemeinschaften bis hin zu Siedlungsgemeinschaften reicht die Palette auf unterschiedlicher Maßstabsebene.

Überlegungen zur Nachhaltigkeit und Ressourcenschonung haben das Konzept der „Share-Economy“, also das Konzept des Teilens, zu einem weltweiten Trend werden lassen. Die zahlreichen Online-Tauschbörsen wie zum Beispiel „Airbnb“, „ebay“ oder das Aufkommen von „car-sharing“ oder „Werkzeug-Pools“ sind ein Beleg für die Aktualität und Bedeutung dieses Themas. Durch Teilen kann eine effizientere und damit wirtschaftlichere und intensivere Nutzung vorhandener Ressourcen erreicht werden. Im Bereich des Wohnens kommt zu diesen der soziale Aspekt hinzu.

So haben Wohnraummangel und die damit verbundenen steigenden Preise, das Auflösen der Grenzen zwischen Wohnen – Arbeiten – Freizeit, aber auch die durch die demografische Entwicklung ins Zentrum der gesellschaftlichen Diskussion getretene Frage nach dem Wohnen im Alter, zu einer Renaissance gemeinschaftlicher Wohnformen geführt.

Erfolgt etwa das „carsharing“ oder Verkaufen gebrauchten Hausrates weitgehend anonym, so hat das Teilen und gemeinsame Nutzen gebauten Raumes auch eine unmittelbare soziale Interaktion zur Folge. Verschiedenste Formen von Gemeinschaftsräumen aber auch Gemeinschaftsgärten auf Ebene des Stadtteils, erfordern das direkte Auseinandersetzen mit dem Nachbarn. Wer teilt, muss sich arrangieren und damit verbundene Konflikte diskutieren und austragen. Partizipationsmodelle sind daher integraler Bestandteil gemeinschaftlicher Wohnprojekte.

Die Intensität der Gemeinschaft reicht dabei von einem eher losen Zusammenleben auf Siedlungsebene oder in Form einer Hausgemeinschaft, bis hin zu einem intensiven gemeinsamen Wohnen in Wohngruppen oder Wohngemeinschaften und spiegelt sich in der Art und dem Umfang der gemeinschaftlichen Flächen wider. Gemeinschaftliche Wohnformen sind nicht für jeden geeignet und erfordern eine aktive Teilnahme und einen Gruppenbildungsprozess.

Gemeinschaftsorientierte Wohnprojekte werden heute auch vermehrt unter dem Aspekt des „integrativen Wohnens“ umgesetzt. Darunter versteht man das Zusammenleben unterschiedlicher sozialer Gruppen in einem Gebäude, die sich zum Beispiel aufgrund ihrer Herkunft, ihrer Religion oder ihrer finanziellen

Situation voneinander unterscheiden. Um dieses Zusammenleben zu fördern, wird dabei verstärkt auf die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Gruppen Rücksicht genommen und es werden entsprechende bauliche und beratende Angebote gemacht. Die Umsetzung des integrativen Ansatzes ist aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse im großmaßstäblichen Bereich leichter umzusetzen als etwa innerhalb einer Wohngemeinschaft. So finden sich auch die meisten Beispiele integrativen Wohnens auf Nachbarschafts- und Gebäudeebene.

Die Chancen gemeinschaftlicher Wohnformen insbesondere für ältere Bewohner liegen in der Förderung sozialer Kontakte und dem damit einhergehenden geringeren Risiko der sozialen Isolation, der Möglichkeit gegenseitiger Hilfeleistungen und des Wahrnehmens gemeinsamer Interessen. Angesichts der immer länger dauernden Pensionsphase und der damit verbundenen verfügbaren freien Zeit, steigt gerade für Ältere die Möglichkeit, sich auf neue Wohnform einzulassen.

Generell bergen gemeinschaftliche Wohnprojekte das Risiko, dass sich aufgrund eines individualisierten Lebensentwurfes bzw. durch Wechsel der BewohnerInnen, die ursprüngliche Zusammensetzung und Funktionsweise der Gruppe ändert. Zerfällt eine Gruppe und wird in Folge das Gemeinschaftsleben immer weniger angenommen, sinkt die Bereitschaft im Betrieb teure Angebote gemeinsam zu finanzieren. Aufgrund dieser finanziellen Belastung wird das Ausmaß der Gemeinschaftsräume je nach Projekt, finanzieller Leistungsfähigkeit und Art der Gruppe bestimmt. Nachteil von zu sehr auf individuelle Wünsche zugeschnittenen Projekten, ist jedoch eine Einschränkung in der Flexibilität. In der Planung darf daher der Mitbestimmungsprozess nicht als ein Bauen

„nach Maß“, wie es im Einfamilienhaussektor zu beobachten ist, missverstanden werden.

Bei vielen Gemeinschaftsprojekten finden sich Menschen gleichen Alters, zum Beispiel junge Familien, insbesondere wenn durch Träger-Organisationen eine homogene Zielgruppe angesprochen wird. Wenn die BewohnerInnen dann gemeinsam altern, fehlt nach Jahren eine generationsübergreifende Mischung, und das Ziel der Integration wird verfehlt. Schon zu Beginn sollte daher Wert auf eine altersmäßig ausreichend differenzierte Zusammensetzung gelegt werden. Auch für den Fall einer Neuvergabe frei werdender Wohnungen sind Regelungen zu treffen. Wenn das Ziel der Durchmischung verschiedener Bewohnergruppen nachhaltig aufrecht erhalten werden soll, ist insbesondere auch in der Rechtsform Vorsorge zu treffen. Wohnungseigentum eignet sich daher weniger, aber auch das Mietrecht schränkt die Handlungsfreiheit ein. Will man etwa seinen Eigentumsanteil verkaufen, werden die potentiellen Käufer auf jene Zielgruppe, die in einem Gemeinschaftswohnprojekt leben möchten, reduziert. Heute werden daher gemeinschaftliche Projekte auch mit Hilfe von Bauträgern abgewickelt und vermarktet, und die BewohnerInnen haben betreffend neuer Interessenten lediglich ein Vorschlagsrecht. In der Praxis haben sich daher auch verschiedene genossenschaftliche bzw. am Vereinsprinzip orientierte Konzepte etabliert. Beispiele dafür sind die Projekte „B.R.O.T“ in Wien Aspern, die „Sargfabrik“ in Wien Penzing oder das „Wohnprojekt Wien“ am Gelände des ehemaligen Nordbahnhofes.

### 5.2.1. Generationenwohnen

Unabhängig von ihrer Organisationsform gewinnen „Mehrgenerationen“ Wohnprojekte an Bedeutung. Der Begriff bezeichnet dabei weniger eine bestimmte Wohnform als vielmehr den Grundsatz des Zusammenlebens verschiedener Generationen innerhalb eines Wohngebäudes. Das Konzept betrifft dabei insbesondere den Neubau, da hier jahrzehntelang vorwiegend Wohnungen für Menschen in der Phase der Familiengründung gebaut wurden, während im Bestand über die Zeit oft eine natürliche Mischung der Generationen wachsen konnte.

In der Umsetzung bedeutet Generationenwohnen eine Durchmischung von Wohnungstypen für verschiedene Haushaltsformen. Ziel ist es, schon beim Erstbezug eine Generationenmischung zu erreichen – ähnlich einer Großfamilie oder einer Dorfgemeinschaft – jedoch ohne deren familiären Hintergrund. Auch eine, zumindest theoretisch mögliche, Flexibilität durch Zusammenlegen bzw. Trennen von Wohnungen wird oft mitgeplant.

Im alltäglichen Zusammenleben können etwa Tauschbörsen für gegenseitige Hilfeleistungen, aber auch ein Vorschlagsrecht bei der Auswahl neuer Bewohner, sinnvoll sein, um den angestrebten Generationenmix aufrecht zu erhalten. Gemeinschaftlich zu bewältigende Aufgaben, wie die Führung eines Nachbarschaftsladens oder eine Einkaufsgemeinschaft, können die Gruppenzugehörigkeit weiter stärken.

Betrachtet man realisierte Generationenwohnen-Projekte aus Sicht der Pflege, zeigt sich, dass meist nur niederschwellige Wohnformen

angeboten werden. Neben seniorengerechten Wohnungen, die bei allen Neubauten durch die gesetzliche Verankerung des barrierefreien Bauens zumindest potentiell vorhanden sind, findet man betreute Wohnungen sowie Wohngemeinschaften bzw. Wohngruppen für nicht oder nur gering Pflegebedürftige. Integrierte stationäre Pflege-Wohnformen beschränken sich auf Einzelfälle.

Ein frühes Beispiel für die Integration betreuter Wohnungen in einen Wohnbau in Wien ist ein Projekt des Bauträgers Kallco in der „Wiesenstadt“. Neben zwölf Minilofts für temporäres Wohnen, sechs Maisonetten und 39 Familienwohnungen wurden auch 30 betreute Wohnungen für über 55-jährige „Senioren“ vorgesehen. Unterstützt wurde dieses Konzept durch einen im Haus befindlichen Stützpunkt des Roten Kreuzes.<sup>298</sup> Die Überlegung war dabei, dass Jungfamilien und ihre Angehörigen gemeinsam in ein Gebäude ziehen können. Dieses Konzept konnte sich jedoch nicht behaupten, und die Vermarktung als Generationenprojekt wurde eingestellt. Die Wohnungen für Senioren weisen seither keine Altersbeschränkung mehr auf und der Stützpunkt des Roten Kreuzes wurde zu einem Gemeinschaftsraum umgenutzt. Als problematisch wurde seitens des Bauträgers der Begriff der Seniorenwohnung gesehen, da gerade die Zielgruppe der jungen Alten diesen als stigmatisierend angesehen hätte.<sup>299</sup>



Abbildung: Generationenwohnbau in der „Wiesenstadt“, Planung Architekten Ullmann und Ebner, Fertigstellung 2001.<sup>300</sup>

Ein aktuelleres Beispiel mit integrierter Wohngruppe für Senioren stellt das von der „GEWOG Gemeinnützige Wohnungsbau Ges.m.b.h.“ errichtete Projekt „Wohngruppe für Fortgeschrittene“ in Wien Penzing dar. Hier hat jede Bewohnerpartei eine komplett

<sup>298</sup> vgl. Schittich 2004. S.36ff.

<sup>299</sup> vgl. Schönfeld/Lukas 2008. S.21

<sup>300</sup> vgl. Schittich 2004. S.3

eigenständige Wohnung. Zusätzlich gibt es für die 19 Parteien der Wohngruppe einen Gemeinschaftsbereich, in dem zusammen gekocht, gegessen und – jedoch nur soweit man möchte – gemeinsam gelebt wird.

Aus der Sicht älterer Bewohner endet das Konzept des Generationenwohnens meist, sobald ein erhöhter Pflegebedarf eintritt. Ein Umzug in eine stationäre Einrichtung ist die Folge. Generationenwohnen bedeutet somit in der Regel gemeinsames Wohnen von noch selbständigen Menschen. Es gibt jedoch auch einige wenige Projekte bei denen versucht wird, Wohnen und stationäre Pflege unter einem Dach zusammenzufassen.

Als Beispiel dafür können die Häuser „gemeinsam leben“ des Vereins Kolping Österreich in Favoriten und Leopoldstadt genannt werden, in denen Pflegebedürftige gemeinsam mit alleinerziehenden Müttern in einem Gebäude zusammen leben. Interessant bei diesem ersten Projekt seiner Art in Wien ist, dass das Ergebnis einer Kombination von Wohnungen und Pflege so nicht von Beginn an geplant war, sondern dadurch zustande kam, dass sich noch während der Bauphase die geplante Pflegeeinrichtung für den Trägerverein Kolping als zu groß erwies. Daher wurde ein baulich getrennter Bauteil für geförderte Wohnungen verwendet. Die Überlegung, dass diese Familienwohnungen von Angehörigen der PflegeheimbewohnerInnen genutzt werden, hat sich nicht durchgesetzt.<sup>301</sup>

<sup>301</sup> vgl. Schönfeld/Lukas 2008. S.22f.



Abb. 6: Kolpinghaus Gemeinsam Leben, 1. Obergeschoß; maßstabslos. Quelle: Arch. Häuselmayer

Abbildung: Kolpinghaus Favoriten, Planung Architekt Häuselmayer, Fertigstellung 2003.<sup>302</sup>

Ein Projekt, welches hinsichtlich der Nutzungsmischung noch weiter geht, ist ein Gemeinschaftsprojekt der „Wien Süd Baugenossenschaft“ und des gemeinnützigen privaten Pflegeheim-Trägers Kuratorium Fortuna in der Baumgasse im 3. Bezirk in Wien. In diesem Projekt werden 30 Plätze in einer Pflegestation, eine Senioren-WG mit 18 Zimmern sowie 18 betreute Wohnungen (47 m<sup>2</sup>) mit 34 geförderten Familienwohnungen in den oberen beiden Geschoßen kombiniert. Im Erdgeschoß befinden sich aufgrund der frequentierten Lage Einzelhandel, Gastronomie und Dienstleistungen (Friseur, Stützpunkt mobiler Dienst, Beratungsservice), sowie der Empfangsbereich der Pflegeeinrichtung. Abgerundet wird das Projekt durch Gemeinschaftsräume im Dachgeschoß (Kinderspielraum, Sauna)

<sup>302</sup> Schönfeld/Lukas 2008. S.23 (Das Projekt umfasst 25 BewohnerInnen in betreuten Apartments, 209 Pflegeplätze und 18 temporäre Mutter-Kind-Wohnungen)

und eine für alle zugängliche Terrasse.<sup>303</sup> Die Mittelzone wird über ein großzügiges Atrium bis in das 1.OG belichtet. Die Familienwohnungen werden über Laubengänge und Brücken erschlossen. Die Senioren-WG ist für BewohnerInnen, die in der Pflegestation überversorgt wären, vorgesehen. Kritisch ist das geringe wohnungsbezogene Freiraumangebot zu sehen. Die Pflegestation verfügt über keine, die Senioren-WG nur über eine Gemeinschaftsloggia und nur 4 Betreute Wohnungen weisen eine Loggia auf. Die Familienwohnungen sind dagegen durchgängig mit wohnungsbezogenen Freiräumen ausgestattet.



Abbildung: Wohngruppe im 2.OG bzw. betreute Wohnungen im 3.OG des Generationenhauses Baumgasse, Planung DI Rudolf Zabrana / Frank & Partner, Fertigstellung 2009.<sup>304</sup>

## 5.2.2. Wohngemeinschaften

Unter einer Wohngemeinschaft (WG) versteht man das Zusammenleben von mehreren Personen in einer Wohnung, die in keiner familiären Beziehung zueinander stehen. Die privaten Zimmer der einzelnen MitbewohnerInnen und die gemeinsam

<sup>303</sup> Schönfeld/Lukas 2008. S.40f.

<sup>304</sup> Schönfeld/Lukas 2008. S.43

genutzten Bereiche Küche, Sanitarräume und Aufenthaltsräume bilden zusammen eine Wohneinheit. Die gemeinschaftliche und damit intensivere Nutzung dieser Räume ermöglicht eine Flächen- und damit Kosteneinsparung. Damit sind auch die zwei maßgebenden Gründe für diese Wohnform – Gemeinschaft und wirtschaftliche Zwänge – beschrieben, wobei diese nicht zusammenfallen müssen. Während es bereits in den 1920er Jahren Vorschläge gab, die wirtschaftliche Lage der Alten durch Alten-WGs zu verbessern, rückt heute der gemeinschaftsbildende Aspekt in den Vordergrund.<sup>305</sup>

Gemeinhin ist dieses Wohnkonzept als selbstorganisierte (bottom-up) und nur **temporär** gedachte Wohnform von Studenten bekannt. Ein **Beispiel** für eine WG in einem von oben (top-down) initiierten Projekt des Österreichischen Siedlungswerkes auf dem Gelände des ehemaligen Nordbahnhofes zeigt die folgende Abbildung. In dem Projekt „**citycom2**“, sind 42 WGs mit 98 geförderten Mietwohnungen kombiniert. Jeder Bewohner erhält einen individuellen auf 1 Jahr befristeten Mietvertrag. Als Zielgruppe werden dezidiert nicht nur Studenten sondern auch Künstler, Sportler und Ältere genannt.

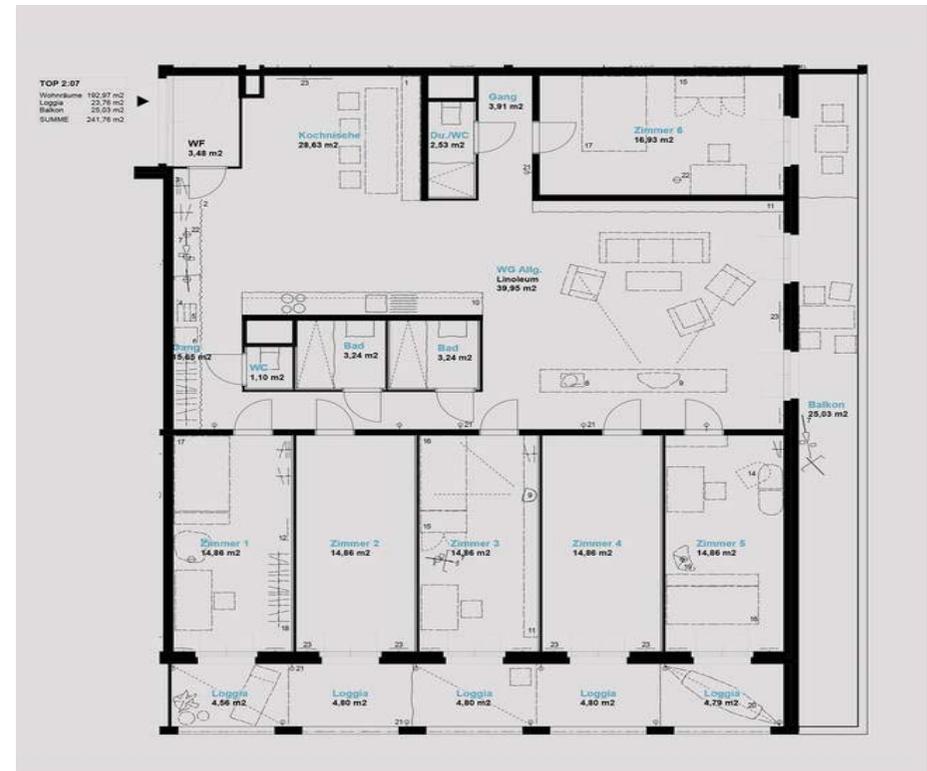


Abbildung: Grundriss einer Wohngemeinschaft, Planung BEHF Architekten, Fertigstellung 2011.<sup>306</sup>

Wie dieses Beispiel sehr gut illustriert, bedarf es für die Umsetzung von Wohngemeinschaftsmodellen sehr großer Wohnungen. Derartige Wohnungen wurden jedoch in den letzten Jahrzehnten im, auf die Kleinfamilie zugeschnittenen, Geschloßwohnungsbau kaum errichtet. Im Altbaubereich wiederum entsteht einerseits das Problem, dass gerade Großwohnungen ab 130 m<sup>2</sup> aus dem Vollanwendungsbereich des Mietrechtsgesetzes (MRG) fallen und

<sup>305</sup> Wüstenrot 1994, S.45

<sup>306</sup> [www.citycom2.at](http://www.citycom2.at)

somit teurer werden, und andererseits, aufgrund der vorhandenen Grundriss-Layouts, Durchgangszimmer kaum zu vermeiden sind.<sup>307</sup>

Der Schweizer Soziologe Francois Höpflinger definiert Wohngemeinschaften für Ältere wie folgt:

*„Alterswohngemeinschaften sind kollektive Wohnformen zumeist nicht miteinander verwandter älterer Menschen in einer gemeinsamen Wohneinheit.“<sup>308</sup>*

Hinsichtlich der Organisationsform unterscheidet man selbstorganisierte und betreute Wohngemeinschaften für Ältere. Selbstorganisierte Alten-WGs für Senioren oder gar Pflegebedürftige sind im Unterschied etwa zu den Niederlanden oder Skandinavien in Österreich noch selten. Mit dem Eintritt der „WG-erprobten“ 1968er Generation könnte sich das jedoch in Zukunft ändern.

Wohngemeinschaften für Ältere können finanzielle Vorteile bieten, da teure Wohnungsanpassungsmaßnahmen für ein barrierefreies Bad oder eine Küche auf mehrere BewohnerInnen aufgeteilt werden. Die gemeinsame Nutzung der Sanitärbereiche stellt jedoch gleichzeitig einen Komfortnachteil dar und ist sicher ein Grund dafür, dass diese Wohnform für viele finanziell besser gestellten Senioren nicht in Frage kommt.

Eine Ursache für die geringe Verbreitung von Alten-WGs dürfte die Tatsache sein, dass ältere Menschen aufgrund der

<sup>307</sup> vgl. §18 Mietrechtsgesetz in der geltenden Fassung

<sup>308</sup> Höpflinger 2004. S.102

unterschiedlichen Lebensbiographien ganz individuelle Eigenarten und Werte entwickelt haben. Des weiteren sinkt im Alter die Fähigkeit sich an neue Mitmenschen und räumliche Gegebenheiten anzupassen („person-environment-fit“). Oft findet sich daher eine Gruppe mit gemeinsamen Interessen oder Lebenseinstellung schon vor der Gründung einer solchen WG. Dies führt auch zu einer vermehrten Projekt-Mitbestimmung der späteren NutzerInnen. Ein weiterer signifikanter Unterschied zu Studenten-WGs liegt in dem mit fortschreitendem Alter steigenden Risiko der Pflegebedürftigkeit. Senioren-WGs müssen daher mit einem eintretenden Betreuungs- oder Pflegebedarf einzelner BewohnerInnen umgehen können. Schwierig kann auch das Finden neuer MitbewohnerInnen werden, sobald ein Mitglied der Gruppe verstirbt oder aufgrund hoher Pflegebedürftigkeit ausziehen muss. Es entsteht so die Notwendigkeit, aber zugleich auch die Chance, eines aktiven/selbstbestimmten Zugehens auf potentielle Interessenten. In der Praxis werden daher, zumindest in Wien, Senioren-WGs meist von gemeinnützigen Trägern oder sozialen Diensten betrieben, die auch die Betreuung mit Sozialarbeitern, Haushaltshilfen und Pflegekräften sicherstellen, und sich gezielt an Menschen mit Betreuungsbedarf richten.

Aus Sicht der Pflege sind dabei ambulante von stationär betreuten Wohngemeinschaften zu unterscheiden. Ambulant betreute Senioren-Wohngemeinschaften sind mehr oder weniger losgelöst von hochrangigen Pflegeeinrichtungen und zum Beispiel in (privaten) Häusern oder Wohnbauten in einer gewachsenen Nachbarschaft gelegen. Sie richten sich an leicht pflegebedürftige aber noch weitgehend selbstständige Senioren, die nicht mehr alleine wohnen möchten. Auch für Bewohner mit leichter bis

mittlerer Demenz wird dies Wohnform empfohlen.<sup>309</sup> Eine Unterstützung erfolgt – wie in der eigene Wohnung – je nach Bedarf von außerhalb. Bei hohem Pflegebedarf oder Nachtbetreuung erfolgt dann meist der Umzug in ein Heim.

In Wien werden Senioren-WGs vom Fonds soziales Wien (FSW) vermittelt. Es ist zumindest Pflegestufe 1 erforderlich. Tagsüber werden verschiedene soziale Dienste angeboten. Es erfolgt jedoch keine Betreuung in der Nacht.<sup>310</sup> Ein Beispiel für das Konzept ambulant betreuter Senioren-WGs sind die Angebote des Wiener Hilfswerkes das aktuell sieben derartiger WGs für jeweils drei bis sieben BewohnerInnen dezentral anbietet.<sup>311</sup> Der größte Anbieter für diese Wohnform in Wien ist der gemeinützige Verein der „Wiener Sozialdienste“, der 31 Wohngemeinschaften mit 167 Plätzen anbietet.<sup>312</sup> Auch die Volkshilfe Wien betreibt eine Wohngemeinschaft, die jedoch erst nach einiger Zeit genügend BewohnerInnen finden konnte. Sinnvoll ist eine Betreuung durch Sozialarbeiter, um die Gruppe zusammenzuhalten.

Stationäre Wohngemeinschaften hingegen bieten eine 24-h Betreuung („Nachtschwester“) und sind daher oft in Pflegeeinrichtungen integriert oder an diese unmittelbar angebunden. Sie richten sich auch an schwer Pflegebedürftige oder an Demenzerkrankte. Durch die Kosten der dauernd anwesenden Betreuer und Pfleger sowie eines Pflegebades werden in der Regel mehrere WGs zu größeren Einheiten gruppiert. Sie sind dann eine Variante zum klassischen Pflegeheim.

<sup>309</sup> Wojnar 2001, S. 50

<sup>310</sup> [www.pflege.fsw.at](http://www.pflege.fsw.at)

<sup>311</sup> [www.hilfswerk.at](http://www.hilfswerk.at)

<sup>312</sup> [www.wienersozialdienste.at](http://www.wienersozialdienste.at)

Ein Modell dafür sind etwa die stationären KDA-Hausgemeinschaften in Deutschland.

In der Umsetzung sind jedenfalls mögliche heimrechtliche Aspekte zu beachten. So kann eine anfangs als (ambulant betreute) Wohngemeinschaft von miteinander in sozialer Einheit zusammenlebenden rüstigen Senioren in einer „normalen“ Großwohnung bei fortschreitendem Pflegebedarf und Wechsel der Bewohner unter das Heimgesetz fallen.<sup>313</sup>

Häufiger sind heute in der Praxis sogenannte Wohngruppenmodelle, die als Zusammenschluss mehrerer selbstständiger Kleinwohnungen gesehen werden können. Sie haben sich aus den Senioren-WGs entwickelt und sind in den letzten Jahren in einigen innovativen Wohnprojekten umgesetzt worden. In der Schweiz wird diese Wohnform, unabhängig vom Alter der Bewohner, als „Clusterwohnungen“ bezeichnet.

### 5.2.3. Wohngruppen

Als Wohngruppe versteht man das gemeinsame Wohnen in einem Verband von Kleinwohnungen (Appartements) in einem Gebäude, die zu einer übergeordneten Einheit zusammengefasst sind. Die Wohnungen müssen dabei nicht über alle Grundfunktionen verfügen, sondern einzelne Funktionen können in einen Gemeinschaftsbereich ausgelagert werden. Ein zentrales Kennzeichen von Wohngruppen ist die Erschließung der individuellen Appartements über wohngruppeninterne Flächen,

<sup>313</sup> lt. WWPG §1 sind Heime Einrichtungen, in denen mindestens 3 Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden.

welche ihrerseits an die übergeordnete Erschließung angeschlossen sind.

Der Übergang zwischen Wohngemeinschaft, Wohngruppe und eigenständiger Wohnung ist fließend und kann nicht immer eindeutig definiert werden. Im Vergleich zu einer Wohngemeinschaft besteht in einer Wohngruppe ein höheres Maß an Distanz und Privatheit, das sich durch jeweils eigene Sanitärräume und evtl. auch eine Kochnische im individuellen Wohnbereich ausdrückt. Damit eignen sich Wohngruppen auch für ältere Personen bzw. für eine gemischte Bewohnerschaft mit unterschiedlicheren Ansprüchen.

In diesem Kontext stellt sich mir die Frage, was als eigene Wohnung gilt. Immerhin hat die Vorstellung, wo die Grenzen einer Wohnung liegen vielfältige – auch bauliche – Auswirkungen. Das beginnt etwa bei Brandschutz- und Schallschutzvorschriften für Wohnungseingangstüren und -trennwände und führt zu der Frage ab welchem Punkt gesicherte Fluchtbereiche beginnen oder wieviele Abstell- bzw. Einlagerungsräume vorzusehen sind. Baurechtlich wird eine Wohnung durch eine Mindestgröße von 30 m<sup>2</sup>, sowie die Notwendigkeit einer eigenen Sanitäreinheit definiert.<sup>314</sup> Aus dem Mietrecht ergibt sich außerdem die Erfordernis einer Kochgelegenheit. Eine Größenbeschränkung für Wohnungen konnte nicht eruiert werden. Es findet sich im Baurecht auch keine Bestimmung, unter welchen baulichen oder organisatorischen Umständen eine Raumgruppe als eigene Wohnung gesehen werden muss.

<sup>314</sup> §119 (2) Bauordnung für Wien in der Fassung vom 14.10.2014

Eine Wohngruppe muss nicht zwingend eine Wohneinheit sein, sondern kann auch in der Form eines Heimes oder eines Beherbergungsbetriebes organisiert werden. Dann sind andere, insbesondere brandschutztechnische, Vorschriften für den „Fluchtweg“ (schwer entflammbar, geringe Brandlasten, keine Möblierung, etc...) zu beachten, die eine Umsetzung dieser Wohnform erschweren oder gar verunmöglichen können. Bemerkenswert ist die Definition des Heimbegriffs in der Wiener Bauordnung. Heime sind *„Gebäude und Gebäudeteile, die zur ständigen oder vorübergehenden gemeinsamen Unterbringung von Menschen bestimmt sind, die zu einer nach anderen als familiären Zusammengehörigkeitsmerkmalen zusammenhängenden Personen gruppe gehören.“*<sup>315</sup>

Ein gemeinsamer Aspekt von Wohngemeinschaften und Wohngruppen ist, dass die individuellen Wohnräume zugunsten von gemeinschaftlich genutzten Bereichen im Wohnungsverband flächemäßig reduziert werden können. Im Konzept der „Clusterwohnungen“ wird dies aufgrund Überlegungen zur Nachhaltigkeit und Flächeneffizienz als ein zentrales Motiv genannt.<sup>316</sup> Clusterwohnungen sind eine Neu- bzw Weiterentwicklung des Gemeinschaftswohnens in der Schweiz, die erstmals im Projekt „Kraftwerk 1“ in Zürich umgesetzt wurde. Vorbilder sind alternative Wohngruppenkonzepte für Ältere aber auch die Wohngemeinschaften der 1968er Generation. Kennzeichen ist, dass jede „Wohneinheit“ innerhalb des Clusters eine Miniküche und einen Sanitärraum aufweist. So ist die Unabhängigkeit in der individuellen Kleinwohnung und gleichzeitig Gemeinschaft im verbindenden Wohnküchenbereich möglich.

<sup>315</sup> §121 (1) Bauordnung für Wien in der Fassung vom 14.10.2014

<sup>316</sup> Hofer, Andreas, S.23ff.

Insgesamt ergibt sich eine höhere Flächeneffizienz – insbesondere auch durch die Verlagerung der Erschließungsfläche in die Wohngruppe und damit die Doppelnutzung als Wohnraum. Je nach (Flächen)verhältnis zwischen privatem Wohn- und gemeinschaftlichem Aufenthaltsbereich dominiert der Charakter des Privaten oder der Gemeinschaft. Auch im Nachfolgeprojekt Kraftwerk 2 in Zürich ist der großzügige Gemeinschaftsbereich Teil einer privaten Großwohnung für sechs bis sieben BewohnerInnen. Der Zugang erfolgt über das halböffentliche Stiegenhaus oder über einen Laubengang mit Aufenthaltscharakter. Reizvolles Detail dabei sind die geschoßübergreifenden Verbindungen der Laubengänge untereinander, die durch die unterschiedlichen Niveaus des Bestandes notwendig wurden, und an das viel ältere gemeinschaftliche Wohnprojekt WOGENO in Zürich aus dem Jahr 1991 erinnern. Ein interessantes Beispiel ist ein Projekt in Winterthur in dem sich fünf voll ausgestattete Wohnungen um einen möblierten Gemeinschaftsbereich mit direktem Zugang zu Lift und Stiegenhaus gruppieren.



Abbildung: Projekt Kraftwerk 2, Planung Adrian Steich Architekten, Fertigstellung 2011.<sup>317</sup>



Abbildung: Clusterwohnungen in Winterthur, Planung Haerle Hubacher Architekten, Fertigstellung 2010.<sup>318</sup>

<sup>317</sup> Hofer, Andreas, S.23ff.

<sup>318</sup> ebda.

Die ebenfalls als Clusterwohnungen bezeichneten Wohnungen im Projekt Kalkbreite in Zürich sind durch den Erschließungskorridor baulich voneinander und zu einer Gemeinschaftsküche komplett getrennt. Alleine der organisatorische Zusammenhang rechtfertigt in diesem Beispiel noch die Bezeichnung als Cluster. Im Grunde handelt es sich aber bereits um voneinander unabhängige Wohnungen die sich einen Gemeinschaftsraum teilen.



Abbildung: Projekt Kalkbreite Zürich, Planung Müller Sigrüst Architekten, Fertigstellung 2014.<sup>319</sup>

Wie diese Beispiele eindrucksvoll zeigen, können die Gemeinschaftsräume der Cluster je nach Lage und Anbindung an den öffentlichen Außenraum bzw. die halböffentlichen Erschließungsflächen unterschiedliche Grade an Privatheit bekommen. In vielen Beispielen gibt es eine deutliche Orientierung hin zum halböffentlichen Außenraum, der sich etwa durch einen

<sup>319</sup> www.kalkbreite.net

direkten Zugang aus dem Stiegenhaus/Aufzug, eine Blickbeziehung in das Stiegenhaus über Fenster/Verglasungen oder eine Verbindung der Freiflächen untereinander baulich abbildet. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Clusterwohnungen bzw. Wohngruppen dadurch auszeichnen, dass sich zwischen privaten Wohn- und halböffentlichen Erschließungsbereichen eine Zone mit familiärem bzw. gemeinschaftlichem Charakter geschoben hat.

Ein weiteres Kennzeichen der Cluster-Typologie ist der genossenschaftliche Ansatz, bzw. dass sich die späteren BewohnerInnen schon in der Planungsphase finden und austauschen. Das Risiko derartiger Konzepte besteht ganz klar in der Tendenz, sowohl den individuellen als auch den gemeinschaftlichen Bereich voll auszustatten (doppelte Installationen und Flächen für Küchen und Sanitärräume), wodurch das Ziel eines reduzierten Ressourcenverbrauchs in sein Gegenteil umgekehrt wird. Clusterwohnungen sind daher nur wirtschaftlich sinnvoll, wenn sie entsprechend intensiv und von zueinander unabhängigen Personen je Einheit genutzt werden. Sie sind aus diesem Grund nicht als Wohnform für Großfamilien gedacht. Als ideale Zielgruppe werden hingegen auch Ältere und Alleinerziehende genannt.<sup>320</sup>

Die Frage, die sich mir dabei im Kontext des Alterswohnens stellt, ist, ob dieses noch immer stark gemeinschaftlich orientierte Wohnkonzept auf breiterer Ebene angenommen werden wird, oder ob es sich dabei, ähnlich wie bei Wohngemeinschaften, um ein Nischenkonzept handelt. Aufgrund der größeren Autonomie des individuellen Wohnbereiches und der vielfältigen

<sup>320</sup> Hofer, Andreas, S.23ff.

Ausformungsmöglichkeiten des Gemeinschaftsbereiches im Spannungsfeld zwischen Wohnraum und Erschließung sehe ich hier ein hohes Entwicklungspotential.

#### 5.2.4. „Hausgemeinschaften“

Darunter versteht man das Zusammenleben mehrerer Wohnparteien in jeweils einer eigenen Wohnung innerhalb eines zusammenhängenden Wohngebäudes. Grundsätzlich stellt jedes Wohnhaus mit mehreren Parteien eine Hausgemeinschaft dar. Kennzeichnend für Hausgemeinschaften ist jedoch der gewollte Kontakt der BewohnerInnen untereinander. Zusätzlich gibt es daher in der Regel verschiedene Gemeinschaftsräume und entsprechend großzügig gestaltete Erschließungszonen, um diese Kommunikation zu ermöglichen und zu fördern.

Nicht gemeint ist an dieser Stelle die vom KDA entwickelte stationäre Pflegeform der „Hausgemeinschaft“. Diese wird in dieser Arbeit als „KDA-Hausgemeinschaft“ bezeichnet und dem Typus der Pflege-Wohngruppen zugeordnet.

Ein prägnantes Beispiel für die Idee der Hausgemeinschaft mit ausgewiesenem gemeinschaftlichem Schwerpunkt sind die, vom Architekten Fritz Matzinger entwickelten, „Paletuviers“ genannten, Wohnhöfe. Ein erstes Projekt, dem zahlreiche weitere folgten, wurde im Jahr 1975 in Leonding bei Linz umgesetzt. Es stellt eine Zwischenform von Einfamilienhaus und Geschoßwohnungsbau dar. Charakteristikum sind Gemeinschaftsräume und großzügige atriumartige Erschließungsflächen, um die die einzelnen, meist zweigeschoßigen „Häuser“, reihenhausähnlich gruppiert sind. Ziel ist es dabei eine Wohnumgebung zu schaffen, die zufällige

Begegnungen ebenso fördert, als auch gezielten gemeinschaftlichen Aktivitäten Raum geben soll. Namensgebendes Vorbild für diese Wohnform ist der schattenspendende Palaverbaum, um den sich in afrikanischen Dörfern die Unterkünfte der Dorfbewohner anordnen und der Ort des Zusammenkommens ist.



Abbildung: Konzeptmodell des ersten Paletuviers in Leonding bei Linz.<sup>321</sup>

<sup>321</sup> www, mat

### 5.2.5. Nachbarschafts- und Siedlungsgemeinschaften

Darunter versteht man das gemeinschaftliche Zusammenleben in jeweils eigenen Häusern innerhalb einer Siedlung oder einer Nachbarschaft. Als Beispiel für ein solches Konzept kann das „Cohousing“ angeführt werden. Die aus Dänemark stammende Wohnform wurde in den 1960er Jahren entwickelt und in, vorwiegend von Familien, initiierten Projekten verwirklicht. Seither hat sich diese Siedlungsform vor allem in Skandinavien verbreitet. Vorteile sind Gemeinschaftseinrichtungen, in denen ein großer Teil der Zeit gemeinsam gelebt werden kann, eine kinderfreundliche Umgebung, sowie gegenseitige Hilfeleistungen. In Österreich wurde eine erste Cohousing Siedlung mit 32 Wohneinheiten im Jahr 2005 in Gänserndorf im Norden Wiens fertiggestellt. Grundsätze waren neben einem gemeinsamen Entwicklungsprozess, eine demokratische Struktur, eine selbstbestimmte Verwaltung sowie generationenübergreifende Zusammensetzung der Nachbarschaft.<sup>322</sup>

#### „Woon-zorg-zonen“

Unter dem Blickwinkel des nachbarschaftlichen Wohnens im Alter und bei Pflegebedarf kann das Konzept der „Woon-zorg-zonen“, wörtlich übersetzt bedeutet dies „Wohn-pflege-zonen“, angeführt werden, welches seit Ende der 1990er Jahre in den Niederlanden entwickelt wird. Es handelt sich dabei um Einheiten in Quartiersgröße. Heute wird das Konzept vermehrt als „Woon-service-wijken“, also als Wohn-hilfe-nachbarschaften, bezeichnet, da sich das Angebot nicht nur an Pflegebedürftige sondern an alle BewohnerInnen mit Service- oder Assitenzbedarf richtet. Ziel ist es, den BewohnerInnen im Quartier eine auf ihre Bedürfnisse

abgestimmte Umgebung bereitzustellen. Dazu gehören Angebote eines mobilen Dienstes, seniorenrechte auf das Quartier verteilte Wohnungen, Maßnahmen zur Wohnungsanpassung, ein Nachbarschaftszentrum als Stützpunkt im Quartier, Gemeinschaftseinrichtungen wie zum Beispiel Seniorentreffs und die Einbeziehung der gesamten sozialräumlichen Umwelt. Die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes (Sitzplätze, Toiletten) sind ebenso Bestandteil des Konzeptes wie die Vernetzung und Information der EinwohnerInnen untereinander. Diese gesamtheitliche Herangehensweise soll den Verbleib in der eigenen Wohnung oder zumindest im eigenen Quartier ermöglichen.<sup>323</sup>

In Dänemark ging man in dieser Hinsicht noch einen Schritt weiter. So dürfen seit dem Jahr 1987 keine neuen Pflegeheime mehr gebaut werden. Um die Versorgung dennoch gewährleisten zu können, wurde ein umfassendes Netzwerk an quartiernahen Angeboten geknüpft. Altengerechte Wohnungen werden nicht konzentriert in Form großer Seniorenwohnanlagen sondern „eingestreut“ in den Bestand errichtet.<sup>324</sup>

Eine Siedlungsgemeinschaft ganz anderen Charakters und Maßstabs stellen sogenannte „Seniorenstädte“ dar. Bekanntes Beispiel dieses Typs ist die im Jahr 1960 von der Del E. Webb Corporation gegründete Retortenstadt Sun City im US-Bundesstaat Arizona mit knapp 50.000 EinwohnerInnen. Hier stehen die gemeinsamen Interessen der Freizeitgestaltung einer homogenen zu über 94 % weißen Bewohnerschaft im Seniorenalter (das Mindestalter beträgt 55 Jahre) im Vordergrund. Das

<sup>322</sup> [www.derlebensraum.com](http://www.derlebensraum.com)

<sup>323</sup> vgl. [www.woonzorgzone.nl](http://www.woonzorgzone.nl) bzw. [www.woonservicewijken.nl](http://www.woonservicewijken.nl)

<sup>324</sup> Krings-Heckemeier 2011, in: Entwurfsatlas Wohnen im Alter. Seite 25

Durchschnittsalter der Einwohner beträgt mittlerweile 75 Jahre.<sup>325</sup> Ausgehend von diesem Modellprojekt entstanden in den USA zahlreiche weitere Siedlungen diesen Typs. Es ist gleichsam das Gegenmodell zum Konzept des Generationwohnens und ist auch heute noch aktuell.<sup>326</sup>



Abbildung: Seniorenstadt SunCity in Arizona. <sup>327</sup>

<sup>325</sup> www, cit

<sup>326</sup> vgl. www.delwebb.com

<sup>327</sup> www, cdn

### 5.3. Senioren- und Pflege-Wohngruppen

Wie Wohngemeinschaften können auch Wohngruppen aus Sicht der Pflege grob in zwei Typen unterschieden werden. Erstens in Senioren-Wohngruppen, die von Personen bewohnt werden die noch selbständig einen Haushalt führen können bzw. nur geringe, ambulant erbrachte, Hilfeleistungen benötigen, und zweitens stationäre Pflege-Wohngruppen für BewohnerInnen mit höherem Pflegebedarf. Einen Spezialfall stellen Wohngruppen für Menschen mit Demenz dar, da es hier gilt, den ganz besonderen Anforderungen gerecht zu werden. Aufgrund der besonderen Bedürfnissen dieser Gruppe, denen in den konventionellen Heimen nicht mehr adäquat entsprochen werden konnte, entstanden neue Konzepte abseits der großen etablierten Pflegeeinrichtungen, oftmals speziell für demenziell Erkrankte, welche dann auch zu Veränderungen in den klassischen Pflegeheimen führten. Pflege-Wohngruppen können hinsichtlich ihrer Organisation unterschiedliche Ausformungen annehmen. Der deutsche Architekt Feddersen unterscheidet daher vier Typen. Der „integrierte“ oder „angegliederte“ Typ nutzt die Infrastruktur eines Pflegeheimes und ein Verbleib auch bei höheren Pflegestufen ist möglich. Bei einer Kombination mit anderen Wohnformen bzw. einer autonomen Umsetzung spricht man vom „teil-selbständigem“ bzw. „selbständigem“ Typ. Die Betreuung erfolgt dabei ambulant und es kann ein Umzug in ein Pflegeheim erforderlich werden. <sup>328</sup>

Ausgangspunkt für die Entwicklung von Pflege-Wohngruppen war die Suche nach adäquaten Betreuungsformen für Demenzkranke sowie das Bedürfnis nach einer Alternative zum institutionell geprägten Alten- und Pflegeheim.

<sup>328</sup> Feddersen S. 56ff.

### 5.3.1. Historische Entwicklung

Die ambulante Versorgung in der eigenen Wohnung stößt bei Menschen mit Demenz vielfach an Grenzen, und es wird daher der Umzug in eine stationäre Einrichtung erforderlich.<sup>329</sup> Menschen mit Demenzerkrankung stellen heute einen großen und vor allem zunehmenden Teil der Bewohner stationärer Pflegewohnformen dar. Ausgehend von international wegweisenden Vorbildern in den USA, den sogenannten „special care units“, sind alternative Konzepte für die Versorgung dementer Personen im deutschsprachigen Raum bekannt geworden. Ein frühes Beispiel aus den USA ist das Weiss-Institute in Philadelphia aus den 1970er Jahren. Eine für heutige Verhältnisse große Gruppe von 40 BewohnerInnen wurde dabei in Doppelzimmern die um einen Gemeinschaftsbereich mit Rundgang angeordnet waren untergebracht und nach milieutherapeutischen Ansätzen betreut.<sup>330</sup>

Die europäischen Vorbilder für die aktuell im deutschsprachigen Raum verbreiteten Pflege-Wohngruppen entstanden Ende der 1980er Jahre, meist unter Rückgriff auf regionale Vorbilder, in den Niederlanden („hofjes“), Frankreich („cantous“), Schweden („gruppboende“) und Großbritannien („domos habits“). In deren Folge wurden Anfang der 1990er Jahre Studien über die Auswirkungen von Wohngruppenkonzepten auf die BewohnerInnen, aber auch das Pflege- und Betreuungspersonal durchgeführt. Dabei konnten durchwegs die positiven Erwartungen hinsichtlich der Personalzufriedenheit, der Selbstständigkeit und Aktivität der BewohnerInnen im Vergleich zu herkömmlichen Einrichtungen bestätigt werden.

<sup>329</sup> Heeg 2008, S.11.

<sup>330</sup> Marquardt 2006, S.38

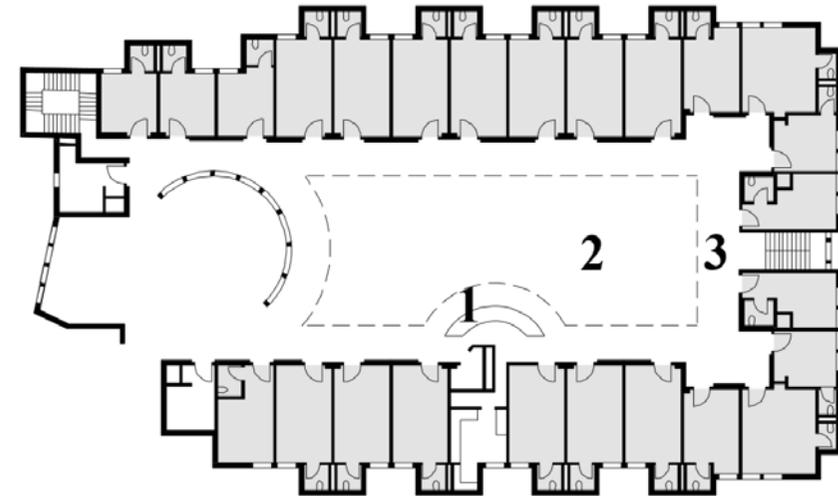


Abbildung: Grundriss Weiss-Institute in Philadelphia.<sup>331</sup>

Ausführliche Studien liegen für die Wohngruppenmodelle für Demenzerkrankte in Schweden, insbesondere in Malmö vor. Eine der wesentlichen Schlussfolgerungen ist, dass bei fortgeschrittener Demenz, die mit großer Pflegebedürftigkeit einhergeht, ein Umzug in ein Pflegeheim ratsam erscheint, da der Verbleib in der Wohngruppe keine Vorteile mehr für die Betroffenen bringt. Die Studien kommen zum dem Schluss, dass die Versorgungsform der Wohngruppen nur für bestimmte Stadien dementieller Erkrankungen positiven Einfluss haben. Die durchschnittliche sinnvolle Verweildauer wird mit drei Jahren angegeben.<sup>332</sup> Es bedarf jedoch laut Meinung von Fachleuten noch weiterer Forschung, um diese Erkenntnisse untermauern zu können.<sup>333</sup>

<sup>331</sup> ebda.

<sup>332</sup> vgl. Archibald 2001, S. 24f. (siehe ferner: Annerstedt et. al. 1993)

<sup>333</sup> thema – Band 145, S.4 u. 8.

### Das „Hofje“ Konzept in den Niederlanden

Unter einem Hofje, niederländisch für „kleiner Hof“, wird eine um einen zentralen Hof angeordnete Wohnanlage, bestehend aus aneinander gereihten Häusern sowie Gemeinschaftsräumen, verstanden. Diese auf das 13. Jahrhundert zurückgehende Wohnform wurde von wohlhabenden Bürgern für ihre Bediensteten als kostenlose Altenwohnungen geschaffen.<sup>334</sup> In Anlehnung an diese traditionelle lokale Bautypologie der Hofjes wurde das Projekt des Anton-Pieck-Hofjes in Haarlem, als Wohnform für demenziell erkrankte Menschen, von Niek de Bör und Hans Houweling initiiert und 1989 eröffnet, nachdem sie das Betreuungskonzept der „warme zorg“ in dem Pflegeheim Overspaarne in Haarlem entwickelt, dort jedoch keine geeigneten baulichen Strukturen vorgefunden hatten.<sup>335</sup> Die Einrichtung des Anton-Pieck-Hofjes bietet Platz für 36 BewohnerInnen, welche in Gruppen von jeweils sechs Personen zusammenleben. Die Wohnungen befinden sich ausschließlich im Erdgeschoß, in den Obergeschoßen finden sich zusätzlich 14 Wohnungen für Angehörige und MitarbeiterInnen. Entlang des Rundganges, der im Erdgeschoß mit großzügig offenbaren Glaselementen zum offenen Hof hin abgeschlossen ist, sind von den BewohnerInnen gerne genutzte Sitznischen angeordnet. Um einerseits dem Bewegungsbedürfnis der Bewohner gerecht zu werden und andererseits die Gefahr des „Weglaufens“ zu minimieren, sind die Zimmer so angeordnet, dass sie nur über den internen Gemeinschaftsbereich erreicht werden können. Die Wohngruppen selbst sind in den Privatbereich eines Einzelzimmers (10 bis 14 m<sup>2</sup>) sowie gemeinschaftlich genutzte Bereiche bestehend aus einem Aufenthaltsraum (34 bis 46 m<sup>2</sup>), einer Küche mit Abstellraum, einem gemeinsamen Bad, einer barrierefreien Toilette,

<sup>334</sup> thema – Band 145, S.9

<sup>335</sup> thema – Band 145, S.12

einem Arbeits- bzw. Gästezimmer und einem Gäste-WC unterteilt.<sup>336</sup>

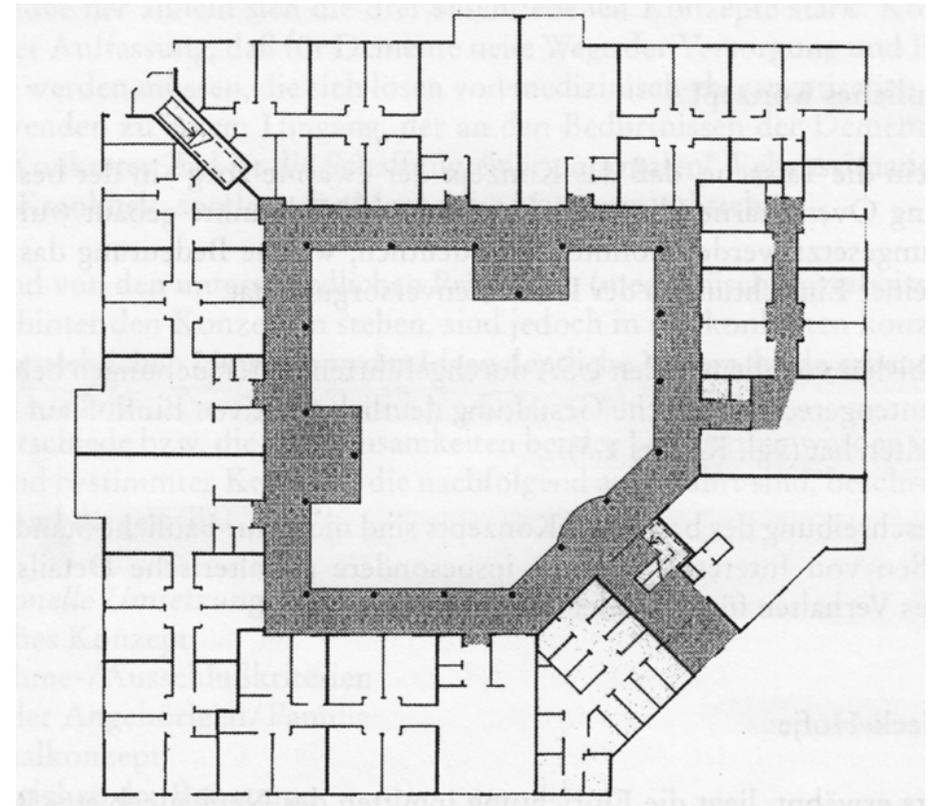


Abbildung: Grundriss Erdgeschoß Anton-Pieck-Hofje. <sup>337</sup>

Das im Anton-Pieck-Hofje angewandte Betreuungskonzept der „warme zorg“, das wörtlich übersetzt wärmende Sorge bzw. Pflege bedeutet, geht davon aus, dass Demenz eine unheilbare Erkrankung ist. Daher muss ein für die Betroffenen ideales Umfeld

<sup>336</sup> thema – Band 145 S.17f.

<sup>337</sup> thema – Band 145 S.18

geboden werden. Dazu gehören eine vertraute häusliche Umgebung (eigene Möbel), wenige Regeln, keine Zwangsmaßnahmen, eine nicht-professionelle Haltung von Betreuern und Angehörigen und der Einsatz einfacher Mittel (keine high-tech Ausstattung).<sup>338</sup> Erklärtes Ziel des Konzeptes ist, die Angst und Unsicherheit der Bewohner zu reduzieren und ihnen ein möglichst angenehmes Leben zu ermöglichen. Das Leben wird nach dem Prinzip der Alltagsnormalität organisiert. Die Bewohner gehen in einer wohnungsähnlichen Umgebung häuslichen Tätigkeiten wie Wäsche waschen oder Essen zubereiten nach. Im Gegensatz zu konventionellen Pflegeheimen, in denen das Essen fertig aus einer Großküche angeliefert wird, wird dieses auch gemeinsam zubereitet und so der ganze Prozess als ein gemeinschaftliches Erlebnis wahrgenommen. Die Betreuung ist in hauswirtschaftliche und pflegerische Tätigkeiten unterteilt und wird von einem Team aus Pflegefachkräften, Beschäftigungstherapeuten und im Umgang mit Demenzerkrankten ausgebildeten Mitarbeitern geleistet. Bei Bedarf werden zusätzlich mobile Dienste, etwa für pflegerische Leistungen, in Anspruch genommen. Außerdem werden Angehörige aktiv in das Alltagsleben miteingebunden und leisten einen wichtigen, aber freiwilligen, Beitrag. Die Verwaltung und ärztliche Betreuung erfolgt über ein in der Nähe gelegenes Pflegeheim. Grundsätzlich werden nur Personen mit einer dementiellen Erkrankung aufgenommen – es handelt sich daher um eine segregative Form der Betreuung. In einem Aufnahmegespräch wird versucht abzuklären, ob Interessenten für eine Gruppe in Frage kommen. Bei zu großen Problemen innerhalb einer Gruppe kann ein Ausschluss einzelner Bewohner erfolgen. Generell können die BewohnerInnen bis zum Tod in der Einrichtung bleiben. Bei

<sup>338</sup> thema – Band 145 S.12f.

akuten Erkrankungen werden die Bewohner jedoch in ein Krankenhaus verlegt.<sup>339</sup>



Abbildung: Blick in den Innenhof des Anton-Pieck-Hofjes.<sup>340</sup>

Diese Art des Wohnens, die auch als „kleinschalig wohnen“ bezeichnet wird, hat mit dem Pilotprojekt des Anton-Pieck-Hofjes eine große Verbreitung gefunden. In den Niederlanden gibt es heute etwa 200 derartiger Projekte. Die Vorläufer dieser Wohnform können in den gemeinschaftlichen Wohnprojekten für Ältere gefunden werden, die in den Niederlanden bereits seit Mitte der 1980er Jahre entstanden und am ehesten mit dem Betreuten

<sup>339</sup> thema – Band 145 S.30

<sup>340</sup> www, tra

Wohnen vergleichbar sind. Sie weisen meist eine klare Trennung zwischen den voll ausgestatteten individuellen Wohnungen und den Gemeinschaftsflächen auf. Kennzeichen sind dabei meist zwei bis drei-geschoßige Gebäude mit großzügigem Grünraumbezug, einer Erschließung häufig über Laubengänge (mit Abstellräumen außerhalb der Wohnungen) und Gemeinschaftsräumen an zentraler Stelle. Bei den Wohnungsgrundrissen fällt, als interessantes Detail, die oft zweiseitige Begehrbarkeit des Badezimmers auf.<sup>341</sup> Eine Besonderheit, die bis heute in den Niederlanden verbreitet ist, wie das Beispiel eines aktuellen Seniorenwohnprojektes in Rotterdam aus dem Jahr 2006 zeigt, und das Durchwandern selbst kleiner Wohnungen ermöglicht.

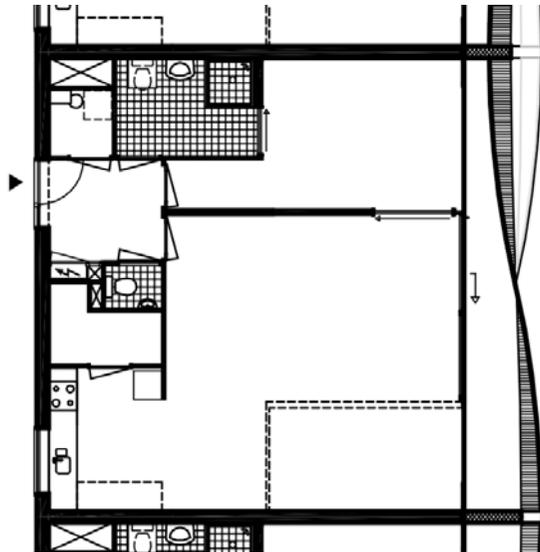


Abbildung: Seniorenwohnung in Rotterdam, Architekten Arons en Gelauff.<sup>342</sup>

<sup>341</sup> Narten 2001.

<sup>342</sup> <http://aronsengelauff.nl/housing/book> abgerufen am 12.03.2015

### Das Konzept der „Cantous“ in Frankreich

Der Begriff „Cantou“ bezeichnet eine offene Feuerstelle in Bauernhäusern im Südwesten Frankreichs. Die Cantous bezeichnen heute in Frankreich eine am Leitbild der Familie und der Normalität orientierte Wohnform für demenzerkrankte Personen. Mittlerweile gibt es circa 150 Einrichtungen, die nach diesem Konzept betrieben werden.<sup>343</sup> Mit der Umstrukturierung des Altersheims „Emilie de Rodat“ wurde im Jahr 1977 in Rueil-Malmaison, einem Vorort von Paris, das erste Cantou ins Leben gerufen. Initiator war der Leiter des örtlichen Altersheims Georges Caussanel. Ursprünglich war das direkt im Stadtzentrum liegende Cantou ein klassisches Altersheim mit ca. 100 Plätzen sowie angeschlossener Tagespflege. Auslöser für den neuen Weg war die steigende Zahl an verwirrten BesucherInnen in der Tagesbetreuungsstätte. Als Konsequenz begann Caussanel das bestehende Heim umzustrukturieren. Nach erfolgter Umgestaltung bot die mehrgeschoßige Einrichtung Platz für 84 BewohnerInnen in sieben Wohngruppen. Die Wohngruppen selbst wurden in einen Privatbereich mit einem individuellen Zimmer für jede BewohnerIn mit jeweils eigenem Sanitärbereich (14 bis 17 m<sup>2</sup>), einem Aufenthaltsraum (60 m<sup>2</sup>) mit einer offenen Therapieküche (27 m<sup>2</sup>), einem Wäscheraam, sowie einer Toilette zusammengesetzt. Auffallend ist, dass keine eigenen Räume für das Personal vorgesehen wurden.<sup>344</sup> Wie später beim Anton Pieck-Hofje ist auch beim Konzept der Cantous die Einbindung in die Nachbarschaft ein wichtiges Instrument um die sozialen Kontakte der BewohnerInnen aufrecht zu erhalten. Nach Meinung des Gründers Georges Caussanel wären noch kleinere Einheiten, verteilt auf den Stadtteil, die ideale Wohnform. In Bezug auf das ursprüngliche Altersheim

<sup>343</sup> thema – Band 145, S.10f.

<sup>344</sup> thema – Band 145, S.22f.

spricht er sogar von einem „Gefängnis erster Klasse“ und nimmt damit Bezug auf den Charakter totaler Institutionen.<sup>345</sup> Die Forderung nach einem Typ mit geringerer Größe wurde im Jahr 1991 in einem zweiten sogenannte „Familiencantous“ in Rueil-Malmaison erfüllt.

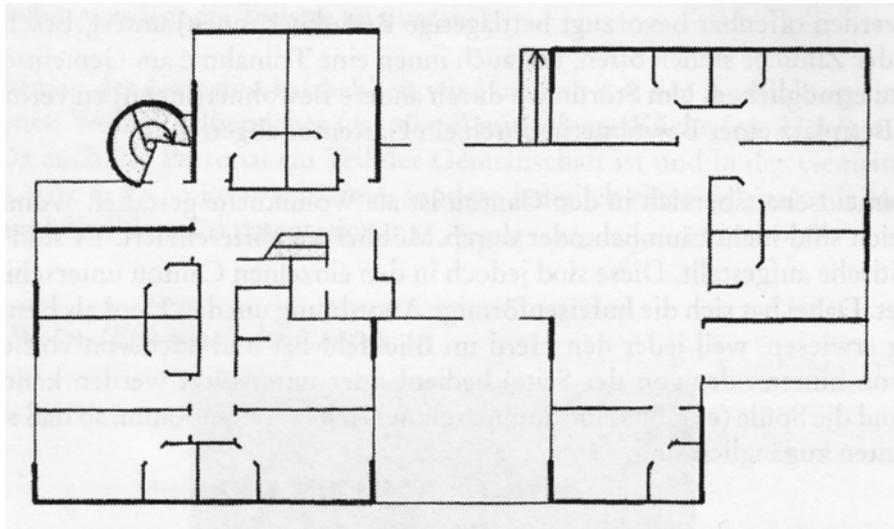


Abbildung: Grundriß „Cantou familial“ in Rueil-Malmaison. <sup>346</sup>

Das Betreuungskonzept der Cantous stützt sich auf zwei Grundprinzipien. Erstens „Subsidiarität“ – jede BewohnerIn erhält nur soviel Hilfe wie er benötigt um seine eigene Autonomie aufrecht zu erhalten und zweitens Gemeinschaftlichkeit – das Leben findet in der Gruppe von BewohnerInnen, Betreuern und unter besonderer Einbeziehung der Angehörigen statt.<sup>347</sup> Eine Besonderheit der Cantous ist der integrative Ansatz, der zu dem

<sup>345</sup> thema – Band 145, S.13

<sup>346</sup> thema – Band 145, S.24

<sup>347</sup> thema – Band 145, S.14.

Grundsatz führt, dass jeder, unabhängig von seiner medizinischen Diagnose, aufgenommen werden kann. Bewohner werden als Menschen mit Behinderung, die Hilfeleistungen brauchen, nicht aber als Kranke angesehen. Vorrang für einen Platz in der Einrichtung haben Bewohner aus der Nachbarschaft. Sie können bis zu ihrem Tod in der Einrichtung bleiben. Bei kritischem Gesundheitszustand erfolgt jedoch eine Verlegung in ein Krankenhaus.<sup>348</sup>

### Die „Gruppoende“ in Schweden

Diese gruppenorientierte Wohnform wird in Schweden seit 1985 als autarke ambulant versorgte Wohngemeinschaft für Demenzerkrankte in großem Maßstab gefördert, da die Betreuung in den eigenen Wohnungen der Betroffenen als zu aufwändig angesehen wurde. Diese „Group Homes“ für jeweils acht BewohnerInnen wurden ursprünglich direkt in größere Wohngebäude integriert. Im Jahr 2008 gab es bereits 23.000 Plätze in dieser Wohnform. Ursprünglich als Übergangswohnform zwischen dem Wohnen zu Hause und dem Pflegeheim konzipiert, vergleichbar etwa mit einer Senioren-WG oder dem Betreuten Wohnen, ähnelt die Bewohnerstruktur heute eher jener von Pflegeheimen. Damit wurde eine umfangreichere Betreuung und, durch die damit verbundenen steigenden Kosten, eine Neuausrichtung erforderlich. Heute werden daher in der Regel mehrere Wohngruppen im Verbund mit jeweils neun bis zehn BewohnerInnen geplant, wodurch die ständige Anwesenheit von Betreuungspersonen auch in der Nacht zu vertretbaren Kosten möglich wurde.<sup>349</sup>

<sup>348</sup> thema – Band 145, S.30

<sup>349</sup> Heeg 2008, S. 24

Ähnlich wie in Schweden verlief die Entwicklung in Finnland. Auch dort mussten die zu Beginn autarken, für jeweils nur sieben BewohnerInnen konzipierten dezentral im Quartier angeordneten Wohngruppen, aufgrund betriebswirtschaftlicher Zwänge zu größeren Einheiten zusammengefasst werden, wodurch der Anspruch, den institutionellen Charakter vollständig aufzulösen, heute nur mehr eingeschränkt umgesetzt werden kann. Bestehen blieb jedenfalls die Strukturierung in Gruppen mit jeweils eigenen Wohnbereichen.<sup>350</sup> Weitere vergleichbare Konzepte sind das „EDEN Konzept“ in den USA oder das „Domus Prinzip“ in England.

### **Fazit**

In den vorgestellten Beispielen findet sich eine große Anzahl an Ähnlichkeiten. Gemeinsam ist ihnen, dass sie, unzufrieden mit der konventionellen Versorgung in traditionellen Pflegeheimen, eine neue Richtung – weg vom Schwerpunkt der medizinisch therapeutischen Behandlung hin zu einem an den Bedürfnissen der Bewohner orientiertem Betreuungskonzept – einschlugen.

Geleitet wurde diese Umstrukturierung der Pflegeangebote von dem Konzept der Deinstitutionalisierung und Dezentralisierung. „Dezentralisierung“ meint dabei die Bildung kleiner Einheiten inmitten der gewohnten Umgebung der Bewohner. Unter „Deinstitutionalisierung“ versteht man den Abbau möglichst aller an eine Institution erinnernden Merkmale. Im Vordergrund steht das Alltagsleben in einer Gemeinschaft nach dem Prinzip der „Normalität“. Dies betrifft sowohl die Gestaltung als auch die betriebliche Organisation. So werden alle zentralen Funktionen wie Verwaltung, Großküche, Speisesaal oder Zentralwäscherei vermieden. Die äußere Gestalt soll mehr an ein Wohnhaus als an

<sup>350</sup> ebda.

den Spezialbau eines Pflegeheimes erinnern. „Selbstbestimmung“ und „Individualität“ sind weitere Eckpunkte dieser Konzepte. So gibt es auch keinen von der Leitung vorgeschriebenen Tagesablauf mit fixen Weck-, Essens- oder Schlafzeiten.

Am Beispiel des Altenheimes Overspaarne in Haarlem wird deutlich, wie sehr bauliche Strukturen ein neues Konzept einschränken können und letztendlich einen Neubau zur Folge haben. Auch die Idealform des Cantou wurde ebenfalls erst in einem Neubau umgesetzt. Die Zeitspanne vom ersten Cantou im Jahr 1977 bis zum Idealtyp im Jahr 1991 zeigt dabei wie beharrlich bauliche Strukturen wirken, und führt die Bedeutung baulicher Flexibilität vor Augen.

Die Größe der Gemeinschaftsräume spiegelt die unterschiedlichen Gruppengrößen der Beispiele wieder. Während im Hofje-Konzept das Leitbild der Familie mit einer Gruppengröße von sechs Personen dominiert, sind die Gruppen in den französischen Beispielen der Cantous durchwegs mindestens zwölf Personen groß. Begründet wird die Gruppengröße mit Erkenntnissen aus der Gruppensoziologie und sollte maximal acht bis zwölf Personen betragen.<sup>351</sup> Bei Wohngruppen mit BewohnerInnen mit höherem Betreuungsbedarf geht die Entwicklung zu größeren Gruppengrößen bzw. zur Kombination von zumindest zwei Gruppen auf einem Geschoß. Es kann so einerseits bei Personalmangel flexibler reagiert werden, und andererseits können Gemeinschaftsräume und ein allfällig vorhandenes Pflegebad gemeinsam und damit effizienter genutzt werden. Es kommt dadurch allerdings zu einer Aufweichung des Konzeptes, welches

<sup>351</sup> Stracke-Mertes, S. 218

die Wohngruppen als autarke Großwohnungen auffasst.<sup>352</sup> Bei der Implementierung des Wohngruppenkonzeptes in konventionellen Pflegeheimen finden sich oft deutlich größere Gruppen. Dabei liegt der Schwerpunkt weniger in einer tatsächlichen räumlichen Trennung als vielmehr in der „situativ erlebten Gruppengröße“.<sup>353</sup>

Auch in der Anordnung der Zimmer finden sich Unterschiede. Im Anton-Pieck-Hofje sind die privaten Zimmer durch einen Gang vom Gemeinschaftsbereich getrennt, während im französischen Beispiel auch Zimmer direkt an den Aufenthaltsraum grenzen. Diese werden bevorzugt für bettlägrige BewohnerInnen genutzt. Dies hat einerseits den Vorteil, dass diesen BewohnerInnen ein Miterleben des Alltags ermöglicht wird, andererseits sind diese Zimmer für die BetreuerInnen jederzeit einsehbar.

Interessant ist, dass die Zimmer des Anton Pieck-Hofje keinen eigenen Sanitärraum aufweisen. Die desorientierten BewohnerInnen suchen das Bad außerhalb ihres eigenen Zimmers – ganz so wie sie es von zuhause gewohnt sind! Die gemeinsame Nutzung des Badezimmers wird vom Personal als problemlos beschrieben.<sup>354</sup> Im Unterschied dazu liegt für den Leiter des Cantou „Emilie de Rodat“ bei Neubauten die ideale Größe des privaten Wohnraumes bei circa 25 bis 30 m<sup>2</sup> und sollte neben einem individuellen Sanitärbereich zusätzlich mit einer eigenen Küchenzeile ausgestattet werden und entspricht damit einer Kleinwohnung.<sup>355</sup>

Das im Anton-Pieck-Hofje geplante Konzept, in den Obergeschoßen Wohnungen für Angehörige anzubieten, hat sich zumindest in der ursprünglich vorgesehen Dimension von 14 Wohnungen als unrealistisch erwiesen. Dies nicht zuletzt deswegen, weil die BewohnerInnen aus der unmittelbaren Nachbarschaft stammen. Ein Teil dieser Wohnungen wird daher heute dem Betreuungspersonal zu Verfügung gestellt.

Um zu verhindern, dass eine zu große Anzahl an Personen gleichzeitig bettlägrig wird, wird in den Konzepten eine Durchmischung hinsichtlich des Alters und des Gesundheitszustandes angestrebt.

Aufbauend auf diesen Beispielen begann man in den 1990er Jahren in Deutschland Alternativen zur stationären Versorgung in Pflegeheimen zu entwickeln. Die führende Rolle dabei übernahm das Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA), welches dieses Betreuungsmodell in umfangreichen Untersuchungen eingehend analysiert und unter dem Titel „Hausgemeinschaft“ publizierte. So wurde insbesondere die betriebswirtschaftliche Umsetzbarkeit unter den deutschen Randbedingungen eingehend analysiert, dokumentiert und nachgewiesen.

<sup>352</sup> Heeg 2008, S. 25

<sup>353</sup> Heeg 2008, S. 46

<sup>354</sup> thema – Band 145 S.17f.

<sup>355</sup> thema – Band 145 S.22.

### 5.3.2. „KDA – Hausgemeinschaft“

Hinsichtlich der baulichen Typologie können die Hausgemeinschaften des KDA den Wohngruppen zugeordnet werden. Im Gegensatz zu diesem allgemein verwendeten Begriff ist die „KDA-Hausgemeinschaft“ ein genau definiertes Konzept für Pflegebedürftige. Sie fällt in Deutschland als stationäres Angebot rechtlich in die Kategorie der Pflegeheime, unterliegt dem Heimgesetz, und als Kontrollinstanz fungiert die Heimaufsichtsbehörde.<sup>356</sup>

#### Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an Menschen mit hohem Betreuungsbedarf, insbesondere auch an demenziell erkrankte Menschen. Während die familienorientierte Ausrichtung des Konzeptes speziell dementen BewohnerInnen entgegen kommt, ist für körperlich Pflegebedürftige das selbstständige Wohnen wichtiger.<sup>357</sup> Die Einbindung von Angehörigen in das Leben der Hausgemeinschaften ist Bestandteil des Konzeptes, jedoch nicht zwingend notwendig.<sup>358</sup> Kennzeichnend ist der Paradigmenwechsel, weg von der Institution eines Pflegeheimes und seiner fremdbestimmenden Charakteristik hin zu einem wohnlichen Milieu und einem Leben in Selbstbestimmung. Im Sinne dieser Deinstitutionalisierung werden möglichst alle Bezeichnungen die an eine Institution erinnern neu formuliert oder aufgegeben. Begriffe wie Heim, Bettenstation, Schwesternstützpunkt, Tagraum, Nasszelle, Fäkalraum werden durch andere, der Alltagssprache des

Wohnens entnommene, ersetzt. So wird von Wohnhäusern statt von Pflegeheimen gesprochen, Stationen werden als Bereiche, Tagräume als Wohn- beziehungsweise Esszimmer, Nasszellen als Badezimmer und Fäkalräume als Pflegearbeitsraum bezeichnet. Die begriffliche Veränderung ist dabei nur der sprachliche Ausdruck des zugrunde liegenden Konzeptes, und darf nicht als oberflächliche Behübschung traditioneller Strukturen missverstanden werden.

#### Städtebauliche Eingliederung

Wichtiger Bestandteil des Konzeptes ist die dezentrale Einbettung in das Wohnquartier. Ziel ist dabei der Verbleib im Quartier, um die sozialen Kontakte der Bewohner möglichst aufrecht erhalten und pflegen zu können. Auch das Gefühl der Vertrautheit, welches die gewohnte Umgebung in der angestammten Nachbarschaft vermitteln kann, spielt eine wichtige Rolle.

#### Dezentralisierung der Funktionen

Das Grundkonzept basiert auf der Auflösung zentraler heimtypischer Funktionen wie Verwaltungstrakt, repräsentativer Eingangsbereich, Großküche, Speisesaal, Wäscherei oder Schwesternstützpunkt. Diese im konventionellen Pflegeheimbau üblichen Funktionen gibt es in dieser Form nicht mehr. Als Ergebnis werden Tätigkeiten, die vorher in von den Bewohnern abgeschiedenen Bereichen stattfanden, in die Mitte des gemeinsamen Alltags gerückt. Das Essen taucht nicht mehr zu einem fixen Zeitpunkt für alle gleichzeitig in einem Speisesaal auf, sondern wird gemeinsam zubereitet und erlebbar gemacht. Somit werden sowohl für das Personal (menschliche Rückmeldung durch die BewohnerInnen), als auch für die BewohnerInnen (vertraute Bezugspersonen statt häufig wechselnder MitarbeiterInnen)

<sup>356</sup> vgl. Winter et. al. S.42

<sup>357</sup> Heeg 2008, S. 229

<sup>358</sup> vgl. Winter 2000, S.42

positive Effekte erzielt. Gleichzeitig werden auch finanzielle Ressourcen für die großzügigere (weil flächenintensivere) Gestaltung der unmittelbaren Wohnbereiche frei. Das Leitbild für die bauliche Gestaltung ist das Prinzip der Wohnlichkeit und der Alltagsnormalität. Man spricht dabei vom sogenannten Normalitätsprinzip.

Im Fall solitärer Hausgemeinschaften ist die räumliche Nähe zu einer Pflegeeinrichtung sinnvoll, um trotz der geringen BewohnerInnenanzahl, eine qualitative Betreuung durch Pflegefachkräfte gewährleisten zu können. Bei einer Anordnung im Verbund sollte die Anzahl der Hausgemeinschaftsgruppen einerseits eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen, aber andererseits nicht bei den bekannten großen BewohnerInnenzahlen von herkömmlichen Pflegeheimen liegen. Daraus ergibt sich eine Mindestgröße von drei bis vier Einheiten.<sup>359</sup> Auch wenn mehrere Hausgemeinschaften in einem Gebäude zusammengefasst werden, sind sie sowohl räumlich als auch organisatorisch als autonome Einheiten zu sehen. Sie funktionieren als voneinander weitgehend unabhängige Großwohnungen.<sup>360</sup>

Durch das Konzept der Dezentralisierung ergeben sich auch wesentliche bauliche Auswirkungen auf das Raumprogramm. Die BewohnerInnenzimmer werden im Vergleich zu den Mindestvorgaben mit rund 25 m<sup>2</sup> Nutzfläche deutlich größer angenommen.<sup>361</sup> Jedes Zimmer verfügt über ein eigenes Badezimmer mit Toilette. Um eine vertraute Umgebung zu fördern, sind die Zimmer möglichst mit privaten Möbeln der BewohnerInnen einzurichten. Der Gemeinschaftsraum mit einem Kochbereich wird

<sup>359</sup> Winter 2000, S.25

<sup>360</sup> Winter 2000, S.44

<sup>361</sup> Anmerkung: lt. WWPG §12: 14 m<sup>2</sup> WNF für Einzelzimmer exkl. Nasseinheit

für eine Gruppengröße von sechs bis acht BewohnerInnen mit 50 bis 55 m<sup>2</sup> angegeben. Inklusiver aller Nebenräume, wird vom KDA eine erforderliche Fläche von 45 bis 50 m<sup>2</sup> NGF/BewohnerIn angeführt. Dies entspricht in etwa dem Richtwert von 50 bis 55 m<sup>2</sup> NGF/Platz für Pflegeheime in Deutschland.<sup>362</sup>

### **Betriebliche Aspekte und Betreuungskonzept**

Der Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen wird ebenfalls vom Leitbild der Dezentralisierung und Normalität getragen. Nicht die betrieblichen Vorgaben einer Institution sollen das Leben der BewohnerInnen bestimmen, sondern ihre Bedürfnisse. Die Betreuung in einer Hausgemeinschaft wird daher von einer sogenannten „Präsenz-“ bzw. „Alltagskraft“, die nicht zwingend eine Pflegefachkraft sein muss, geleistet. Diese ist tagsüber dauernd anwesend und unterstützt die Bewohner bei den alltäglichen Tätigkeiten eines normalen Haushaltes. Dazu gehören die Hilfe beim Waschen, Ankleiden, Kochen und bei diversen Freizeitaktivitäten. Dieser Aufgabenbereich wird als hauswirtschaftlicher Tätigkeitsbereich bezeichnet und kann auch von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn unterstützt werden. Zusätzlich werden Pflegeleistungen von einer Pflegefachkraft je nach individuellem Bedarf erbracht. Untertags sind daher zumindest zwei Ansprechpersonen je Hausgemeinschaft anwesend. Bei im Verband organisierten Hausgemeinschaften erfolgt die pflegerische Betreuung durch eine permanent anwesende Pflegefachkraft, die ggf. durch mobile Pflegedienste unterstützt werden kann. Ziel ist es, durch ein möglichst normales Alltagsleben, die Selbstständigkeit und Kompetenzen der Bewohner zu fördern bzw. aufrecht zu erhalten. In diesem Sinne sollen auch verschiedene Therapieangebote wie Physio- oder

<sup>362</sup> Heeg 2008, S.12

Ergotherapie nicht in einem eigenen Raum, sondern, in den Alltag integriert, in den Gemeinschaftsbereichen durchgeführt werden. Ebenso ist im Idealfall kein eigenes Büro für die BetreuerInnen notwendig. Weiters wird empfohlen den BewohnerInnen Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme mobiler Dienste zu ermöglichen. In der Praxis stellt jedoch die gemeinsame Nutzung aufgrund der deutlichen Kostenersparnis den Regelfall dar.

### **Strukturbestimmende Faktoren**

Die Gruppengröße von maximal acht Personen ergibt sich daraus, dass bei dieser Größe einerseits noch ein familienähnlicher Haushalt geführt und andererseits die Betreuung von einer Präsenzkraft geleistet werden kann.<sup>363</sup> Der Nachtdienst wird von einer Pflegefachkraft, welche aus wirtschaftlichen Gründen für mehrere Einheiten zuständig ist, durchgeführt, und ist einer der bestimmenden Faktoren für die empfohlene Betriebsgröße von drei bis vier Einheiten. Daraus ergibt sich eine Mindestgröße von 24 bis 32 BewohnerInnen. Ein weiterer Aspekt ist die aus wirtschaftlichen Gründen sinnvolle gemeinsame Nutzung eines Pflegebades durch zwei bis drei Hausgemeinschaften.<sup>364</sup>

Aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen und Erfahrungen aus der Praxis wurde die Gruppengröße im Laufe der Entwicklung laut Heeg auf bis zu zwölf Personen erhöht.<sup>365</sup> Auch die Betrachtung ausgeführter Beispiele zeigt, dass die ursprünglich angedachte Gruppengröße von acht BewohnerInnen wirtschaftlich nicht umsetzbar sein dürfte.<sup>366</sup>

<sup>363</sup> vgl. Winter 2000, S.44.

<sup>364</sup> Winter 2000, S.25.

<sup>365</sup> Heeg 2008, S. 38.

<sup>366</sup> www, bhp

### **Die Problematik der Wohnküche**

In den Wohnküchen der Hausgemeinschaften werden die Mahlzeiten dezentral von einer Hauswirtschaftskraft zubereitet. Das Konzept der Hausgemeinschaften sieht dabei vor, dass die Bewohner aktiv (Mitarbeit) oder passiv (Zuschauen, Wahrnehmen von Gerüchen) an der Essenszubereitung teilnehmen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob diese Küchen als vollwertige Produktionsküchen mit allen hygienischen Auflagen (HACCP) zu sehen sind.<sup>367</sup> In Deutschland konnten dafür jedoch Lösungen gefunden werden, die unter anderem darin bestehen, dass die zubereiteten Speisen vor Ort nur von den BewohnerInnen verzehrt werden, und die Lebensmittel ausschließlich für das Personal zugänglich gelagert werden dürfen. Weiters gilt in diesen Fällen die Vorgabe, dass private Lebensmittel gesondert aufzubewahren sind. Alternativ können die Küchen auch als Vorbereitungsküchen mit Verteilerfunktion ausgebildet werden. Das Essen würde dann jedoch entgegen dem Konzept der Dezentralisierung in einer Zentralküche zubereitet und angeliefert werden. Bei der Verwendung als Therapieküche – die BewohnerInnen nehmen aktiv an der Zubereitung der Speisen teil – sind zusätzliche hygienische und betriebliche Maßnahmen zu treffen.<sup>368</sup> Ein Wohnküche bedarf auch hinsichtlich des Brandschutzes und der Sicherung der Flucht besonderer Beachtung.

Die gesamten Kosten (Errichtung und Betrieb) dieses Konzeptes werden vom KDA als mit herkömmlichen Pflegeheimen vergleichbar angegeben.<sup>369</sup> Aufgrund der Erfahrungen mit zahlreichen gebauten

<sup>367</sup> HACCP = Hazard, Analysis, Critical, Control, Point (Hygienemanagementsystem)

<sup>368</sup> Winter 2000, S.29ff.

<sup>369</sup> Winter 2000, S.29ff.

Beispielen wurde das Konzept der KDA-Hausgemeinschaften überarbeitet und als die 5. Generation des Pflegeheimbaus<sup>370</sup> unter dem Titel der „KDA-Quartiershäuser“ neu formuliert.<sup>371</sup> Wesentliche Änderungen sind dabei die Aufwertung des Pflegezimmers zu einer eigenen Kleinwohnung mit allen Konsequenzen wie einem eigenem Schlüssel für die Bewohnerinnen, persönlichen Türschildern, einer Klingel und Briefkästen oder Küchenecken in jedem Appartement, sowie die Betonung der Vernetzung mit dem Quartier.

### 5.3.3. Das Hausgemeinschaftmodell in Österreich

Mittlerweile hat sich die Initiative des KDA auch in anderen Ländern fortgesetzt.<sup>372</sup> Als erstes Projekt dieser Art in Österreich gilt das Pflegeheim in Alberschwende in Vorarlberg, das seit 2004 zwei Hausgemeinschaften nach dem KDA Modell mit jeweils 16 bis 18 Bewohnerinnen betreibt. Weitere frühe Beispiele sind die Pflegeheime des Evangelischen Diakoniewerkes in Wels und Graz aus den Jahren 2004 und 2009.<sup>373</sup>

In jüngster Zeit gibt es vermehrt Projekte in Österreich, die sich an dieses Konzept anlehnen. Dabei zeigen sich ähnliche Problemstellungen<sup>374</sup> wie in Deutschland, wie ein Projekte aus dem Jahr 2007 in Wien zeigt. Die „Hausgemeinschaften“ des evangelischen Diakoniewerkes in der Erdbergstraße in Wien Simmering wurden drei-geschoßig auf einer Gemeinschafts-

<sup>370</sup> Die 1. bis 4. Generation des Pflegeheimbaus wird in Kapitel 6.4.1. erläutert.

<sup>371</sup> Michel-Auli/Sowinski S.36ff.

<sup>372</sup> „Samowar-Initiative“ in Russland.

<sup>373</sup> www, dia

<sup>374</sup> Problematik der Wohnküche hinsichtlich Brandschutz und Hygiene, Anrechenbarkeit des Personalschlüssels, Verzicht auf gesetzlich vorgeschriebene Räume

Dachterrasse eines Schulbaus verwirklicht. Je Geschoß ist eine Wohngruppe mit 13 Zimmern entlang eines Mittelganges angeordnet. Der zentral gelegene Wohnbereich mit Küche und zugeordneter Loggia ist zum Gang hin komplett offen gehalten und voll möbliert. Es handelt sich um eine, das gesamte Geschoß umfassende, „Wohneinheit“. Dies ist hinsichtlich der Abgrenzungsfrage, was als Wohnung wahrgenommen wird, interessant, denn auf den ersten Blick könnte man jedes einzelne Zimmer als eigene Kleinwohnung sehen. Das Betreuungskonzept ist an jenes der KDA-Hausgemeinschaften angelehnt und richtet sich an Menschen mit mittlerer und hoher Pflegebedürftigkeit oder Demenz. So gestaltet eine Alltagsmangerin zusammen mit den BewohnerInnen den Tag im gemeinschaftlichen Wohn- und Essbereich. Für die 39 BewohnerInnen sind tagsüber acht Betreuungspersonen ständig anwesend. Die Betreuung durch Pflegefachkräfte ist 24h gewährleistet.<sup>375</sup> Die Einbindung in das Quartier muss, trotz der erfrischenden Kombination mit einer Schule, durch die im Stadtteil isolierte Lage neben einem Kino, Bürogebäuden und einer Remise, kritisch gesehen werden. Auch der sehr schmale Mittelgang erscheint, im Vergleich zu der beispielhaften Mittelganglösung im Geriatriezentrum Favoriten, nicht optimal. Die vertikale Anordnung der einzelnen Gruppen erschwert sowohl die Kommunikation untereinander als auch die Betreuung in der Nacht. Dieses Konzept der Hausgemeinschaft stellt in Wien jedoch noch eine Sonderform eines Pflegeheimes dar, und konnte nur mit Ausnahmeregelungen und intensiver Abstimmung mit den Behörden umgesetzt und in Betrieb werden.<sup>376</sup> So werden etwa im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz dezidiert eigene Räume für Therapieangebote vorgeschrieben, die

<sup>375</sup> Schönfeld/Lukas 2008. S.32ff.

<sup>376</sup> Schönfeld/Lukas 2008. S.32ff.

sich aber im Konzept der Hausgemeinschaften nicht wiederfinden.<sup>377</sup>



Abbildung 6: Grundriss Senioren-HG Erdbergstraße, Planung: Trebersburg / Atelier 4 Architekten, Fertigstellung 2007.<sup>378</sup>

Andere Bundesländer sind betreffend der Realisierung der Wohnform „Hausgemeinschaft“ konsequenter, wie das Beispiel Salzburg zeigt. So hat die Stadt Salzburg beschlossen, ihre fünf bestehenden Pflegeheime zu „Seniorenwohnhäusern“ nach dem Hausgemeinschaftsmodell umzugestalten bzw. neu zu bauen. Die Hausgemeinschaften werden für BewohnerInnen, auch mit hohem

<sup>377</sup> §16 WWPB beziehungsweise DurchführungsVO

<sup>378</sup> Schönfeld/Lukas 2008. S.32

Pflegebedarf, in Gruppen bis zu zwölf Personen gebildet. Die Mindestgröße wird aufgrund von betriebswirtschaftlichen Überlegungen mit vier Hausgemeinschaften im Verbund angegeben. In diesem idealtypischen Fall sind insgesamt rund 2.330 m<sup>2</sup> Nutzfläche erforderlich. Das sind einschließlich der Erschließungsflächen rund 48,5 m<sup>2</sup> je BewohnerIn. Als Vorbilder werden die bereits realisierten Projekte des Evangelischen Diakoniewerkes genannt.<sup>379</sup> Auch in der Steiermark wird dieses Konzept der Hausgemeinschaften umgesetzt. Als Beispiel kann das Pflegewohnhaus „Peter-Rosseger“ in Graz von Architekt Wissounig, Fertigstellung 2013, mit acht Gruppen und gesamt 103 BewohnerInnen angeführt werden. In Kärnten gibt es ebenfalls bereits mehrere Beispiele von Pflegeheimen nach dem Konzept der KDA-Hausgemeinschaften, und in der Kärntner Heimverordnung wird auch konkret auf dieses neue Konzept Bezug genommen, indem die Möglichkeit geschaffen wurde, den Einsatz von AlltagsmangerInnen auf den erforderlichen Personalschlüssel anzurechnen.<sup>380</sup>

### Fazit

Das Konzept der KDA-Hausgemeinschaft stellt eine relativ neue familienähnliche Wohnform für pflegebedürftige Menschen dar und hat sich als ein fixer Bestandteil in der Angebotslandschaft, auch in Österreich, etabliert. Das Konzept muss jedoch immer noch an die länderspezifischen gesetzlichen Vorschriften angepasst werden. Im Vergleich zu traditionellen Pflegeheimen gibt es deutlich weniger Räume, wodurch die Orientierung verbessert wird. Die Hausgemeinschaften bekommen den Charakter von Großwohnungen. Daher können die BewohnerInnen ihre

<sup>379</sup> Salzburg 2013.

<sup>380</sup> §24 (5) Kärntner Heimverordnung in der Fassung vom 20.04.2015

Umgebung leichter als ihr „Zuhause“ annehmen. Die MitarbeiterInnen müssen, abgesehen von ihrer eigentlichen Aufgabe, viel stärker mit den BewohnerInnen kommunizieren und können sich nicht so leicht vom Leben in der Gruppe distanzieren. Daraus resultiert auch das neue Berufsbild der AlltagsmanagerInnen. Auffallend ist die Schwerpunktlegung auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Alltagsleben der BewohnerInnen. Dies liegt wohl darin, dass aufgrund demografischer Gegebenheiten bisher vorwiegend Frauen, die zu einem überwiegenden Teil selbst Hausfrauen waren, in Pflegeeinrichtungen leben. Durch die in Zukunft zu erwartende größere Anzahl auch älterer Männer und ehemals berufstätiger Frauen, wird sich diese Zusammensetzung und damit die Anforderungen an die Wohnform verschieben. Klar ist, dass diese familienähnliche Wohnform trotz ihrer zahlreichen Vorteile keine allgemeingültige Lösung sein kann.

#### **5.3.4. Demenzwohngruppen**

In jüngerer Zeit spielt die Zunahme und Betreuung demenzerkrankter Bewohner in Pflegeeinrichtungen eine immer größere Rolle. Das klassische Pflegeheim kann daher schon aufgrund der unterschiedlichen Stadien der Demenz nicht als die einzige Antwort angesehen werden. Es wurden daher in den letzten Jahrzehnten Alternativen für die Betreuung Demenzerkrankter konzipiert und umgesetzt. Dabei haben sich insbesondere kleinräumige Pflegewohngruppen immer mehr verbreitet. Dabei stellt sich die Frage, ob diese Wohnform in Gruppen tatsächlich Vorteile gegenüber jener in größeren Einrichtungen hat. Ergebnisse aus Studien in den USA zu „special care units“ (Demenzstationen) lassen keine eindeutigen Aussagen zu dieser

Betreuungsform zu.<sup>381</sup> Und auch lt. Heeg gibt es Hinweise, dass gerade die Zielgruppe der dementen Bewohner jene ist, die von dieser Betreuungsform, im Unterschied zu den Angehörigen und dem Personal, am geringsten profitieren. Trotz dieser teilweise ernüchternden Ergebnisse erfreut sich diese Betreuungsform in den USA großer Beliebtheit.<sup>382</sup>

#### **Zielgruppe**

Nach Wojnar können je nach der Ausprägung der Demenz mehr oder weniger geeignete Wohnformen differenziert werden. Für leichte Demenz kann das Betreute Wohnen (assisted living) und für mittlere Demenz das gemeinschaftliche Wohnen in Gruppen geeignet sein. Bei fortgeschrittener Demenz mit herausforderndem Verhalten, Aggressivität, Schreien, Depressionen, starkem Bewegungsbedürfnis und Pflegebedürftigkeit sind spezielle Wohnformen („special care units“) und eine räumlich getrennte Betreuung erforderlich. Betreutes Wohnen und Wohngruppen für leicht demenziell erkrankte Personen können gut in größeren Wohnanlagen integriert werden. Eine Betreuung kann durch tagsüber anwesende Betreuungspersonen mit Unterstützung durch mobile Dienste erfolgen. Diese Personengruppe kann zwar noch selbständig wohnen, ein gemeinsamer Aufenthaltsbereich ist jedoch vorteilhaft. Auch der Wiener Neurologe Georg Psota sieht gemeinschaftliche Wohnformen (Wohngemeinschaften) für Menschen mit Demenz als eine gute Alternative zu Pflegeheimen oder der eigenen Wohnung.<sup>383</sup>

<sup>381</sup> Archibald 2001, S. 20

<sup>382</sup> Radzey; Heeg 2001, S. 32f.

<sup>383</sup> www, der

	kommt in jeder Umgebung zurecht, jedoch zunehmend vergesslich	kommt nur in vertrauter Umgebung zurecht	bedarf Ratschläge u. Hilfe, reagiert aber richtig auf Anweisungen	bedarf aktiver Unterstützung, reagiert nicht auf Ratschläge	bedarf aktiver Unterstützung, kann nicht mehr kommunizieren	schwerstpflegebedürftig, reagiert nur noch auf taktile Reize
A. selbständig bei Essen, Waschen, Toilettengängen, Anziehen, Gehen und kontinent						
B. wie A., mit Ausnahme einer Tätigkeit	BETREUTES WOHNEN		GRUPPENWOHNEN			
C. wie B., aber kann sich nicht waschen						
D. wie C., aber kann sich auch nicht anziehen						
E. wie D., aber kann auch nicht auf Toilette gehen			GRUPPENWOHNEN OD. BETREUTES WOHNEN	SPEZIELLE BETREUUNG (SCU)		
F. wie E., aber kann auch nicht laufen			GRUPPENWOHNEN OD. PFLEGEHEIM			
G. abhängig bei allen Verrichtungen			PFLEGEHEIM		PFLEGEHEIM OD. SCU	

Abbildung: Wohnformen für Demenzkranke in Abhängigkeit ihrer Fähigkeiten nach Wojnar.<sup>384</sup>

### Bauliche und gestalterische Aspekte

Grundsätzlich haben demenziell erkrankte Menschen ähnliche Anforderungen an ihr Wohnumfeld wie gesunde Menschen. Die

<sup>384</sup> Wojnar 2001, S. 50

Architektin Sibylle Heeg führt jedoch einige Besonderheiten an, die es bei der Planung für Menschen mit Demenz zu berücksichtigen gilt, und die nachfolgend kurz zusammengefasst und erläutert werden.<sup>385</sup>

#### Wahrnehmung und Orientierung:

Pastelltöne im blau/grün Bereich können nicht mehr so gut unterschieden werden. Starke Farbkontraste insbesondere auf dem Fußboden, wirken als Barriere und können Angst erzeugen. Zu helle Fußböden sind wegen fehlenden Kontrastes (nachlassendes Farbsehen im Alter) zu Wandflächen problematisch.<sup>386</sup> Wichtig ist eine helle und schattenarme Beleuchtung (500 Lux in Augenhöhe) bei gleichzeitiger Vermeidung von Blendung.

Menschen mit Demenz sind anfällig für Reizüberflutung, zu helle große Räume mit schlechter Akustik sollten daher vermieden werden. Vorteilhaft wirken sich hingegen sensorische Stimulationen durch haptische Oberflächen, Gerüche und Musik aus. Aber auch der Sichtbezug zur Außenwelt bietet wertvolle Anregungen.

Einfache Grundrisse, klare und bekannte Raumkonfigurationen wie Wohnküchen, kurze Gänge, eigener Sanitärraum, gut erkennbare Übergänge in die Wohngruppe und in die individuellen Wohnräume, Rhythmisierung und Referenzpunktbildung durch markante Gestaltungselemente wie Aquarien, Volieren, Pflanzen, Möbel und Ausblicke zu markanten Elementen im Aussenraum können die Orientierung erleichtern.<sup>387</sup>

Nach Staak muss die bauliche Umwelt leicht verständlich gestaltet sein, sodass demenzbedingte Defizite kompensiert werden können.

<sup>385</sup> Heeg 2008, S.63ff.

<sup>386</sup> Heeg 2008, S. 101.

<sup>387</sup> zum Einfluss der Architektur auf die Orientierung Demenzerkrankter siehe Studien von Gesine Marquardt an der TU Dresden in: Marquardt 2006.

Demente benötigen Bezugspunkte im Blickfeld, da sie die Fähigkeit verlieren, sich eine Landkarte ihrer Umgebung vorzustellen. Die Umgebung soll Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Hilfreich sind ein klares hierarchisches Raumkonzept aus öffentlichem Eingangsbereich, halböffentlichem Aufenthaltsraum und privatem Zimmer.<sup>388</sup>

#### *Sicherheit und Geborgenheit:*

Ein kontroversiell diskutierter Punkt ist die Gewährleistung der persönlichen Sicherheit durch einschränkende Maßnahmen. Es müssen jedenfalls Maßnahmen getroffen werden, um die „Weglauftendenz“ dementer Bewohner nicht zu einer Gefahr für diese selbst werden zu lassen. Dies kann neben dem Verschließen von Türen durch diverse andere Maßnahmen wie Notruf, Armband mit Ortungschip, Glocken an den Ausgängen, akustische Überwachungsanlagen, sensorische Fußmatten vor dem Bett, Verstecken von Ausgängen, Einsetzen von Farbkontrasten als Barrierewirkung oder mit erhöhtem Personaleinsatz erfolgen.<sup>389</sup> Das Problem der „Wegläufer“ wird von Staak jedoch relativiert, insofern ihm kein Fall bekannt ist, in dem ein entlaufener Bewohner ernsthaft zu Schaden gekommen wäre.<sup>390</sup> Für das Gefühl der Geborgenheit kann die Bildung von Nischen, Loggien, Alkoven oder Pergolen, Lauben in Freibereichen unterstützend wirken. Nach Staak sind vertraute Materialien und Funktionen (zum Beispiel: eine Zugkette bei der WC-Spülung anstelle einer Unterputz in die Wand eingebauten Drucktaste) sinnvoll. Staak empfiehlt bei der räumlichen Gestaltung auf die Vorlieben und die Biographie der BewohnerInnen Rücksicht zu nehmen. So berichtet

<sup>388</sup> Staak, S.21

<sup>389</sup> Heeg 2008, S. 110

<sup>390</sup> Staak, S.21

er, dass die Einrichtung eines Speisesaals im Stile eines Restaurants der 1940er Jahre eine um 25 % höhere Nahrungsaufnahme bewirkt hatte.<sup>391</sup>

#### *Sanitärräume:*

Da sich demente BewohnerInnen (ausgenommen bei leichter Demenz) tagsüber vorwiegend in den Gemeinschaftsbereichen aufhalten, wird häufig ein diesem zugeordneter Sanitärraum benutzt und weniger der eigene in den Privatzimmern.<sup>392</sup> Dies hängt aber vom Gesundheitszustand ab und ist auch individuell verschieden. In den meisten Projekten werden daher auch die Zimmer mit eigenen Sanitärräumen ausgestattet. Es finden sich jedoch gleichzeitig immer wieder Beispiele, in denen ein Sanitärraum mehreren Zimmern zugeordnet wird.<sup>393</sup> Hintergrund ist, dass aus Sicht der Pflege eine geräumige Toilette und ein ebensolches Bad geeigneter erscheinen, als für jeden Bewohner eigene Bad/WC-Räume. Weiters hat eine Trennung hygienische Vorteile und entspricht auch mehr dem Charakter einer Wohnung. Nicht zuletzt erhöhen viele Sanitärräume die Kosten.

#### *Einzelzimmer oder Doppelzimmer:*

Bei leichter Demenz spielt der Aufenthalt im eigenen Zimmer noch eine größere Rolle – insbesondere auch für die Angehörigen. In späteren Stadien wird verstärkt Kontakt zur Gemeinschaft gesucht, der soweit gehen kann, dass auch die Nachtruhe gemeinsam gelebt werden will. Ob daher vermehrt Doppelzimmer angeboten werden sollen, lässt sich bisher jedoch nicht belegen. Sinnvoll kann

<sup>391</sup> Staak, S.21

<sup>392</sup> Heeg 2008, S. 47

<sup>393</sup> vgl. Wohngruppen im KH Sonnweid in Wetzikon, CH, in: Heeg 2008, S.103 bzw.

Demenzstation im „Haus Rosenberg“ in Wien

ein Verbinden von zwei Einzelzimmern mittels breiten Türen sein. Bei schwerer Demenz kann die Bedeutung des eigenen Zimmers ganz verloren gehen. Darauf gründet sich das Konzept der „Pflegeoasen“ in der bis zu acht Personen in einem Großraum betreut werden.

#### *Gang- bzw. Erschließungsbereich:*

„Sackgassen“ führen zu Orientierungslosigkeit und Angstgefühlen bei den Betroffenen und sollten vermieden werden. Daher finden sich oft Endloswege die in Form einer Acht, der sogenannten „Demenzschleife“, angeordnet werden. Wenn Gangenden unvermeidbar sind, sollten diese erweitert oder besonders gestaltet werden. Monotone gerade Gänge sollten vermieden und durch Erweiterungen, Sitzgelegenheiten und interessante Ausblicke aufgelockert werden. Generell kommt der wohnlichen Ausgestaltung von Erschließungsflächen bei Demenzerkrankten eine besondere Bedeutung zu, da sich die BewohnerInnen hier vermehrt aufhalten.<sup>394</sup> Staak spricht in diesem Zusammenhang von einem „Boulevardcharakter“.

#### *Gemeinschaftsräume:*

Ein gemeinsamer Essbereich mit Wohnküche sollte möglichst offen an die Erschließungsbereiche angebunden werden. Räumlich abgeschlossene Aufenthaltsräume werden von demenziell erkrankten BewohnerInnen weniger gut angenommen. Weiters ist eine Differenzierung der Gemeinschaftsräume in einen Wohn- und einen Essbereich vorteilhaft.<sup>395</sup> Ein separater Therapieraum bietet die Möglichkeit, insbesondere bei größeren Wohngruppen, einen Teil der BewohnerInnen gesondert betreuen zu können. In der

<sup>394</sup> Heeg 2008, S. 50.

<sup>395</sup> Heeg 2008, S. 255

Regel finden sich auch eigene Dienstzimmer für das Personal. Auf diese gesonderten Räume kann jedoch im Sinne einer Alltagsnormalität verzichtet werden.<sup>396</sup>

#### *Freibereich:*

Angebotene Freibereiche werden von den BewohnerInnen intensiv genutzt und sind daher essenzieller Bestandteil jeder Demenzeinrichtung. Dieser wichtige Außenraumbezug ist auch der Grund, warum man häufig ein- oder zweigeschoßige Anlagen mit direktem Zugang in einen Garten vorfindet. Der für die BewohnerInnen zugängliche Teil des Freibereichs sollte durch das Personal vom Aufenthaltsraum aus einsehbar und ebenfalls in Form von Rundwegen mit Sitzgelegenheiten angelegt sein. Eine ebenerdige Lage bietet auch Vorteile hinsichtlich der Evakuierung im Brandfall. Diesem Aspekt ist bei Demenzerkrankten und in ihrer Mobilität eingeschränkten BewohnerInnen besondere Beachtung zu schenken.<sup>397</sup>

### **Bauliche Typologien**

Bei der baulichen Umsetzung haben sich nach Heeg eine Reihe an Leitbildern etabliert, welche durch die dahinterstehenden Betreuungskonzepte bedingt sind.

#### *Familien-Wohngemeinschaft:*

Das Leitbild der Familien-Wohngemeinschaft orientiert sich an einer Wohntypologie die sich am Bild der „Familie“ orientiert. Daraus entwickelt sich eine territoriale Anordnung von einzelnen privaten Zimmern direkt um einen gemeinsamen Wohn- und

<sup>396</sup> Heeg 2008, S. 74ff.

<sup>397</sup> TRVB N 132 03 Krankenhäuser und Pflegeheime – Bauliche Massnahmen, WWPG DurchführungsVO

Essbereich (sogenannter Allraum). Als Beispiel für dieses Konzept können die KDA-Hausgemeinschaften in Deutschland angeführt werden. Diese Konfiguration bietet BewohnerInnen bei Bettlägrigkeit ein Höchstmaß an Sicherheit und Geborgenheit. Das Personal hat immer einen guten Überblick und bei geöffneten Zimmertüren können bettlägrige BewohnerInnen am Tagesgeschehen teilnehmen. Dem Bewegungsdrang wird bei diesem Konzept geringere Bedeutung beigemessen.<sup>398</sup>

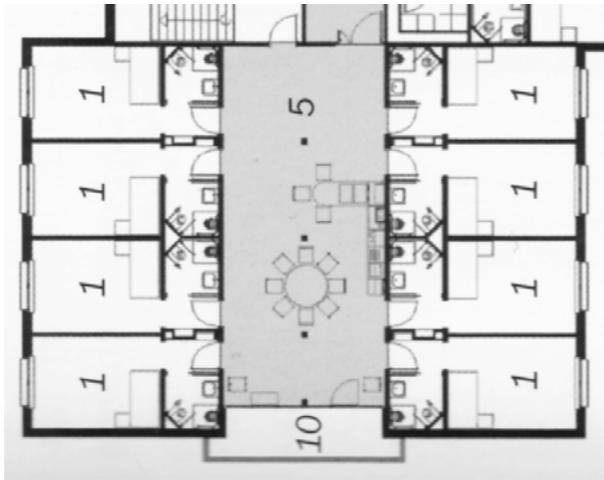


Abbildung: Demenzwohngruppe im Altenpflegeheim Heiterblick in Stuttgart.<sup>399</sup>

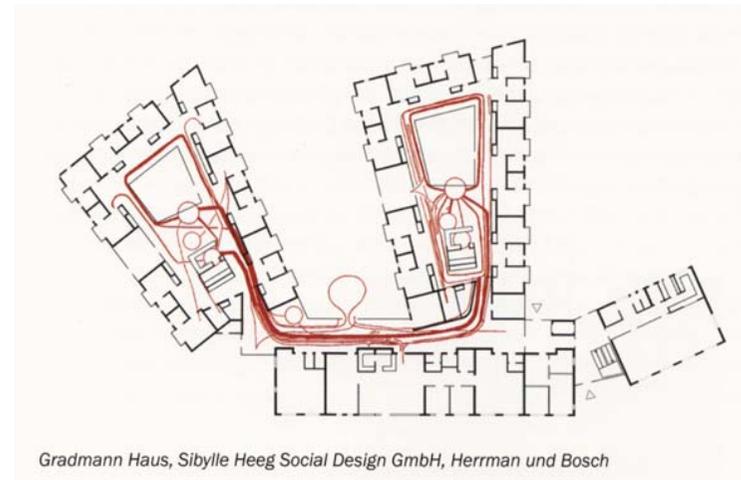
**Bewegungsraum (Nachbarschaft):**

Eine andere territoriale Gliederung weisen Pflegeeinrichtungen nach dem Konzept des nachbarschaftlichen Zusammenlebens auf. Dabei werden die privaten Zimmer entlang eines halböffentlichen Ganges angeordnet. Die Gemeinschaftsräume sind davon

<sup>398</sup> Heeg 2008, S. 50 f.

<sup>399</sup> Heeg 2008, S.181

unabhängig nutzbar. Dieses Konzept bietet somit auch mehr Rückzugsmöglichkeit. Für BewohnerInnen mit herausforderndem Verhalten und starkem Bewegungsdrang werden diese Typologien mit ausgeprägten Erschließungszonen als innere Straßen, als Rundgänge um einen Kern von Nebenräumen oder ein Atrium umgesetzt. Das Wandern von einer Gruppe zur Nächsten wird dabei durch Anordnung derselben entlang eines Erschließungsbandes gezielt unterstützt.<sup>400</sup>



Gradmann Haus, Sibylle Heeg Social Design GmbH, Herrman und Bosch

Abbildung: Gradmann Haus in Stuttgart, Bewegungslinien der BewohnerInnen.<sup>401</sup>

**Milieudifferenzierung:**

Räumlich großzügigere Bereiche nach dem Leitbild der Nachbarschaft in Form von „Straßen“ und „Plätzen“ (Konzept „Haus im Haus“) für BewohnerInnen mit größerem Bewegungsdrang werden mit kleinräumigen, strukturierten Wohngruppen für

<sup>400</sup> Heeg 2008, S. 52 ff.

<sup>401</sup> Heeg 2008, S. 53

gemeinschaftsorientiertes Wohnen kombiniert.<sup>402</sup> Ein bekanntes Beispiel dafür stellt das Krankenhaus Sonnweid in Wetzikon dar. Die Pflegeeinrichtung speziell für Demenzerkrankte gliedert sich dabei, in Anlehnung an die Phasen dieser Krankheit, in Wohngruppen für BewohnerInnen mit Bewegungsbedarf, in einen Pflegebereich und sogenannte Pflegeoasen für schwer demenzerkrankte BewohnerInnen.

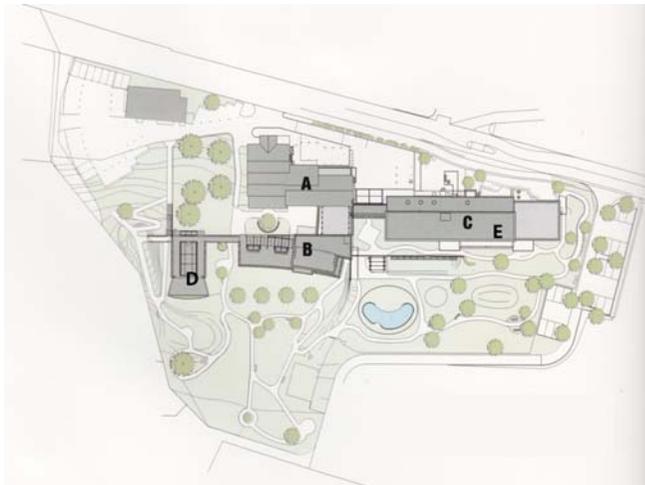


Abbildung: Lageplan Krankenhaus Sonnweid in Wetzikon (CH).<sup>403</sup>

### *Pflegeoase:*

Viele Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz wollen sich fast ausschließlich in Gemeinschaft aufhalten. Für diese Phase schwerer Pflegebedürftigkeit kann daher auch die Unterbringung mehrerer BewohnerInnen in einem Großraum geeignet sein, um

Gefühle der Angst und des Verlassenseins zu vermeiden. Hier ist eine andauernde Anwesenheit von Betreuungspersonen notwendig und leichter zu organisieren als in einer Ansammlung einzelner privater Zimmer. Weiters spielt bei diesem Konzept die Betreuung nach dem Pflegekonzept der basalen Stimulation (Düfte, Musik, etc.) eine zentrale Rolle.<sup>404</sup> Das Risiko bei diesem Betreuungskonzept besteht darin, dass wirtschaftliche Überlegungen die treibende Kraft werden, da die Unterbringung in einem Mehrbettzimmer flächenmäßige Einsparungen bringt.<sup>405</sup>

<sup>402</sup> Heeg 2008, S. 27f.

<sup>403</sup> Heeg 2008, S. 98

<sup>404</sup> Heeg 2008, S. 55 bzw. S. 108f.

<sup>405</sup> vgl. Rutenkröger/Kuhn 2008

### 5.3.5. Demenzdörfer

Die sogenannten Demenzdörfer sind eine relativ neue Entwicklung, können jedoch als konsequente Umsetzung eines bisher schon in Ansätzen vorhandenen Trends gesehen werden. Das in vielen Demenzeinrichtungen praktizierte Prinzip, zusammen mit den Menschen auch Elemente aus ihrer angestammten Wohnumgebung mitzuübersiedeln, ist aus der Milieuthherapie bekannt und hat sich entsprechend verbreitet. Eigene alte Möbel für die individuelle Zimmergestaltung, alte Radiogeräte oder Telefone im Aufenthaltsraum, der Straßenbahnwagen im Garten oder die nachgebaute Bauernstube sind ein geläufiges Bild. In bisher bekannten Beispielen blieben diese Elemente jedoch Versatzstücke und als solche erkennbar – sie waren als mehr oder weniger austauschbare Einrichtungsgegenstände konzipiert.

Prominentestes Beispiel in Europa ist heute das Demenzdorf „Hogeweyk“ in Weesp im Umland von Amsterdam. In dieser, ausschließlich für demenzerkrankte BewohnerInnen, im Jahr 2009 fertiggestellten Einrichtung, bleibt es nicht bei einzelnen Versatzstücken, sondern es wird eine vollkommen eigene Umwelt generiert – eine Simulation des Alltags. Es gibt einen eigenen Supermarkt in dem die BewohnerInnen „einkaufen“ gehen können, eine eigene Bar, einen Fitnessraum, wohnlich gestaltete Aufenthaltsbereiche und großzügige hofartige, der realen Außenwelt nachempfundene, Innenhöfe (Park, Straße, Platz mit Straßenschilder, Laternen, etc.), in denen sich die BewohnerInnen „frei“ bewegen können – etwas was in vielen, vor allem kleineren, Pflegeeinrichtungen aus organisatorischen, personellen aber auch räumlichen Gründen nicht möglich ist. Hoegweyk ist eine Art Ministadt für Menschen, für die der Aufenthalt im öffentlichen Raum

zu gefährlich ist. So gibt es auch nur einen Zugang – und dieser wird kontrolliert.<sup>406</sup>

Bei der Gestaltung und Organisation dieser „künstlichen“ Umwelt wird in erster Linie auf die Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten und -umwelten der Bewohner eingegangen. So werden sieben verschiedene Milieus – „rustikal, urban, christlich, wohlhabend, indonesisch, kulturell-versiert, häuslich“ – geschaffen, um jedem Bewohner eine Umgebung anbieten zu können, die seiner gewohnten Umgebung zumindest nahekommt. Diese verschiedenen Umgebungen entsprechen Lebensstilen, die von einem Meinungsforschungsinstitut ermittelt wurden. Die Pflegebetreuung erfolgt stationär. In Hogeweyk wohnen 152 Menschen in Gruppen zu je sechs Personen. Entsprechend dem Leitbild „Normalität“, ist die Lage mitten in einem Wohnviertel zu verstehen.<sup>407</sup>

Interessant ist die weitläufige Hofstruktur – ganz im Gegensatz zu vielen Pflegeheimen, in denen kurze Wege für das Personal aus Effizienzüberlegungen gestaltungsbestimmend wirken.<sup>408</sup> Die Betreuung in der Nacht erfolgt durch fünf MitarbeiterInnen und trotz einem insgesamt hohem Personaleinsatz von 170 Vollzeitstellen und vier ÄrztInnen mithilfe akustischer Überwachung und Sensormatten.

<sup>406</sup> www, spi

<sup>407</sup> TEC21 2012. S.27ff.

<sup>408</sup> TEC21 2012. S.27ff.



Abbildung: Demenzdorf Hogeweyk, Planung: Molenaar-Bol-Van Dillen Architekten.<sup>409</sup>

Die Vorteile liegen sicher in der Weitläufigkeit und dem unmittelbaren Zugang zu einem geschützten Freiraum für alle BewohnerInnen. Das Risiko derartiger Demenzdörfer besteht darin, dass diese zu abgegrenzten Sonderwelten werden und die Forderung nach einer Teilhabe am öffentlichen Leben nicht erfüllt werden kann. Durch das umfassende Angebot innerhalb der Einrichtung ist ein Kontakt zur Außenwelt nicht mehr notwendig. Außerdem stellt sich die Frage, ob diese teure Form der stationären Pflege eine Antwort auf die prognostizierte große Zahl an zukünftigen Demenzerkrankungen sein kann oder ob wir uns als

Gesellschaft nicht viel mehr darüber Gedanken machen müssten, wie wir zusammen leben können. Auch das Konzept der Milieugestaltung nach Lebensstilen erscheint mir insofern problematisch, als es zu einer vorgefertigten Einteilung in verschiedene Gruppen kommt – eine Klassifizierung, die meiner Ansicht nach, der Individualität jedes Menschen widerspricht. Außerdem stellt sich das Problem der „Fehlbelegungen“. Muss bei fehlendem freien Platz der „urbane Mensch“ in eine „indonesische“ Gruppe einziehen? Und vielleicht fühlt sich ein Mensch aus bescheidenen Lebensverhältnissen in der Wohngruppe für „Wohlhabende“ viel wohler? Kann man tatsächlich Lebensstile, und sei es wissenschaftlich abgesichert, verordnen? Der Leiter der bekannten Demenzeinrichtung Sonnweid in Wetzikon in der Schweiz, Michael Schmieder, bringt die Kritik am Konzept der Demenzdörfer sehr griffig auf den Punkt:

*„Unsere Bewohner sind dement, aber nicht bescheuert.“*

Abgesehen von der inhaltlichen Kritik fällt auf, dass ähnlich wie bei SeniorenRESIDENZEN auch hier mit dem beschönigenden Begriff des DORFES gearbeitet wird. Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz gibt es bereits, kontroversiell diskutierte, Projekte, die diesem Modellprojekt in Holland folgen. In Österreich ist noch kein Projekt bekannt.

<sup>409</sup> www, die

## 5.4. Institutionelles Wohnen

Unter institutionellem Wohnen wird das Wohnen bzw. der Aufenthalt in Einrichtungen mit institutionellem Charakter verstanden. In der Bevölkerungsstatistik fallen neben Internaten, Jugend- und Studentenheimen, Kasernen, Klöstern und Gefängnissen auch Alten- und Pflegeheime sowie Seniorenresidenzen unter diesen Begriff des (institutionellen) Wohnens in Anstaltshaushalten.<sup>410</sup>

Obwohl in den letzten Jahren neue Leitbilder wie jenes der Alltagsnormalität oder der Deinstitutionalisierung Eingang auch in die bestehenden Alten- und Pflegeheime gefunden haben und ehemals monotone Stationen zu Wohngruppen umgestaltet wurden, dominiert vielfach noch – alleine aufgrund der baulichen und strukturellen Gegebenheiten des Bestandes – der institutionelle Charakter. Als institutionell werden in diesem Abschnitt große stationäre Pflegeeinrichtungen mit Anstaltscharakter verstanden. Diese werden von Trägerorganisationen verwaltet, welche in der Regel mehrere derartige Einrichtungen betreiben. Kleinere stationäre Einrichtungen wie etwa das Konzept der KDA-Hausgemeinschaft können als Weiterentwicklung des klassischen Pflegeheims betrachtet werden. Die Träger sind zwar auch meist größere Organisationen, da sich aber das Grundkonzept (weitgehende Aufgabe der zentralen Infrastruktur) fundamental vom klassischen Pflegeheim unterscheidet, wurden sie gesondert betrachtet.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts haben sich aus den einst umfassenden Versorgungshäusern differenzierte Bautypologien

<sup>410</sup> www, sta

entwickelt. Dabei spielte insbesondere die Differenzierung nach der Intensität der Pflegeversorgung eine entscheidende Rolle. So gibt es heute, beginnend bei Alten(wohn)heimen über Pflege(wohn)heime bis hin zu Geriatriezentren, unterschiedliche Angebote für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen. Einen Überblick über diese interessante Entwicklung bietet der nachfolgende Abschnitt.

### 5.4.1. Entwicklung des Pflegeheimbaus

Nach einer Einteilung des KDA können seit dem Ende des zweiten Weltkrieges vier Phasen in der Entwicklung der Pflegeheime unterschieden werden.<sup>411</sup> Bemerkenswert ist, dass diese Darstellung der Entwicklung des Pflegeheimbaues, begleitet von ersten Modellprojekten (z.B. Altenwohnhaus St. Sixtus in Haltern), bereits 1988 und somit lange vor einer vergleichbaren Diskussion in Österreich begann.<sup>412</sup> Die Generationenfolge verläuft in Österreich daher zeitversetzt bzw. sprunghaft.

#### 1. Generation: „Pflegeanstalten“

Bis Anfang der 1960er Jahre herrscht das Leitbild der Verwahranstalt vor. Wirtschaftliche Zwänge führen zu hohen Belegungsdichten und räumlicher Enge in den großteils aus der Vorkriegszeit stammenden Gebäuden. In der Regel gibt es gemeinsame Sanitärräume für mehrere „Heiminsassen“, sowie Zwei- oder Mehrbettzimmer. Die Fläche je BewohnerIn beträgt im Schnitt nur rund 13 m<sup>2</sup>.<sup>413</sup> Nach Tews gab es weder ein

<sup>411</sup> Winter et. al., S.8f.

<sup>412</sup> Heeg 2008, S. 22.

<sup>413</sup> Winter et. al., S.8f.

Pflegekonzept noch eine wohnliche Gestaltung.<sup>414</sup> Als Beispiele in Österreich können die großen Versorgungshäuser in Wien angeführt werden, die bis in die jüngere Vergangenheit in Betrieb waren.

## **2. Generation: „Pflegeheime“ und „Altenheime“**

Durch einen steigenden Bedarf kommt es in den 1960er/70er Jahren zu Neubauten. Das Leitbild orientiert sich am Krankenhaus (Rehabilitationsgedanke), und aus dem Heiminsassen wird ein zu behandelnder Patient. Neben der Betonung hygienischer und technischer Aspekte und der Optimierung von Abläufen, kommt es zu einer strikten räumlichen Funktionstrennung: Schlafen im Mehrbettzimmer, Pflegen in den Pflegestationen, Essen und Unterhaltung in Gemeinschaft in eigenen zentralen Räumlichkeiten (Speisesaal, Fernsehraum, etc.) im Erdgeschoß, Therapien und Rehabilitation extern in eigenen Reha-Abteilungen mit aufwendiger Infrastruktur (z.B. Hydrotherapie im Untergeschoß). Gemeinsame Sanitärräume für die Zwei- und Mehrbettzimmer überwiegen. Durch die umfangreicheren Gemeinschafts- und Funktionsflächen und der Abkehr von großen Mehrbettzimmern steigt die Fläche je BewohnerIn auf rund 28 m<sup>2</sup>. Das Pflegekonzept wird als sogenannte „reaktive Pflege“ beschrieben, bei der die Defizite der BewohnerInnen als gegeben angenommen werden.<sup>415</sup> Es kommt zu einer, fein säuberlich nach Versorgungs-, Hilfe- und Pflegebedarf getrennten, drei-stufigen Typologie von Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.<sup>416</sup> Funktionsgerechte Arbeitsabläufe werden hoch bewertet, das Pflegezimmer entspricht dem Krankenzimmer mit reduzierter Technik. Pfabigan/Jilge sprechen in diesem

<sup>414</sup> Wüstenrot 1994, S.50

<sup>415</sup> Winter et. al. S. 8f. bzw. Wüstenrot 1994, S.50f.

<sup>416</sup> Wüstenrot 1994, S.54

Zusammenhang auch hier noch vom Charakter einer totalen Institution, da das Leben der BewohnerInnen weitgehend durch die Institution „Pflegeheim“ bestimmt wird.<sup>417</sup> Als Beispiel in Österreich kann das zwztl. abgerissene umgebaute Pflegeheim im SMZ-Ost in Wien angeführt werden, welches jedoch aufgrund seiner späteren Errichtung (es wurde nach langer Planungszeit erst 1982 eröffnet) bereits Einflüsse der 3. Generation hatte.

## **3. Generation: „Pflegehwohnhaus“ bzw. „Altenwohnhaus“**

In den 1980er/90er Jahren setzt sich zunehmend das Leitbild Wohnen durch. Aus den Patienten werden Bewohner. Nicht mehr der technisch-pflegerische Betrieb dominiert sondern das Zusammenleben. Es kommt zur Bildung von Wohngruppen bzw. Wohnbereichen, welche die Pflegestationen ablösen. Gering und hoch Pflegebedürftige werden gemeinsam in einer Gruppe untergebracht.<sup>418</sup> Es wird so versucht, Wohnen und Pflege zu verbinden. Eine wohnliche Gestaltung soll diesen Anspruch des „Pflegehwohnens“ unterstützen, den Bewohnern einerseits mehr Privatsphäre (das Einzelzimmer hält Einzug!) und andererseits mehr Möglichkeiten der Kommunikation bieten. Das Pflegekonzept orientiert sich nun vermehrt an den Bedürfnissen der BewohnerInnen und findet in den Wohnbereichen statt. Man geht vom Defizitmodell ab und versucht, Kompetenzen zu erhalten (aktivierende Pflege). Es kommt generell zu einer Professionalisierung der Pflege. Die großen zentral gelegenen Therapieeinrichtungen werden reduziert.<sup>419</sup> Die Fläche je BewohnerIn steigt aufgrund der zunehmenden Anzahl an

<sup>417</sup> Pfabigan/Jilge S.285f.

<sup>418</sup> Lind 2005, S. 29

<sup>419</sup> Wüstenrot 1994, S.52f.

Einzelzimmern auf rund 38 m<sup>2</sup>.<sup>420</sup> Zentrale Funktionen wie Verwaltung und Küche bleiben jedoch weiter erhalten. Parallel dazu entstehen abgestufte Pflegeangebote, die von der teilstationären Pflege (Tages- und Kurzzeitpflege), der ambulanten Pflege, bis hin zum Betreuten Wohnen reichen. Als Beispiele für diese Generation können in Österreich die Vielzahl an neuen Pflegeheimen und -stationen, die ab den 1990er Jahren errichtet wurden, angeführt werden.

#### 4. Generation: „stationäre Hausgemeinschaft“

Ab Mitte der 1990er Jahre erfolgt ein Bruch mit dem Bautyp des Pflegeheimes. Beeinflusst durch Vorbilder aus Skandinavien, Holland, Frankreich und den USA (vgl. Kapitel Wohngruppen) wird das Konzept der „KDA-Hausgemeinschaft“ als neue Form der stationären Pflege entwickelt. Die Architektur orientiert sich am Wohnungsbau und es werden alle zentralen Funktionen aufgelöst. Das neue Leitbild ist nun die Familie. Die Pflege orientiert sich an den Prinzipien der Normalität, der Geborgenheit und der Selbstbestimmung und tritt durch die Integration in den Alltag noch weiter in den Hintergrund. Vom Typ handelt es sich bei den „KDA-Hausgemeinschaften“ um Großwohnungen (Wohngruppen), wenngleich diese aus rechtlicher Sicht nach wie vor als Pflegeheime qualifiziert werden.<sup>421</sup> Durch die Betonung der Privatsphäre, vorwiegend Einzelzimmer, und die Integration der ehemals zentralen Funktionsflächen in den Wohnungsverband steigt der Flächenverbrauch je BewohnerIn auf rund 50 m<sup>2</sup>.<sup>422</sup>

<sup>420</sup> Winter et. al. S. 8f.

<sup>421</sup> vgl. WWPG

<sup>422</sup> Winter et. al., S.8f.

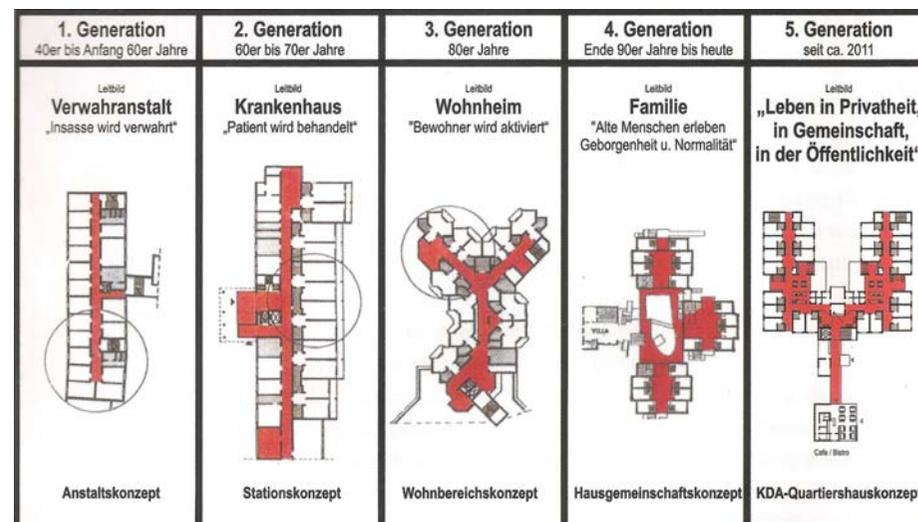


Abbildung: Entwicklung des Pflegeheimbaus.<sup>423</sup>

#### Die Auflösung des Mittelganges

Ein wichtiger Aspekt im Zuge der beschriebenen Entwicklung des Pflegeheimes kommt der internen Erschließung und dem Verhältnis der Gemeinschaftsflächen zum privaten Bereich der Bewohnerzimmer zu. In der ersten Generation erfolgt die Erschließung typisch über schmale Gänge, die sonst keine Funktion übernehmen können. In der nachfolgenden zweiten Generation dominieren etwas großzügigere, aber noch immer möglichst effiziente Mittelgangtypen. Die Aufenthaltsräume liegen an diesen Gängen oder zentral im Gebäude. In der dritten Generation kommt es in Form von Gangerweiterungen und der Integration der Aufenthaltsbereiche zu einer deutlichen Aufwertung der Erschließung. Die Entwicklung geht hin zu einem Raumkontinuum mit Aufenthaltsqualitäten. In der vierten Generation löst sich der Gang als reiner Verkehrsweg weitgehend

<sup>423</sup> **Michell-Auli, Sowinski 2013, S.18**

auf und wird zu einem Wohnraum mit Erschließungsfunktion. In weiterer Konsequenz kommt es zur Herausbildung der fünften Generation – dem KDA-Quartiershauskonzept – in dessen Mittelpunkt die Vernetzung mit dem Quartier steht.

Bemerkenswert ist, dass es sich um eine Entwicklung handelt, die in Ansätzen bereits zu Beginn des 19. Jhdts. zu erkennen war. Die Baubeschreibung des für 700 Personen im Jahr 1929 errichteten Altenheimes St. Josef in München zeigt das diesbezügliche Problembewusstsein bereits sehr deutlich:<sup>424</sup>

*„denn nur zu leicht wirken lange Korridore öde, ja selbst beängstigend“.*

Um diese Nachteile abzumildern, wurde auf eine wohnliche Gestaltung geachtet:

*„Endlich bietet die Reihe der kunstvoll angestrichenen weißblauen Türen, Spiegelbeleuchtungskörper und plastischen Deckenrosetten zusammen mit den weißen Wänden und dem roten Fußboden einen fühlbar anheimelnden Eindruck der ganzen Gänge, der auf den neu Eintrenden wohlthuend, gleichsam als freundlicher Empfang in bisher unbekannter Umgebung wirkt.“ ... „Wie daheim sollen sie sich fühlen!“*

<sup>424</sup> Wüstenrot 1994, S.45

### 5.4.2. Alten(wohn)heime

Altenheime und Altenwohnheime sind als Heim geführte Wohnanlagen für eine homogene Personengruppe der über 60 bzw. 65-jährigen.

Im „Altenwohnheim“ dominiert das Wohnen in einer eigenen abgeschlossenen Wohnung. Andere Leistungen wie Reinigung, Wäsche, etc. werden nur in geringem Maße genutzt. In Altenwohnheimen wird noch selbstbestimmt gelebt. Es können Angebote für geringe Pflegebedürftigkeit vorhanden sein. „Altenheime“ sind für Personen, die keinen eigenen Haushalt mehr führen können oder wollen, jedoch nur gering pflegebedürftig sind. Es wird eine Vollversorgung angeboten, welche Leistungen wie Reinigung, Essen, Wäsche ebenso wie gemeinschaftsfördernde Freizeit- und Therapieangebote von der Einrichtung beziehungsweise eingemieteten externen Dienstleistern umfasst. Gewohnt wird in Kleinappartements mit in der Regel eigenen Sanitärräumen, selten jedoch mit eigener Kochgelegenheit.

Die Begriffe werden oft synonym verwendet, außerdem sind die Übergänge zwischen diesen Typen fließend und nicht immer eindeutig. Insbesondere seit das Leitbild des Wohnens im Vordergrund steht, werden auch Altenheime häufig als Alten-, Senioren- oder Pensionistenwohnhäuser bezeichnet, obwohl der institutionelle bzw. betriebliche Charakter stark ausgeprägt bleibt und es sich auch rechtlich weiterhin um Heime handelt.

Historisch entwickelten sich die Altenheime aus den Armenhäusern, die für sozial schwächere Schichten konzipiert waren, die sich im Alter, durch Wegfall des Arbeitseinkommens, keine eigene

Wohnung leisten konnten. Beide Typen verlieren durch die Vielzahl an neuen Alternativen an Bedeutung. So sprechen Formen des betreuten Wohnens, das Wohnen in der eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft kombiniert mit mobilen Diensten, viele Menschen an, welche bisher in ein Alters- bzw. Altenwohnheim übersiedelten.

Tews äußerte dazu bereits im Jahr 1994 die Meinung, dass sich die traditionellen Altenheime als Konzept auflösen und immer mehr zu Pflegeheimen entwickeln würden, ohne jedoch die dafür nötige Struktur zu haben.<sup>425</sup>

Es stellt sich daher die Frage, ob angesichts des Ausbaus der mobilen Pflege und zahlreicher alternativer Wohnformen, der Typus des konventionellen Alten(wohn)heimes noch zeitgemäß ist, oder ob diese Bautypen bereits als überholt bezeichnet werden müssen. Tatsache ist, dass es zum Beispiel in Wien einen sehr großen Bestand an vorhandenen Alten(wohn)heimen gibt, die weiter genutzt werden. Hier ist es interessant zu beobachten, wie die Träger auf die neuen Anforderungen reagiert haben. In Wien hat etwa der städtische Anbieter KWP dieser Entwicklung insofern Rechnung getragen, als seit kurzer Zeit die Aufnahme erst ab Pflegestufe 1 bzw. bei entsprechendem Bedarf möglich ist. Viele bestehende Altersheime erweitern zudem ihr Angebot um eigene Pflegeabteilungen oder spezielle Bereiche für Demenzerkrankte. Es entstehen so mehrgliedrige Einrichtungen mit einem differenzierten Angebot. So wurden in Wien im Rahmen des Wiener Geriatriekonzeptes „flexible“ Wohnappartements in sogenannten innovativen Wohn- und Pflegehäusern (IWP) gebaut, welche im Bedarfsfall in Pflegezimmer umgenutzt werden können.

<sup>425</sup> Wüstenrot 1994, S.54

Angesichts des Risikos einer zukünftig weit verbreiteten Altersarmut durch geänderte Pensionsberechnungen, erschwerte Frührenten, Altersarbeitslosigkeit, die Zunahme von Teilzeit- und prekären Beschäftigungen bei gleichzeitig steigenden Wohnungskosten scheint das Konzept des Alten(wohn)heimes als günstige Wohnform für finanzschwache Senioren weiter aktuell zu bleiben.

### **5.4.3. Innovatives Wohn- und Pflegehaus (IWP)**

Eine Besonderheit stellt diese vom Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) zusammen mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) entwickelte neue Wohnform des IWP dar. Es wird dabei räumlich nicht mehr zwischen „betreutem Wohnen“ und stationärer Pflegeeinrichtung unterschieden, sondern es wird versucht, dem Wunsch zuhause wohnen bleiben zu können – gerade auch bei Betreuungsbedarf – zu entsprechen. Diesem oft geäußerten Bedürfnis wird in diesem neuen Typus insofern Rechnung getragen, als es sich nicht, wie im klassischen Pflegeheim, um eine ausschließliche Bleibe für die letzten Lebensmonate mit intensiver Betreuung handelt, sondern es wird ein „kontinuierliches“ Wohnumfeld ohne die Notwendigkeit eines späten Umzuges angeboten.<sup>426</sup> Jedem Bewohner wird der Verbleib im einmal bezogenen Appartement garantiert. Für die Umsetzung dieses Konzeptes wurden bestehende Häuser (Rosenberg, Liebhartsthal) adaptiert, bzw. wurde auch ein Neubau, das IWP Döbling, errichtet. 2015 werden so vier Projekten mit gesamt rund 1.080 Wohn-/Pflegeplätzen fertiggestellt sein.<sup>427</sup>

<sup>426</sup> www, kwp1

<sup>427</sup> www, kwp2

Die 252 Bewohner-Appartements des IWP Döbling sind auf drei Ebenen mit jeweils sechs Wohngruppen zu je 14 Einzelappartements strukturiert. Jeder Gruppe werden eigene Gemeinschaftsräume und Freibereiche zugeordnet. Das familiäre Umfeld der Gruppe soll ein gemeinsames Alltagsleben (Kochen, Essen, Wäschewaschen, Bügeln) ermöglichen. Obwohl sich das IWP konzeptionell auf den ersten Blick an die KDA-Hausgemeinschaften anlehnt (ausschließlich Einzelzimmer, eine Wohnküche im Zentrum, kein Schwesternstützpunkt in der Wohngruppe), wird dessen zentraler Punkt nicht umgesetzt – die Auflösung der zentralen Funktionsbereiche.<sup>428</sup> Es kommt daher zu einer Doppelausstattung mit einem entsprechend hohen Flächenverbrauch. Die Nettogrundfläche einer Wohngruppe beträgt ohne Fluchtstiege jedoch inkl. Balkon rund 780 m<sup>2</sup>. Das sind je BewohnerIn rund 56 m<sup>2</sup>.<sup>429</sup> Die Gesamtfläche inkl. aller zentralen Flächen beträgt rund 23.950 m<sup>2</sup>. Das sind je BewohnerIn 95 m<sup>2</sup>.<sup>430</sup> Damit liegt der Flächenbedarf am oberen Ende vergleichbarer Projekte.

Die Struktur der Wohngruppen bildet sich sowohl in der städtebaulichen Formation der Baukörper als auch im eindeutigen Zugang zu den Wohnbereichen ab. Vor jeder Wohngruppe befindet sich ein Gangbereich, der mehr an eine großzügige Lobby eines Büro- oder Wohnbaues erinnert, als an den Erschließungsbereich einer Pflegeeinrichtung. Lediglich Details wie der obligatorische Handlauf oder der Linolbelag in den Wohnbereichen fallen auf. Die Gangbereiche innerhalb der Wohngruppe können sowohl als

<sup>428</sup> Die Küchen in den Wohngruppen sind aufgrund hygienischer Bestimmungen nur als Therapieküchen verwendbar und machen daher weiterhin eine Großküche erforderlich.

<sup>429</sup> www, lai1 (eigene Flächenabschätzung auf Basis der Wettbewerbspläne)

<sup>430</sup> www, lai2

Binnenflächen einer „Großwohnung“ als auch als halböffentliche Erschließungsfläche gesehen werden.



Abbildung: Eingangssituation zu einer Wohngruppe.<sup>431</sup>

Das Angebot des IWP richtet sich an selbständige Senioren in noch gutem körperlichen Zustand. Es werden daher durchwegs rund 30 m<sup>2</sup> große Einzel-Appartements mit eigenem Sanitärbereich und kleiner Kochnische vorgesehen. Bei nachlassenden Fähigkeiten können die Wohnappartements in Pflegezimmer „umgewandelt“ werden. Ein eigener stationärer Bereich in Form einer Pflegestation, wie in den bisherigen Pflegeheimen des KWP üblich, wird durch diese neue Nutzungsflexibilität somit nicht mehr notwendig.<sup>432</sup> Prinzipiell positiv zu bewerten ist die Möglichkeit, auch bei Pflegebedürftigkeit in der gewohnten Umgebung bleiben zu können. Dabei impliziert das Konzept des IWP, dass ein Großteil

<sup>431</sup> www, spi1

<sup>432</sup> Perspektiven 2009, S.42

der Bewohner in diesen Einrichtungen lebt, obwohl dies noch nicht notwendig wäre oder gar andere Wohnformen bevorzugt würden. Genau darin liegt auch das Risiko dieses Konzeptes, dem es gelingen muss, rüstige Senioren – und deren Angehörige – davon zu überzeugen, mit schweren Pflegefällen in der mitunter engen Wohngruppensituation zusammen zu leben. Dieser Konflikt wird jedoch insofern abgeschwächt, als jede Wohngruppe sechs dem Eingang direkt zugeordnete Apartments aufweist, die direkt, auch ohne den Aufenthaltsraum zu betreten, erreicht werden können.



Abbildung: Grundriss einer Wohngruppe im IWP Döbling.<sup>433</sup>

Eine weitere spannende Frage wird sein, ob sich dieses Konzept in Zukunft im Betrieb bewähren wird. Während heute intensive Pflege in der Regel innerhalb von Pflegeheimen bzw. -stationen für BewohnerInnen ausschließlich ab Pflegestufe 3 oder höher räumlich konzentriert erfolgt, muss diese in einer Einrichtung nach dem Konzept des IWP dezentral in den Apartments der Bewohner stattfinden. Dadurch entstehen deutlich längere Wege, die vom Personal zurückgelegt werden müssen. Ein Risiko welches speziell in dem dargestellten Beispiel durch die weitläufig angeordneten Trakte, sowie die außerhalb der Wohngruppen angeordneten Funktionsräume intensiviert wird. Werden jedoch höhergradig pflegebedürftige BewohnerInnen innerhalb des Hauses räumlich in einer Wohngruppe zusammengelegt, verliert das Konzept einen seiner zentralen Aspekte – die Wohngarantie im eigenen Appartement auch bei Pflegebedarf.

Einen vergleichbaren Ansatz geht auch die Stadt Zürich, die ihre 25 Altersheime modernisiert und konzeptionell anpasst. Das Angebot richtet sich an noch fitte Senioren(paare), welche den Umzug in ein Heim aktiv planen und entscheiden. Diese als Alterszentren bezeichneten Einrichtungen bieten voll ausgestattete rund 30 m<sup>2</sup> große Wohnappartements. Dazu werden eine Reihe von Dienstleistungen nach dem Konzept des Service-Wohnens angeboten, die möglichst frei wählbar sein sollen. Im Pflegefall verbleibt man, wie im Konzept des IWP, im eigenen Appartement. Dazu gibt es je Geschoß ein Pflegebad, Aufenthalts- und erweiterte Gangbereiche, sowie diverse Nebenräume für den Betrieb. Darüberhinaus werden in Zürich Pflegezentren betrieben, in die ein Einzug nur bei Pflegebedürftigkeit möglich ist. Sie sind so gesehen vergleichbar mit den Geriatriezentren in Wien, die auf

<sup>433</sup> www, lai3

langdauernde und intensive pflegerische Betreuung orientiert sind.<sup>434</sup> Der erwähnte Konflikt aufgrund der Mischung fitter und pflegebedürftiger Bewohner wird weitgehend vermieden, da die Gemeinschaftsflächen sowohl durch ihre Lage als auch räumlich vom Erschließungsbereich abgetrennt sind. Während man im Beispiel des IWP Döbling beim Besuch eines Angehörigen direkt durch den Aufenthaltsbereich der Wohngruppe gehen muss, dominiert im Zürcher Beispiel der private Charakter. Konsequenterweise ist daher die flächenmäßig reduzierte Ausbildung der Gänge und Gemeinschaftsbereiche und damit die Betonung der Privatsphäre der Appartements. Als Nachteil für immobile BewohnerInnen kann jedoch die fehlende direkte Anbindung der Appartements an die Aufenthaltsbereiche gesehen werden.

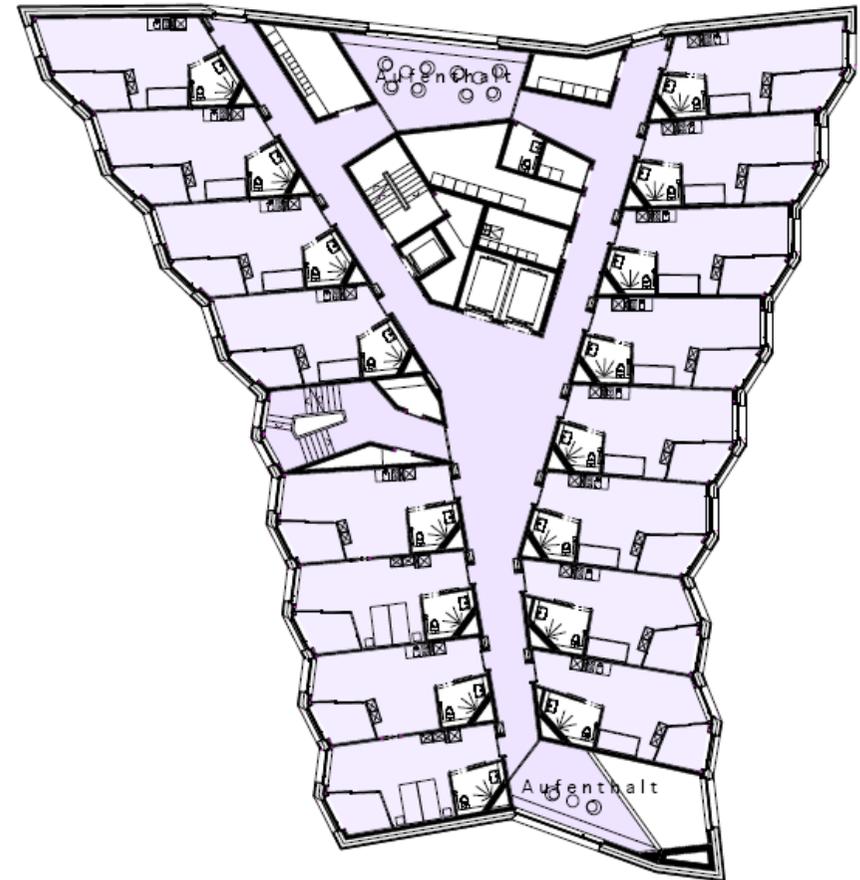


Abbildung: Grundriss Regelgeschoß Alterszentrum Trotte.<sup>435</sup>

<sup>434</sup> Altersheime Zürich 2005, S.12ff.

<sup>435</sup> www, sta

#### 5.4.4. Pflege(wohn)heime

Pflegeheime sind für Personen konzipiert, die einer umfassenden Pflege und Betreuung bedürfen und keinen eigenen Haushalt mehr führen können – Pflegeheime bieten daher eine Vollversorgung. Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG) definiert Heime als „Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden.“ Laut Gesetz wird zwischen Pflegeheimen, die „für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf“ und Wohnheimen, die „für alte Menschen mit Betreuungsbedarf,“ konzipiert sind, unterschieden.<sup>436</sup>

So ambitioniert viele alternative neue Konzepte auch sind, können sie vielfach nur bis zu einer gewissen Pflegestufe genutzt werden. Ein Wohnungswechsel erfolgt dann, wenn es der Person nicht mehr so gut geht. Die Folge sind immer spätere Heimeintritte und kürzere Verweildauern in den stationären Einrichtungen. Pflegeheime entwickeln sich daher zunehmend zu Spezialeinrichtungen für Menschen mit hohem Pflegebedarf. Als Aufnahmekriterium in ein Pflegeheim oder eine Pflegestation gilt in Wien daher Pflegestufe 3, wobei der Großteil der BewohnerInnen Pflegestufe 4 oder höher hat und älter als 90 Jahre alt ist.<sup>437</sup>

Konventionelle Pflegeheime gliedern sich meist in einen Bereich mit zentralen Einrichtungen, bestehend aus Großküche, Wäscherei, Anlieferung, Personalräume, Verwaltung, Therapieräume, Haustechnik, sowie davon getrennten Pflegeabteilungen, welche

oft als Flügel um einen als Gelenk fungierenden Pflegestützpunkt angeordnet werden.

Einerseits werden die erwähnten alternativen Wohnformen oft in unmittelbarer räumlicher Nähe von Pflegeeinrichtungen angesiedelt, um im Falle der Pflegebedürftigkeit eine räumlich nahe Versorgung anbieten zu können, andererseits beeinflussen diese neuen Ansätze auch die innere Struktur bestehender und neu projektierte Pflegeheime, sodass es zu einer Vielfalt an Konzepten und Abstufungen kommt. Diese Vielfalt ist einerseits Ausdruck der pluralen Gesellschaft, andererseits auch Ausdruck einer andauernden Suche nach adäquaten Lösungen, die einander widersprechenden Aspekte des Wohnens und der Pflege zu verbinden.

Traditionelle Pflegeheime waren bisher vorwiegend für körperlich pflegebedürftige Menschen ausgelegt. Die Zunahme an Demenzerkrankungen und damit das Aufkommen neuer Pflegekonzepte (Biografiearbeit, Milieuthapie, etc.) führten auch im Bereich der stationären Pflege zu einer Veränderung. Neu projektierte Einrichtungen werden kleiner und wohnortnäher geplant. Durch die Etablierung eigener Pflegeabteilungen, sowie der Gliederung in Wohngruppen kommt es innerhalb vieler Pflegeeinrichtungen zu neuen räumlichen Differenzierungen, die vielfach nur durch Um- und Zubauten zu bewerkstelligen sind.<sup>438</sup>

In Pflegewohnhäusern – dieser Begriff trat vielfach in den letzten Jahren anstelle der Bezeichnung Pflegeheim – wird versucht, durch verschiedene Maßnahmen den krankenhausaähnlichen institutionellen Charakter abzuschwächen und ein wohnliches Umfeld zu schaffen. Eine der zentralen und gleichzeitig kontrovers

<sup>436</sup> §1+2 WWPG in der Fassung vom 31.07.2013

<sup>437</sup> Besuch Pflegeheim Liesing bzw. Favoriten

<sup>438</sup> Thema-Band 145, S.5

diskutierten Frage ist dabei jene nach der „idealen“ Größe der Struktur, in der Menschen mit Pflegebedarf leben.

Geriatrizentren in Wien sind spezielle Pflegeheime für hochgradig pflegebedürftige, chronisch kranke, medizinisch instabile und multiborbide Personen. Eine Aufnahme erfolgt für Personen in den Pflegestufen 4 bis 7.<sup>439</sup> Rechtlich gesehen handelt es sich um geriatrische Sonderkrankenanstalten.<sup>440</sup> Sie bieten umfangreiche medizinische Versorgung und decken das obere Spektrum der Pflegebedürftigkeit ab und nehmen so eine Sonderstellung in der Pflegelandschaft ein. Sie fungieren quasi als Schnittstelle zwischen Spitälern und Pflegeheimen. Ärzte sind rund um die Uhr anwesend. Dadurch kann zum Beispiel verhindert werden, dass pflegebedürftige Menschen regelmäßig in ein Spital überstellt werden müssen.

*„Denn einerseits werden die Betroffenen auf diese Weise durch den Milieuwechsel massiv beeinträchtigt und andererseits spart dies Kosten in der teuren, stationären Akutmedizin“.*<sup>441</sup>

Ohne Geriatrizentren würde eine Verschiebung in den Spitalsbereich stattfinden (Drehtüre „Medizin“) noch dazu bei wesentlich höheren Kosten.

#### **5.4.5. Betriebsgröße von Pflegeheimen**

In diesem Zusammenhang stellt sich zunächst die Frage, was unter einem kleinen oder großen Pflegeheim verstanden wird. Eine

<sup>439</sup> „Das Wr. Geriatriekonzept“ in PERSPEKTIVEN S. 40

<sup>440</sup> Leeb, S.48

<sup>441</sup> Paukner S.156

gängige Einteilung definiert kleine Heime mit bis zu 50, mittlere mit bis zu 100 und große Heime mit über 100 BewohnerInnen.<sup>442</sup>

Betrachtet man zunächst gebaute Beispiele, sieht man sehr unterschiedliche Projektgrößen. Neuere kleine Pflegeheime findet man jedoch so gut wie nicht. Ein Beispiel mittlerer Größe ist das vom privaten Träger SeneCura betriebene Pflegeheim Purkersdorf mit 65 Bewohnern. Hintergrund für die Entscheidung größere Heime umzusetzen ist dabei in der Regel die Überlegung, dass diese wirtschaftlicher zu führen sind und gleichzeitig ein größeres Angebot für ihre BewohnerInnen bereithalten können. Will man ein umfangreiches Angebotsspektrum anbieten, muss man gewisse BewohnerInnenzahlen erreichen.

Radzey empfiehlt ein vielfältiges Angebot um zwischen verschiedenen Aufenthaltsqualitäten (ruhige Ecke, Bereich mit Aktivität, Ort für kleine Gruppen) wählen zu können.<sup>443</sup> Ein weiterer Vorteil größerer Heime liegt in der Regel in den besseren Bewegungsmöglichkeiten, während diese im kleinen Maßstab oft nur unzureichend umgesetzt werden können. Es ist ein mehr an Abwechslung und selbstbestimmter Wahl des Aufenthaltsortes möglich. So kann man im Eingangsbereich das Kommen und Gehen beobachten oder sich in einen abgelegenen Winkel zurückziehen.

Innerhalb Österreichs, Pflegeheime sind Ländersache, sind unterschiedliche gesetzliche Bestimmungen hinsichtlich der Maximalgröße zu finden. In Kärnten gilt beispielsweise seit dem Jahr 2009 eine Obergrenze von max. 75 Betten je Pflegeheim (bis

<sup>442</sup> Michell-Auli/Sowinski 2013, S.172ff.

<sup>443</sup> Radzey 2009, S. 23

dahin waren es sogar nur 50), in Salzburg und Oberösterreich sind es maximal 100 bzw. 120.<sup>444</sup> In Niederösterreich findet sich in der Pflegeheimverordnung keine diesbezügliche Bestimmung. Die gebauten Beispiele der jüngeren Zeit weisen jedoch eine relativ einheitliche Größe von knapp über 100 BewohnerInnen auf. In Wien gilt lt. WWPG eine Maximalgröße von 350 BewohnerInnen. Die neuen Pflegeheime in Wien weisen eine Größe zw. 288 und 348 Plätzen auf. Bemerkenswert ist, dass sich diese Betriebsgröße von rund 200 bis 300 BewohnerInnen auch in sämtlichen Pensionistenwohnhäusern des KWP wiederfindet. Bei diesen ursprünglich ohne Pflegeangebot ausgestatteten Altenheimen bestimmt die zentrale Infrastruktur diese offenbar charakteristische Betriebsgröße. Christian Bauer, Geschäftsführer einer auf diesem Gebiet tätigen Unternehmensberatung, meinte dazu im Jahr 2007: „Unter 100 Betten wird es schwierig“ und fordert gleichzeitig maximal 140 Betten in drei bis vier Stationen. Roland Paukner argumentierte für den Wiener KAV, dass bei höheren Pflegestufen größere Einheiten notwendig sind, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Er verteidigt so die im Rahmen des Wiener Geriatriekonzeptes geplante Pflegeheimgröße von maximal 350 Betten.<sup>445</sup> Laut dem Wiener Geriatriekonzept ist für einen wirtschaftlich sinnvollen Betrieb einer Größe von mindestens 240 Plätzen notwendig.<sup>446</sup> Der Grund liegt in der zu erreichenden Auslastung der rund-um-die-Uhr anwesenden ärztlichen Personals und des umfangreichen Therapieangebotes in den Einrichtungen.<sup>447</sup>

<sup>444</sup> www.ris.bka.gv.at

<sup>445</sup> „Wie schauen die Pflegeheime der Zukunft aus?“ in: DerStandard vom 28.03.2007

<sup>446</sup> „Das Wr. Geriatriekonzept“ in PERSPEKTIVEN S. 41

<sup>447</sup> Leeb, S.47

In Deutschland wird die betriebswirtschaftliche Größe von Pflegeheimen aus Betreibersicht mit einer Bandbreite von 80 bis 150 Betten angegeben.<sup>448</sup> Dies bestätigt eine Studie, welche im Rahmen des Projektes Pflegestift Mediana in Fulda in den Jahren 2001-2003 gemacht wurden. Um eine adäquate Binnenstruktur betriebswirtschaftlich aufrecht erhalten zu können werden Einrichtungen mit 100-140 BewohnerInnen angestrebt.<sup>449</sup> Im Projekt in Fulda wurde das Konzept der KDA-Hausgemeinschaft mit 120 Betten umgesetzt.<sup>450</sup> Im deutschen Marburg wird aktuell ebenfalls die Heimgröße kontroversiell diskutiert. Laut einem Gutachten des KDA liegt bei den dortigen Randbedingungen die betriebswirtschaftliche Größe bei 80 Plätzen. Politiker der „Grünen“ fordern hingegen maximal 48 Plätze.<sup>451</sup> Im deutschen Bundesland Nord-Rhein-Westfalen sind maximal 80 Betten gesetzlich normiert.

Es können vereinfacht folgende Einflussfaktoren auf die Betriebsgröße eines Pflegeheims angeführt werden:

### 1. *Diplomiertes Pflegepersonal*

Tagsüber ist ein effizienter Personaleinsatz durch die größere Anzahl anwesender MitarbeiterInnen relativ gut organisierbar. Die Einbeziehung eines in der Nähe befindlichen mobilen Dienstes oder Angehöriger kann zusätzlich unterstützend wirken. Doch bereits ein Nachtdienst ist in sehr kleinen Einrichtungen, zum Beispiel in solitären Pflegewohngruppen, kaum finanzierbar, da die Kosten auf sehr wenige BewohnerInnen aufgeteilt werden müssen. Es kommt daher in der Praxis bei zum Zusammenschluss mehrerer Pflege-

<sup>448</sup> Wieden 2008.

<sup>449</sup> Arend 2005. S. 28ff.

<sup>450</sup> ebda. S.5f.

<sup>451</sup> www.op-marburg.de

Wohngruppen. Einheiten, die ohne Nachtbetreuung auskommen, können relativ klein zum Beispiel als autonome Wohngemeinschaft für leicht demenziell Erkrankte betrieben werden.

## 2. Ein Pflegebad

Auch hier hat sich für eine effiziente Nutzung der Zusammenschluss mehrerer Pflege-Wohngruppen durchgesetzt. Ein Pflegebad pro Wohngruppe findet man nur in Ausnahmefällen. So wird im Geriatriezentrum Liesing das Pflegebad für rund 50 BewohnerInnen aus Sicht des Pflegepersonals als vollkommen ausreichend angesehen.<sup>452</sup>

## 3. Therapieangebote und die Anwesenheit von ÄrztInnen

Werden diese permanent und exklusiv vorgehalten, sind sie nur in einem großen Heim möglich.

## 4. Zentrale Infrastruktur

Eine Großküche, ein Speisesaal, ein Veranstaltungsraum oder ein Wellnessbereich mit Schwimmbad führen zwangsläufig zu großen und sehr großen Einheiten.

Ein großer Vorteil kleiner Heime liegt darin, dass diese wohnortnahe errichtet werden können. Im „Idealfall“ befindet sich die angestammte Wohnumwelt der zukünftigen BewohnerInnen in fußläufiger Entfernung. Generell verspricht man sich durch den Bezug zum Quartier eine höhere Lebensqualität. Weiters werden in der Fachliteratur die Nähe zu Bezugspersonen, Überschaubarkeit statt Orientierungslosigkeit, eine höhere Besuchsfrequenz der Angehörigen, weniger fremde Menschen im Heim, besserer Schutz vor Reizüberflutung (bei Demenz) und allgemein ein reduzierter

<sup>452</sup> Besuch im GZ Liesing am 12.05.2015

institutioneller Charakter als Vorteile kleiner Einrichtungen genannt.<sup>453</sup> Während bei sehr großen Heimen das Risiko in der Anonymität und Effizienz eines Massenbetriebes unterzugehen besteht, ergibt sich bei kleineren Einrichtungen die Möglichkeit für die BewohnerInnen eine persönlichere Beziehung untereinander und zum Pflegepersonal aufzubauen.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung kleiner Heime liegt auch darin, dass Heimgesetze sowohl eine personelle als auch eine baulich-technische Mindestausstattung fordern, welche die Strukturgröße beeinflussen. In Wien werden zum Beispiel eigene Räume für Therapie, Rehabilitation, Personal, Aufenthalt und für Dienstleistungen gefordert.<sup>454</sup> Grundsätzlich besteht gemäß WWPG aber die dezidierte Möglichkeit im Rahmen innovativer Betriebskonzepte und Projekte von den gesetzlichen Vorgaben abzuweichen.<sup>455</sup> So dürfen die Therapieangebote und die Anwesenheit eines Arztes lt. WWPG-DVO auch extern organisiert werden.<sup>456</sup> Dies erfolgt durch Rufbereitschaft nahegelegener oder im Gebäude befindlicher ÄrztInnenpraxen. Auch Physio- und Ergotherapien können über den niedergelassenen Bereich erbracht oder zusammen mit einem integrierten Tageszentrum organisiert werden.

Geprägt von der Realität großer Heime mit Anstaltscharakter entwickelte sich Anfang der 1990er Jahre ein Gegenteil mit der Forderung nach Einrichtungen mit immer kleineren BewohnerInnenzahlen – von der KDA-Hausgemeinschaft mit

<sup>453</sup> ProAlter 05/2012. S.8ff

<sup>454</sup> WWPG §16 (2) in der Fassung vom 31.07.2013 sowie WWPG-DVO § vom 21.12.2014

<sup>455</sup> WWPG §24 bzw. vgl. die Hausgemeinschaften der Diakonie in der Erdbergstraße

<sup>456</sup> WWPG-DVO §§ 7 bis 9

32 BewohnerInnen bis hin zur solitären Pflege-WGs mit knapp über 10 Personen. Dabei stellt sich die Frage, welche Zusatzangebote abseits der Pflege von BewohnerInnen gewünscht werden, und wie diese bei sehr kleinen Einrichtungen zu leistbaren Bedingungen angeboten werden können. Dies insbesondere deswegen, weil der Großteil der Kosten von den öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern zu begleichen ist. Die Forderung nach kleinen Heimen darf daher nicht zum Selbstzweck verkommen, sondern es sind immer die daraus resultierenden Konsequenzen mitzubedenken. Eine mögliche Antwort auf die einander widersprechenden Bedingungen – einerseits kleine Heime und gleichzeitig ein vielfältiges Angebot – besteht in der Kombination mit anderen Nutzungen. Es entsteht so ein neues Feld für hybride Pflege-Wohnformen. Voraussetzung dafür ist die vernetzte Zusammenarbeit voneinander unabhängig agierender Akteure. Will man daher kleinere Einrichtungen stationärer Pflege umsetzen, sind diese sehr genau, insbesondere hinsichtlich ihrer betrieblicher Organisation und Vernetzung mit dem Quartier, zu planen.

#### **5.4.6. Seniorenresidenzen**

In der Regel handelt es sich bei Seniorenresidenzen (SR) um frei finanzierte Wohn- und Pflegeheime privater Investoren für eine wohlhabende Klientel. Die Wohnangebote reichen dabei vom weitgehend selbständigen Wohnen im „Betreuten Wohnen“, jedoch in der Regel nicht über einen Miet- sondern einen Heimvertrag, bis hin zu einer Versorgung in eigenen Pflegeabteilungen. Charakteristisch ist ein umfassendes Leistungsspektrum, welches von Betreuung und Pflege über vielfältige gastronomische Versorgung und zahlreichen Freizeit- und Therapieangeboten bis hin zum hauseigenen Wellnessbereich mit Swimmingpool reicht. Es

versucht alle Bedürfnisse der BewohnerInnen innerhalb einer Einrichtung abzudecken.

Durch beschönigende Bezeichnungen wie Residenz, Schloss, oder Villa versuchen Betreiber einerseits eine zahlungskräftige Zielgruppe anzusprechen, andererseits wird so der Schein einer „schönen heilen Welt“ suggeriert. Beispiele für diese euphemistische Begriffsverwendung finden sich bspw. beim Betreiber der „wie daham“ Einrichtungen, welche in Wien als „Senienschlössl“ vermarktet werden.

Aufgrund des erheblichen Flächenbedarfs und der Notwendigkeit eines großen Einzugsgebietes, befinden sich derartige Einrichtungen oft in städtischen Randlagen. Beispiele dafür sind die SR Bad Vöslau, die SR Millenium im Karl-Fellingner Park in Wien Döbling oder die SR Altmannsdorf.

Meist wird ein Angebot an Grundleistungen (Essen, Reinigung, Basisbetreuung, Nutzung der Infrastruktur) zusammen mit einer Wohneinheit pauschal angeboten. Darüberhinaus werden optionale Dienstleistungen vorgehalten (Friseur, Fusspflege, Massage, Physiotherapie, Betreuung, Hilfsdienste). Bis hin zu Theatervorführungen und Musikveranstaltungen findet alles „unter einem Dach“ statt. BewohnerInnen mit Mobilitätseinschränkungen müssen den Ort nicht mehr verlassen und können trotzdem einen abwechslungsreichen Alltag genießen. Durch die in der Regel breite und flexible Palette an Wohn- und Betreuungsangeboten können Senioren mit unterschiedlichem Betreuungsbedarf als Zielgruppe angesprochen werden. Von rüstigen Senioren die bereits im Pensionsantrittsalter einziehen bis hin zu Älteren mit

Pflegebedarf reicht daher die BewohnerInnenstruktur dieser mehrgliedrigen Einrichtungen.

Aufgrund der finanziellen Situation der BewohnerInnen können diese auch bei Pflegebedarf in ihrem Appartement verbleiben und es ist daher zumindest bei geringem oder vorübergehendem Pflegebedarf kein Umzug erforderlich. Der Betreuungsbedarf kann stufenlos angepasst und minutengenau abgerechnet werden. Es gibt in der Regel eine fachlich gute Versorgung, und dadurch das Gefühl der Versorgungssicherheit.

Die Risiken bestehen einerseits in Hospitalisierungseffekten aufgrund einer „rund-um-Versorgung“, die jedoch geringer als in reinen Pflegeheimen sind. Ähnlich einem All-Inclusive-Hotel besteht die Gefahr der Ghettoisierung und Abkapselung von der Nachbarschaft. Dieses Risiko wird durch die meist zentrumsfernen Lagen und die fehlende sozialräumliche Einbettung in die Umgebung verstärkt. Gleichzeitig kann eine derartige Abgrenzung durchaus auch den Bedürfnissen einer sehr wohlhabenden Klientel entgegenkommen wie segregative Tendenzen in vielen Gesellschaftsbereichen zeigen. Durch fehlende Nahversorgung müssen die Angebote in die Einrichtung integriert werden. Es entsteht somit ein tendenziell isolierter Pflegewohntyp. Ein weiteres Problem entsteht durch die sehr hohen Kosten für die BewohnerInnen bzw. ihre Angehörigen, die bis zum Auszug führen können.

Seniorenresidenzen werden in jüngerer Zeit vermehrt in dicht verbautem urbanen Gebieten realisiert. Vermehrt findet man hotelähnliche Seniorenheime mit hochwertiger Ausstattung und Architektur (SR Spürgarten in Zürich). Hinsichtlich des

Erscheinungsbildes fällt bei neueren Projekten die oft hochwertige Gestaltung mit hotelähnlichem Charakter auf.

Der ehemals nüchterne Speisaal wird zu abwechslungsreich gestalteten Restaurants und Cafes, die Verwaltungsabteilung mit Eingangshalle wird zur Lobby mit Rezeption, Zimmer zu Appartements und die BewohnerInnen sollen sich statt als PatientInnen als Gäste behandelt fühlen. Ein interessanter Aspekt dabei ist, dass neben Pflegeplätzen ein hoher Anteil an „betreuten/betreubaren“ Wohnungen für eine Klientel angeboten wird, die selbst noch nicht pflegebedürftig ist. Mit dem Argument der Sicherheit und möglichen Betreuung im Bedarfsfall und damit dem Verbleib im Haus feiert so das Konzept des Alten(wohn)heimes als institutionalisierte Wohnform für noch rüstige Senioren für vermögende Bevölkerungsschichten in der Form der Residenz eine Renaissance, nachdem sich öffentliche Träger aus diesem Segment verabschieden und stattdessen die mobile Pflege fördern. Der Trend zum „Hotelwohnen“ findet auch außerhalb der hochpreisigen Seniorenresidenzen seinen Niederschlag und spiegelt den Anspruch und den Lebensstil einer neuen Generation wieder.

## **5.5. Teilstationäre Angebote**

### **Tagespflege**

Für Menschen, die ihre Angehörigen zuhause in einer gemeinsamen Wohnung betreuen, bedeutet dies oft eine sehr große Belastung und ist mit einer Berufstätigkeit kaum vereinbar. Aber auch jene die gepflegt werden, möchten „nicht zur Last fallen“ und den eigenen Kindern die notwendige Freizeit ermöglichen. Aus diesem Bedarf heraus hat sich die Betreuungsform der Pflege in sogenannten Tageszentren oder Tagesstätten entwickelt.

Tageszentren bieten den BesucherInnen einen strukturierten Tagesablauf (gemeinsame Mahlzeiten) und beugen durch soziale Kontakte (gemeinsame Aktivitäten) Vereinsamungstendenzen vor. Die Betreuung erfolgt durch qualifiziertes Personal (Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegehelfer, diplomiertes Pflegepersonal).<sup>457</sup> Mit dem Konzept der Tagesbetreuung erreicht man eine kostengünstige Betreuungsform, die zwischen einer Betreuung zuhause und der Aufnahme in einem Heim angesiedelt ist. Zudem können Tageszentren die wichtige Aufgabe der Information und Beratung von Betroffenen und Angehörigen übernehmen. Obwohl dieses Angebot schon seit längerem existiert – so gab es bereits in dem 1982 errichteten Pflegeheim im SMZ-Ost eine Tagesstätte – und im Zuge des Wiener Geriatriekonzeptes ein Ausbau erfolgte, wird in Zukunft mit einem weiter steigenden Bedarf gerechnet.<sup>458</sup>

Die Zielgruppe sind Menschen die zuhause von Angehörigen und/oder mobilen Diensten betreut werden und tagsüber eine Betreuung benötigen. Das Ziel ist es, neben der Entlastung der Angehörigen die Betroffenen soweit zu betreuen und zu fördern, dass sie weiterhin einen selbständigen Haushalt führen können. Es soll so zusammen mit mobilen Diensten der Umzug in eine stationäre Einrichtung vermieden werden. Die BesucherInnen weisen meist mittlere Pflegestufen auf und dürfen jedenfalls nicht bettlägrig sein. Auch bei Tageszentren stellt sich die Frage ob Menschen mit Demenz gesondert betreut werden sollen. In Wien werden Menschen mit leichter Demenz auch in Tageszentren betreut. Bei fortgeschrittener Demenz bedarf es jedoch eines

<sup>457</sup> Perspektiven 2009. S. 35.

<sup>458</sup> „Das Wr. Geriatriekonzept“ in PERSPEKTIVEN S. 35

spezielleren Therapieangebotes (Musiktherapie, Biografiearbeit, Snoezelen, basale Stimulation, etc.).<sup>459</sup> Nachteilig sind die täglich notwendigen Fahrten sowie die täglich schwankende Inanspruchnahme, die zu Problemen in der Auslastung führen kann. Übliche Größen liegen bei den von Hager untersuchten Tageszentren in Oberösterreich zwischen 12 und 35 Plätzen.<sup>460</sup> Zum Vergleich werden die Tageszentren, welche im Rahmen des Wr. Geriatriekonzeptes neu errichtet wurden, durchwegs für rund 50 Personen projektiert. Laut Hager wird für Tageszentren eine Gliederung in Gruppen mit jeweils acht bis zwölf Personen empfohlen.<sup>461</sup>

Durch die tägliche An- und Abfahrt der Besucher ist eine wohnortnahe Lage im Stadtteil mit guter Verkehrsanbindung essenziell. Tageszentren werden isoliert oder im Verbund mit stationären Einrichtungen errichtet. Vorteil bei einer Kombination mit einer stationären Einrichtung ist, dass auch Nacht- oder Kurzzeitpflege angeboten werden kann. Umgekehrt kann bei Kombination mit Pflege-Wohnformen das Tageszentrum intensiver genutzt werden. Zum Beispiel können Bewohnerinnen einer Pflege-Wohngemeinschaft die Therapieräume des Tageszentrums mitbenutzen und so dessen Auslastung erhöhen. Tageszentren können in diesen Fällen als Bindeglied zwischen der Pflege-Wohnform und dem öffentlichen Leben in der Nachbarschaft dienen.

Mittelpunkt eines Tageszentrums ist ein Aufenthalts- und Essbereich mit angeschlossener Küche. Eigene Räume für

<sup>459</sup> Hager, S. 6

<sup>460</sup> Hager, S. 32

<sup>461</sup> Hager, S.67

Therapie- und Freizeitaktivitäten dienen der gruppenorientierten Beschäftigung bzw. Betreuung. Bei größeren Tageszentren mit mehreren Gruppen ist meist ein geräumiger Eingangsbereich mit Wartebereich für Angehörige, Garderoben und Rollatorparkplätze üblich. Als Richtwert für den Wohn- und Essbereich können je nach Gestaltung der Erschließungsflächen und des zusätzlichen Raumangebotes, 3 bis 5 m<sup>2</sup> pro BesucherIn angesetzt werden. Er sollte eine direkte Anbindung an einen Freibereich aufweisen. Durch den Einsatz flexibler Trennwände kann auf unterschiedliche Gruppengrößen reagiert werden. Diesen Gruppenräumen sind ein Abstellraum für Stühle und diverse Geräte sowie barrierefreie Toiletten zugeordnet. Um Ablenkungen zu vermeiden, sind für Therapieangebote grundsätzlich eigene Räume sinnvoll. Mit Ruheräumen wird dem Rückzugsbedürfnis der Besucher Rechnung getragen. Räume für Personal sowie diverse Sanitär- und Nebenräume ergänzen das Raumangebot.<sup>462</sup>

### **Kurzzeitpflege**

Darunter versteht man die vorübergehende Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung, zum Beispiel während der Arbeitszeit oder bei Urlaub der pflegenden Angehörigen, oder nur bei vorübergehendem Pflegebedarf (z.B. zur Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt). Dieses Angebot erfolgt in der Regel im Rahmen größerer stationärer Einrichtungen, da diese die nötige Flexibilität (Vorhalten sofort verfügbarer Plätze) gewährleisten können. In Wien dauert die Kurzzeitpflege bis zu sechs Monate, ein längerer Aufenthalt fällt dann unter Langzeitpflege. Gerade in diesem Bereich, am Übergang zwischen stationärem Spitalsaufenthalt und Entlassung in die private Wohnung, besteht

laut Kytir Bedarf an einem umfassenden „Case-Management“. Insbesondere in der Gruppe der Hochaltrigen ist eine „Nachbetreuung“ aufgrund der fehlenden sozialen Netzwerke (hoher Anteil an Einpersonen-Haushalten) zu organisieren.<sup>463</sup> Bei rund jeder zehnten Entlassung aus Spitälern sind die PatientInnen nicht in der Lage, den Alltag in der eigenen Wohnung alleine zu meistern. Es fehlt an Unterstützung durch Angehörige. Die Anzahl dieser Fälle wird aufgrund des steigenden Anteils alter Menschen zunehmen. Es kommen daher vermehrt Entlassungsmanager zum Einsatz, welche die Betroffenen bei dem Umzug in die eigene Wohnung betreuen.<sup>464</sup> Wohnortnahe, gemeinschaftsfördernde Einrichtungen mit Angeboten im sozialen, therapeutischen und pflegerischen Bereich können hierbei in Zukunft einen wertvollen Beitrag leisten.

### **5.6. Fazit und Ausblick**

Vor- und Nachteile der einzelnen Wohnformen hängen immer auch von den individuellen Bedürfnissen, den finanziellen Möglichkeiten, dem sozialen Umfeld und dem persönlichen Pflegebedarf der jeweiligen BewohnerInnen ab. So kann das Wohnen in einer „Senioren-WG“ für den einen ideal sein, während für andere eher das Hotelwohnen in einer „Seniorenresidenz“ das passende Angebot darstellt. Das individuelle Wohnen in einer eigenen Wohnung stellt heute durch den Ausbau mobiler Dienste zumindest bei leichter Pflegebedürftigkeit eine gute Alternative zum Umzug in eine Alteneinrichtung dar und kann damit den Wunsch nach einer eigenen Haushaltsführung weitgehend erfüllen.

<sup>462</sup> vgl. Hager bzw. Besuch TZ Liesing

<sup>463</sup> Hochaltrigkeit in Österreich 2009. S. 18

<sup>464</sup> Paukner, S.159

Dennoch sind dieser Wohnform Grenzen gesetzt und sie weist einige Schwachstellen auf. So ist einerseits die Zielgruppe nicht klar und andererseits stellt sich die Frage, wie mit steigender Pflegebedürftigkeit umgegangen werden soll. Die Konzentration einer großen Anzahl an Gleichaltrigen in einer großen Wohnanlage birgt das Risiko, wieder in das Konzept der Institution Altenheim zu fallen und damit an ein Altenghetto zu erinnern. Eine Integration in die Nachbarschaft und eine entsprechende Lage sind daher unbedingt zu empfehlen.

Insgesamt bewegt sich das Betreute Wohnen zwischen den zwei Polen der Selbstständigkeit der Haushaltsführung in einer abgeschlossenen privaten Wohnung und der Abhängigkeit bei Inanspruchnahme von Betreuung und Pflege. Der Widerspruch zwischen den baulichen Strukturen des Wohnens und den betrieblichen Erfordernissen des Pflegens kann dabei zu einem insgesamt problematischen Ergebnis führen, welches sich im Spannungsfeld einer Über- und Unterversorgung bewegt. So muss bei fortschreitendem Pflegebedarf meist eine Verlegung in ein Heim erfolgen, weil die Pflege nicht adäquat und auch nicht zu vertretbaren Kosten geleistet werden kann. Auch international kann man daher, abgesehen von leichter Pflege, die gut im privaten Wohnbereich integriert werden kann, nach wie vor eine Trennung des autonomen Wohnens und der institutionalisierten stationären Pflege beobachten.<sup>465</sup> In England, wo das Konzept des Betreuten Wohnens bereits sehr früh umgesetzt wurde, kam es bereits in den 1980er Jahren zu der Problematik, dass viele Betreute Wohnungen mangels Nachfrage nicht mehr vermietet werden konnten.<sup>466</sup>

<sup>465</sup> Lind 2005, S.46

<sup>466</sup> Lind 2005, S.57

Eine andere Entwicklung stellt das zunehmende Engagement von Hotelbetreibern mit mehr oder weniger maßgeschneiderten Angeboten an die Zielgruppe der Älteren mit Servicebedarf dar. Die Tourismusindustrie wirbt dabei mit „monatelangem Wohnen im Hotel“. Gleichzeitig wird das Hochpreissegment „betreuter Wohnungen“ und Seniorenresidenzen vermehrt als „Wohnen wie im Hotel“ vermarktet. Neben dem gestalterischen Anspruch wird dabei auch der Dienstleistungsgedanke aus dem Bereich der Hotellerie übernommen.

Vielversprechend erscheint mir der Beitrag, den Betreutes Wohnen bei der effektiveren Nutzung des vorhandenen Wohnraumes leisten könnte. So könnten „Betreute Wohnungen“ dezentral und wohnortnahe, gerade auch in gewachsenen Stadtvierteln ein gutes Angebot für jene älteren Menschen darstellen, welche in zu großen und nicht barrierefreien Wohnungen leben.

Individuelles Wohnen in der eigenen Wohnung bedeutet heute aufgrund der Singularisierung auch immer öfter ein Wohnen alleine – und das nicht nur im Alter. Es gibt daher auch einen für alle Altersgruppen ähnlichen Bedarf nach bestimmten Dienstleistungen und Wohnformen, welche die Nachteile dieser Lebensform ausgleichen. Das sind zum einen den Alltag erleichternde Services wie Kinderbetreuung, Pflege, Wäscheservice, Reinigung oder Essenzustellung und zum anderen gemeinschaftsfördernde Räumlichkeiten und Freiräume. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, kann Betreutes Wohnen durchaus mit anderen Wohnformen kombiniert werden bzw. als Angebot für verschiedene Alters- und Gesellschaftsgruppen verstanden werden.

Ein zu beobachtender Trend besteht in der „Öffnung“ der ehemals isolierten Heime. Die Entwicklung geht weg vom nach innen gerichteten umfassenden Dienstleistungszentrum hin zu einem Ort der Begegnung für das Quartier.

Bei den „alternativen“ Wohnformen im Alter sind zwei Tendenzen erkennbar. Einerseits der Trend zu „betreutem Wohnen“, bei dem das individuelle Wohnen gefördert wird, und andererseits zu „gemeinschaftlichen Wohnprojekten“.

Die zahlreichen Wohnkonzepte zeigen, wie individuell verschieden die Ansprüche älterer Menschen sind und wie sehr sich diese im Verlauf des Alterns ändern. Zentral und gemeinsam ist allen die höhere Bedeutung der Wohnung und des unmittelbaren Wohnumfeldes. Freizeitkontakte gewinnen an Bedeutung und damit auch alle die Kommunikation fördernden Angebote – vom Blick aus dem Fenster/Balkon, über den kurzen informellen Kontakt am Gang, dem Beobachten des Geschehens von einer Bank am Hauseingang, bis hin zu seniorengerechten Park- und Freizeitanlagen im Quartier, aber auch der Gastwirt ums Eck wird wieder wichtiger. Die Forderungen nach einer „Stadt der kurzen Wege“ gilt somit ganz besonders für ältere Menschen.

Insgesamt kann man als Trend das Zusammenrücken der lange Zeit örtlich voneinander getrennten Bereiche des Wohnens und der Pflege erkennen. Einen Beitrag in diese Richtung möchte ich mit meinem Entwurf eines multifunktionalen Gebäudes am Hamerlingplatz in Wien leisten.

## 6. Schlussfolgerung

Der gesellschaftliche Umwälzungsprozess hat eben erst begonnen und wird auch noch länger andauern. Es gilt jedenfalls ein positives Bild für das Alter in der Gesellschaft zu entwickeln. Weg von der Darstellung alter Menschen als Kostenfaktor hin zu den Vorteilen und Möglichkeiten, welche ein langes Leben bieten kann.

Ein möglicher Schritt dazu ist jedenfalls die Integration in die Arbeitswelt – der abrupte Bruch durch die Pensionierung – wird in Zukunft jedenfalls keine adäquate Lösung mehr sein. Wissens- und Wertevermittlung werden sicher eine der Möglichkeiten sein, sich auch nach dem Pensionsantritt einbringen zu können. Begegnungsräume zu schaffen und den Dialog zwischen Alt und Jung zu ermöglichen, anstatt ihn durch isolierte Alteneinrichtungen zu erschweren, ist einer der Beiträge den Architekten dafür leisten müssen.

*“Das Alter ist für mich kein Kerker,  
sondern ein Balkon,  
von dem man zugleich weiter  
und genauer sieht.”*

Marie Luise Kaschnitz

## 7. Entwurf

Durch die aus dem ersten Teil der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse wird klar, dass monofunktionale und große Pflegeeinrichtungen viele Nachteile mit sich bringen und auch nicht den Wünschen der Mehrheit der älteren Menschen entsprechen. Neben den Vorteilen hinsichtlich Integration in das Gemeinschaftsleben, bietet eine multifunktionale Nutzung auch den Vorteil, dass sich verschiedene Nutzungen gegenseitig ergänzen und bereichern können. Als Beispiel möchte ich hier die hybride Nutzung von Geschäftslokalen anführen. So vereint „das Möbel“, eines der ersten Lokale dieser Art in Wien, Gastronomie und Möbelverkauf und führt so zu einer intensiveren Nutzung, die im Idealfall für beide Nutzungen vorteilhaft ist. Tagsüber Schauraum für Designermöbel – abends Gastronomie. Die vorhandene wertvolle, weil zentral in der Stadt gelegene Fläche, kann so fast rund um die Uhr genutzt werden. In diesem Sinne können wenig genutzte und damit oft teure gemeinschaftliche Angebote durch Mehrfachnutzung wirtschaftlicher umgesetzt werden. Ein aktuelles Beispiel dafür sind auch die Begegnungszonen im Straßenverkehrsnetz. Anstatt einer extensiven Nutzung durch Autos kommt es durch die zusätzliche Inanspruchnahme durch Fußgänger zu einer intensiveren Nutzung derselben Fläche. Diese Überlagerungen erfordert jedoch eine Abstimmung der Nutzungen und der NutzerInnen untereinander, um Konflikte zu vermeiden. Da aber zukünftige Nutzungen meist schwer planbar sind, müssen Gebäude ein Mindestmaß an Flexibilität bieten, um nachhaltig bestehen zu können.

### 7.1. Standortwahl und -analyse

Ausgangspunkt für die Standortwahl des Entwurfsprojektes ist das „Wohnen für Pflegebedürftige und Senioren“. Diese wird, auf Basis einer Standortanalyse, um weitere Nutzungen ergänzt.

Für Bewohner mit eingeschränkter Mobilität ist das unmittelbare Wohnumfeld von besonderer Bedeutung. Eine Teilnahme am städtischen Gemeinschaftsleben soll daher durch die städtebauliche Lage erleichtert werden. Älteren und pflegebedürftigen Personen steht als gleichberechtigter und unverzichtbarer Teil der Gesellschaft ein Platz in der Mitte der Gesellschaft zu. In diesem Sinne stellt das gegenständliche Projekt ein Angebot für jene älteren und pflegebedürftigen Menschen dar, welche ein Leben in einer städtisch geprägten Wohnumgebung gewohnt sind.

Für die Standortauswahl wurden zunächst bevorzugt infrastrukturell gut ausgestattete Bezirks(teil)zentren enger in Betracht gezogen. Ein Hindernis für eine konkrete Umsetzung sind jedoch vielfach fehlende freie Baugrundstücke oder Gebäude aber auch die höhere Ertragskraft anderer Nutzungen. So wurden bisher viele konventionellen Pflegewohnprojekte, nicht zuletzt auch aufgrund ihrer strukturell vorgegebenen Größe in Randlagen mit entsprechendem Grünraumangebot, jedoch oftmals ohne eine kleinräumige Einbindung in die Nachbarschaft, umgesetzt.

Eine Übersicht der stationären Pflegeplätze in Wien zeigt insbesondere im innerstädtischen und dicht verbaute Gebiet ein vergleichsweise geringes Angebot. So findet man im 1., 4. und 8. sowie in zentralen Lagen im 2., 10., 13., 16. und 17. Bezirk keine stationären Pflegeeinrichtungen.

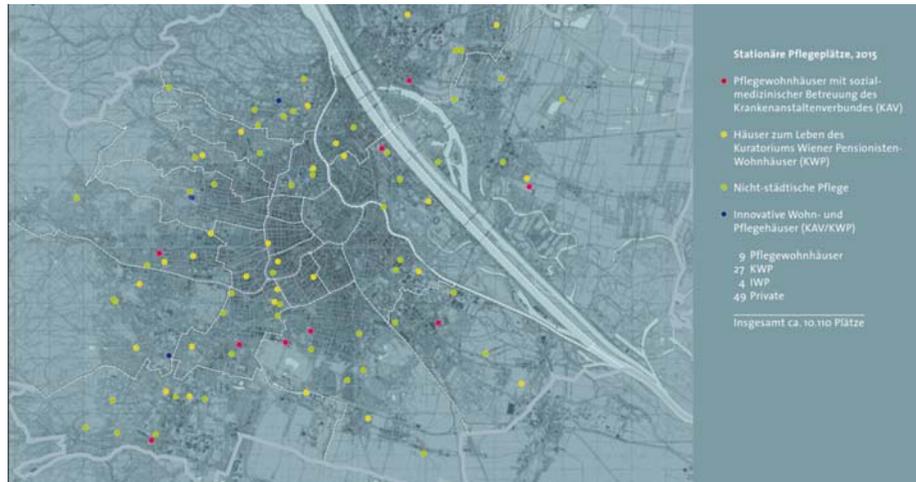


Abbildung: Verteilung stationärer Pflegeeinrichtungen in Wien im Jahr 2015.<sup>467</sup>

Als Standort wurde schließlich der 8. Bezirk gewählt, da hier in zentraler Lage ein geeignetes Grundstück seine bisherige Nutzung als Bürogebäude verloren hatte und seitens der EigentümerIn BIG<sup>468</sup> nach neuen Nutzungsmöglichkeiten gesucht wurde. Es handelt sich um das bis zum Jahr 2007 vom „Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen“ genutzte Gebäude, welches in den Jahren 1904/05 nach den Plänen der Architekten Victor Siedek und Karl Stigler als „B-Gebäude“ des „K. u. k. Militärkartographisches

<sup>467</sup> Das ganze Leben

<sup>468</sup> Bundesimmobiliengesellschaft

Institutes“ direkt am Hamerlingpark im Zentrum des Bezirkes errichtet worden war.

Nach Kriegsschäden wurde das Amtsgebäude wiederaufgebaut, wobei die ursprünglichen Gestaltungselemente wie die Dachform mit zahlreichen Türmchen, Giebeln und Dachbalustraden sowie die detaillierte Fassadengliederung mit dekorativen Eingangsportalen, Kordongesimsen und eine Betonung des Mitteltraktes nur sehr rudimentär wiederhergestellt wurden.



Abbildung: Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen im Jahr 1905.<sup>469</sup>

<sup>469</sup> 100 Jahre Amtsgebäude Krotenthallergasse



Abbildung: Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen im Jahr 2010.<sup>470</sup>

### 7.1.1. Bevölkerungsdaten Josefstadt

Die Bevölkerung wird ausgehend von dem Jahr 2014 bis 2034 um 15 % auf rund 28.000 EinwohnerInnen zunehmen und liegt damit etwas über dem Wiener Durchschnitt von plus 12 %.

Jahr	2014	2024	2034
Personen	24.591	27.220	28.373

Tabelle: Prognose der Gesamtbevölkerung 2014 bis 2034.<sup>471</sup>

<sup>470</sup> eigene Aufnahme

<sup>471</sup> <https://www.wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/tabellen/bev-bez-prog-projektion-14-34.html> abgerufen am 27.08.2015

Eine Betrachtung der breiten Altersgruppen im Zeitraum 2005 bis 2035 zeigt, dass es in diesem Bezirk sowohl zu einem Zuwachs der über 60-jährigen um 1.878 (+ 39%) von 4.805 auf 6.683 Personen sowie bei den Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren um 1.480 (+ 60%) von 2.538 auf 4.063 kommen wird. Gleichzeitig bleibt die absolute Zahl der Erwerbsfähigen (15-60J.) mit rund 16.000 Personen in diesem Zeitraum annähernd konstant, sinkt anteilmäßig daher von 68% auf 60% der jeweiligen Gesamtbevölkerung. Bei Betrachtung der über 75-jährigen zeichnet sich ein differenzierteres Bild ab. Bis 2035 kommt es zu einem Zuwachs um 681 bzw. +37% (Wien +30%) auf 2.516 Personen. Nach einem Rückgang auf 1.548 (2015) wird erst 2020 ein Anstieg auf dann 1.963 Personen ausgewiesen.<sup>472</sup>

Zieht man den wienweiten Durchschnitt von 1 Pflegebett pro 170 Einwohner <sup>473</sup> bzw. 1 Bett pro 85 EinwohnerInnen (inkl. Wohnplätzen in Altenheimen)<sup>474</sup> heran, ergäbe sich bei voller Versorgung innerhalb des 8. Bezirkes schon heute ein theoretischer Bedarf von rund 160 Pflegeplätzen bzw. weiteren 160 Plätzen in seniorengerechten Wohnformen mit Betreuungsmöglichkeit. Da es jedoch derzeit keine Einrichtung der Altenpflege im Bezirk gibt, besteht zumindest für eine kleinere Einrichtung Potenzial.

Bei einer geschätzten Gehgeschwindigkeit von rund 4 km/h (gemütliches Gehen Erwachsener) bzw. 2 km/h (Ältere) ergibt sich eine Wegzeit von rund 7,5 bzw. 15 min innerhalb eines Radius von 500 m. Der Standort ist daher auch für ältere Menschen fußläufig aus dem gesamten Bezirk gut erreichbar. Das wohnortnahe

<sup>472</sup> MA 18, S.114

<sup>473</sup> Leeb, S. 30

<sup>474</sup> „Das Wr. Geriatriekonzept“ in PERSPEKTIVEN S. 48f.

Einzugsgebiet kann daher näherungsweise mit den Bezirksgrenzen gleichgesetzt werden.

### 7.1.2. Wohnraum- und Einkommenssituation

Die durchschnittliche Wohnnutzfläche (WNF) je BewohnerIn liegt mit 83 m<sup>2</sup> um rund 10 m<sup>2</sup> über dem wienweiten Durchschnitt. Der zeitliche Anstieg liegt im wienweiten Schnitt von plus 7 m<sup>2</sup> innerhalb von 30 Jahren.

im Jahr	WNF pro Wohnung		WNF pro Bewohner	
	1981	2011	1981	2011
<b>Wien</b>	64	72	31	38
<b>8. Bezirk</b>	77	83	40	47

Tabelle: Wohnungen nach Nutzfläche und Bezirk in den Jahren 1981 bis 2011.<sup>475</sup>

Im wienweiten Vergleich gibt es unterdurchschnittlich viele kleine Wohnungen bis 60 m<sup>2</sup>.

	< 30 m <sup>2</sup>	35 – 60 m <sup>2</sup>	60 - 90 m <sup>2</sup>	90 -130 m <sup>2</sup>	> 130 m <sup>2</sup>	Gesamt
<b>Wien</b>	81.788	331.619	367.087	155.388	47.958	983.840
<i>in %</i>	8,3	33,7	37,3	15,8	4,9	100
<b>8. Bezirk</b>	730	4.014	5.284	3.446	1.393	14.867
<i>in %</i>	4,9	27	35,5	23,2	9,4	100

Tabelle: Wohnungen nach Wohnungsgröße und Bezirk im Jahr 2011.<sup>476</sup>

<sup>475</sup> <https://www.wien.gv.at/statistik/verkehr-wohnen/tabellen/wohnung-flaeche-bez-zr.html>  
abgerufen am 05.08.2015

<sup>476</sup> <https://www.wien.gv.at/statistik/verkehr-wohnen/tabellen/wohnungen-groesse-bez.html>  
abgerufen am 05.08.2015

Die Bevölkerung des Bezirks Josefstadt weist ein überdurchschnittlich hohes Einkommen auf. Es liegt rund 13 % über dem Durchschnitt von Wien.<sup>477</sup>

### 7.1.3. Infrastruktur

Es befinden sich zahlreiche Einkaufsmöglichkeiten der Nahversorgung sowie kulturelle Einrichtungen in der unmittelbaren, fußläufig erreichbaren, Nachbarschaft. Die Erschließung des Bauplatzes für den Individualverkehr erfolgt von der Josefstädter Straße aus über ein Einbahnsystem (Schönborngasse – Klesheimgasse – Kupkagasse – Krotenthallergasse – Skodagasse). Die Josefstädter Straße ist direkt an das hochrangige Straßenverkehrsnetz (Gürtel und Ring) angeschlossen. In der Skodagasse liegen die Ein- und Ausfahrt einer bestehenden zweigeschoßigen Tiefgarage unter dem Hamerlingpark. Die Parkplatzsituation muss als angespannt bezeichnet werden. Die Anbindung an den öffentlichen Verkehr ist sehr gut. Drei Straßenbahnlinien verlaufen entlang der Josefstädter Straße (Linie 2) und der Albertgasse (Linien 5 und 33) in einer Entfernung von 100 bis 150m.

### 7.1.4. Bauplatz und Widmung

Der Bauplatz mit einer Grundstücksfläche von 5.150 m<sup>2</sup> wird in Richtung Westen von der Skodagasse, nach Norden von der Krotenthallergasse und nach Osten von der Kupkagasse begrenzt.

<sup>477</sup> <https://www.wien.gv.at/statistik/bezirksdaten.html> abgerufen am 25.08.2015



- 50 % der tatsächlich zur Ausführung gelangenden Kubatur sind der Zweckbestimmung „soziale Nutzung“ zuzuführen
- die Dächer dürfen an den sechs Ecken eine Dachneigung von maximal 70° aufweisen
- für den Hof wird festgesetzt, dass bei Errichtung unterirdischer Gebäude ein Erdkörper von 80 cm sowie Erdkerne für Baumpflanzungen vorzusehen sind
- am Hamerlingplatz ist außerhalb der Garagenausfahrt Vorsorge zur Pflanzung bzw. Erhaltung von einer Baumreihe zu treffen.

Ein Vergleich mit Plandokument 7562, welches für die unmittelbare Umgebung gilt, zeigt zwei Bestimmungen, welche von jenen für den Bauplatz abweichen.<sup>481</sup>

- ein Verbot der Staffelung von Baumassen
- der höchste Punkt der Dächer darf maximal 4,50 m über der tatsächlich ausgeführten Gebäudehöhe liegen

Die Gebäudehöhe des Bestandsgebäudes beträgt rund 23,40 m und überragt damit die zulässige Gebäudehöhe um 3,30 m und auch die meisten Nachbargebäude deutlich. Zusätzlich zum Bestand kommt es durch die, in Relation zur Nachbarbebauung, um einen Meter höhere zulässige Dachhöhe zu einer Verstärkung dieser Sonderstellung. Diese kann jedoch aufgrund der 50-prozentigen sozialen Nutzung argumentiert werden. Gemäß §75 (6) der Bauordnung für Wien betragen die zulässigen Gebäudehöhen in der Bauklasse I mind. 2,50 m und höchstens 9 m

<sup>481</sup> Plandokument 7562 abgerufen am 23.10.2014 unter <http://www.wien.gv.at/flaechenwidmung/public/>

bzw. in der Bauklasse IV mind. 12 m und höchstens 21 m. In Schutzzonen gilt „unabhängig vom Abstand der Fluchtlinien die“ ... „durch die Bauklasse festgesetzte Gebäudehöhe“.

Aus der zulässigen Widmung ergibt sich eine bebaubare Fläche von rund 3.760 m<sup>2</sup> in der Bauklasse IV bzw. 260 m<sup>2</sup> in Bauklasse I. Zusammen mit den maximalen Gebäudehöhen sowie der Beschränkung der Dachhöhe auf 5,50 m ist eine maximale Kubatur von rund 98.000 m<sup>3</sup> zulässig. Die tatsächlich bebaute Fläche des Bestandes entspricht im Wesentlichen der zulässig bebaubaren Fläche laut Bebauungsplan. Lediglich die innenliegenden Lichthöfe im Umfang von 250 m<sup>2</sup> sind nicht voll verbaut. Das Bestandsgebäude hat fünf Vollgeschoße, einen Keller und einen Dachboden.

Flächenübersicht Bestand (exkl. Keller und Dachboden): <sup>482</sup>

Bruttogrundfläche (BGF): 16.638,21 m<sup>2</sup>

Nettogrundfläche (NGF): 12.552,61 m<sup>2</sup>

Nutzfläche (NF) der Aufenthaltsräume: 8.636,59 m<sup>2</sup>

Nutzfläche der Nebenräume: 1.315,59 m<sup>2</sup>

Verkehrsfläche (VF): 2.600,07 m<sup>2</sup>

Daraus ergibt sich für den Bestand eine GFZ von 3,23

Aufgrund der zulässigen Höhe der Dachkubatur (5,50 m über die bestehende Gebäudehöhe von 24,30 m hinaus) sind zwei Dachgeschoße möglich. Dadurch lässt sich die Dichte deutlich erhöhen. Die BGF steigt dann auf 21.138,21 m<sup>2</sup> und die GFZ (inkl. DG) auf 4,10.

<sup>482</sup> Grundlage der Flächenaufstellung sind Bestandspläne aus dem Jahr 2009.

Die Festsetzung der 50%-igen „sozialen Nutzung“ wurde im Zuge der Flächenwidmung seitens des Bezirkes durchgesetzt. Der Bezirk versteht unter einer sozialen Nutzung jene, die allen Josefstädter Bewohnern zugute kommt. Welche konkreten Nutzungen als „sozial“ gelten, ist aus der Wiener Bauordnung allerdings nicht direkt ableitbar. Für Wohngebiete gilt:

*„ ... dürfen in Wohngebieten nur Wohngebäude, Bauwerke, die religiösen, kulturellen oder sozialen Zwecken oder der öffentlichen Verwaltung dienen, sowie darüber hinaus gewerbliche Nutzungen (Gast- und Beherbergungsbetrieb, Büros, Geschäfte, Werkstätten, Versammlungsstätten) in kleinerem Umfang errichtet werden.“<sup>483</sup>*

„sozial“ aus lat. socialis bedeutet zunächst eher allgemein „die menschliche Gesellschaft, Gemeinschaft betreffend“ aber dann auch konkreter „das Gemeinwohl betreffend, der Allgemeinheit nutzend“ bzw. „gemeinnützig, menschlich, wohltätig, hilfsbereit“. <sup>484</sup>

Allgemein betrachtet ist demnach jede Nutzung sozial wenn sie die Gesellschaft betrifft. Da aber eine so verstandene Widmungsvorschrift ohne Auswirkung wäre, gehe ich davon aus, dass damit eine gemeinnützige und grundsätzlich jedem bzw. einem größeren Adressatenkreis offen stehende Nutzung gemeint ist. Dies legt eine Umsetzung durch einen gemeinnützigen Bauträger bzw. Betreiber nahe. Durch die Herausbildung verschiedener Gebäudetypen ist es auf Seite der Bauträger und Betreiber zu einer Spezialisierung auf einzelne Sektoren gekommen. Bei der Kombination verschiedener Nutzungen müssen

diese daher kooperieren. Konkret ist bei der Integration von Pflegewohnformen in einen Wohnbau eine Zusammenarbeit eines Wohnbauträgers mit einem Träger von Pflegeeinrichtungen erforderlich. Diese Zusammenarbeit sollte schon in der Phase der Projektentwicklung erfolgen. Auch die in guter Lage vorhandene Gefahr, dass Wohnungen als Vorsorgewohnungen ungenutzt bleiben, muss berücksichtigt werden. Unterstützend ist daher eine Umsetzung durch eine Genossenschaft oder durch einen gemeinnützigen bzw. karitativen Träger. Dadurch kann durch Einflussnahme auf die Wohnungsvergabe auch auf Dauer eine gemischte Nutzung ermöglicht werden.

<sup>483</sup> §6 BO f. Wien

<sup>484</sup> DUDEN Fremdwörterbuch, S.1279

### 7.1.5. Umgebung

Die unmittelbare Umgebung ist durch eine relativ einheitliche gründerzeitliche Blockrandbebauung (durchwegs Bauklasse IV) geprägt. Diese Homogenität der Verbauung, überwiegend Wohnbauten, hat ihre Ursache in dem in den Jahren 1903 bis 1910 vorgenommenen Abbruch der Josefstädter Kaserne (auch „Kavalleriekaserne“ genannt).<sup>485</sup> Diese bauliche Historie ist heute noch in der Altersstruktur der Bebauung und der Geländemodellierung (Plateau der ehemalige Kavalleriekaserne) erkennbar.



Abbildung: Stadtplan mit Alterstruktur der Bebauung.<sup>486</sup>

<sup>485</sup> Achleitner, S. 218.

<sup>486</sup> Stadtplan abgerufen unter [www.wien.gv.at](http://www.wien.gv.at)

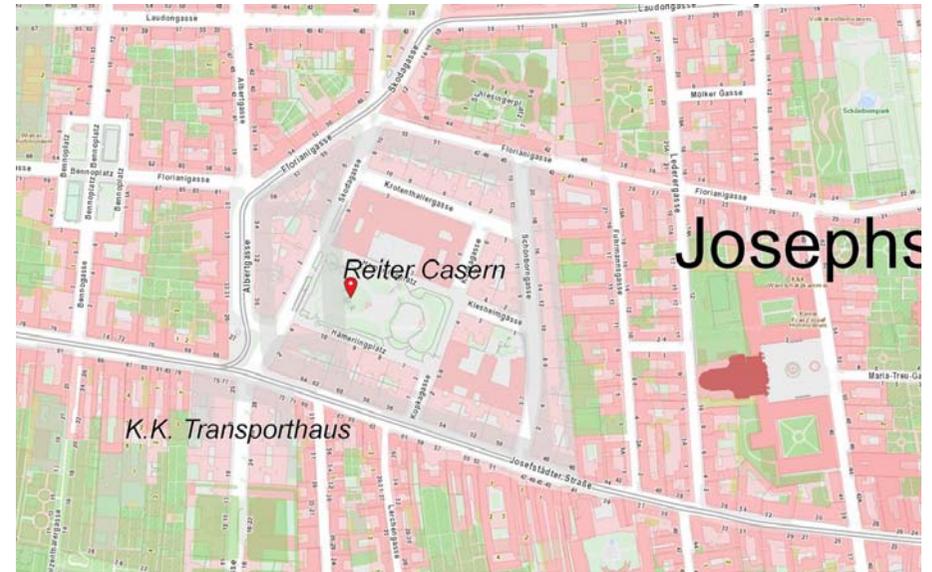


Abbildung: Stadtplan mit historischer Bebauung der Kavalleriekaserne.<sup>487</sup>

Die Bebauungsdichte der Umgebung ist ebenfalls sehr hoch. So weist die Blockrandbebauung „Krotenthallergasse – Skodagasse – Florianigasse – Schönborngasse“ auf einer Fläche von 4.430 m<sup>2</sup> eine verbaute Fläche von 3.570 m<sup>2</sup> auf. Bei durchwegs fünf-geschoßiger Verbauung bedeutet dies eine GFZ von 4,0 und bei Berücksichtigung eines zusätzlichen Dachgeschoßes von 4,8.

Hinsichtlich der Gebäudehöhe fällt das im Jahr 1904 von dem Architekten und Stadtbaumeister Wilhelm Fraenkel für sich selbst erbaute Wohnhaus in der Krotenthallergasse 8 mit einer beschränkten zulässigen Gebäudehöhe von 18 m auf. Hinsichtlich der Nutzung ist die „Neue Wiener Handelsakademie“ am Hamerlingplatz 5-6, erbaut in den Jahren 1906/07, von Architekt Julius Deiniger zu erwähnen.

<sup>487</sup> Stadtplan abgerufen unter [www.wien.gv.at](http://www.wien.gv.at)

Während die den Hamerlingpark umgebenden gründerzeitlichen Wohngebäude einheitlich ein Hochparterre (ca. 1,5m über dem angrenzenden Niveau) mit dadurch natürlich belichteten und belüfteten Souterrainlokalen bzw. -kellerräumen aufweisen, sind die Gebäude entlang der Josefstädter Straße und dem Josef-Matthias-Hauser-Platz mit einem entsprechend erhöhten Erdgeschoß für die Nutzung als Geschäftslokale ausgestattet. Der dann wieder einheitlich auf einer Höhe liegende 1. Stock wird durch Hauptgesimse akzentuiert und definiert so eine zweigeschoßige Sockelzone.

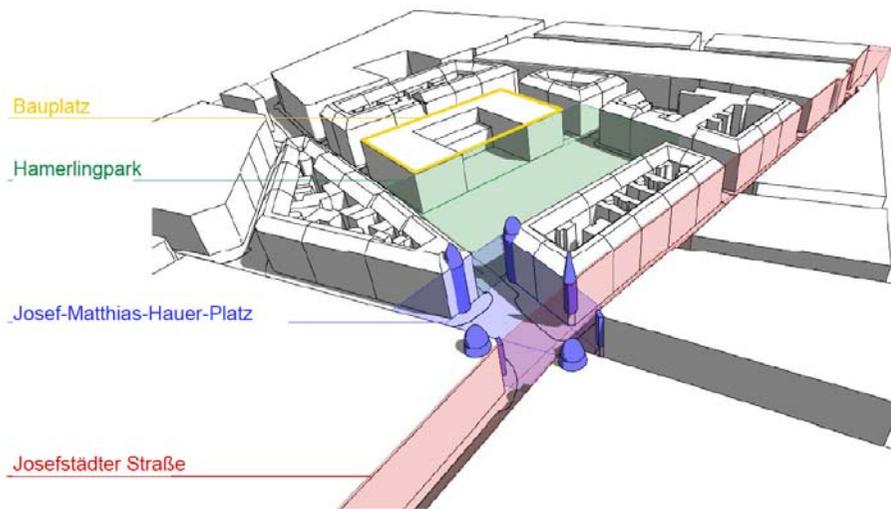


Abbildung: Josef-Matthias-Hauser-Platz, Blick Richtung Hamerlingpark



Abbildung: Blick vom Hamerlingpark Richtung Josef-Matthias-Hauser-Platz

Das städtebauliche Prinzip der umgebenden Bebauung in gründerzeitlichen Baustilen basiert auf der Abfolge geschlossener, von Gebäudefassaden gerahmter, Straßenräume. Die Fassaden unterwerfen sich dabei den einheitlichen übergeordneten Gestaltungsprinzipien (Traufhöhe, zurückhaltende Farbgebung, Putzfassaden, Haupt- und Zwischengesimse, einheitliche Dachform, Rhythmisierung durch tektonischen Dekor und einheitliche Relieftiefe). Die vertikale Betonung durch Erker, Balkone, hochrechteckige Fenster und risalitmäßige Dachausformung wird erst bei frontaler Betrachtung deutlich. Beim Blick in den Straßenraum wird die Horizontalität durch die erwähnten Elemente betont.



### Räumliche Situation des Bauplatzes

Der Kreuzungspunkt der Straßenbahnlinien am Josef-Matthias-Hauser-Platz markiert den zentralen Punkt im Bezirk. Für diesen Platz, der mehr als großer Kreuzungsbereich funktioniert und die anschließende Albertgasse, gibt es im Bezirk Bestrebungen einer Aufwertung durch Schaffung einer Begegnungszone und Erweiterung der Gehsteigflächen. So kann zusammen unter Einbeziehung des Hamerlingparks und den sozialen Nutzungen im Projekt ein echtes Bezirkszentrum entstehen.

### Grünflächen

Die Josefstadt verfügt mit 2,09 Hektar Parkfläche über die kleinsten Parkflächen eines Wiener Gemeindebezirks. Der größte Park der Josefstadt ist der Schönbornpark mit 1 ha, gefolgt vom Hamerlingpark mit 0,6 ha.

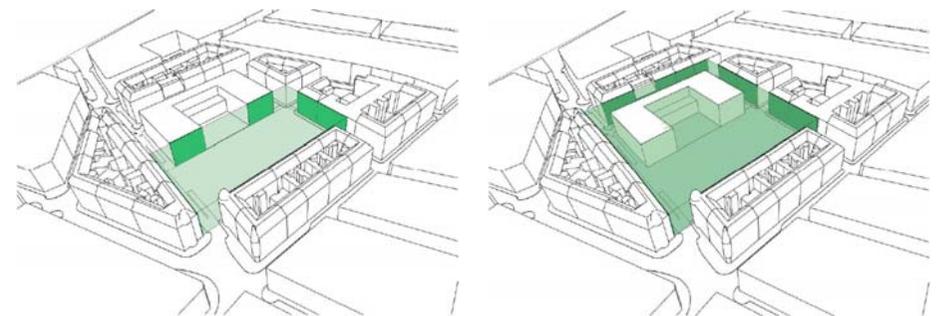
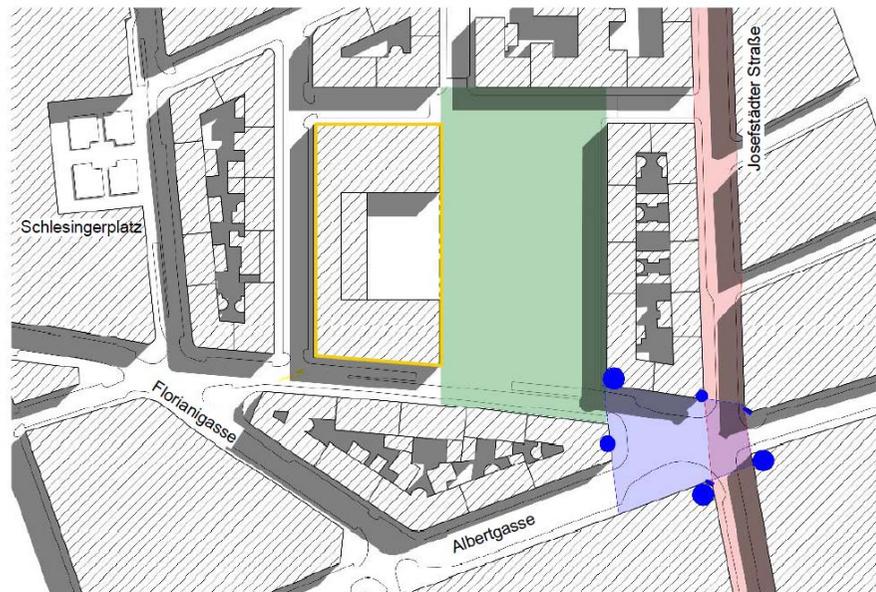
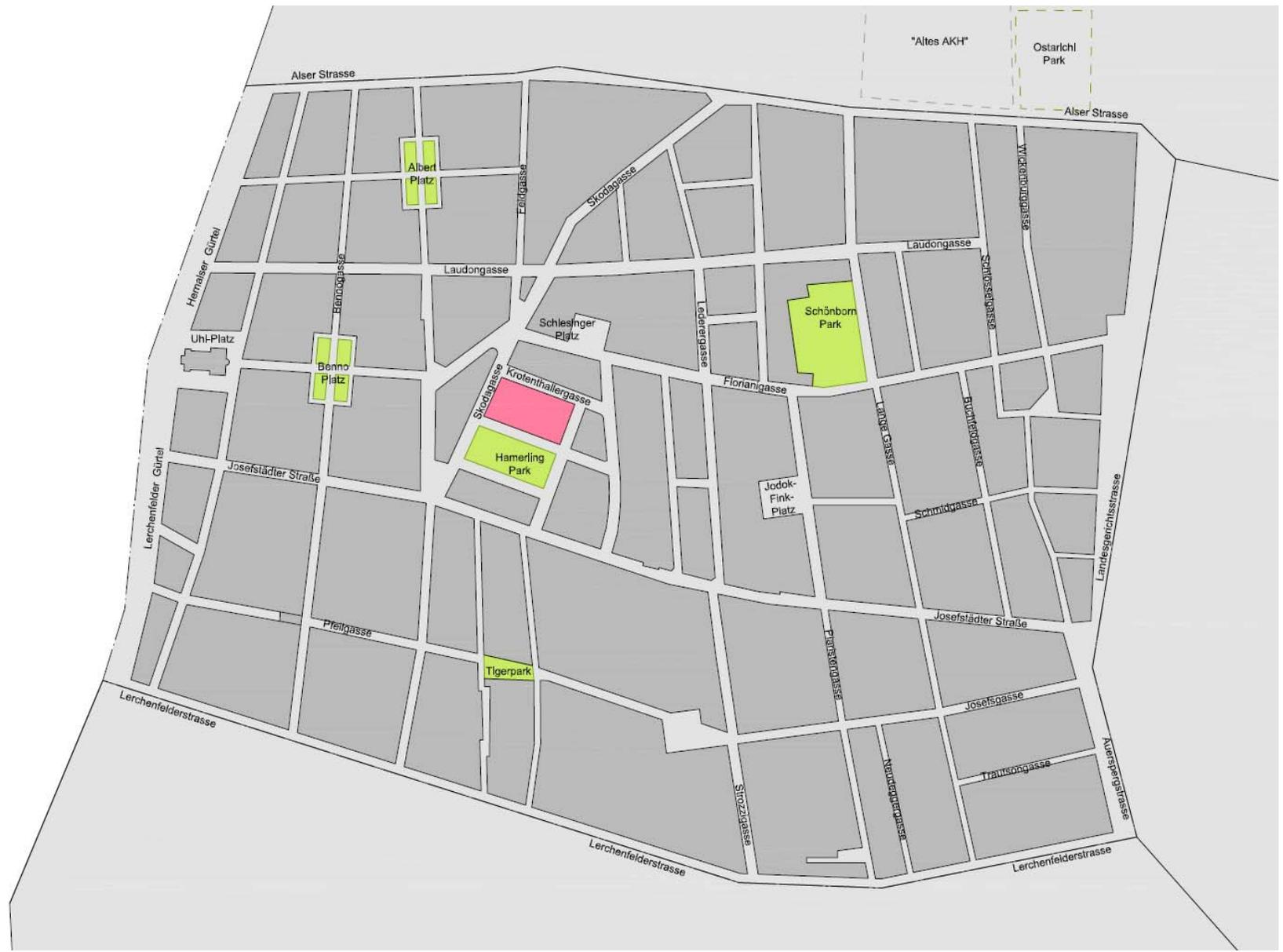


Abbildung oben: Stellung des Bestandsgebäudes am/im Park  
 Abbildung links: Situation des Bauplatzes  
 Abbildung rechts: Bezirksplan mit Lage der wichtigsten öffentlichen Grünräume



## 7.2. Entwurfskonzept

### 7.2.1. Städtebauliche Aspekte

Als Rahmen für den Entwurf wird das gegenständliche Grundstück ohne vorhandene Bebauung herangezogen. Ich möchte der Sanierung des Bestandsgebäudes, welche auch einen Teilabriss, einen Zubau im Bereich des Mitteltraktes, sowie einen gestaffelten DG-Aufbau beinhaltet, einen Alternativentwurf gegenüber stellen.<sup>488</sup>

Da das Gebäude nicht unter Denkmalschutz steht, ist ein Abbruch grundsätzlich möglich. Das Gebäude liegt in einer Schutzzone und ein Neubau bedürfte daher der Zustimmung der Magistratsabteilung für Architektur und Stadtgestaltung (MA19). Die Bauordnung für Wien trifft dazu im § 60 (1) d) folgende Aussagen:

*„In Schutzzonen darf die Abbruchbewilligung nur erteilt werden, wenn an der Erhaltung des Bauwerkes infolge seiner Wirkung auf das örtliche Stadtbild kein öffentliches Interesse besteht und es seiner Ausführung, seinem Charakter oder seinem Stil nach den benachbarten Bauwerken in derselben oder gegenüberliegenden Häuserzeile nicht angeglichen ist oder sein Bauzustand derart schlecht ist, dass die Instandsetzung seiner Wirkung auf das örtliche Stadtbild nach nicht gerechtfertigt erscheint oder das Bauwerk nach der Instandsetzung technisch als ein anderes angesehen werden muss.“*

Um die bestehende Wirkung auf das Stadtbild zu berücksichtigen, soll der markante westliche Seitentrakt in einem Neubau zitiert

<sup>488</sup> vgl. [www.dashamerling.at](http://www.dashamerling.at) abgerufen am 26.08.2015

werden. Aufgrund des verloren gegangenen tektonischen Fassadendekors und der dadurch verbliebenen relativ nüchternen Gestalt besteht nur noch ein geringer Beitrag zur gründerzeitlichen Ensemblewirkung. Damit fällt auch ein wichtiges Argument für die Erhaltung der Fassadenmauern.

Nachfolgend möchte ich kurz die Vorteile eines Neubaus anführen:

- barrierefreie Erdgeschoßzone (im Bestand Hochparterre!)
- hohe Raumhöhe im Erdgeschoß möglich (ca. 4,70m)
- höhere Flächeneffizienz (Konstruktionsfläche, Gänge)
- höhere Flexibilität in der Grundrissgestaltung
- bessere Belichtung
- zusätzliches Geschoß durch angepasste Raumhöhen

Als Nachteile müssen folgende Punkte gesehen werden:

- Verlust der historischen Bausubstanz
- geringere Raumhöhen in Obergeschoßen
- Kosten für Abbruch
- Ressourcenverbrauch

Insgesamt überwiegen, aus meiner Sicht, die Vorteile. Insbesondere die stufenlose Zugänglichkeit der EG-Zone und die Öffnung des Gebäudes zum Park stellen einen Mehrwert eines Neubaus dar. Da Bauland im gut erschlossenen Stadtgebiet begrenzt und angesichts der steigenden Bevölkerungszahlen wertvoll ist, soll die im Bestand erzielbare Nutzfläche auch für den Entwurf eines Neubaus als zu erreichender Richtwert herangezogen werden. Aufgrund geringerer Geschoßhöhen sowie

reduziertem Flächenverbrauch für Wandstärken, Stiegenhäuser und Gänge in einem Neubau, ist dafür ein geringeres Bauvolumen erforderlich. Da die im Bestand erzielbare Dichte bereits als sehr hoch anzusehen ist, soll diese in einem Neubau jedenfalls nicht weiter erhöht werden.

Bei Maximalausnutzung der Widmung und einer Geschosshöhe von 2,90 m käme man auf 3 in BKL I bzw. 8,5 in BKL IV mögliche Geschosse und erreicht eine BGF von rund 780 m<sup>2</sup> in BKL I bzw. rund 31.960 m<sup>2</sup> in BKL IV und gesamt daher 32.740 m<sup>2</sup>.<sup>489</sup> Die Dichte würde somit bei 6,35 (inkl. DG-Ausbau) liegen.

In meinem Entwurf möchte ich jedoch nicht die maximal erzielbare BGF darstellen, sondern nur jene, welche notwendig ist, um dieselbe Nutzfläche wie im Bestand mit DG-Ausbau zu erzielen sowie eine allfällige Erhöhung um die Kosten für den Abbruch auszugleichen.

Die Nutzfläche im Bestand beträgt einschließlich des zulässigen DG-Ausbaus rund 13.500 m<sup>2</sup>. Ausgehend von dieser Nutzfläche (NF) kann die in einem Neubau erforderliche BGF abgeschätzt werden. Das Verhältnis NF/BGF als Planungswert für Wohngebäude wird laut Literatur mit 0,70 angegeben.<sup>490</sup> Um die NF von 13.500 m<sup>2</sup> zu erreichen wird daher eine BGF von 17.550 m<sup>2</sup> angesetzt.

Aus der zulässigen Gebäudehöhe von 21 m und der Dachhöhe von 5,5 m können in einem Neubau ein Sockelgeschoß mit einer

<sup>489</sup> inklusive Dach- und exklusive Kellergeschoßen

<sup>490</sup> Studie über Wirtschaftlichkeitsparameter und einen ökonomischen Planungsfaktor für geförderte Wohnbauprojekte in Wien, Kolbitsch et. al., Wien 2008. S. 154

Raumhöhe von 4,80 m (optional Möglichkeit für ein Zwischengeschos), zwei erhöhte Geschosse für eine Pflegeeinrichtung mit einer Raumhöhe von zumindest 2,8 m (optional daher auch für Büro Zwecke nutzbar) sowie vier weitere Ebenen für Wohnnutzung mit einer Raumhöhe von zumindest 2,6 m, sowie ein zurückgesetztes Dachgeschoß dargestellt werden.

### **Einbettung in die Umgebung**

Der Hamerlingpark wird durch die umgebende einheitliche Blockrandbebauung in Form eines Rechteckes umfasst und bekommt so einen platzähnlichen Charakter. Der Bauplatz selbst hat der vorangegangenen Nutzung entsprechend eine Sonderstellung. Diese möchte ich nicht durch Fortführung der in der Umgebung üblichen strengen Blockrandbebauung kaschieren. Der Neubau soll nicht nur als Fassade für den Hamerlingpark dienen, sondern selbst Teil des Grünraumes werden, und umgekehrt soll der öffentliche Raum des Parks im Gebäude fortgeführt werden. Ziel des Entwurfes ist somit eine Verzahnung und Überlagerung von Freiraum und Gebäudekörper.

Gem. BO. f. Wien § 85 (5) gilt:

*„Bei Errichtung eines neuen Gebäudes in einer Schutzzone ist das Gebäude ..... auf zeitgemäße Weise in das Stadtbild einzuordnen, oder es sind hinsichtlich des Baustils, der Bauform, der Gebäudehöhe, der Dachform, des Maßstabes, des Rhythmus, der Proportion, der technologischen Gestaltung beziehungsweise der Farbgebung die benachbarten Gebäude in derselben oder gegenüberliegenden Häuserzeile zu berücksichtigen“*

Die Farbgebung der Nachbarbebauung ist dezent und von relativ einheitlicher Intensität. Helle Putzfassaden in Pastell- bis Erdtönen

dominieren und werden auch im Neubau eingesetzt. Das Geflecht aus horizontaler Gliederung der Geschoße durch Gesimse und einheitlichen Traufhöhen sowie vertikalen Fensterachsen werden im Neubau aufgenommen.

Die an die umgebende Bebauung angepasste Traufhöhe von rund 23,4 m ü. Niveau im Bestand wird für den Neubau übernommen und leicht überschritten. Konsequenz ist eine oberste Fußbodenhöhe, die über 22 m liegt und damit verschärfte Anforderungen an den Brandschutz bzw. die Rettung von Personen auslöst.<sup>491</sup>

Die für die Gründerzeit typische Zonierung mit Geschäften in einer erhöhten, hofseitig erweiterbaren Sockelzone und darüber liegende Wohnungen wird konzeptionell übernommen. Die Ausbildung eines Sockels im Neubau schafft Distanz zum öffentlichen Raum und gibt den Wohnungen die notwendige Privatheit bei gleichzeitiger sozialer Kontrollmöglichkeit.

Der Baukörper des Neubaus wird entlang der Skodagasse leicht zurückgesetzt. Dadurch entsteht ein langgestreckter trapezförmiger Vorplatz, der Distanz zur Tiefgarageneinfahrt bringt. Darüberhinaus erleichtert dieses Zurücksetzen die laut Bebauungsplan geforderte Baumreihe entlang des Bereiches der Tiefgaragenein- und ausfahrten. Das straßenseitig differenzierte Zurücksetzen der EG-Zone schafft überdachte Hauseingänge. Der zum Park hin geöffnete Innenhof mit großzügigem witterungsgeschütztem Aufenthaltsbereich bildet den fußläufigen Zugang zu allen Eingängen der erdgeschoßigen Nutzungen sowie der Pflege-Wohngruppen. Im 3. Obergeschoß wird das Zurücksetzen des

<sup>491</sup> vgl. OIB RL 2.3 bzw. TRVB N 132/03

Gebäudevolumens wiederholt und lässt so eine an ein Schiffsdeck erinnernde Ebene entstehen. Als Ausgleich für die Überschreitung der Gebäudehöhe werden ab dem 3. Obergeschoße an jeder Seite Volumen freigelassen – auch um die Belichtungssituation der Nachbarbebauung zu verbessern.

In Anlehnung an das Vorbild der niederländischen „woonzorg-zonen“ bildet das Entwurfsprojekt das Zentrum für die Betreuung der BewohnerInnen in der Nachbarschaft. So verstehen sich die Angebote im Entwurfsprojekt als Teil eines größeren Netzwerkes, zu dem insbesondere auch die im Quartier verstreut lebende BewohnerInnen mit Betreuungsbedarf zählen, welche in ihren angestammten bzw. barrierefreien Wohnungen leben und mobile Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen.

## **7.2.2. Freiraumkonzept**

### **Gestaltungskonzept Hamerlingpark**

Der Hamerlingpark muss als einer der wenigen Grünflächen im Bezirk eine Vielzahl an Anforderungen unterschiedlicher Nutzergruppen (Handelsakademie, Kindergarten, BewohnerInnen der Nachbarschaft, etc.) erfüllen.

Um diese vielfältigen Nutzungen zu ordnen und nebeneinander zu ermöglichen, wird der Park in Zonen gegliedert. Der Bereich zur Skodagasse ist durch die Garagenaus bzw. -einfahrt dominiert. Die Fußgängerfrequenz ist in diesem Bereich durch die nahe Josefstädter Straße höher. Dieser „städtische“ Bereich wird daher mit einem harten Bodenbelag aus Stein- bzw. Betonplatten für eine intensivere Nutzung vorbereitet. Hier können zum Beispiel kleinere Märkte stattfinden. Dieser Bereich eignet sich aber auch als

Treffpunkt für Jugendliche (Skateboarding, Parcours). Insgesamt entsteht so eine mehrteilige Raumsequenz aus dem linearen Straßenraum der Josefstädter Straße, dem vertikal dominierten Mathias-Hauer-Platz (Türmchen) und dem neuen „Marktplatz“, der als Filterzone zum Park hin vermittelt.

An den „Marktplatz“ schließt ein offen gestalteter Park mit wassergebundener Decke. Dieser Bodenbelag kombiniert die Vorteile eines festen Untergrundes, der bei regelmäßiger Pflege auch mit dem Rollstuhl benutzt werden kann, mit der Versickerung von Niederschlagswässern. Der Park selbst wird in verschiedene Bereiche geteilt. Ruhezonen, die zum Ausrasten einladen, und das Beobachten des Treibens im Park ermöglichen. Ein Brunnen bietet Abkühlung und definiert die Mitte des Parks. Für körperliche Aktivitäten sind ein geschützter Spielplatz für Kinder, ein Fußballkäfig für Jugendliche und Outdoor Fitnessgeräte geplant.

Von den Rändern zur Parkmitte hin wird die Beleuchtungshöhe abgesenkt. So entsteht eine Differenzierung aus gut ausgeleuchteten und sicheren Räumen mit einem hohem Grad an sozialer Kontrolle entlang der Häuserfronten, schwächer beleuchteten Räumen entlang der Wege und Lichtungen im Park (niedrigere Laternen oder Leuchtpoller) und im Schatten liegenden dunklen Bereichen, die nur indirekt beleuchtet werden (Bodenstrahler) und so den Blick auf den Nachthimmel verbessern und Blendungen vermeiden.

### **Gestaltungskonzept der beiden Innenhöfe**

Durch großzügige Verglasungen, Blickbeziehungen und Wegeführungen in der Sockelzone erfolgt ein Weiterführen des Freiraumes in das Gebäude. Die der traditionellen

Blockrandbebauung innewohnende charakteristische strikte Trennung zwischen privatem und öffentlichen Außenraum wird durch eine Staffelung in einen öffentlichen Park, einen halböffentlichen zum Park hin geöffneten und einen geschützt liegenden Innenhof mit introvertiertem Charakter strukturiert.

### **Sinnesgarten im 3.Obergeschoß**

Freiräume für Menschen und insbesondere für jene mit Demenz sollten möglichst alle Sinne aktivieren. Für die BewohnInnen der Pflege-Wohngruppen werden daher auf der Dachterrasse im 3.OG unter anderem Hochbeete mit Kräutern, Nutzpflanzen und Blumen entlang eines Rundweges mit Aussichtspunkten auf den Park und den Straßenraum angeordnet. Überdachte Bereiche bieten Schutz vor zu starker Sonneneinstrahlung. Differenzierte Bodenbeläge (Rindenmulch, Rundkiesel, Gras, etc.) sprechen sowohl den Tastsinn als auch den Gleichgewichtssinn, Duftgräser und -pflanzen das Riechen und Schmecken an. Der Gehörsinn kann durch Windspiele, einen plätschernden Brunnen, das Knirschen von Kieselsteinen oder Blätterrauschen angeregt werden. Gärten für Menschen mit Demenz werden daher auch als „Sinnesgärten“ und aufgrund ihrer therapeutischen Wirkung als „Therapiegärten“ bezeichnet. Da mit fortschreitendem Alter gerade die sonst dominanten Sinne des Sehens und Hörens beeinträchtigt werden, kommt den übrigen Sinnen besondere Bedeutung zu.

### 7.2.3. Tragsystem

Projektspezifisch sind die sich aus den übereinanderliegenden Nutzungen der Pflege-Wohngruppen bzw. Wohnungen ergebenden unterschiedlichen Zonierungs- bzw. Trakttiefen. Diese sind mittels Längswandtyps – Decken von Außenwand zu Mittelmauer gespannt – schwer lösbar. Die Entscheidung bei der Wahl des Tragsystems fällt daher auf einen Stahlbetonbau in Schottenbauweise mit einem Raster von 8,40 m, welcher in Teilbereichen zu Stützen bzw. kurzen Wandstücken aufgelöst wird.

Aufgrund der zentralen innerstädtischen Lage in einem Wohngebiet bietet sich eine Bauweise mit erhöhtem Vorfertigungsgrad an. Durch eine kürzere und emissionsarme Bauphase können sowohl die Belastungen für die Anrainer als auch die Bauzeit reduziert werden. Denkbar wäre daher der Einsatz vorgefertigter Decken- und Fassadenelemente.

Um das Ziel einer durchlässigen und in der Nutzung möglichst flexiblen EG-Zone zu erreichen, werden möglichst wenige tragende Wände ausgeführt. Die in Stützen und wenige Scheiben bzw. Kerne aufgelöste Tragstruktur ermöglicht eine flexible Raumaufteilung. Aufgrund der Raumhöhe von rund 4,70m sind im Erdgeschoß allenfalls notwendige Unterzüge möglich.

Das gewählte Tragsystem bietet Vorteile für die Belichtung, die Leitungsführungen von den Gangzonen in die Pflegezimmer, sowie einen Flächengewinn durch die geringere Anzahl an tragenden Wänden. Darüberhinaus garantiert der großzügige Raster Flexibilität sowohl in der Grundrissgestaltung als auch hinsichtlich zukünftiger Nutzungen. Geschoßhöhen, Stiegenhausbreiten,

Ausbauraster und haustechnischer Platzbedarf (Lüftungsquerschnitte) entsprechen den Anforderungen an zeitgemäße Büros. Einschränkungen für eine Büronutzung ergeben sich in Bezug auf den Bodenaufbau (Doppelboden) sowie die Lage der Sanitärgruppen.

### 7.2.4. Brandschutz

Pflegeeinrichtungen gelten lt. OIB-Richtlinie 2 als Sondergebäude, für die ein eigenes Brandschutzkonzept zu erstellen ist. Mangels spezifischer gesetzlicher Regelungen werden dafür unter anderem die technischen Richtlinien des österreichischen Bundesfeuerwehrverbandes angewendet. TRVB N 132 „Krankenhäuser und Pflegeheime – bauliche Maßnahmen“ gilt für alle Pflegeeinrichtungen ab 45 Bewohnern. Maßgebend sind die Nachtstunden wenn nur wenig Personal anwesend ist. Da die Evakuierung mobilitätseingeschränkter Bewohner im Regelfall nur durch dieses und Einsatzkräfte erfolgen kann, besteht das Schutzziel lt. TRVB in einer ersten Stufe im Verbleib der Bewohner in den Zimmern. Im Regelfall sind die Gänge auch Fluchtwege und die Wände und Öffnungen zu den Zimmern haben daher Brandschutzaufgaben zu erfüllen (Wände REI60 bzw. EI30, Türen E30 und Lichtöffnungen E30 und erst ab 1,80m über Fußboden). Als zweite Stufe ist die Verlegung der Bewohner in einen angrenzenden Bereich auf derselben Ebene vorgesehen. Dies bedeutet eine Unterteilung eines Geschoßes in mehrere Rauch- bzw. Brandabschnitte. Als geeigneter Bereich bietet sich hierfür der gemeinsame Mitteltrakt an. Erst in einer dritten und vierten Stufe sind die Evakuierung in eine andere Ebene bzw. ins Freie angeführt. Dafür sind die Fluchtstiegenhäuser mindestens 1,50m breit auszuführen.

Brandabschnitte dürfen max. 1.200m<sup>2</sup> groß sein und dürfen nicht geschoßübergreifend ausgebildet werden. Es können daher jeweils zwei Wohngruppen zusammengefasst werden. Einzig Eingangshallen dürfen sich über mehrere Geschoße erstrecken, sofern sie nur eine geringe Brandlast aufweisen. Rauchabschnitte dürfen max. 20 m lang sein und müssen über zwei Fluchtwege verfügen. Dabei darf die Fluchtwegslänge von jeder Zimmertüre maximal 10 m betragen. Weiters sind Küchen, in denen gekocht wird, als eigene Brandabschnitte auszuführen.

Betrachtet man diese Anforderungen, sind wohnungsähnliche Pflege-Wohngruppen kaum realisierbar. Alleine die maximale Fluchtwegslänge von 10 m führt fast zwangsläufig zu einem institutionell wirkenden Mittelgangtypen oder niedriggeschoßiger Bauweise.

Obwohl diese zusätzlichen Maßnahmen einerseits einen finanziellen Aufwand bedeuten, eröffnen sie andererseits den notwendigen Spielraum bei den oben angeführten Anforderungen. Es sind daher sowohl kommunikationsfördernde Lichtöffnungen zu den Zimmern, Boden- und Wandbeläge aus Holz, zu den Gangbereichen offene Wohnküchen, geschoßübergreifende Atrien und größere Rauchabschnitte praktisch umsetzbar.<sup>492</sup>

### 7.2.5. Überlegungen zur Typologie des Pflege-Zimmers

Strukturbildende Einheit ist das Einzelzimmer bzw. Appartement mit eigenem Bad/WC. Dabei hat die Lage des Sanitärraumes entscheidenden Einfluss auf den Charakter des Appartements. Der häufigste Grundrisstyp stellt dabei die paarweise gangseitige

<sup>492</sup> vgl. Geriatriezentrum Liesing, Favoriten, Simmering,

Anordnung dar. Dabei bleibt jedoch nur ein schmaler Vorraum zum Gang hin, der fast zur Gänze von der erforderlichen Türbreite von 1,10 m eingenommen wird. Es sind keine Öffnungen zum Gang hin möglich bzw. müssen die Zimmer sehr breit ausgeführt werden. Das Bett wird bei diesem Typ durch den Sanitärraum verdeckt und es bildet sich ein vom Gang aus nicht einsehbarer Bereich, der den privaten Charakter betont. Eine Drehung des Bettes um 90 Grad mit dann direktem Blick nach draußen ist möglich.

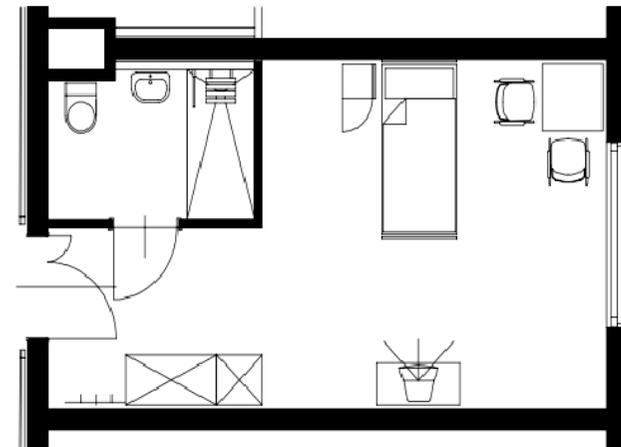


Abbildung: Standard Einzelzimmer mit gangseitigem Sanitärraum.<sup>493</sup>

Bei paarweiser fassadenseitiger Anordnung der Sanitäräume wird der Fassadenanteil für das Zimmer sehr schmal bzw. muss die Breite erhöht werden. Dieser Typ betont die Orientierung zum Gemeinschaftsraum hin und es sind neben der Tür- auch Fensteröffnungen möglich. Vorteil ist die natürliche Belichtung des Sanitärraumes, der so deutlich aufgewertet wird.

<sup>493</sup> eigene Zeichnung

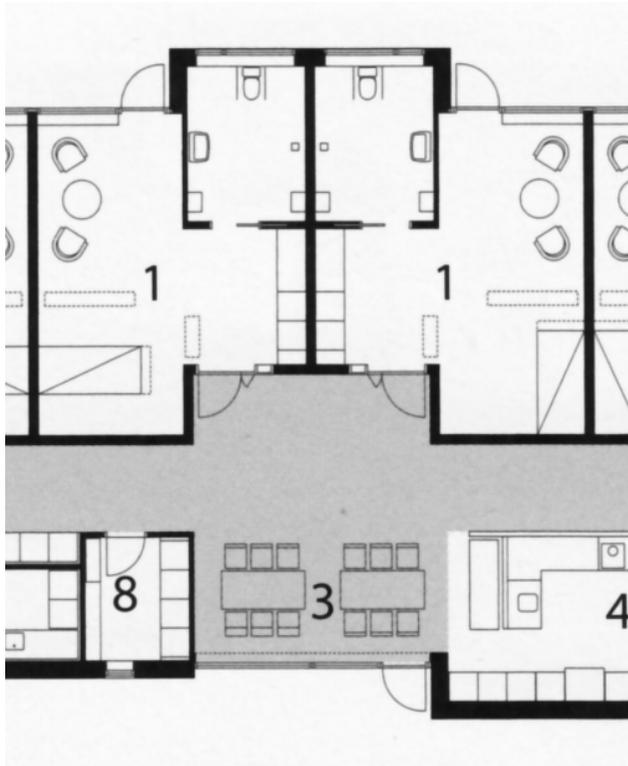


Abbildung: Einzelzimmer mit fassadenseitigen Sanitarräumen.<sup>494</sup>

Bei achsialer Anordnung entsteht ein neutraler Raum der sich in gleicher Weise zum Gang und zum Außenraum orientieren kann. Nachteilig, weil mit deutlich höherem Flächenverbrauch verbunden, ist die notwendige größere Zimmerbreite.

Ordnet man die Sanitarräume mit Abstand zueinander an, entsteht zusätzlich ein Raum für eine Schranknische, wodurch die Zimmerbreite wieder etwas reduziert werden kann.

<sup>494</sup> Ambulant betreute Wohngruppe Humlehusene in Dänemark. Heeg 2008, S.248

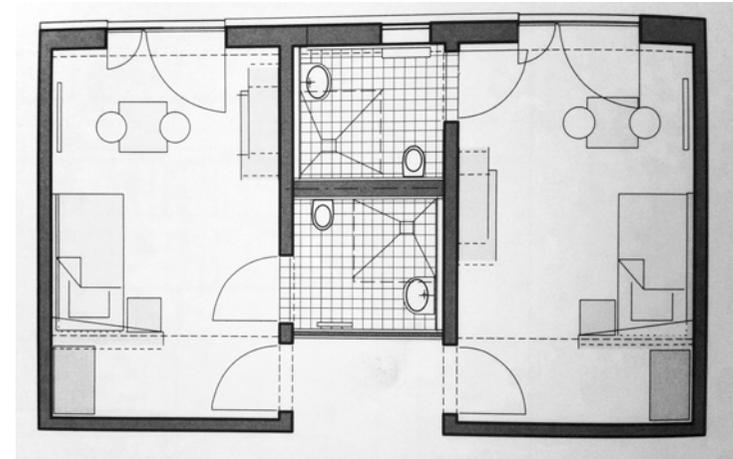


Abbildung: EZ mit achsial gekoppelter Anordnung der Sanitarräumen.<sup>495</sup>

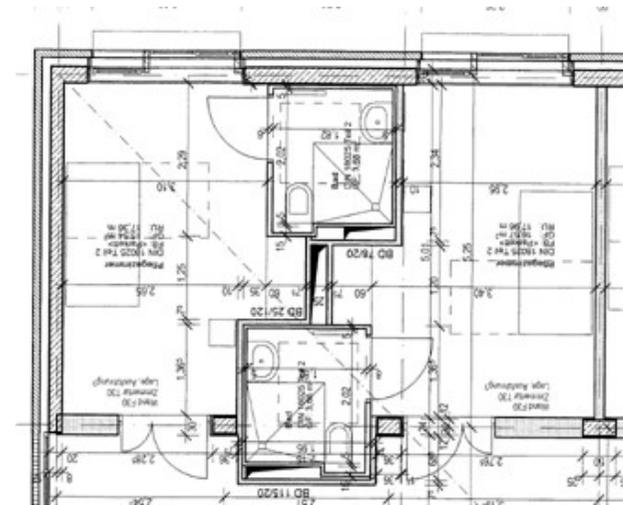


Abbildung: Einzelzimmer mit achsialer Anordnung der Sanitarräumen.<sup>496</sup>

<sup>495</sup> Pflegeheim Burgbreite in Wernigerode, Feddersen/Lüdtke 2011, S.218

<sup>496</sup> Pflegeheim St Anna in Karlsruhe, Feddersen/Lüdtke 2011, S.182

Für meinen Entwurf habe ich diese Raumnische, aufgrund der vorhandenen hohen Trakttiefe, soweit vergrößert, dass eine geschützte Bettinische entsteht und so die Vorteile beider Typen kombiniert werden können.

Auch das Achsmaß hat einen starken Einfluss auf die zugehörige Erschließungs- und Fassadenfläche. Je breiter das Zimmer, umso mehr dieser Flächen werden notwendig. Für wirtschaftliche Grundrisse werden daher möglichst schmale Achsmaße angestrebt. Gleichzeitig dürfen die Wohnqualität und die nötigen Bewegungsflächen nicht zu sehr eingeschränkt werden. Für Apartments nach dem Hausgemeinschaftsmodell wird in der Literatur ein Achsmaß von 4 m als wirtschaftliches Standardmaß angegeben.<sup>497</sup>

### **Leitbilder und Nutzungskonzept**

Nachdem ein für die Initialnutzung des „Wohnens für Ältere und Pflegebedürftige“ geeigneter Standort gefunden wurde, und das vorhandene Angebot an Infrastruktur und die widmungsmäßigen Randbedingungen analysiert wurde, galt es, ein darauf und in sich abgestimmtes Nutzungskonzept zu entwickeln.

Die Leitbilder für meinen Entwurf sind dabei:

#### *Integratives Wohnen*

Dies bedeutet ein differenziertes auf verschiedene soziale Gruppen abgestimmtes Wohnraumangebot.

#### *Wohnortnahes Pflegeangebot*

Darunter verstehe ich in Bezug auf die Pflege dezentrale im Wohnquartier gelegene Wohnformen. Dies erfordert kleine Pflegeeinrichtungen. Diese führen bei Ausnutzung der Kubatur direkt zu einer Kombination mit anderen Nutzungen. Die Alternative sind monofunktionale niedriggeschoßige Gebäude (Beispiele: Supermärkte, Tankstellen, Schulen, etc.)

#### *Nutzungsmischung*

Multifunktionalität sehe ich als Möglichkeit Integration zu fördern und gleichzeitig einzelne Funktionen intensiver und damit wirtschaftlicher umzusetzen.

#### *Nachhaltigkeit durch Flexibilität*

Unter Flexibilität verstehe ich in erster Linie mögliche Nachnutzungen nicht zu verhindern. Die wichtigsten baulichen Maßnahmen dafür sind entsprechend „überdimensionierte“ Stiegenhäuser, Raumhöhen und große zusammenhängende Geschoßflächen.

#### *Soziale Nutzung*

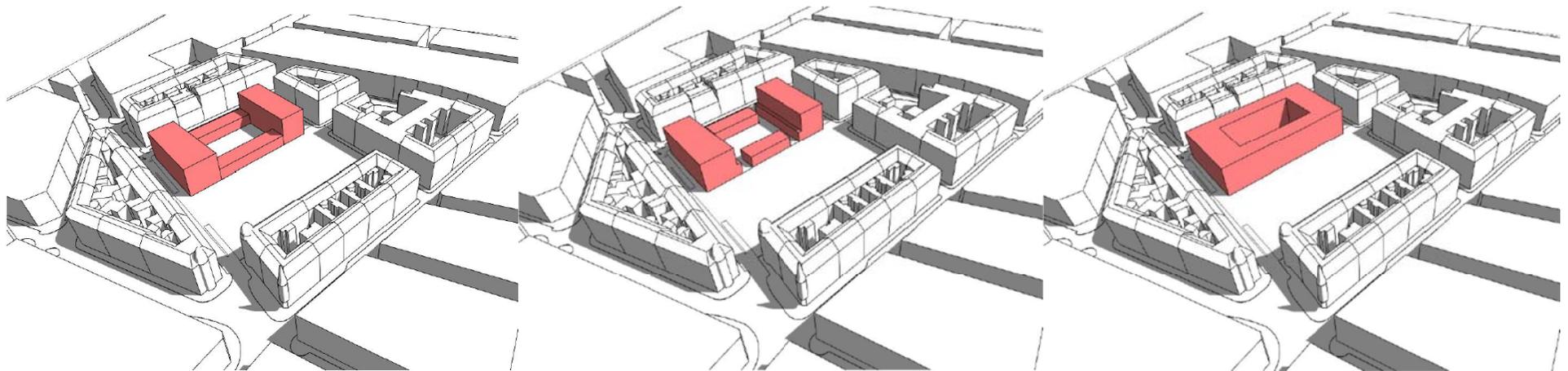
Allen Bewohnern zur Verfügung stehende Nutzungen fördern die Kommunikation untereinander und bieten gleichzeitig die Möglichkeit, mit dem öffentlichen Leben in Kontakt zu treten. Die laut Widmung vorgeschriebene „soziale Nutzung“ wird daher schwerpunktmäßig in der Sockelzone vorgeschlagen.

<sup>497</sup> Michell-Auli, Sowinski, 2013. S.120 ff.

## 7.2.6. Entwurfsprozess

### Volumenstudien

Ausgehend von den Randbedingungen wurden unterschiedliche Varianten hinsichtlich ihrer Eignung (Vor/Nachteile) untersucht. Für die weitere Detaillierung wurde das Konzept eines erhöhten Sockels mit darauf aufgesetzten Baukörpern ausgewählt. Zentraler Vorteil ist die so geschaffene zusammenhängende Geschosßfläche in den unteren Ebenen, die eine deutliche Flexibilisierung in den möglichen Nutzungen mit sich bringt und sich insbesondere für Pflege-Wohnformen eignet. Der Blockrand in den Obergeschoßen entfällt und ermöglicht so eine gleichwertigere Orientierung und Belichtung. Der Innenhof bietet einen gut proportionierten geschützten Außenraum, der für die im Erdgeschoß angeordneten Nutzungen Kindergarten und Tagesbetreuung für Ältere geeignet erscheint, und das Thema der Gemeinschaft betont.



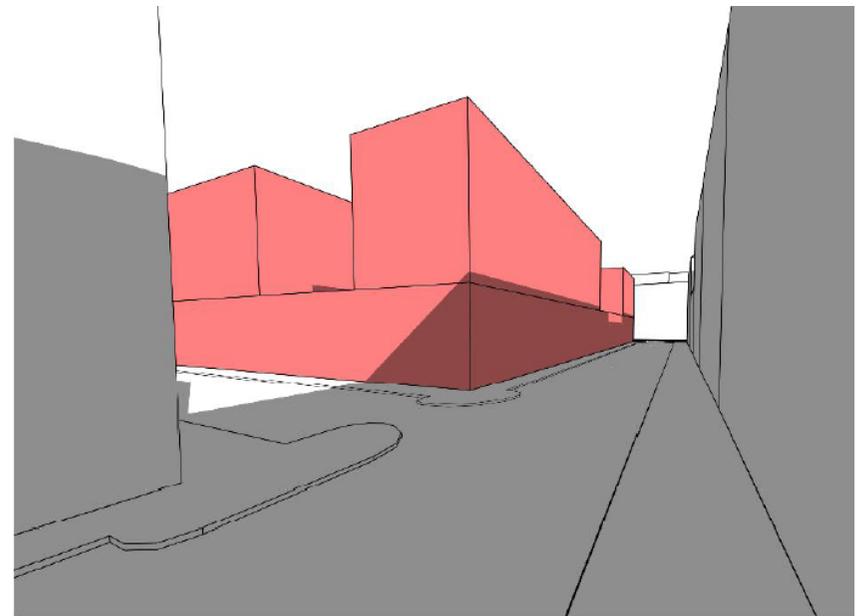
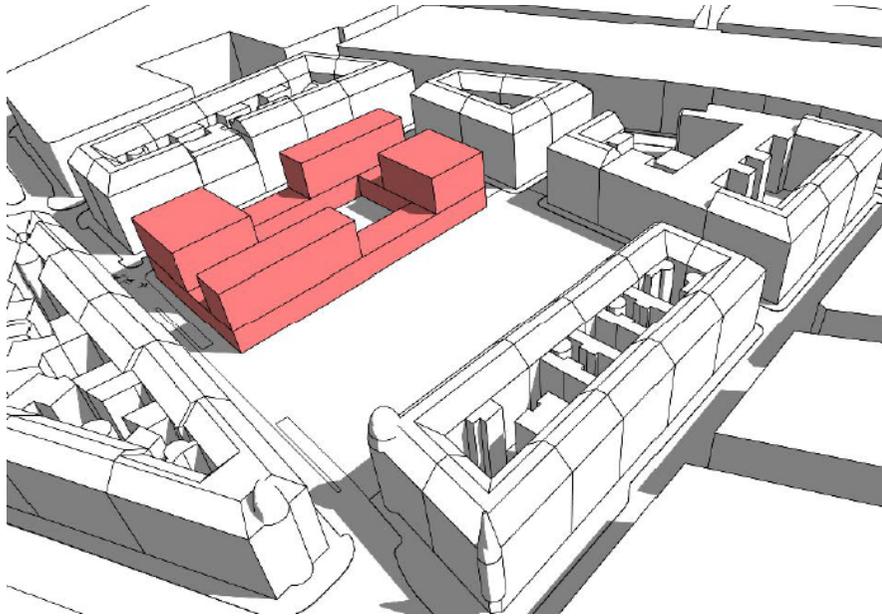
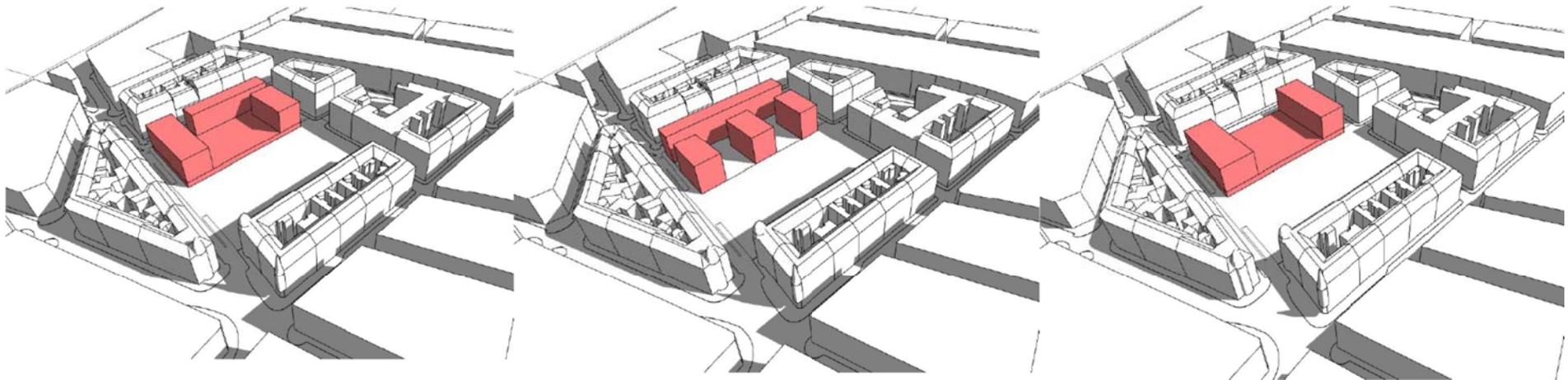


Abbildung: Für den weiteren Entwurf gewählte Variante



## 7.3. Entwurfsbeschreibung

### Funktionschema

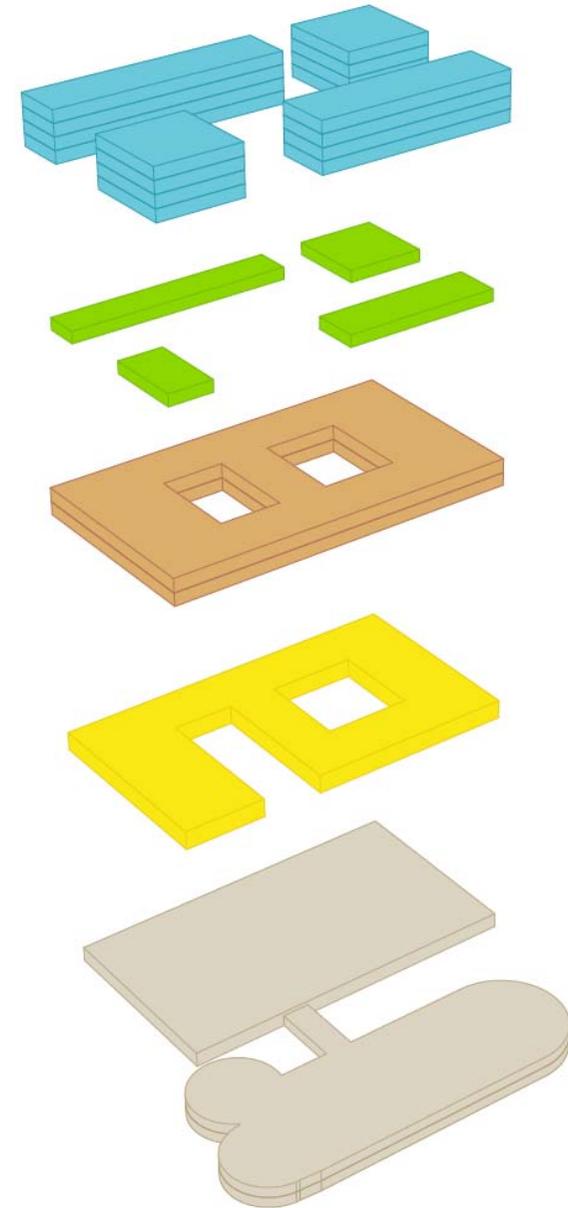
Im dritten bis sechsten Obergeschoß werden Wohnungen für verschiedene Zielgruppen in vier Bauteilen (Spänner, Laubengang) vorgesehen.

Im dritten Obergeschoß befindet sich ein großzügiger Dachgarten mit zugeordneten Gemeinschaftsräumen (Fitnessraum, Wintergarten, zumietbare Büroarbeitsplätze in einem Co-Working Bereich).

Im ersten und zweiten Obergeschoß sind Pflege-Appartements für insgesamt 76 Personen (auf 80 Personen erweiterbar) vorgesehen.

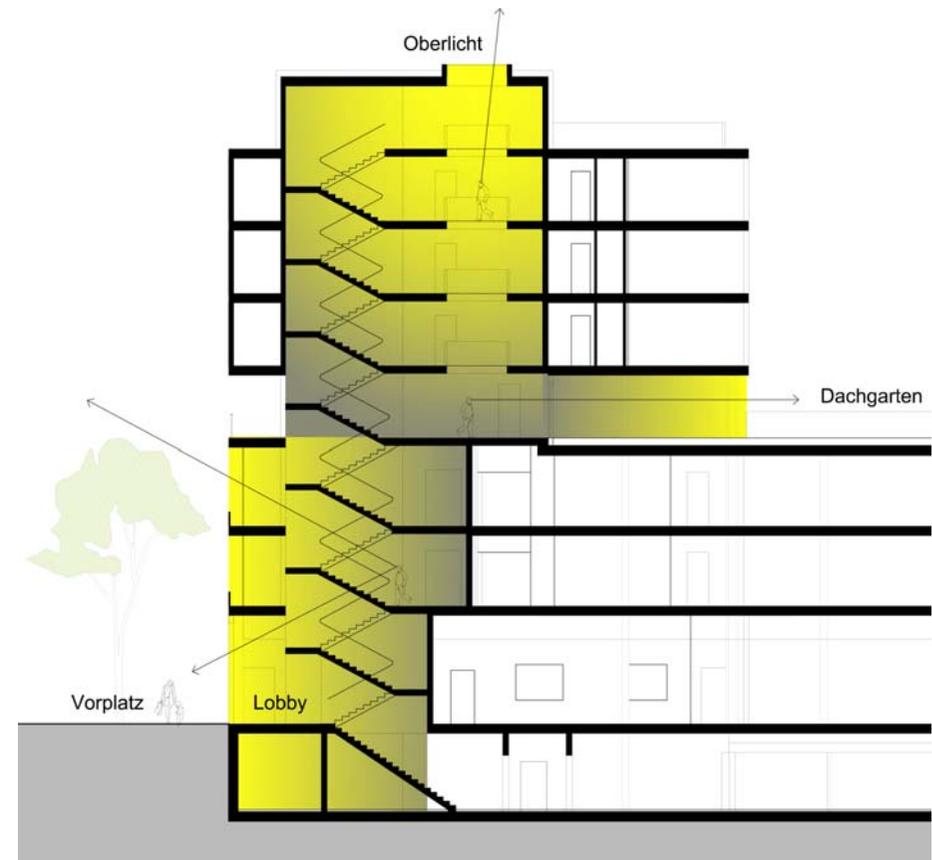
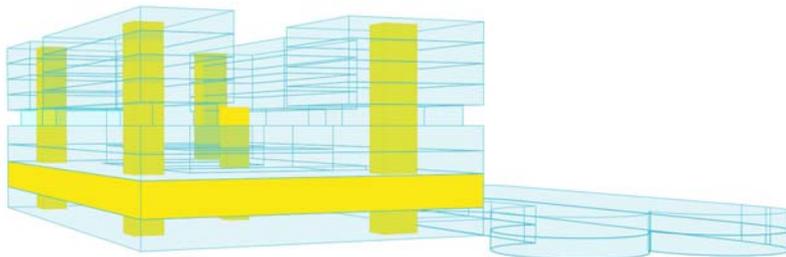
Das Erdgeschoß als Erweiterung des öffentlichen Raumes und Treffpunkt der BewohnerInnen beherbergt gemeinschaftsorientierte Funktionen. Um den öffentlichen Innenhof werden ein Gastronomielokal, ein mobiler Dienst, eine ÄrztInnenpraxis, ein Veranstaltungsraum, sowie die Eingangsbereiche zu den Pflege-Wohngruppen, der Tagesstätte und für den Kindergarten gelegt. Der zweite Innenhof bildet einen geschützten Freiraum für die Tagesstätte und den Kindergarten.

Im Untergeschoß sind die üblichen Funktionen Tiefgarage, Parteienkeller, Lager und Haustechnik vorgesehen.



## Eingangsbereiche und vertikale Erschließung

Der Zugang zu den Wohnungen in den Obergeschoßen erfolgt über vier straßenseitig gelegene Erschließungskerne mit zugeordneten Müllsammelräumen. Die vier Stiegenhäuser werden aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die alltägliche Kommunikation großzügig geplant. Die geräumigen Aufzüge, die für Rettungseinsätze notwendig sind, bieten auch Vorteile für den Transport von Möbeln, Fahrrädern, die Benutzung mit Kinderwagen oder Rollstühlen. Um die fußläufige Nutzung der Stiegenhäuser zu fördern, werden diese mit einem attraktiven Steigungsverhältnis von 16/30 vorgesehen. Im Erdgeschoß sind die Eingangsbereiche als zum Straßenraum großzügig verglaste Lobbys mit Wartebereich ausgebildet. Die natürliche Belichtung der Stiegenhäuser erfolgt in den beiden Geschoßen mit Pflegewohnungen strassenseitig während sich im 3. Obergeschoß die Richtung der Belichtung ändert und den Blick in den Freiraum des Dachgartens öffnet. In den beiden Spännertypen (BT-A und C) wechselt die Belichtungssituation dann nocheinmal und erfolgt über ein mittig gelegenes Atrium von oben.



## **Erdgeschoß – Funktionsplan**

1 Gastronomie

2 Mobiler Dienst

3 ÄrztInnenpraxis

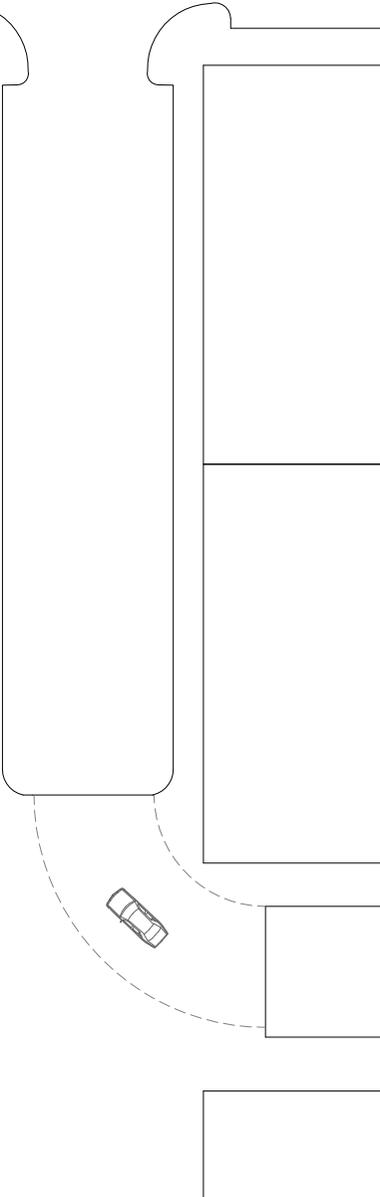
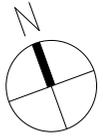
4 Tageszentrum

5 Kindergarten

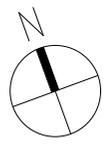
6 Foyer

7 Veranstaltungsraum

8 Empfang Pflege-Wohnen



## Erdgeschoß – Übersicht



ERGESCHOSS M 1:500

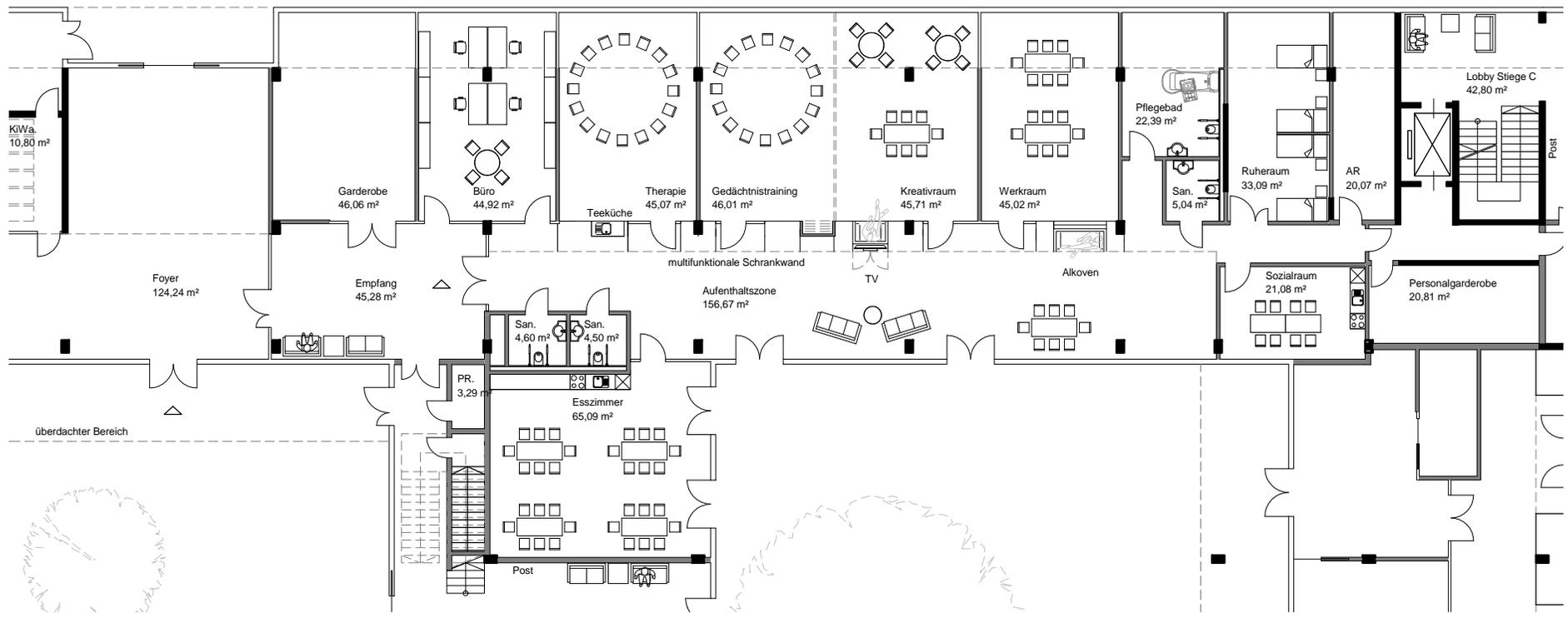
## **Erdgeschoß**

### **Tageszentrum**

Im Erdgeschoß wird ein Tageszentrum mit integriertem Therapiebereich vorgeschlagen, der jedoch auch extern nutzbar sein soll. In vier Gruppenräume können jeweils verschiedene Schwerpunkte (Gedächtnistraining, Physiotherapie, Malen, Handarbeiten, Singen, etc.) gesetzt werden. Diese Gruppenräume sind über eine multifunktionale Schrankwand mit integrierten Nutzungen (Alkoven, TV, Stauraum, Aquarium, Sichtfenster etc.) mit einem langgestreckten Aufenthaltsraum verbunden. Ein gemeinsames Esszimmer, ein Ruheraum sowie ein Pflegebad und barrierefreie Toiletten vervollständigen das Angebot für rund 40-50 BesucherInnen. Als Freibereich kann der geschützte Innenhof oder der öffentliche Hamerlingpark genutzt werden.

Konzeptionell angegliedert ist ein Stützpunkt eines mobilen Dienstes, der für die Versorgung der BewohnerInnen des Quartier in ihren Wohnungen rund um die Uhr zuständig ist, und zusätzlich als Beratungs- und Informationsstelle für Senioren bzw. deren Angehörige dient.

Haltezone für Fahrdienst



ERDGESCHOSS - Tageszentrum M 1:250

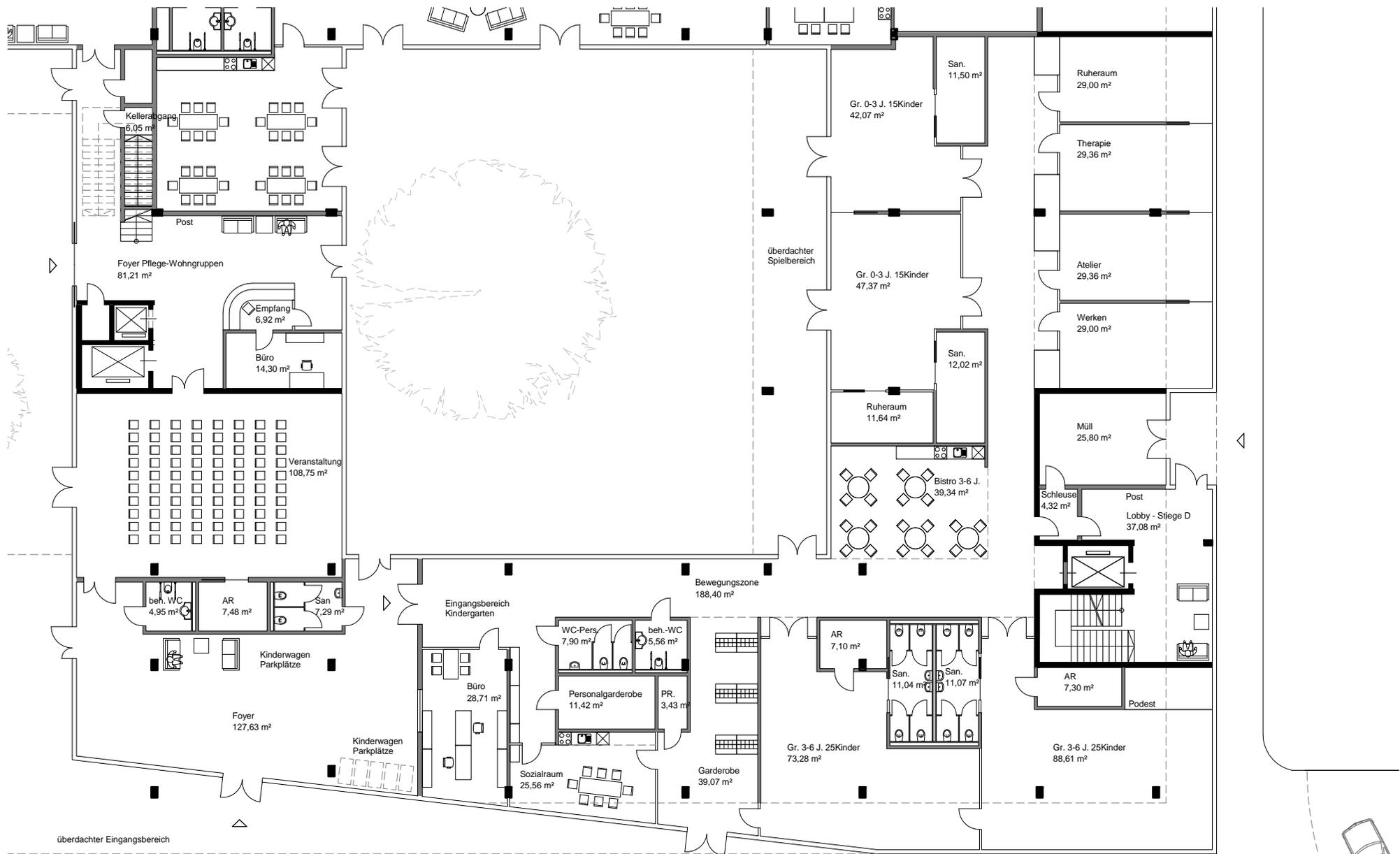
## **Erdgeschoß**

### **Kindergarten**

Der aktuell direkt am Hamerlingpark gelegene Kindergarten ist in einem Souterrainlokal untergebracht. Eine ebenerdige Lage und moderne Räumlichkeiten bieten hierfür eine notwendige Aufwertung, die auch den gestiegenen gesellschaftlichen Stellenwert von Kinderbetreuungseinrichtungen entspricht. Auch den übrigen Kindergärten im Bezirk fehlt sehr oft ein entsprechender Außenraum, sodass ein alle Altersgruppen abdeckender Betrieb mit Nachmittagsbetreuung sinnvoll erscheint. Konkret werden je zwei Gruppen (je 15 Plätze) für bis zu dreijährige Kleinkinder mit Orientierung zum geschützten Innenhof, sowie für bis zu sechsjährige Kinder (je 25 Plätze) mit Orientierung zum Hamerlingpark vorgesehen. Die Lage im Projekt wird auf der östlichen Seite vorgeschlagen, da hier die angrenzenden öffentlichen Verkehrsflächen bereits verkehrsberuhigt sind und potentiell zu Fußgängerzonen umgewandelt werden könnten – dies ist auf der westlichen der Garagenein- und Ausfahrten zugewandten Seite grundsätzlich nicht möglich. Zusätzlich ist hier ein gefahrloses Bringen und Abholen der Kinder gewährleistet. Die Lage des Einganges im direkten Anschluss an den öffentlichen Park, sowie der überdachte Eingangsbereich stellen zusätzliche Qualitätsmerkmale dar. Türen zwischen benachbart liegenden Gruppen ermöglichen die Kommunikation der Gruppen untereinander und unterstützen das Konzept der Durchwegung.

In vielen Familien erfüllen heute Großeltern eine wichtige Betreuungsleistung. Überträgt man diese funktionierende Art der generationenübergreifenden Betreuung auf die institutionalisierte Form der Betreuung in einem Kindergarten, wird die Kombination

mit Seniorenwohnungen verständlich. Um den Kontakt zwischen den Generationen zu ermöglichen, sind Räume für eine zwanglose Kontaktaufnahme wichtig. Das bloße Neben- oder Übereinander wäre zuwenig. Für diesen Anspruch stehen der angrenzende Park, der sich in Form des Vorplatzes in das Gebäude zieht, sowie der gemeinschaftlich nutzbare Freibereich im 3.OG zur Verfügung.



Drop Off - Pick Up Zone

ERDGESCHOSS - Kindergarten, Veranstaltungsraum, gemeinsames Foyer, Eingangsbereich Pflege-Wohngruppen M 1:250

## **Erdgeschoß**

### **Gastronomie**

Die Lage direkt am Hamerlingpark bietet eine ideale Voraussetzung für die Nutzung durch einen Gastronomiebetrieb mit Gastgarten. Ein solcher ist im Sinne der Kommunikation der Bewohnerinnen mit der Nachbarschaft sehr erstrebenswert und unterstützt die Nachhaltigkeit eines eigenständigen Betriebes. Für den Betreiber bietet sich die zudem die Möglichkeit neben der Versorgung der Pflege-Wohngruppen und des Kindergartens auch die BewohnerInnen des Hauses als Kunden zu gewinnen. Das Gastronomielokal ist nicht als „Speisesaal“ einer konventionellen Pflege-Einrichtung zu sehen, sondern als eine, auch gestalterisch, eigenständige Nutzung, die jedoch in das Gesamtkonzept eingebunden ist – vergleichbar etwa mit „Kantinen“-Lokalen in größeren Bürogebäuden, die einerseits die NutzerInnen des Gebäudes aber auch externe Laufkundschaft ansprechen und in der Regel extern betrieben werden.

### **Nachbarschaftszentrum – Stützpunkt für Mobilen Dienst und Veranstaltungsraum**

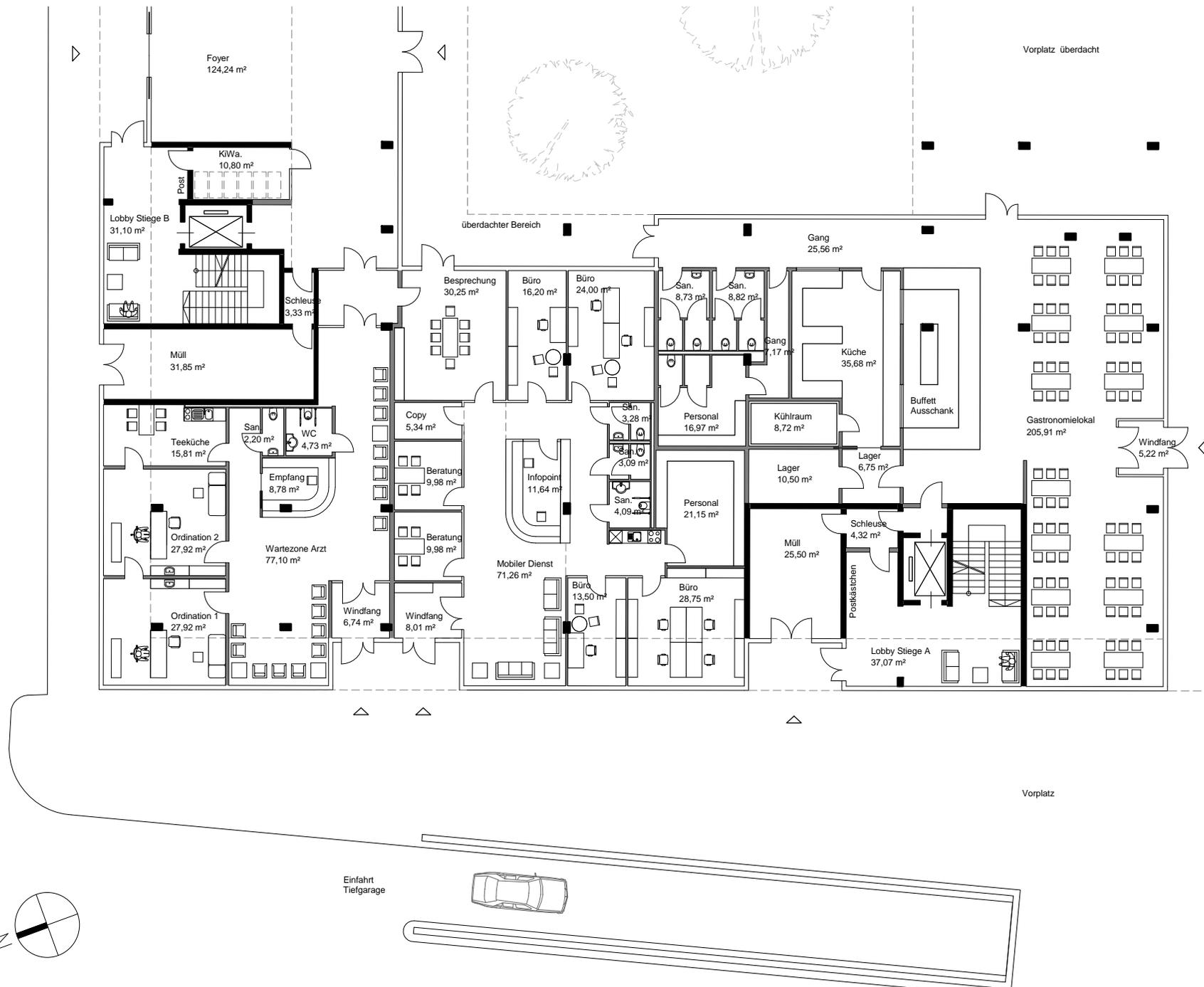
Neben der Organisation und Verwaltung der Heimhilfe und Hauskrankenpflege übernimmt das Nachbarschaftszentrum auch Informations- und Beratungsfunktionen für die BewohnerInnen des Quartiers. Dazu gehören auch eine Sozial- und Gesundheitsberatung. Ein Beispiel dafür ist das Nachbarschaftszentrum des Wiener Hilfswerkes in der Florianigasse. Der zum öffentlichen Park hin orientierte Veranstaltungsraum ist, neben der internen Nutzung, auch als ein Angebot für die BewohnerInnen der Nachbarschaft zu verstehen. Gemeinsames Singen, kleine Theater- oder Filmvorführungen,

Arbeiten in Gruppen, gemeinsame Fernsehabende, Informationsveranstaltungen, Vernissagen oder Treffpunkt für Vereine sind nur einige der möglichen Nutzungen. Seitens des Bezirks Josefstadt besteht jedenfalls Bedarf nach einem solchen, auch für Externe, nutzbaren Raumes für Veranstaltungen bzw. Nutzung als Indoor-Spielplatz. Der Zugang erfolgt direkt über die Skodagasse um die „Laufkundschaft“ möglichst ohne die Hemmschwelle einer institutionellen Einrichtung anzusprechen. Bereits im Windfang stehen daher Informationsbroschüren zur freien Entnahme zur Verfügung. Ein Infopoint mit zugeordneten Besprechungszimmern ermöglicht sowohl eine spontane Information als auch ausführlichere Gespräche.

Für die im Quartier tätigen HauskrankenpflegerInnen stehen ein Umkleideraum sowie ein Besprechungsraum zur Verfügung. Der Stützpunkt bietet so den sonst auf sich alleine gestellten HauskrankenpflegerInnen einen Bezugspunkt und Raum für Teambesprechungen.

### **Arzt bzw. Ärztinnenpraxis**

Direkt an der nordwestlichen Ecke, wird eine Praxis für einen Arzt oder eine Ärztin vorgesehen. Konzeptionell ist die Integration in das Projekt insofern von Bedeutung als so die ärztliche Versorgung der BewohnerInnen der Pflege-Wohngruppen, auf individuellen Wunsch, hausintern erfolgen kann und keine ständig anwesenden ÄrztInnen und damit eine große Pflegeeinrichtung notwendig sind. Der Zugang erfolgt sowohl von der Skodagasse als auch intern über das gemeinsame Foyer.



ERDGESCHOSS - Arztpraxis, Mobiler Dienst, Gastronomielokal M 1:250

## Freiraumgestaltung – Erdgeschoß



ERDGESCHOSS FREIRAUMKONZEPT M 1:500

## Freiraumgestaltung – Innenhof



www.residenz-suedpark.ch

INNENHOF IM ERDGESCHOSS M 1:250

## **Freiraumgestaltung – Gestaltungskonzept Hamerlingpark**



FREIRAUMKONZEPT M 1:1000



www.dnd.at

SITZLANDSCHAFT



www.terraway.at

HÜGELLANDSCHAFT



OFFENER PARK



MARKTPLATZ

## **1. und 2. Obergeschoß**

### **Pflege-Wohnen**

Als Pflege-Wohnform werden „Wohngruppen für Pflegebedürftige“, angelehnt an das Konzept der KDA-Hausgemeinschaften, vorgeschlagen. In diesem Sinne werden die zentralen Funktionen üblicher Pflegeheime aufgelöst und entweder in die anderen Nutzungen im Haus integriert, oder extern erbracht. Die acht Wohngruppen für gesamt 68 bis 76 BewohnerInnen werden aus betrieblichen Überlegungen (Nachtdienst, Pflegebad) und Vorteilen für die BewohnerInnen (Entstehen eines das ganze Geschoß umfassenden Bewegungsraumes) horizontal auf zwei übereinanderliegenden Ebene angeordnet.

Die Erschließung erfolgt über einen an die Eingangsbereich des Tageszentrums und des Kindergartens angebundenen Empfangsbereich mit Portier im Erdgeschoß. Im jeweiligen Geschoß werden jeweils vier Wohngruppen über einen großzügigen Boulevard, der sich mit direktem Blick auf den Park nach Süden öffnet, direkt erschlossen. Die Größe der Wohngruppen liegt bei acht bis zehn Apartments. Dadurch kann noch eine „familienähnliche“ Wohnform erreicht werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit im Betrieb zwei Gruppen bzw. vier zusammenzufassen. Dies ist insbesondere für eine Nachtbetreuung sinnvoll.

### **Essbereich mit Wohnküche**

Die Apartments der Wohngruppen werden ähnlich einem Wohnungsverband um eine zentral gelegene vollwertige Wohnküche, in der die täglichen Mahlzeiten zubereitet werden, gelegt. Zugeordnete Freibereiche ergänzen diesen

Gemeinschaftsbereich. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Essen von einer externen Großküche anliefern zu lassen bzw. das Gastronomieangebot im Haus in Anspruch zu nehmen.

### **Wohnzimmer**

Die „Wohnzimmer“ laden mit unterschiedlichen Raumstimmungen auch BesucherInnen aus benachbarten Wohngruppen zum Verweilen ein. An der nordwestseitigen Ecke dominiert der Blick auf den Kreuzungsbereich Florianigasse/Skodagasse mit vorbeifahrenden Straßenbahnen. Im nordöstlich gelegenen Eckbereich wird eine introvertiertere Raumstimmung mit Kachelofen angeboten. Die beiden südseitigen Wohnzimmer bieten einen attraktiven Blick in den Park. Die Identitätsbildung der einzelnen Wohngruppen wird zusätzlich durch unterschiedliche Gestaltung der Stiegenhauswände (Textilkunst, keramische Wandfliesen, haptische Holzoberflächen, etc.) unterstrichen.

### **BewohnerInnen-Apartements**

Um die nötige Privatsphäre zu gewährleisten, werden überwiegend Einzel-Apartements mit jeweils eigener Loggia vorgesehen. Eine Kopplungsmöglichkeit von jeweils zwei Einzelzimmern zu einem Doppel-Apartment ist durch die gewählte Tragstruktur baulich jederzeit möglich und kommt etwa Menschen mit fortgeschrittener Demenz entgegen (Bedürfnis nach Gemeinschaft). Dadurch kann flexibel auf geänderte Anforderungen reagiert werden.

Der Charakter der Apartments ist dabei nicht wie in einem Hotel mit voneinander getrennten Zimmer- und Gangbereichen sowie zentralen Einrichtungen, sondern die Zimmer sind schaltbarer Teil einer größeren Wohngemeinschaft. Dies wird dadurch erreicht, dass Wände zum Gang hin für Sichtbeziehungen mit

Glasöffnungen ausgeführt werden und so die Kontaktaufnahme und Teilnahme auch für bettlägrige Bewohner – sofern gewünscht – ermöglichen.

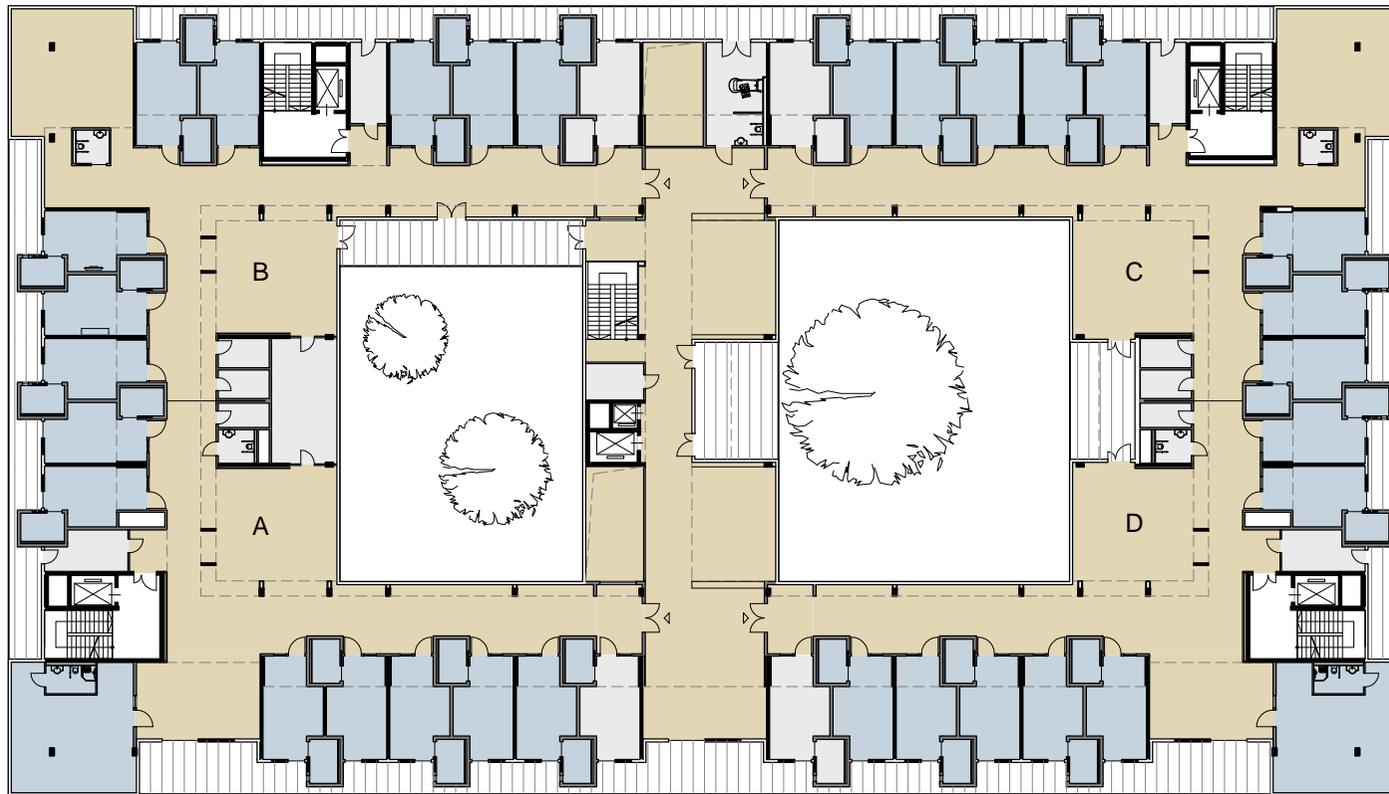
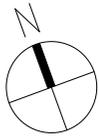
### **Pflegebäder**

um den oft klinischen Eindruck (künstliche Beleuchtung, weiße Fliesen) zu vermeiden wird das für jeweils eine Ebene vorgesehenen Pflegebad natürlich belichtet an der Fassade vorgesehen. Das Pflegebad wird dabei als ein Ort der Entspannung, der dem Pflegebedürftigen Wohlbefinden bringen soll, gesehen.

### **Gästezimmer**

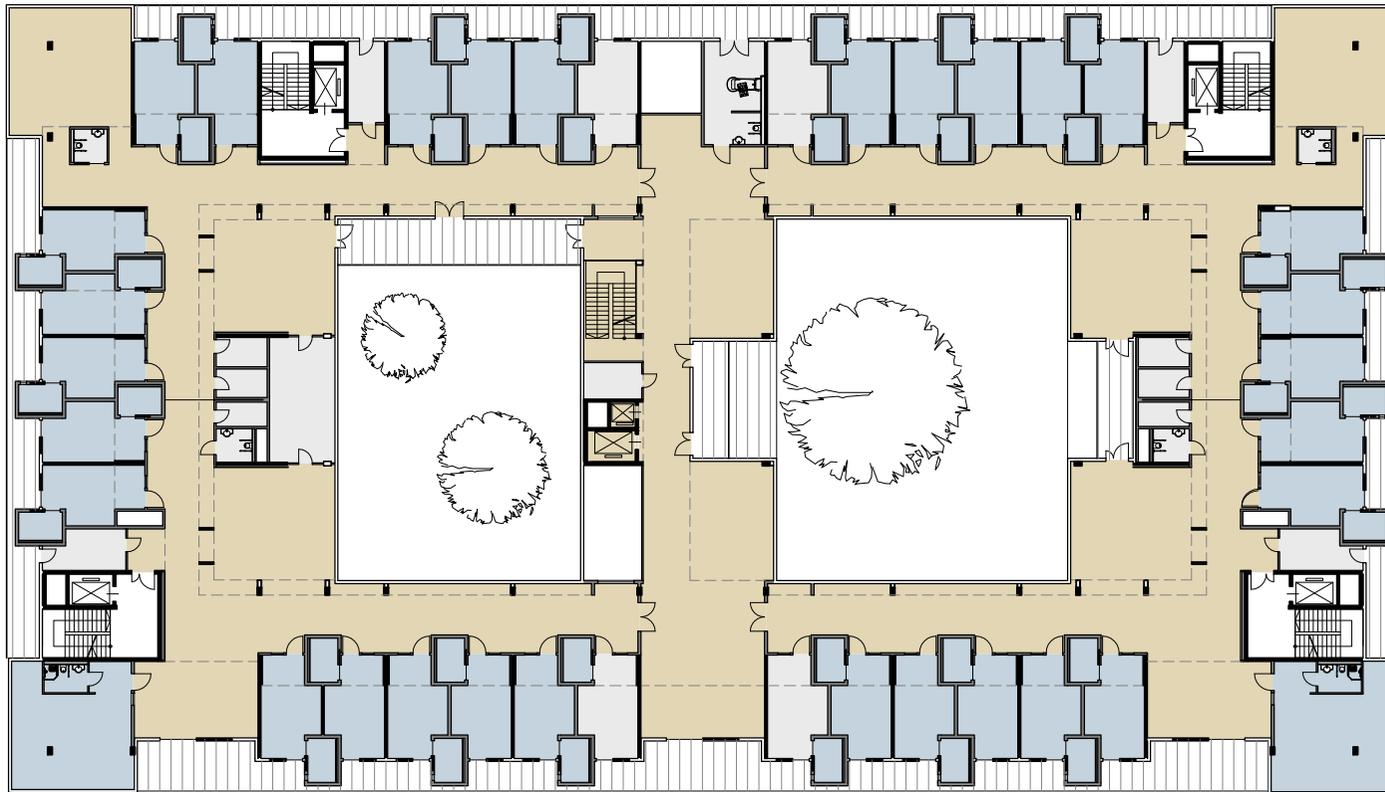
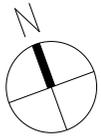
Um den Kontakt zu Familienangehörigen, Freunden, Bekannten zu fördern, muss man diesen Raum geben. Sowohl in zeitlicher Form, zum Beispiel durch Karenzzeiten, aber auch in räumlicher Hinsicht in Form von Rückzugszimmern innerhalb der Pflegegruppen oder Gästewohnungen im Gebäude. Derartige Keinstwohnungen können auch kurzfristig und flexibel an alle BesucherInnen der Stadt vermietet werden und tragen so dazu bei die Auslastung zu erhöhen. Aber auch BewohnerInnen der Nachbarschaft, deren Wohnung barrierefrei umgebaut wird, können dem Umbaustress entkommen und derartige temporäre Wohnangebote nutzen bzw. kann ein derartiges Angebot integraler Bestandteil geförderter Maßnahmen zur Wohnungsanpassung sein.

## 1. Obergeschoß



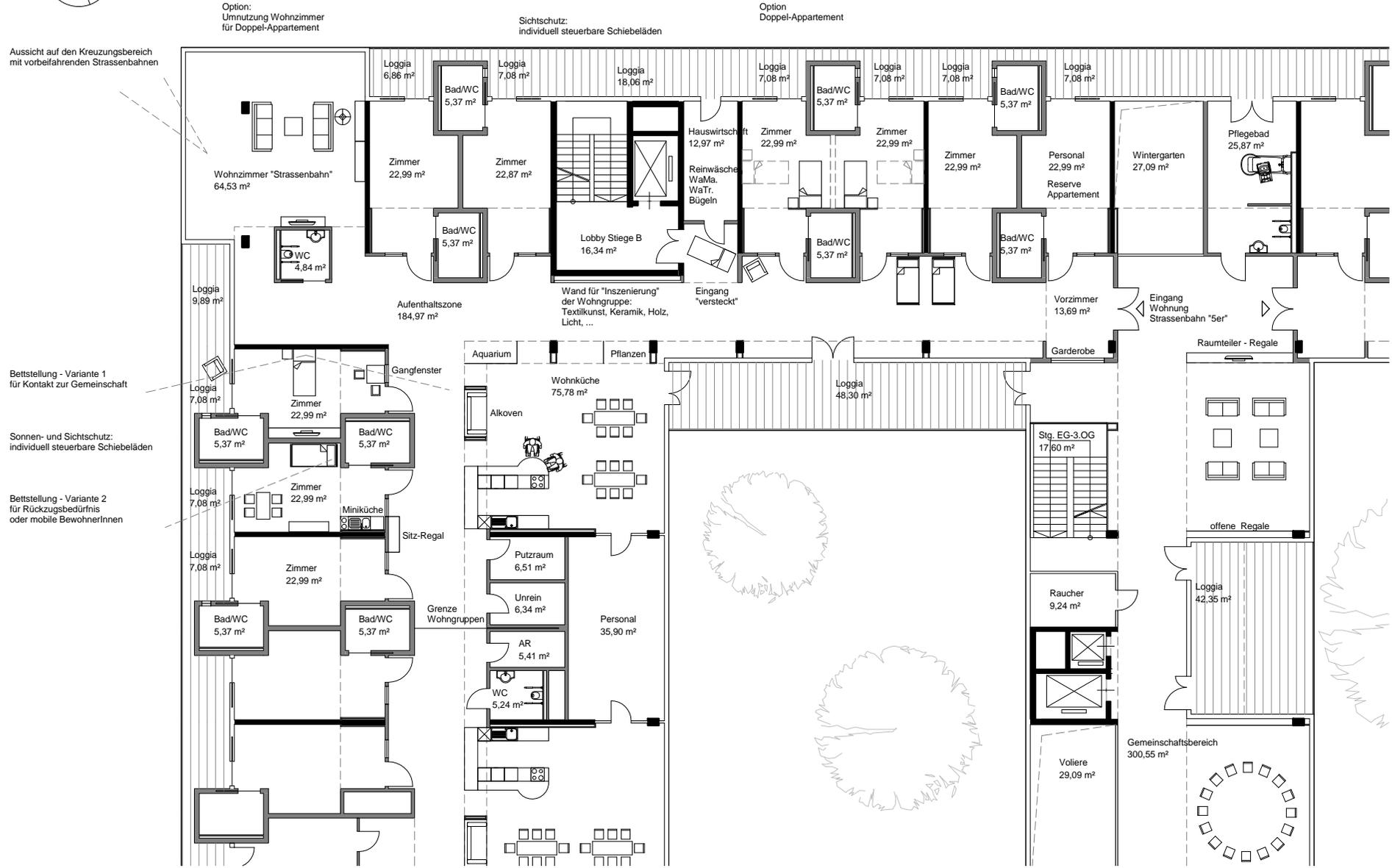
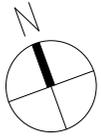
1.OBERGESCHOSS M 1:500

## 2. Obergeschoß



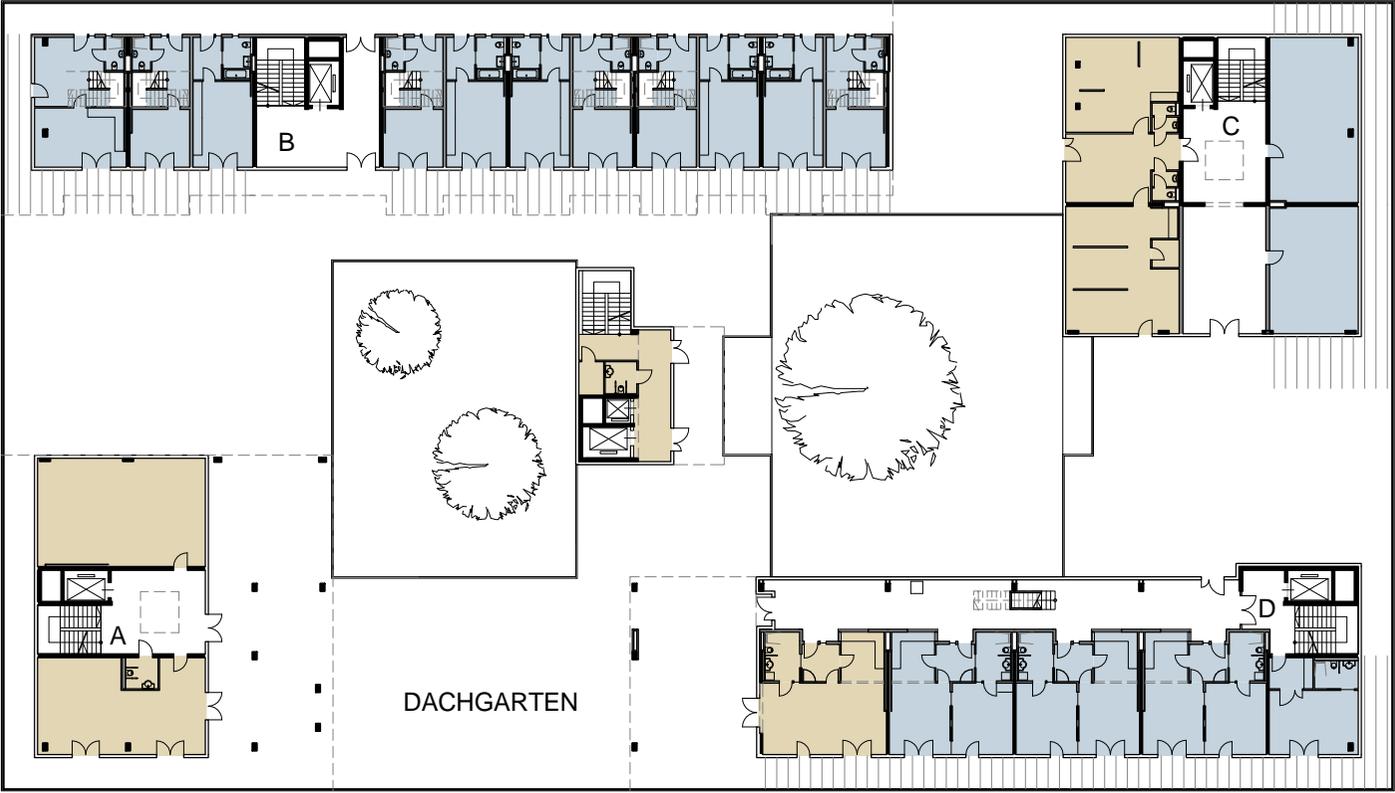
2. OBERGESCHOSS M 1:500

**Wohngruppe**



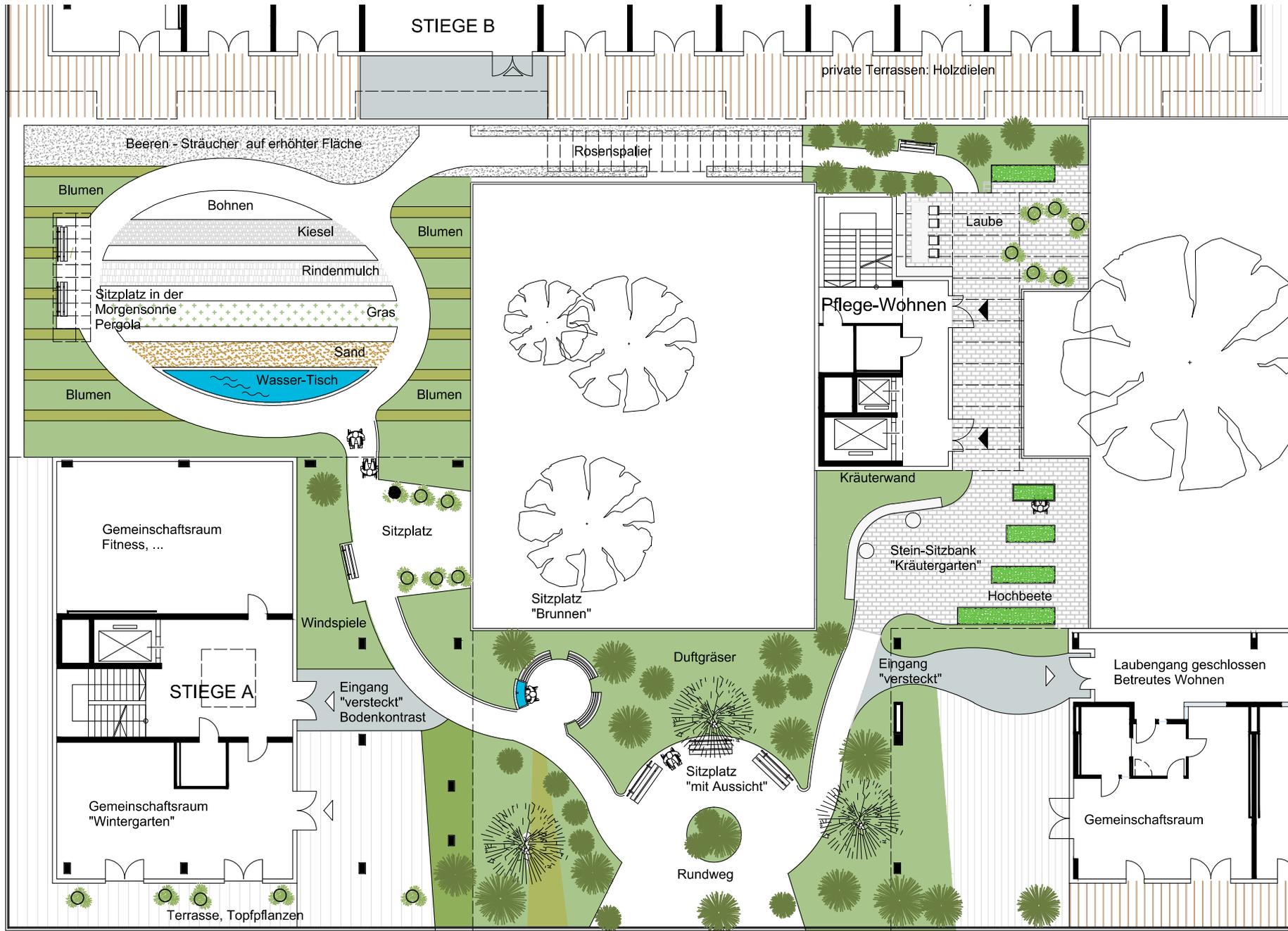
1. OBERGESCHOSS - Pflege-Wohngruppe M 1:250

### **3. Obergeschoß – Übersicht**



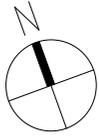
3.OBERGESCHOSS M 1:500

### **3. Obergeschoß – Dachgarten**



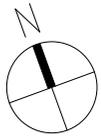
DACHGARTEN 3.OG 1:250

## 4. Obergeschoß – Übersicht



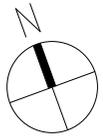
4.OBERGESCHOSS M 1:500

## 5. Obergeschoß – Übersicht



5. OBERGESCHOSS M 1:500

## 6. Obergeschoß – Übersicht



6. OBERGESCHOSS M 1:500

## **Bauteil A: Familienwohnungen**

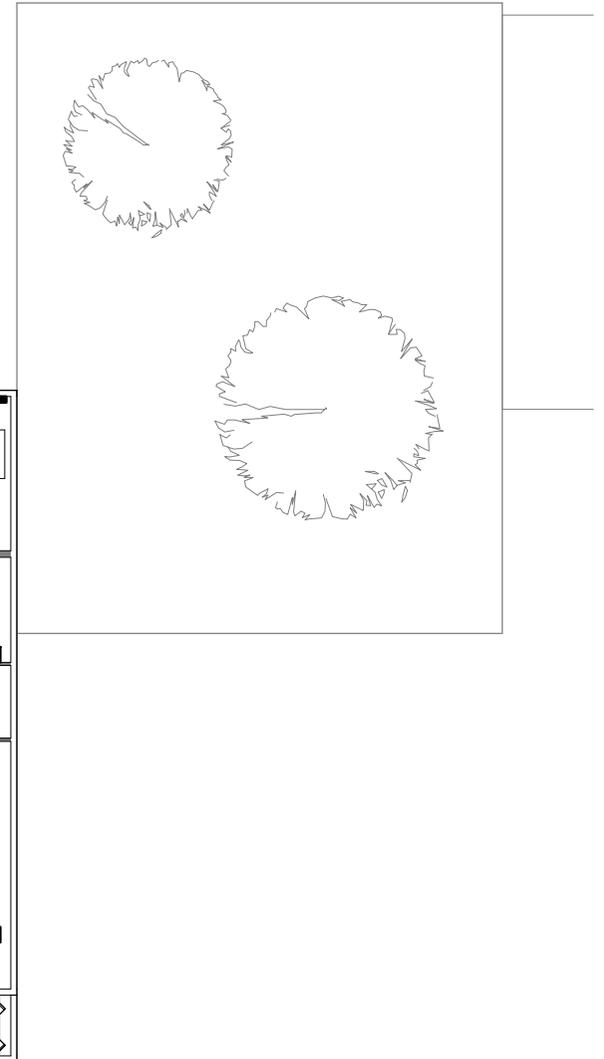
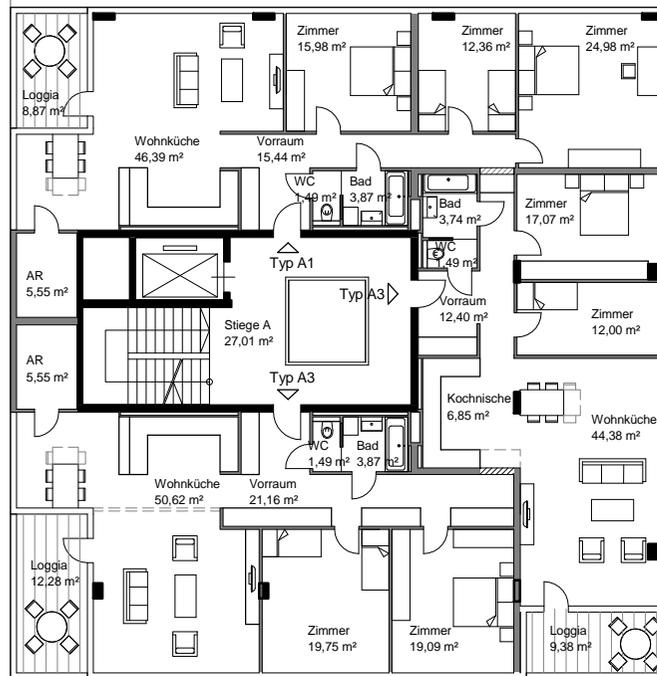
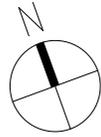
Der südwestliche Bauteil an der Ecke Skodagasse/Hamerlingpark wird als Spännertyp geplant. Aufgrund der Orientierung zur halböffentlichen Dachterrasse werden im 3.OG zwei Gemeinschaftsräume vorgesehen. Der nördlich gelegene Raum eignet sich für Feste oder Fitnessnutzung. Der direkt nach Süden zum Park hin orientierte Raum kann in Form eines „Wintergartens“ als Erweiterung des Freiraumes gesehen werden. Hier können neben Topfpflanzen auch witterungsgeschützte Gartentätigkeiten oder Reparaturen vorgenommen werden. Ein überbauter Freibereich fungiert als Übergangszone zum Dachgarten.

In den Regelgeschoßen (4.-6.OG) sind je drei zumindest zweiseitig orientierte Wohnungen vorgesehen. Jede Wohnung hat einen zugeordneten Freibereich in Form einer Loggia. Die Wohnungen können jeweils mit der benachbarten Wohnung verbunden werden und eignen sich daher für sehr große und gut ausgestattete (mehrere Bäder) Familienwohnungen und Wohngemeinschaften.

### **Wohnungsgrößen und -anzahl (4.-6.OG)**

3 NW-Wohnungen:	129,06 m <sup>2</sup> (Typ A1)
3 SO-Wohnungen:	91,08 m <sup>2</sup> (Typ A2)
3 SW-Wohnungen:	121,53 m <sup>2</sup> (Typ A3)

*Flächen jeweils exkl. Loggia bzw. Terrasse*



## Bauteil B: Familien- und Singlewohnungen

Der nordwestliche Bauteil wird als Laubengangtyp mit angeschlossenen Nord-Süd orientierten Maisonette- und Kleinwohnungen ausgeführt. Laut den aktuellen Vorgaben betreffend den „anpassbaren Wohnbau“ müssen in der barrierefrei zugänglichen Wohnebene die Funktionen Wohnen, Schlafen, Kochen und Sanitäreinrichtungen gegeben sein.<sup>1</sup> Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wird die Wohnungstreppe für den nachträglichen Einbau eines Treppenliftes geplant (Breite 1,10 m, Anfahrbereich) und vorbereitet (Tragfähigkeit, elektrische Anschlüsse).

Angesichts der teilweise massiven, insbesondere auch kostenmäßigen, Auswirkungen der Grundsätze des barrierefreien Bauens stellt sich die Frage, ob die verfügbaren Mittel tatsächlich effizient eingesetzt werden. In der Literatur werden die relativ geringen Mehrkosten von rund 3,5 % für barrierefreies Bauen betont.<sup>2</sup> Dies darf an dieser Stelle insofern hinterfragt werden, da alleine die Flächenmehrung innerhalb der Wohnung durch Wendekreisradien, Anfahrbreiten neben Türen und notwendige deutlich größere Sanitäräume je nach Grundriss darüber zu liegen kommen. Aktuell kommt es daher zu der Situation, dass barrierefreie Wohnungen schwerpunktmäßig in den Stadterweiterungsgebieten errichtet und gefördert werden, während weite Teile des Bestandes im innerstädtischen Bereich nicht einmal über einen Aufzug verfügen. Hier besteht sicher auch ein politischer Interessenskonflikt zwischen den oft privaten EigentümerInnen von

Bestandsgebäuden und den genossenschaftlich organisierten großen Wohnbauträgern als Empfängern der Wohnbauförderung. Es kann jedoch argumentiert werden, dass eine Verlagerung der eingesetzten Mittel zielgenauer wäre.

Die Maisonetten erhalten in der Eingangsebene neben einem Vorraum und einer kleinen Sanitäreinheit ein vielfältig nutzbares rund 15 m<sup>2</sup> großes Zimmer (Esszimmer, Home-Office, Bibliothek, Hauswirtschaftsraum, Hobbyraum, Zimmer für Jugendliche, Gäste, UntermieterIn, Großeltern, HauskrankenpflegerIn). Dieses kann optional der benachbarten Kleinwohnung zugeschlagen werden, bzw. kann die Maisonette um die Kleinwohnung erweitert werden. Um die interne Kommunikation zu verbessern, wird die Wohnungstreppe um einen Luftraum im jeweiligen OG erweitert. Dadurch ist eine direkte Blickbeziehung zwischen der Wohnungseingangstüre und dem Wohnküchenbereich möglich. Auch der offene Laubengang unterstützt die Wahrnehmung der Maisonette als das was sie ist – ein kleines Haus.

### Wohnungsgrößen und -anzahl

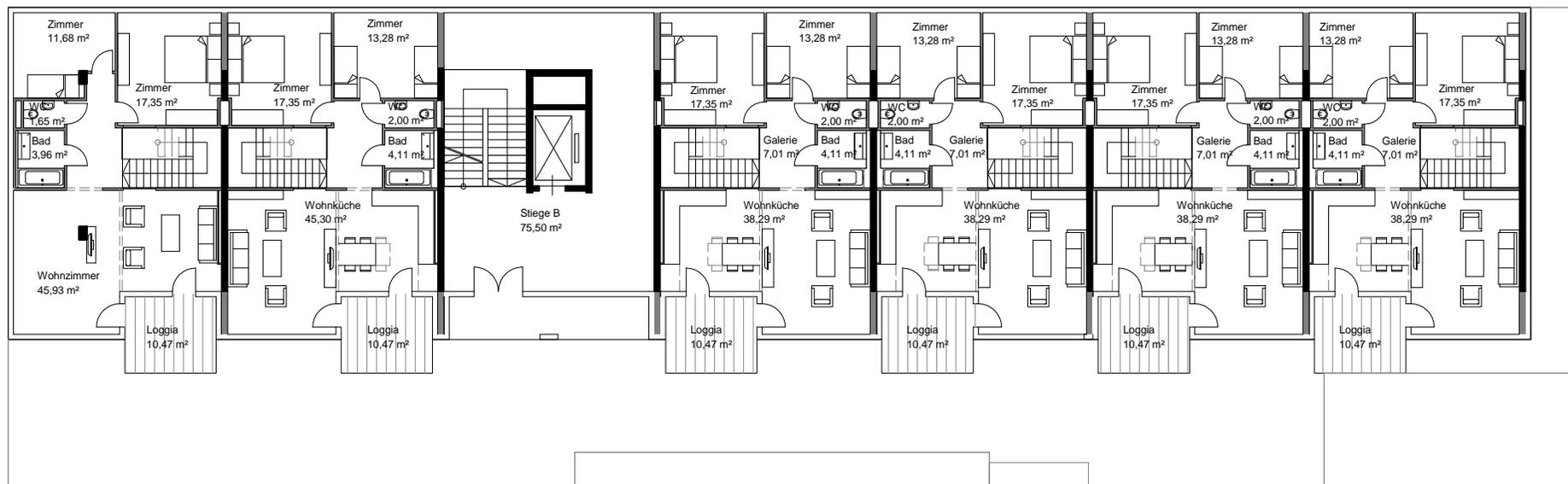
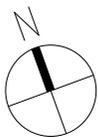
Eingangsebene 3.OG	5 Maisonetten:	110,05 m <sup>2</sup> (Typ B1)
	1 Maisonette:	126,31 m <sup>2</sup> (Typ B1a)
	5 Kleinwohnungen:	32,65 m <sup>2</sup> (Typ B2)
Eingangsebene 5.OG	3 Kleinwohnungen:	32,65 m <sup>2</sup> (Typ B2)
	2 Kleinwohnungen:	39,36 m <sup>2</sup> (Typ B2a)
	3 Maisonetten:	116,73 m <sup>2</sup> (Typ B3)
	2 Maisonetten:	110,18 m <sup>2</sup> (Typ B4)
	1 Maisonette:	167,12 m <sup>2</sup> (Typ B4a)

*Flächen jeweils exkl. Loggia bzw. Terrasse*

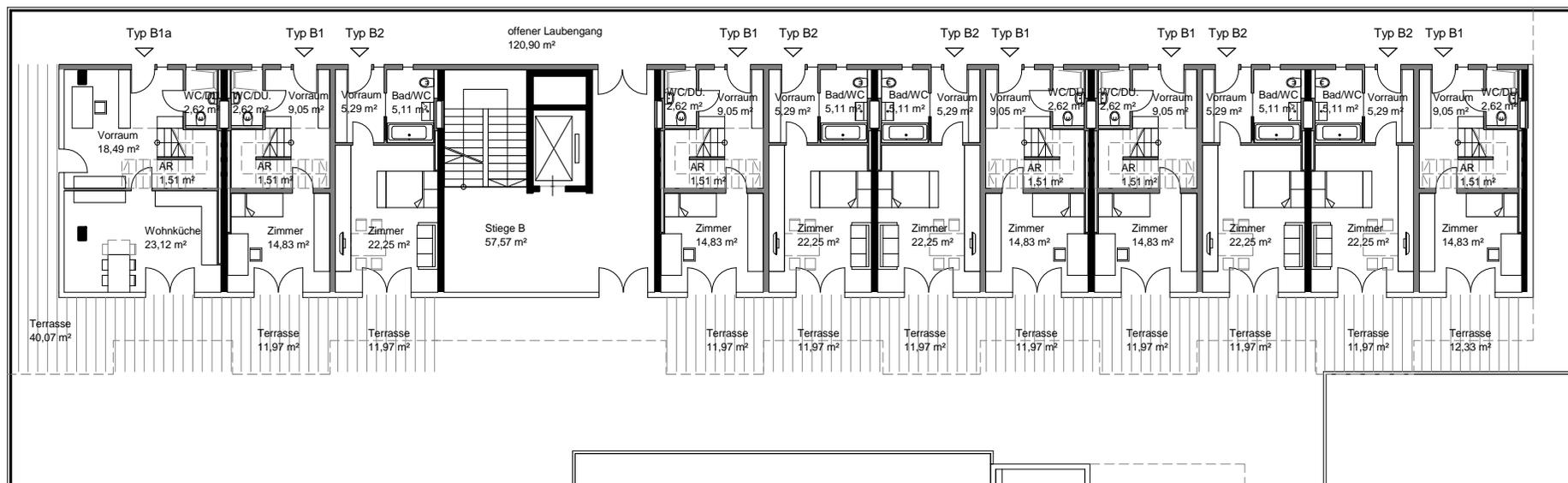
<sup>1</sup> ÖNORM B1600 Ausgabe 2015, S.

<sup>2</sup> Behindertengerechtes Bauen – Vollzugsprobleme im Planungsprozess. ETH Zürich 2004.

Abgerufen am 12.10.2015 unter [www.hindernisfrei-bauen.ch/kosten\\_d.php](http://www.hindernisfrei-bauen.ch/kosten_d.php)

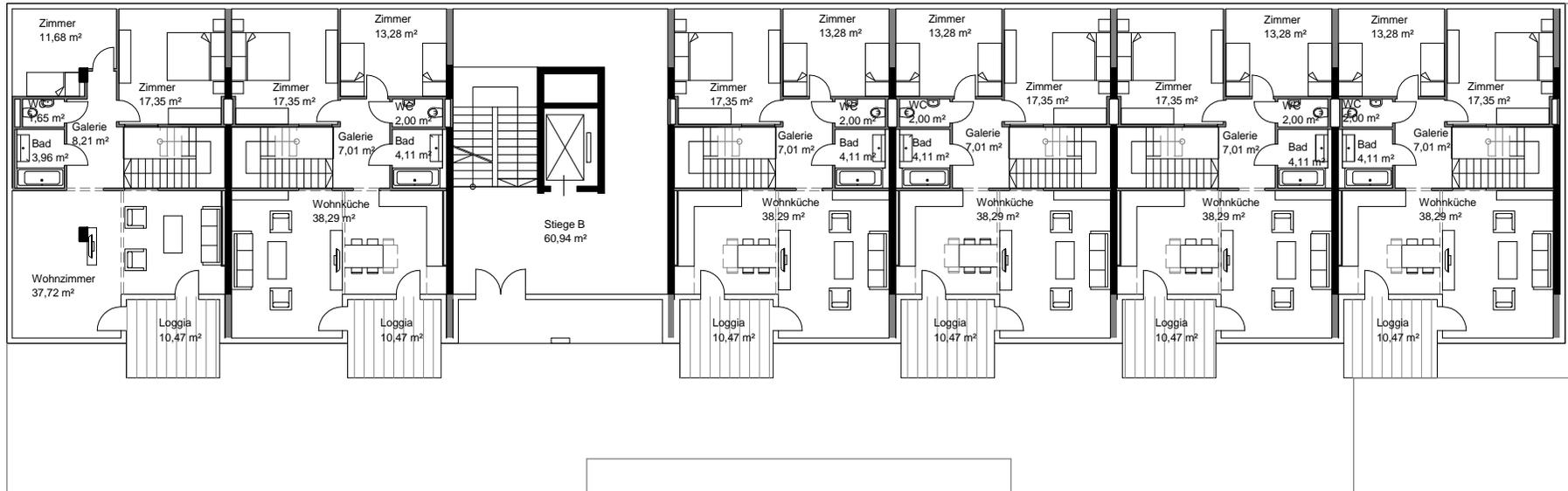


4. OBERGESCHOSS BAUTEIL B - Wohnebene Maisonettewohnungen M 1:250

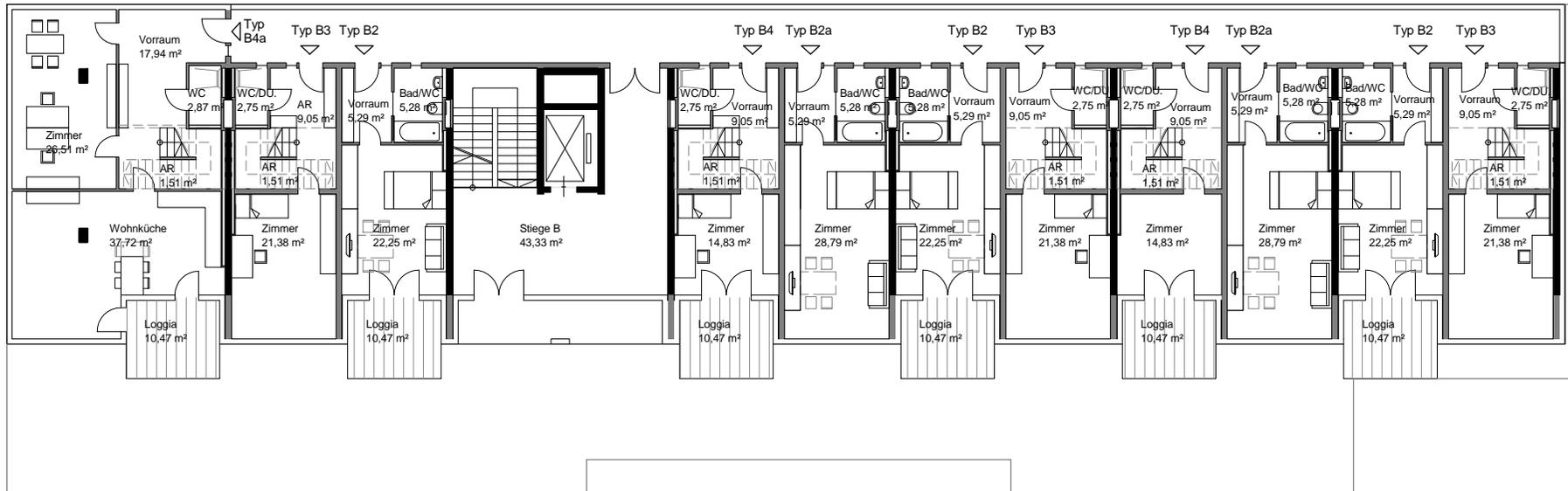


3. OBERGESCHOSS BAUTEIL B - Kleinwohnungen, Eingangsebene Maisonettewohnungen M 1:250





6. OBERGESCHOSS BAUTEIL B - Wohnebene Maisonettewohnungen M 1:250



5. OBERGESCHOSS BAUTEIL B - Kleinwohnungen, Eingangsebene Maisonettewohnungen M 1:250

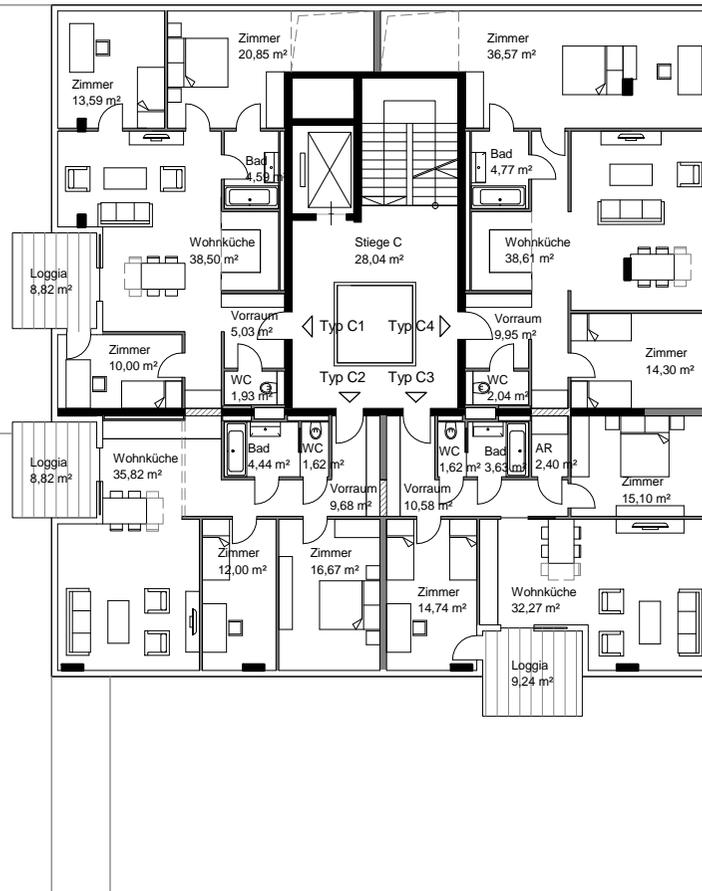
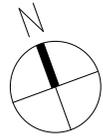
## **Bauteil C: Familienwohnungen, Wohnungen für Paare**

Im nordöstlichen Bauteil werden je Regelgeschoß (4.-6.OG) vier Wohnungen für Familien und Paare vorgesehen. Die Erschließung dieser zweiseitig orientierten Wohnungen erfolgt über ein zentrales Atrium mit natürlicher Belichtung von oben. Die Wohnungen können, wie jene in Bauteil A zu größeren Einheiten bis hin zu einer das ganze Geschoß umfassenden Wohngemeinschaft zusammengelegt werden. Im 3.OG ist ein zum Dachgarten orientierter gemeinschaftlich nutzbarer Co-Working Bereich angeordnet. Dadurch ist das gesamte 3.OG rundläufig begehbar.

### **Wohnungsgrößen und -anzahl**

4.-6.OG	3 NW-Wohnungen:	94,49 m <sup>2</sup> (Typ C1)
	3 SW-Wohnungen:	80,23 m <sup>2</sup> (Typ C2)
	3 SO-Wohnungen:	80,34 m <sup>2</sup> (Typ C3)
	3 NO-Wohnungen:	106,24 m <sup>2</sup> (Typ C4)

*Flächen jeweils exkl. Loggia*



REGELGESCHOSS BAUTEIL C - Wohnungen M 1:250

## Bauteil D: Betreutes Wohnen – Wohnen mit Service

Im südöstlichen, direkt zum Hamerlingpark hin orientierten Bauteil, werden Wohnungen für Ein- oder Zweipersonenhaushalte mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen angeordnet. Durch das Pflege- und Gastronomieangebot im Projekt können diese Wohnungen als betreute Wohnungen angeboten werden. Derartige Wohnungen könnten jedoch auch als Boarding- bzw. Servicewohnungen für Singles oder „Expatriates“<sup>3</sup> genutzt werden. Alle Wohnungen haben entweder eine Terrasse oder eine Loggia.

Die Wohnungen werden über einen geschlossenen nördlichen Laubengang erschlossen. Der Erschließungsbereich erhält durch seine natürliche Belichtung, die Dimensionierung, sowie zusätzliche interne Stiegenläufe, Aufenthaltsqualitäten.

Bei der Dimensionierung der Wohnungen wurde berücksichtigt, dass ein guter Teil der BewohnerInnen mit zunehmendem Alter den Großteil der Zeit in der Wohnung verbringen wird, und daher die Wohnungen nicht zu klein werden dürfen. Durch die Großzügigkeit der Wohnungen kann ein Zimmer durch Abtrennung für eine Betreuungsperson oder Angehörige vorgesehen werden. Das gemeinsame Wohnen ist sowohl für Paare als auch in Form einer Wohngemeinschaft möglich. Durch die Abtrennungsmöglichkeit der Küche und die vom Vorraum zugänglichen gleich großen Zimmer ist deren Gleichwertigkeit gegeben.

<sup>3</sup>Ausländische Fachkräfte, meist internationaler Unternehmen, welche sich nur temporär in einer Stadt aufhalten und deren Wohnsituation daher eine Zwischenform der klassischen langfristigen Mietwohnens und einem Hotelaufenthalt darstellt.

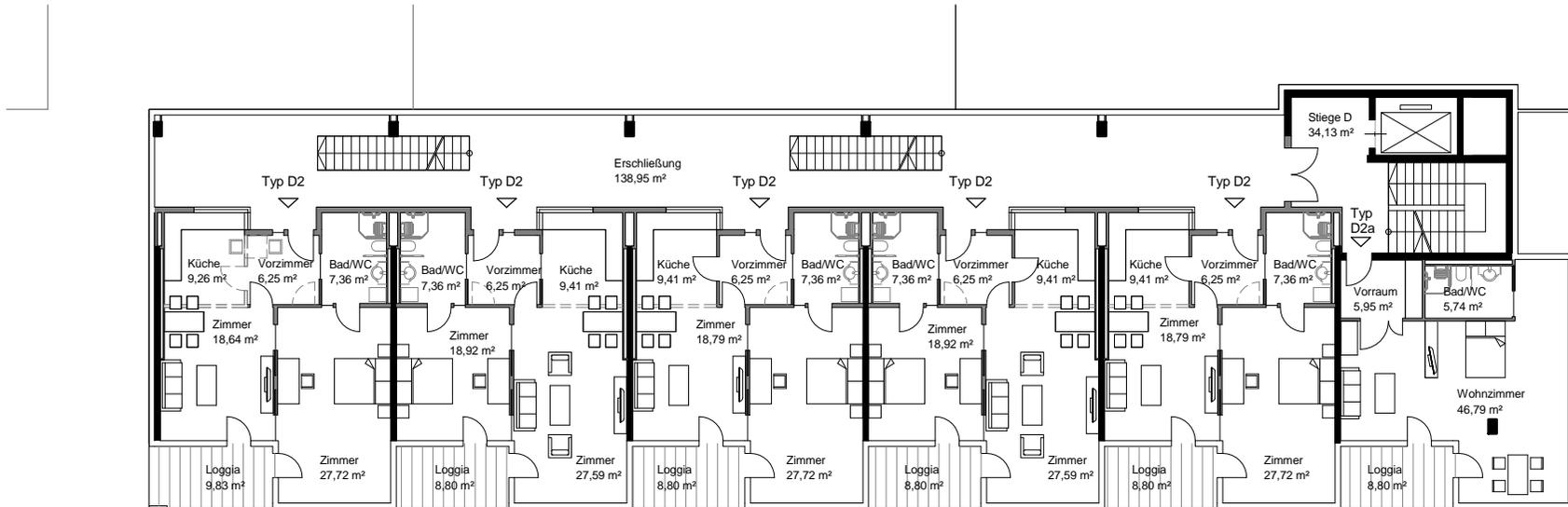
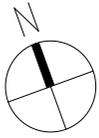
Auch die Bedeutung der den Wohnungen zugeordneten Freibereichen steigt im Alter deutlich an, ganz besonders bei körperlichen Einschränkungen, daher ist ein schwellenloser Übergang zwischen Innen- und Außenraum selbstverständlich. Auch für Paare, bei denen ein Teil in einer Pflege-Wohngruppe wohnt bzw. sich untertags dort aufhält, sind diese Wohnungen geeignet.

Im 3.OG wird eine Wohneinheit für einen zum Dachgarten orientierten Gemeinschaftsbereich mit geschütztem Freibereich genutzt.

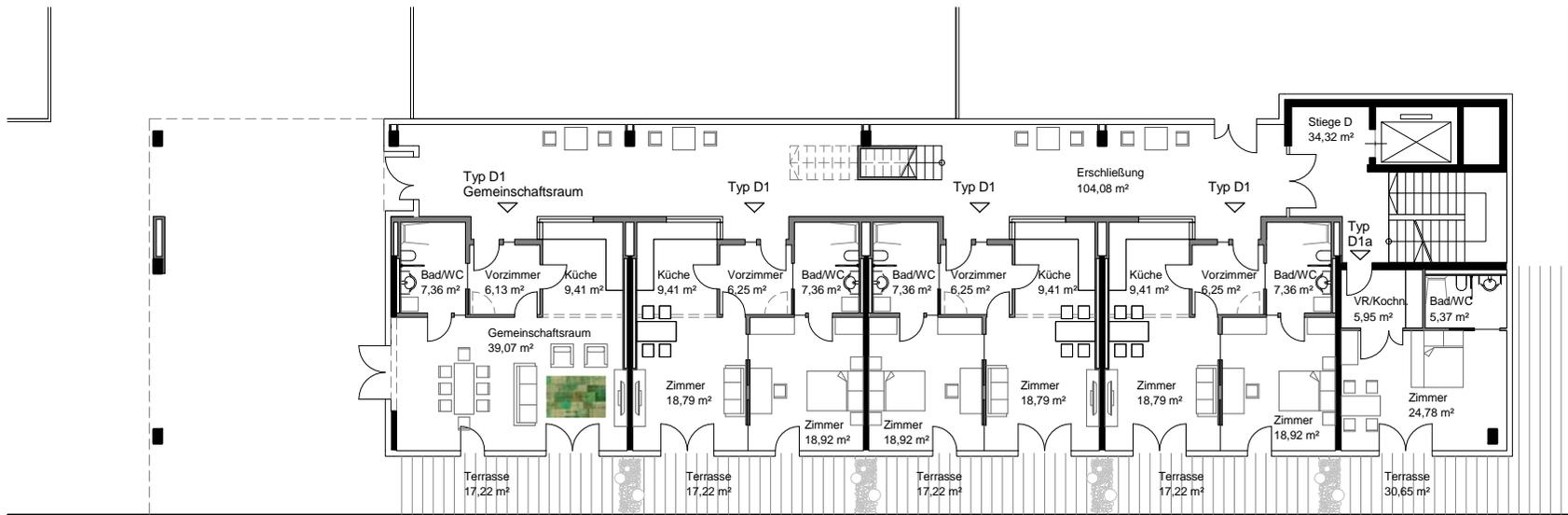
### Wohnungsgrößen und -anzahl (3.-6.OG)

3.OG	3 Wohnungen:	60,73 m <sup>2</sup> (Typ D1)
	1 Wohnung:	36,10 m <sup>2</sup> (Typ D1a)
4.-6.OG	15 Wohnungen:	69,53 m <sup>2</sup> (Typ D2)
	3 Wohnungen:	58,48 m <sup>2</sup> (Typ D2a)

*Flächen jeweils exkl. Loggia oder Terrasse*



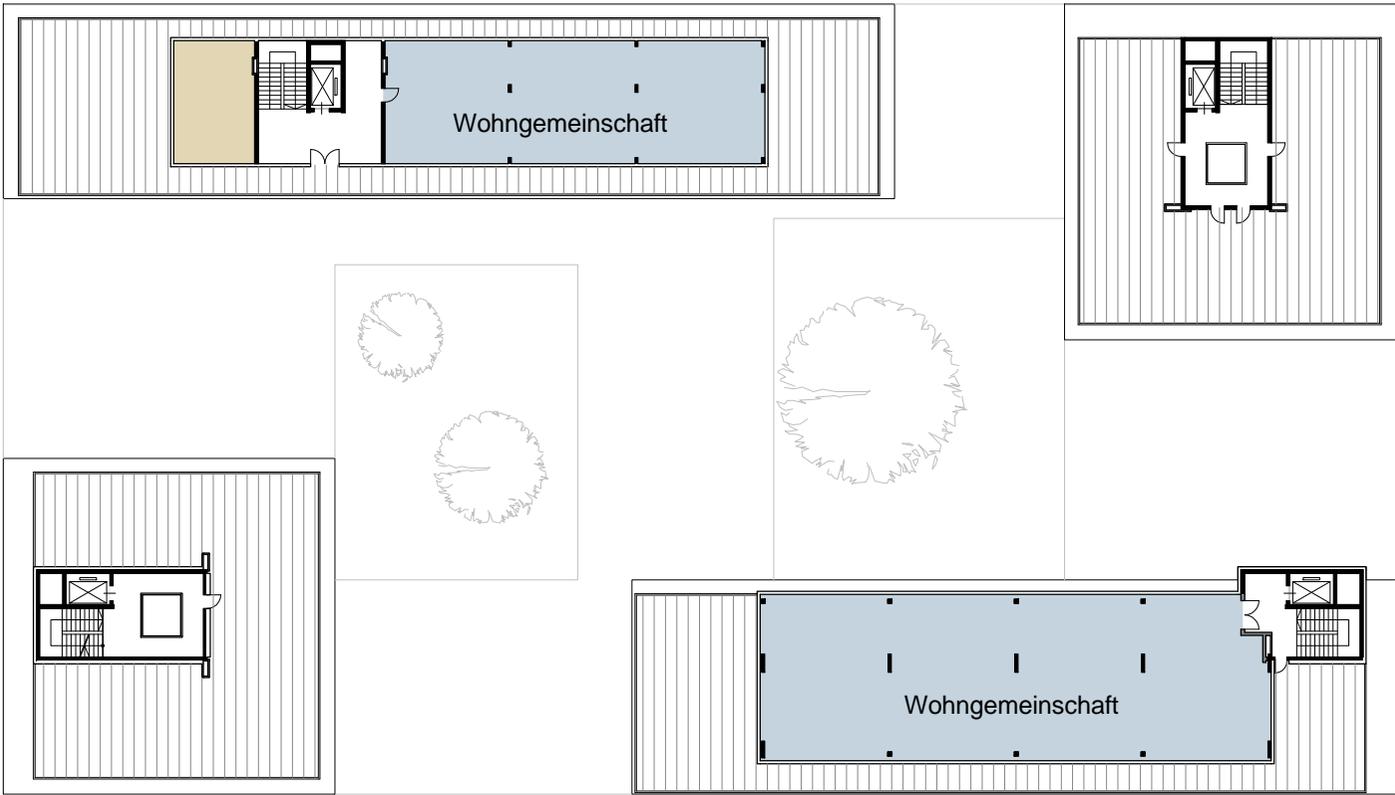
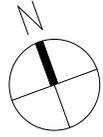
4. bis 6. OBERGESCHOSS BAUTEIL D - Betreute Wohnungen M 1:250



3. OBERGESCHOSS BAUTEIL D - Betreute Wohnungen, Gemeinschaftsraum M 1:250

## **Dachgeschoß**

In den Bauteilen B und D werden im DG jeweils Wohngemeinschaften für SeniorInnen vorgesehen. Zusätzlich steht in Bauteil B ein Gemeinschaftsraum mit westorientierter Dachterrasse allen BewohnerInnen zur Verfügung. Die Bauteile A und C erhalten ein zugängliches Flachdach mit Terrasse bzw. extensiver Begrünung.



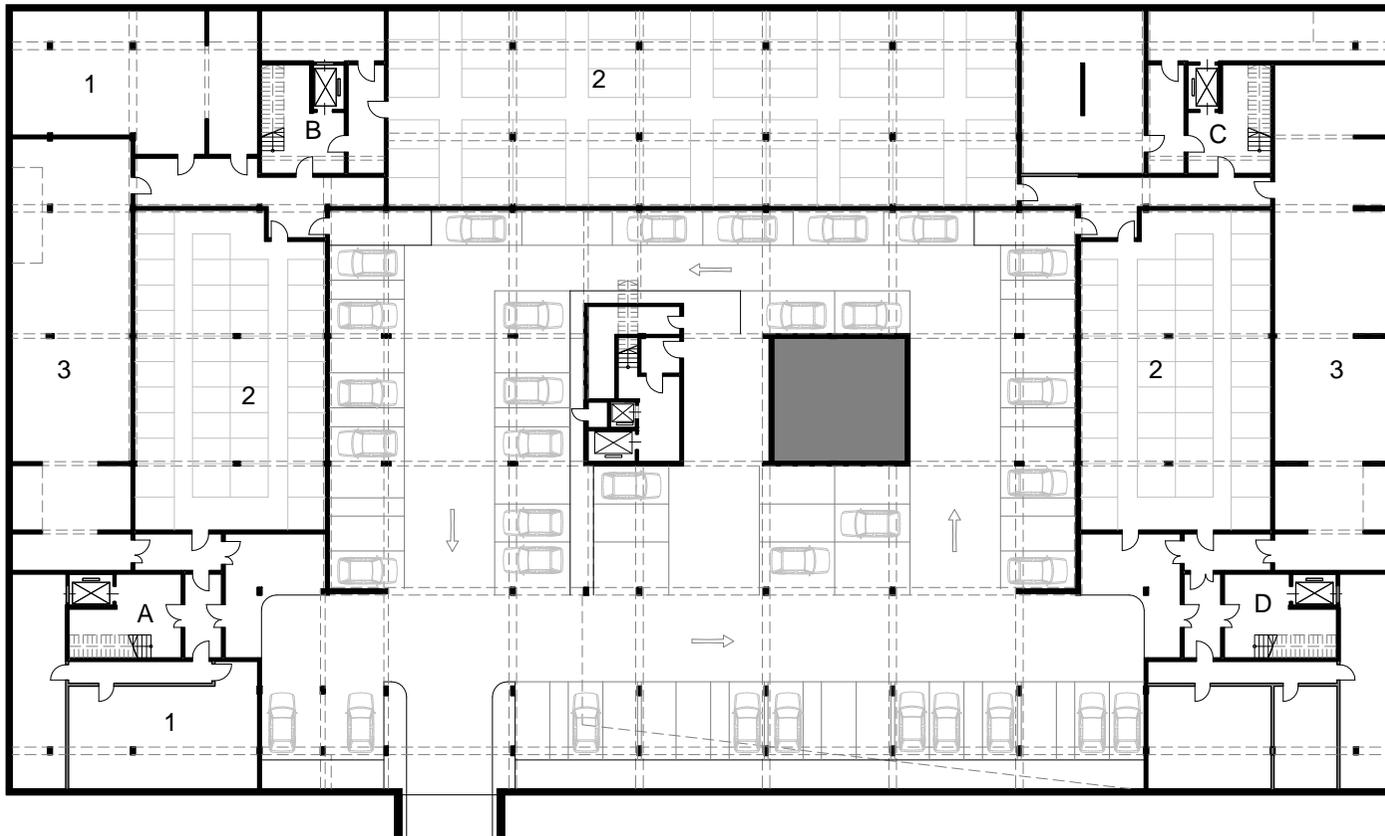
7. OBERGESCHOSS M 1:500

## **Untergeschoß**

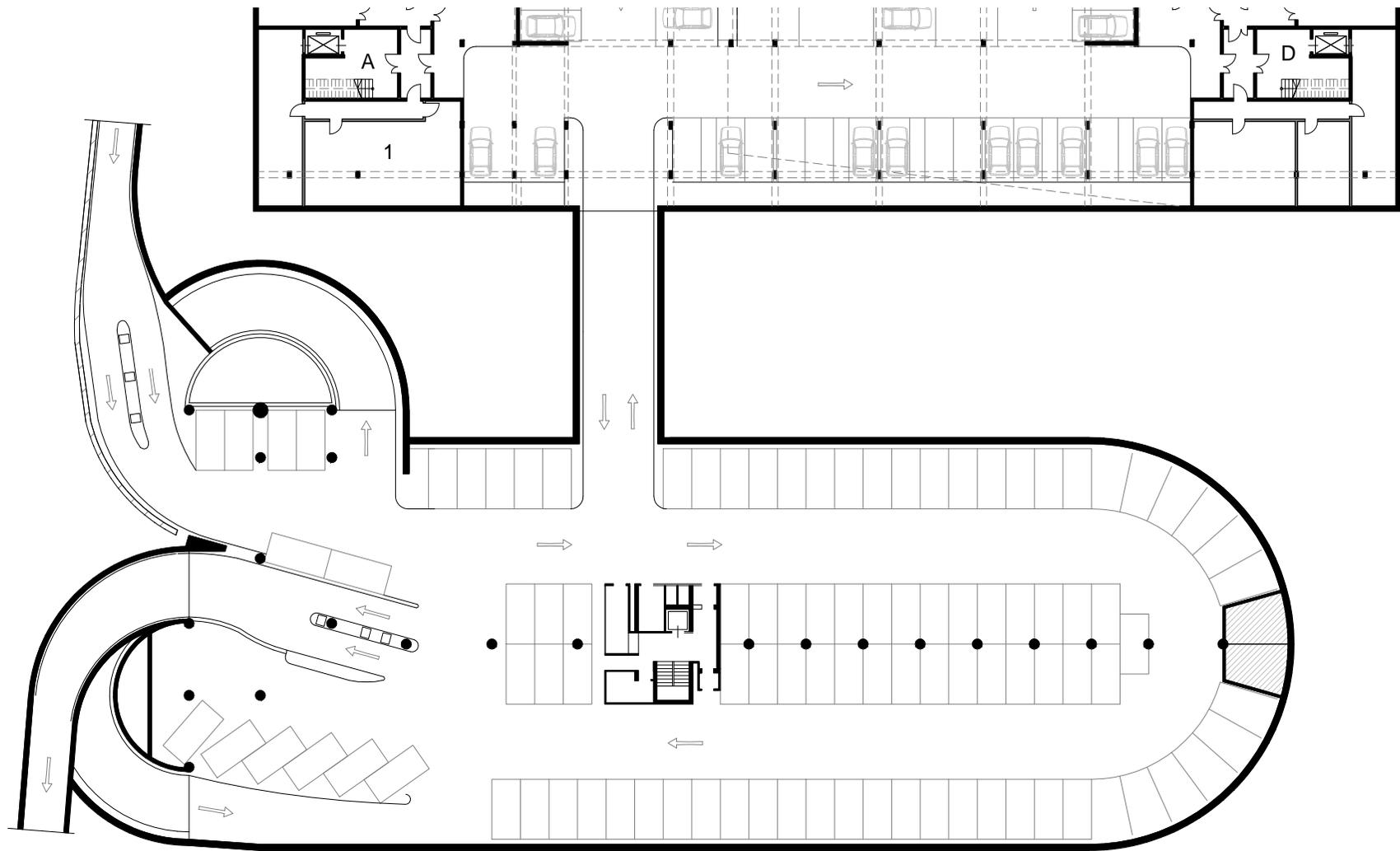
Im Untergeschoß werden u.a. eine Tiefgarage und der Parteienkeller untergebracht. Direkt zu den jeweiligen Erschließungskernen sind Lager für die EG-Nutzungen und die Fahrrad- und Kinderwagenabstellräume orientiert. Der Nachteil der Lage im Untergeschoß wird durch die geräumigen Aufzüge relativiert. Für die Nutzungen im Erdgeschoß und den beiden Obergeschoßen sind umfangreiche, insbesondere Lüftungstechnische, Installationen notwendig. Die dafür notwendigen Haustechnikräume sind im Untergeschoß untergebracht. Da direkt neben dem Bauplatz unter dem Hamerlingpark bereits eine Tiefgarage mit Zu- und Abfahrt (Großanlage > 1.000 m<sup>2</sup>) besteht, wird vorgeschlagen, die Stellplätze über diese zu erschließen. Optional müsste ein Autoaufzug oder eine flächenintensive Rampenkonstruktion mit Ein- und Ausfahrt an der Krotenthallergasse errichtet werden. Für Wohn- und Bürogebäude ist je 100 m<sup>2</sup> Wohnnutz- bzw. Aufenthaltsraumfläche ein Stellplatz zu schaffen. Für Heime ist je 10 Wohneinheiten ein Stellplatz zu schaffen. Diese Verpflichtung kann um bis 90% reduziert werden.<sup>4</sup> Daraus ergibt sich eine Stellplatzverpflichtung für die Wohnnutzung von 53, für das Pflegeheim von 7 und für die Erdgeschoßnutzungen von rund 17 Stellplätzen. Insgesamt sind daher 77 Stellplätze im Entwurfsprojekt nachzuweisen. Aufgrund der vorgeschriebenen sozialen Nutzungen, der vorhandenen Tiefgarage und der besonders guten Erschließung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, wird von der im Wiener Garagengesetz bestehenden Möglichkeit Gebrauch gemacht, nur eine reduzierte Stellplatzanzahl errichten zu müssen. Im Gegenzug werden die Stellplätze etwas breiter

geplant bzw. sind vermehrt barrierefrei möglich. Es werden 57 Pflichtstellplätze errichtet. Dies ist eine Minderung von rund 25 % und liegt daher deutlich unter 50 %. Es sind daher nicht die strengeren Anforderungen laut WGarG anzuwenden. Optional sind im rund 3,20 m hohen Bereich der Tiefgarage 17 Stellplätze für Kurzzeitparker (zum Beispiel für Mitarbeiter der EG-Nutzungen und des Pflegeheims) mit darüberliegenden weiteren 17 Langzeitparkern möglich.

<sup>4</sup> §§ 48 und 50 Wr. Garagengesetz (WGarG) in der Fassung vom 16.07.2014



UNTERGESCHOSS M 1:500



UNTERGESCHOSS TIEFGARAGE HAMERLINGPARK M 1:500

## **Ansichten und Schnitte**



ANSICHT SÜD 1:500



SCHNITT 1:500



ANSICHT WEST 1:500

+27,40  
+24,16  
+21,12  
+18,08  
+15,04  
+12,00  
+8,32  
+4,96  
+0,00  
-3,68



Krotenthallergasse

Tiefgarage im Neubau

neue Anbindung

Tiefgarage Hameringpark

SCHNITT 1:500



ANSICHT OST 1:500



## 8. Anhang

## Literaturverzeichnis

**Achleitner, Friedrich:** Österreichische Architektur im 20. Jahrhundert Bd. III/1: Wien 1.-12. Bezirk. Residenz Verlag. Salzburg 2010.

**Amann, Wolfgang; Wieser, Robert:** Gemeinnütziges Wohnen im Alter. Volkswirtschaftliche Analyse unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsformen. Wien 2013.

**Empirica AG Forschung und Beratung (Hrsg.):** Die Generation über 50. Wohnsituation, Potenziale und Perspektiven. Berlin 2006.

**Ziegler, Mark; Müller, Rolf:** Altersheime. Richtlinien für den Bau von Altersheimen der Stadt Zürich, Stadt Zürich, Hochbaudepartement, Immobilien-Bewirtschaftung (Hrsg.), Zürich 2008.

**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ); Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) Berlin 2006.

**Rutenkröger, Anja; Kuhn, Christina:** "Im Blick haben" Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Demenz Support Stuttgart Zentrum für Informationstransfer (Hrsg.) 2008.

**Altman, Irwin :** Territorial behavior in humans: An analysis of the concept. In: C. Pastalan & D. H. Carson (Hrsg.) Spatial behavior of older people. Ann Arbor, Mich.: University of Michigan Press. 1970.

**Altman, Irwin:** The Environment and social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory, Crowding. Monterey 1975.

**Arend, Stefan:** Hausgemeinschaften – Vom Modellversuch zur Regelversorgung. Ein Praxisbericht, Vincentz Network, Hannover 2005.

**Annerstedt, L.; Fournier, K. et. al.:** Group Living for People with Dementia. University of Sterling 1993.

**Badelt, Christoph, et al.:** Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Wien. Böhlau 1996.

**Buschmann, Hildegard:** Einzelzimmer/Doppelzimmer – ein Flächenvergleich, in: Das Einzelzimmer. Standard in der stationären Altenhilfe?, Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), Architektur + Gerontologie, Köln, 2005.

**Weyrer, Siegfried; Schäufele, Martina:** Demenzkranke in der stationären Versorgung. Aktuelle Situation, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Dokumentation eines Workshops. Stuttgart; Berlin; Köln. Kohlhammer 2001.

**Archibald, Carole:** Special Dementia Units. Erfahrungen aus Großbritannien / Schottland, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Dokumentation eines Workshops. Stuttgart; Berlin; Köln. Kohlhammer 2001.

**Radzey, Beate; Heeg, Sibylle:** Demenzkranke in der stationären Versorgung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Dokumentation eines Workshops. Stuttgart; Berlin; Köln. Kohlhammer 2001.

**Radzey, Beate:** Anforderungen an die Wohnqualität im Pflegeheim . Stand des Wissens. 2009. abgerufen am 24.08.2015 unter [http://www.demenz-support.de/publikationen/wissensfundus/wohn\\_und\\_versorgungssettings](http://www.demenz-support.de/publikationen/wissensfundus/wohn_und_versorgungssettings)

**Biwald, Peter / Mitterer, Karoline:** Österreichischer Städtetag 2006

Arbeitskreis 3. Die älter werdende Stadt. Zentrum für

Verwaltungsforschung. Wien 2006.

Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2010

Borscheid, Peter: Geschichte des Alters. 16.-18. Jahrhundert. 2. Auflage

Stuttgart 1987.

**Wohnen im Alter.** Vom Städtebau zur Wohnung, in: Detail Zeitschrift für Architektur, 52. Serie 2012-9, 2012, Seiten 992f.

**Brandl, Freya; Mahdavi, Ardeshir; Kiesel, Kristina:** Neues Wohnen im Alter – ökologisch, gemeinschaftsorientiert u. Finanzierbar. Eco-com 60+. Ein Projektbericht im Rahmen des Programms Haus der Zukunft.

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (Hrsg.). Wien 2011.

**Dettbarn-Reggentin, Jürgen / Reichenbach, Michael:** Bau- und Wohnkonzepte für alte und pflegebedürftige Menschen. Praxisbeispiele, Planungshilfen, technische Daten und medizinische Grundlagen. Forum Verlag. Merching. 2006.

**Dichter, Martin:** Wie wird die ambulante pflegerische Versorgung in Dänemark umgesetzt?. Literaturarbeit 2007. abgerufen am 09.06.2010 unter

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Literaturarbeit:\\_Wie\\_wird\\_die\\_ambulante\\_pflegerische\\_Versorgung\\_in\\_Dänemark\\_umgesetzt%3F](http://www.pflegewiki.de/wiki/Literaturarbeit:_Wie_wird_die_ambulante_pflegerische_Versorgung_in_Dänemark_umgesetzt%3F)

**Feddersen, Eckhard / Lüdtke, Insa:** Feddersen;Lüdtke – Wohnen im Alter. Birkhäuser Verlag. Basel. 2011.

**Flenreiss, Gerhard / Rümmele, Martin:** Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen. Springer-Verlag. Wien. 2008.

**Ganner, Michael:** Vorlesung Altenrecht im SS 2005 an der Universität Innsbruck, Institut für Zivilrecht. abrufbar unter

<http://www.uibk.ac.at/zivilrecht/mitarbeiter/ganner/altenrecht.html>

**1. Österreichischer Demenzbericht.** Wiener Gebietskrankenkasse (Hrsg.), Wien 2009.

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

**Goffman, Erving:** Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München. 1983.

**Gstettner, Ulrike:** Dr. Inganz Leopold Nascher – der „Vater“ der Geriatrie?. In: Arias, Ingrid et. al. (Hrsg.): In der Versorgung. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum am „Am Wienerwald“. Wien 2005.

**Graber-Dünow, Michael:** Milieuthherapie in der stationären Altenhilfe. Brigitte Kunz Verlag, Hannover 2003.

abgerufen am 30.03.2010 unter <http://pflegen-online.de/download/899-5.pdf>

**Haberkern, Klaus:** Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden 2009.

**Hager, Manuela:** Businessplan, Tageszentrum für Menschen mit Demenz. Diplomarbeit FH-OÖ. Linz 2007.

**Hanisch-Berndt, Juliane / Göritz, Manja:** Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diplomarbeit am Institut für Soziologie der freien Universität Berlin. 2005. abgerufen am 22.05.2010 unter: <http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/>

**Das Hausgemeinschaftsmodell in Senioreneinrichtungen.** Ein Leitfaden zur Planung und Implementierung von Hausgemeinschaften im Bundesland Salzburg. Hrsg. Land Salzburg, Abteilung Soziales. Salzburg 2013 abgerufen am 14.04.2015 unter

[http://www.salzburg.gv.at/Hausgemeinschaftsmodell\\_2013.pdf](http://www.salzburg.gv.at/Hausgemeinschaftsmodell_2013.pdf)

**Heeg, Sibylle / Bäuerle, Katharina:** Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Erfahrungen im Pflegeheimbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2008. Heinzelmann, Martin: Das Altenheim – immer noch eine „totale Institution“?. Cuvillier Verlag. Göttingen. 2004.

**Hofer, Andreas:** Von der Familienwohnung zum Cluster-Grundriss in: TEC21 Ausgabe 7/2011.

**Höpflinger, Francois:** Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Seismo Verlag, Zürich 2004.

**Höpflinger, Francois:** Hochaltrigkeit – demografische, gesundheitliche und sozialer Entwicklungen. 2003. abgerufen am 18.05.2010 unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1J.html>

**Höpflinger, Francois:** soziale Beziehungen im Alter – Entwicklung und Problemfelder. 2009. abgerufen am 18.05.2010 unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>

**Hörl, Josef et. al.:** Hochaltrige in Österreich: Eine Bestandsaufnahme in: Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), 2. Auflage, Wien 2009.

**Hörl, Josef:** Zum Lebensstil älterer Menschen. In: Kruse, Andreas (Hrsg.). Psychosoziale Gerontologie. Bd.1. Göttingen: Hogrefe 1998.

**Kitwood, Tom:** Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirren Menschen. Bern 2008.

**Kogler, E. Kathrine:** Die geschlossene Armenpflege in Wien vor Bau des Lainzer Versorgungsheimes. In: Arias, Ingrid et. al. (Hrsg.): In der Versorgung. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum am „Am Wienerwald“. Wien 2005.

**Kolland, Franz:** Altersbilder in der Gesellschaft. Vortragsdokumentation im Rahmen des Workshops „Altern – Bildung – Lernen“. 2006. abgerufen am 13.06.2010 unter:

<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/5/9/0/CH0168/CMS1218026915594/altern-bildung-lernen2006.pdf>

**Kontrollamt der Stadt Wien:** Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“, Prüfung der Versorgung der Wienerinnen und Wiener mit Pflegeplätzen durch die Gemeinde Wien und gemeinnützige Träger. Tätigkeitsbericht 2011. abgerufen am 25.02.2015 unter <http://www.stadtrechnungshof.wien.at/berichte/2011/lang/03-04-KA-VI-K-2-11.pdf>

**Kytir, Josef:** Demografische Entwicklung und Konsequenzen für das österreichische Gesundheitswesen. Vortrag im April 2003.

**Lebedur, Sophie:** Die Altersfürsorge im Rahmen des Armenwesens des 19. Jahrhunderts in Wien. abgerufen am 20.07.2010 unter [http://www.wienkav.at/\\_cache/Doku/Armut%20und%20Alter\\_6666.pdf](http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Armut%20und%20Alter_6666.pdf)

**Lebedur, Sophie:** Armut und Alter. Eine überblicksartige Darstellung der Wiener Armenpflege. In: Arias, Ingrid et. al. (Hrsg.): In der Versorgung. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum am „Am Wienerwald“. Wien 2005.

**Lebhart, Gustav; Marik-Lebeck, Stephan; Klotz, Johannes:** Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Wien 2005 bis 2035. Stadtentwicklung Wien. MA 18 (Hrsg.): Wien 2007.

**Leeb, Franziska:** wohnen pflegen leben. Neue Wiener Wohn- und Pflegehäuser. Bohman Verlag, Wien 2009.

**Lind, Sven:** Betreutes Wohnen im Alter. Eine Literaturrecherche und Sekundäranalyse zur Entwicklung des Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA. Haan 2005. Abgerufen am 08.04.2013 unter [http://www.gerontologische-beratung-haan.de/pdf/downloads/Lind\\_Betreutes\\_Wohnen\\_im\\_Alter.pdf](http://www.gerontologische-beratung-haan.de/pdf/downloads/Lind_Betreutes_Wohnen_im_Alter.pdf)

**Marquardt, Gesine:** Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Dissertation TU Dresden. 2006.

**Michell-Auli, Peter; Sowinski, Christine: Die 5. Generation:** KDA Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) 2013.

**Michell-Auli, Peter; Sowinski, Christine:** Kleine "Heime" und ihre Vorteile, in: Pro Alter, Ausgabe 05, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), 2012.

**Mothes, Oscar:** Illustriertes Bau-Lexikon. Erster Band. Leipzig-Berlin 1881.

**Mühlberger, Ulrike / Knittler Käthe / Guger, Alois:** Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegeversorgung. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). 2008.

**N. J. Schmid Verlagsges.m.b.H (Hrsg.):** Das Wiener Geriatriekonzept. In: Perspektiven, Sondernummer 2009. Wien 2009.

**Nam, Hyun Joo: Alten- und Pflegeheime in Österreich.** Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung. Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor“, WU-Wien 2003. abgerufen am 15.08.2010 unter <http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/nam%20studie%5B1%5D.pdf>

**Narten; Tischer:** Räume für gemeinschaftliche Wohnprojekte ältere Menschen. Erfahrungen aus den Niederlanden – Band 2: Projektdokumentation. KDA. Köln 2001.

**Schönfeld, Annika; Lukas, Teresa:** Neues fürs Altwerden. Integration seniorengerechter Wohnangebote in den geförderten Wiener Wohnbau. Endbericht. raum&kommunikation (Hrsg.). Wien 2008.

Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz 2005 (WWPG).

Österreichisches Institut für Familienforschung (Hrsg.): Seniorenbericht 2000. Ältere Menschen – neue Perspektiven. Wien 2000.

abgerufen am 26.06.2006 unter: <http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0166>

**Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA):** Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Wien. 2015.

**Paukner, Roland:** Schnittstellen aufheben. In: Flenreiss, Gerhard/

**Rümmele, Martin:** Medizin vom Fließband. Springer-Verlag Wien 2008.

**Pfabigan, Doris/ Jilge, Astrid:** Einblicke und Ausblicke. In: Arias, Ingrid et. al. (Hrsg.): In der Versorgung. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum am „Am Wienerwald“. Wien 2005.

**Pincus, Lily:** Das hohe Alter, Piper Verlag, München 1992. Zitat abgerufen am 28.07.2015 unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1C.html>

**Spath, Diether; Bauer, Wilhelm et. al.:** Pflege 2020. Lebensstilgerechte Versorgung in der Altenhilfe. Fraunhofer IAO (Hrsg.). Stuttgart 2012.

**Radzey, Beate/ Heeg, Sibylle/ Goerlich, Christiane:** Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. In: Schriftenreihe thema, Band 145. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln 1999.

**Reinhold, Gerd (Hrsg.):** Soziologie Lexikon 4. Auflage.

**Schaarschmidt, Dieter:** Kostengegenüberstellung

Einzelzimmer/Doppelzimmer anhand realisierter Projekte, in: Das Einzelzimmer. Standard in der stationären Altenhilfe?, Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), Architektur + Gerontologie, Köln, 2005.

**Schmiege, Peter:** Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens im strukturellen und demografischen Wandel. Vorlesung vom 14.11.2005 am Institut für Sozial- und Gesundheitsbauten an der TU Dresden. abgerufen am 16.05.2010 unter [http://tu-](http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/zentrale_einrichtungen/zdw/lehrangebote/ringvorlesung/rv0506/Einrichtungen_Sozial_u_Gesundheitswesen_im_demogr_Wandel.pdf)

[dresden.de/die\\_tu\\_dresden/zentrale\\_einrichtungen/zdw/lehrangebote/ringvorlesung/rv0506/Einrichtungen\\_Sozial\\_u\\_Gesundheitswesen\\_im\\_demogr\\_Wandel.pdf](http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/zentrale_einrichtungen/zdw/lehrangebote/ringvorlesung/rv0506/Einrichtungen_Sozial_u_Gesundheitswesen_im_demogr_Wandel.pdf)

**Schneider, Ulrike et al.:** Die Kosten der Pflege in Österreich.

Ausgabenstruktur und Finanzierung. Forschungsberichte / Institut für Sozialpolitik, 02/2006, Institut für Sozialpolitik, WU Wien. 2006.

**Schneider, Cornelia:** Gesellschaftliche Problemlagen des Alter(n)s und der Altenbetreuung als Herausforderung pflegerischen Handelns bei psychischen Alterserkrankungen. Dissertation. Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien. 2005.

**Schönfeld, Jürgen:** Gebäudelehre. 2.Auflage. Verlag Kohlhammer. Stuttgart 1992.

**Sowinski, Christine:** Doppelzimmer aus Sicht der Pflege, in: Das Einzelzimmer. Standard in der stationären Altenhilfe?, Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), Architektur + Gerontologie, Köln, 2005.

**Stracke-Mertes, Ansgar:** Soziologie – Der Blick auf soziale Beziehungen, Vincentz Verlag, Hannover 2003.

**Strunck, Stefan:** Die Pflegelandschaft der Zukunft. Versorgungs- und Personalkonzepte. in: Fachtagung „Quo vadis Altenpflege?“ am 07.11.2012 in Bad Ems. am 12.01.2015 abgerufen unter <http://www.viasalus.de/index.php?id=2128>

**Tazi-Preve/Kytir/Lebhart/Münz:** Bevölkerung in Österreich. Demographische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte. Institut für Demographie (Hrsg.): Wien 1999.

**Schittich, Christian (Hrsg.):** Integriertes Wohnen, flexibel barrierefrei altengerecht. Birkhäuser Edition Detail. 2007.

**Staa, Swen:** Milieutherapie. Ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter, Hannover, 2004.

**Statistik Austria (Hrsg.):** Bevölkerungsvorausschätzung 2009 bis 2050. Sowie Modellrechnung bis 2075 für Österreich (Hauptszenario). Wien 2009.

**Statistik Austria (Hrsg.):** Familien- und Haushaltsstatistik. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Wien 2010.

**Statistik Austria (Hrsg.):** Statistisches Jahrbuch 2014. Wien 2014.

**Brand, Christine:** Mit dem Vergessen leben. In: Schriftenreihe TEC21, Ausgabe 40-41/2012, Zürich 2012.

**Statistik Austria (Hrsg.):** Wohnen. Zahlen, Daten und Indikatoren der Wohnstatistik. Wien. 2014.

**Kremer-Preiß, Ursula / Stolarz, Holger:** Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung. Eine Bestandsanalyse. Kuratorium Deutsche Altenhilfe. Köln. 2003.

**Tews, Hans Peter:** Altersbilder. Kuratorium Deutscher Altershilfe. Köln. 1995.

**United Nations, Departement of Economic and Social Affairs:** World Urbanization Prospects. The 2014 Revision – Highlights. New York 2014.

**Voigt, Andreas et al.:** Die Stadt der kurzen Wege aus ökosozialer Sicht. Nahversorgung und Naherholung in Wien vor dem Hintergrund der Alterung. In: Forschungsbericht 2008. Ökosoziales Forum Wien (Hrsg.).

**Wieden, Katleen:** Erfolgsfaktoren bei der Entwicklung von Pflegeheimen. Diplomarbeit. Hamburg 2008.

**Winter, Hans Peter/ Gennrich, Rolf/ Haß, Peter:** Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. In: BMG Modellprojekte - Band 8. Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Köln 2000.

**Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.): Duden.** Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Mannheim 1994.

**Wojnar, Jan:** Versorgungsrealität. Qualitätsanforderungen und Umsetzungsmethoden, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Dokumentation eines Workshops. Stuttgart; Berlin; Köln. Kohlhammer 2001.

**Wüstenrot Stiftung Deutscher Eigenheimverein e.V. (Hrsg.):** Selbständigkeit durch Betreutes Wohnen im Alter. Stuttgart; Zürich 1994.

## Internetquellen

### Kapitel 1

www, sci

Stefanowitsch, Anatol: Sprache diskriminiert. abgerufen am 29.09.2015 unter <http://www.scilog.de/sprachlog/sprache-diskriminiert/>

### Kapitel 2

www, UN 2012

2012 Population an Development Wall Chart: United Nations - Departement of Economic and Social Affairs. New York 2012. abgerufen am 05.09.2014 unter:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/>

www, diepresse 2010

[http://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/586347/index.do?](http://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/586347/index.do?_vl_backlink=/home/index.do)

[\\_vl\\_backlink=/home/index.do](http://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/586347/index.do?_vl_backlink=/home/index.do) abgerufen am 08.08.2010

www, welt

Nicolaysen, Lars: Maschinen mit Persönlichkeit in: Die Welt, Ausgabe vom 27.06.2014

[http://www.welt.de/print/die\\_welt/wissen/article129513642/Maschine-mit-Persoenlichkeit.html](http://www.welt.de/print/die_welt/wissen/article129513642/Maschine-mit-Persoenlichkeit.html) abgerufen am 31.07.2015

www, kav

<http://www.wienkav.at/kav/ZeigeAktuell.asp?id=24205> abgerufen am 11.04.2015

www, Eurostat

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.pdf](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.pdf) abgerufen am 03.10.2014

www, tue

[www.tuerk-huzur-evi.com](http://www.tuerk-huzur-evi.com) (Internationales Pflegehaus Kreuzberg)

abgerufen am 10.09.2010

www, sta 1

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/023106.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023106.html)

abgerufen am

10.09.2010

www, zukunfinstitut

Horx, Matthias: Die Macht der Megatrends. 2007. abgerufen am

12.05.2010 unter

[http://www.zukunftsinstitut.de/verlag/zukunftsdatenbank\\_detail?nr=1876](http://www.zukunftsinstitut.de/verlag/zukunftsdatenbank_detail?nr=1876)

www, sta 2

[http://www.statistik.at/web\\_de/downloads/webkarto/bev\\_prognosen01/popup.htm](http://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prognosen01/popup.htm)

abgerufen am 05.04.2015

www, sta 3

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte\\_familien\\_lebensformen/lebensformen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html)

abgerufen am 29.09.2015.

## Kapitel 3

www, wik

<http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegebedürftigkeit> abgerufen am 25.08.2015

www, sta1

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/020067.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/020067.html)

abgerufen am 25.08.2015

abgerufen am 25.08.2015

www, wik1

[https://de.wikipedia.org/wiki/Validation\\_%28Pflege%29](https://de.wikipedia.org/wiki/Validation_%28Pflege%29) abgerufen am

21.07.2015

www, wik2

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Normalitätsprinzip> abgerufen am 22.08.2010

www, car

[www.caretrialog.de](http://www.caretrialog.de) abgerufen am 10.10.2014

## Kapitel 4

www, wik1

[http://de.wikipedia.org/wiki/Demografie\\_Wiens](http://de.wikipedia.org/wiki/Demografie_Wiens) abgerufen am 28.01.2011

www, wik2

[http://de.wikipedia.org/wiki/Demografie\\_Wiens](http://de.wikipedia.org/wiki/Demografie_Wiens) abgerufen am 28.03.2015

www, wik3

[http://de.wikipedia.org/wiki/Demografie\\_Wiens](http://de.wikipedia.org/wiki/Demografie_Wiens) abgerufen am 28.01.2011

www, wik4

[http://de.wikipedia.org/wiki/Geriatriezentrum\\_Baumgarten](http://de.wikipedia.org/wiki/Geriatriezentrum_Baumgarten) abgerufen am

20.07.2010

www, wik5

<http://www.kwp.at/geschichte.aspx> abgerufen am 29.01.2011

www, kav

[http://www.wienkav.at/kav/gzw/texte\\_anzeigen.asp?id=9403](http://www.wienkav.at/kav/gzw/texte_anzeigen.asp?id=9403) abgerufen

am 17.07.2010

www, kwp

[www.kwp.at/ueberuns.aspx](http://www.kwp.at/ueberuns.aspx) abgerufen am 18.08.2010

## Kapitel 5

www, arm

<http://www.gema.biz/cms/DE/Referenzen-Referenzgalerie-Geriatriezentrum-Liesing.html> abgerufen am 26.08.2015

www, medizinfo

[http://www.medizinfo.de/geriatrie/alter/definition\\_alt.shtml](http://www.medizinfo.de/geriatrie/alter/definition_alt.shtml) abgerufen am 25.01.2011

www, altersbild

[www.wikipedia.orf/wiki/Altersbild](http://www.wikipedia.orf/wiki/Altersbild) abgerufen am 08.06.2010

www,zeit

<http://www.zeit.de/gesellschaft/generationen/2009-11/altersbilder-weltweit> abgerufen am 16.05.2010

www, viasalus

Strunck, Stefan: Die Pflegelandschaft der Zukunft. Versorgungs- und Personalkonzepte. in: Fachtagung „Quo vadis Altenpflege?“ am 07.11.2012 in Bad Ems. <http://www.viasalus.de/index.php?id=2128> abgerufen am 12.01.2015

www, institution

<http://de.wikipedia.org/wiki/Institution> abgerufen am 28.07.2015

www, klz

[http://www.kleinezeitung.at/k/kaernten/klagenfurt/4169788/Pflegedebatte\\_Wir-arbeiten-hier-wie-am-Fließband](http://www.kleinezeitung.at/k/kaernten/klagenfurt/4169788/Pflegedebatte_Wir-arbeiten-hier-wie-am-Fließband) abgerufen am 30.03.2015

## Kapitel 6

Köbler, Gerhard: Deutsches Etymologisches Wörterbuch, 1995.

<http://www.koeblergerhard.de/derwbhin.html> abgerufen am 20.08.2014

www, lan

[http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-9CA1A7A4-B047DECE/oö/hs.xsl/18783\\_DEU\\_HTML.htm](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-9CA1A7A4-B047DECE/oö/hs.xsl/18783_DEU_HTML.htm) abgerufen am 14.08.2015

www, nul

[http://nullbarriere.de/din77800\\_betreutes\\_wohnen.htm](http://nullbarriere.de/din77800_betreutes_wohnen.htm) abgerufen am 09.04.2013

www, kwp1

[http://www.kwp.at/betreutes\\_wohnen.aspx](http://www.kwp.at/betreutes_wohnen.aspx) abgerufen am 15.04.2015

www, senecura

<http://www.senecura.at/angebot/betreutes-wohnen> abgerufen am 14.04.2015

www, noe

[http://www.noe.gv.at/bilder/d67/Betreutes\\_Wohnen.pdf](http://www.noe.gv.at/bilder/d67/Betreutes_Wohnen.pdf) abgerufen am 16.04.2015

www, silver-living

<http://www.silver-living.com/> abgerufen am 14.04.2015

www, citycom2

<http://www.citycom2.at/wohngemeinschaften.html> abgerufen am 09.04.2015

www, pflege.fsw

[http://pflege.fsw.at/wohnformen\\_pflege/seniorenwg/](http://pflege.fsw.at/wohnformen_pflege/seniorenwg/) abgerufen am 21.07.2015

www, hilfswerk

<http://www.hilfswerk.at/wien/pflege-betreuung/senioren-innen-wohngemeinschaften> abgerufen am 09.04.2015

www, wiensozialdienste  
<http://www.wiensozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/altenpflege/betreute-seniorenwohngemeinschaften.html>  
abgerufen am 21.07.2015  
www, kalkbreite  
[http://www.kalkbreite.net/projekt/bauprojekt/20140923\\_Kalkbreite-Projektdokumentation\\_2014\\_web.pdf](http://www.kalkbreite.net/projekt/bauprojekt/20140923_Kalkbreite-Projektdokumentation_2014_web.pdf) abgerufen am 14.05.2015  
www, kwp2  
<http://www.kwp.at/unserangebot.aspx> abgerufen am 14.04.2015  
www, ots  
[http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20120521\\_OTS0056/silver-living-oenorm-regelt-endlich-wildwuchs-beim-betreuten-wohnen-anhang](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120521_OTS0056/silver-living-oenorm-regelt-endlich-wildwuchs-beim-betreuten-wohnen-anhang)  
abgerufen am 11.04.2015  
Statistik Austria 2013, Bundeplegegeldbezieher nach Pflegegeldstufen 2003 – 2013  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html)  
abgerufen am 03.08.2015  
www, mat  
<http://matzinger.at/projekte/ls2/LP1Leonding,12013> abgerufen am 10.04.2015  
www, woh  
<http://www.wohnhof-atrrium.de/matzinger1.html> abgerufen am 10.04.2015  
www, der  
<http://www.derlebensraum.com/index.html> abgerufen am 07.01.2011  
www, cit

<http://www.city-data.com/city/Sun-City-Arizona.html> abgerufen am 07.01.2011  
www, bhp  
<http://www.architekten-bhp.de> abgerufen am 17.04.2015  
www, dia  
<http://www.diakoniewerk-oberoesterreich.at/> abgerufen am 20.05.2014  
www, son  
[www.sonnweid.ch/191.html](http://www.sonnweid.ch/191.html) abgerufen am 28.12.2010  
www, spi  
[www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/demenzdorf-hogewey-in-den-niederlanden-a-823426.html](http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/demenzdorf-hogewey-in-den-niederlanden-a-823426.html) abgerufen am 12.10.2014  
www, der  
<http://derstandard.at/1263706332673/Neuer-PSD-Wien-Chef-im-Interview-Wir-koennen-nicht-endlos-Pflegeheime-bauen> abgerufen am 25.08.2015  
www, zeit  
<http://www.zeit.de/2013/05/Demenzdorf-De-Hogeweyk-Alzey/seite-3>  
www, sta  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte\\_familien\\_lebensformen/lebensformen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html) abgerufen am 28.12.2010  
www, kwp1  
[http://www.kwp.at/pics/web/Pressemitteilungen/Spatenstich\\_IWP\\_Döbling\\_07062010.pdf](http://www.kwp.at/pics/web/Pressemitteilungen/Spatenstich_IWP_Döbling_07062010.pdf) am 14.07.2010  
www, kwp2  
[http://www.kwp.at/pics/web/Pressemitteilungen/Spatenstich\\_IWP\\_Döbling\\_07062010.pdf](http://www.kwp.at/pics/web/Pressemitteilungen/Spatenstich_IWP_Döbling_07062010.pdf) am 14.07.2010

www, lai1

<http://www.lainer.at/iwp/> abgerufen am 14.07.2015

www, lai2

[www.lainer.at/data/iwp-o6.pdf](http://www.lainer.at/data/iwp-o6.pdf) abgerufen am 08.04.2015

www, op-marburg.de

Abgerufen am 08.12.2014 unter [http://www.op-](http://www.op-marburg.de/Lokales/Marburg/Die-Gretchenfrage-80-oder-48)

[marburg.de/Lokales/Marburg/Die-Gretchenfrage-80-oder-48](http://www.op-marburg.de/Lokales/Marburg/Die-Gretchenfrage-80-oder-48)

## Abbildungen

### Kapitel 2

WWW, UN 2012

2012 Population an Development Wall Chart: United Nations -

Departement of Economic and Social Affairs. New York 2012. abgerufen

am 05.09.2014 unter:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/>

### Kapitel 4

www, dom

[www.domicilbern.ch/ueber-uns/medien/bilder/print.html](http://www.domicilbern.ch/ueber-uns/medien/bilder/print.html) abgerufen am

23.01.2015

www, dbz

<http://www.db-bauzeitung.de/db-themen/db-archiv/pflege-mit-aussicht>

abgerufen am 16.04.2015

### Kapitel 5

www, der

<http://www.derlebensraum.com/index.html> abgerufen am 07.01.2011

www, cdn

[http://cdn.lightgalleries.net/4bd5ebf97479c/images/LS5343\\_16-2.jpg](http://cdn.lightgalleries.net/4bd5ebf97479c/images/LS5343_16-2.jpg)

abgerufen am 07.01.2011

www, tra

[http://www.travelpod.com/travel-](http://www.travelpod.com/travel-photo/damo100/europe2005/1116374700/dscn1390.jpg/tpod.html)

[photo/damo100/europe2005/1116374700/dscn1390.jpg/tpod.html](http://www.travelpod.com/travel-photo/damo100/europe2005/1116374700/dscn1390.jpg/tpod.html)

abgerufen am 07.01.2011

www, kcw

<http://www.kcwz.nl/dossiers/kleinschaligwonen/databank> abgerufen am

07.01.2011

www, die

[http://www.die-stadtredaktion.de/2012/08/rubriken/politik/spd-politik/lothar-](http://www.die-stadtredaktion.de/2012/08/rubriken/politik/spd-politik/lothar-binding-reist-in-das-pflegedorf-de-hogeweyk/)

[binding-reist-in-das-pflegedorf-de-hogeweyk/](http://www.die-stadtredaktion.de/2012/08/rubriken/politik/spd-politik/lothar-binding-reist-in-das-pflegedorf-de-hogeweyk/) abgerufen am 25.08.2015

www, spi 1

<http://m.spiluttini.com/index.php?inc=project&id=4201> abgerufen am

08.04.2015

www, lai3

<http://www.lainer.at/iwp/> abgerufen am 08.04.2015

www, spi2

<http://m.spiluttini.com/index.php?inc=project&id=4201> abgerufen am

08.04.2015

www, sta

[https://www.stadt-](https://www.stadt-zuerich.ch/hbd/de/index/hochbau/geplante_bauten/alterszentrum_trotte.html)

[zuerich.ch/hbd/de/index/hochbau/geplante\\_bauten/alterszentrum\\_trotte.ht](https://www.stadt-zuerich.ch/hbd/de/index/hochbau/geplante_bauten/alterszentrum_trotte.html)

[ml](https://www.stadt-zuerich.ch/hbd/de/index/hochbau/geplante_bauten/alterszentrum_trotte.html) abgerufen am 08.04.2015

## Kapitel 6

www, nat

[http://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSP/DE/Projekte/Projektaufruf/ProjektaufrufZusammenleben/projektaufruf\\_node.html](http://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSP/DE/Projekte/Projektaufruf/ProjektaufrufZusammenleben/projektaufruf_node.html)

Ausstellungsdokumentation „Das ganze Leben – Neue Architektur für Pflegewohnhäuser“. Wiener Städtische Wechselseitiger

Versicherungsverein – Vermögensverwaltung (Hrsg.). 2010. Wien.

Abgerufen am 12.09.2015 unter

<https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/veranstaltungen/ausstellungen/ganzesleben/>

100 Jahre Amtsgebäude Krotenthallergasse. Hrsg. BEV-Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen. Wien 2005. abgerufen am 21.06.2010

unter [www.unordnung.at](http://www.unordnung.at)

Krotenthallergasse Nr. 8 abgerufen am 10.11.2014 unter

[www.meinejosefstadt.at](http://www.meinejosefstadt.at)



## ***Danksagung***

*An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Diplomarbeitsbetreuer Helmut Schramm für die konstruktive Kritik danken, die mich immer wieder auf den Weg gebracht hat.*

*Meinem lieben Nachbarn Werner danke ich für die Hilfe beim Korrekturlesen.*

*Besonderer Dank gilt meiner Frau.*