

Diplomarbeit

Pflegewohnhaus Schlachthausgasse

ein Zuhause für alte und pflegebedürftige Menschen im dritten Bezirk

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades

eines Diplom-Ingenieurs / Diplom-Ingenieurin

unter der Leitung von

Ao.Univ.Prof. Dipl.-Ing. Dr.techn.

Helmut Schramm

E253.2 - Institut für Architektur und Entwerfen

Abteilung Wohnbau und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien

Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

Christoph Sieler

0726497

Wien, am



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN

Abstract

Caring for the elderly has historically been an activity taking place outside of Vienna's city walls - hospitals providing basic care for sick and elderly people were run by the church and placed away from the centre to prevent the spread of diseases. Only during wartime were they moved inside the city walls. In the 19th and 20th century more sophisticated structures and financing methods were developed, leading to massive, hospital-like structures such as the Lainzer Versorgungsheim.

In recent decades, efforts were made to diversify both methods and locations of care facilities, with the goal of incorporating the residents into the everyday life of their immediate surroundings and ideally not forcing them to leave the district they lived in.

The proposed design for a care-home is situated in Vienna's 3rd district, on the boarder of the historic inner city and the busy 'Gürtel' street and highway access. Challenges were the high traffic noise coming from the adjacent street as well as the diverse surrounding buildings, ranging from historic block perimeter buildings to the just completed residential point block buildings behind the site.

The response to these challenges as well as the urbanistic situation is a linear building, which acts as a noise barrier for the housing area behind it, and is then cut in half to create direct access; one part will be used as a residential building, the other as a care home, which is oriented around a central courtyard. The ground floor, with its own materials and shape, acts as a platform for the 4 residential floors above it; through its access to a public function room and to the courtyard it connects the home to the public. Each floor has 4 groups of rooms, each having its own eating and residential area; additionally, the first and fifth floor offer terraces and extra care rooms for patients with special needs.

Kurzfassung

Altenpflege wurde in Wien historisch gesehen außerhalb der Stadtmauern betrieben - kirchlich geführte Krankenhäuser boten kranken und alten Menschen ein Mindestmaß an Versorgung, Krankheiten sollten sich nicht in der Stadt verbreiten. Nur zu Kriegszeiten wurden die Einrichtungen in die Stadt verlegt. Im 19. und 20. Jahrhundert wuchsen komplexere Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen, die zu riesigen krankenhausähnlichen Pflegeheimen wie dem Lainzer Versorgungsheim führten.

In den letzten Jahrzehnten wurden Pflegemethoden und Standorte diversifiziert, um die Bewohner möglichst gut in das Quartier einzubinden und sie nicht zu zwingen, ihren Bezirk zu verlassen.

Der Standort für das hier entworfene Pflegewohnheim befindet sich im dritten Bezirk, an der Grenze zwischen der innerstädtischen Urbanität und dem Gürtel und den in der Nähe befindlichen Autobahnzufahrten. Herausfordernd sind die hohe Lärmbelästigung sowie die höchst unterschiedliche Bebauungsstruktur, die von Blockrandbebauung bis zu den gerade fertig gestellten Punkthäusern auf dem Nachbargrundstück alles zu bieten hat.

Die Antwort auf die Herausforderungen und die urbanistische Situation ist ein lineares Gebäude, welches als Lärmschutzwand für die dahinter liegende Wohnbebauung fungiert und in der Mitte auseinander geschnitten wird, um Zugang zu den Wohnbauten zu gewährleisten. Ein Teil wird als Wohnbau ausgebildet, der andere das Pflegewohnheim, welches um einen zentralen Innenhof orientiert ist. Das Erdgeschoss bildet mit seiner eigenen Materialität und Form eine Plattform für die fünf Wohngeschosse darüber; durch einen öffentlichen Veranstaltungssaal und den gut zugänglichen Innenhof verbindet es das Heim mit der Öffentlichkeit. Jedes Stockwerk hat vier Wohngruppen mit eigenem Ess- und Aufenthaltsbereich; das erste und fünfte Geschoss haben zusätzliche Terrassen und Pflegeräume für Patienten mit besonderen Bedürfnissen.

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| Geschichte der Altenpflege in Wien | 5 | Der Bauplatz | 27 |
| Altenpflege im Mittelalter | | Lage | |
| Verlagerung in die Vorstädte | | Quartier | |
| Stadterweiterung und erste Krankenhausbauten | | Geschichte | |
| 20. Jahrhundert | | Verkehrsanbindung | |
| Sozialversicherung und Bevölkerungswandel | | | |
| 1960er Jahre – erste Pensionistenheime | | Pläne | 37 |
| 1970er bis heute – mehr Vielfalt | | Grundrisse | |
| | | Schnitte | |
| Heutige Versorgungsstruktur | 11 | Grundrissausschnitte mit Erläuterungen | |
| Bevölkerungsentwicklung | | Visualisierung | |
| Demenz als besonderer Faktor | | Details | |
| Rechtliche Grundlagen | | | |
| Bewohner heute | | Bibliographie | 85 |
| | | | |
| Entwurfsgrundlagen | 17 | | |
| Forschungsstand | | | |
| Umgebung | | | |
| Hausgemeinschaften | | | |
| Demenzwohngruppe | | | |
| Wohnbereich für besondere Dementenbetreuung | | | |
| Spezialeinrichtungen | | | |
| Betriebsplanung | | | |
| Zukünftige Entwicklung | | | |
| | | | |
| Bauliche Anforderungen | 21 | | |
| Wahrnehmung | | | |
| Orientierung | | | |
| Stimulation | | | |
| Sicherheit und Geborgenheit | | | |
| Sozialkontakte | | | |
| Selbstbestimmung | | | |
| | | | |
| Wiens dritter Bezirk – Landstraße | 23 | | |

Geschichte der Altenpflege in Wien

Die Betrachtung der Geschichte der Altenpflege in Wien verdeutlicht vor allem die zunehmende Diversifizierung der Pflege – architektonisch, medizinisch und standorttechnisch.

Altenpflege im Mittelalter

Der Beginn der organisierten Altenpflege im Mittelalter war durch die Zusammenlegung aller Pflegebedürftigen an einem kirchlich geführten und finanzierten Standort gekennzeichnet, an dem eine Pflegemethode für alle Bedürftigen angewendet wurde. Da Wien zwischen 1276 und 1857 von Stadtmauern begrenzt war, deren Verlauf gleich blieb¹, war diese natürlich die alles bestimmende Konstante, was Lage und Funktion dieser ersten so genannten Armenhäuser anging. Die meisten Einrichtungen lagen außerhalb der Stadtmauern und fungierten gleichzeitig als Unterkunft für Reisende; so konnten diese schon vor Ankunft in der Stadt auf Krankheiten kontrolliert werden, um die Ansteckung und Verbreitung unter den Bürgern Wiens zu verhindern. Kranke und Arme wurden in einem Saal ohne Rücksicht auf ihre unterschiedlichen Bedürfnisse versorgt, lediglich Patienten mit „ansteckenden, Ekel erregenden Krankheiten“ wurden in abgetrennten Räumen oder Siechenspitälern untergebracht². Nur in Kriegszeiten, also besonders während der ersten und zweiten Türkenbelagerung, wurden Kranke innerhalb der Stadtgrenzen untergebracht, aber auch dann in unmittelbarer Nähe der Stadtmauer³. Ansonsten änderten sich mit der Zeit hauptsächlich die Finanzierungsmodelle – kamen die Mittel anfangs fast ausschließlich von der Kirche bzw. durch Spenden zustande, wurden später Grundstücke und Braurechte erworben sowie ‚Pfründner-Wohnungen‘ eingerichtet, wodurch eine erste Version der Altersvorsorge entstand⁴. Außerdem kamen mit der Zeit räumliche Trennungen auf, wie zum Beispiel Frauen-, Kinds- und Greisenstuben zusätzlich zu Räumen für allgemein alte und arbeitsunfähige Menschen; auch wurde die Führung der Häuser durch gewählte Ratsbürger statt durch kirchliche Orden übernommen.

Verlagerung in die Vorstädte

Die Haltung der Gesellschaft gegenüber alten Menschen änderte sich zwischen Mittelalter und Aufklärung allmählich; Alter war zwar schon immer mehr ein gesellschaftliches Konstrukt als eine biologische Tatsache, die körperlichen Einschränkungen, die physische Arbeiten unmöglich machten, wurden mit der Aufklärung jedoch durch Erfahrung und Wissen kompensiert, welche nun höher angesehen wurden⁵. Die Haltung gegenüber alten Menschen blieb jedoch ambivalent- zwischen den Klischees von lieben, weisen Großeltern und verwirrten, bösen alten Menschen blieb keine Grauzone⁶.

Die Definition von Alter als Arbeitsunfähigkeit, also losgelöst vom kalendarischen Alter, sowie die Verbreitung des Kapitalismus und die Verlegung des adeligen Hofes nach Wien im Jahr 1533 durch Kaiser Ferdinand I., nachdem Beamte die Arbeiterschicht nach und nach aus der Stadt drängten, führte zu immer größeren Armutsnotständen⁷; diesen wurde vermehrt mit Restriktionen gegen Bettler begegnet⁸. Altenversorgung entwickelte sich so zum Mittel der Sicherung der allgemeinen Ordnung und weg von der Sicherung des Seelenheils der Almosenspenden⁹. Schließlich wurden die Vorstädte im Jahr 1715 angewiesen, zur Versorgung der Armen Grundspitäler zu errichten, da innerhalb der Stadt vermehrt darauf gesetzt wurde, nicht Bedürftige aus der Stadt zu verweisen¹⁰. Neben ersten Häusern, die sich auf die Versorgung alter Menschen spezialisiert hatten, aber nur besonderen Berufszweigen wie zum Beispiel Klerikern zugänglich waren¹¹, wurden also bis 1741 Grundspitäler gebaut, die bloß aus großen, nach Geschlecht getrennten Zimmern bestanden, in denen nur Heizung und Betten bereitgestellt wurden und alles andere durch Almosen beschafft werden musste¹².

Unter dem aufgeklärten Absolutismus von Maria Theresia gab es ab 1740 einige Reformen, unter anderem im Strafrecht, der Finanz- und Staatsverwaltung sowie im Armenwesen; die Unterscheidung zwischen ‚würdigen‘ und ‚unwürdigen‘ Armen wurde zentrales Thema, da letztere leichter der Stadt verwiesen beziehungsweise in Arbeitshäuser gesteckt werden sollten¹³. Die Strukturen des Mittelalters wurden immer mehr aufgelöst, indem zum Beispiel Hausnummern anstelle von Hausnamen, die teilweise nur lokal bekannt waren, eingeführt wurden¹⁴. Damit zerfiel das Haushaltssystem, das im Mittelalter noch

Wichtige Spitäler und **Pflegeeinrichtungen** Wiens, bis zum 18.Jh.:

Spital zum Heiligen Geist, 1208
Bürgerspital vor dem Kärntner Tor, 1257
Langer Keller, Burggasse 69
Großarmen und Invalidenhaus, Alser
Straße 4, 1693

Grundspitäler wurden in Mariahilf, St. Ulrich, Josefstadt, Altlerchenfeld, Neulerchenfeld, Liechtental, Thury, Leopoldstadt, Landstraße, Spittelberg, Siebenbrunnenuiese, und Margarethen gebaut. Chronisch Kranke wurden in dieser Zeit im Bürgerspital, St. Marx oder dem Kontumanzhof versorgt. Die Grundspitäler wurden erst nach der Revolution 1848 abgeschafft und durch bezirklich verwaltete Anstalten ersetzt.

Durch Spenden und Schenkungen **(Pfründen)** sicherten sich reiche Bürger die Versorgung in speziellen Wohnungen in Armenhäusern; außerdem wurden Jahrestage festgelegt, an denen Arme im Namen der Spender gewaschen oder ernährt wurden und im Gegensatz für sie beten sollten.

Um 1810 gab es beispielsweise **Selbsthilfeeinrichtungen** für Wittwen von Ärzten, Juristen, Lehrern, Kaufleuten, Wirtschaftsbeamten, Hausoffizieren, bildenden Künstlern, Livree-Dienern und Trompetern und Paukern.



Abb.01 Hotel Dieu, Paris - das älteste Krankenhaus Europas

die Familie als güterproduzierende Gemeinschaft, bestehend aus Blutsfamilie, Knechten und Mägden definierte, in der auch die Altersversorgung intern geregelt wurde¹⁵. Zeitgleich wurden erstmals überregionale Bauvorschriften zu Bauten wie Dorfschulen und Veteranensiedlungen eingeführt, die sich an der ersten modernen Architekturschule in Paris orientierten und ein Entwurfssystem nach Raster für größere, staatlich finanzierte Bauten einführte¹⁶.

1783 wurden die Armenhäuser schließlich per Direktivregel von Joseph II. aufgelöst und in Findel- und Waisenhäuser, Gebärhäuser, Tollhäuser, Siechenhäuser und Krankenhäuser aufgeteilt; wenig später folgte die Trennung von Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Bau des Ersten Allgemeinen Krankenhauses nach Vorbild des Pariser Hotel Dieu¹⁷. Für Staatsbeamte gab es ab 1781 erstmals Alterspensionen – die übrige Bevölkerung war auf Pfarrerr Armeninstitute angewiesen, die von Pfarrern beaufsichtigt wurden und durch Spenden finanziert wurden, die angesehe Bürger eingesammelten¹⁸. Andere gründeten Selbsthilfeeinrichtungen für ihre Berufsbranche, um im Alter beziehungsweise im Falle der Arbeitsunfähigkeit versorgt zu sein¹⁹; Pioniere auf diesem Feld waren die Handwerkszünfte sowie nach der Einführung der Schulpflicht und des Beamtenwesens Beamte²⁰.

Stadterweiterung und erste Krankenhausbauten

Nach der Eingemeindung der Vorstädte im Jahr 1842 wurden die Gemeinden für die Armenfürsorge zuständig, dies jedoch nur bei ‚Heimatrecht‘, welches durch Geburt, Ehe, Aufnahme in der Heimatverbund oder Ausübung eines öffentlichen Amtes gegeben war; durch diese strengen Kriterien wollten die Gemeinden Geld sparen²¹. Die auf Grund der Industrialisierung verstärkte Mobilität in der Bevölkerung stand im Gegensatz zu diesen Strategien, so dass bald neue Versorgungsbauten notwendig wurden. Nach dem ‚blauen Herrgott‘ am Alserbach - eines der ersten Versorgungshäuser in Wien - (1848-1852) gab es im Bürgerversorgungshaus in der Währinger Straße, erbaut 1858-1860, schon Zirkulationsöfen und Korridorerschließung; es konnten bis zu 700 Personen versorgt werden, gegen Bezahlung von einem angesparten Vermögen auch alte Menschen im eigenen Pensionat²².

Nach der Stadterweiterung 1890 und der Erklärung der Gesundheitsvorsorge

und Armenfürsorge zum Schwerpunkt der Politik Karl Luegers wurde 1901 der Zentralrat für das Armenwesen eingerichtet²³; dieser stellte allerdings nur das Lebensnotwendigste bereit, die restliche Versorgung wurde privaten Initiativen überlassen. Der Bau der Versorgungsheimes Lainz (1901-1904, Helmreich und Scheiringer) und Steinhof (1902-1907, Otto Wagner) war im Hinblick auf die Altenpflege vor allem von technischen Neuerungen geprägt – Küche, Eiskeller, Wäscherei sowie Telefonanschluss und elektrische Aufzüge verbesserten die Versorgung. Durch das Pavillionkonzept konnten neben Männer- und Frauenheimen auch erstmals Ehepaarheime angeboten werden²⁴. Durch ihre bewusst gewählte Lage standen sie aber weiterhin für den Ausschluss von Kranken und Alten aus der Gesellschaft²⁵, während prominente kirchliche Symbole, wie ein Gemälde des vor der Jungfrau knieenden Bürgermeisters, die Verbindung zum mittelalterlichen Pfründersystem bilden²⁶. Unabhängig davon waren kurz vor dem ersten Weltkrieg 4839 Patienten in Lainz untergebracht; außerdem wurden hier Waren entgegengenommen und an andere Einrichtungen weitergeleitet, sowie alle neuen Patienten ärztlich untersucht und eingeteilt²⁷.

20. Jahrhundert

Nach dem Ende des ersten Weltkrieges kam es zu Massennotständen, gleichzeitig veränderte sich die politische und gesellschaftliche Situation natürlich grundlegend, da Wien nicht mehr die Hauptstadt von 50 Millionen, sondern nur noch von 7 Millionen Bürgern war²⁸. Unter den ab 1919 regierenden Sozialisten wurden die Bezirksarmenhäuser durch Großanstalten ersetzt, während die Versorgungshäuser zu alleinigen Altersheimen wurden, in denen 1929 schon 53,5% der Bewohner über 70 Jahre alt waren²⁹. Nachdem schon 1924 der Zentralverband der Sozialrentner verboten wurde³⁰, trat nach dem Anschluss an das deutsche Reich 1938 das deutsche Sozialversicherungsrecht in Kraft³¹; nach dem Ende des Krieges, in denen viele Alten- und Versorgungsheime beschädigt beziehungsweise von Besatzungsmächten okkupiert wurden, sollte an Traditionen der ersten Republik angeknüpft werden, zum Beispiel durch Wärmestuben, in denen ältere Menschen sich tagsüber aufhalten konnten und Kaffee und Gebäck bekamen³². Aus diesen entstanden ‚Tagesheimstätten für alte Leute‘ und ab 1962 ‚Pensionistenklubs für Senioren‘; in Kombination mit

der aus Platzmangel in Heimen geschaffenen Hauskrankenpflege und Heimhilfe ging man einen ersten Schritt in Richtung Diversifizierung der Angebote.

Sozialversicherung und Bevölkerungswandel

Das oben beschriebene mittelalterliche Haushaltsystem wurde seit Beginn der Industrialisierung besonders in den Städten von bürokratischen und oft berufsbezogenen Organisationen abgelöst³³. Nachdem 1956 das Allgemeine Sozialversicherungs- und 1958 das Pensionsgesetz eingeführt wurde³⁴, entstand die moderne Versorgungsstruktur, die noch heute besteht; erst seit diesem Zeitpunkt wird Alter auf das kalendarische Alter, den Zeitpunkt des Ruhestandes, bezogen. Die Pension ist nicht mehr ein Zuschuss bei nachlassender Arbeitsfähigkeit, sondern ein Lohnersatz³⁵. Zudem war ein Ziel der Rentenversicherungen seit Beginn des 20. Jahrhunderts, die Identifikation und Loyalität der Beamten zu ihrem Aufgabenfeld zu erhöhen³⁶. Durch die Einführung dieser Systeme ergaben sich tiefgreifende Veränderungen im

Erste **Pensionistenheime** Wiens:

Sonnenhof, Kaplanstraße, 22. Bezirk;
144 Einzel, 12 Doppelappartments, 1963

Föhrenhof, Dr.-Schober-Straße, 13. Bezirk;
184 Einzel, 15 Doppelwohnungen, 1965

Laaerberg, Per-Albin-Hansson Siedlung
Ost, 10. Bezirk; 178 Einzel, 27
Paarappartments, 1972



Abb.02 Steinhof, Wien

gesellschaftlichen Miteinander; schon 1903 monierte Georg Simmel, Großstädter seien ‚intellektualisiert, blasiert und reserviert‘, also abgestumpft gegenüber Reizen und emotional distanziert gegenüber Mitmenschen³⁷. Dafür erleben 90% der Menschen heute standardisierte Lebensphasen, die an Bautypen geknüpft sind – Kindheit und Jugend in der Schule, Erwachsensein im Büro und Alter im Altersheim³⁸. Diese Bautypen übernehmen Funktionen, die früher im eigenen Haushalt stattgefunden haben, und entlokalisieren und abstrahieren diese dadurch; enge emotionale Verbindungen werden daher mit immer weniger Menschen eingegangen, privater und öffentlicher Bereich trennen sich voneinander ab³⁹.

Die Bevölkerungsstruktur wandelte sich speziell in Wien massiv, da die hohen Geburtsjahrgänge vor und nach dem ersten Weltkrieg nun alt wurden und durch die vielen Kriegstoten ein zusätzliches Ungleichgewicht herrschte. Bereits 1952 gab es erste Versuche, in neuen Wohnanlagen spezielle Erdgeschosswohnungen für alte Menschen einzuplanen, die mit zusätzlicher Unterstützung längeres selbstständiges Wohnen ermöglichen sollten: in der Siedlung ‚An der Siemensstraße‘ von Franz Schuster wurden eingeschossige Flachbauten um eine Gartenanlage im Innenhof gruppiert⁴⁰. Damit sollte einem zentralen Problem der Nachkriegsjahre entgegengewirkt werden: die neuen Siedlungsbauten am Stadtrand zogen vor allem junge Familien an, während ältere Menschen im Stadtzentrum zurückblieben; die Altbauwohnungen dort waren allerdings oft so schlecht ausgestattet – es fehlten Zentralheizungen, Aufzüge und Toiletten in den Wohnungen – so dass schon geringe gesundheitliche Verschlechterungen ausreichten, um ein selbstständiges Wohnen unmöglich zu machen. Da die Altenheime schon mit chronisch Kranken überfüllt waren, sollte es grundsätzlich gesunden, aber leicht gebrechlichen Menschen ermöglicht werden, möglichst lange selbstständig zu leben⁴¹. Der erste Versuch in der oben erwähnten Siedlung ‚An der Siemensstraße‘ wurden nicht angenommen, da die ungewohnten Erdgeschosswohnungen, sowie die neue Umgebung und mangelnde Freizeitangebote die Siedlung für alte Menschen unattraktiv machten⁴²; es kam daher bald zu ersten Neubauten von reinen Pensionistenheimen.

1960er Jahre – erste Pensionistenheime

Neben der zunehmenden Förderung von Freizeitprogrammen für Senioren, wie Ermäßigungen in Museen und anderen kulturellen Einrichtungen, wurden Wohnheime zunehmend die „empfehlenswerte Wohnform für alte Menschen“ genannt⁴³. Erstmals wurde auch zwischen Pflegeheimen und Pensionistenheimen unterschieden, wobei letztere eher nach Hotelvorbild gebaut wurden⁴⁴. Die ersten Pensionistenheime waren, ähnlich wie viele Hotelbauten der gleichen Zeit, mehrgeschossige Wohntrakte mit Einzel- und Doppelappartments und Freizeitangeboten in den Erdgeschossen beziehungsweise im Dachgeschoss. Das Essen wurde in einer zentralen Küche zubereitet, die Bewohner waren nur für einfaches Aufräumen und Wäsche waschen zuständig; es wurde jedoch bald klar, dass mehr als ein reiner Hotelbetrieb nötig war, um die Bewohner zufrieden zu stellen⁴⁵.

Seit den 1970er Jahren wurde daher versucht, Pensionistenheime an Großbausiedlungen anzuschließen, damit die Einbindung in ein soziales Umfeld gegeben war⁴⁶ – gleichzeitig wurden Freizeit- und Fitnessangebote ausgebaut und Versuche unternommen, Kantinen und Cafés öffentlich zugänglich zu machen, damit sie zu Treffpunkten für das ganze Viertel werden konnten⁴⁷.

1970er bis heute – mehr Vielfalt

Im Wiener Sozialhilfegesetz von 1972 wurde die ambulante Versorgung gefördert, 1983 schließlich wurde der Leitspruch ‚Ambulant vor Stationär‘ ausgegeben, der noch heute das Vorgehen bei Versorgungsbedarf bestimmt⁴⁸. Gleichzeitig wurde in dieser Zeit der Zusammenhang zwischen sozialer und medizinischer Versorgung erkannt, Pflege wurde so nicht mehr als reine medizinische Tätigkeit angesehen, bei der es um die Behebung von körperlichen Mängeln geht⁴⁹. Im Donauspital, dem späteren Sozialmedizinischen Zentrum Ost, wurde erstmals ein Pflegeheim mit einem medizinischen Zentrum inklusive Krankenhaus und geriatrischen Zentrum vereint, in dem besonders auf Rehabilitation und ein funktionierendes Tageszentrum Wert gelegt wurde, welches „den Weg in das Pflegeheim verzögern und den Weg aus diesem Heim erleichtern sollten“⁵⁰. Darüber hinaus wurden, unter anderem durch neue Forschungserkenntnisse, neue Differenzierungen der Pflegefälle eingeführt,

sowie zunehmend gemischte Bauformen bevorzugt, also Kombinationen aus Altenheimen und Pflegeheimen⁵⁰.

Die immer noch herrschende Knappheit an Plätzen in Pensionistenheimen – 1984 waren es in den inneren Bezirken weniger als 10 pro 1000 der über 65-jährigen Bürger⁵² - konnte erst langsam durch die zunehmende Sanierung der Altbauwohnungen aufgefangen werden⁵³. Jedoch betrachtete man die Gesamtzahl als auch die räumliche Verteilung der Heimplätze nach wie vor als unzureichend⁵⁴.

1992 wurde eine eigene Magistratsabteilung für die Betreuung zu Hause gegründet (MA47), zudem wurden geriatrische Tageszentren gefördert, in denen alte Menschen, die noch zu Hause wohnen, in den Bereichen Essen, Hygiene und Freizeit versorgt werden⁵⁵. Neben neuen Konzepten wie der Senioren-WG, in der gemeinschaftlich ausgewählte und finanzierte Dienstleister das alltägliche Leben leichter machen sollen⁵⁶, wurde vor allem der Austausch und die Kooperation der einzelnen Versorgungsanbieter wichtiger. Als Leitbild wurde das ‚Versorgungsnetz‘ gewählt; dieses „kann individuell genutzt werden, es werden keine linearen Abhängigkeiten vorausgesetzt. (...) Die Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen werden zu Nahtstellen weiterentwickelt“⁵⁷. In Gesundheits- und Sozialzentren soll ambulante Betreuung und Beratung organisiert werden, sowie Hilfsbedürftige an die für sie richtigen Dienste verwiesen werden; besonders für MigrantInnen scheinen Information über mögliche Dienste wichtig zu sein, damit diese rechtzeitig in Anspruch genommen werden können⁵⁸.

Neben diesen eher bürokratischen Änderungen gab es natürlich auch bauliche Neuerungen – durch Sanierungen verschwanden Mehrbettzimmer und gemeinsame Waschräume zusehends aus dem Pflegeangebot; das Kaiser-Franz-Josef-Spital von Anton Schweighofer aus dem Jahr 1996 orientiert sich beispielsweise nicht mehr am Hotel- oder Spitaltypus, stattdessen wird eine „Raumlandschaft mit urbaner Atmosphäre“ geschaffen⁵⁹. In dieser Zeit werden Leitbilder immer beliebter – die Erschließungszone und der öffentliche Bereich wurden beispielsweise als Dorfplatz gesehen, was zu neuen Lösungen in Grundriss- und Innenraumgestaltung führte, sowie das öffentliche Bild verbessern sollte. Durch eine Neuerung im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz

von 2005 werden die Bettenzahlen in Heimen auf 350 sowie die Plätze in Pflegewohnbereichen auf 28 begrenzt, somit gehören riesige hotelähnliche Strukturen endgültig der Vergangenheit an⁶⁰.



Abb.03 Kaiser-Franz-Josef-Spital, Geriatriezentrum

Quellen

- 1 Feuerstein, Christiane; 2010, S.19
- 2 Feuerstein, Christiane, 2010, S.25
- 3 Feuerstein, Christiane, 2010, S.27
- 4 Feuerstein, Christiane, 2010, S.21-24
- 5 Feuerstein, Christiane, 2008, S.18
- 6 Feuerstein, Christiane, 2008, S.20
- 7 Feuerstein, Christiane, 2010, S.30
- 8 Feldbauer, Peter, 1980
- 9 Feldbauer, Peter, 1980
- 10 Feuerstein, Christiane, 2010, S.34-35
- 11 Feuerstein, Christiane, 2010, S.33
- 12 Feuerstein, Christiane, 2010, S.36
- 13 Feuerstein, Christiane, 2010, S.39
- 14 Feuerstein, Christiane, 2008, S.38
- 15 Feuerstein, Christiane, 2008, S.22
- 16 Feuerstein, Christiane, 2008, S.39-40
- 17 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 44-47
- 18 Feuerstein, Christiane, 2010, S.42
- 19 Feuerstein, Christiane, 2010, S.49
- 20 Feuerstein, Christiane, 2008, S.27, S.37
- 21 Stekl, Hannes, 1982
- 22 Feuerstein, Christiane, 2010, S.57
- 23 Feuerstein, Christiane, 2010, S.64-69
- 24 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 73-74
- 25 Achleitner, Friedrich, 1995
- 26 Csendes, Peter, 2006, S. 227 f.
- 27 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 76
- 28 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 77
- 29 Stekl, Hannes, 1982, S. 141
- 30 Czeike, Felix, S. 515
- 31 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 81
- 32 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 82
- 33 Feuerstein, Christiane, 2008, S.56
- 34 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 83
- 35 Feuerstein, Christiane, 2008, S.64, S.66
- 36 Feuerstein, Christiane, 2008, S.62
- 37 Simmel, Georg, 1903
- 38 Feuerstein, Christiane, 2008, S.63
- 39 Feuerstein, Christiane, 2008, S.63, S.66-67
- 40 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 83-84
- 41 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 92
- 42 Dinhof, Herbert, 1982, S. 134
- 43 Dinhof, Herbert, 1982, S. 134
- 44 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 93
- 45 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 95
- 46 Falkner, Rupert, S. 33
- 47 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 98
- 48 Drapalik, Herbert, 1990, S. 97 ff.
- 49 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 105
- 50 Tragl, Karl Heinz, 1997, S. 27
- 51 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 106
- 52 Magistrat Wien, 1985, S. 181 f.
- 53 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 110
- 54 Magistrat Wien, 1985, S. 181 f.
- 55 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 111
- 56 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 112
- 57 Gemeinderätliche Geriatriekommission, 2004, S. 14
- 58 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 112, S. 116
- 59 Feuerstein, Christiane, 2010, S. 122
- 60 Feuerstein, Christiane, 2010, S.129

Heutige Versorgungsstruktur in Wien

Überblick über die bestehenden und geplanten Alten- bzw. Altenpflegeheime, sowie die aktuellen Herausforderungen der Planung

Bevölkerungsentwicklung

Ende 2014 lebten rund 250.000 über 65-Jährige in Wien, im Jahr 2044 werden 27% der Wiener über 60 sein; gleichzeitig haben schon heute 70% der über 80-Jährigen keine Kernfamilie mehr um sich und führt den Haushalt alleine⁶¹, 27.000 Menschen werden mobil betreut⁶². Die richtige Strategie in der Altenpflege ist also für die Stadt Wien von zentraler sozialer wie finanzieller Bedeutung – die Entscheidungen seitens der Stadt beeinflussen einen extrem großen Teil der Bevölkerung. Zudem ist die ältere Generation heute eine andere als die, die in die ersten Altersheime zog; seit den 1980er Jahren sinkt das allgemeine Vertrauen in das Rentensystem, eigene Maßnahmen zur Altersversorgung nehmen zu⁶³. Seit der Wandlung von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft verlaufen Lebensläufe nicht mehr so homogen wie vorher, das faktische Pensionsalter sinkt; lag es 1970 noch bei 61,9 Jahren für Männer und 60,4 für Frauen, war es 2005 schon bei 59 respektive 57,1 Jahren⁶⁴. Durch Faktoren wie Teilzeitarbeit, komplexere Familienkonstellationen, durch Scheidungen und mehrere Ehen sowie die Möglichkeit, in höherem Alter schwanger zu werden sind ältere Menschen heute eine heterogene Gruppe; insgesamt lässt sich sagen, dass sie nicht mehr so hilfsbedürftig wie frühere Generationen sind, öfter als zuvor alleine leben und besonders in sehr hohem Alter eher weiblich sind⁶⁵. Städte waren schon immer nach Klasse, Einkommen und auch Religion und Rasse geordnet, die Teilung nach Altersstruktur ist jedoch ein typisches Phänomen der postindustrialisierten Städte⁶², das es zu bedenken beziehungsweise zu ändern gilt.

Demenz als besonderer Faktor

Da Demenz besonders in höherem Alter auftritt, breitet sie sich mit der steigenden Lebenserwartung dementsprechend aus; Stand 2007 sind 13% der 80 bis 84-Jährigen, 23% der 85 bis 90-Jährigen und mehr als ein Drittel

der über 90-Jährigen erkrankt. Schon zu diesem Zeitpunkt ist Demenz zu zwei Drittel Grund aller Heimeinweisungen, wobei trotzdem lediglich geschätzte 35 bis 40% aller Demenzkranken in Pflegeeinrichtungen stationär betreut werden⁶⁷. Dies ist ein entscheidender Faktor der Entwicklung vom Altersheim hin zum reinen Pflegeheim, in dem zusätzliche Herausforderungen bezüglich der Unterbringung von Demenzkranken warten; einerseits soll ein Stufensystem mit Tagesbetreuung die Heimeinweisung hinauszögern und nach Bedarf schrittweise mehr Betreuung anbieten⁶⁸. Andererseits gestaltet sich das letztendliche Zusammenleben von demenzkranken und nicht-demenzkranken Patienten jedoch oft schwierig – hier wird empfohlen, leicht Demente zusammen mit anderen Bewohnern zu betreuen, während schwerere Fälle oft eine gesonderte Umgebung brauchen, da sie auffällige Verhaltensweisen haben und die Privatsphäre ihrer Mitbewohner nicht respektieren beziehungsweise verstehen⁶⁹. Wichtig ist jedoch auch, dass eine Trennung der Bewohner die Verbesserung der Betreuung als Ziel hat und nicht nur der Konfliktvermeidung dient. Durch flexible Planung, Räume mit verschiedenen Nutzungsmöglichkeiten und die Erleichterung von Umbauten durch freie Tragsysteme soll einfacher auf Veränderungen in der Bewohnerstruktur reagiert werden⁷⁰.

Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen sind für Bewohner von Pflegeheimen nicht leicht, da die Einteilung in Pflegestufen und die damit verbundenen Pflegegeldzahlungen österreichweit gleich sind, die Finanzierung des Heimplatzes selber jedoch in jedem Bundesland anders geregelt ist. Außerdem kann es beim Bezug eines Heimes immer wieder zu Auseinandersetzungen in einer rechtlichen Grauzone kommen, besonders, wenn der Umzug nicht freiwillig geschieht.

Besonders bei Demenzerkrankungen passiert es immer wieder, dass Menschen aufgrund ihrer Krankheit in ein Pflegeheim umziehen müssen, da sie ihren Alltag immer weniger selbstständig bewältigen können und ebenso sich selbst oder ihre Mitmenschen gefährden. Oft versuchen sie dann, besonders in den ersten Krankheitsstadien, den Umzug in das Pflegeheim zu verhindern oder dieses wieder zu verlassen, oder sie widersetzen sich dem Pflegepersonal; in diesen Fällen stehen moralisch und rechtlich komplizierte Entscheidungen

an, da die persönliche Freiheit eines Menschen ein Grundrecht darstellt, dass nicht einfach so ausgesetzt werden kann und soll. Allgemein gesagt können freiheitsentziehende Maßnahmen nur getroffen werden, wenn der Patient sich selbst oder andere akut gefährdet⁷¹; diese Maßnahmen können sedierende Medikamente oder Bettgitter bis hin zur Wegnahme von Hilfsmitteln wie Gehstöcken und Rollstühlen oder das physische Hindern am Verlassen des Hauses sein. Liegt keine akute Selbstgefährdungsgefahr vor, muss ein Gericht diese Maßnahmen vorher genehmigen⁷². Da Demenz vom Gesetz als psychische Krankheit anerkannt wird⁷³ ist in erster Instanz ein Sachwalter für den am besten geeigneten Wohnort des Patienten zuständig; sollte dieser entscheiden, dass ein Pflegeheim die besten Voraussetzungen bietet, muss diese Entscheidung von einem Pflugschaftsgericht genehmigt werden. Beim Einzug in das Pflegeheim wird dann ein Heimvertrag unterschrieben, mit dem die betreute Person (beziehungsweise der Sachwalter) den Pflegern das Recht einräumt, für die zu pflegende Person zu entscheiden, ob persönlichen Freiheitsrechte in der Zukunft beschnitten werden können. In jedem Fall muss nachgewiesen werden, dass eine gesundheitliche Gefährdung – damit sind ernste Gefahren und Verletzungen wie Gehirnerschütterungen und Knochenbrüche gemeint – vorliegt und dass andere, schonende Pflegemethoden nicht wirksam wären⁷⁴.

Die Einteilung in Pflegestufen basiert auf dem zu erwarteten Pflegebedarf in Stunden pro Monat und wird von spezialisierten Ärzten vorgenommen; es gibt 7 Pflegestufen, wobei 1 die niedrigste und 7 die höchste Stufe darstellt. Entsprechend aufsteigend wird Unterstützung gezahlt; von Stufe 1, bei 65 Stunden pro Monat und 157,30 € über Stufe 5, bei 180 Stunden pro Monat und 920,30 € bis zu Stufe 7, bei 180 Stunden und wenn keine der vier Extremitäten mehr zielgerichtet bewegt werden können und 1688,90 €⁷⁵. Von diesem Pflegegeld werden dann Teile der Pflegeheimkosten bezahlt, mit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen je nach Bundesland.

Grundsätzlich werden zur Deckung der Pflegeheimkosten die Rente, das Pflegegeld und die Vermögensrücklagen des Patienten verwendet. Da ein Platz in einem Pflegeheim zwischen 1500 und 3500 € pro Monat kostet, ist dies auch meistens der Fall⁷⁶. Wenn diese Mittel nicht ausreichen, müssen die Ehepartner und in vielen Bundesländern auch die Kinder einen Teil der Kosten

tragen. In Wien werden die Ehepartner mit 30% der Bemessungsgrundlage (also das Nettoeinkommen minus Wohn- und Lebensunterhaltungskosten) belastet, die Kinder müssen nichts bezahlen. Oft wird versucht, das persönliche Vermögen durch Schenkungen an Familienmitglieder zu verteilen, deshalb darf die Sozialhilfe auch auf Schenkungen der letzten 3 Jahre (in Wien), teilweise sogar 30 Jahre (in Tirol und Vorarlberg) zurückgreifen⁷⁷.

Bewohner heute

Die allgemeine Bevölkerungsentwicklung spiegelt sich auch in den statistischen Daten der Pflegeheimbewohner wieder; so ist die Altersgruppe der 75 bis 89-Jährigen konstant die zahlenmäßig größte, wobei diese Gruppe bei den Frauen fast dreimal so viele Mitglieder hat wie die 60 bis 74-Jährigen – bei den Männern beträgt der Unterschied nur ca. ein dutzend Personen⁷⁸. Bei den über 90-Jährigen machen Frauen sogar 89,3 % der Bewohner aus.

Statistisch ist jede vierte Familie in Österreich von einem Pflegefall betroffen, die meisten Pflegebedürftigen werden jedoch von Angehörigen betreut, wobei ca. zwei Drittel der Arbeiten von Frauen bewältigt werden⁷⁹. Über die Hälfte der Pflege wird informell betätigt, und nur 16% werden stationär, also in Alten- oder Pflegeheimen, betreut. Außerdem sind 70% der Pflegebedürftigen mit einer der ersten Pflegestufen eingestuft⁸⁰ und kriegen daher 451,80 € oder weniger an Pflegegeld. Von den Bewohnern der Wiener Geriatriezentren sind außerdem fast fünfmal so viele ledig, verwitwet oder geschieden wie verheiratet⁸¹.

Das Wiener Geriatriekonzept

Ziel des aktuell publizierten Geriatriekonzepts ist eine regional ausgewogene Verteilung an Pflegehäusern, leistbare und bedarfsgerechte Angebote sowie höchste Qualität der angebotenen Leistungen⁸². Konkret bedeutet dies zunächst, dass Tageszentren und mobile Pflegedienste weiter ausgebaut beziehungsweise unterstützt werden sollen, um das Wohnen in der eigenen Wohnung so lange wie möglich zu ermöglichen; dazu soll auch die Sanierung und nachträglich ausgestattete Barrierefreiheit mit einer eigenen Kompetenzstelle gefördert werden, um eigens gebaute Alterssiedlungen zu vermeiden, die in der

Bevölkerung nicht erwünscht sind⁸³. Teilweise entstehen diese jedoch ungewollt, zum Beispiel, wenn die Bewohner einer großen Neubausiedlung, die für junge Familien geplant war, älter werden – hier kann jedoch durch den Ausbau von ambulanten Versorgungsformen sowie von Zwischenformen im Wohnungsbau gegengesteuert werden⁸⁴. Grundsätzlich ist das Wohnen im Apartment selbst bei hohem Pflegebedarf ein Ziel der aktuellen Planungen⁸⁵.

Die aktuelle bauliche Versorgungsstruktur in Wien ist maßgeblich vom Geriatriekonzept aus dem Jahr 2004 beeinflusst, in dem die Schaffung von 13 neuen, dezentralen Versorgungshäusern bis 2015 festgelegt wurde, mit dem Ziel, alle Langzeitpflegeplätze in neuen Gebäuden unterzubringen⁸⁶. Demnach befindet sich die gesamte Wiener Pflegelandschaft in einem Transitionsprozess, an dessen Ende das ehemalige Versorgungsheim Lainz geschlossen und in die Parklandschaft Hietzing, ein neues Wohngebiet, umgewandelt sein wird. Das Lainzer Versorgungsheim bestimmte das Wiener Versorgungssystem seit seiner Eröffnung 1904 entscheidend, alleine durch seine Lage und große Bettenanzahl, welches heute immer noch mit 1200 Betten ein Überangebot im Westen Wiens darstellt. Anhand seiner Geschichte lässt sich auch die Entwicklung der Altenpflege gut veranschaulichen, da es als ‚Versorgungsheim‘ eröffnet wurde, in den 1960er Jahren ein ‚Pflegeheim‘ wurde und heute ‚Geriatriezentrum am Wienerwald‘ heißt⁸⁷. Mit der Neuausrichtung der Pflege wird aber auch dies geändert, die Geriatriezentren heißen nun ‚Pflegehäuser‘, wodurch der Fokus auf das Wohnliche, weg von der Krankenhausatmosphäre betont werden soll. Neben diesen ehemals Geriatriezentren genannten Einrichtungen gibt es 30 ‚Häuser zum Leben‘, also Pensionisten-Wohnhäuser des Kuratoriums Wiener Pensionisten (KWP), das von der Stadt finanziert und organisiert wird und der größte Anbieter von Seniorenbetreuung in Österreich ist⁸⁸. Ebenfalls gibt es 10 Tageszentren für Seniorinnen und Senioren, sowie SeniorInnenwohngemeinschaften, die vom Beratungszentrum Fonds Soziales Wien unterstützt werden, und insgesamt 88 anerkannte Einrichtungen mit Wohn- und Pflegeangeboten innerhalb Wiens. Zusätzlich werden sieben Häuser in unmittelbarer Umgebung Wiens anerkannt⁸⁹.

Auch im Ausland gibt es Versuche, Modelle außerhalb der klassischen

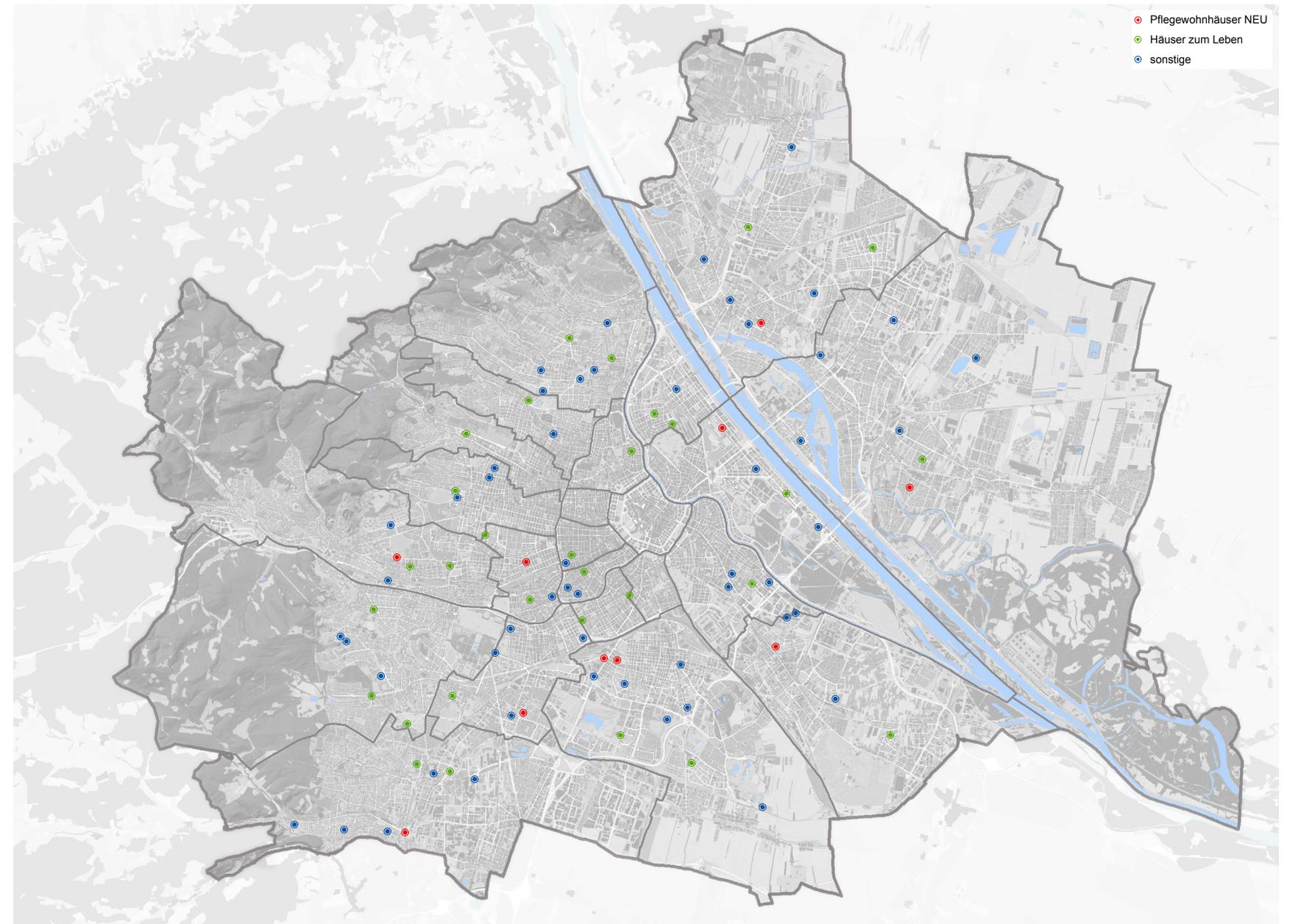


Abb.04 Altenheime in Wien

Bautypen zu entwickeln, zum Beispiel Häuser, in denen als Wohngemeinschaft in jeder Wohnung 4 alte und 4 junge Menschen zusammenleben und sich gegenseitig unterstützen und ergänzen (zum Beispiel das ‚Panther-Haus‘ in Hamburg⁹⁰), oder altenfreundliche Wohnquartiere, in deren Umkreis von bis zu 500m jede Versorgung angeboten wird, die auch im Altersheim existiert (wie zum Beispiel in Den Haag, Niederlande⁹¹). In Wien werden aktuell wird das Geriatriezentrum Donaustadt und drei der ‚Häuser zum Leben‘ generalsaniert, das Pflegeplatzangebot soll so von 8.500 (2008) auf 10.000 (2015) angehoben werden⁹².

Planungsvorgaben für neue Pflegewohnhäuser

Die neuen Pflegewohnhäuser stellen also in erster Linie eine Ausrichtung auf eine Zukunft mit einer älter werdenden Gesellschaft, sowie eine bessere räumliche Deckung an Stützpunkten dar. Die Vorgaben, die an die Architekten gestellt wurden, geben einen guten Einblick in die Absichten der Stadt Wien im Bezug auf Alterspflege.

Diese Pflegewohnhäuser sind für Bewohner gedacht, die mehr als 160 Stunden pflegerische Betreuung im Monat brauchen, die aus medizinischer Sicht nicht mehr zu Hause oder in einem Seniorenwohnheim möglich ist. Über eine zentrale Clearingstelle werden zukünftige Bewohner nach Pflegestufe und medizinischen Bedürfnissen eingeteilt; falls sie in ein solches Objekt ziehen, werden die Kosten entweder aus dem privaten Vermögen oder über die Sozialhilfe gedeckt⁹³. Als maximale Bettenanzahl pro Haus wurde 350 festgelegt – auch hier soll also die Abkehr von dem Krankenhaustypus vorangetrieben werden; als Mindestgröße der Wirtschaftlichkeit werden 240 Betten angesehen, der Durchschnitt der neu geplanten und gebauten Häuser liegt bei 300 Betten⁹⁴. Die Bewohner sind nicht mehr auf Stationen, sondern in ‚Pflegewohnbereiche‘ aufgeteilt, die maximal 28 Personen aufnehmen; diese sind wiederum in zwei bis drei Wohngruppen unterteilt und haben je ein eigenes Wohnzimmer. Wiederum wird hier der starke Fokus auf das Wohnen deutlich; das pflegerische soll dadurch begünstigt werden, dass pro Geschoss zwei Pflegewohnbereiche existieren, damit diese sich die Therapieräume und sonstige Pflegeeinrichtungen teilen können⁹⁵. Außerdem sollten in jedem Haus zwei Demenzstationen für schwer

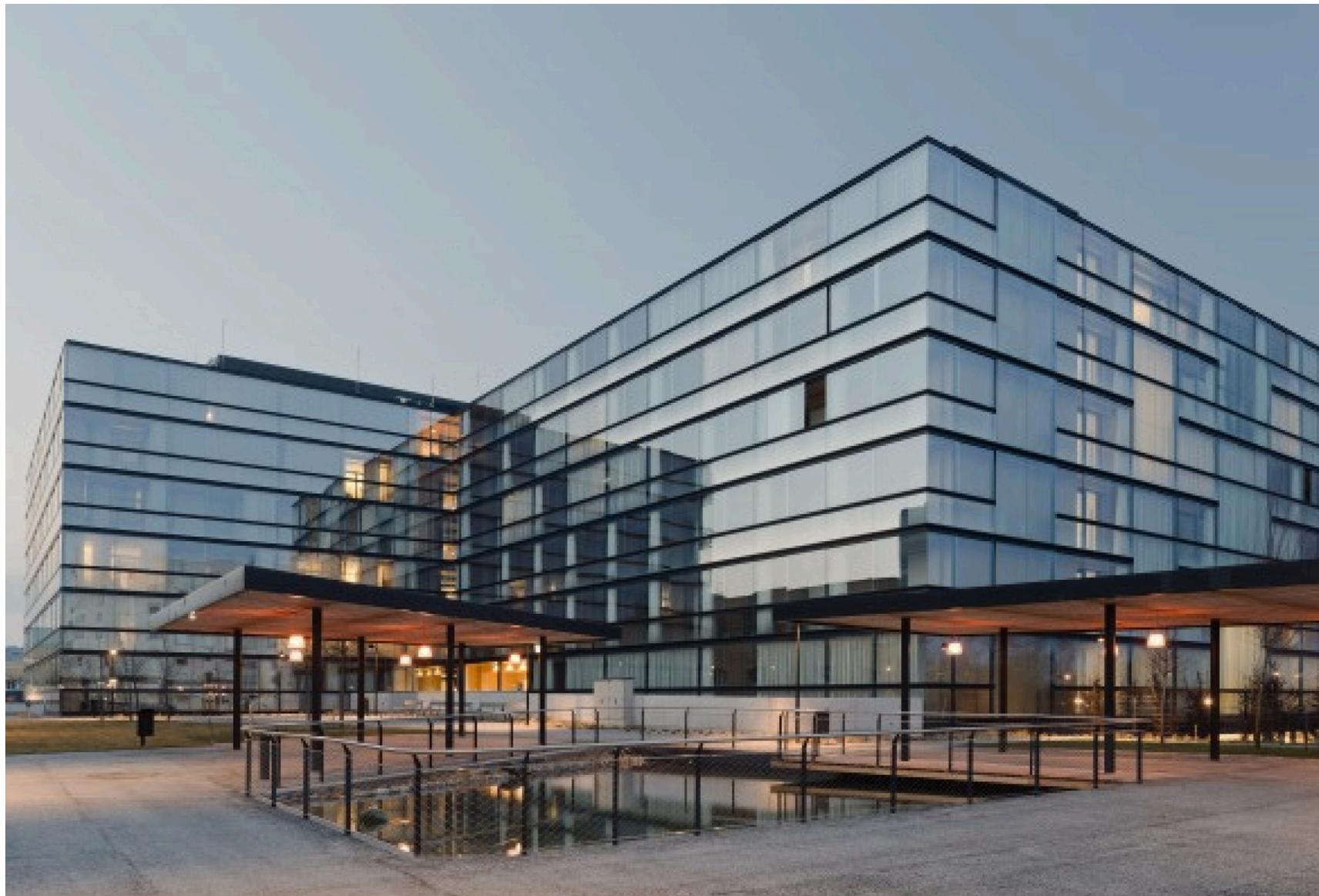


Abb.05 Geriatriezentrum Donaustadt

demenzranke Bewohner untergebracht sein, also ein maximales Platzangebot von 56 Betten.

Rein baulich sollte die Konstruktion Flexibilität ermöglichen und einen eventuellen Umbau im Betrieb erleichtern⁹⁶
– offenbar wurde aus den vielen heute praktisch nicht mehr nutzbaren Pflegeheimen gelernt, die nur mit großem finanziellen Aufwand auf einen modernen Stand zu bringen sind. Durch vorgeplante Sollbruchstellen zwischen den Zimmern sollte beispielsweise eine spätere Zusammenlegung mehrerer Zimmer zu einer Pflegeoase erleichtert werden. Idealerweise könnten Wohngruppen durch universelles Design sowohl als Altenwohngemeinschaft, Demenzgruppe oder sogar als Studentenwohnheim genutzt werden⁹⁷. Die Zimmer sollten zu drei Vierteln Einzel- und zu einem Viertel Doppelzimmer sein, wobei jedes Zimmer über eine private Loggia verfügt, natürlich mit einem Pflegebett schwellenfrei erreichbar⁹⁸.

Gestalterisch soll vor allem auf Überschaubarkeit geachtet werden – auch deshalb wurde für alle Häuser ein einheitliches visuelles Leitsystem entwickelt, welches von den Architekten nur in der Farbgebung und den Themen der Symbole beeinflusst werden konnte⁹⁹. Weiters sollen die öffentlichen Bereiche kommunikations- und kontaktfördernd sein, sowie viele Möglichkeiten zum passiven Beobachten bieten, zum Beispiel durch künstlerische Installationen, Aquarien oder ähnliches. Da 80% der Bewohner mit Demenz diagnostiziert sind und dies heute schon der häufigste Grund für den Umzug ins Altersheim ist¹⁰⁰, sollte die Wegführung als ‚Demenzschleife‘ ausgeführt werden, also ohne Sackgassen¹⁰¹. Die Gärten, die verpflichtend von Landschaftsarchitekten geplant werden müssen, sollten abwechslungsreiche Spaziergänge und Rückzugsmöglichkeiten anbieten, sowie durch verschiedene Gerüche, Klänge und Blickachsen anregen¹⁰². Die Häuser sollten gut in ihre Stadtquartiere eingebunden sein und durch öffentliche Funktionen wie zum Beispiel Mehrzwecksäle, öffentlich zugängliche Cafeterias und Tagesbetreuung auch für Nichtbewohner zum Teil der täglichen Umgebung werden.

Die Kosten für die neuen Häuser belaufen sich laut Schätzungen auf 1800 € pro m² für die eigentlichen Bauten, plus zusätzlich 1500 € pro m² für die pflegerischen und medizinischen Einrichtungen. Damit entsprechen

die Kosten von einem Heimplatz ungefähr denen einer 70m² Wohnung im geförderten Wohnbau¹⁰³. Bei einem Budget von 700 Millionen Euro pro Jahr für die ambulante und stationäre Altenpflege sind die Baukosten von insgesamt 350 Millionen Euro für die neun neuen Pflegewohnhäuser als eine zu diesem Zeitpunkt kluge Investition in die Zukunft zu sehen¹⁰⁴.

Zusammenfassung Vorgaben

Organisation:

- 240-350 Betten
- Pflege Wohnbereiche mit max. 28 Bewohnern
- 2-3 Wohngruppen mit eigenem Wohnzimmer pro Pflege Wohnbereich
- 2 Pflege Wohnbereiche pro Geschoss
- 2 Demenzstationen pro Haus

Baulich:

- 75% Einzel-, 25% Doppelzimmer
- flexible Konstruktion
- Umbau im Betrieb möglich
- ü private, schwellenlose Loggia pro Zimmer
- Sollbruchstellen zwischen Zimmern zum späteren Zusammenlegen

Gestaltung:

- leicht überschaubar
- kommunikations- und kontaktfördernd
- lädt zum passiven Beobachten ein
- Wegführung als ‚Demenzschleife‘
- abwechslungsreiche Spaziergänge im Garten
- öffentliche Funktionen binden Haus in Stadtquartier ein

Quellen

- 61 APA, 2014
- 62 wien.at Redaktion, 2015
- 63 Feuerstein, Christiane, 2008, S.68
- 64 Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 2007
- 65 Feuerstein, Christiane, 2008, S.93, S.91
- 66 Feuerstein, Christiane, 2008, S.97
- 67 Weyerer, Bickel, 2007, S.14
- 68 Weyerer, Bickel, 2007, S.15
- 69 Heeg, 2003, S.20
- 70 Heeg, 2003, S.21
- 71 beta Institut, 2016
- 72 beta Institut, 2016
- 73 Barth, 2007
- 74 Barth, 2007
- 75 help.gv.at, 2016
- 76 seniorenheim.at, 2016
- 77 seniorenheim.at, 2016
- 78 MA 23, 2016
- 79 Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger, 2016
- 80 Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger, 2016
- 81 MA 23, 2016
- 82 wien.at Redaktion, 2015
- 83 APA, 2014
- 84 Feuerstein, Christiane, 2008, S.99, S.109
- 85 wien.at Redaktion, 2015
- 86 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 87 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 88 Kuratorium der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, 2013
- 89 Fonds Soziales Wien, 2011
- 90 Feuerstein, Christiane, 2008, S.112
- 91 Feuerstein, Christiane, 2008, S.135
- 92 wien.at Redaktion, 2015
- 93 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 94 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 95 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 96 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 97 Kaiser, Gudrun, 2014, S.19
- 98 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 99 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 100 Kaiser, Gudrun, 2014, S.20
- 101 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 102 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 103 Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, 2012
- 104 Wojciech Czaja, 2010

Entwurfsgrundlagen

Die Schwierigkeit eines Entwurfs für die Altenpflege liegt unter anderem in der Vereinbarung der unterschiedlichen Erfahrungsberichte und Forschungsstände; neben dem wissenschaftlichen Forschungsgeld der Geriatrie, in der verschiedene Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden beschrieben werden, befassen sich viele Architekturbücher eher mit Erfahrungsberichten und Interviews aus der Praxis; die dort geäußerten Hinweise sind aber teilweise sehr widersprüchlich oder schließen sich gegenseitig aus – so werden zum Beispiel Verbindungen zwischen den Geschossen befürwortet, um die Kommunikation und Aussicht zu fördern, gleichzeitig soll aber die Privatsphäre bewahrt und Lärmbelästigung vermieden werden. Nachdem ein Überblick über den Forschungsstand besteht, muss also abgewogen und priorisiert werden, um die wichtigsten Eckpunkte des Entwurfs zu definieren und ein Konzept zu erstellen.

Forschungsstand

Die Pflege arbeitet derzeit nach zwei Ansätzen: dem personenzentrierten Ansatz nach Thomas Kitwood oder dem psychobiographischen Ansatz nach Erwin Böhm.

Im personenzentrierten Ansatz wird ein besonderes Augenmerk auf den Wert und die Individualität des Patienten gelegt, um seine Sichtweise auf seine Situation nachzuvollziehen und seine Einschränkungen einzuschätzen. Damit soll die soziale Umgebung gefördert werden; durch eine gesteigerte Aufmerksamkeit auf die Biografie des Patienten soll sein Verhalten besser eingeschätzt werden¹⁰⁵.

Der psychobiographische Ansatz verfolgt ähnliche Ansätze bezüglich der Biografie des Patienten, interessiert sich aber besonders für die Prägungszeit bis zum 25. Lebensjahr; mit Erinnerungen an diese Zeit soll ein Heimat- und Sicherheitsgefühl hergestellt werden. Außerdem besagt diese Theorie, dass Demente mit der Zeit regredieren und für jedes Stadium ein eigener Kommunikationsweg gefunden werden muss, bis hin zur nonverbalen Kommunikation¹⁰⁶.



Abb.06

milieutherapeutischer Ansatz

Beide Ansätze erkennen an, dass ein Pflegeheim sowohl ein Zuhause, welches wohnlich und komfortabel ist, anbietet, als auch die Therapie unterstützen muss, wobei die Bewohnerbedürfnisse wichtiger als die organisatorische Optimierung sein sollten¹⁰⁷.

Ein weiterer Ansatz ist der milieuthérapeutische, der ursprünglich aus der Psychiatriekommt und in dem bauliche und therapeutische Interventionskonzepte vereint werden; die Institution selber wird als Art künstliche Familie aufgebaut, die idealerweise auf jeden Patienten unterschiedlich einwirken kann – also zum Beispiel beruhigend, animierend oder strukturierend. Hierfür muss die Umgebung an die Fähigkeiten der Demenzkranken angepasst werden und nicht umgekehrt, was wiederum die oben erwähnte Flexibilität erfordert¹⁰⁸. Verschiedene Krankheitsstadien und Biographien brauchen verschiedene Milieus, teilweise kann auch die Tagesstimmung entscheidend sein; manche Patienten brauchen Autonomie, andere Hilfe, Ruhe, Stimulation, Privatheit oder soziale Einbindung. Drei Faktoren beeinflussen das Milieu: das Bauliche, die Organisation und der Betrieb; aus diesen Faktoren bildet sich eine psychosoziale Umgebung, die auf die Bewohner einwirkt¹⁰⁹. Die Theorie „Person – Umwelt – Passung“ besagt zudem, dass das Verhalten und Befinden von Demenzkranken nicht nur durch ihre Krankheit selber, sondern auch durch ihre Umgebung und äußere Einflüsse beeinflusst wird¹¹⁰.

Einerseits ist die Architektur also nur einer von vielen Faktoren, der ein gut funktionierendes Pflegeheim ausmacht, andererseits ist die Architektur der grundlegende und verhältnismäßig unveränderliche Punkt, von dem alle anderen abhängen und mit dem sie arbeiten müssen. Lässt die Architektur also pflegerische Maßnahmen wie individuell eingerichtete Einzelzimmer zur Personalisierung des eigenen Raums zu und bietet verschieden gestaltete Aufenthaltsräume zum sozialen Austausch an, ist eine gut funktionierende Pflege möglich¹¹¹. Das wichtigste Axiom der Milieuthérapie ist es, die Benutzer, in diesem Fall die Patienten, in den Mittelpunkt zu stellen – ein Grundsatz, den auch die Architektur seit jeher verfolgt.

Umgebungen

Aufgrund dieser Forschungsergebnisse werden diverse Pflegeumgebungen

vorgeschlagen, in denen sich besonders demenzkranke Bewohner wohlfühlen und gut versorgt werden können. Für sie ist die Umgebung besonders wichtig, da die Krankheit ihnen viele kognitive Eigenschaften raubt, die für das normale Zurechtfinden in einer Wohnumgebung wichtig sind; es wird davon ausgegangen, dass Umgebungen, die für Menschen mit allen kognitiven Fähigkeiten entworfen sind, auf Menschen mit Alzheimer oder Demenz zusätzlichen Stress ausüben, sei es durch Überforderung oder durch fehlende Erklärungen zu Gegenständen oder Vorgängen, die als selbstverständlich angesehen werden¹¹². Durch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse und ausgewogene Pflegesettings sollen diese Stressfaktoren minimiert werden.

Allgemein sollten die Bedingungen den Zugang auf Demenzkranke, wenn diese es brauchen und zulassen, erleichtern, damit die Betreuer die meiste Zeit mit den Patienten verbringen können. Dies heißt, dass Gemeinschaftsräume nur so vielen Menschen Platz bieten, dass persönlicher und individueller Kontakt möglich bleibt¹¹³.

Hausgemeinschaften

In Gruppen von 6 bis maximal 12 Personen wohnen nicht ausschließlich Demenzkranke; durch eine gemeinsame Gestaltung des Alltags und der Haushaltsführung unter Mithilfe der Bewohner wird die Normalität in den Vordergrund gestellt, der pflegerische Anteil sollte in den Hintergrund treten. Dadurch ist die Anforderung an die Pfleger sehr hoch, oft wird zusätzliche Hilfe durch Haushaltskräfte benötigt. Da die Wohnlichkeit am wichtigsten eingeschätzt wird, werden besondere Anforderungen für Demenzkranke oft nicht berücksichtigt, da sie stigmatisierend wirken können; damit dieses Konzept funktioniert, ist eine homogene Gruppe mit ähnlicher Herkunft, Biographie und Lebensstil wichtig¹¹⁴.

Demenzwohngruppe

In Gruppen von 12 bis 15 Personen wohnen die Menschen ähnlich wie in der Hausgemeinschaft. Obwohl die Krankheit im mittleren bis fortgeschrittenen Stadium ist, sollten die Bewohner in dieser Wohnform noch mobil sein. Künstlerische und musische Beschäftigung wird den Bewohnern angeboten; in

einem zentralen Ess-Wohnbereich mit offener Küche und weiteren halbprivaten Aufenthaltszonen wird der Alltag verbracht; solche Demenzwohngruppen können ein eigener Bau oder Bauteil in einem Pflegeheim sein, bei dem ein barrierefreier und unmittelbarer Zugang ins Freie möglich ist¹¹⁵. In Hausgemeinschaften und Demenzwohngruppen soll die Wohntypologie ein ‚Daheim-Gefühl‘ erzeugen, damit die Demenzkranken weniger das Bedürfnis verspüren, nach Hause zu gehen¹¹⁶.

Wohnbereich für besondere Dementenbetreuung

Anders als die Demenzwohngruppe ist dies ein räumlich getrennter Bereich für Menschen mit herausforderndem Verhalten, der Schwerpunkt liegt hier eher auf dem qualifiziertem Umgang als auf der Wohnlichkeit. Dafür müssen Freibereiche weglaufricher sein, und akustischer Stress sollte unbedingt vermieden werden. Durch mehrere kleinere Aufenthaltsbereiche können Gruppen gebildet werden, die Haushaltsaktivitäten stehen hier weniger im Vordergrund. Durch ‚Endloswege‘ wird die Bewegung in halböffentlichen Bereichen gefördert, anders als bei den beiden vorher genannten Wohnformen, bei denen der Gruppenzusammenhalt durch Clusterformen gestärkt werden soll. Heute wird hier auch oft eine Kombination aus Bewegungsraum und Wohngruppenbereichen mit offenen Küchen, die quasi am Wegesrand liegen, angewandt¹¹⁷.

Spezialeinrichtungen

In Spezialeinrichtungen mit differenzierten Settings sollen verschiedene Milieus auf sich wandelnde Krankheitsstufen und -Bilder eingehen. Da das Verhalten von Demenzkranken sich je nach Krankheitsstufe und Persönlichkeit sehr schnell ändern kann, und Gruppen oft auch als beengend empfunden werden, gibt es hier die Möglichkeit je nach Bedarf immer neue, möglichst homogene Gruppen zu bilden; praktisch gesehen bedeutet dies oft, dass die diversen Aufenthaltsbereiche sehr unterschiedlich eingerichtet werden, um die gewünschten Wirkungen zu erzielen. Häufig wird auch eine ‚Pflegeoase‘ eingerichtet, also ein offener Raum für sechs bis neun Personen mit Rückzugsnischen, in dem jederzeit ein Pflegepersonal anwesend ist¹³⁴. Je

kleiner diese Gruppen sind, desto höher ist der persönliche Kontakt zwischen Pflegern und Patienten, die in diesem Stadium oft bettlägerig sind und dauernde Präsenz vom Pflegepersonal besonders brauchen¹¹⁸.

Betriebsplanung

Wie an den beschriebenen Wohnumgebungen bereits ersichtlich ist, spielt der Betrieb eine entscheidende Rolle in einer funktionierenden Architektur; Bau- und Betriebsplanung sollten daher immer abgestimmt sein und parallel laufen¹¹⁹. An diesem Schnittpunkt müssen diverse Entscheidungen getroffen werden, die später nicht mehr oder schwer reversibel sind; hierfür muss von Seiten des Betreibers ein gewisses Maß an Planungssicherheit herrschen, um zum Beispiel das Pflegekonzept an die Anzahl der Pfleger anzupassen. Hier können dann auch Kompromisse erreicht werden: 2 nebeneinander liegende Gruppen können bei Personalmangel gekoppelt werden, mit darauffolgenden Abstrichen bei dem Wohngemeinschaftsgefühl, aber Vorteilen beim Bewegungsraum¹²⁰. Generell sollte das Personal immer den Überblick über alle Bewohner haben.

Die gesamte Betriebsplanung muss schließlich auch auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten werden, wobei bedacht werden muss, wie sich die Bevölkerungsstruktur im Laufe der Zeit verändern kann und wie besondere Patienten – also sehr schwierige, höchste verhaltensauffällige, mobile Menschen – behandelt werden sollen. Diese können je nach Konzept integriert, oder in eigene Bereiche gebracht werden, was wiederum einen Einfluss auf die baulichen Anforderungen und besonders die Verbindungen der Pflegeumgebungen hat.

Zukünftige Entwicklung

Ein letzter wichtiger Faktor, der das künftige Bauen beeinflussen wird, besteht im Hinblick auf die digitale Vernetzung und Nutzung von sozialen Netzwerken.

Schon jetzt kommen immer mehr Bewohner in Pflegeheimen an, die mit dem Internet vertraut sind und dieses nutzen, um mit Familienangehörigen und Freunden in Kontakt zu bleiben; dementsprechend sollten die dafür benötigten Netzwerke auch in Pflegeheimen eingerichtet werden und gegebenenfalls mit Assistenz durch PflegerInnen unterstützt werden. Durch die sicherlich mit den

Jahren steigende Kompetenz seitens der Bewohner, mit solchen Systemen zu arbeiten, bieten sich auch zahlreiche Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung und der Bildung von Interessensgemeinschaften in Pflegeheimen. Trotzdem sollten auch Gefahren der unbeaufsichtigten Nutzung von sozialen Netzwerken bedacht werden, zum Beispiel durch Betrüger oder Diebe, die sich Zugang zu privaten Räumen verschaffen könnten.

Eine weitere potenzielle Nutzung der technischen Vernetzung ist die automatische Steuerung des Haushalts, die teilweise bereits Einzug in Einrichtungen mit betreutem Wohnen gefunden hat. Eines dieser Systeme ist das ‚Domotik‘ System, wodurch alle elektrischen Geräte gesteuert werden, zum Beispiel beim Verlassen der Wohnung. Außerdem schlägt das System Alarm, wenn über lange Zeit keine Bewegung herrscht und stellt automatisch Fernseher und Radio leise, wenn der Notruf betätigt wird. Darüber hinaus können Alltagssituationen programmiert werden, um zum Beispiel das Aufstehen oder zu Bett gehen zu erleichtern, indem alle Heizungen in Bad und Schlafzimmer auf gewünschte Temperaturen gebracht und alle Lichter an- beziehungsweise ausgeschaltet werden. Seitens der Bewohner gibt es hier natürlich Vorurteile bezüglich der überwachungsartigen Eingriffe ins Privatleben, weshalb solche Systeme sich immer noch nicht wirklich flächendeckend durchgesetzt haben; Strom- und Heizkosten können so natürlich um einiges reduziert werden¹²¹, in intensiven Pflegesituationen wie in einem Pflegeheim sind solche automatischen Systeme aber eher weniger effektiv, da die Präsenz der PflegerInnen sowieso gegeben ist.

Quellen

- 105 Heeg, 2003, S. 29-30
- 106 Heeg, 2003, S.30
- 107 Heeg, 2003, S.31
- 108 Heeg, 2003, S.33
- 109 Heeg, 2003, S.34
- 110 Heeg, 2003, S.33
- 111 Heeg, 2003, S.35
- 112 Zeisel, 2003, S.697
- 113 Heeg, 2003, S.31
- 114 Heeg, 2003, S.39
- 115 Heeg, 2003, S.40-41
- 116 Heeg, 2003, S.32
- 117 Heeg, 2003, S.42
- 118 Heeg, 2003, S.43
- 119 Heeg, 2003, S.31
- 120 Heeg, 2003, S.44
- 121 Mayer, Schulze, Helten, Fischer, 2001, S. 113-120

Bauliche Anforderungen

Neben dem Konzept sind ganz praktische Anforderungen an Material, Detaillösungen und Gestaltung ein zentraler Teil eines erfolgreichen Pflegewohnheims; diese sind, auch aufgrund der verminderten Wahrnehmungsfähigkeiten der Bewohner, auf jeden Fall genauso wichtig wie das räumliche Konzept, da die allernächste Umgebung viel mehr wahrgenommen wird als der weitere Umkreis. Die Balance zwischen einer stimulierenden, zu Aktivitäten einladenden Umgebung mit der benötigten Geborgenheit, Sicherheit und Orientierung zu finden, ist hier die größte Herausforderung.

Schon 1973 wurde von den Forschern Lawton und Nahemow das „Competence-pressure-model“ entworfen¹²², das die Befindlichkeiten einer Person als „Effekt der Übereinstimmung zwischen den Anforderungen der Umwelt (pressure) und den spezifischen Kompetenzen (competence) des Individuums“ beschreibt¹²³. Je mehr die Kompetenzen abnehmen, desto wichtiger werden die Umweltfaktoren. Die folgenden Aspekte stellen entscheidende bauliche Anforderungen dar, die sowohl im Entwurf als auch in der Detailplanung berücksichtigt werden müssen, wobei viele von ihnen nicht direkt in Grundrissplänen sichtbar sind, sondern erst in der Ausführungsplanung zum Vorschein kommen.

Wahrnehmung

Da Demenz auch zu Störungen in der räumlichen Wahrnehmung führt, können Sehschwächen oft nicht mehr richtig interpretiert werden. Licht und Material müssen deshalb die Wahrnehmung der Umgebung erleichtern, das heißt die Umgebung muss hell und schattenarm mit ca. 500 Lux auf Augenhöhe ausgeleuchtet sein, wobei Blendungen und Spiegelungen vermieden werden sollten. Durch indirekte Beleuchtung in Deckenvouten kann dies besonders gut erreicht werden, während Tischleuchten eine wohnliche Atmosphäre unterstützen¹²⁴.

Orientierung

Die Umgebung sollte für die Bewohner leicht ablesbar sein, was für einfache,

geradlinige Grundrisse und eine Orientierung der Zimmer zu einem zentralen Bereich spricht. Andererseits können zu große zentrale Bereiche eine Überstimulation auslösen; in diesem Fall ist ein Endlosflur oder eine panoptische Anordnung, bei dem der zentrale Bereich immer im Blickfeld ist, von Vorteil. Auch hier ist die Lichtführung, der Bodenbelag und die Gestaltung von bestimmten Orten, wie zum Beispiel Wegkreuzungen, von besonderer Bedeutung; symmetrische Anordnungen und sich häufig wiederholende Elemente wie Türen und Möbel sind eher problematisch, auch Schilder sind häufig nicht hilfreich – wenn, dann sollten sie niedrig und sehr gut beleuchtet angebracht sein. Orientierung kann besser durch vertrauliche Szenen, zum Beispiel aus der Biographie der Bewohner, geschaffen werden¹²⁵.

Stimulation

Trotz aller Einschränkungen sollte die Umgebung einen gewissen Aufforderungscharakter besitzen, etwa durch offene Wohnküchen oder auch Werkbänke, in denen Utensilien in offenen Regalen oder hinter durchsichtigen Türen zur Benutzung einladen, um funktionale Fähigkeiten zu erhalten. Gleichzeitig muss natürlich auch die Gefahr durch Verletzungen bedacht werden; zu komplizierte Mechanismen können zu Frustrationen und Aggressionen beitragen. Oft werden diese, zum Beispiel bei Ausgangstüren eingesetzt, um das unbeaufsichtigte Herumwandern zu verhindern. Allgemein sollten durch Materialien, Gerüche, Musik und Blickbeziehungen zur Außenwelt Anregungen geschaffen werden¹²⁶; auch durch gesteuerte Beleuchtung kann die Stimmung aufgehellt werden oder ein verschobener Tag-Nacht Rhythmus, wie er häufig bei Demenzerkrankungen auftritt, normalisiert werden¹²⁷.

Sicherheit und Geborgenheit

Eine Begleiterscheinung einer Demenzerkrankung ist ein mangelndes Gefahrenbewusstsein; so können offen zugängliche Treppen, Hindernisse am Boden, giftige Pflanzen, frei zugängliche Chemikalien u.ä. fatale Folgen haben. Andererseits haben generell geschlossene Türen das Potential, Beengungsgefühle und Aggressionen auszulösen; eine mögliche Lösung sind transpondergesteuerte Türen, die durch ein empfangenes Radiosignal verriegelt

oder geöffnet werden können. Durch räumliche Maßnahmen wie Nischen und Loggien kann Geborgenheit geschaffen werden, während lange, ungegliederte Flure ein Gefühl der Verlorenheit verstärken können¹²⁸. Auch Freiräume und Terrassen sollten durch raumhohe Elemente wie Holz- oder Glaslamellen in geschützte, intimere Plätze verwandelt werden.

Sozialkontakte

Demenzkranke suchen mehr Sozialkontakte als andere Bewohner, daher sind zahlreiche und große Aufenthaltszonen mit Rückzugsnischen und Blick zum Pflegepersonal wichtig; bei Gruppen von mehr als zwölf Personen werden akustisch abgeschirmte Aufenthaltsbereiche notwendig, um Lärmbelästigung zu vermeiden. Anders als in früheren Demenzstadien, in denen Privatheit oft gesucht und persönlicher Kontakt vermieden wird, kann in späten Krankheitsstadien selbst zum Schlafen die Gemeinschaft gesucht werden. Hier können vermehrt Doppelzimmer Verwendung finden, da manche Patienten durch das gemeinsame Schlafen beruhigt werden; andererseits kann die Partnersuche oft sehr schwierig sein, weshalb Verbindungstüren zwischen zwei Einzelzimmern als Mittelweg gelten¹²⁹. In der letzten Krankheitsphase tritt der Bedarf nach Privatheit fast komplett in den Hintergrund; daher wurden Pflegeoasen entwickelt, in der bis zu acht oder neun Bewohner gleichzeitig betreut werden können und immer mindestens ein Pfleger anwesend ist. Der Raum sollte freilich immer noch räumlich gegliedert und zumindest temporär trennbar sein¹³⁰.

Selbstbestimmung

Wie bereits erwähnt, sollten Ängste durch verschlossene Türen und limitierten Bewegungsraum vermieden werden – daher empfiehlt sich ein unmittelbarer Zugang ins Freie, der jedoch vom Personal überblickt werden kann. Sackgassen in Fluren sollten unbedingt vermieden werden, durch Endlosschleifen mit Ausblicken ins Freie und viel natürliches Licht, kann ein Gefühl von Selbstbestimmung verstärkt werden. Wenn Wohn-, Ess- und Aufenthaltsbereiche mit vertrauten Gegenständen und Leitbildern eingerichtet werden, entsteht Vertrautheit und Kontinuität, da das Langzeitgedächtnis oft bis ins später Krankheitsstadium

intakt bleibt¹³¹. Ausgangstüren sollten hingegen in der Wandfarbe gehalten sein und nicht verglast werden, damit kein unnötiger Impuls zur Flucht entsteht; Ausgänge sollten außerdem parallel zur Laufrichtung der Flure liegen und eventuell weniger beleuchtet werden, um sie als Ziel unattraktiver zu machen¹³².

Quellen

- 122 Lawton, Nahemow, 1973, S.619
- 123 Heeg, 2003, S.62
- 124 Wojnar, 1997, S.63
- 125 Heeg, 2003, S.63-64
- 126 Heeg, 2003, S.65
- 127 Satlin, Volicer, Ross, Herz, Campbell, 1992, S.1028
- 128 Heeg, 2003, S.65
- 129 Heeg, 2003, S.66-67
- 130 Kuhn, Rutenkröger, 2008
- 131 Heeg, 2003, S.67
- 132 Zeisel, 2003, S.697

Wiens dritter Bezirk – Landstraße

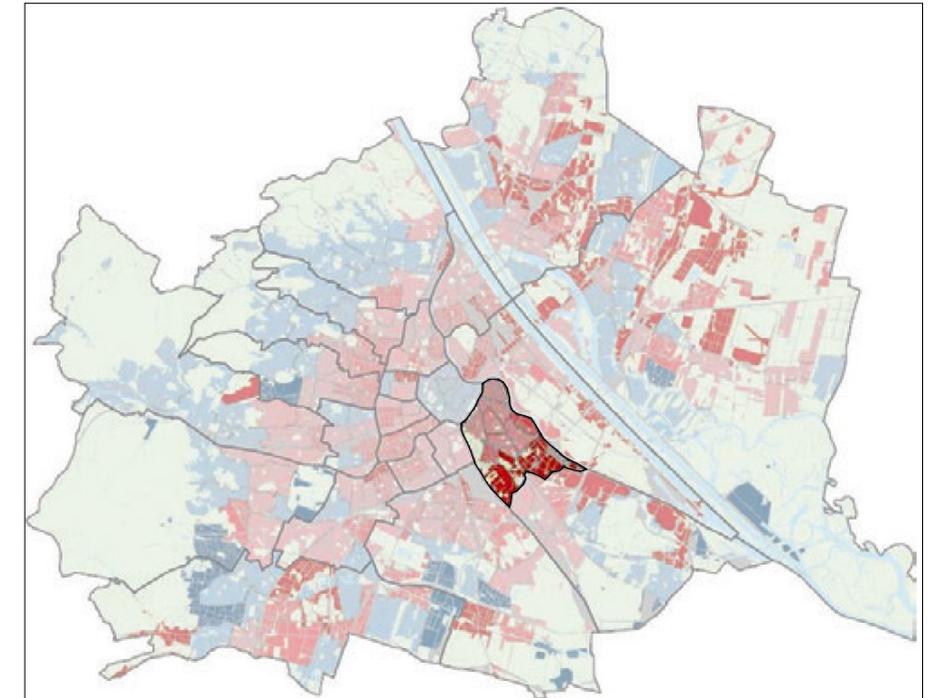
Im Kontext zur allgemeinen Bevölkerungsentwicklung

Wie bereits erwähnt wird sich der Anteil der älteren Menschen in den nächsten Jahren erhöhen. Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung werden von der Stadt Wien für die nächsten 30 Jahre vorgenommen, aktuell von 2014 bis 2044. Laut aktuellen Prognosen wird Wien bereits 2029 die 2-Millionen Einwohner-Grenze überschreiten und am Ende des Prognosezeitraums 2,11 Millionen gemeldete Einwohner mit Hauptwohnsitz haben – der bisherige Höchststand von 1910 mit 2,084 Millionen Einwohnern wäre eingestellt¹³³. Innerhalb der 17 größten Stadtregionen Europas hätte Wien damit noch vor Barcelona und Madrid das stärkste Wachstum¹³⁴. Die Bevölkerungsgruppen der jungen und alten werden besonders stark wachsen, was durch Wiens Attraktivität für Studenten und das Älterwerden von besonders geburtenreichen Jahrgängen erklärbar ist; die Gruppe der Hochbetagten, also über 75-Jährigen, soll sogar um 98% zunehmen¹³⁵, während der allgemeine Altenquotient (also der Anteil der über 64-Jährigen gegenüber 20-64-Jährigen) von 27% auf 37% steigen wird¹³⁶.

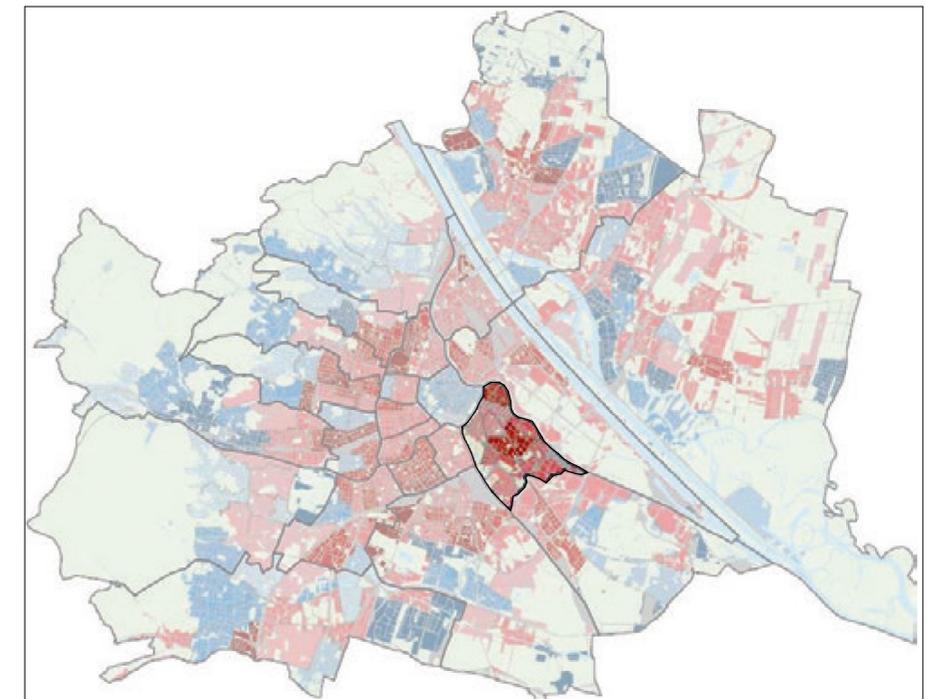
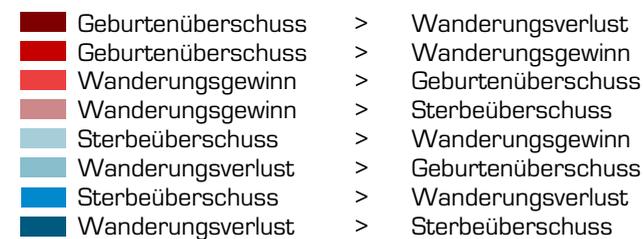
Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass sowohl Zuwanderung als auch die Geburtenrate stabil bleiben, der Bevölkerungszuwachs wird also durch eine positive Geburtenbilanz und Nettozuwanderung sowie die höhere Lebenserwartung entstehen – innerhalb der Stadt könnten die Veränderungen aber wesentlich stärker bemerkbar sein, da sich die einzelnen Bezirke unterschiedlich entwickeln¹³⁷. Während im 1. Bezirk und im Westen der Stadt ein leichter Bevölkerungsrückgang aufgrund mangelnden Zuzuges von jungen Menschen erwartet wird (ähnliches wird auch in einzelnen Ballungszentren wie den Gemeindebauten im 10. Bezirk vorausgesagt) werden vor allem die Bezirke mit starken Neubautätigkeiten enorm an Einwohnern zulegen – als Beispiele gelten der 2., 10., 20. und 22. Bezirk¹³⁸.

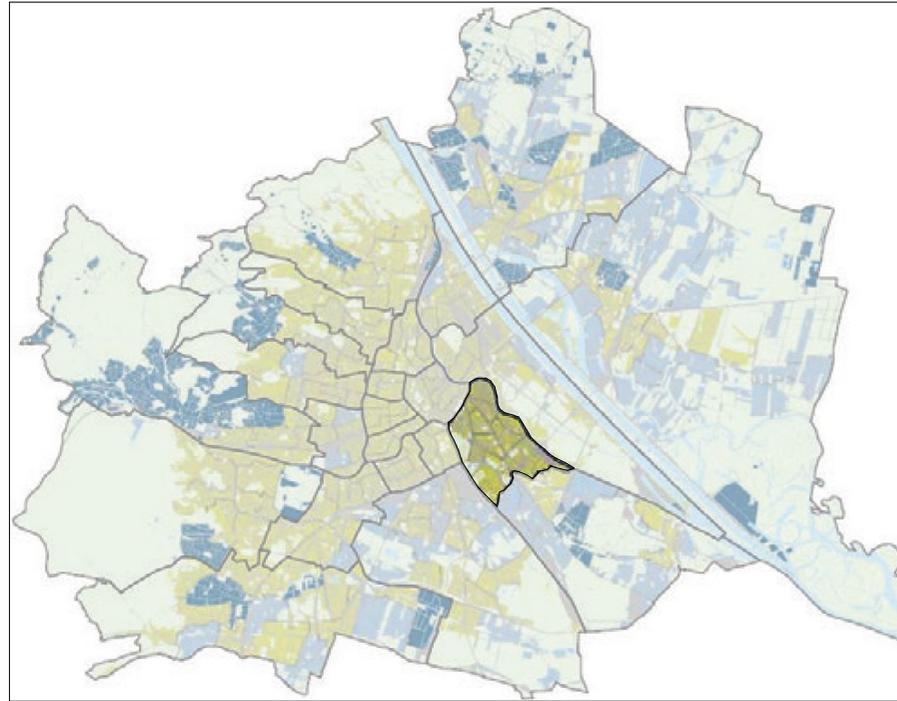
Im 3. Bezirk lassen sich viele der oben erwähnten Entwicklungen verstärkt beobachten, da seine Bebauungsstruktur relativ vielfältig ist; neben wichtigen Kultureinrichtungen, dem Schloss Belvedere, Hundertwasserhaus und zahlreichen Botschaften, gibt es sowohl die für Wien typische

Bevölkerungsentwicklung 2014 bis 2024
Relative Veränderung der Bevölkerung



Geburtenbilanz versus Wanderungsbilanz

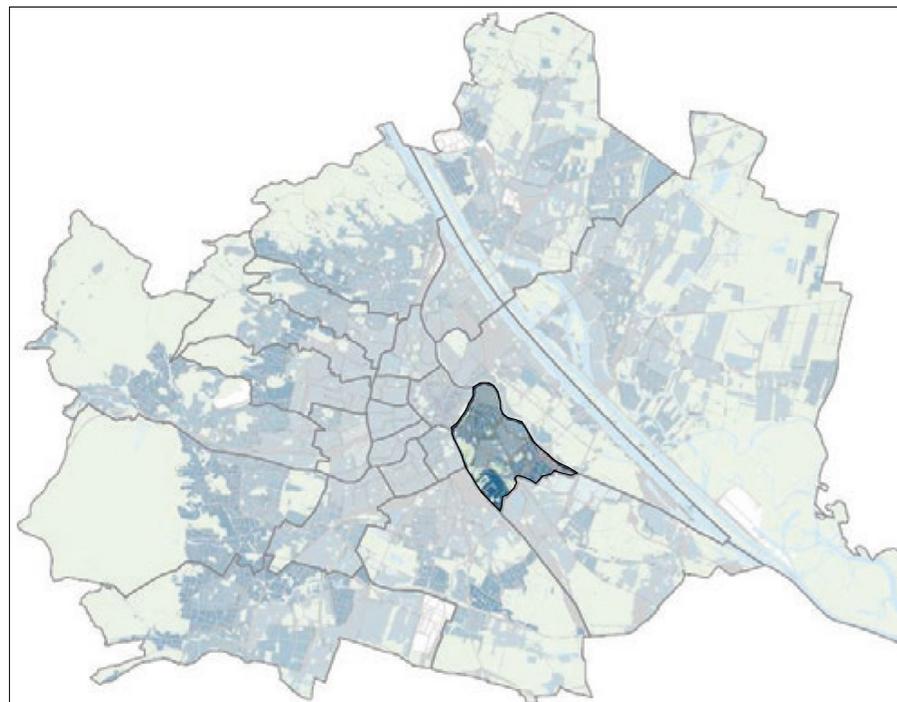




Bevölkerungsentwicklung 2014 bis 2024
Altersdynamik

- älter
- durchschnittlich
- jünger

Blockrandbebauung der Gründerzeit, aber auch einige Neubaugebiete, die zur Zeit oder in den nächsten Jahren fertig gestellt werden. Nach jahrelangen Bevölkerungsverlusten und dem Tiefstand von 2001 mit 81.000 Einwohnern, leben aktuell 87.000 Einwohner im Bezirk, bis 2044 werden 103.000 Einwohner prognostiziert, was einem Zuwachs von 19% gleichkommt¹³⁸. Dieses im Vergleich zum stadtweiten Zuwachs von 15% stärkere Wachstum ist besonders auf die Neubautätigkeiten zurückzuführen. Ältere Menschen und Hochbetagte sollen den höchsten relativen Zuwachs ausmachen¹³⁹.



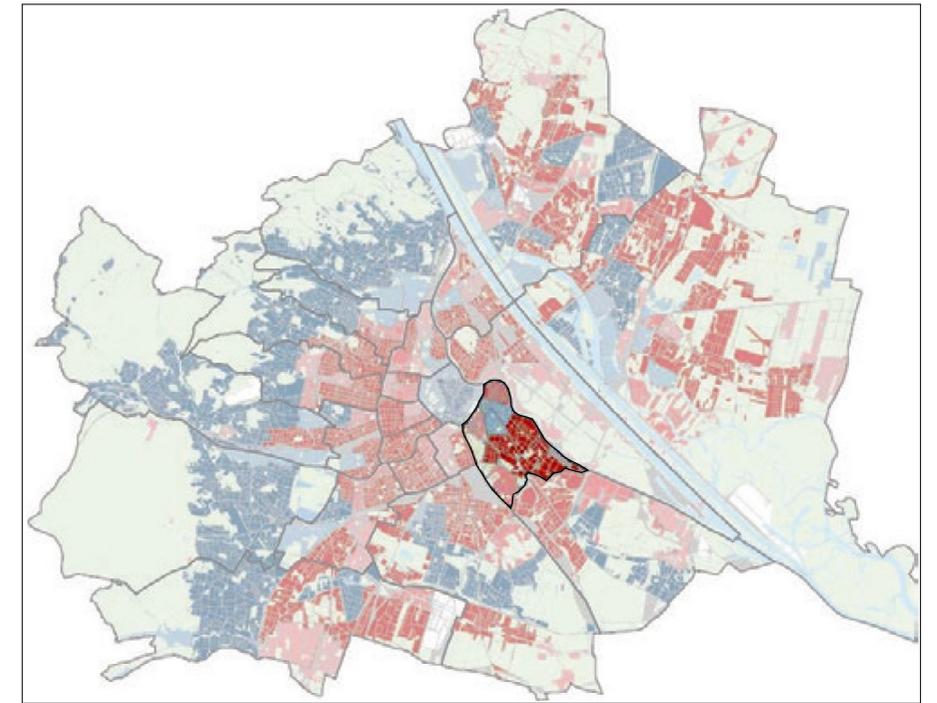
Bevölkerungsentwicklung 2014 bis 2024
Altenquotient

- 4 und weniger
- 5 < 10
- 10 < 15
- 15 < 20
- 20 und mehr

Bevölkerungsentwicklung 2014 bis 2024
60- bis 74- Jährige

absolute Veränderung

- -50 und weniger
- -49 < 0
- 0 < 50
- 50 < 100
- 100 und mehr



Bevölkerungsentwicklung 2014 bis 2024
75-Jährige und älter

absolute Veränderung

- -50 und weniger
- -49 < 0
- 0 < 50
- 50 < 100
- 100 und mehr

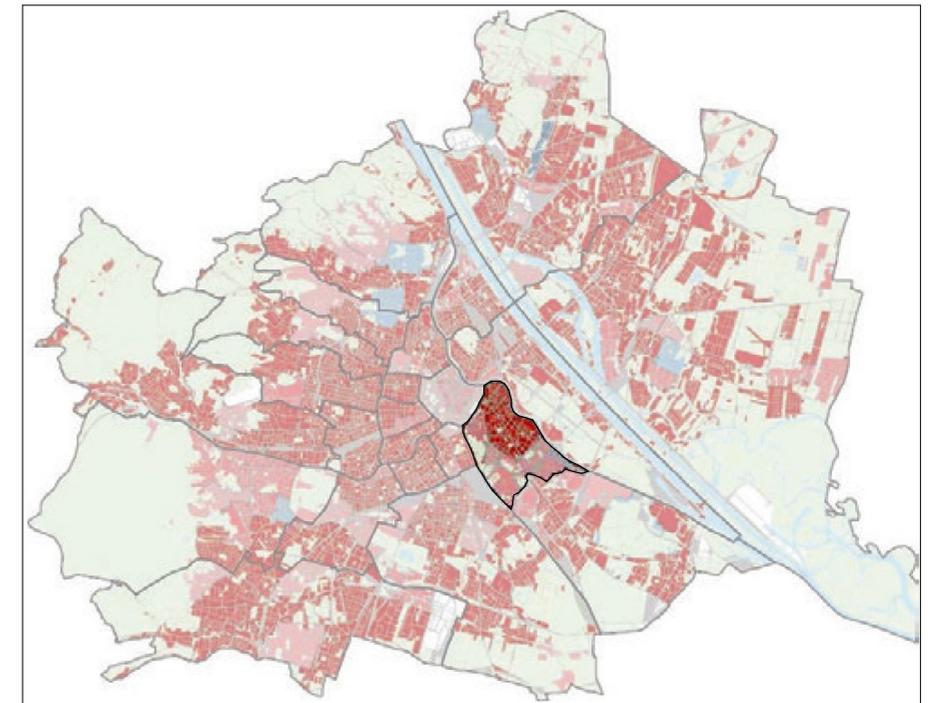


Abb.07

Bevölkerungsentwicklung Wien

Quellen

- 133 Himpele, MA23, 2014, S.6
- 134 Himpele, MA23, 2014, S.12
- 135 Himpele, MA23, 2014, S.7
- 136 Himpele, MA23, 2014, S.22
- 137 Himpele, MA23, 2014, S.8
- 138 Himpele, MA23, 2014, S.8
- 139 Himpele, MA23, 2014, S.30

Der Bauplatz

Lage

Der gewählte Bauplatz im Südosten des dritten Bezirks, an der Kreuzung der Landstraßer Hauptstraße und der Schlachthausgasse, liegt mehr oder weniger im Zentrum eines Dreiecks bestehend aus zwei größeren Grünflächen – Belvedere und Prater – sowie dem neuen Hauptbahnhof. Er bietet fast alle Facetten der Wiener Bausubstanz in direkter Umgebung: an der Schlachthausgasse die typischen Blockrandbebauungen, teilweise noch aus Gründerzeiten bis hinein in die 1960er Jahre; an der südwestlichen Seite, der Viehmarktgasse, ein Gemeindebau aus den 1950er Jahren, der sich auch an der Blockrandbebauung orientiert. Nordöstlich befindet sich eine Linienbebauung aus den 60er Jahren, hinter der eine Schule aus dem Jahr 1996 liegt. Das direkt angrenzende Grundstück, das ‚Karree St. Marx‘ ist mit fünf punktförmigen Wohnhäusern und einer grundstücksbegrenzenden Riegelbebauung besetzt, die aus einem Wettbewerb für das ganze Grundstück hervorging und Teil der allgemeinen Neubebauung des Stadtgebiets ist.

Quartier

Die Idee des Quartiers wurde in den vergangenen Jahren innerhalb der Stadt Wien vermehrt eingesetzt, um bestimmte Gegenden zu vermarkten und ihnen eine eigene Identität zu verschaffen, so zum Beispiel der Spittelberg und die Neubaugasse im 7. Bezirk, aber auch der Naschmarkt oder das alte AKH. Auf dem immer stärker umkämpften Wohnungsmarkt können so neue Anreize für bestimmte Gegenden geschaffen werden, natürlich auch oft mit der Hoffnung verbunden, höhere Mietpreise zu erzielen. Aus Bewohnerperspektive mögen die Vorteile in einem stärkeren Zugehörigkeitsgefühl liegen, das in einem überschaubaren Stadtteil schneller und einfacher entsteht, als in einer komplexen Großstadt wie Wien. Die oben genannten Beispiele sind über die Zeit historisch gewachsene Strukturen, die auf Grund ihres Zuzuges durch Studenten, Künstler und Kulturschaffende – vornehmlich aufgrund der damals niedrigen Mieten – zu attraktiven und lebendigen Quartieren wurden. Ob solche Identitäten auch bei neugebauten Gebieten durch ein von außen geplantes Konzept entstehen können, wird sich in Wien zum Beispiel in der Seestadt

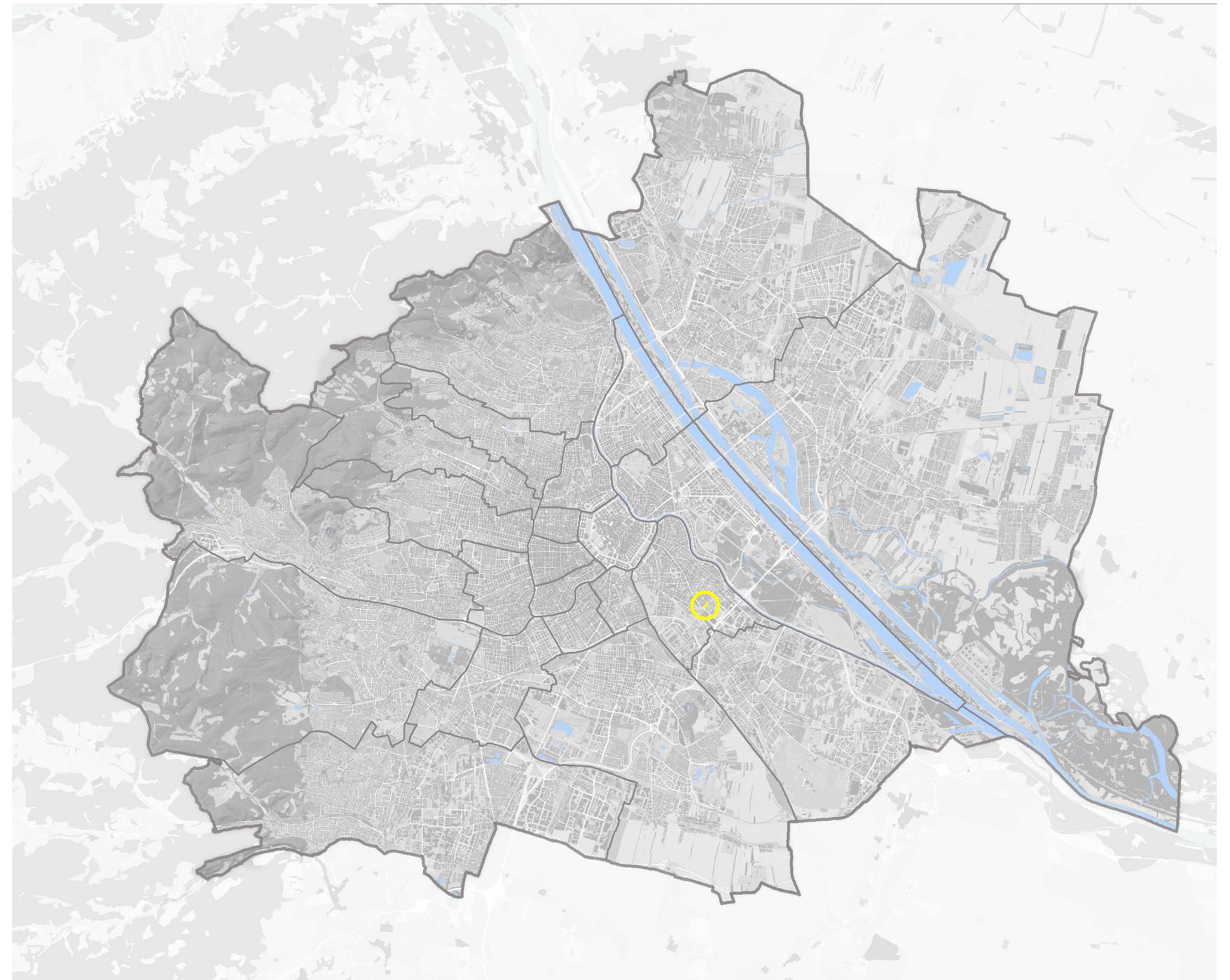


Abb.08

Stadtplan Wien mit Lage Bauplatz



Abb.09 Aspanggründe



Abb.10 St.Marx- Halle

Aspern oder dem Sonnwendviertel am Hauptbahnhof noch zeigen; Zweifel an der Wirksamkeit einer Werbekampagne für ein bestimmtes Lebensgefühl in einem neu entstehenden ‚Grätzl‘ sind zumindest angebracht und zu bedenken. Das Karree St.Marx steht im direkten Einfluss von einigen solcher Neubaugeregionen und ist daher in der interessanten Position, ein derzeit noch relativ unbekanntes Gebiet zu sein, dessen zukünftige Wahrnehmung in der Stadt nicht voraussagbar und deshalb auch noch formbar ist.

Bauvorhaben

Zwei große Bauprojekte beeinflussen den Bauplatz direkt: die ehemaligen Aspanggründe, die einen Block entfernt am Rennweg liegen, sowie die Marx Halle und die darum entstehenden Neubauten.

Die Aspanggründe sind eines der größten Bauvorhaben, die derzeit in Wien entwickelt werden und tragen entscheidend zum Bevölkerungswachstum und der Bevölkerungsentwicklung des dritten Bezirks bei; die Flächen lagen schon seit der Kaiserzeit brach, wurden aber erst mit der Tieferlegung der S7 und der Errichtung des Bahnhofs St. Marx (und der Auflassung des Aspangbahnhofs) wieder Ziel konkreter Planungsbemühungen¹⁴⁰. Dass 1999 zunächst Sir Norman Foster beauftragt wurde, einen Masterplan zu erstellen zeigt, wie ambitioniert hier vorgegangen wurde und welchen Stellenwert das Entwicklungsgebiet haben sollte. Aus Fosters Entwurf wurden aufgrund von Änderungen der ‚Rahmenbedingungen‘, besonders im Verkehrssektor, jedoch nur Grundelemente wie „Flächennutzungen, die Nutzungsmengen und das Erschließungssystem in ihren grundsätzlichen Ordnungsprinzipien“ übernommen¹⁴¹. Der eigentliche, von Albert Wimmer gewonnene städtebauliche Wettbewerb sieht neben infrastrukturellen Ausbauten auch neue soziale Einrichtungen wie Schulen und Kindergärten sowie einen Grünanteil von mindestens 20% vor – die erste Bauphase ist bereits abgeschlossen und bewohnt.

Rund um die Marx Halle, ehemals bekannt als Rinderhalle, wurden verschiedene größere Neubauten errichtet, an prominentester Stelle sicherlich das T-Center von Günther Domenig. Nachdem die Marx Halle selber als ‚Event-Location‘ zwischen Electromusik, Haustiermessen und Rockkonzerten noch

etwas undefiniert ist, haben sich um sie verschiedene Medien-, Finanz- und Forschungsunternehmen angesiedelt, wie zum Beispiel das „Media-Quarter Marx“, welches Puls 4 beherbergt. Den Abschluss dieser zum großen Teil aus Neubauten bestehenden Bürosiedlung ist das Karree St.Marx, welches nach einem Masterplan von Geiswinkler & Geiswinkler bebaut wurde. 5 Stadtvillen (Punkthäuser) und ein L-förmiger Riegel wurden geplant, davon 3 Punkthäuser von Elsa Prochazka mit 118 Wohnungen, eine Hälfte des Riegels mit Kopfbau und ein Punkthaus des Architekturbüros querkraft architekten mit ca. 140 Wohnungen, sowie der Rest des Riegels und ein weiteres Punkthaus von Geiswinkler & Geiswinkler, mit insgesamt 160 Wohnungen¹⁴². Als Abschluss dieses Ensembles war wiederum eine Büro- und Gewerbenutzung vorgesehen, die aber nie ausgeführt wurde und an deren Stelle nun das Pflegewohnheim geplant wird. Als bestimmendes Element für den Entwurf wurde die ‚Erdberger Stadtwildnis‘ genannt, welche sich hinter der Schule von Hedy Wachberger und Peter Mikolasch erstreckt und den Höhenabfall in Richtung der dahinterliegenden Baumgasse, an der sich diverse Sportplätze befinden, mit einem kleinen Biotop bedeckt, in dem sich lokale Flora und Fauna auf kleinstem Raum ungehindert entfalten kann. Dieser auch ‚Donauprallhang‘ genannte Bereich gilt als Naturdenkmal Wiens und beeinflusst die Grünraumgestaltung, besonders die Pflanzenwahl, des Wohngebiets maßgeblich¹⁴³.

Geschichte

Die Geschichte des Quartiers ist von der ehemaligen Bebauung der St.Marx Anlage, der Rinderhalle sowie der Lage am Schnittpunkt zwischen Stadtzentrum und Umland beziehungsweise Peripherie geprägt.

An der Stelle des heutigen Gemeindebaus, der nach dem Erfinder der Nähmaschine auch ‚Maderspergerhof‘ genannt wird, da dieser dort seine letzten Lebensjahre verbrachte, stand seit dem 13. Jahrhundert ein Spital beziehungsweise Siechenhaus¹⁴⁴. Nachdem die zugehörige Kapelle zunächst dem heiligen Lazarus und danach Markus gewidmet war, setzte sich die Bezeichnung St. Marx durch und blieb bis 1861 bestehen, als das Spital längst ein Bürgerversorgungshaus, als das äquivalent eines heutigen Pensionistenheims war; danach war auf dem Areal eine Brauerei untergebracht, die später mit



Abb.11 Bebauung Karree St.Marx

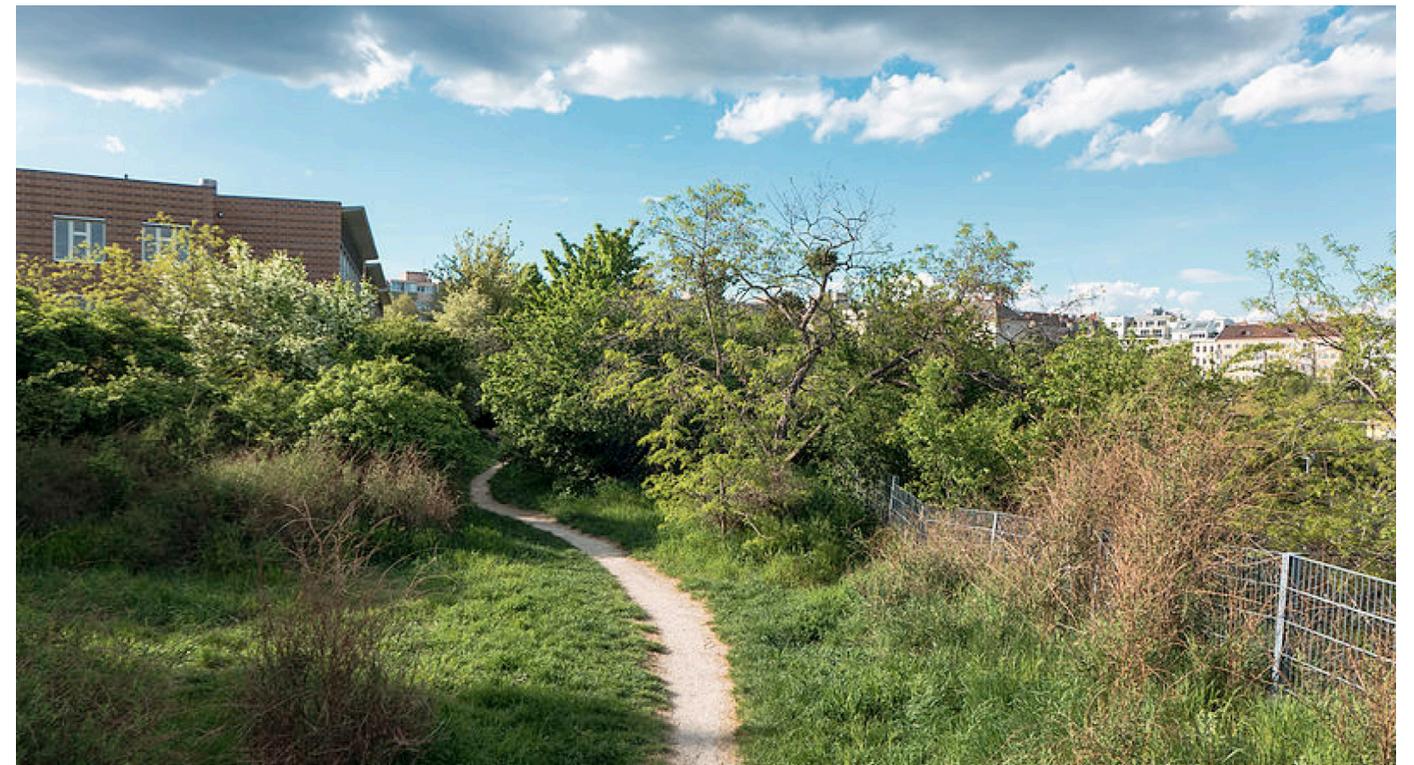


Abb.12 Stadtwildnis Erdberg



Abb.13 Spital St.Marx (1801)



Abb.14 T-Center

der Schwechater Brauerei zusammengelegt wurde, bis nach dem 2. Weltkrieg schließlich die heutige Wohnbebauung entstand¹⁴⁵.

Zwischen der Schließung der Krankenhausanlage und der Wohnnutzung bestimmte der Viehhandel die Gegend – Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Lage außerhalb des Linienwalls als ideal für den Viehhandel gesehen, da die Zulieferer aus den östlichen Gebieten guten Zugang hatten und große Kanäle für die Schmutzentsorgung gebaut werden konnten¹⁴⁶. Die Hallen und auch die zugehörige Infrastruktur wurden im 2. Weltkrieg fast vollständig zerstört, danach aber allmählich wieder in ihrer äußerlich ursprünglichen Form aufgebaut – ihre Bedeutung wurde jedoch nie wieder erlangt, so dass sie schließlich aufgelassen und im Fall des ehemaligen Schlachthofs zum Kulturzentrum Arena wurde, welches noch heute eine wichtige Rolle in der alternativen Szene Wiens spielt. Die Rinderhalle wurde wie oben erwähnt ebenfalls zum Veranstaltungszentrum umfunktioniert, während das ursprüngliche Nutzungsfeld höchstens noch im Biotechnik- und Genforschungszentrum ‚Vienna Bio-Center‘ entfernt vorhanden ist¹⁴⁷.

Die Lage des Areals hat also schon immer die Nutzung direkt beeinflusst – zunächst, um die Kranken außerhalb der Stadtmauern zu versorgen und so die Ansteckungsgefahr zu minimieren, später um dem Handel und der Verarbeitung von Vieh die besten infrastrukturellen Voraussetzungen zu bieten; durch die Stadterweiterung liegt der Bauplatz natürlich mittlerweile weiter im Stadtzentrum, was auch den verbesserten Anbindungen an den öffentlichen Verkehr geschuldet ist. Trotzdem ist die Gegend, allein aufgrund ihrer erhöhten Lage mit Blick auf den ersten Bezirk, nicht Teil des absoluten urbanen Zentrums von Wien – sie hat jedoch die Möglichkeit, zum Stadtteilzentrum für die neue Wohn- und Arbeitsgegend rund um die Rinderhalle und die Aspanggründe zu werden. Wie genau sich diese Bereiche der Stadt entwickeln werden ist noch nicht genau absehbar, wird jedoch im Entwurf bedacht werden müssen.

Verkehrsanbindung

Öffentlich ist der Bauplatz mit einigen Linien sehr gut zu erreichen: per U-Bahn durch die ca. 500m entfernte Station Schlachthausgasse (U3), mit direkter Verbindung zum Stephansplatz oder dem Westbahnhof; per S-Bahn durch die

knapp 300m entfernte Station St.Marx, an der die S7 zwischen Flughafen und Wien Mitte hält; per Bus mit der 74a – direkt an der Kreuzung Landstraßer Hauptstraße und Schlachthausgasse – und 80a, ca. 100m entfernt; und mit der Straßenbahnlinie 18, die direkt vom neuen Hauptbahnhof kommt.

Durch die unmittelbare Nähe zum Knoten Erdberg und der A23 Südosttangente sowie der A4 Ostautobahn ist der Bauplatz auch mit dem Auto sehr gut zu erreichen, zumal durch die vielen Neubauten auch zahlreiche Tiefgaragen vorhanden sind, unter anderem unter den Bauplätzen im Karree St.Marx, welche in dem vorhandenen Entwurf erweitert wird.

Sowohl Angestellte, Bewohner und natürlich Besucher haben also beste Voraussetzungen, das geplante Pflgewohnheim zu erreichen und auch in der Nähe liegende Ausflugsziele bequem und sicher zu besichtigen.

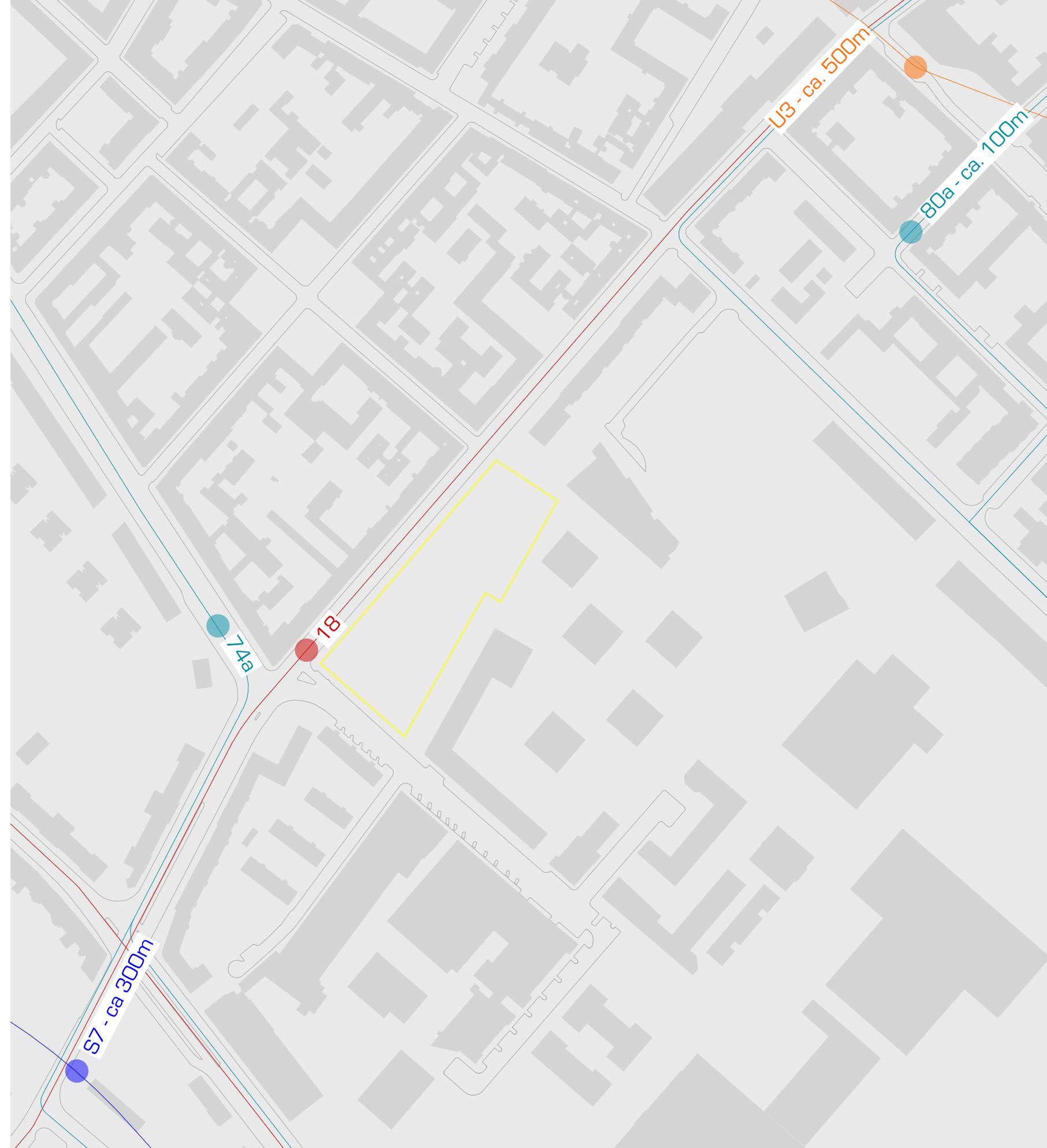


Abb.15

Anbindung öffentlicher Verkehrsmittel

Quellen

- 140 wohnfonds_wien, 2007
- 141 wohnfonds_wien, 2007
- 142 nextroom, 2010
- 143 3zu0, 2006/2009
- 144 Wiener Stadt- und Landesarchiv, 2015
- 145 Wiener Stadt- und Landesarchiv, 2015
- 146 Wiener Stadt- und Landesarchiv, 2015
- 147 Wiener Stadt- und Landesarchiv, 2015

Entwurfsüberlegungen

Wie notwendig eine Bebauung des Grundstücks ist, wird beim Betrachten der Lärmkarte ersichtlich: ohne einen Abschluss des angefangenen Ensembles funktioniert dieser aufgrund der hohen Lärmdurchlässigkeit der Punkthäuser nicht, der Freiraum würde nie sein volles Potential erreichen. In diesem Zusammenhang wird aber auch die Schwierigkeit der Aufgabe deutlich: auf der einen Seite soll mit dem geplanten Objekt alten Menschen ein Zuhause geboten werden, das Ruhe und Geborgenheit schafft und bestmögliche Bedingungen für deren Pflege und Betreuung bietet, und andererseits wird Angestrebt, dass das Gebäude als eine Art Lärmschutz für die dahinterliegende Bebauung fungiert.

Formfindung

Diese beiden eigentlich gegensächlichen Anforderungen bestimmten die frühen Formfindungsversuche, die sich zwischen den extremen Varianten der Wiener Blockrandbebauung und durchlässigen Punktbebauungen bewegen. Zusätzlich zur Lärmbelastung ist die bauliche Situation der angrenzenden Passage der Schlachthausgasse ein wichtiger Entscheidungsgrund bei der Erstellung von ersten Volumenmodellen: durch zwei je zweispurige Straßen, in der Mitte getrennt von Straßenbahnschienen, ist sie extrem schwierig zu passieren, Verbindungen zur zusätzlich nicht sehr attraktiven Bebauung sind also mehr oder weniger ausgeschlossen.

Aus der Analyse der Lärmbelastung wird eine Bebauung mit Orientierung auf einen Innenhof schnell zur logischsten Lösung, wodurch sowohl Ruhe und Geborgenheit, als auch Übersichtlichkeit für das Personal gegeben sind; außerdem entsteht dadurch für die umliegenden Wohnhäuser der notwendige



Abb.16 Foto Schlachthausgasse

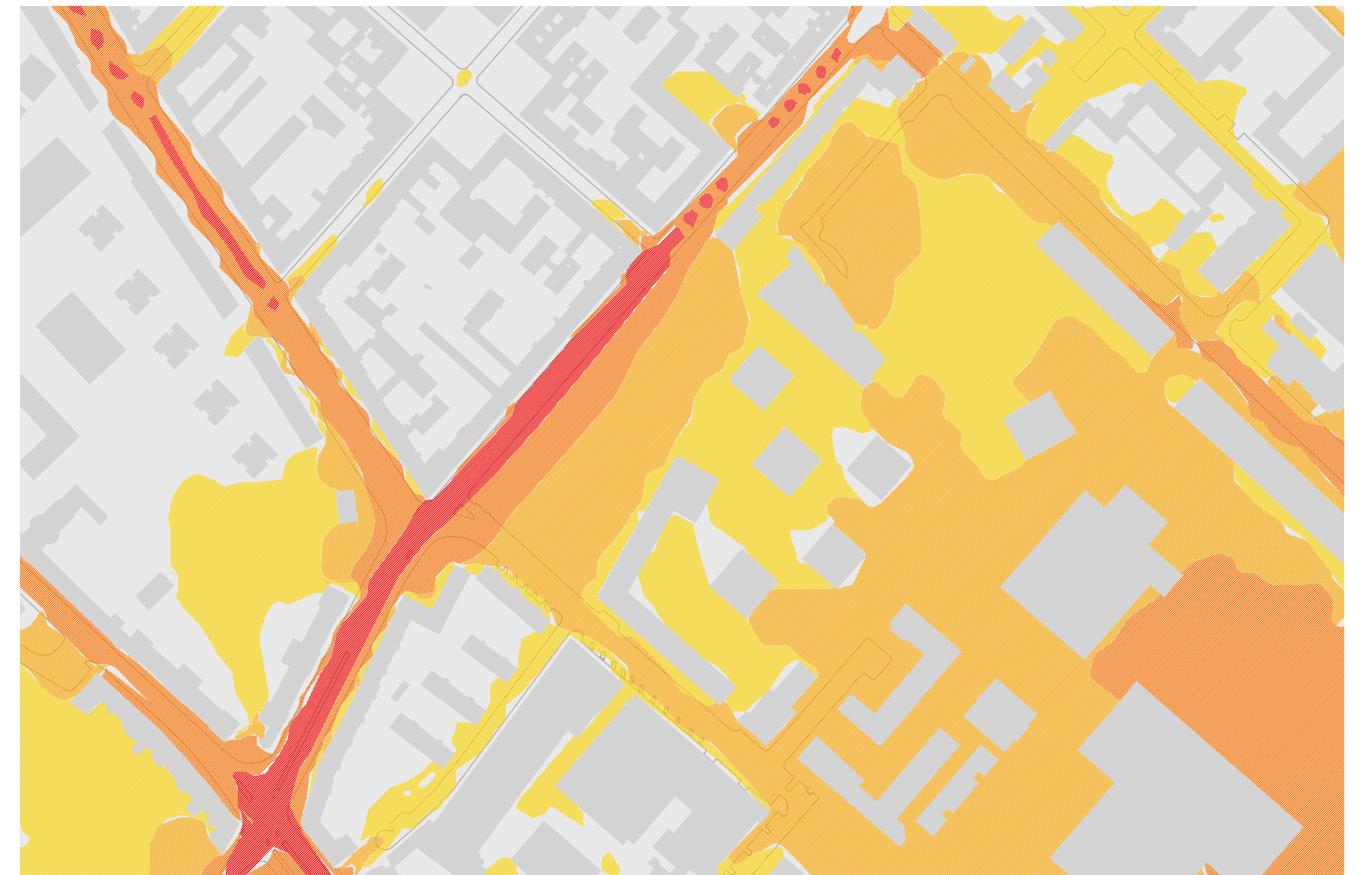
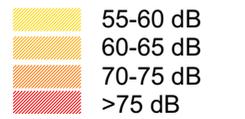
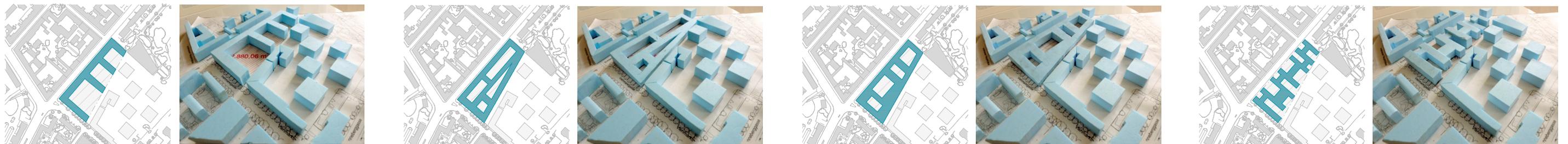
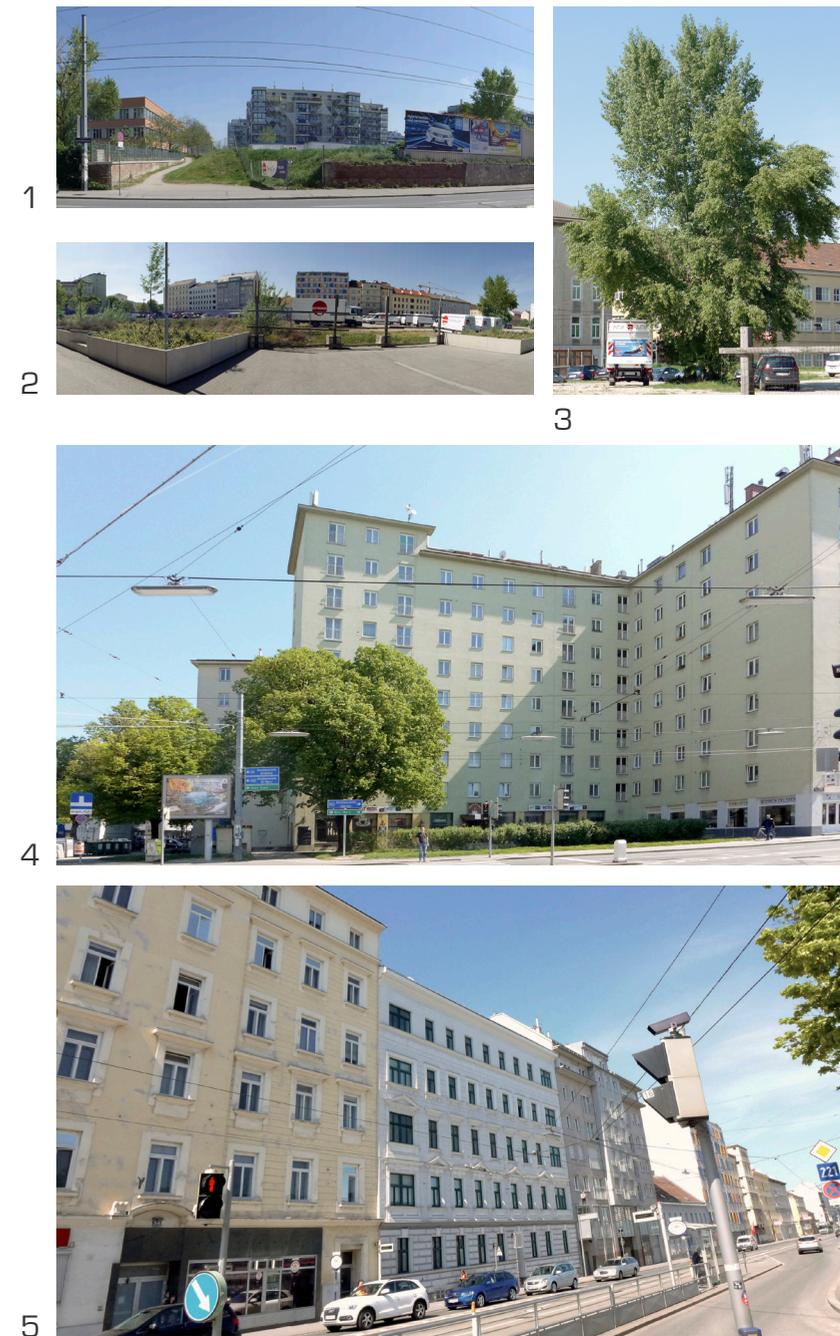


Abb.17 Lärmkarte Bauplatz





und gewünschte Puffer zur lauten Hauptstraße. Zur genauen Positionierung von öffentlichen Plätzen und der Anbindung an den Straßenraum werden jedoch weitere Analysen benötigt.

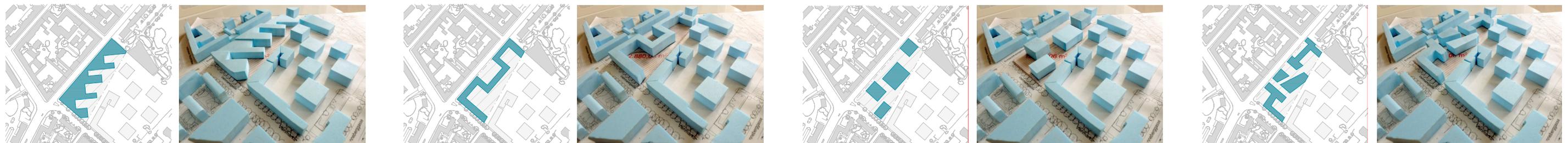
Platzsituationen

Durch das Feststellen von relevanten beziehungsweise erhaltungswürdigen Platzsituationen können erste Schwerpunkte für den städtebaulichen Entwurf festgelegt werden.

So dient ein schmaler Weg, der zwar nicht angelegt wurde, aber von vielen Menschen genutzt wird und in Richtung Schule führt, sehr gut als Anbindung an den Straßenraum, die zudem eine Verbindung zur dahinterliegenden Naturlandschaft darstellt (Foto 1). Die geplante Anbindung zu den existierenden Wohnhäusern sollte ebenfalls genutzt werden (Foto 2) - es liegt also nahe, an dieser Stelle auch eine Verbindung zur Schlachthausgasse zu belassen, zudem hier das einzige zweigeschossige und somit überschaubare Haus steht - an diesem Standort ist am ehesten ein menschlicher Maßstab vorhanden, der zum kurzen Verweilen einlädt. Der große Laubbaum auf dem Grundstück stellt einen natürlichen Abstand zur nächstgelegenen Bebauung her und sollte daher unbedingt erhalten und gegebenenfalls in einen Hof integriert werden (Foto 3). Der Vorplatz des Maderspergerhofs liegt zwar direkt an einer belebten Kreuzung, beherbergt aber ein kleines Cafe sowie zwei große Laubbäume, die im Sommer Schatten spenden (Foto 4). Auf der gegenüberliegenden Seite könnte als pendant ebenfalls ein Platz geschaffen werden, der zudem direkt an der Straßenbahnhaltestelle liegen würde, um so Besucher willkommen zu heißen (Foto 5).

Durch diese Schwerpunkte ergeben sich erste städtebauliche Formen, die

Abb.18 relevante Platzsituationen



weiter bearbeitet werden können.

Schwerpunkte

Durch das Einhalten der beschriebenen Platzsituationen ergibt sich eine lineare Form, die auch städtebaulich Sinn ergibt, da sie die beiden angrenzenden Gebäude verbindet und die nötigen öffentlichen Plätze schafft. Durch ein Trennen des Baukörpers kann der benötigte Durchgang geschaffen werden.

An dieser Stelle wird entschieden, zwei Baukörper zu schaffen; einen für das Altenheim, und einen weiteren mit einer allgemeinen Wohnbebauung - mittelgroße Wohnungen, die das Wohnungsangebot des Karree St.Marx ergänzen können; im Erdgeschoss wird eine soziale Funktion wie zum Beispiel Kinderbetreuung angeboten.

Bezüge

Nach reichlichen Überlegungen und Experimenten wird eine Mischung aus existierenden und neuen Kanten geschaffen, die eine Balance aus städtebaulicher Anpassung und optimaler innerer Ausrichtung bietet.

Entscheidend sind die Bezüge des Maderspergerhofs sowie auf der anderen Seite der Blockrand als Endpunkt; durch eine 15°-Drehung zur Nord-Süd Achse wird die Hauptrichtung des Hofes festgelegt. Diese Drehung ermöglicht zum einen die optimierte Ausrichtung der Zimmer auf der Straßenseite nach Westen, zum anderen verringert er die wahrgenommene Länge der Gänge, da durch die Krümmung neue Ausblicke und Situationen ermöglicht werden.

Durch diese Maßnahmen werden die Maße der Baukörper durch die angrenzenden Gebäude bestimmt, während die Orientierung durch Überlegungen zur Funktion und zum Städtebau zustande kommt.

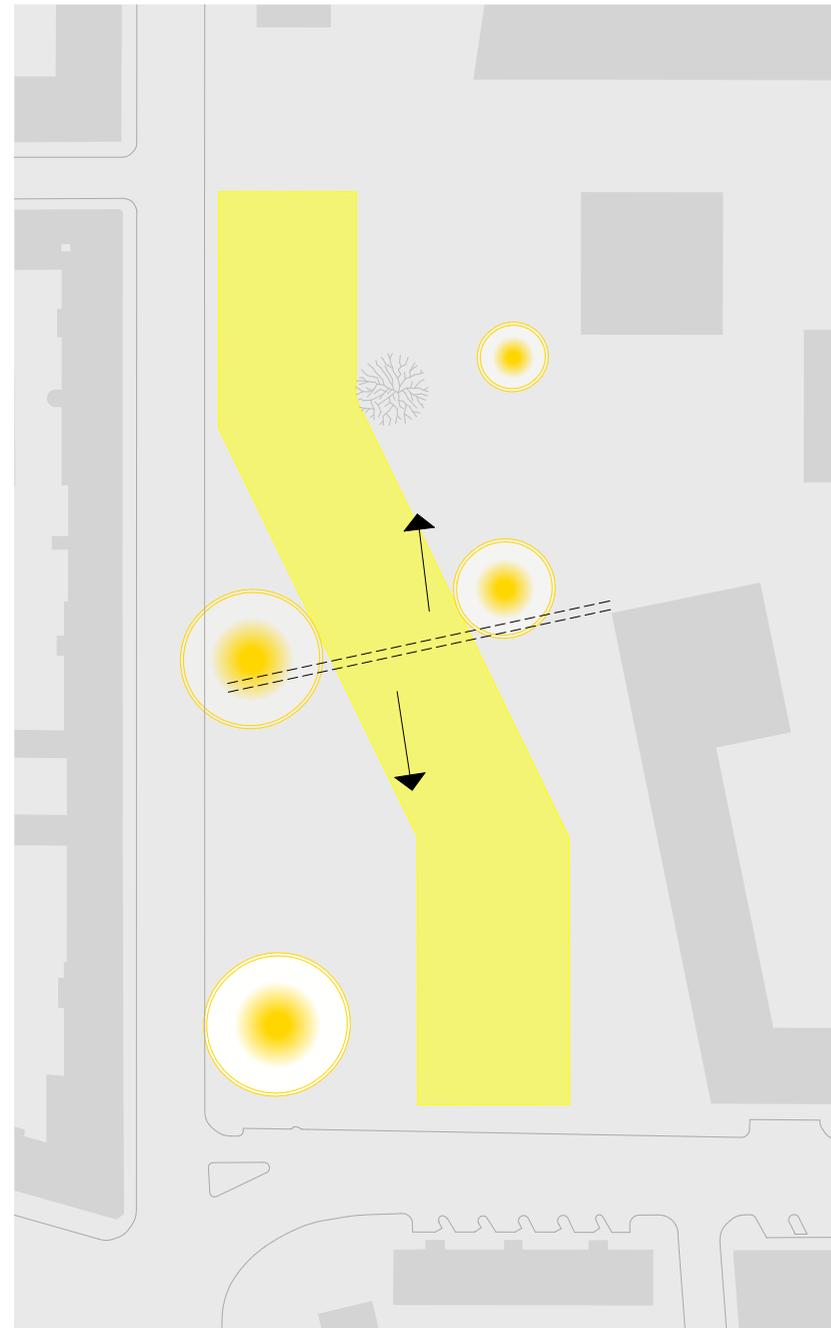


Abb.19

Schwerpunkte und Plätze

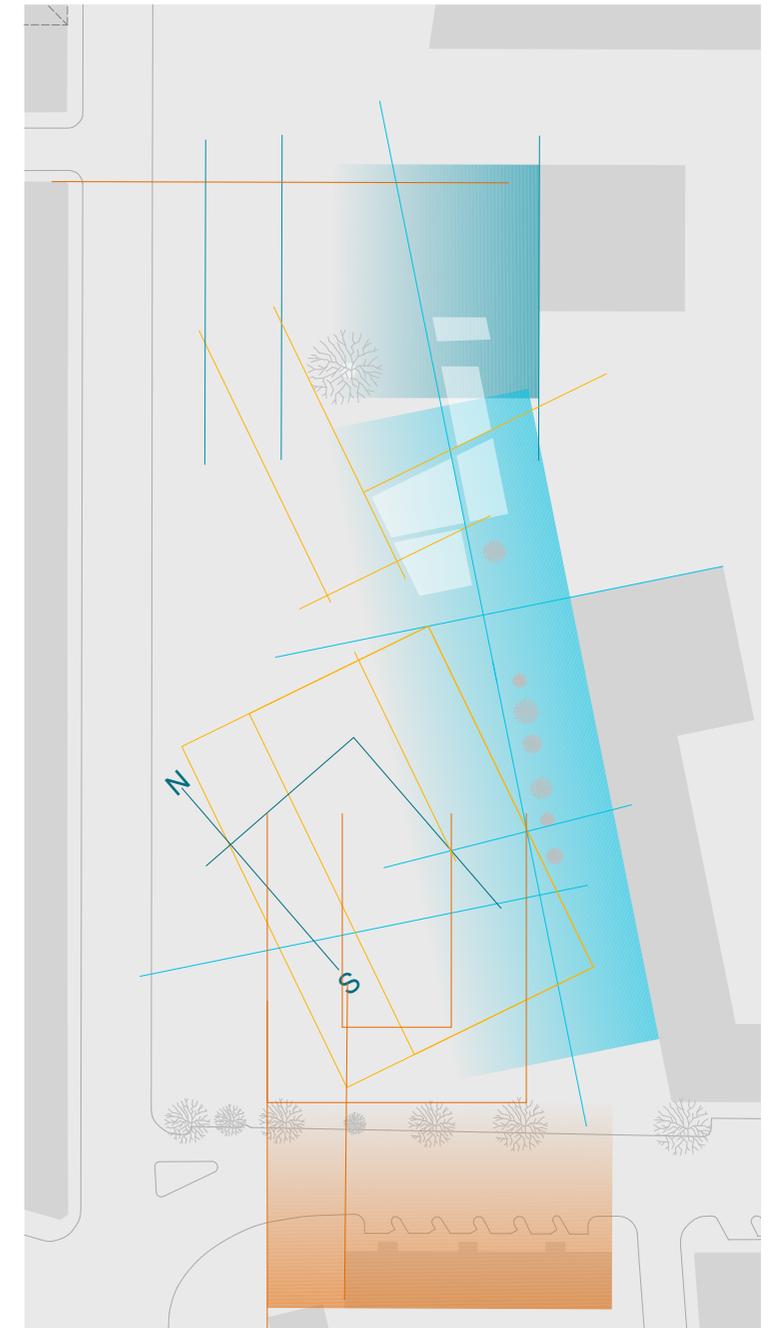


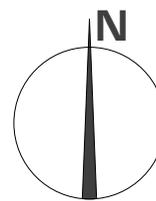
Abb.20

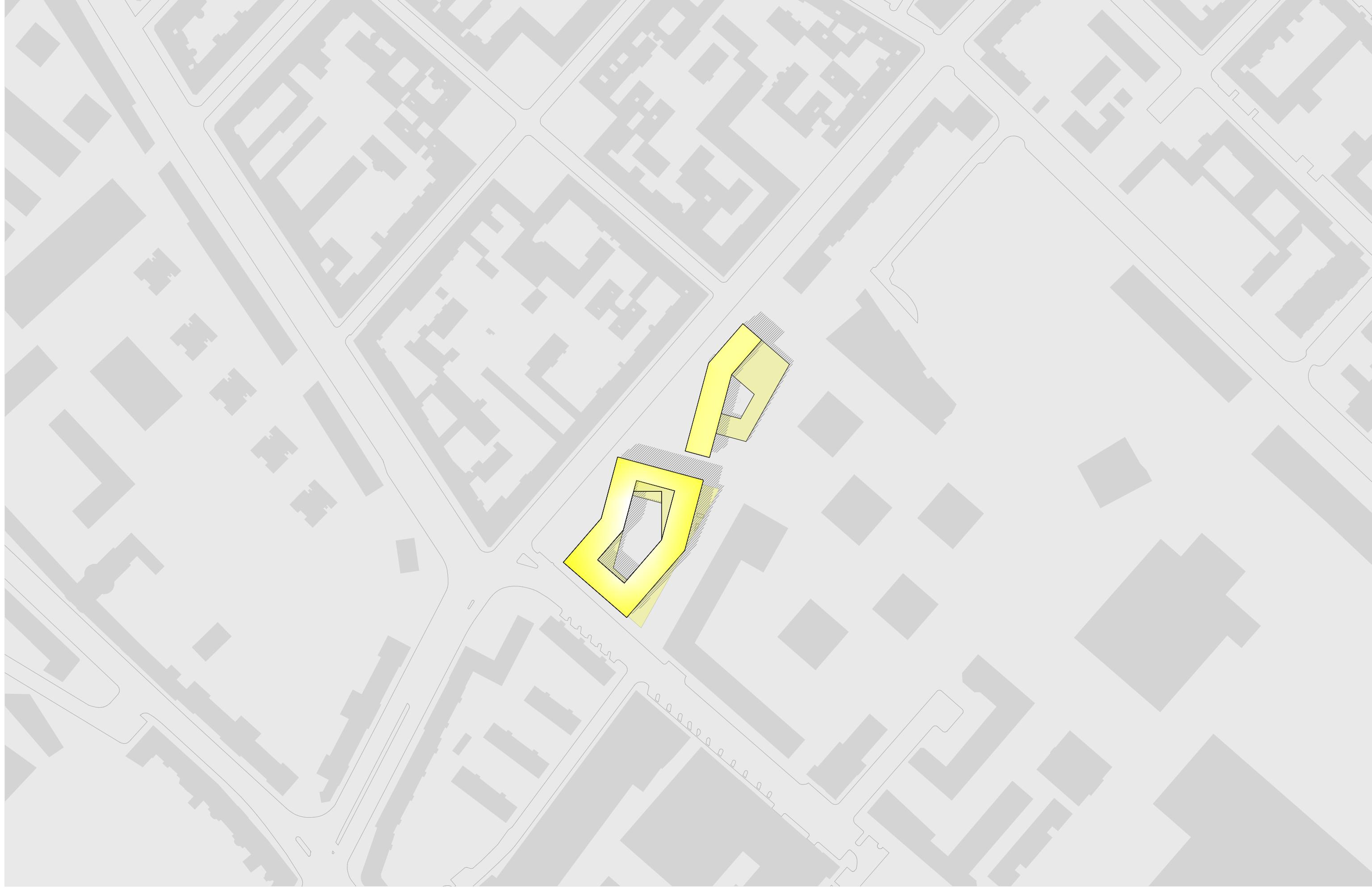
Kanten und Bezüge



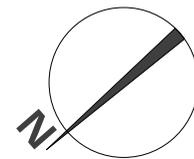


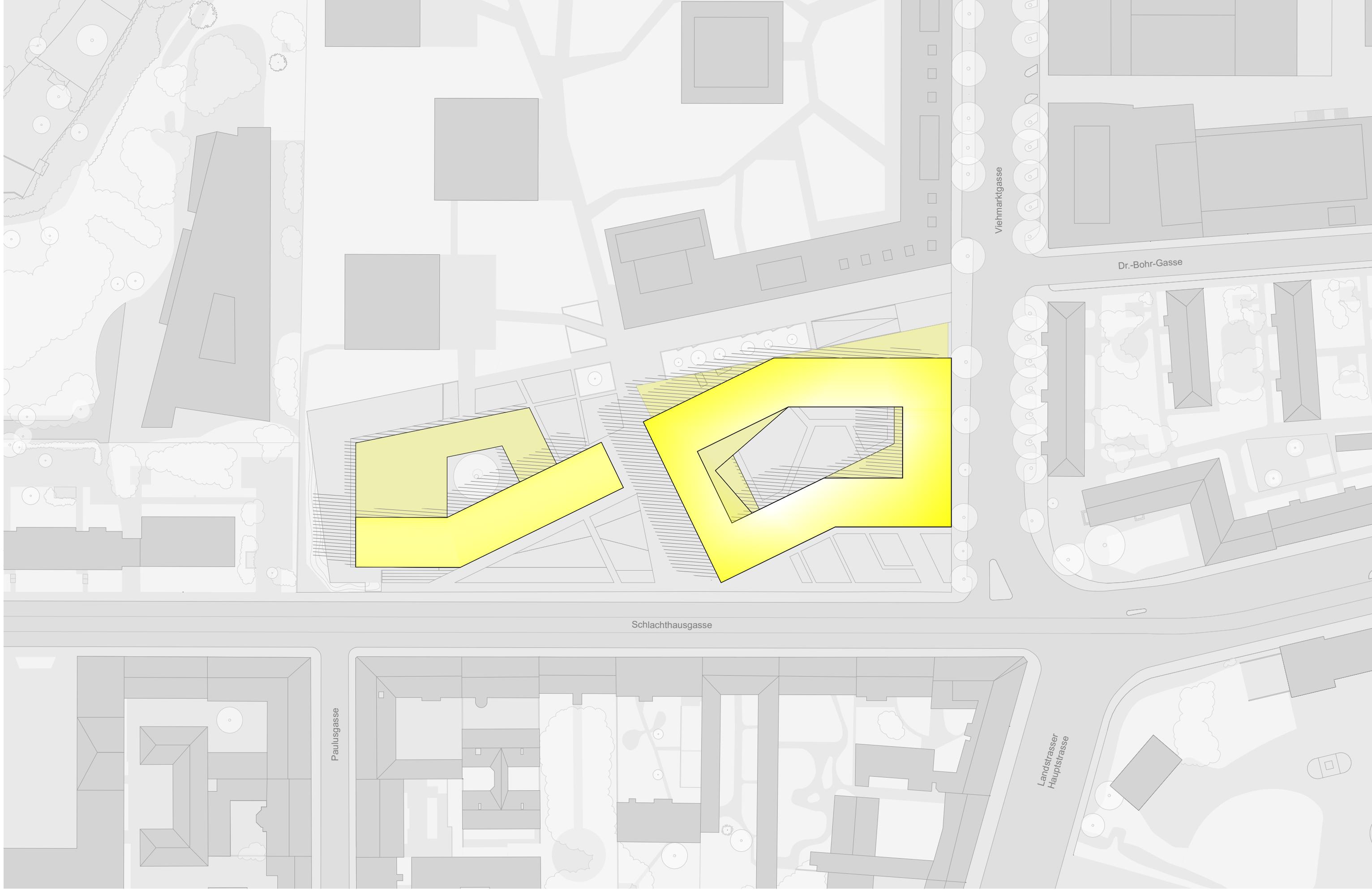
Lageplan
1:2000





Lageplan
1:1000





Schlachthausgasse

Viehmarkt-gasse

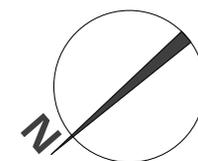
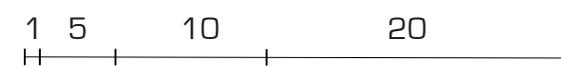
Dr.-Bohr-Gasse

Paulusgasse

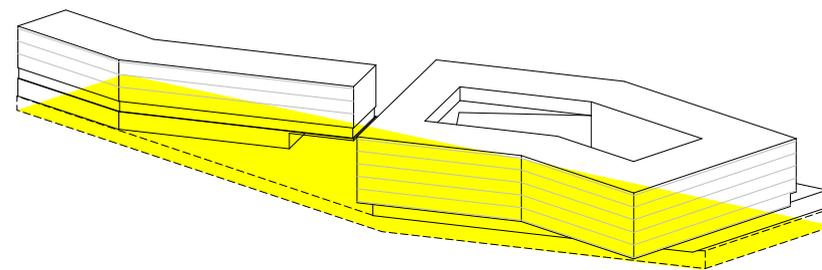
Landstrasser
Hauptstrasse

Grundrisse

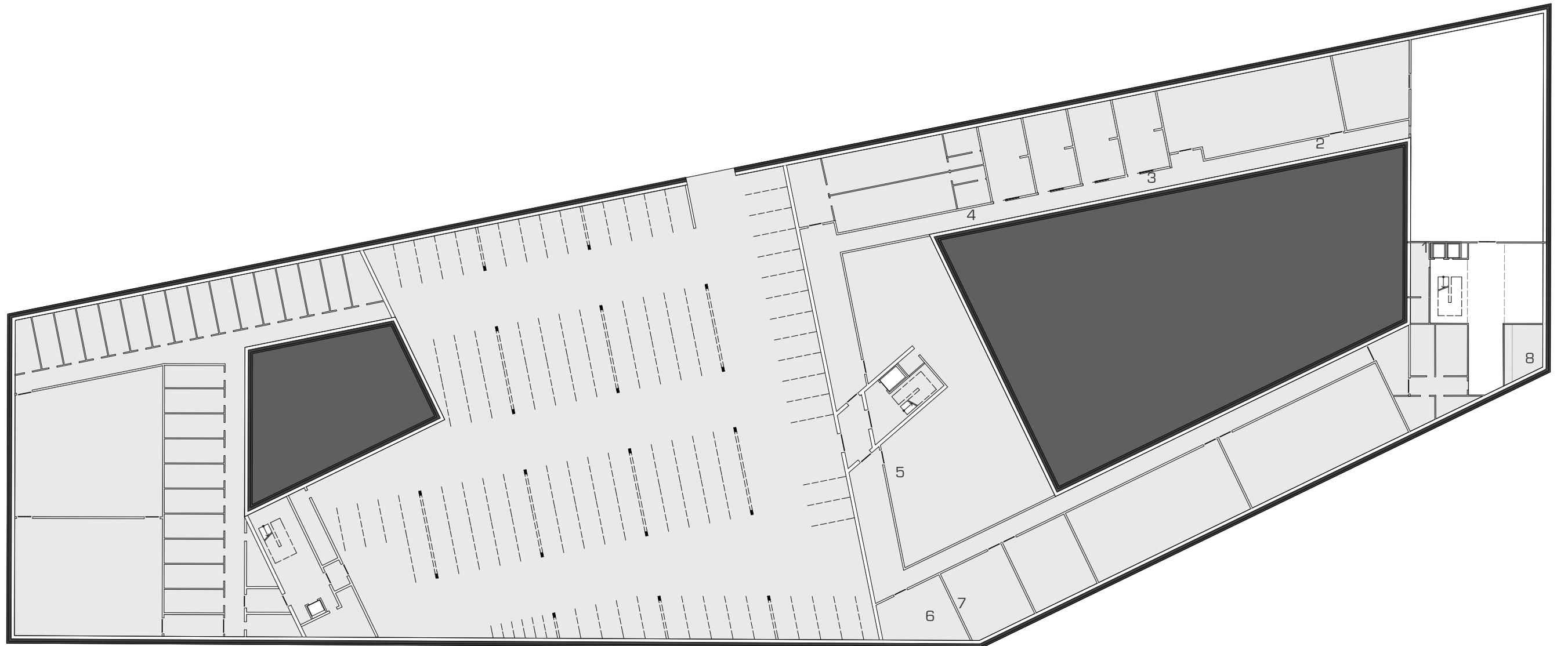
1:500



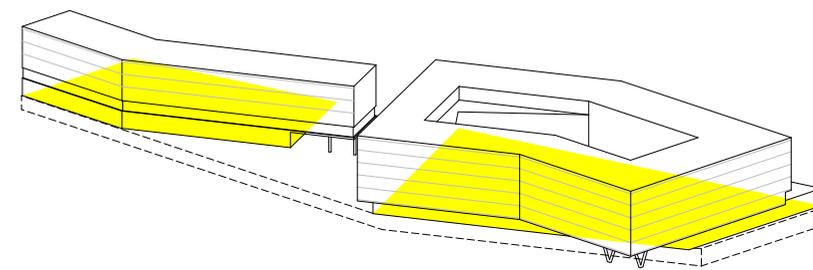
Untergeschoss



- 1 Veranstaltungssaal
- 2 Bettenlager
- 3 Wäsche + Werkstatt
- 4 Umkleiden
- 5 Haustechnik
- 6 Abstellraum
- 7 Haustechnik
- 8 Garderobe

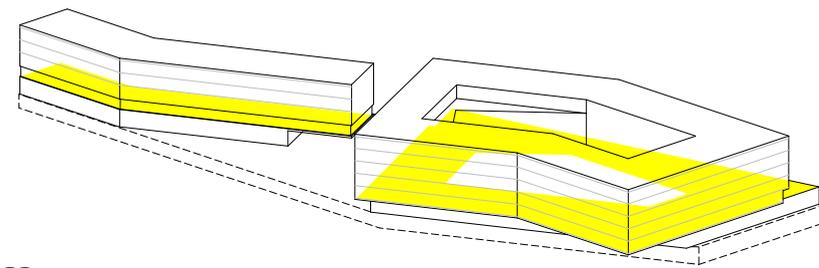


Erdgeschoss



- 1 Verwaltung
- 2 Kantine Mitarbeiter
- 3 Trauer / Andacht
- 4 Zulieferung
- 5 Pflege / Gymnastik

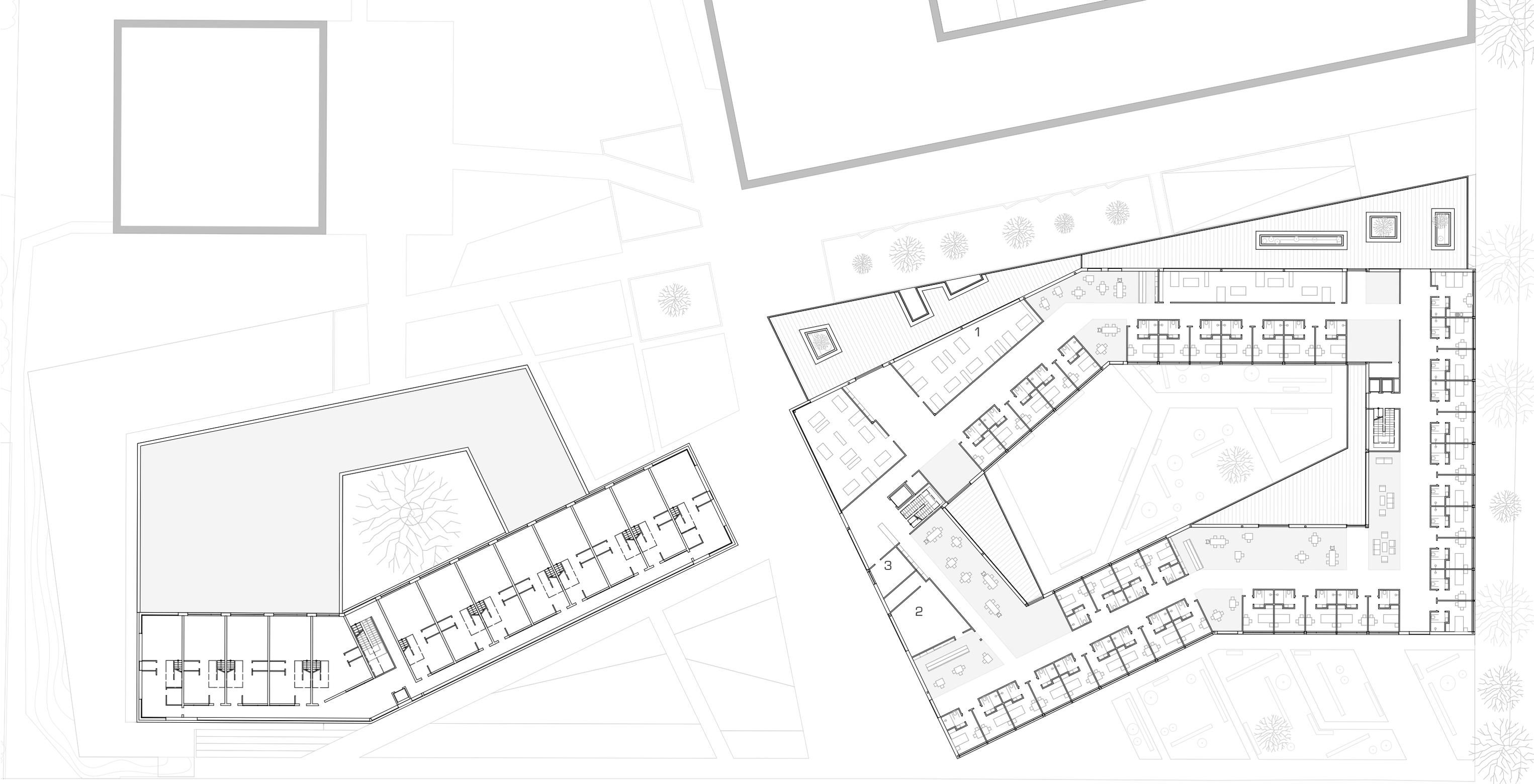




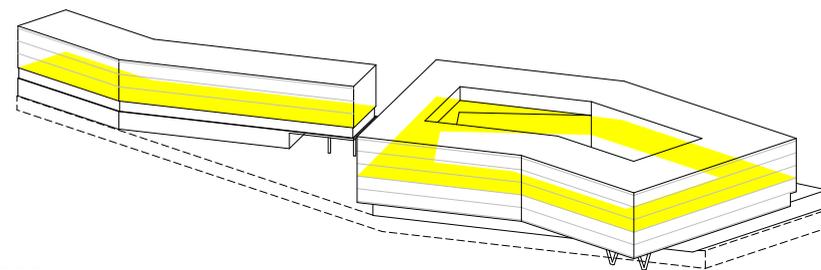
1. Obergeschoss

1
2
3

Pflegeoase
Therapie
Lager



2. Obergeschoss

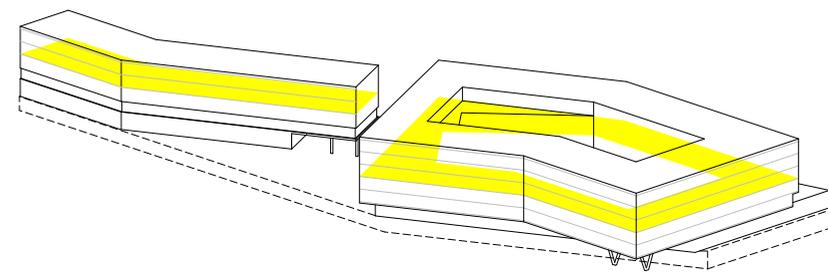


- 1
- 2
- 3

Pflegebad
Lager
Geschossverbindung



3. Obergeschoss

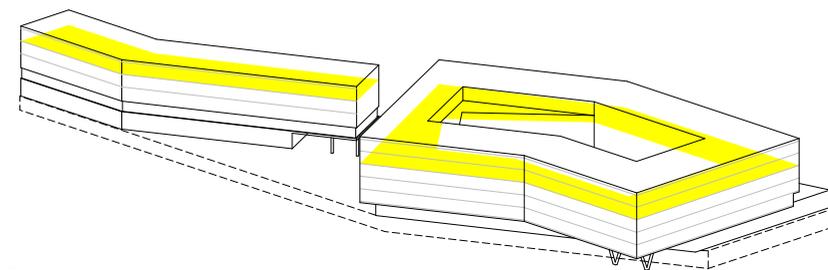


- 1
- 2
- 3

Pflegebad
Lager
Geschossverbindung



4. Obergeschoss

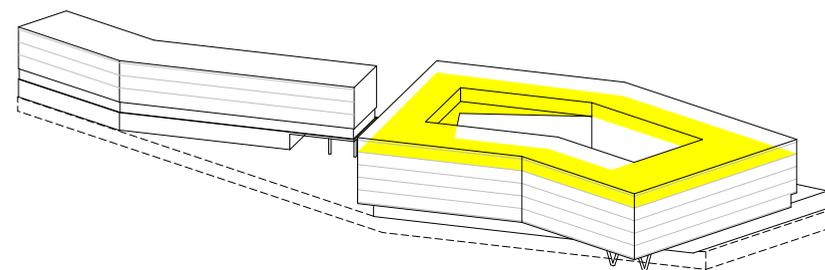


- 1
- 2
- 3

Pflegebad
Lager
Geschossverbindung

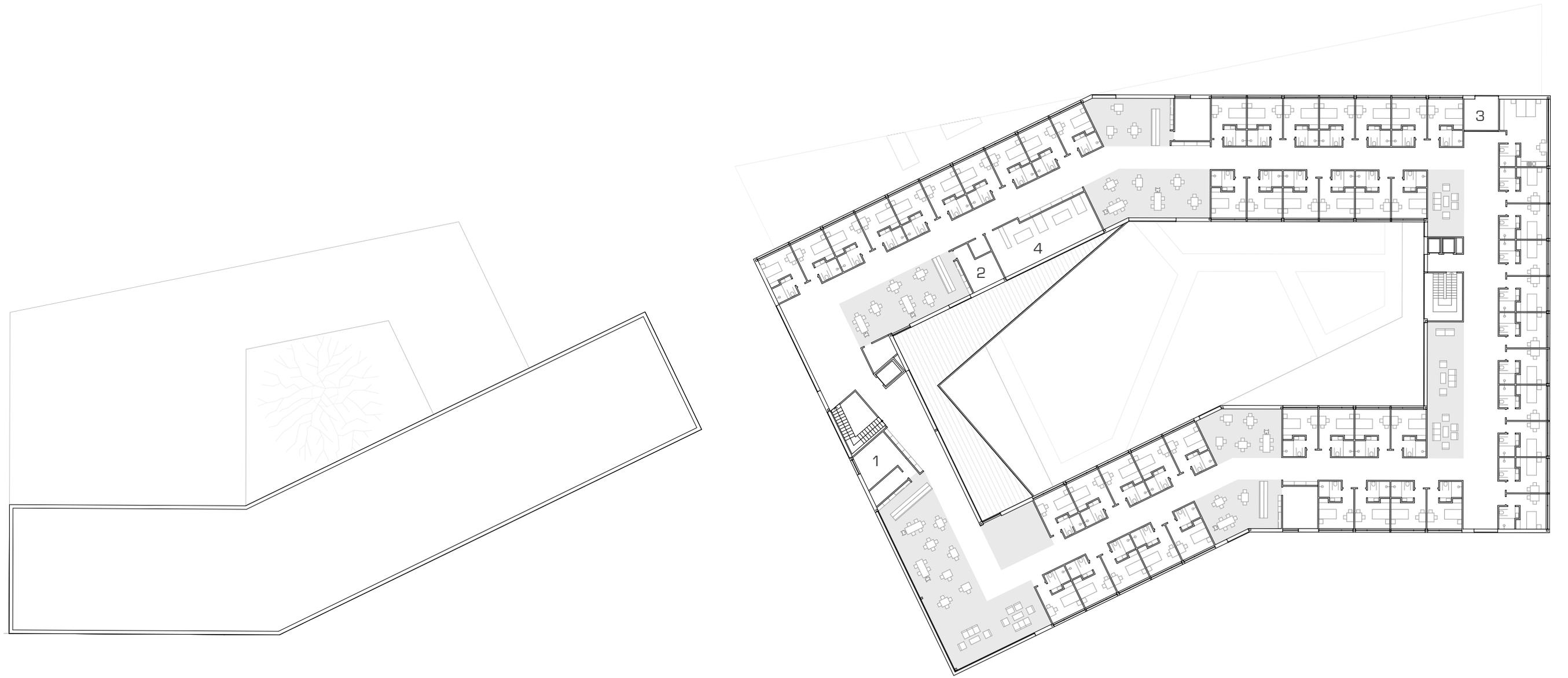


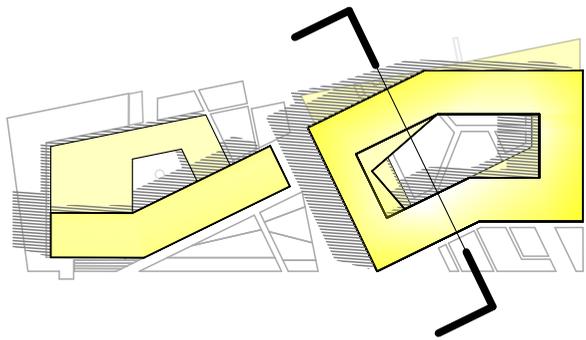
5. Obergeschoss



- 1
- 2
- 3
- 4

Pflegebad
Lager
Geschossverbindung
Pflegeoase

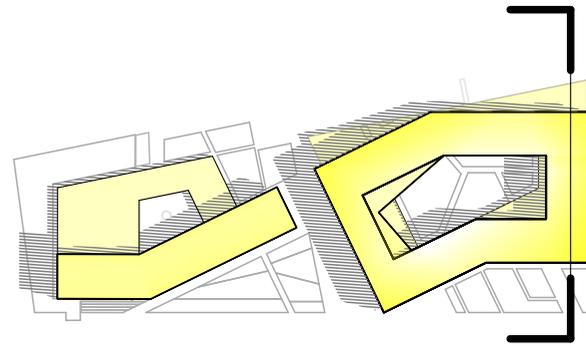




Schnitt **Mitte**

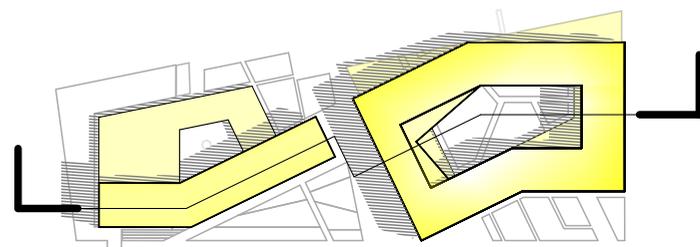


Schnitt **Süd**



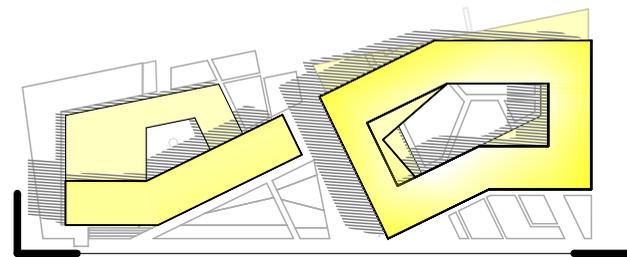


Längsschnitt



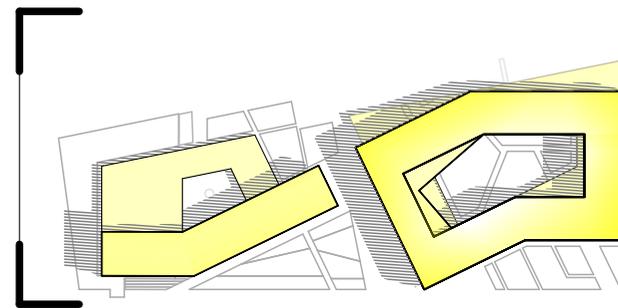


Ansicht **West**

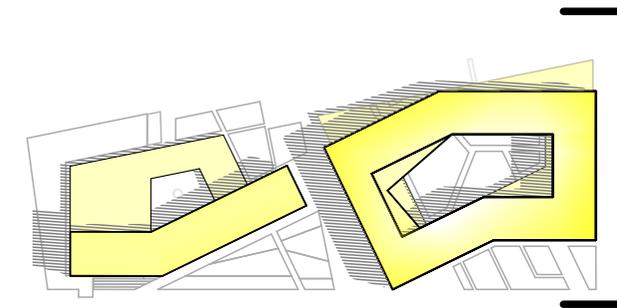




Ansicht **Nord**

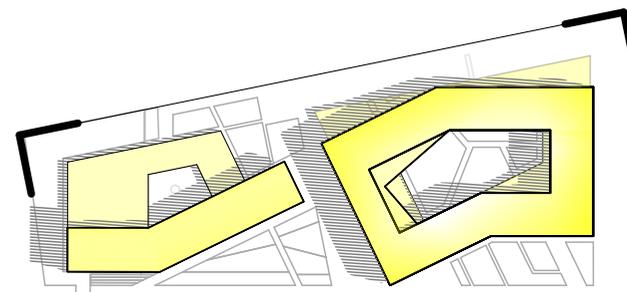


Ansicht **Süd**





Ansicht **Ost**







Eingangssituation

Der Eingang liegt an der stark befahrenen Kreuzung Schlachthausgasse / Landstraßer Hauptstraße, an der sich auch die Straßenbahnhaltestelle befindet. Er muss daher zum kurzen Verweilen einladen - hier könnten sich zum Beispiel Familienmitglieder, die unterschiedliche Anfahrtswege haben, treffen.

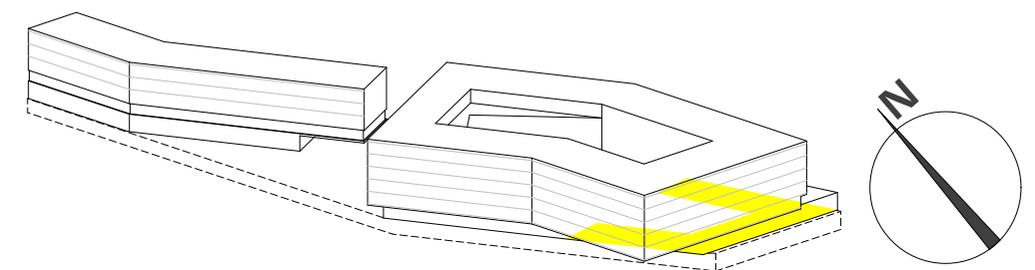
Durch die Beleuchtung soll hier auch Nachts ein einladender und sicherer Platz entstehen; zwischen halbhoher Bepflanzung werden diverse Bänke angeboten, so dass auch Bewohner vor oder nach einem Spaziergang hier Platz nehmen können.

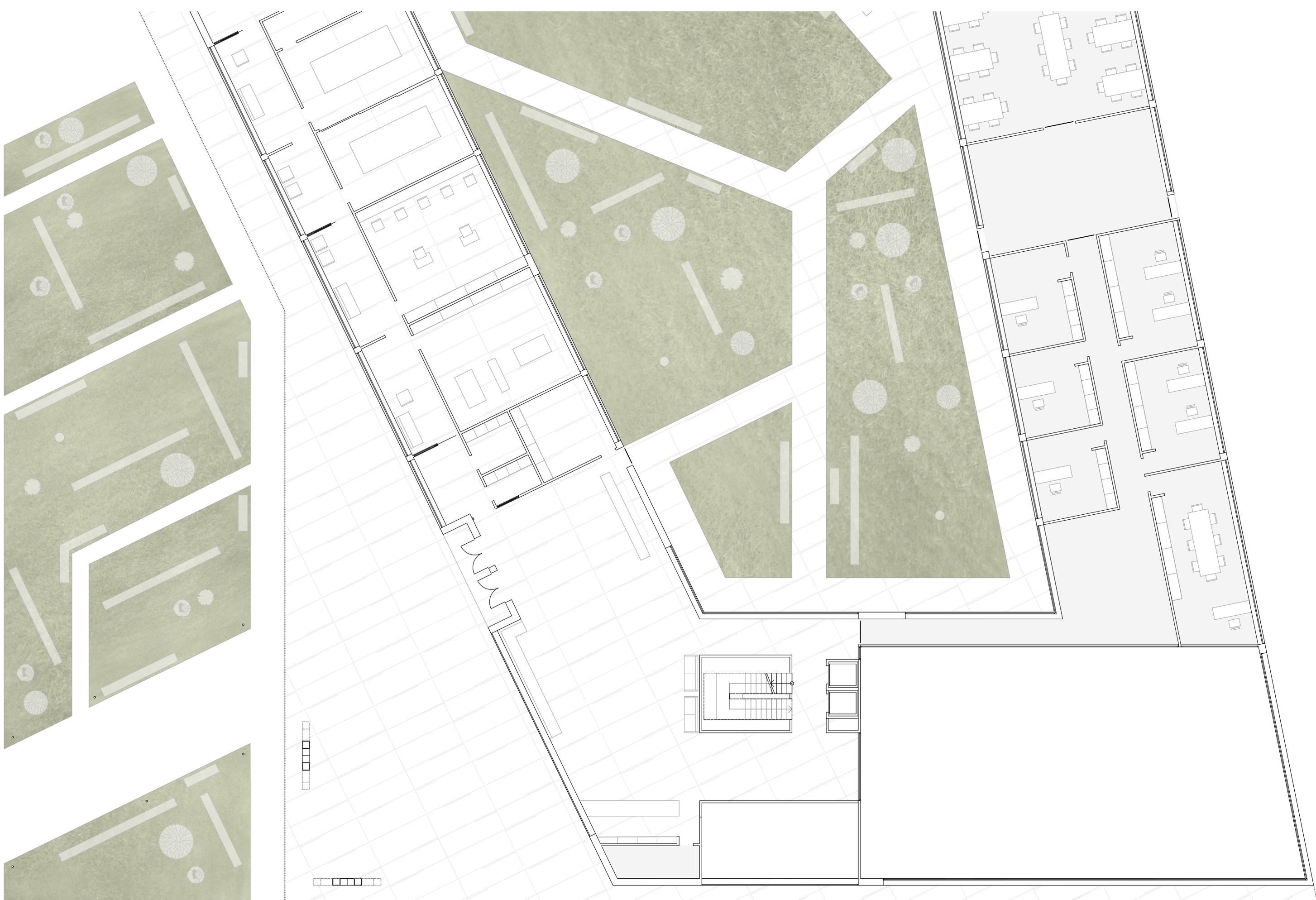
Im Gebäude befindet sich der Empfang, mit direktem Blick und Durchgang zum Hof, in dem sich Bepflanzung und Gestaltung des Vorplatzes vortsetzen, um das Gebäude im Erdgeschoss an den Außenraum anzubinden.

Daneben befindet sich der Zugang zum Veranstaltungssaal im Untergeschoss, inklusive Garderobe und Sitzmöglichkeiten für einen Empfang, so dass dieser auch Abends für unabhängige Veranstaltungen benutzt werden kann.

Entlang von zwei Gängen befinden sich außerdem Arzt- und Pflegezimmer, sowie auf der Rückseite Büros für die Verwaltung, die auch Zugang zum Hof haben.

Planausschnitt **Eingang**, 1:200







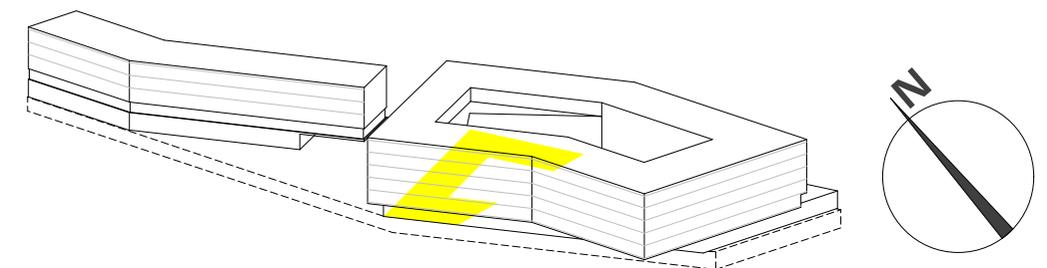
Durchgang / Mitte

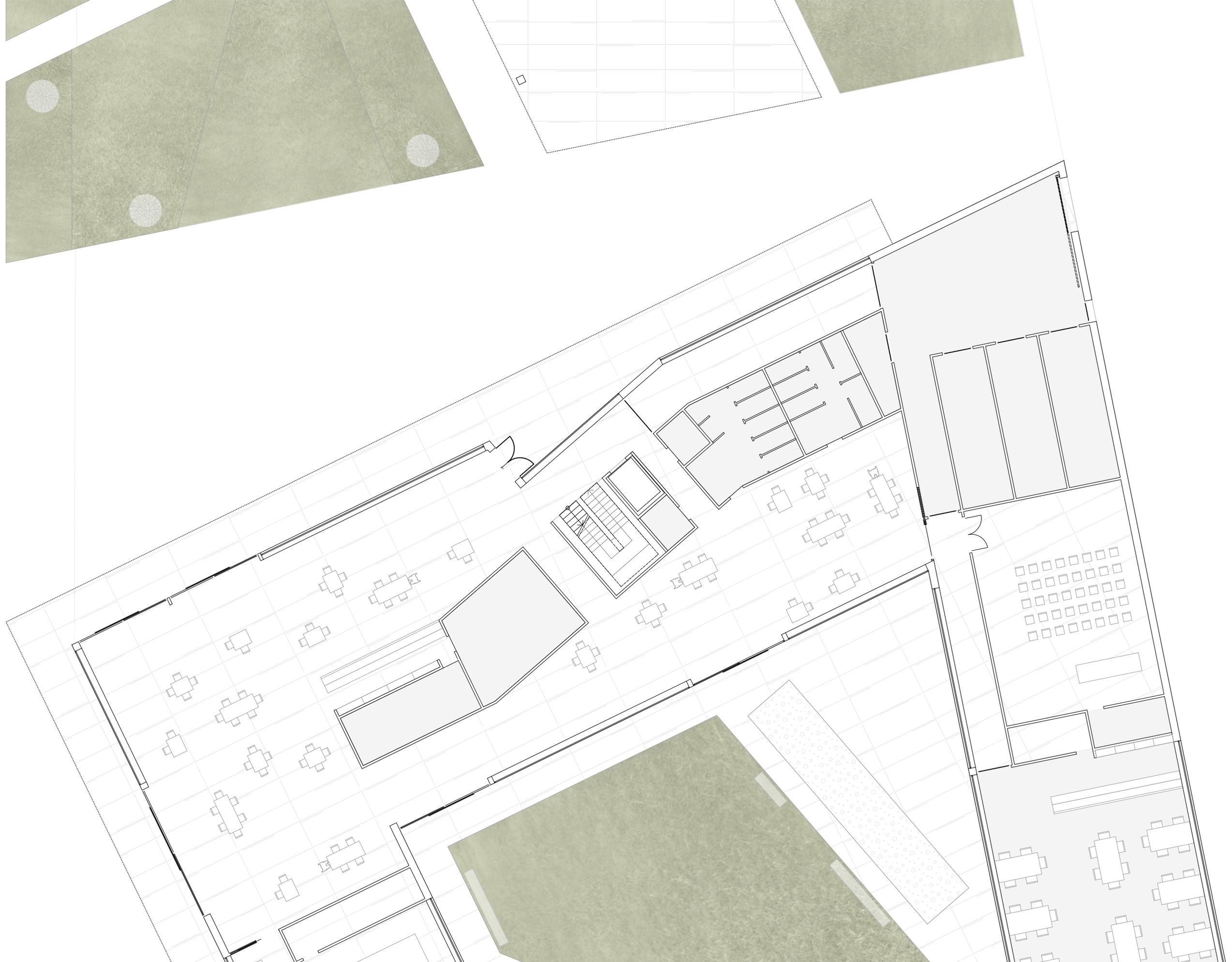
Der mittlere Durchgang stellt die direkte Verbindung zur dahinterliegenden Wohnbebauung her; durch die hier dichtere und eher robuste Bepflanzung soll eine Verbindung zur hinter der Schule liegenden Naturlandschaft hergestellt werden. Zwei breite Wege stellen einen urbanen Raum her, der in dieser neuen Baugegend bis jetzt noch gar nicht existiert; durch das im Erdgeschoss befindliche Cafe, welches mit großen Schiebetüren geöffnet werden kann, kann hier ein Platz entstehen, der auch für der Bewohner des Wohnbaus und den Eltern der Kinder in der Kinderbetreuung nützlich sein kann.

Durch großflächig überdachte Bereiche und die angrenzende Terrasse entsteht so ein Platz, an dem sich alle Benutzer des Karrees treffen oder zumindest sehen können, und das bei allen Wetter- und Tagessituationen.

Der Boden besteht aus einer wassergebundenen Natursteindecke, die fugenlos ausgeführt werden kann und so keine Stolperfallen herstellt; außerdem kann hier Regenwasser schnell einsickern. Die überdachten Bereiche führen den großformatigen Fliesenbelag von innen fort, um den Übergang fließender zu gestalten.

Planausschnitt **Durchgang**, 1:200





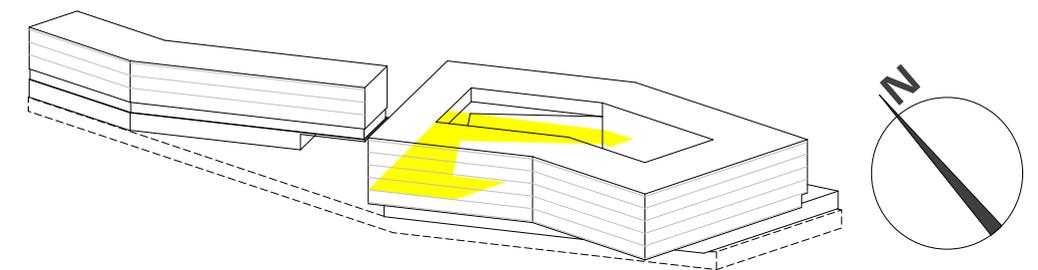


Essbereiche

Die Essbereiche befinden sich direkt an den Gängen; da diese auch oft als Aufenthaltsbereiche genutzt werden und sich die Bewohner hier teilweise den ganzen Tag aufhalten, soll so die Kommunikation und der Austausch erleichtert werden. Sollte mehr Privatsphäre und Ruhe benötigt werden, können diese jedoch temporär abgetrennt werden.

Durch offene Küchenbereiche mit Arbeitsflächen, von denen der gesamte Essbereich überblickt werden kann, kann die Zubereitung oder das Aufwärmen von Essen Teil des Alltags werden. Die Bewohner können eingebunden werden, das Personal hat die Möglichkeit während der Essenszubereitung den Überblick über die Bewohner zu behalten.

Planausschnitt **Essbereiche**, 1:200







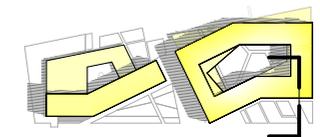
Hof

Im Hof finden sich, wie bereits beschrieben, ähnliche Pflanzen und Gestaltungsmerkmale wie am Eingangsvorplatz. Da auch ein visuelle Verbindung durch die großzügige Verglasung besteht, haben die Bewohner bei Spaziergängen durch den Hof das Gefühl, am öffentlichen Leben an der Straße teilzunehmen.

Der Hof wird durch ein Wegenetz in verschiedene Abschnitte geteilt, von denen einige bepflanzt werden und andere frei bleiben, um sie im Sommer zu nutzen. Eine Boccia-Bahn lädt außerdem zur Aktivität im freien ein.

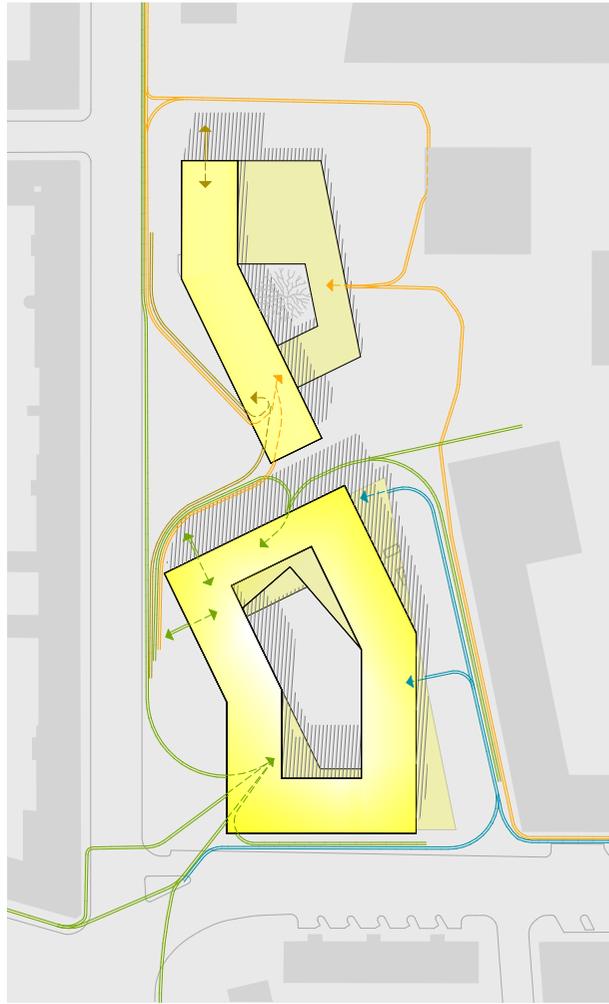
Geschossverbindungen

An den Enden des südlichen Ganges, der als einziger in einer Sackgasse endet, befinden sich Durchbrüche, um eine Verbindung zwischen den Stockwerken herzustellen. Diese befinden sich über dem Eingangsbereich und auf der Rückseite über der Terrasse und bieten so interessante Ausblicke auf stets belebte Teile des Gebäudes, zudem wird so eine ‚Attraktion‘ am Ende des Gangs geboten, damit der Weg dorthin nicht umsonst ist.



Schnitt **Geschossverbindungen**, 1:200





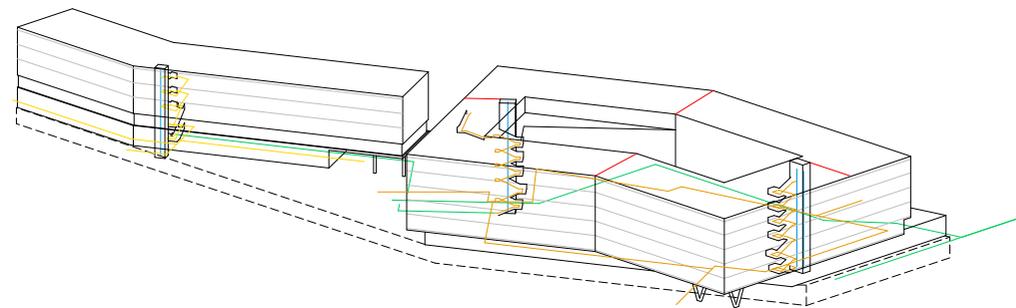
Erschliessung

Von aussen ist die Erschließung von von jeder Seite möglich, Besucher können aus jeder Himmelsrichtung am Gebäude ankommen und es umkreisen.

Das Personal kann auf der Rückseite eintreten und ihren Arbeitsplatz so auch unbehelligt verlassen. Für Besucher bieten sich der Haupteingang sowie der Eingang über das Cafe am mittleren Platz an, auf dessen gegenüberliegenden Seite auch das Wohnhaus erschlossen wird.

Im Erdgeschoß sind alle Zugänge über Gänge und Wege miteinander Verbunden, so kann auch in einer Notsituation schnell evakuiert werden. Über zwei Kerne mit Treppe und einmal einem Bettenaufzug und einmal zwei Personenaufzügen wird das Gebäude effizient erschlossen, die Entfernung zum nächsten Brandabschnitt (rot eingetragen) beträgt nie mehr als 40m.

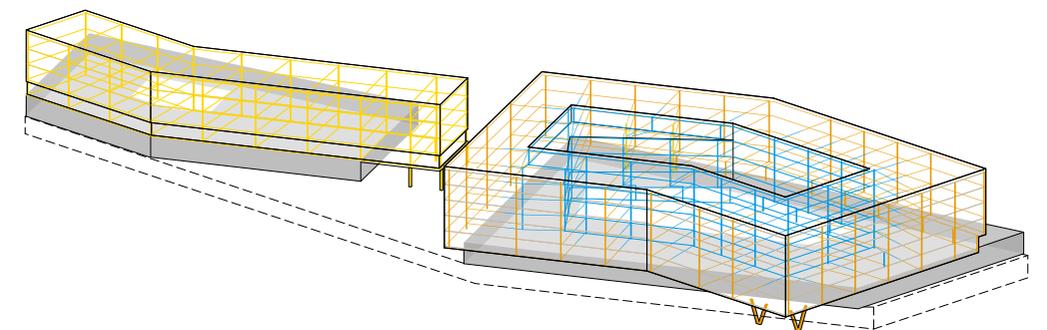
Da jede Wohngruppe ein eigener Brandabschnitt ist und zudem auch die Terrassen als Fluchtorte genutzt werden können, können selbst wenig mobile Bewohner schnell in Sicherheit gebracht werden.

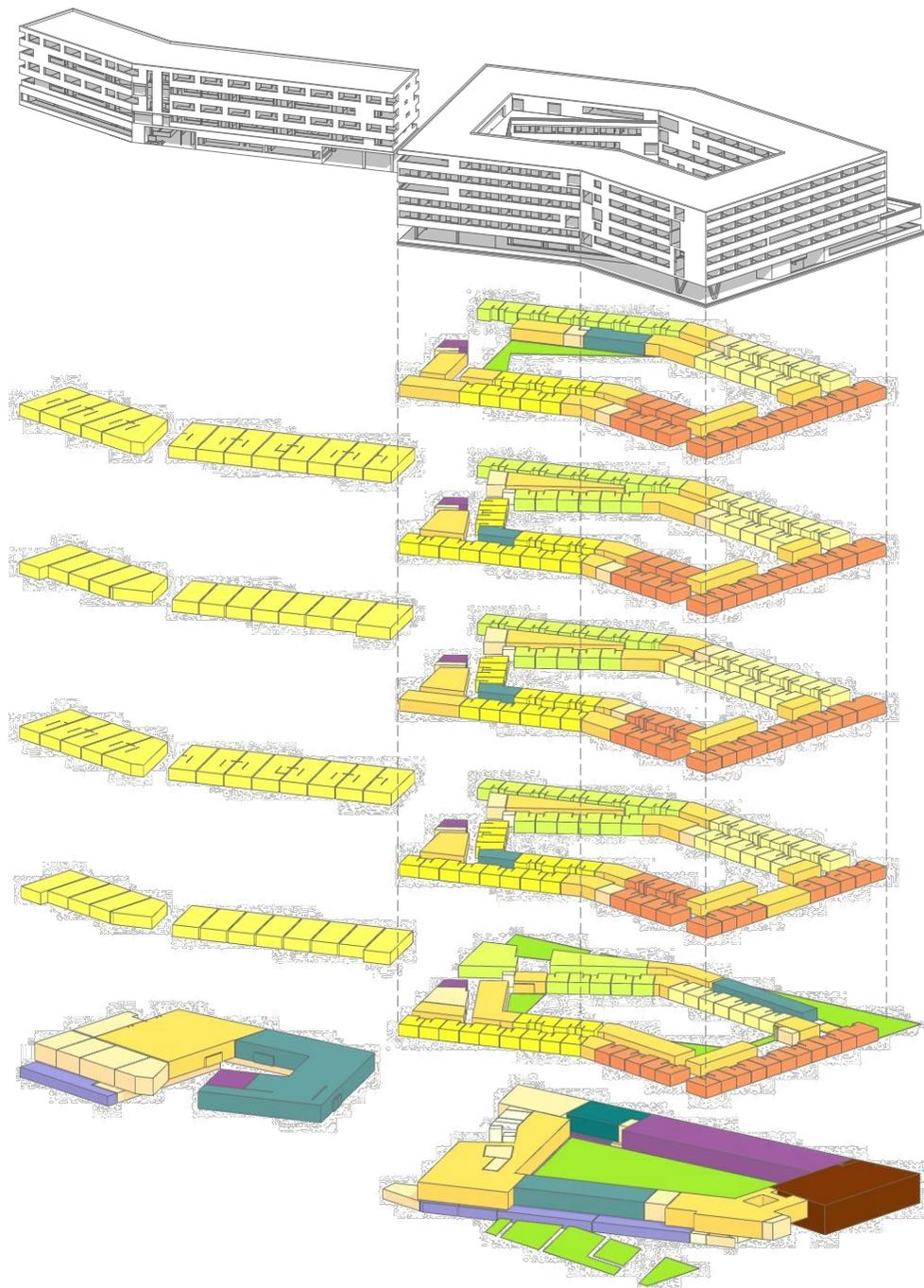


Statik

Das Erdgeschoß bildet mit seinen massiven Außenmauern die Basis für den darüberliegenden Baukörper; wie im Diagramm dargestellt werden die Lasten in diesem auf der Außenseite (orange) und der Innenseite (blau) abgetragen. Im Hof landen sie direkt in der Erde - an dieser Stelle befindet sich auch in der Tiefgaragenebene ein Erdkern - und an der Straßenseite werden sie über einen geringen Überhang von 2,6m in die massiven, tragenden Wände geleitet. Einzig an der weiter auskragenden Stelle des Eingangs helfen zwei V-Stützen, den Baukörper zu halten.

Eventuell könnte es nach genauerer Berechnung nötig sein, im ersten Geschoß einige Wände massiv auszuführen, um die Lasten besser von der Außenwand in den Überhang zu führen - dies wäre leicht zu implementieren und würde die Flexibilität des Gebäudes nur wenig beeinflussen. Bei einem Stützabstand von 8m ist eine schlanke Deckenhöhe von ca. 25cm problemlos umsetzbar.





gesamte Bettenanzahl: 313

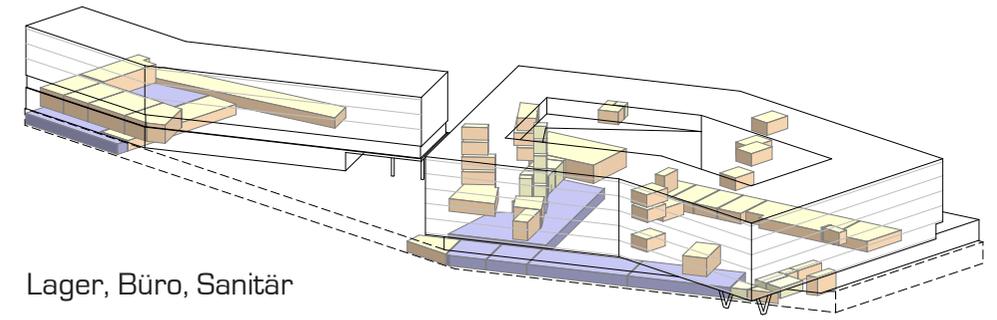
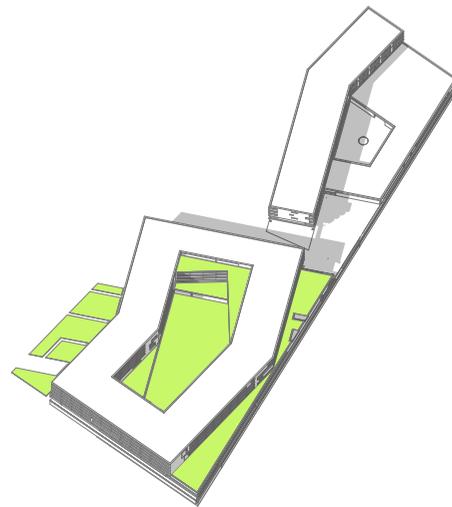
Funktion

Wie auf den Funktionsdiagrammen ersichtlich ist, sind die vier Wohngruppen pro Stockwerk der bestimmende Faktor; sie orientieren sich an den Seiten des Gebäudes und benutzen die Richtungsänderungen in den Gängen als natürliche Grenzen; die lichttechnisch ungünstige Nordseite wird als Aufenthaltsraum genutzt.

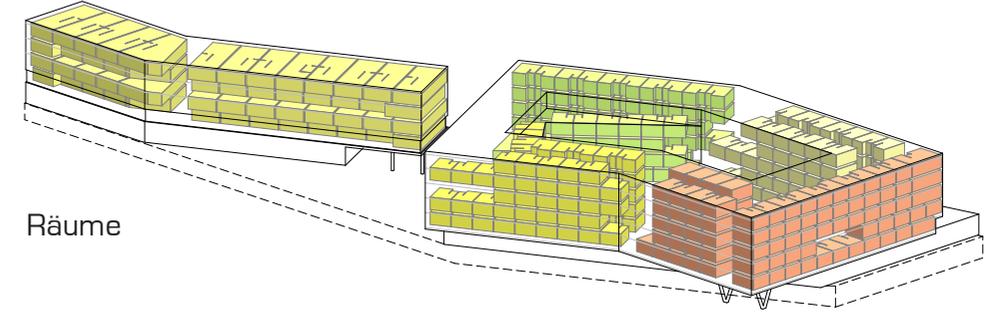
Zu den Wohngruppen gehören auch diverse Sonderfunktionen und Nebenräume, wie Lager, Vorratsräume und Pflegezimmer.

Die Geschosse zwei bis vier sind mehr oder weniger Regelgeschosse, in denen es kleinere Variationen zur Fassadengestaltung gibt; im 1. und 5. Geschoss werden Terrassen angeboten, außerdem gibt es hier Pflegeoasen für bis zu neun Bewohner, die besondere Aufmerksamkeit brauchen.

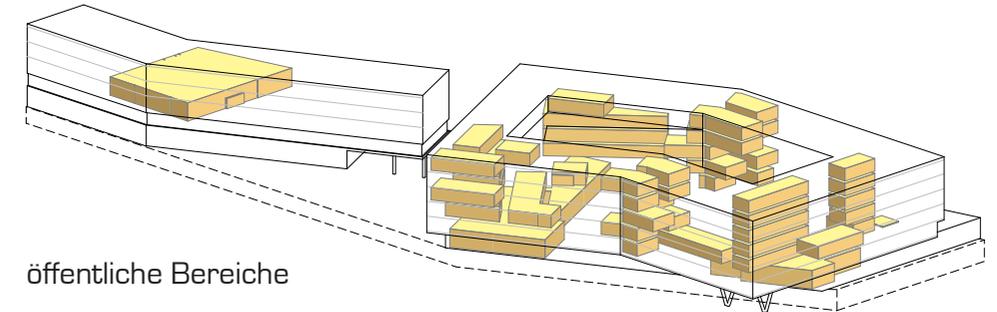
Durch leicht zugängliche Freiräume auf 3 Geschossen ist die Verbindung zum Außenraum für alle Bewohner gegeben.



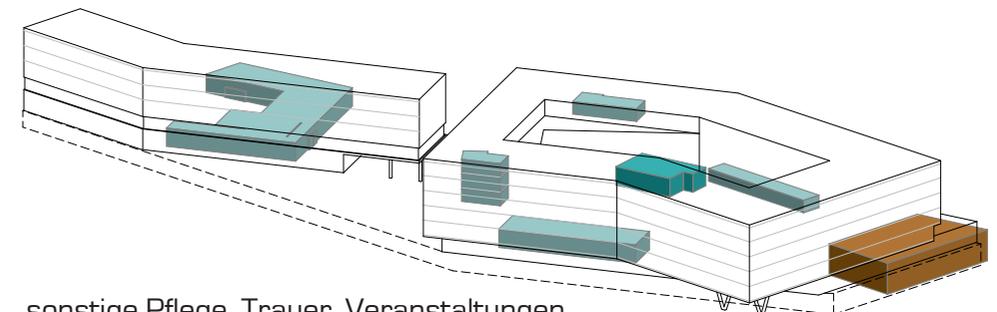
Lager, Büro, Sanitär



Räume



öffentliche Bereiche



sonstige Pflege, Trauer, Veranstaltungen

Geschoßdecke

| | |
|---------------------|------|
| Bodenbelag Linoleum | 1,5 |
| Estrich | 7,0 |
| Trennlage | |
| Trittschalldämmung | 6,5 |
| Stahlbetondecke | 20 |
| Installationsebene | 14 |
| Gipskarton | 1,25 |

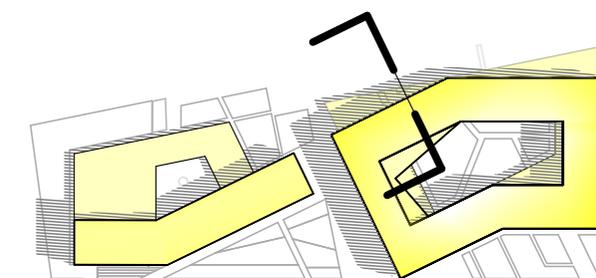
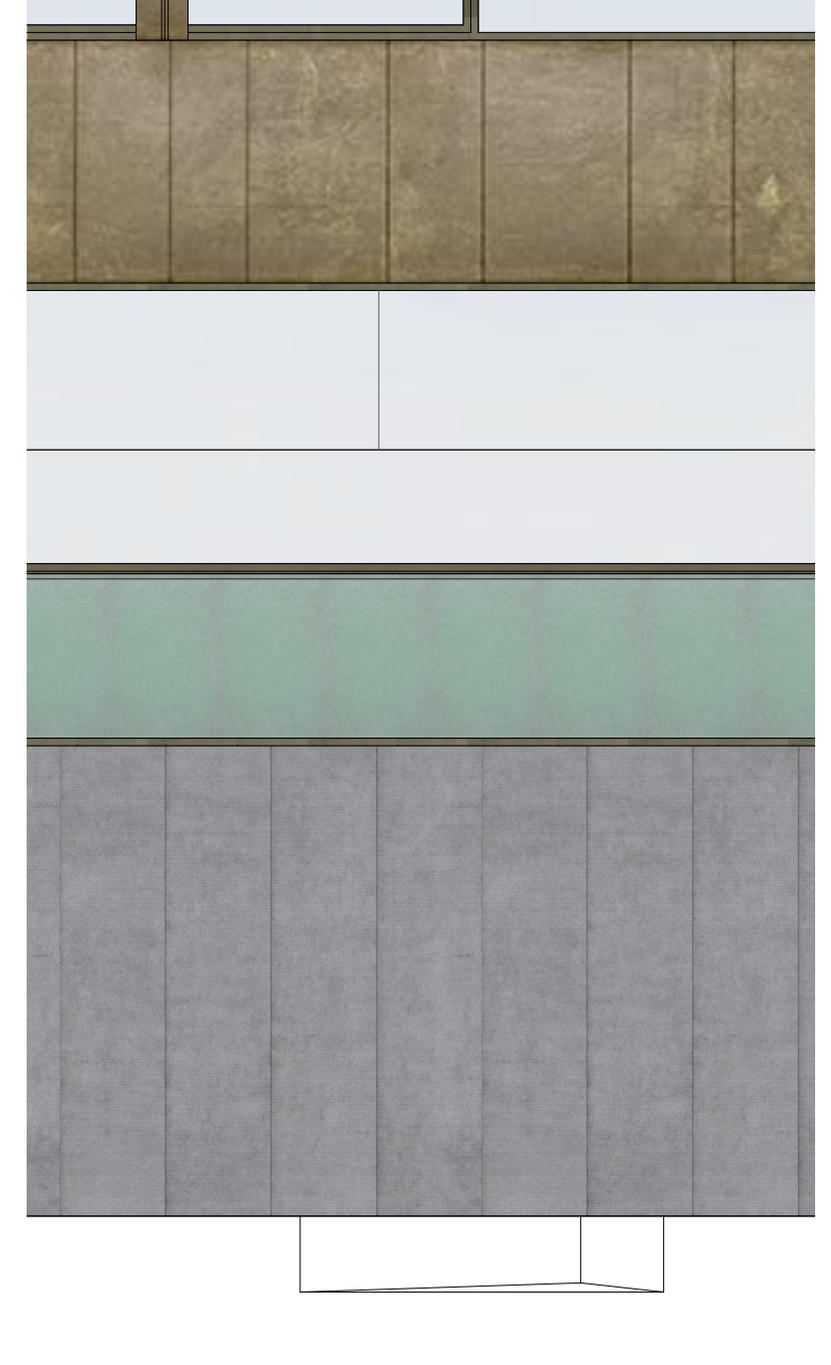
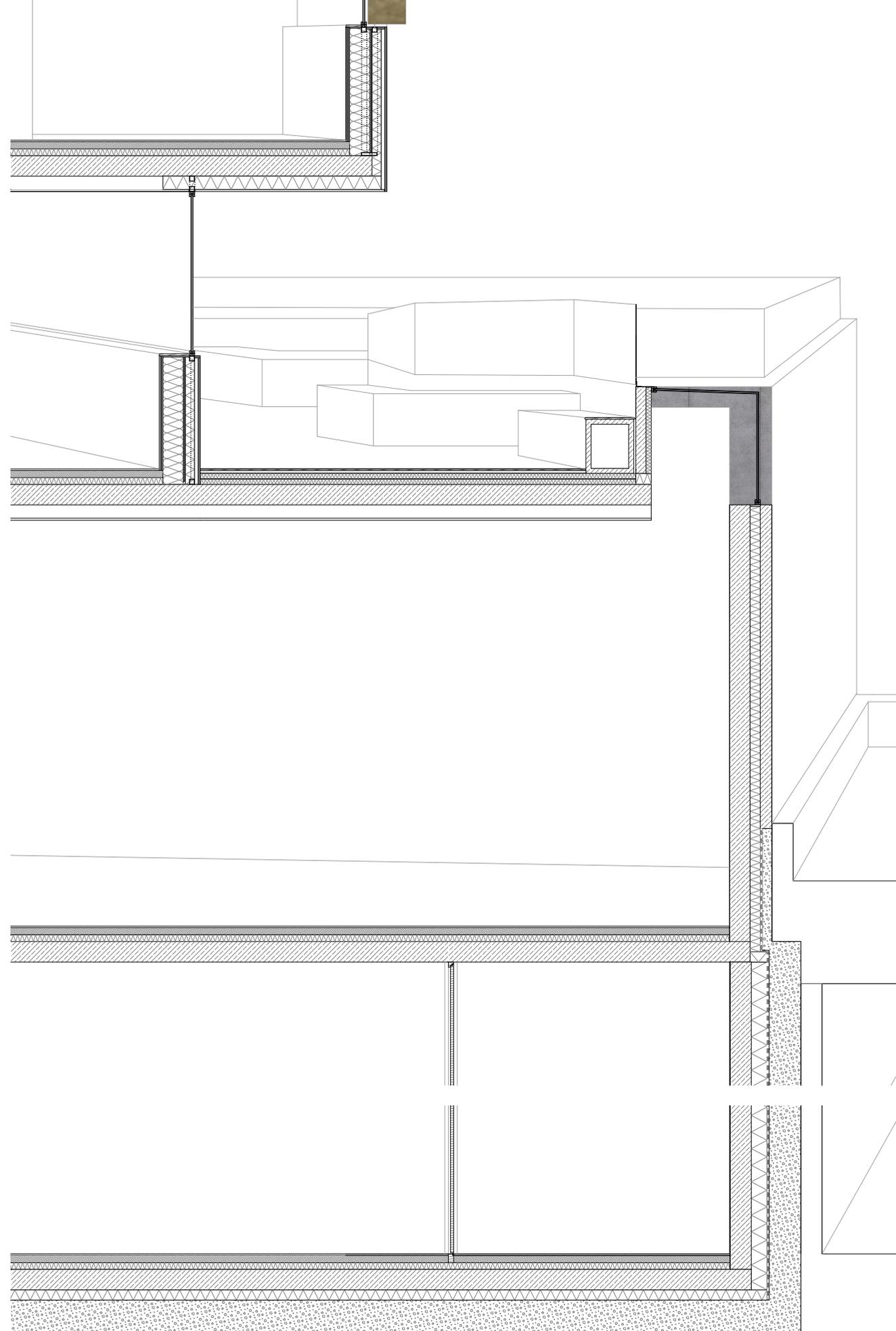
Terrasse

| | |
|------------------------|-----|
| Holzbelag | 1,5 |
| 2x Lattung | 2,5 |
| Abdichtung | |
| Polystyrol extrudiert | 5,0 |
| Bitumenabdichtung | |
| Schaumglas im. Gefälle | 5,0 |
| Stahlbetondecke | 20 |

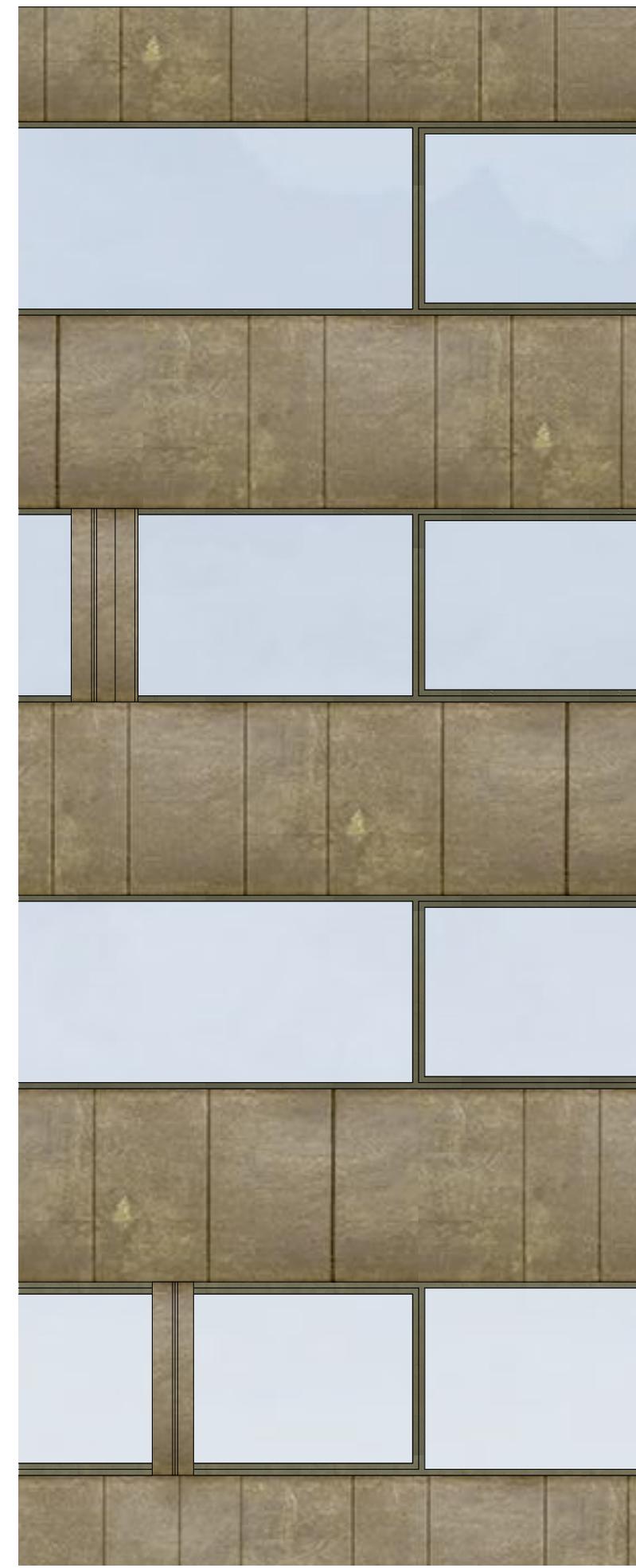
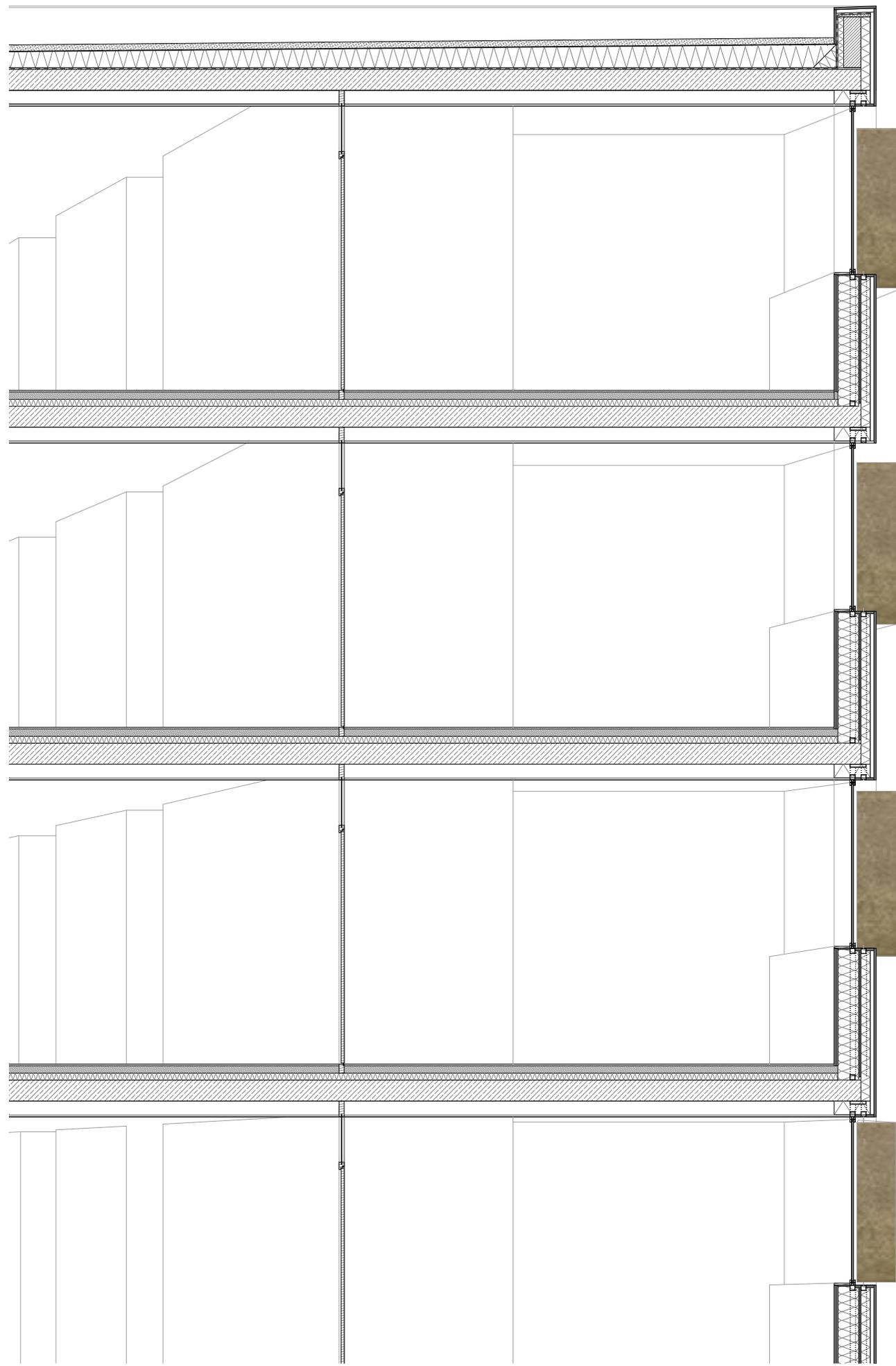
Kellerwand

| | |
|----------------|------|
| Kalkputz | 0,5 |
| Stahlbetonwand | 20 |
| Wärmedämmung | 15,5 |
| Abdichtung | |
| Schüttung | 30 |

80



Schnitt Fassade, 1:50



Aussendecke

| | |
|-----------------------|-----|
| Kiesschüttung | 6,0 |
| Abdichtung Folie | |
| Gefälledämmung min.18 | 18 |
| Dampfsperre | |
| Stahlbetondecke | 20 |

Aussenwand

| | |
|-------------------------|-----|
| 2x Gipskarton 1,25 | 2,5 |
| Dampfsperre | |
| Wärmedämmung | 20 |
| OSB-Platte | 1,0 |
| Winddichtung | |
| Brandschutzplatte | 9,0 |
| Hinterlüftung/Halterung | 3,5 |
| Fassade Metall | 2,0 |



Bibliografie

Verlags-AG der akademischen technischen Vereine, TEC21 2012/35 – gepflegt Wohnen, „Neue Geriatriezentren in Wien“, Zürich, 2012

APA, „Wien will verstärkt für ältere Menschen bauen“, derStandard.at, 1.10.2014, Web 1.10.2014, 12:46

Wojciech Czaja, „Revolution im letzten Zimmer“, Wien, ALBUM-DER STANDARD/Printausgabe, 16./17.01.2010

wien.at Redaktion, „Wiener Geriatriekonzept“, Wien, Web 17.01.2015

Fonds Soziales Wien, Adressen der Wohn- und Pflegehäuser, Wien, 2011. Web 17.01.2015

Kuratorium der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, „Über Uns“, Wien, 2013. Web 17.01.2015

Dipl.-Vw. Klemens Himpele, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik, „WIEN WÄCHST... Bevölkerungsentwicklung in Wien und den 23 Gemeinde- und 250 Zählbezirken“, STATISTIK JOURNAL WIEN 1/2014, Wien, 2014

Wohnfonds_wien, „Bauträgerwettbewerb Eurogate: ein neues Wohngebiet im 3. Wiener Gemeindebezirk“, Wien, 2007
nextroom – verein zur förderung der kulturellen auseinandersetzung mit architektur, „Karree St.Marx“, 2010. Web 04.02.2016

3zu0 landschaftsarchitektur, Karree St. Marx, Wien, 2006/2009. Web 04.02.2016

Wiener Stadt- und Landesarchiv, „Spital zu St.Marx“, Wien, zul. geändert 02.12.2015. Web 05.02.2016

Wiener Stadt- und Landesarchiv, „Zentralviehmarkt“, Wien, zul. geändert 07.05.2015. Web 05.02.2016

Weyerer, S., Bickel, H: Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, Kohlhammer, Stuttgart, 2007

Heeg, S. Neuer Geist in alten Strukturen: Gemeinsam handeln: Referate auf dem 3. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Friedrichshafen 12.-14. September 2002, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 135-142, Berlin, 2003

Feuerstein, Christiane: Vom Armenhaus zur sozialen Infrastruktur – Altersversorgung in Wien, aus: Enzyklopädie des Wiener Wissens, Band 10; Verl. Bibliothek der Provinz – Ed. Seidengasse, Weitra, 2010

Zeisel, J. „Environmental correlates to behavioural health outcomes in Alzheimer's spezial care units. In: The Gerontologist 53(5), Oxford University Press, 2003

Lawton MP, Nahemow L, „Ecology and the aging process“ In: Eisdorfer C, LawtonMP, editors. The psychology of adult development and aging. Washington, DC:American Psychological Association; 1973

Wojnar, J. Umgebung für Demenzkranke. In: Radebold, H., Hirsch, R.D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., Wächtler, C.: Depressionen im Alter. Darmstadt, Steinkopff, 259-263, 1997

Satlin, A., Volicer, L., Ross, V., Herz, L., Campbell, S.: Bright Light Treatment of Behavioral and Sleep Disturbances in Patients with Alzheimer's Disease. In: American Journal of Psychiatry 149(8), 1028-1032, 1992

Kuhn C., Rutenkröger, A.: Evaluationsstudie: Pflegeoase – ein Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2008

Beta Institut gemeinnützige GmbH, „Demenz – freiheitsentziehende Maßnahmen“, Augsburg, Deutschland. Aktualisiert 13.01.2016. Web 08.02.2016

Barth, Peter, „Am ‚Schauplatz‘ Pflegeheim oder von der Freiheit, zu stürzen bzw eine Behandlung abzulehnen“, Wien, 2007. Web 08.02.2016

Help.gv.at, „Höhe des Pflegegeldes“, Wien, Stand 01.01.2016. Web 08.02.2016

Seniorenheim.at, „Verflossenes Erbe im Altersheim“, Rohrbach. Web 08.02.2016

MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik, „Pflege – Statistiken“, Wien, 2016. Web 09.02.2016

Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger, „Daten und Fakten“, Wien, 2016. Web 09.02.2016

Meyer Sibylle, Schulze Eva, Helten Frank, Fischer Bernd, „Vernetztes Wohnen: Die Informatisierung des Alltagslebens, edition sigma, Berlin, 2001

Abbildungsverzeichnis

Abb.01: Hotel Dieu, Paris: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paris_-_H%C3%B4tel-Dieu_-_20110712_\(2\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paris_-_H%C3%B4tel-Dieu_-_20110712_(2).jpg), 08.03.2016

Abb.02: Steinhof, Wien: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Otto-Wagner-Spital_Direktionsgeb%C3%A4ude.JPG, 08.03.2016

Abb.03: Kaiser-Franz-Joseph-Spital, Geriatriezentrum, Wien, http://www.wienkav.at/_cache/Image/ResponseBinary_54923.jpg, 08.03.2016

Abb.04: Altenheime in Wien, eigene Darstellung

Abb.05: Geriatriezentrum Donaustadt, Wien: http://www.sto.at/de/architekten/referenzen_1/detail_58048.html, 08.03.2016

Abb.06: Milieutherapeutischer Ansatz, eigene Darstellung

Abb.07: Bevölkerungsentwicklung Wien, <https://www.wien.gv.at/statistik/pdf/wien-waechst.pdf> + eigene Bearbeitung, 08.03.2016

Abb.08: Stadtplan Wien mit Lage Bauplatz, eigene Darstellung

Abb.09: Aspanggründe: <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/projekte/zielgebiete/erdbergermais/teilgebiete/aspanggruende-eurogate/>, 08.03.2016

Abb.10: St.Marx Halle Wien: <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/projekte/zielgebiete/erdbergermais/teilgebiete/stmarx/rinderhalle.html>, 08.03.2016

Abb.11: Bebauung Karree St.Marx Wien: eigenes Foto

Abb.12: Stadtwildnis Erdberg Wien: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Wien_03_Erdberger_Stadtwildnis_b.jpg, 08.03.2016

Abb.13: Spital St.Marx 1801: https://www.wien.gv.at/wiki/index.php/Spital_zu_St._Marx, 08.03.2016

Abb.14: T-Center Wien: https://de.wikipedia.org/wiki/Sankt_Marx#/media/File:T_Center_Vienna_Rennweg.jpg, 08.03.2016

Abb.15: Anbindung öffentliche Verkehrsmittel, eigene Darstellung

Abb.16: Foto Schlachthausgasse, eigene Darstellung

Abb.17: Lärmkarte, eigene Darstellung

Abb.18: relevante Platzsituationen, eigene Darstellung

Abb.19: Schwerpunkte und Plätze, eigene Darstellung

Abb.20: Kanten und Bezüge, eigene Darstellung