



PRESSEINFORMATION

audacity architecture talks, vom Oktober 2023, NachberichtVideo-Mitschnitt dauerhaft verfügbar www.ac.co.at/talk23

13. Dezember 2023

**Gegen die Einsamkeit – gemeinsam für eine gesunde Zukunft
Ansätze einer integrativen Gesundheits- und sozialen Infrastrukturplanung**

(Wien) Experten aus Architektur, Stadt- und Raumplanung, Gesundheitsökonomie und Pflege diskutierten im Oktober die dringende Notwendigkeit angemessene Lebensräume und Pflegeangebote für eine zunehmend alte Bevölkerung zu planen. Der Fokus lag auf Strategien zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch präventive Maßnahmen im Siedlungsraum – verbunden mit der Entwicklung gesundheitsfördernder hybrider Gebäude und Quartiere. Die Speaker präsentierten Visionen ganzheitlicher Gesundheitsförderung durch eine aktive Gemeinschaft.

Demographischer Wandel erfordert neue Gesundheitspolitik

Wir werden immer älter, gleichzeitig steigt der Bedarf an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen. Für das Jahr 2050 wird in Österreich eine Verdoppelung der aktuell rund 500.000 Menschen mit Pflegebedarf erwartet. Global werden für 2050 doppelt so viele 65-jährige Menschen als Kleinkinder prognostiziert. Aktuell werden achtzig Prozent der pflegebedürftigen Menschen privat und informell zu Hause gepflegt. Diese größte Säule des Pflegesystems wird langfristig nicht halten. „Welche Maßnahmen brauchen wir jetzt, um Menschen in guter Gesundheit und Mobilität zu halten?“, fragte Moderator Michael Kerbler. The Big Picture sei eine gesunde Gesellschaft mit innovativen Wohnformen für ein gesundes Leben in Gemeinschaft, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, Dienstleistungen und Kosten abzupuffern und damit das Gesundheitswesen zu entlasten.

Architekt Richard Klinger, CEO von Architects Collective und Co-Initiator des Talks, betonte die Notwendigkeit eines gesundheitspolitischen Wandels, der inklusive Lebensräume in städtischen und ländlichen Gebieten fest verankern müsse. Er forderte politischen Mut in einem solidarischen Setting aller Beteiligten. „Der demographische Wandel gibt uns eine Handlungsverpflichtung, der wir nachzukommen haben. Es braucht ein gesundheitspolitisches Umdenken im Umgang mit Lebensräumen für pflegebedürftige Menschen. Wir müssen über Prävention diskutieren und in die Entwicklung multifunktionaler hybrider Gebäude und Räume investieren, wo Gemeinschaft stattfinden kann, und das mitten in der Stadt oder mitten im Dorf. Dafür brauchen wir verbindliche Vorgaben an Bauträger, die Ressourcen zur Verfügung stellen, die wir für die Planung gemeinschaftlicher und erschwinglicher Lebensräume heranziehen können.“



Der präventive Siedlungsraum als Planungsansatz

Peter **Schwehr**, Professor für Typologie & Planung in Architektur an der Hochschule Luzern bekräftigte den längst überfälligen transformatorischen Ansatz der Raumplanung. „Was früher die Pest und Cholera waren, sind heute der Klimawandel, die Einsamkeit, der Dichtestress und der ungezügelter Verkehr. Jeder dritte Schweizer fühlt sich einsam und hat das achtfach erhöhte Risiko an Demenz oder Depression zu erkranken. Unser Auftrag lautet Gebäude und Quartiere zu schaffen, die aktiv die Gesundheit der Menschen unterstützen. Ich bin überzeugt, dass die präventive Wirkung von Architektur noch nicht genug berücksichtigt wurde.“

Der präventive Siedlungsraum könne zwar dicht, dürfe aber nicht eng sein. „Verdichtung heißt auch neue Räume anzubieten, die soziale Arrangements stimulieren. Jetzt ginge es darum nicht nur das Überleben zu ermöglichen, sondern auch das Gedeihen. „Wir haben die Verantwortung, die grüne, gerechte und produktive Stadt zu bauen. Keine Wohnungsverrichtungsmaschinen, sondern einen Siedlungsraum, der die Menschen in ihrer Resilienz stärkt. Das ist ein moralisches Gebot, ein wirtschaftliches Gebot und ein Gebot der Nachhaltigkeit.“ Die damit erzeugte Wohnqualität reiche weit ins Quartier hinein und stärke die Nachbarschaft. Das Dazwischen, der Raum zwischen Gebäuden, müsse genauso sensibel geplant werden, wenn es um Neuverteilung von Stadtraum geht. Dies erfordere solidarische Aushandlungsprozesse im Diskurs aller Nutzer:innen, so **Schwehr**.

Sensibilisierung für Pflege – Gesundheitsförderung durch Gemeinnützigkeit

Architektin, Generalplanerin und Partner bei Albert Wimmer ZT, **Monika Purschke** unterstrich die Rolle der Planenden gesunder Städte. „Dieser Raum dazwischen ist ein Hauptaugenmerk für eine funktionierende Gemeinschaft. Das aktive Zusammentreffen können wir mit Masterplänen maßgeblich beeinflussen“. In der Ausführung von inklusivem Wohnraum sei in Österreich noch viel Luft nach oben. Purschke plädierte für eine Stadtentwicklung, die nicht nur den Wohnraum, sondern auch die sozialen Beziehungen berücksichtigt, Gemeinnützigkeit müsse auf kommunaler Ebene jedenfalls mitgeplant sein. „Wir bieten Räume und Raumkonzepte an, da ist die Integration unterschiedlicher Lebensformen enthalten. Wo man ansetzen muss, ist die Betreuung dieser Einheiten, es muss jemanden geben, der diese mit Leben befüllt und auch am Leben hält.“ In Japan schlage man überdies schon den gesellschaftlichen Weg der Bewusstseinsbildung an Schulen und im öffentlichen Dienst für die kollektive Ermächtigung im Umgang mit Demenzkranken ein.

Magdalena Maierhofer, Universitätsassistentin für Örtliche Raumplanung an der TU Wien, führte diesen Ansatz noch weiter. Gesundheitsplanung müsse idealerweise gleich mit der sozialen Infrastrukturplanung integriert sein: Gesundheit ganzheitlich gedacht sei nicht nur medizinische Versorgung, sondern umfasse auch die soziale Teilhabe. Jetzt sei eine gute Zeit, die räumliche Dimension von Pflege, privat oder institutionell, zu diskutieren und die nachhaltige, integrative Raumentwicklung mit dem Fokus auf Gesundheit durch Gemeinschaft, und damit auch auf die Gesundheitsversorgung und die Pflege, zu forcieren. Pflege verändere sich gerade von institutioneller und privater Natur hin zur gemeinschaftsbasierten Leistung und zu Mischformen.



Hinsichtlich der gesellschaftlichen Verantwortung für Pflege knüpfte Christian-Thomas **Kari**, Pflegedienst- und Hausleiter des Pflegewohnheims St. Klemens der Caritas Wien, an Japan an. So früh wie möglich müsse man auch hierzulande Kinder und Jugendliche für den Umgang mit pflegebedürftigen Menschen sensibilisieren – geförderte Bildungsprojekte seien dringend gefordert. Ausreichend Platz für Begegnung und Austausch sei in diesem Kontext zentral, „also die transparente Öffnung zur Gemeinde und Nachbarschaft zum Abbau von Schwellen in gemeinsamen Projekten von Pflegeeinrichtung, Schulen, Kindergärten etc.“, unterstrich **Kari**.

Nur so könne das Verständnis für diese Bevölkerungsanteile und ihre Bedürfnisse wachsen. Für Studierende etwa wurde in St. Klemens günstiger Wohnraum im Tausch für die soziale Zuwendung für Bewohner:innen geschaffen, eine gelungene Win-Win-Situation. Gesellschaftlich brauche es noch weit mehr niederschwellige Pflegeangebote, die früh ansetzen, um Menschen möglichst lange möglichst gesund zu erhalten, und die Zeiträume bis zu einer hohen Pflegebedürftigkeit zu strecken.

Mitten im Dorf – Lebensräume mit Lebensqualität

Johannes **Hohenauer**, Gesundheitsökonom und Geschäftsführer der BDO Health Care Consultancy, präzierte das Phänomen Pflege und den Ort. „Wir sind mit Menschen konfrontiert, die mit Einschränkungen leben. Wir müssen wegkommen von dem Denken, wir sperren diese Menschen weg.“ Lebensräume für pflegebedürftige Menschen nicht an den Stadtrand oder in die „Industriebrache mit Riesenmauer rundherum“ zu bauen, sondern dorthin zu entwickeln, wo Menschen möglichst lange im normalen Alltagsleben integriert weiterleben können, sei das Gebot der Stunde. „Die Menschen wollen nicht nur gewaschen werden, sondern auch einen Kaffee trinken oder mit den Enkeln am Sonntag ein Schnitzel essen gehen. Wir müssen auf jeden Fall in diese Zwischenmenschlichkeit investieren, denn die gesundheitsfördernde Wirkung ist längst bewiesen.“

Soziale mit medizinischen Angeboten zu verbinden, scheint jedenfalls ein großer Schlüssel der erfolgreichen Gesundheitsförderung und Prävention zu sein. Im Pflegewohnheim St. Klemens seien Angehörige und Umfeld aktiv eingebunden, betonte Christian-Thomas **Kari**. „Früher wurden Mauern gebaut, heute schaffen wir einen Stadtplatz und Angebote für die Nachbarschaft. Die Vereinsamung wird aufgehoben und das Sozialleben bleibt aufrecht – das wirkt sich auf allen Seiten positiv aus.“

Wer initiiert den Wandel in der Gesundheitspolitik?

Wie man die Verantwortlichen zum Umdenken in der Gesundheitsplanung durch raumplanerische Strategien bringen könne, fragte Moderator **Kerbler** nach. Johannes **Hohenauer** geht von einem radikalen Neudenken aus. „Wir brauchen neue Modelle, die sich gegenseitig befruchten. Wir müssen Orte mit Funktion füllen und Leben hineinbringen.“ Die aktuelle Krise des Gesundheitssystems sei eine große Chance. Alle Beteiligten seien jetzt verpflichtet genau hier anzusetzen. Weil aber die gesundheitsfördernden Planungsansätze meist als erstes dem Rotstift zum Opfer fielen, insistierte Richard **Klinger**. „Wer muss neu denken? Healing Architecture interessiert niemanden, wenn die Budgetziele nicht erreicht werden. Wie bringen wir die Verantwortlichen dazu, neu zu denken – und wer initiiert das?“



„Wir haben gerade einen guten Moment über das Thema zu diskutieren, weil die Gesundheit als Wert und Ziel in den Planungsdiskurs wieder zurückkommt,“ versicherte **Maierhofer**. Alle großen städtebaulichen Revolutionen seien historisch vom Gesundheitsargument getragen gewesen. „Wir haben Städte mit großen Grünflächen und Abständen gebaut, und Wohnungsstandards für eine gesunde Stadt eingeführt.“ Heute sei die Stadt aber eine völlig andere. Mit der gesunden Stadt der Moderne habe sich die Gesellschaft auch ihre aktuellen Probleme wie Vereinzelung und fehlende soziale Orte eingehandelt. „Ohne irgendwelche sozialen Orte aber werden wir es nicht schaffen“.

Monika Purschke bekräftigte. „Wir sind Meinungsbilder:innen. Unsere Aufgabe ist es, dieses Bewusstsein zu bilden, wenn wir Ökonomen, die die Stadt entwickeln, gegenüberstehen. Und wir müssen die Forschung und die Zahlen dazu liefern.“ Großes städtebauliches Innovationspotenzial liege in der Verbindung von Krankenhaus und Gemeinwohl orientiertem Zentrum, so **Peter Schwehr**. Dies könne als niederschwelliger Multiplikator wesentlich zur Prävention beitragen.

Generell sei der Zugang zu Gesundheitsleistungen niederschwellig zu halten. „Wir wollen Menschen, die gesund alt werden. Das Modell der High-Street-Medizin, das die medizinische Versorgung im Alltag bereithält, um gesund zu bleiben, ist ein wesentlicher Faktor,“ so **Purschke**. Im Planungsprozess müsse man nicht nur interdisziplinär ansetzen, was inzwischen selbstverständlich sei, so **Peter Schwehr**, zusätzlich brauche es das Setting der verschiedenen Betroffenengruppen in der Planung. „Von der Zivilgesellschaft über die Politik bis zur Kultur, dieses Miteinander fängt wahrscheinlich in der Schule an – das müssen wir schaffen.“

Care-Arbeit & Pflegeprävention – Öffentlich oder privat?

Ob Care-Arbeit und die Prävention von Pflegebedürftigkeit überhaupt im öffentlichen Raum oder im Quartier passieren soll, stellte **Magdalena Maierhofer** in Frage. „Das neue Wunderwuzzi ist jetzt die Nachbarschaft. Aber wer ist denn diese Person, die für den Nachbarn einkaufen geht, wenn sie Vollzeit arbeitet und vielleicht noch Kinder hat?“ Öffentliche Pflegeeinrichtungen seien jedenfalls weiterhin nötig, aber „wir brauchen auch eine neue Art von Gesundheitseinrichtungen, die eigentlich soziale Einrichtungen sind und sich um die öffentlich finanzierte Care-Arbeit kümmern.“ Ein soziales Jahr für alle sei eine weitere öffentlich finanzierte Maßnahme, so **Richard Klinger**, die das Verständnis aller für Schwächere fördere und gleichzeitig die Gemeinschaft stärke.

2020 veröffentlichte die österreichische Bundesregierung Grundsätze der Gesundheitspolitik. Der fünfte Grundsatz lautet: *Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken*. Ein klares Bekenntnis zur Gemeinschaftsbildung. „Ich sehe definitiv eine Chance, dass wir diese Gesundheitskrise gemeinsam meistern und unsere Ansätze auf Resonanz treffen,“ so **Purschke**. Inwieweit die Mittel zur Umsetzung dann auch zur Verfügung stehen, sei eine andere Frage. Ob der soziale Zusammenhalt zur Prävention von Pflegebedürftigkeit ausreiche, bezweifelte **Purschke**. „Der Trend geht weiterhin ganz stark zu einer höchst individualisierten Gesellschaft.“ **Peter Schwehr** zeigte sich optimistischer. „Konzepte gemeinschaftlichen Lebens boomen allerorts, auch mit dem Ziel die Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben. Quartiere, die vor Covid schon die Gemeinschaft adressierten, haben diese Krise sehr gut überstanden.“



Quantität vor Qualität, oder doch umgekehrt?

Peter **Schwehr** stellte in Frage, ob man Qualität überall quantifizieren solle. „In einer Welt, wo wir alles quantifizieren müssen, wird es schwierig, ich würde viel lieber über Qualitäten reden.“ Für Ökonom Johannes **Hohenauer** eine klare Sache. „Ich hätte keine Angst, dies in eine Excel-Tabelle einzutragen, das Ziel der Gesundheitsförderung und diese Studien passen ja genau zusammen. Es gibt ein achtfach erhöhtes Risiko an Demenz und Depression zu erkranken, wenn ich keine sozialen Kontakte habe. Es zahlt sich also aus zu investieren, wenn ich das Risiko so stark verringern kann.“

Peter **Schwehr** ergänzte, „im öffentlichen Raum einen Ort zu schaffen, der Begegnung schafft, der Zufälligkeiten unterstützt, dieser Raum kostet erst mal gar nichts, oder relativ wenig. Wichtig ist ein hybrides Setting von Stadträumen, die Verschiedenes leisten, also nicht nur monofunktional sind.“

Gemeinwohl per Anreiz oder doch per Gesetz?

Magdalena **Maierhofer** nannte praktische Probleme der Stadtentwicklung für neue hybride Räume bzw. neue soziale Stadtquartiere. „Wohnbauträger dürfen oft keine Flächen für soziale Infrastrukturen bauen, bei neuen Quartieren beschränkt sich das Planen oft auf das Wohnen und nicht auf die Einrichtungen rundherum. Wir brauchen eigentlich einen gemeinnützigen sozialen Infrastrukturträger.“ In Wien werde zurzeit groß diskutiert, wie man Primärversorgungszentren in Stadtentwicklungsgebiete bekomme, weil diese ganz andere Planungszyklen haben.

Ob man privaten Investoren vorschreiben könne, sich auch um die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu kümmern, fragte Moderator **Kerbler** nach. Johannes **Hohenauer** bevorzugte eine Alternative. „Gesetze werden wenig nützen. Wir müssen gute Anreize setzen. Wenn es die richtigen Anreize sind, werden gescheite Dinge entstehen.“ Richard **Klinger** zeigte sich skeptisch. „Ich glaube nicht an die heilende Kraft der freien Wirtschaft, die plötzlich die große Liebe zu pflegebedürftigen Menschen entwickelt und von sich aus tätig wird. Ich glaube sehr wohl, dass gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden sollten.“ Genossenschaften hießen nicht umsonst gemeinnützig, dies dürfe sich nicht auf Wohnraum beschränken. „Ein gewisser Prozentsatz sollte Ressourcen schaffen für gemeinschaftsbildende, und damit gesundheitsfördernde Strukturen.“

Monika **Purschke** begrüßte diesen Zugang. „Die Kommune hat die Aufgabe regulativ in den Wohnungsmarkt einzugreifen. Wo das nicht passiert, ist die Wohnungsnot um ein Vielfaches höher als in Wien.“ Das Instrument des städtebaulichen Vertrags der Stadt Wien definiere für Investoren, zu welchem Anteil soziale Einrichtungen an die Stadt abgetreten werden müssen. Überdies gebe es auch die Möglichkeit, eine Gemeinnützigkeit bereits in der Widmung zu verankern, ergänzte Magdalena **Maierhofer**. „Man muss die Pflege in die öffentliche Hand nehmen, sonst verliert man ganz viele Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich, wie das im großen Stil in Deutschland im Moment passiert.“ Peter **Schwehr** kam auf *Caring Communities* zurück. „Spannend finde ich, wie man diese initiieren und am Leben erhalten kann. Mich würde besonders die Multiplikation interessieren, also wie wir *Caring Communities* auch in die Breite bringen.“



Richard **Klinger** strukturierte in einem Zwischenfazit verschiedene Zugänge. „Es geht nicht darum, das eine durch das andere, oder die professionelle Pflege ganz zu ersetzen, diese werden wir immer brauchen im Falle einer hohen Pflegestufe. Unser Thema ist, ein Setting zu finden, mit dem wir den Zeitraum verlängern, bis eine professionelle Pflege überhaupt erst erforderlich wird. Also eine inklusive gesunde Gesellschaft zu schaffen, die die Zeiträume bis zur Pflegebedürftigkeit streckt.“

Caring Communities – Gesundheitsförderung durch Gemeinschaftsbildung

Im sardinischen Dorf Perdadefogou leben seit Generationen global die meisten über 100-jährigen Menschen. „Eine Soziologengruppe ist zum Ergebnis gekommen, die Menschen leben dort nicht nebeneinander, sondern füreinander, ohne je von Caring Communities gehört zu haben,“ so Michael **Kerbler**. „Es geht in erster Linie darum, dass man teilhaben kann, dass man wahrgenommen wird, und dass man nicht vereinsamt,“ unterstrich Richard **Klinger** und appellierte an die Politik. „Es müsste wieder erlaubt sein, von Solidarität zu sprechen, anstelle dieser Spaltung der Gesellschaft.“

Gemeinschaftliche Aktivitäten können initiiert werden, so Magdalena **Maierhofer**. „Die gemeinwesenorientierte Gesundheitsförderung arbeitet genau da. Sie schaut, wo liegen Potenziale, um Leute zusammenzubringen. Die Frage ist, wie viel ist uns die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung wert? Im Moment buttern wir sehr viel in die Versorgung rein, mit Prävention oder besser mit Gesundheitsförderung könnten wir sehr viel für alle Menschen abfedern, nicht nur für pflegebedürftige.“ Um das Community Care Moment im Prozess der Stadtentwicklung zu verankern, brauche es ein neues Instrument, betonte Monika **Purschke**. „Aus meiner Sicht braucht es eine Körperschaft, einen Träger, der das bespielt, das kann der bebaute Raum nicht erfüllen. Die Idee von Genossenschaften, gemeinnütziger Bauträger oder Körperschaften wäre ein Instrument.“

Drivers of Change – und viele kleine Hebel

Was häufig fehle, sei das Denken in die Zukunft, so Peter **Schwehr**. „The Drivers of Change, also Klimawandel, KI und Demographie, müssen bewusst in die Planung einfließen, damit wir Masterpläne haben, die schnell reagieren können und keine Dinosaurier sind. Hier wäre die Gesetzgebung gefordert, flexiblere Zonenpläne und Reglements zu haben und in Szenarien der Zukunft zu denken.“ Johannes **Hohenauer** rekapitulierte die Frage nach dem Hebel zur Transformation. „Die Frage ist gefährlich. Es sind sehr viele kleine Hebel, die wir zum Teil noch gar nicht kennen. Diese Resilienz, die Offenheit in der Planung, das erfordert viel Mut und kostet Geld.“

Ein kleiner Hebel könnte die soziale Verschreibung sein. „Wenn man Gesundheit mit all ihren sozialen Dimensionen versteht, dann ist ein Gesundheitszentrum keine isolierte Insel. Sie arbeitet im besten Fall eng mit anderen Institutionen zusammen. Nach englischem Vorbild wird in Österreich ein Pilotprojekt umgesetzt. Ist ein Patient einsam, verschreibt der Arzt keine Medikamente, sondern Theaterkarten,“ so Magdalena **Maierhofer**. Dies erfordere viel Netzwerkarbeit, egal ob mit Verein, Tanzgruppe oder Wirtshaus. „Wenn man Gesundheitsvorsorge so versteht, sind wir bei einer völlig anderen Typologie. Dann hat ein Gesundheitszentrum mehr mit einem Wirtshaus als mit einem Krankenhaus zu tun.“



Johannes **Hohenauer** ergänzte. „Wir fördern Leistung, tun aber nichts für die Vernetzung, daran krankt unser Gesundheitssystem. Tabletten bekommen wir bezahlt, der depressive Mensch wird aber nicht von der Tablette gesund, sondern vom Zwischenmenschlichen – in diese Kontexte müssen wir investieren.“ Leere Wirtshäuser und Kirchen am Land finde er höchst problematisch. „Wir müssen etwas tun, damit die Gemeinschaft wieder gelebt wird, von allein passiert das nicht.“ Nachbarschaft hänge immer von Funktion ab, so Peter **Schwehr**. „Wir leben in einer Zeit von Lieferservice und Home Office und brauchen keine Nachbarn mehr. Vermeintlich! Irgendwann kippt das, wenn ich sozial isoliert bin. Einerseits brauche ich niemanden, andererseits aber doch, weil ich Mensch bin. Dieses Dilemma müssen wir lösen. Loneliness Labs in England hätten schon jetzt eine extrem wichtige Funktion in der Bevölkerung dort.“

Zeit als kritischer Faktor?

Ein weiterer Hebel könnten Modelle wie die St. Galler Zeitbank sein. „Ehrenamtlich geleistete Stunden werden geparkt, und die Menschen wissen, dass sie später auch davon profitieren können,“ so Peter **Schwehr**. Johannes **Hohenauer** begrüßte dies. „Das St. Galler Modell halte ich für sehr intelligent, Anreize bewirken mehr als verordnete Regeln.“ Richard **Klinger** gab jedoch den Föderalismus zu bedenken. „Das Geld, das eine Hand durch Anreize spart und nicht hergibt, das ist alles unser Geld, nicht das Geld der Krankenkasse. Die Idee wäre also, die freien Ressourcen dort hineinzupumpen, wo sie die Gemeinschaft fördern.“

Magdalena **Maierhofer** wies auf den Nachteil einer Zeitbank hin. „Wenn ich Pflege individualisiere mit einer Stundenbank, bin ich total gefährdet, wieder in eine ungleichheitsverstärkende, verhaltensorientierte Maßnahme zu gelangen.“ Gesundheitschancen seien jetzt schon sehr ungleich verteilt und oftmals sehr schlecht aufgrund von Armut, Unsicherheit, Stress und Überlastung. Allein das müsse für die Politik genug Anreiz sein, „öffentliches Geld in die Prävention zu stecken und die Gesundheit nicht weiter zu individualisieren.“ Peter **Schwehr** relativierte. „Wenn wir wollen, dass dieses Thema überhaupt einmal auf das Tablett kommt, ist das ein Zusatz. Natürlich kann es den Staat nicht von seiner Verpflichtung entlasten, das wollen wir auch gar nicht, aber als Zusatz bin ich völlig konform mit dem Anreizsystem.“ „Es muss eine Kombination vieler Wege sein, dann werden wir auch Erfolg haben,“ fasste Johannes **Hohenauer** zusammen.

Mit gemeinschaftsbildenden Maßnahmen in die Gesundheitsförderung zur frühzeitigen Prävention von Demenz und Depression zu investieren, um somit in der Behandlung von Demenz Ausgaben zu sparen, sei volkswirtschaftlich natürlich ein Gewinn, so Andreas **Frauscher**, Architekt und CEO von Architects Collective. Institutionen mit konkretem Vorteil aus diesen Maßnahmen, also die Krankenkassen, seien aber nicht jene, die das gesparte Geld wiederum in gemeinnützige Einrichtungen reinvestieren. „Ein Gefäß spart sich Geld, aber das Geld geht nicht in ein anderes Gefäß, um die Maßnahme zu finanzieren. Wie kommt also die Ersparnis in die richtigen Kanäle, damit die gesundheitsfördernden, sozialen Maßnahmen auch umgesetzt werden?“ Dies sei ein Problem des Föderalismus, der Zersplitterung des gesamten Gesundheits- und Pflegesystems in Österreich.



Fazit: Von Zwischenmenschlichkeit und Solidarität

In der Schlussrunde bat Moderator Kerbler um die Formulierung konkreter Schritte. In die Vernetzung mit konkreten Sozialleistungen zur Förderung der Zwischenmenschlichkeit sei zu investieren – im Sinne des fünften Gesundheitsgebots, dafür plädierte Johannes Hohenauer, die gesundheitsfördernde Wirkung sei längst bewiesen. Christian-Thomas Kari untermauerte die frühzeitige Sensibilisierung für Menschen mit Pflegebedürfnissen. „Das muss von der Politik mit geförderten Bildungsprojekten verankert werden.“ Auch Purschke adressierte die Politik. „Mit würde es schon reichen, wenn der Respekt und das Zuhören gelingt.“

„Das Linkworking, also das Zusammendenken von Gesundheitspflege und sozialer Infrastruktur ist ein ganz wichtiger Punkt. Wir brauchen auf kommunaler Ebene eine Kultur der integrierten Gesundheits- und sozialen Infrastrukturplanung,“ rekapitulierte Magdalena Maierhofer. Alle Player in der Planung frühzeitig zu vernetzen, sei das kritische Moment. „Ob das ein Gesundheitszentrum, das Wirtshaus oder die Pfarre ist, spielt keine Rolle. Ohne soziale Orte wird das Zusammenleben nicht funktionieren.“ Peter Schwehr formulierte schärfer. „Ich will fordern! Wie es in jeder Stadt Rathäuser gibt, müsste es auch Gemeinwohl orientierte Nachbarschaftszentren geben, die als Inkubatoren für Netzwerke dienen. Das betrifft nicht nur die Gebäude selbst, sondern auch das, was außerhalb passiert.“ Richard Klinger rundete die Diskussion zuletzt ab. „Ich würde mir wünschen, dass wir wieder als Gemeinschaft leben. Dass wir Solidarität leben und lernen, wie man beitragen kann, damit es ein gedeihliches Miteinander gibt – ganz egal, wer gerade welche Bedürfnisse hat.“



Architects Collective wurde 2006 von Richard Klinger, Andreas Frauscher und Kurt Sattler gegründet, seit 2023 ergänzt Gesamtprokuristin Sonja Paar-Tschuppik die Geschäftsleitung. Das Wiener Büro ist mit rund 40 Mitarbeiter:innen im Bereich Gesundheits-, Wohn-, Gewerbe- und Industriebauten tätig, die Partner:innen haben eine über 30-jährige Expertise im Bereich Masterplanung, Generalplanung und Projektleitung aller Leistungsphasen für Gesundheitsbauten in Österreich, Deutschland und darüber hinaus. Das Büro ist seit 2022 gemeinsam mit F+P Architekten und SWAP Architektur Mitbegründer und Partner von AHA, Austrian Healthcare Architects.

Vlnr: Johannes Hohenauer, Christian-Thomas Kari, Magdalena Maierhofer, Monika Purschke, Peter Schwehr, Richard Klinger, Michael Kerbler

audacity architecture talks ist ein transdisziplinärer Dialog an der Schnittstelle von Architektur und Gesellschaft zur Förderung des Gemeinwohls und wurde 2021 von Architects Collective gegründet.

Rückfragehinweis

Mag. Brigitte A. Oettl, MAS

+43 699 142 70 555, brigitte.oettl@ac.co.at, www.ac.co.at/talk23