



# Barrierefreies Bauen

## tirol kliniken-Standard

**1. Fortschreibung Oktober 2011**

erarbeitet von der

**tirol kliniken Arbeitsgemeinschaft für barrierefreies Bauen**

*(genehmigt in der 545. VOSI am 8.11.2011)*

**Hinweis für Betroffene, Interessierte und AuftragnehmerInnen der Tirol Kliniken GmbH.:**

Am 8.5.2006 wurde in der 340. Vorstandssitzung der „TILAK-Standard Behindertengerechtes Bauen“ vom damaligen TILAK-Vorstand für verbindlich erklärt.

Bereits anlässlich der Übergabe des Entwurfes am 22.3.2006 wurde die tirol kliniken-Arbeitsgemeinschaft für Behindertengerechtes Bauen vom Vorstand für permanent erklärt und gebeten, die stets notwendigen Fortschreibungen zu übernehmen.

Das vorliegende Dokument ist die **1. Fortschreibung**.

**Die wesentliche Änderung der Fortschreibung gegenüber der 1. Fassung:**

**Vom Behindertengerechten zum Barrierefreien Bauen.**

Stand: 25.10.2018

## Inhaltsverzeichnis

1. Präambel – Selbstverständlich Barrierefrei .....	3
2. Die ARGE „Barrierefreies Bauen“ an den tirol kliniken.....	3
2.1. Zwischenbericht .....	3
2.2. Entwicklung – wichtige Entscheidungen und Daten .....	5
2.3. Ständige Mitglieder der ARGE.....	6
2.4. Arbeitsweise der ARGE .....	7
2.5. Allgemeines.....	7
2.6. Betroffene .....	8
2.7. Bauliche Barrieren und Behinderung.....	9
2.8. Leitsätze .....	10
3. Planungsgrundlagen.....	11
3.1. Einleitung .....	11
3.2. Gesetzliche Bestimmungen.....	12
3.3. Behindertengerechtes Bauen – NORMEN .....	12
3.4. Verbindliche Planungsrichtlinien .....	13
3.5. Umsetzung .....	18
4. Nachwort.....	19

## 1. Präambel – Selbstverständlich Barrierefrei

**Behindertengerechtes, pflegerechtes, altengerechtes – kurz gesagt: barrierefreies – Entwickeln, Planen und Bauen ist eine wichtige Voraussetzung für die Integration und eine möglichst eigenständige Lebensführung behinderter und alter Menschen.** Dies gilt auch, und gerade besonders für Krankenhäuser. Hier sind Menschen oft mit Behinderungen konfrontiert, die nur vorübergehend sind, an die die Betroffenen also nicht gewohnt sind und mit denen deshalb umso schwerer umgegangen werden kann. Aber nicht nur Behinderte und alte Menschen können betroffen sein. Ein barrierefreier Zugang zu einem Gebäude muss beispielsweise auch für Personen mit Kinderwägen möglich sein.

Betrachtet man die demographische Entwicklung der nächsten Jahre und Jahrzehnte dann wird klar, dass barrierefreies Planen und Bauen schon jetzt eine zwingende Notwendigkeit ist.

Barrierefrei bedeutet: ALLE Menschen, auch jene mit Einschränkungen oder verringerten Fähigkeiten sollen sich weitestgehend unabhängig bewegen können.

Barrierefreies Planen und Bauen darf keine Sonderausstattung darstellen – es muss die Grundlage für die Gestaltung des Miteinanderseins darstellen. Funktionalität muss im Vordergrund stehen, der Mensch muss in all seinen möglichen Lebenssituationen und -umständen im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

Unser gemeinsames Ziel muss daher sein, dass barrierefreies Planen und Bauen zum Selbstverständnis für alle wird. Die Arbeitsgemeinschaft für Barrierefreies Bauen an den tirol kliniken soll auf dem Weg dorthin begleiten und unterstützend tätig sein. Es war uns daher besonders wichtig, Betroffene und ExpertInnen auch außerhalb der tirol kliniken in diese Arbeit einzubinden.

## 2. Die ARGE „Barrierefreies Bauen“ an den tirol kliniken

### 2.1. Zwischenbericht

Die ARGE ist im Jahr 2003 aus einem konkreten Anlass (Diskriminierung von Behinderten wegen inadäquater Nasszellen im Patientenzimmer im damals neuen Medizinentrum Anichstraße) entstanden. Ihre Arbeitsphilosophie war in den Anfangsjahren durch die notwendige Behebung festgestellter Mängel (insbesondere in Bestandsbauten), durch den „Aufbau“ notwendiger Sensibilität für „Behindertenanliegen“ innerhalb der tirol kliniken und – ganz besonders – ihrer AuftragnehmerInnen und die vorausgehende Prüfung von Bauprojekten bestimmt.

Diese Zielsetzung konnte weitgehend und glaubwürdig erfüllt werden und ist vor allem der (ehrenamtlichen) Mitwirkung der Vertreter von „Behindertenverbänden“ zu verdanken.

Der erste und weithin anerkannte Standard nennt sich noch „TILAK-Standard Behindertengerechtes Bauen“.

Dieser Standard und die verbindliche Mitwirkung der ARGE bei Bauprojekten sind darauf zurückzuführen, dass sich die tirol kliniken der besonderen Verpflichtung und Vorbildwirkung von Krankenhäusern hinsichtlich der „Behindertengerechtigkeit“ bewusst ist.

**„Behindertengerechtigkeit“ ist aber noch nicht alles, was es zu erreichen gilt!**

Zum einen, weil der Begriff eher Anpassung (an Bedürfnisse bestimmter Gruppen), Reparatur, „Defensive“ bedeutet und assoziiert. Das Stehenbleiben bei der Wegmarke „Behindertengerechtigkeit“ wäre aber auch aus Sicht systematischer, grundsätzlicher Umsetzung und auch ihrer betriebswirtschaftlichen Konsequenzen problematisch.

Zum anderen, weil – gerade in Krankenhäusern – „die Behinderungen“ äußerst vielfältig zum Ausdruck kommen: von Geburt an und chronisch, also immerwährend, dann vorübergehend – im Zusammenhang mit Unfallfolgen oder Krankheiten. Dann als Konsequenz einer Lebenssituation – etwa Schwangerschaft, Alter usw. So wie Medizin und Pflege muss auch „Planen, Bauen und Betreiben“ auf diese Entwicklungen eingehen.

Zum Dritten: in Bezug auf die Kosten ist es sicher vorteilhafter, von vornherein möglichst alle Formen eingeschränkter Sinne und Mobilität grundsätzlich zu berücksichtigen und nicht – teils nachträglich – als notwendig erkannte oder gesetzlich vorgeschriebene Einzelmaßnahmen koordinieren und teuer umsetzen zu müssen.

Die Notwendigkeit und Vorteilhaftigkeit dieses nächsten Schrittes kommt schon in den geltenden „Standards“ öfters zum Ausdruck. Etwa: „Funktionalität muss im Vordergrund stehen, der Mensch muss in all seinen möglichen Lebenssituationen und –umständen im Mittelpunkt der Überlegungen stehen“. Oder: „barrierefreies Planen und Bauen darf keine Sonderausstattung darstellen – es muss die Grundlage für die Gestaltung des Miteinander darstellen“.

Damit ist der nächste Schritt für die vom tirol kliniken-Vorstand geforderte Fortschreibung des „Standards“ schon ausgedrückt:

***Von der notwendigen „Behindertengerechtigkeit“ zur grundsätzlichen Barrierefreiheit in den Krankenhäusern der tirol kliniken.***

Noch sind nicht alle „Reparaturen im Sinne der Behindertengerechtigkeit“ erledigt. Es gibt noch immer Vorstellungen in den Köpfen, wonach die Frage (angeblicher) Kosten, der Ästhetik, usw. Vorrang vor dem generellen Abbau bzw. „Nichtbau“ von Barrieren hätten. Dies gilt nach Meinung der ARGE auch in Richtung des noch vorhandenen Vorranges

des Denkmalschutzes vor Anforderungen des Gleichstellungsrechtes. Es bestehen immer noch Vorstellungen, die noch am Eingehen auf genau definierbare, quasi singuläre Behinderungen basieren. Das ist jedoch für einen engagierten Krankenhausträger zu wenig. Sowohl aus humanitärer wie auch aus wirtschaftlicher Sicht. Generelle Behindertengerechtigkeit – also Barrierefreiheit – heißt das Motto.

## 2.2. Entwicklung – wichtige Entscheidungen und Daten

Die erste Sitzung der Arbeitsgemeinschaft fand am 19.11.2003 statt. Die damaligen anwesenden Mitglieder der ARGE waren (alphabetisch):

- RegRat Helmut Auer, (seinerzeit) Verwaltungsdirektion LKI
- RegRat Georg Leitinger, Österr. Zivilinvalidenverband, Landesstelle Tirol
- Ing. Günter Pfaringer, Sicherheitstechnischer Dienst LKI
- Dr. Christine Schaubmayr, MBA, (seinerzeit) Pflegedirektorin LKI
- DI Herwig Singer, (seinerzeit) TILAK Abteilung Bau und Technik
- DI Herbert Steffan, TILAK Abteilung Bau und Technik
- Prof. DDDr. Peter Steiner, (seinerzeit) TILAK Betriebsorganisation und Recht
- Ing. Mag. Gerhard Mayer, M.Sc., TILAK Betriebsorganisation und Recht
- (entschuldigt) HR Prof. Dr. Helmut Madersbacher, (seinerzeit) Ärztlicher Direktor LKI

Am 8.5.2006 wurden die erarbeiteten Standards vom damaligen TILAK-Vorstand Dr. Herbert Weissenböck für verbindlich erklärt.

Die Arbeitsgemeinschaft wurde für „permanent“ erklärt und die Mitglieder um deren weitere Mitwirkung gebeten. Information und Öffentlichkeitsarbeit: unmittelbar nach Verbindlichkeitserklärung wurden zuerst das Bundessozialamt – Landesstelle Tirol und in der Folge zahlreiche weitere Institutionen und Interessierte durch Veranstaltungen informiert. Über die Wirtschaftskammer Tirol und die Kammer für Architekten und Ingenieurkonsulenten für Tirol und Vorarlberg steht das Wissen um die tirol kliniken-Standards auch deren (auftragnehmenden) Mitgliedern zur Verfügung.

Begleitet wurden die Informationsveranstaltungen durch Beiträge in den Medien der tirol kliniken.

### Integration der ARGE in die Bemühungen der Stadt Innsbruck:

Auf Ersuchen des tirol kliniken-Vorstandes entsandte der Stadtmagistrat am 7.12.2005 Herrn Ing. Martin Exenberger in die ARGE (mit Sitz und Stimme).

### Einbeziehung hörbehinderter Menschen:

Auf Ersuchen der ARGE wirkt seit 16.07.2009 Herr Mag. Paul Steixner, Tiroler Landesverband der Gehörlosenvereine, mit.

Zu den Sitzungen der ARGE werden je nach Thema externe Fachleute und speziell Interessierte eingeladen. So etwa Land Tirol, Universitäten, Bundessozialamt usw.

Dies galt besonders für die beiden ARGE-Tagungen (Kاونertal 13.8.2007) und Schwaz (18.11.2009). Diese dienten der grundsätzlichen Reflexion und der eingehenden gegenseitigen Information.

Aufgrund der intensiven Zusammenarbeit mit verschiedenen Bereichen fungiert die ARGE mittlerweile auch als Informationsdrehscheibe.

### 2.3. Ständige Mitglieder der ARGE

tirol kliniken (alphabetisch):

- Mag. Stefan DEFLORIAN                      Vorstandsdirektor
- Mag. Gerhard MAYER, MSc                      Bauliches Infrastrukturmanagement
- Dr. Hannes MOSER (Vorsitz)                      Bauliches Infrastrukturmanagement
- DI Alois RADELSBÖCK                      Bau und Technik

Landeskrankenhaus Innsbruck (alphabetisch):

- Dr. Alexandra KOFLER, MSc                      Ärztliche Direktorin
- Dipl.KH-Bw. Franz MANNBERGER, MBA                      Pflegedirektor
- Ing. Günter PFARINGER                      Sicherheitstechnik
- Dr. Ansgar RUDISCH                      Univ.-Klinik für Radiologie
- Prof. DDDr. Peter STEINER                      Verwaltungsdirektor
- Christine SCHÖPF                      LKI Behindertenvertrauensperson

Externe Berater (alphabetisch):

- Michael BERGER                      BSVT
- Ing. Martin EXENBERGER                      Stadt Innsbruck
- RegRat Georg LEITINGER                      ÖZIV
- Dr. Lothar MÜLLER
- Mag. Günther PORTA                      Gerichtlich zertifizierter SV
- Mag. Paul STEIXNER                      Tiroler Landesverband der Gehörlosenvereine
- Ing. Mag. Peter WEILER                      Projekt stufenlos des MFI

## 2.4. Arbeitsweise der ARGE

1. Bei den bisherigen 25 **Sitzungen** (Stand September 2017) wurden aktuelle Vorhaben vorgestellt und auf ihre (bisher) „Behindertengerechtigkeit“ untersucht. Dadurch werden wertvolle neue Erkenntnisse gewonnen, die permanent Berücksichtigung finden (von Vorgaben über Zahl von Nasszellen bis hin zur Optimierung von Liften, Einbau von induktiven Hörsystemen usw.). Besonders hier besteht die Möglichkeit, neueste technische Entwicklungen kennenzulernen.
2. Im Rahmen der Sitzungen finden zumeist **Besichtigungen vor Ort** statt. Diese gelten sowohl Verbesserungsplanungen im Altbestand wie auch neuen Bauprojekten (z.B.: Prüfung von Modellen der Nasszellen/Kinderzentrum, Entwicklung spezifischer optischer Signale,...).
3. ExpertInnen der ARGE sind in zunehmendem Ausmaß auch in „**Untergruppen**“ tätig – beispielsweise bei der Entwicklung akustischer Leitsysteme im LKI.
4. Eine „**Umsetzungsgruppe**“ unter Führung der Stabsstelle Sicherheitstechnik sorgt dafür, dass Vorschläge (z.B.: Baustellenabsicherungen, Markierungen,...) möglichst rasch realisiert werden.
5. Permanente **Zusammenarbeit mit der Stadt Innsbruck**.
6. Das **Bundessozialamt** – Landesstelle Tirol wird über die Tätigkeit der ARGE laufend informiert und leistet wertvolle Information und Unterstützung.
7. Im Zusammenhang mit der ARGE-Tagung 2009 in Schwaz wurde auch über die **Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Innsbruck** beraten. Durch den Einbezug neuester medizinischer Entwicklungen und Erkenntnisse (z.B.: Geriatrie, Altersfrakturen) kann die Arbeit der ARGE eine weitere „Qualität“ erfahren.

## 2.5. Allgemeines

Die in diesem Papier angeführten Leitlinien beschränken sich aus Gründen der Übersichtlichkeit auf jene Grundinformationen, die von primärer Wichtigkeit sind. Sie sollen eine Ergänzung darstellen und sind keinesfalls ein Ersatz für geltende einschlägige Gesetze, Normen und Richtlinien auf diesem Gebiet.

Am 13. August 1997 wurde der sog. Antidiskriminierungsparagraph im Art. 7 Abs. 1 der Österreichischen Bundesverfassung aufgenommen. Anlass dazu war eine Petition an den Nationalrat, die damals von den Abgeordneten Walter Guggenberger und Peter Kostelka durchgesetzt wurde. Damit soll allen Menschen mit deren spezifischen Fähigkeiten der Zugang zur gebauten Umwelt möglich gemacht werden.

**Art.7 Abs.1 Bundesverfassungsgesetz:**

*Alle Bundesbürger sind vor dem Gesetz gleich. Vorrechte der Geburt, des Geschlechtes, des Standes, der Klasse und des Bekenntnisses sind ausgeschlossen. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Die Republik (Bund, Länder, Gemeinden) bekennt sich dazu, die Gleichbehandlung von behinderten und nicht-behinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens zu gewährleisten.*

Für die Umsetzung dieses Verfassungsartikels – also die Integration und die Ermöglichung einer weitestgehend eigenständigen Lebensführung behinderter und alter Menschen – ist **barrierefreies Planen und Bauen eine Grundvoraussetzung!**

Das auf einer EU-Richtlinie basierende Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, das Bundes-Behinderteneinstellungsgesetz, das Landes-Antidiskriminierungsgesetz sowie das Landes-Gleichbehandlungsgesetz (Behindertenförderungsgesetz) haben diesen Verfassungsartikel in der Folge konkretisiert und auch einklagbar gemacht.

Wie in der Einleitung bereits dargestellt, legt die Vielzahl verschiedener Behinderungen den Weg zur grundsätzlichen Barrierefreiheit nahe. Mag sich auch der Erkenntnisstand permanent verändern – Planungs- und Umsetzungsgrundsatz muss danach das Erreichen von Hindernisfreiheit für alle sein. Dieser Funktion sind Fragen der Ästhetik oder des Denkmalschutzes unterzuordnen.

Krankenhäuser sind aufgrund der hohen Zahl von temporär Behinderten ein besonderer Katalysator für den Grundsatz der Barrierefreiheit. Sie können anderen Einrichtungen wichtige Planungshinweise dafür bereitstellen und so eine hohe humanitäre und auch betriebswirtschaftlich wichtige Vorbildfunktion einnehmen.

In diesem Zusammenhang sei auch auf die Entwicklung der Betroffenenzahlen nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz (Sozial- und Jugendwohlfahrtsbericht 2009/2010 Land Tirol, S. 58 ff), auf die „Lebensspanne mit Beeinträchtigungen 2001-2008“ (S. 7, ebd.) hingewiesen.

Der „Behinderungsbegriff“ der ARGE umfasst auch jene, die – etwa altersbedingt – „auf dem Weg zu Einschränkungen“ befindlich sind.

## 2.6. Betroffene

In Österreich sind – nach dem Behindertenbericht der Österreichischen Bundesregierung 2007 – rund 1,7 Mio. Menschen (also ca. jede/r Fünfte) dauernd von zumindest einer Art von körperlicher Beeinträchtigung betroffen (Mikrozensususerhebung Statistik Austria).

Unterschieden werden:

- Bewegungsbehinderungen
  - Gehbehinderungen
  - Arm-/Handbehinderungen
  - Wachstumsbehinderungen
  - Rollstuhlfahrer
- Sinnesbehinderungen
  - Sehbehinderungen
  - Blindheit
  - Hörbehinderungen
  - Gehörlosigkeit
- Sprechbehinderungen
- Chronische Krankheiten
- Psychische Behinderungen
- Lernbehinderungen (intellektuelle Behinderungen)
- Mehrfachbehinderungen (auch geistig und körperlich)

Alle mit einer Vielzahl unterschiedlicher Graduierungen.

Betroffen sind:

- Alle Altersgruppen

Zudem ist ein höheres Lebensalter oft mit einem Mobilitätsverlust und mit Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens verbunden.

Gerade ein Krankenhaus wird jedoch nicht nur von Personen mit dauernden Behinderungen frequentiert. Viele PatientInnen sind durch Unfall oder Krankheit temporär behindert!

## 2.7. Bauliche Barrieren und Behinderung

Bauliche Barrieren verhindern oder erschweren allzu oft den Zugang zur öffentlichen Umwelt. Barrieren und Hindernisse sind Resultate von Planungen, in deren Mittelpunkt ein *fiktiver Norm-Mensch* steht. Dieser ist jung, gesund, leistungsfähig und im Stande, sich der gebauten Umwelt anzupassen. Aus diesem Blickwinkel betrachtet,

stellen bauliche Barrieren (Stufen, Steigungen über 6%, zu schmale Türen und Durchgänge,...) die eigentlichen Behinderungen dar. Davon betroffen sind aber nicht nur „behinderte“ Menschen sondern auch

- Personen mit Kleinkindern und Kinderwägen,
- schwangere Frauen,
- Personen mit Lasten,
- die Mehrzahl älterer Menschen,
- Kinder,

nämlich dann, wenn sie auf Hindernisse stoßen, die sie mit den eigenen Mitteln nicht bewältigen können.

## 2.8. Leitsätze

### **Barrierefrei heißt menschen(ge)recht:**

Es sollen keine Sonderlösungen krampfhaft gesucht werden, es gilt grundsätzlich barrierefrei zu planen und zu bauen. Die Benutzbarkeit und Zugänglichkeit der öffentlichen Umwelt muss für alle gewährleistet sein. Mit barrierefreiem Bauen kann man auch Unfälle und damit Behinderungen vermeiden. Nicht nur Minderheiten, sondern alle Menschen profitieren von Barrierefreiheit.

### **Rechtzeitige Berücksichtigung hilft Kosten sparen:**

Umdenken (und von vornherein barrierefrei bauen) ist billiger als umbauen. Barrierefreiheit schafft zudem Selbständigkeit und kann so möglicherweise andere Aufwendungen verringern (z.B. Pflegeaufwand).

### **Koordination und Kooperation sowie Einbeziehung der Erfahrung ist äußerst wichtig:**

Die Einbindung von Betroffenen und von involvierten Stellen und deren Know-how sowie des „Umfeldes“ (z.B. Standortgemeinde) ist von zentraler Bedeutung.

### **Ethik vor Ästhetik:**

Die schönsten Gebäude nützen nichts, wenn sie nicht von allen benutzt werden können. Gleichzeitig muss jedoch auch versucht werden, Ethik und Ästhetik miteinander zu verbinden.

### **Einstellung:**

Die Barrieren im Kopf sind oft größer als die baulichen Barrieren. Solche Barrieren blockieren Kreativität, Phantasie und das Einbeziehen von Betroffenen.

### 3. Planungsgrundlagen

#### 3.1. Einleitung

Nichtbehinderte Mitmenschen können sich in ihren Bewegungen meist den baulichen Gegebenheiten gut anpassen. Behinderte Menschen, insbesondere Personen mit Bewegungseinschränkungen sind oft auf Mobilitätshilfen angewiesen. Diese ermöglichen jedoch nur dann die Fortbewegung, wenn auch die baulichen Voraussetzungen gegeben sind. Aus der Verwendung von Hilfen (Gehstock, Krücke, Rollstuhl,...) leiten sich bereits Dimensionen ab, die berücksichtigt werden müssen. Körperbehinderte Menschen bedürfen meist ein Mehr an Bewegungsflächen durch die Verwendung von Hilfen.

Barrierefreies Planen für Krankenhäuser bedeutet: es gilt die u.a. „Mindestanforderungen“ generell, d.h. bei jeder Planung und integriert zu berücksichtigen. „Integriert“ heißt: beide Bereiche – Mobilität und Sinneseinschränkungen – sind gleichermaßen zu bedenken.

Seitens der Planung ist auch auf die Erfordernisse des Krankenhauspersonals und auf dessen großes Wissens- und Erfahrungspotenzial einzugehen.

Je nach Art der Behinderung gibt es jedoch einige Mindestanforderungen, die bei Krankenhausbauten berücksichtigt werden müssen:

#### **Mobilität:**

- kurze Wege zu besonders wichtigen Infopoints
- normgerechte Handläufe bei Stufen, Stiegen und Rampen
- Ruhemöglichkeiten
- griffige Bodenbeläge
- breite Gehwege
- keine Stufen
- Niveauunterschiede max. 3 cm
- ausreichende Breite von Türen und Durchgängen
- gut erreichbare Bedienungselemente
- Unterfahrbarkeit von Tischen und Waschbecken

#### **Sinneseinschränkung:**

- Trennung von Fahr- (auch Radfahr-) und Gehwegen
- klar strukturierte Gebäude
- gute Belichtung und Beleuchtung (blendfrei)

- gute Akustik in Gebäuden
- visuelle Kontraste
- Vermeidung von Hindernissen, die in den Gehbereich ragen
- Ergänzung visueller Informationen durch taktile und akustische Informationen
- Taktile Leitsysteme
- gut erreichbare und sichtbare Info- und Assistenzpunkte

### 3.2. Gesetzliche Bestimmungen

Alle Bauangelegenheiten unterliegen grundsätzlich der Gesetzgebung des jeweiligen Bundeslandes. An einer österreichweiten Harmonisierung der einzelnen Bestimmungen wird derzeit gearbeitet.

Folgende Bereiche sind zu berücksichtigen:

- Bundesgesetze (Behindertengleichstellungsgesetz,...)
- Landesgesetze (TBO,...)
- Verordnungen
- Normen (ÖNORM, DIN,...)
- Richtlinien
- Merkblätter/Verarbeitungsrichtlinien

### 3.3. Behindertengerechtes Bauen – NORMEN

#### ÖNORM A 3012

Visuelle Leitsysteme für die Öffentlichkeitsinformation

Orientierung mit Hilfe von Richtungspfeilen, graphischen Symbolen, Text, Licht und Farbe

Bei Aufrufsystemen soll auch eine optische Variante (v.a. für Gehörbehinderte) eingesetzt werden.

#### ÖNORM B 1600

Barrierefreies Bauen; Planungsgrundsätze

#### ÖNORM B 1601

Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen, Planungsgrundsätze

#### ÖNORM B 2607

Spielplätze - Planungsrichtlinien

### **ÖNORM V 2102-1**

Technische Hilfen für sehbehinderte und blinde Menschen, Taktile Bodeninformationen - Teil 1: Für Wege in Baulichkeiten und im öffentlichen Raum bei Fahrgeschwindigkeiten bis max. 80 km/h

### **ÖNORM V 2104**

Technische Hilfen für blinde, sehbehinderte und mobilitätsbehinderte Menschen - Baustellen- und Gefahrenbereichsabsicherungen

### **ÖNORM V 2105**

Technische Hilfen für sehbehinderte und blinde Menschen, tastbare Beschriftungen

### **ÖNORM EN 81-70**

Sicherheit für die Konstruktion und den Einbau von Aufzügen - Teil 70: Besondere Anwendungen für Personen- und Lastenaufzüge - Zugängigkeit von Aufzügen für Personen, einschließlich Personen mit Behinderung

### **ÖNORM EN ISO 16201**

Technische Hilfen für behinderte Menschen - Anforderungen und Prüfverfahren für Umgebungs-Steuerungssysteme

### **ISO/TR 9527**

Building construction – Needs of disabled people in buildings – Design guidelines

### **DIN 18024-1**

Bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich – Planungsgrundlagen Straßen, Plätze und Wege, soweit sich dadurch keine Einschränkung der zur Anwendung gelangenden ÖNORMEN (B1600, B1601, B1602, etc.) ergibt.

### **DIN 18024-2**

Bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich – Planungsgrundlagen öffentlich zugängliche Gebäude

## **3.4. Verbindliche Planungsrichtlinien**

(aufbauend auf Erkenntnissen der Arbeitsgemeinschaft für barrierefreies Bauen der tirol kliniken<sup>1</sup>)

### **1. Anzahl und Art behindertengerechter Nasszellen:**

Bei Neubauten und Umbauten/Sanierungen von Stationsbereichen größeren Umfanges sind mind. 10% der Patientenzimmer mit einer behindertengerechten Nasszelle gemäß ÖNORM B1600 auszustatten. D.h.

---

<sup>1</sup> die diesbezüglichen ÖNORMEN (beispielsweise B1600) sind in der jeweils gültigen Fassung jedenfalls zugrunde zu legen!

es muss unter anderem eine freie Bewegungsfläche für Rollstühle von 150 cm Durchmesser vorhanden sein. Die Ausstattung der Nasszellen hat ebenfalls nach ÖNORM B1600/B1601 zu erfolgen.

In allen anderen Nasszellen muss die freie Bewegungsfläche mind. 120 cm Durchmesser haben. Für diese Nasszellen sind außerdem anstelle von Klappsitzen in den Duschen mobile Hocker vorzuhalten.

## 2. Ausführung behindertengerechter Nasszellen:

*Schiebetüren* sind zu vermeiden. Bei beengten Verhältnissen muss auf Dreh-Schiebe-Türen zurückgegriffen werden. Es ist darauf zu achten, dass die Tür leicht vom Rollstuhl aus geöffnet und geschlossen werden kann.

*Behindertengerechte Duschen* müssen nicht ausschließlich mit einem Duschvorhang ausgestattet werden, es können – wie bereits bei verschiedenen Bauvorhaben ausgeführt und seitens der ARGE befürwortet – auch „getrennte Duschwände“ eingesetzt werden. Bei niveaugleichen Duschzellen ist jedenfalls die Rutschgefahr durch entsprechende Maßnahmen auszuschließen. Das Gefälle in der Dusche zum Abfluss hin muss mind. 2% betragen, der Querschnitt des Abflusses ist mind. doppelt so groß wie bei normalen Duschen auszuführen, damit das Wasser möglichst rasch abfließen kann. In der Dusche muss ein klappbarer Sitz montiert sein (Montagehöhe 46-48 cm). Die Armaturen und die Brause müssen vom Sitzen aus erreichbar sein. Für die Montagehöhen gilt die ÖNORM B1600.

Die *Sitzhöhe des WC-Sitzes* soll 44-45 cm betragen (=Keramikoberkante ohne Sitz!) / 46-48 cm inkl. Sitzbrille. Andere Höhen können mit Hilfe von Aufsätzen erreicht werden. Die Schalenlänge soll mindestens 65 cm (Rückwand bis Vorderkante Sitz) betragen. Halte- und Stützgriffe sind der ÖNORM B1600 entsprechend zu montieren. Toilettenpapierhalter und WC-Bürste sind in Griffweite zu montieren. Der Spültaster ist nach Möglichkeit seitlich anzubringen. Die klappbaren Griffe müssen einen solchen Mechanismus haben, dass sie mit einer Hand bedient werden können (alte Modelle mit einem Hebel zur Fixierung in aufgeklappter Stellung dürfen nicht mehr verwendet werden (Verletzungsgefahr!).

*Waschtische* müssen jedenfalls unterfahrbar sein. Für die Waschtischmaße und die Montagehöhen ist die ÖNORM B1600 anzuwenden. Es müssen Einhand-Mischbatterien mit einem möglichst langen Hebel angewendet werden. Die Unterkante des Spiegels darf höchstens 85 cm über Fußboden sein. Alle Ausstattungsgegenstände (Papierhalter, Handtuchspender, Fön, Seifenspender, etc.) müssen so montiert sein, dass die Bedienebene ebenfalls auf 80-110 cm liegt.

*Notrufeinrichtungen* müssen sitzend vom WC aus und vom Boden aus in einer Höhe von max. 35 cm ausgelöst werden können; empfohlen wird die Betätigung des Notrufs mit Schnurzugschalter, welcher bis zum Boden reichen muss.

Der *Eintrittsbereich von Duschkabinen* sollte am Boden mit einem entsprechenden normgemäßen Kontrast ausgeführt werden.

Für *pflegegerechte barrierefreie Nasszellen* ist jedenfalls der erhöhte Standard der ÖNORM B1601 anzuwenden; diesbezügliche Bauprojekte sind jedenfalls mit dem Bauherren bzw. der ARGE abzustimmen.

### 3. **Behindertengerechte öffentliche WC-Anlagen:**

Behindertengerechte öffentliche WC-Anlagen können geschlechtsneutral sein. Für die Ausführung der Einrichtungsgegenstände sowie für die Montagehöhen gelten hier die gleichen Vorgaben wie für die Nasszellen auf den Stationen. Die freie Bewegungsfläche für Personen im Rollstuhl muss im Durchmesser mind. 150 cm betragen. Die Türen müssen nach außen aufgehen. Das Türschild ist in einer Höhe von 70-160 cm zu montieren. Auch hier müssen Notrufeinrichtungen sitzend vom WC aus und vom Boden aus in einer Höhe von max. 35 cm ausgelöst werden können; die Notruftaster sollten taktil mit der Beschriftung „SOS“ ausgeführt werden. Auf die ergonomische Bedienbarkeit des Türdrückers und der Verriegelung ist Rücksicht zu nehmen!

### 4. **Aufzüge:**

Vor dem Lift sowie für die Bedienelemente im Innen- und Außenbereich des Liftes ist eine blendfreie Beleuchtung vorzusehen.

#### *Bedienelemente außen:*

In einer Höhe von 90 bis 110 cm über fertigen Fußboden (FFB) sind die Ruftasten und eine tastbare (taktile) Stockwerksnummerierung anzubringen. Auf einer max. Höhe von 150 cm über FFB (nach Möglichkeit also nicht über dem Lift) muss eine optische und akustische Anzeige der ankommenden Lifte angebracht sein. Die Ruftasten (Auf/Ab) müssen mit einem taktilen Pfeil versehen sein.

#### *Bedienelemente innen:*

Abstand zur Fahrkorbinnenecke mind. 40 cm (Anfahren mit Rollstuhl muss möglich sein). Die max. Höhe der Bedienelemente ist mit 90 bis 110 cm anzunehmen (für Personen im Rollstuhl oder mit Bewegungseinschränkungen der Arme oder Hände noch erreichbar). Notruftelefone sind in gleicher Höhe

anzubringen. Die Bedienelemente müssen zum Hintergrund farblich kontrastieren, und die Tasten müssen eine ausreichende Größe besitzen (keine Sensortasten!). Schriftzeichen müssen ausreichend groß und in Reliefschrift ausgeführt werden. Die Stockwerke sollten auch akustisch angezeigt werden.

An der, der Lifttür gegenüber liegenden Wand ist ein Spiegel anzubringen (Orientierung für Personen im Rollstuhl, die sich im Lift nicht umdrehen können). An einer Seite soll ein Klappsitz montiert werden.

*Lichte Türbreite beim Personenlift:*

mind. 90 cm

*Innenmaße Personenlift:*

mind. 110 x 140 cm (Rollstuhl samt Begleitperson!), bzw. wenn sich die Tür an der Längsseite befindet mind. 120 x 140 cm. „Über-Eck-Lader“: mind. 150 x 150 cm. Haltestangen dürfen in diese Mindestmaße hinein ragen.

Bewegungsflächen vor dem Lift müssen mind. 150 cm tief sein. Wenn sich direkt vor dem Lift eine nach unten führende Treppe befindet, ist dieses Maß auf 200 cm zu vergrößern.

**5. Rampen:**

Die Rampenbreite muss zwischen 120 und 150 cm betragen. Maximales Längsgefälle 6%, in Ausnahmefällen (z.B. technische Gründe bei Um- oder Zubauten) 10%. Bei einem Gefälle > 4% muss in Abständen von 10 m ein Zwischenpodest errichtet werden, dessen Länge mind. 150 cm aufweisen muss. Bei Richtungsänderungen ist das gleiche Podest einzubauen. Vor und nach der Rampe müssen jeweils mind. 150 cm freie Bewegungsfläche vorhanden sein. Rampen sind beidseitig mit Handläufen (H = 90-100 cm) auszustatten, diese müssen an den Enden um 40 cm weiter als die Rampe geführt werden. Die Oberfläche muss griffig und rutschhemmend sein, die Rampenenden müssen farblich kontrastieren und sind mit einem taktilen Aufmerksamkeitsfeld zu versehen. Rampen im Außenbereich müssen entweder überdacht sein oder über eine Beheizung verfügen.

**6. Treppen:**

Nach max. 20 Stufen muss ein Podest mit einer Mindestlänge von 150 cm errichtet werden. Bei Haupttreppen (Breite > 120 cm) ist beidseitig ein Handlauf (OK = 85-90 cm) anzubringen, der an Treppenantritt und an Treppenaustritt 30 cm fortgeführt werden muss. Wenn die Handläufe höher als 90 cm montiert sind, ist auf einer Höhe von 75 cm ein zweiter Handlauf anzubringen. Die Oberfläche muss griffig und rutschhemmend sein, die erste und die letzte Stufe müssen farblich kontrastieren. Vor

abwärtsführenden Treppen ist ein taktil und visuell kontrastierendes Aufmerksamkeitsfeld anzubringen. Einzelstufen sind zu vermeiden.

#### **7. Taktile Leitsysteme im Krankenhaus-Areal:**

Auch für die taktilen Leitsysteme für Wege in Baulichkeiten und im öffentlichen Raum gilt grundsätzlich die ÖNORM (V2102-1). Da – zumindest in Innsbruck – in der Umgebung der tirol kliniken-Häuser gute Leitsysteme bis zu den Hauptzugängen bestehen, gilt es, diese im Klinikareal optimal weiter zu führen. Hierbei müssen bereits bestehende Leitsysteme sowie gegebene bauliche Leitlinien (Rigole, Rasenkanten, etc.) mit einbezogen werden.

Von den Hauptzugängen des Areals müssen die Leitsysteme zu zentralen Infopoints (nach Möglichkeit beim Portier) führen. Dort sollen tastbare Lagepläne (in Zusammenarbeit mit dem Blinden- und Sehbehindertenverband) aufgelegt werden.

Taktile Leitsysteme sollen immer auch visuell kontrastieren.

#### **8. Weitere Maßnahmen für Blinde und Sehbehinderte:**

Alle *Glastüren* sind mit entsprechenden Kontraststreifen entsprechend der Norm (Kontraststufe  $\geq 50$ , Markierungen mindestens 6 cm hoch, beginnend bei 90 bzw. 150 cm über FBOK) zu kennzeichnen.

*Ausstattung der Lifte* siehe unter Pkt. 4. Aufzüge.

Auf eine möglichst blendfreie *Beleuchtung* in allen Bereichen ist zu achten. Es darf auch keine „Rückblendung“ vom Boden geben. Spots sind weitestgehend zu vermeiden. Leuchten sollen in Gehrichtung angebracht werden, um so die räumliche Grundstruktur leichter erkennbar zu machen und bewegliche Reflexionen am Boden beim Gehen zu vermeiden.

An strategisch wichtigen Punkten müssen zur Information für sehbehinderte Menschen gut erkennbare und intuitiv verständliche *Piktogramme* und/oder taktile oder akustische Informationssysteme angebracht werden

Im Bereich von *Treppenaustritten und Aufzugstüren* muss – möglichst an der gegenüberliegenden Wand – in ausreichend großer kontrastierender Schrift das jeweilige Stockwerk angeschrieben werden. Wenn sich in unmittelbarer Nähe der genannten Treppenaustritte und Aufzugstüren Handläufe entlang von Gangwänden befinden, soll an deren Beginn ebenfalls das jeweilige Stockwerk in taktiler Schrift (direkt am Handlauf angebracht) angeschrieben werden.

*Barrierefreie Stellplätze* für PKW sind jedenfalls entsprechend der ÖNORM B1600 auszuführen, Rasengittersteine sind zu vermeiden.

Bei der *Errichtung von Bauzäunen* ist auf deren Barrierefreiheit zu achten.

#### **9. Beleuchtung allgemein:**

In den Eingangsbereichen sollen Lichtsysteme so gestaltet sein, dass sie sich den Lichtverhältnissen im Freien anpassen: am Tag soll der Eingangsbereich heller sein als der Innenbereich, am Abend sollte er dunkler sein als der Innenbereich. Durch diese Maßnahme haben Menschen mit Adaptionsverzögerung leichter die Möglichkeit, sich an einen Wechsel der Lichtverhältnisse anzupassen.

#### **10. Technikeinsatz:**

Bei Planungen und Umsetzungen sind die neuesten Erkenntnisse technischer Entwicklungen zu prüfen und zu berücksichtigen.

### **3.5. Umsetzung**

Bei allen Neubauten, Umbauten oder Sanierungen ist bindend die ÖNORM und der gegenständliche Standard anzuwenden. Alle Planungen müssen der Arbeitsgemeinschaft für barrierefreies Bauen vorgelegt werden. Sonderfälle müssen in der Arbeitsgemeinschaft behandelt werden, Abweichungen von Norm und Standard sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Arbeitsgemeinschaft zulässig.

## 4. Nachwort

Es gelten grundsätzlich für alle Bereiche des barrierefreien Bauens im Bereich der tirol kliniken die einschlägigen Normen in der gültigen Fassung. Zusätzlich wurden aus Erkenntnissen der Arbeitsgemeinschaft für barrierefreies Bauen Richtlinien definiert, die über Normen hinausgehen. Die Festsetzung der Richtlinien kann nie als endgültig abgeschlossen betrachtet werden. Eine stetige Fortschreibung und Überarbeitung bzw. Anpassung an neue Erkenntnisse wird immer wieder geboten sein.

Die am 8.11.2011 vom Vorstand der tirol kliniken in Kraft gesetzten „Standards Barrierefreies Bauen“ sollen eine aktuelle Antwort auf mehrere Aspekte sein:

1. Sie sind ein Hinweis auf die **unbedingte Bedeutung der geltenden Normen** und sie gehen mehrfach – legitimiert durch die besonderen Herausforderungen eines Krankenhausträgers – auch über diese hinaus.
2. Die Grundsätze der „**Arbeitsweise**“ der tirol kliniken-ARGE (S. 7) werden weiterhin dem bewährten Muster folgen und sind durch den Vorstandsbeschluss verlängert. An dieser Stelle sei auf den hohen Aufwand hinsichtlich der Prüfung der Planunterlagen oder der „Modelle“ hingewiesen. Dieser Aufwand betrifft insbesondere die VertreterInnen der Behindertenverbände, die diese Arbeit für die PatientInnen bisher ehrenamtlich durchführen.
3. Seitens der VertreterInnen der Behindertenverbände, die mit Sitz und Stimme in der ARGE mitarbeiten, werden die „Standards“ oft als „beispielhaft“ für andere Bauten oder Konzeptionen bezeichnet. Die tirol kliniken stellen dieses **Know-how** – im Einvernehmen mit den fachlich Zuständigen – gerne besonders für „öffentliche Bauten“ zur Verfügung.
4. Die **Arbeit an den „tirol kliniken-Standards“** ist auch ein Stück „Angewandter Ethik“. Wegen der Bereitschaft, über die „bloßen“ Normen hinauszugehen; wegen der großen Bedeutung der Ehrenamtlichkeit; und auch wegen des Bemühens, das Behindertengleichstellungsgesetz im eigenen Wirkungsbereich konsequent umzusetzen. Wir danken an dieser Stelle dem Bundessozialamt – Landesstelle Tirol und der Stadt Innsbruck für die unerlässliche kritische und integrative Mitarbeit. Der Zugang zu einem Schwerpunktkrankenhaus beginnt bereits mit der barrierefreien Erreichbarkeit.

Aus der Tätigkeit der „tirol kliniken-ARGE Barrierefreies Bauen“ erwachsen viele zusätzliche Aktivitäten und Innovationen. Ein Beispiel sind die soeben eingerichteten „Info-Säulen“ im Rahmen der gesamthaften Außenbeschilderung für ALLE PatientInnen und BesucherInnen (auch – aber nicht nur – für solche mit Sinneseinschränkungen).

Wir werden sowohl die vielen spezifischen Hilfsmittel für die betroffenen Menschen wie auch Vorschläge zur Umsetzung der Innovationen öffentlich machen.

*Die tirol kliniken-ARGE Barrierefreies Bauen im Oktober 2011*