



Manuel Draschl, BSc

**Architektur und Psychiatrie im Wandel -
Der Einfluss von Architektur auf die Stigmatisierung
psychiatrischer Einrichtungen**

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom-Ingenieur

Masterstudium Architektur

eingereicht an der

Technischen Universität Graz

Betreuer

Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Architekt Hans Gangoly

Institut für Gebäudelehre

Graz, 10/2017

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

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

Datum

Unterschrift

Inhalt

Einleitung	6
Historische Entwicklung	9
Antike bis 18. Jahrhundert	
Psychiatrie im 19. Jahrhundert	
Psychiatrie im Nationalsozialismus	
Reformen und die Psychiatrie Enquête	
Die Psychiatrie im 21. Jahrhundert	
Stigmatisierung	25
Öffentliche Stigmatisierung	
Selbststigmatisierung	
Strukturelle Diskriminierung	
Aussicht	
Krankheitsbilder in der Psychiatrie	31
Affektive Erkrankungen	
Persönlichkeitsstörungen	
Schizophrenie	
Suchterkrankungen	
Demenzen	
Anforderungen an die Planung	
Der Einfluss von Planung und Architektur auf den Stigmatisierungsprozess	39
Der Ort	
Die äußere Erscheinung	
Der Bezug zwischen Innen und Außen	
Die therapeutische Umgebung	
Patientenzimmer	
Stationsbereich	
Psychiatrie der offenen Türe	
Gespräch mit Prim. Dr. Peter Hlade	53
Entwurf	67
Anhang	145

Einleitung

Repräsentativen epidemiologischen Studien und Berichten der WHO (World Health Organisation) zufolge, ist jedes Jahr ein Drittel der Bevölkerung in der Europäischen Union von mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen betroffen.^{1,2} Die Prävalenz steigt und es wird davon ausgegangen, dass in den nächsten zwanzig Jahren Depressionen auf Platz zwei der am häufigsten gestellten Diagnosen weltweit stehen werden.³

Ob häufigere Diagnosen aufgrund eines offeneren Umgangs der Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen und gezieltere medizinische Untersuchungsmethoden dabei eine Rolle spielen oder die Anzahl der Betroffenen tatsächlich über die Jahre drastisch angestiegen ist, wird in Studien kontrovers diskutiert.⁴ Faktum ist, dass der Versorgungsbedarf weiter steigt und für die Zukunft auch ausreichend gedeckt werden muss.

Trotz Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit ist das Bild der Psychiatrie auch heute noch negativ behaftet und wird häufig mit Angst, Gewalt und Unheilbarkeit assoziiert. Die Stigmatisierung von Betroffenen stellt ein großes Problem dar und rückt deren spezielle Bedürfnisse oft in den Hintergrund. Sie gilt als wesentlicher Hemmfaktor für eine erfolgreiche Therapie und einen schnellen Genesungsprozess. Die Vorurteile wirken sich nicht nur auf die Erkrankten aus, sondern betreffen auch Institutionen zur Behandlung psychischer Leiden. So ist die Schwelle, eine Einrichtung zu betreten und Hilfe in Anspruch zu nehmen, nach wie vor sehr hoch und für viele unüberwindbar. Aus diesem Grund sind neue, integrative Konzepte zur Versorgung von psychisch Kranken noch mehr gefordert. Neben politischen, gesundheitsökonomischen und sozialen Aspekten spielen in diesem Zusammenhang auch bauliche Maßnahmen eine wesentliche Rolle.

Diese Arbeit unternimmt den Versuch, neue Impulse für die Planung von Psychatriebauten zu geben. Es sollen Möglichkeiten der Architektur aufgezeigt werden, welche der Stigmatisierung und Ausgrenzung entgegenwirken können. Das Spannungsfeld zwischen den neuen therapeutischen Erkenntnissen der Psychiatrie und den grundlegenden Standards der Krankenhausarchitektur birgt eine große planerische Herausforderung. Es wird deutlich, dass man sich von den Planungsgrundlagen allgemeiner Kliniken in vielen Bereichen lösen muss, um den speziellen Anforderungen der modernen Psychiatrie gerecht zu werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, das Bewusstsein und die Wahrnehmung für diese Thematik zu schärfen und damit selbst einen Beitrag zur Entstigmatisierung zu leisten.

1 Vgl. WHO 2013, 18.

2 Vgl. Katschnig u.a. 2008, Vorwort

3 Vgl. Katschnig u.a. 2008, Vorwort

4 Vgl. Schneider 2012, 4-5.

Historische Entwicklung

Antike bis 18. Jahrhundert

Psychiatrie im 19. Jahrhundert

Psychiatrie im Nationalsozialismus

Reformen und die Psychiatrie Enquête

Die Psychiatrie im 21. Jahrhundert

S. 9-24

Historische Entwicklung

Im folgenden Kapitel wird die historische Entwicklung der Psychiatrie aus medizinischer, gesellschaftlicher und architektonischer Sicht betrachtet. Dieser Überblick ist nicht um Vollständigkeit bemüht, sondern soll anhand der wichtigsten Ereignisse ein Verständnis dafür entwickeln, wie in der Vergangenheit mit psychisch Kranken umgegangen wurde und welche Stellung sie in der Gesellschaft hatten. Dies wurde besonders durch die Gestaltung der ihnen zugewiesenen Orte zum Ausdruck gebracht. Für den folgenden geschichtlichen Überblick ist anzumerken, dass Begrifflichkeiten wie „Irrer“ oder „Narr“ in ihrem historischen Kontext zu sehen sind und nicht im heutigen, umgangssprachlich diskriminierenden Sinn.

Antike bis 18. Jahrhundert

Der Umgang mit psychisch „Abnormen“ kann bis in die Antike zurückverfolgt werden. Der Ursprung der wissenschaftlichen Medizin und somit auch die Geschichte der Psychiatrie entstand in Griechenland. Dort wurden schon früh psychische Krankheitserscheinungen vorurteilslos beobachtet und analysiert. Obwohl die damalige Medizin noch stark durch den Glauben an die Magie und entsprechende Heilungsrituale geprägt war, konnten bereits damals wichtige Erkenntnisse für weitere Entwicklungen gewonnen werden. Da die Philosophie und die Medizin im Altertum eine Einheit bildeten, glaubte man lange Zeit, dass das Herz, das Zwerchfell und andere Organe der Sitz der Seele seien. Erst in einem Schriftstück des Autors Hippokrates wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass es sich bei Geistesstörungen um Erkrankungen des Gehirns handelt.

Seit dem 1. Jahrhundert v. Chr. fand die griechische Medizin in Rom Einzug. Es entstanden zahlreiche Schriften, in denen auch

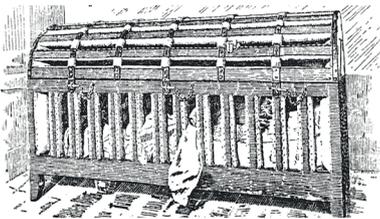


Abb.1: Die Dorenkiste, 1422 erstmals erwähnt

Abb.2: The Rake's Progress, Szene aus dem Bedlam Spital von William Hogarth, 1763



geistige Erkrankungen thematisiert wurden. Der Enzyklopädist Celsus war der Meinung, dass geistig Abnorme durch Hunger und Gewalt gebändigt werden müssen. Im Gegensatz dazu schlug der Arzt Soranos von Ephesos eine weitaus schonungsvollere und ganzheitliche Behandlung vor. Dieser bezog Angehörige, Freunde und Pflege mit ein und baute seine Therapie auf Fasten und körperliche sowie geistige Aktivitäten auf. Bis ins 18. Jahrhundert galten geistige Erkrankungen als unheilbar und Ärzte hatten das moralische Recht, eine Behandlung abzulehnen.

Im frühen Christentum wurden Geistesranke als Geschöpfe Gottes geachtet und in guter Obhut für leichte Arbeiten eingesetzt.⁵ Die Arbeitstherapie, die als Erfindung des 19. Jahrhunderts gilt, könnte daraus entstanden sein. Die Kirche nahm sich der Betreuung psychisch Kranker an und es entstanden betreute Irrenherbergen an Wallfahrtsorten sowie Narrenzellen an Domspitälern. Während „harmlose“ Kranke in den städtischen Hospitälern aufgenommen wurden, mussten gemeingefährliche Geistesranke in den Häusern eingesperrt werden. Dafür fanden käfigartige, transportable Kisten Verwendung. In manchen Städten wurden die Kranken sogar in Doren-Kisten vor den Stadtmauern gehalten, wie man es auch mit Lepra-Kranken tat. Erst später wurden die Kisten zu den Bürgerhospitälern gebracht und durch feste Zellen ersetzt.

⁵ Vgl. Haenel 1982, 18-20.

In den Spitälern entstanden erste Abteilungen für Geisteskranke, die sich später zunehmend zu eigenständigen Irrenhäusern entwickelten.⁶

Es dauerte bis ins 15. Jahrhundert, bis in Mitteleuropa die ersten Einrichtungen entstanden, die sich speziell mit der Versorgung Geisteskranker auseinandersetzten. Die Entwicklung einer eigenständigen, baulichen Typologie wurde stark durch die unterschiedlichen gesellschaftlichen Vorstellungen über den Umgang und die Behandlung geistig Abnormer geprägt. Im Mittelpunkt stand jedoch meist das gesellschaftliche Sicherheitsbedürfnis. So wurden Irre mit gefährlichen Kriminellen gleichgesetzt und von der Allgemeinheit ausgegrenzt. Das Bild der Anstalten war demnach stark durch die Gefängnisarchitektur beeinflusst. Man fing an, Gebäude, die ursprünglich einem anderen Zweck dienten, zu Unterbringungen für Narren umzubauen. Pesthäuser, die meist abseits der Städte lagen und keine Funktion mehr hatten, boten sich besonders zur Isolierung Geisteskranker an.⁷

In Deutschland entsprang im 18. Jahrhundert der Typus des Zucht- und Tollhauses, bei dem Verbrecher und Irre in das selbe Gebäude gesperrt wurden. Eines der ersten realisierten Projekte war das Zucht- und Tollhaus in Celle, das 1710 gebaut und 1724 erweitert wurde.

In Österreich wurde die Irrenfürsorge noch bis ins 19. Jahrhundert von der Kirche und den Städten geprägt. Eine staatliche Organisation, die zu Irrenhäusern außerhalb der Kirche geführt hätte, gab es nicht.



Abb.3: Ansicht des Celler Zucht-, und Tollhauses, 1710

Abb.4: Der Wiener Narrenturm nach der Errichtung im Jahr 1784

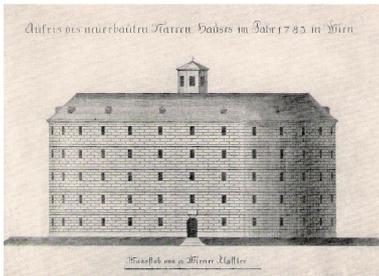
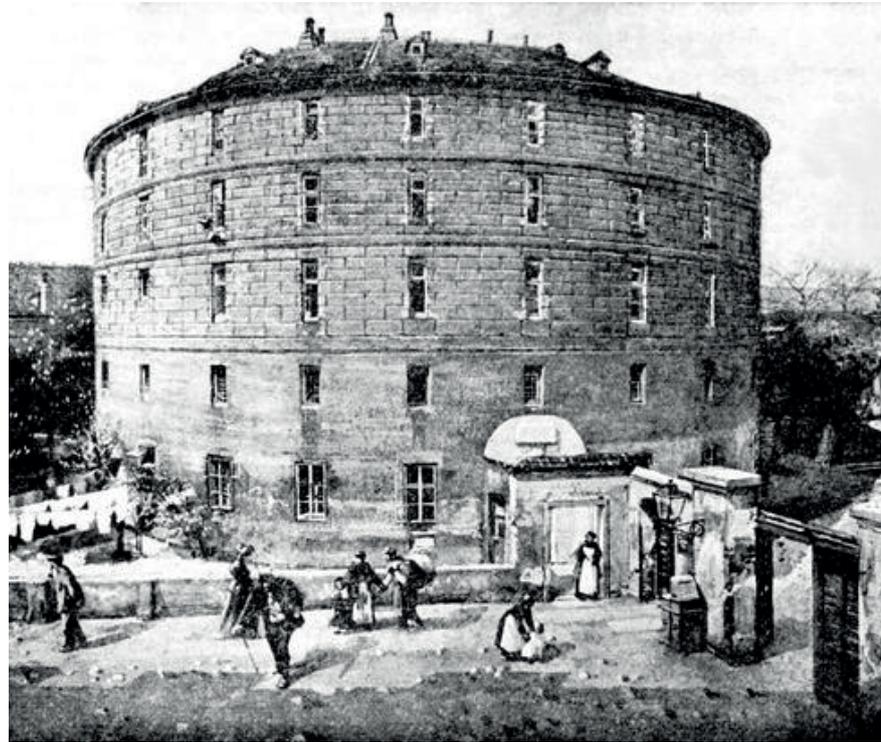


Abb.5: Narrenturm, Ansicht

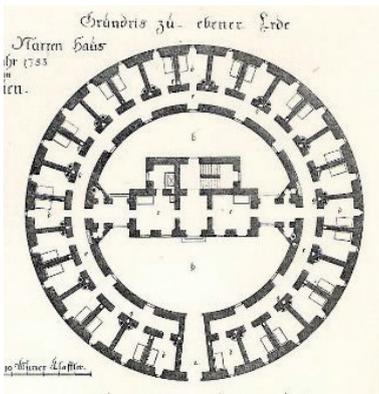


Abb.6: Narrenturm, Erdgeschoßgrundriß

Erst durch die Hospital- und Irrenhausreform des Kaiser Joseph II. entstand ein neuer Institutionstypus. Am Gelände des Allgemeinen Krankenhauses in Wien ließ der Kaiser einen Narrenturm errichten, der durch seine runde Bauform und die Innenhöfe vor allem der besseren Durchlüftbarkeit diene. Noch vor 1800 wurde eine Kombination aus Kranken- und Irrenhaus verwirklicht. Das Gebäude gilt als erste Anstalt Europas, die ausschließlich für die Behandlung Geisteskranker gebaut wurde.⁸

Der Entwurf für den Rundbau war von der damaligen Auffassung der Verwahrung und Ausgrenzung geprägt und sollte durch seine spezielle Form als „Symbol der Tollen“ gelten. Das Gebäude sieht in seiner äußeren Erscheinung dem später entwickelten panoptischen Typus ähnlich, unterscheidet sich in seiner Funktion jedoch wesentlich von diesem. Die ökonomischen Vorteile der vollständigen Überwachung der Zellen von einem Punkt aus, sind durch die Ausführung des Zentralbaus und der zirkulären Gänge des Wiener Narrenturms nicht gegeben.⁹

Psychiatrie im 19. Jahrhundert

Das Zeitalter des Absolutismus brachte einen entscheidenden Wandel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Geist der Aufklärung entwickelte eine philanth-

6 Vgl. Jetter 1981, 3-12.

7 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 67.

8 Vgl. Jetter 1981, 18-27.

9 Vgl. Stohl 2000, 257-260.



Abb.7: La maison royale de Charenton, Paris

ropische Grundhaltung der Gesellschaft und man forderte eine menschenwürdige, gewaltfreie Behandlung psychisch Kranker. Die Zucht- und Tollhäuser wurden stark kritisiert und der brutale Umgang mit den Insassen verachtet. Literaten, Philosophen und Prediger diskutierten über die unmenschlichen Zustände der gegenwärtigen Anstalten und setzten sich für eine Reform ein. Dies war der Beginn der Medizinalisierung der Psychiatrie, in der Geisteskrankheiten von nun an als heilbar galten.¹⁰

In England setzten sich die Ärzte John Conolly und Robert Gardner Hill bereits Anfang des 19. Jahrhunderts für die „No-Restraint“ Behandlungsmethode ein, welche die Anwendung körperlicher Zwangsmaßnahmen ablehnte. Viel mehr sollte die Zuwendung zu

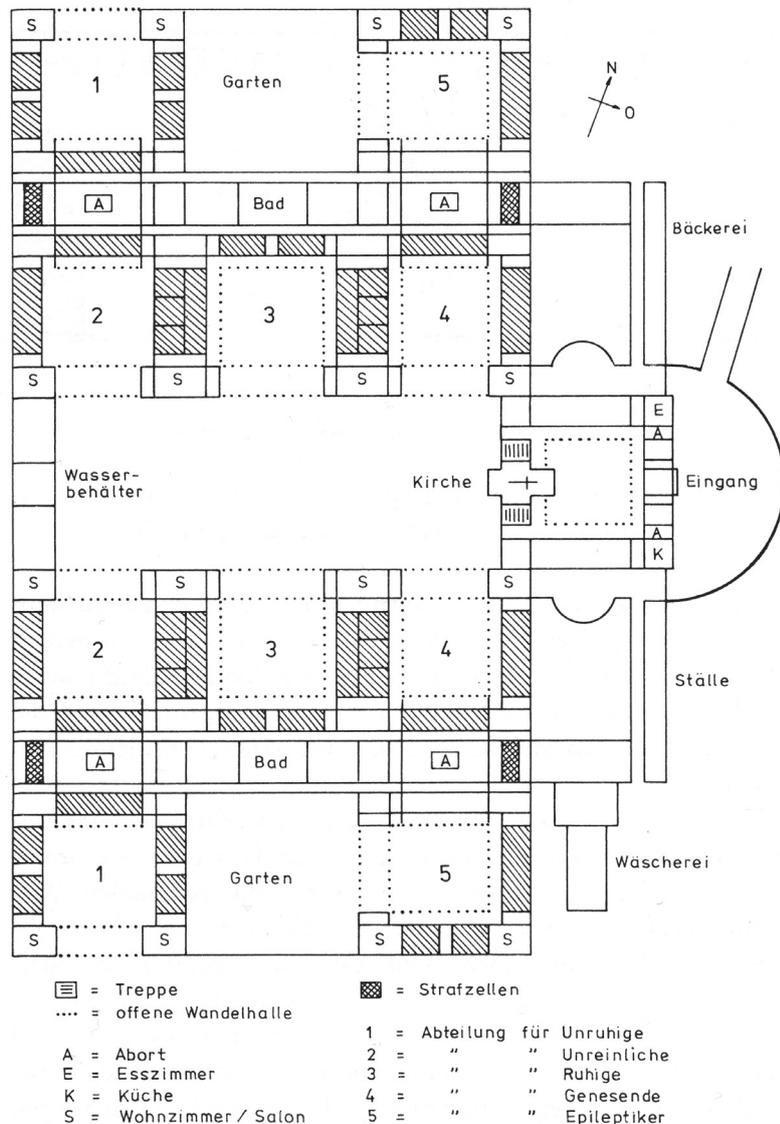
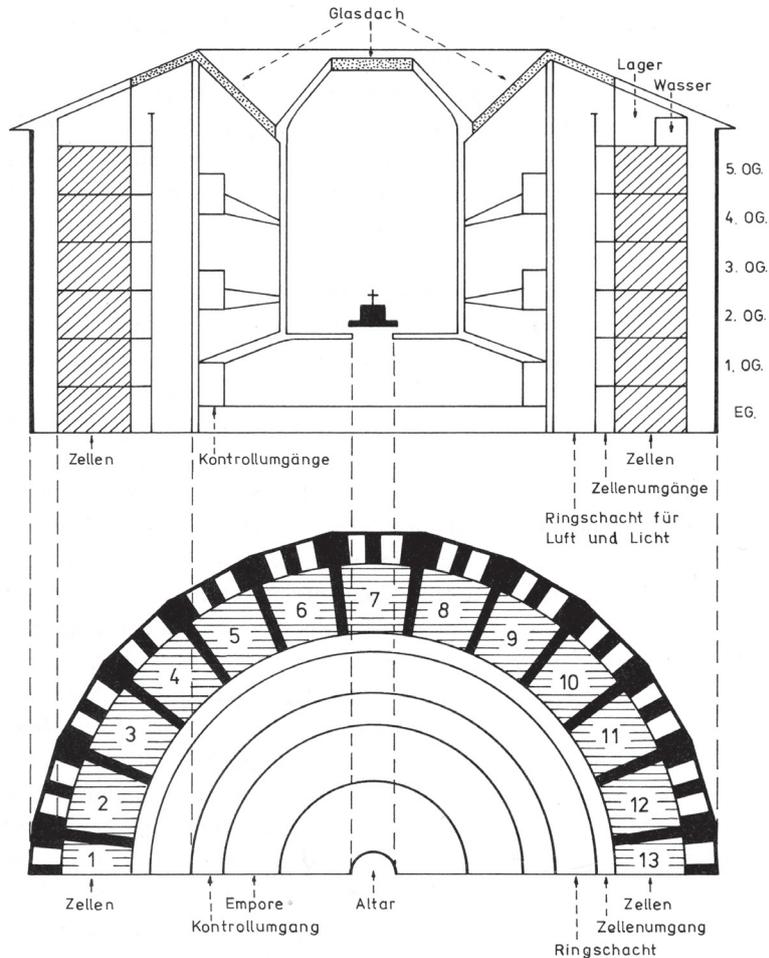


Abb.8: Grand Hospice d' Alienes, Grundriss

Abb.9: Panopticon-Projekt von Jeremy Bentham, 1791 veröffentlicht



den Kranken und eine behutsame Pflege zu Erfolgen im Krankheitsverlauf führen.¹¹

Neben den neuen, therapeutischen Ansätzen und dem Beginn der staatlichen Irrenfürsorge startete in verschiedenen Ländern der systematische Bau psychiatrischer Anstalten. So verbreitete sich in Frankreich der Gebäudetyp des „carré isolé“, welcher Elemente der Klosterarchitektur aufgriff. Ein gesicherter, zur besseren Durchlüftung nach Westen geöffneter Innenhof, wird längsseitig durch Zellen geschlossen, denen eine Säulenhalle vorgesetzt wurde. Als eine der wichtigsten Heilanstalten dieser Art gilt das 1823 erbaute Paris-Charenton, auf dessen Vorbild das „Grand Hospice d’Aliénés“ 1835 in Marseille folgte. Da aufgrund der Selbstmordgefahr die Anstalten ohne Obergeschoße errichtet wurden, war der Platzverbrauch der Anlagen enorm.¹²

Durch die ökonomischen Überlegungen des Philosophen Jeremy Bentham beeinflusst, entstand in England der panoptische An-

10 Vgl. Schott/Tölle 2006, 239-240.

11 Vgl. Haenel 1982, 29.

12 Vgl. Jetter 1981, 130-131.

staltstypus. Dieser ermöglichte die Beaufsichtigung vieler Patienten mit nur geringem Personalaufwand. Dabei werden die Korridore stern- oder kreuzförmig um einen zentralen Überwachungsraum angeordnet und können direkt überblickt werden. In England wurden bis Mitte des 19. Jahrhunderts eine Vielzahl dieser Anstalten realisiert. Obwohl auch viele deutsche Psychiater von der Idee des panoptischen Prinzips überzeugt waren, wurde dieser Typus in Deutschland nur bei der Anstalt Erlangen angewendet.

In den USA entwickelten sich unter Einfluss des Psychiaters T.S. Kirkbride lineare Baustrukturen, die eine sehr gute Belichtung und eine enge Verzahnung von Gebäude und Natur ermöglichten. Die Gebäude gliederten sich in einen Zentralbau, an dem die Pflegeeinheiten zurückgestaffelt angeschlossen wurden.¹³

Nachdem man in Deutschland die Geisteskranken nach pragmatischen Prinzipien in Heilbare und Unheilbare trennte, entwickelte sich eine Trennung in reine Heilanstalten und Pflegeanstalten für Unheilbare. Diese wurden voneinander weit entfernt errichtet, um eine ungestörte Umgebung für diejenigen zu schaffen, bei denen die Möglichkeit auf Heilung bestand. Erst die theoretischen Ansätze führender Psychiater und Philosophen, die eine Durchmischung der beiden Anstaltstypen vorsahen, ließ die relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten entstehen. So auch die berühmte badische Musterhauptstadt in Illenau, die einen Wendepunkt im Bau von Anstalten markierte.¹⁴

Die im 19. Jahrhundert weit verbreitete Ansicht, dass Geisteskranken zur Heilung isoliert werden müssen und Ruhe und Abgeschiedenheit brauchen, führte dazu, dass vermehrt Anstalten in

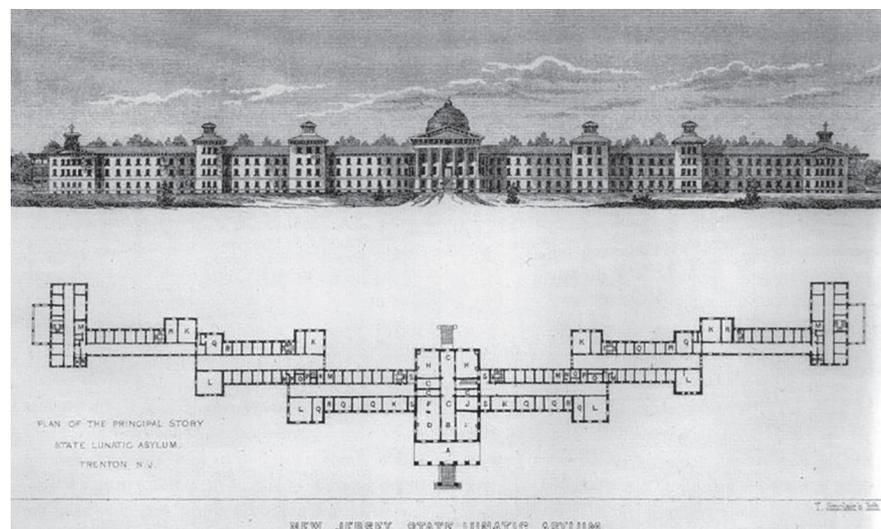


Abb.10: Plan für das Trenton State Hospital von Thomas Story Kirkbride

Abb.11: Badische Heil- und Pflegeanstalt in der Illenau mit Typologie der Blockstruktur

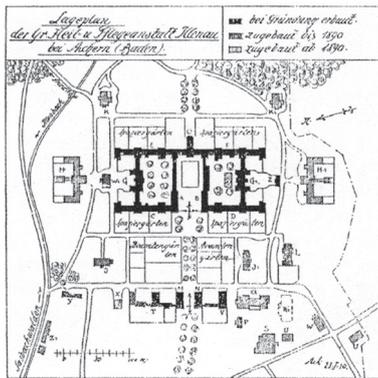
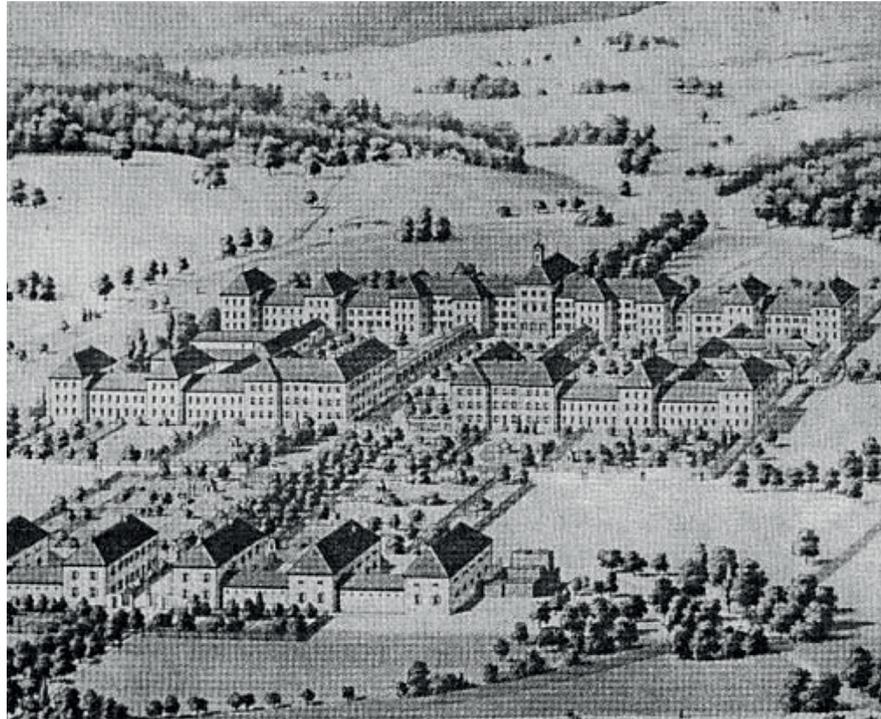


Abb.12: Badische Heil- und Pflegeanstalt in der Illenau, Lageplan

ländlicher Umgebung erbaut wurden.¹⁵ Der damalige Gründer und langjährige Leiter der Anstalt Illenau, Christian Friedrich Wilhelm Roller, erklärt:

„Jeder Seelengestörte muss von den Personen getrennt werden, mit denen er früher Umgang pflog, er muss an einen anderen, ihm unbekanntem Ort verbracht werden. Die, welche ihn pflegen, müssen ihm fremd sein. Er muss, mit einem Wort gesagt, isoliert werden.“¹⁶

Der Anstaltstypus in Illenau fand international Beachtung und galt in den folgenden 50 Jahren als Vorbild vieler Einrichtungen.¹⁷

Auf der Suche nach neuen Wegen, psychisch kranke Menschen zu betreuen, orientierte man sich auch nach dem Prinzip der Familienpflege. Bereits im 14. Jahrhundert wurde dies in Gheel, Belgien praktiziert. Die Integration in ein soziales Umfeld sowie leichte Arbeiten am Hof sollen zur Genesung der Kranken beitragen und so dem Hospitalismus vorbeugen. Diese Überlegungen wurden auch Anfang des 19. Jahrhunderts in Schottland aufgegriffen, wo Kranke über das ganze Land auf Bauernfamilien verteilt wurden und nur noch einen geringen Kontakt zu einer Anstalt hatten. Die Prinzipien der freien Unterbringung außerhalb einer

13 Vgl. Müller 1997, 184-186.

14 Vgl. Jetter 1981, 37-38.

15 Vgl. Haenel 1982, 28.

16 Hofrichter/Köhne 2014, 70.

17 Vgl. Haenel 1982, 28.

psychiatrischen Einrichtung führten zur Entstehung der agrikolen Kolonie. Entgegen der Familienpflege legte man hier den therapeutischen Schwerpunkt auf die Arbeit. Die Patienten wurden nicht mehr bei Familien untergebracht, sondern lebten in Gruppen ohne verschlossene Türen auf einem Bauernhof.¹⁸

Als eines der wichtigsten Beispiele gilt die agrikole Kolonie in Altscherbitz, die 1876 gegründet wurde. Die großflächig angelegte Anlage war von Pflegehäusern und Ökonomiegebäuden geprägt, die sich um eine zentrale Anstalt anordneten. Die Patienten konnten sich innerhalb der Anlage frei bewegen und wurden lediglich in Akutfällen zur Überwachung in die zentrale Heilanstalt gebracht. Es folgten weitere Heilanstalten, die ihr Behandlungsprogramm durch leichte gärtnerische Arbeit ergänzten.¹⁹

Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich das Pavillonsystem schnell zu einem international anerkannten Entwurfsprinzip für psychiatrische Einrichtungen. Agrikole Kolonien wurden auch hier teilweise angegliedert und landwirtschaftliche Tätigkeit als Therapie angewandt.

Aufgrund der Ausdehnung der Anlage und der Gedanken der Isolierung, wurde der Pavillon Typus vorwiegend an ländlich abgechiedenen Orten gebaut. Erst Wilhelm Griesinger trat für eine Gleichstellung psychischer und somatischer Krankheiten ein. Er empfahl die Errichtung von Stadtasylen für Akutfälle als Teil eines allgemeinen Krankenhauses. Die Patienten sollten während eines Klinikaufenthaltes nicht mehr aus ihrem sozialen Kontext gerissen werden.²⁰

Abb.13: Agrikole Kolonie Altscherbitz, Lageplan

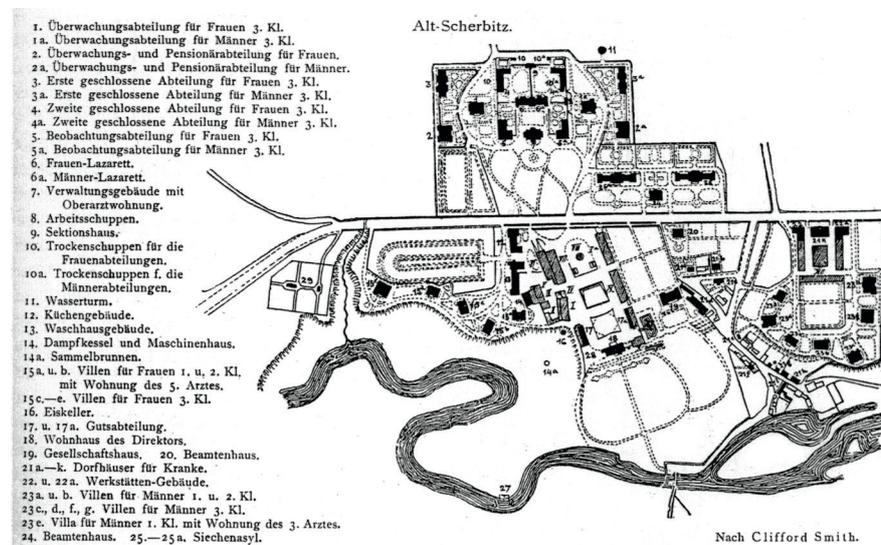


Abb.14: Nö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke in Wien, Lageplan

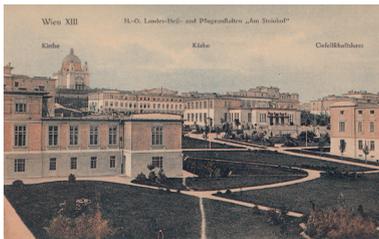
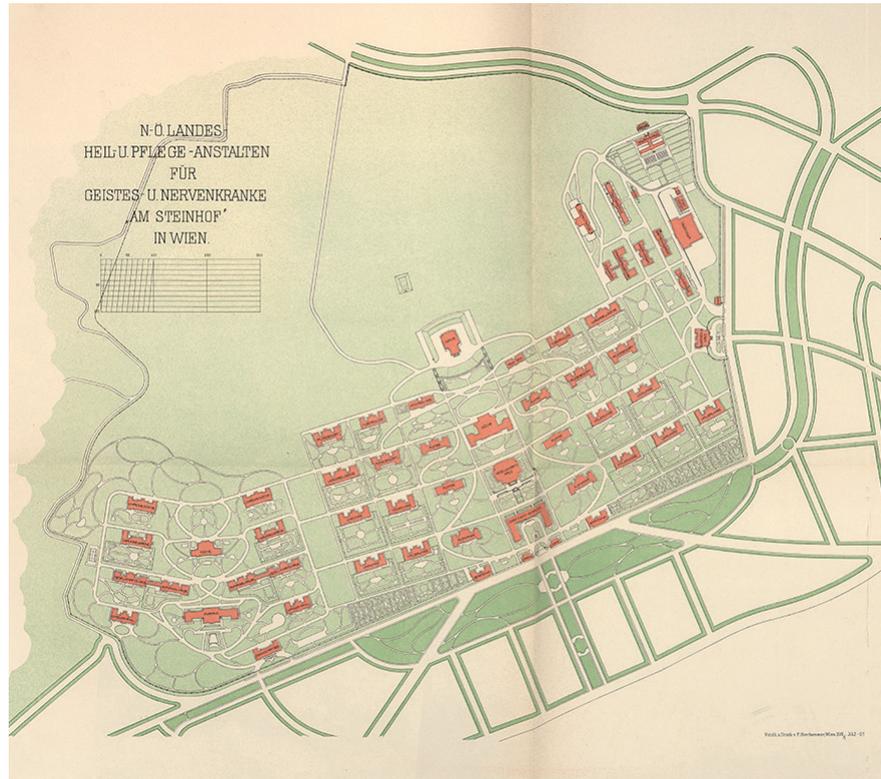


Abb.15: Am Steinhof, Postkarte

Die 1907 in Betrieb genommene Landes-, Heil- und Pflegeanstalt Wien-Steinhof stellte eine Ausnahme dar.²¹

In Wien entstand unter Mitwirkung des Architekten Otto Wagners das größte und modernste psychiatrische Krankenhaus dieser Zeit. Das Areal umfasste 24 Krankenpavillons für insgesamt 3000 Patienten, die stufenförmig auf vier Terrassen Platz fanden.²²

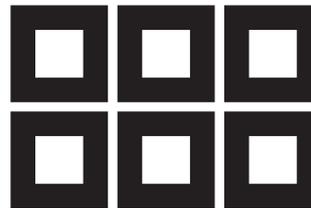
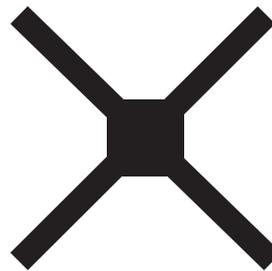
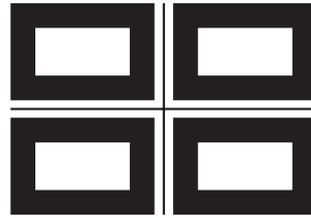
Trotz der fortschrittlichen Ansätze in der Versorgung psychisch Kranker blieb die Lage am Stadtrand dem Prinzip der gesellschaftlichen Ausgrenzung weiterhin treu.

Psychiatrie im Nationalsozialismus

Nach dem Ersten Weltkrieg setzten die Psychiater Hermann Simon und Gustav Kolb maßgebliche Impulse in der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Einerseits wurde Simons Prinzip der aktiven Krankenbehandlung in Gütersloh umgesetzt, andererseits unterstützte der panoptische Typus der Anstalt in Erlangen die offene Irrenfürsorge von Kolb.

Nichtsdestotrotz verschlechterte sich nach dem Krieg die Situation für Menschen, die keinen wirtschaftlichen Beitrag zur Gesellschaft leisten konnten, drastisch, da sie als Ballast angesehen wurden. Die Zeit des Dritten Reiches ist das dunkelste Kapitel

18 Vgl. Schott/Tölle 2006, 282-283.
 19 Vgl. Callo/Hein/Plahl 2004, 79-81.
 20 Vgl. Müller 1997, 184-186.
 21 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 72.
 22 Vgl. Jetter 1981, 65.



Bauformen im 19. Jahrhundert

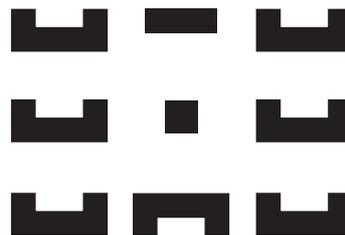
Abb.16: Relativ verbundene Strukturen

Abb.17: Lineare Strukturen

Abb.18: Panoptische Strukturen

Abb.19: Hofstrukturen

Abb.20: Pavillonstrukturen



der Psychiatriegeschichte. Psychisch kranke Menschen wurden von der Gesellschaft ausgegrenzt und als lebensunwert gesehen. 1939 wurde im Zuge der Aktion T4 die gezielte Tötung psychisch Kranker veranlasst, wodurch bis 1945 rund 150.000 Patienten ermordet wurden.

Auch nach dem Krieg fanden die desolaten Lebensbedingungen psychisch Kranker politisch und öffentlich kaum Beachtung. Die Krankenhäuser waren maßlos überfüllt und die meisten Patienten wurden in Schlafsälen untergebracht. Zudem fanden beim Großteil der psychisch Kranken Behandlung gegen ihren Willen statt. Auch die Bausubstanz der Anstalten war in einem desaströsen Zustand.²³

Reformen und die Psychiatrie Enquête

Bis in die 60er Jahre ist in der Entwicklung der Psychiatrie weitgehend ein Stillstand zu verzeichnen. Die menschenunwürdigen Bedingungen in den stationären Einrichtungen führten jedoch verstärkt zu einem Umdenken in der Bevölkerung. Erste Reformbewegungen in der psychiatrischen Versorgung entstanden 1959 in England. Durch die Folgen der NS-Zeit wurden in der Bundesrepublik Deutschland verspätet in den 1970er Jahren Veränderungen unternommen. Das erneute Interesse an psychiatrischen Kliniken entstand mit der Veröffentlichung der „Psychiatrie-Enquête“, einem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland. Eine Expertenkommission wurde vom deutschen Bundestag beauftragt, eine kritische Analyse der Gesundheitsversorgung durchzuführen und Richtlinien für die Verbesserung des Gesundheitssystems zu formulieren. Die niederschmetternden Ergebnisse der Studie führten zu zahlreichen Reformen. Besonders hervorzuheben sind das gemeindepsychiatrische Anliegen und die Forderung nach dem Ausbau dezentraler und ambulanter Versorgungssysteme. Anstelle der großen psychiatrischen Anstalt liegt der Fokus auf kleineren Krankenhäusern mit geringeren Stationsgrößen.²⁴

Die Integration psychisch Kranker soll durch die Angliederung bzw. durch die direkte räumliche Einbindung in ein Allgemeinkrankenhaus gefördert werden. Auch die städtebauliche Integration ist nach modernen therapeutischen Gesichtspunkten besonders wichtig. Die Psychiatrie Enquête, sowie die in Folge entstandenen Reformen, bilden die Basis der modernen Psychiatrie und haben auch in der heutigen Versorgung psychisch Kranker noch Gewichtung.²⁵

23 Vgl. Staudt 2011, 28.

24 Vgl. Becker u.a.2008, 40.

25 Vgl. Müller 1997, 192-193.

Die Psychiatrie im 21. Jahrhundert

In den letzten Jahrzehnten sind positive Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung festzustellen. Spezialisierte psychotherapeutische Methoden, moderne Psychopharmaka sowie neue molekularbiologische Erkenntnisse, bewirken immer mehr Erfolge in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Die ambulante Versorgung hat die psychiatrischen Krankenanstalten drastisch entlastet und anstelle von Zwangsmaßnahmen werden zunehmend patientenorientierte Behandlungsprogramme angewandt.²⁶

Trotz der enormen Fortschritte in der Versorgung psychisch Kranker sind Vorurteile, Ausgrenzung und Diskriminierung in der Gesellschaft nur sehr schwer abzubauen. Dies steht jedoch im Widerspruch zu aktuellen Forschungsergebnissen, wonach eine nicht unerhebliche Zahl an Menschen aus der Allgemeinbevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Bemühungen bedeutender Organisationen, wie der WHO oder der World Psychiatric Association, negativ behaftete Bilder abzubauen und Aufklärungsarbeit zu leisten, zeigten bislang noch keine zufriedenstellenden Ergebnisse. Es scheint, als wäre eine Barriere vorhanden, die trotz steigender Nachfrage, noch immer unüberwindbar ist.



**Abb.21: Eingangsbereich der Psychiatrie in
Friedrichshafen, Huber Staudt Architekten**

Stigmatisierung

Öffentliche Stigmatisierung

Selbststigmatisierung

Strukturelle Diskriminierung

Aussicht

S. 25-30

Stigmatisierung

Das Stigma psychischer Erkrankungen ist ein soziokulturell tief verwurzeltes Phänomen, das auf verschiedensten Ebenen anzutreffen ist. Erkrankte, Angehörige, sowie Institutionen sind gleichermaßen davon betroffen. Es gilt als wesentlicher Hemmfaktor für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung.²⁷

Das Stigma, psychisch krank zu sein, tritt in verschiedenen Formen auf. So unterscheidet man zwischen der öffentlichen Stigmatisierung, der Selbststigmatisierung und der strukturellen Diskriminierung. Der nachfolgende Teil soll auf die Ursachen und Folgen der jeweiligen Formen näher eingehen.

Öffentliche Stigmatisierung

Analysen von Film- und Druckmedien zeigten auf, dass viele typische Fehleinschätzungen im Bezug auf psychisch kranke Menschen bestehen. Sie werden als gefährliche Irre, rebellische Freigeister oder als Menschen mit kindlicher Wahrnehmung beschrieben. Entgegen Personen mit somatischen Leiden werden sie oft selbst für ihre Erkrankung verantwortlich gemacht. Aus einer sozialpsychologischen Sicht besteht das Stigma aus Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung. Bei Stereotypen handelt es sich um die Kategorisierung sozialer Gruppen nach bestimmten, kollektiven Meinungen. Es muss jedoch nicht bedeuten, dass man diese Meinungen auch teilt. Menschen mit Vorurteilen unterstützen hingegen negative Stereotypen und es kann zu negativen emotionalen Reaktionen kommen. Wenn diese zu Verhaltenskonsequenzen führen, spricht man von Diskriminierung, aus welcher feindseliges Handeln resultieren kann. Die öffentliche oder auch direkte Diskriminierung kann sich insbesondere auf soziale Beziehungen und das Arbeitsumfeld auswirken.

Selbststigmatisierung

Werden die Vorurteile von einer Person, die selbst zu einer Minderheit gehört, geteilt, so liegt eine Selbststigmatisierung vor. Die Betroffenen wissen über ihre gesellschaftliche Stellung Bescheid und ziehen sich aus Angst vor Ablehnung und negativen Reaktionen zurück. Selbstvorurteile wirken sich stark auf die Lebensqualität der Betroffenen aus. So gelingt es ihnen auch nach einer ausgeheilten Erkrankung oft nicht, einer Arbeit nachzugehen oder soziale Kontakte zu pflegen.

Strukturelle Diskriminierung

Eine subtilere Form der Stigmatisierung ist die Benachteiligung psychisch Kranker innerhalb einer sozialen Struktur oder im Bezug auf politische Entscheidungen bzw. gesetzliche Regelungen. In Abwesenheit konkreter Diskriminierung können Nachteile auf institutioneller Ebene entstehen. Im Gesundheitssystem bedeutet dies, dass für die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen weniger Ressourcen und Gelder zur Verfügung gestellt werden. Ein weiteres Beispiel ist das Kontingent an freien Plätzen für Psychotherapie auf Krankenschein, welches im Vergleich zum Bedarf viel zu gering ist. Bei durchschnittlichen Kosten von ca. 80-90 Euro pro Therapieeinheit wird nur ein Bruchteil von den Krankenkassen rückvergütet. Dadurch findet noch zusätzlich eine Diskriminierung von sozial Schwachen statt.²⁸

Wie bereits erwähnt, betrifft die Stigmatisierung nicht nur psychisch Kranke selbst, sondern auch deren Unterbringungs- und Versorgungsmöglichkeiten. Ziel der Architektur sollte es sein, durch bauliche Maßnahmen der Stigmatisierung vorsorglich

27 Vgl. Meise/Fleischhacker/Schöny 2002, 1-2.
28 Vgl. Angermeyer/Schulze 2002, 42-43.

entgegenzuwirken. Die äußere Erscheinung einer Einrichtung wirkt sich stark auf das emotionale Empfinden aus und kann dazu beitragen, die Schwelle zu erniedrigen, das Gebäude zu betreten und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Vor allem Selbstverständlichkeit und Normalität sollten in der Gestaltung berücksichtigt werden. Um die soziale Distanz zu verringern und die Psychiatrie stärker in die Gesellschaft zu integrieren, könnten auch öffentliche und halböffentliche Bereiche im Gebäude, in Form von Cafés, Ausstellungsflächen etc., angedacht werden. Forschungsergebnisse zeigen, dass der direkte Kontakt die effektivste Möglichkeit ist, um Vorurteile abzubauen.²⁹

Aussicht

Anhand der derzeitigen Situation wird deutlich, dass Medizin, Politik und Planung gleichermaßen für ein Fortschreiten der positiven Tendenzen in der Entwicklung der Psychiatrie verantwortlich sind. Der Prozess der Deinstitutionalisierung, der auf die Reformbewegungen der siebziger Jahre zurückzuführen ist, ist auch heute noch im Gange. Die Anzahl der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten steigt stetig, wodurch sich das wohnortnahe Hilfsangebot deutlich verbessert. Die Gleichstellung psychischer und somatischer Krankheiten wird durch die Integration psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäuser zunehmend erreicht.³⁰

Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die verschiedenen Behandlungsschwerpunkte und Symptome psychischer Krankheiten spezielle Anforderungen und Ausstattungen benötigen. Eine Eingliederung in ein Allgemeinkrankenhaus birgt daher die Gefahr, dass aus Kostengründen therapeutisch wichtige, fachspezifische, bauliche Anforderungen vernachlässigt werden. Evaluationsforschungen zeigen deutlich, dass sich neben der Gestaltung der Einrichtungen vor allem auch Verbesserungen im Ablauf des Stationsalltages positiv auf das therapeutische Umfeld auswirken.³¹

Da jedoch psychiatrische Abteilungen häufig in alter, schwer modifizierbaren Bausubstanz angesiedelt sind, gestaltet sich eine gute Organisation meist schwierig.³²

„Für eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung psychisch Kranker, insbesondere chronisch psychisch Kranker, wird ein Paradigmenwechsel vom institutions- zum personenzentrierten An-

satz und von der Angebots- zur Bedarfsorientierung gefordert. In Abhängigkeit vom Grad der psychopathologischen Einschränkung und dem Ausmaß der Behinderung im sozialen Bereich erfolgt die Erfassung des individuellen Versorgungsbedarfs. Die Wahl des Lebens- und Wohnrahmens orientiert sich an der Zielvorgabe, die Betroffenen zu befähigen, in einem soweit als möglich normalen sozialen Umfeld den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen“³³

In dieser Hinsicht ist auch das vermehrte Angebot ambulanter und teilstationärer Behandlungen zu begrüßen. Stationäre Behandlungen sollen großteils nur noch im Akutfall nötig sein.

So erweist sich die tagesklinische Betreuung nach einem Krankenhausaufenthalt als sehr wirksam. Patienten, die für eine Entlassung noch nicht stabil genug sind, jedoch keine stationäre Behandlung mehr benötigen, werden dort nach gezielten therapeutischen Schwerpunkten weiterversorgt. Die Kombination zweier Behandlungsformen verlangt jedoch auch ein erweitertes Raumangebot, wie zum Beispiel Ruheräume oder multifunktionelle Therapieräume.

Diese Angebote können einen wichtigen Grundstein für den Weg zurück in die Gesellschaft bilden. Für Menschen, die durch ihre psychische Erkrankung kein eigenständiges Leben mehr führen können, gibt es unterschiedliche Betreuungsmöglichkeiten außerhalb des Krankenhauses, wie zum Beispiel Wohngemeinschaften, oder betreutes Wohnen. Dank dieser Entwicklungen und effektiver therapeutischer Möglichkeiten ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Fachkrankenhäusern deutlich gesunken, was sie nun endgültig vom Eindruck der Anstalt befreit.³⁴

29 Vgl. Glasow 2012, 16.

30 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 73.

31 Vgl. Müller 1997, 194.

32 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 73.

33 Hofrichter/Köhne 2014, 73.

34 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 73-74.

Krankheitsbilder in der Psychiatrie

Affektive Erkrankungen
Persönlichkeitsstörungen
Schizophrenie
Suchterkrankungen
Demenzen
Anforderungen an die Planung

S. 31-38

Krankheitsbilder in der Psychiatrie

In der Psychiatrie gibt es eine Vielzahl von Krankheitsbildern, die sich in ihren Symptomen und Ausprägungsgraden sehr unterschiedlich präsentieren. Die Diagnose wird in erster Linie von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team, bestehend aus klinischen Psychologen, Sozialarbeitern etc., gestellt. Dies erfolgt im Gespräch mit dem Patienten, durch Beobachtung seines Verhaltens und durch Einbeziehung von Angehörigen.³⁵ Ein diagnostisches Werkzeug ist zum Beispiel das AMDP-System, ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung der Leitsymptome psychischer Erkrankungen. Dabei lassen sich deren Anzeichen in unterschiedliche Merkmalsbereiche gliedern. Die folgende Auflistung³⁶ zeigt, wie vielfältig sich psychiatrische Krankheitsbilder auswirken können:

Bewusstseinsstörungen	Ich-Störungen
Orientierungsstörungen	Störungen der Affektivität
Formale Denkstörungen	Antriebs- und psychomotorische Störungen
Befürchtungen und Zwänge	Aufmerksamkeitsstörungen
Sinnestäuschungen	Gedächtnisstörungen
Wahn	

Die Merkmale können gleichzeitig und unterschiedlich ausgeprägt in Erscheinung treten. Dies erfordert ein spezielles Behandlungskonzept, welches auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt sein sollte. Für einen groben Überblick über die unterschiedlichen Erkrankungen möchte ich im folgenden Teil näher auf 5 Gruppen eingehen.

Affektive Erkrankungen

Unter affektiven Erkrankungen versteht man eine Beeinträchtigung der Gemütslage, die von einer nicht mehr erträglichen, gedrückten Stimmung bis hin zur Manie reichen kann. Zur häufigsten Erscheinungsform zählt hierbei die depressive Störung. Knapp 20% der Menschen sind im Laufe ihres Lebens einmal davon betroffen.

Depressive Patienten sind niedergeschlagen, antriebslos und haben oft Begleiterscheinungen, wie zum Beispiel Konzentrations- und Schlafstörungen. Im Rahmen schwerer depressiver Episoden kann es zu selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität kommen. Durch heutige Therapieschemata lässt sich die Krankheit gut behandeln und kann in den meisten Fällen geheilt werden.

Die Manie kann als gegensätzlicher Zustand bezeichnet werden. Sie ist gekennzeichnet von einem stark erregten Gemütszustand, bei dem sich Antrieb und Stimmung weit über dem Normbereich befinden. Dies kann sich durch Selbstüberschätzung, Distanzlosigkeit und Gereiztheit äußern. Durch ein deutlich verringertes Schlafbedürfnis kann es zu allgemeinen Überlastungserscheinungen kommen. Da der manische Patient seinen Zustand meist nicht als krankhaft empfindet, kommt es häufig zu Zwangseinweisungen.

Wechselt der Gemütszustand zwischen Depression und Manie, so wird dies als bipolare Störung bezeichnet. Diese Stimmungswandlungen können in kurzen Abständen oder auch über längere Perioden auftreten.³⁷

Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen umfassen eine Gruppe komplexer, psychischer Erkrankungen, die von besonders ausgeprägten, unflexiblen und unangepassten Verhaltensmustern gekennzeichnet sind. Sie können sich bereits in der Kindheit oder Jugend entwickeln

35 Vgl. Godyla 2008, 2.

36 Vgl. Schneider 2012, 38-39.

37 Vgl. Godyla 2008, 3.

und die Erkrankten deutlich in ihrem sozialen und/oder beruflichen Umfeld einschränken, was mit einem hohen Leidensdruck verbunden sein kann.³⁸

Mediziner gruppieren die Störungen in drei verschiedenen Cluster. Cluster A: sonderbar, exzentrisch, Cluster B: dramatisch, emotional, launisch, sowie Cluster C: ängstlich, furchtsam, vermeidend.³⁹

Schizophrenie

Die Schizophrenie umfasst eine Gruppe schwerer psychiatrischer Erkrankungen, die durch Störungen der Wahrnehmung, des Denkens und des Affektes charakterisiert sind. Im akuten Zustand haben die Patienten oft eine stark verzerrte Wahrnehmung der Realität und können Wahnvorstellungen und Halluzinationen entwickeln.⁴⁰

Hierbei spricht man in der Medizin von einer produktiven oder Positivsymptomatik. Diesem Zustand folgt meist eine Negativsymptomatik, die mit Störungen des Affekts und Anhedonie einhergehen kann.⁴¹

Im akuten Stadium ist eine rasche Behandlung sehr wichtig, um Folgeschäden entgegen zu wirken. Bei der Therapie werden Medikamente verabreicht, die die Psychosen unterdrücken. Klingen die akuten Symptome ab, kann unterstützend mit einer Psychotherapie begonnen werden.⁴²

Suchterkrankungen

Suchterkrankungen sind in erster Linie Erkrankungen, die durch einen Kontrollverlust gekennzeichnet sind. Es besteht eine Abhängigkeit von gewissen Substanzen oder Verhaltensweisen, welche den Betroffenen körperlich und/oder seelisch schaden können. Das Spektrum der Suchterkrankungen umfasst nicht nur substanzbezogene Abhängigkeiten, sondern auch das übermächtige

Verlangen nach bestimmten Handlungen, wie zum Beispiel Spiel-, Ess-, oder Kaufsucht.⁴³

Da es sich bei Suchterkrankungen um tiefsitzende Verhaltensmuster handelt, müssen sie über einen langen Zeitraum therapiert werden. Während der Therapie kann es auch zu Rückfällen kommen. Die Entwöhnung körperlicher Abhängigkeiten sollte in einem stationären Kontext passieren, da es beim Entzug zu lebensbedrohlichen Zuständen kommen kann.⁴⁴

Demenzen

Demenzen sind charakterisiert durch den Verlust an kognitiven, sozialen und emotionalen Fähigkeiten. Die wohl bekannteste Form ist die Alzheimersche Erkrankung, welche vorwiegend im höheren Alter in Erscheinung tritt. Rund 5% der Menschen über 65 Jahren leiden darunter. Die Krankheit entwickelt sich schleichend und ist durch Gedächtnis-, Orientierungs- und Wortfindungsstörungen gekennzeichnet. Es kann zur Entwicklung einer inneren Unruhe kommen, die bei erhaltener Mobilität zu einem erhöhten Bewegungsdrang führt.

Bei der Planung einer gerontopsychiatrischen Station ist es daher besonders wichtig, die Erschließung weitgehend so auszubilden, dass sie den Bewegungsfluss nicht unterbricht. Die Einschränkungen, die die Erkrankung mit sich bringt, machen die Bewältigung eines normalen Alltagsleben immer schwieriger und die Betroffenen sind zunehmend auf Unterstützung angewiesen.

Im Rahmen der Therapie liegt der Schwerpunkt auf dem Training des Gedächtnisses und der Alltagsfähigkeiten. Es wird versucht, die Patienten aktiv in ein soziales Umfeld einzubinden, um Bettlägerigkeit zu vermeiden und die verbleibenden Fähigkeiten zu fördern.⁴⁵

38 Vgl. Arolt/Reimer/Dilling 2011, 226.

39 Vgl. Schneider 2012, 407.

40 Vgl. Arolt/Reimer/Dilling 2011, 130.

41 Vgl. Schneider 2012, 269.

42 Vgl. Godyla 2008, 8-9.

43 Vgl. Arolt/Reimer/Dilling 2011, 96-98.

44 Vgl. Godyla 2008, 10-11.

45 Vgl. Arolt/Reimer/Dilling 2011, 67-69.

Anforderungen an die Planung

Die Komplexität und Vielfalt psychischer und neurologischer Störungen und deren unterschiedliche, oft konträre Auswirkungen auf die Wahrnehmung, fordern höchstes Maß an räumlicher Flexibilität. Es empfiehlt sich deshalb, bei der Planung multifunktionale Bereiche auszubilden, um auf verschiedene räumlichen Anforderungen reagieren zu können.⁴⁶

„Im Spannungsfeld zwischen Über- und Unterempfindlichkeit gegenüber Umweltreizen sollte die Architektur in psychiatrischen Einrichtungen nach Möglichkeit variable Reizdichten aufweisen.“⁴⁷

Neben offen gestalteten Bereichen ist auch die Gelegenheit zum Rückzug und zur Reizabschirmung enorm wichtig. Dem Patientenzimmer ist hier eine besondere Bedeutung beizumessen. Es sollte Ein- und Zweibettzimmer geben, die raumakustisch gut von einander getrennt sind und regulierbare Lichtsituationen zulassen. Speziell gerontopsychiatrische Patienten haben oft Probleme sich zu orientieren. Durch eine einfache und übersichtliche Strukturierung des Grundrisses sowie durch Ausbildung von einprägsamen Referenzpunkten kann den Patienten geholfen werden, sich besser auf der Station zurecht zu finden.⁴⁸

„Blickbeziehungen in den Außenraum unterstützen die zeitliche Orientierung, indem sie Aufschluss über Jahres- und Tageszeit (Sonnenstand, Vegetation) geben.“⁴⁹

Ein besonders wichtiges Thema im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ist die Suizidalität. Man geht davon aus, dass mindestens 90% der Suizide auf seelische Leiden, vor allem schwere Depressionen, zurückzuführen sind.⁵⁰

Da die Betroffenen am Tiefpunkt der Depression kaum die Kraft haben sich etwas anzutun, besteht das höchste Selbstmordrisiko bei Zunahme des Antriebs.⁵¹

Befinden sich die Patienten bereits in Therapie und ihr Zustand verbessert sich, kann es auch innerhalb einer psychiatrischen Einrichtung zu Suizidversuchen kommen. In der baulichen Suizidprävention bedeutet dies Gefahren wie Sprung- und Strangulationsmöglichkeiten sowie lange, unbeaufsichtigte Wege zu vermeiden.⁵²

46 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 26.

47 Glasow 2012, 15.

48 Vgl. Glasow 2012, 15.

49 Glasow 2012, 34.

50 Vgl. Schneider 2012, 562-564.

51 Vgl. Godyla 2008, 3.

52 Vgl. Glasow 2012, 35.

Der Einfluss von Planung und Architektur auf den Stigmatisierungsprozess

Der Ort

Die äußere Erscheinung

Der Bezug zwischen Innen und Außen

Die therapeutische Umgebung

Patientenzimmer

Stationsbereich

Psychiatrie der offenen Türe

S. 39-52

Der Einfluss von Planung und Architektur auf den Stigmatisierungsprozess

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, sind psychisch kranke Menschen auch heutzutage noch stark mit Vorurteilen konfrontiert. Die Ausgrenzung der Betroffenen lässt eine soziale Distanz entstehen, welche dem Behandlungserfolg erheblich im Weg stehen kann. Da sich diese Vorurteile über einen langen Zeitraum entwickelt haben und Diskriminierung heute auf vielen Ebenen stattfindet, sind Gesellschaft, Politik und Planung gleichermaßen gefordert präventive Maßnahmen zu setzen, um dem Stigmatisierungsprozess zu begegnen.

Im folgenden Teil sollen die gestalterischen Mittel der Architektur beschrieben werden, die sich positiv auf das Bild der Psychiatrie auswirken, um den Zugang und Aufenthalt zu erleichtern.

Der Ort

Psychiatrien und Zentren für seelische Gesundheit mit ihren speziellen Anforderungen an die Umwelt werden heutzutage sowohl innerstädtisch, als auch in Randgebieten oder Orten mit hohem Erholungswert errichtet.

Ein Standort in ländlicher Umgebung, wie zum Beispiel in Bergregionen, beeinflusst das Wohlbefinden der Patienten und kann die Genesung unterstützen.

Das Zentrum für Alterspsychiatrie in Pfäfers befindet sich in einer dörflichen Struktur, umgeben von Bergen, und ergänzt das Gebäudeensemble einer ehemaligen Klosteranlage. Durch Vor- und Rücksprünge gelang es den Architekten huggenbergerfries, die Kubatur des Gebäudes zu brechen und es mit der Umgebung zu verzahnen. Die Patientenzimmer sind um drei Höfe angeordnet und gewähren unterschiedliche Blicke in die Landschaft.

Seit den Reformationen der Psychiatrie Enquete entwickelte sich die Tendenz, psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäu-

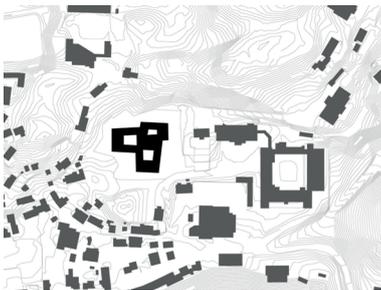


Abb.22: Alterspsychiatrie Pfäfers, Lageplan

Abb.23: Alterspsychiatrie Pfäfers,
Einbettung in eine ländliche Umgebung

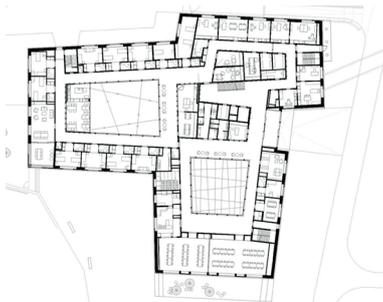


Abb.24: Alterspsychiatrie Pfäfers,
Erdgeschoßgrundriss



Abb.25: Alterspsychiatrie Pfäfers,
Schnitt

ser zu integrieren, was der entscheidenden Gleichstellung von körperlichem und seelischen Krankheiten gleichkommt und der gesonderten Position der Psychiatrie entgegenwirkt.⁵³ Eine innerstädtische Lage ist im Hinblick auf Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen von besonders hoher Bedeutung. Die Integration und Inklusion durch eine zentrale Lage sorgt für eine bessere Vernetzung mit der Umgebung und intensiviert die soziale Einbindung. Die oftmals beengte städtische Umgebung fordert jedoch planerisches Geschick, um die nötigen Außenraumqualitäten zu ermöglichen.⁵⁴ Ein vorbildliches Projekt, das sowohl eine innerstädtische Lage, als auch die Integration der psychiatrischen Abteilung in ein Allgemeinkrankenhaus vorsieht, befindet sich in Graz. Bis 2021 soll das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eggenberg mit dem innerstädtischen Krankenhaus in der Marschallgasse zusammengelegt werden. Der Wettbewerbsbeitrag des Grazer Architekturbüros Dietger Wissounig ging dabei als Sieger hervor. Den Architekten gelang es durch die neuen Zubauten die städtebaulich unbefriedigende Situation deutlich zu verbessern und durch einen zusammenhängenden, großzügigen Innenhof gute Außenraumqualitäten zu schaffen.

53 Vgl. Staudt 2011, 28-29.

54 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 24.

Die äußere Erscheinung

Die äußere Erscheinung, sowie die Eingangssituation einer Psychiatrie wirken sich auf das emotionale Empfinden aus und entscheiden darüber, ob das Gebäude mit einer positiven Einstellung betreten wird und Patienten sich den therapeutischen Maßnahmen anvertrauen.⁵⁵

„Transparenz nach innen und außen schafft Vertrauen und hilft Schwellenängste zu überwinden.“⁵⁶

Im Gegensatz zu somatischen Krankenhäusern, bei denen optimierte Abläufe und kompakte Baukörper im Vordergrund stehen, liegt der Schwerpunkt der Psychiatrie in der räumlichen Qualität und der Gestaltung. Es ist daher leichter möglich, historische Bau-substanzen in den Entwurf zu integrieren. Alte Gebäude haben etwas Vertrautes und können auf Patienten beruhigend wirken sowie Identität stiften.⁵⁷

Ein gelungenes Beispiel ist das Krankenhaus Hedwigshöhe in Berlin. Die Architekten Huber+Staudt und Brullet+de Pineda entwarfen im Rahmen dieses Projektes ein Gebäudeensemble aus



Abb.26: Krankenhaus Hedwigshöhe, kleinteilige Gebäudestrukturen fügen sich in die Umgebung ein

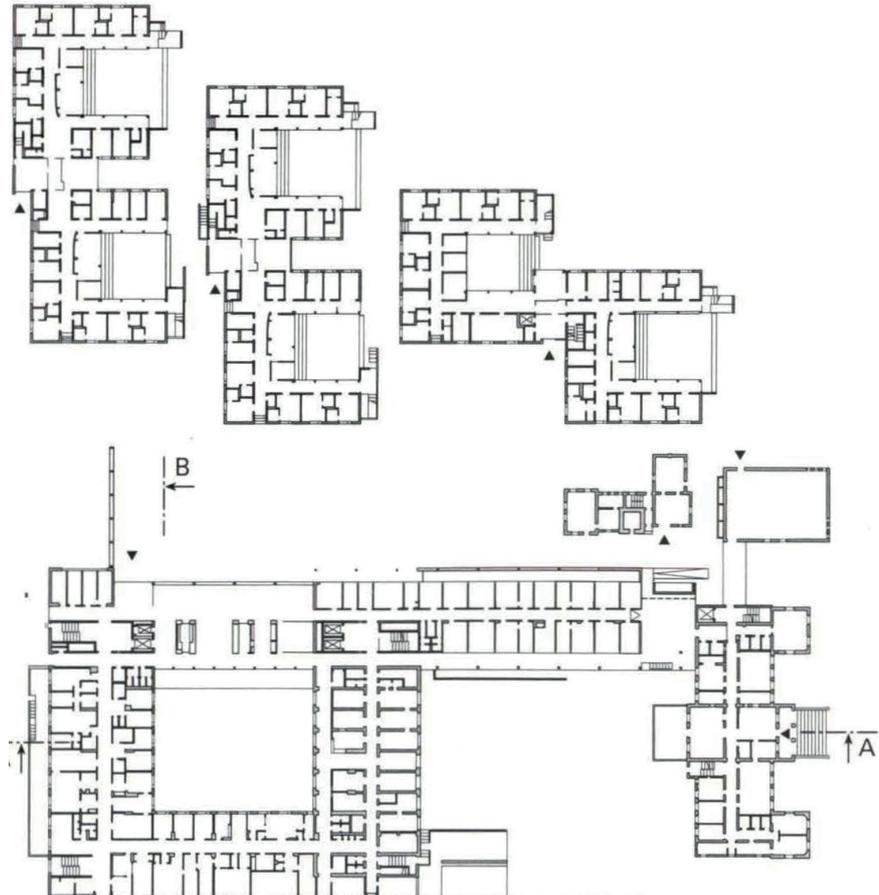


Abb.27: Krankenhaus Hedwigshöhe, Erdgeschoßgrundriss

Abb.28: St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus in Neuss, Eingangsbereich und Vorplatz

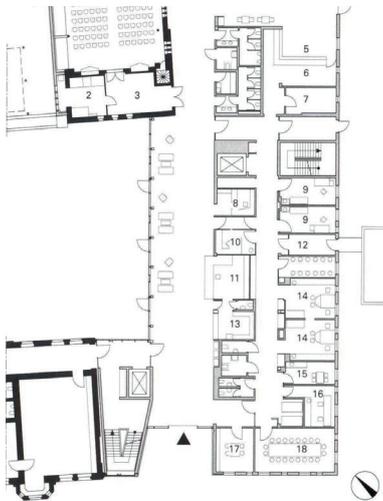


Abb.29: St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus in Neuss, Grundriss Eingangsbereich

Alt- und Neubauten. Sechs versetzte, zweigeschoßige Pavillons fügen sich gekonnt in die Umgebung ein und lösen das große Bauvolumen in kleine U-förmige Häuser auf, die sich zum reizvollen Landschaftsraum öffnen. Die Anlage vermittelt wenig den Anschein einer Institution, sondern versucht einen niederschweligen Zugang durch möglichst viel Normalität zu erreichen.

Eine weitere Möglichkeit, um soziale Distanz abzubauen und die Wahrnehmung von psychiatrischen Einrichtungen positiv zu beeinflussen, ist die Integration von öffentlichen und halböffentlichen Bereichen im und um das Krankenhaus.⁵⁸

Bei der Planung der Psychiatrie in Rhein-Kreis Neuss gelang es den Architekten Sander und Hofrichter durch die Gestaltung eines Vorplatzes einen Ort zum Verweilen zu schaffen. Von diesem Platz ausgehend wird das Gebäude über einen hotelartigen Eingangsbereich erschlossen. Diese Kombination aus einer belebten, gestalteten Vorzone und einem offenen Empfang bewirkt, dass bereits beim Betreten der Klinik Ängste abgebaut werden.

Der Bezug zwischen Innen und Außen

Die natürlichen Gegebenheiten und die Lage des Ortes sollten von Beginn an in den Entwurf mit einfließen, um in weiterer Folge eine starke Beziehung zwischen dem Innen- und Außenraum herzustellen.

Die Natur, als wesentlicher Bestandteil des Genesungsprozesses, ist gleich entscheidend wie das Gefühl von Intimsphäre an einem sicheren, inneren Rückzugsort.⁵⁹

55 Vgl. Glasow 2012, 16.

56 Staudt 2011, 16.

57 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 24-25.

58 Vgl. Glasow 2012, 16.

59 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 24.

Verschiedene Freiräume mit unterschiedliche Aufenthaltsqualitäten bieten die Möglichkeit die Natur zu erleben und sich an der frischen Luft zu erholen. Um aufwendige Begleitwege zu vermeiden, ist die unmittelbare Anbindung von Freibereichen an die Station von Vorteil. „Direkte Blickbeziehungen und kurze Wege zwischen Stützpunkt und Freibereich haben sich als positiv erwiesen, um eine zeitnahe Unterstützung durch das Personal im Bedarfsfall zu ermöglichen.“⁶⁰

Ein wichtiger Bestandteil einer psychiatrischen Einrichtung ist ein Therapiegarten. In diesem kann auch zielorientierte, körperliche Aktivität wie z.B. Bewegungstherapie stattfinden. Zudem bietet sich dadurch die Möglichkeit von tiergestützter Therapie, Gartenarbeit oder freier Bewegung.

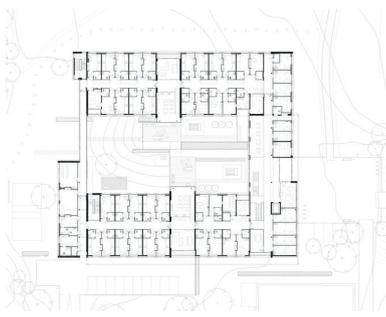
Das aktive Einbringen in den Klinikalltag kann das Selbstwertgefühl der Patienten steigern und eine Struktur in den Tag bringen.⁶¹ Die Planung von geschlossenen Gärten erfordert sensibel gestaltete Begrenzungsmaßnahmen, die einerseits den Sicherheitsstandards entsprechen, andererseits aber nicht das Gefühl vermitteln, eingesperrt zu sein. Je nach Art der Abgrenzung kann auf die Umgebung reagiert werden. Mauern eignen sich zur Schallabschirmung, während Glas noch Blickbeziehungen in die Umgebung zulässt. Das Erscheinungsbild der Freibereiche wird auch



Abb.30: Psychiatrie in Friedrichshafen, Bezug zum Außenraum



**Abb.31: Psychiatrie in Friedrichshafen,
Blick Richtung Bodensee**



**Abb.32: Psychiatrie in Friedrichshafen,
Erdgeschoßgrundriss**

wesentlich durch die Baukörper selbst bestimmt. Da Gebäude die sicherste und natürlichste Begrenzung darstellen, eignen sich drei oder vierseitig umschlossene Höfe besonders gut zur Planung geschützter Freibereiche.⁶²

So findet der Pavillon-Typus durch seine unterschiedlichen Außenraumqualitäten in der Psychiatriearchitektur häufig Anwendung. Der von Lärm und anderen Umwelteinflüssen geschützte Innenhof ermöglicht den Patienten einen ungestörten Aufenthalt im Freien, während die Zimmer an der Außenfassade weite Blicke in die Ferne zulassen.⁶³

Die therapeutische Umgebung

In der Sozialpsychiatrie ist die hohe Bedeutung des therapeutischen Milieus schon lange bekannt. Es setzt sich aus unterschiedlichen Faktoren zusammen, die von Patienten, Mitarbeitern und der räumlichen Umgebung beeinflusst werden. Während soziale oder therapeutische Beziehungen und ihre Auswirkung bereits weit erforscht sind, wurde dem therapeutischen Einfluss der räumlichen Umgebung in der Wissenschaft noch wenig Aufmerksamkeit

60 Glasow 2012, 81

61 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 175.

62 Vgl. Glasow 2012, 82.

63 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 31.

geschenkt. Erst in jüngster Zeit wurde diese Thematik aufgegriffen und entwickelte sich zu einem Teil der Gesundheits-, Design- und Architekturforschung. Begriffe wie Healing Architecture, Healing Environment, oder Evidence-based-Design, sind in der Planung von medizinischen Einrichtungen heute weit verbreitet.⁶⁴

Architektur, die „heilend“ wirkt, bedarf einer sorgsamten Planung, die sämtliche Perspektiven zusammenführt und eine Balance zwischen emotionalen und funktionalen Bedürfnissen schafft.⁶⁵

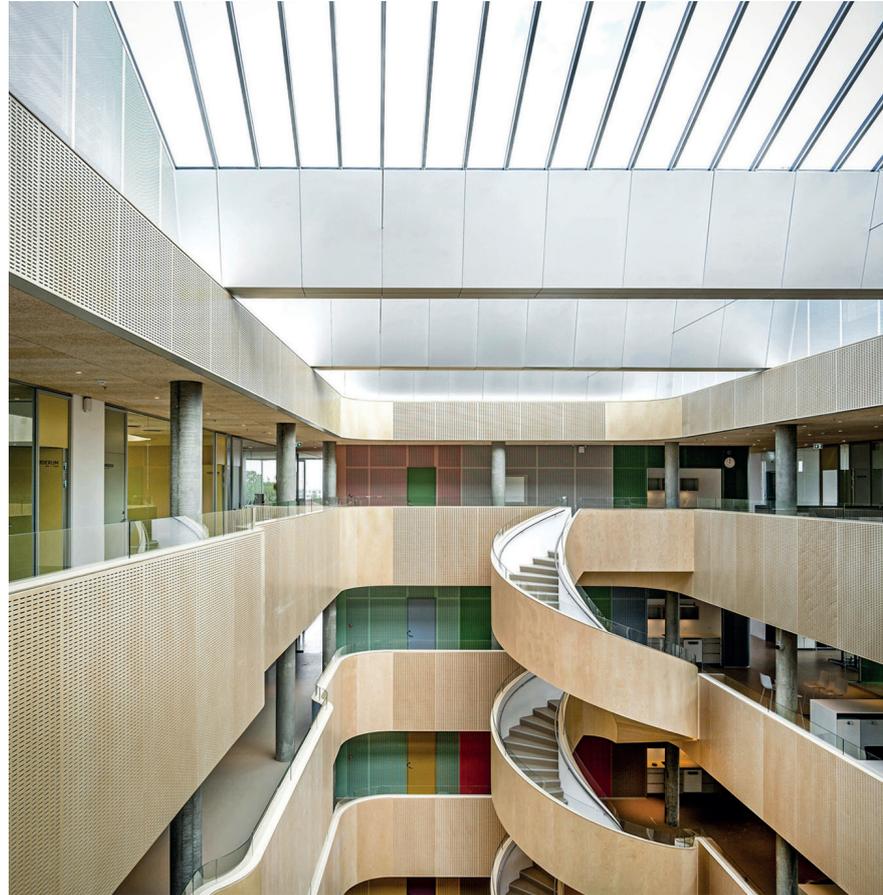
„Die psychiatrische Therapie zielt u. a. auf das Wiedererlernen alltäglicher und sozialer Kompetenzen, um den Patienten in ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zurück zu führen.“⁶⁶

Die Gestaltung sollte die Aktivität und Selbstständigkeit der Patienten fördern und eher wohnlichen als institutionellen Charakter haben. Einrichtungen wie Therapie- und Waschküchen sowie die bereits erwähnten Nutzgärten und gemeinsame Essbereiche unterstützen diesen Ansatz. Baulich bedingte Stressoren, wie Lärm oder das Empfinden von Enge, sollten in einer psychiatrischen Einrichtung vermieden werden. Eine gute Raumakustik und durchdachte Funktionsabläufe können die Lärmbelastung deutlich verringern. Das Gefühl von Enge wirkt sich negativ auf psychische Prozesse aus. Hohe Räume, eine offene Gestaltung der Station mit Blickbeziehungen ins Freie sowie gute Orientierungsmöglichkeiten können diesem Empfinden entgegenwirken. Die selbstständige Regulation von Raumtemperatur oder Beleuchtung etc. in den Patientenzimmern wirkt der rein passiven Position der Pati-



Abb.33: Psychiatrische Klinik Slagelse, Transparenz im Innenraum

Abb.34: Psychiatrische Klinik Slagels,
offene Räume



enten entgegen und vermittelt das Gefühl, selbst ein wenig die Umwelt kontrollieren zu können.⁶⁷

Handlungen gegen den Willen des Patienten können traumatisierende Auswirkungen haben und die therapeutische Beziehung belasten. Zwangsmaßnahmen sollten daher die letzte Instanz sein, um Selbst-, und/oder Fremdgefährdung zu verhindern. Studien haben gezeigt, dass bauliche Modernisierungen von psychiatrischen Kliniken auch direkten Einfluss auf Zwangsmaßnahmen in der Behandlung haben. So brachte die Umsiedelung einer psychiatrischen Station in einen Neubau einen drastischen Rückgang von Fixierungen (-50%) und Zwangsmedikationen (-85%). Dies ist auf die Verbesserung des therapeutischen Milieus zurückzuführen, das die Befindlichkeit der Patienten und des Personals positiv beeinflusst. Eine ästhetische Gestaltung, die den Patienten respektvoll begegnet, Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten sowie eine freie, selbstständige Benutzung der Stationsbereiche gelten als wesentliche Faktoren, um Eskalationen in psychiatrischen Kliniken präventiv entgegenzuwirken.⁶⁸

64 Vgl. Richter/Hoffmann 2014, 128-132.

65 Vgl. Leydecker 2017, 14.

66 Glasow 2012, 45.

67 Vgl. Glasow 2012, 10-11.

68 Vgl. Rohe u.a. 2017, 70-77.

Patientenzimmer

Aufgrund der vergleichsweise längeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in einer Psychiatrie ist es für die Patienten äußerst wichtig, dass sie sich mit ihrer vorübergehenden Umgebung identifizieren und sich wohlfühlen können. Dem Patientenzimmer soll man diesbezüglich besondere Bedeutung beimessen. Aufgrund der beschränkten Zimmergrößen ist speziell in diesem Bereich eine hohe planerische Qualität in der Raumorganisation und der Gestaltung nötig.

Im deutschsprachigen Raum werden bei klinischen Neubauten in der Regel nur noch Ein- und Zweibettzimmer realisiert. Die Vorteile des Einbettzimmers liegen darin, dass die bereits genannten Stressoren durch mehr Privatsphäre, weniger Störungen und mehr Kontrolle über die Umgebung weitgehend vermieden werden. Zweibettzimmer bekommen ihre Berechtigung aufgrund der gesteigerten Sicherheit durch gegenseitige Kontrolle der Patienten und durch die Förderung der Interaktion. Besonders ältere Menschen fühlen sich in einem Einbettzimmer oft zu sehr isoliert.⁶⁹ Teilen sich Patienten über längere Zeit ein Zimmer, ist die Zuordnung räumlicher Territorien besonders wichtig für ihr Wohlbefinden. Unklare Territorien erhöhen das Konfliktpotential und können zu Gewaltbereitschaft und Aggressionen führen. Entscheidend ist dabei, dass sich die Verkehrsflächen im Zimmer nicht mit den persönlichen Bereichen überschneiden. Da psychiatrische Patienten



Abb.35: Alterspsychiatrie Pfäfers, Zweibettzimmer



Abb.36: Alterspsychiatrie Pfäfers, Erschließungsbereich der Station

selten Pflege im klassischen Sinn benötigen, müssen die Betten nicht von drei Seiten zugänglich sein, was die Bildung eines Territoriums erleichtert.

Ein wichtiger psychologischer Aspekt ist die Aneignung der Territorien durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. Jedem Bett sollten Ablagemöglichkeiten und Flächen zur Platzierung persönlicher Gegenstände zugeordnet sein. Eine variable Möblierung kann ebenfalls den Aneignungsprozess unterstützen.⁷⁰

Stationsbereich

Da in psychiatrischen Einrichtungen in der Regel keine Bettruhe erforderlich ist, sondern die Patienten eher dazu angeregt werden sich zu bewegen, hat die psychiatrische Station als räumliche Erweiterung besondere Anforderungen. So sollte vor allem die Erschließungszone Aufenthaltsqualität haben und eine natürliche Belichtung aufweisen. Eine Möglichkeit besteht auch darin, z.B. Nischen, die zum Verweilen einladen, einzuplanen.

69 Vgl. Leydecker 2017, 27.

70 Vgl. Glasow 2012, 49-53.

Da das Gemeinschaftsleben ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Therapie ist, muss die Station ein zusätzliches Raumangebot zur Förderung der Kommunikation und Interaktion beinhalten. Aufgrund dessen, dass die Mahlzeiten normalerweise gemeinsam eingenommen werden, sollte jeder Station ein großzügiger Speise- und Aufenthaltsraum zugeordnet sein.⁷¹

Psychiatrie der offenen Türe

Die Behandlungs- und Unterbringungspraktiken von akutpsychiatrischen Patienten werden kontrovers diskutiert. Mit dem Argument der Sicherheit gibt es in vielen Kliniken geschlossene Bereiche, in denen selbst- und/oder fremdgefährdende Patienten hinter verschlossenen Türen und oft gegen ihren Willen behandelt werden. Dies steht jedoch im Widerspruch zur Autonomie der Patienten und führt zu häufigen Eskalationen und aggressiven Übergriffen. Die therapeutische Stabilität, die wesentlich vor Suiziden schützt, wird gestört und Patienten können das Vertrauen und die Hoffnung in die Behandlung verlieren. Die verschlossene Türe hat in der Psychiatrie eine symbolische Bedeutung und trägt wesentlich zum Stigmatisierungsprozess bei.

Bei einem Vergleich zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Krankenhäusern mit psychiatrischem Schwerpunkt wird deutlich, dass die Gleichstellung psychischer und somatischer Krankheiten noch nicht erreicht ist. Dabei ist es jedoch so, dass bei einem nicht unerheblichen Prozentsatz von Patienten an somatischen Abteilungen psychische Begleiterkrankungen wie Depressionen, Demenzen oder Delirien diagnostiziert werden. Es gibt Statistiken, die aufzeigen, dass bei rund 23% der Patienten an somatischen Abteilungen von einem erhöhten Suizidrisiko auszugehen ist und sogar ca. 5% als akut suizidal einzustufen sind.

Patienten mit körperlichen Erkrankungen haben mehr Mitspracherecht im Bezug auf Behandlungsempfehlungen und werden nicht zwangsweise therapiert. Um für psychisch Kranke die gleichen Rechte und denselben Respekt in der Behandlung zu erreichen, ist eine dauerhafte Öffnung der Akutpsychiatrie unabdingbar. Dies erfordert jedoch neue therapeutische Strategien und ausreichend Personal, was durch eine zunehmende Ökonomisierung der Krankenhäuser schwierig erscheint. Eine Umfrage in deutschsprachigen Universitätskliniken ergab, dass beinahe alle Ärzte eine Behandlung mit offenen Türen für möglich halten.⁷²

Fakt ist, dass die Personalpräsenz eine entscheidende Rolle in

der Psychiatrie einnimmt. Die Architektur kann durch einen gut organisierten, übersichtlichen Grundriss ihren Teil dazu beitragen. Eine durchdachte räumliche Anordnung vereinfacht die Sichtkontrolle für das Personal und ermöglicht schnelles Handeln in Akutfällen, was mit einer erhöhten Mitarbeiter- und Patientensicherheit einhergeht.

Eine offene Grundrissgestaltung erlaubt zusätzlich großzügigere Raumdimensionierungen, die das Gefühl von Enge, das als Triggerfaktor für das Auslösen von Akutzuständen gilt, vermeidet. Räumliche Flexibilität kann die Organisation der stationären Abläufe erheblich verbessern. Befindet sich der Stützpunkt zum Beispiel im Zentrum, besteht die Möglichkeit, die Station zu teilen und Patienten, die mehr Aufmerksamkeit fordern, zu versorgen, ohne den gesamten Bereich zu stören. Um den Personalaufwand im Nachtbetrieb gering zu halten, ist es auch von Vorteil, die Stationen so zu organisieren, dass sie zusammenschaltbar sind. Auch zur Krisenassistenz ist die unmittelbare Nähe der Stationsstützpunkte von Vorteil.⁷³

71 Vgl. Hofrichter/Köhne 2014, 35-36.

72 Vgl. Lang 2013, 2-12.

73 Vgl. Glasow 2012, 44.

Gespräch mit Prim. Dr. Peter Hlade

S. 53-66

Gespräch mit Prim. Dr. Peter Hlade

KH Barmherzige Brüder Graz, Eggenberg
Graz, 27.01.2017

Wie würden Sie eine moderne Psychiatrie definieren?

In erster Linie sollte es hell sein und viel Platz geben. Das sind in einer Psychiatrie im Prinzip die Grundvoraussetzungen.

Wichtig ist zudem, dass die Räumlichkeiten so gestaltet sind, dass die Patienten möglichst das Gefühl haben, sie können sich gut bewegen. Ich denke da zum Beispiel an Gebäude mit geschützten Innenhöfen, wo Patienten die Gelegenheit haben an die frische Luft zu gehen.

Speziell Menschen, die an Demenz leiden, haben oft einen hohen Bewegungsdrang. In der Planung sollte man deshalb darauf achten, die Erschließung als Rundweg auszubilden und endende Gänge möglichst zu vermeiden.

Um ausreichend Ruhebereiche und Rückzugsmöglichkeiten zu schaffen, wären Ein- bis Zweibettzimmer sinnvoll. Therapieräume, sowie Räumlichkeiten für Einzelgespräche und zur Krisenintervention sollte es auch direkt auf der Station geben. Im Allgemeinen wäre die Vermittlung einer wohnlichen Atmosphäre wünschenswert, wobei man dies auch von zwei Seiten sehen muss. In der Akut-Psychiatrie, wo die Aufenthaltsdauer sehr kurz ist, gibt es andere räumliche Ansprüche als auf einer Therapie-Station oder in einer Rehabilitationseinheit. Man kann also sagen, dass unterschiedliche therapeutische Ansätze auch eine unterschiedliche Gestaltung der Räumlichkeiten fordern.

Wie sollte Ihrer Meinung nach der Erstkontakt in einer psychiatrischen Einrichtung erfolgen?

Hier ist zu unterscheiden, ob die Patienten mit der Rettung kommen oder ob es sich um eine geplante Aufnahme handelt. Im

Grunde gibt es viele unterschiedliche Aufnahmeszenarien, die auf vielen Psychiatrien unterschiedlich praktiziert werden. Wir machen das derzeit auf der Station. Das ist nicht immer optimal, da es den Stationsalltag unterbricht.

Je akuter die Aufnahme, desto stärker die Unterbrechung. Es wäre daher sinnvoll, speziell im Notfall, die Patienten extern aufzunehmen, wo sie auch in einer ruhigen Atmosphäre ankommen. Dort sollte die Aufnahme gemeinsam von Ärzten und Pflege erfolgen, damit die Patienten nicht alles mehrmals erzählen müssen.

Wie gestaltet sich der Alltag in einer Psychiatrie?

Ich glaube er gestaltet sich sehr unterschiedlich, weil wir viele verschiedene Krankheitsbilder und Patienten haben. Manche brauchen eher ein ruhiges Setting. Zum Beispiel Menschen, die manisch depressiv sind, also an einer bipolaren Erkrankung leiden und gerade in einer manischen Phase sind, brauchen eher ein reizarmes Umfeld. Da ist weniger oft mehr. Anfangs kann es auch bei schweren Depressionen zur Überforderung kommen, wenn es ein zu intensives Programm gibt. Eine gute Balance ist daher besonders wichtig. Prinzipiell kann man sagen, dass es Therapiekonzepte für jedes Krankheitsbild gibt. Diese müssen meistens noch individuell abgestimmt werden. Für viele Patienten fängt der Tag mit Morgenaktivität an. Weiters haben wir unterschiedliche Therapieoptionen, wie Kunst-, Musik-, Tanz-, Ergo-, Psychotherapien und vieles mehr. Dies wird gemeinsam mit den Patienten koordiniert. Wichtig ist aber auch darauf zu achten, dass die Patienten noch genügend Zeit zum Ruhen haben. Die Patienten müssen gut in das therapeutische Setting integriert sein, aber eben nicht zu viel. Bei jemandem, der zum Beispiel psychotisch ist, ist Reizüberflutung sehr schlecht. Da ist vor allem die Ruhe und die Strukturgebung ein wichtiger therapeutischer Baustein. Regelmäßiges Essen sowie Unterstützung bei der Körperpflege sind vor allem am Anfang ganz wichtig. Strukturierung, wie die biologischen Rhythmen von Tag und Nacht wieder zu erleben, gibt vielen Patienten Sicherheit.

Werden die Therapiebereiche ausschließlich während der Therapiezeiten genutzt oder können sie auch als erweitertes Raumangebot innerhalb der Station gesehen werden?

Für das Raumangebot wäre es ein Gewinn, aber das lässt sich relativ schwer umsetzen, wenn man zum Beispiel an die Kunsttherapie denkt, wo in den Räumlichkeiten Bilder von Patienten aufbewahrt werden, die sehr persönlich sind und dem Daten-

schutz unterliegen. Im Musiktherapieraum stehen teure Musikinstrumente, die eines gewissen Schutzes bedürfen. Es ist also etwas schwierig diese Räumlichkeiten zu öffnen und als Raumerweiterung zu verwenden, da dort teilweise Therapiematerialien, Patientendaten oder Wertgegenstände zu finden sind. Weiters müssten Räume mit Sportgeräten oder ähnlichem aufgrund der Sicherheit ständig beaufsichtigt werden. Einen Turnsaal einfach offen zu lassen ist nicht möglich, da man dadurch die Sorgfaltspflicht verletzt. Wir befinden uns ja schließlich auch in einem Krankenhaus.

Wir haben schon einmal überlegt, Räume auf der Station, in denen Gruppentherapien stattfinden, am Nachmittag Besuchern zur Verfügung stellen.

Das haben wir auf der jetzigen Station auch so umgesetzt. Der Gruppenraum kann dort als Fernsehraum oder Aufenthaltsraum am Nachmittag weiter genutzt werden. Hier kann man sich kombinierte Nutzungen gut vorstellen, aber in den spezifischen Therapieräumen ist es eher schwierig, würde ich sagen.

Suchen die Menschen vermehrt Privatheit oder gibt es auch ein gemeinschaftliches Leben unter den Patienten?

Ich glaube, dass die Gemeinschaft der Patienten überhaupt einer der unterschätztesten, therapeutischen Wirkfaktoren ist. Man muss sich vorstellen, dass viele Patienten oft sehr vereinsamt leben. Es gibt auch

welche, die sehr kontaktfreudig sind, aber viele leben isoliert und zurückgezogen. Gerade in unserer Welt, wo durch die Digitalisie-

zung Kontakte über das Internet florieren, wird dieser persönliche Rückzug immer stärker. Da ist das Gemeinschaftsleben auf der Abteilung, wenn man zusammen in der Gruppe Zeit verbringt und miteinander isst, von hohem Wert. Viele unserer Patienten rauchen leider, aber es entwickelt sich auch eine Gemeinschaft. Wir versuchen die Interaktion auch zu fördern, indem wir am Nachmittag Spiele anbieten. Ich glaube, dass das ein ganz wichtiger Punkt ist. Es kann sich manchmal auch eine Dynamik entwickeln, die nicht positiv oder nicht gesundheitsfördernd für Patienten ist. Wenn zum Beispiel Patienten vermehrt Cannabis konsumieren, was natürlich strengstens verboten ist, können sie nicht gesünder, sondern kränker werden.

Aber generell würde ich sagen, dass Gemeinschaften sehr hilfreich und unterstützend sein können. Manche Patienten sind auch länger im Krankenhaus und können dann von ihren Erfahrungen berichten und den neu Aufgenommenen helfen.

Ich finde es aber auch wichtig, dass wir kleinere Einheiten an Patientenzimmern mit Ein- und Zweibettzimmern haben, weil es dadurch auch individuelle Rückzugsmöglichkeiten gibt. Wenn man viel in Kontakt mit anderen steht und auch noch in einem Vierbettzimmer ist, wird das manchmal etwas zu viel und der Rückzug ist nicht mehr möglich. Deshalb denke ich, dass die therapeutische Gemeinschaft der Patienten ganz wichtig ist, aber man muss auch Rückzugsmöglichkeiten schaffen.

Um Ausgrenzung und sozialer Distanz entgegenzuwirken, werden in viele aktuellen Projekte öffentliche Bereiche integriert. Lassen sich aus Ihrer Sicht diese Konzepte mit der internen Organisation einer Psychiatrie vereinbaren?

Diesbezüglich bin ich ein bisschen zwiesspalten. Die Leute sollten nicht aus der Motivation, eine Psychiatrie einmal von innen sehen zu wollen, vorbeikommen. Das halte ich für einen falschen Ansatz. Ich glaube aber schon, dass Integration eine gute Sache ist.

Es gibt zum Beispiel ein Ausstellungskonzept in der Landesnervenlinik Sigmund Freud, wo immer wieder Künstler Ausstellungen präsentieren, um die Klinik der Öffentlichkeit ein bisschen näher zu bringen. Das ist ein guter Versuch und ich finde das sehr begrüßenswert, dass das passiert. Gleichzeitig glaube ich aber, dass da von Grund auf ein Umdenken erfolgen soll. Die Psychiatrie wird nicht mehr von anderen Fachgebieten unterschieden und es wird vermehrt versucht die Abteilung in allgemeine Krankenhäuser zu integrieren. So wird die Psychiatrie erst gar nicht irgendwo anders etabliert, wo man die Leute animieren muss hinzukommen, um die Schwelle zu erniedrigen. Sie ist einfach ein Teil eines Ganzen, gehört zur Versorgungsstruktur dazu und ist nichts Besonderes. Die Psychiatrie ist einfach ein Bereich wie die Abteilung für Innere Medizin, die Chirurgie und wie bei uns die Neurologie. Der sinnvollste Weg wäre es, möglichst viel Normalität in den Krankenhausalltag zu bringen und nicht wieder eine Exklusivität entstehen zu lassen. Je außergewöhnlicher etwas gestaltet ist, desto mehr lege ich den Fokus darauf, dass es etwas Besonderes ist. Je normaler desto besser, finde ich.

Ich glaube, dass viele Menschen die Hilfe, die sie eigentlich bräuchten, nicht in Anspruch nehmen, da die Schwelle so hoch ist. Um diese zu vermindern und dem entgegenzuwirken, ist aus meiner Sicht Normalität wichtig.

Wie beurteilen Sie neue, innovative Konzepte, die von einer Unterbringung von Patienten in geschlossenen Bereichen absehen? Haben Sie Erfahrungen damit?

Es gibt in Österreich eine Unterscheidung im Umgang mit dem Unterbringungsgesetz zwischen dem Osten und Westen. Vor allem in Wien und Niederösterreich war es von Beginn an so, dass keine geschützten Bereiche entstanden sind. Dort hat man die Patienten auf einer offenen Abteilung untergebracht. Das heißt, dass sie zwar bei Bedarf fixiert und

behandelt werden, es aber keinen eigenen geschlossenen Bereich gibt. In der Steiermark, in Oberösterreich und Kärnten ist es so, dass geschützte Bereiche mit verschlossenen Türen entstanden sind und die Patienten nur in Begleitung nach draußen dürfen. Per Gesetz ist es den Patienten erlaubt, eine Stunde am Tag an die frische Luft zu gehen. Dieses Wissen ist im Bezug auf die baulichen Maßnahmen wichtig. In den meisten Fällen gibt es geschlossene Gärten, wo eher dezente Abgrenzungen gemacht wurden.

Dies muss natürlich architektonisch sensibel gelöst werden. Die Barriere soll schließlich nicht einfach überwindbar sein, aber auch nicht wie ein Käfig aussehen. Das ist Aufgabe des Architekten, sich hier etwas einfallen zu lassen.

Es hat also alles Vor- und Nachteile. Ich muss vielleicht jemanden, der sehr krank und psychotisch ist, eher medizieren und ruhig stellen, da er sonst die Station verlassen würde und garnicht haltbar wäre, oder ich definiere einen geschlossenen Bereich, wo er sich frei bewegen kann.

Es gibt auch schlechte Beispiele, wo ganz enge Bereiche geschaffen wurden und die Patienten gar keine Möglichkeit haben sich zu bewegen. Wenn der geschlossene Bereich großzügig angelegt wird, bringt das sicher Vorteile mit sich. Die Patienten können sich bewegen und ihre Unruhe abbauen.

Wir versuchen in Zukunft ein kombiniertes Konzept mit einem eher kleinen, geschützten Bereich und einem großen Aufenthaltsbereich umzusetzen. Dieser sollte ausreichend Bewegungsfreiheit bieten und zusätzlich die Möglichkeit schaffen ein weiteres Zimmer dazuzuschalten. Ansonsten werden die Patienten eher im offenen Bereich untergebracht. Wir haben also dann beide Möglichkeiten. Psychiatrien, die ich mir in Deutschland angeschaut habe, hatten auch einen geschützten Bereich. In Italien gibt es wiederum kaum noch solche abgesperrten Bereiche.

Es hat schon Unterbringungsstatistiken von der „Gesundheit Österreich“ gegeben, die hervorbrachten, dass die Schwelle bis die Patienten im geschlossenen Bereich untergebracht werden in Wien viel höher ist. Zugleich besagt die Statistik jedoch auch, dass die geschlossen geführten Patienten häufiger fixiert und zwangsbehandelt werden. Dies kann unterschiedlich interpretiert werden. Es deutet aber darauf hin, dass die kränkeren Patienten erst später in geschlossene Bereiche untergebracht werden und dadurch eine Fixierung eher notwendig ist.

Vieles hängt auch mit der Personalpräsenz zusammen. Leider ist es so, dass Psychiatrien im Vergleich zu deren Leistung personell nicht gut besetzt sind. Gerade im Pflegebereich ist das bemerkbar. In jedem Spital werden laufend Unterbringungs- und Fixierungsstatistiken erstellt. Im LKH Graz Süd-West Standort Süd war zum Beispiel in einem Monat ein deutlicher Rückgang an Fixierungen festzustellen. Es stellte sich heraus, dass zu diesem Zeitpunkt viele Pflegepraktikanten angestellt waren. Die Präsenz von Leuten, die sich mit den Menschen beschäftigten, hat zu einer deutlich geringeren Anzahl an Fixierungen geführt.

Gleichzeitig konnte man bereits erkennen, dass die neubauliche Gestaltung der Rudolfstiftung in Wien zu weniger Zwangsmaßnahmen führte. Die hellen, offenen Räume, Bewegungsmöglichkeit und Rückzugorte wirken sich sehr positiv auf die Patienten aus. Prinzipiell ist es aber schon so, dass es für gewisse Patienten einfach wichtig ist, dass sie behandelt werden und wenn sie die Station verlassen würden, eine Fremdgefährdung besteht. Ich kann jemanden mit einem psychotischen Zustandsbild nicht einfach gehen lassen. Wenn die Krankheit behandelt ist, können diese Menschen wieder ein ganz normales Leben führen, aber im unbehandelten Zustand ist es einfach zu gefährlich. Deswegen muss man da schon die Kirche im Dorf lassen. Zum einen bin ich

auch ein Vertreter der offenen Psychiatrie, aber in manchen Fällen, das sind ja zum Glück nicht sehr viele, muss man wirklich konsequent behandeln.

Wie lange ist im Allgemeinen die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einer Psychiatrie?

Das ist ganz unterschiedlich. Je nachdem, ob auch die Therapie von Alkoholkrankungen mit im Behandlungsauftrag sind. Hier ist die Aufenthaltsdauer oft wesentlich kürzer, weil viele alkoholisierte Patienten nach der Ausnüchterung das Krankenhaus wieder verlassen. So wird der Durchschnitt etwas gedrückt und deshalb muss man auch schauen, welche Patienten man aufnimmt. Wir haben derzeit eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 17,6 Tagen. Im Sozialmedizinischen Zentrum Ost in Wien sind es zwanzig Tage und im Landeskrankenhaus Graz waren es, glaube ich, auch 20 Tage. Es gibt auch kleinere Psychiatrien, in denen die Aufenthaltsdauer bei 14-15 Tage oder teilweise auch darunter liegt. Es bestehen also Unterschiede zwischen den Einrichtungen.

Gibt es nach einem stationären Aufenthalt ein weiteres Betreuungsangebot?

Das ist eigentlich das Wichtigste. In Österreich ist es aber im Gegensatz zu vielen anderen Ländern so, dass der Träger der Krankenhäuser nicht für die ambulante Betreuung zuständig ist. Das wäre wünschenswert, da die weitere Betreuung dann Hand in Hand funktionieren könnte. Der Nachteil ist nämlich, dass in der Steiermark zwar sehr viele Träger für die externe Betreuung außerhalb des Krankenhauses existieren, es aber Parallelstrukturen gibt, die sich teilweise koordinieren, aber oft auch in Konkurrenz stehen und unterschiedliche Interessen haben. Prinzipiell ist die Nachbetreuung sehr wichtig, um eine „Drehtür-Psychiatrie“ zu verhindern. Wenn Patienten sta-

bil entlassen werden und zuhause in ihrer alten Umgebung keine ausreichende Betreuung erhalten, kommen sie oft schon nach wenigen Wochen wieder ins Krankenhaus. Dieses „Rein und Raus“ in der Psychiatrie ist leider ein häufiges Thema.

Psychiatrien sollte eng mit extramuralen Einrichtungen kooperieren, damit der Patient nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus direkt weiter Unterstützung bekommt. Das funktioniert teilweise gut, jedoch sind die Ressourcen in diesen Bereichen oft auch sehr eingeschränkt. Zudem haben diese Einrichtungen noch keinen Versorgungsauftrag, was bedeutet, dass sie Patienten nicht nehmen müssen und es auch Wartelisten gibt. Wenn ich einen stabilen Patienten entlasse und er zwei Monate auf einen Termin warten muss, ist es einfach zu spät. Deshalb ist in diesem Bereich sicher noch einiges zu verbessern.

Positiv ist, dass es bereits Verbindungsdienste von extramuralen Einrichtungen gibt, die mit den Patienten schon im Krankenhaus Kontakt aufnehmen, um die Schwelle zu mindern und um sicher zu gehen, dass die Menschen dort auch ankommen. Insgesamt sind die Ressourcen jedoch oft beschränkt und die Politik wird zeigen, wieviel Geld sie zur Verfügung stellt. Das ist immer sehr unterschiedlich und auch davon abhängig, welche Regierung gerade am Zug ist.

In der Rudolfstiftung in Wien wird meines Wissens auch innerhalb des Krankenhauses eine tagesklinische Nachversorgung angeboten. Wie sehen Sie diesen Ansatz?

Eine Tagesklinik haben wir auch geplant. Man nennt dies auch halbstationär, weil das Setting sich ein wenig von anderen Tageskliniken unterscheidet. Auf einer somatischen Station wird der Patient in der Früh aufgenommen.

Anschließend wird er operiert bzw. therapiert, bleibt tagsüber im Krankenhaus und wird dann wieder entlassen. In der psychiatrischen Tagesklinik ist das hingegen so, dass die

Patienten einen Turnus durchlaufen können. Das bedeutet, dass sie zum Beispiel jeden Tag von Montag bis Freitag von 8:00 bis 16:00 Uhr ins Krankenhaus zur Therapie kommen. Das ist anders zu sehen als die Tagesklinik im chirurgischen Bereich, da diese Form schon eine weitaus intensivere Betreuung in Anspruch nimmt.

Patienten, die für eine Entlassung noch nicht ganz stabil sind, aber nicht unbedingt eine stationäre Behandlung brauchen, können auch in die Tagesklinik kommen und von dort entlassen werden.

Eine andere Möglichkeit wäre es auch, therapeutische Schwerpunkte zu setzen. Wir entwickeln zum Beispiel für Betroffene von Persönlichkeitsstörungen ein spezifisches Therapieprogramm für sechs Patienten, das verhindern soll, dass diese Menschen nicht mehr so oft in Krisen kommen und in weiterer Folge die Anzahl der stationären Aufenthalte reduziert. Menschen mit Borderline-Syndrom sind starke Nutzer des Systems, wobei ein stationäres Setting in diesem Fall oft nicht viel bringt. Halbstationäre Aufenthalte entlasten das System und bieten die Möglichkeit, ein spezielleres Setting für bestimmte Krankheitsbilder zu entwickeln.

Wo wird Ihr Schwerpunkt in der Weiterentwicklung der Psychiatrie liegen?

Im Grunde müssen wir weiter darauf hinarbeiten, dass der Zugang möglichst niederschwellig ist. Dass Patienten, die Unterstützung brauchen, sie auch annehmen können

und im Allgemeinen, dass es bekannter wird, was wir so an Arbeit leisten und welche Patientengruppen und Menschen wir unterstützen können. Ich glaube das ist noch immer vielen nicht klar. Es existiert noch immer das Bild, dass, wenn du „verrückt“ bist, eben eingeliefert wirst. Dass wir aber vielen Menschen in Krisen gut helfen können und eine Anlaufstelle sind noch bevor eine Situation akut

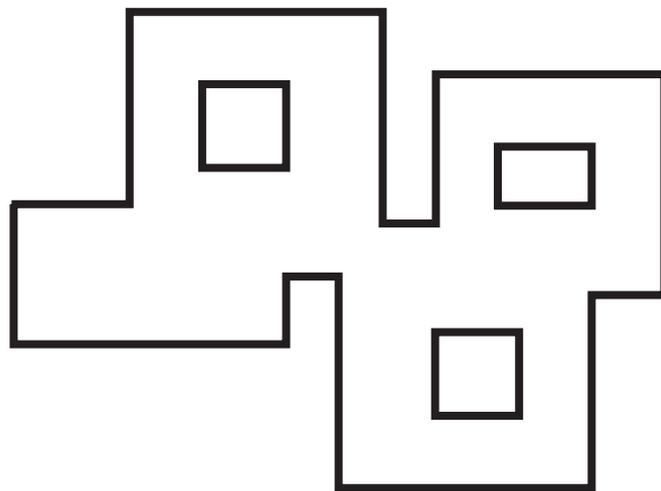
wird, ist wenigen bekannt. Das den Menschen bewusst zu machen, wäre so ein Ziel. Zudem auch ein möglichst niederschwelliges Angebot bereits im Vorfeld zu haben.

Für die Psychiatrien im Allgemeinen wäre eine Ausweitung der extramuralen Netzwerke anzustreben, sodass die Patienten eine gute externe Betreuung haben. Die Bezugsbetreuung, die teilweise schon stattfindet, wird leider noch nicht so umgesetzt wie ich es mir vorstellen würde. Die Menschen müssten wirklich eine Zeit lang gut begleitet werden, sodass man Rückfälle vermeiden kann. Ich würde mir auch wünschen, dass in den Familien mehr Arbeit geleistet werden kann. Das Stationäre und das Externe sollte einfach viel stärker zusammenhängen.

Ich habe eine Zeit lang in England gearbeitet und dort wird sowohl das Spital, als auch das Beratungszentrum von den gleichen Ärzten bespielt. Das bedeutet, dass ich als behandelnder Arzt die Menschen im Spital und ambulant sehe. Ich habe dadurch immer das Gefühl zu wissen, was mit den Patienten passiert. Ich kann eine Einweisung veranlassen, aber auch viel vor einem stationären Aufenthalt machen. Das sehe ich als sehr sinnvolles System. Wenn ich eine Vision hätte, dann würde ich die extramuralen Träger zusammenlegen. Das würde die Koordination deutlich vereinfachen.

Entwurf

S. 67-142



Entwurf

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die Anforderungen an eine moderne Psychiatrie erläutert wurden, wird im folgenden Teil der Entwurf beschrieben.

Im Sinne der wohnortnahen Versorgung und der gesellschaftlichen Integration wird ein innerstädtischer Bauplatz gewählt, der gut erreichbar ist und die nötigen Außenraumqualitäten besitzt. Der Grünraum als wesentlicher Bestandteil des Genesungsprozess soll durch einen kompakten Baukörper bestmöglich erhalten bleiben.

Durch eine offene Gestaltung wird ein starker Bezug zum Außenraum hergestellt, was zur Entstehung von großzügigen und hellen Innenräumen führt. Der Erschließungszone wird dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Eine übersichtliche Raumorganisation mit kurzen Wegen und weiten Blickbeziehungen sorgt für einen optimierten Krankenhausbetrieb und ein hohes Maß an Sicherheit.

Anhand von Plänen, schematischen Grafiken und axonometrischen Darstellungen wird der Entwurf auf den folgenden Seiten beschrieben. Um die Organisation und die räumlichen Zusammenhänge besser zu verstehen, wird die Struktur des Gebäudes in seine Einzelteile zerlegt, welche separat behandelt werden.

Um die räumlichen Qualitäten der Psychiatrie darzustellen, und Aufschluss über Materialität und Licht zu geben, wird der Entwurfsteil am Ende mit perspektivischen Bildern ergänzt.

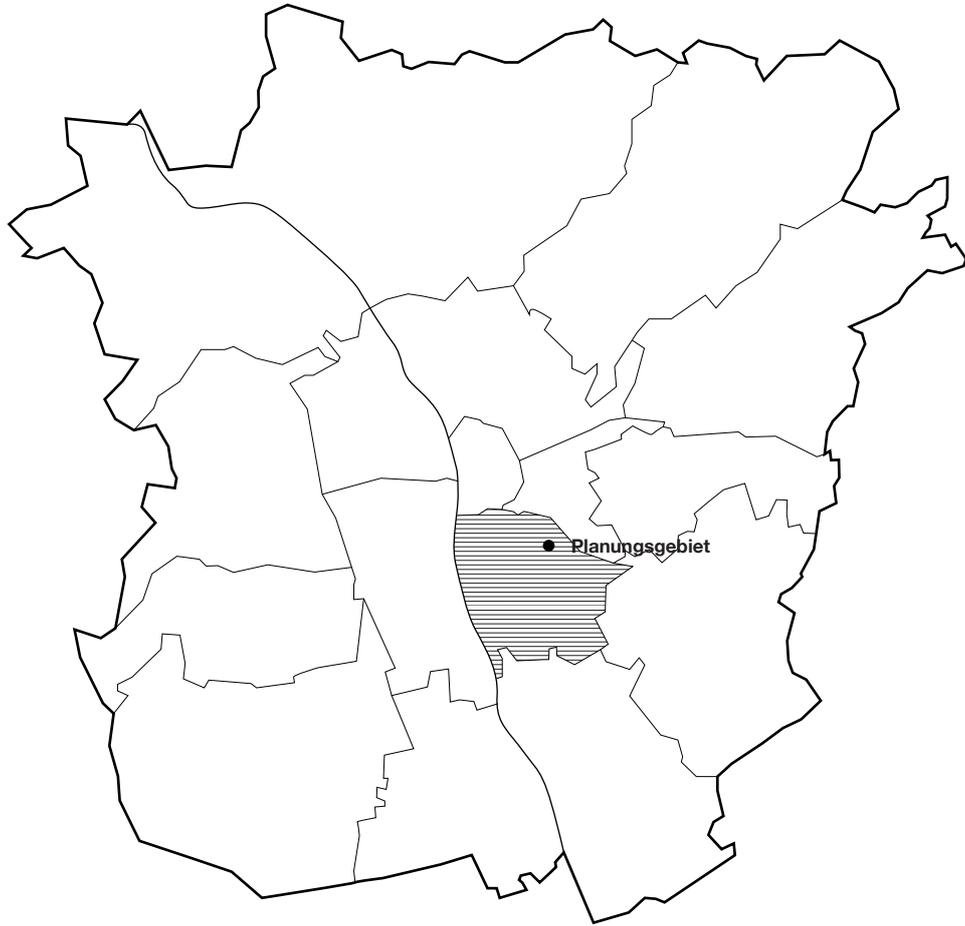


Abb.37: Standort Graz, Bezirk Jakomini

Der Ort

Graz

Graz ist die steirische Landeshauptstadt und mit 286.686⁷⁴ Einwohnern die zweitgrößte Stadt Österreichs. Wegen ihrer hervorragend erhaltenen Altstadt wurde sie 1999 zum UNESCO-Weltkulturerbe erklärt. Im Jahr 2003 folgte die Ernennung zur Kulturhauptstadt Europas. Die Bevölkerung der Stadt wächst zwar nur gering, aber stetig.⁷⁵

Im letzten Jahrhundert entwickelte sich die Stadt radial um den historischen Stadtkern. Durch die geografische Lage im Grazer Becken mit den begrenzenden Hügelketten ist diese Entwicklung jedoch begrenzt, wodurch der strategische Schwerpunkt der Stadtplanung in der Umnutzung freigewordener Industrieflächen und der innerstädtischen Nachverdichtung liegt.⁷⁶

Bezirk Jakomini

Der Bezirk Jakomini liegt nahe dem Zentrum südlich der Inneren Stadt und ist mit rund 30.000 Bewohnern der bevölkerungsreichste Bezirk von Graz. Seine heutigen Grenzen besitzt der VI. Grazer Bezirk seit 1899.⁷⁷

Das Erscheinungsbild des Stadtteils wird durch den Wohnungsbau seit dem Zweiten Weltkrieg bestimmt. Man bemühte sich, nach 1945 die zerstörten Häuser wieder aufzubauen und orientierte sich dabei zunächst an den Bauformen früherer Zeit. Später ging man neue Wege und fing in den 50er und 60er Jahren an, zunehmend höher zu bauen, wodurch vereinzelt Hochhäuser entstanden. In den 70er Jahren beschränkte man die maximale Stockwerkanzahl auf sieben Geschoße, was meist dazu führte, dass Neubauten eng aneinandergereiht wurden, um die Bauplätze möglichst effizient zu nutzen. In den 80er Jahren wurden wieder vermehrt kleinere, integrative Baustrukturen, wie zum Beispiel die Wohnsiedlung Neufeldweg von Günther Domenig, errichtet.⁷⁸

⁷⁴ https://www.graz.at/cms/beitrag/10034466/7772565/Zahlen_Fakten_Bevoelkerung_Bezirke_Wirtschaft.html

⁷⁵ Vgl. https://www.graz.at/cms/beitrag/10034480/7773129/Kleine_Stadtgeschichte.html

⁷⁶ Vgl. <http://derstandard.at/2000002083501/Wohin-Graz-waechst>

⁷⁷ Vgl. <https://www.info-graz.at/vi-bezirk-graz-jakomini/>

⁷⁸ Vgl. Dienes/Kubinzky 1991, 105.



Abb.38: Orthofoto Bauplatz

Der Bauplatz



Abb.39: Franziszeischer Kataster, 1829,
Ausschnitt Münzgrabenstraße

Der Bauplatz wird im Norden von der Hafnerriegel-Straße und im Süden vom Münzgrabengürtel begrenzt. Er befindet sich auf den ehemaligen Dominikanergründen an der Rückseite des Pfarramts Münzgraben. Die Begrenzung im Osten bildet eine Sport- und Freizeitfläche mit etwa 6600 Quadratmetern.

Das Grundstück befindet sich im privaten Besitz des Stifts Admont und ist der Öffentlichkeit derzeit nicht zugänglich. Es weist ein leichtes Gefälle Richtung Pfarramt auf und liegt am tiefsten Punkt etwa drei Meter unter dem Niveau des Sportplatzes.

Die umliegende Bebauung ist über viele Epochen gewachsen und weist ein heterogenes Bild auf. Da die Münzgrabenstraße schon früh eine wichtige Ausfahrtsstraße bildete, befinden sich an ihr entlang die ältesten Gebäude. So auch der von den Dominikanern errichtete Klostertrakt, der als Backsteinbau mit neoromanischen Stilelementen ausgeführt wurde. Südlich davon befindet sich die Fatimakirche, die 1953 als Ersatzbau für die im Zweiten Weltkrieg zerstörte St. Anna Kirche nach den Plänen des Architekten Georg Lippert errichtet wurde. Im nördlichen Teil des ehemaligen Dominikanerklosters schließt ein dreigeschoßiger Vierflügelbau an, in dem sich heute das Studentenwohnheim Münzgraben befindet.⁷⁹ Alle weiteren Seiten des Bauplatzes sind vorwiegend mit Wohnhochhäusern aus dem Ende des 20. Jahrhunderts bebaut.

Der Bauplatz besitzt trotz zentraler Lage viel Grünraum und wird durch das lange Gebäudeensemble entlang der Münzgrabenstraße weitgehend von Lärm abgeschirmt.

Die nächste öffentliche Verkehrsanbindung liegt etwa drei Gehminuten entfernt an der Straßenbahnhaltestelle Neue Technik, wo auch die Straßenbahnlinie Linie 6 hält. Über eine weitere Straßenbahnhaltestelle vor der Münzgraben Kirche wird im Gemeinderat bereits verhandelt. Dies würde die Erreichbarkeit des Bauplatzes zusätzlich verbessern.

⁷⁹ Vgl. Bundesdenkmalamt 2013, 812.



Abb.40: Bauplatz Dominikanergründe,
Blick nach Norden



**Abb.41: Bauplatz Dominikanergründe,
Blick nach Nord-Ost**



**Abb.42: Bauplatz Dominikanergründe,
Blick nach Süd-Ost**



Abb.43: Bauplatz Dominikanergründe,
Blick nach Süden



Abb.44: Angrenzende Sport- und Freizeitfläche nord-östlich des Bauplatzes



Abb.45: Blick auf die Wohnhauszeile
Müngrabengürtel



Abb.46: Blick in die Münzgrabenstraße,
Studentenwohnheim im Vordergrund



Abb.47: Blick Richtung Münzgraben Kirche
südwestlich des Bauplatzes



Abb.48: Lageplan M: 1:5000:



Städtebau

Grundlage des Entwurfs bildet das Raumprogramm der kürzlich fertiggestellten Psychiatrie der Rudolfstiftung in Wien. Dieses umfasst eine Bruttogeschoßfläche von etwa 5500m², die über fünf Stockwerke organisiert ist.

Im Zuge des Projektes in Graz war es aufgrund der geringeren städtebaulichen Dichte und der niederen Bebauung der angrenzenden Gebäude wichtig, die Psychiatrie auf drei Geschoße zu planen und dabei soviel Grünraum wie möglich zu erhalten. Das Gebäude wird im nördlichen Teil des Planungsgebiets positioniert, wodurch ein Großteil der Bäume bestehen bleibt.

Um das große Bauvolumen in den Kontext zu integrieren, wird es in vier Bauteile gegliedert, die durch Verschiebungen auf die Umgebung reagieren und sich dem Maßstab der umliegenden Häuser anpassen.

Im Norden definiert ein großzügiger Vorplatz einen öffentlichen, städtischen Raum, der durch Sitzstufen und ein Café zum Verweilen einlädt, während im südlichen Teil ein naturbelassener Erholungspark entsteht.

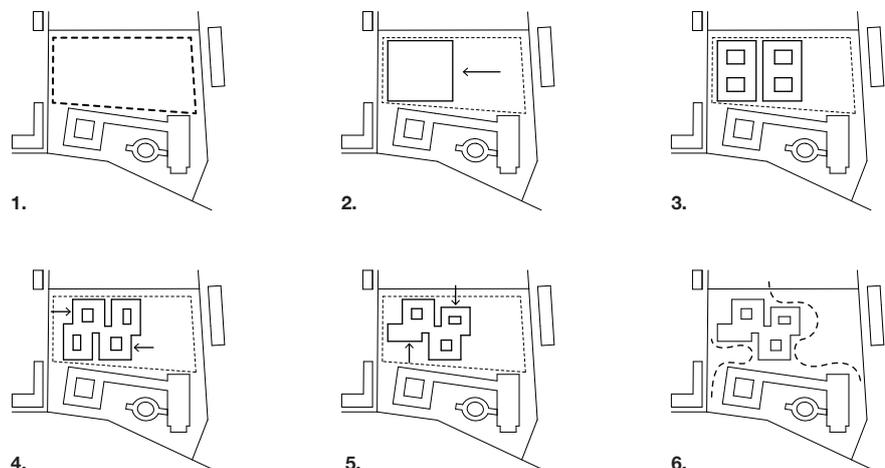
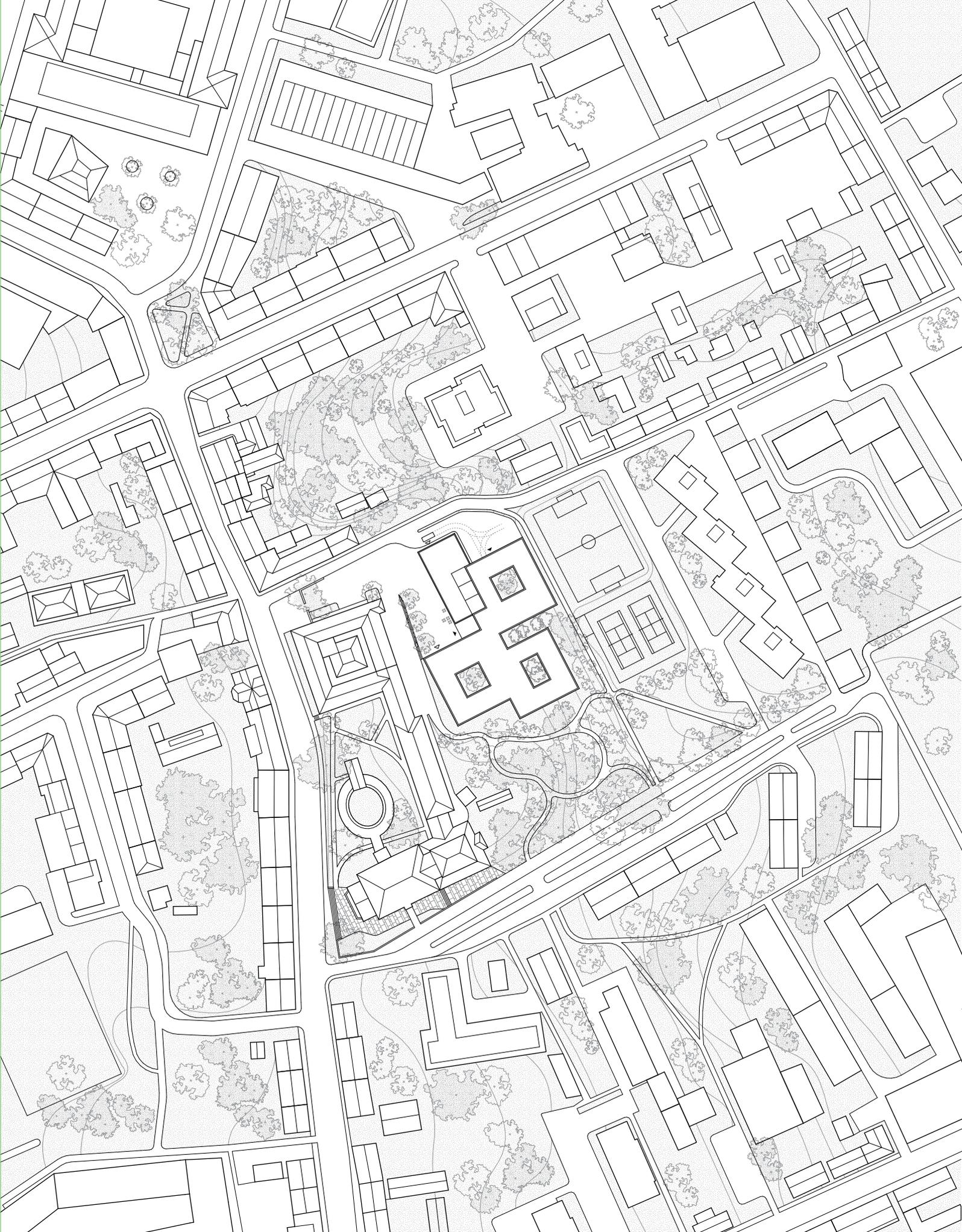


Abb.49: Städtebauliche
Konzeptdarstellung
(Linke Seite)

Abb.50: Lageplan M 1:2000
(Rechte Seite)



Organisation

Das Raumprogramm ist auf drei Geschoße organisiert. Die vier psychiatrischen Stationen liegen in den zwei Obergeschoßen, während sich alle weiteren Funktionsstellen im Erdgeschoß befinden. Über einen zentralen Empfangsraum können alle Bereiche direkt erschlossen werden.

Die Nebenräume sind entlang einer Mittelachse gegliedert und werden den jeweiligen Raumgruppen zugeordnet. Durch die ringförmige Anordnung der Funktionsbereiche entstehen drei beruhigte Innenhöfe, die für eine gute Belichtung der Gangzone sorgen und einen geschützten Außenraum bieten.

Da Patienten in tagesklinischer Betreuung hauptsächlich das Raumangebot des Therapiezentrums nutzen, stehen die zwei Bereiche im direkten Zusammenhang.

Die Ambulanz ist kompakt und linear strukturiert, um effiziente Abläufe zu ermöglichen. Sie befindet sich in räumlicher Nähe zur Akutaufnahme, welche über eine eigene Rettungszufahrt verfügt.

In den Obergeschoßen befinden sich jeweils zwei Stationen. Das Raumprogramm der Allgemeinpsychiatrischen Stationen und der Gerontopsychiatrischen Station unterscheidet sich nur gering. Da für die Psychosomatische Station weniger Räume vorgesehen sind, nimmt sie weniger Fläche in Anspruch, wodurch eine großzügige Dachterrasse entsteht, die zur Erholung im Freien und für Therapiezwecke genutzt werden kann.

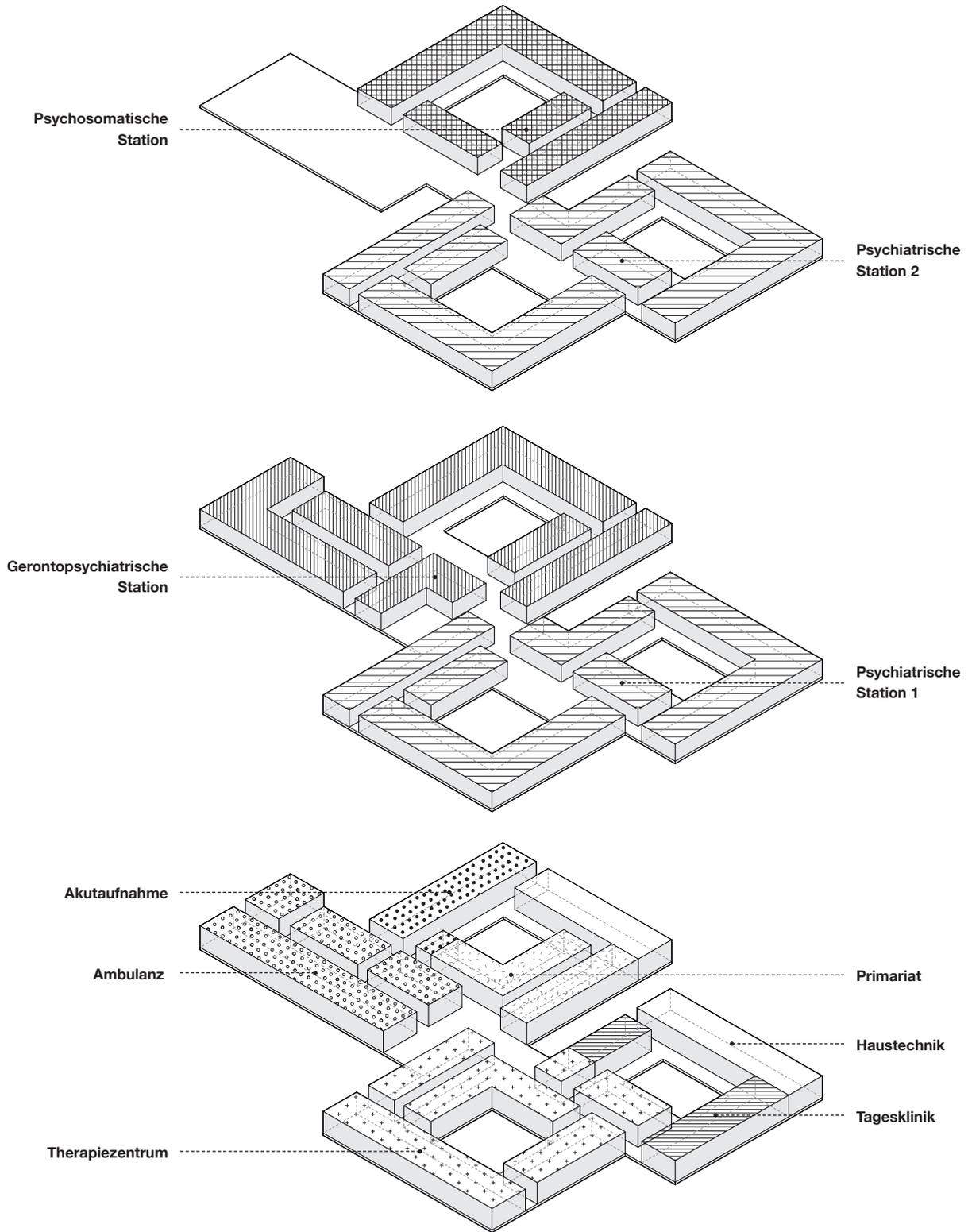


Abb.51: Axonometrische Darstellung der Organisation

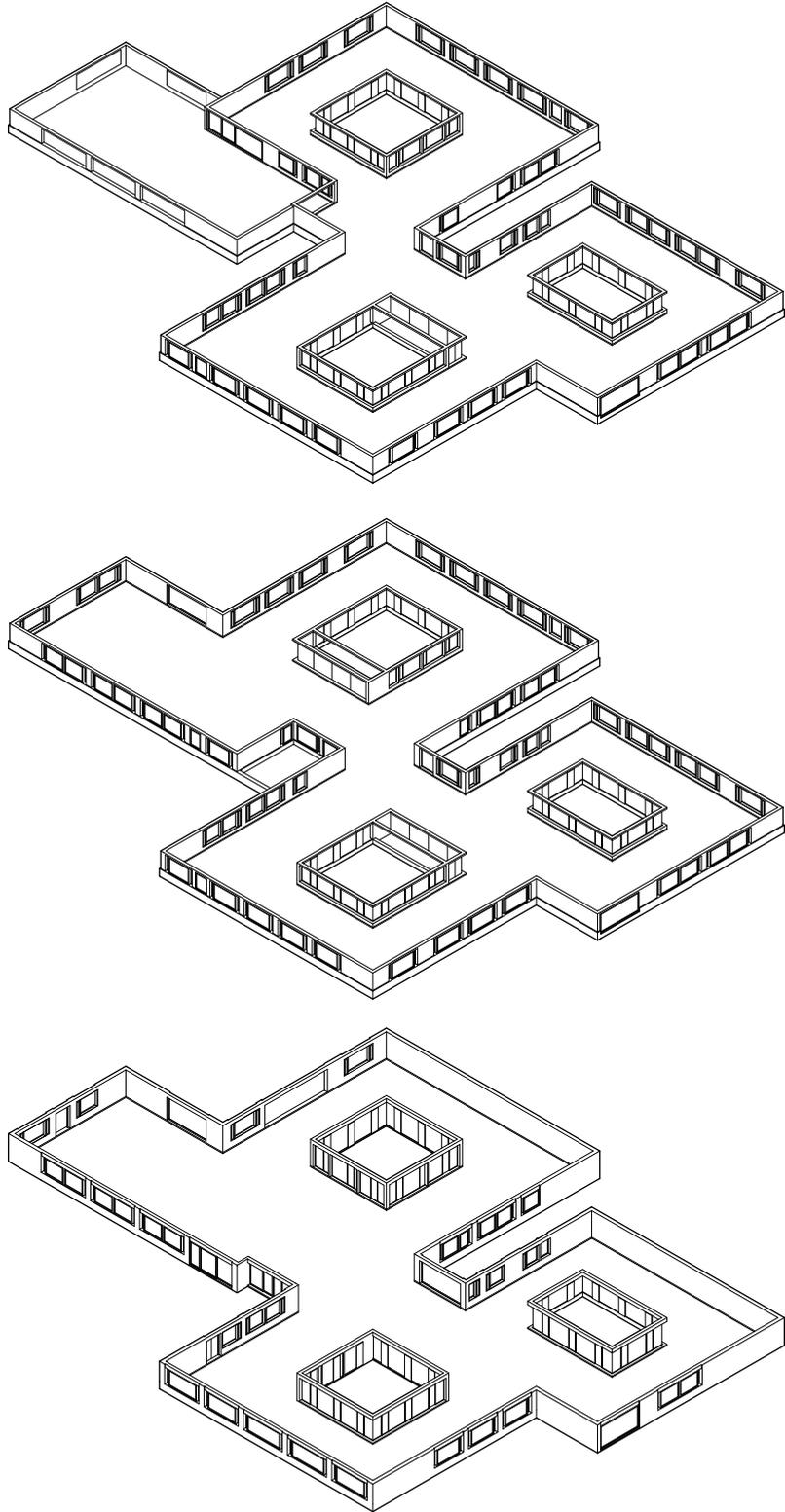


Abb.52: Axonometrische Darstellung
der äußeren Struktur

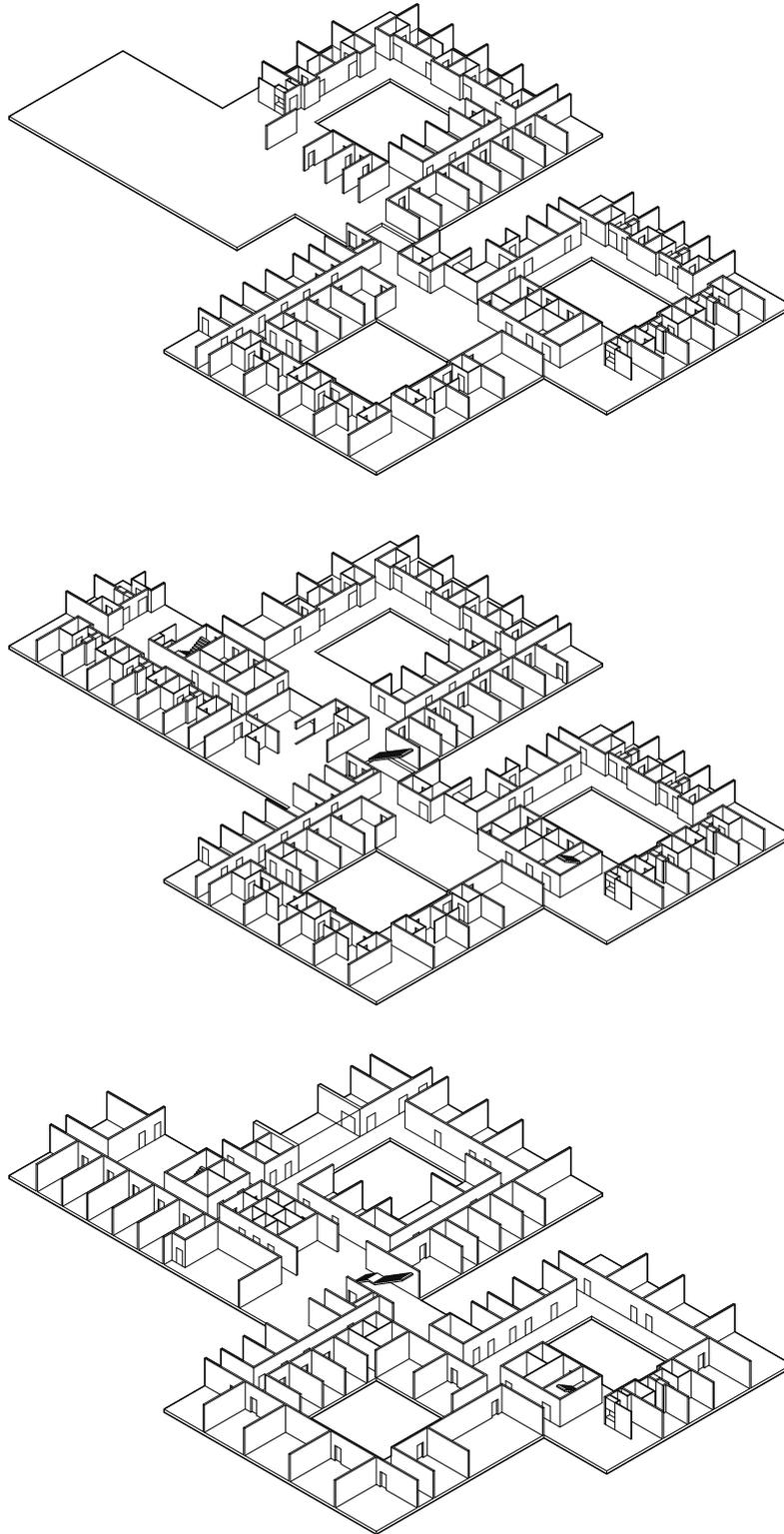


Abb.53: Axonometrische Darstellung
der inneren Struktur

Horizontale Erschließung

Da sich psychiatrische Patienten in der Regel nicht nur im Bett aufhalten, schenkt das Projekt der Erschließungszone besondere Aufmerksamkeit. Sie wird als erweitertes Raumangebot behandelt und bietet Möglichkeiten zum Verweilen. Durch die einseitige Anordnung der Patientenzimmer werden die Gänge natürlich belichtet und gewähren Blicke ins Freie sowie auf die gegenüberliegenden Seiten. Dies ist für die räumliche und zeitliche Orientierung von hoher Bedeutung. Entlang der Hoffassaden zieht sich ein durchgehendes Fensterband mit einer niederen Parapethöhe. Die tiefe Fensterlaibung wird als Sitznische ausgeführt. Die großzügige Verglasung der Gänge ermöglicht dem Personal die gesamten Station gut zu überblicken.

Die Gänge sind als Rundwege ausgebildet und ermöglichen verschiedene Durchwegungen ohne den Zwang anhalten oder umkehren zu müssen. Sackgassen können für psychiatrische Patienten bedrohlich wirken und zu Eskalationen führen.

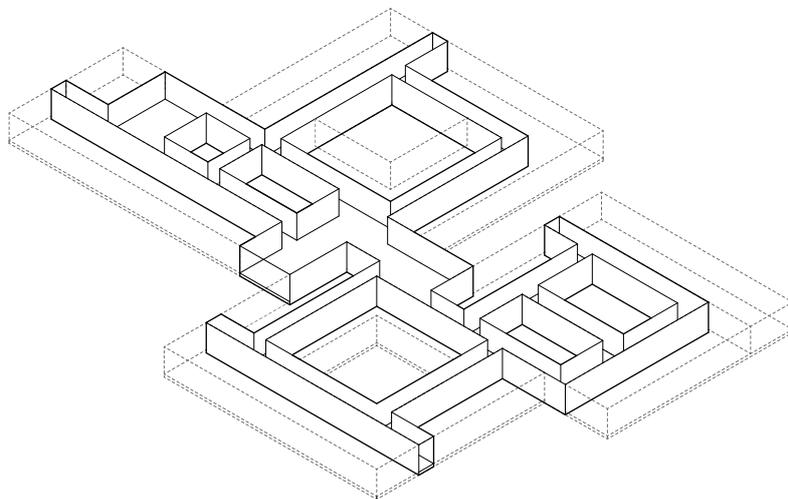
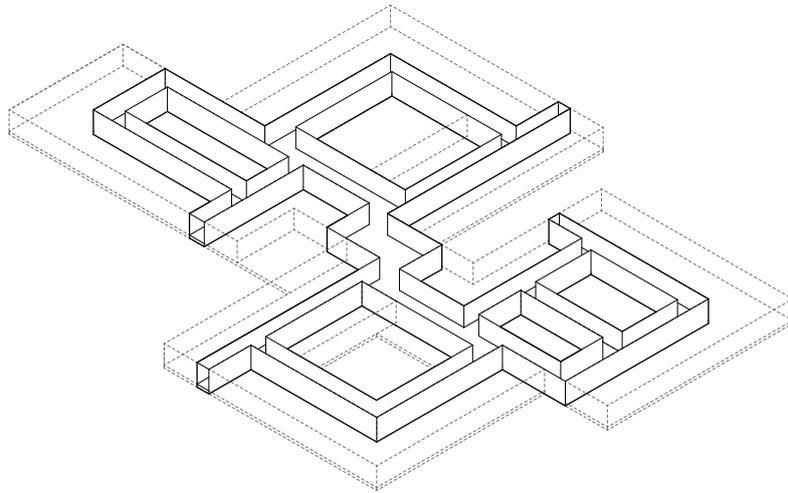
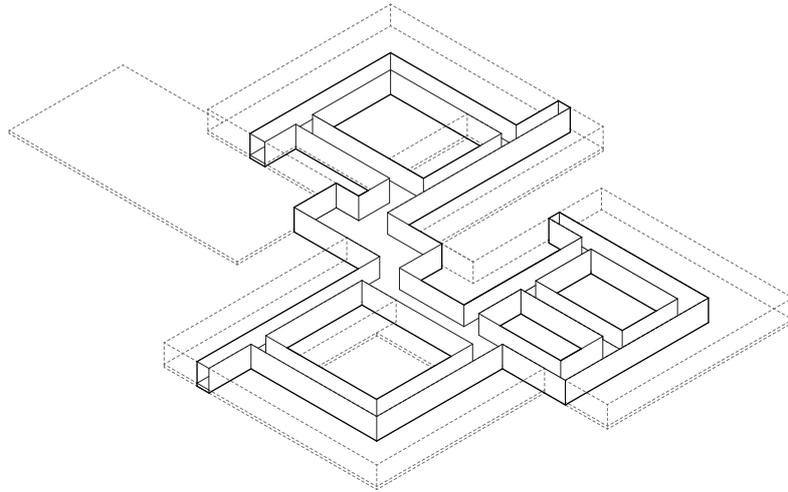


Abb.54: Axonometrische Darstellung der horizontalen Erschließung

Vertikale Erschließung

Um die Wege innerhalb des Gebäudes möglichst kurz zu halten, befindet sich die Haupteerschließung im Zentrum der Psychiatrie. Von einem großzügigen Foyer aus, führen eine Treppe und zwei Lifte in die oberen Geschoße. Alle Funktionsstellen, sowie die Dachterrasse können direkt über dieses Treppenhaus erschlossen werden.

Aus Brandschutzgründen befinden sich an der Mittelachse zwei weitere Stiegenhäuser. Diese sind den jeweiligen Stationen zugeordnet und schaffen neben dem Sicherheitsaspekt eine zusätzliche vertikale Verknüpfung.

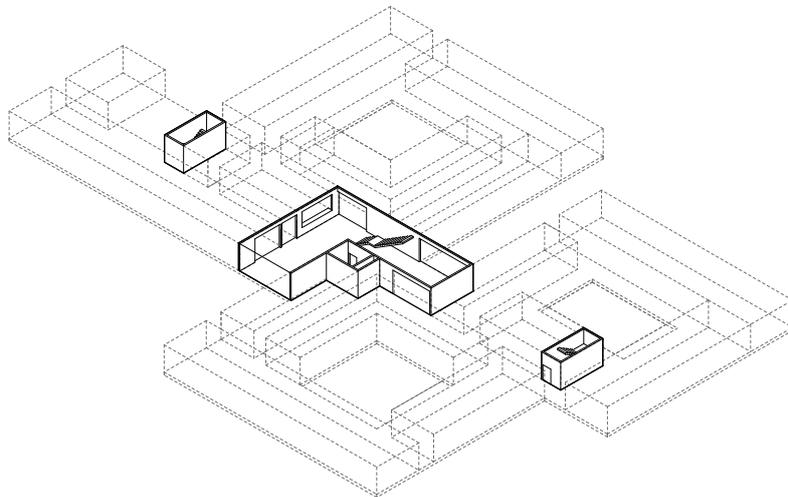
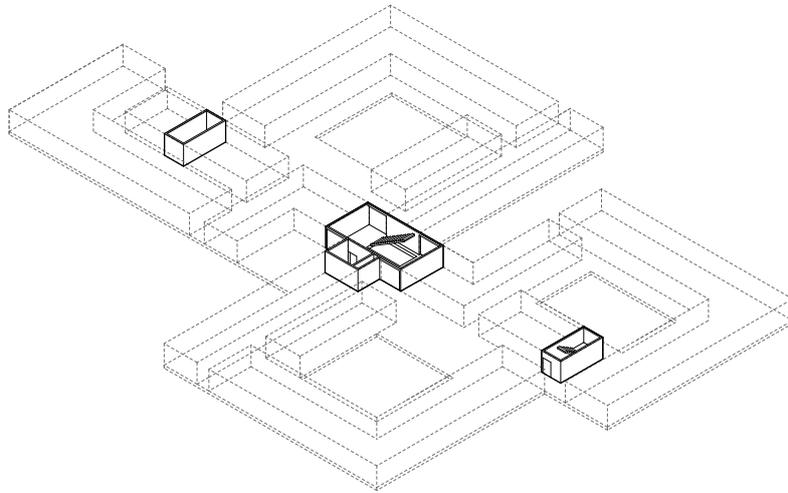
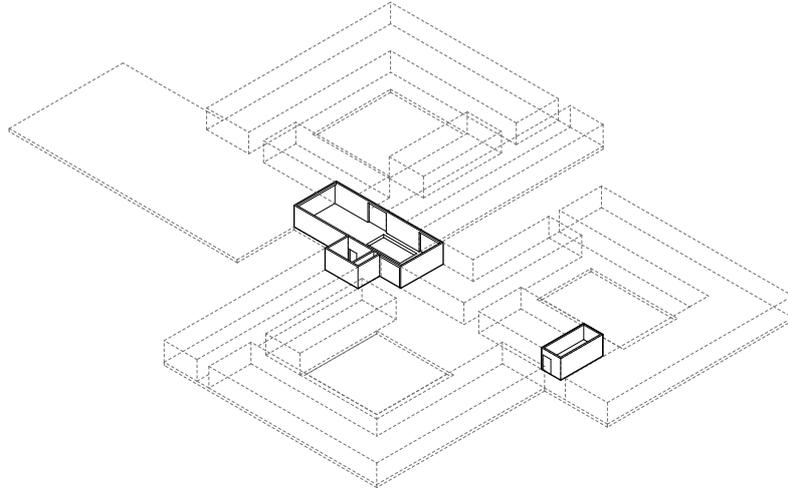


Abb.55: Axonometrische Darstellung der vertikalen Erschließung

Stützpunkte und Akutzimmer

Eine geeignete Lage der Stützpunkte gehört zu den wichtigsten Voraussetzungen, um einen guten Stationsablauf zu gewährleisten. Sie befinden sich im Zentrum der jeweiligen Funktionsstelle, wodurch optimierte Blickkontrollmöglichkeiten und kurze Wege für das Personal realisiert werden.

Durch ihre Position nahe der Haupteingangsöffnung sind sie für Patienten und Besucher leicht auffindbar und bilden einen wichtigen Referenzpunkt.

Durch die Nähe der Stützpunkte zueinander wird die Zusammenarbeit der einzelnen Funktionsstellen im Gebäude speziell in Krisensituationen unterstützt.

Aufgrund der organisatorischen und funktionalen Zusammenhänge zwischen Stützpunkt und Akutzimmer werden sie als Raumgruppe ausgebildet. Es erfolgt eine Zusammenschaltung zwischen dem Stützpunkt und den Zimmern auf zwei Seiten, sodass eine Überwachung durch ein Sichtfenster gegeben ist. Die Nutzung dieser Räumlichkeiten ist nur bei akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung angezeigt. Nach der Deeskalation wird die 1:1 Überwachung und der Aufenthalt möglichst kurz gehalten.

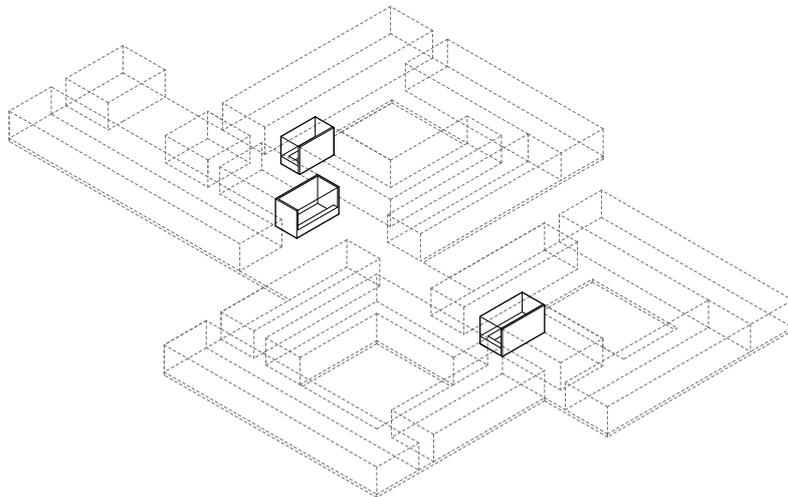
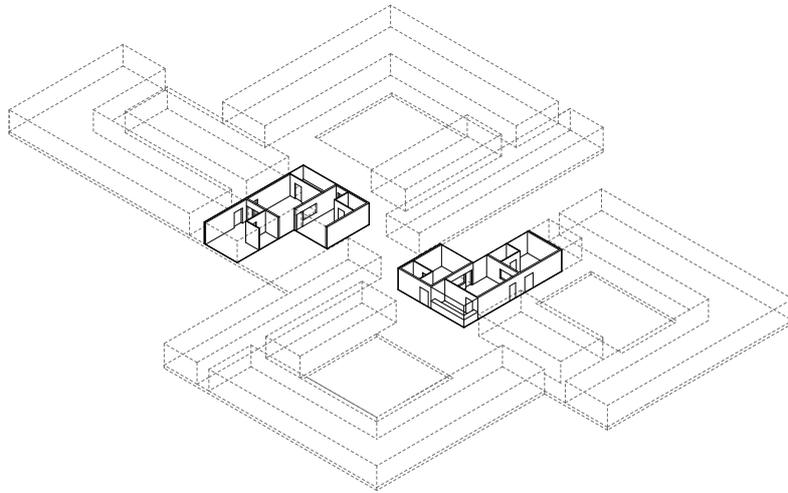
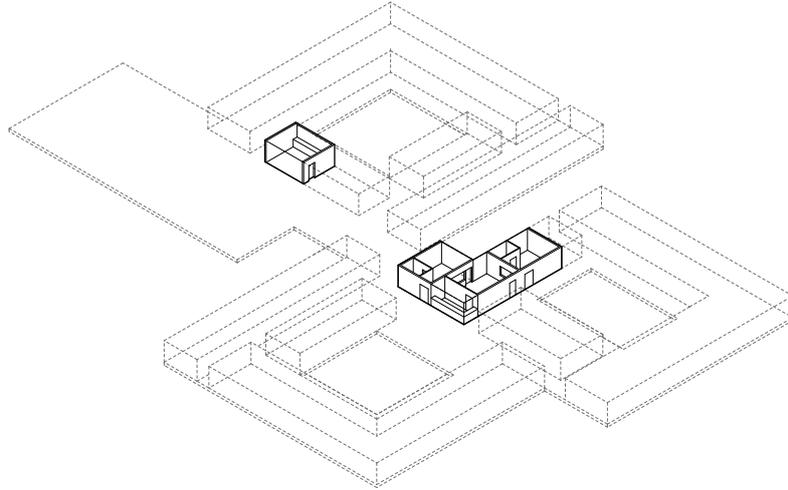


Abb.56: Axonometrische Darstellung der Stützpunkte und der Akutzimmer

Personalräume

Die Personalräume der Stationsbereiche werden klar strukturiert und über einen Mittelgang erschlossen. Die kompakte Raumorganisation soll einen effizienten Krankenhausbetrieb mit kurzen Wegen ermöglichen. Die Aneinanderreihung der Räume entlang der zentralen Achse dient zudem der Erleichterung einer stationsübergreifenden Zusammenarbeit.

Dadurch, dass im Stationsalltag eine Vielzahl an Besprechungen stattfinden, sind ausreichend große Seminarräume vorhanden. Sie können für interdisziplinäre Teamgespräche, Fortbildungen, Supervision etc. eingesetzt werden.

Zahlreiche kleinere Räumlichkeiten schaffen eine intime Atmosphäre und bieten Möglichkeiten für Einzelgespräche.

Auch das Aufnahmezimmer, welches entscheidend für den Erstkontakt mit den Patienten ist, stellt eine vertrauensvolle Umgebung dar. Es befindet sich im Eingangsbereich der jeweiligen Station und liegt gegenüber dem Stützpunkt, wodurch es leicht auffindbar ist.

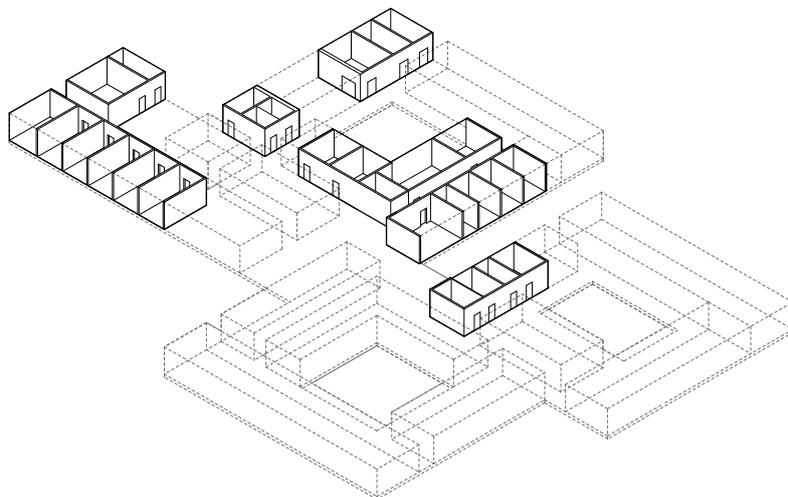
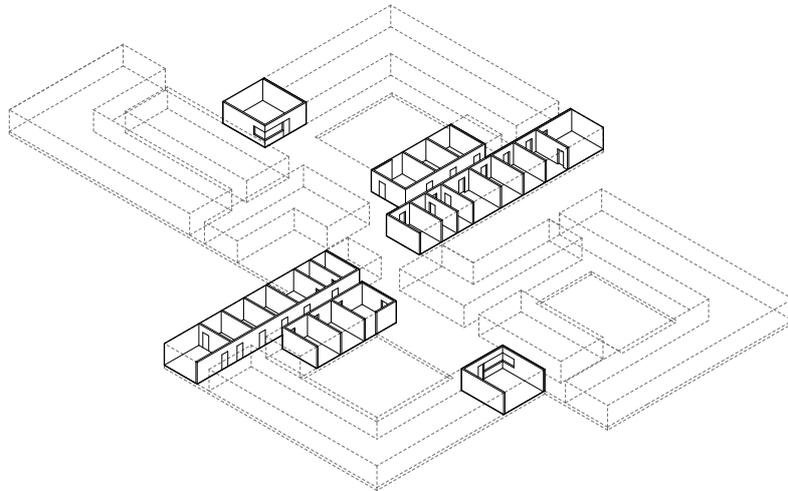
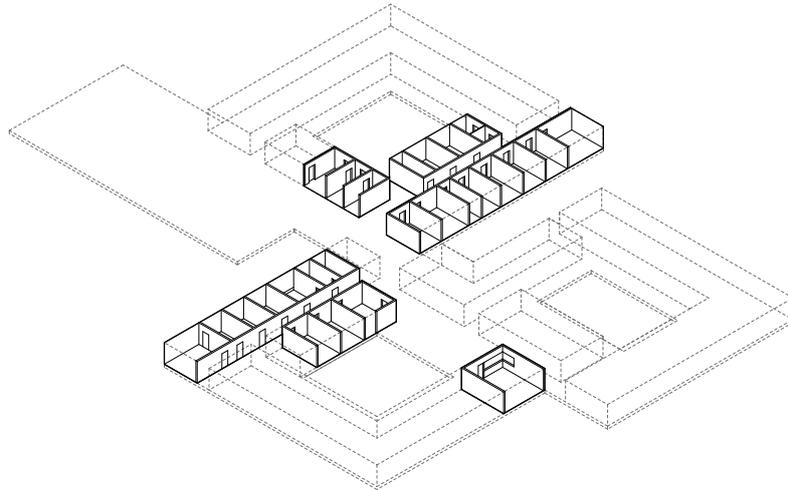


Abb.57: Axonometrische Darstellung der Personalräume

Patientenzimmer

Die Patientenzimmer sind in alle Himmelsrichtungen orientiert und gewähren unterschiedliche Blicke in die Umgebung. Durch die Vor- und Rücksprünge des Baukörpers wird auf die umliegende Bebauung und den Grünraum reagiert, wodurch alle Zimmer eine hohe Aufenthaltsqualität besitzen.

Die Ein- und Zweibettzimmer haben die selbe Raumtiefe und unterscheiden sich lediglich in ihrer Breite. Dadurch haben alle Betten den selben Abstand zum Fenster und die Territorien der Zweibettzimmer sind klar durch zwei Seiten definiert.

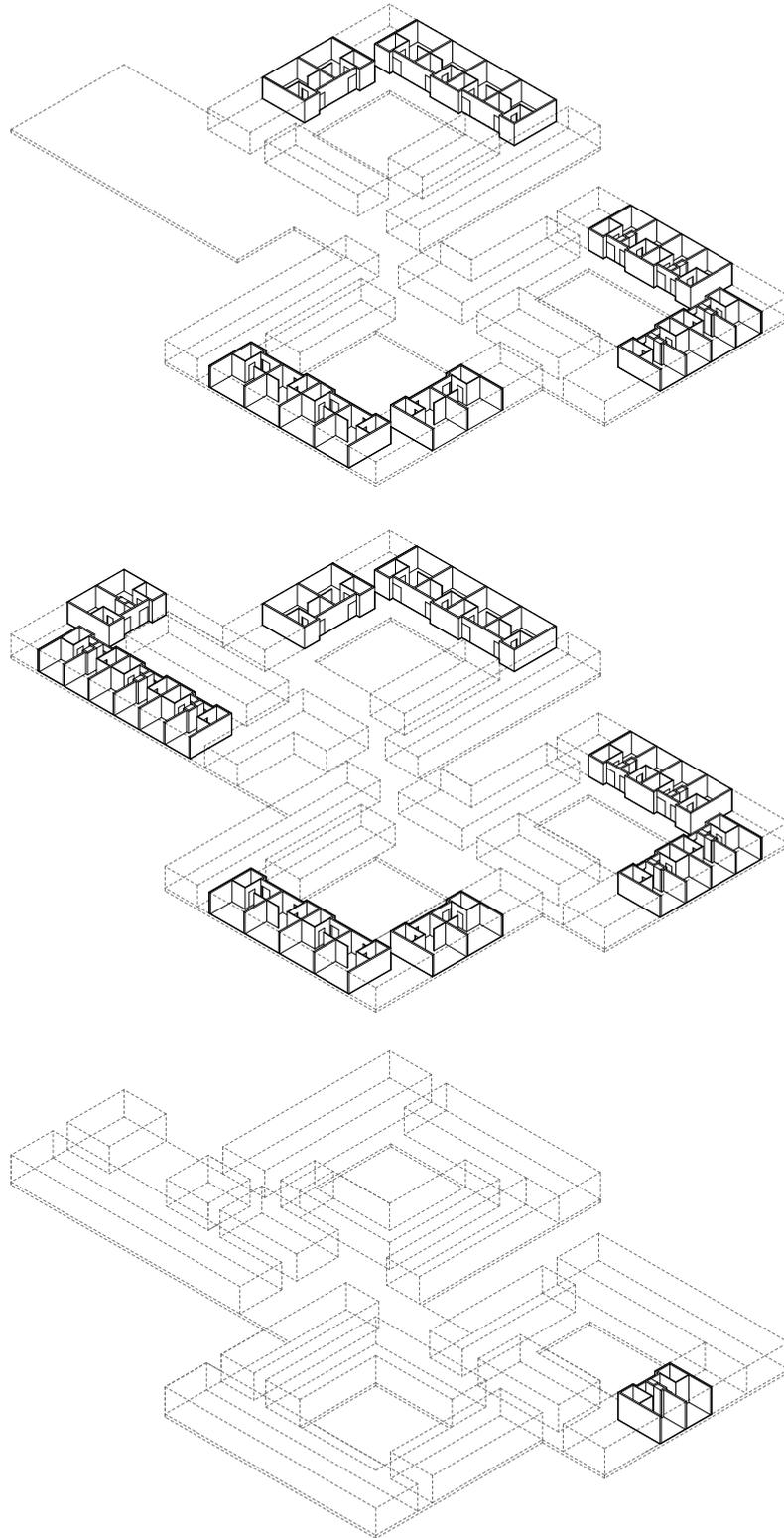


Abb.58: Axonometrische Darstellung der Patientenzimmer

Aufenthalts- und Freibereiche

Wie man an der Grafik gut erkennen kann, sind die Aufenthalts- und Freibereiche gleichmäßig im Gebäude verteilt. Das Herzstück jeder Station bildet ein multifunktionaler Gemeinschaftsraum, der aus einem Essbereich und einer Küchenzeile besteht. Hier werden zusammen die Mahlzeiten eingenommen. Der Küchenbereich ist durch eine Schiebetür flexibel abtrennbar und der Speiseraum kann weiter als Aufenthaltsbereich genutzt werden.

Jeweils an den Eckpunkten der einzelnen Bauteile befinden sich weitere Räume, die außerhalb der Therapiezeiten nutzbar sind. Sie fungieren z.B. als Fitnessraum, Nostalgiezimmer etc..

Um einen möglichst niederschweligen Zugang in das Gebäude zu erreichen, befindet sich im Erdgeschoß ein öffentliches Café, das sich zum Vorplatz hin öffnet. Es soll einen lebhaften Eingangsbereich schaffen und die Psychiatrie stärker in die Gesellschaft integrieren.

Die Freibereiche weisen unterschiedliche Außenraumqualitäten auf. Drei introvertierte, begrünte Innenhöfe sind weitgehend von Lärm und sonstigen Umwelteinflüssen geschützt und dienen der Entspannung. Um auch in den Obergeschoßen den Aufenthalt im Freien zu ermöglichen, befinden sich gegenüber der Stützpunkte Loggien, die sich zu den Innenhöfen orientieren.

Eine geschützte Dachterrasse im zweiten Obergeschoß bietet viel Platz für verschiedene Aktivitäten, wie Sport und Gartenarbeit.

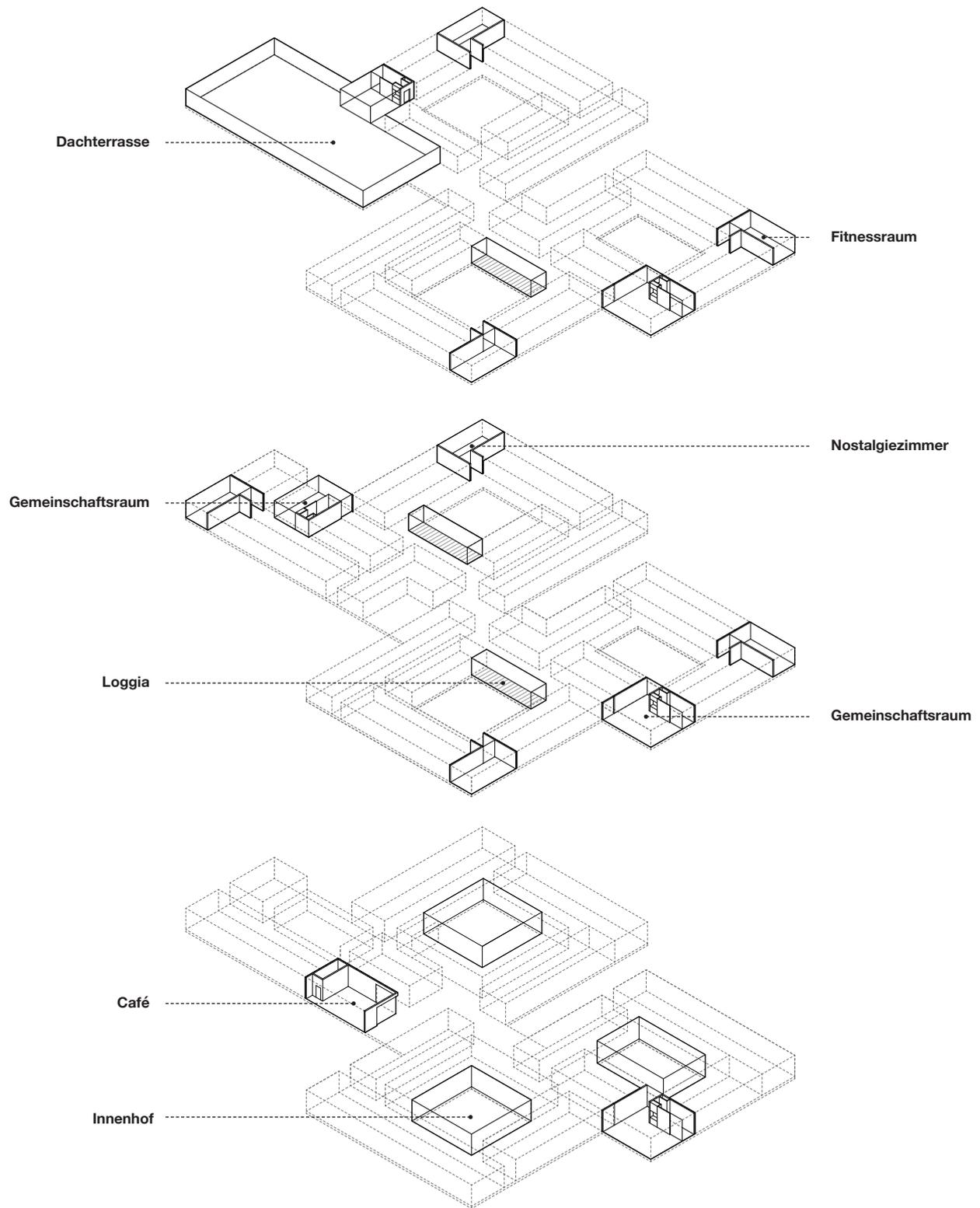
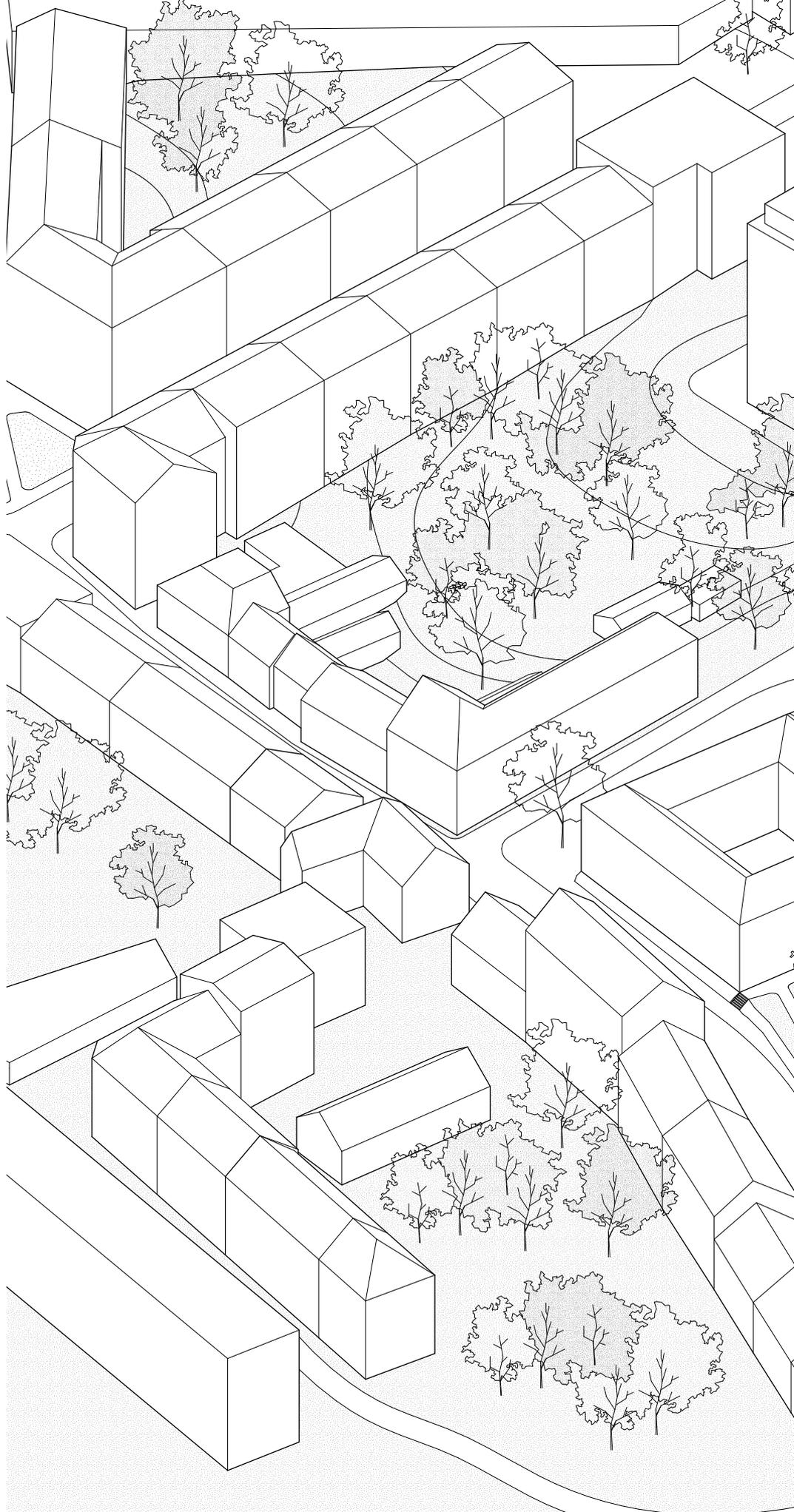
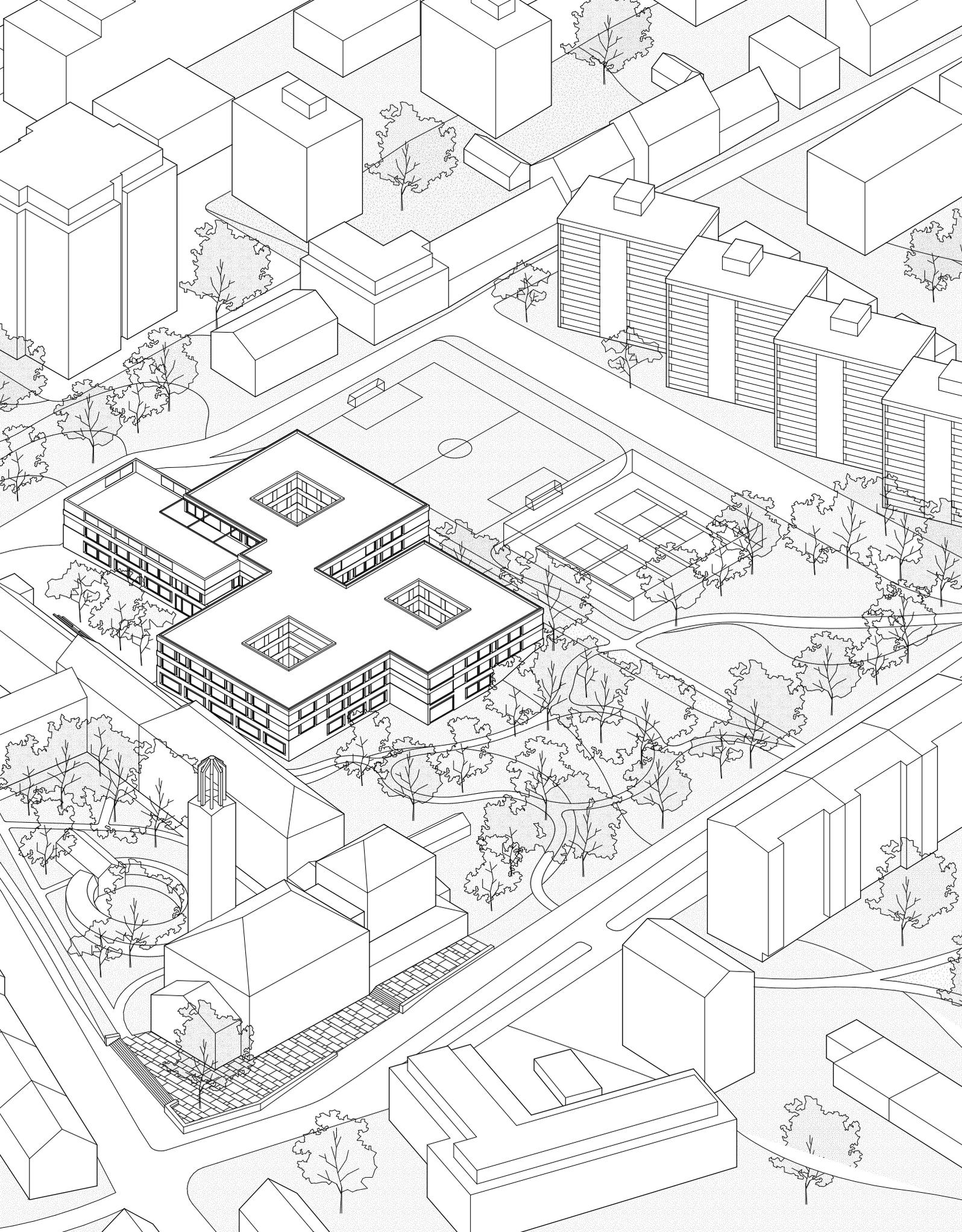


Abb.59: Axonometrische Darstellung der Aufenthalts- und Freibereiche



**Abb.60: Axonometrische Darstellung
Gesamtgrundstück
M 1:1000**



Raumprogramm

Allgemeinpsychiatrische Station I+II	Haupträume	Anzahl	m2	Σ
	Einbettzimmer	16	18	288
	Zweibettzimmer	12	27	324
	Akutzimmer	4	30	120
	Aufenthaltsraum Speisesaal	2	56	112
	Aufenthaltsraum Sport	2	30	60
	Aufnahmezimmer	2	22	44
	Einzeltherapie	2	15	30
	Gruppentherapie	2	30	60
	Medikamentenausgabe	2	33	66
	Besprechungsraum	2	25	50
				1154
	Personalräume	Anzahl	m2	Σ
	Pflegestützpunkt	2	40	80
	Dienstraum Arzt	4	16	64
	Stationsleitung	2	16	32
	Aufenthaltsraum	2	14	28
	Umkleide	2	4	8
	Sozialarbeiterzimmer	2	16	32
	Dienstraum Externe Dienste	2	16	32
				276
	Nebenräume	Anzahl	m2	Σ
	Arbeitsraum Rein	2	12	24
	Arbeitsraum Unrein	2	8	16
	Teeküche	2	10	20
	Patientenbad	2	18	36
	Geräteraum	2	16	32
	Lagerraum	2	10	20
	Wäscheraum	2	4	8
	Putzraum	2	6	12
	Entsorgungsraum	2	8	16
	WC Besucher	2	5	10
	Wartebereich	2	8	16
				210

Gesamtfläche 1640 m2

Gerontopsychiatrische Station

Haupträume	Anzahl	m2	Σ
Einbettzimmer	8	18	144
Zweibettzimmer	6	27	162
Akutzimmer	2	30	60
Aufenthaltsraum Speisesaal	1	56	56
Aufenthaltsraum Sport	1	30	30
Aufnahmezimmer	1	22	22
Medikamentenausgabe	1	33	33
Besprechungsraum	1	25	25
			532

Personalräume	Anzahl	m2	Σ
Pflegestützpunkt	1	40	40
Dienstraum Arzt	2	16	32
Stationsleitung	1	16	16
Aufenthaltsraum	1	14	14
Umkleide	1	4	4
Dienstraum Externe Dienste	1	16	16
			122

Nebenräume	Anzahl	m2	Σ
Arbeitsraum Rein	1	12	12
Arbeitsraum Unrein	1	8	8
Teeküche	1	10	10
Patientenbad	1	18	18
Geräteraum	1	16	16
Lagerraum	1	10	10
Wäscherraum	1	4	4
Putzraum	1	6	6
Entsorgungsraum	1	8	8
WC Besucher	1	5	5
Wartebereich	1	8	8
			89

Gesamtfläche 759 m2

Raumprogramm

Psychosomatische Station	Haupträume	Anzahl	m2	Σ
	Einbettzimmer	2	18	36
	Zweibettzimmer	4	27	108
	Therapieraum	1	30	30
	Untersuchungsraum	1	26	26
	Aufenthaltsraum	1	60	60
				260
	Personalräume	Anzahl	m2	Σ
	Pflegestützpunkt	1	25	25
	Dienstraum Arzt	2	16	32
	Stationsleitung	1	16	16
	Aufenthaltsraum	1	14	14
	Dienstraum Externe Dienste	1	16	16
	Reserveraum	1	16	16
				119
	Nebenträume	Anzahl	m2	Σ
	Arbeitsraum Rein	1	12	12
	Arbeitsraum Unrein	1	8	8
	Teeküche	1	10	10
	Patientenbad	1	18	18
	Geräteraum	1	16	16
	Lagerraum	1	10	10
	Wäscherraum	1	4	4
	Putzraum	1	6	6
	Entsorgungsraum	1	8	8
	WC Besucher	1	5	5
				169

Gesamtfläche 548 m2

Therapiezentrum	Haupträume	Anzahl	m2	Σ
	Einzeltherapieraum	4	16	64
	Gruppentherapieraum	1	35	35
	Therapieraum	1	35	35
	Ergotherapie	2	35	70
	Physiotherapie	2	20	40
	Untersuchungszimmer	1	15	15
	Musiktherapie	1	35	35
	Werkstatt	2	40	80
	Bewegungsraum	1	70	70
	Therapieküche	1	10	10
				454
	Personalräume	Anzahl	m2	Σ
	Aufenthaltsraum	1	14	14
	Umkleide	2	15	30
	Reserveraum	1	12	12
				56
	Nebenräume	Anzahl	m2	Σ
	Teeküche	1	10	10
	Geräteraum	1	5	5
	Lagerraum	1	4	4
	Wäscherraum	1	4	4
	Putzraum	1	4	4
	Brennofen	1	10	10
				37

Gesamtfläche 547 m2

Raumprogramm

Ambulanz	Haupträume	Anzahl	m2	Σ
	Anmeldung	1	24	24
	Warteraum	1	38	38
	Konsiliarzimmer Arzt	1	20	20
	Konsiliarzimmer Pflege	1	20	20
	Medikamentenausgabe	1	35	35
	Team Besprechungsraum	1	20	20
	Therapieraum	1	18	18
	Gesprächszimmer	1	16	16
	Untersuchungszimmer	1	20	20
				211
	Personalräume	Anzahl	m2	Σ
	Aufenthaltsraum	1	12	12
	Umkleide	1	12	12
	Reserveraum	1	12	12
	Pflegestützpunkt	1	12	12
				48
	Nebenräume	Anzahl	m2	Σ
	Arbeitsraum Rein	1	12	12
	Arbeitsraum Unrein	1	10	10
	Lager Medizin	1	12	12
	Lager Wäsche	1	6	6
	Geräteraum	1	10	10
	Putzraum	1	6	6
	Entsorgung	1	8	8
				64

Gesamtfläche 323 m2

Primariat	Personalräume	Anzahl	m2	Σ
	Dienstraum Oberpflege	1	20	20
	Besprechungsraum + Bibliothek	1	60	60
	Abteilungssekreteriat	1	30	30
	Dienstraum Primar	1	20	20
	Dienstraum Arzt	1	16	16
	Bereitschaftsraum	2	16	32
	Aufenthaltsraum	1	10	10
				Gesamtfläche 188 m2

Tages/Nachtklinik	Haupträume	Anzahl	m2	Σ
	Aufenthaltsraum	1	45	45
	Einbettzimmer	2	18	36
	Gruppentherapie	1	30	30
	Garderobe	1	5	5
				116
	Personalräume	Anzahl	m2	Σ
	Pflegestützpunkt	1	20	20
		1	12	12
				32
				Gesamtfläche 148 m2

Allgemeinpsychiatrische Station I+II	1640 m2
Gerontopsychiatrische Station	759 m2
Psychosomatische Station	548 m2
Therapiezentrum	547 m2
Ambulanz	323 m2
Primariat	188 m2
Tages/Nachtklinik	148 m2

Nettogeschoßfläche	4153 m2
Funktionsstellen zugerechnete Nutzflächen	367 m2
Gesamtnettofläche	4520 m2

Bruttogeschoßfläche 5424 m2

Ambulanz

- 1 Anmeldung
- 2 Warteraum
- 3 Konsiliarzimmer Arzt
- 4 Konsiliarzimmer Pflege
- 5 Medikamentenausgabe
- 6 Team Besprechungsraum
- 7 Therapieraum
- 8 Gesprächszimmer
- 9 Untersuchungszimmer
- 10 Aufenthaltsraum
- 11 Umkleide
- 12 Reserveraum
- 13 Pflegestützpunkt
- 14 Arbeitsraum Rein
- 15 Arbeitsraum Unrein
- 16 Lager Medizin
- 17 Lager Wäsche
- 18 Geräteraum
- 19 Putzraum
- 20 Entsorgung
- 21 WC Anlage

Primariat

- 22 Dienstraum Oberpflege
- 23 Besprechungsraum
- 24 Bibliothek
- 25 Abteilungssekretariat
- 26 Dienstraum Primar
- 27 Dienstraum Arzt
- 28 Bereitschaftsraum
- 29 Aufenthaltsraum
- 30 WC

Therapiezentrum

- 31 Einzeltherapieraum
- 32 Gruppentherapieraum
- 33 Therapieraum
- 34 Ergotherapie
- 35 Physiotherapie
- 36 Untersuchungszimmer
- 37 Musiktherapie
- 38 Werkstatt
- 39 Bewegungsraum
- 40 Therapieküche
- 41 Aufenthaltsraum
- 42 Umkleide
- 43 Reserveraum
- 44 Teeküche
- 45 Geräteraum
- 46 Lagerraum
- 47 Wäscheraum
- 48 Putzraum
- 49 Brennofen

Tages/Nachtklinik

- 50 Aufenthaltsraum
- 51 Einbettzimmer
- 52 Gruppentherapie
- 53 Garderobe
- 54 Pflegestützpunkt

Weitere Räume

- 55 Cafe
- 56 Foyer
- 57 Haustechnik



Abb.61: Grundriss Erdgeschoß
M 1:500



Allgemeinpsychiatrische Station I

1	Einbettzimmer	16	Sozialarbeiterzimmer
2	Zweibettzimmer	17	Dienstraum Externe Dienste
3	Akutzimmer	18	Arbeitsraum Rein
4	Aufenthaltsraum Speisesaal	19	Arbeitsraum Unrein
5	Aufenthaltsraum Sport	20	Teeküche
6	Aufnahmezimmer	21	Patientenbad
7	Einzeltherapie	22	Geräteraum
8	Gruppentherapie	23	Lagerraum
9	Medikamentenausgabe	24	Wäscheraum
10	Besprechungsraum	25	Putzraum
11	Pflegestützpunkt	26	Entsorgungsraum
12	Dienstraum Arzt	27	WC Besucher
13	Stationsleitung	28	Wartebereich
14	Aufenthaltsraum		
15	Umkleide		

Gerontopsychiatrische Station

29	Einbettzimmer	44	Arbeitsraum Unrein
30	Zweibettzimmer	45	Teeküche
31	Akutzimmer	46	Patientenbad
32	Aufenthaltsraum Speisesaal	47	Geräteraum
33	Aufenthaltsraum Sport	48	Lagerraum
34	Aufnahmezimmer	49	Wäscheraum
35	Medikamentenausgabe	50	Putzraum
36	Besprechungsraum	51	Entsorgungsraum
37	Pflegestützpunkt	52	WC Besucher
38	Dienstraum Arzt	53	Wartebereich
39	Stationsleitung		
40	Aufenthaltsraum		
41	Umkleide		
42	Dienstraum Externe Dienste		
43	Arbeitsraum Rein		

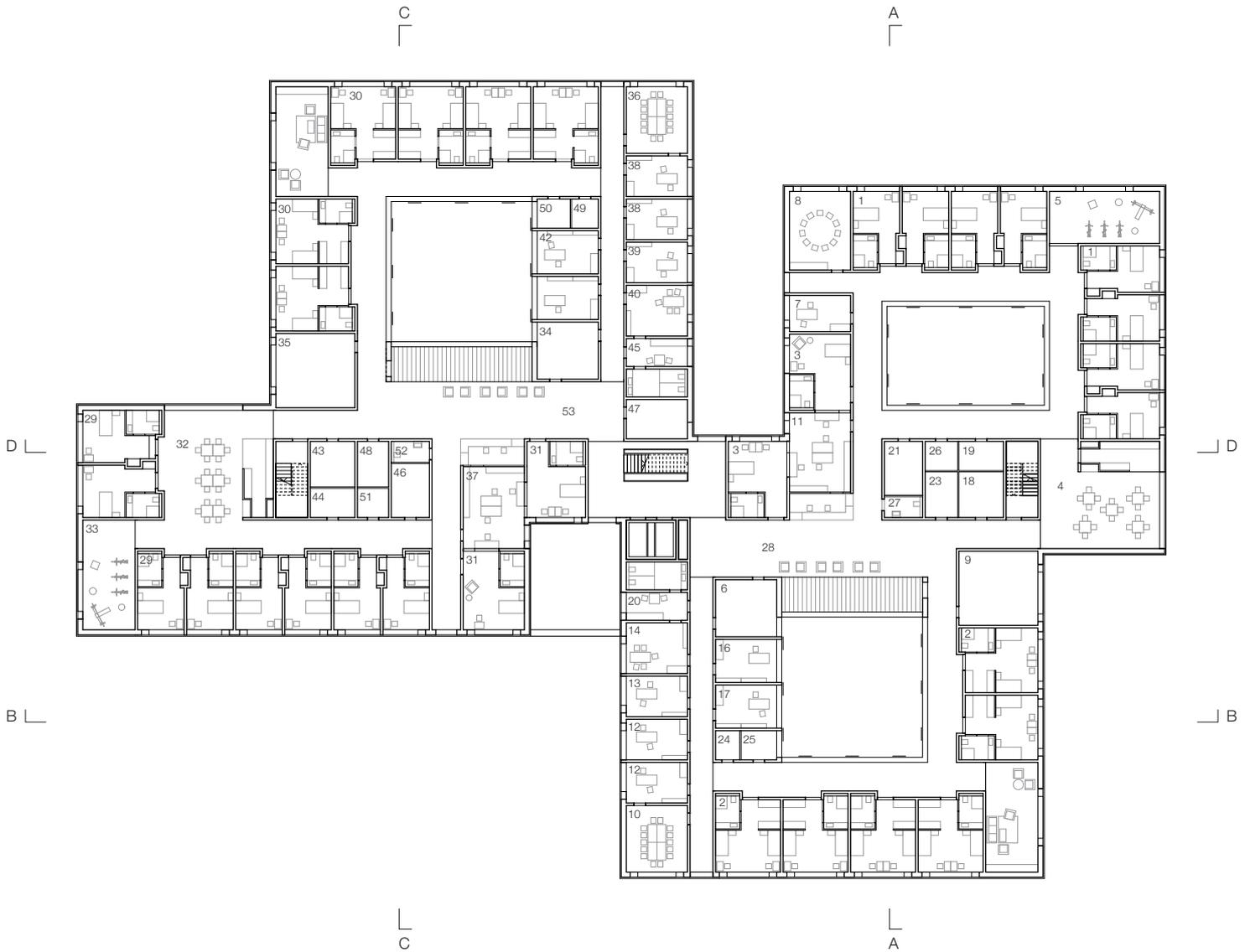


Abb.62: Grundriss 1. Obergeschoß
M 1:500



Allgemeinpsychiatrische Station II

1	Einbettzimmer	16	Sozialarbeiterzimmer
2	Zweibettzimmer	17	Dienstraum Externe Dienste
3	Akutzimmer	18	Arbeitsraum Rein
4	Aufenthaltsraum Speisesaal	19	Arbeitsraum Unrein
5	Aufenthaltsraum Sport	20	Teeküche
6	Aufnahmezimmer	21	Patientenbad
7	Einzeltherapie	22	Geräteraum
8	Gruppentherapie	23	Lagerraum
9	Medikamentenausgabe	24	Wäscheraum
10	Besprechungsraum	25	Putzraum
11	Pflegestützpunkt	26	Entsorgungsraum
12	Dienstraum Arzt	27	WC Besucher
13	Stationsleitung	28	Wartebereich
14	Aufenthaltsraum		
15	Umkleide		

Psychosomatische Station

29	Zweibettzimmer	44	Lagerraum
30	Therapieraum	45	Wäscheraum
31	Untersuchungsraum	46	Putzraum
32	Aufenthaltsraum	47	Entsorgungsraum
33	Pflegestützpunkt	48	WC Besucher
34	Dienstraum Arzt		
35	Stationsleitung		
36	Aufenthaltsraum		
37	Dienstraum Externe Dienste		
38	Reserveraum		
39	Arbeitsraum Rein		
40	Arbeitsraum Unrein		
41	Teeküche		
42	Patientenbad		
43	Geräteraum		

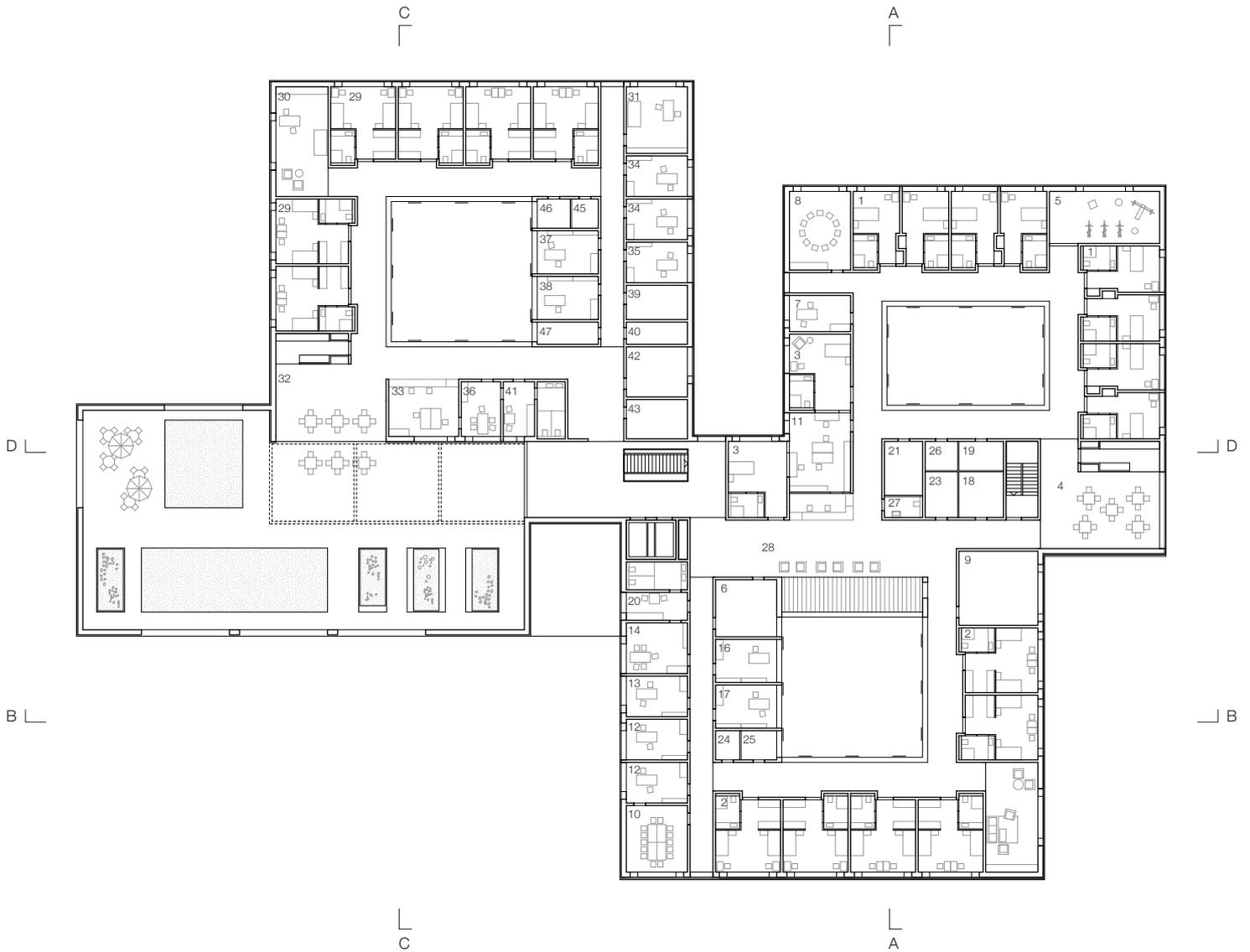


Abb.63: Grundriss 2. Obergeschoß
M 1:500



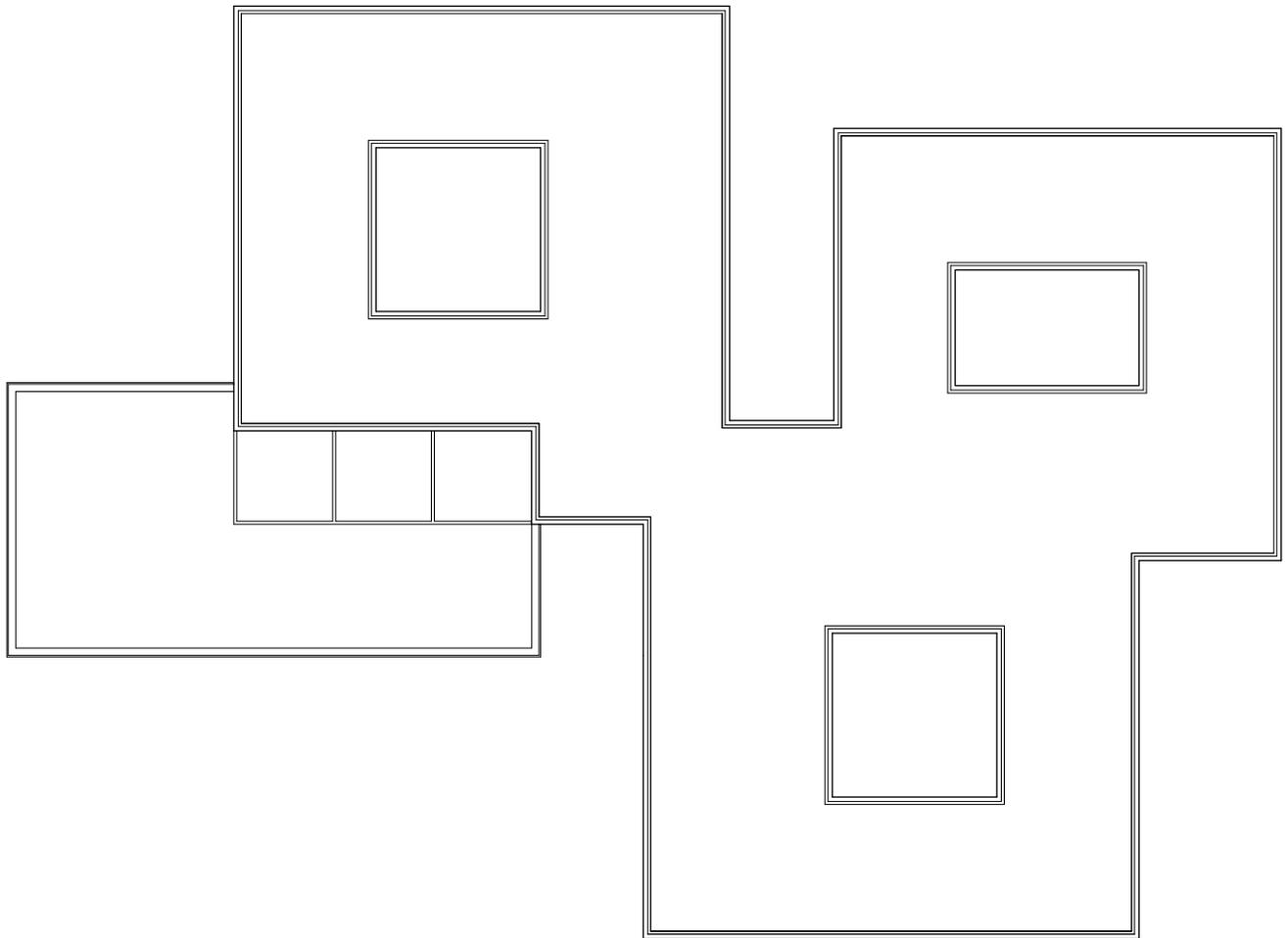


Abb.64: Dachaufsicht
M 1:500



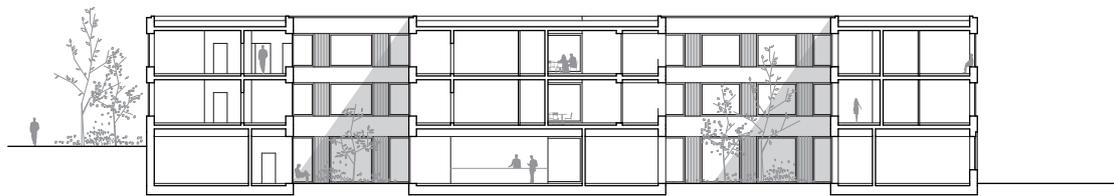


Abb.65: Schnitt A-A
M 1:500

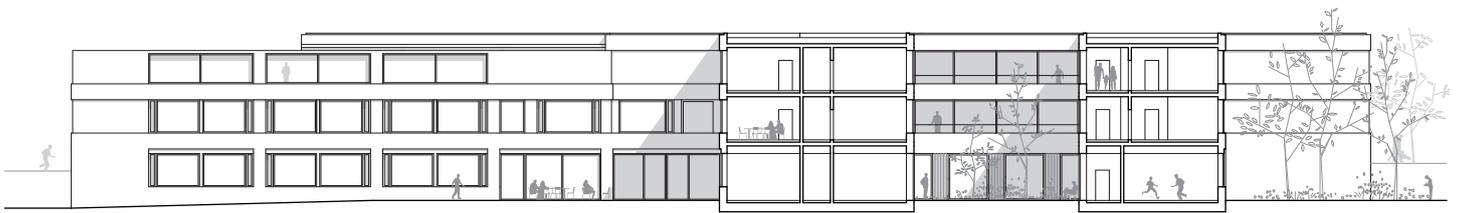


Abb.66: Schnitt B-B
M 1:500

0 5 10
|| | |

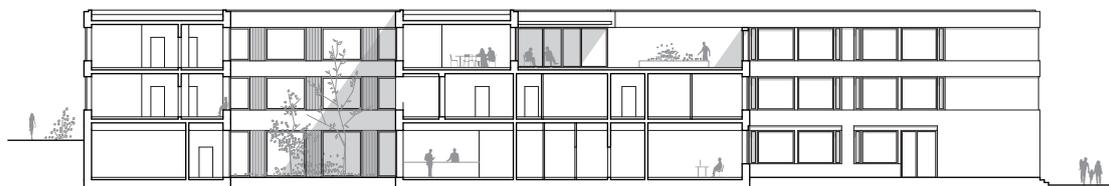


Abb.67: Schnitt C-C
M 1:500

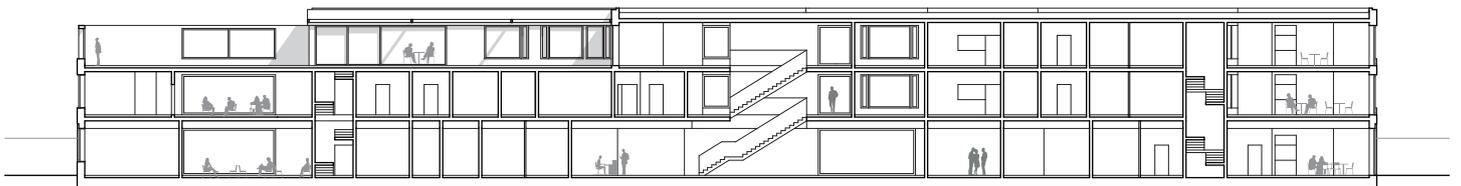


Abb.68: Schnitt D-D
M 1:500

0 5 10
|| | |



Abb.69: Ansicht Norden
M 1:500



Abb.70: Ansicht Westen
M 1:500





Abb.71: Ansicht Süden
M 1:500



Abb.72: Ansicht Osten
M 1:500

0 5 10
| | |

1 Außenwand

Betonfertigteil weiß	120 mm
Wärmedämmung	220 mm
Dampfsperre	-
Stahlbetonwand	250 mm
Innenputz	15 mm

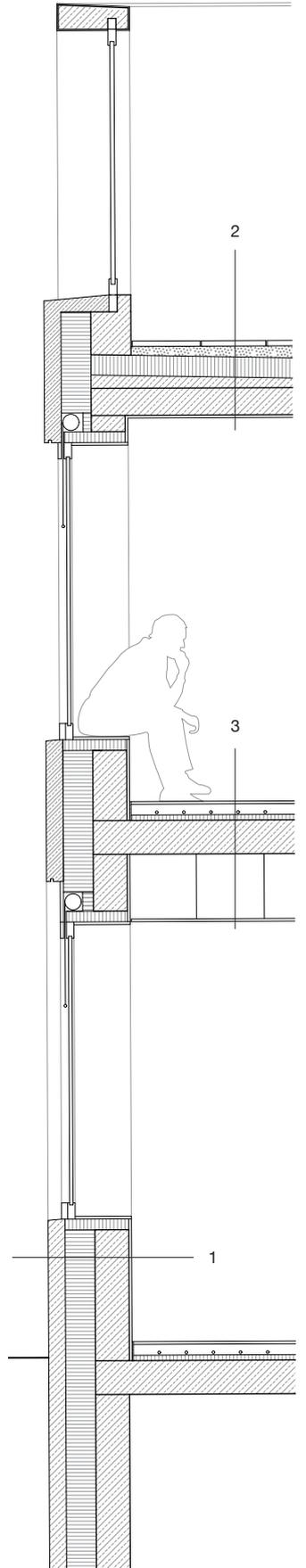
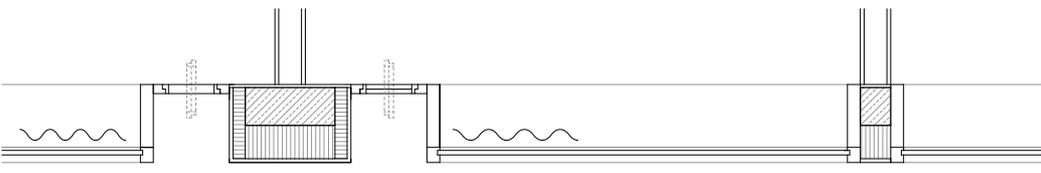
2 Deckenaufbau Dachterrasse

Zementplatten	40 mm
Gefälleausgleich	min. 30 mm
Schutzvlies	-
Wasserabdichtung	-
Wärmedämmung	150 mm
Dampfsperre	-
Überbeton im Gefälle 1,5%	20-100 mm
Stahlbetondecke	200 mm
Innenputz	15 mm

3 Deckenaufbau Erdgeschoß

Klebeparkett Eiche	15 mm
Estrich mit Heizung	80 mm
Trennlage	-
Trittschalldämmung	40 mm
Stahlbetondecke	250 mm
Abgehängte Decke	500 mm
Innenputz	15 mm

Abb.73: Fassadenschnitt
M 1:50



Patientenzimmer im Detail

Das Patientenzimmer ist ein wichtiger Ort, um den Patienten eine individuelle Rückzugsmöglichkeit zu bieten. Bei der Gestaltung des Zweibettzimmers ist es wichtig, eindeutige Territorien um den Bettplatz zu schaffen. Der breite Grundriss teilt die Zimmer in zwei Seiten, wodurch eine klare Zonierung entsteht. Jedem Bettplatz ist ein Möbel zugeordnet, das persönlich gestaltet werden kann, um die Aneignung des eigenen Territoriums zu ermöglichen. Variierbare Bettstellungen können ebenfalls die Individualisierung des Raumes fördern.

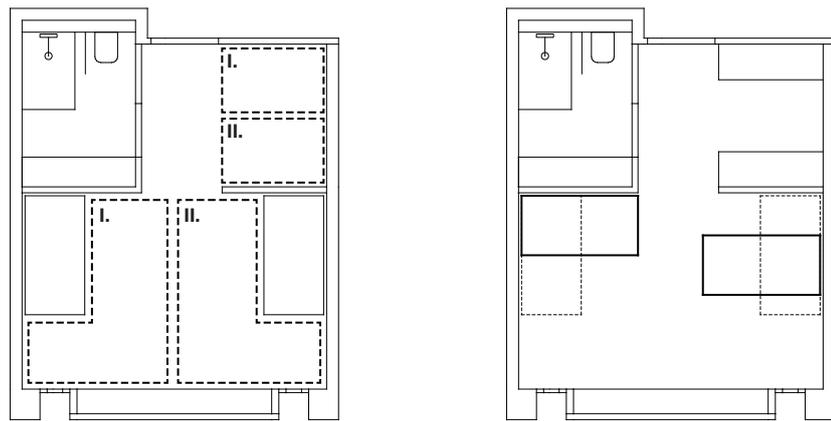


Abb.74: Territorien im Zweibettzimmer
(links)

Abb.75: Variierbare Bettstellungen
(rechts)

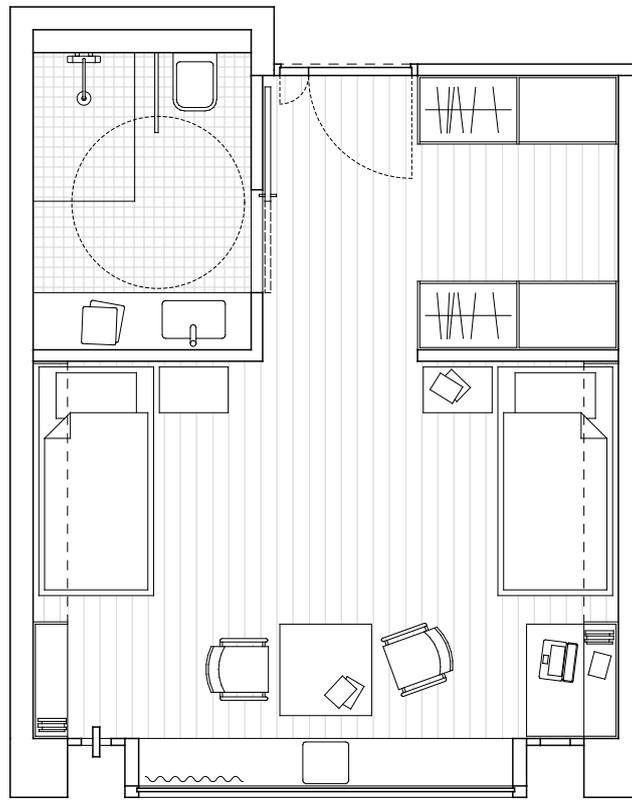


Abb.76: Grundriss Zweibettzimmer
M 1:75



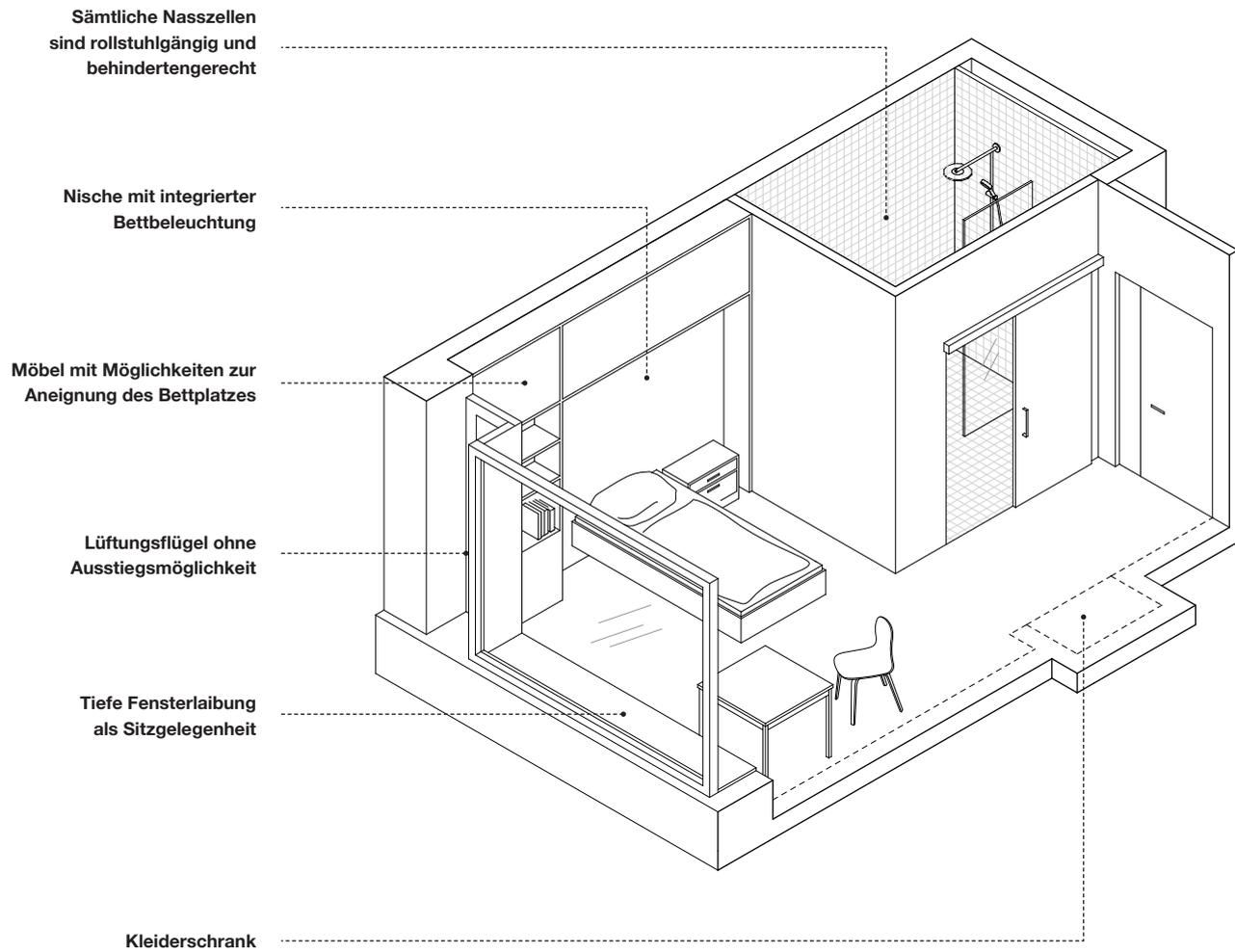


Abb.77: Axonometrie Einbettzimmer
M 1:75



Abb.78: Grundriss Einbettzimmer
M 1:75





Abb.79: Blick Einbettzimmer



Abb.80: Blick Erschließungsbereich



Abb.81: Blick Stationsmitte



Abb.82: Blick Foyer



Abb.83: Blick Eingangsbereich



Abb.84: Blick Parkseite

Anhang

S. 145-151

Quellenverzeichnis

Selbstständige Publikationen

Arolt, Volker/Reimer, Christian/Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin 2011

Becker, Thomas u.a.: Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart 2008

Bundesdenkmalamt: Österreichische Kunsttopographie Graz, Bd. 60, Wien 2013

Callo, C./Hein, A./Plahl, C.: Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau, Norderstedt 2004

Dienes, Gerhard M./Kubinzky, Karl A.: Jakomini. Geschichte und Alltag, Graz 1991

Glasow, Nadine: Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie, Dresden 2012

Haenel, Thomas: Zur Geschichte der Psychiatrie. Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte, Basel 1982

Hofrichter, Linus/Köhne, Martin: Architektur und Gestaltung trifft Psychiatrie. Und Alex trifft Josef. Das Zentrum für seelische Gesundheit im Rhein-Kreis Neuss, Köln 2014

Jetter, Dieter: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses, Darmstadt 1981

Katschnig, Heinz u.a.: Österreichischer Psychiatriebericht 2001 Teil 1. Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Wien 2011

Lang, Undina: Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie, Berlin Heidelberg 2013

Leydecker, Sylvia: Das Patientenzimmer der Zukunft. Innenarchitektur für Heilung und Pflege, Basel 2017

Schneider, Frank: Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin 2012

Schott, Heinz/Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen, München 2006

Staudt, Joachim u.a.: Handbuch und Planungshilfe Krankenhausbauten/Gesundheitsbauten, Bd. 2, hg. von Meuser Philipp, Berlin 2011

Stohl, Alfred: Der Narrenturm. oder Die dunkle Seite der Wissenschaft, Wien 2000

Unselbstständige Publikationen

Angemeyer, Matthias/Schulze, Beate: Interventionen zur Reduzierung des Stigmas der Schizophrenie. Konzeptionelle Überlegungen, in: Neuropsychiatrie 16 (2002), H. 1, 39-45

Godyla, Mike: Psychiatrische Krankheitsbilder, in: Psychische Erkrankungen bei jungen Menschen. Ein Informationsprojekt für Schulen (2008), 1-12

Hinterhuber, Hartmann: Stigma hat Tradition. Zum historischen Hintergrund der Stigmatisierung, in: Neuropsychiatrie 16 (2002), H. 1, 117-119

Hoffmann, Holger/Richter, Dirk: Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen, in: Psychiat Prax 41 (2014), 128-133

Müller, N.: Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken, in: Der Nervenarzt 68 (1997), H. 3, 184-195

Rohe, Tim u.a.: Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen, in: Der Nervenarzt 88 (2017), H.1, 70-77

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit (2013), 18-19

Internetquellen

Info Graz: 6. Bezirk Graz Jakomini, <<https://www.info-graz.at/vi-bezirk-graz-jakomini/>>, in: <<https://www.info-graz.at/>>, 01.10.2017

Stadt Graz: Kleine Stadtgeschichte, <https://www.graz.at/cms/beitrag/10034480/7773129/Kleine_Stadtgeschichte.html>, in: <<https://www.graz.at/>>, 01.10.2017

Stadt Graz: Zahlen + Fakten. Bevölkerung, Bezirke, Wirtschaft, Geografie, <https://www.graz.at/cms/beitrag/10034466/7772565/Zahlen_Fakten_Bevölkerung_Bezirke_Wirtschaft.html>, in: <<https://www.graz.at/>>, 01.10.2017

Zoidl, Franziska (17.06.2014): Wohin Graz wächst, <<http://derstandard.at/2000002083501/Wohin-Graz-waechst>>, in: <<http://derstandard.at/>>, 01.10.2017

Abbildungsverzeichnis

Abb.1 / S.12 / Die Dorenkiste, 1422 erstmals erwähnt <https://www.kristeligt-dagblad.dk/historie/fra-d%C3%A5rekiste-til-psykiatrisk-hospital>, 27.09.2017

Abb.2 / S.13 / The Rake's Progress, Szene aus dem Bedlam Spital von William Hogarth, 1763 <https://www.welt.de/img/geschichte/mobile139455334/8941355947-ci16x9-w1200/W-Hogarth-Im-Bethlem-Hospital-W-Hogarth-In-Bethlem-Hospital.jpg>, 27.09.2017

Abb.3 / S.14 / Ansicht des Celler Zucht-, und Tollhauses, 1710 https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/55/Celle_Zucht-_Werk-_und_Tollhaus_%281748%29%4001.JPG, 27.09.2017

Abb.4 / S.15 / Der Wiener Narrenturm nach der Errichtung im Jahr 1784 http://gedenkstaette-steinhof.at/sites/default/files/field/image/10_0.jpg, 27.09.2017

Abb.5 / S.15 / Narrenturm, Ansicht http://www.univie.ac.at/Achse/wp-content/uploads/2015/04/AAKH-1783-Narrenturm_web.jpg, 27.09.2017

Abb.6 / S.15 / Narrenturm, Erdgeschoßgrundriss http://www.univie.ac.at/Achse/wp-content/uploads/2015/04/AAKH-1783-Narrenturm-Grundriss_web.jpg, 27.09.2017

Abb.7 / S.16 / La maison royale de Charenton, Paris Müller, N.: Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken, in: Der Nervenarzt 68 (1997), H. 3, 189

Abb.8 / S.16 / Grand Hospice d' Alienes, Grundriss Jetter, Dieter: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses, Darmstadt 1981, 132

Abb.9 / S.17 / Panopticon-Projekt von Jeremy Bentham, 1791 veröffentlicht Jetter, Dieter: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses, Darmstadt 1981, 86

Abb.10 / S.18 / Plan für das Trenton State Hospital von Thomas Story Kirkbride https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/bb/Trenton_State_Hospital_-_Kirkbride_Lithograph_1848.jpg, 27.09.2017

Abb.11 / S.19 / Badische Heil- und Pflegeanstalt in der Illenau mit Typologie der Blockstruktur Müller, N.: Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken, in: Der Nervenarzt 68 (1997), H. 3, 190

Abb.12 / S.19 / Badische Heil- und Pflegeanstalt in der Illenau, Lageplan Hofrichter, Linus/Köhne, Martin: Architektur und Gestaltung trifft Psychiatrie. Und Alex trifft Josef. Das Zentrum für seelische Gesundheit im Rhein-Kreis Neuss, Köln 2014, 69

Abb.13 / S.20 / Agrikole Kolonie Altscherbitz, Lageplan Hofrichter, Linus/Köhne, Martin: Architektur und Gestaltung trifft Psychiatrie. Und Alex trifft Josef. Das Zentrum für seelische Gesundheit im Rhein-Kreis Neuss, Köln 2014, 71

Abb.14 / S.21 / Nö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke in Wien, Lageplan <http://baugeschichte.tuwien.ac.at/website/wp-content/uploads/2017/04/lageplan-steinhof-historisch.jpg>

Abb.15 / S.21 / Am Steinhof, Postkarte <http://baugeschichte.tuwien.ac.at/website/wp-content/uploads/2017/04/steinhof-alte-ansichtskarte.jpg>, 27.09.2017

Abb.21 / S.25 / Eingangsbereich der Psychiatrie in Friedrichshafen, Huber Staudt Architekten http://images.adsttc.com/media/images/5322/41ff/c07a/8043/e100/00cf/large_jpg/WH1213-1176.jpg?1394754034, 22.01.2016

Abb.22 / S.42 / Alterspsychiatrie Pfäfers, Lageplan <http://www.hbf.ch/projekte/oefentliche-bauten/alterspsychiatrie-pfaefers/>, 02.10.2017

Abb.23 / S.43 / Alterspsychiatrie Pfäfers, Einbettung in eine ländliche Umgebung <http://www.hbf.ch/projekte/oefentliche-bauten/alterspsychiatrie-pfaefers/>, 02.10.2017

Abb.24 / S.43 / Alterspsychiatrie Pfäfers, Erdgeschoßgrundriss <http://www.hbf.ch/projekte/oefentliche-bauten/alterspsychiatrie-pfaefers/>, 02.10.2017

Abb.25 / S.43 / Alterspsychiatrie Pfäfers, Schnitt <http://www.hbf.ch/projekte/oefentliche-bauten/alterspsychiatrie-pfaefers/>, 02.10.2017

Abb.26 / S.44 / Krankenhaus Hedwigshöhe, kleinteilige Gebäudestrukturen fügen sich in die Umgebung ein <http://www.huberstaudtarchitekten.de/bilder/Hedwigsh/HED-04-02.jpg>, 02.10.2017

Abb.27 / S.44 / Krankenhaus Hedwigshöhe, Erdgeschoßgrundriss Deutsche Bauzeitschrift 07 (2008), 51

Abb.28 / S.45 / St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus in Neuss, Eingangsbereich und Vorplatz <http://www.a-sh.de/projekte/project/zentrum-fuer-seelische-gesundheit-neuss-22/show/>, 02.10.2017

Abb.29 / S.45 / St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus in Neuss, Grundriss Eingangsbereich Deutsche Bauzeitschrift 04 (2014), 56

Abb.30 / S.46 / Psychiatrie in Friedrichshafen, Bezug zum Außenraum http://images.adsttc.com/media/images/5322/420b/c07a/8043/e100/00d0/large_jpg/WH1213-1642.jpg?1394754048, 22.01.2017

Abb.31 / S.47 / Psychiatrie in Friedrichshafen, Blick Richtung Bodensee http://images.adsttc.com/media/images/5322/41ec/c07a/8043/e100/00ce/large_jpg/PORTADA.jpg?1394754018, 22.01.2017

Abb.32 / S.47 / Psychiatrie in Friedrichshafen, Erdgeschoßgrundriss http://www.eph-psychiatrie.de/img/psy/beispiele/140358_11b.jpg, 22.01.2017

Abb.33 / S.48 / Psychiatrische Klinik Slagelse, Transparenz im Innenraum https://www.competitionline.com/upload/images/9/c/2/0/4/c/b/c/9c-204cbc9e4d3c21c8ed5e092566355b_1.jpg, 03.10.2017

Abb.34 / S.49 / Psychiatrische Klinik Slagels, offene Räume <https://www.competitionline.com/de/projekte/anzeigen/detail/id/65136/?print>, 03.10.2017

Abb.35 / S.50 / Alterspsychiatrie Pfäfers, Zweibettzimmer <http://www.hbf.ch/projekte/oefentliche-bauten/alterspsychiatrie-pfaefers/>, 02.10.2017

Abb.36 / S.51 / Alterspsychiatrie Pfäfers, Erschließungsbereich der Station <http://www.hbf.ch/projekte/oefentliche-bauten/alterspsychiatrie-pfaefers/>, 02.10.2017

Abb.38 / S. 74 / Orthofoto Bauplatz [http://gis2.stmk.gv.at/atlas/\(S\(yvv1ip-nezs3d1311iumwxdu\)\)/init.aspx?karte=-kat&ks=das&cms=da&massstab=800000](http://gis2.stmk.gv.at/atlas/(S(yvv1ip-nezs3d1311iumwxdu))/init.aspx?karte=-kat&ks=das&cms=da&massstab=800000), 06.07.2017

Abb.39: Franziszeischer Kataster, 1829, Ausschnitt Münzgrabenstraße Bundesdenkmalamt: Österreichische Kunsttopographie Graz, Bd. 60, Wien 2013, 801

Alle übrigen Abbildungen sind Aufnahmen, Illustrationen oder Zeichnungen des Verfassers, © 2017 Draschl Manuel

DANKE

Danke an meinen Betreuer Hans Gangoly für die konstruktive Kritik an meiner Masterarbeit und die wegweisenden Worte.

Danke an meine Freunde und Studienkollegen, die mich nicht nur im Rahmen der Masterarbeit unterstützt haben, sondern die Jahre meines Studiums zu einer in vielerlei Hinsicht großartigen und lehrreichen Zeit gemacht haben.

Danke an meine Eltern für die Unterstützung, den Rückhalt und dafür, dass sie es mir ermöglicht haben meinen Weg zu gehen.

Danke an meinen Bruder, der mir immer mit Rat und Tat zur Seite steht und mein Leben inspiriert.

Danke an Gisela, die mich immer herzlich willkommen geheißen hat und mir durch ihr gutes Gefühl für die Sprache beim Korrekturlesen der Arbeit eine große Stütze war.

Danke an Julia und Hans für den Antrieb und die Ablenkung in den richtigen Momenten, für die Geduld, das Verständnis, die Hilfe und dafür immer für mich da zu sein.

