

Abstract

Die Intention und Idee meines Projektes widmet sich der Überwindung gewisser Stigmata im Zusammenhang mit Therapieeinrichtungen für psychische Erkrankungen. Ziel soll es sein ein architektonisches Statement im Sinne einer psychosozialen Tagesklinik im Zentrum von Graz zu setzen, um so bestehende Vorurteile gegenüber psychische Krankheit zu zerstreuen. Jedoch wird dieser Entwurf weiter gedacht, als es bisher bei der Planung von psychiatrischen Einrichtungen der Fall war. Daraus resultierend sollte eine Tagesklinik für die Therapie von psychischen Erkrankungen entstehen, welche aber noch kommerzielle Funktionen mit in den Entwurf miteinbezieht. So sollte eine mögliche Durchmischung von PatientInnen und normalen Bürgern stattfinden und die Ergotherapie in kommerziellen Bereichen Platz finden. Dieser Entwurf sollte keine allgemeingültige Lösung vorschlagen, sondern den Diskurs über psychische Krankheiten anregen und Raum für psychisch Erkrankte Menschen schaffen, wo diese sich wohlfühlen.

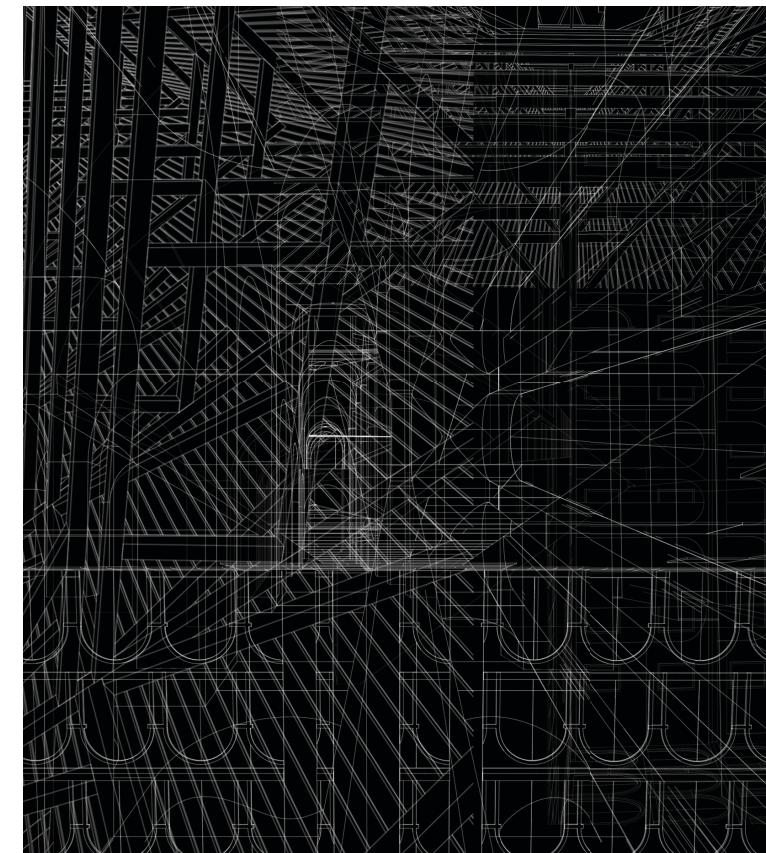
The intention and idea of my project is dedicated to overcome existing stigmata in connection with treatment facilities for mental disorders. The aim is to put an architectural statement in terms of psychological treatment clinics in the center of Graz, to dispel such prejudices.

The difference to the design of already known psychiatric day treatment institutions is, that my design thinks the topic in a complete different way. The psychiatric day treatment center also implements commercial functions. A mixing of patients and ordinary people should take place in my design proposal. This design should propose no single solution, but stimulate the discourse about mental illness and create space for the mentally ill, where they feel comfortable.

Der Raum zwischen [Schwarz und Weiß]

Siegfried Georg Streitfelder

Der Raum zwischen [Schwarz und Weiß]



Der Raum zwischen Schwarz und Weiß -

Entwurf einer sozialpsychiatrischen Tagesklinik im Zentrum von Graz

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades eines Diplomingenieurs

Studienrichtung Architektur

Siegfried Georg Streitfelder

Technische Universität Graz
Erzherzog-Johann-Universität
Fakultät für Architektur

Betreuung: Peterson, Petra, Univ.-Prof. Dipl.-Arch.
Institut: Institut für Grundlagen der Konstruktion und des Entwerfens

Oktober 2015

EIDESSTÄTLICHE 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.

Graz, am 20.Oktober 2015

STATUTORY DECLARATION

I declare that i have authored this thesis independently, that i have not used other than the declared sources / resources, and that i have explicitly marked all material which has been quoted either by content from the used sources.

20th of October, 2015

Der Raum zwischen Schwarz und Weiß

Entwurf einer psychosozialen Tagesklinik im Zentrum von Graz

Inhalt

Vorwort	11
Die Ziele der Psychiatrie	13
Die Schwerpunkte der Psychiatrie	13
Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie	14
Die Einteilung psychiatrischer Erkrankungen und das Klassifikationssystem	16
Die affektiven Störungen aus medizinischer Sicht	20
Das Therapiespektrum psychischer Erkrankung	28
Die drei Säulen der Therapie von psychischer Erkrankung	30
Die Versorgungslage psychosozialer Dienste in der Steiermark 2012	32
Erklärung der einzelnen Einrichtungen	32
Die psychosozialen Therapien	40
Die Sozialpsychiatrie	42
Die gesundheitspolitischen Versorgungsleitlinien	44
Die psychiatrische Rehabilitation	47
Entwurf	52
Entwurfsbeschreibung	54
Lageplan	64
Grundrisse	79
Schnitte	102
Ansichten	108
Anhang	116
Literaturverzeichnis	116
Abbildungsverzeichnis	120
Danksagung	122

“Die Menschlichkeit einer Gesellschaft zeigt sich nicht zuletzt daran, wie sie mit den schwächsten Mitgliedern umgeht.”¹

¹ Helmut Josef Michael Kohl (deutscher Altkanzler 1998)

Vorwort

Ich versuche mit vorliegender Masterarbeit im theoretischen Teil zu erklären, was Depressionen aus medizinischer Sicht sind und wie diese nach heutiger medizinischer Auffassung therapiert werden können. Folgend wertete ich den Psychiatriebericht des Landes Steiermark aus dem Jahr 2012 aus und mir wurde schnell klar, dass es noch nicht genügend psychosoziale Einrichtungen gibt und dadurch noch keine flächendeckende Versorgung angeboten werden kann. Auf diesen Bericht stützend, möchte ich als finales Produkt eine von wissenschaftlichen Erkenntnissen geleitete, psychosoziale Tagesklinik für Menschen mit psychischen Störungen im Zentrum von Graz entwerfen.

Ich will durch meinen Entwurf keine allgemeingültige Lösung für diese Problematik anbieten, vielmehr versuche ich neue Ansätze in den Diskurs über psychische Erkrankung einfließen zu lassen und dadurch dem Stigma psychisch Erkrankter entgegenzuwirken. Besonderes Augenmerk lege ich bei meiner Analyse auf die affektiven Störungen, welche im Volksmund als Depression bekannt sind. Folgend führe ich, das Thema betreffende, aktuelle Berichte und Statistiken an.

Psychische Erkrankungen: Die Depressions-Epidemie

„Depression ist heute die häufigste psychische Störung. Im Laufe ihres Lebens erkranken 18 % aller Deutschen mindestens einmal an einer Depression. Wegen ihrer

Häufigkeit und der starken Beeinträchtigung von Lebensqualität und Alltagsbewältigung hat die Weltgesundheitsorganisation in ihrem World-Health-Report 2001 die Depression als führende Ursache der gesellschaftlichen Krankheitsbelastungen (burden of disease), d. h. der Lebensbeeinträchtigungen in Folge einer Krankheit, bezeichnet. Durch intensive Forschungen haben die Kenntnisse zu den Ursachen und Risikofaktoren der Depression auf biologischem, psychologischem und sozialem Gebiet stark zugenommen. Doch trotz großer Anstrengungen, die in den letzten Jahren unternommen wurden, um das Bewusstsein für diese Krankheit und ihre Behandlung in der Bevölkerung wie auch bei Experten, insbesondere den Hausärzten, zu stärken, wird eine Depression noch immer viel zu selten erkannt und adäquat behandelt - und dies obwohl wirksame Therapieverfahren wie Psychotherapie und Pharmakotherapie zur Verfügung stehen.“¹

Man bemüht sich immer wieder, Zahlen hinsichtlich der psychisch Erkrankten zu ermitteln. Eine Untersuchung von Johannes Wancata von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien ergab, dass rund ein Drittel der Patienten in Allgemein-Krankenhäusern an einer psychischen Erkrankung leiden. Ein besonders hoher Wert

¹ Faller 2011, 7.

mit 46 % wird bei Patienten in Rehabilitation erreicht, fast jeder Zweite leidet also an einer psychischen Erkrankung. Weiters geht man davon aus, dass in der Gesamtbevölkerung nur ein Fünftel der Menschen, mit affektiver Störung, diagnostiziert ist.²

Somit habe ich mir es zum Ziel gesetzt, dass Schweigen zu brechen und die Thematik einer Tagesklinik für psychische Erkrankungen zum Entwurfsthema meiner Diplomarbeit zu machen.

Ich will ein architektonisches Zeichen setzen, um der Thematik mehr Gehör zu verschaffen. Vielleicht könnte durch diese bauliche Intervention eines Zentrums für depressive Erkrankungen, so manche Depression früher erkannt und geheilt werden, anstatt wie so oft mit Suizid der Betroffenen zu enden.

„Die Depression nimmt einen Platz im Spitzenfeld der häufigsten Krankheiten ein. Im Jahre 2020, so die World Health Organisation, wird sie zum zweithäufigsten Krankheitsbild weltweit gehören, und in der entwickelten Welt die häufigste Krankheit sein.

Das Problem bei dieser Erkrankung ist, dass viele der Erkrankten die Symptome nicht erkennen und rund elf Monate an Zeit verstreichen bis die Betroffenen ärztliche Hilfe aufsuchen. Und nur ein Drittel sucht diese Hilfe überhaupt auf. Es verstreicht unter Umständen viel lebensret-

*tende Zeit, bevor depressiv Erkrankte angemessen behandelt werden. Die Gründe für eine spät greifende Behandlung sind zahlreich. Eine Depression beginnt meist unauffällig, schleichend und unspezifisch. Ein plötzlich auftretendes Beschwerdebild, welches unter Umständen schnell zu einem Arzt oder Therapeuten führen würde, ist sehr selten. Die Krankheit schleicht sich langsam ein.*³

Um diese komplexe Thematik zu verstehen, musste ich mich als Erstes in die medizinische Sicht auf psychische Erkrankung einlesen, um dieses Krankheitsbild besser zu verstehen. Danach analysierte ich den Steiermärkischen Psychiatriebericht aus dem Jahr 2012 um zu sehen, wo noch Aufholbedarf in der Versorgung besteht. Die Ergebnisse lieferten mir wichtige Anhaltspunkte wie man diese Krankheit am besten therapieren kann und welchen Beitrag die Architektur dabei leisten kann.

2 Vgl. Mühlgasser 2010, 1.

3 Vgl. Fellner 2014, 1.

Die Ziele der Psychiatrie

Die Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Medizin, sie befasst sich mit Störungen des Erlebens und den Veränderungen des menschlichen Verhaltens. Hierfür ist eine enge Bindung zu den Neurowissenschaften, zur Genetik und zur Pharmakologie, andererseits zur Psychologie, zur Soziologie und den Humanwissenschaften erforderlich. Somit kann man sagen die Psychiatrie handelt im Spannungsfeld von Natur- und Geisteswissenschaften.

Die Psychiatrie zielt darauf ab, die Wahrnehmungs-, Erlebens-, und Kontaktfähigkeit des Individuums sowie seine sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.⁴

„Aufgabe der Psychiatrie ist daher die Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen und deren Erforschung unter Berücksichtigung des biologischen, psychologischen und sozialen Bezugsrahmens.“⁵

Die Schwerpunkte der Psychiatrie

Das therapeutische Ziel der psychiatrischen Forschung ist die Prävention psychiatrischer Erkrankungen und deren optimale Therapie, sowie eine Verbesserung der Lebensqualität für Betroffene.⁶

⁴ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012,1.

⁵ Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 1.

⁶ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 1.

„Neben den Bemühungen um Verbesserung der psychopharmakologischen Therapieführung ist die Entwicklung und Optimierung spezieller symptomorientierter psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Programme zentraler Gegenstand der weltweiten psychiatrischen Forschung.“⁷

Einen wesentlichen Teil der psychiatrischen Forschung tätigt das Feld der Sozialpsychiatrie, welche die Interaktionen, insbesondere die zwischenmenschlichen Beziehungen des psychisch Kranken, bezüglich ihrer Bedeutung für die Krankheitsentstehung, Therapie und Rehabilitation erforscht und dabei versucht die psychiatrische Krankenbetreuung zu verbessern.

Weitere Forschungsgebiete der Psychiatrie sind die Psychopathologie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die biologische Psychiatrie und die forensische Psychiatrie, welchen aber in der vorliegenden Arbeit keine Bedeutung zukommt.⁸

⁷ Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 1.

⁸ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 1

Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie

Wie genau die Begriffsbestimmung "psychische Krankheit" definiert wird, lässt sich in den meisten Fällen nicht eindeutig festlegen. Daher muss zuerst danach gefragt werden was "psychische Gesundheit" bedeutet. Der Begriff der "psychischen Gesundheit" setzt das Bestehen von Normalverhaltensweisen voraus, welche jedoch großen transkulturellen Schwankungen unterliegen.⁹

"Die Weltgesundheitsbehörde bietet folgende Definition von Gesundheit: "Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen."¹⁰

Jedoch ist diese weitgespannte Definition eine unrealistische Anspruchshaltung ohne jegliche praktische Relevanz.

Die Grenzen zwischen psychischer Krankheit und normalem menschlichen Verhalten können nicht klar gezogen werden, sondern diese gehen fließend ineinander über. Das heißt, dass Gesundheit und Krankheit nur die Eckpunkte eines Kontinuums sind. So wären zum Beispiel Schwarz und Weiß die Eckpunkte und dazwischen liegen sämtliche Grautöne, daraus resultiert auch der Titel meiner Masterarbeit.

Für psychiatrische Erkrankungen muss anhand der speziellen Thematik der Krank-

heitsbegriff in drei verschiedene Krankheitsbegriffe unterteilt werden.

Der subjektive Krankheitsbegriff

beschreibt, dass viele Menschen unter ihrer psychischen Existenz leiden, sie empfinden sich als krank und nicht belastungsfähig. Dadurch weichen diese von der Idealnorm des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens ab. Die Äußerung dieses Krankheitsgefühls geschieht durch Hemmung, Angst und Depressivität oder als kognitives Defizit. Dieser subjektive Krankheitsbegriff berücksichtigt nicht die Ursache und Entstehung der Krankheit, als auch nicht die Entstehung und Entwicklung der Krankheit.

Der medizinische Krankheitsbegriff

umfasst jene psychiatrischen Erkrankungen, welche sich auf somatisch, also körperlich bedingte, Störungen - zumeist Störungen von Hirnfunktionen - zurückführen lassen. Diese organische Schädigung ist entweder durch bildgebende Verfahren wie Computer- oder Kernspintomografie (dreidimensionale Darstellung des Gehirns) usw. ersichtlich, oder durch ein Elektroenzephalogramm (Hirnstrommessung) nachweisbar. Jedoch schließen medizinischer und subjektiver Krankheitsbegriff einander nicht aus.

Der persönlichkeitsbezogene Krankheitsbegriff

tritt in Kraft wenn bei den PatientInnen eine Persönlichkeitsveränderung stattfindet, welche nicht eindeutig auf ein subjektives Leiden rückführbar ist und auch objektiv, mit den heute zur Verfügung ste-

⁹ Ebda., 2.

¹⁰ Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 2.

henden Mitteln, kein organpathologisches Korrelat gefunden werden kann.¹¹

“Entscheidend ist, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt eine tief greifende Störung der Erlebens- und Verhaltensweisen des Betroffenen, seiner Wertvorstellungen und Zukunftsperspektiven aufgetreten ist, oft verbunden mit einer konsekutiven Verarmung und Verflachung der psychischen Funktionen.”¹²

Viele der psychiatrischen Erkrankungen fallen nicht klar in einen der genannten Krankheitsbegriffe, da eine psychiatrische Störung meist nicht Ausdruck einer klar zu beschreibenden Störung ist. Deshalb ist eine mehrdimensionale Betrachtungsweise beziehungsweise Diagnostik notwendig.

Zu den wichtigsten Einflussfaktoren zählt die Biografie des Patienten, diese ist zwar nur bedingt beurteilbar, jedoch birgt diese oft den Schlüssel für das Verständnis der psychiatrischen Phänomene des Patienten. Die Persönlichkeit entwickelt sich unter ständigem Einfluss der Lebenserfahrungen.

Jeder Mensch ist seit seiner Geburt verschieden starken Belastungen ausgesetzt, beispielsweise in der Pubertät treten diese häufiger und in besonderer Ausprägung auf. Nun kann es passieren, dass ein Patient aufgrund einer schwierigen Lebensgeschichte durch eine akute Belastung schneller in psychisches Ungleichgewicht verfällt, als ein

Patient welcher einen geradlinigen Lebensverlauf hatte. Hierbei ist besonders auffällig, dass kurzandauernde, einmalige Erlebnisse für die Lebensentwicklung weniger bedeutend sind, als langdauernde emotionelle Spannungssituationen.

Ein weiterer Faktor ist der Funktionszustand des Gehirns, da das Gehirn sämtliche psychische Funktionen ausführt und somit der Träger der Psyche ist. Verhalten und Erleben sind stark vom Funktionszustand des Gehirns abhängig.

Somit kann man zusammenfassend behaupten, dass die Lebenserfahrungen, die akuten Belastungsmomente, der Funktionszustand des Gehirns und dessen zusätzliche aktuelle Beeinträchtigung interagieren. Dies beeinflusst in unterschiedlichem Ausmaß die Reaktionsweisen des Menschen. Daraus ergibt sich seine psychische Gesundheit oder sein krankhaftes Verhalten.¹³

Die Einteilung psychischer Erkrankungen ist

¹¹ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 3.

¹² Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 3.

¹³ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 3-4

Die Einteilung psychiatrischer Erkrankungen und Klassifikationssysteme

aufgrund der Komplexität der Krankheiten und der unterschiedlichen Krankheitsbegriffe, nicht ganz einfach.

Zusätzlich wurde ein international gültiges Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen gefordert. Dies geschah vornehmlich um eine internationale Vergleichbarkeit von Diagnostik und Behandlung zu gewährleisten, als auch um ein überregionales Forschungsverständnis zu ermöglichen.

Eines der heute am meist verbreiteten Klassifikationssysteme wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) begründet. Dieses System heißt "International Classification of Diseases and Health Related Problems" kurzum (ICD), welches in der 10. Revision vorliegt, daher (ICD-10).¹⁴

Folgend möchte ich einen kurzen Überblick über die Klassifikation aller psychischen Erkrankungen im gesamten geben.

14 Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 4.

Die Einteilung psychiatrischer Erkrankungen nach ICD-10 Klassifikationsschema

F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzminderung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Jedoch werde ich mich in vorliegender Arbeit nur mit der Gruppe F30-F39 den Affektiven Störungen genauer beschäftigen, da diese neben den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen den größten Teil der psychischen Erkrankungen in der Steiermark ausmachen, wie im folgenden Diagramm ersichtlich ist.

Diese Zahlen basieren auf dem aktuellsten Stand des Psychiatriebericht des Landes Steiermark aus dem Jahr 2012.

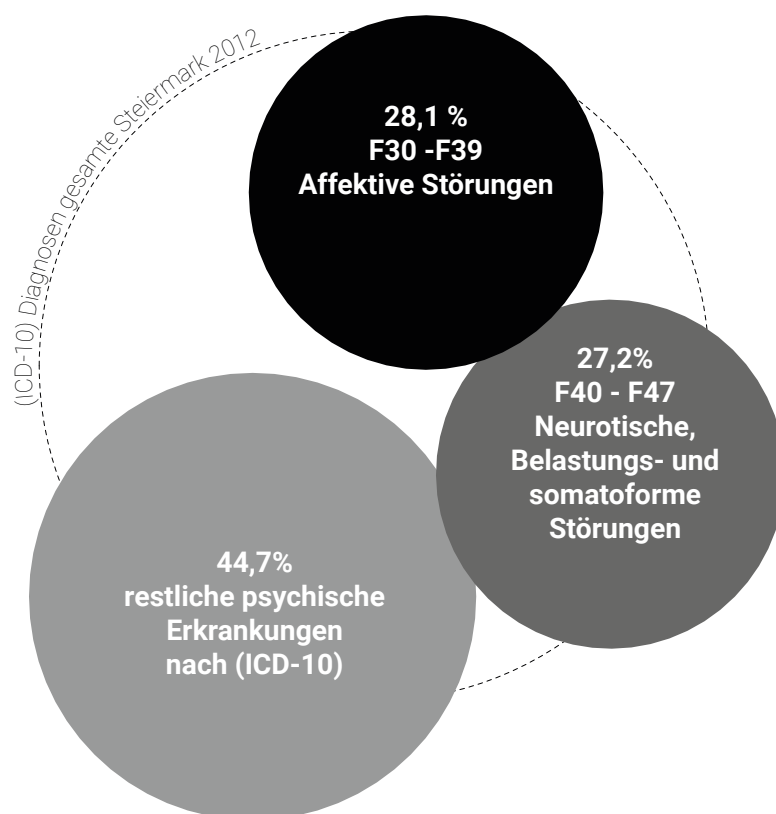
Weiters ist ersichtlich, dass die Diagnose Depression eigentlich eine Unterkategorie der affektiven Störungen ist.

Die Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind eine Gruppe von Krankheiten, bei welchen sich die Psyche auf der körperlichen Ebene der PatientInnen widerspiegelt. Diese PatientInnen berichten häufig über Schmerzen, Schwindel usw., jedoch gibt es keine nachweisbare körperliche Krankheit, welche dies bedingen würde. Daher ist davon auszugehen, dass die Psyche diese Beschwerden hervorruft. Zu den restlichen Erkrankungen zählen zahlreiche andere psychische Erkrankungen welche nachfolgend aufgeführt sind.

Die nachfolgende Grafik zeigt, dass ein enormer Teil der diagnostizierten psychischen Krankheiten affektive Störungen und Begleiterkrankungen dieser sind. Das Diagnosebild von Depressionen umfasst meist mehr als nur die reine depressive Episode, sondern meist ist die Depression auch gekoppelt mit

somatoformen Störungen, das sind Störungen bei welchen die Psyche sich anhand von körperlichen Beschwerden bemerkbar macht. Ebenso sind Angststörungen ein oftmaliger Begleiter von Depression.

Summe der Diagnosen in der Steiermark



[Abb. 1]

Nun möchte ich in vorliegender Arbeit nicht die Gesamtheit der psychischen Erkrankungen abhandeln, sondern nur das Teilgebiet der Affektiven Störungen, welche besser bekannt sind unter den Namen Depression, Manische Depression als auch Bipolare Störungen. Ich möchte auf diese Thematik genauer eingehen, um mehr Licht in eine Thematik zu bringen, welche oft fälschlicherweise gedeutet wird. Fakt ist auch, dass die affektiven Störungen zu den am häufigsten verbreitetsten psychischen Erkrankungen in den Industrieländern zählen. Eine Falschdeutung geschieht meist durch Unwissenheit, daher möchte ich mich genau mit der Thematik der oft generalisiert genannten "Depression" auseinandersetzen, um so einem gewissen Stigma entgegenzuwirken. Zusätzlich ist es für mich wichtig, die Krankheit genau zu kennen, um im späteren Verlauf dieser Arbeit mit meinem architektonischen Entwurf besser darauf eingehen zu können.¹⁵

Die affektiven Störungen aus medizinischer Sicht

Die affektiven Störungen beschreiben eine Gruppe psychischer Erkrankungen, welche vor allem den "Gemütsbereich", also Stimmung und emotionales Befinden und die gefühlsmäßige Anteilnahme an der sozialen Lebensumwelt der Erkrankten betreffen. Diese Störungen können aber auch das for-

¹⁵ Ebda., 153.

male und inhaltliche Denken, als auch die kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen beeinträchtigen.

Zusätzlich können sich diese Störungen auch in rein körperlichen Symptomen äußern.

Häufig kommt es bei den affektiven Störungen zu grundsätzlich selbst limitierenden manischen und/oder auch depressiven Phasen.

Die affektiven Störungen können einmalig episodisch auftreten, können jedoch grundsätzlich auch potenziell chronisch rezidivierend sein.

Die affektiven Störungen können sich bipolar äußern, kennzeichnend durch depressive als auch manische Episoden während des Krankheitsverlaufs. Sie können sich jedoch auch unipolar manifestieren, dabei äußert sich beim Patienten entweder ausschließlich der manische Part der Erkrankung oder ausschließlich der depressive Part.

Dieses Krankheitsbild begleitet uns schon seit jeher und fand erstmals Erwähnung in antiken Schriften von Hippokrates.

So prägte dieser auch den Begriff der Melancholie, welchen man heute als Depression deuten würde.¹⁶

Die affektiven Störungen werden nach "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" in der 10. Revision (ICD-10) wie folgt eingeteilt. Die Kategorisierung wurde von der Weltgesund-

¹⁶ Ebda., 153.

heitsorganisation (WHO) erstellt und ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen, die auch für die psychologische und psychotherapeutische Diagnostik verbindlich ist.¹⁷

Affektive Störungen Einteilung nach (ICD-10)

F30 Manische Episode
F31 Bipolare affektive Störung
F32 Depressive Episode
F33 Rezidivierende depressive Störung
F34 Anhaltende affektive Störungen
F38 Sonstige affektive Störungen
F39 Nicht näher bezeichnete
affektive Störungen

Epidemiologie und Verlauf

Ein Charakteristikum für die affektiven Störungen - abgesehen von den sogenannten "Anhaltenden affektiven Störungen" - ist Phasen- beziehungsweise Episodenhaftigkeit. Diese verschiedenen Formen der Erkrankung treten in Phasen beziehungsweise Episoden auf und besitzen einen selbstlimitierenden Charakter. Es kann also gesagt werden, dass alle diese Krankheiten grundsätzlich vollkommen geheilt und therapiert werden können.

¹⁷ Ebda., 3-4

Die Erkrankung ist oft nicht die einzige psychische Störung sondern tritt gepaart mit Angsterkrankungen, Süchten und Persönlichkeitsstörungen auf. Hier ist auch wieder klar ersichtlich, dass sich viele der psychischen Krankheitsbilder überlagern und nicht eindeutig in nur eine einzige Diagnoseklasse zuordenbar sind. Grundsätzlich ist bei einer affektiven Erkrankung von einer lebensbedrohlichen Krankheit auszugehen, da während depressiver Zeiten die meisten Suizide begangen werden.

Die Krankheit hat aber auch Auswirkungen auf die psychosoziale Integration der PatientenInnen, was sich oftmals in langen Krankenständen mit drohendem Arbeitsplatzverlust, depressivem Rückzug aus dem sozialen Umfeld und einer Beeinträchtigung des partnerschaftlichen Zusammenlebens, bemerkbar macht. Daraus können enorme Belastungen für Angehörige und Freunde entstehen. Weiters kommt dem Erkrankungsbild ein massiver volkswirtschaftlicher Faktor zu, da durch oftmals lange Krankenstände, der erhöhten Mortalität und oftmaligen Frühpensionierungen, viel Geld für die Erkrankung ausgegeben wird.¹⁸

"Affektive Störungen verursachen sieben Prozent der gesamten Krankheitslast in Europa. [...] Die Punktprävalenz affektiver Erkrankungen liegt bei neun Prozent, d.h.,

¹⁸ Ebda., 154.

jeder Elfte leidet aktuell unter einer behandlungsbedürftigen depressiven oder manischen Episode.¹⁹

Grundsätzlich können affektive Störungen in jedem Lebensalter erstmalig auftreten, der Ersterkrankungsgipfel liegt aber durchschnittlich im dritten Lebensjahrzehnt. Auch wenn die Krankheit bereits abgeklungen ist, muss lebenslang mit einem erhöhten Wiederauftretensrisiko gerechnet werden.

Am häufigsten tritt die rezidivierende (wiederauftretende) unipolare Depression auf, diese macht mit rund ¾ den größten Teil der Krankheitsfälle aus. Gefolgt von 30 % der Patienten, welche sowohl depressive als auch manische Episoden entwickeln. Reine manische Verläufe sind sehr selten.

Gerade in letzter Zeit werden viel mehr Diagnosen bezüglich affektiver Störungen gestellt, das bedeutet jedoch nicht, dass die Anzahl der Depressionserkrankungen zunimmt, sondern ist letztlich darauf zurückzuführen, dass die Tabuisierung und Stigmatisierung in weiten Teilen der Bevölkerung abnimmt und sich mehr Erkrankte in ärztliche Hilfe begeben. Somit werden viel mehr Depressionserkrankungen diagnostiziert, als noch vor einigen Jahren, was durchaus ein positiver Effekt ist. Allerdings werden immer noch viele Depressionserkrankungen nicht erkannt, beziehungsweise falsch behandelt. Es gibt durchaus noch Aufholbedarf in dieser Richtung.²⁰

19 Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 154-155
20 Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 155.

Ätiologie (Die Lehre von der Ursache und Entstehung psychischer Erkrankungen)

Die Ätiologie beschäftigt sich seit Jahrzehnten intensiv mit dieser Erkrankungsform, jedoch kann bis jetzt nur belegt werden, dass eine gewisse genetische Belastung eine entscheidende Rolle bei der Krankheitsentstehung spielt, jedoch auch psychosoziale Auslösefaktoren gegeben sein müssen. Es gibt noch zahlreiche weitere Hypothesen auf welche ich in dieser Arbeit nicht näher eingehen werde.

Nachfolgend gebe ich nocheinmal einen Überblick über die Vielfältigkeit der affektiven Störungen laut (ICD-10).

- F30 Manische Episode
- F31 Bipolare affektive Störung
- F32 Depressive Episode
- F33 Rezidivierende depressive Störung
- F34 Anhaltende affektive Störungen
- F38 Sonstige affektive Störungen

Manische Episode (F30)

Die Diagnostik einer manischen Episode ist sehr schwierig, da sie im Gegensatz zur voll ausgeprägten Manie durch eine kürzere Dauer und einen mildereren Verlauf charakterisiert wird. Diese manischen Episoden werden oftmals auch von Betroffenen und Angehör-

rigen nicht als krankheitswertig angesehen. Somit wird diese in einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt meist nicht erwähnt. Die Betroffenen fühlen sich während dieser hypomanen Phasen oft besonders vital, leistungsfähig und somit kerngesund. Die Gefahr bei dieser Krankheitsform besteht darin, dass man dem eigenen Tun keine Kritik entgegenbringt und somit in gefährliche Situationen geraten kann. Patienten berichten von extrem gehobener Stimmung, Gedankenrasen, Ideenflucht, Rededrang, Leichtsinnigkeit, Größenideen, vermindertem Schlafbedürfnis und einer tief sitzenden Unruhe. Bei der dysphorischen Form kann auch Gereiztheit, Aggressivität und eventuell Feindseligkeit und ein sprunghaftes Denken auftreten. Im Extremfall kann es zu Halluzinationen und Wahn-ideen kommen. Bei einer leichten Form von Manie kann man den Tatendrang bis spät in die Nacht zu arbeiten meist nicht von einem sogenannten "Workaholic" unterscheiden. Diese Arbeitswut tritt aber phasisch auf und ist zeitlich begrenzt, sowie in der Regel nicht produktiv. Danach folgt meist ein Leistungstief oder im Extremfall sogar eine depressive Episode. Die typischen Symptome können sein, der Glaube von Grandiosität, gesteigerte Aktivität mit Verrichten von Arbeiten bis in die Nacht hinein, subjektives Empfinden einer Leistungssteigerung und Kreativität, sprunghafter Tatendrang, deutlich vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerter Rededrang, gesteigertes Selbstbewusstsein, verstärktes Risikoverhalten, Enthemmung (zügello-

Sexualleben, Kaufrausch,..) und letztlich Gereiztheit.

Die bipolare affektive Störung (F31)

Nach (ICD-10) kann eine bipolare affektive Störung diagnostiziert werden, wenn mindestens zwei Episoden aufgetreten sind, wo das Stimmungs- und Aktivitätsniveau des Betroffenen entweder gehoben (manisch) oder vermindert (depressiv) war. Die Diagnose einer klassischen bipolaren Störung erfordert neben der Erfassung der aktuellen Symptomatik auch das Erheben einer Fremd-anamnese. Beim erstmaligen Auftreten einer depressiven Episode steht noch nicht fest, ob die Verlaufsform der Krankheit unipolar oder bipolar wird. Kennzeichnend ist der phasenweise Wechsel von Depression zu Manie und umgekehrt. Die Krankheit wird meist von zahlreichen psychischen und somatischen Komorbiditäten begleitet. Zu diesen Komorbiditäten zählen häufig Panik-attacken, generalisierte Angststörungen, soziale Phobien, Zwangsstörungen, Migräne, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen oder auch Alkohol- und Drogenmissbrauch.²¹

Die depressive Episode (F32)

Grundsätzlich kann eine depressive Episode in mehrere Schweregrade unterteilt werden. Es gibt eine leichte depressive Verstimmung, eine mittelgradige depressive Verstimmung und letztlich eine schwere depressive Ver-

21 Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 161-173

stimmung. Diese verschiedenen Ausformungen können begleitet werden durch somatische oder auch durch psychotische Symptome.

Für eine sichere Diagnose einer depressiven Episode müssen die Beschwerden des Patienten mindestens für den Zeitraum von zwei Wochen bestehen. Im Durchschnitt dauern unbehandelte depressive Episoden etwa sechs Monate an.

Im Rahmen einer depressiven Episode können auch psychotische Symptome wie zum Beispiel Wahnideen oder Halluzinationen auftreten.

Depressive Episoden können sich sehr vielfältig manifestieren. Es gibt eine ganze Bandbreite an verschiedenen Symptomen, welche in verschiedensten Konstellationen auftreten können. Diese können verschiedenste Bereiche des Gemüts- und des Gefühlsbereich betreffen, aber auch den formalen Ablauf und Inhalt des Denkens, die kognitive Hirnleistung, das soziale Kontaktverhalten bis hin zur körperlichen Ebene. Die typischen Symptome einer depressiven Episode sind eine gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung. Betroffene können das Interesse am Beruf, dem Privatleben, an der sozialen Umgebung aber auch an der eigenen Körperhygiene verlieren. Viele der Patienten klagen über eine Verminderung des inneren Antriebs und eine reduzierte Fähigkeit, morgens aufzustehen und die Tagesaktivität in Angriff zu nehmen. Generell kann man sagen, dass das Aktivitätsniveau depressiver PatientInnen im

Vergleich zu deren gesunden Phasen meist deutlich eingeschränkt ist. Weitere Symptome im Rahmen der depressiven Episode können die Beeinträchtigung der Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnisleistung sein. Viele PatientInnen berichten auch von einer erhöhten Erschöpfbarkeit, bei der es ihnen nicht mehr möglich ist, einzelne Hausarbeiten ohne Unterbrechung zu erledigen. Ein weiterer Indikator sind Ein- und/oder Durchschlafstörungen, welche zu einer erhöhten Tagesmüdigkeit beitragen können. In einem depressiven Zustand werden die eigenen Fähigkeiten und Lebensumstände meist negativ wahrgenommen, positive und erfreuliche Dinge werden nicht gesehen oder sogar in einen negativen Kontext gesetzt.

Vor allem die eigene Suizidalitätseinschätzung ist bei depressiven Patienten erhöht. Wenn eine Krise als vorübergehend aufgefasst werden kann und ein Ende abzusehen ist, können Menschen mit diesen belastenden und schwierigen Lebenssituationen prinzipiell gut zurechtkommen. Wenn jedoch eine Kombination von reduzierter Befindlichkeit bei fehlender Hoffnung eintritt, können depressive Menschen schnell den Entschluss fassen, Suizid zu begehen. Während einer depressiven Episode ist das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen meist deutlich herabgesetzt, man traut sich normale Aktivitäten nicht mehr zu und man fühlt sich unattraktiv und nicht liebenswert. Diese verminderte Selbstwahrnehmung kann mit Schuldgefühlen verbunden sein, wenn man glaubt alles falsch zu machen oder man sich

selbst nur als Belastung sieht. Ebenfalls kann reduzierte Lebens- und Genussfreude zu einem verminderten Appetit führen, daraus resultiert oft ein massiver Gewichtsverlust. Auch können Somatisierungssymptome auftreten, bei welchen unspezifische körperliche Symptome entstehen, wie zum Beispiel Kopf- und Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Schwindel und noch zahlreiche weitere. Diese können oft als Depressionskorrelate erkannt werden. Psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahngedanken können auch auf eine Depression hinweisen. Eine weitere oftmals zu beobachtende Begleiterscheinung ist Angst in verschiedensten Ausprägungsformen, wie zum Beispiel soziale oder spezifische Phobien, Zukunftsangst, Panikattacken und noch viele mehr. Hier noch einmal eine zusammenfassende Übersicht über mögliche Symptome einer Depressionserkrankung.²²

- * Gedrückte Stimmung oder "Gefühl von Gefühllosigkeit"
- * Interessensverlust
- * Freudlosigkeit
- * Antriebsminderung oder -steigerung
- * Aktivitätseinschränkung
- * Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- * Erhöhte Tagesmüdigkeit
- * Schlafstörungen
- * Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

22 Ebda., 161-173

- * Minderwertigkeits- und Schuldgefühle
- * Angst
- * Beeinträchtigung der Sexualität
- * Verringerter Appetit, Gewichtsabnahme
- * Somatisierungssymptome
- * Psychotische Symptome
- * Suizidgedanken beziehungsweise Suizidhandlungen

Die rezidivierende depressive Störung (F33)

Durch das erstmalige Auftreten einer depressiven Episode ist es sehr wahrscheinlich, dass Jahre nach dem Abklingen der Symptome die Krankheit erneut auftritt. Durchlebte man schon mehrere depressive Episoden, steigt das Risiko von weiteren depressiven Phasen an, als auch die Zykluslänge zwischen den einzelnen Phasen ansteigt. Was nichts anderes bedeutet, als das die Phasen in welchen ein Patient depressiv ist, länger andauern. Oftmals können auch nach jahrelangem unipolaren Verlauf noch manische Episoden auftreten. Dadurch bedarf es einer Diagnoseänderung von einer rezidivierenden auf eine bipolare Störung.²³

Die anhaltende affektive Störung (F34)

Die affektiven Störungen treten typischerweise in Form von depressiven beziehungsweise manischen Episoden auf, mit

23 Ebda., 167.

dazwischenliegenden Phasen vollständiger Remission (Symptombfreiheit). Es gibt jedoch zwei Sonderformen - die Zykllothymia und Dysthymia. Diese sind charakterisiert durch chronische Verstimmungszustände, deren Schweregrad geringer ist als der einer affektiven Störung, jedoch dauern diese Verstimmungszustände jahrelang ohne Unterbrechung an und können so die Lebensqualität enorm einschränken.²⁴

Die antidepressive Akuttherapie (Pharmako- und Psychotherapie)

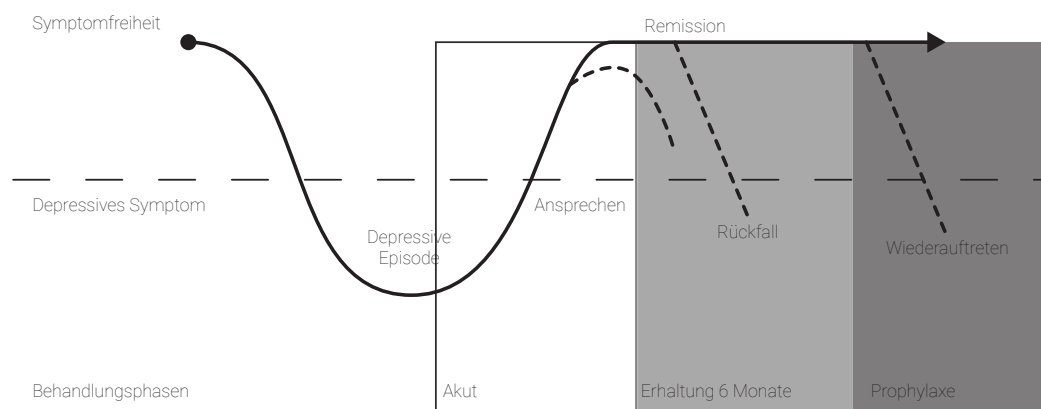
Viele psychiatrische Erkrankungen, wie auch die depressive Episode werden durch medikamentöse und psychotherapeutische, sowie ergo-, physio- und soziotherapeutische Maßnahmen therapiert. Die Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie ist laut Studien einer Monotherapie überlegen.²⁵

Die nachfolgende Grafik zeigt wie verschieden der Verlauf einer affektiven Störung aussehen kann. Wenn die Beschwerden über einen Zeitraum von 2 Wochen anhalten, spricht man von der Akutphase, was auch Auswirkungen auf mögliche Therapieformen hat. Spricht der Patient auf die Therapie an, beginnt die Erhaltungsphase. In dieser Phase wird mit begleitenden Therapien geschaut, ob über einen Zeitraum von 6 Monaten eine Symptombfreiheit erzielt werden kann. Oftmals kommt es aber in dieser Phase schon zu einem Rückfall. Es kann aber auch sein, dass ein Patient schon über die Erhaltungsphase hinaus ist und nach einiger Zeit ein Rückfall (Wiederauftreten) eintritt. Somit beginnt der Therapiekreislauf wieder von Anfang.

24 Ebda., 167.

25 Ebda., 175.

Die Phasen der antidepressiven Akuttherapie



[Abb. 2]

Das Therapiespektrum psychischer Erkrankung

Zuerst muss die Frage beantwortet werden, in welchem Krankheitsstadium man sich befindet, ob man gerade akut Beschwerden hat oder ob man sich wie bei einer depressiven Episode in der Erhaltungsphase befindet. Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Schweregrad der Erkrankung.

Wenn man an einer leichten Depression leidet, führt einen der erste Weg zum Hausarzt, dieser verordnet meist eine Psychotherapie, welche bei leichten Depressionen als therapeutisches Mittel meist ausreichend ist. Leidet man jedoch unter einer schweren Ausformung einer affektiven Störung ist die niedrigschwelligste Einrichtung wieder der Hausarzt, dieser verweist einen jedoch meist zu einem niedergelassenen Facharzt. Dieser entscheidet über den weiteren Therapieweg. Dieser weitere Weg der Therapie unterscheidet sich in 3 differenzierte Fachgebiete. Als erstes ist hier die somatische Therapie zu erwähnen. Diese umfasst die Pharmakotherapie, zum Beispiel die Gabe von Antidepressiva und diverse nicht medikamentöse Therapien wie zum Beispiel die "Elektrokrampftherapie". Somit ist der Hausarzt auch schon der somatischen Therapie zuzuordnen, da dieser auch eine Pharmakotherapie anordnen kann. Das zweite Standbein ist die Psychotherapie. Diese wird meist begleitend zur Pharmakotherapie begonnen.

Der psychotherapeutische Therapieansatz bedeutet nicht die "Heilung der Seele", sondern "Heilung über die Seele". Besonderes

Augenmerk liegt hier bei depressiv Erkrankten auf der stützend-supportiven Begleitung im Rahmen der ärztlichen Gespräche und auch die Auswahl spezifisch psychotherapeutischer Verfahren. Das am weitest verbreitetste psychotherapeutische Verfahren ist die kognitive Verhaltenstherapie, der Grundsatz dieser Psychotherapie ist die gedankliche Umstrukturierung. Die Patienten sollen dadurch die negativen Denk- und Verhaltensmuster abbauen. Jedoch muss auch erwähnt werden, dass nicht jeder Patient auf eine Psychotherapie anspricht. Am Besten wirkt die Psychotherapie bei gleichzeitiger Einnahme von Psychopharmaka wie zum Beispiel Antidepressiva. Psychotherapie darf nur von ausgebildeten Psychiatern, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen praktiziert werden.²⁶

"Psychologe/Psychologin (griechisch "psychè" Seele und "logos" Wort, Lehre) ist die Berufsbezeichnung von Menschen, die ein Psychologiestudium abgeschlossen haben (Diplom-Psychologen bzw. Master of Science/Arts (Psychologie) oder Bachelor of Science/Arts (Psychologie)). Diplom-Psychologen können auch als "Psychologische Psychotherapeuten" an der Versorgung psychischer Erkrankungen beteiligt sein, wenn sie eine staatlich geregelte, etwa drei- bis fünfjährige Zusatzausbildung als Psychotherapeut gemacht haben.²⁷

²⁶ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 180.
²⁷ Becker u.a. 2014, 61.

*“Als **PsychotherapeutIn** sind entweder ÄrztInnen oder PsychologInnen tätig, die jeweils eine Zusatzausbildung in Psychotherapie gemacht haben. Bei Fachärzten für Psychiatrie und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Psychotherapie fester Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung”²⁸*

*“**PsychiaterIn** (griechisch “psychè” Seele und “iatros” Arzt) Facharzt für Psychiatrie, studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt, der nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung in Psychiatrie und Neurologie gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat. Psychotherapie ist Bestandteil der Weiterbildung.”²⁹*

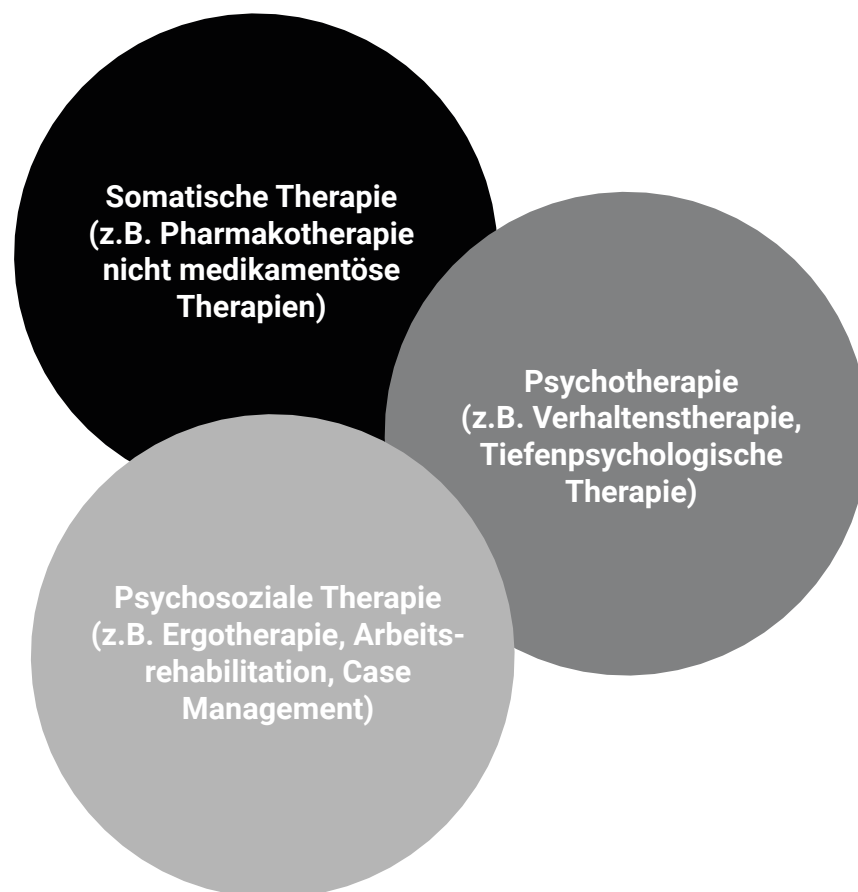
Das dritte Standbein sind die psychosozialen Therapien. Dies sind Therapieformen die bei schweren Erkrankungsausprägungen zum Einsatz kommen. Neben psychischen Beschwerden haben schwer Erkrankte auch meist mit erheblichen Einschnitten in ihrem Lebensalltag zu kämpfen. So kann zum Beispiel eine schwere Depression auch gravierende Auswirkungen auf die Familie, die Ausbildung oder den Beruf haben und somit die Teilhabe am öffentlichen Leben einschränken. Hier setzt die psychosoziale Therapie an, um Betroffenen und auch Angehörigen

einen besseren Umgang mit den krankheitsbedingten Einschränkungen zu ermöglichen. Das primäre Ziel ist es, den Betroffenen ein Leben in ihrer eigenen Umgebung und eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, beziehungsweise dies zu verbessern. Diese Therapien zielen nicht auf eine Symptomverbesserung ab, sondern vielmehr darauf, dass die Betroffenen darin unterstützt und gestärkt werden, sich in ihrem Leben und der Umwelt wieder selbstständiger und zielgerichteter zu bewegen, um dadurch mehr Lebensqualität zu erlangen. Es gibt auch bei psychosozialen Therapien wichtige Grundsätze, einer von diesen ist die Gemeindenähe der Betreuung. Die psychosozialen Therapien und deren Grundsätze werden im folgenden Teil der Arbeit noch genauer erklärt, da in meinem späteren Entwurf die psychosoziale Therapie eines der Kernelemente sein wird.³⁰

28 Becker u.a. 2014, 61.
29 Ebda, 61.

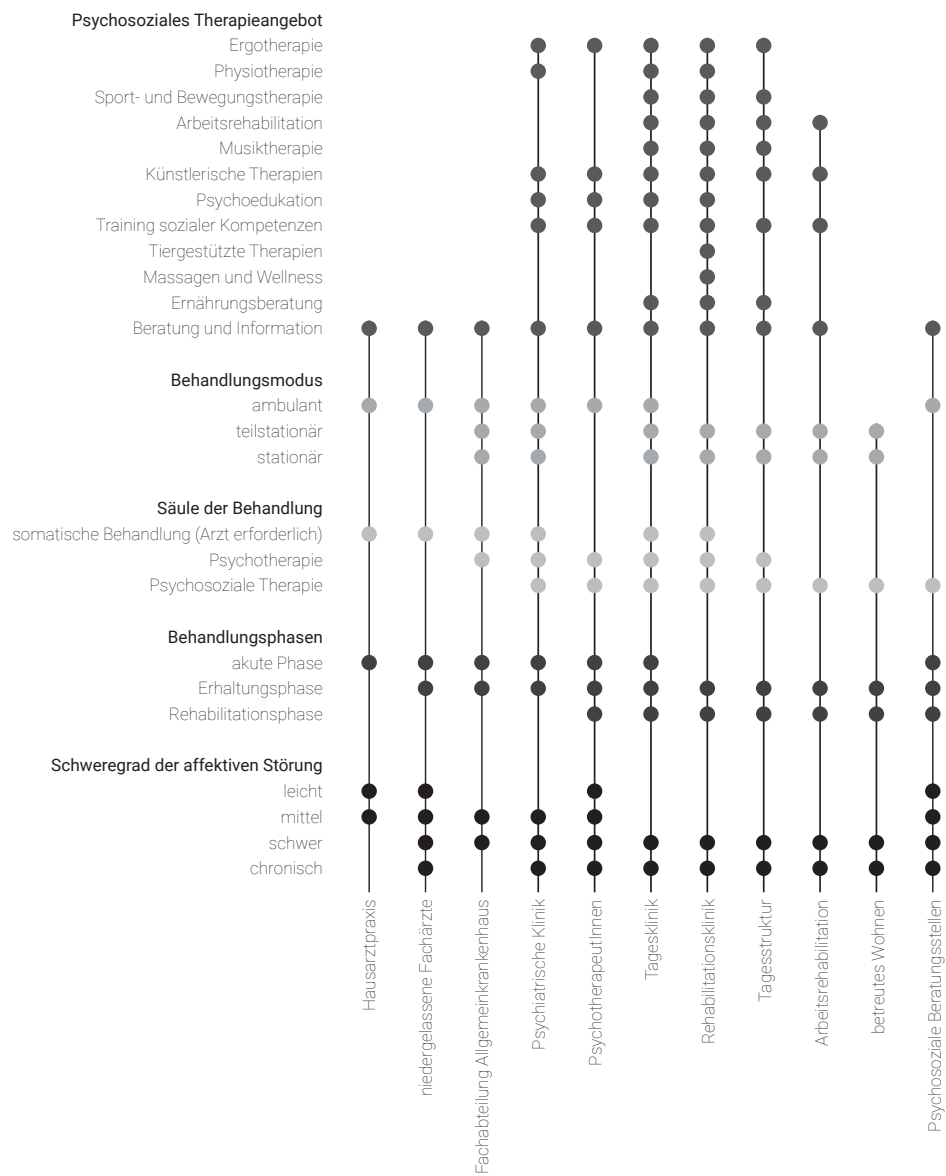
30 Ebda, 65.

**Die drei Säulen der Therapie von
psychischer Erkrankung**



[Abb. 3]

Überblick über das Therapiespektrum



[Abb. 4]

Die Versorgungslage psychosozialer Dienste in der Steiermark

Wie sieht nun die Versorgungslage dieser psychosozialen Dienste in der Steiermark aus? Auf dem vorigen Diagramm ist gut ersichtlich, dass der Ausbaustand psychosozialer Dienste in der gesamten Steiermark noch keine Vollversorgung erreicht hat. Es gibt insgesamt nur vier Bezirke, welche bereits eine relativ flächendeckende psychosoziale Versorgung anbieten können, dazu zählen die Bezirke Murau, Murtal, Hartberg und Feldbach. Ich möchte meinen Entwurf jedoch in das Stadtgebiet von Graz stellen, da wie im folgenden Diagramm ersichtlich ist, obwohl bereits ein 50-prozentiger Ausbaustand erreicht ist, es noch an zahlreichen psychosozialen Einrichtungen fehlt.

Wie in der folgenden Grafik ersichtlich ist, wurde eine bedarfsgerechte Versorgung noch nicht erreicht. Besonders augenfällig ist hier der Ausbaustand der Tageskliniken. Diese erreichen mit 5 Prozent noch lange nicht das geforderte Angebot an Therapieplätzen. Somit wird der Entwurf einer Tagesklinik im erweiterten Stadtzentrum von Graz in der Grenadiergasse zum tragenden Element meines Entwurfs. Meine Intention warum ich das Gebäude so zentral in die Stadt stelle ist, ich möchte dem allgemeinen Stigma psychischer Erkrankung entgegenwirken, als auch die zentrale Lage es vielen Leuten ermöglichen wird, im Sinne von Gemeindenähe diese Einrichtung täglich aufzusuchen, ohne viele Kilometer fahren zu müssen. Die zweite Entwurfsintention ist die Arbeitsrehabilitation, welche ich auch in mein Gebäude inte-

grieren werde. Das betreute Wohnen findet leider keinen Platz in meinem Gebäude, da ich in Fachpublikationen gelesen habe, dass eine räumliche Trennung - also eine gewisse Distanz - zwischen Arbeitsrehabilitation und dem Wohnen von psychisch beeinträchtigten Menschen existieren muss, um die mentale Trennung von Arbeit und Wohnen aufrecht zu erhalten, da sonst sehr schnell die hart erarbeitete Struktur verloren geht.

Erklärung der einzelnen Einrichtungen

Tagesklinik für psychisch Erkrankte

Tageskliniken sind Einrichtungen welche psychische erkrankte Menschen therapieren, jedoch nur tagsüber, während die Patienten den Abend und die Nacht im gewohnten familiären Umfeld verbringen.³¹

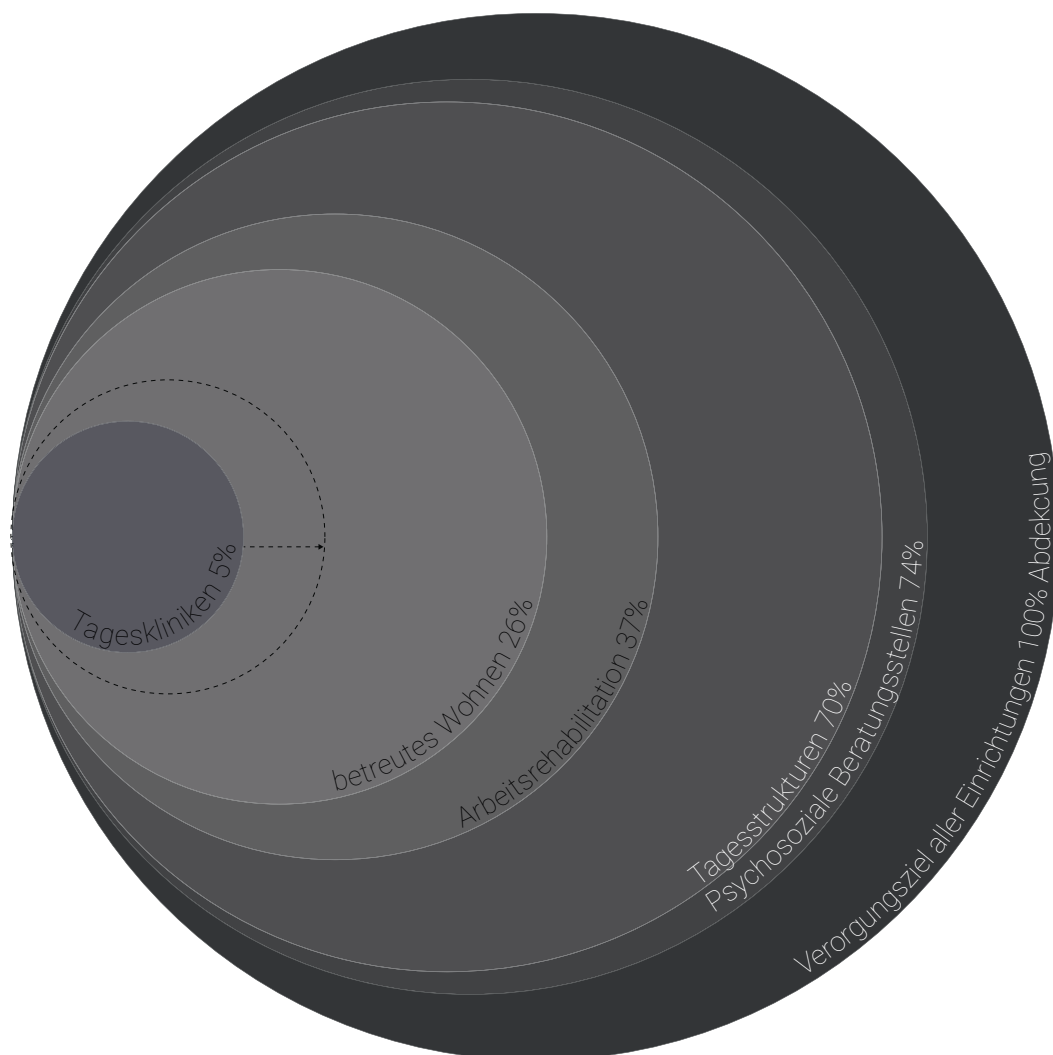
Es handelt sich bei psychiatrischen Tageskliniken um Einrichtungen, in welchen Patienten mehrere Wochen in regelmäßiger Tages-Behandlung stehen. Der Aufenthalt ist zeitlich begrenzt.³²

Tageskliniken sind mittlerweile zu einer anerkannten Form der psychiatrischen Behandlung geworden. Es gibt viele verschiedene psychiatrische Tageskliniken. So gibt es Tageskliniken für Allgemeinpsychiatrie, für Akutkranke, für Alterskranke, für Suchtkranke, für Kinder und Jugendliche.

³¹ Vgl. Matakas 2001, 83.

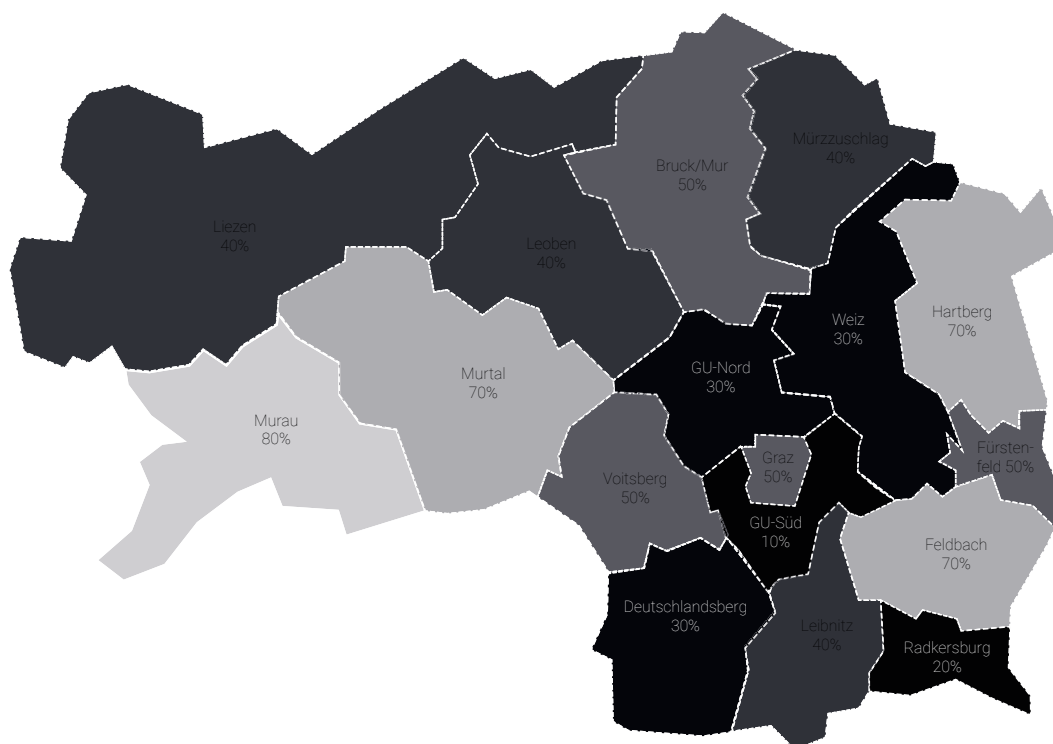
³² Vgl. Katschnig u.a. 2001, 85.

Ausbaustufe der psychosozialen Dienste im Land Steiermark



[Abb. 5]

**Versorgungslage der empfohlenen Dichte
Steiermark Jahr 2012**



[Abb. 6]

Tageskliniken sind meist an psychiatrische Krankenhäuser angeschlossen. Der Unterschied zu Tagesstrukturen ist, dass in Tageskliniken durch die enge Beziehung zu den psychiatrischen Krankenhäusern alle psychiatrischen Möglichkeiten angeboten werden, welche auch in einer vollstationär arbeitenden Einrichtung zur Verfügung stehen.

Die tagesklinische Behandlung unterscheidet sich von der ambulanten Behandlung in folgenden Punkten. Die tagesklinische Behandlung läuft zeitlich für PatientInnen wie ein strukturierter Arbeitstag ab. Der Patient verlässt zu den Zeiten, welche normalerweise für berufliche Arbeit vorgesehen sind, das Haus und geht zur tagesklinischen Therapie. Das Spezielle daran ist, dass die Erholungszeit, Kontakte zu Familie und Freunden in gewohnter Weise erhalten bleiben. Diese Art der intensiven Betreuung erlaubt dem Patienten seine Autonomie beizubehalten und diese wird in keiner Weise eingeschränkt. Die Therapie strukturiert für die Zeit der Behandlung das Leben des Patienten. Dies macht es möglich, PatientInnen sehr viel Hilfe und Unterstützung zu geben, ohne diese aus dem gewohnten Lebensumfeld herauszureißen. Weiters treffen die PatientInnen in der Tagesklinik auf einen neuen sozialen Kontext. Sie werden in eine Gruppe integriert. Diese Gruppe entfaltet nun ihr eigenes soziales Leben. Dieses Gruppenleben dient als therapeutisches Instrument. Die Fortschritte welche in der Tagesklinik erarbeitet werden, können unmittelbar im normalen sozialen Umfeld des Patienten angewandt werden.

Eine tagesklinische Behandlung mit psychotherapeutischer oder rehabilitativer Zielsetzung bei Depression ist, nach Abklingen der Akutsymptomatik, eine Möglichkeit die Chronifizierung und einen schnellen Rückfall zu verhindern.³³

Die verfügbaren Interventionen in psychiatrischen Tageskliniken sind psychiatrisch-therapeutische Gespräche, psychologische Intervention, medikamentöse Behandlung, Aktivierung, direkte Tagesstrukturierung, Kontaktförderung, Training sozialer Fähigkeiten, biologisch-psychiatrische Interventionen, Abklärung sozialer Probleme, Beratung in sozialen Belangen, Krisenintervention, Erlernen des Einhaltens einer Tagesstruktur, Ergotherapie, psychiatrische Pflegemaßnahmen, Psychoedukation, Medikation, Erlernen des Umgangs mit Symptomen, Training von Alltagsfertigkeiten, Einzel-Psychotherapie im engeren Sinn, Physiotherapie und Sport- und Bewegungstherapie.³⁴

Wie man an vorheriger Grafik sehen konnte, ist die Ausbaustufe der Tageskliniken in der Steiermark noch sehr gering. Es wurden erst 5 Prozent der geforderten Tagesklinikplätze etabliert. Das ist auch der Ausgangspunkt meines architektonischen Entwurfs. Als Teil des Gesamtprogramm wird in dem Gebäude der "Alten Dominikanerkaserne" in 8020 Graz, eine Tagesklinik entstehen. Weiters möchte ich erwähnen, dass es am Standort

33 Vgl. Matakas 2001, 83.

34 Vgl. Katschnig u.a. 2001, 87.

Granatengasse 4 bereits eine Tagesklinik im "Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen (Graz - West)" gibt.

Diese derzeitige Tagesklinik ist ein Ambulatorium der Landesnervenklinik Sigmund Freud und Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens.

Im Beratungszentrum arbeiten MitarbeiterInnen aus verschiedenen helfenden Berufen (FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, PsychologInnen, Krankenpflegepersonal, SozialarbeiterInnen, Werkstättenleiter). Weiters sind 7 MitarbeiterInnen ausgebildete PsychotherapeutInnen. Zusätzlich arbeiten dort auch Musik-, Bewegungs- und TanztherapeutInnen, TheateranimateurInnen, Zivildienstler und PraktikantInnen. Jedoch, nach persönlicher Rücksprache mit einem dort arbeitenden Betreuer, ist die dortige räumliche Kapazität bereits an ihren Grenzen angelangt. Es gibt viel mehr Bedarf an solchen Einrichtungen. Somit werde ich in meinem Entwurf genügend Platz für das gesamte "Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen (Graz - West)", mit der angeschlossenen Tagesklinik, in der umgeplanten "Alten Dominikanerkaserne" einräumen.

Das betreute Wohnen

Das betreute Wohnen ist ein Angebot an erwachsene Frauen und Männer mit einer psychiatrischen Diagnose, welche sehr lange in Krankenhäusern beziehungsweise Pflege-

heimen untergebracht waren. Dieses Phänomen das psychisch erkrankte Personen sehr lange stationär in Krankenhäusern und Pflegeheimen verwahrt werden, nennt man Hospitalisierung. Jedoch wird seit dem Psychiatrieenquête 1975 versucht, die Gemeindennähe für die Erkrankten zu erreichen und somit auch einer gewissen Zentralisierung in psychiatrischen Fachkliniken entgegenzuwirken. Beim betreuten Wohnen werden die Betroffenen in ihrer Selbständigkeit und Eigenverantwortung gefördert. Auch wird versucht den Tagesablauf der Betroffenen zu strukturieren. Es gibt für die Erkrankten eine Vielzahl an fördernden Beschäftigungen im Wohnhaus. Betreut wird das Ganze durch ein sozialpsychiatrisch erfahrenes Team, wobei immer eine Betreuungsperson, rund um die Uhr, im Haus anwesend ist. Die BewohnerInnen werden in Form von Einzel- und Gruppengesprächen, gemeinsamen Aktivitäten, Tagesstrukturierung, Unterstützung in lebenspraktischen Anforderungen sowie bei Arzt- und Behördenwegen unterstützt.

In der Nachbetreuung werden die BewohnerInnen durch die Mitarbeiter aus dem Wohnhaus hinaus begleitet, um einen sanften Übergang in eine andere Wohnform zu gestalten.

Die Arbeitsrehabilitation

Studien belegen, dass der Anteil an Arbeitslosen bei der Gruppe der psychisch Kranken Menschen sehr hoch ist. Die Arbeitslosigkeit

birgt natürlich auch negative Folgen auf das ganze Krankheitsbild der PatientInnen. Diese führt zu einer Ausdünnung der sozialen Kontakte, zum Verlust der Tagesstruktur, zu gesellschaftlichem Stigma, zu finanziellen Nöten und letztlich zu einer Minderung des Selbstbewusstseins. Aus dieser Beobachtung heraus, ergibt sich die Notwendigkeit für psychisch Kranke eine Rehabilitation in den Arbeitsalltag anzubieten. Dieses Angebot reicht von geschützten Werkstätten über spezielles Arbeitstraining bis hin zur Eingliederung in den sogenannten ersten Arbeitsmarkt.³⁵

Auch in meinen Entwurf wird die Arbeitsrehabilitation miteinbezogen.

Die sozialpsychiatrische Tagesstruktur

Auch Tagesstätten verfügen über keine einheitliche Konzeption. Als teilstationäre Einrichtung werden sie durch ein kleines multiprofessionelles Team ohne ärztliche Mitarbeiter geführt. Oft finden sich regionale Kooperationen mit Trägern anderer Dienste (z.B. sozialpsychiatrischer Dienst, ambulantes Wohnen). Das Angebot wendet sich ganz besonders an schwer und chronisch psychisch kranke Menschen. Leistungen umfassen z.B. tagesstrukturierende Maßnahmen, die Unterstützung von Alltagsgestaltung,

Selbständigkeit und alltagspraktischen Fähigkeiten, Gesprächsmöglichkeiten in Kontakt- und Freizeitklubs, niedrigschwellige Beschäftigungsangebote, die Vermittlung in Praktika und die Koordination von Hilfsangeboten. Hier werden Beschäftigungstherapie, ergänzt um lebenspraktische Übungen, sowie Gruppentherapien und gemeinsame Freizeitgestaltung angeboten. Das Ziel für die Teilnehmer ist die Wiedererlangung einer geordneten Tagesstruktur.³⁶

Die psychosozialen Beratungsstellen

In diesen wird Akuthilfe, therapeutische Behandlung in Einzel- und Gruppengesprächen, Hausbesuche sowie Freizeitangebote für Betroffene und Angehörige angeboten. Im Bedarfsfall erfolgt hier auch die Koordination und Vernetzung mit allen Partnern im öffentlichen und privaten Umfeld des Betroffenen.³⁷

Die stationäre psychiatrische Behandlung

Dabei handelt es sich um eine langzeitige Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik befreit die Patienten von Verpflichtungen und Belastungen. Die PatientInnen können die Verantwortung für ihr Leben vorüberge-

35 Vgl. Matschnig u.a., 2008, 271-278

36 Vgl. Krainz/Christl 2012, 25.
37 Vgl. Krainz/Christl 2012, 25.

hend an die Klinik abgeben. Diese Behandlung bringt PatientInnen in eine Lebenssituation, welche sie ansonsten überhaupt nicht kennen. Das Krankenhaus stellt eine vorübergehende Art des Wohnens dar. Das Leben der PatientInnen wird in allen Details geregelt. Die Handlungsökonomie des Patienten wird in weiten Teilen eingeschränkt. Gezielt sollte darauf geschaut werden, dass die verschiedenen Lebensbereiche des Patienten voneinander getrennt sind. Dies wird dadurch erreicht, indem man der offenen Station den Charakter eines Hotels verleiht. Die PatientInnen sind so relativ frei in ihrer Tagesgestaltung außerhalb der Therapiezeiten. So können diese auch viel Kontakt zum Leben außerhalb der Klinik pflegen. Ebenso ist die Aufteilung der Lebensbereiche in "Schlafen", "Spielen" und "Arbeiten" annähernd sichergestellt. Viele depressiv Erkrankte reagieren oftmals positiv darauf, wenn sie aus ihrem normalen Milieu herausgenommen werden. Für diese PatientInnen ist die stationäre Behandlung von Vorteil.³⁸

Ambulante Behandlung

Als ambulante Behandlung wird die Regelbehandlung angesehen. Ambulante Behandlung kommt nur bei PatientInnen in Frage bei welchen die Ausprägung der psychischen Krankheit nicht besonders schwerwiegend und akut ist. Es

gibt Behandlungskonzepte, nach denen der Patient unter Umständen täglich zum Arzt kommt und in der Praxis oder in dafür vorgesehenen Räumlichkeiten die Möglichkeit findet, einige Stunden täglich dort zu verbringen. Dort finden auch therapeutische Maßnahmen verschiedenster Art statt.

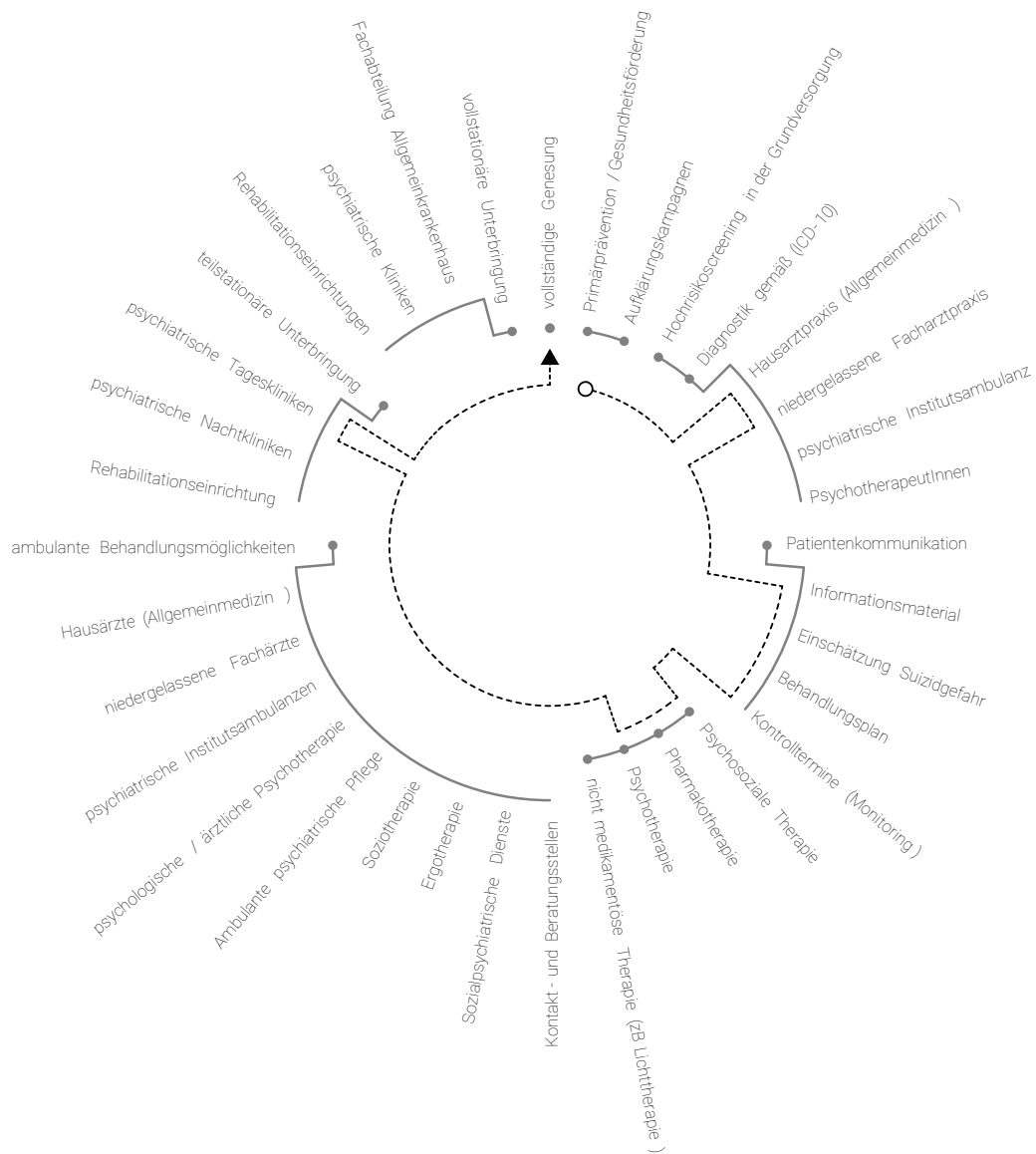
Bei der ambulanten Behandlung ändert sich die soziale Situation der Patienten durch seine psychische Krankheit, aber nicht durch die Therapie. Der Arzt und seine Therapie greifen nicht direkt in die soziale Situation der PatientInnen ein.³⁹

Schwere und anhaltende psychische Krankheiten wie es die affektiven Störungen auch sein können, bedingen oftmals vielfältigste Belastungen für den Patienten als auch seiner Angehörigen. Trotzdem gelingt dank verschiedenster Therapiemethoden vielen Menschen ein weitestgehend normales Leben innerhalb der Gemeinde. Allerdings gilt zu beachten, dass die Therapie meist ein ständiger Begleiter bleibt. Eine wesentliche Rolle zur Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen nehmen psychosoziale Therapien ein. Daneben gibt es auch noch die körperlichen Behandlungsmethoden (z.B. Medikamente) und psychotherapeutischen Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie).

38 Vgl. Matakas 2001, 86.

39 Ebda., 89.

Beispielhafter Weg durch das Krankheitsbild der affektiven Störung



[Abb. 7]

Die psychosozialen Therapien

Die psychosozialen Therapien wollen die Möglichkeiten der Betroffenen verbessern, um in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dies wird erreicht durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen oder durch das Erlernen oder Wiedererlernen sozialer und kommunikativer Fähigkeiten. Anders gesagt zielen die psychosozialen Therapien in erster Linie nicht auf eine Symptomverbesserung ab, wie dies zum Beispiel durch eine Pharmakotherapie beabsichtigt ist. Es wird versucht die Betroffenen zielgerichtet zu unterstützen, damit diese sich wieder eigenständiger, zielgerichteter und sicherer durchs Leben bewegen und somit die eigene Lebensqualität verbessern. Die psychosozialen Therapien gelten als die 3. Säule in der Behandlung von psychischen Störungen, so in diesem Fall auch zur Behandlung von affektiven Störungen.⁴⁰

Ein kleiner Überblick über die psychosozialen Therapien

Nach dem ich vorweg schon die rein medizinischen (somatischen) Therapiemethoden abgeklärt habe, möchte ich nun auf die psychosozialen Therapien näher eingehen, da diese ein Kernelement in der räumlichen Planung in meinem späteren Entwurf sein werden. Prinzipiell lässt sich die Behand-

lung schwerer psychischer Erkrankung in drei große Bereiche einteilen. Das sind die Maßnahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation, welche in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form erfolgen können. Häufig sind chronisch und schwer Betroffene in vielen Lebensbereichen stark eingeschränkt. Somit gibt es für diese rehabilitative Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft, das sind zum Beispiel Angebote zur Tagesgestaltung oder auch zur beruflichen Wiedereingliederung.⁴¹

Nun folgend werde ich einen kurzen Überblick über die verschiedenen psychosozialen Therapien geben.

Ergotherapie

Diese gehört zu den ältesten Behandlungsformen bei psychischer Erkrankung. Der Begriff ist aus dem Griechischen und bedeutet: Gesundung durch Handeln und Arbeiten. Kernelement der Therapie ist es dem Patienten zu helfen, die durch die Krankheit verlorene Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltagsleben wiederherzustellen beziehungsweise zu erhöhen. Das sind Bereiche wie Selbstversorgung und Haushaltsführung, Fähigkeit zur Berufsausführung und Wiederaufnahme der Freizeitaktivitäten. Die Ergotherapie findet in teil- und vollstationären Behandlungsbereichen statt.

40 Vgl. Becker u.a. 2014, 2.

41 Ebda., 14.

Weiters kann Ergotherapie auch in der realen Lebensumwelt stattfinden, zum Beispiel in Form eines Einkaufstrainings wo der Betroffene durch einen Ergotherapeuten begleitet und unterstützt wird. Ergotherapie kann als Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie stattfinden. Somit wird es in meiner geplanten Einrichtung auch Räumlichkeiten für ergotherapeutische Therapien geben.

Künstlerische Therapien

Es gibt ein weites Spektrum an künstlerisch-therapeutischen Behandlungsansätzen. Diese können als Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie sowie als Theater- und Dramatherapie angeboten werden.

Der Fokus dieser Therapien liegt in der non-verbalen Kommunikation. In der Kunsttherapie erarbeitet man Kunstwerke beziehungsweise hat man im künstlerischen Prozess die Möglichkeit, sich auf das innere Erleben zu konzentrieren. Darum ist dies eine besondere Möglichkeit sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen. In der Musiktherapie werden gezielt Anwendungen von Musik oder musikalischen Elementen im therapeutischen Prozess angewandt. Die Patienten erlernen Musikinstrumente. Die Tanz- und Bewegungstherapie beschäftigt sich mit dem Körper und der Bewegung. Die Theater- und Dramatherapie greift auf die wirksame Kraft des "Theaterspielens" zurück.

Angeboten wird die künstlerische Therapie in Institutsambulanzen, Tageskliniken, in der

teil- und vollstationären Akutbehandlung, aber auch in Rehabilitationskliniken. Diese Therapien werden als Einzel- oder Gruppentherapien angeboten. Auch diese Therapieformen sollen in meinem folgenden Entwurf umgesetzt werden.

Psychoedukation

Psychoedukation hat zum Ziel, Patienten und Angehörige über die Krankheit und mögliche Behandlungen zu informieren. Es sollte ein Krankheitsverständnis für den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit gebildet werden. Die Erfahrungen der Betroffenen prägen den Inhalt und die Struktur der psychoedukativen Therapie. Es wird Wissen über die Krankheit zum Beispiel erste Krankheitszeichen, Verlauf, therapeutische Möglichkeiten aber auch Praxiswissen wie zum Beispiel Frühwarnzeichen für Rückfälle, Rückfallvorbeugung vermittelt. Auch Notfallpläne werden gemeinsam mit den Therapeuten erarbeitet. Psychoedukation kann in allen Behandlungsformen integriert werden, ob bei ambulantem, teil- oder vollstationärem Aufenthalt. Üblicherweise wird Psychoedukation in Gruppen praktiziert. Dabei gibt es Patientengruppen, Gruppen für Angehörige aber auch eine Mischung der Beiden. Geleitet werden solche Seminare von psychiatrisch tätigen Ärzten und/oder von psychologischen Psychotherapeuten.⁴²

42 Vgl. Becker u.a. 2014, 14-19

Sport- und Bewegungstherapie

Es gibt ein breit gefächertes Spektrum an Sport- und Bewegungstherapien, welche bei der Behandlung psychischer Erkrankungen zum Einsatz kommen. Für Sport- und Bewegungstherapeutische Angebote habe ich in meinem Entwurf auch eigens einen Platz vorgesehen.

Das sporttherapeutische Verfahren ist im Prinzip Fitnesstraining, welches die Funktionalität des Körpers stärkt. So gibt es zum Beispiel Ausdauertraining, Krafttraining und Sportspiele. Es gibt aber auch körperpsychotherapeutische Verfahren, dem liegt die Annahme zu Grunde, dass Körper und Psyche eine untrennbare Einheit bilden. Die integrativen und konzentrativen Bewegungstherapien werden zu psychotherapeutischen Zwecken eingesetzt. Zusätzlich gibt es noch edukativ-psychosoziale Verfahren. Dort wird Körperbewegung und Körpersprache als therapeutisches Mittel genutzt. Dadurch werden zwischenmenschliche Beziehungen innerhalb der Gruppe gestärkt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, Sport- und Bewegungstherapie bessert die Lebensqualität bei psychischen Störungen auf zwei Weisen. Zum Einen wird die körperliche Gesundheit gesteigert, zum Anderen werden psychische Funktionen gestärkt wie zum Beispiel die Konzentration, Motivation, Selbstbewusstsein oder das Erleben etwas zu bewirken.

Die Sport- und Bewegungstherapien findet man in teil- und vollstationären Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen.⁴³

Die Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie beschäftigt sich mit der Entstehung und dem Verlauf von psychischer Erkrankung, als auch mit der langfristigen Betreuung und Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen. Es wurde in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts schon vermutet, dass das soziale Lebensumfeld schädliche Einflüsse auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankung haben kann.⁴⁴

„Menschen mit „verwirrten Sinnen“ und „entordneter Vernunft“ sollten aus dem vermeintlich pathogenen Milieu ihres Lebensfeld herausgenommen werden, um in dem idealen Milieu einer psychiatrischen Anstalt, die „verlorene Ordnung ihres Lebens und ihres Geistes“ wiederzufinden.“⁴⁵

So wurde schon Mitte des 19. Jahrhunderts eine intensive Debatte über soziale Einflussfaktoren auf Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen und die daraus abzuleitenden Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen geführt. Doch der Begriff der „Sozialen Psychiatrie“ oder „Sozialpsychi-

43 Ebda., 2014, 63.

44 Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 461.

45 Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 461.

atrie" wurde mit eigenständigen Inhalten das erste Mal zu Beginn des 20. Jahrhunderts erwähnt.

Eine große Anzahl an Ärzten hatte bereits Mitte des 19. Jahrhunderts, außerhalb des engen Feldes der Psychiatrie, die Auswirkungen von Industrialisierung und Urbanisierung auf die Gesundheit intensiv diskutiert. Es wurde geschaut, ob soziale Lebensverhältnisse begünstigend, vermittelnd oder beeinflussend auf Krankheitsbilder wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Krebskrankheiten wirken. Mitte des 19. Jahrhunderts erhielt der Begriff "sozial" seine Bedeutung, einerseits im Sinne eines humanitären Ansatzes und einer ethischen Verpflichtung und andererseits im Sinne sozio-ökonomischer Lebensbedingungen. Nach diesen Grundsätzen richteten sich auch die sozialpsychiatrischen Betreuungskonzepte Anfang des 20. Jahrhunderts aus. Eine wesentliche Weiterentwicklung erlebte die im amerikanischen genannte "Social Psychiatry" in den USA.

In den deutschsprachigen Ländern ist es aber im Unterschied zu angloamerikanischen Ländern auch in den letzten Jahrzehnten fast nicht gelungen, Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin zu etablieren. Dies erklärt auch den starken Rücklauf der Lehrstühle für Sozialpsychiatrie im deutschsprachigen Raum, während in angloamerikanischen Sprachraum an allen Universitäten die "Social Psychiatry" ein weithin akzeptierter Pfeiler der akademischen Psychiatrie ist.

Die Sozialpsychiatrie beschäftigt sich neben praktischen Versorgungsfragen, welchen in dieser Diplomarbeit viel Aufmerksamkeit entgegenkommt, auch mit der Entwicklung und Bewertung von Versorgungseinrichtungen, als auch mit Ursachen und Verlaufsforschung. In der sozialpsychiatrischen Forschung sind vorwiegend Sozialwissenschaftler, insbesondere Psychologen und Soziologen, wie auch Biometriker tätig. Somit wird versucht soziale Verhältnisse mittels moderner statistischer Verfahren abzubilden.⁴⁶

Stigma psychischer Erkrankungen

Nun wenn wir uns mit sozialen Einflüssen auf Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankung auseinandersetzen, muss man in diesem Zusammenhang auch auf Stigma und Diskriminierung näher eingehen. Psychische Erkrankungen unterliegen meist einem negativen Werturteil der breiten Öffentlichkeit. Soziale Ausgrenzung und Benachteiligung sind häufig die Folgen für die psychisch Erkrankten. Historisch betrachtet hat die Stigmatisierung psychisch Kranker eine lange Tradition, bereits im späten Mittelalter galten Armut und psychische Erkrankung als Strafe Gottes. Während dieser Zeit wurden Erkrankte in gemeinsamen Zucht- und Tollhäusern verwahrt. Das Zeitalter der Aufklärung anerkannte das erste Mal, dass es sich dabei um kranke Menschen handelt. Den trauri-

46 Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 461-462

gen Höhepunkt im Umgang mit psychisch Kranken erreichte man während der Schreckensherrschaft der Nationalsozialisten in Deutschland. Dort wurden hunderttausende psychisch Erkrankte zwangssterilisiert oder auch ermordet. Nun ist dieses Stigma der Erkrankung bis heute ein brennend aktuelles Thema. In der Allgemeinbevölkerung herrscht nicht nur Unkenntnis über Art und Umfang psychischer Erkrankungen, sondern psychisch Erkrankte werden auch gefürchtet.⁴⁷

“Die Diskriminierung psychisch Kranker ist allgegenwärtig, sei es in der Sozialversicherung, in der Rehabilitation, eigentlich bei allen Bemühungen, psychisch Kranken ihren Platz in Gesellschaft, Beruf und Familie zu sichern.”⁴⁸

Genau diese Furcht vor dem Unbekannten, ist der zentrale Punkt meiner Auseinandersetzung mit psychischer Erkrankung und in der vorliegenden Diplomarbeit meine Entwurfsintention. Ich möchte psychische Erkrankung, besonders die Depression, näher zum Menschen bringen, um die Menschen dazu anzuhalten, mehr darüber nachzudenken. Meine jetzigen Recherchen zeigen jedoch, dass viele der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen versteckt oder weit abseits der Stadtzentren liegen. Ich denke dies geschieht um der Ausein-

dersetzung mit psychischer Erkrankung aus dem Weg zu gehen.

Die gesundheitspolitischen Versorgungsleitlinien

Die wichtigsten international vollzogenen Reformen der psychiatrischen Versorgung gründen auf einheitlichen Versorgungsgrundsätzen, welche bereits 1950 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO - World Health Organization) formuliert wurden und bis heute stets aktuell gehalten werden. Die wichtigsten dieser Reformziele lauten:

- * Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems
- * Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystem
- * Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme
- * Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht⁴⁹

Die bedarfsgerechte Versorgung

“Die konkrete Versorgungsdiskussion während der ersten Reformschritte zentrierte sich vorwiegend auf die Frage, welche Einrichtungen für eine bedarfsgerechte

47 Ebd., 465-466

48 Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 466.

49 Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 466-467

te Versorgung benötigt werden. In den Jahrzehnten, die seither vergangen sind, hat diese institutionsbezogene Sichtweise ihr Monopol verloren. In Abgrenzung von einem institutionszentrierten Ansatz wird heute einem personenzentrierten Ansatz Vorrang eingeräumt unter der Perspektive, welche Hilfen ein Patient institutionsunabhängig benötigt. In diesem Zusammenhang wurden vier funktionale Behandlungsbereiche definiert: Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Hilfen im Bereich Wohnen und Arbeit und Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte. Erst in einem zweiten Schritt werden diese Behandlungsbereiche bestimmten Institutionen zugeordnet.“⁵⁰

Gemeindenaher Versorgung

Nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung spielt eine große Rolle in der Versorgung psychisch Kranker, sondern auch die gemeindenahere Versorgung. Der Anspruch psychisch Kranker ist es, die ihnen zustehende Hilfe in Anspruch nehmen zu können, ohne ihre gewohnte Lebensumwelt aufgeben zu müssen. Diese Leitlinie des Lebensweltbezugs findet sich weltweit in nationalen Programmen zur Reform der psychiatrischen Versorgung. Ein wichtiges Kriterium ist die Erreichbarkeit der

Versorgungseinrichtung. Die Bedeutung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort für die Inanspruchnahme stationärer Behandlungseinrichtungen wurde schon sehr früh erkannt. Grundsätzlich gilt, dass die Einrichtungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb einer Stunde erreichbar sein, oder in einer Entfernung von maximal 25 Kilometer liegen sollten. Verschiedenste Analysen haben aber bereits gezeigt, dass sowohl für ambulante als auch für stationäre Einrichtungen die Inanspruchnahmerate bereits ab einer halben Stunde Anreisezeit deutlich abnimmt.⁵¹

Den Großteil der stationären psychiatrischen Versorgung in Graz leisten im Moment die Landesnervenklinik Sigmund Freud (LSF), die Universitätsklinik für Psychiatrie sowie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Ein weiteres Versorgungsnetzwerk stellen die niedergelassenen FachärztInnen, Gesundheits- und klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, multiprofessionell besetzte psychosoziale Beratungsstellen, betreutes Wohnen, Tagesstrukturen, arbeitsrehabilitative Angebote, mobile sozialpsychiatrische Betreuung und sozialpsychiatrischer Krisendienst dar.⁵²

50 Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2010, 467.

51 Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 467-468
52 Vgl. Krainz/Christl 2013, 8.

Dezentralisierung und Sektorisierung

Eine besondere Bedeutung kommt der gemeindenahen Aufteilung der Versorgungsangebote auf viele klein strukturierte und leichter erreichbare Einrichtungen und Dienste zu, die sogenannte Dezentralisierung. Diese Einrichtungen und Dienste wurden zusätzlich klein dimensioniert, um wie mit einem Baukastensystem sehr gezielt auf die verschiedenen Bedürfnisse besser eingehen zu können, jedoch hat die Realität gezeigt, dass durch diese Aufspaltung der Versorgung eine Vielzahl von Unter-, Fehl- und Doppelbetreuungen passiert sind. Weiters muss man beachten, dass durch diese Dezentralisierung eine gewisse Entspezialisierung einhergeht.⁵³

Darum habe ich mich entschlossen eine gewisse Zentralität in meinen Entwurf einzuplanen. Weiters ist durch diese Rezentralisierung eine hohe Fachkompetenz seitens der Ärzte und Psychiater und des Betreuungspersonals vorhanden.

„Dies steht heutzutage im Widerspruch zu dem wachsenden therapeutischen Wissenstand, der zukünftig in einem bestimmten Umfang eine Rezentralisierung der Institutionen erforderlich machen wird, um die notwendige Spezialisierung sicherzustellen.“⁵⁴

⁵³ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 468.
⁵⁴ Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 468.

Die Sektorisierung beschreibt die formale Zuordnung eines bestimmten Versorgungsgebiets zu psychiatrischen Fachinstitutionen, vor allem die stationären Einrichtungen. Ist nun eine Klinik in einem solchen Sektor verortet, birgt das die Versorgungsverpflichtung aller stationär zu Behandelnden. Dies geschah, um schwierige Patienten nicht einfach in andere psychiatrische Kliniken weiterverweisen zu können.⁵⁵

Koordination und Zusammenarbeit

Durch die weitestgehende Fragmentierung der einzelnen Hilfesysteme werden zusätzliche Koordinationsstellen erforderlich.⁵⁶

Ich möchte hier die Psychiatriekoordinationsstelle der Steiermark erwähnen und kurz umschreiben welche Leistungen diese erbringt.

Um eine flächendeckende sozialpsychiatrische Versorgung sicherzustellen benötigt man ein breites Spektrum an Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen. So wurde im Mai 2000 eine Psychiatriekoordinationsstelle geschaffen, welche mit der Planung, Umsetzung und Qualitätssicherung gegenüber den psychosozialen Versorgungseinrichtungen in der Steiermark betraut wurde. Diese Koordinationsstelle gibt den sogenannten Psychiatriebericht Steiermark heraus, wo der Sollzustand der psychosozialen Versorgung dem Istzustand gegenüber gestellt wird. Die

⁵⁵ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a., 468.
⁵⁶ Ebda., 468.

vorliegenden Diagramme in dieser Arbeit leiten sich von diesem Psychiatriebericht aus dem Jahr 2012 ab.⁵⁷

Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker

Dies ist wohl eines der wichtigsten Reformziele im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Das Ziel lautet, eine gleichberechtigte Teilhabe psychisch Kranker am gesellschaftlichen kulturellen Leben. Oftmals kommt es immer noch zu einer Benachteiligung von chronisch psychisch Kranken und Behinderten gegenüber chronisch körperlich Kranken und Behinderten.⁵⁸

Die psychiatrische Rehabilitation

Psychische Erkrankungen können zu Behinderungen führen, wodurch die Betroffenen den alltäglichen Anforderungen nur noch eingeschränkt entsprechen können. Solche Auswirkungen betreffen aber nicht nur die Erkrankten, sondern auch ihre Familie und das weitere soziale Umfeld. Somit spielen rehabilitative Aspekte nicht nur in der Langzeitbehandlung eine Rolle sondern auch in der Akutbehandlung psychischer Erkrankungen. Weiters muss man an dieser Stelle anmerken, dass sich klinisch-psychiatrische Behandlung und die psychiatrische Rehabilitation gegenseitig ergänzen. Deshalb ist ein Austausch dieser beiden Disziplinen auch

zwingend erforderlich. Obwohl die Rehabilitation meist fremdfinanziert wird, durch Träger wie Krankenversicherungen und auch dem Sozialbereich zugeordnet ist, muss sie in der Psychiatrie verankert bleiben.

In Österreich gibt es einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation, welcher gesetzlich festgelegt ist. Somit haben Menschen die körperlich, geistig oder psychisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, unabhängig von den Ursachen der Behinderung ein Recht auf Hilfen, die notwendig sind, um

- * eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, ihre Verschlimmerung zu verhüten;
- * eine Pflegebedürftigkeit oder soziale Einschränkung zu vermeiden oder ihre Folgen zu mildern;
- * ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, um ihnen eine möglichst selbstständige Lebensführung zu ermöglichen;
- * ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern;
- * allfälligen Benachteiligungen, die aus der Behinderung erwachsen könnten, entgegenzuwirken.⁵⁹

„Die Deutsche Bundesarbeitsgemein-

⁵⁷ Vgl. Krainz/Christl 2013, 6.

⁵⁸ Vgl. Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 469.

⁵⁹ Ebda., 473.

schaft für Rehabilitation (1984) beschreibt die psychiatrische Rehabilitation als "...die Gesamtheit der Bemühungen, um einen seelisch behinderten Menschen über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, schulischem, beruflichem und allgemeinsozialem Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und Lebensstellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden bzw. wiederzuerlangen."⁶⁰

Prinzipiell kann man Rehabilitation in drei Einzelbereiche unterteilen, die medizinische, soziale und die berufliche Rehabilitation. Jedoch sollten diese Rehabilitationsbereiche in der Praxis immer gemeinsam verfolgt werden. Die Ziele der Rehabilitation sind Menschen mit schwerwiegenden anhaltenden psychischen Erkrankungen, soziale, emotionale und intellektuelle Fähigkeiten zu entwickeln, welche benötigt werden, um mit einem geringen Ausmaß professioneller Unterstützung ein möglichst normales Leben zu gestalten.

Weiters dient sie zur Besserung der Lebensqualität von Betroffenen aber auch deren Angehörigen. Die Patienten sollen wieder Verantwortung über ihr eigenes Leben übernehmen.⁶¹

60 Fleischhacker/Hinterhuber u.a. 2012, 473 - 474
61 Ebda., 474.

Die Ziele psychiatrischer Rehabilitation

Die psychiatrische Rehabilitation verfolgt andere Ziele als das klassische medizinische Modell. In der Akutbehandlung nützt man die Diagnostik und die Therapie vorwiegend, um eine Verbesserung der Psychopathologie (Symptome und Erscheinungsform der psychischen Erkrankung) zu erreichen. Sie versucht Beeinträchtigungen in den Bereichen "Aktivität" und "soziale Teilhabe" zu bessern. In erster Linie ist nicht eine komplette Symptomreduktion das Ziel, sondern die Verbesserung der sozialen Partizipation des Patienten, um so die Lebensqualität zu verbessern. Auch wenn die Krankheitssymptome fortbestehen, kann die Rehabilitation eine weitestgehende Überwindung der Krankheit ermöglichen. Die Ziele der Rehabilitation sind wie folgt formuliert:

Eine Normalisierung der Lebensbezüge

Ziel ist es, dem Erkrankten ein weitestgehend normales Leben mit wenigen Einschränkungen zu ermöglichen. Durch die Unterbringung in einer Langzeiteinrichtung oder in ein wohnortfernes Rehabilitationsangebot, kann das zu einer Entwurzelung führen. Nach einer akuten Erkrankung sollte alsbald als möglich die Integration in normale Lebensbezüge erfolgen.

Erhalt sozialer Beziehungen

Viele psychische Krankheitsbilder bringen

auch eine Störung der sozialen Kommunikation mit sich. Dies führt oftmals zu einer geringen sozialen Unterstützung, zu Rückzug und Verringerung des sozialen Netzwerks sowie im Extremfall zu Isolation. Vor allem bei Depressionserkrankungen kann es oft zu einer kompletten Isolation kommen.

Verbesserung von Alltagsaktivitäten und Selbstversorgung

Bei schweren psychischen Erkrankungen ist eine längerfristige milieuthérapeutisch ausgerichtete "strukturierende" Behandlung erforderlich, welche möglichst alltagsnahe erfolgen soll. Die Milieuthérapie muss man sich vorstellen wie eine Art Familie, welche jedoch aus Mitarbeitern, Ärzten, Psychotherapeuten besteht, um eine strukturierte Umgebung für die Patienten zu schaffen. Zum Beispiel kann dies in einem Tageszentrum geschehen, wo ergotherapeutische, pharmakologische, psychologische und psychotherapeutische Maßnahmen koordiniert eingesetzt werden. Es sollen immer realistische Ziele gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen erarbeitet werden.

Der Begriff Rehabilitation beinhaltet auch die Wiederherstellung des öffentlichen Ansehens von Betroffenen. Ziel ist es, Selbstvertrauen und die Selbstachtung der Patienten wieder herzustellen. Demnach richtet man den Blick nicht auf die Schwächen der oder die Defizite der Betroffenen, sondern auf deren erhaltene vielfältige Fähigkeiten. Dadurch soll ein persönlicher Prozess in Gang gesetzt

werden, welcher die Förderung der menschlichen Beziehungen, die Selbstbestimmung und die Übernahme von Verantwortung, die soziale Teilhabe sowie eine Problemlösungsfähigkeit fördert. Soziotherapeutische Aktivitäten sollen Betroffene ermuntern, sich über ihre Erkrankung und deren Behandlung auseinanderzusetzen. Sie sollen lernen ihre Symptome zu kontrollieren und wieder Verantwortung über das eigene Leben zu übernehmen.⁶²

Die Grundlagen der psychiatrischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation

Diese dient der Symptom- und Krankheitsbewältigung und setzt sich aus pharmakologischen, psychotherapeutischen, psychologischen, psycho-, ergo-, physio- oder kreativtherapeutischen Verfahren zusammen.

Die soziale Rehabilitation

Dies sind alle Hilfen welche sich vom Wohnen, der Selbstversorgung und Tagesgestaltung, den sozialen Beziehungen, der Freizeitgestaltung und letztlich den finanziellen Angelegenheiten erstrecken. Ziel ist, dass die Patienten wieder selbstbestimmt und selbstständig am Leben teilhaben können.

⁶² Ebda., 481-486

Die berufliche Rehabilitation

Der Erhalt psychischer Gesundheit wird durch Arbeits- beziehungsweise Beschäftigungslosigkeit gefährdet. Die Zielsetzung der beruflichen Rehabilitation ist die (Wieder-) Eingliederung in den allgemeinen oder ersatzweise in den sogenannten geschützten Arbeitsmarkt. Weitere positive Affekte von Beschäftigung und Arbeit sind das sie die persönliche Leistungsfähigkeit fördern und auch die Krankheitssymptomatik lindern. Zusätzlich werden Erkrankungsrückfälle gesenkt, als auch zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstwert, Selbstbewusstsein und das Selbstvertrauen gestärkt. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie werden auch in der traditionellen Psychiatrie als Therapie angeboten.

Hilfen für Angehörige

Viele psychische Kranke mit chronischen psychischen Störungen leben in einer Familie, dadurch trägt diese auch die Hauptlast der Betreuung und der Lebenssicherung. Durch diese enormen Belastungen können auch bei den Angehörigen psychische Krankheiten ausgelöst werden. Somit ist das Ziel, die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und ihrer Behandlung und ein Angebot von konkreter Hilfestellung in lebenspraktischen und emotionalen Bereichen. Dazu zählt die Vermittlung von individuellen Problemlösungsstrategien und die Verbesserung der Kommunikation zwischen

Patient und Angehörigen. Selbsthilfegruppen sollen Angehörigen ermöglichen, sich über Erfahrungen und Hilfsangebote auszutauschen.⁶³

63 Ebda., 486-489

Entwurf

“Architektur ist nie anonym, sie ist stets persönlich. Sie ist von Menschen für Menschen, indem sie seine Sinne anspricht und ein positives oder negatives Befinden hervorrufen kann. Ähnlich einem Kunstwerk, das erst in der Betrachtung durch den Menschen Bedeutung erhält, entfaltet auch ein Bauwerk seine Wirkung erst in der Aneignung durch den Menschen. Architektur trägt also entscheidend zum kulturellen und sozialen Gesicht einer Gesellschaft bei.”¹

¹ Nickl-Weller/Nickl 2013, 86.

Entwurfsbeschreibung

Das Planungsgebiet befindet sich in 8020 Graz im Stadtteil Gries in der Grenadiergasse 14. Die Grundstücksnummern sind 468/1 und 468/2.

Die städtebaulichen Kennzahlen

Die Flächenwidmung sieht für folgende Grundstücke Kern-, Büro- und Geschäftsgebiet vor und als Zusatzwidmung Einkaufszentren. Gefordert ist eine minimale Dichte von 0,5 und eine maximale Dichte von 2 darf hier nicht überschritten werden. Die Revitalisierung des Gebäudes durch meinen Entwurf ändert an der bestehenden Bebauungsdichte von 1,92 nichts.

Das Raumordnungsgesetz sagt weiters aus, dass Einrichtungen mit überörtlicher (regionaler) Bedeutung, wie Hochschulen und Universitäten, Krankenhäuser, Landeskrankenhaus ebenfalls als „Kern-, Büro- und Geschäftsgebiete“ ausgewiesen werden. Daher fällt die Integration einer psychosozialen Tagesklinik in diese Widmung hinein, da diese im weiteren Sinne ein Krankenhaus darstellt.

Lagebeschreibung

Die Lage hat sich dadurch ergeben, dass das Gebäude sehr zentral im Stadtgebiet von Graz steht und somit eine leichte Erreichbarkeit für die PatientInnen gewährleistet wird, was unter den Punkt Normalisierung der Lebensbezüge fällt. Dadurch findet keine Ent-

wurzelung der PatientInnen von ihrem Heimatort statt. Weiters kann so die bestehende Tagesklinik und das Zentrum für psychische und soziale Fragen Graz - West, welches bis jetzt in der Granatengasse 4 war, leicht übersiedelt werden. Zusätzlich war das Gebäude der „Alten Dominikanerkaserne“ schon seit langer Zeit ein Leerstand, welcher schon fast dem Verfall preisgegeben wurde. Auch die Bruttogeschossfläche von ca. 12000 m² des Gebäudes war groß genug, um alle meine Ideen in den Entwurf einarbeiten zu können. Zusätzlich gibt es einen sehr großzügigen Hof, welchen man so, in der homogen bebauten Grazer Innenstadt, nicht ein zweites mal findet.

Das Bestandsgebäude „Alte Dominikanerkaserne“

Inmitten der für Graz typischen Heterogenität von großen und kleinen Gebäuden liegt ein großer, momentan ungenutzter Bauplatz mit dem Bestandsgebäude der sogenannten „Alten Dominikanerkaserne“. Dieses Gebäude wurde 1812 fertiggestellt und diente als Militärkaserne. 1945 wurde nach Bombenschäden das Gebäude mit einer vereinfachten Fassade wiederhergestellt und diente danach als Landesschülerheim. Nach dem Auszug des Landesschülerheims, war das Gebäude weiterhin in Besitz des Landes Steiermark. Im Jahre 2005 erfolgte ein Architekturwettbewerb und das Gebäude sollte für die Nutzung „Das Haus des Verkehrs“ als Verwaltungsbau für das Straßenverkehr-

samt des Landes adaptiert werden, jedoch wurde das Projekt nicht verwirklicht. Zu einem späteren Zeitpunkt gab es viel Spekulation, ob die Kunstuniversität Graz dort einen weiteren Standort in Graz erhalten sollte, jedoch wurde auch daraus nichts Konkretes. Später wurde das Gesamtareal von einer privaten Liegenschafts- und Projektentwicklungsfirma gekauft, welche nun versucht ein Studentenwohnheim in das Bestandsgebäude zu integrieren. Das Gebäude steht unter Denkmalschutz.

Die Hof- und Gartengestaltung

Laut einer Studie von britischen Forschern der Exeter University heben schon 5 Minuten im Grünen die Stimmung deutlich. Auch Gartenarbeit hat bereits einen festen Bestandteil in der Therapie psychischer Erkrankungen. Somit entschloss ich mich, einen großflächigen Garten zu entwerfen um diesen Bedürfnissen der PatientInnen möglichst nachzukommen. Der positive Effekt von Grünraum wird durch die angelegten Wasserflächen zusätzlich verstärkt. Ein Garten entstand, welcher zum Arbeiten, Flanieren, Philosophieren und zum Verweilen einlädt. Man kann sich mitten in der Stadt von dem hektischen Treiben distanzieren.

Wenn man entlang der Grenadiergasse spaziert und zu dem Entwurfsgrundstück kommt, sieht man zuerst eine Reihe von weißen Betonblöcken, welche zu den Grundstückseingängen hin in langen Abständen gesetzt sind. Dadurch soll Neugierde gene-

riert werden, welche je näher man zum Eingang kommt mehr Einblicke in das Grundstück erlauben. Es ist eine offener Übertritt, ein Filterbereich zum Entwurfsgrundstück. Das Grundstück verfügt über viele Bestandsbäume, welche auch erhalten werden. Im mittleren Bereich ist eine große Wasserfläche angeordnet, welche zum Verweilen einlädt. Weiters öffne ich das Grundstück auch zum hinteren Bereich um einen Durchgang für die Öffentlichkeit von der Kernstockgasse zur Grenadiergasse zu ermöglichen, und wie schon erwähnt um die Nachbarschaft aus der näheren Umgebung zu integrieren. So ist zum Beispiel auch ein Nachbarschafts-atelier für den offenen Austausch und zur Stärkung der Gemeinschaft im Andräviertel in meinen Entwurf miteingeflossen.

Prinzip der Funktionsdurchmischung

Mein Entwurf orientiert sich nicht an bestehenden Tagesstrukturen, da diese meist einen tristen und für Therapien dieser Art ungeeigneten Eindruck auf mich machten. Diese Therapiestätten sind meist aus finanziellen Gründen in nicht dafür geeignete Gebäude integriert. So zum Beispiel die bestehende Tagesklinik in der Grenadiergasse 5. Jedoch finde ich, dass sich solche Kliniken nicht der kommerziellen Raumausbeute beugen dürfen. Das notwendige Raumprogramm erarbeitete ich mir während eines Be-

suchs einer psychosomatischen Rehaklinik in St. Radegund, jedoch erweiterte ich dieses um zahlreiche Funktionen. Diese Funktionen sind zum einen Teil privatwirtschaftlich und dienen auch für die Finanzierung dieses neuartigen Gesamtkonzepts und zum anderen helfen diese auch bei der Therapiegestaltung. Mein Entwurf ist also als ein Ganzheitlicher Therapieversuch zu sehen. Dabei interagieren die verschiedenen Funktionen untereinander. Zum Beispiel wirkt sich eine Arbeitsrehabilitation bei vielen psychisch Kranken sehr positiv auf den Krankheitsverlauf aus. Die Arbeitsrehabilitation trägt dafür Sorge, dass die psychisch Kranken einen möglichst strukturierten Tagesablauf haben, um diesen später wieder leichter in die Arbeitswelt integrieren zu können.

Die Gemeinschaftsküche und das Restaurant

In meinem Entwurf hält im Erdgeschoss ein großes Gemeinschaftsrestaurant einzug. Dort können PatientInnen aus der Tagesklinik im Rahmen der Ergotherapie arbeiten. Somit ist dies eine ergotherapeutische Maßnahme welche in die Praxis umgesetzt wird und nicht wie normalerweise nur um der Therapie willen. Der Output des Restaurants sind also Gerichte und Soziales. Leute kommen zum Essen in das Restaurant und können dort Kontakte knüpfen und Unterhaltungen führen. Dieser Bereich kann auch zum Aufenthalt in therapiefreien Zeiten genützt werden.

Das Nachbarschaftsatelier

Dies schafft Platz für die Leute der umliegenden Nachbarschaft. Diese können diese Räumlichkeit für Veranstaltungen und für Kreativität nutzen. Auch die Leute aus den Therapien können sich hier einbringen.

Der kroatische Kulturverein "Napredak"

Dieser war bereits in dem Bestandsgebäude der "Alten Dominikanerkaserne" verwurzelt. Ich fand es wichtig auch dieser Funktion in meinem Entwurf wieder ausreichend Platz einzuräumen.

Das Architekturbüro

Weiters gibt es Räumlichkeiten für ein Architekturbüro in dem Gebäude. Dieses kann auch Leute aus der Tagesklinik im Rahmen der Ergotherapie für sämtliche anfallenden Arbeiten beschäftigen, somit ist ein zweites praktisches Standbein für die Ergotherapie entstanden.

Die psychosoziale Beratungsstelle

Auch eine psychosoziale Beratungsstelle findet in meinem Gebäude ausreichend Platz.

Die Gärtnerei

In dem Entwurf gibt es im Erdgeschoss auch genügend Platz für eine Gärtnerei, welche somit wetterunabhängig arbeiten kann. Die Arbeit mit den Pflanzen ist auch Teil der Therapiegestaltung. So können PatientInnen in der Gärtnerei im Rahmen der Ergotherapie mitarbeiten. Zusätzlich können die erzeugten Produkte danach in den Räumlichkeiten verkauft werden.

Zusätzlich schafft das Arbeiten mit Pflanzen in der Gärtnerei auch eine positive Stimmung bei den psychisch Kranken. Die Gärtnerei öffnet sich an der Südseite zu einer über zwei Stockwerke reichenden Galerie um mehr Belichtung für die Pflanzen zu gewährleisten.

Sport- und Bewegungstherapie

Im zweiten Obergeschoss gibt es eine großzügige Turnhalle, welche es den PatientInnen ermöglicht Sport- und Bewegungstherapie auszuüben. Zusätzlich kann diese Halle auch von anderen Institutionen mitbenutzt werden.

Dachgeschoss

Das Dachgeschoss ist für offene Raumnutzung ausgelegt und ist nur durch Möblierung in verschiedene Raumbereiche unterteilt. Dort kann zum Beispiel entspannt werden und dort können auch Yogaseminare besucht werden, jedoch nicht nur von PatientInnen sondern auch von Außenstehenden.

So vernetzt und verzweigt sich die Nutzung auf verschiedenste Weisen, durch diese Komplexität ist ein Ausfall einer Nutzung kein Problem, da die restlichen Funktionen das Gebäude trotzdem noch finanzieren. Im Idealfall vernetzt sich das Gebäude auch mit der näheren Umgebung und wird eine Anlaufstelle nicht nur für psychisch Kranke sondern auch für die Außenstehende.

Methodik des räumlichen Entwurfs

Als Bestand fand ich ein sehr großräumiges Gebäude vor, welches einen bereits stark verfallenen Eindruck auf mich machte. Die Belichtungssituation im Gebäudeinneren, vor allem im Erdgeschoss, war sehr schlecht. Daraus resultierte die Frage, wie ich mein Raumprogramm in diese Struktur einarbeiten kann und dabei eine bessere räumliche Situation erzielen kann.

So wählte ich die Methodik der Subtraktion, um auf die grundlegendste Struktur des Gebäudes zurückzukommen. Hier zeigte sich schnell, dass fast das ganze Gebäude aus Kreuzgewölben besteht. Daher ist die Quintessenz meines Entwurfs alles, bis auf das tragende System aus Kreuzgewölben reduzieren und nur durch additive Wände mit Möblierungscharakter zu ergänzen. Diese neu eingebrachten Raumteiler sind visuell klar von der tragenden Kreuzgewölbestruktur zu unterscheiden.

Die Fassade

Die Fassade schafft eine Symbiose aus Bestandsgesims und neuartiger Struktur, welche einen Durchblick auf die dahinterliegende Tragstruktur (Kreuzgewölbe) freigibt. Um nicht einen Glaspalast zu erschaffen, wurden die Fassadenöffnungen nach einer gewissen Teilungsmethode an erforderlichen Stellen wieder geschlossen.

Das Dach und der Dachgarten

Das Originaldach wurde größtenteils beibehalten und nur an bestimmten Stellen wegen Belichtungserfordernissen eingeschnitten. Das Dach auf dem Ostflügel wurde komplett, bis auf die Querlattung, abgedeckt. Dies schafft eine offene Dachterasse. Im Hochsommer sorgt diese Querlattung für den nötigen Schatten.

Treppenhäuser

Im Zentrum befindet sich ein neues und räumlich großzügig angelegtes Treppenhaus, welches den Blick über alle Stockwerke freigibt und als Begegnungszone fungiert. Ein imposanter Raumeindruck wird dadurch komponiert. Aus brandschutztechnischen Gründen wurden zwei weitere neue Stiegenkerne ins Gebäude integriert.

Entwurfsspezifische Kennzahlen

Geschosse:	5
Bruttogeschossfläche:	11225 m ²
Gebäudehöhe:	26,5 m
Summe Freiflächen:	ca. 6950 m ²

PKW-Stellplätze wurden in meinem Entwurf nicht berücksichtigt, da in der nahegelegenen Dreihackengasse eine Tiefgarage existiert, die restlichen Stellflächenerfordernisse werden durch die öffentlichen Stellflächen abgedeckt.

Planungsgebiet 8020 Graz - Stadteil Gries genordet



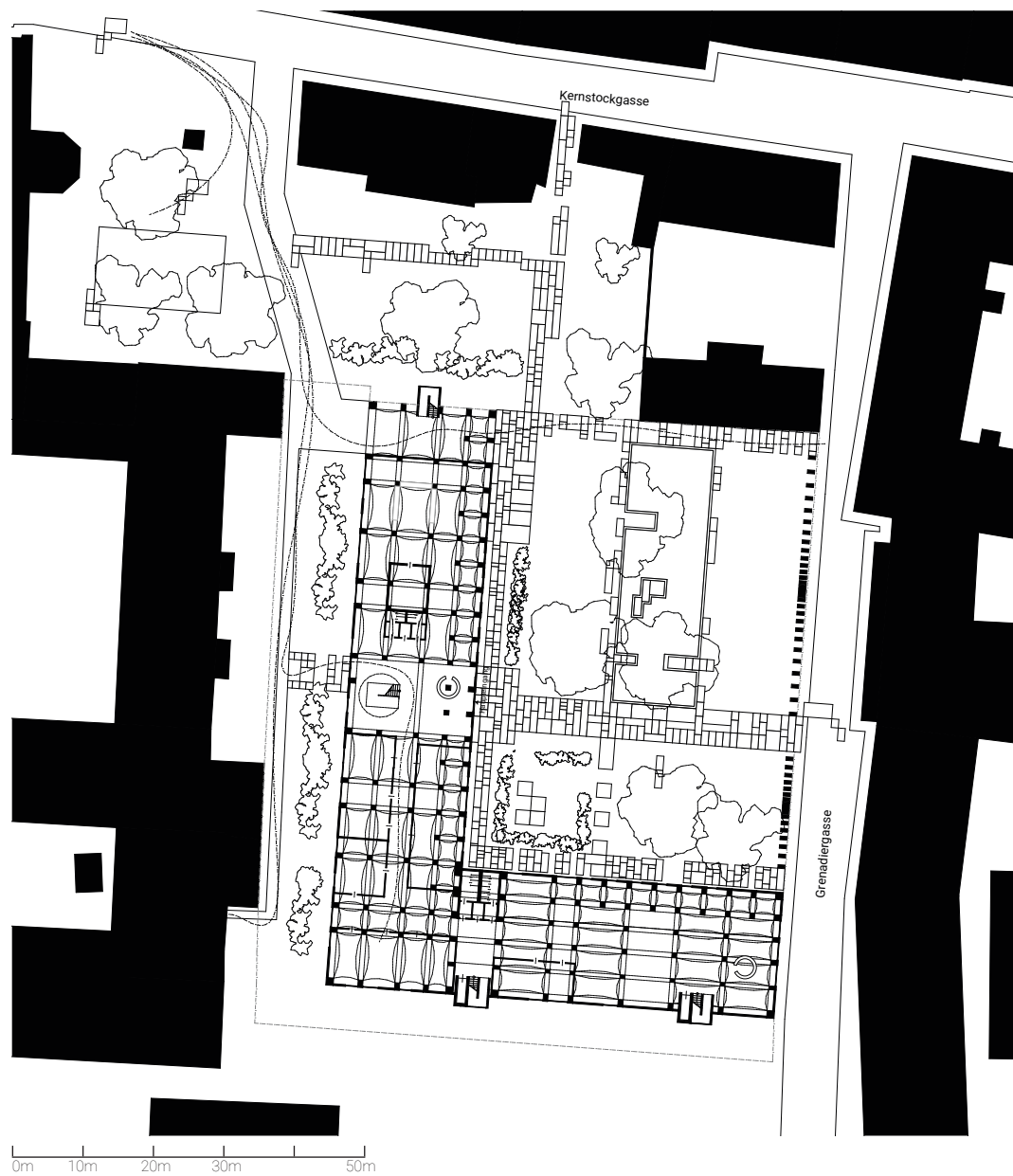
Fotografie vom Bestand (hofseitig)



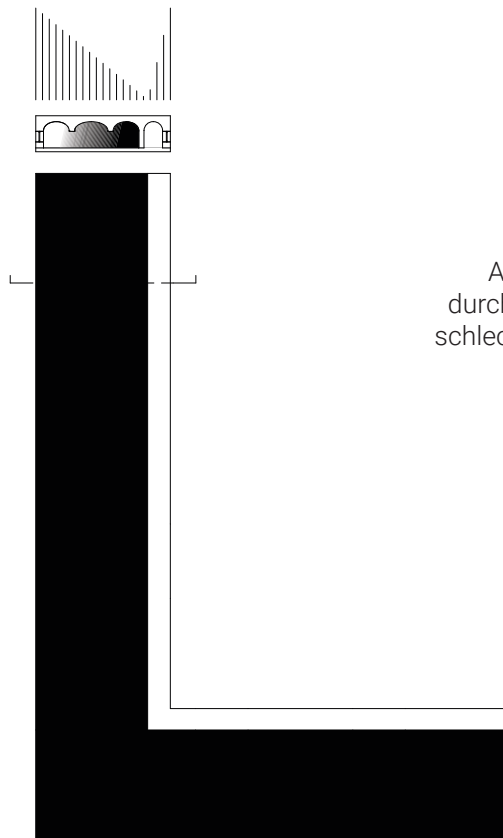
[Abb. 8]



Lageplan genordet
Maßstab 1:1000

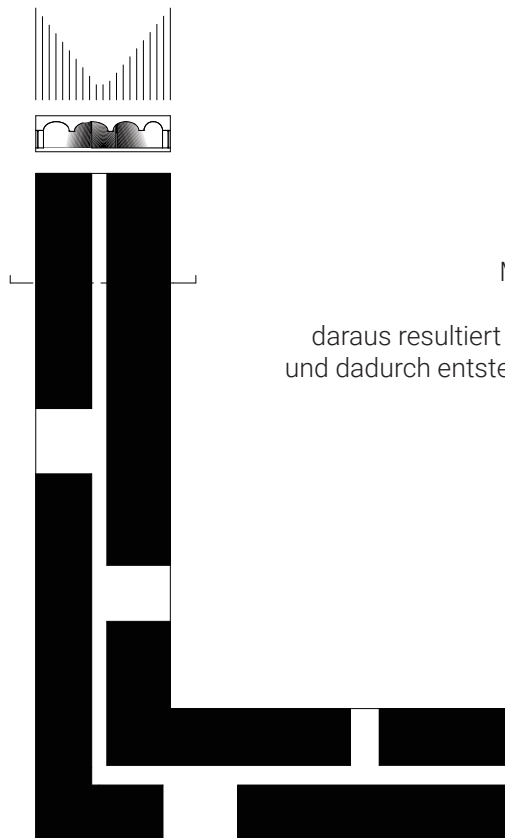


BESTANDSSITUATION



Arkadengangerschließung;
durch resultierende Raumtiefe
schlechte natürliche Belichtung

ENTWURFSSITUATION



Mein Entwurf schafft eine
Mittelgangerschließung;
daraus resultiert eine geringere Raumtiefe
und dadurch entsteht gute natürliche Belich-
tung und Belüftung

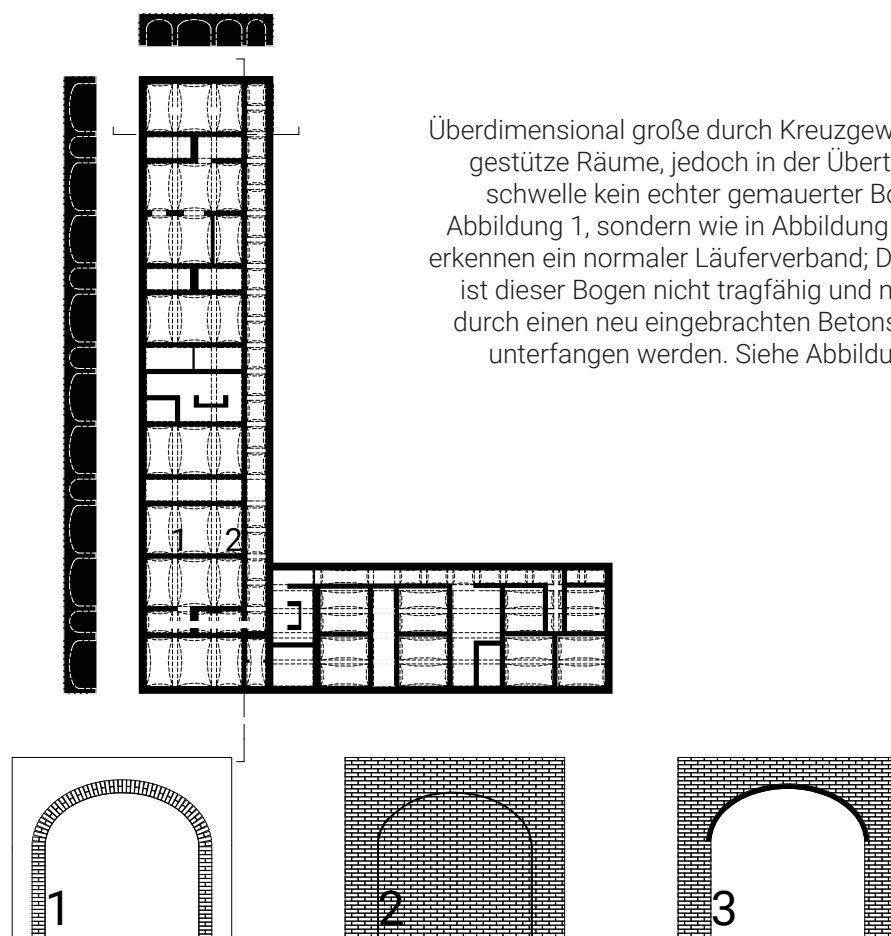
Fotografie Bestandsraum



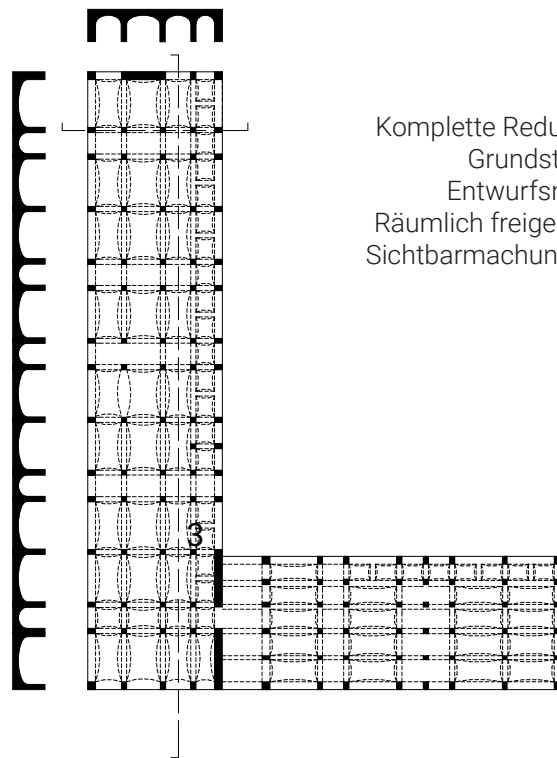
[Abb. 9]



BESTANDSSITUATION

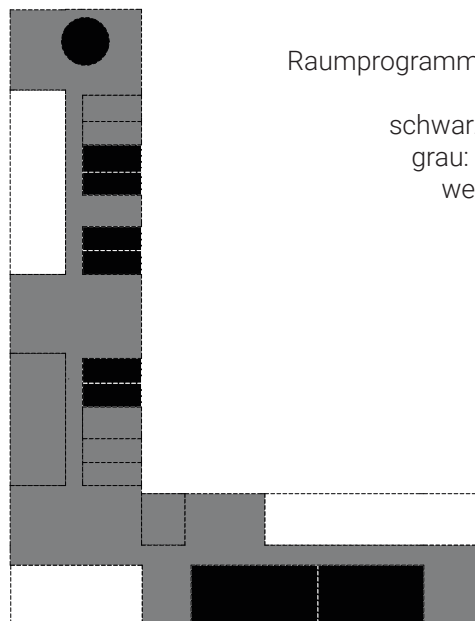


ENTWURFSSITUATION



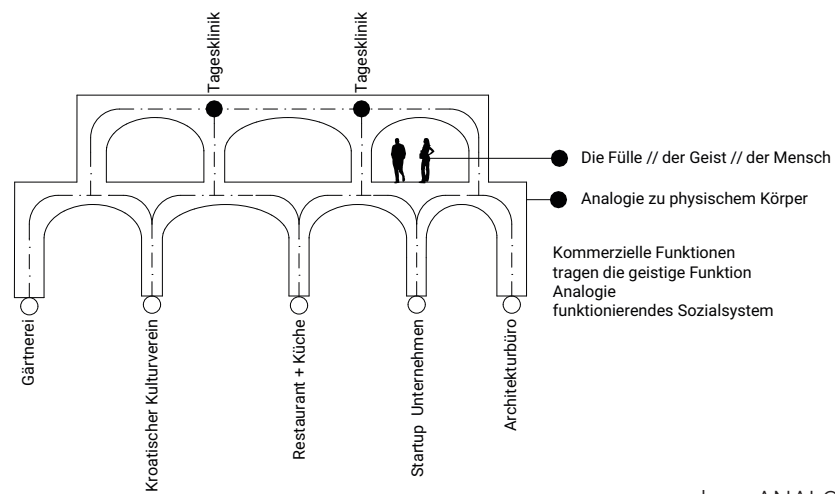
Komplette Reduktion auf die wesentliche Grundstruktur der Kreuzgewölbe;
Entwurfsmethodik der Subtraktion;
Räumlich freigespielte Situation entsteht;
Sichtbarmachung der räumlichen Qualität

BESTANDSSITUATION

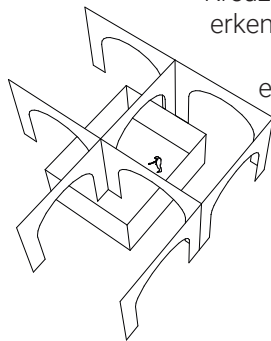


Raumprogramm: Nebeneinander //Miteinander// Ergänzung;
schwarz: tagesklinische Funktion
grau: Durchmischungsbereiche
weiß: kommerzielle Funktion

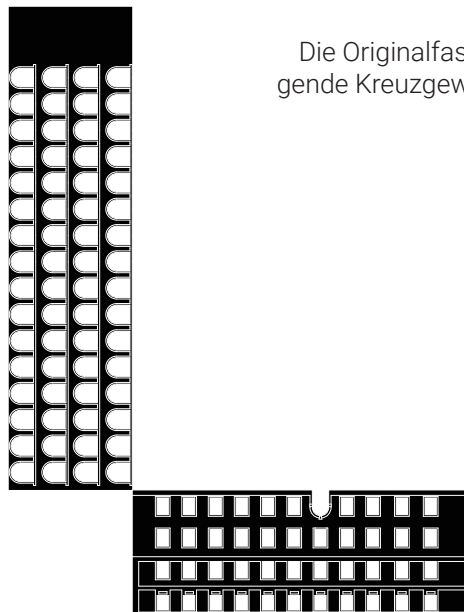
ENTWURFSSITUATION



oben: ANALOGIE
 Vernetzung verschiedenster Funktionen
 um Stabilität zu schaffen
 unten: ERKLÄRUNG RAUMSITUATION
 neue Raumstruktur ergänzt das bestehende
 Kreuzgewölbe und ist als additives Element
 erkennbar; Dadurch ist kein schwerwiegen-
 der Eingriff in die Substanz nötig;
 eine Raum im Raum Situation entsteht

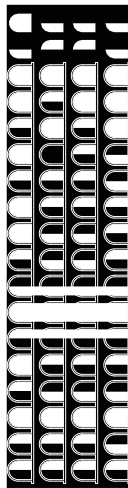


BESTANDSSITUATION



Die Originalfassade zeigt das dahinterliegende Kreuzgewölbe und die Tragsituation nur an der Hauptfassade

ENTWURFSSITUATION



Mein Entwurf schafft ein konsequentes durchgängiges Fassadenbild; Die Tragsituation und die Kreuzgewölbe sind an der Fassade ablesbar; Große Öffnungen schaffen Orientierung; Die unregelmäßige Teilung folgt den Belichtungserfordernissen des Raumprogramms



Visualisierung der neuen Eingangssituation



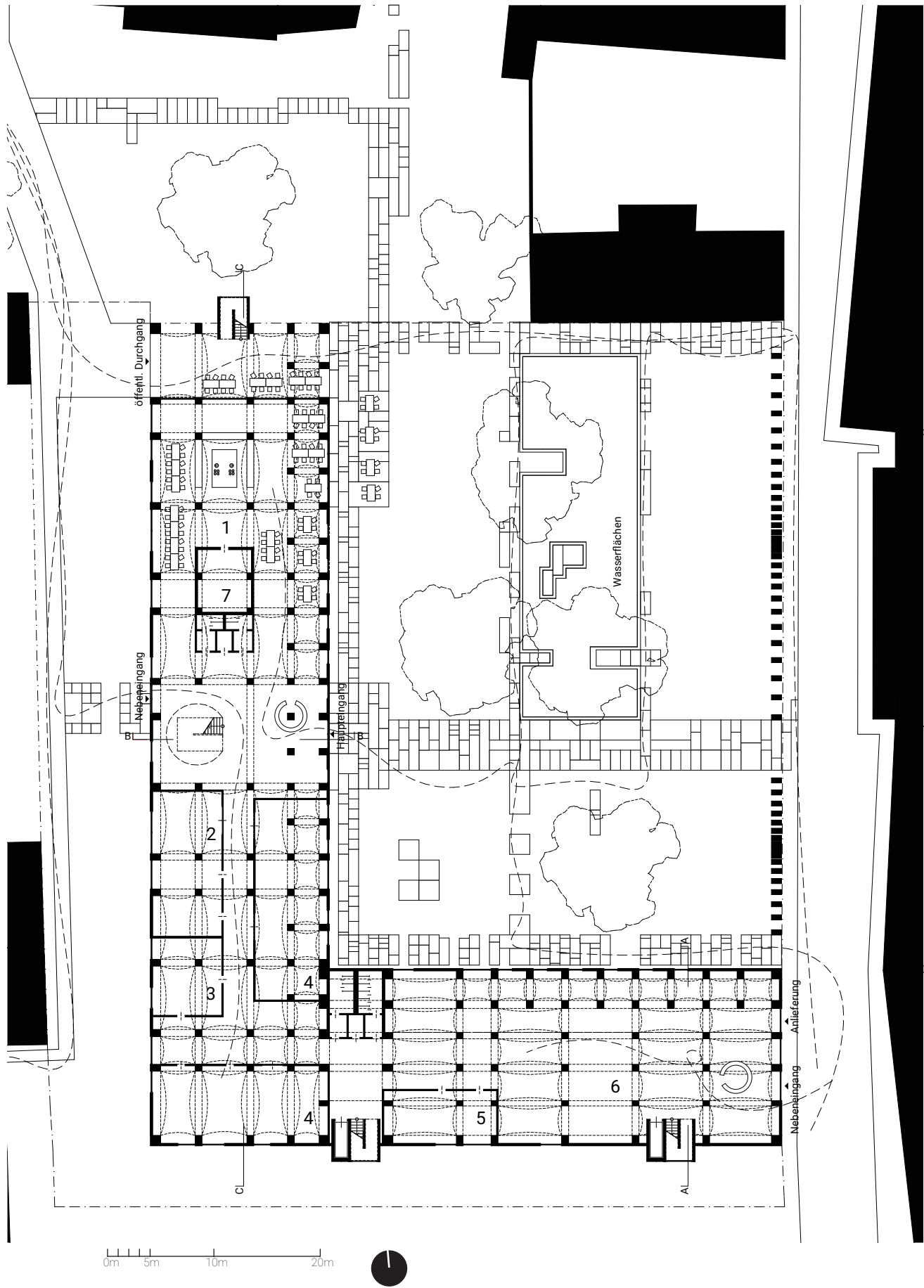
Visualisierung des Ostflügels



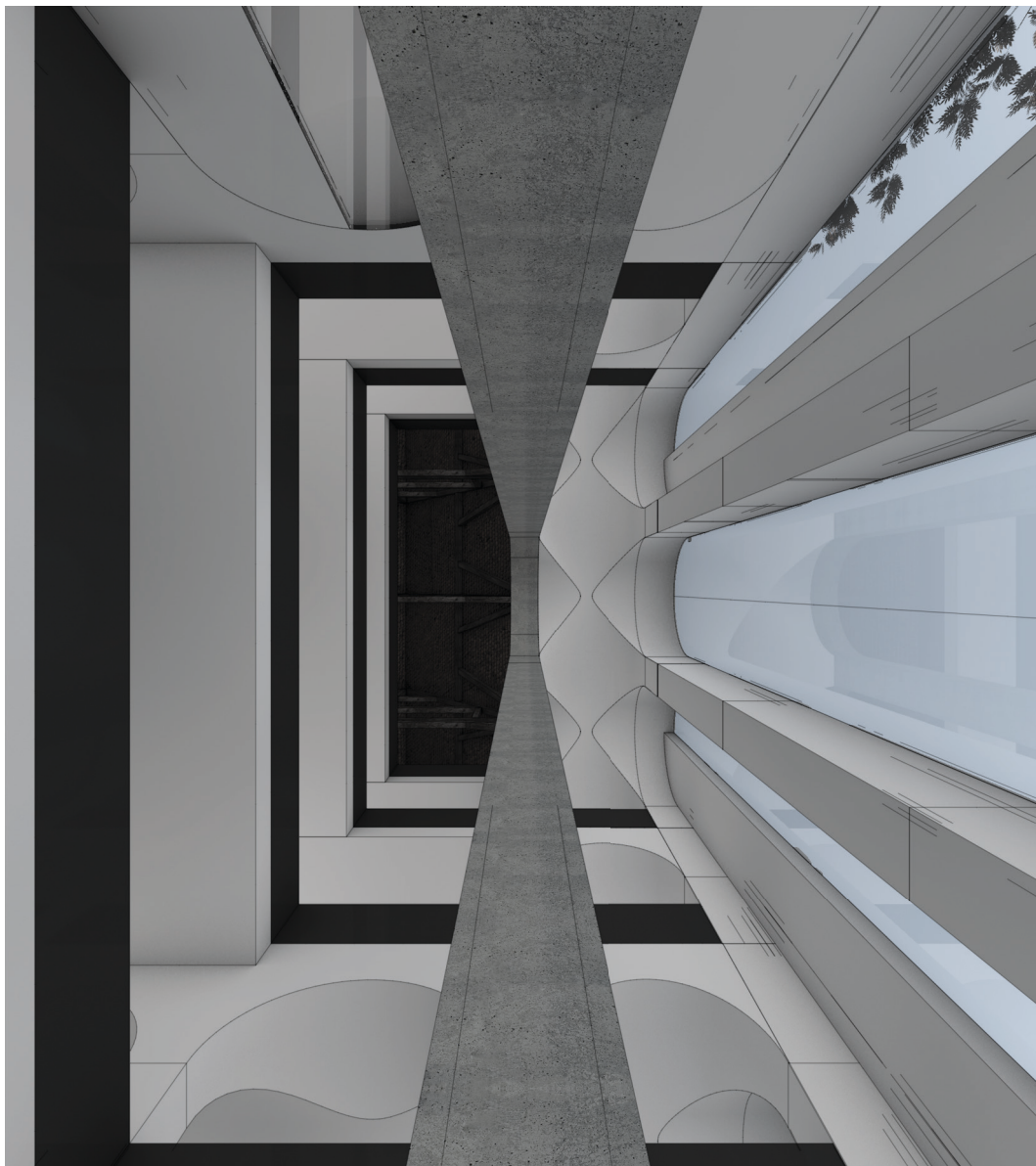
Grundriss Erdgeschoss

Maßstab 1:500

- 1 Aufenthaltsbereich und Restaurant [Gesamt 494 m²]
- 2 Psychosoziales Beratungszentrum [Gesamt 101 m²]
- 3 Notfallambulanz [Gesamt 52 m²]
- 4 Kroatischer Kulturverein [Gesamt 283 m²]
- 5 Gebäudetechnik [Gesamt 59 m²]
- 6 Gärtnerei und Arbeitsrehabilitation [Gesamt 687 m²]
- + Erschließungs- und Freibereichsflächen



Visualisierung Kreuzgewölbe Eingang



Visualisierung des zentralen Treppenraums



Visualisierung Restaurant / Gemeinschaftsküche



Visualisierung Gärtnerei



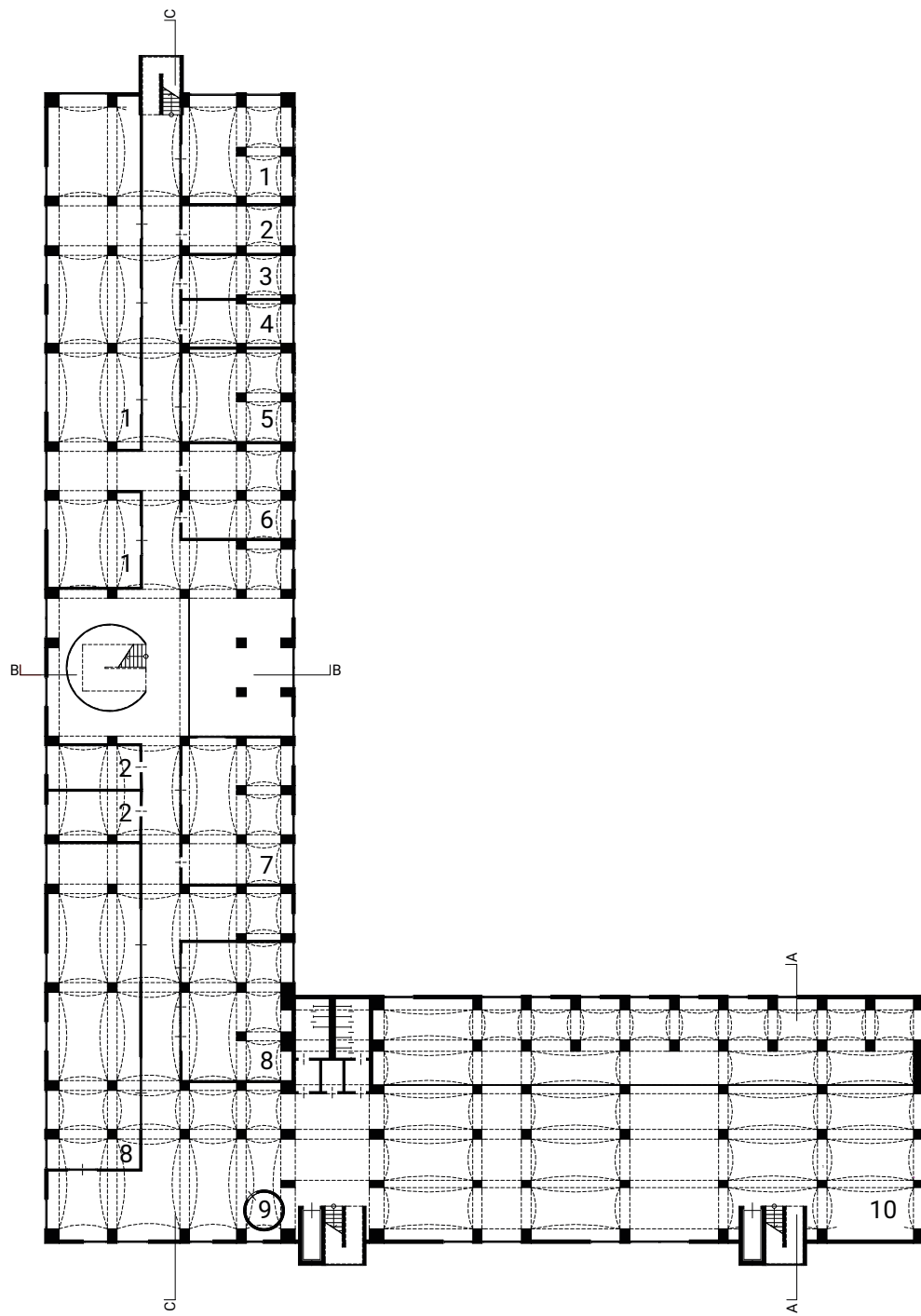
Visualisierung Gärtnerei



Grundriss Obergeschoss 1

Maßstab 1:500

- 1 Architekturbüro [Gesamt 274 m²]
- 2 Gesprächstherapie [Einzel 26 m²]
- 3 Arztbüro [Einzel 20 m²]
- 4 Psychoedukation [Einzel 28 m²]
- 5 Untersuchungsraum [Einzel 56 m²]
- 6 Medikamentenausgabe [Gesamt 52 m²]
- 7 Personalstützpunkt [Gesamt 85 m²]
- 8 Rechtsanwaltskanzlei [Gesamt 231 m²]
- 9 Ruhekapsel [Einzel 5 m²]
- 10 Nachbarschaftsatelier [Gesamt 468 m²]
- + Erschließungs- und Freibereichsflächen



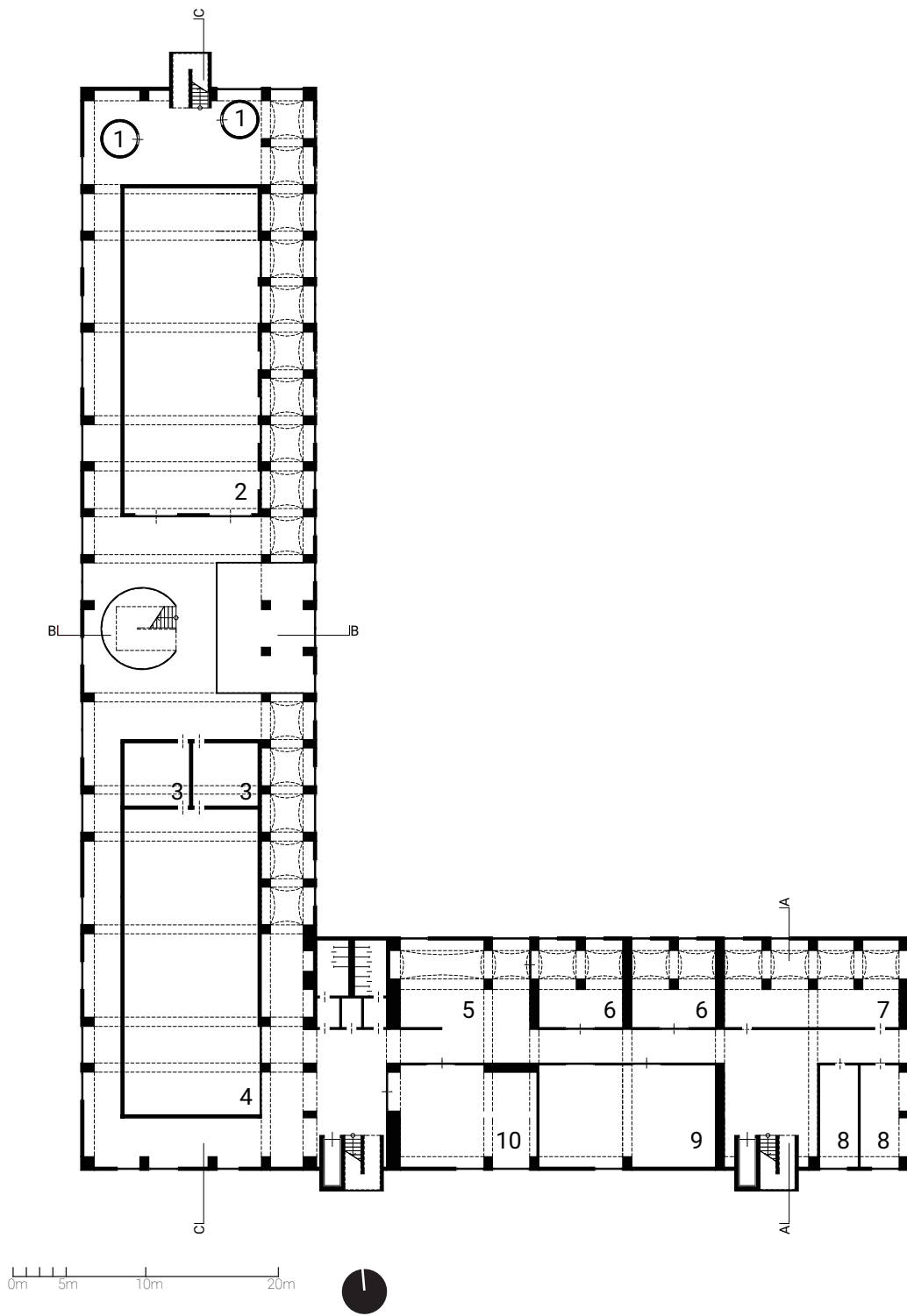
0m 5m 10m 20m



Grundriss Obergeschoss 2

Maßstab 1:500

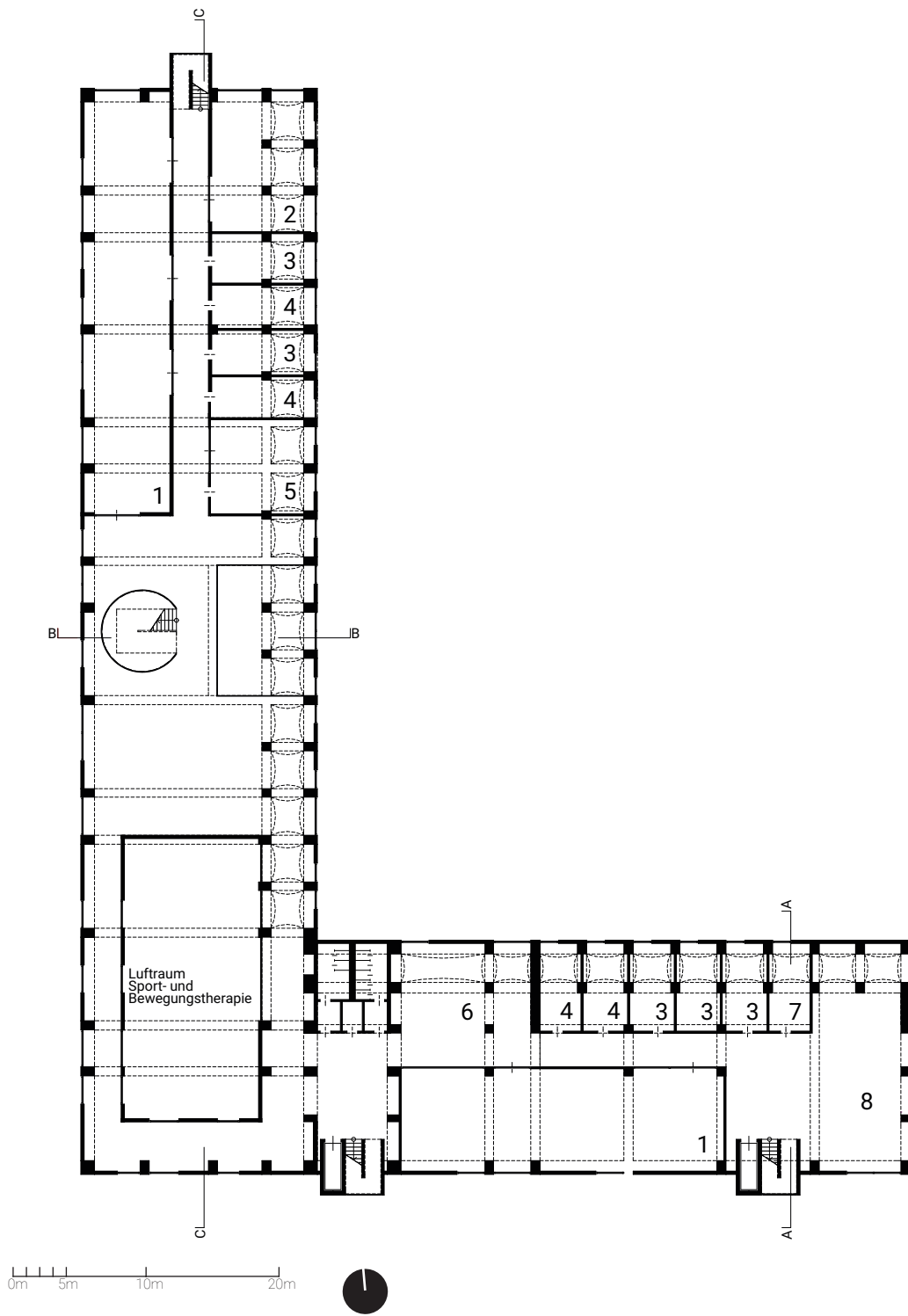
- 1 Ruhekapsel [Einzel 5 m²]
- 2 Ergotherapie und Arbeitsrehabilitation [Einzel 26 m²]
- 3 Umkleiden [Einzel 27 m²]
- 4 Sport- und Bewegungstherapie [Gesamt 249 m²]
- 5 Teeküche [Einzel 45 m²]
- 6 Garderobe [Einzel 42 m²]
- 7 Verwaltungsbüros [Gesamt 95 m²]
- 8 Gesprächstherapie Einzel [Gesamt 55 m²]
- 9 Musiktherapie [Gesamt 105 m²]
- 10 Besprechungsraum [Gesamt 83 m²]
- + Erschließungs- und Freibereichsflächen



Grundriss Obergeschoss 3

Maßstab 1:500

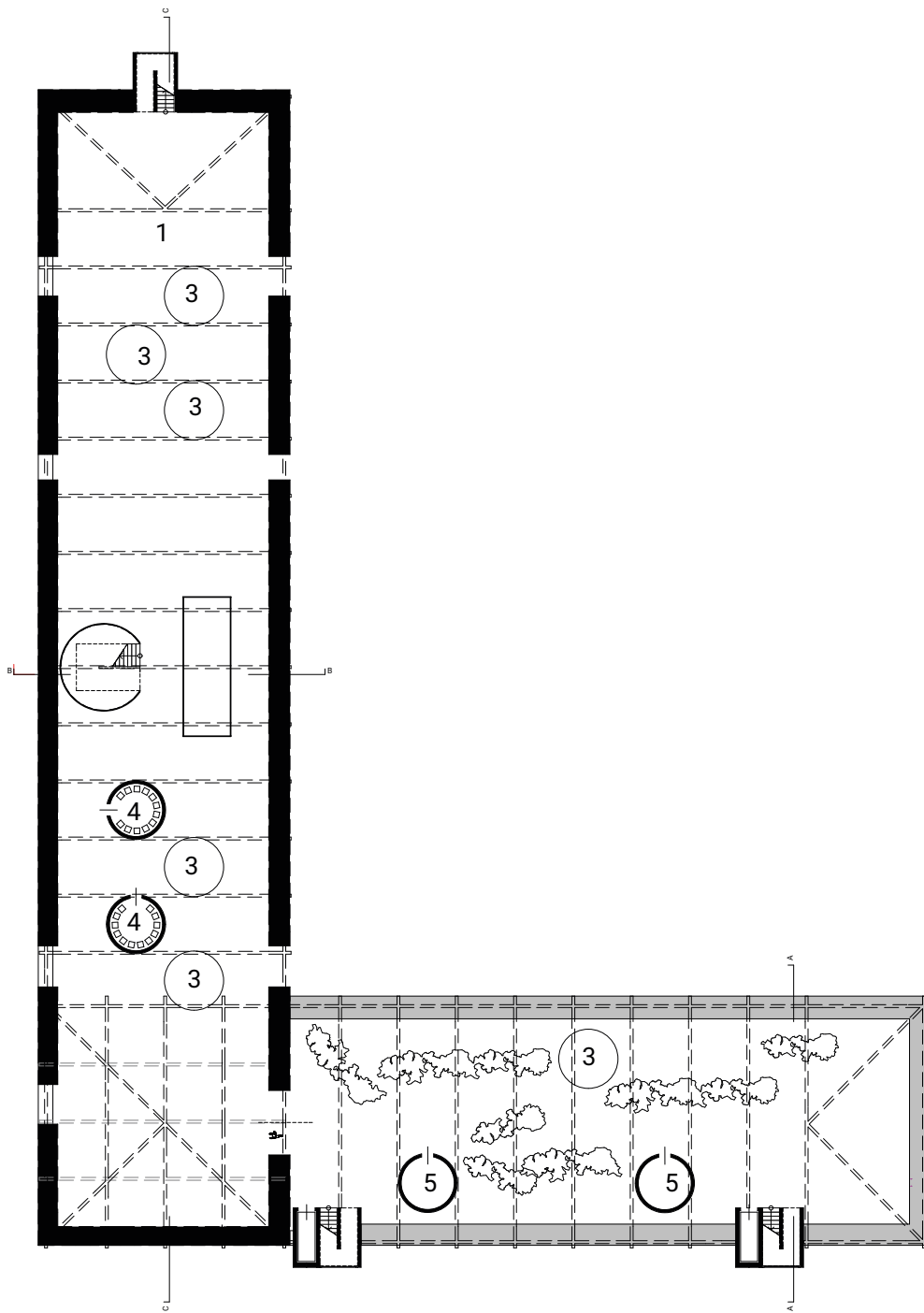
- 1 Startup-Unternehmen [Gesamt 206 m²]
- 2 Künstlerische Therapie [Gesamt 82 m²]
- 3 Gesprächstherapie [Einzel 27 m²]
- 4 Arztbüro [Einzel 25 m²]
- 5 Ernährungsberatung [Gesamt 58 m²]
- 6 Teeküche [Gesamt 45 m²]
- 7 Reinigungsgeräte [Einzel 22 m²]
- 8 Aufenthaltsbereich [Gesamt 131 m²]
- + Erschließungs-, Freibereich- und Luftraumflächen



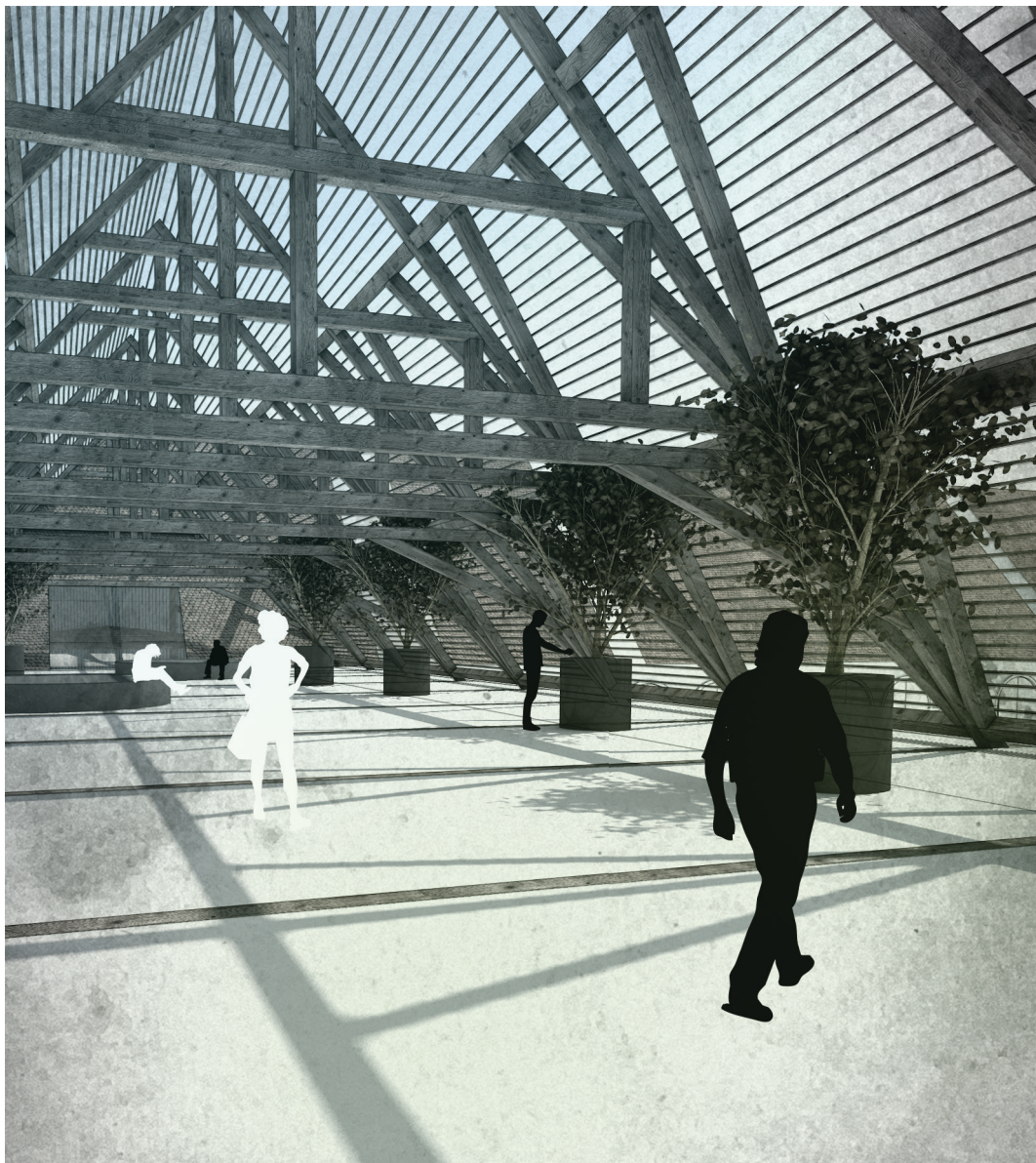
Grundriss Dachgeschoss

Maßstab 1:500

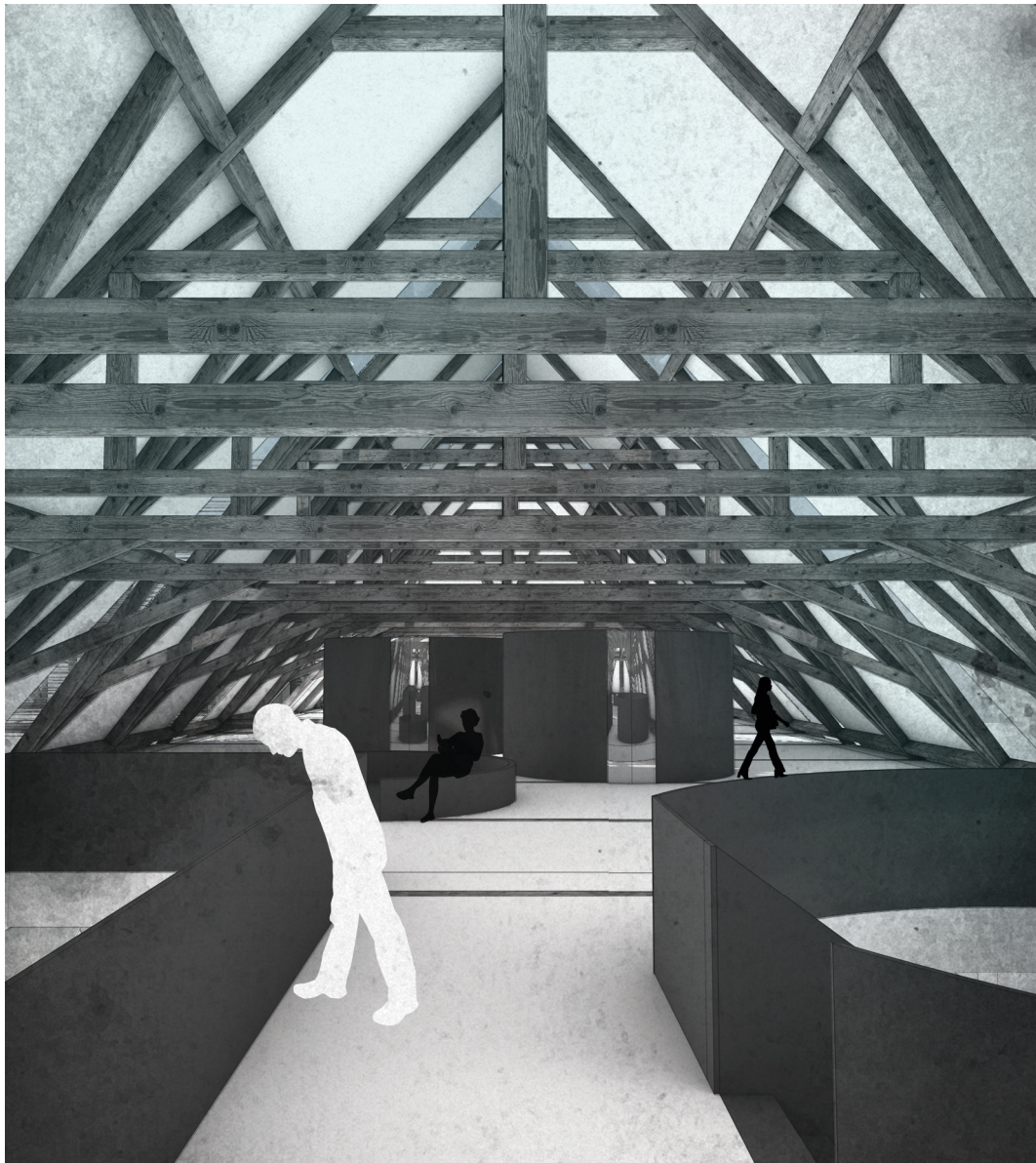
- 1 Startup-Unternehmen [Gesamt 206 m²]
- 2 Künstlerische Therapie [Gesamt 82 m²]
- 3 Gesprächstherapie [Einzel 27 m²]
- 4 Arztbüro [Einzel 25 m²]
- 5 Ernährungsberatung [Gesamt 58 m²]
- 6 Teeküche [Gesamt 45 m²]
- 7 Reinigungsgeräte [Einzel 22 m²]
- 8 Aufenthaltsbereich [Gesamt 131 m²]
- + Erschließungs-, Freibereich- und Luftraumflächen



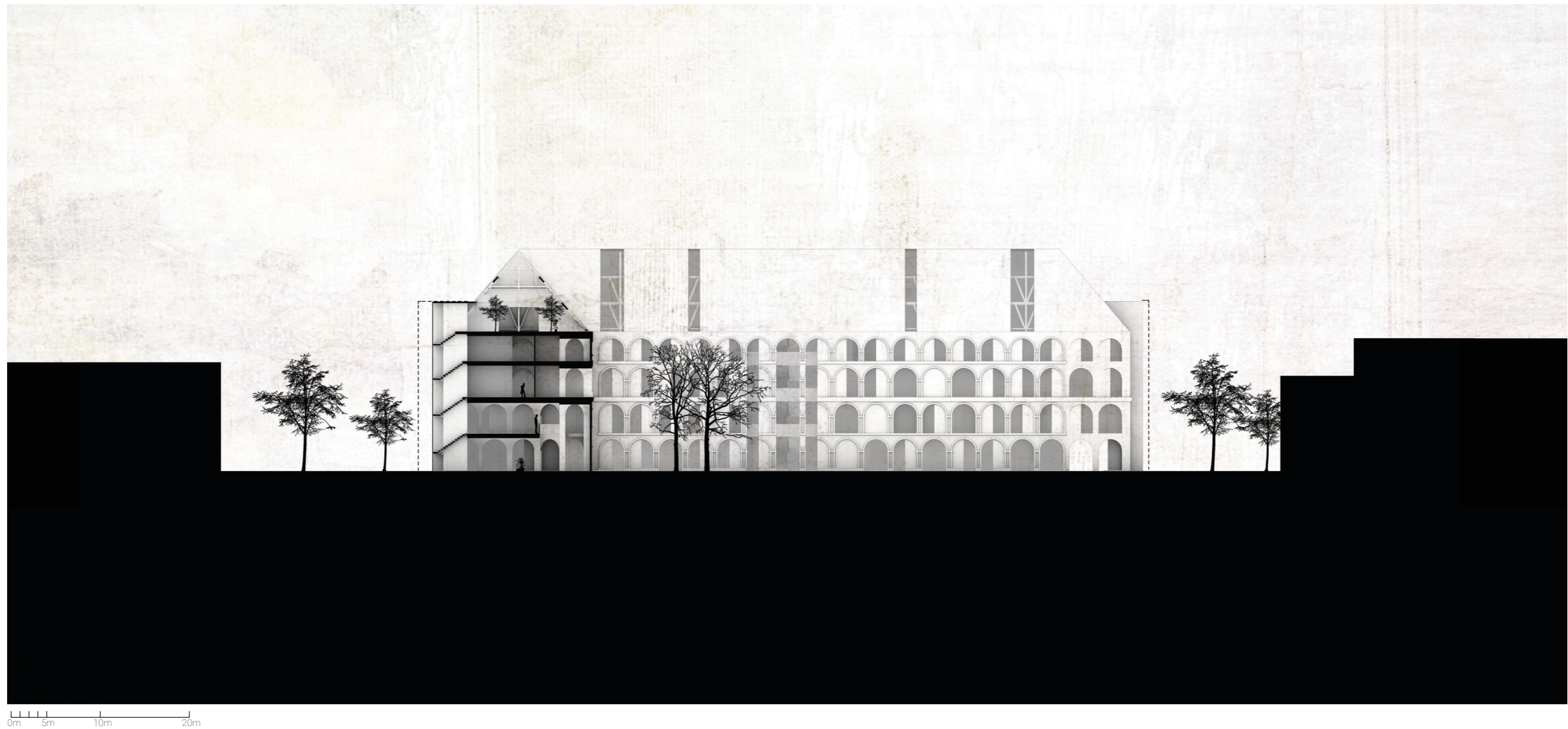
Visualisierung Dachgarten



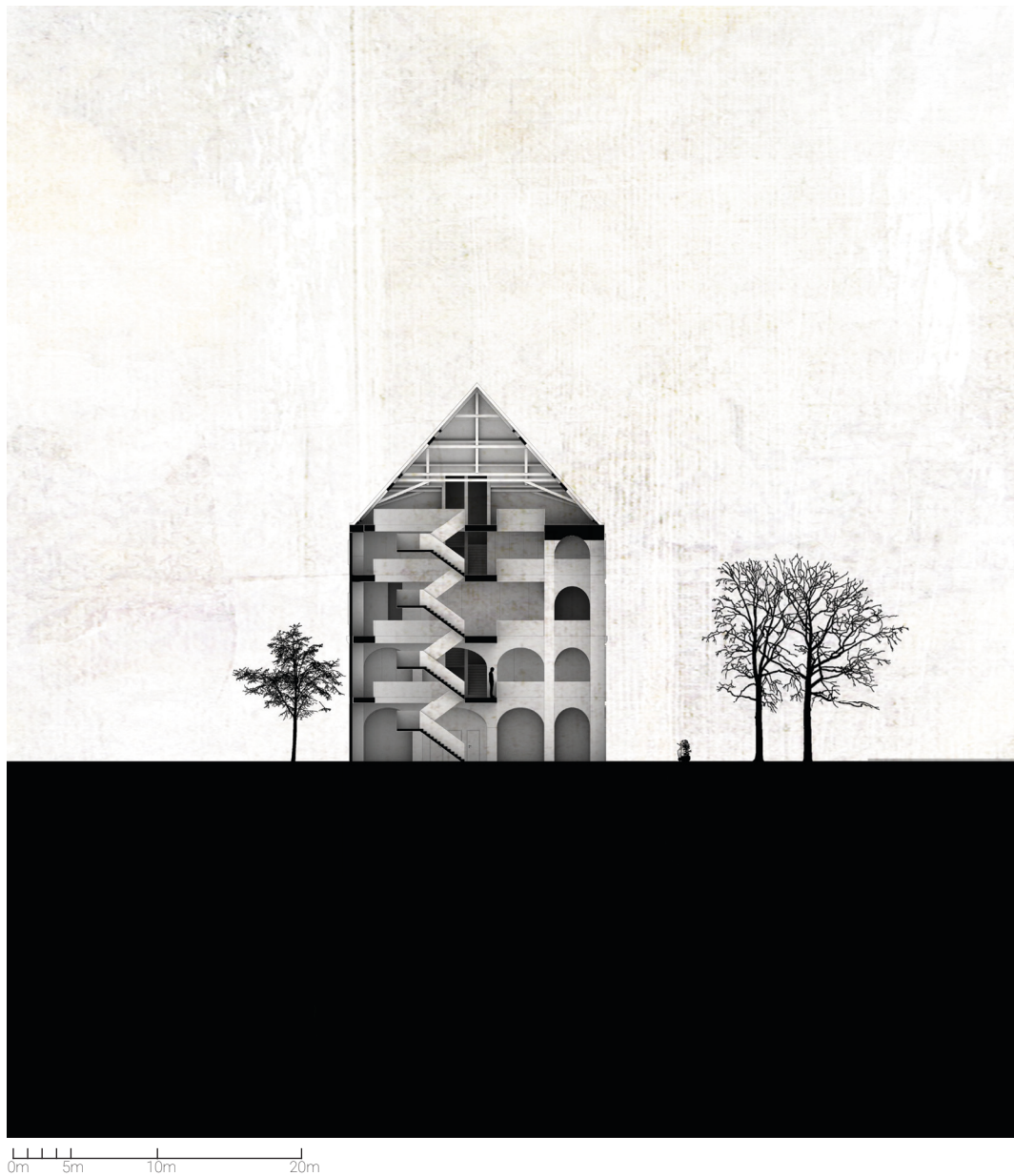
Visualisierung Dachgeschoss



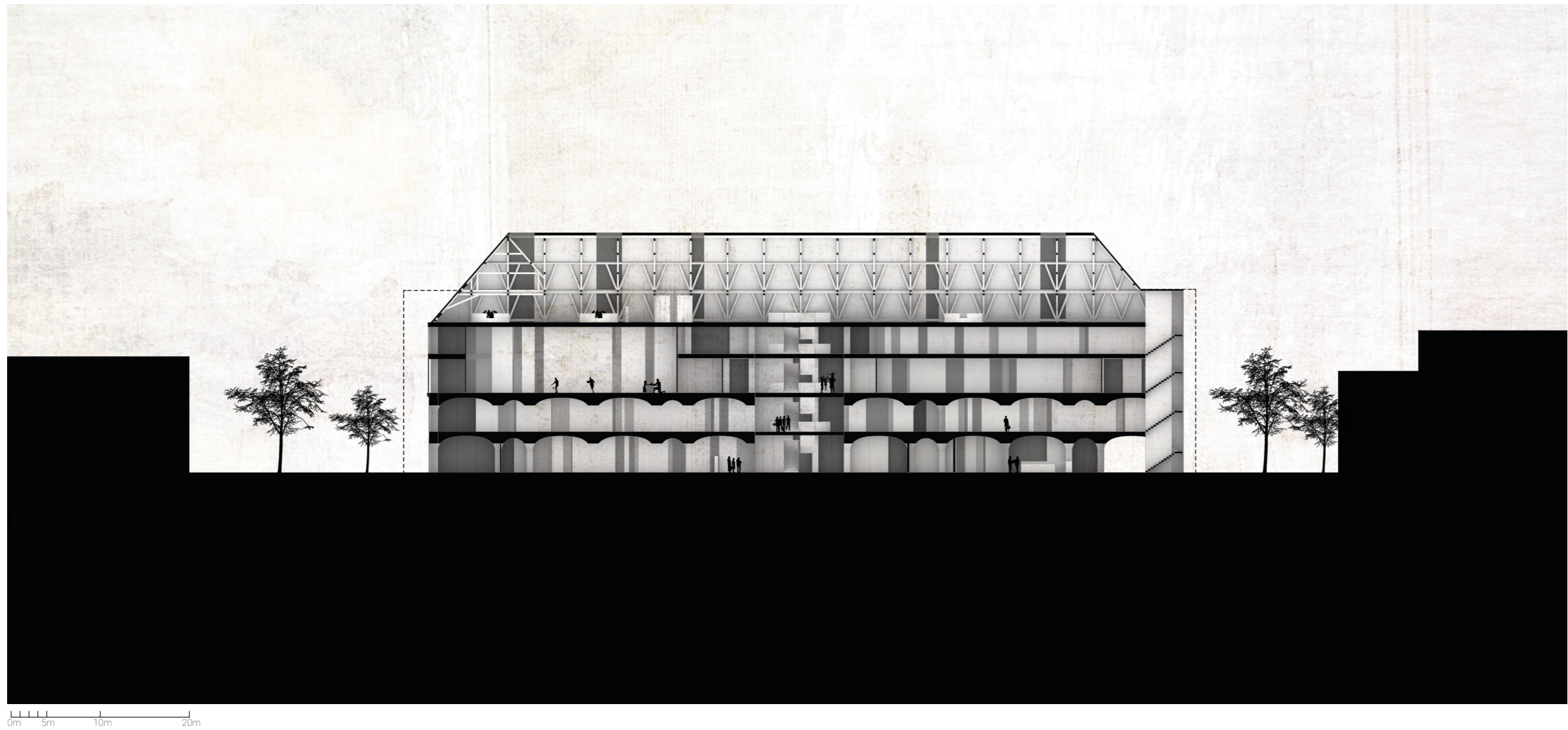
Schnitt A
Maßstab 1:500



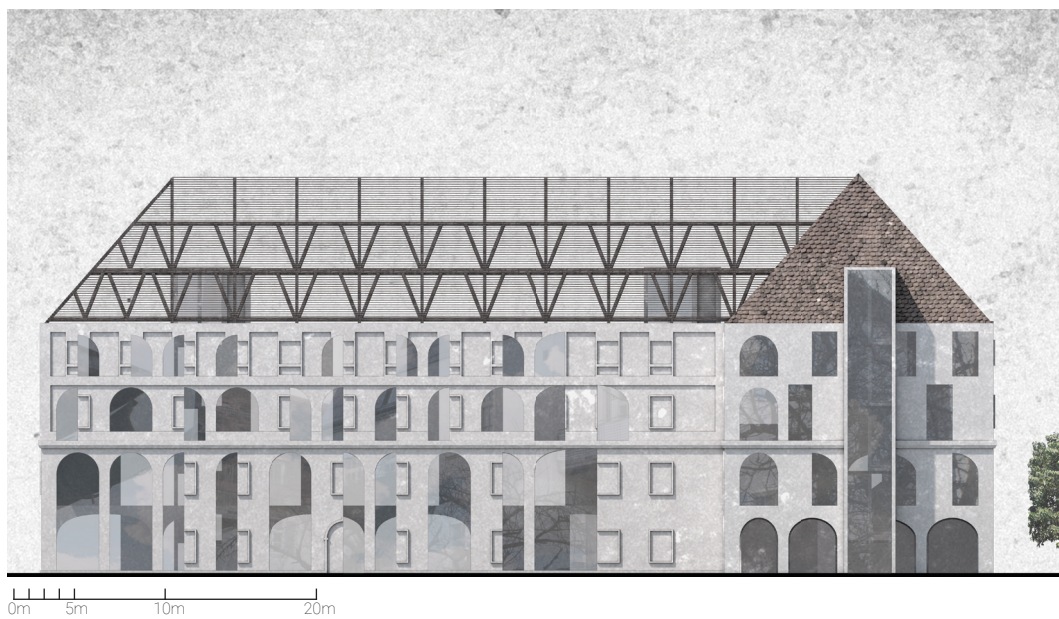
Schnitt B
Maßstab 1:500



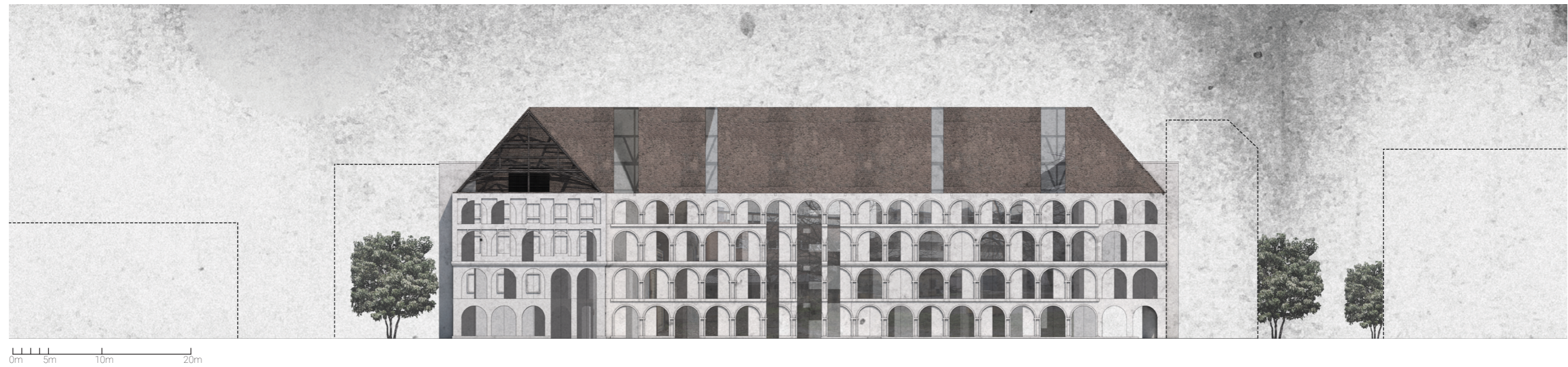
Schnitt C
Maßstab 1:500



Ansicht Nord
Maßstab 1:500



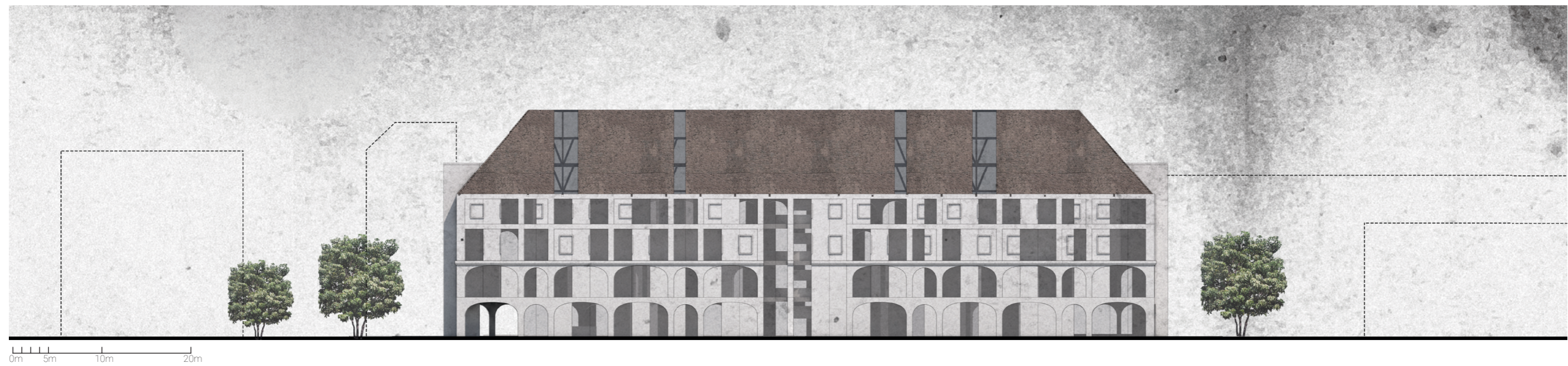
Ansicht Ost
Maßstab 1:500



Ansicht Süd
Maßstab 1:500



Ansicht West
Maßstab 1:500



Literaturverzeichnis

Selbstständige Publikationen

Becker, Thomas/Gühne, Uta: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige, Heidelberg 2014

De Botton, Alain: Glück und Architektur. Von der Kunst, daheim zu Hause zu sein. Frankfurt am Main 2010

Faller, Herman: Depression, Klinik, Ursachen, Therapie, Würzburg 2008

Flade, Antje: Architektur psychologisch betrachtet, Bern 2008

Fleischhacker, Wolfgang/Hinterhuber, Hartmann: Lehrbuch Psychiatrie, Wien 2012

Nickl-Weller, Christine/Nickl, Hans (Hg.): Healing Architecture, München 2013

Unselbstständige Publikationen

Hirt, Helmut/Krainz, Susanna: Plattform Psyche. Zur psychosozialen Versorgung in der Steiermark, Graz 2011

Katschnig, Theresa/Frottier, Patrick: Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen. Ein Überblick über Erfolgsprädikatoren, Stuttgart 2008

Krainz, Susanna/Christl, Heidelinde (Hg.): Psychiatriebericht Steiermark 2012, Graz 2012

Matakas, Frank: Der Stellenwert der Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. Zur Differentialindikation von ambulanter, tagesklinischer und stationärer psychiatrischer Behandlung, Westfalen-Lippe 2001

Internetquellen:

Fellner, Richard (2011): Depressionen, Mythen und Fakten rund um eine „Zeitkrankheit“ - kritische Schrift zur Betrachtung von Ursachenmodellen, dem Umgang mit dem Störungsbild und häufigen Behandlungsstrategien, <www.psychotherapiepraxis.at/artikel/depression/depression-therapie.phtml>, 17. November 2014

Mühlgassner, Agnes (2010): Psychische Erkrankung. Die Depressions-Epidemie, <<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2010/oeaez-19-10102010/psychische-erkrankungen-die-depressions-epidemie.html>>, 07. November 2014

Schönauer-Cejpek, Martina (2012): Die Tagesklinik, <<http://www.beratungszentrum-graz.at/index.html>>, 27. November 2014

Abbildungsverzeichnis

- [Abb. 1] ICD-10 Diagnosen gesamte Steiermark
Datenquelle: Krainz/Christl 2012: Psychiatriebericht Steiermark 2012;
Grafik: Eigene
- [Abb. 2] Phasen der antidepressiven Akuttherapie nach Kupfer 1993
Datenquelle: Fleischhacker/Hinterhuber 2012: Lehrbuch Psychiatrie
Grafik: überarbeitet
- [Abb. 3] Die drei Säulen der Therapie bei psychischer Erkrankung
Datenquelle: Krainz/Christl 2012: Psychiatriebericht Steiermark 2012;
Grafik: Eigene
- [Abb. 4] Überblick über das Therapiespektrum
Datenquelle: Krainz/Christl 2012: Psychiatriebericht Steiermark 2012;
Grafik: Eigene
- [Abb. 5] Ausbaustufe der psychosozialen Dienste im Land Steiermark
Datenquelle: Krainz/Christl 2012: Psychiatriebericht Steiermark 2012;
Grafik: Eigene
- [Abb. 6] Versorgungslage der empfohlenen Dichte Steiermark 2012
Datenquelle: Krainz/Christl 2012: Psychiatriebericht Steiermark 2012;
Grafik: Eigene
- [Abb. 7] Beispielhafter Weg durch das Krankheitsbild der affektiven Störung
Datenquelle: Krainz/Christl 2012: Psychiatriebericht Steiermark 2012;
Grafik: Eigene
- [Abb. 8] Fotografie Bestandsgebäude (Alte Dominikanerkaserne Graz)
Fotograf: Hörzenauer, Peter Bsc.
- [Abb. 9] Fotografie Bestandsgebäude (Alte Dominikanerkaserne Graz)
Fotograf: Hörzenauer, Peter Bsc.

Alle Bilder, Pläne und Grafiken, sofern nicht anders angeführt, wurden vom Autor angefertigt.

Danke

Ich widme vorliegende Arbeit meinem verstorbenen Vater!

Ich möchte mich bedanken bei meiner Mutter, bei meiner Freundin Christina, bei meiner Schwester und bei Markus Kronberger für ihre immerwährende Unterstützung!

Für die Betreuung dieses Masterprojekts möchte ich besonders Frau Univ.-Prof. Dipl.-Arch. Petra Petersson danken, welche von Anfang an meine Ideen unterstützt und mir mit wertvolle weitere Denkansätze geliefert hat. Auch möchte ich Herrn Dipl. Ing. Peter Pretterhofer danken, welcher mir bei zahlreichen und bierlastigen Architekturgesprächen wertvolle Hilfeleistungen gegeben hat.

Natürlich möchte ich mich auch bei all denen bedanken, welche mir mit dem Diskurs über Architektur und in zahlreichen philosophierenden Gesprächen bei meiner Entwicklung geholfen haben. Karl Pansy, Gabriel Tschinkel, Christina Aschauer, Christopher Leitner, Tobias Gruber, Peter Hörzenauer, Neira Mehmedagic, Daniela List, Stefan Kral, David Stanzer und Priska Hildebrand.

Danke liebe Christina, dass du immer für mich da bist und meine Launen erträgst!

Auch möchte ich Benjamin Matlock, Columbo und Jessica Fletcher für die sehr unterhaltsame Zeit danken!