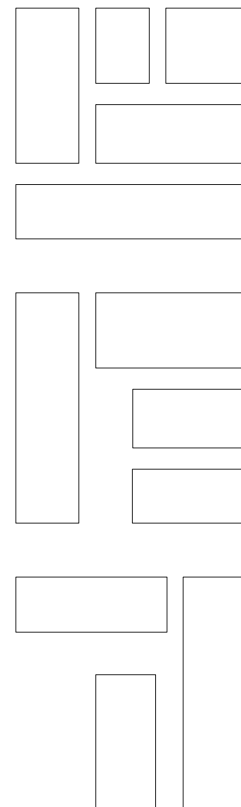


Therapie im Zentrum

Neuerrichtung einer wohnortnahen Therapiestätte





Christina Maria Tammerl, BSc

**Therapie im Zentrum
Neuerrichtung einer wohnortnahen Therapiestätte**

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom-Ingenieurin

Masterstudium Architektur

eingereicht an der

Technischen Universität Graz

Betreuer

Ao.Univ.-Prof.i.R. Dipl.-Ing. Dr.techn.Architekt Univ.-Doz.,
Holger Neuwirth

Institut für Architekturtheorie, Kunst- und Kulturwissenschaften

Graz, Oktober 2016

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

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

Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

KAPITEL I

Seiten 12-25

- Rückblick
- Ein Leben ohne Barrieren
- Planungsanforderungen

KAPITEL II

Seiten 26-41

- Ein statistisches Ergebnis
- Der Weg zur ambulanten Reha
- Aktuelle Tendenzen
- Eine Kostensache
- Prävention und Rehabilitation

KAPITEL III

Seiten 43-57

drei ausgewählte Architekturprojekte

- Rehab, Basel
- Rehasentrum, Belmont
- Rehasentrum, Kopenhagen

KAPITEL IV

Seiten 58-113

- Verortung
- Entwurf

EINLEITUNG

Seiten 10-11

ZUM SCHLUSS

Seiten 114-125

- Interview
- Literatur- und
Quellenverzeichnis
- Abbildungsverzeichnis

Vorab

Die folgende Arbeit behandelt das Thema der Rehabilitation, respektive eines therapeutischen Zentrums für beeinträchtigte Menschen. Den Ausgangspunkt bildet hierbei mein Heimatort, die Gemeinde St. Paul im Lavanttal.

Für die Auseinandersetzung mit diesem Thema waren unterschiedliche Gegebenheiten ausschlaggebend. Einerseits spielen persönliche sowie familiäre Erfahrungen eine große Rolle und andererseits sind es die Erfolgserlebnisse geistig beeinträchtigter Kinder und Erwachsener, die ich durch das Angebot der Hippotherapie am Reiterhof Gratzi kennen lernen durfte.

Ein weiterer Anstoß war das geringe Angebot an körperbezogenen Therapiemöglichkeiten im unteren Lavanttal. Das heißt für betroffene Personen, dass sie je nach Therapieart, Länge und Intensität weite Strecken auf sich nehmen müssen, um zu den jeweiligen Instituten zu gelangen. Dabei ist zu beachten, dass je nach Grad und Dauer der körperlichen Einschränkung keine selbstständige Mobilität möglich sein kann. Die Betroffenen sind auf die Hilfe ihrer Familie oder dritter Personen angewiesen. Für die Angehörigen heißt dies, dass sie ihre Arbeits- und Freizeit nach dem Behandlungsangebot für die/den Betroffene/n richten müssen. In einer schnelllebigen Zeit wie dieser, kann es passieren, dass der Besuch einer solchen Einrichtung mit Stress verbunden wird. Zu diesem Zustand sollte es jedoch nicht kommen. Therapeutischen Maßnahmen bedarf es an Zeit, denn Heilungs- und Entwicklungsprozesse passieren keinesfalls von einem Tag auf den anderen.

Im Zuge dieser Arbeit möchte ich einen Vorschlag darlegen, der die Gemeinde St. Paul im Lavanttal um ein therapeutisches Zentrum erweitert und somit Platz für Menschen bietet, die auf eine ambulante oder kurzzeitig stationäre, therapeutische Betreuung angewiesen sind. Dazu zählen alle Menschen, die an einer motorischen, sensorischen oder kognitiven Beeinträchtigung leiden. Eine Spezialisierung hinsichtlich des Alters oder der Beeinträchtigung finde ich in dieser Region nicht ergiebig, da das Einzugsgebiet dafür zu gering wäre. Somit richtet sich das Angebot an Jung und Alt.

Im Vordergrund des Angebotes steht die ambulante therapeutische Versorgung, die die Basis für die Bereiche Prävention und Rehabilitation bildet. Abgerundet wird das Raumprogramm durch das Vorhaben, stationäre Einheiten anzubieten. Diese werden nur in einem kleinen Rahmen angeboten. Es soll möglich sein, bei akut anfallenden Problemen ein barrierefreies Zimmer für diesen Zeitraum zu beziehen. Dies könnte unter anderem die Überbrückung bis hin zur vollständigen Genesung oder die barrierefreie Anpassung des eigenen Zuhauses sein oder auch ein Angebot für Personen sein, die für einen kurze Zeitspanne auf sich selbst gestellt sind aber eine alleinige Versorgung nicht voraussetzen ist.

Einleitung

Die Arbeit wird in vier Kapitel eingeteilt, wobei sich die ersten drei Kapitel mit den theoretischen Grundlagen des Themas auseinandersetzen, sowie themenbezogene Fallbeispiele behandeln. Im vierten und somit letzten Kapitel kommt es zur Analyse des Baugebietes. Basierend auf den Ergebnissen wird der Entwurf vorgestellt.

Beginnend mit einem Rückblick auf die Entstehungsgeschichte der Rehabilitation und der gesellschaftlichen Etablierung kommt es im ersten Kapitel des Weiteren zu einer konkreten Erläuterung von möglichen Einschränkungen und deren Ursachen. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass es bereits im Mutterleib zu Beeinträchtigungen kommen kann, aber man auch durch eine plötzlich auftretende Krankheit oder durch einen Unfall in seiner Mobilität eingeschränkt werden kann. Für eine vorbeugende oder langfristige Verbesserung des Zustandes werden die therapeutischen Maßnahmen oft ein Leben lang durchgeführt.

Das zweite Kapitel umfasst die Auseinandersetzung mit der aktuellen Entwicklung stationärer und ambulanter Rehabilitationszentren in Österreich. Ein Vergleich der deutschsprachigen Länder zeigt, dass die Tendenz zu kleineren und wohnortnahen Therapiezentren steigend ist. Zurückzuführen ist dies aber nicht nur auf die in Kapitel eins genannten Ausgangspunkte. Vielmehr zählen auch der demographische Wandel, das immer stärker werdende Bewusstsein über unsere Gesundheit aber auch Kosteneinsparungen im medizinischen Nachsorgebereich zu den maßgebenden Faktoren, die diese Entwicklung voran treiben.

Im dritten Kapitel kommt es zur Behandlung von drei ausgewählten Architekturprojekten aus dem Gesundheitswesen. Die Analyse der einzelnen Objekte und die daraus gewonnenen Erkenntnisse geben einen Überblick über deren Gemeinsamkeiten und dessen Entwicklungspotenzial. Sie dienen ebenso als Grundlage für die Zusammenstellung des Raumprogramms.

Das letzte Kapitel gibt Auskunft über den Bauplatz und dessen Umgebung. Die im Zuge dieser Arbeit geführten Interviews verhelfen zu neuen Sichtweisen und werden, wie die anderen Themen, schlussfolgernd in den Entwurf mit eingearbeitet.



Abb. 01 Voka_ empty streets

KAPITEL I

- Rückblick
- Ein Leben ohne Barrieren
- Planungsanforderungen

Ein kurzer Rückblick über

die Entstehungsgeschichte der Rehabilitation und deren gesellschaftlichen Etablierung

Wirft man einen Blick auf die historische Entwicklung der Rehabilitation, lässt sich feststellen, dass diese von Ausgrenzung und Integration gekennzeichnet war. Nimmt man den Zeitraum ab dem Ende des 19. Jahrhunderts bis hin zur Gegenwart her, zeigt sich, dass es in den 50er-Jahren zu einem erstmaligen Umschwung der gesellschaftlichen Akzeptanz kam und Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen im Zentrum des Interesses standen.¹ Der Begriff der Rehabilitation etablierte sich im Laufe der Zeit nur langsam in der Gesellschaft und stand nun nicht mehr für die alleinige Wiederherstellung des Bewegungsapparates sondern vielmehr für eine soziale und gesellschaftliche Integration. Heute wie damals sollte der Begriff ohne jegliche Diskriminierung und historische Belastung in Verbindung gebracht werden.² Akzeptanz und Toleranz sind wesentlichen Eigenschaften, die dazu beitragen und die sich bis heute tief in der Gesellschaft verankert haben. Doch wo fand die Rehabilitation ihren Ursprung?

Die Anfänge_Deutschland

Der Terminus ‚Rehabilitation‘ lässt sich bis in die frühe Neuzeit zurückverfolgen. Damals waren Kirchen und Hospitäler von großer Bedeutung, da sie für christliche Nächstenliebe und soziale Verantwortung standen. Jedoch brachte die Industrialisierung und Verstädterung im 19. Jahrhundert neue soziale und gesundheitliche Probleme mit sich, die mit den bisherigen Einrichtungen nicht mehr gedeckt werden konnten. Die Zahl an kranken und beeinträchtigten Menschen nahm in den Städten zu. Für sie war es schwierig, eine Arbeitsstätte zu finden und auf eine Unterstützung der Krankenversicherung, die im Jahr 1884 eingeführt wurde, war nicht zu hoffen, da sie für die Behandlung einer Behinderung nicht aufkamen. Auf Wunsch der städtischen Armenämter wurde die Pflege beeinträchtigter Menschen damals teilweise von der evangelischen Diakonie und der katholischen Caritas übernommen.³

¹ Vgl. Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomas 2012, 1.

² Vgl. Ebda, 5.

³ Vgl. Ebda, 1-2.

Zu einer erstmaligen Wende in der Versorgung beeinträchtigter Menschen kam es im Jahr 1906. „[...] Der Berliner Kinderarzt und Orthopäde Konrad Biesalski[...]“⁴ war für die geschichtliche Entwicklung der Rehabilitation maßgebend. Sein Leitgedanke war es, der Öffentlichkeit und den staatlichen Instanzen vor Augen zu halten, wie viele Kinder und Jugendliche tatsächlich von einer Behinderung betroffen waren. Des Weiteren spielte für ihn nicht nur der gesundheitliche Aspekt eine wesentlichen Rolle, sondern ebenso der wirtschaftliche Gedanke. Er machte es sich zu seiner Aufgabe, diesen Menschen eine positive Zukunft zu verschaffen und verwies in einem Schreiben an den damaligen Bundeskanzler, dass viele der Betroffenen zu erwerbsfähigen Menschen gemacht werden können und es somit zu einer Entlastung der Armenpflege führen würde. Dieser Aspekt war für den deutschen Bundeskanzler genügend, der im Zuge dessen die Veranlassung und Durchführung der damaligen ‚Krüppelzählung‘ im gesamten deutschen Reich veranlasste.

Heute wirkt der Begriff der ‚Krüppelvorsorge‘ diskriminierend, jedoch war es damals der Beginn der heutigen Rehabilitationsmaßnahmen. Aufgrund der damaligen Zählung wurden zahlreiche Heime für beeinträchtigte Kinder und Jugendliche gegründet. Des Weiteren kam es zur Gründung von Universitätskliniken, die für eine umfangreiche Versorgung im medizinischen, pädagogischen und beruflichen Bereichen verantwortlich waren. Kurz vor Beginn des Ersten Weltkrieges kam es zu weiteren gesundheitlichen Maßnahmen, die zur Umgestaltung von zahlreichen orthopädischen Kliniken zu Reservelazaretten führten. Das Ziel der Rehabilitationsstätten war damals, die verwundeten Soldaten wieder herzustellen, um sie einerseits zurück an die Front zu schicken oder andererseits für berufliche Tätigkeiten vorzubereiten, denen sie nach dem Einsatz nachgehen könnten. Wie nicht anders vorherzusehen, war die Zahl der Kriegsgeschädigten nach 1918 in Deutschland sehr hoch, sodass sich das Land vor neue sozialpolitische Aufgaben gestellt sah.⁵ Schlussendlich fand „[...] das Rehabilitationsparadigma im staatlichen Versorgungswesen [...]“⁶ Einzug.

⁴Vgl. Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomas 2012, 2.

⁵Vgl. Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomas 2012, 2.

⁶Elsbeth Bösel 2010, 7.

Ein Leben ohne Barrieren

Für die Errichtung des Zentrums war es für mich von Anfang an notwendig, einen Überblick über Ursachen, Krankheiten und deren Einschränkungen im Alltag zu geben. Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit den möglichen Krankheitsbildern, sodass wir ein Bild der potentiellen NutzerInnen eines solchen therapeutischen Zentrums bekommen. Im Anschluss daran werden mögliche Planungsanforderungen, die an diese Gruppe von NutzerInnen gestellt werden, erläutert, um sie in den Entwurf mit einfließen zu lassen.

Das folgende Zitat fasst in nur wenigen Worten zusammen, welchen Ursprung Beeinträchtigungen haben und welche Auswirkungen mit ihnen einhergehen können. Es darf nie außer Acht gelassen werden, dass jeder Mensch ein Individuum ist und man keine pauschale Zuordnung hinsichtlich der Fähigkeiten, Bedürfnisse oder Einschränkungen geben kann.

Beeinträchtigungen „[...] können physischer oder psychischer Natur sein, sie können vererbt, angeboren oder im Laufe des Lebens z.B. durch Krankheiten, Unfälle oder Alterungsprozesse erworben worden sein. Einschränkungen können eine unterschiedliche Ausprägung von geringen bis hochgradigen Behinderungen aufweisen und kombiniert zu Mehrfachbehinderung führen.“⁷

Bereits jetzt lässt sich feststellen, dass das Ausmaß einer Behinderung sehr vielschichtig ist. Abgesehen davon stellen beeinträchtigte Menschen eine sehr heterogene Gruppe dar.⁸ Darum wird versucht, die Fähigkeiten und Einschränkungen von Personen in zwei Gruppen einzuteilen. Man spricht dabei von einer Beeinträchtigung im weiteren oder engeren Sinne. Zur Gruppe der Beeinträchtigten im weiteren Sinnen zählen zum Beispiel ältere Menschen, Kinder, Schwangere, Personen mit Kinderwagen aber auch Migränekranke.⁹ Kurz gesagt, Menschen deren Beeinträchtigung nur vorübergehend ist.

⁷ Skiba/Züger 2009, 13.

⁸ Vgl. Behindertenbericht 2008, 19.

⁹ Vgl. Ebda., 39.

Einschränkungen, die im engeren Sinne gezählt werden, lassen sich in drei Hauptkategorien einteilen.

- Motorische Einschränkungen
- Sensorische Einschränkungen
- Kognitive Einschränkungen

Da es sich bei dieser Gruppe um die potenziellen NutzerInnen des therapeutischen Institutes handelt und um ein besseres Verständnis über dieses Thema zu bekommen, werden diese nun themenbezogen erläutert.

Motorische Einschränkungen

Diese beziehen sich auf Menschen, die in ihren Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Die Ursachen können einerseits äußerlich erkennbar sein, wie zum Beispiel die Fehlbildung oder Schädigung der Gliedmaßen und andererseits können sie durch Defizite am zentralen Nervensystem, am Skelettsystem oder am Muskelapparat ausgelöst werden.

Cerebrale Schäden, also Verletzungen am Gehirn, können ebenso zu Einschränkungen des Bewegungsapparates führen, wobei es nicht mit einer geistigen Beeinträchtigung in Verbindung zu setzen ist. Diese Schädigungen sind, wenn sie nicht schon von Geburt an vorhanden sind, häufig auf Schlaganfälle oder Krankheiten zurückzuführen. Die Folgen eines Schlaganfalles äußern sich meistens durch eine einseitig Lähmung des Körpers, dessen Heilung je nach Grad des entstandenen Schadens therapiert werden muss.¹⁰

¹⁰ Vgl. Skiba/Züger 2009, 13f.

„In Österreich ist der Schlaganfall nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs die dritthäufigste Todesursache und die Hauptursache für bleibende Behinderungen. Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, steigt mit zunehmendem Alter. Etwa 80 Prozent der Betroffenen sind älter als 60 Jahre, aber auch bei jungen Erwachsenen und selbst bei Kindern kann ein Schlaganfall vorkommen.“¹¹

Krankheiten oder Unfälle können auch zu spastischen Lähmungen führen, die sich durch Koordinationsstörungen sowie die Lähmung einer oder mehrerer Gliedmaßen äußern. Im schlimmsten Fall geht es hin bis zur Lähmung des gesamten Körpers. Sollte es zu einer Verletzung der Wirbelsäule beziehungsweise des Rückenmarks kommen, führt dies in schwerwiegenden Fällen zu einer Querschnittslähmung. Verursacht wird diese durch die Beschädigung der Nervenstränge, die entlang der Wirbelsäule verlaufen. Die Folge dessen sind Lähmungen der oberen oder unteren Extremitäten. Außerdem kann es zur Beeinträchtigung des sensorischen aber auch des vegetativen Nervensystems kommen, welches für die Steuerung der lebenserhaltenden Funktionen verantwortlich ist.

Sensorische Einschränkungen

Personen, die unter sensorischen Einschränkungen leiden, sind in ihren Sinneswahrnehmungen eingeschränkt. Dazu zählen Sehen, Hören, Fühlen, Riechen und Schmecken. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle sensorischen Beeinträchtigungen für die bauliche Gestaltung eines Therapiezentrums von gleicher Relevanz sind. Jedoch liegt auch bei ihnen eine körperliche Einschränkung zugrunde, wodurch mit pointierten gestalterischen Maßnahmen eine Erleichterung bei der Bewältigung des Alltages erzielt werden kann.¹²

¹¹ Schlaganfall, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Schlaganfall.html>, 09.05.2016

¹² Vgl. Skiba/Züger 2009, 13 - 16.

Das Ausmaß einer visuellen Störung ist abhängig von der Ursache der Sehbehinderung und vom Entwicklungsverlauf dieser. Visuelle Störungen können von einer leicht eingeschränkten Sehkraft, einer Farben- oder Nachtblindheit bis hin zu einer vollständigen Erblindung des Auges reichen.

Sollte die auditive Wahrnehmung eines Menschen gestört werden, kann sich die Bandbreite von einer leichten Schwerhörigkeit bis hin zu einer vollständigen Taubheit erstrecken. Bei einer angeborenen Hörbehinderung kommt es zu einer gestörten Entwicklung des Sprachzentrums und es könnte in Folge dessen zu einem Gleichgewichts- und Orientierungsverlust kommen.

Die haptische Wahrnehmung sorgt im weitesten Sinne für die Verarbeitung der empfundenen, äußeren Einflüsse und leitet diese an unser Gehirn weiter. Diese Empfindungen werden in Oberflächen- und Tiefensensibilität eingeteilt. Das erste Gebiet umfasst die äußeren Reize wie zum Beispiel Druck, Berührungen aber auch Temperatur- und Schmerzempfindungen. Im Gegensatz dazu beinhaltet die Tiefensensibilität die innere Wahrnehmung des Körpers. Sie ist verantwortlich für koordinierte und kontrollierte Bewegungsabläufe wie zum Beispiel das Gehen, das gezielte Greifen nach einem Gegenstand oder das bewusste Einsetzen unserer Körperkraft.

Ein Bereich, der kaum beziehungsweise nur vereinzelt durch eine bauliche Gestaltung abgedeckt werden kann, ist der der olfaktorischen oder gustatorischen Schädigungen. Im Brandfall könnten Menschen, die an diesen Einschränkungen leiden, die Brandgefahr nicht wahrnehmen und die daraus resultierenden Rauchgasentwicklungen zu spät bemerken.¹³

¹³ Vgl. Skiba/Züger 2009, 13 -16.

Kognitive Einschränkungen

„Kognitive Störungen beeinflussen die Informationsverarbeitung im Gehirn. Die Informationen der oben beschriebenen Sinneswahrnehmungen müssen vom Gehirn gefiltert, verarbeitet und bewertet werden. Kognitive Fähigkeiten umfassen im weitesten Sinne alle Denkvorgänge wie z.B. Lernen und Erinnern, Erkennen und bildliche Vorstellung, Schlussfolgern und Urteilen sowie Planen und Wünschen. Aus kognitiven Störungen kann eine Vielzahl von Einschränkungen wie Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Autismus, fehlende soziale Fähigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten resultieren, die oftmals mit anderen motorischen oder sensorischen Störungen einhergehen.“¹⁴

Eine weitere kognitive Einschränkung, die hauptsächlich im höheren Alter erscheint, ist die Demenz. Am häufigsten tritt diese im Fall einer Alzheimer-Erkrankung auf. Betroffene Personen zeigen meistens Veränderungen der emotionalen Kontrolle, ihres sozialen Verhaltens und in vielen Fällen auch ihrer Motivation auf.¹⁵

¹⁴ Skiba/Züger 2009, 16.

¹⁵ Vgl. Ebda., 16.

Planungsanforderungen

Die baulichen Maßnahmen, die ein barrierefreies Leben ermöglichen, sind maßgebend für die Chancengleichheit aller Menschen. Man könnte behaupten, dass die Basis für Integration mit der Architektur beginnt. Niemand soll sich durch seine Umwelt beeinträchtigt fühlen.¹⁶

Rückt das Thema der barrierefreien Gestaltung in den Vordergrund eines neu zu errichtenden Gebäudes, ist es im Vorhinein notwendig, sich die Frage nach den zukünftigen NutzerInnen zu stellen. Erfolgt die Planung für ein Individuum oder für eine spezifische oder für eine unspezifische Gruppe von Menschen? Ein therapeutisches Zentrum erfordert die Berücksichtigung aller Menschen und den damit einhergehenden unterschiedlichen Anforderungen. Grundsätzlich bedeutet es für das Planungsteam, ein Gebäude zu kreieren, das allen Menschen eine selbstständige und einfache Nutzung erlaubt.¹⁷

Ein kurzer Auszug über die möglichen Planungshandlungen, die getroffen werden können, um ein barrierefreies Leben zu ermöglichen, gibt Hilfestellung für den im Kapitel IV folgenden Entwurf. Die Maßnahmen beziehen sich hier in erster Linie auf motorische und kognitive Einschränkungen.

Motorischen Einschränkungen

Menschen, die eine dauerhafte oder eine temporäre Einschränkung in ihrer Mobilität haben, sind in der Regel innerhalb diesen Zeitraumes auf Hilfsmittel angewiesen. Der Grad der Einschränkung entscheidet über die Art und Weise der Gehhilfen. Dabei ist die Variation an Abmessungen, der unterschiedlichen Modelle, sprich Krücken, Rollator oder Rollstühlen, zu beachten.¹⁸

¹⁶Vgl. Skiba/Züger 2009, 9.

¹⁷Vgl. Ebda., 22.

¹⁸Vgl. Ebda., 27.

Der Bedarf an Bewegungsflächen und -möglichkeiten steht bei der Planung an primärer Stelle. Vertikale Barrieren – beispielsweise Höhenvorsprünge, starke Steigungen oder Schwellen – sollen verhindert werden. Die Gestaltung von Durchgängen und Bewegungsflächen in Türbereichen soll groß und freizügig geplant sein, da eine Seitwärtsbewegung mit gewissen Gehhilfen nicht möglich ist. Ein weiterer Faktor, der zu beachten ist, sind die Höhen von Arbeitsflächen, Bedienelementen und Fensterbänken. Sie sollen dem Sicht-, Bewegungs- und Greifradius sitzender Menschen entsprechen, denn somit ist eine Bedienung ohne Überstrecken der Wirbelsäule möglich. Die Montage von Handläufen im und um das Gebäude sind notwendig, um den Personen besseren Halt und Sicherheit zu gewährleisten.¹⁹

Sensorische Einschränkung

In diesem Bereich kommt es vor allem zum Einsatz von visuellen und akustischen Hilfsmitteln. Dazu zählt zum Beispiel eine kontrastreiche Farbgestaltung im Bereich von Schwellen oder Treppen. Um die Bewegung im Gebäude zu vereinfachen, kann eine sprachunterstützende Haustechnik oder einfache akustische Signale eingesetzt werden. Ebenso verhalfen taktile Elemente zu einer vereinfachten Nutzung.²⁰

¹⁹ Vgl. Skiba/Züger 2009, 26-28.

²⁰ Vgl. Ebda., 28 f.

Kognitive Einschränkungen

Menschen, bei denen eine kognitive Einschränkung vorhanden ist, ist eine selbstständige Bewältigung des Alltags, in Abhängigkeit ihrer Beeinträchtigung, nur in geringen Maße möglich. Sie werden demzufolge in ihren Tätigkeiten betreut. Da der Bereich kognitiver Beeinträchtigungen sehr vielfältig ist, gibt es keine allgemeine Planungsgrundlage. Trotzdem können bauliche Eingriffe getroffen werden, die die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Menschen beeinflussen. Eine Maßnahme, die getroffen werden muss, um das Wohlbefinden und die Sicherheit der Personen zu gewährleisten, ist der Ausgleich fehlender Fähigkeiten der Wärmeregulation. Die Vermeidung von Gefahrenquellen, die die Temperatur und Schmerzempfindung betreffen, steht hier im Vordergrund. Durch Verkleidung der Heizkörper oder das Drosseln der Warmwasseraufbereitung auf eine bestimmte Temperatur kann Verbrennungsgefahren vorgebeugt werden.²¹

²¹ Vgl. Ebda., 33 f.



Abb.02 Voka_people

KAPITEL II

- Ein statistisches Ergebnis
- Der Weg zur ambulanten Reha
- Aktuelle Tendenzen
- Eine Kostensache
- Prävention und Rehabilitation

Ein statistisches Ergebnis

beeinträchtigter Personen in Österreich

Im Jahr 2007 führte die Statistik Austria im Auftrag des BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) eine Befragung durch, die sich Personen mit lang andauernden Beeinträchtigungen und deren begleitenden Problemen widmet. Vorweg ist zu erwähnen, dass sich diese Befragung nur auf Personen in Privathaushalten bezog. „Dies hat zur Folge, dass die Menschen in Anstaltshaushalten nicht befragt wurden und dementsprechend die Anzahl der schwer beeinträchtigten Personen in dieser Befragung unterschätzt ist.“²² Des Weiteren war das Spektrum an gesundheitlichen Einschränkungen sehr weit gefächert. Es reichte von körperlichen Einschränkungen bis hin zu psychischen Problemen oder Lernbehinderungen.

Für die Umfrage bildeten zwei Fragen die Basis. Die erste war „Sind Sie im Alltagsleben auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eingeschränkt?“ und die zweite lautete „Haben Sie diese Beeinträchtigung schon länger als ein halbes Jahr?“.

Eine dauerhafte Beeinträchtigung tritt bei 20,5% der Befragten auf, wobei Menschen im höheren Alter öfter betroffen sind. Wird dieser Prozentsatz hochgerechnet, sind dies umgerechnet 1,7 Millionen Personen, die in irgendeiner Form an einer Einschränkung leiden. Dabei beträgt der Anteil, der unter 20-jährigen Männer 6,2% und bei den Frauen 4,5%.

Im Alter von 20 bis 60 sind die Anteile mit 16,3% der Männer und 14,7% der Frauen deutlich höher. Die Beteiligung der Männer und Frauen ab dem 60. Lebensjahr, die eine Behinderung im weiteren oder engeren Sinne aufweisen, ist mit beinahe 50% am höchsten.

Eine Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten kommt bei der österreichischen Bevölkerung am häufigsten vor und beläuft sich auf 13,0%, wobei auch hier vor allem Menschen im höheren Alter betroffen sind.²³

²² Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013, 1.

²³ Vgl. Ebda., 1.

An einer dauerhaften Beeinträchtigung leiden circa 7% der Bevölkerung, weitere 7% geben an, chronische Einschränkungen zu haben. Dazu zählen unter anderem Allergien, Bluthochdruck, Migräne, Asthma oder Diabetes. Der Prozentsatz von Menschen, die Probleme beim Sehen haben, beträgt 3,9%. Weitere 2,5% der Personen in Privathaushalten haben nervliche oder psychische Probleme und 1.0% der Bevölkerung ist von einer geistigen Einschränkung betroffen.²⁴

Im Zuge dieser Befragung wurde auch nach dem subjektiven Befinden von beeinträchtigten Personen gefragt. Das Ergebnis zeigt deutlich, dass sich die Personen vor allem in ihrer Freizeitaktivität, wie zum Beispiel eine Sportart zu betreiben oder einem Hobby nachzugehen, benachteiligt fühlen. Davon betroffen sind insgesamt 22% der Bevölkerung. Ein weiterer Faktor, der zur Bewältigung von Freizeitangeboten zählt, ist die Benutzung des öffentlichen Verkehrs. Dabei gaben 16% an, dass es hierbei zu ständigen Problemen kommt. Auch das eigene Zuhause kann für beeinträchtigte Personen zu einer Einschränkung führen, der Prozentsatz von 12,6% macht dies auch deutlich. 11.1% der Erwerbstätigen Personen, die an einer Beeinträchtigung leiden, klagen über ständige Problem am Arbeitsplatz, basierend auf ihrer Krankheit.²⁵

Anhand der Statistik lässt sich feststellen, dass besonders Menschen im höheren Alter von einer Beeinträchtigung und den damit verbundenen Einschränkungen betroffen sind. Wie in vielen Fällen bestätigt auch hier die Ausnahme die Regel. Man wird nie voraussagen können, inwieweit sich der gesundheitliche Zustand im Laufe des Lebens verändern wird. Um jedoch auf eine gesundheitliche Veränderung reagieren zu können, wird das sogenannte ‚Phasenmodell‘ durchlaufen, welches anschließend erläutert wird.

²⁴ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013, 1.

²⁵ Vgl. Ebda., 10.

Der Weg zur ambulanten Rehabilitation

„Rehabilitation umfasst die koordinierte Summe an Maßnahmen, die benötigt werden, um die bestmöglichen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen zu schaffen, damit Patientinnen und Patienten mit chronischen oder auf ein akutes Ereignis folgenden Erkrankungen aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder wiedereinnehmen können und durch verbesserte Lebensgewohnheiten das Fortschreiten der Erkrankung begrenzen oder umkehren können.“²⁶

In den folgenden Absätzen möchte ich das Thema der Rehabilitation näher bringen. Beginnend mit dem Phasenmodell werden im Anschluss die aktuellen Tendenzen beschrieben, die den Ausbau des ambulanten Therapieangebotes anstreben. Ein Vergleich der Entwicklungen in den drei deutschsprachigen Ländern festigt dieses Unterfangen.

Phasenmodell

Das Phasenmodell gibt einen Überblick über den Verlauf der therapeutischen Maßnahmen, die in erster Linie nach einem Unfall oder einer plötzlich auftretenden Krankheit getätigt werden. Sie richten sich ebenso an Menschen, deren Beeinträchtigungen durch neurologische Schäden hervorgerufen werden, wie zum Beispiel ein plötzlich auftretender Schlaganfall. In einigen Fällen werden nicht alle Phasen durchlaufen, da je nach Art der Krankheit und dem körperlichen Zustand diese Phasen zugeteilt werden bzw. die Einteilung erfolgt. Doch wie sehen diese Phasen nun aus?

Phase I

In dieser Phase erfolgt die Frühmobilisation. Hierbei handelt es sich um die akute Behandlung im Krankenhaus, bei der es je nach Zustand und Krankheitsbild der Patientin/des Patienten zu einer differenzierten Anwendung von Therapiemaßnahmen und Komplexbehandlungen kommt. Der Begriff ‚Akutrehabilitation‘ wird für diese Phase ebenso herangezogen.

²⁶ Reiter 2012, 12.

Phase II

Diese Phase erfolgt unmittelbar oder innerhalb von 12 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt und beinhaltet die sogenannten Anschluss-Heilbehandlungen. Die betroffene Person sollte bis dato über eine ausreichende Stabilität verfügen, da die Rehabilitation hauptsächlich in einer stationären Einrichtung durchgeführt wird. In Ausnahmefällen kann eine ambulante Rehabilitation in Anspruch genommen werden. Der durchschnittliche Aufenthalt beträgt 30 Tage.

Phase III

In dieser Phase soll die/der PatientIn seine wieder erlernten Fähigkeiten der Phase II durch ein ambulantes Therapieangebot stabilisieren. Diese Therapie soll weiters auch zur Vorbeugung neuer Krankheiten herangezogen werden. Wenn möglich sollte sie in der Nähe des Wohnortes stattfinden.

Phase IV

Ist man hier angelangt, befindet man sich bereits in der Langzeittherapie. Die ambulante Nachsorge erfolgt hier ohne ärztliche Aufsicht und sollte wiederum wohnortnah stattfinden. Da es sich in dieser Phase nicht um eine Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinne handelt, werden die Leistungen nur bedingt übernommen. Grundsätzlich führt der Patient diese Therapien in Eigenverantwortung durch.²⁷

Die Phasen veranschaulichen deutlich, dass je weiter der gesundheitliche Zustand gebessert wird, jedoch die vollständige Genesung noch nicht gewährt ist, desto mehr müssen die PatientInnen, im Sinne ihrer Gesundheit, in Eigenverantwortung handeln.

²⁷ Vgl. Reiter 2012, 12.

Entwicklungen

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen sind auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen. Vor allem ökonomische aber auch soziologische und demographische Veränderungen tragen dazu bei. Aufgrund der ständig zu knappen Ressourcen kommt es zu Einsparungen in vielen Bereichen. Durch gezielte Maßnahmen wird versucht, die Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen. Dazu zählen zum Beispiel die Verlagerung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich oder die Entwicklung von innovativen Standortstrukturierungen, die besonders in ländlichen Gebieten gefragt sind. Betrachtet man hierbei den Bereich der Rehabilitation, haben die Einsparungen zur Folge, dass die Versorgung in den Akutkrankenhäusern verkürzt werden soll. Um weitere Kosteneinsparungen zu erzielen, kommt es zu einer Verlagerung der stationären Leistung in den ambulanten Bereich.²⁸

Ambulante Rehabilitation

„Die ambulante Rehabilitation stellt einen wichtigen Aspekt der Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation dar, mit der dem unterschiedlichen Rehabilitationsbedarf verschiedener Patientengruppen entsprochen werden kann. Grundsätzlich ist die stationäre Rehabilitation derzeit noch weit stärker im Bewusstsein der Menschen verankert als die ambulante Rehabilitation, da sich diese in Österreich erst im Aufbau befindet.“²⁹

Wird die ambulante Therapie in Anspruch genommen, müssen die zu therapierenden Personen eine gewisse gesundheitliche Beständigkeit aufweisen, sowie ein gewisses Maß an Mobilität mit sich bringen. Des Weiteren muss die häusliche Umgebung und die Versorgung sichergestellt werden. Hier handelt es sich um Phase II des Therapieerlaufes.

Ich möchte noch einmal kurz auf das Thema der Beständigkeit und der Mobilität der Betroffenen zurückzukommen. Sollte man selbst nicht in der Lage sein, ein therapeutisches Institut mit eigenen Mitteln zu erreichen, werden Angehörige in den

²⁸ Vgl. Meuser 2011, 29.

²⁹ Reiter 2012, 143.

Therapieplan mit einbezogen. Die Absprache mit allen ist notwendig, um einen Zeitplan erstellen zu können, in dem die Mobilität der Patientin/des Patienten gewährleistet werden kann. Derzeit werden Anfahrtszeiten für ambulante Zentren zwischen 30 min und 50 min gehandhabt. Es ist dringend zu empfehlen, diese Angaben zu minimieren und auf eine wohnortnahe Versorgung hinzuarbeiten. Nicht zu vergessen ist, dass diese langen Anfahrtszeiten für die Betroffenen mit hohem Aufwand und körperlicher Anstrengung verbunden sind.

Ungeachtet der derzeit bestehenden langen Anfahrtszeiten bringt die ambulante Rehabilitation viele positive Faktoren mit sich. Sie bietet bei gleicher Versorgungsqualität Vorteile der Flexibilität hinsichtlich der Therapiearten und der Dauer an. Je nach Zustand der Pflegebedürftigen kann die Therapieform und die dazugehörige zeitliche Einteilung individuell gestaltet werden. Jedoch werden circa 3h pro Tag für die Durchführung der Therapien in Anspruch genommen. Ein weiterer positiver Faktor ist der gleitende Übergang in das persönliche Umfeld, der den Genesungsprozess positiv beeinflusst und gleichzeitig für eine (Re-)Integration in das Wohnumfeld sorgt.³⁰

Betrachtet man das System der ambulanten Therapie genauer, wird festgestellt, dass der Fokus auf die Aktivitäten des täglichen Lebens gerichtet ist. Die möglichst selbständige Bewältigung des Alltags trägt maßgebend zur sozialen Teilhabe der PatientInnen bei. Unter anderem kommt es zum Einsatz basaler Therapien. Diese werden von PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und vor allem durch ErgotherapeutInnen in den Therapiestunden mit einbezogen. Diese Therapieart beinhaltet grundlegende Abläufe wie zum Beispiel: Waschen, Laufen, Treppen steigen oder sich anziehen. Es wird versucht, die grundlegenden Abläufe wieder zu erlernen und zu festigen, um ein selbstständiges Leben zu gewährleisten. Weiters ist es wichtig, für Angehörige genügend Platz zu schaffen, in den sie sich zurückziehen aber auch kommunizieren können. Der Erfahrungsaustausch verhilft vielen Betroffenen, eine neue Sichtweise aufzubauen und somit besser mit dem Alltag zurecht zu kommen.³¹

³⁰ Vgl. Reiter 2011, 19.

³¹ Vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment 2015, 12-13.

Ein Vergleich zwischen ...

... Österreich

Aus einer Bedarfsanalyse für die Errichtung von stationären und ambulanten Rehabilitationszentren bis zum Jahr 2020, die die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH durchführte, sind folgende Ergebnisse genannt worden.

In den stationären Einrichtungen ist bis zum Jahr 2020 mit einem Bedarf von bis zu 10 900 Betten zu rechnen. Diese Erfordernisse richten sich in erster Linie an die Rehabilitation-Indikationsgruppe BSR (Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie) und in weiterer Folge an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die neurologischen Erkrankungen. Vergleicht man diesen Wert zum Jahr 2009, in dem rund 8000 Plätze angeboten wurden, steigt der geschätzte Bedarf um circa 35 % an.³²

Der ambulante Bereich soll bis zum Jahr 2020 insgesamt 1340 Therapieplätze ermöglichen und somit zu einer Reduktion der stationären Einrichtungen führen. Hier werden vor allem die Rehabilitation-Indikationsgruppen betreffend Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen angestrebt.³³ Bereits durch die im Jahr 2010 zugelassenen Gruppenpraxen gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen konnte eine Verbesserung der ambulanten Versorgungskette erzielt werden. Kürzere Warte- und patientenfreundlichere Öffnungszeiten tragen zu einem positiven Affekt der Versorgung bei.³⁴

³² Vgl. Reiter 2012, 9.

³³ Vgl. Ebda., 9.

³⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, 14.

Der Rehabilitationsplan 2012 veranschaulicht mögliche Eignungszonen ambulanter Versorgungszentren in Österreich bis zum Jahr 2025. Die Grafik zeigt deutlich, dass es im Bezirk Wolfsberg (Kärnten) zu keiner Errichtung einer solchen Einrichtung kommen sollte. Hauptsächlich werden diese Stationen in Ballungsräumen angeboten, was in Widerspruch zu dem Vorsatz steht, dass es in der Zukunft ein flächendeckendes und wohnortnahes Reha-Angebot geben sollte. Außerdem sollte angepeilt werden, dass großformatige Reha-zentren vermieden und der Maßstab dieser Einrichtung minimiert werden.

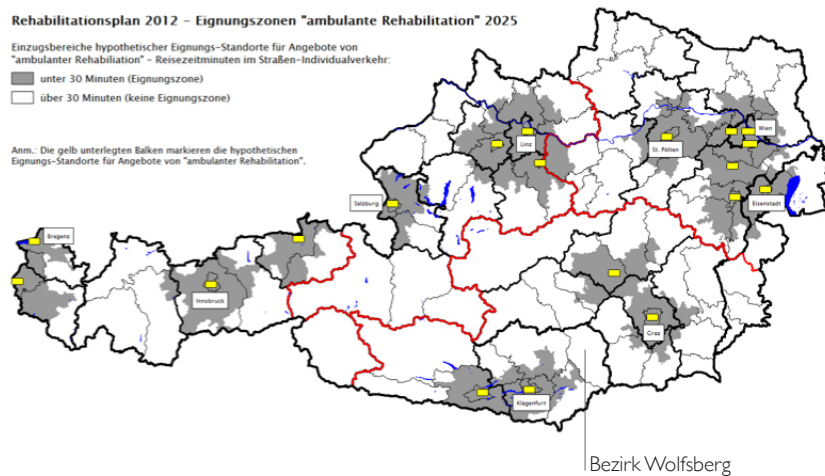


Abb. 03 Österreichkarte_ Eignungszonen

Deutschland

Betrachtet man den Werdegang der Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland, ist auch hier ein Trend zu ambulanten Einrichtungen zu erkennen. Das am häufigsten zu behandelnde Krankheitsbild betrifft, wie auch in Österreich, den Bereich des Bewegungs- und Stützapparates des Menschen.

Im Jahr 2012 nahmen in Deutschland rund ein Drittel den stationären Aufenthalt und rund zwei Drittel der Rehabilitanden, die ambulanten Reha-Leistungen in Anspruch. In den letzten 15 Jahren hat sich der Anteil der ambulanten Leistungen vervierfacht. Trotz des großen Fortschrittes in diesem Sektor mangelt es an einer flächendeckenden ambulanten Versorgungskette.

Man möchte aber vermehrt den Versuch starten, ein kombiniertes Angebot von stationärer und ambulanter Einrichtung zu schaffen. Die stationären Aufenthalte der PatientInnen könnten somit verkürzt werden und eine vorzeitige Wiedereingliederung in den Alltag stattfinden.³⁵

„Die Mischung aus stationärer Auszeit und wohnortnaher ambulanter Weiterbehandlung ist aus medizinischer wie ökonomischer Perspektive vielversprechend.“³⁶

³⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Innovative Versorgungskonzepte und Regionalität in der Rehabilitation, <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=495>, 29.05.2016

³⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Innovative Versorgungskonzepte und Regionalität in der Rehabilitation | 40, <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=495>, 29.05.2016

und der Schweiz

Im Allgemeinen könne man behaupten, dass im deutschsprachigen Raum die stationäre Rehabilitation vorrangig in Anspruch genommen wird. Ebenso ist es in der Schweiz. Viele der stationären Leistungsbringer bieten grundsätzlich die ambulante Rehabilitation an. Man versucht, die Therapieangebote wohnortnah und vor allem in ländlichen Gebieten weiter auszubauen und weiterzuentwickeln. Es wird auch hier bei der Planung neuer Rehabilitationsangebote versucht, das stationäre durch das ambulante Angebot zu ersetzen.

In den letzten Jahren nahm die Anzahl der ambulanten Rehabilitanden in der Schweiz stetig zu. Man geht davon aus, dass das Angebot bis zum Jahr 2020 um 20-60 Prozent steigen wird. Es wird dadurch erhofft, dass die Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen verkürzt wird und somit mehr PatientInnen in der Akutphase versorgt werden können.³⁷

³⁷ Vgl. Mojon 2014, 40.

Eine Kostensache

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Rehabilitation als „[...] die Summe jener aufeinander abgestimmten Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und/oder seelisch Behinderte bis zum höchsten, individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit herzustellen oder Wiederherzustellen, damit sie einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden.“³⁸

Es stellt sich die Frage, wer im österreichischen Sozialstaat für die Kosten der Rehabilitation und den dazugehörigen öffentlichen Einrichtungen aufkommt?

Sozialversicherung

Zu den Aufgaben der österreichischen Sozialpolitik zählt die Eingliederung und Wiedereingliederung von beeinträchtigten Menschen in die Gesellschaft, die unabhängig von der Behinderung erfolgt. Dabei werden die Kosten, der medizinischen, beruflichen, sozialen und pädagogischen Rehabilitation von unterschiedlichen Kostenträgern übernommen.³⁹ Wer schlussendlich für die entsprechenden Kosten zuständig ist, wird individuell ermittelt und durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Unter anderem zählt dazu auch die Frage nach dem Grund der Erkrankung. Es spielt genauso eine Rolle, ob die Personen arbeitslos sind oder davon betroffen werden.⁴⁰

Die medizinische Rehabilitation wird vorrangig von den Sozialversicherungen geleistet, wobei Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungen unterschiedliche Aufgaben übernehmen. Im engeren Sinne bedeute dies Folgendes:

„Die Unfallversicherung ist dafür zuständig, wenn der Grund für die Beeinträchtigung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist. Die Pensionsversicherung trifft Vorsorge für die Rehabilitation, wenn die Beeinträchtigung ohne die Gewährung von Leistungen der

³⁸ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, 37.

³⁹ Vgl. Ebda., 37.

⁴⁰ Vgl. Rehabilitation, Zuständigkeiten im Überblick, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/rehabilitation-zustaendigkeiten-ueberblick.html>, 30.05.2016

Rehabilitation voraussichtlich zu Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat. Die Krankenversicherung führt Maßnahmen der Rehabilitation für nicht (mehr) Anspruchsberechtigte der anderen beiden Träger oder für mitversicherte Personen in ergänzender Weise durch.“⁴¹

Der Bund fördert vor allem die berufliche und soziale Rehabilitation. Er ist im Rahmen des Behinderteneinstellungsgesetzes verantwortlich für die Integration behinderter Menschen in das Berufsleben. Die Bundesländer hingegen verhalten sich zu den Leistungskategorien subsidiär. Das bedeutet, dass sie nur dann die Kosten tragen, wenn keine vergleichbaren Leistungen durch Bund, Sozialversicherung oder dem Arbeitsmarktservice geleistet werden.⁴²

Universelle Systeme

In diese Kategorie fallen Sozialleistungen, deren Anspruch unabhängig vom Erwerbsstatus und den Einkommensverhältnissen erfolgt. Dazu zählen die Familienbeihilfe und das Kinderbetreuungsgeld sowie das Pflegegeld. Abhängig vom Alter und der Anzahl der Kinder werden diese Fördermittel berechnet.⁴³

⁴¹ Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH 2015, 10.

⁴² Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, 39.

⁴³ Vgl. Ebda., 30.

Prävention und Rehabilitation

Um nicht zu vergessen, dass es sich bei therapeutischen Maßnahmen nicht nur um die Nachbehandlung oder um das Vorantreiben des Heilungsprozesses handelt, sollte der Bereich der Prävention der Rehabilitation gleichgestellt werden. Ein Überblick über die aktuelle Situation in Österreich soll Auskunft über Maßnahmen, Förderungen und Kosten geben.

In Österreich umfasst das Gesundheitswesen drei große Bereiche, dazu zählen die Krankenversorgung, die Gesundheitsförderung und die Prävention, wobei die beiden letzteren Gebiete in den letzten Jahren vermehrt an Bedeutung zunahmen. Es geht vor allem darum, dass vorbeugende Maßnahmen getroffen werden, die unsere Gesundheit erhalten und Krankheiten vermeiden sollen. Um diesen Standard aufrecht zu erhalten und weiter zu entwickeln, werden in Österreich umfassende Planungsarbeiten vorgenommen. Es wird gezielt dem Aufbau eines bundesweiten Qualitätssystems nachgegangen.⁴⁴

Das Gesundheitssystem in Österreich wird öffentlich organisiert. Teilbereiche des Gebietes, wie zum Beispiel Verwaltung, Finanzierung und Qualitätskontrolle, werden aufgeteilt auf „[...] Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung und gesetzliche Interessenvertretungen“.⁴⁵

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben erfolgt in erster Linie aus öffentlichen Geldern. Beiträge der Sozialversicherung und den Steuergeldern werden herangezogen, aber auch private Beiträge tragen zur Finanzierung bei. Zu diesen zählen private Krankenversicherungen, Rezeptgebühren, Selbstbehalte etc.

⁴⁴Vgl. Das Gesundheitswesen in Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitswesen_LN.html, 02.06.2016

⁴⁵Das Gesundheitswesen in Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitswesen_LN.html, 02.06.2016

Nicht immer kommt es zu gerechtfertigten Ausgaben öffentlicher Gelder: Betrachtet man jedoch die Verteilung der österreichischen Steuergelder wird ersichtlich, dass der zweitgrößte Bereich das Gesundheitswesen betrifft.

Seit dem Jahr 1998 ist in Österreich das Gesundheitsförderungsgesetz in Kraft, in dem „[...] Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention [...]“⁴⁶ festgelegt wurden. Die Sozialversicherung hat sich daher zum Ziel gesetzt, die Entwicklung und Förderung gesunder Lebensräume und Verhaltensweisen zu unterstützen.

Eine weitere bundesweite Kontaktstelle zur Förderung und Vorsorge der Gesundheit ist der ‚Fonds Gesundes Österreich‘, der für Informationskampagnen verantwortlich ist und für die Unterstützung von Projekten sorgt. Diese Entwicklungen sollen jedoch nicht nur vom Bundesland ausgehen, sie sind ebenso Aufgabe der Länder.⁴⁷

⁴⁶ Das Gesundheitswesen in Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitswesen_LN.html, 02.06.2016

⁴⁷ Vgl. Das Gesundheitswesen in Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitswesen_LN.html, 02.06.2016



Abb. 04 Voka_dry dock

KAPITEL III

- Center for spinal cord and brain injuries |
Herzog und De Meuron
- Belmont community rehabilitation centre |
Billard Leece Partnership
- Centre for cancer and health |
Nord Architects

Center for Spinal Cord and Brain Injuries

Architekten:	Herzog and De Meuron
Fertigstellung:	2002
Standort:	Basel, Schweiz
Nutzfläche:	22 890 m ²

Vor mehr als einem Jahrzehnt war die Krankenhaustypologie in erster Linie durch die Optimierung medizinischer Versorgung geprägt. Die architektonischen Qualitäten traten in den Hintergrund. Man beachtete nicht, dass die Räumlichkeiten, in denen sich die PatientInnen aufhielten, einen positiven Effekt zum Wohlbefinden und zum Heilungsprozess beitragen könnten. Für den Bau des neuen Rehabilitations Centers in Basel wurde genau auf diese Kriterien Wert gelegt.

Herzog und De Meuron bewiesen mit dem Entwurf, dass ein Reha-Center nicht einem Spital gleichen muss. Sie entwickelten ein neues Organisationsmodell, welche die monotone Reihung der Zimmer sowie die strikte Trennung von Behandlungstrakt und Bettenhaus verabschiedete.

Städtebauliche Situation

Das Reha-Center befindet sich im Nordwesten der Stadt Basel und ist nur wenige Meter von der Grenze zu Frankreich entfernt. Die Umgebung zeichnet sich durch eine Mischbebauung aus, wobei die Wohn- und Siedlungsbauten vom Südosten bis zum Westen dominieren. Im Osten des Geländes befindet sich das Bürgerspital sowie Hotels und Freizeitanlagen. Nur wenige Kilometer entfernt liegt das Universitätsspital. Im Norden des Areales ist ein Freizeit- und Sportzentrum verortet. Die Lage des REHAB sorgt für eine einfache und gute Anbindung, die mittels öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln erfolgen kann.⁴⁸

⁴⁸Vgl. Rehab Basel, Ein Stück Japan am Rande Basels, <http://www.nextroom.at/building.php?id=582,01.06.2016>



Abb. 05 H&D_ Rehab Basel

Konzept/Architektur

Der neue Baukörper weist eine Grundfläche von 120 x 90 Metern auf. Es wirkt von der Ferne wie ein breit gelagertes Volumen. Im Erdgeschoss sind die Behandlungsräume angeordnet. Im Obergeschoss befinden sich 5 Stationen mit insgesamt 84 Betten. Ein drittes zentrales aufgesetztes Geschoss bietet eine Mediathek und Hotelzimmer für Besucher. Des Weiteren wird den Rehabilitanden, die kurz vor der Entlassung stehen, eine Wohnung geboten, in der sie das selbstständige Wohnen festigen können.

Das Volumen wird durch fünf Höfe zониert, wobei jedem eine spezifische Nutzung zugeteilt ist. Außerdem trennen sie die einzelnen Funktionsbereiche im Erdgeschoss. Dazu zählen Therapieräume für Physiotherapie und Psychotherapie, die medizinische Station, die Tagesklinik sowie die Verwaltung.

Betrachtet man sich die Grundrisse genauer, wird einem zu Beginn der Eindruck eines Labyrinths aus Höfen vermittelt. Jedoch handelt es sich um streng und logisch organisierte Raumfolgen, die ebenso im OG spürbar sind.

Der Großteil der Zimmer aus 5 Stationen ist nach außen hin positioniert. Die Personal- und Versorgungsbereiche orientieren sich dagegen zum Inneren des Volumens. Jeder Station ist ein weiterer Lichthof zugeteilt, die sich durch unterschiedlich polygonal geschnittenen

Öffnungen vom Gesamtvolumen differenzieren. Für die Architekten war es wichtig, eine Kombination von Regelmäßigkeit und Unregelmäßigkeit aufzuzeigen.

Die äußerste Fassadenschicht wird aus schmalen Eichenholz-Rundstäben gebildet. Sie dienen als Brüstungselemente für die Patientenzimmer im OG und gleichzeitig übernehmen sie im EG eine schattenspendende Funktion. Die Verbindung der einzelnen Stäbe funktioniert mittels leuchtenden Plexiglasperlen. Im gesamten verleiht die Fassade dem Gebäude eine fast pavillonartige Leichtigkeit

In einem der fünf Höfe befindet sich das Therapiebad, das einer expressiven Betonskulptur gleicht. Die äußere Hülle wird durch runde Öffnungen durchbrochen. Von innen betrachtet erinnert das Dach an das Bild eines Sternenhimmels.

Zu weiteren Durchbrüchen der Dachhaut kommt es in den Patientenzimmern. Diese sind von herkömmlichen sterilen Zimmern weit entfernt. Die Nasszellen sind in starken Farben ausgeführt, die über Lichtkuppeln belichtet werden. Ein weiteres Augenmerk stellen die transparenten Lichtkuppeln, die sich zum Teil in das Zimmer wölben, dar. Den Rehabilitanden ist somit ein Ausblick auf den Himmel gewährt. Die Beziehung zwischen Innen und Außen wird dadurch verstärkt.⁴⁹

⁴⁹ Vgl. Rehab Basel, Ein Stück Japan am Rande Basels, <http://www.nextroom.at/building.php?id=582,01.06.2016>

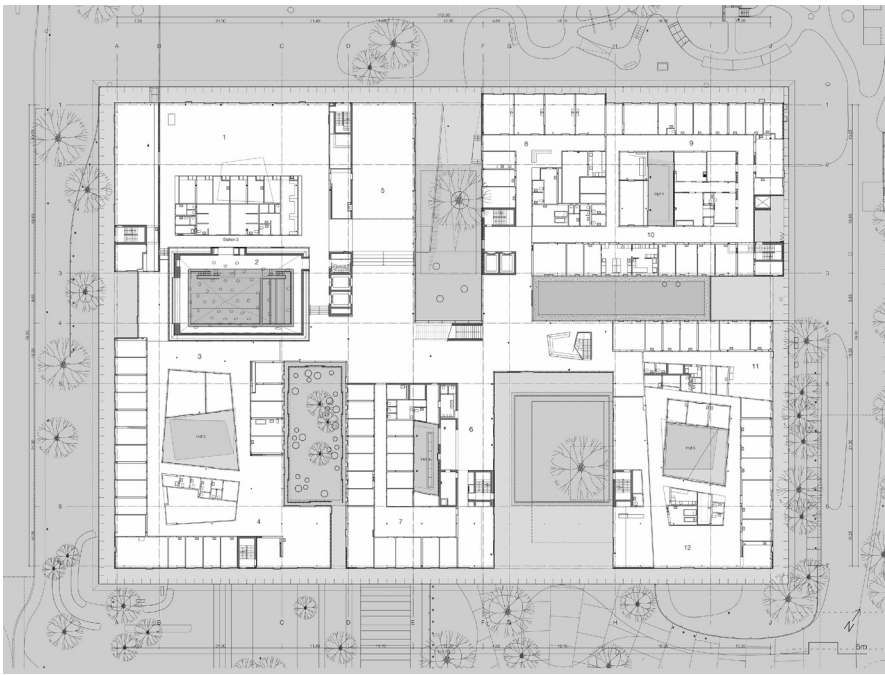


Abb. 06 H&D_Rehab Basel; EG Grundriss



Abb. 07 H&D_Rehab Basel; Innenaufnahme

Belmont Community Rehabilitation Centre

Architekt:	Billard Leece Partnership
Fertigstellung:	2012
Standort:	Belmont, Australien
Nutzfläche:	600 m ²

Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Erweiterung des bereits bestehenden Gesundheitszentrums und bietet Therapiemöglichkeiten auf ambulanter Basis an. Dazu zählen unter anderem Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie sowie Psychotherapie.

Städtebau

Die Therapiestätte befindet sich eingebettet inmitten eines Wohngebiets in Belmont - Australien. Zusammen mit dem bestehenden Gesundheitszentrum und weiteren öffentlichen Strukturen wie Schulen, Kindergärten und Freizeiteinrichtungen wird ein zentraler Ortskern geschaffen. Die Lage des Rehasentrums bietet eine einfache und schnelle Erreichbarkeit, da es in unmittelbarer Nähe der Hauptverkehrsstraße liegt.

Konzept/Architektur

Das eingeschossige Volumen bildet mit den Bestandsgebäuden eine zusammenhängende Struktur. Jedoch wirkt das Gebäude aufgrund seiner stark ausformulierten Fassade als selbstständiges Volumen. Nur der schmale Gang stellt eine Verbindung zum Gesundheitszentrum her.

Erschlossen wird das Rehasentrum über einen gemeinsamen Empfang im Hauptgebäude. Die Behandlungsräume sind strikt entlang der Außenfassade positioniert. Um der intensiven Sonneneinstrahlung Australiens entgegen zu wirken, wurden großformatige selbstverschattende Fenster eingesetzt. Sie sorgen für natürliches Licht in den Behandlungs- und Personalräumen, wobei letztere teilweise in das Innere des Gebäudes orientiert sind.⁵⁰

⁵⁰ Vgl. Belmont Community and Rehabilitation Centre, <http://www.archdaily.com/431771/belmont-community-rehabilitation-centre-billard-leece-partnership>, 26.05.2016.



Abb. 08 BLP, Luftaufnahme - Gesundheitszentrum



Abb. 09 BLP, Grundriss - Rehasentrum Belmont

Der große Gymnastikraum richtet sich zum Innenhof und schafft aufgrund der großen Fensteröffnungen eine Beziehung zwischen innen und außen. Es ist klar zu erkennen, dass die Räume, in denen sich die Rehabilitanden aufhalten, immer Bezug nach außen aufnehmen und Richtung Nord-Ost, Süd-Ost und Süd-West orientiert sind. Die Nebenräume und Personalräume hingegen sind nach Nord-Westen ausgerichtet.

Die Fassade wurde mit Zypressenholz errichtet. Die Auswahl der Holzgattung ist auf seine Nachhaltigkeit, die natürliche Ausstrahlung und die inhärente Wärme des Materials zurückzuführen. Aufgrund der starken Sonneneinstrahlung in Australien muss ein besonderes Augenmerk auf eine ausreichende Verschattung der Räumlichkeiten gelegt werden. Daher sind die Fassaden des Gebäudes besonders auffallend. Die zwei zur Straße gewandten Fassaden, hier Richtung Osten und Süden, sind durch geometrisch geformte Vertiefungen geprägt, die selbstverschattende Fenster aufweisen. Die Fassade zum Innenhof sowie die Nord-West ausgerichtete Fassade tragen aufgrund der dynamisch geformten Sonnenschutz-Paneele, die sich direkt über den Fenstern befinden, maßgebend zum Erscheinungsbild bei.⁵¹

⁵¹ Vgl. Belmont Community and Rehabilitation Centre, <http://www.archdaily.com/431771/belmont-community-rehabilitation-centre-billard-leece-partnership>, 26.05.2016.



Abb. 10 BLP_ Fassade 01



Abb. 11 BLP_ Fassade 02

Centre for Cancer and Health

Architekten:	Nord Architects
Fertigstellung:	2011
Standort:	Kopenhagen, Dänemark
Nutzfläche:	2.250 m ² ⁵¹

Dänemark zählt statistisch gesehen leider zu den Ländern Skandinaviens, in denen Krebserkrankungen am häufigsten auftreten. Die dänische Regierung fördert daher Maßnahmen zur Früherkennung sowie den Ausbau und die Verbesserung von Einrichtungen, die das Heilverfahren positiv beeinflussen. Dazu zählt auch der Bau des Rehabilitationszentrums für an Krebs erkrankte Menschen.

Städtebau

Das Rehaszentrum befindet sich nordwestlich des Stadtzentrums und wurde in unmittelbarer Nähe zur Universitätsklinik errichtet, das nur wenige Gehminuten entfernt liegt. Die Bebauungsstruktur der Umgebung zeichnet sich größtenteils durch Zeilen- und Blockrandbebauung aus, in die sich das Gebäude einfügt. Aufgrund seiner außergewöhnlichen Dachform wirkt es wie ein kleines Dorf. Der angrenzende Park dient als Abgrenzung zur naheliegenden Straßenkreuzung.

Architektur/Konzept

Ziel war es, einen Baukörper zu schaffen, der nicht an ein Krankenhaus erinnert, sondern eine ruhige Atmosphäre bildet, in der die Betroffenen sich erholen, zurückziehen, austauschen und ihrem Therapieplan nachgehen können. Innerhalb des zweigeschossigen Volumens werden Patienten- und Behandlungszimmer angeboten und um die gemeinschaftlichen Aktivitäten zu fördern ist ein offener Kochbereich sowie ausreichend Platz für sportliche Tätigkeiten wie Klettern und Gymnastik vorhanden.

⁵² Vgl. Center for Cancer and Health, <http://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects>, 04.06.2016.



Abb. 12 NA_ Fassade straßenseitig

Die Haupteinschließung erfolgt über die Nordfassade. Der Empfang ist großzügig gestaltet und bietet einen direkten Blick in den Innenhof des Zentrums. Ein schmaler Flur verläuft entlang des Innenhofes, von dem aus die außenliegenden Behandlungsräume, Gemeinschaftsräume und Büros erschlossen werden. Die innenliegenden Räume werden durch den großzügigen Innenhof belichtet.

Das Obergeschoss wird durch die Haupttreppe im Foyer und über eine Treppe im Südwesten des Gebäudes erschlossen. Es differenziert sich erheblich vom Erdgeschoss, da die Räume hier zwei- bis dreimal so hoch sind. Die außergewöhnliche Dachstruktur wird bis zu den Spitzen ausgenutzt und bietet Platz für gemeinschaftliche Aktivitäten. Des Weiteren befinden sich hier, wie auch im EG, Besprechungs- und Behandlungszimmer.

Die Gebäudehülle weist zwei unterschiedliche Materialien auf. Die straßenseitige Fassade sowie die Dachhaut wurden mit großformatigen Aluminiumplatten überzogen. Im Innenhof dagegen wählten die Architekten eine vertikale Holzschalung. Die Öffnungen sind unregelmäßig und weisen unterschiedliche Formate auf, die dem Gebäude etwas Spielerisches verleihen.

Die Kontur des Zentrums gleicht einer Aneinanderreihung von Satteldächern. Die verschieden geformten Giebel erzeugen im Gesamten diese unregelmäßige Dachlandschaft. Das Bauvolumen wird dadurch verringert und auf einen kleineren Maßstab gebracht. Das Dach wurde aus Holz und Stahl konstruiert und zum größten Teil vorgefertigt.⁵³

⁵³ Vgl. http://www.baunetzwissen.de/objektartikel/Geneigtes-Dach-Rehazentrum-fuer-Krebspatienten-in-Kopenhagen_2978275.html, 04.06.2016.

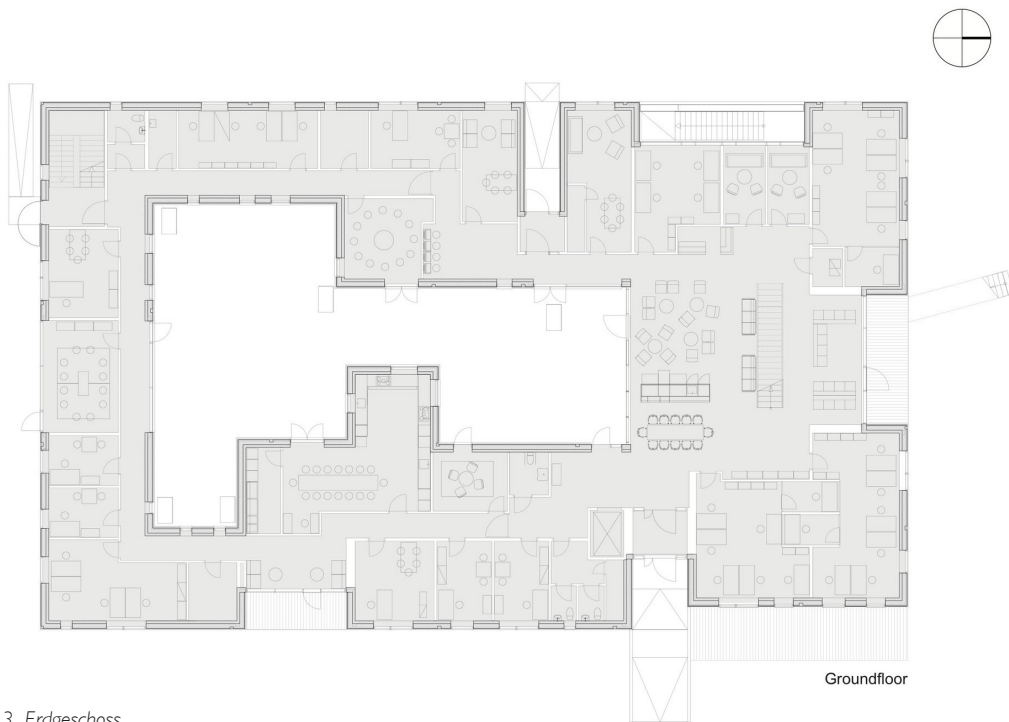


Abb. 13 Erdgeschoss

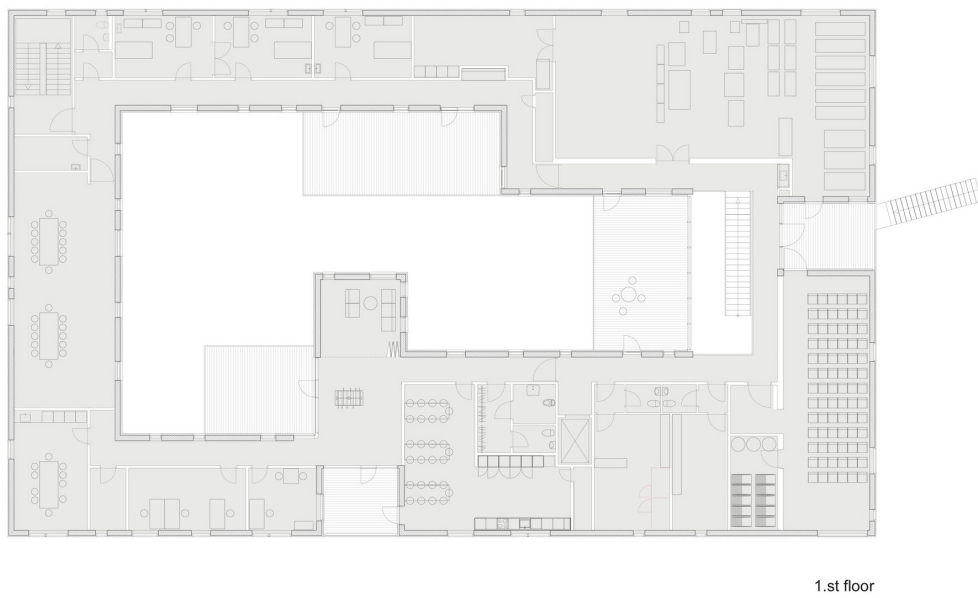


Abb. 14 Obergeschoss

Resümee

Bei der Gegenüberstellung der Objekte lässt sich feststellen, dass alle drei Projekte ein ähnliches Konzept verfolgen. In erster Linie wurde versucht, sich von der Krankenhaus-Typologie zu differenzieren und einen kleineren, auf den Menschen bezogenen, Maßstab zum Ziel zu nehmen.

Die städtebaulichen Gefüge, in denen sich die Gebäude eingliedern, bieten beste Voraussetzungen für die Anbindung an den öffentlichen und privaten Verkehr. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der hier zu erwähnen ist, ist dass sich die Einrichtungen jedoch immer in unmittelbarer Nähe zu bestehenden Krankenhäusern befinden. Meistens sind diese von dort aus fußläufig erreichbar. Besonders in städtischen aber auch ländlichen Gefüge führt dies vermehrt zu einer Ansammlung von Gesundheitseinrichtungen an einem Ort. Das Erreichen einer flächendeckenden Auslastung erscheint unter diesen Rahmenbedingungen als unwahrscheinlich.

Aus Erfahrungen und Gesprächen mit betroffenen Personen zeigt sich, dass die Kommunikation untereinander für PatientInnen von großer Bedeutung ist. Bei zwei von den drei analysierten Projekten sind diese Aufenthaltszonen großzügig anzufinden und bilden eines der leitenden Themen im Gebäude.

Ein weiteres Merkmal der Gebäude ist der Bezug zur Natur, zum Außenraum. Großzügige Atrien wirken einladend, hell und freundlich. Der Einsatz von Tageslicht in Nachfolgeeinrichtungen ist maßgebend. Das Gefühl einer freundlichen, erholsamen Atmosphäre sollte vermittelt werden. Tageslicht kann durch die Atrien und den Innenhöfen eintreten und für eine natürliche Belichtung der Gänge und Räume sorgen, gleichzeitig werden sie auch als Aufenthaltszonen in Gebrauch genommen.

Das Spannende an den Projekten ist ebenso der Umgang mit den Gebäudehüllen. Von außen sind die Inhalte kaum abzulesen und umso interessanter wird dadurch die Auseinandersetzung mit diesen Objekten.

Grundsätzlich weichen diese drei Projekte von den großen Rehabilitationsstätten ab und stellen diese in Frage. Die Entwicklungen zeigen, dass sich die Bevölkerung von den Großstrukturen langsam abwendet und eine kleinere, familiäre Atmosphäre für ihre Regenerierung vorzieht.



KAPITEL IV

-Verortung

ENTWURF

Der Ort

St. Paul im Lavanttal

Die Marktgemeinde St. Paul befindet sich im unteren Lavanttal und bildet zusammen mit acht weiteren Gemeinden den politischen Bezirk Wolfsberg in Kärnten. Der gesamte Bezirk umfasst um die 60 000 Einwohner, wobei sich die Gemeinde St. Paul mit einer Einwohnerzahl von circa 3 480 Personen beteiligt.

Der Markt hat in den letzten Jahrzehnten, vor allem durch das Benediktiner Stift und dem dazugehörigen Stiftsgymnasium, an Aufmerksamkeit erfahren. Bereits 1991 konnte das Stift mit der 1. Kärntner Landesausstellung überzeugen. Bis heute folgen noch immer zahlreiche interessante Ausstellungen, die St. Paul zu einem attraktiven Ausflugsziel machen. Aufgrund des reichhaltigen Angebotes an Kunstschätzen und nicht zuletzt auch der idyllischen Landschaft, bekam St. Paul das Prädikat ‚Schatzhaus Kärntens‘ verliehen.⁵⁴

Die Marktgemeinde kennzeichnet sich durch das vielfältige Angebot gewerblicher Institutionen aus. Klein-, Mittel- und Großunternehmen sind hier vertreten. Die Infrastruktur ist bestens ausgebaut und bietet eine Vielzahl an Nahversorgern, öffentlichen Verkehrsmitteln und Bildungseinrichtungen an.

⁵⁴Vgl. Gemeinde St. Paul im Lavanttal, Geschichte, <http://www.sanktpaul.at/politik/ueber-st-paul/geschichte/>, 26.05.2016.



Abb. 15 Stiftskirche St. Paul im Lavanttal

Standort

Die Wahl des Standortes ist einerseits durch meinen persönlichen Bezug zur Gemeinde entstanden und andererseits waren Faktoren, wie bereits am Anfang der Arbeit erwähnt, das zu geringe Angebot therapeutischer Möglichkeiten im südlichen Lavanttal, sowie familiäre Ereignisse ausschlaggebend.

Auf der Suche nach einem geeigneten Bauplatz standen zu Beginn der Arbeit zwei Grundstücke zur Auswahl. Eines befindet sich am Ortsrand, das Andere ist eingebettet im Ortsinneren. Beide Plätze waren für das Thema geeignet, jedoch wurde die Wahl auf letzteres aufgrund der besseren Gegebenheiten hinsichtlich der Erreichbarkeit und der bereits vorhandenen Infrastruktur getroffen.

Anhand des Schwarzplanes lässt sich gut erkennen, dass sich das Grundstück nur wenige Gehminuten vom Ortskern entfernt befindet. Die zentrale Lage bietet den Vorteil, dass das Baufeld selbst, aber auch die in unmittelbarer Nähe befindlichen Einrichtungen in wenigen Minuten, zu Fuß oder mit dem Auto, erreicht werden können.

Generell zeigt sich in der Ortschaft eine lockere Bebauung, die sich nach und nach in Einfamilienhäusern auflöst. Die angrenzenden Siedlungsbauten im Norden und Westen sind dreigeschossig ausgeführt, wo hingegen die Einfamilienhäuser im Südwesten maximal zwei Geschosse aufweisen. Eine Verdichtung im Ortsgefüge wäre hier nicht willkommen.



Abb. 16 Einrichtungen in unmittelbarer Nähe des Bauplatzes

Zum Bauplatz

Der langgezogene und nord-südlich ausgerichtete Bauplatz wird aktuell für landwirtschaftliche Zwecke genutzt und ist im Norden durch die Trattenstraße und im Süd-Osten durch ein privates Grundstück begrenzt. Die Erschließung erfolgt hier über eine schmale, nicht befestigte Zufahrt, die sich im Süden befindet. Hier ist weiters zu erwähnen, dass die nördliche Straße als reiner Fußgängerweg fungiert und daher die Haupteerschließung über die Schießstattstraße erfolgen muss. Im Zuge des Neubaus - Betreutes Wohnen, wollte die Gemeinde die Erschließung des Grundstückes miteinbeziehen, jedoch wurde dieses Vorhaben nicht umgesetzt.

Das Baufeld bietet spannende und attraktive Aussichtspunkte an. Zum einem ist dies die Koralpe, die im Osten als Solitär empor ragt, und die Saualpe im Westen. Zum anderen wird einem der Blick, neben dem Benediktinerstift, auf die Josefsbergkirche, die Wallfahrtskirche zum Heiligen Johannes sowie die Burgruine Rabenstein geboten, die sich entlang des Josefsbergs, der sich im Süd-Osten der Marktgemeinde befindet, erstrecken.

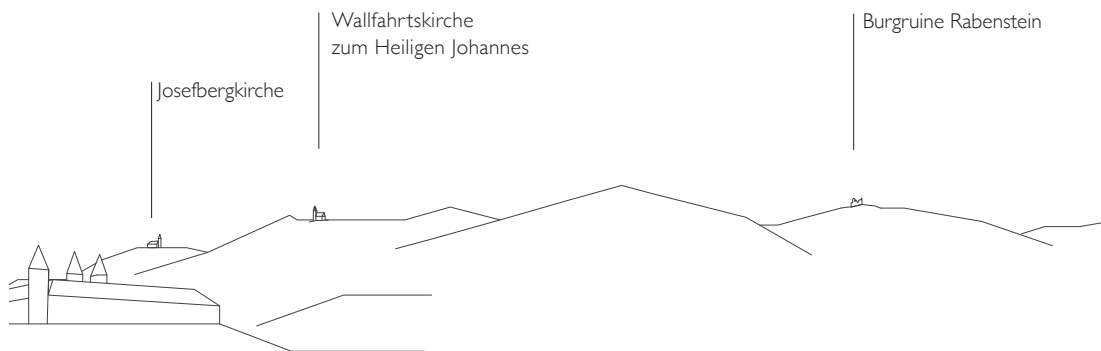


Abb. 17 schematische Darstellung Josefsberg



Abb. 18 Lageplan M 1:500



Abb. 19 Blick vom Bauplatz in Richtung Norden



Abb. 20 Blick vom Bauplatz in Richtung Süd-Ost

Raumprogramm

Das neue Therapiezentrum soll Raum zur Genesung, Erholung und vor allem zum Austausch bieten. Auf zwei Geschossen werden 762,5 m² an Nutzfläche verteilt, wo eine Vereinigung von Therapie, Gemeinschaftsflächen und stationären Einheiten erfolgt. Abgerundet wird das Raumprogramm durch das Angebot großzügiger Freiflächen im Außenbereich, die Platz für therapeutische Übungen im Freien, aber auch Platz für Ruhe bieten.

Die Zusammenstellung des Raumprogramms basiert einerseits auf gesetzlich vorgeschriebenen Räumgrößen, die für die Neuerrichtung von Therapieräumlichkeiten einzuhalten sind und andererseits auf die in Kapitel III analysierten Referenz-Projekte. Der Vergleich von Raumgrößen abgeschlossener Diplomarbeiten war hilfreich, um das Verhältnis von öffentlichen und privaten Bereichen abzuwägen.

Weiters waren die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu beachten. Das zur Bebauung vorgesehene Grundstück weist eine Gesamtfläche von 3980 m² auf und ist im Flächenwidmungsplan als ‚Bauland-Wohngebiet‘ eingetragen. Die von der Gemeinde vorgeschriebene Bebauungsdichte beträgt in dieser Zone 0.5. Im Entwurf wurde darauf geachtet, diesen Wert nicht zu überschreiten. Miteinzubeziehen war die Planung von neuen KFZ-Stellplätzen. Vorgeschrieben sind für ‚sonstige Bauvorhaben je 100 m² Nutzfläche - 1 Stellplatz‘. Für diesen Entwurf heißt es, dass ca. 10-12 Parkplätze miteinzuplanen sind.⁵⁵

⁵⁵ Vgl. Gemeinde St. Paul im Lavanttal, Bauen und Wohnen, http://www.sanktpaul.at/wp-content/uploads/2016/04/Verordnung_Bebauungsplan.pdf (15.06.2016)

Therapieräumlichkeiten

Ärztzimmer	21 m2
4 Behandlungszimmer á	16,5 m2
Kraftraum	41 m2
Gymnastikraum -	
Gemeinschaftstherapie	48 m2
Bewegungsbad	43 m2
Werkstätte	62,5 m2
Umkleide D - WC	13 m2
Umkleide H - WC	13 m2

∑ 258 m2

Personal

Empfang	23 m2
Back Office	20 m2
Personalzimmer -	
Bereitschaftszimmer	31 m2
Umkleide D - WC	8 m2
Umkleide H - WC	8 m2

∑ 90 m2

Stationär

5 EZ DZ á	21,5 m2
Ess-Aufenthaltsraum	76 m2

∑ 97,5 m2

Aufenthaltsbereiche

Wartebereich Eingang	45 m2
Wartebereich Therapie	22 m2
Aufenthaltsbereich OG	65 m2
WC Besucher EG	7 m2
WC Besucher OG	17,5 m2

∑ 156,5 m2

Nebenräume

Lager EG	23,5 m2
Lager OG	10 m2
Lager DG	15 m2
Lager KG	43 m2
Technik Bad	4 m2
Wasch und Trockenraum	20 m2
Haustechnik	45 m2

∑ 160,5 m2

Entwurfskonzept

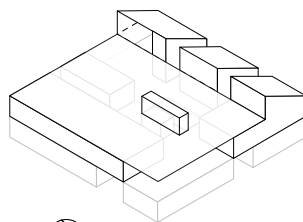
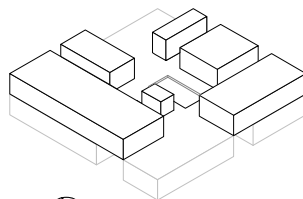
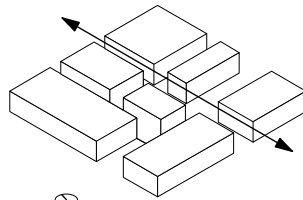
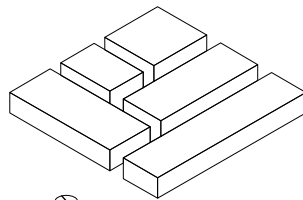
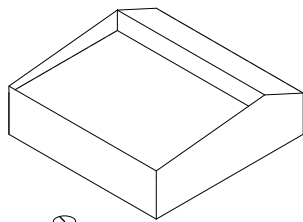
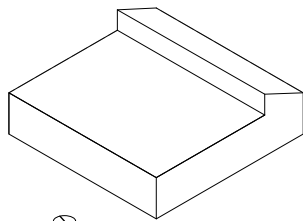
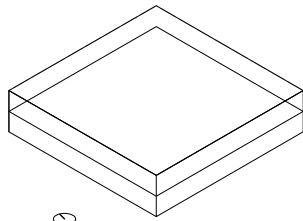
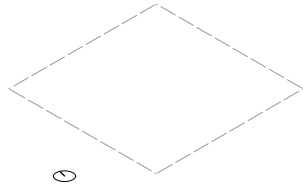
Die Basis für das Gebäude bildet eine quadratische Grundfläche mit den Außenmaßen von 25 x 25 Metern. Diese geometrische Form steht für Klarheit und Schlichtheit und findet bereits in der frühen bäuerlichen Architektur Kärntens einklang.

Um nicht über die vorgeschriebene Bebauungsdichte der Gemeinde zu gelangen, werden zwei Ebenen benötigt.

Die Räume an der Ostseite werden in die Höhe extrudiert und erhalten zusätzlich, über Oberlichtfenster, Tageslicht. In Anlehnung an die Umgebung wird der Giebel bis zur Traufe verlängert. Die Wände bieten Schutz vor äußeren Einflüssen und schaffen einen neuen Rückzugsort.

Die innere Struktur des Gebäudes ist klar definiert. Das Volumen wird im Erdgeschoss zunächst in fünf Teile geteilt, welche durch die Schaffung einer weiteren Sichtachse wiederum in sieben Bereiche geteilt werden. Jedem dieser Körper wird eine andere Funktion zugeteilt, die jedoch immer in Abhängigkeit zueinander stehen.

Im Obergeschoss wird diese Struktur teilweise aufgelöst, um einen offenen und hellen Raum zu schaffen und gleichzeitig eine freie Bewegung in dieser Ebene zu generieren. Für ausreichend Licht im Inneren des Volumens sorgt ein zentraler Lichtschacht, der über der Haupttreppe positioniert wird. Das Dachgeschoss wird nur mehr von dem nötigen Volumen durchstoßen.



Entwurf

Die Aufteilung des Raumprogrammes erfolgt auf mehreren Stockwerken. Da sich die Erdgeschosszone mit dem Thema des ‚Kommen und Gehens‘ auseinandersetzt, wird auf dieser Ebene der Bereich der ambulanten Versorgung/Therapie stattfinden. Im Gegensatz dazu kommt es im Obergeschoss zum ‚Verweilen‘. Das heißt, dass neben dem stationären Bereich weitere Aufenthaltszonen für Patienten geschaffen werden, die sich mehrere Stunden oder tageweise im Therapiezentrum befinden.

Zunächst kommt es aber zur Erschließung des Volumens. Der Hauptzugang zum Therapiezentrum erfolgt über die Südseite und wird durch den Rücksprung in der Fassade symbolisiert. Ein weiterer Zugang befindet sich auf der Ost-Seite, der für das Personal sowie der An- und Ablieferung vorgesehen ist. Das gesamte Gebäude ist barrierefrei geplant. Zwei Lifte sorgen für die vertikale Bewegung im Gebäude, wobei der Lift im Eingangsbereich für Patienten und Besucher vorgesehen ist und der zweite Lift im Nebenbereich, dem Personal, den Bettentransport sowie der Anlieferung für das Essen dient. Die Verbindung aller Geschosse erfolgt über die Fluchttreppe, die gegenüber des Bettenliftes ist. Im Eingangsbereich befindet sich die Haupttreppe, die eine Verbindung zwischen Obergeschoss und Erdgeschoss darstellt. Das über der Treppe geführte Oberlicht, stellt eine Erweiterung des Raumes und gleichzeitig eine vertikale Beziehung zum Dachgeschoss dar.

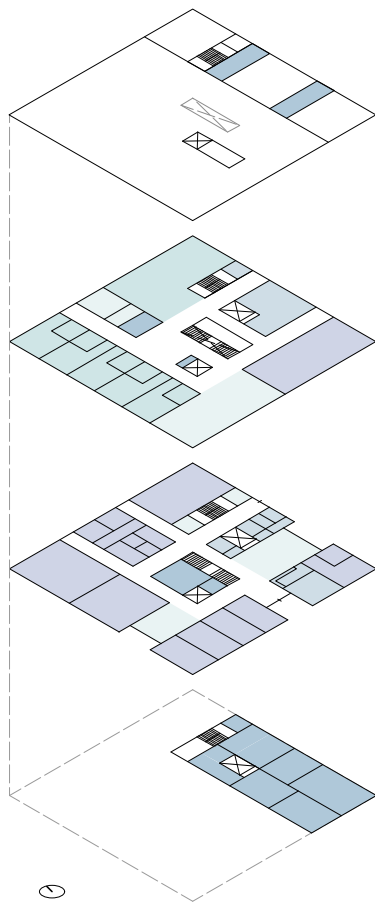
Neben der Haupttreppe befindet sich die Empfangstheke sowie ein großer und heller Aufenthaltsbe-

reich. Von hier aus werden die Patienten zur Erstuntersuchung bzw. zum Erstgespräch geleitet. Ein weiterer Wartebereich wird an der Westseite positioniert. Beide Bereiche gewähren den Besuchern Zugang nach außen. Die übrigen Einheiten im Erdgeschoss dienen den therapeutischen Maßnahmen und sind entlang der Süd-West-Seite des Gebäudes positioniert, ausgenommen dem Bewegungsbad, welches sich im Norden befindet.

Das Obergeschoss kennzeichnet sich durch das Angebot stationärer Einheiten aus. Fünf Einzelzimmer stehen zu Verfügung und können bei Bedarf auf ein Doppelzimmer ausgelegt werden, ohne dass die Barrierefreiheit genommen wird. Der große Seminarraum bietet Platz für weitere Therapiemaßnahmen und kann genauso als Werkstätte verwendet werden. Vor allem aber dient diese Ebene dem Austausch zwischen ambulanten und stationären Besuchern. Die Gemeinschaftsbereiche werden großzügig gestaltet und bieten ausreichend Platz für Patienten und Angehörige.

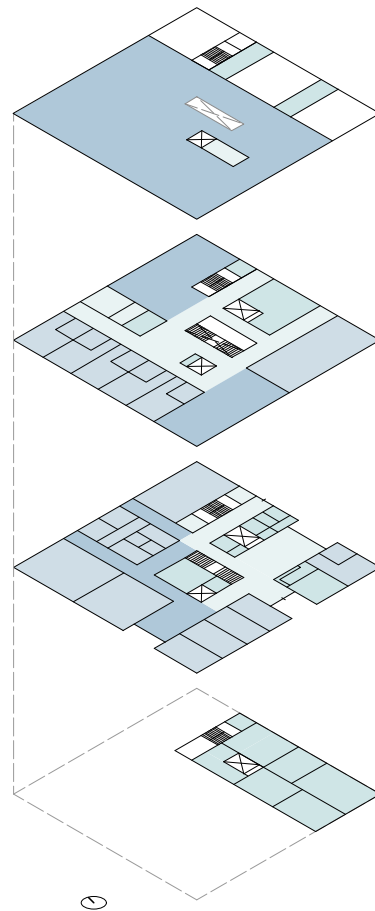
Um sich auch der Öffentlichkeit entziehen zu können, bietet die Dachterrasse einen Ort der Erholung und des Rückzugs an. Sie kann aber genauso für Therapieeinheiten in Anspruch genommen werden. Die Pergola sorgt für Schatten und bietet gleichzeitig einen passiven Sonnenschutz für den Aufenthaltsraum im OG.

Sämtliche Neben- und Lagerräume werden im Kellergeschoss untergebracht.



Funktionsdiagramm

- Therapieräumlichkeiten
- Personalbereich
- Stationärer Aufenthalt
- Warte- Aufenthaltsbereiche
- Nebenbereiche



Bereichsdiagramm

- Öffentlich
- Semi-Öffentlich
- Patienten
- Privat

Schwarzplan St. Paul im Lavanttal
M 1:10 000



Das Therapiezentrum positioniert sich im nördlichen Teil des Grundstückes und orientiert sich analog zur Umgebung. Ziel war es, sich in die lockere und offene Bebauungsweise der Gemeinde einzugliedern und ausreichend Platz gegenüber den Einfamilienhäusern im Osten zu generieren.

Weiters war die Anbindung an den bestehenden öffentlichen Gehweg von Vorteil, da dieser direkte Verbindungen, unter anderem, mit dem Kindergarten, dem Alten- und Pflegeheim sowie der ortsansässigen Hausärztin bietet. Die Hauptzufahrt erfolgt über die Schießstattstraße und wird bis kurz vor das Gebäude geführt. Hier mündet die Straße in einen großen Vorplatz, der ausreichend Bewegungsfreiheit für Personen und Autos bietet.

Lageplan
M 1:1 000



Die Durchwegung des Grundstückes entwickelt sich von unten nach oben, sprich von Süden nach Norden und spiegelt in ihrem Erscheinungsbild eine abstrakte Form eines Baumes wieder, wobei die Zufahrtsstraße als Stamm, die Wege als Ausläufer und das Gebäude als Krone angesehen werden können.

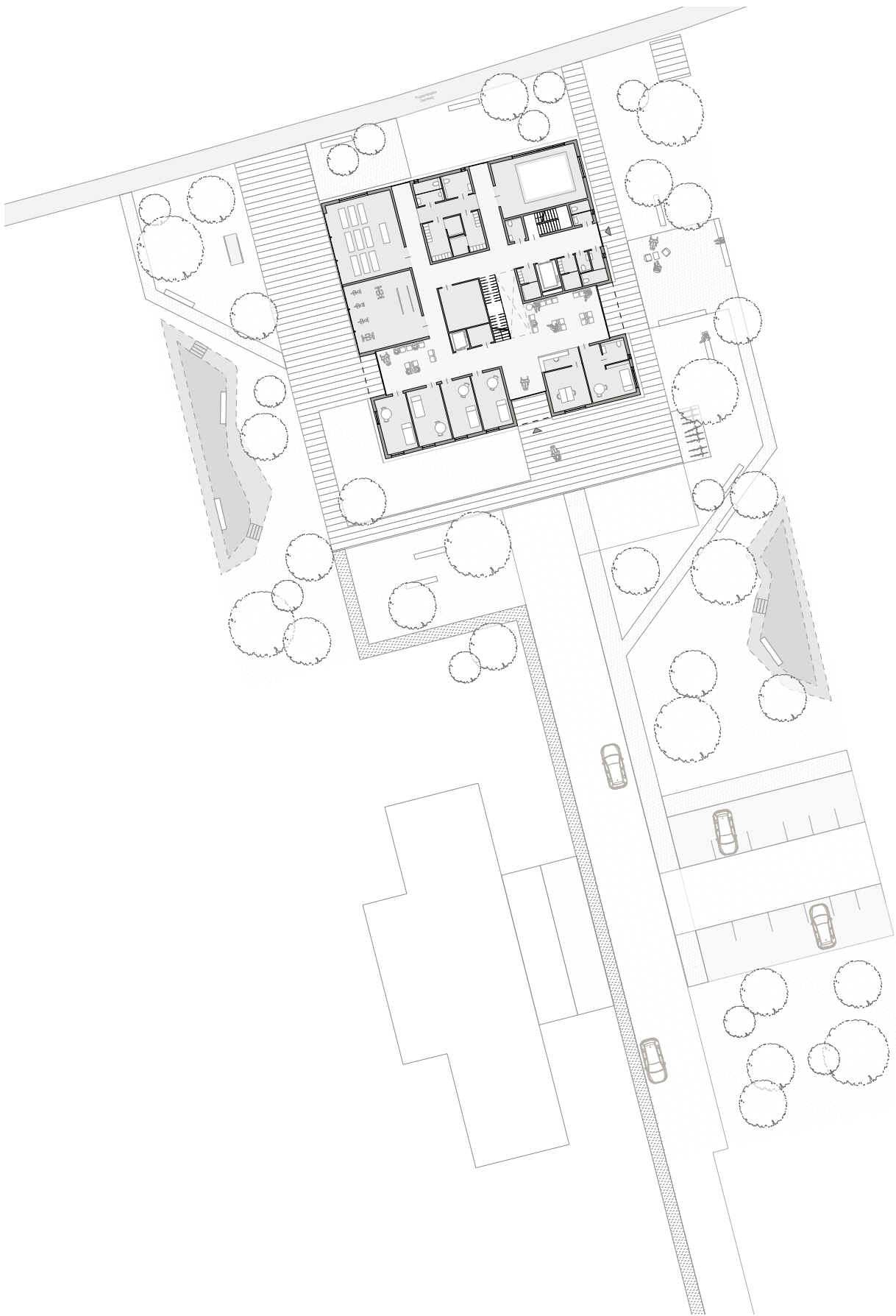
Um genügend Freifläche zu generieren, werden zu Beginn des Grundstückes die Parkplätze positioniert. Der Außenraum soll vor allem als Therapiegarten genutzt werden, aber auch Platz zum Verweilen bieten. Rund um das Gebäude werden großzügige befestigte Flächen angelegt, die den Besuchern einerseits ein Warten im Freien ermöglichen und andererseits die Option bieten, die Therapiestunden nach draußen zu verlegen. Im Bereich der Therapieräume im EG sowie des Bewegungsbades wurde darauf geachtet, dass genügend Freifläche zwischen Gehweg und Behandlungszimmer ist, um die Intimität der Patienten zu schützen.

Eine überdachte Müllsammelstelle wird im Norden des Grundstückes positioniert. Die Abholung findet hier entweder im Bereich des Kindergartens statt oder vorne bei der Hauptstraße. Beide Orte sind über den Fußgängerweg erreichbar.

Noch kurz zur Materialität der Oberflächen im Außenbereich - Die Zufahrtsstraße, die Parkplätze sowie die Gehwege werden asphaltiert und mit Raseneinfassungssteinen begrenzt. Die Befestigung der Flächen um das Gebäude erfolgt mittels Pflastersteinen mit enger Fuge. Ein müheloses flanieren soll in der gesamten Außenanlage möglich sein.

Abgerundet wird das Konzept des Außen- und Grünraums durch den Einsatz unterschiedlicher Laubbäume, dazu zählen Baumarten wie Ahorn, Eiche, Birke und Buche.

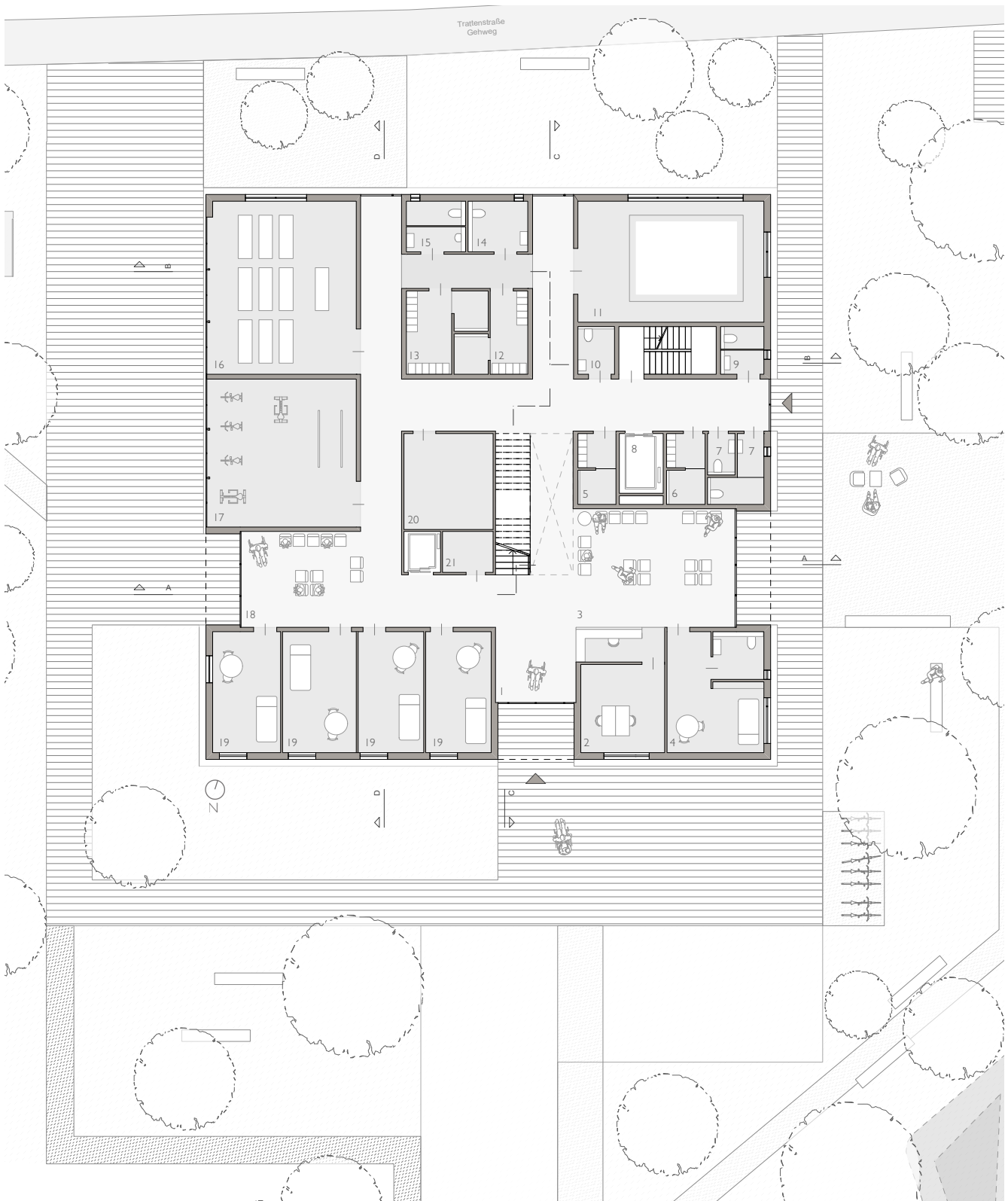
EG mit Außenanlageplan
M 1:500



1	Eingangsbereich, Empfang	23 m2
2	Back Office	20 m2
3	Wartebereich, Aufenthaltszone	45 m2
4	Ärztzimmer	21 m2
5	Umkleide Personal D	5 m2
6	Umkleide Personal H	5 m2
7	WC Personal	6 m2
8	Bettenlift	
9	WC Besucher H	3,5 m2
10	WC Besucher D, Barrierefrei	3,5 m2
11	Bewegungsbad	43 m2
12	Barrierefreie Umkleide H	9 m2
13	Barrierefreie Umkleide D	9 m2
14	WC Barrierefrei D	3,5 m2
15	WC H	4 m2
16	Gymnastikraum, Gemeinschaftstherapie	48 m2
17	Kraftraum, Physiotherapie	41 m2
18	Wartebereich	22 m2
19	Behandlungszimmer für Ergo-, Physio- und Logopädie	á 16,5 m2
20	Lager Sportgerät	16 m2
21	Lager Therapieräume	4 m2

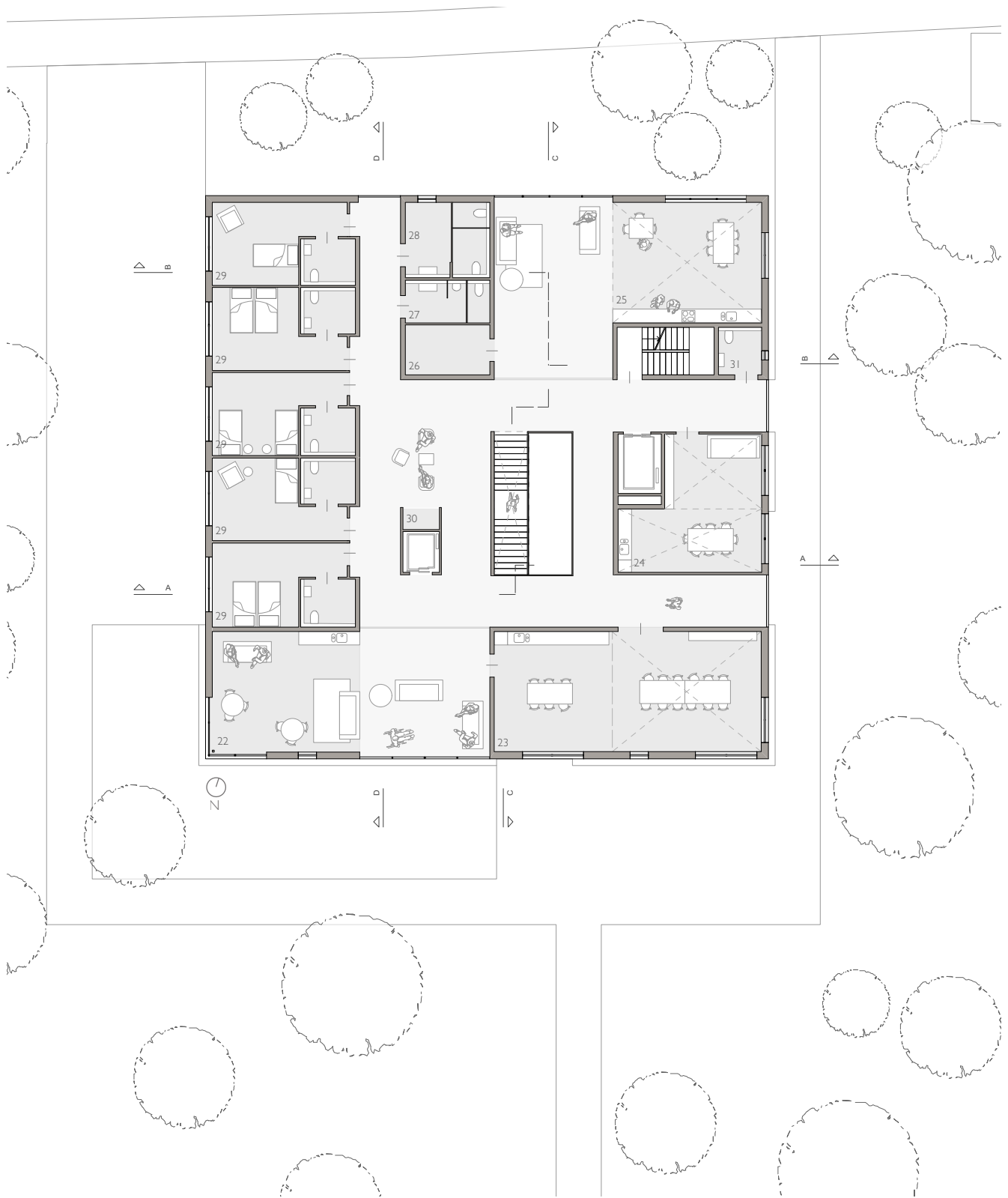
Erdgeschoss

M 1:250



22	Aufenthaltsbereich	65 m2
23	Seminarräume, Werkstätte	62,5 m2
24	Personalraum	31 m2
25	Küche, Aufenthaltsbereich	76 m2
26	Lager, Küche	8 m2
27	WC H	6,5 m2
28	WC D, Barrierefrei	11 m2
29	Zimmer stationär	á 21,5 m2
30	Schrankraum, Lager	2 m2
31	WC, Personal	3,5 m2

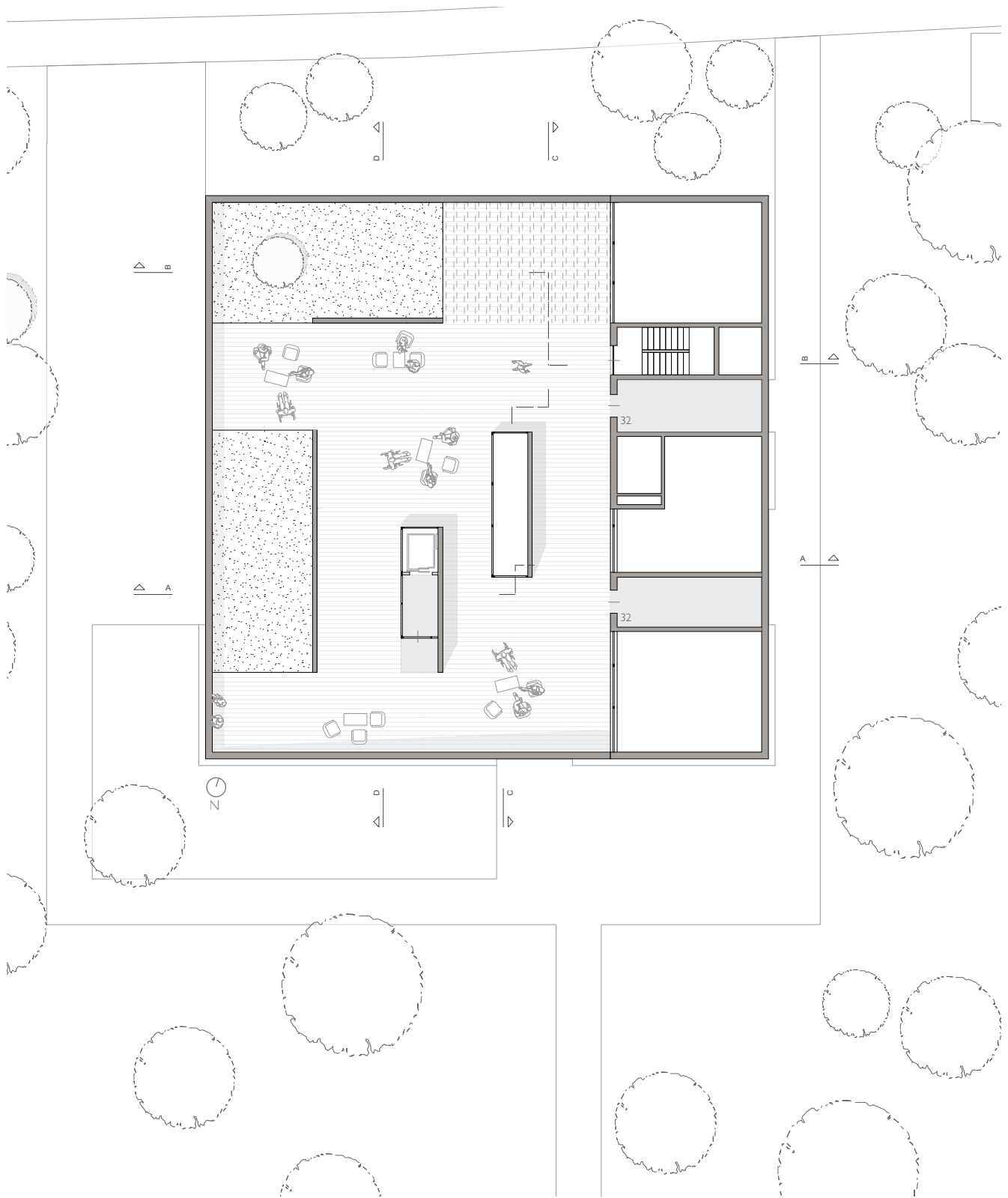
I. Obergeschoss
M 1:250



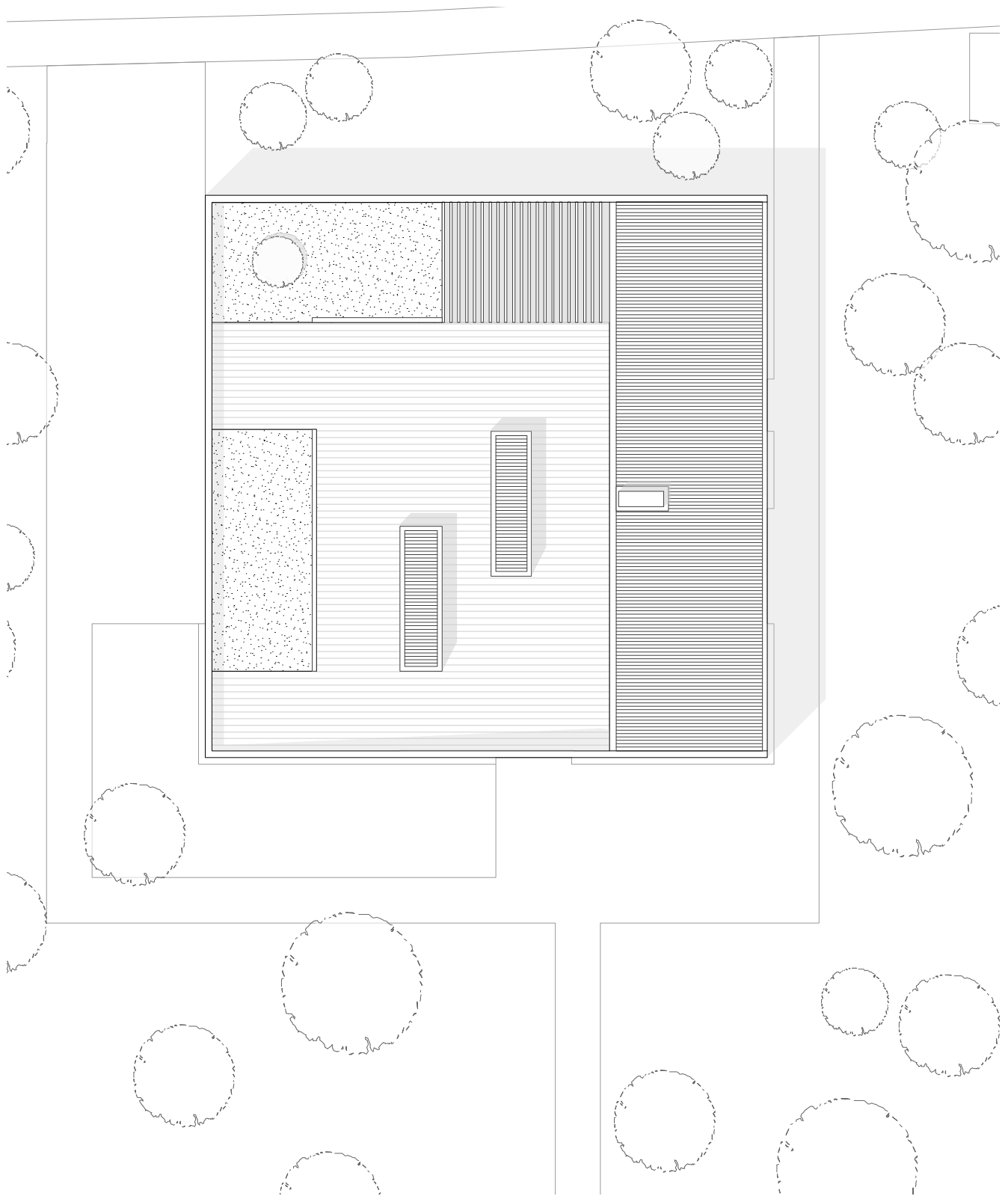
32 Lager, Dachterrasse

14 m²

Dachterrasse
M 1:250

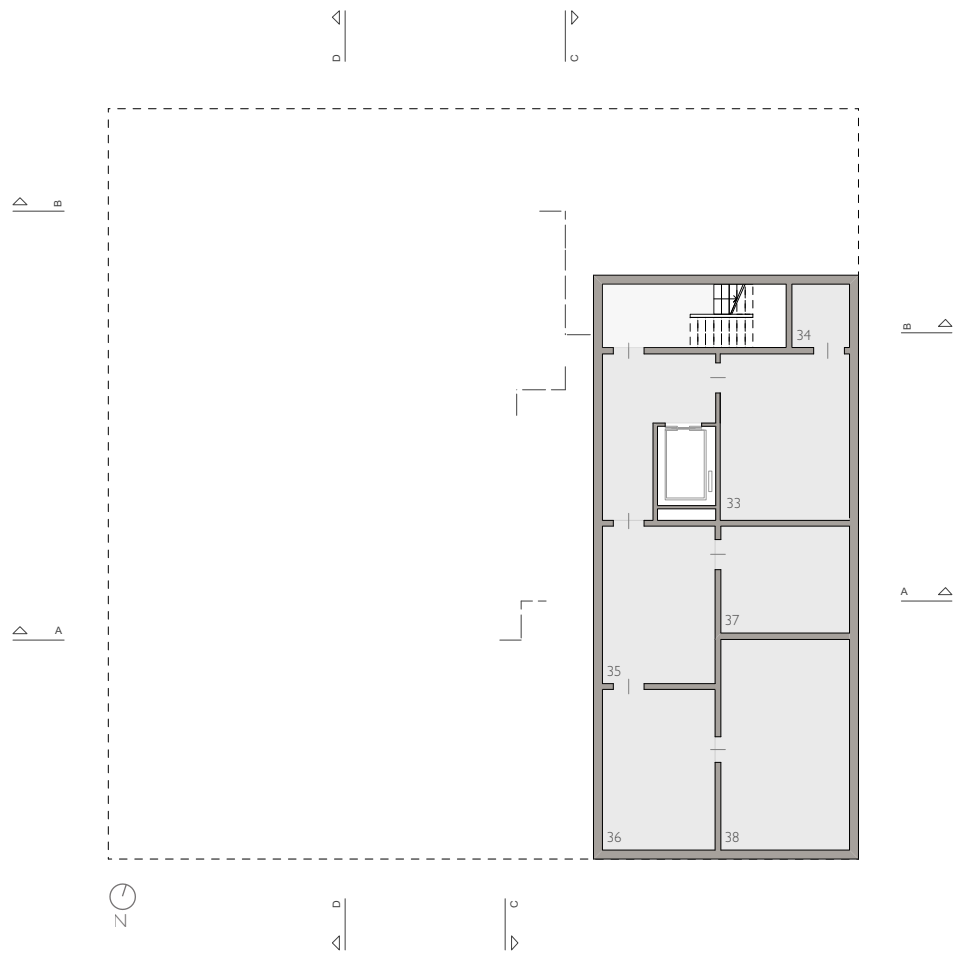


Dachaufsicht
M 1:250

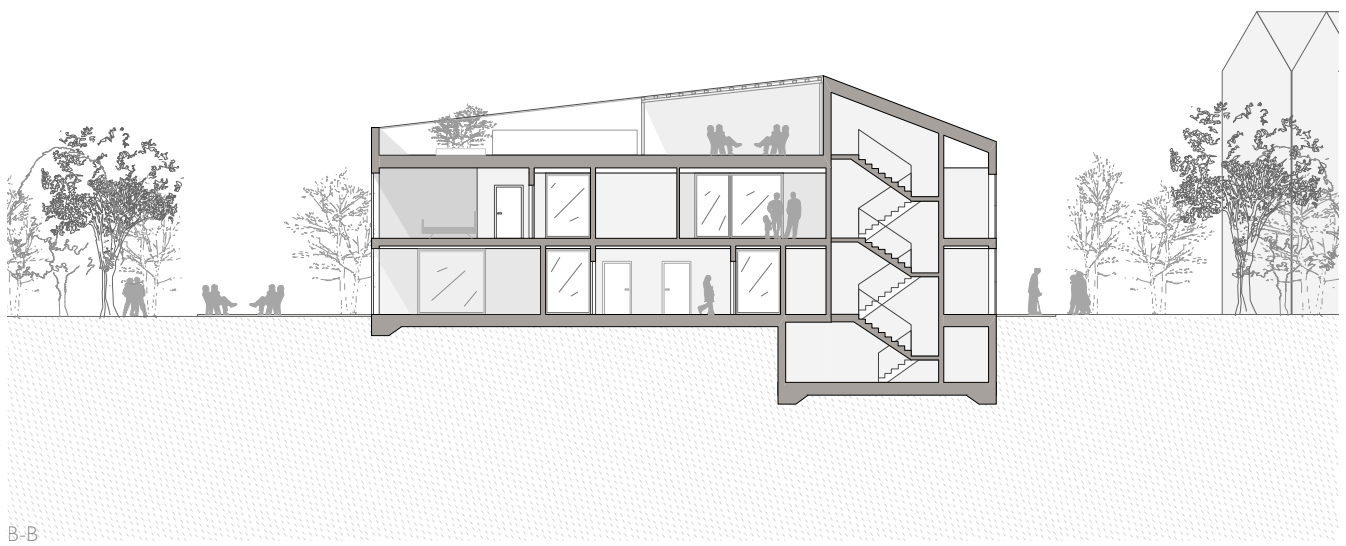
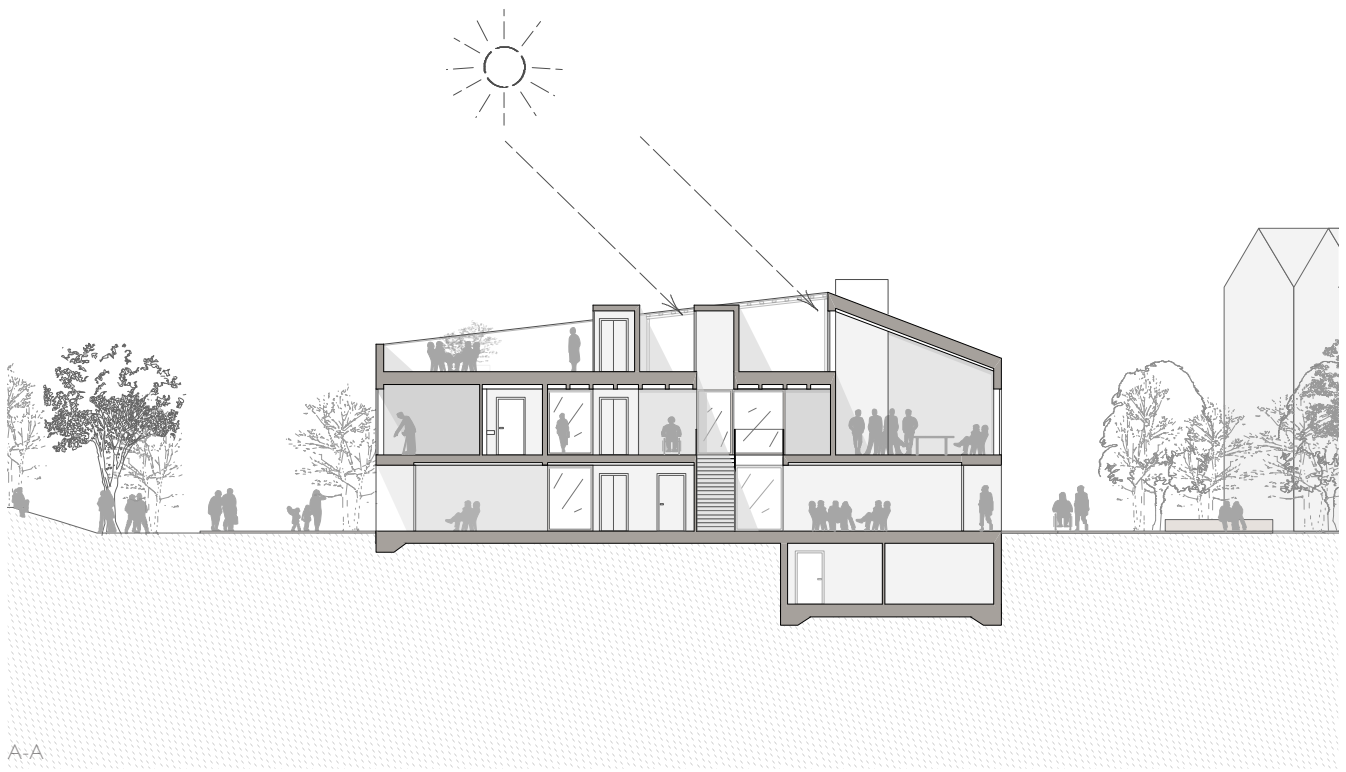


33	Lager Betten	23 m2
34	Technikraum Pflegebad	4 m2
35	Lager - Gehhilfen, Rollstühle	20 m2
36	Wasch, Trockenraum	20 m2
37	Heizraum	15 m2
38	Lagerraum, Pelletheizung	30 m2

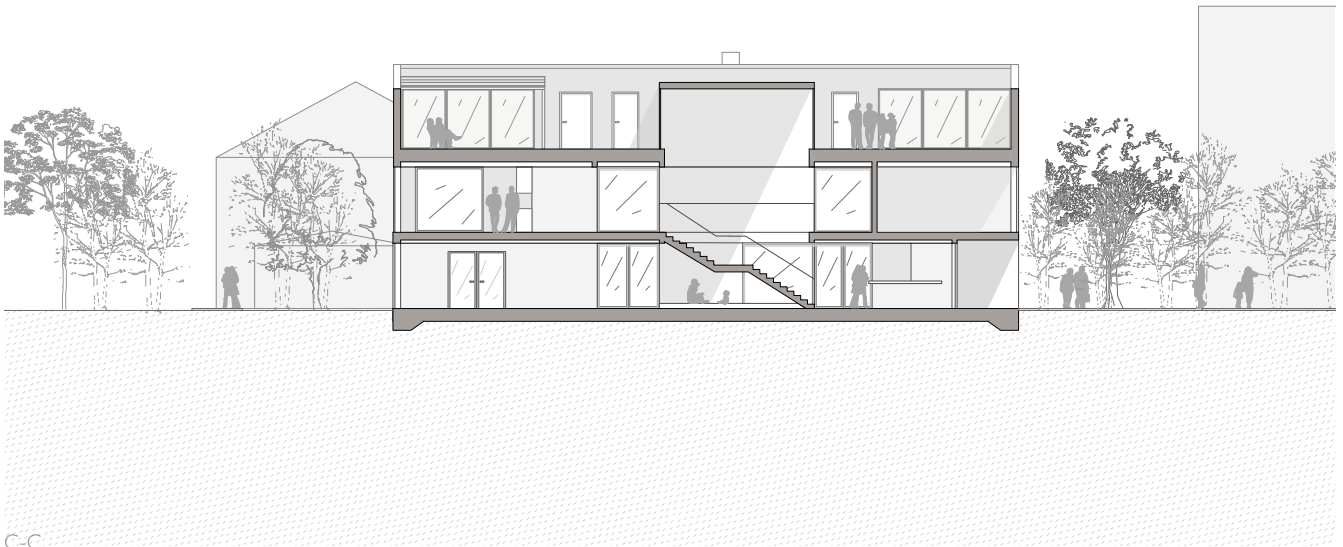
Kellergeschoss
M 1:250



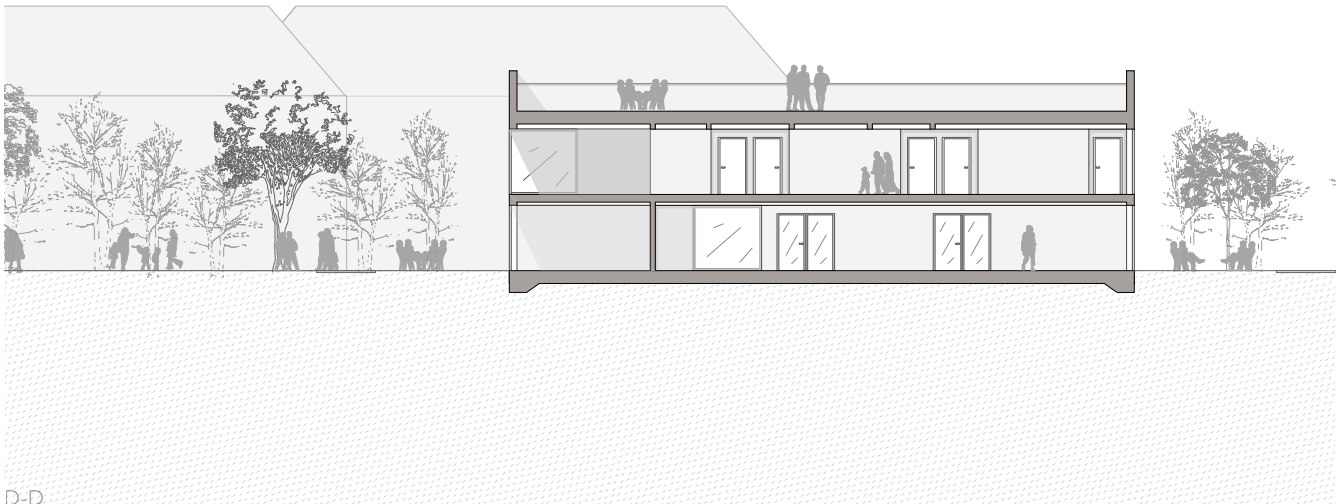
Schnitt A-A
Schnitt B-B
M 1:300



Schnitt C-C
Schnitt D-D
M 1:300



C-C



D-D

Konstruktion und Materialität

Ein Anliegen war es, das Gebäude in Holzbauweise auszuführen. Zum Einsatz werden hier Massivholzplatten aus Kreuzlagenholz gebracht. Die Entscheidung für dieses Material ist nicht nur aufgrund der Nachhaltigkeit zurückzuführen, sondern für dieses Produkt sprechen ebenso ein hoher Vorfertigungsgrad, eine kurze und trockene Bauzeit, sowie schmale Querschnitte der Elemente.

Um jedoch den Anforderungen der erdberührenden Bauteile gerecht zu werden, werden diese in Massivbauweise ausgeführt. Das Bewegungsbad im EG, sowie das Fluchttreppenhaus wird in derselben Bauweise errichtet. Im EG sowie im OG kommt es zum Einsatz der KLH- Wand- und Deckenelementen, dessen Oberflächen zum Teil in Sichtqualität ausgeführt werden.

Um das Dach im Obergeschoss mit einer Spannweite von 11 m überbrücken zu können werden Kreuzlagenholz-Rippenelemente verwendet, die auf Brettschichtholzträgern aufliegen. Mit Sparren wird das Pultdach konstruiert und die abschließende Dachhaut folgt in Form eines Trapezbleches. Für diese Art der Dachdeckung spricht eine lange Lebensdauer, sowie der geringe Aufwand an Wartungsarbeiten.

Die Fenster werden Raumhoch ausgebildet und versorgen die Räume mit ausreichend Tageslicht. Für den

Sonnen- und Sichtschutz sind die außenliegenden Raffstoren zuständig. Im Bereich der Nasszellen werden opake Fenster eingesetzt, die zugleich Sichtschutz und Tageslicht bieten.

Um den unterschiedlichen Anforderungen der Räume gerecht zu werden, bedarf es an einer Haustechnik, die diese Bereiche im Therapiezentrum dementsprechend versorgen kann. Diese wird im Kellergeschoss untergebracht und verteilt sich über Schächte und den abgehängten Decken im gesamten Gebäude. Eine Pellets Heizung wird als Heizsystem verwendet.

- 5 Holz-Aluminium Fenster mit Isolierverglasung
- 4 Betonfertigteil 50 mm
- 3 Plattenbelag 20 mm
Feinkies 100 mm
Grobkies 100 mm
- 2 Linoleum 4 mm
Zementgebundene Spachtelmasse 15 mm
Heizestrich 50 mm
Schutzfolie
Trittschalldämmung 30 mm
Schüttung_Instalationsebene 60 mm
Schutzfolie
Bituminöse Abdichtung, geflämmt
Stahlbeton 220 mm
Perimeterdämmung 120 mm
- 1 Stahlbeton 220 mm
Bitumenabdichtung
Perimeterdämmung 120 mm

Fassadenschnitt

M 1:30

- 12 Vegetationsschicht 100 mm
 Filtervlies
 Bautenschutzmatte 8 mm
 Drain- und Wasserspeicherelement 25 mm
 Elastomerbitumenbahn 2 lagig 9 mm
 Gefälledämmplatten 20 -100 mm
 Holzfaserdämmplatte 2x 100 mm
 Dampfsperre
 KLH Decke, Sichtqualität 182 mm

- 11 Putz 10 mm
 Putzträger 10 mm
 Elastomerbitumenbahn 2 lagig 9 mm
 OSB- Platte 20 mm
 Wärmedämmung 2 lagig 140 mm
 Windpapier
 Konterlattung 30 mm
 Lattung 40 x 60 mm
 Boden-Deckel Schalung
 Eiche vorvergraut 120x25 mm

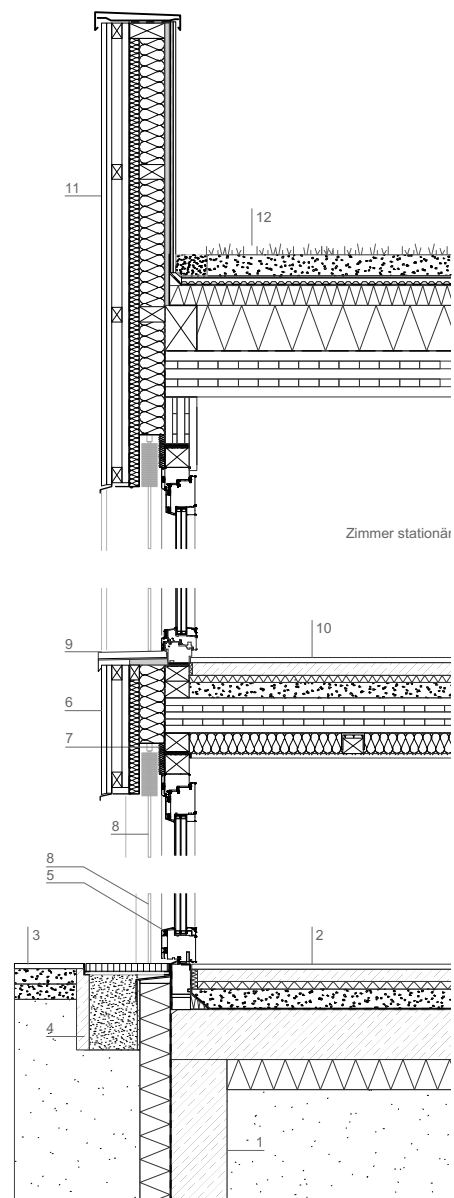
- 10 Parkett 20 mm
 Heizestrich 50 mm
 PE- Folie
 Trittschalldämmung 30 mm
 Schüttung_Installationsebene 60 mm
 KLH - Decke 140 mm
 Schafwolle 80 mm
 Lattung auf Schwingbügel 60 x 80 mm
 Holzschalung Fichte 20 mm

- 9 Wetterschenkel

- 8 Rafflamellenstoren

- 7 Wärmedämmeinlage

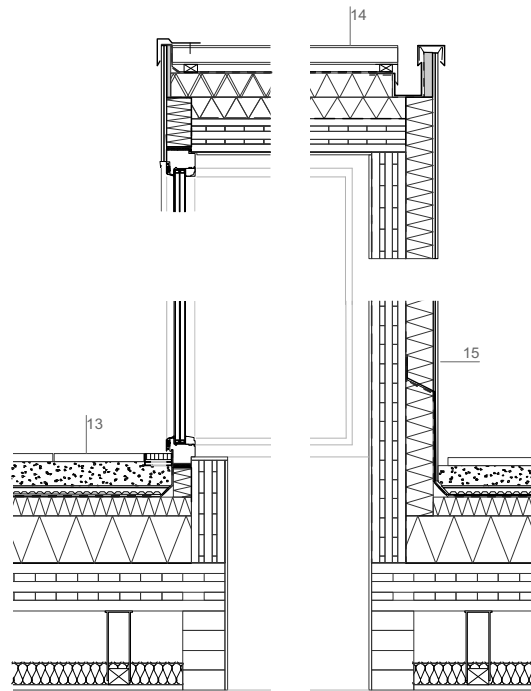
- 6 Dampfbremse
 Holzfaserdämmplatte 2 lagig 140 mm
 Windpapier
 Konterlattung 30 mm
 Lattung 40 x 60 mm
 Boden-Deckel Schalung -
 Eiche vorvergraut 120x25 mm



Mittels einer hinterlüfteten Fassade aus vorvergrauten Eichenholz wird das äußere Erscheinungsbild des Obergeschosses erzeugt. Die Struktur des Trapezdaches wird an der Fassade mittels einer Boden-Deckel-Schalung imitiert und wird bis auf Höhe des Fenstersturzes im EG durchgezogen. Die Außenfassade des Erdgeschosses soll im Kontrast zur Holzschalung, sowie dem Plattenbelag im Außenbereich, stehen. Eine ruhige und homogene Oberfläche wird durch das Auftragen eines feinen Außenputzes erzielt.

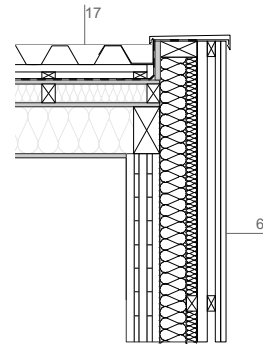
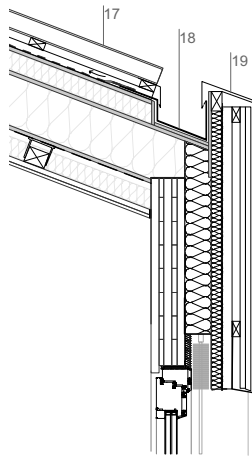
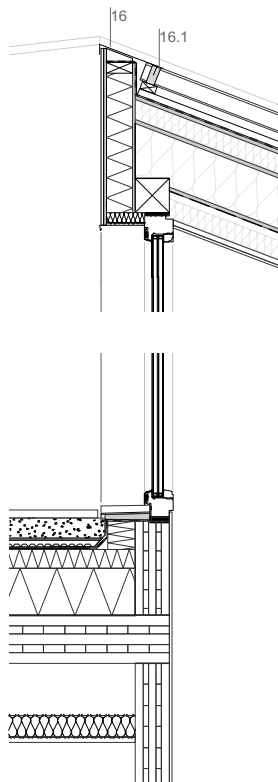
Der Einsatz dieser beiden Materialien verursacht eine Teilung der Fassade. Das Erdgeschoss wirkt leicht zurückversetzt und verstärkt dadurch den Eindruck eines leicht schwebenden Volumens.

Die Wände im Innenraum werden teilweise in Sichtqualität ausgeführt. Die Leitungsführung findet über den abgehängten Decken und den in den Wänden vorgefertigten Leitungsschächten statt. Als Bodenbelag wird Linoleum zum Einsatz gebracht. Er erweist sich als sehr widerstandsfähig und wird, zu dem, aus natürlichen Rohstoffen hergestellt. Zu einem Wechsel des Bodenbelages kommt es in den stationären Zimmern. Zum einen wird Parkettboden eingesetzt der langlebig und fußwarm ist und zum anderen werden die Nasszellen mit Feinsteinzeug versehen.



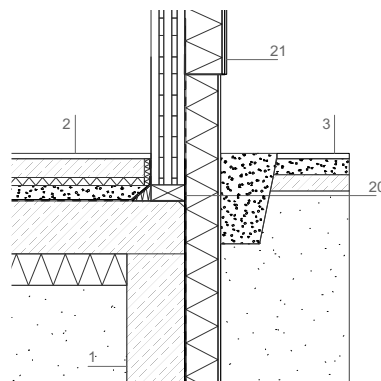
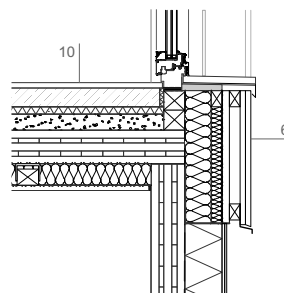
Fassadenschnitt_überdachtes Oberlichtfenster
M 1:30

Auf der Dachterrasse werden Terrassenplatten mit enger Fuge verlegt. Sie können ohne weiteres den Anforderungen der jahresabhängigen Bewitterung ausgesetzt werden. Die Wände erhalten einen Außenputz. Die Pergola wird ebenfalls aus Holz gefertigt und mit einem Glasdach versehen, um einen überdachten Außenbereich zu generieren.



Ortgang_Pultdach

M 1:30



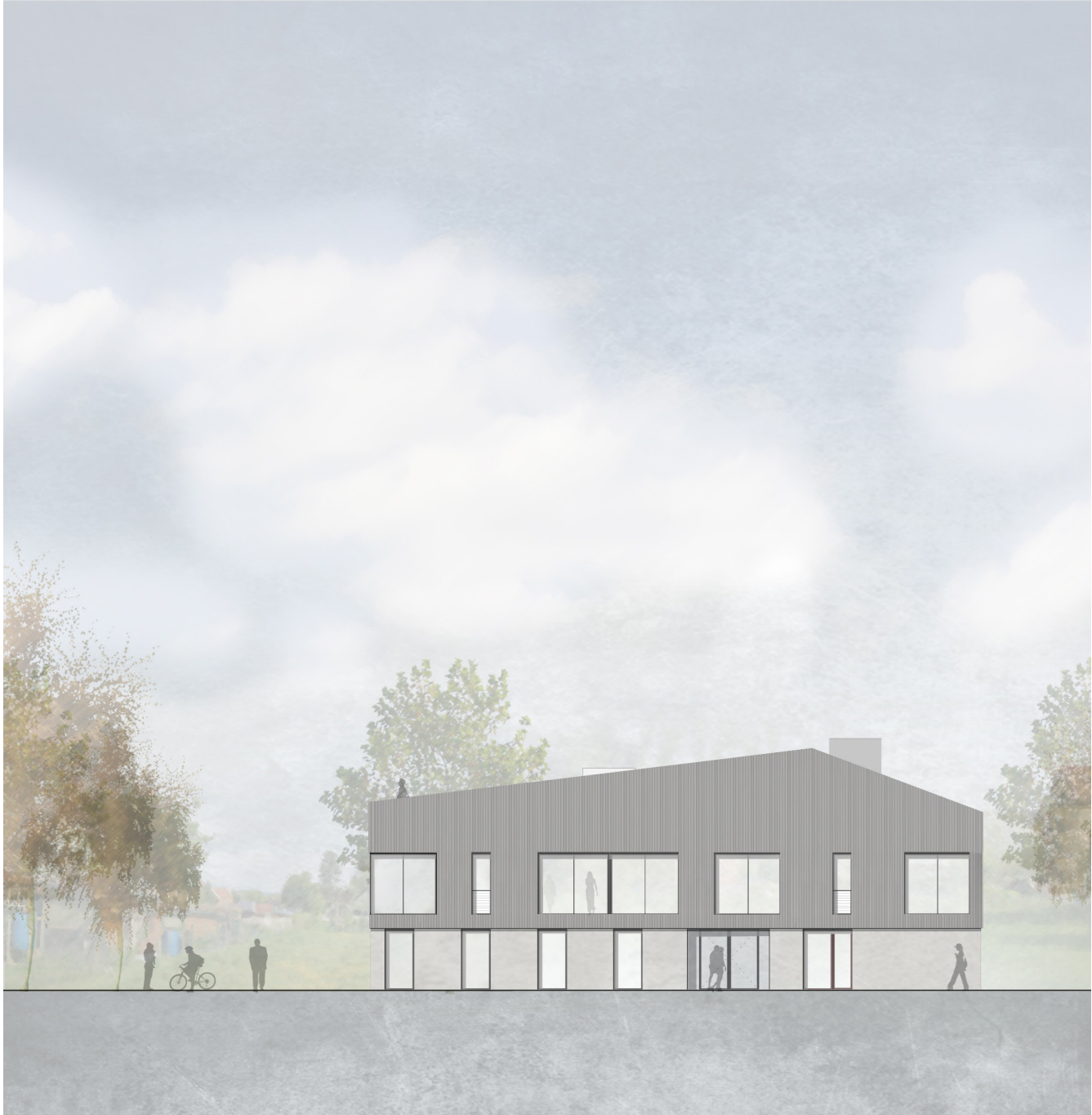
Fassadenschnitt
M 1:30

- 13 Plattenbelag 20 mm
Kiesschüttung 100 mm
Filtervlies
Bautenschutzmatte 8 mm
Elastomerbitumenbahn 2 lagig 9 mm
Gefälledämmplatten 20 - 100 mm
Holzfaserdämmplatten 2x 100 mm
Dampfsperre
KLH Rippendecke 182 mm, Binder 300 mm
Schafwolle 80 mm
Lattung auf Schwingbügel 60 x 80 mm
Gibskartonplatte 20 mm
- 14 Dachdeckung Trapezblech 70 mm
Lattung 50 x 40
Elastomerbitumenbahn 2 lagig 9 mm
EPS- Dämmung 160 mm
- 15 Gipskartonplatte, Innenputz 10 mm
KLH Wand 5 lagig 128 mm
Dampfsperre
Holzfaserdämmplatten 140 mm
Außenputz 20 mm
- 16 Firstabdeckung
- 16.1 Profillfüller
- 17 Dachdeckung Trapezblech 70 mm
Lattung 60 x 40
Konterlattung 30 mm
Elastomerbitumenbahn 2 lagig 9 mm
OSB- Platte 15 mm
Holzfaserdämmplatte 70 mm
OSB- Platte 15 mm
Holzfaserdämmplatte 180 mm - zwischen Sparren
Dampfsperre
Schafwolle 80 mm
Lattung auf Schwingbügel 60 x 80 mm
Gibskartonplatte 20 mm
- 18 Kastenrinne Zinkblech
- 19 Traufblech
- 20 Schwellholz in Mörtelbett
versetzt, 140 x 60 mm
- 21 KLH- Wand 128 mm
Dampfsperre
Holzfaserdämmplatte 140 mm
Außenputz 20 mm

Ansicht - Osten
M 1:250



Ansicht - Süden
M 1:250



Ansicht - Westen
M 1:250



Ansicht - Norden
M 1:250





Empfang und Wartebereich im EG

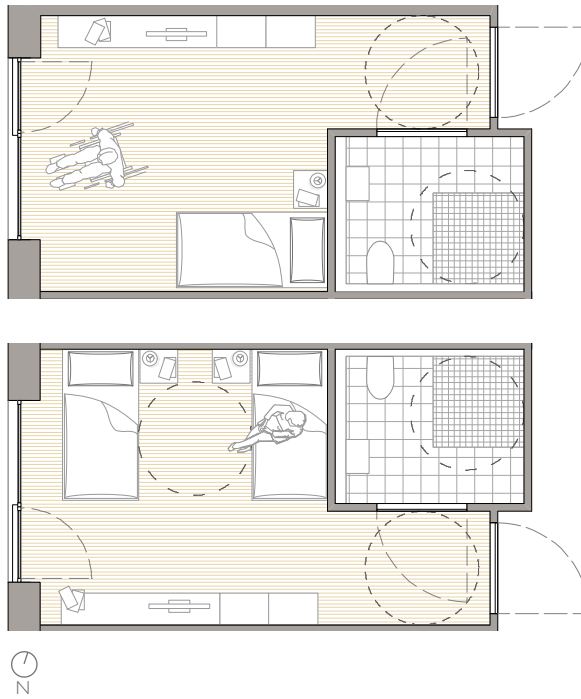


Visualisierung Obergeschoss



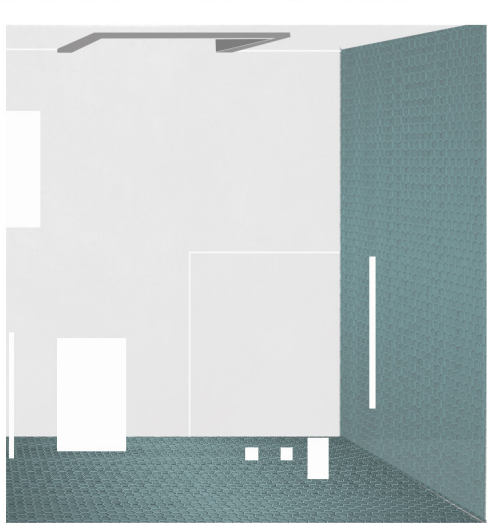
Visualisierung Aufenthaltsraum





Links: stationäre Zimmer M 1:100

Rechts: Visualisierung Zimmer Vogelperspektive, ohne Maßstab



ZUM SCHLUSS

- Interview
- Literatur- und Quellenverzeichnis
- Abbildungsverzeichnis

Die Gespräche

Interviewpartner

- Monika Taudes - Physiotherapeutin im Raum Lavanttal
Alfred Tammerl - Geschäftsmann; hat an unterschiedlichen Therapieformen teilgenommen

Die Ergebnisse aus der Unterhaltung mit den zwei oben genannten Personen, ist für mich ein Indiz, dass ein Therapiezentrum in St. Paul im Lavanttal durchaus vorstellbar wäre. Es war wichtig, die Meinungen von Personen mit unterschiedlichen Hintergründen in die Arbeit mit einzubeziehen.

Wie stehen sie dem Thema eines wohnortnahen Therapiezentrums mit der Option auf stationären Aufenthalt/Betreuung in St. Paul gegenüber?

- M.T. *Die Idee eines TZ in St. Paul finde ich persönlich sehr gut, der Bedarf ist auf jeden Fall gegeben. Aus meiner Sicht wäre ein physikalisches Ambulatorium mit den gängigen Therapieformen wie Physiotherapie, Massagen, Fangopackungen und Elektrotherapie sehr sinnvoll. Mit dieser Kombination werden nachweislich große Erfolge erzielt. Die stationäre Aufnahme wäre natürlich perfekt, gerade für die ältere Generation die nicht selbst mobil ist, wäre es eine große Hilfe.*
- A.T. *Diesem Thema stehe ich sehr positiv gegenüber. Kleinere Einheiten haben den Vorteil, dass sie flexibler sind und durch das wohnortnahe Angebot würden längere Fahrzeiten wegfallen. Des Weiteren bin ich überzeugt, dass die stationären Einheiten gut angenommen werden, da die Bevölkerung immer älter wird und die Mobilität mit zunehmendem Alter abnimmt.*

Betrachtet man den demographischen Wandel und das immer größer werdende gesundheitliche Bewusstsein der Bevölkerung, kann angenommen werden, dass der Bedarf an solchen Einrichtungen von Jahr zu Jahr steigt. Würden die Gemeinden von solch einem Projekt profitieren?

M.T. *Die aktuelle Situation im Lavanttal ist derzeit nicht ausreichend, um allen gerecht zu werden. Ein Ambulatorium in Wolfsberg gibt es. Die aktuellen Wartezeiten auf eine Physiotherapie beträgt im Moment 1.5 Monate. Im Akutfall für den Patienten unzumutbar, da die Krankenhäuser mit der Therapiekapazität auch vollkommen ausgelastet sind. Nach Operationen sind Patienten auf andere Einrichtungen angewiesen. Die kleinen Gemeinden würden von so einem Großprojekt sicher profitieren und es wäre sinnvoll, es vielleicht auch gemeindeübergreifend aufzuziehen.*

A.T. *Auf jeden Fall, es ist eine Erleichterung insbesondere für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen.*

Glauben Sie, dass die Bevölkerung eine solche Einrichtung begrüßen würde?

M.T. *Ich bin mir sicher, dass die Bürgerinnen und Bürger von St. Paul und auch gerade talabwärts Richtung Lavamünd, das Angebot in Anspruch nehmen würden, weil auch in den anderen Richtungen, z.B.Völkermarkt, wo es ein Therapiezentrum gibt, alles auf längere Zeit ausgebucht ist.*

A.T. *Die Bevölkerung würde diese Einrichtung mit Sicherheit begrüßen und in Anspruch nehmen, denn nicht nur die Gemeinde St. Paul sondern ebenso die umliegenden Gemeinden würden davon profitieren. Lange Anfahrten sowie die langen Wartezeiten würden verringert werden.*

Wie lange dauert eine physiotherapeutische Einheit im Durchschnitt und von wem werden die Therapien hauptsächlich in Anspruch genommen?

M.T. *Der Tagesablauf in meinem Institut ist folgend - Die Patienten werden halbstündlich eingeteilt, das heißt, dass circa 25 Minuten für die Behandlung des Patienten gerechnet werden und die verbleibenden 5 min. werden für Schreibarbeiten etc. verwendet.
In Anspruch genommen wird es von Menschen jeden Alters. Kinder zum Haltungsturnen sind genauso oft hier wie ältere Menschen mit gewissen Abnützungserscheinungen. Ebenso werden Patienten mit neurologischen Einschränkungen oder Sportler behandelt, deren Ziel es ist, gewisse körperliche Funktionen wieder herzustellen.*

Würden Sie selbst das Angebot des Therapiezentrums in St. Paul in Anspruch nehmen oder könnten Sie sich sogar vorstellen, in diesem Zentrum zu arbeiten, wenn ja, welche Voraussetzungen müssten dafür gegeben sein?

M.T. *Ich selbst würde es auch begrüßen und würde das TZ sehr gerne in Anspruch nehmen. Ich könnte mir auch gut vorstellen, dort selbst als Physiotherapeutin zu arbeiten. Die Rahmenbedingungen wie Bezahlung, Räumlichkeiten, freie Therapigestaltung müssten gegeben sein.*

A.T. *Ich würde das Therapiezentrum bei Bedarf in Anspruch nehmen, wobei die Voraussetzung sein muss, dass die praktizierenden Therapeuten in ihren Fächern kompetent sind. Des Weiteren darf nicht vergessen werden, dass die Möglichkeit neuer und regionaler Arbeitsplätze geschaffen werden könne.*

Können sie sich eine Zusammenarbeit/Kooperation der verschiedenen Therapiezentren im Tal vorstellen, wenn ja, wie könnte eine solche Zusammenarbeit/Kooperation aussehen?

M.T. *Zentren im Lavanttal kann ich mir nicht vorstellen, eher eine Zusammenarbeit mit freiberuflichen Therapeuten aus anderen Sparten wie Ergotherapie oder Logopädie oder Hippotherapie.*

Was halten sie vom Gesundheitswesen in Österreich? Wie finden sie den Nachsorgebereich

A.T. *Das Gesundheitswesen kann man nur mit gewissen Einschränkungen als vorbildhaft bezeichnen, während die Nachbetreuung vernachlässigt wird. Die Patienten werden meiner Meinung nach zu gering, wenn überhaupt, über die weiteren Vorgehensweisen aufgeklärt. In vielen Fällen müssen sie sich selbst über den weiteren Verlauf kümmern und wissen gar nicht, wohin sie gehen bzw. sich wenden sollen. Dabei könnten die behandelnden Ärzte ihre Kontakte weiter geben, um einen gewissenhaften Übergang in den Nachsorgebereich zu veranlassen.*

Andere Quellen: *Interview mit Monika Taudes, geführt von Christina Tammerl, St. Paul im Lavanttal, 27.07.2016*

Interview mit Alfred Tammerl, geführt von Christina Tammerl, St. Paul im Lavanttal, 12.08.2016

Literaturverzeichnis

Boltzmann, Ludwig (Hg.): *Ambulante neurologische Rehabilitation: Erreichung der definierten Ziele bei Schlaganfall-patientInnen. Systematischer Review*, Wien 2015

Bösel, Elbeth: *Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 2010, 23(2010), 7

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: *Begleitgruppe zum Nationalen Aktionsplan Behinderung 2012-2020*, o.O. 2013

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: *Behindertenbericht 2008, Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich*, Wien 2009

Bundesministerium für Gesundheit: *Das österreichische Gesundheitssystem, Zahlen-Daten-Fakten*, Wien 2013

Kanton St. Gallen Gesundheitsdepartement: *Spitalplanung Rehabilitation, 2014 Versorgungsbericht*, St. Gallen 2014

Meuser, Philipp (Hg.): *Krankenhausbauten/Gesundheitsbauten. Handbuch und Planungshilfe*, Bd. I, Berlin 2011

Reiter, Daniela/Fülöp, Gerhard/Gyimesi, Michael u.a.: *Rehabilitationsplan 2012*, Wien 2012

Skiba, Isabella/Züger, Rahel/ Bielefeld, Bert (Hg.): *Basics Barrierfrei Planen*, Basel/Boston/Berlin 2009

Thomann, Klaus-Dieter Dr: *Von der Kriegsbeschädigtenfürsorge zum SGB IX – Anmerkungen zur Geschichte des Rechts für Menschen mit schweren Behinderungen*, o.O. 2012

Online Quellen

Adam, Hubertus 09.04.2002: REHAB Basel, Ein Stück Japan am Ende Basels, Das Rehabilitationszentrum von Herzog & de Meuron, <http://www.nextroom.at/building.php?id=582>, in www.nextroom.at [01.06.2016]

o.A.: Das Gesundheitswesen in Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitswesen_LN.html, in: www.gesundheit.gv.at [02.06.2016]

o.A. (Stand 28.05.2016): Innovative Versorgungskonzepte und Regionalität in der Rehabilitation, <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=495>, in: <http://www.svr-gesundheit.de> [29.05.2016]

o.A. (09.02.2015): Schlaganfall, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Schlaganfall.html>, in: www.gesundheit.gv.at [09.05.2016]

o.A. (29.09.2013): Belmont Community Rehabilitation Centre / Billard Leece Partnership, <http://www.archdaily.com/431771/belmont-community-rehabilitation-centre-billard-leece-partnership>, in: www.archdaily.com [26.05.2016]

o.A.: Der Markt und seine Geschichte, <http://www.sanktpaul.at/politik/ueber-st-paul/geschichte/>, in: www.sanktpaul.at [26.05.2016]

o.A. (25.09.2015): Centre for cancer and health / Nord Architects, <http://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects>, in: www.archdaily.com [04.06.2016]

o.A.: Rehasentrum in Kopenhagen, http://www.baunetzwissen.de/objektartikel/Geneigtes-Dach-Rehasentrum-fuer-Krebspatienten-in-Kopenhagen_2978275.html, in: www.baunetzwissen.de [04.06.2016]

o.A.: Rehabilitation, Zuständigkeiten im Überblick, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/rehabilitation-zustaendigkeiten-ueberblick.html>, in: www.gesundheit.gv.at [30.05.2016]

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 01 Voka_ empty streets, <http://www.voka.at/#/city/>, in: www.voka.at (02.08.2016)
- Abb. 02 Voka_ people, <http://www.voka.at/#/people/>, in www.voka.at (02.08.2016)
- Abb. 03 Österreichkarte_ Eignungszonen, Reiter, Daniela/Fülöp, Gerhard/Gyimesi, Michael u.a.: *Rehabilitationsplan 2012*, Wien 2012, S.
- Abb. 04 Voka_dry docs, <http://www.voka.at/#/watercolour/>, in, www.voka.at (02.08.2016)
- Abb. 05 H&D_Rehab Basel, http://www.rehab.ch/files/_processed_/csm_Foto1_ec08d7400a.jpg, in www.rehab.ch, (15.05.2016)
- Abb. 06 H&D_Rehab Basel;EG Grundriss, http://enacit3srv5.epfl.ch/WP_2014_SH/lupil/wp-content/uploads/sites/15/2015/03/studioRUFER_planrehab.jpg (06.10.2016)
- Abb. 07 H&D_Rehab Basel;Innenaufnahme, <https://www.herzogdemeuron.com/index/projects/complete-works/151-175/165-rehab-centre-for-spinal-cord-and-brain-in-juries/IMAGE.html> (06.10.2016)
- Abb. 08 BLP, Luftaufnahme - Gesundheitszentrum, Australian Insitute of Architects, *Public-Alterations and Additions*, 02.06.2016
- Abb 09 BLP, Grundriss - Rehazentrum Belmont, Australian Insitute of Architects, *Public-Alterations and Additions*, 02.06.2016
- Abb. 10 BLP_ Fassade 01, <http://www.archdaily.com/431771/belmont-community-rehabilitation-centre-billard-leece-partnership/5242fbffe8e44ecb170000a3-belmont-community-rehabilitation-centre-billard-leece-partnership-photo>, in www.archdaily.com (22.05.2016)

Abb. 11 BLP_ Fassade 02, <http://www.archdaily.com/431771/belmont-community-rehabilitation-centre-billard-leece-partnership/5242fc35e8e44ecb170000a4-belmont-community-rehabilitation-centre-billard-leece-partnership-photo>, in www.archdaily.com (22.05.2016)

Abb. 12 NA_ Fassade straßenseitig, <http://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects/5240d515e8e44eb8d0000044-centre-for-cancer-and-health-nord-architects-photo>, in www.archdaily.com (23.05.2016)

Abb. 13 Erdgeschoss, <http://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects/5240d752e8e44eb8d0000049-centre-for-cancer-and-health-nord-architects-floor-plan>, in www.archdaily.com (23.05.2016)

Abb. 14 Obergeschoss, <http://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects/5240d754e8e44e2ead0000034-centre-for-cancer-and-health-nord-architects-first-floor-plan>, in www.archdaily.com (23.05.2016)

Alle Bilder, Pläne und Grafiken, sofern nicht anders angeführt, wurden von dem Verfasser angefertigt

Danke

Ich möchte mich bei meiner gesamten Familie bedanken, besonders bei meinen Eltern, die mir das Studium in Graz ermöglichten und mich stets unterstützten.

Danke an Herrn Prof. Neuwirth für die konstruktiven Gespräche, die mir ein rasches Vorankommen ermöglichten und mich zu diesem Ergebnis führten.

Großen Dank an meinen Freund Alex. Ich kann mich immer auf dich verlassen und danke, dass du mir immer zur Seite stehst und mich besonders in den letzten drei Wochen unterstützt hast.

Danke nochmals an meinen Papa und Monika für die Gespräche. Ein Dankeschön geht auch an die Gemeinde St. Paul, für die Bereitstellung diverser Unterlagen und Informationen.

Danke an alle meine Freunde und Wegbegleiter aus dem Studium, sowie dem AZ2.