

DIE
THEORIE
DER
SEELE

Psychiatrisches Rehabilitationszentrum in Aflenz





Daniel Mekul, BSc

Die Theorie der Seele
Psychiatrisches Rehabilitationszentrum in Aflenz

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Diplom-Ingenieurs
Studienrichtung Architektur

eingereicht an der
Technischen Universität Graz

Betreuer

Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Architekt Roger Riewe
Institut für Architekturtechnologie

Graz, Jänner 2017

Soweit in diesem Werk auf natürliche Personen bezogene Bezeichnungen aus Gründen der leichteren Lesbarkeit lediglich in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich unterschiedslos auf Frauen und Männer.

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 Diplomarbeit identisch.

.....
Graz, am

.....
Unterschrift



Abb. 01 Edvard Munch | Melancholie

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Rehabilitation	11
Definition der medizinischen Rehabilitation	11
Ziel der medizinischen Rehabilitation	13
Stationäre Rehabilitation	15
Ambulante Rehabilitation	15
Psychiatrische Erkrankungen in Österreich	16
Geschichte der psychiatrischen Rehabilitation in Österreich	19
Psychische Erkrankungen	23
Burnout	24
Depression	26
Gesetzliche Grundlagen	33
Antragsverfahren	35
Maßnahmen zur Psychischen Rehabilitation	41
Psychotherapie	43
Ergotherapie	47
Sporttherapie	49

Recherche	51
Privatklinik St. Radegund	51
Sonnenpark Bad Hall	55
Standort	61
Aflenz - Geschichtlicher Überblick	67
Entwurfparameter	74
Entwurfskonzept	75
Interviews	127
Literaturverzeichnis	132
Abbildungsverzeichnis	138
Danke	144

Vorwort

Europaweit leiden 165 Millionen Menschen an psychischen Erkrankungen. Allein 30,5 Millionen davon leiden an starken Depressionen. Für diese Personen dient die psychiatrische Rehabilitation zur Bewältigung der Krankheit und der Herstellung einer optimalen Lebensqualität, bei denen es angesichts einer psychischen Erkrankung zu einer seelischen Erschwernis gekommen ist. Aufgrund dessen, dass die Zahl der Neuerkrankungen jedes Jahr markant steigt und ich selber einen solchen Fall in der Familie habe, befasst sich meine Arbeit mit einer Konzeption eines psychiatrischen Rehabilitationszentrums für 70 stationäre Patienten. Zu Beginn der Arbeit wird zuerst auf die allgemeine Definition der Rehabilitation eingegangen. Weiters werden Standorte und die damit verbundene Bettenanzahl in Österreich aufgelistet

in welcher auch ersichtlich ist, dass es in den Folgejahren zu einer nicht ausreichenden Bettenversorgung für stationäre Rehabilitation kommen wird. Insgesamt werden im Jahr 2025 in Österreich 338 Betten für die stationäre Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen fehlen. Außerdem wird in der Arbeit auf zwei psychische Krankheiten und ihre Behandlung kurz eingegangen. Anhand der erarbeiteten Recherchen und Gespräche mit Leitern verschiedener Kliniken entwickelte sich ein Raumprogramm, welches ausschlaggebend für den Baukörper und die Behandlung der Patienten ist.

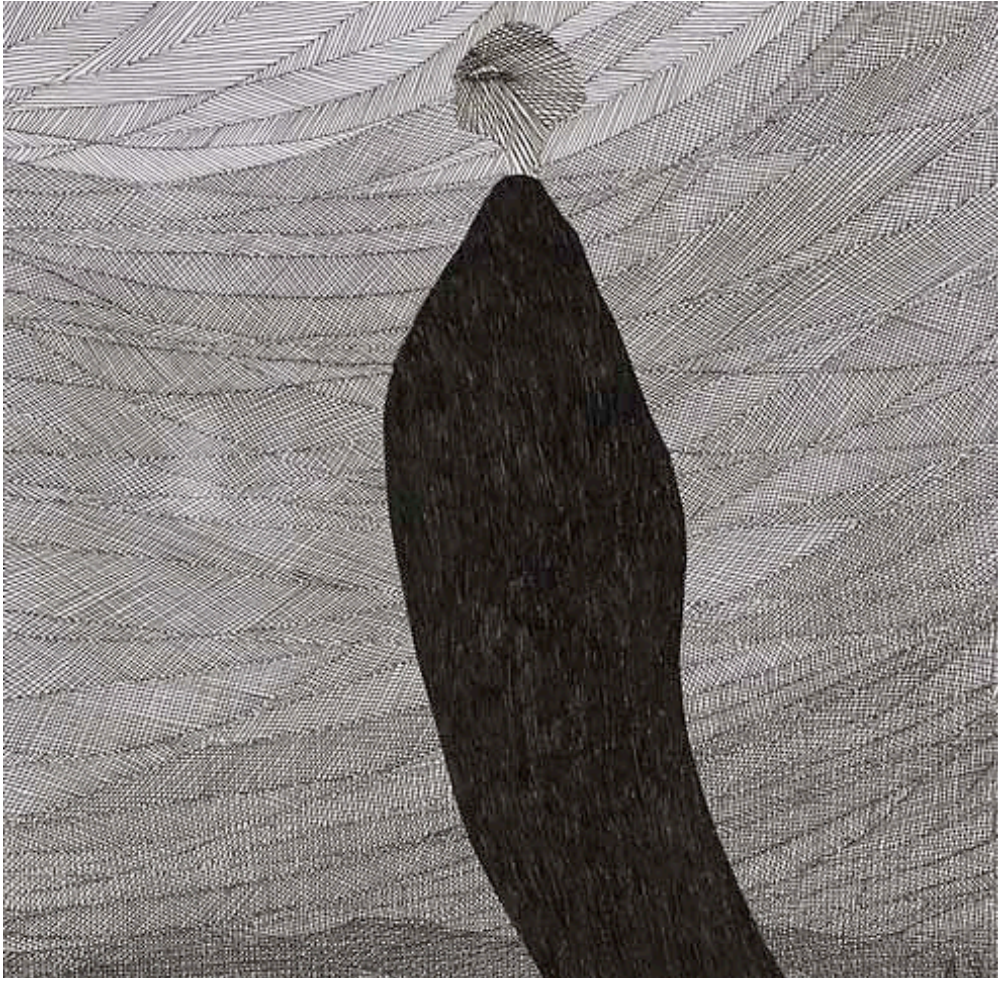


Abb. 02 Antje Stocker | Fallende Einsame

Rehabilitation

„Wir können erkennen, dass Glück wertvoll, aber nie von Dauer ist.“¹

Definition medizinische Rehabilitation

Im Gegensatz zur kurativmedizinischen Akutversorgung, welche den Schwerpunkt auf die Beseitigung beziehungsweise Heilung organbezogener Krankheiten legt, wird in der medizinischen Rehabilitation ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der den Menschen als aktiven Teil der Gesellschaft definiert. Die Rehabilitation steht eng im Zusammenhang mit der akutmedizinischen Versorgung. Sie umfasst sowohl medizinische, soziale als auch berufliche Maßnahmen. Nicht eindeutig jedoch ist die Abgrenzung

der Rehabilitation zu angrenzenden Bereichen der Kurativmedizin und auch zu den gesundheitserhaltenden Maßnahmen. Grund dafür ist, dass der somatische als auch der organgebundene Teil im holistischen Ansatz erhalten bleibt und ebenfalls behandelt werden sollte. Daher ist immer ein endverantwortlicher Arzt an die Rehabilitation gebunden.

¹ Salcher 2010, 185.

Diese kann dann nicht von Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten selbstständig durchgeführt werden.² Die medizinische Rehabilitation ist in Österreich seit 1992 eine Pflichtaufgabe der Pensionsversicherung, teilweise auch der Krankenkassen und der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt.³

Angezeigt ist eine medizinische Rehabilitation, wenn mehrere Faktoren gebunden bestehen, wie:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Die Bedürftigkeit auf Rehabilitation kann von einem behandelten Arzt eingeschätzt werden. Diese Einschätzung wird dann an den Kostenträger mittels Antrag auf Kuraufenthalt, Erholungsaufenthalt oder Rehabilitationsaufenthalt übermittelt. Die Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen

bzw. bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus ein multimodales Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlechterung hintanzuhalten.

Rehabilitationsfähigkeit

Die Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die psychische Verfassung des Rehabilitationspatienten, wie beispielsweise Motivation und Belastbarkeit.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose gibt Auskunft über die Erreichbarkeit eines festgelegten Zieles in der Rehabilitation über einen gewissen Zeitraum hinweg.⁴

² Vgl. Reiter/Fülöp/Gyimesi/Nemeth 2012, 5.

³ Vgl. Hofmacher 2013, 21.

⁴ Vgl. Reiter/Fülöp/Gyimesi/Nemeth 2012, 9.

Ziel der medizinischen Rehabilitation

Das Primärziel der medizinischen Rehabilitation ist die optimale Reintegration des Patienten in das soziale und berufliche Umfeld. Der Schwerpunkt liegt in der Psychotherapie. Knapp 50% der Therapieeinheiten entfallen darauf.⁵

Die Besserung psychischer Funktionen, zum Beispiel die Minimierung von Angstzuständen, die Verbesserung der Konzentration oder eine Aufhellung der Stimmung stehen im Mittelpunkt der Therapie. Auch Verbesserungen im Bereich der Kommunikationsfähigkeiten und Stressbewältigungen wird eine gewisse höhere Rolle zugespielt.⁶

Ebenfalls sollten vorsorgliche Maßnahmen und auf eine längere Zeit vorgesehene Therapiekonzepte sowie Rehabilitationskonzepte erfolgen. Ziel ist es eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Wichtig ist auch gegebenenfalls die Miteinbeziehung der Angehörigen, um die individuellen Rehabilitationsziele zu erreichen. Dafür wäre die volle Zustimmung des Patienten wichtig. Diese sollen erreichbar sein und eine zeitliche Dimensionierung in kurz-, mittel-, und langfristige Ziele aufweisen.

⁵ Vgl. Reiter/Fülöp/Gyimesi/Nemeth 2012, 9.

⁶ Vgl. Lenz 2012, 57.



Abb. 03 Fernand Khnopff | Ich schlieÙe mich in mich selbst ein

Stationäre Rehabilitation

Bei einer stationären Rehabilitation wird der Patient in einer Einrichtung für die jeweilige Behandlung aufgenommen und verweilt während der sämtlichen Behandlungsdauer dort. Die Aufnahme erfolgt bei Anschlussheilverfahren entweder unmittelbar beziehungsweise innerhalb von zwölf Wochen im Anschluss an einen Aufenthalt im Spital oder nach einer rehabilitationsrelevanten Behandlung des Erkrankten. Jedenfalls aber erst dann, wenn der Patient für die Anwendung rehabilitativer Therapie in der erforderlichen Intensität und Dauer stabil genug ist. Die Maßnahmen für eine medizinische Rehabilitation sollten täglich praktiziert werden können. Zwei bis drei Stunden sollten für den Patienten keine große Herausforderung darstellen. Geregelt wird die stationäre Rehabilitation im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz.

Ambulante Rehabilitation

Im Gegensatz zu einer stationären Rehabilitation werden bei einer ambulanten Rehabilitation all jene Rehabilitationsangebote verstanden, die nicht stationär vollzogen werden. Über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation adäquaten Mobilität sowie über die, für den stationären Aufenthalt medizinischen Voraussetzungen, sollte der Patient verfügen. Weiters sollte die Versorgung im eigenen Haushalt sichergestellt sein.⁷

⁷ Vgl. Reiter/Fülöp/Gyimesi/Nemeth 2012,

18-19.

Psychiatrische Erkrankungen in Österreich

Aufgrund psychischer Störungen nimmt die Anzahl der Invaliditätspensionen, Erwerbsunfähigkeitspensionen und der Berufsunfähigkeitspensionen konstant zu. Laut Angaben der österreichischen Sozialversicherung ist ein Drittel aller Invaliditätspensionen auf die Krankheitsgruppe „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ zurückzuführen. Knapp 10% abgeschlagen davon befinden sich erst Krankheiten des Skelettsystems und des Bindegewebes.

Ein Anstieg von fast 64.000 Tagen.⁸

Krankenstandstage

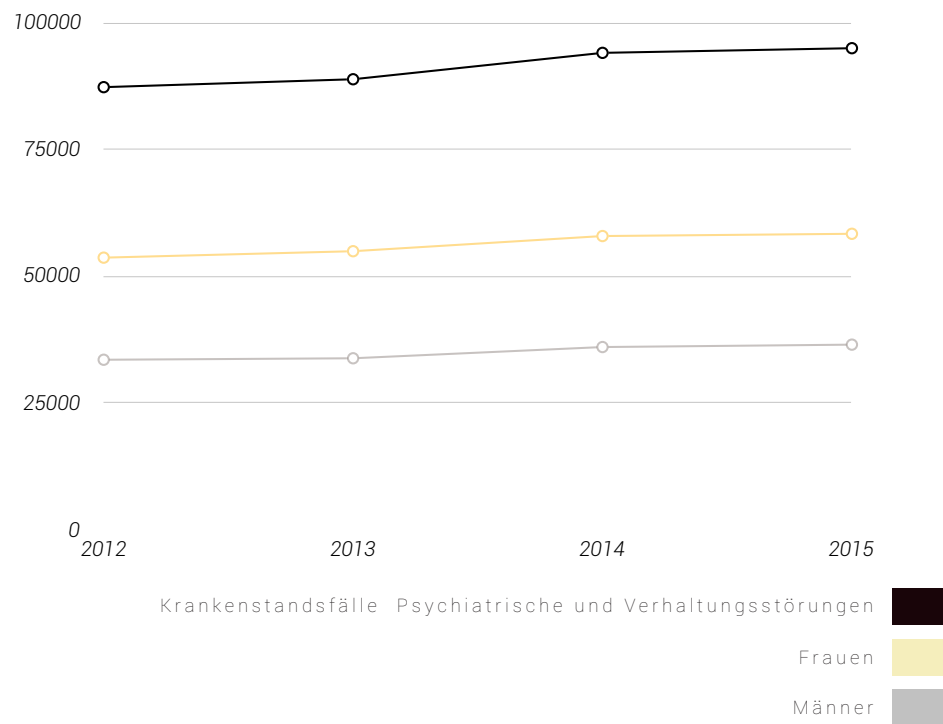
Im Jahr 2014 entfielen von 38.793.698 Krankenstandstagen 3.635.717 auf psychiatrische Diagnosen, das entspricht 8,6%. Im Jahr 2015 wurden schon 3.698.295 Tage von den Österreichern im Krankenstand verbracht.

⁸ Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2015, 63-103.

Krankenstandsfälle

Gleichermaßen ist auch der Anstieg der Krankenstandsfälle deutlich sichtbar. Betrug die Anzahl der Fälle im Jahr 2012 87.293 Krankmeldungen

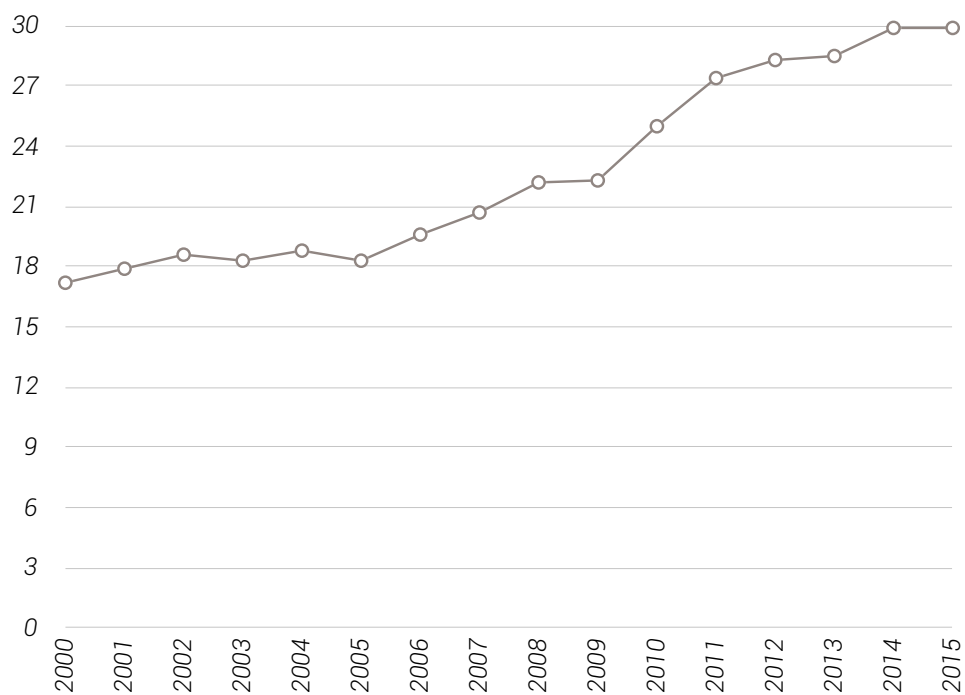
aufgrund psychiatrischer Störungen, lag sie im Jahr 2015 schon bei 94.969. Ein Anstieg von knapp 8.000 Neuerkrankten.⁹



⁹ Vgl. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html, 20.11.2016

In Österreich lag die Zahl der Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen im Jahr 2000 noch bei 17,2 pro 1.000 Erwerbstätige und stieg bis 2015 auf 29,9 pro

1000 Erwerbstätige an. Hiermit ist ersichtlich, dass sich die Zahl der Erkrankten und die damit verbundene Krankenstandsdauer erheblich gesteigert hat.¹⁰



¹⁰ Vgl. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html, 20.11.2016

Geschichte der psychiatrischen Rehabilitation in Österreich

Die ersten beiden stationären Einrichtungen für eine psychiatrische Rehabilitation wurden in Österreich erstmals 2002 eröffnet. Das erste Projekt war der Sonnenpark in Bad Hall, von Pro Mente Reha GmbH in Zusammenarbeit mit der Pensionsversicherungsanstalt, welcher von mir auch besichtigt wurde. Die zweite Einrichtung dieser Art ist das Zentrum für seelische Gesundheit in Klagenfurt von pro mente Kärnten. Im Jahr 2007 folgten drei weitere Einrichtungen. Die Psychosomatische Klinik Bad Aussee in der Steiermark, ein Zubau für die Rehaklinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt und die Privatklinik St. Radegund in der Steiermark. Im Jahr 2008 wurde nur ein Projekt realisiert, das LebensResort Ottenschlag in Niederösterreich. Ein Jahr darauf gab es eine

Erweiterung im Sonnenpark Bad Hall. Eine weitere Einrichtung von pro mente war der Sonnenpark Neusiedlersee im Burgenland im Jahr 2010. 2011 wurde der Sonnenpark in Lans in Tirol eröffnet. 2012 folgte die Privatklinik Hollenburg wiederum in Niederösterreich. Eines der neuersten Gebäude für die Behandlung von psychiatrischer Rehabilitation wurde 2015 erneut in Bad Hall in Betrieb genommen. Für 2016 stand eine Einrichtung in Wien vor der Bewilligung und sollte 2017 in Betrieb genommen werden.¹¹

¹¹ Vgl. Reiter/Fülöp/Gyimesi/Nemeth 2012, 4-10.



Abb. 04 Lage der Psychiatrischen Rehabilitationskliniken in Österreich | Einzugsbereich 50km

Insgesamt stehen in Österreich 1284 Betten für psychiatrische Rehabilitation zur Verfügung. Dabei fallen 190 Betten auf die Steiermark, 100 Betten auf Tirol, 81 Betten auf Kärnten, 513 Betten auf Niederösterreich, 100 Betten auf Burgenland, 220 Betten auf Oberösterreich und geplante 80 Betten auf Wien. Insgesamt werden jedoch im Jahr 2025 in Österreich 338 Betten für die stationäre Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen fehlen.

Sonnenpark Neusiedlersee Zentrum für psychosoziale Gesundheit (Bgld)
100 Betten (2010)

Zentrum f. Seelische Gesundheit Wien (In Planung)
80 Betten (2016)

Privatklinik Hollenburg (NÖ)
150 Betten (2012)

Therapiezentrum Justuspark Bad Hall (OÖ) 100 Betten (2015)

Kur und Rehabilitationszentrum Klinik Pirawarth (NÖ)
120 Betten

Gesundheitsresort Königsberg (NÖ)
93 Betten

Psychosomatische Klinik Bad Aussee (Stmk) 25 Betten (2007)

Sonnenpark Lans Zentrum für psychosoziale Gesundheit (Tirol)
100 Betten (2011)

Sonnenpark Bad Hall Zentrum für psychosoziale Gesundheit (OÖ)
120 Betten (2009)

Reha-Klinik für seelische Gesundheit Klagenfurt (Ktn)
81 Betten (2002/2007)

Privatklinik St. Radegund (Stmk)
165 Betten (2007)

Reha-Klinik Gars/Kamp (NÖ)
100 Betten

LebensResort Ottenschlag (NÖ)
50 Betten (2008)



Psychische Erkrankungen

„Ein Leben sollte mehr umfassen als das Abhaken von Dingen [...]“¹²

Rund 900.000 Österreicher und Österreicherinnen, das entspricht jedem neunten, nahmen innerhalb eines Jahres das Gesundheitssystem wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch. Diese Anzahl basiert auf Medikamenten- und Krankenstandsdaten, stationären Aufenthalten, ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen. Die Zahl der Betroffenen vermehrt sich ständig. Mittlerweile sind es rund 12 Prozent innerhalb von drei Jahren. Menschen mit einem massiven Burnout oder schweren Depressionen, vielleicht sogar mit Suizidabsichten,

brauchen in der Psychotherapie zuerst eine intensive Krisenintervention bevor mit der therapeutischen Phase begonnen werden kann.¹³ Im Folgenden werden kurz zwei große psychische Krankheiten dargestellt und erläutert.

¹² Salcher, 2010, 146.

¹³ Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2015, 1ff

Burnout

Burnout ist nach der WHO keine anerkannte psychiatrische Diagnose. Zwar wird im Diagnosemanual der WHO – der sogenannten International Classification of Diseases (ICD-10) – angeführt, dass Menschen wegen Erschöpfung und Burnout medizinische Hilfe suchen. Doch wird Burnout nicht als abgrenzbare psychische Störung eingeschätzt, sondern als Erschöpfungsprozess beurteilt, der zu einer, von der WHO anerkannten, psychischen Störung wie einer depressiven Episode oder einer Angststörung führen kann.

Tatsächlich wehren sich auch viele Burnout-Betroffene gegen eine Pathologisierung als psychisch krank oder gestört. Sie schätzen ihr Leiden vielmehr als verständliche Folge ihres großen Arbeitseinsatzes oder ihrer misslichen Berufssituation ein. Somit stimmen Experten und

Betroffene mindestens teilweise darin überein, dass Burnout keine eigentliche psychische Erkrankung darstellt.¹⁴ Burnout kann nicht mit einer Depression gleichgesetzt werden, lässt sich aber auch nicht scharf von Depression abgrenzen, denn wenn die Symptomatik von Burnout und Depression genauer untersucht wird, finden sich Ähnlichkeiten und fließende Übergänge. Wer im Burnout-Fragebogen hohe Werte erzielt, hat im Depressionstest ebenfalls höhere Werte. Auch wenn Burnout-Betroffene von psychiatrischen Experten klinisch interviewt werden, findet sich eine starke Überlappung von Depression und Burnout.

Burnout kann Vorstufe einer depressiven Episode sein. Ein leichtes Burnout, das den Kriterien einer psychiatrischen Störung (wie einer depressiven Episode) nicht entspricht,

¹⁴ Vgl. Hell 2015, 88.

ist ein Hinweis auf Überforderung, hat aber noch keinen Krankheitswert. Erst wenn der Burnoutprozess fortschreitet und zu Behinderungen führt, ist von einer eigentlichen psychischen Störung zu sprechen.

Es gilt den Burnoutprozess möglichst zu unterbrechen, bevor er zur Depression oder einer anderen psychiatrischen Störung führt.¹⁵

¹⁵ Vgl. *Ebda*, 89-92.

Depression

*„Der Begriff Depression entstammt dem lateinischen Wort „depressus“ und bedeutet „Niedergedrücktheit“. Er kennzeichnet einen schwer beschreibbaren, quälenden Verlust an Lebensfreude, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden.“*¹⁶

Geschichtlicher Überblick

Die Erkrankung der Depression gibt und gab es zu allen Zeiten in allen Kulturen und Gesellschaften. Die ersten schriftlichen Überlieferungen dieses Krankheitsbildes finden sich in den „Gesprächen eines Lebensmüden mit einer Seele“, nachgewiesen im Papyrus Berlin Nr. 3024 aus der zwölften altägyptischen Dynastie um 1900 v. Chr. Weiters ist von trübsinnigen Anwendungen in der Bibel die Rede, in der Erste israelitische König Saul aus dem ersten Jahrtausend v. Chr. von seinem Schwiegersohn

durch Hafenspiel aufgeheitert wird. Es wurden auch andere Mittel zur Linderung und Bewältigung von Depressionen verwendet.¹⁷ Damals wurde die heutige Depression mit „Melancholie“ beschrieben. Diese Beschreibung wurde nicht nur von den Ärzten als Phase niedergedrückter Stimmung thematisiert, sondern auch von Philosophen und Dichtern, welche meinten, dass sich diese Krankheit ebenso auf das gesamte seelische und körperliche Erleben eines Menschen auswirkt.¹⁸

Mit Hilfe von Körperkontakt, Wärme und Licht, Kräuterextrakten und Pflanzensäften wurden erste Meilensteine in einer Erfahrungsmedizin geschaffen.

¹⁶ Payk 2010, 9.

¹⁷ Vgl. Payk 2010, 10.

¹⁸ Vgl. Riecke-Niklewski, Niklewski 2012, 21.

Die Wirkung von Pflanzensäften war vermeintlich schon sehr früh bekannt. In der mesopotamischen und ägyptischen Hochkultur im 4. bis 3. Jahrtausend v. Chr. wurde die aufhellende Wirkung des Schlafmohns genutzt. „Pflanze der Freude“ wurde der Mohn von den Sumerern genannt. Bis in die Neuzeit wurde der Mohn und der Wirkstoff Opium als Antidepressivum verwendet. Verboten wurde Opium erst unter Karl dem Großen.

Ein weiterer Pflanzensaft ist das Hypericumöl, welches aus Johanniskraut gewonnen wird. Dieses Öl galt als fester Bestandteil der Klostermedizin im Mittelalter. Auch bekannt ist es unter dem Namen „Arnica der Nerven“. Zu einem der ältesten Mittel zur Aufheiterung der Stimmung gehört fraglos der Alkohol. In früheren Anstalten für psychisch kranke Menschen war Alkohol ein häufig verwendetes Medikament

gegen Melancholie, Schlafstörungen und Angstzuständen. Hippokrates von Kos vertrat im vierten Jahrhundert v. Chr. die These vom Gehirn als Sitz geistiger und seelischer Fähigkeiten und dem Gedanke, dass ein zweifelhaftes Übermaß an schwarzer Galle zu Depressionen führt. Aus dem hippokratischen Konzept wurde im ersten Jahrhundert n. Chr. vom Griechen Galen von Pergamon eine Krankheitslehre entwickelt, wonach alle Krankheiten auf einem Ungleichgewicht der vier Körperflüssigkeiten Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle resultieren. Diese Lehre, auch Viersäftelehre genannt, hatte bis Ende des 18. Jahrhunderts Gültigkeit.

Ein wichtiger Name für die Behandlung geistiger und seelischer Störungen ist Johann Christian Reil (1759-1813) und seine „psychische Kur“. Als Teil eines Lohn-Strafe-Prinzips wurde bei Melancholie als angenehme Stimulation der Genuss von Alkohol oder Mohnsaft, Wärme, Körperkontakt, Gymnastik, Singen und Tanzen oder Geistesarbeit als Betätigung verschrieben. Dem gegenüber stand bei nicht erwünschten Verhalten zum einen der Entzug von Nahrung, kalte Bäder oder Rutenschläge.

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts konditionierte sich die Lehre von der Erkennung und Behandlung psychischer Krankheiten als autonome Wissenschaft und die Melancholie wurde nun auch als Erkrankung des Nervensystems angesehen.¹⁹ Öffentliche Diskussionen legen den Verdacht nahe, dass Depressionen in dieser Häufigkeit eine Erscheinung

des 20. und 21. Jahrhunderts sind. Eine Folge des schnelllebigen, industrieabhängigen und urbanen Lebensstils. Einige Probleme die dafür sprechen sind unter anderem Arbeitslosigkeit, beruflicher Druck, sowie ein verändertes Bildungsverhalten. Diese können dann zur Belastung werden, welcher manche Menschen nicht mehr gewachsen sind. Weitere Faktoren die das ganze System belasten sind der steigende Konsum bestimmter Medikamente und Genussgifte. Alkohol, Nikotin, aber auch lebensrettende Medikamente sind für ihre depressionsauslösende Nebenwirkung bekannt. Auch andere Belastungen können zu Depressionen führen wie die zunehmende Missachtung unserer inneren biologischen Rhythmen.

¹⁹ Vgl. Payk 2010, 10-16.

Keine regelmäßigen Dienste sowie unsere Freizeit, Urlaubsgestaltung und Alltagsplanungen fordern eine weitgehende Unabhängigkeit von Tag und Nacht, Sommer und Winter, die oft nicht unserer inneren Uhr gleichkommen. Diese Urbanisierung ist auch ein Risikofaktor für das Entstehen einer Depression. Dennoch ist festzuhalten, dass Depression keine moderne Erscheinung ist.

Sich einzugestehen an einer seelischen Störung zu leiden, ängstigt. Viele Menschen, hindert dies daran sich bei einer psychischen Störung professionelle Hilfe zu holen. Anderen Menschen ist es auch nicht möglich die Depression als Krankheit zu erkennen. Dazu kommt, dass es nicht zuletzt die Krankheit selbst ist, die betroffene Personen daran hindert fachgerechte Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zum einen machen depressive Trägheit und Schläfrigkeit den Gang zu Helfern zu

einer Aufgabe die unlösbar erscheint. Niedergeschlagenheit lässt diesen Gang zudem sinnlos erscheinen. Zum anderen wird die Krankheit von depressiven Menschen als eigenes Versagen wahrgenommen. Depressive Schuldgefühle verweigern dem Kranken sich selbst als krank zu erkennen. Eine Depression ist keine tagesabhängige Stimmungsschwankung, keine Willensschwäche und keine schlechte Laune. Durch diese Fehldeutungen wird die fachgerechte Hilfe durch einen Psychiater und Psychotherapeuten oft verhindert. Dabei ist heutzutage die Hilfe für depressive Erkrankungen gut möglich, vor allem, wenn die medizinische Therapie frühzeitig beginnt. Depression ist kein alternativloses Schicksal.

Moderne Behandlungsmethoden machen es möglich die Depression zu überwinden oder ins Leben integrieren zu können. Der erste und bedeutendste Schritt aus der Depression ist dabei immer, sie zu erkennen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und diese auch zu akzeptieren. Dafür ist die Hilfe von anderen unausweichlich. Familie, Freunde und Kollegen die die Symptome erkennen, sollten handeln.²⁰ *Sie brauchen Hilfe, um Hilfe in Anspruch zu nehmen.*²¹

Wie entstehen Depressionen?

Es gibt verschiedene Ursachen die häufig zusammenwirken und so zur Erkrankung und Depressionen führen. Unter einzelnen Betroffenen lässt sich eine familiäre Häufung depressiver Störungen finden, was auf Erbfaktoren deuten kann. Das Erkrankungsrisiko ist unter diesen Umständen, im Gegensatz zur übrigen Bevölkerung, um das Doppelte bis Dreifache erhöht.

²⁰ Vgl. Riecke-Niklewski, Niklewski 2012, 20-24.

²¹ Riecke-Niklewski 2012, 24.

Dies ist aber kein Garant dafür, dass diese ererbte Verletzlichkeit gleich automatisch zum Ausbruch der Krankheit führt. Bei dem Großteil der Menschen mit einer Depression besteht keine Häufigkeit auf familiärer Basis. Wichtige psychologische Faktoren wie ein mangelndes Selbstwertgefühl, negatives Denken, ängstliche Persönlichkeiten oder chronische Zwangszustände sind von großer Bedeutung. Auch belastende Erfahrungen wie der Verlust der Arbeit oder des Partners, anhaltende Überforderungen und finanzielle Probleme können Depressionen auslösen. Eine weitere Möglichkeit für den Ausbruch einer Depression sind chronische Körperkrankheiten, wie ein Hirninfarkt oder eine Alkoholabhängigkeit.²²

²² Vgl. Hell 2015, 7-8.

Aus biologischer Sicht sind „*Depressionen durch eine Veränderung der Aktivität bestimmter Hirnzentren und häufig durch eine Zunahme des Stresshormons Kortisol gekennzeichnet.*“²³

Symptome von Depressionen

Die Symptome für eine Depression können in drei Untergruppen eingeteilt werden.

Psychische Symptome

Eines der übergeordneten Symptome ist eine depressiv gedrückte Stimmung. Einher geht auch der Verlust von Interesse oder Freude an verschiedenen Aktivitäten die vor der Erkrankung problemlos möglich waren. Verlust des Selbstvertrauens durch Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Immer wieder vorkommende Gedanken über Suizid und Tod. Es fällt den Betroffenen auch schwer

Schwierigkeiten und Entscheidungen zu fällen aufgrund eines verminderten Denk- und Konzentrationsvermögens.

Körperliche Symptome

Antriebslosigkeit gehört zu den stärksten körperlichen Symptomen bei einer Depression. Weiters sind Schlafstörungen mit anschließendem Stimmungstief am Morgen wesentliche Indikatoren. Gefolgt von Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, sexuellen Desinteresse und chronischen Kopfschmerzen.²⁴

²³ Hell 2015, 8.

²⁴ Vgl. Ebda, 7.

Psychotische Symptome

Bei schweren Depressionen können die psychotischen Symptome recht schwer ausfallen. Der Betroffene hat den Wahn zu verarmen, am Unglück der Welt mitbeteiligt zu sein, verfolgt zu werden. Auch Sinnestäuschungen wie verurteilende Stimmen, die einem vorwerfen schuldig zu sein, versagt zu haben. Ein körperliches Empfinden innerlich tot zu sein und das Riechen von Verwesung aus dem vermeintlich nicht mehr lebenden eigenen Körper sind sehr ernst zu nehmende Symptome.²⁵

Behandlung von Depressionen

Generell lassen sich Depressionen gut ambulant behandeln. Es werden verschiedene psychotherapeutische Methoden, Arzneimittel, als auch Lichttherapie, Wochtherapie und in äußerst schweren Fällen die Elektrokrampfbehandlung

angewendet. Droht ein möglicher Suizid oder ist die Depression sehr schwer ist ein Hospitalaufenthalt sinnvoll und hilfreich.²⁶

²⁵ Vgl. Hell 2015, 7.

²⁶ Vgl. Ebda., 10.

Gesetzliche Grundlagen

„Der jetzige Hang zu allgemeinen Gesetzen und Verordnungen ist der gemeinen Freiheit gefährlich.“²⁷

Justus Möser

Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) werden der Umfang der medizinischen Rehabilitation, die Befugnis für die Bewährung der Maßnahmen und die Anspruchsberechtigten geregelt.

Die Unfallversicherung, die Pensionsversicherung und die Krankenversicherung sind für die Genehmigung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig. Gleich lautende oder ähnliche Regelungen für die medizinische Rehabilitation von selbstständig Erwerbstätigen, Bauern und Beamten gibt es sowohl im

Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG, § 99a, § 157-168), im Bauernsozialversicherungsgesetz (BSVG, § 96a, § 148p, § 150-160) und im Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG, § 65a und 70). Wegen der Einfachheit halber werden die Normen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zitiert.²⁸

²⁷ Schulze, 350.

²⁸ Vgl. Reiter/Fülöp/Gyimesi/Nemeth 2012, 17-18.

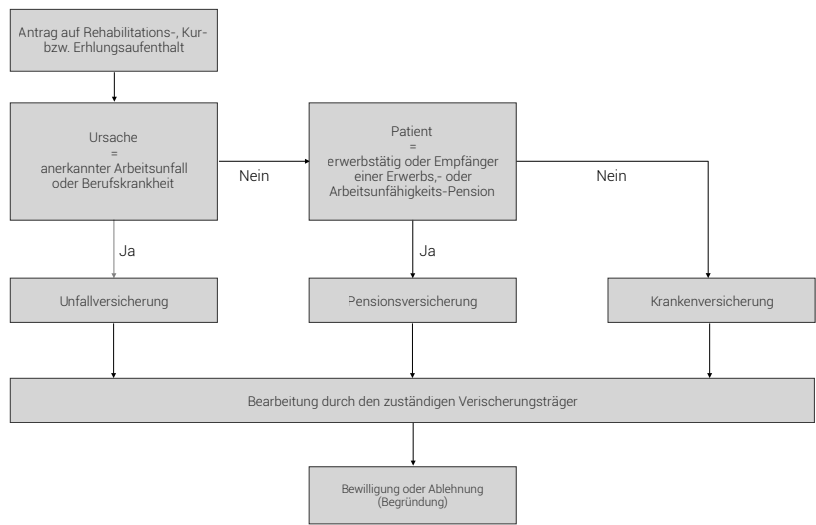


Abb. 05 Tabelle Rehabilitationsantrag Ablauf

Antragsverfahren

Im Allgemeinen werden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nur auf Grund eines vorherigen Antrags erbracht. Den jeweiligen Antrag auf Rehabilitation stellt der Patient. Den Zweck der Rehabilitation und die medizinische Erfordernis begründet der Arzt für Allgemeinmedizin oder eines bestimmten Fachgebietes auf der Rückseite des Antragsformulars. Der Antrag ist dem zuständigen Unfallversicherungsträger zu übermitteln, wenn der Grund der Gesundheitsstörung beziehungsweise der Körperschädigung ein anerkannter Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist. Liegt dies bei einem erwerbstätigen Antragsteller oder einem Bezieher einer Pension nicht vor, ist den zuständigen Pensionsversicherungsträger der Antrag zu übermitteln. Folgendermaßen ist der Antrag an den zuständigen Krankenversicherungsträger zu

übermitteln, wenn es sich beim Antragsteller um einen Angehörigen eines Versicherten handelt beziehungsweise um einen anderen Pensionsbezieher. Sofern die Bedingungen für eine Leistungserbringung gegeben sind, wird ein Vorschlag über die Notwendigkeit, Art und Dauer der Maßnahmen anhand der ärztlichen Dienste des Versicherungsträgers erstellt. Die festgestellte Entscheidung über den gestellten Antrag wird dem Antragsteller dann schriftlich übermittelt. Käme es zu einem Ablehnungsfall, würden die Gründe in allgemein verständlicher Form ausformuliert werden.²⁹

²⁹ Vgl. <https://rehakompass.goeg.at/Rund-UmReha/Antragsverfahren>, 21.05.2016



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen
 Zuständiger Sozialversicherungsträger:

Raum für Posteingangsstempel

Familienname(n)/Nachname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____ Lfd.Nr. Tag Monat Jahr _____		Angaben des (der) Versicherten: Personenstand: _____ Telefon Nr.: _____ Anschrift: _____	
Patient(in) _____ Anschrift _____		Versichert als <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Angestellte(r) bzw. bei <input type="checkbox"/> VA öffentlich Bediensteter <input type="checkbox"/> VA für Eisenbahnen und Bergbau - Mitgliedsnummer _____ (Bitte Einkommensnachweis beilegen) <input type="checkbox"/> _____	
Versicherte(r) _____ (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) Lfd.Nr. Tag Monat Jahr _____		Selbständig erwerbstätig als _____ Leisten Sie Nachtschicht(schwer)arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Versicherte(r) beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort, Tel. Nr.) _____			

Beziehen Sie Leistungen nein ja

a) aus der Pensionsversicherung Pensionsversicherungsträger _____
 b) aus der Arbeitslosenversicherung Geschäftsstelle des AMS _____
 c) aus der Unfallversicherung Anstalt _____

d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen
 e) von einem Sozialhilfeträger
 f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.) Von welcher Stelle _____

Haben Sie einen Pensions- (Renten-)antrag gestellt Bei welcher Anstalt _____
 Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert Bei welcher Anstalt _____
 Beziehen Sie Pflegegeld Von welcher Anstalt _____ Welche Stufe _____

Zusatzangaben Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis _____ zuletzt beschäftigt bis _____

Beziehen Sie eine Pension nein ja Von welcher Anstalt _____

Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert nein ja Bei welcher Anstalt _____

Sind Sie pensions- oder unfallversichert nein ja Bei welcher Anstalt _____

Beziehen Sie Pflegegeld nein ja Von welcher Stelle _____ Welche Stufe _____

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?
 nein ja Wann _____ Wo _____
 Wann _____ Wo _____ Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragstellers/Antragstellerin)

Anmerkungen des Versicherungsträgers
 Entsendung bzw. Zuschüsse in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Antragstellung

Jahr	vom - bis	Kur- oder Aufenthaltsort (Anstalt)

Datum und Namenstempel des/der Bearbeiters/Bearbeiterin _____

HW_KUR1-VB.10

Abb. 06 Rehaantrag Seite 1

Ärztliche Stellungnahme		Zutreffende Felder bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>	
für <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Aktuelle Vorgeschichte - soweit antragsrelevant (Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit Datumsangabe)			
Antragsrelevante Diagnose			
Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen)		Größe	Gewicht
RR			
a) maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren			
b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit) (Nebenkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislauferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere; medikamentöse Behandlung)			
Vorgeschlagen wird	für	in	
<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	Hinweis: Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.	
<input type="checkbox"/> Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf		
<input type="checkbox"/> Erholung	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapparat		
<input type="checkbox"/> Genesung	<input type="checkbox"/> Neurol. Formenkreis		
<input type="checkbox"/> Landaufenthalt	<input type="checkbox"/> Rheumat. Formenkreis		
	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen		
	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen		
	<input type="checkbox"/> Sonstige		
Begründung für die vorgeschlagene Maßnahme (Berufsbild, medizinische, berufliche oder soziale Zielsetzung)			
Patient(in)			
ist heimfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist kurfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> benötigt Diät <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Art <input type="text"/>			
ist gehfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
benötigt Begleitperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> für die Anreise <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> für den Aufenthalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
benötigt Transport <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Ambulanzwagen (ohne Sanitäter) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Sonstiges (priv. PKW, Taxi) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
<small>Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt</small>			
Erladigung des Versicherungsträgers			
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Begründung	bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> Aufenthaltsort
Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kurheilverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erholung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Genesung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Landaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kurkostenzuschuß	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
<small>Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin</small>		<small>Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin</small>	
Erladigungsvermerke:			
<small>HW - KUR1 - 08.10</small>			

Abb. 07 Rehaantrag Seite 2



Abb. 08 Edvard Munch | Das weinende Mädchen

Im Anschluss an die Krankenbehandlung ist es möglich, dass die Krankenversicherungsträger medizinische Maßnahmen der Rehabilitation gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung größtmöglich zu sichern beziehungsweise die Folgen der Krankheit zu erleichtern. Dies verfolgt das Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten so weit wiederherzustellen, dass Pflegebedürftigkeit weitestgehend verhindert wird.³⁰ Die oben genannten medizinischen Maßnahmen umfassen:

- Rehabilitation in Krankenanstalten die vorwiegend dafür dienen;

-die Bewilligung von Körperersatzstücken, orthopädischen Hilfsmitteln, einschließlich der Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung, sowohl eine Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;

-die Genehmigung ärztlicher Hilfe beziehungsweise die Versorgung mit Heilmitteln.³¹

³⁰ Vgl. Reiter/Fülöp/Gyimesi/Nemeth 2012, 17-18.

³¹ Vgl. <https://rehakompass.goeg.at/RundUmReha/ZielUndUmfang>, 21.05.2016



Abb. 09 Antje Stocker | Einsamkeit im Sturm

Maßnahmen zur psychiatrischen Rehabilitation

„Galt der Patient noch bis vor wenigen Jahren als behindert, voller Nichtkönnen und Nichtwissen, wird heute versucht, auf seine Stärken, seine Interessen und seine Ressourcen zu achten.“³²

Das nächste Kapitel gibt einen kurzen Einblick in die erfolgreichsten und gängigsten Maßnahmen für die psychiatrische Rehabilitation. Diese Maßnahmen erfordern komplexe Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren. Physiotherapeutische, ergotherapeutische, diätische und psychotherapeutische Versorgungen stellen einen wichtigen Faktor für den Abbau von negativ wirkenden Kontextfaktoren. Mit dem Ziel der Erarbeitung idealer psychischer und physischer Bedingungen.

Dadurch ist es möglich, dass die Patienten aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen können.³³

³² Rössler 2004, 5.

³³ Vgl. Interview mit M.K.T.T, 2016

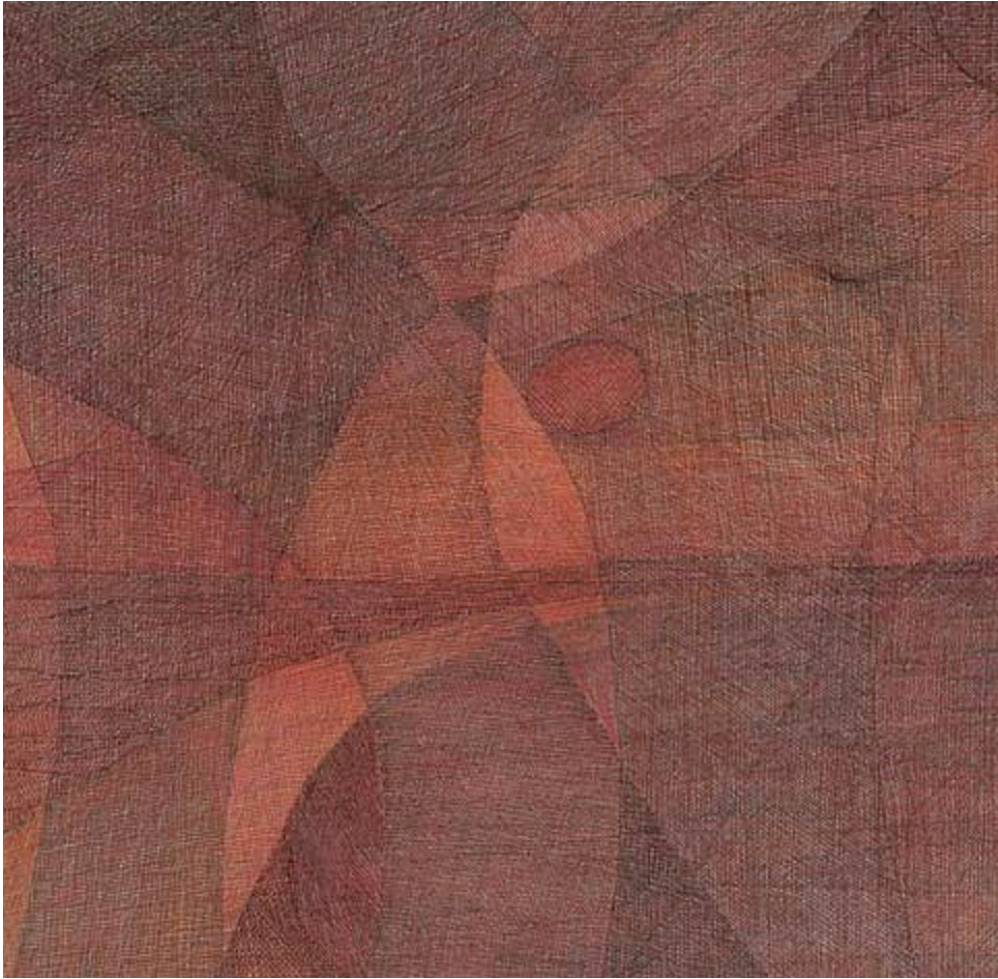


Abb. 10 Antje Stocker | Aufhellung und Heiterkeit

Psychotherapie

Vorformen der psychotherapeutischen Praxis sind vermutlich so alt wie die Menschheit selbst. Jedoch wurden die psychotherapeutischen Funktionen durch die Jahrhunderte in Form religiöser Heilkunst von Priestern und Ärzten wahrgenommen. Als systematisch entwickelte, wissenschaftlich fundierte Disziplin, ist die Psychotherapie jedoch relativ jung. Der Begriff der Psychotherapie wurde erstmals gegen Ende des 19. Jahrhunderts in England und den Niederlanden erwähnt. Mit der Entwicklung der von Sigmund Freud entwickelten Psychoanalyse stand eine theoretisch wie praktisch angesehene und wissenschaftliche Methode zur Disposition, die parallel den Beginn der modernen Psychotherapie markiert.³⁴ Freuds (1856-1939) Interesse galt zunächst hauptsächlich der Neurophysiologie. Nach einer Phase

in der Freud mit verschiedenen Neurologen zusammenarbeitete, entwickelte er in einer Arbeitsgemeinschaft mit Josef Breuer eine Strategie für die Behandlung, die als Vorläufer der psychoanalytischen Kur angesehen werden kann.³⁵

*„Die Psychoanalyse hat nicht nur die Entwicklung der modernen Psychotherapien entscheidend geprägt, sondern auch die Psychiatrie[...] und die Psychosomatik[...] wesentlich beeinflusst.“*³⁶ Österreich, in erster Linie Wien, bekommt in der Entstehungsgeschichte und der Entwicklung der modernen Psychotherapie eine besondere Bedeutung.

³⁴ Vgl. Slunenko 2009, 29-30.

³⁵ Vgl. Reimer/Eckert/Hautzinger/Wilke 32007, 10-11

³⁶ Reimer/Eckert/Hautzinger/Wilke 32007, 11

Die Anfänge der österreichischen Psychotherapie und ihrer Geschichte reichen bis in die Monarchie zurück. Einer der wichtigsten Vertreter und Vorläufer der modernen Psychotherapie ist Franz Anton Mesmer (1743-1815) mit seiner Therapie des Animalischen Magnetismus. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts konnte sich der Darwinismus, nach langem Kampf, gegen die Polygenie und Monogenie Theorie durchsetzen. Diese Konflikte machen deutlich, dass die Bibel die angesehenste Institution war.

Wie oben erwähnt ist die systematisch-wissenschaftliche Durchdringung der Psychotherapie ein Verdienst Freuds. Stark beeinflusst wurde er durch den ersten Weltkrieg. Einerseits wurden seine Söhne 1914 als Soldaten einberufen und andererseits brachten die Behandlungen und ihre Erfolge von psychisch traumatisierten Soldaten erste staatliche

Anerkennungen für die Psychoanalyse. Zu Ende des Weltkrieges hatten die hygienische Grundversorgung und die Armutsbekämpfung Vorrang. Nichts desto trotz erlebten einerseits die Psychoanalyse, als auch andererseits die Individualpsychologie ihren ersten Aufschwung. Ein herber Rückschlag für die Individualpsychologie war die Ausschaltung der Sozialdemokratie Mitte der dreißiger Jahre. Durch die politische Kontrolle löste diese Situation eine Emigrationswelle aus. Die voranschreitende Entwicklung auf dem Gebiet der Psychotherapie wurde gegen Ende der dreißiger Jahre durch Verfolgung und Vertreibung nahezu restlos zunichte gemacht.³⁷

³⁷ Vgl. www.propaedeutikum-graz.at/index.php?option=com_content&view=article&id=49:zur-geschichte-der-psychotherapie&catid=68:geschichte&Itemid=35 (03.05.2016)

Es herrschte ein gewisses Misstrauen gegenüber den in Österreich verbliebenen Therapeuten und der Besetzung Wiens. Ein weiterer Grund könnte auch die ausbleibende Einladung Österreichs für eine Rückkehr der vertriebenen Juden gewesen sein. Einen Aufschwung gab es dann in den 70iger Jahren im deutschsprachigen Raum mit einer Welle von psychologischen Institutionsgründungen. Durch die Organisation von der Gruppenpsychotherapiebewegung, kam es zur Aktivierung von Lehrstühlen für medizinische Psychologie und Psychotherapie an mehreren Universitäten. In den selben Jahren wurde unter Erich Pakesch das erste universitäre Institut für medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Karl Franzens Universität gegründet. Schlag auf Schlag wurde 1971 die Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT) und

die operierende Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation gegründet. In den neunziger Jahren wurde die Psychotherapie rechtlich institutionalisiert. Am 1. Jänner 1991 trat zugleich das Psychologengesetz (PG) als auch das Psychotherapiegesetz (PthG) in Kraft.³⁸

³⁸ Vgl. Ebd.

„§1.(1)DieAusübungderPsychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“³⁹

³⁹ Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz) StF: BGBl. Nr. 361/1990 (NR: GP XVII RV 1256 AB 1389 S. 146. BR: AB 3896 S. 531.)

Ergotherapie

Ergotherapie als Begriff kommt ursprünglich aus dem Griechischen. Mit diesem Begriff lassen sich zwei Worte verbinden. Erstens das Wort „to ergon“, was soviel bedeutet wie Tat, Handlung, das durch die Arbeit Hervorgebrachte, Werk. Zweitens „therapeia“ bedeutet Heilung, Pflege. Durch Dienste das Wohlbefinden des Kranken zu ermöglichen.⁴⁰ Für Ergotherapeuten ist es essentiell ihre Patienten darin zu unterstützen, ihre sozialen Funktionen einzunehmen, persönlichen Bedürfnissen Sorge zu tragen, vertretbare zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen, einen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt zu ermöglichen und ihre Freizeit vernünftig zu gestalten.⁴¹ Durch diese Definition wird deutlich, dass die Ergotherapeuten ihre Patienten ganzheitlich betrachten. Die Definition ist auch für die psychiatrische

Rehabilitation besonders passend, da die soziale Ebene als auch der Freizeitbereich ausdrücklich erwähnt wird. Das Zentrum der Arbeit wird hierbei je nach Situation und Bedarf festgelegt. Bei der Ergotherapie handelt es sich um einen Spezialberuf, welcher für das Erlangen sinnerfüllter Handlungsweisen im alltäglichen Leben prädestiniert ist. Es werden Patienten aller Altersstufen, sowohl mit psychotischen, neurotischen oder psychosomatischen Störungen behandelt. In der Therapie erhalten die Patienten die Möglichkeit sich selbst zu helfen. Ziel ist mehr Eigeninitiative zu entwickeln und dadurch das Selbstbewusstsein zu stärken. Durch diese Selbstständigkeit wird darauf hingewiesen, dass nicht der Therapeut sondern der Patient die Therapieziele bestimmt. Verschiedene Besonderheiten der Ergotherapie sind

⁴⁰ Vgl. Gemoll 1991, 326, 372.

⁴¹ Vgl. Götsch 1999, 50-65.

unter anderem die umfangreichen Einsatzmöglichkeiten. Es wird auf verschiedene Mittel und Methoden zurückgegriffen, welche sich an die institutionellen Rahmenbedingungen anpassen lassen. Die am häufigsten verwendeten Therapiemittel sind: handwerklich/gestaltende Techniken, bildnerisches Gestalten, Literatur und Bildmaterial, Spiele, Musik und Bewegung, Alltagsangelegenheiten wie zum Beispiel Kochen, Backen etc, Freizeitaktivitäten nachgehen oder Sozialtraining. Bezüglich der Methodik können die Mittel für die Therapie in strukturierter oder freier Aufgabenstellung angeboten werden. Zum Beispiel kann für einen depressiven Patienten zu Beginn der Therapie das Ziel ausschließlich darin bestehen, in einer Regelmäßigkeit die ergotherapeutische Gruppe zu besuchen.⁴² Die drei häufigsten Therapieformen sind die Einzeltherapie,

⁴² Vgl. Rössler 2004, 356.

die Einzelarbeit in der Gruppe und die Gruppenarbeit.

Für Ergotherapeuten steht das Zusammenarbeiten mit anderen Berufsgruppen im Vordergrund. Erst wenn die Akutbehandlung mit der Rehabilitation interagiert, kann der Tagesablauf und die Eingliederung in das alltägliche Leben wieder erfolgreich stattfinden. Das heißt, dass der Eingliederungsprozess nicht mit der Behandlung endet, sondern erst mit einer ungefährdeten Lebensperspektive für den Patienten.⁴³

⁴³ Vgl. Ebd., 361.

Sporttherapie

Besonders bei depressiven Menschen kann das körperliche Erleben beim Sport wieder oder auch erstmalig einen Zugang zum Körpergefühl eröffnen. Dafür dürfte es wichtig sein, sich nach dem Sport immer auch eine ausreichende Pause für das „Nachspüren“ zu lassen.

Der Erfolg einer Sporttherapie hängt wesentlich davon ab, wie überzeugt der Patient vom Sinn der Maßnahme ist und mit welchem Erfolg er selbst rechnet. Daher lohnt sich der Aufwand, dem Betroffenen die vielfältigen Wirkungen von Bewegung auf die seelische Gesundheit zu erläutern und möglichst konkrete positive Beispiele anzuführen.⁴⁴

Natürlich sind auch andere Therapiemöglichkeiten wie Kreativtherapie, Musiktherapie etc. für eine Behandlung denkbar. Nur die Vielschichtigkeit würde den Umfang der Diplomarbeit sprengen.

⁴⁴ Vgl. Mück 2010, 8-12.



Abb. 11 Privatlinik St. Radegund

Privatklinik St. Radegund

Die Privatklinik St. Radegund liegt 15km nordöstlich von Graz. Anfang des 20. Jahrhunderts wurde das Haus erbaut und als Erholungsheim für Jugendliche genutzt. Seit den 60iger Jahren wird die Klinik als Krankenanstalt geführt und für Genesungszwecke genutzt. Nach einer weiteren Erweiterung im Jahr 1997 kam es 2000 zum Verkauf

der Klinik an die SANLAS Holding GmbH. Im Jahre 2004 wurde mit einer Generalsanierung und einem neuen Zubau begonnen. Ab Juli 2007 konnte dann der Betrieb als Sonderkrankenanstalt für psychiatrische Rehabilitation aufgenommen werden. Insgesamt verfügt das Haus heute über 165 stationäre Betten.⁴⁵

⁴⁵ Vgl. <http://www.privatklinik-stradegund.at/96>

(24.08.2016)



Abb. 12 Innenraum

Über den oberirdischen Parkplatz gelangt man zum überdachten, großzügigen Eingangsbereich der Privatklinik. Über den transparent gehaltenen Windfang gelangt man in eines offenes Foyer mit einem Aufenthaltsbereich, welcher sich im Altbau befindet. Nach erfolgreicher Anmeldung macht man sich auf den Weg ins Einzel-, oder Doppelzimmer. Generell ist eine klare Trennung von Unterbringung und Behandlung der Patienten zu sehen. Eine räumliche Trennung der Therapieräume und des Zimmers. Jedes dieser Zimmer verfügt über einen eigenen kleinen Außenbereich in Form eines Balkones. Die Gangflächen werden als Kommunikationsflächen und Aufenthaltsflächen verwendet. Räume die besonders gerne für eine Interaktion unter den Patienten herangezogen werden, stellen Aufenthaltsräume mit Fernsehgeräten dar. Für die Mitarbeiter

stehen extra Aufenthaltsräume abseits der Patientenräumlichkeiten zur Verfügung. Auch der Speiseraum wird räumlich zu dem der Patienten getrennt. Jener für die Mitarbeiter befindet sich im Untergeschoss und wird über einen Speiselift mit Mahlzeiten versorgt. Von den Sporträumlichkeiten kommt man direkt in den Freibereich. Das Cafe für die Patienten befindet sich zentral im Gebäude. Angesichts dessen, dass mit dem Bestand gearbeitet wurde, ist die Funktionalität hinsichtlich der Therapie und dem Aufenthalt mehr als gegeben. Dies spiegelt sich auch in der durchschnittlichen Wartezeit von sieben Monaten für die Privatklinik wieder.⁴⁶

⁴⁶ Vgl. Interview mit M.K.T.T, 2016



Abb. 13 Draufsicht Komplex Bad Hall

Sonnenpark Bad Hall

Das Therapie- und Ambulanzgebäude des Sonnenpark Bad Hall grenzt nächstliegend an den Kurpark und das bestehende Herz-Kreislaufzentrum an. Der etwas niedrigere Gebäudeflügel nimmt die bestehende Kurve der Feldgasse auf und dreht sich aus der Falllinie der Erhebung Richtung Süden. Die zentral gelegene Eingangshalle mit ihrer Ziegelverkleidung durchdringt den auf der Talseite gelegenen Zimmertrakt in der oberen Ebene und endet mit einer Terrasse mit Blick in die umliegende Landschaft. Der terrassierte, im Gegensatz zum Therapiegebäude, weiße Baukörper bildet einen windgeschützten, Richtung Süden offenen Hof, an dem auch die Räumlichkeiten für die Freizeitgestaltung orientiert sind.

Insgesamt stehen 160 Betten zur Verfügung, welche in Stationen und Gruppen gegliedert sind. Jede dieser Stationen und Gruppen verfügt

über eine gemeinsame, überdachte Gemeinschaftsterrasse.

Die positive Hanglage verbessert die Trennung der Versorgungs- und Anlieferungsbereiche zu den Patientenbereichen. Weiters bietet die Staffelung der Baukörper eine ungehinderte Sicht in die umliegende, unverbauete Landschaft.⁴⁷

Meiner Meinung nach ist dies ein sehr gelungenes Projekt. Verschiedene kostentechnische Einschränkungen machten es leider jedoch nicht möglich, den Patiententrakt optisch aufwertiger zu gestalten. Dennoch ist die klare Trennung der Funktionen eine durchaus akzeptable Lösung für die Behandlung psychisch kranker Menschen.

⁴⁷ Vgl. <http://www.promente-reha.at/images/folder/sopa-juli-2016-monitor.pdf> (15.07.2016).



Abb. 14 Ansicht Eingangssituation



Abb. 15 Eingangsbereich



Abb. 16 Hofsituation



Abb. 17 Einzelzimmer

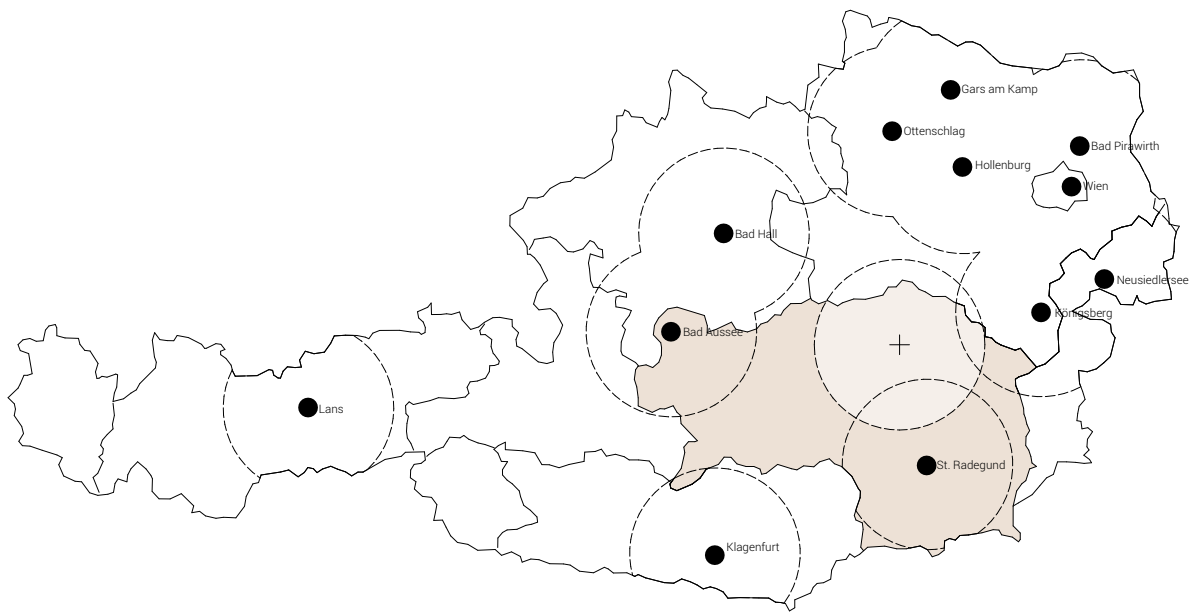


Abb. 18 Österreichkarte | Fokus Steiermark

Standortwahl

Angesichts dessen, dass es in den kommenden Jahren substantiv zu einer Verschlechterung der stationären Versorgung, durch eine nicht ausreichende Bettenanzahl für eine stationäre psychiatrische Rehabilitation kommen wird, ist es von großer Notwendigkeit eine entsprechende Aufstockung zu ermöglichen. Durch die verschiedenen Einzugsbereiche zu vorhandenen Rehabilitationskliniken wird ersichtlich, dass in ganz Österreich keine ausreichende Anzahl stationärer Betten gegeben ist. In der Steiermark wird die bestehende Bettenanzahl nur von der Privatklinik St. Radegund und der Privatklinik Bad Aussee abgedeckt. Das heißt, dass es nur im Süden und Norden der Steiermark eine Einrichtung dieser Art gibt. Für eine ausreichende Abdeckung im gesamten Gebiet der Steiermark bzw. ziemlich im Mittelpunkt Österreichs, wäre eine weitere Einrichtung sehr empfehlenswert. Das Problem bezieht

sich natürlich auf ganz Österreich. Folgedessen wäre eine Klinik in Aflenz nur ein kleiner Teil der, bis 2025, 338 abgehenden Betten. Weiters ist eine optimale Luftqualität für eine Rehabilitation von großer Bedeutung. Entspannung und Wohlfühlen steht im Vordergrund für die Patienten. Alltagsprobleme sollten so wenig wie möglich den Rehabilitationsaufenthalt bestimmen. Durch diese Faktoren fiel mir die Auswahl eines Luftkurortes nicht schwer. Aflenz. Das Gebiet war somit festgelegt und das zu bebauende Grundstück auch, welches an eine bestehende Rehabilitationsklinik für Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes angrenzt. Über die Mariazeller Straße wird das Grundstück an die bestehende Infrastruktur angeschlossen und befahren. Durch die ruhige und hangseitige Lage eignet sich der Bauplatz optimal für einen Komplex für psychisch erkrankte Menschen.

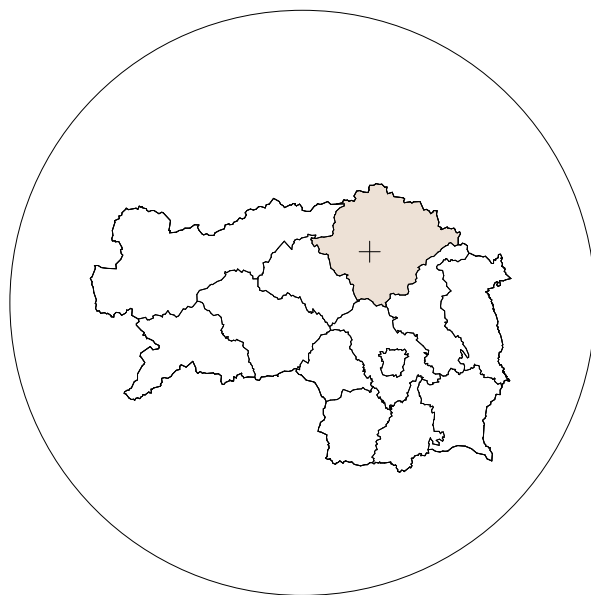


Abb. 19 Fokus Bruck und Mürzzuschlag

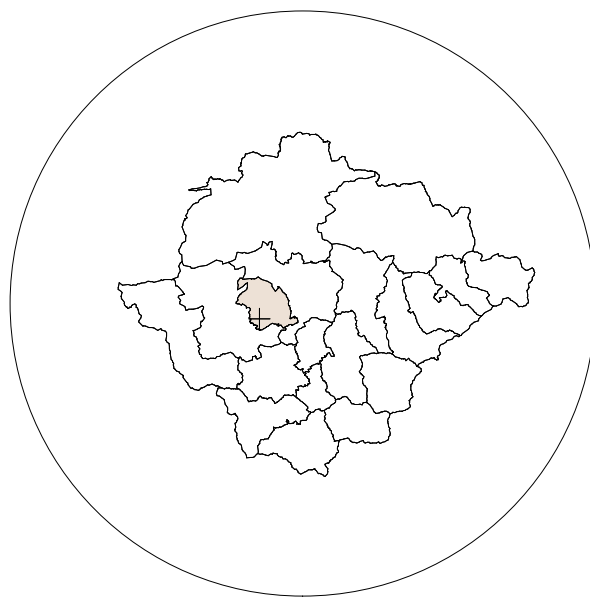


Abb. 20 Fokus Aflenz

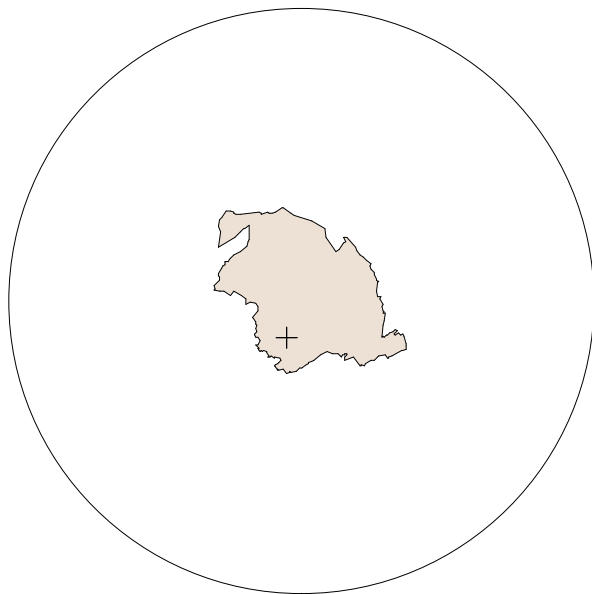


Abb. 21 Aflenz | Fokus Grundstück

„Schöpft ein Entwurf allein aus dem Bestand und der Tradition, wiederholt er das, was sein Ort ihm vorgibt, fehlt mir die Auseinandersetzung mit der Welt, die Ausstrahlung des Zeitgenössischen. Erzählt ein Stück Architektur nur weitläufiges und visionäres, ohne ihren konkreten Ort zum Mitschwingen zu bringen, vermisse ich die sinnliche Verankerung des Bauwerks an seinem Ort, das spezifische Gewicht des Lokalen.“ ⁴⁸

⁴⁸ Zumthor 2006, 42.



Abb. 22 Luftbild Aflenz 1:50000

Standort

„Gebäude entwerfen zu können, die im Laufe der Zeit auf diese selbstverständliche Weise mit der Gestalt und Geschichte ihres Ortes verwachsen, weckt meine Leidenschaft.“⁴⁹

Aflenz - Geschichte im Überblick

Das Aflenztal ist durch natürliche Grenzen klar vorgezeichnet. In der geographischen Literatur wird das etwa zehn Kilometer lange und circa zwei Kilometer breite Gebiet als Aflenzler Becken angesprochen.⁵⁰ Auf dem Gebiet der heutigen Steiermark stammen die ersten Spuren menschlichen Lebens aus der letzten Zwischeneiszeit, welche ungefähr von 180.000 bis 120.000 v. Chr. dauerte. In der Phase der Jungsteinzeit, welche ca von 5000 bis 1700 v. Chr. dauerte, waren die Höhlen in dem Gebiet von

Kapfenberg anscheinend schon ständig besiedelt und nicht nur vorübergehend bewohnt. Ein, in der Fachsprache als Rundnackenaxt bezeichnet, kam 1978 bei Bauarbeiten in Aflenz als Fragment zutage. Dieses Fundstück gehört der Jungsteinzeit an. Die jungsteinzeitliche Siedlung auf die die Aflenzler Rundnackenaxt hinweisen könnte, wurde allerdings noch nicht entdeckt. Weitere Tongefäßreste mit Linearornamentik die im Raum Kapfenberg gefunden wurden weisen auch auf den Daueraufenthalt des

⁴⁹ Zumthor 2006, 17.

⁵⁰ Vgl. Riegler 1990, 20.

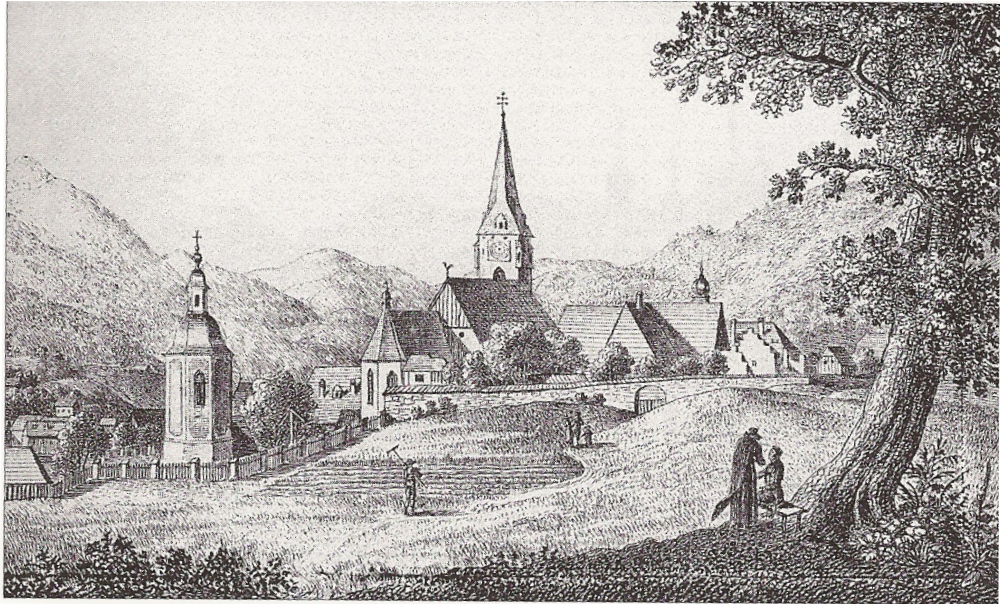


Abb. 23 Historisches Bild Aflenz

Menschen hin. Neben den Höhlensiedlungen gegen Ende des 3. Jahrtausends v. Chr. bestanden schon durch Wall und Graben geschützte Dörfer in der Ebene.

Seit Ende des 2. Jahrhunderts v. Chr. gehörte das Gebiet der Steiermark zum Königreich Norikum. Bis 476 n. Chr. war das Königreich Norikum Teil des Römischen Reiches. Durch die Straßenbaukunst, welche die Römer zu nutzen wussten, erwiesen sich die Straßenverbindungen als sehr dauerhaft. Über Thörl, Aflenz, den Seeberg und Mariazell führte ein ehrwürdiger Fernhandelsweg.

Die Slawen die ab dem späteren 6. Jahrhundert neu ins Land gekommen sind ließen sich vorzugsweise auf alten Siedlungsplätzen, meist am Rande größerer Ebenen und Täler nieder. Die slawischen Bauern legten ihre Dörfer in erster Linie in Gestalt unregelmäßiger Haufendörfer an, waren sesshaft

und betrieben Ackerbau und Viehzucht. Nach der Besiedelung des Aflenztales im 6. Jahrhundert waren wahrscheinlich noch im Laufe des 8. Jahrhunderts die bayrischen Siedler in dieses Gebiet vorgestoßen. Der Name Aflenz ist erstmals im Jahr 1025 urkundlich als Auelniz belegt. Dieser Siedlungsname ist vom slawischen Wort ablanica herzuleiten. Es bedeutet soviel wie Apfelbaum oder Apfelbaumgarten. Die Auswertung der Siedlungs- und Flurformen dienen als wesentliches Hilfsmittel zum Verständnis des Besiedelungsverlaufes. Zwei Flurformen sind für das Aflenztal prägend. Mit der Besiedelung der Slawen ist die Blockgemengflur verbunden, die Einödfur wird hingegen der bayrischen Siedlungsgeschichte zugeschrieben. Die zu den Anwesen der Bauern gehörenden Flurstücke sind bei der Blockgemengflur in unregelmäßige Blöcke aufgeteilt.

Andererseits liegen die zu einem Hof gehörenden Flurstücke bei der Einödlflur rings um den Hof. Um die Mitte des 14. Jahrhunderts konnte ein Siedlungsrückgang nicht verhindert werden.⁵¹ Offenbar kam es durch die Markterhebung 1458 wiederum zu einer dominierenden Bautätigkeit.⁵² Ab dem 16. Jahrhundert ist wiederum eine Vermehrung der Häuseranzahl zu beobachten. Hier sind dementsprechend der Neubau der Kirche und die Vergrößerung der Propstei hervorzuheben.⁵³ Die letzte große Phase der Siedlungsentwicklung begann erst nach Ende des Zweiten Weltkrieges. Es galt sowohl den Wohnraum zu vergrößern, als auch die vorhandene Ausstattung zu optimieren. Die Folge war neuer Wohnraum in Form von Einfamilienhäusern und Zweifamilienhäusern.⁵⁴

⁵¹ Vgl. Riegler 1996, 33-46.

⁵² Vgl. Riegler 1990, 29.

⁵³ Vgl. Ebd., 30.

⁵⁴ Vgl. Riegler 1996, 46-50.

Aflenz heute

Durch die Strukturreformen, die am 1. Jänner 2015 in Kraft getreten sind, entstand aus den beiden Gemeinden Aflenz Kurort und Aflenz Land die neue Marktgemeinde Aflenz, mit ihren Ortsteilen Aflenz Kurort, Jauring, Feistring, Tutschach, Dörflich, Draiach, Graßnitz, Döllach, Seebach und Thullin.⁵⁵

⁵⁵ Vgl. <http://www.aflenz.gv>, 28.04.2016

„Kuren, bei denen Klimafaktoren das natürliche Heilmittel darstellen, werden in Österreich in Luftkurorten oder in heilklimatischen Kurorten durchgeführt. Als Luftkurorte werden solche Kurorte definiert, die ortsgebundene klimatische Faktoren aufweisen, welche die Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit fördern, während heilklimatische Kurorte über ortsgebundene klimatische Faktoren verfügen müssen, welche sich bei bestimmten Krankheiten positiv auswirken.“⁵⁶

⁵⁶ Marktl, 1985, 29.

Vorraussetzungen für das Prädikat

Luftkurort

- Ein einwandfreies lufthygienisches Milieu
- Eine gute Durchlüftung des Kurbereiches
- Freisein von stärkerer Wärmebelastung
- Keine Stagnation feuchtkalter Luftmassen
- Ausreichende Wald und Parkanlagen
- Dosierungsmöglichkeiten für heil-klimatische Wirkungen
- Die Differenz zwischen Minimal- und Maximaltemperatur soll in der 24-Stundenperiode wenigstens 10°C betragen
- Eine Mindestsonnenscheindauer von 1500 Stunden pro Jahr
- Weniger als 15 Nebeltage pro Jahr ⁵⁷

⁵⁷ Vgl. Ebd. 29



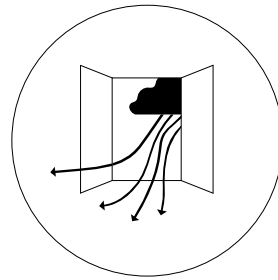
Schwarzplan M 1:20 000



Ausblicke



Hanglage



Luftkorridor

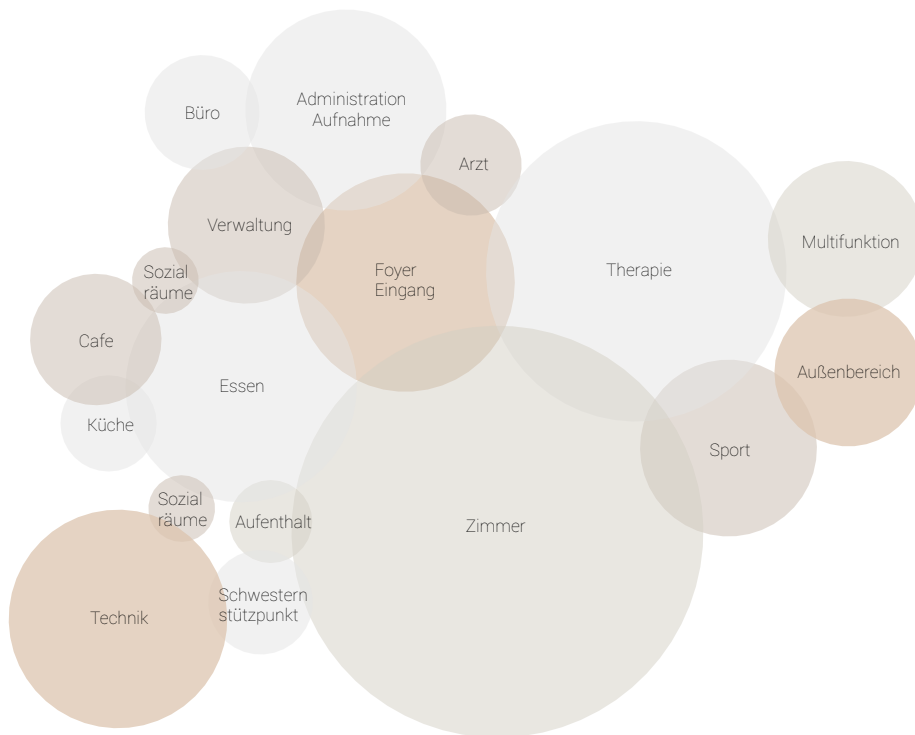
Entwurfparameter

Entwurfsgedanken

Für meinen Entwurf waren drei wichtige Parameter entscheidend. Zuerst wurde auf die Ausrichtung der Zimmertrakte besonderen Wert gelegt. Anhand der Gespräche mit diversen Leitern von Rehabilitationskliniken für psychisch erkrankte Menschen wurde mir nahegelegt, dass es sich um durchaus schwierigere Patienten handelt. Gleichbehandlung stellt also einen großen Stellenwert für den Erkrankten dar. Daher ist für die Zimmeraufteilung ein identischer Blick ins Grüne maßgebend.

Weiters stellt auch die Hanglage einen wesentlichen Faktor für den Entwurf dar. Das Gelände des Grundstücks fällt stark von Nord-West nach Süd-Ost ab. Diese Topographie wird durch die verschiedene Höhenstaffelung des Entwurfs bewusst aufgenommen, ins Raumprogramm integriert und mit einer klaren Position der

Patientenzimmer festgesetzt. Die Ausrichtung der Zimmer und das Gefälle greifen nun Hand in Hand. Für die endgültige Position spielt die Windrichtung und die damit verbundene gute Durchlüftung des Kurbereiches eine weitere wichtige Rolle. Die Luftmassen und Winde ziehen weitestgehend von West-Nord-West, Ost nach West und Süden. Dadurch ergibt sich eine logische Ausrichtung des Baukörpers längs zur Windrichtung um eine Luftstagnation zu verhindern. Dieser Baukörper besteht im wesentlichen aus einem Therapiekomplex und zwei Zimmerkomplexen mit einer, in 90° angelegter Verbindung im zentralen Schnittpunkt der drei Baukörper.

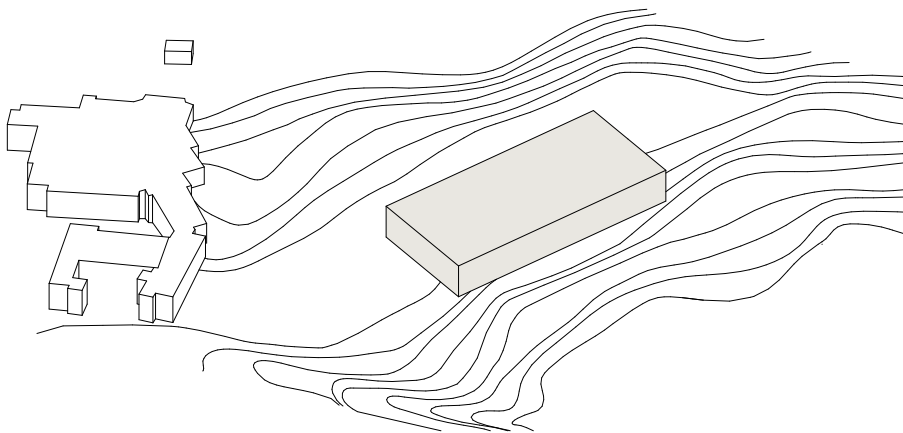


Grafische Darstellung Raumprogramm

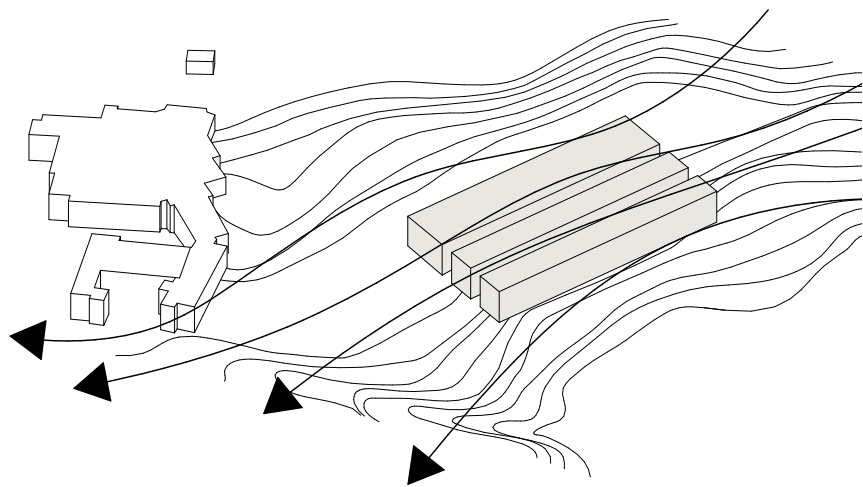
Erläuterung Raumprogramm

Für das Raumprogramm entscheidend waren die gleichwertige Beziehung zum Außenraum für die Patienten, sowie natürlich die Trennung von Therapie und Aufenthaltszonen. Daraus ergeben sich drei Baukörper, welche über eine Erschließungsachse miteinander verbunden sind. Im nach oben öffnenden Eingangsbereich befinden sich die Rezeption und die dazugehörigen Verwaltungsräume. Nach Westen hin organisieren sich die für die Öffentlichkeit bespielbaren Räumlichkeiten. Diese werden aber großteils nur von den Patienten und Mitarbeiter als Speiseraum und Aufenthaltsflächen genutzt. Für etwaige Vorträge oder Veranstaltungen kann dieser Bereich extern und unabhängig vom Patiententrakt funktionieren. Für die neuankommenden Personen geht der Weg nach Osten über einen Spinraum zu den Erstgesprächen

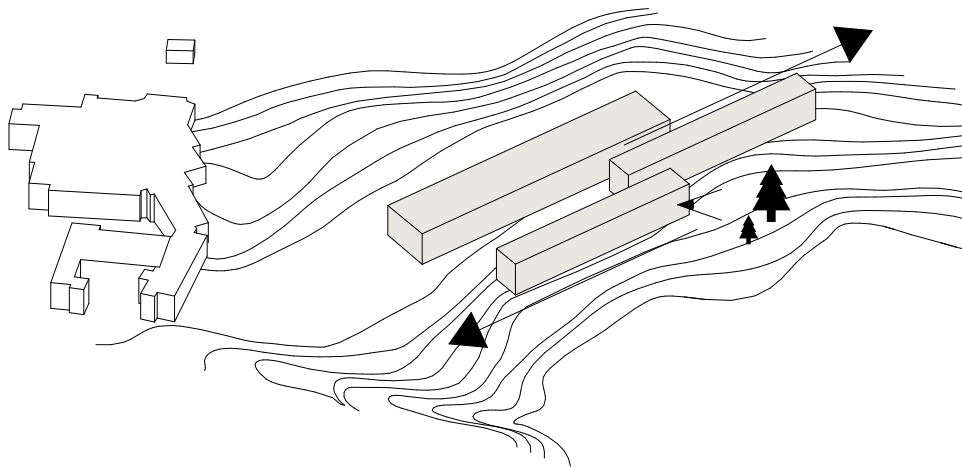
und die Therapieplanung. Nach dem Gespräch erfolgt die Zimmerzuteilung. Durch den zentralgelegenen primären Erschließungskern werden die Zimmer über einen natürlich belichteten Erschließungsgang erschlossen. Die Zimmer, mit ca. 21m² inklusive Bad mit ca. 5m², haben alle einen identischen Blick ins Grüne und in die Umgebung. Dadurch kommt es zu keiner Bevorzugung für die unterschiedlichsten Personengruppen. Für Aktivitäten im Außenbereich stehen Aufenthaltsflächen, im Anschluss an den südlichsten Baukörper, zur Verfügung. Weiters sind Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien auch an den Erschließungsgängen im jeweils untersten Geschoss vorgesehen.



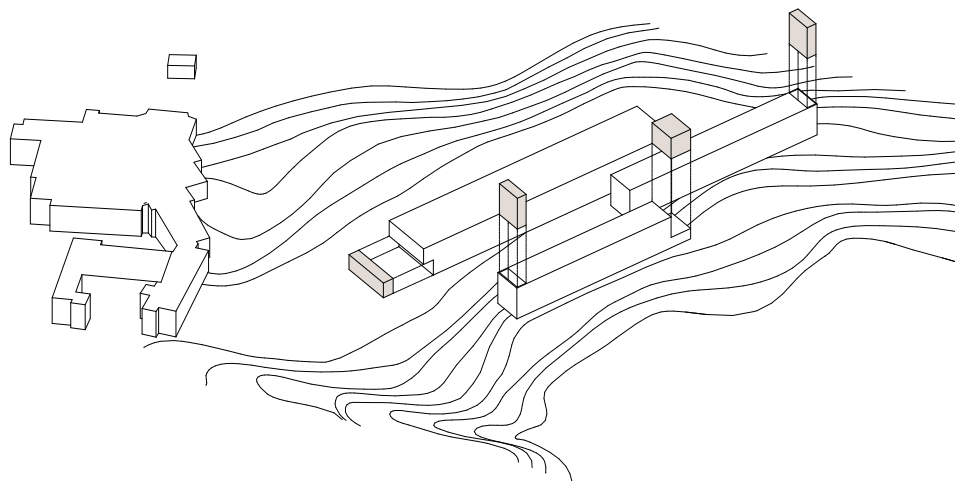
Volumen Raumprogramm



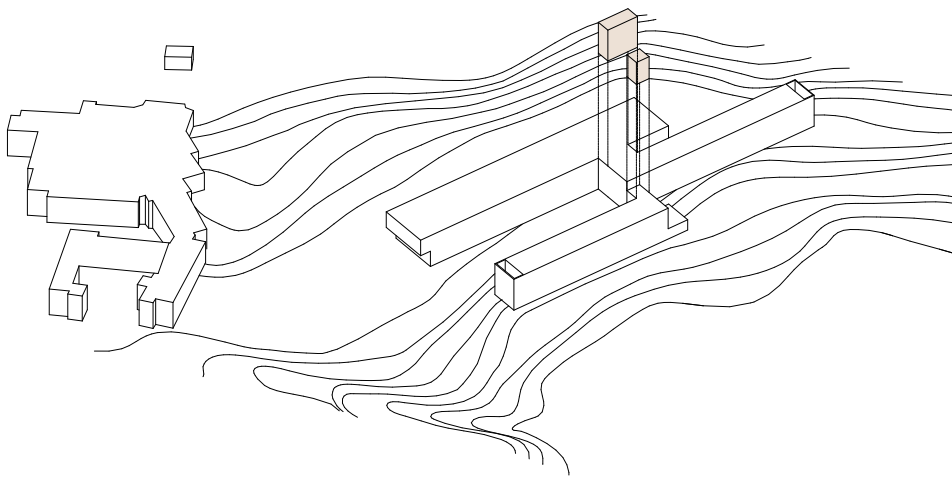
Öffnung für Luftkorridor



Horizontale Verschiebung für Ausblicke



Notwendige Ausnehmungen



Addition für eine Verbindung der drei Baukörper



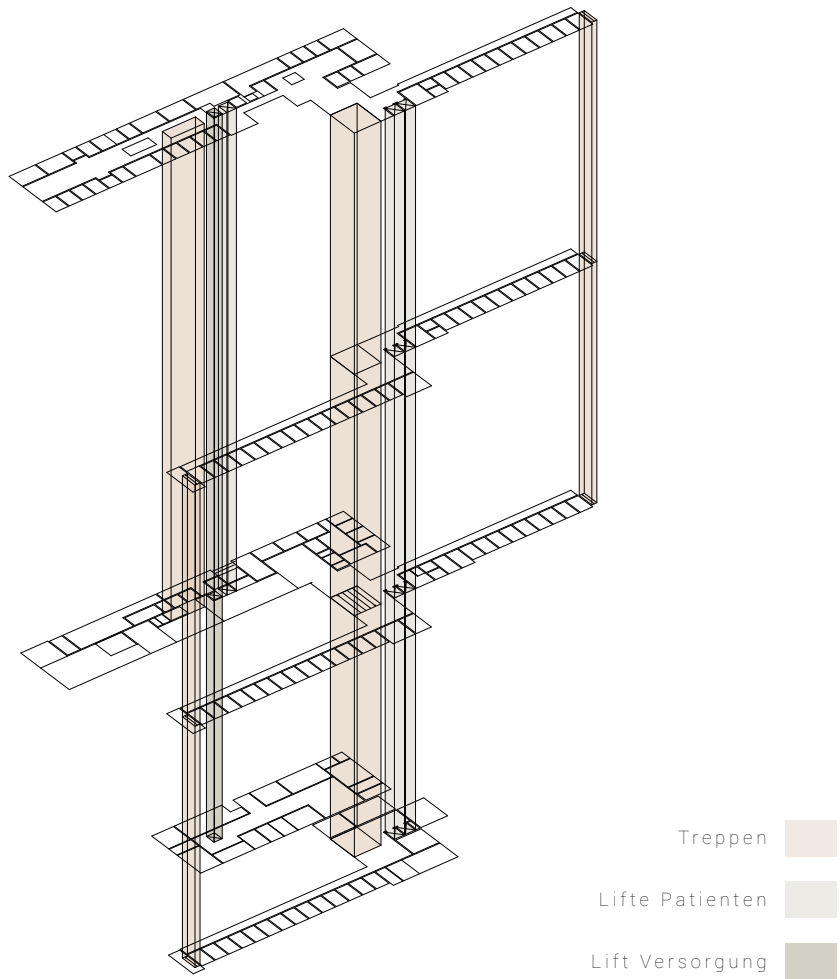
Abb. 24 Grundstück 1:2500



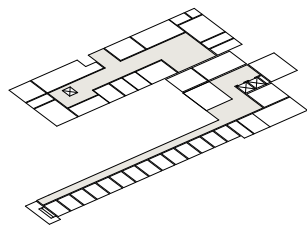
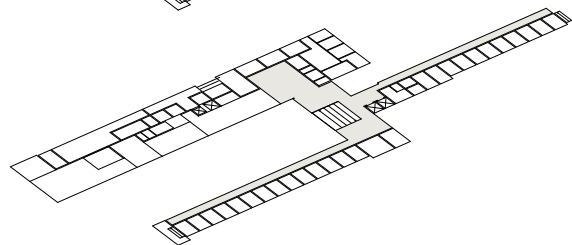
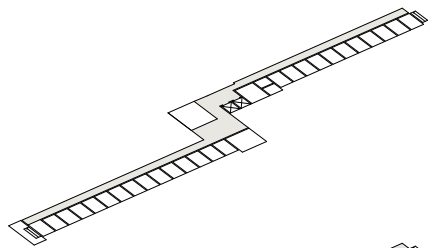
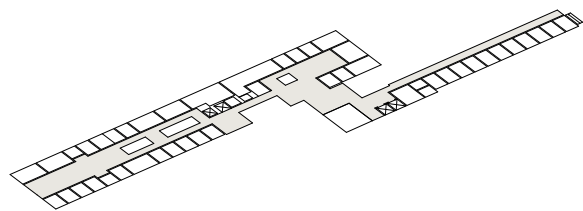
Abb. 25|26 Grundstücksfotos



Abb. 27/28 Grundstücksfotos

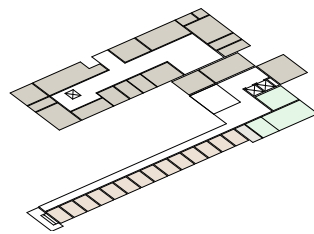
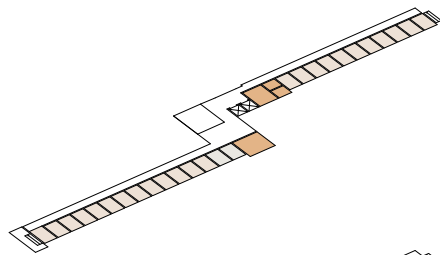
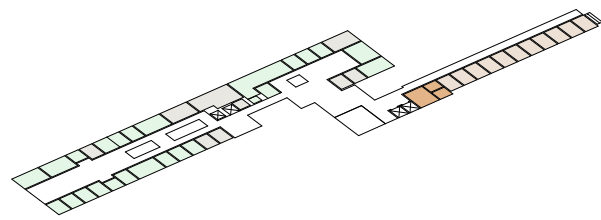


Funktionsdiagramm | Vertikale Erschließung



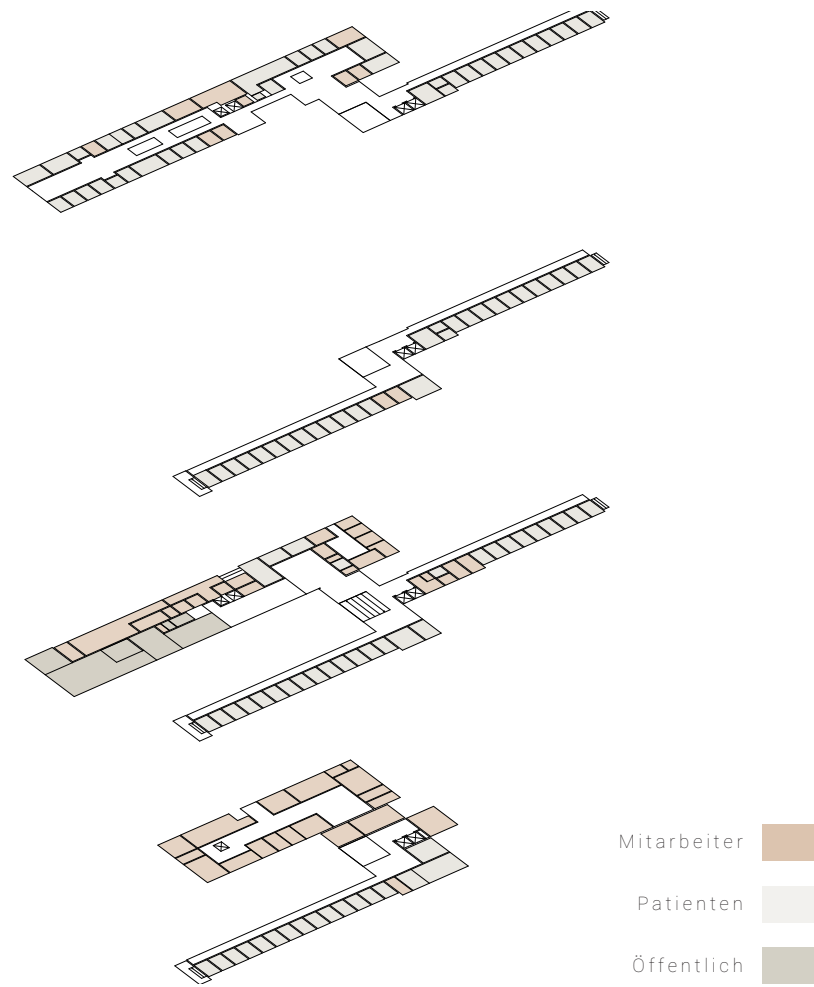
horizontale Erschließung 

Funktionsdiagramm | Horizontale Erschließung



- Aufenthaltsflächen
- Therapie
- Mitarbeiter
- Patientenzimmer
- Technik

Funktionsdiagramm



Funktionsdiagramm | Zuweisungen

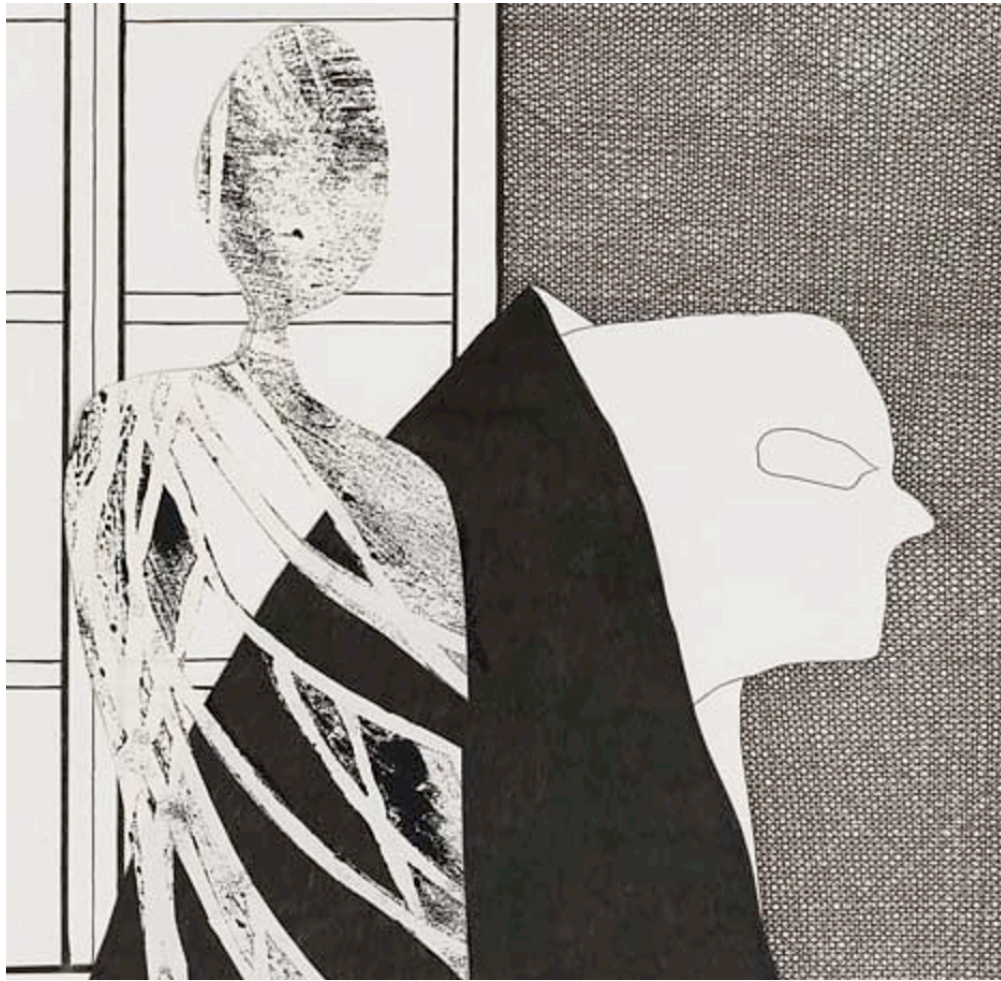
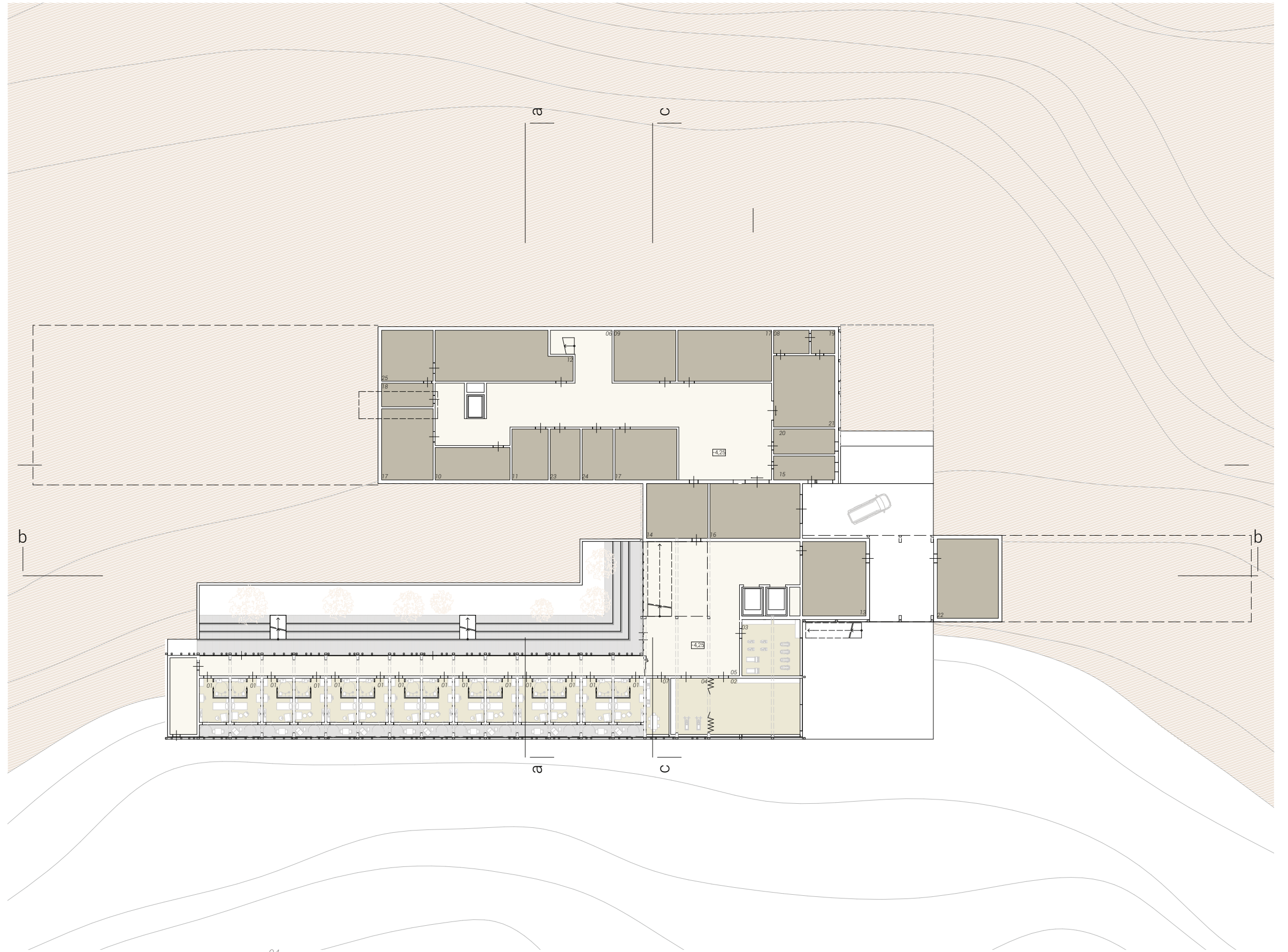


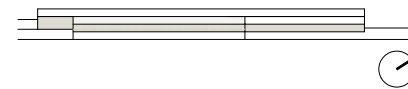
Abb. 29 Antje Stocker | Abschied aus der religiösen Welt



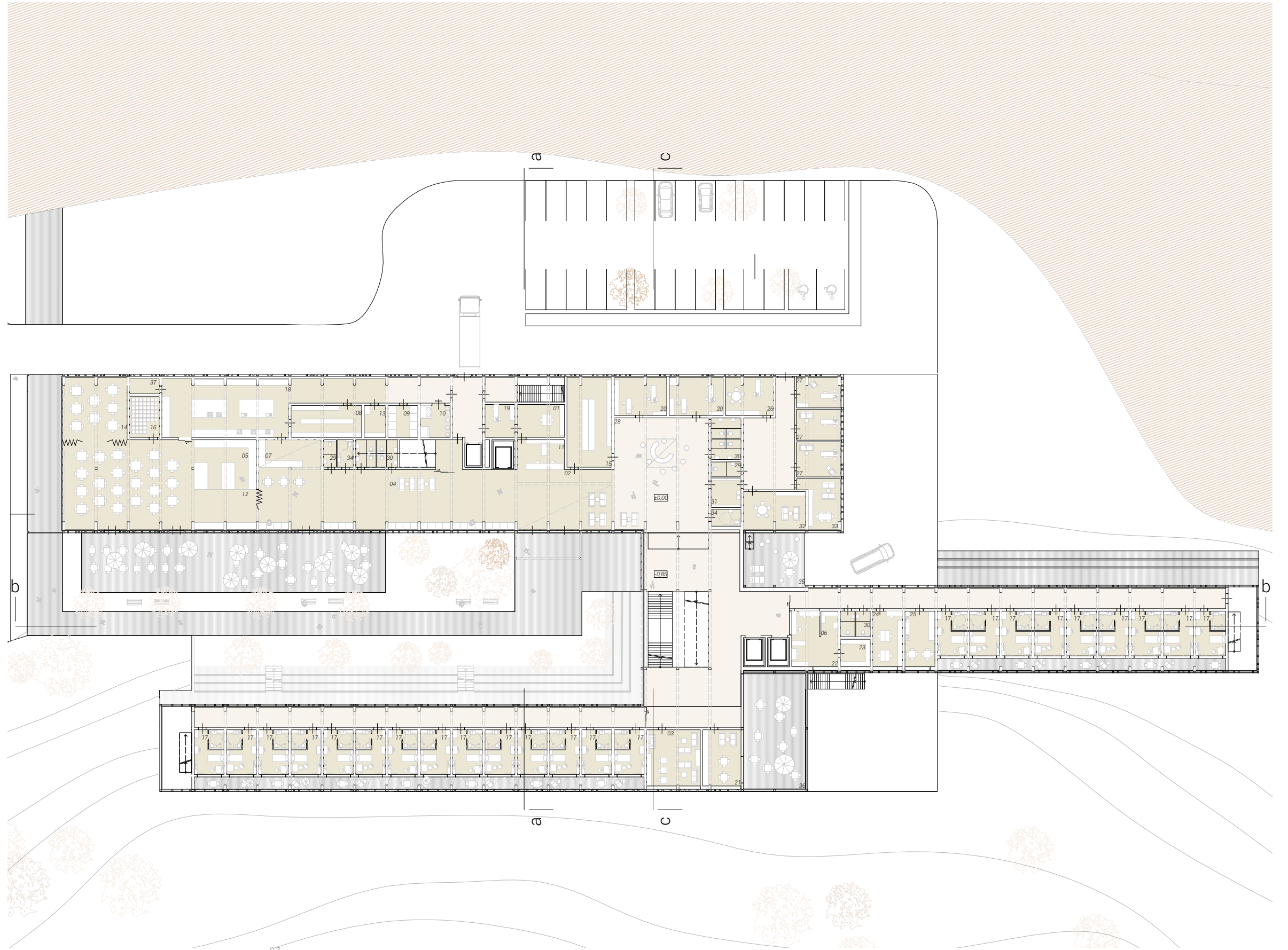
01	14 Einzelzimmer	á 21,00m ²
02	Sportraum	80,58m ²
03	Ergometerraum	51,48m ²
04	Heilgymnastik	33,68m ²
05	Erschließung	409,21m ²
06	Ersch. Technik	358,42m ²
07	Teeküche	20,22m ²
08	EDV	13,42m ²
09	Heizungszentrale	49,40m ²
10	Lagerraum rein	38,42m ²
11	Lagerraum unrein	29,72m ²
12	Lüftungszentrale	100,18m ²
13	Geräte Außenraum	74,10m ²
14	Wasch & Bügelraum	52,93m ²
15	Büro	23,07m ²
16	Garage	77,64m ²
17	3 Lager	Σ178,00m ²
18	Reinigungsmittel	19,10m ²
19	Serverraum	8,71m ²
20	Sozialraum	24,05m ²
21	Werkstatt	68,61m ²
22	Notstromaggregat	78,15m ²
23	Wasch & Bügel Intern	23,91m ²
24	Toiletten	24,70m ²
25	Wärmeübergaberaum	41,14m ²
	Σ	2172,00m²



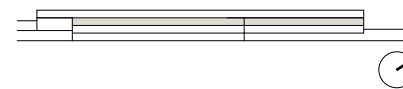
01 Backoffice	23,79m ²	15 Schmutzschleuse	61,88m ²
02 Eingang Foyer	181,44m ²	16 Sessellager	18,85m ²
03 Bibliothek	46,26m ²	17 23 Einzelzimmer	á 21,00m ²
04 Aufenthalt	105,57m ²	18 Küche	149,94m ²
05 Buffet	47,35m ²	19 Büro	15,04m ²
06 Druckerraum	6,61m ²	20 2 Aufnahmeräume	Σ62,50m ²
07 Kaffee	85,55m ²	21 Multifunktionsraum	33,01m ²
08 Küche Lager	34,72m ²	22 Schwesternstützpunkt	32,18m ²
09 Kühl Lager	14,85m ²	23 Apothekenraum	12,61m ²
10 Müllraum	15,00m ²	24 Etagenoffice	25,49m ²
11 Rezeption	23,40m ²	25 Teeküche	25,49m ²
12 Speiseraum	269,06m ²	26 Leitender Arzt	28,11m ²
13 Umkleide	10,75m ²	27 3 Büro Verwaltung	Σ88,13m ²
14 Speiseraum Mitarbeit	62,01m ²	28 Erschließung	708,47m ²
		29 WC Personal	Σ12,07m ²
		30 WC	Σ48,30m ²
		31 Postraum	13,57m ²
		32 Ruheraum Mitarbeiter	36,58m ²
		33 Sozialraum	27,43m ²
		34 WC Behindert	Σ15,11m ²
		35 Außen Mitarbeiter	51,70m ²
		36 Außen Patienten	110,79m ²
		37 Abstell Küche	6,87m ²
		38 Außen Essen Kaffee	288,20m ²
		Σ	3286,33m²



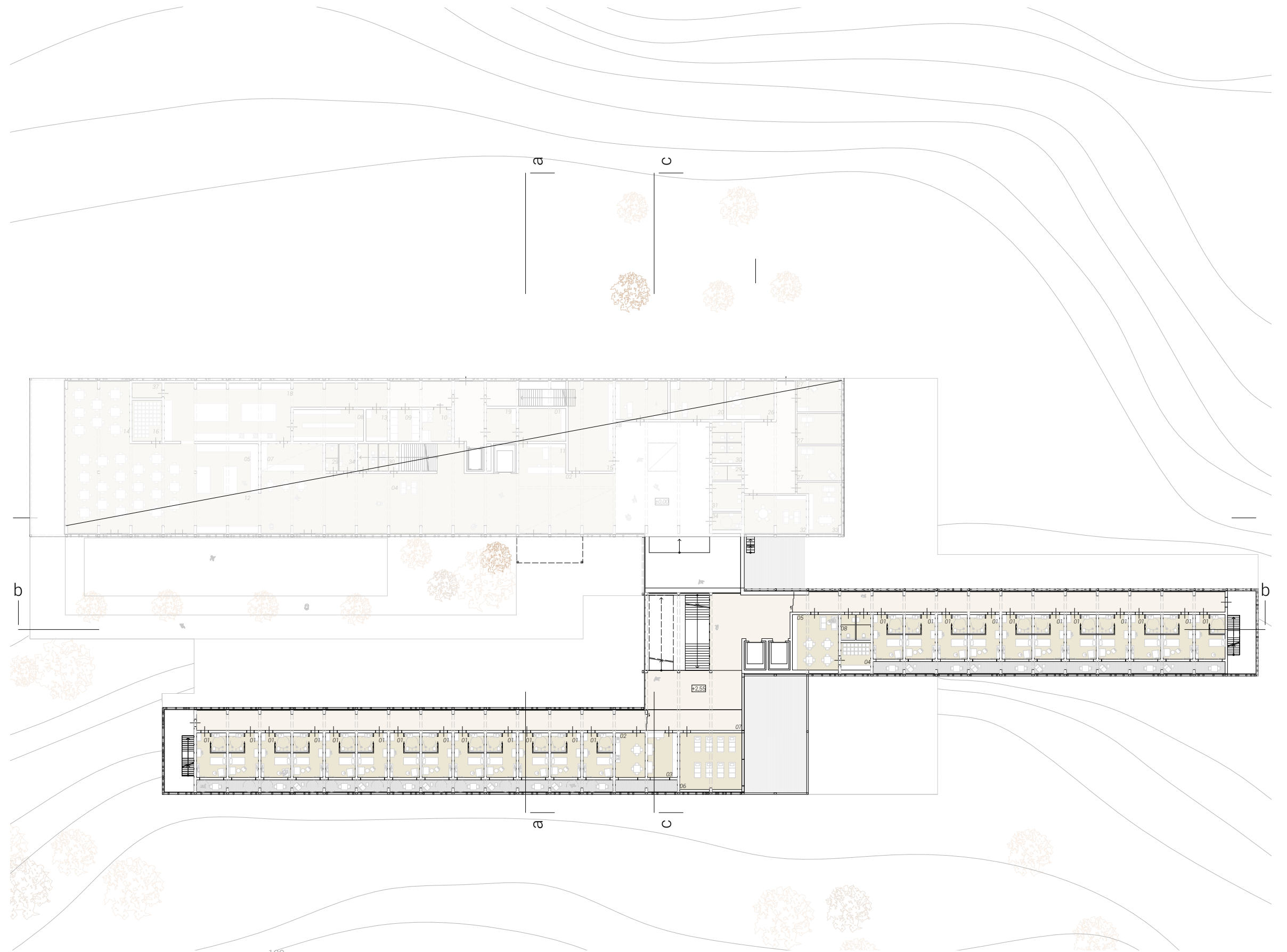
Grundriss -4,25



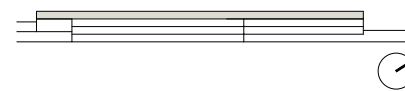
Grundriss ±0,00



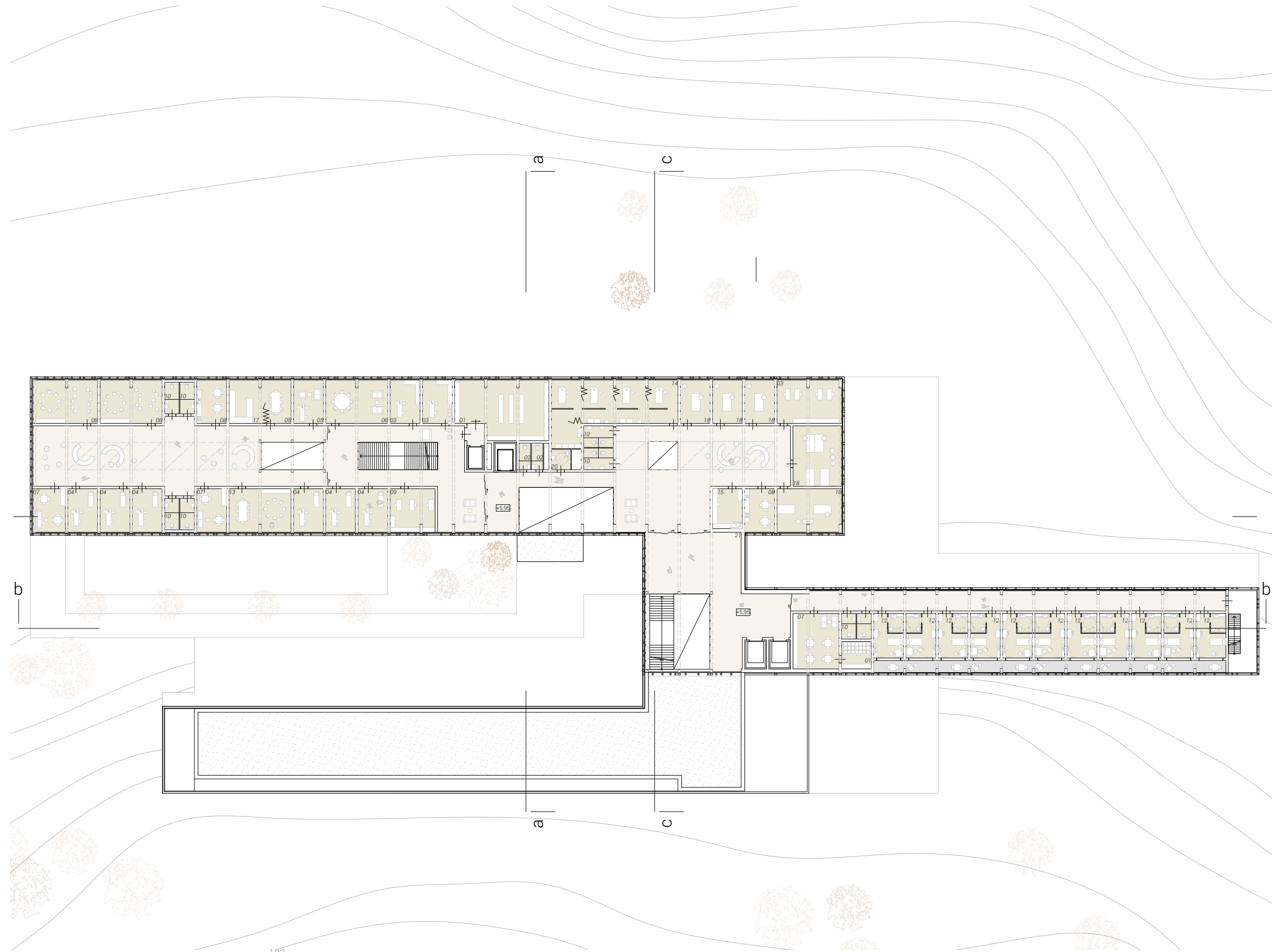
01 24 Einzelzimmer	á 21,00m ²
02 Teeküche	21,61m ²
03 Etagenoffice	21,61m ²
04 Lager	12,61m ²
05 Multifunktionsraum	39,39m ²
06 Ruheraum	54,21m ²
07 Erschließung	484,49m ²
08 WC	11,77m ²
Σ	1154,95m²



Grundriss +2,55



01 2 Lager	Σ87,73m ²
02 WC Personal	9,78m ²
03 3 Dienstzimmer Arzt	Σ83,16m ²
04 6 Einzeltherapie	á 19,98m ²
05 2 Ergotherapie	Σ38,74m ²
06 3 Gruppentherapie	Σ126,36m ²
07 3 Multifunktionsraum	Σ81,34m ²
08 Teeküche	19,98m ²
09 Etagen Office	30,08m ²
10 5 WC	Σ60,95m ²
12 11 Zimmer	á 21,00m ²
13 Gesprächsraum	41,58m ²
14 Massage	96,34m ²
15 Etagenoffice	18,31m ²
16 Heilgymnastik	43,20m ²
17 Küche Ergotherapie	22,82m ²
18 4 Physiotherapie	Σ104,94m ²
19 Teeküche	19,98m ²
20 WC Behindert	6,06m ²
21 Erschließung	987,52m ²
Σ	2227,08m²



Grundriss +5,95



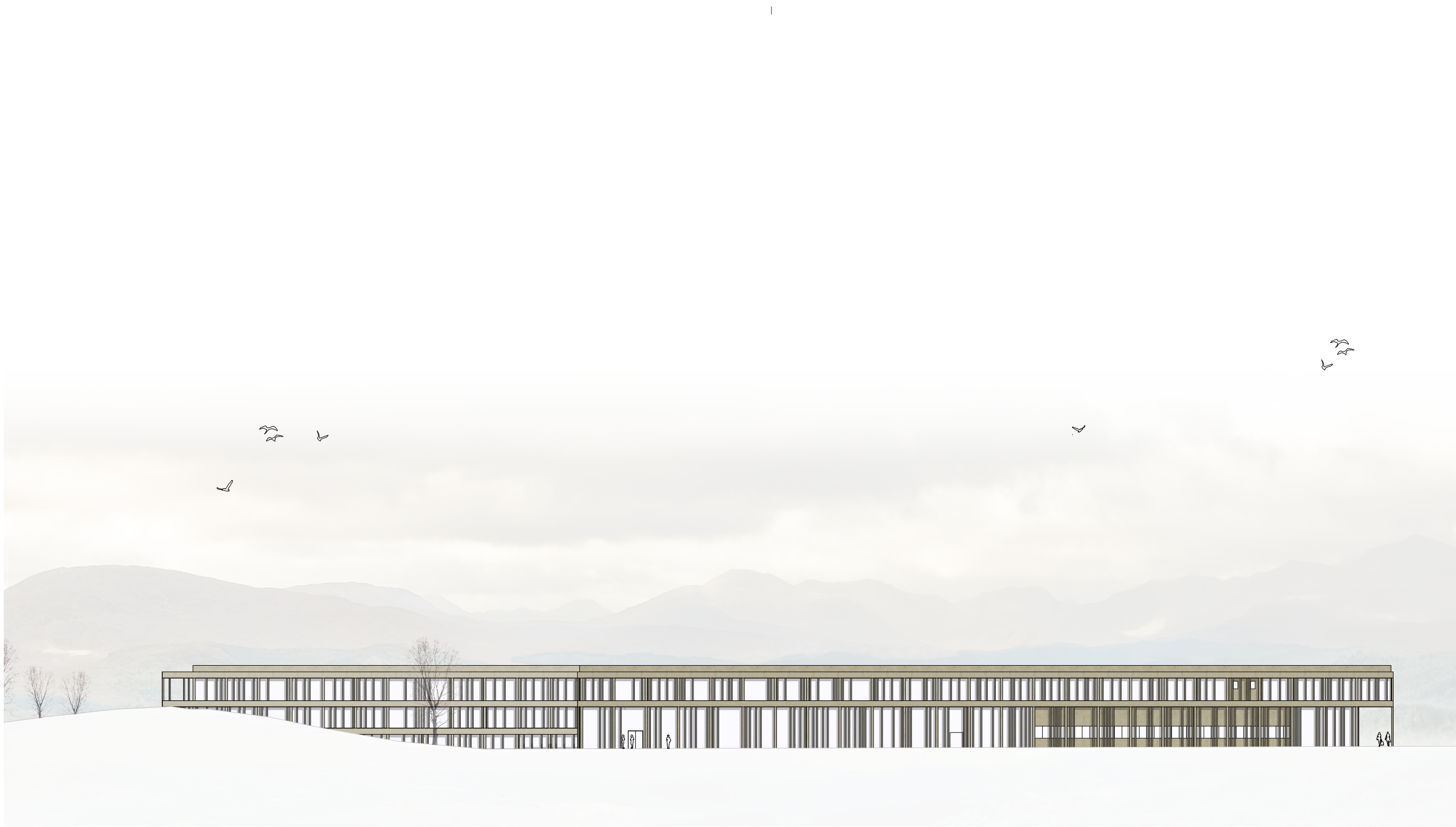
Ansicht Nordost

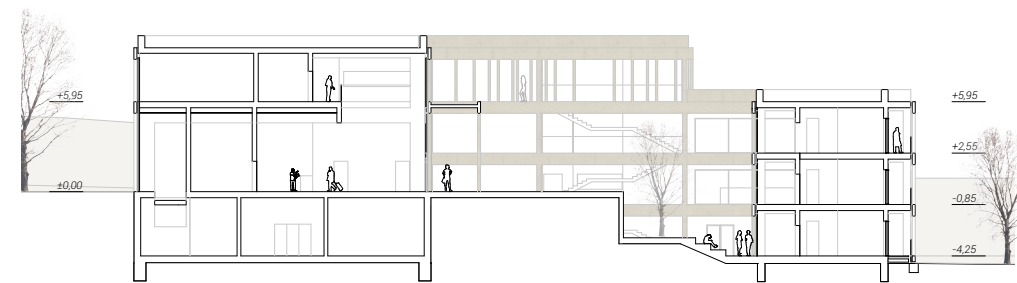




Ansicht Südost

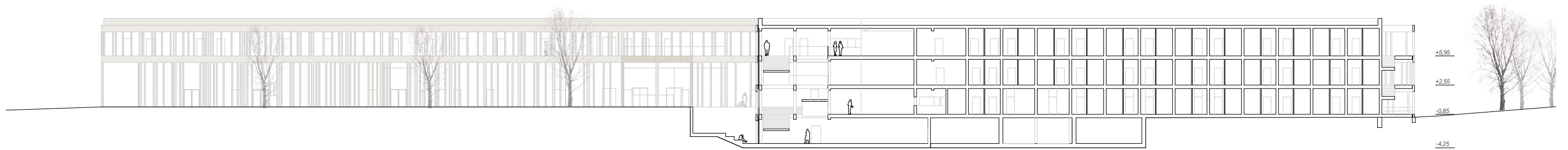
Ansicht Südwest

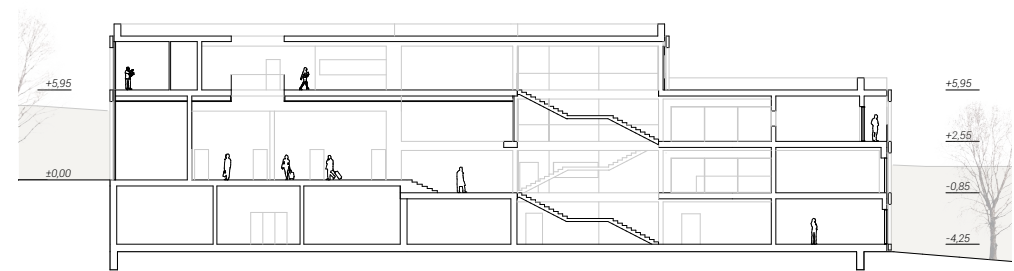




Schnitt a

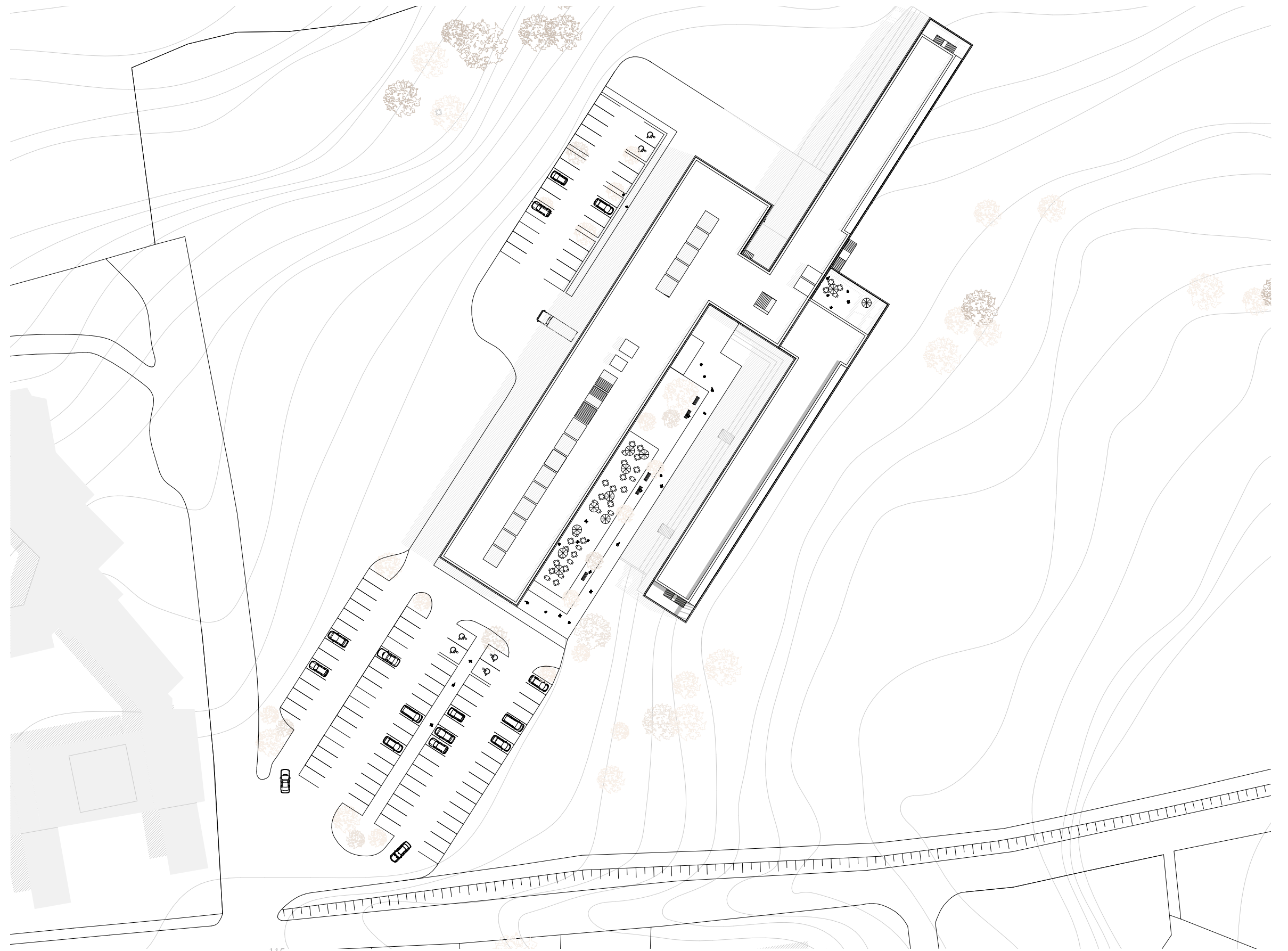
Ansicht Nordwest





Schnitt b

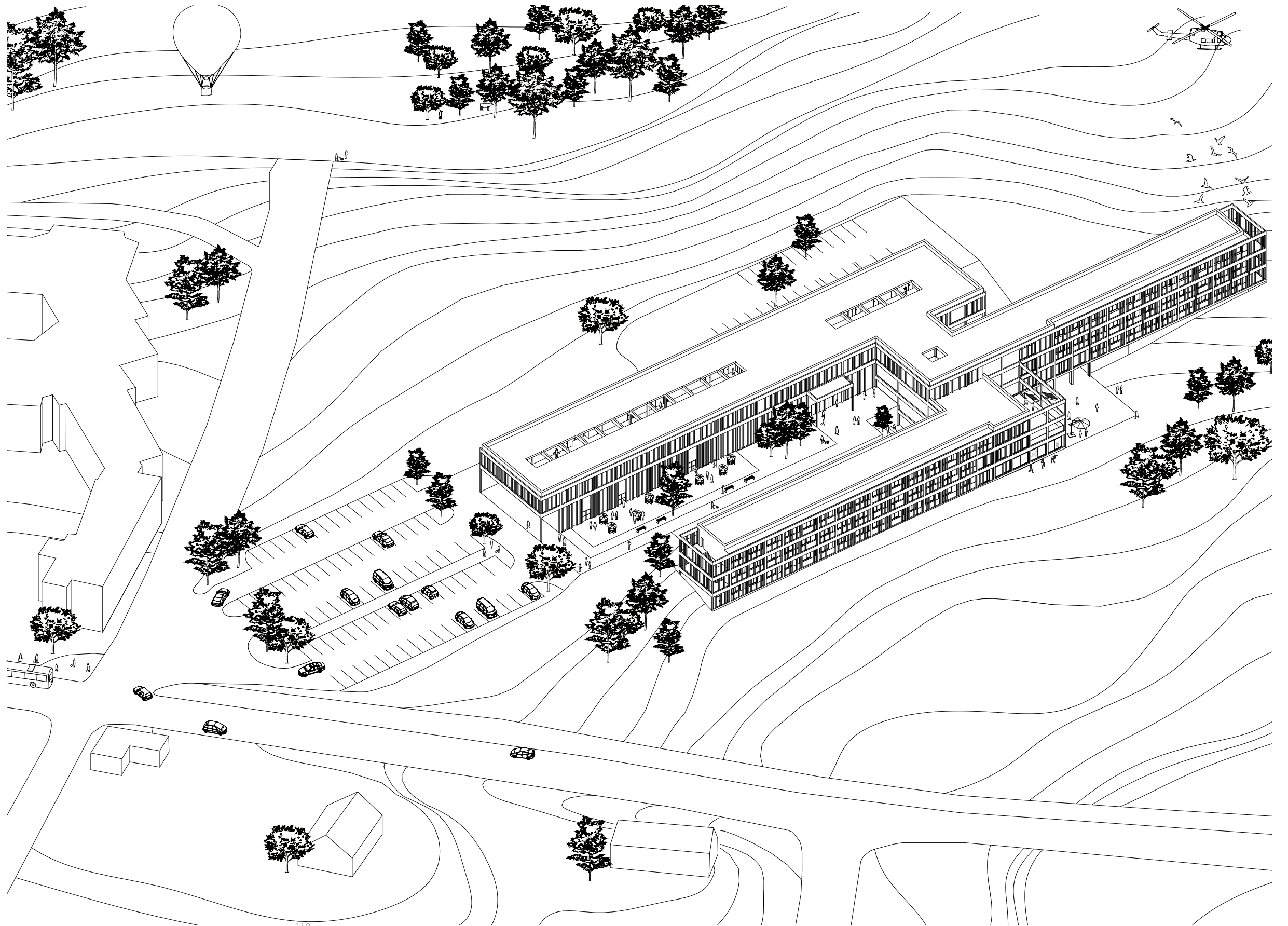
Schnitt c



Lageplan M 1:750



Innenraum Zimmer



Axonometrie



Außenraum

Materialkonzept

Grundsätzlich wird das natürlich vorkommende Holz und der damit verbundene braune Farbton als primäre Farbe beziehungsweise Textur verwendet. Das Braun vermittelt uns Sicherheit und Trittfestigkeit.

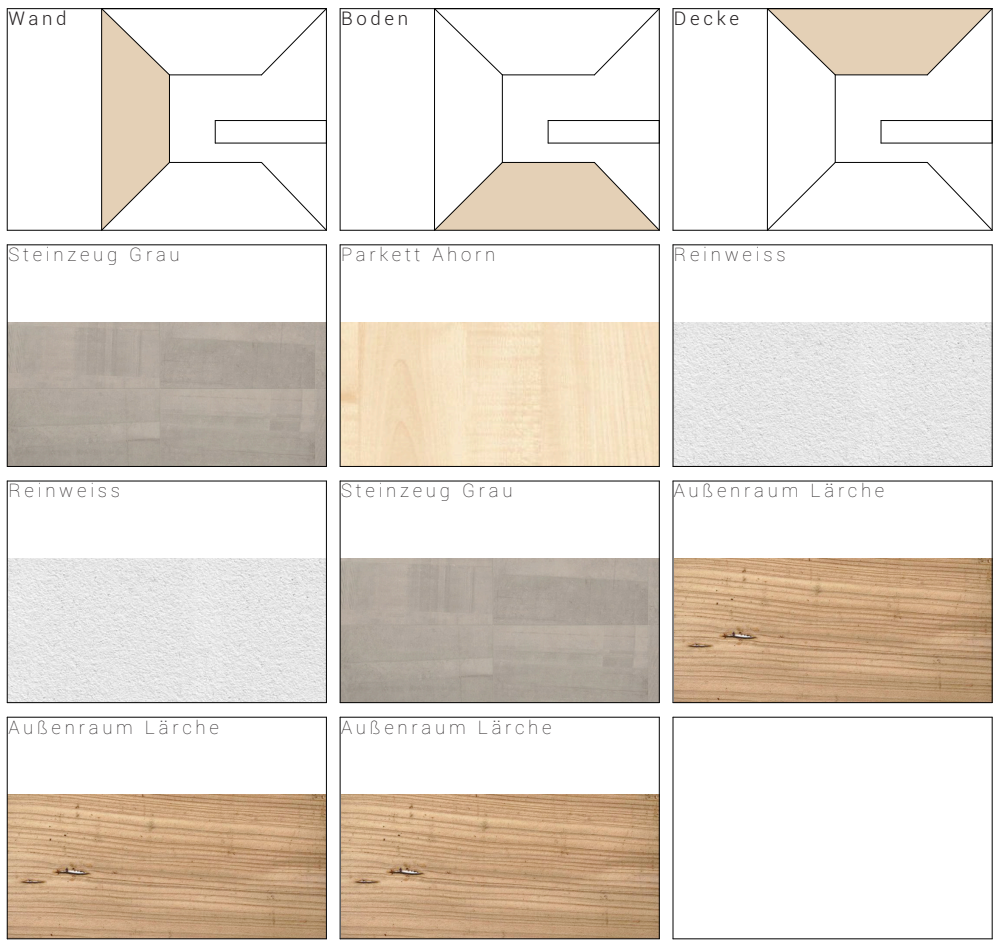
In den Patientenzimmern werden die Wände verputzt als wie auch in den Therapieräumen und Aufenthaltsräumen. Der Fußboden besteht aus widerstandsfähigem Ahorn. Der kühlende Ahorn gilt als ein Baum der Beruhigung, Besinnung und des Innehaltens. Personen, die ständigem Stress ausgesetzt sind oder an seelischen Verletzungen leiden, tun sich mit dem Ahorn immer etwas Gutes und Wohltuendes.⁵⁸

Das Thema Holz wird auch nach außen hin sichtbar, indem es eine zweite Hülle aus Lärchenholzbindern bildet. Diese fassen das Gebäude zu einem großen Ganzen und verleihen ihm einen

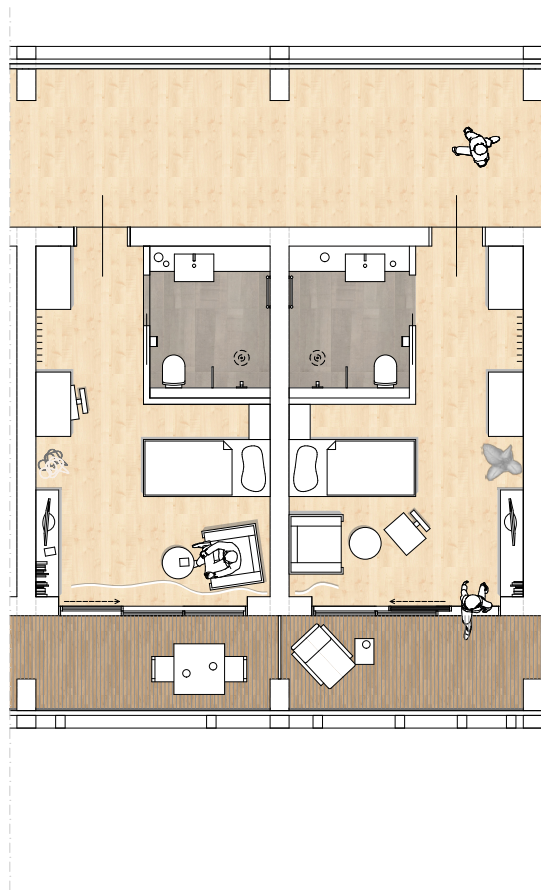
geschützten, kompakten und wohlfühlenden Charakter. Immer wieder wird die Lärche, die Harzreiche, für Bauteile verwendet die der Witterung ausgesetzt sind. Das rötlichere Lärchenholz lebt länger als alle anderen einheimischen Hölzer.⁵⁹ Diese Witterungsbeständigkeit wird auch für meinen Entwurf ausgenutzt und auf alle außenliegenden Aufenthaltsbereiche angewendet. Somit zieht sich das Thema Holz von innen nach außen durch das Gebäude.

⁵⁸ Vgl. Thoma 2012, 159.

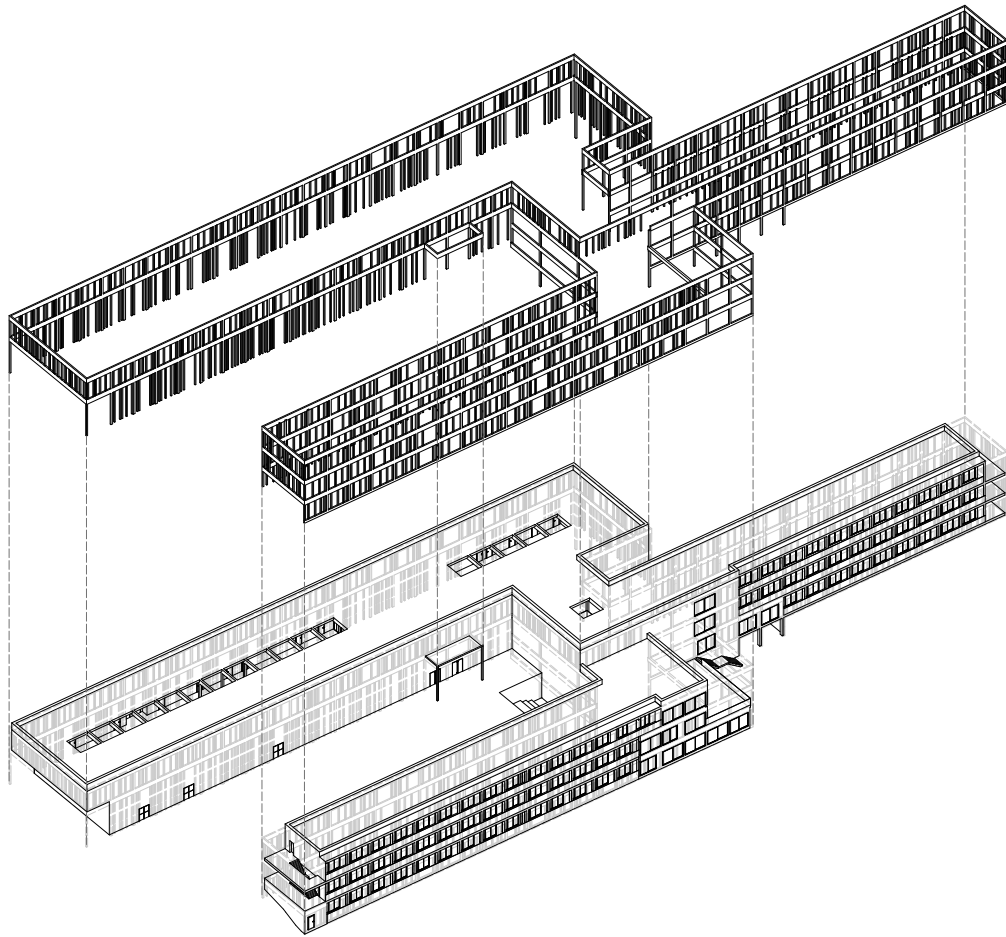
⁵⁹ Vgl. Ebda. 2012, 196.



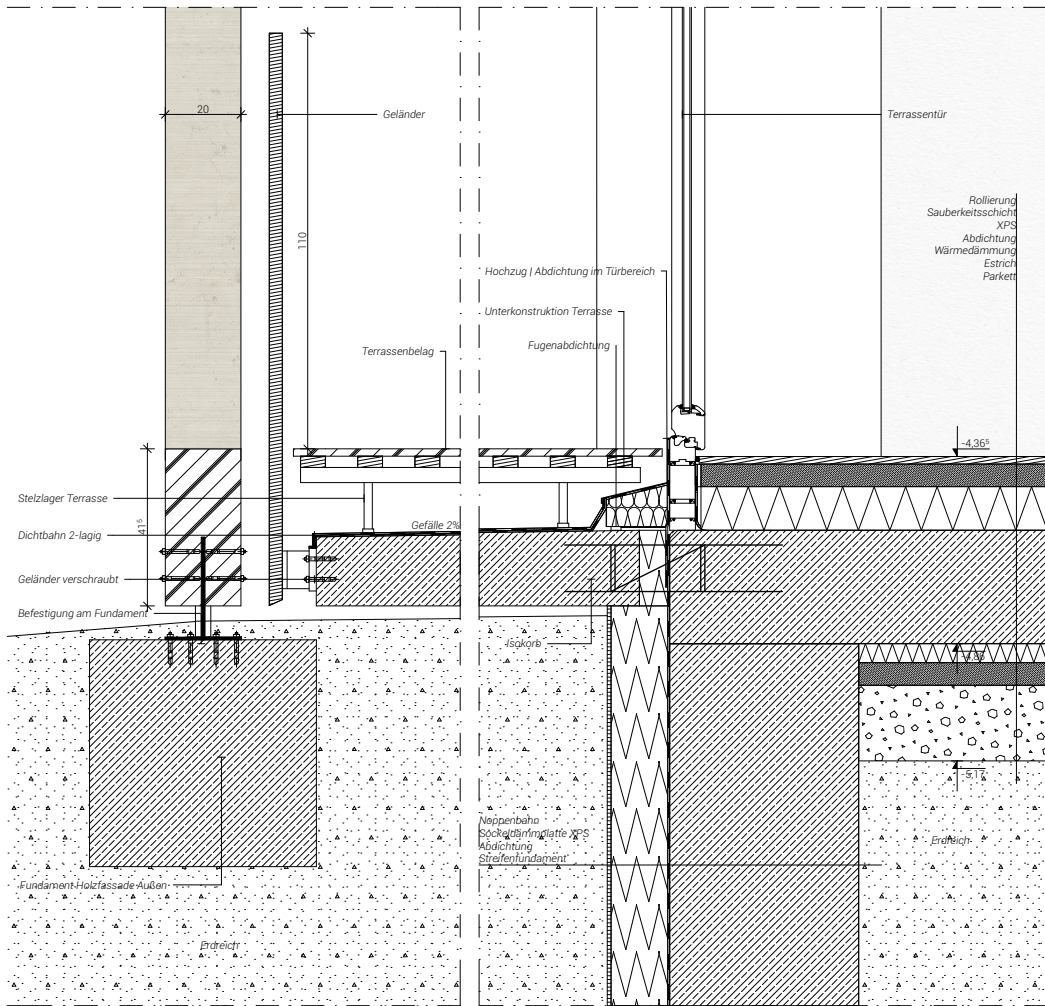
Materialkonzept



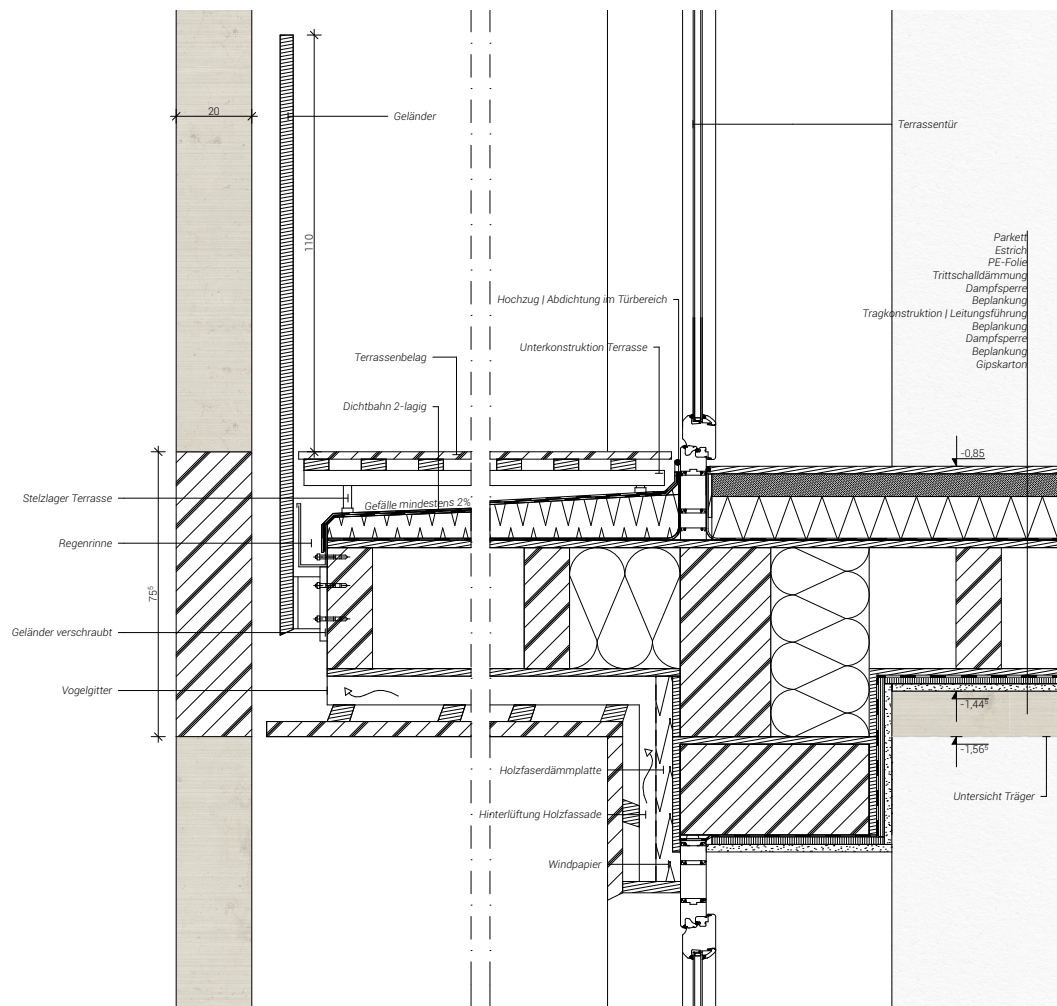
Grundriss Zimmer M 1:50



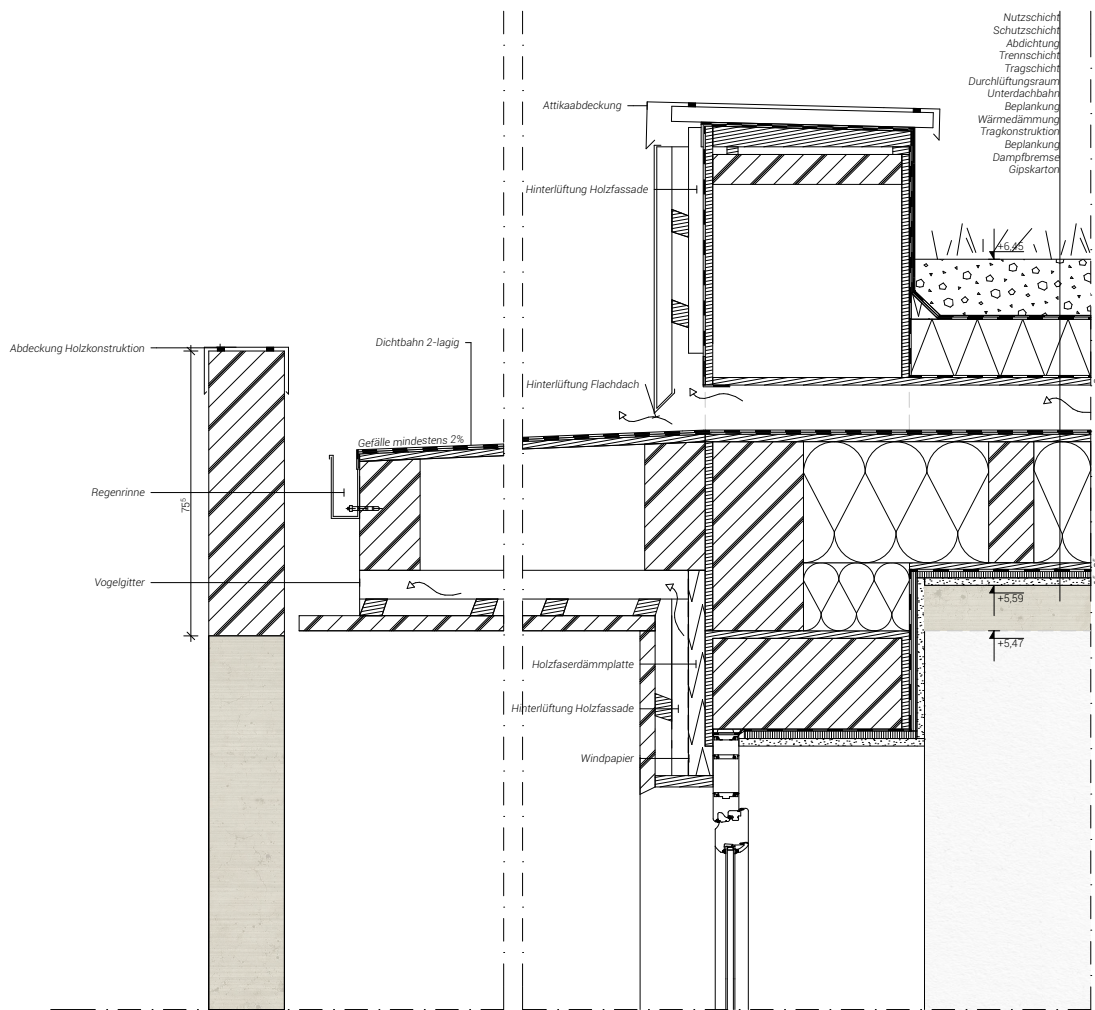
Fassade



Fassadenschnitt 01 M 1:20



Fassadenschnitt 02 M 1:20



Fassadenschnitt 03 M 1:20

Interviews

Wie gestaltet sich der Alltag der Rehabilitation?

M.P:Die Patienten haben eine 21 Stunden Woche. Am Tag kommen sie auf 4-5 Stunden Therapie. Durch die zunehmende Übergewichtigkeit der Patienten sind alltägliche Aufgaben immer schwerer zu bewältigen. Sonderanfertigungen bei den Stühlen usw. ist von Nöten.

M.K.T.T: In der Regel wird abgewartet bis sich wieder eine Gruppe von 12 Personen findet, die dann gemeinsam in die 6 wöchige Rehabilitation startet. Dennoch ist es nicht zu vermeiden, dass jemand die Rehabilitation abbricht und somit ein Nachzügler in die Gruppe schlittert.

Haben die Mitarbeiter Räume um sich zurückziehen zu können? Wenn ja welche?

M.P : Ja haben sie. In jedem Stockwerk ist mindestens ein Raum als Teeküche bzw. Aufenthaltsraum für sie nutzbar.

Diese Aufenthaltsräume können auch nur teilweise von den Patienten eingesehen werden.

M.K.T.T: Ja im untersten Geschoss befindet sich der Speiseraum der Mitarbeiter. Dieser wird auch als Aufenthaltsraum genutzt welcher in keiner Blickbeziehung zu den Patienten steht und somit ein bisschen Privatsphäre für die Mitarbeiter liefert.

Wie ist der Ablauf organisiert? Befinden sich die Therapieräume im Erdgeschoss?

M.P : Grundsätzlich gibt es bei uns zwei Baukörper als Organisation. Der Hauptflügel wird als Therapiegebäude verstanden welcher sich über zwei Geschosse organisiert und der andere Baukörper als Aufenthaltsblock über vier Geschosse.

M.K.T.T: Die Therapieräume befinden sich im Erdgeschoss und in den darunterliegenden Geschossen. Dadurch wird eine bessere Orientierung der Patienten gewährleistet.

Wurde auf kurze Wege wertgelegt?

M.P : Nein. Die Patienten sollen sich bewegen und so untereinander in Kontakt treten. Dieser soziale Kontakt ist eines der wesentlichen Ziele der Rehabilitation.

M.K.T.T: Nein. Durch Wege im Gebäude sollen die Patienten angeregt werden sich mit anderen auszutauschen.

Wie haben Sie das Raumprogramm entwickelt?

M.P : Da der Sonnenpark nicht das Erste Gebäude war welches durch die pro mente entstanden ist, haben wir aus Erfahrungen gelernt und das Raumprogramm daraus

zusammengesetzt. Hauptsächlich wurde es durch das Architekturbüro skyline architekten entwickelt.

M.K.T.T: Durch die mehrjährige Erfahrung im Bereich der Rehabilitation ist das Raumprogramm daraus entstanden. Und natürlich aus den Vorgaben der Pensionsversicherungsanstalt.

Wie viele Ärzte/Mitarbeiter sind in der Klinik im Einsatz?

M.P : In dieser Klinik sind 101 Mitarbeiter im Einsatz. Darunter befinden sich 5 Vollzeitärzte und 4 Teilzeitärzte.

M.K.T.T: Wir beschäftigen 110 Mitarbeiter. Auch werden in unserer Klinik Ärzte ausgebildet. Davon sind 6 in Vollzeit aktiv und 4 in Teilzeit.

Gibt es ein gemeinschaftliches Leben unter den Patienten?

M.P : Ja. Es entwickeln sich gewisse Gruppen die sich immer an bestimmten Orten wie z.B der Raucherstation treffen.

M.K.T.T: Dadurch das die Patienten gemeinsam in der Gruppe durch die Rehabilitation gehen entsteht dadurch schon eine Gemeinschaft. Am beliebtesten sind die Raucherecken für die Patienten.

Gibt es Orte im Gebäude, welche die Menschen besonders gerne aufsuchen?

M.P : Die Raucherabteilungen werden besonders gerne von den Patienten in Anspruch genommen. Demgegenüber

steht die Bibliothek besonders gerne leer.

M.K.T.T: Ja die gibt es. Der Fernsehraum ist ein beliebter Aufenthaltsraum für die Patienten. Auserhalb des Gebäudes sind wie schon vorher erwähnt die Raucherbereiche sehr beliebt.

Sind Ihrer Meinung nach genug stationäre Betten in Österreich zur Verfügung?

M.P : Nein. Auch wenn neue Einrichtungen gebaut werden würden, wären diese auch stets voll.

M.K.T.T: Nein. Die Anfrage auf die Rehabilitationsplätze ist jedes Jahr im Steigen. Auch wenn es 3-4 neue Einrichtungen wären, würden sich die Betten stets füllen.

**Wie lange ist die Wartezeit für einen
Rehabilitationsplatz in Ihrer Klinik?**

M.P : Zwischen vier bis fünf Monaten ist die Wartezeit für einen Rehabilitationsplatz.

M.K.T.T : Die Wartezeit für einen Platz ist zwischen 5-7 Monaten.^{60,61}

⁶⁰ Vgl. Interview mit M.P, 2016

⁶¹ Vgl. Interview mit M.K.T.T, 2016

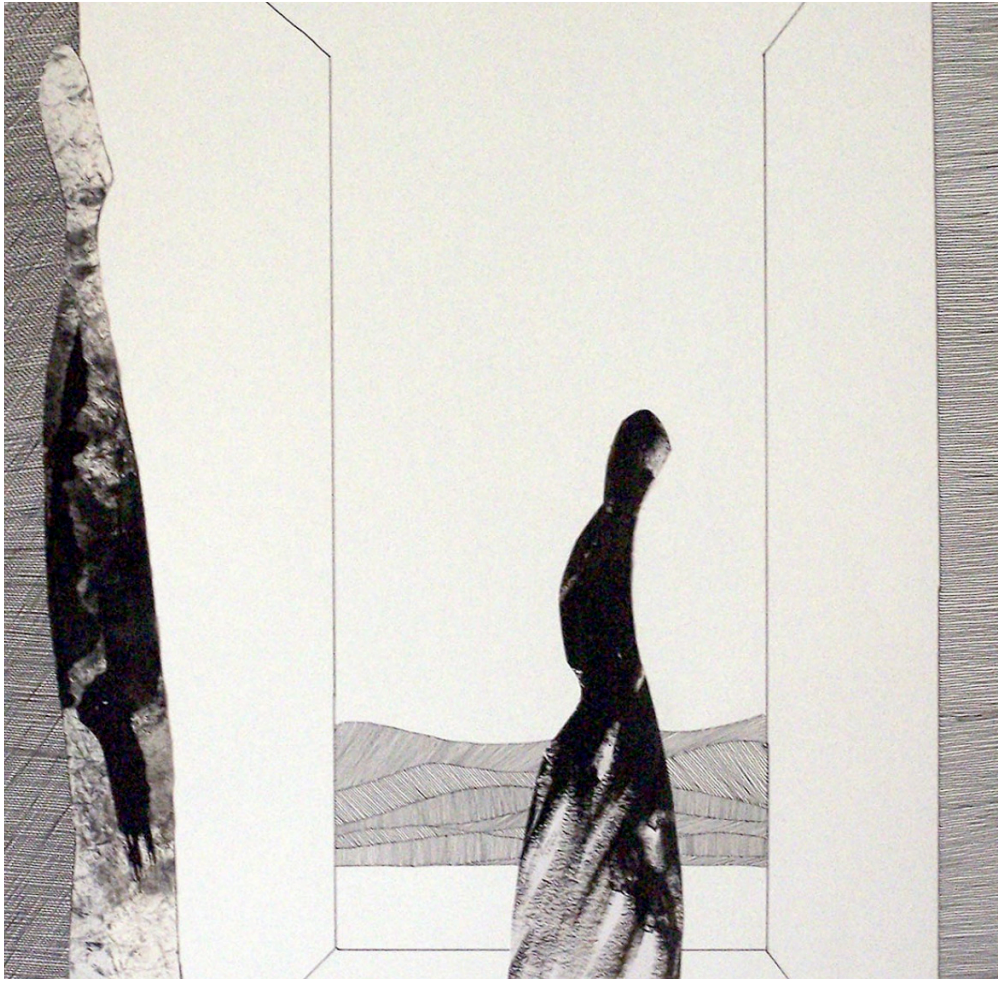


Abb. 30 Antje Stocker | Ohne Titel

Literaturverzeichnis

Gemoll, Wilhelm: Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch, München 1991

Götsch, Karin: Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie, in: Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln, Stuttgart 1999, 50-65

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015, Wien 2015

Hofmacher, Maria: Das Österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen, Berlin 2013

Lenz, Gerhard: Rehabilitation bei psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Reha, in: WISO 4/2012, 2012, 57

Marktl, W.: Die Grundlagen von Kuren in Luftkurorten und heilklimatischen Kurorten,

in: Der grosse Kurorte-Atlas Österreich, Basel 1985, 29-32

Meuser, Philipp: Krankenhausbauten/ Gesundheitsbauten. Handbuch und Planungshilfe, Bd. 1 Allgemeinkrankenhäuser und Gesundheitszentren, Berlin 2011

Meuser, Philipp: Krankenhausbauten/ Gesundheitsbauten. Handbuch und Planungshilfe, Bd. 2 Spezialkliniken und Fachabteilungen, Berlin 2011

Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose: Depressionen überwinden. Niemals aufgeben!, 6., aktualisierte Auflage, Stiftung Warentest? 2012

Payk, Theo R.: Depression, München 2010

Rabenstein, Rafael: Evaluation in der medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen in Österreich anhand des Sonnenpark Neusiedlersee Podersdorf, Diss., Wien 2013



Reimer, Christian, Eckert, Jochen, Hautzinger, Martin, Wilke, Eberhard: Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, Heidelberg³ 2007

Reiter, Daniela, Fülöp, Gerhard, Gyimesi, Michael, Nemeth Claudia: Rehabilitationsplan 2012, Wien 2012

Riegler, Josef: Aflenz. Geschichte eines obersteirischen Marktes und Kurortes, Aflenz Kurort 1990

Riegler, Josef: Aflenz Land. Geschichte des Raumes, der Gemeinde und ihrer Bewohner, Hausmannstätten/Graz 1996

Rössler, Wulf (Hg.): Psychiatrische Rehabilitation, Berlin Heidelberg 2004

Salcher, Andreas: Meine letzte Stunde, Salzburg 2010

Schulze, Hagen: Staat und Nation in der

europäischen Geschichte, Bd. 2, München 2004

Sluneko, Thomas (Hg.): Psychotherapie. Eine Einführung, Wien 2009

Thoma, Erwin: Die geheime Sprache der Bäume. Und wie die Wissenschaft sie entschlüsselt, Salzburg 2012

Zumthor, Peter: Architektur denken, Basel 2006

Internetquellen

Autor unbekannt: Aflenz. www.tiscover.com/at/reiseziele/aflenz (29.04.2016)

Autor unbekannt: Zur Geschichte der Psychotherapie Eine kurze Geschichte der Psychotherapie in Österreich www.propaedeutikum-graz.at/index.php?option=com_content&view=article&id=49:zur-



geschichte-der-psychotherapie&catid=68:
geschichte&Itemid=35 (03.05.2016)

Hell, Daniel (2015) : Über Depression, www.
daniel-hell.com/index_html_files/Ueber_
Depression.pdf (10.05.2016)

[http://www.promente-reha.at/images/
folder/sopa-juli-2016-monitor.pdf](http://www.promente-reha.at/images/folder/sopa-juli-2016-monitor.pdf)
(15.07.2016)

[https://www.statistik.at/web_de/
statistiken/menschen_und_gesellschaft/
gesundheit/gesundheitszustand/
krankenstandstage/022395.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html)
(20.11.2016)

<http://www.privatklinik-stradegund.at/96>
(24.08.2016)

Mück, Herbert (2010) : Begleitmanuskript
zum Vortrag auf dem 5. internationalen
Hamburger Sport-Kongress.
Bewegen und Heilen: Sport bei Angst und

Depression. [www.dr-mueck.de/pdfs/
Sport-bei-Angst-und-Depression-Herbert-
Mueck-5-Internationaler-Hamburger-
Sport-Kongress-2010.pdf](http://www.dr-mueck.de/pdfs/Sport-bei-Angst-und-Depression-Herbert-Mueck-5-Internationaler-Hamburger-Sport-Kongress-2010.pdf) (11.05.2016)

Wallner, Elisabeth: (2012): Kurzfassung.
[www.hauptverband.
at/portal27/portal/hvbportal/content/
contentWindow?contentid=10007.696202
&action=2&viewmode=content](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.696202&action=2&viewmode=content) (10.05.16)



Abbildungsverzeichnis

01

<http://www.aros.dk/besoeg-aros/udstillinger/2012/edvard-munch-angst-anxiety/>, 18.09.2016

02

Moser, Tilmann: Antje Stocker – Verlorene Nähe, tragische Fremdheit, 2016. S.42
Fallende Einsame

03

Moser, Tilmann: Kunst und Psyche. Bilder als Spiegelder Seele, Stuttgart, 2014. S. 75
Ich schließe mich in mich selbst ein -
Fernand Khnopff

04

Lage der Psychiatrischen
Rehabilitationskliniken Österreich,
Eigengrafik

05

Tabelle Rehabilitationsantrag Ablauf
Eigengrafik

06

Rehaantrag, <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10008.555945&action=b&cacheability=PAGE1>,
14.05.2016

07

Rehaantrag, <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10008.555945&action=b&cacheability=PAGE2>,
14.05.2016

08

Das weinende Mädchen: Edvard Munch, 1909: <https://www.lwl.org/LWL/Kultur/museumkunstkultur/sammlung/highlights/highlight-auswahl/edvard-munch>, 16.08.2016



09

Antje Stocker, Einsamkeit im Sturm
<http://tilmannmoser.de/site/projekt-stocker-moser.html>, 20.09.2016

10

Antje Stocker, Aufhellung und Heiterkeit
<http://tilmannmoser.de/site/projekt-stocker-moser.html>, 17.06.2016

11

Privatklinik St. Radegund
[http://privatkrankenanstalten.at/klinik/privatklubnik-st-radegund](http://privatkrankenanstalten.at/klinik/privatklinik-st-radegund), 05.09.2016

12

Innenraum
[http://privatkrankenanstalten.at/klinik/privatklubnik-st-radegund](http://privatkrankenanstalten.at/klinik/privatklinik-st-radegund), 05.09.2016

13

Foto Draufsicht Komplex Bad Hall,
Eigenaufnahme

14

Ansicht Eingangssituation, Eigenaufnahme

15

Bad Hall Innenraum, <http://www.skyline-architekten.at/badhallsonnenpark.html>, 03.09.2016

16

Bad Hall Hofsituation, <http://www.skyline-architekten.at/badhallsonnenpark.html>, 03.09.2016

17

Bad Hall Einzelzimmer, <http://www.skyline-architekten.at/badhallsonnenpark.html>, 03.09.2016

18

Österreichkarte, Fokus Steiermark,
Eigengrafik



19

Steiermark, Fokus Bruck Mürzzuschlag,
Eigengrafik

20

Bruck Mürzzuschlag, Fokus Aflenz,
Eigengrafik

21

Aflenz, Fokus Grundstück, Eigengrafik

22

Luftbild Aflenz, GIS Steiermark, 27.07.2016

23

Historisches Bild Aflenz in Riegler, Josef:
Aflenz. Geschichte eines obersteirischen
Marktes und Kurortes, Aflenz Kurort 1990

24

Luftbild Grundstück, GIS Steiermark,
27.07.2016

25

Grundstücksfoto Eigenaufnahme

26

Grundstücksfoto Eigenaufnahme

27

Grundstücksfoto Eigenaufnahme

28

Grundstücksfoto Eigenaufnahme

29

Antje Stocker, Abschied aus der religiösen
Welt, [http://tilmannmoser.de/site/projekt-
stocker-moser.html](http://tilmannmoser.de/site/projekt-stocker-moser.html) 02.08.2016

30

Antje Stocker, Ohne Titel [http://
tilmannmoser.de/site/projekt-stocker-
moser.html](http://tilmannmoser.de/site/projekt-stocker-moser.html), 14.08.2016



Danke

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen von ganzem Herzen bedanken, die mich in der Zeit der Diplomarbeit, sowie im gesamten Studium unterstützt haben.

Danken möchte ich insbesondere meiner Mutter, die immer ein offenes Ohr für meine Anliegen gehabt und mich aufgemuntert hat. Meiner Omi, die mir immer wieder mein Konto aufge bessert und somit mein Studium mitfinanziert hat. Auch meinem Bruder gilt ein besonderer Dank, mit dem ich öfter mal einen Kaffee genießen konnte. Ein Dank gilt auch der Familie meiner Freundin Andrea, von der ich ein Teil sein darf.

Ihnen, Herr Professor Riewe, danke ich für die äußerst angenehme, freundschaftliche und inspirierende Diplombetreuung.

Nicht zuletzt danke ich dir Andrea dafür, dass du mich während meines Studiums begleitet und immer zu mir gehalten hast. Für deine Geduld und deine Ermutigungen, die einen wesentlichen Teil zu meiner Diplomarbeit beigetragen haben.