



Die approbierte Originalversion dieser Diplom-/Masterarbeit ist an der Hauptbibliothek der Technischen Universität Wien aufgestellt (<http://www.ub.tuwien.ac.at>).

The approved original version of this diploma or master thesis is available at the main library of the Vienna University of Technology (<http://www.ub.tuwien.ac.at/englweb/>).

DIPLOMARBEIT

„WAHNSINNS ARCHITEKTUR“
GRUNDRISSTYPOLOGIEN VON PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN UND DIE FRAGE,
OB SICH DIESE AUF DIE GENESUNG DER PATIENTEN AUSWIRKT.

AUSGEFÜHRT ZUM ZWECKE DER ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES EINES DIPLOM-INGENIEURS UNTER DER LEITUNG VON
UNIV.PROF. DIPL.-ING. DIETMAR WIEGAND

EINGEREICHT AN DER TECHNISCHEN UNIVERSITÄT WIEN
FAKULTÄT FÜR ARCHITEKTUR UND RAUMPLANUNG

ISABELL WURLITS
9909626
KIRCHBERGGASSE 18-20/2; 1070 WIEN
WIEN, 12.12.2010

KAPITEL I GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE

I.I.	DIE GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE	8
I.II.	DIE ERSTEN IRRENANSTALTEN	13
I.III.	DIE PIONIERE	17
I.IV.	DIE KRITIK	18
I.V.	MICHEL FOUCAULT	20
I.VI.	ANTIPSYCHIATRIE	20
I.VII.	ACKERBAUKOLONIEN	24
I.VIII.	FAMILIALE IRRENVERPFLEGUNG	24
I.IX.	STADTASYLE	24
I.X.	EXCURS AKTION T4	26

EINLEITUNG

Grundlegend auf der Suche nach einem Entwurfsthema für meine Diplomarbeit entschied ich mich für eine psychiatrische Klinik. Dass daraus eine rein theoretische Arbeit ohne Entwurf wurde hat zweierlei Gründe. Zum einen der Zeitdruck unter dem ich stand und zum anderen, das weite Feld der Psychiatrie, dass eine eingehende theoretische Recherche bereits im Vorfeld nötig machte.

Weit wichtiger als ein Entwurf ist die Erkenntnis, dass psychisch kranke Personen mehr als nur ein Gebäude brauchen. Die gesamte erlebte, gebaute Umwelt und deren von Person zu Person verschiedenen Empfindungen dazu, sind ent-

scheidend und zielführend für eine gelungene Therapie von psychisch kranken Personen.

Eine Reise quer durch die Geschichte der Psychiatrie bis hin zu modernen Grundrisstypologien führen Schritt für Schritt zu meiner vorhin beschriebenen Erkenntnis.

KAPITEL I GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE



|_8 Abb Nr. 01 Ausschnitt aus dem Bild MARGOT LA FOLLE; Pieter Brueghel der Ältere; http://leblogdegab.canalblog.com/images/mad_meg.jpg

I.I. DIE GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE

400 v. Chr. legte Hippokrates den Grundstein für die wissenschaftliche Begründung der Heilkunde im Allgemeinen und in weiterer Folge auch für die Irrenheilkunde.

Im klassischen Altertum war die Erkenntnis der Geisteserkrankungen weiter vorgeschritten als im darauf folgenden Zeitalter des Christentums.

Ca. 390 v. Chr. differenziert Plato vier Stufen der menschlichen Erkenntnis: Vermutung, Vertrauen, Verstehen und Wissen zur Wahrheit (letzteres werde nur durch das Denken und nicht durch die Wahrnehmung erreicht). Er unterscheidet zwischen Wahrnehmung und Wirklichkeit.

Er entwickelte ein Schichtenmodell der Seele: Er unterschied die Gesellschaftsschichten nicht mehr nach der Tätigkeit (Lehrstand, Nährstand, Wehrstand), sondern nach seelischen Bereichen (Vernunft, Begierde, Mut).

350 v. Chr. verfasst Aristoteles als erstes ein Lehrbuch der Psychologie: „Über die Seele“. Er trennt erstmals Psychologie und Philosophie voneinander.

Weiters untersuchte er das Verhältnis von Seele und Körper und ging auf das Seelenvermögen der Wahrnehmung, des Denkens und der Vorstellung ein und beschrieb den Aufbau der Seele. Aristoteles gilt heute als der ei-

gentliche Vater der Psychologie. Aristoteles (384-322 v. Chr.), griechischer Philosoph, gehört zusammen mit Platon und Sokrates zu den berühmtesten und bedeutendsten Philosophen des Altertums.

Grundsätzlich kann man drei große Epochen der Psychiatrie erkennen: Vom Altertum bis zum 18. Jahrhundert ist eher nur von der Geschichte des Wahnsinns zu sprechen. Mit der Aufklärung im 18. Jahrhundert beginnen die ersten Bemühungen zur systematischen Versorgung von psychisch Kranken und am Ende des 19. Jahrhunderts versuchte man psychiatrische Phänomene wissenschaftlich zu untersuchen. Zunehmend kam es im 19. Jahrhundert, von England ausgehend, zu

„Der Irre mit seinem Narrenschiff fährt in eine andere Welt, und aus der anderen Welt kommt er, wenn er an Land geht“
(Michel Foucault, 1968)



Abb Nr. 02 Ausschnitt aus dem Bild DAS NARRENSCHIFF; Hieronymus Bosch ca. 1450-1416; http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Jheronimus_Bosch_011.jpg

sozialpsychiatrischen Bewegungen. Vor dem 19. Jahrhundert war die Erfahrung über den Wahnsinn in der abendländischen Welt sehr polymorph - dass unsere Epoche sie in den Begriff „Krankheit“ konfiszierte, darf uns über ihren ursprünglichen Reichtum nicht hinwegtäuschen. Zweifellos war schon seit der griechischen Medizin der Bereich des Wahnsinns, wenigstens teilweise, durch die Begriffe der Pathologie und die mit ihr zusammenhängenden Heilmethoden besetzt.

Es hat im Bereich des Okzident zu allen Zeiten eine medizinische Behandlung des Wahnsinns gegeben, und die Spitäler des Mittelalters hatten zum größten Teil, zB das Hôtel Dieu in Paris, Betten für

Wahnsinnige bereitstehen (oft eine Art großer Käfige). Aber es war ein kleiner Sektor, in dem nur die für heilbar gehaltenen Formen des Wahnsinns begriffen waren (Phrenesie, episodisch auftretende Gewalttätigkeit oder „Melancholie“)

Im 15. Jahrhundert traten anstelle der Lepra die Geschlechtskrankheiten. Die davon betroffenen Menschen wurden in den gleichen Häusern untergebracht - sog. Leprosorien aus gotischer Zeit - welche auch zur Unterbringung der Wahnsinnigen diente. Diese waren zwar medizinisch besser ausgestattet, jedoch stellten die Leprosorien einen lt. Foucault (s. S.: 17 Abb 14) „moralischen Raum des Ausgeschlossen-seins“ dar. Vor diesem Ausschluss

existierte der Irre nur innerhalb der Gesellschaft. Mit Sicherheit ist das Ende des 15. Jahrhunderts eine jener Epochen, in denen der Wahnsinn eine große Rolle einnahm. Diese Zeit war abwechselnd und jeweils durchgängig von der Furcht vor dem Tode und vor dem Wahnsinn beherrscht.

Auf dem Totentanz, der auf dem Friedhof des Innocents dargestellt ist, auf den Triumph des Todes auf den Mauern des Campo Santo von Pisa folgen die unzähligen Narrentänze und Narrenfeste, die Europa die ganze Renaissance hindurch so gern gefeiert hat.

Volksbelustigungen wie der Narrenverein oder das Navire bleu in



Abb Nr. 03 moralkritisches Werk von Sebastian Brand; <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c3/Narrenschiiff.jpg> 21.05.2009 um 13:10

I_10

Flandern - eine ganze Ikonographie - von Bosch¹ Narrenschiff (Abb 02) bis zu Brueghel² und Margot la Folle³ (Abb 01) zu Deutsch: „Die tolle Grete“. Auch philosophische und moralkritische Werke, wie Brants⁴ (Abb 03/04) „Narrenschiiff“ oder das „Moriae encomium“, zu Deutsch: „Lob der Torheit“ von Erasmus⁵. Mit diesem Narrenschiff oder auch Narrentürmen gab es im Mittelal-

1 Hieronymus Bosch * um 1450 in ,s-Hertogenbosch; † August 1516; niederländischer Maler

2 Pieter Brueghel der Ältere* um 1525/30 in Breda; † 9. September 1569 in Brüssel; Maler der niederländischen Renaissance

3 Margot la Folle (Margot die Verrückte) Figur in einem Bild von Brueghel

4 Sebastian Brant * 1457 oder 1458 in Straßburg; † 10. Mai 1521 in Straßburg, latinisiert Titio, war ein deutscher Jurist, Professor für beide Rechte an der Universität Basel (1489-1500) und von 1502 bis zu seinem Tod 1521 Stadtschreiber und Kanzler der Freien Reichsstadt Straßburg. 1494 veröffentlichte Brant sein Narrenschiff, das seinen literarischen Ruhm als Autor und Humanist begründete.

5 Erasmus von Rotterdam * 27. Oktober 1465 [oder 1469] in Rotterdam; † 12. Juli 1536 in Basel, niederländischer Humanist

ter die Möglichkeit des Einschusses von Geisteskranken. Einschuss oder eher Ausschluss aus der Welt des Volkes - vor die Stadtmauern. Foucault beschreibt, dass man die „Irren“ verjagte und „in der freien Landschaft umherlaufen“⁶ ließ.

DAS NARRENSCHIFF

Das Narrenschiff hatte mehr eine Symbolkraft - das Volk sah diese Schiffe als „symbolische Schiffe mit Geisteskranken auf der Suche nach ihrer Vernunft“ einheitsstiftendes Element des Werkes Brandt's Narrenschiff ist der Narr. Es sind 109 Narren, die das Schiff besteigen und sich auf die Reise nach „Narragonien“ machen. Seeleute oder ein Steuermann finden sich nicht unter den Narren. Die Narrheit im Werk

6 Foucault 1969, S.25 f, siehe M. Foucault S.

Brants wird verstanden als Torheit oder mangelnde Einsicht in die Anforderungen des Lebens. Der Narr „ist der Mensch, der sich seinen fragwürdigen Neigungen ergibt, etwa dem Quacksalbertum oder der Prozesssucht, den Modetorheiten oder dem Reliquienhandel frönt. Torheit und sittliche Defizienz sind im Narren vereint.“⁷

Dem Narren stellt Brant in resümierenden Kapiteln (Kapitel 22, 107 und 112) als Gegenentwurf den nach Weisheit strebenden Menschen entgegen.⁸ Am Ende der Renaissance bezeugen Shakespeare und Cervantes das große Ansehen dieses Wahnsinns, dessen künfti-

7 Joachim Knape: Sebastian Brant. In: Deutscher Humanismus 1480-1520. Verfasserlexikon. Bd. 1. Berlin, New York 2005, Sp. 247-283.

8 http://de.wikipedia.org/wiki/Sebastian_Brant



Abb Nr. 04 Sebastian Brant, Holzschnitt von 1590 aus Nicolaus Reußners Icones.
http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/cc/Sebastian_Brant_1590.jpg

ge Herrschaft Brant und Hieronymus Bosch hundert Jahre zuvor angekündigt hatten. Während der Renaissance werden die Wahnsinnigen, zunächst in Spanien (in Saragossa), dann in Italien, in eigens für sie vorbehaltenen Spitälern gepflegt. Die damaligen Behandlungen orientieren sich zweifellos an der arabischen Medizin.

Leider beschränkte sich die Behandlung auf einzelne Orte und der Wahnsinn ist im wesentlichen ein Erlebnis im Zustand der Freiheit - er bewegt sich ungehemmt, er ist Teil des Schauplatzes und der Sprache, er ist für jeden eine alltägliche Erfahrung, die man auf die Spitze zu treiben versucht. Zu Beginn des 17. Jahrhunderts gibt es in Frankreich

berühmte Irre, an denen sich das Publikum, und zwar hauptsächlich das gebildete Publikum, gern belustigt - manche, wie Bluet d'Arbères⁹, schreiben Bücher, die veröffentlicht und als Werke des Irrsinnig gelesen werden. Bis ungefähr 1650 ist die abendländische Kultur für diese Formen der Erfahrung seltsam aufnahmebereit gewesen.

Mitte des 17. Jahrhunderts schlägt das plötzlich um - die Welt des Wahnsinns wird die Welt der Ausgeschlossenen. In ganz Europa entstehen Internierungshäuser, die nicht einfach dazu bestimmt sind Irre aufzunehmen, sondern eine ganze Reihe verschiedenartiger Individuen - Arme, Invalide, alte Leute im Elend, Bettler, hartnäckig Arbeits-

⁹ Bluet d'Arbères*1566 in Arber; † 1606 Schriftsteller

scheue, Venerische Sünder, Leute denen man öffentliche Bestrafungen zuliebe deren Familien ersparen möchte, verschwenderische Familienväter, Kleriker im Bannbruch - kurz alle - die hinsichtlich der Ordnung, der Vernunft, der Moral und der Gesellschaft Anzeichen von Zerrüttung zu erkennen geben.

Zu diesem Zwecke eröffnet die Regierung in Paris das Hôpital général mit Becêtre und der Salpêtrière; nicht lange zuvor hatte Saint Vincent de Paul die alte Leproserie Saint-Lazare in ein Zuchthaus dieser Art verwandelt, und bald danach wird auch Charenton, das zuerst Spital war, nach dem Modell dieser neuen Institutionen umgebildet. Jede Stadt in Frankreich bekommt



Abb Nr. 05 Attaque Demonique; http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/59/Richer_Attaque.jpg/180px-Richer_Attaque.jpg

I_12

ihr Hôpital général. In diesen Häusern findet keinerlei medizinische Betreuung statt - man wird in sie aufgenommen weil man nicht länger Teil der Gesellschaft ist.

Diese Internierung ist zweifellos eine Maßnahme zur Pflege, die zahlreichen Stiftungen, die diesen Häusern zufließen, beweisen es, aber es ist ein System, dessen Ideal darin besteht, vollständig geschlossen zu sein; im Hôpital général - gleichzusetzen mit den Workhouses in England - herrscht Zwangsarbeit.

Die Unfähigkeit an Produktion, am Umlauf oder an der Akkumulierung der Reichtümer mitzuwirken, ist allen Insassen in den Internierungshäusern gleich - also kommt die

Zwangsarbeit als einer Strafmaßnahme und einer moralischen Kontrolle gleich.

Der Wahnsinn, der so lange Zeit allgegenwärtig war, verschwindet nun aus dem sozialen Raum. Jedoch führte das Vermischen des Irren mit Venerischen, Libertins und vielen Verbrechern zu einer Art Assimilierung! Ein enger Zusammenhang zwischen dem Wahnsinn und dem Verbrechen entstand.

Was hat man aus dem armen Irren in drei Jahrhunderten gemacht?

Bereits ein Jahrhundert später - Anfang des 18. Jhd. kehrt die Unruhe zurück - Der Irre taucht abermals in der vertrauten Umgebung auf. Die

bisherige Zuchthauswelt beginnt sich aufzulösen.

Politische Anprangerungen an willkürlichen Internierungen und ökonomische Kritik an diesen Einrichtungen werden laut.

Die Furcht der Bevölkerung, selbst in einer dieser Anstalten zu landen, wird größer und jeder verlangt die Abschaffung der Internierung.

Das Problem der Internierung als Symbol der alten Unterdrückung wurde dahingehend gelöst, dass man diese Häuser nun ausschließlich den Irren zugute kommen läßt (denn nach wie vor sind Irre und wilde Tiere eine Gefahr für ihre Familie und daher besteht die Nö-

Eine andere Form des „Wahnsinns“ wird zwar schon in der Antike beschrieben, erlangt aber vor allem bei den Gebildeten seit dem Humanismus als „Modekrankheit“ Popularität: die Krankheit der Melancholie (Abb. 06). Zwar galt der Konstitutionstyp des Melancholikers im Mittelalter als der am wenigsten erstrebenswerte, da dieser mit dürrtümlichem Körperbau, unattraktivem Erscheinungsbild und unerfreulichen charakterlichen und geistigen Eigenschaften veranlagt war. Doch lag in der Melancholie als Krankheit eine bereits bei Aristoteles und Cicero angedeutete Möglichkeit der Selbstgenialisierung verborgen, die im Humanismus nun in einem „Melancholie-Kult“ gepflegt wurde. Der kreative Künstler und Denker bewegte sich dieser Vorstellung nach stets zwischen Genie und Wahnsinn.

http://lexikon.freenet.de/images/de/3/3a/Melencolia_1.jpg

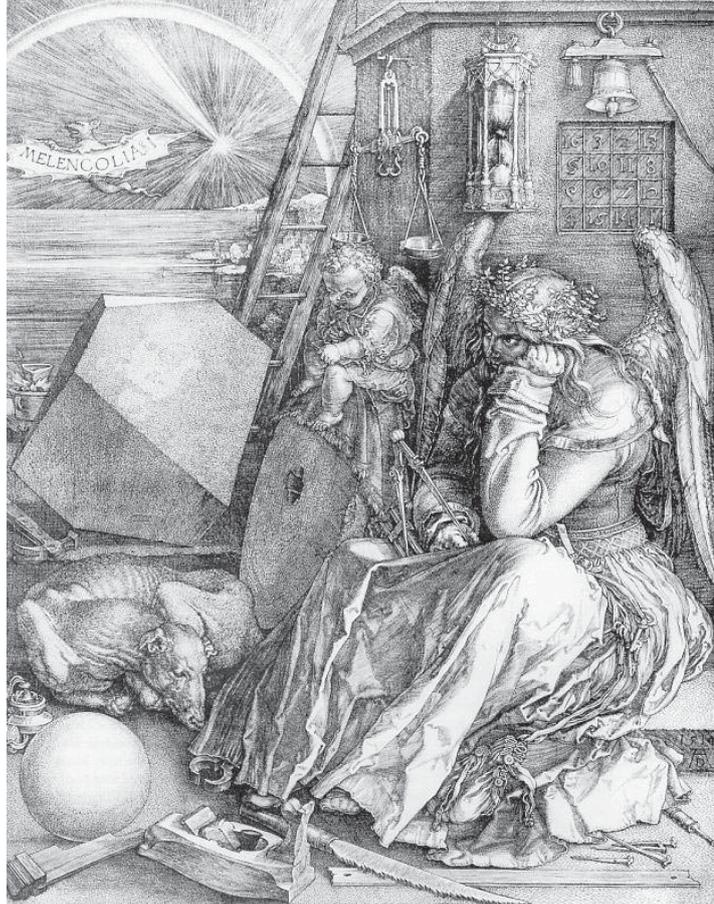


Abb Nr. 06 Melancholie; http://lexikon.freenet.de/images/de/3/3a/Melencolia_1.jpg

tigung, sie festzuhalten).

Zu diesem Zeitpunkt gewinnt die Internierung eine neue Bedeutung - sie wird eine Maßnahme mit medizinischem Charakter.

Pinel in Frankreich, Tuke in England und in Deutschland Wagnitz und Reil haben ihre Namen an diese Reform geknüpft - und ohne sie gäbe es keine „Geschichte der Psychiatrie“.

Also war nicht nur bis in die Zeit der Aufklärung hinein der Sicherheitsgesichtspunkt der maßgebende! 500 Jahre nach Chr. bevorzugten Priester und Mönche in der Ausübung der Irrenheilkunde eher die religiösen Heilmittel und verfielen

zunehmend dem Aberglauben. Die Lehre des Aristoteles¹⁰ von der Abhängigkeit der Seele vom Körper verschaffte sich mehr und mehr Geltung, so dass auch wieder die Ärzte Veranlassung fanden sich mit der Irrenheilkunde zu beschäftigen.

Doch statt der erwarteten Fürsorge begnügte man sich, Irre unschädlich zu machen. Sie wurden entweder über die Grenze geschafft und hilflos ausgesetzt oder in Narrentürme, Aufsatzhäuser, Gefängnisse, Kerker und Zuchthäuser, gemeinsam mit Dieben und Mördern, ein-

¹⁰ Aristoteles (griechisch ἀριστοτέλης, * 384 v. Chr. in Stagira (Stagira) auf der Halbinsel Chalkidike; † 322 v. Chr. in Chalkis auf der Insel Euböia) gehört zu den bekanntesten und einflussreichsten europäischen Philosophen. Er hat zahlreiche Disziplinen entweder selbst begründet oder maßgeblich beeinflusst, darunter Wissenschaftstheorie, Logik, Biologie, Physik, Ethik, Dichtungstheorie und Staatslehre. Aus seinem Gedankengut entwickelte sich der Aristotelismus.

gesperrt. Auch das „Tollhaus“ war als eine Irrenverwahranstalt zu sehen.

I.II. DIE ERSTEN IRRENANSTALTEN

Eine gesonderte Verwahrung von Geisteskranken begann zuerst 1305 in Schweden, im nächsten Jahrhundert in Spanien, 1544 in Esslingen, 1600 in Frankfurt a. M., 1702 in Berlin, 1743 in Würzburg, 1749 in Braunschweig und 1764 in Radtwinkel bei Bremen.

Jedoch war es bis zur Verwirklichung von „offenen Systemen“, den Ackerbaukolonien und der familiären Irrenpflege ein weiter Weg.

In Österreich wurden vor der Er-

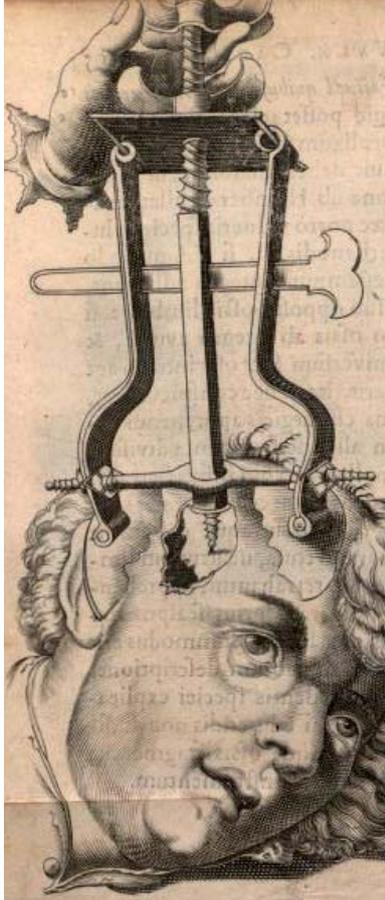


Abb Nr. 07 <http://www.schizodoxe.com/docs/2008/02/trepanation2.jpg>

WENN NICHTS MEHR HILFT:

Die Lobotomie (oft synonym mit Leukotomie verwendet) ist eine neurochirurgische Operation, bei der die Nervenbahnen zwischen Thalamus und Frontallappen sowie Teile der grauen Substanz durchtrennt werden. Diese Methode war seit 1936 bis in die 1970er Jahre in Verwendung gewesen. Sie sollte auch Homosexuelle in den 1950ern und kommunistische Einstellungen heilen.

Sie wurde ursprünglich zur Schmerzausschaltung in extrem schweren Fällen angewendet, dann bei agitierten psychischen Erkrankungen wie Psychosen und Depressionen. Als Folge der Lobotomie tritt eine Persönlichkeitsänderung mit Störung des Antriebs und der Emotionalität auf.

Nach zunehmender Kritik wurde die Lobotomie weitgehend durch die Behandlung mit Psychopharmaka und stereotaktische Operationen ersetzt, z. B. die Thalamotomie und die Zingulotomie.¹

¹ <http://de.wikipedia.org/wiki/Lobotomie>

I_14

öffnung des Tollhauses psychisch Kranke in der Abteilung für Wahnsinnige im Hospital zu St. Marx, weiters im Unirten Spital, bis 1760 Spanisches Spital, dem „Narrenspital von Dr. Jovis“, 1756 – 1784 in Erdberg sowie in den Irrenabteilungen der Krankenanstalt der Barmherzigen Brüder in Görz untergebracht.

Ab 1784 wurden psychisch Kranke im Narrenturm in Wien verwahrt. Aber auch mit dem Bau des damals modernen Psychiatrieprojektes „Narrenturm“ war kein Ende des Leidens für die Narren in Sicht, wie aus verschiedenen historischen Texten hervorgeht:

„Wenn irgendwo im Lande iemand mit der Sinnesverrückung, oder sonst einem ähnlichen Zustande befallen würde, so soll solcher nicht gleich von den Kreisämtern nun mittelbar nach Wien geschickt, sondern indessen an einem sichern Orte in Verwahrung genommen, und darüber die vorläufige Anzeige an die Regierung gemacht, und die weitere Verordnung erwartet werden.“¹

„Unter jenen, die Schaden oder Eckel verursachen verstehe Ich Wahnwitzige und mit Krebsen oder solchen Schäden behaftete Personen, welche aus der allgemeinen Gesellschaft, und aus den Augen deren Menschen müssen entfernt werden, diese müssen zusammen in ein entferntes Spital verleget werden, allwo weder andere Kranke, noch weniger Jugend oder Kindsbetherinnen sich befinden. Verbesserung derselben, damit noch ein, noch der andere unter das Publikum komme, muss das erste Ziel seyn.“²

1 Verordnung in Oesterreich vom 14. Weinmonate 1782
„Handbuch aller unter der Regierung des Kaisers Joseph des II für die K. K. Erbländer ergangenen Verordnungen und Gesetze“, S. 370, Wien 1785

2 Grois Bernhard, „Das allg. KH in Wien und seine Geschichte“, Maudrich, S. 29, 1965



Abb Nr. 08 Kaiser Josef II; www.dorotheum.com/fileadmin/old_srv/pressedata/presse/530/Kaiser_Presse.jpg



In England fand diese gesonderte Verwahrung in „Bedlam“¹¹ (Abb 09) statt. Bedlam (richtige Bezeichnung: „Bethlem Royal Hospital“ oder auch „Glasgow Royal Asylum“ 1810-1814 erbaut) war ein berühmt-berüchtigtes Londoner Irrenhaus und ist wahrscheinlich nach dem Wiener Narrenturm das zweit bekannteste Irrenhaus der Welt.

Nach dem Gedankengut von Jeremy Bentham, der das Konzept der panoptischen Irrenanstalt entwickelte, war diese Anstalt in 4 radspeichen-ähnlichen Pflegeabteilungen mit zentralem Überwachungsbau angeordnet.¹²

Die Patienten vegetierten dort auf

¹¹ (eine Verballhornung des Wortes „Betlehem“)

¹² Nervenarzt 1997, Springer -Verlag

Stroh vor sich hin und durften im 17. und 18. Jahrhundert von Schauspielern gegen eine Eintrittsgebühr besichtigt werden; diese Gebühr trug wesentlich zur Deckung der Unterhaltskosten bei.

Nach dem Großen Feuer von London (2. bis 5. September 1666) wurde das in schlechtem Zustand befindliche Gebäude durch einen Neubau ersetzt (Fertigstellung 1676), in dem bis zu 150 Personen unterkommen konnten.

Dieses wiederum wurde durch ein 1815 errichtetes Gebäude südlich der Themse ersetzt, welches bis 1930 benutzt wurde. Einige Jahre später zog hier das Imperial War Museum ein. Auf dem alten Gelän-

de des Bethlem Royal Hospital entstand 1874 der Bahnhof Liverpool Street.

Der Begriff „Bedlam“ hat als Synonym für „Verwirrung“ Eingang in die englische Sprache gefunden.

In England wurden bis Mitte des letzten Jahrhunderts eine ganze Reihe solcher Anstalten erbaut. ZB Exeter (erbaut 1832-1845) und das „Middlesex County Lunatic Asylum“ in Hanwell bei London (1831 eröffnet).

Letzteres war für deutsche Psychiater ein beliebtes Reiseziel, um die panoptischen Prinzipien in der Praxis zu studieren und später in das „no-restraint“ Konzept zu überneh-



Abb Nr. 10 John Conolly (1794 - 1866); http://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/thumb/e/e4/Conolly_john.jpg/225px-Conolly_john.jpg; Benutzer: „Aspro“



Abb Nr. 11 Philippe Pinel (1745–1826); http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e3/Philippe_Pinel.jpg; Benutzer: „Mu“

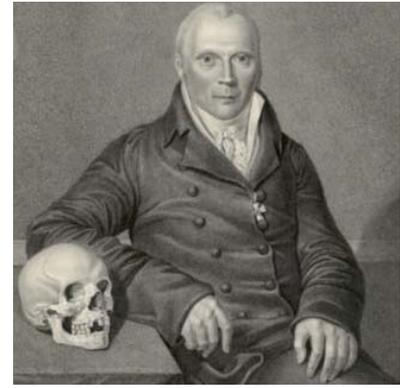


Abb Nr. 12 Johann Christian Reil (1759 - 1813); [http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/76/Johann_Christian_Reil_\(1811\).jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/76/Johann_Christian_Reil_(1811).jpg); Benutzer: „Polarlys“

men. Leider stößt die Architektur des Panopticum an seine Grenzen, wenn es um Erweiterbarkeit geht.

So wurden ab Mitte des 19. Jahrhunderts nur mehr Gefängnisse nach panoptischen Prinzipien gebaut. Vorbilder in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts waren etwa amerikanische Beispiele wie in Gloucester, die bereits den Übergang in das Pavillon erkennbar machten.

I.III. DIE PIONIERE

Der französische Psychiater Philippe Pinel (1745-1826) (Abb 11), leitender Arzt der Anstalt zu Bicêtre und Salpêtrière gab Anregung zum Bau einer eigenen Anstalt für Geistesranke und vertrat den irrenärztlichen Grundsatz von der

Heilbarkeit der Geisteskranken. Er versuchte, eine bessere Einsicht in das Wesen der Geisteskrankheit zu verbreiten, und er vertrat auch die Meinung, dass Fesselung seinen Sinn verfehle. (Sog. „traitement moral“, gekennzeichnet durch Zuwendung, Milde und Geduld)

Der Engländer John Conolly (Abb 10) veranlasste in der großen Irrenanstalt Hauwell in Middlesex am 21. September 1839 (anscheinend war der Tod eines Patienten in einer Zwangsjacke der Auslöser dafür) die vollkommene Beseitigung aller mechanischen Zwangsmittel in der Behandlung von Geisteskranken.

So entsteht 1839 die *Non-restraint-Bewegung*. Diese Bewegung setzt sich schnell durch: während 1830 noch 39 von insgesamt 92 Patienten gefesselt werden, sind es 1837 nur noch 2 von 120 Patienten. Entscheidend geprägt ist diese „humane“ Art von Irrenverwahrung von John Conolly¹³ (1794-1866).

¹³ John Conolly - britischer Arzt *27. Mai 1794 in Market Rasen - Grafschaft Lincolnshire; † am 5. März 1866 in Hanwell



I_18

Abb Nr. 13 Pinel befreit die Kranken aus der Salpêtrière; Gemälde von Tony Robert-Fleury http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/12/Philippe_Pinel_à_la_Salpêtrière.jpg

Am 11. Mai 1796 gründete der Quäker William Tuke¹⁴ (1732–1822) in York eine private Irrenanstalt namens „The Retreat“. Das idyllisch gelegende Haus zeichnete sich durch seine ruhige Atmosphäre und den Verzicht auf Zwang und Gewalt aus.

In Deutschland beklagte 1803 Johann Christian Reil (Abb 12) die unwürdigen Zustände in Zucht- und Tollhäusern. Seine Reformvorschläge erinnern an das Konzept des „Retreat“.

I.IV. DIE KRITIK

Nach Meinung von Michel Foucault (Abb 16) war die Geschichte der rühmlichen Namen eine

14 William Tuke *1732 †1822, Vorreiter humaner Behandlung und Gründer des „Retreat“ in York

andere. Er behauptet, dass Pinel, Tuke und andere Zeitgenossen, die alten Praktiken der Internierung nicht gelockert hätten, sondern sie im Gegenteil noch fester um den Irren zusammengezogen. In der idealen Irrenanstalt nach Tuke, soll der Geistesgestörte mit einer Art Familie umgeben werden, er soll sich wie zuhause fühlen, doch in Wirklichkeit ist er eben dadurch einer ununterbrochenen moralischen und gesellschaftlichen Kontrolle unterworfen; ihn zu heilen sollte heißen, ihm Gefühle der Abhängigkeit, der Ergebenheit, der Schuld und des Dankes wieder einzuprägen, die das moralische Rückgrad einer Familie darstellen.

Als Mittel dazu wurden Drohung,

Bestrafungen, Nahrungsentzug, Demütigungen angewandt, kurz alles, was den Irren infantil und schuldbeusst machen konnte.

Pinel wendet in Bicêtre ähnliche Techniken an, nachdem er die Gefangenen „befreit“ hatte. Anstatt der materiellen Fesseln hat er sie gegen moralische Fesseln ausgetauscht: der Irre sollte in seinen Gesten überwacht, in seinen Ansprüchen gedrückt, in seinen Wahnideen widerlegt, in seinen Irrtümern lächerlich gemacht werden:

jedem Abweichen vom Normalen sollte die Strafe auf dem Fuße folgen. Der Arzt in der Irrenanstalt wird zu einem Agenten der Moralsynthesen.

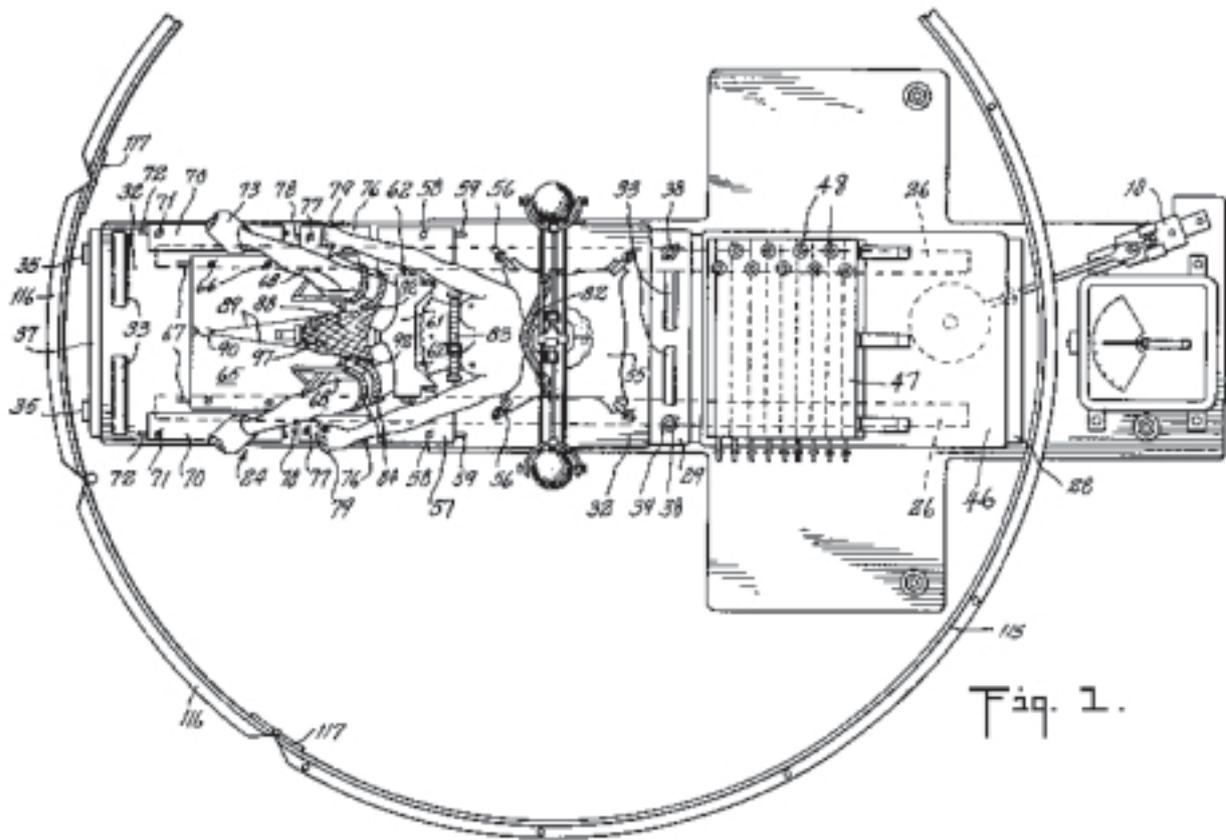


Abb Nr. 14 Rotierende Maschine - um verworrene Gedanken in die richtige Richtung zu leiten; <http://img11.abload.de/img/225997820c1fd60f783yx15.jpg>

Zur Behandlung des Wahnsinns hatte man zu dieser Zeit natürlich noch andere medizinische Praktiken parat - die kalte Dusche oder das heiße Bad, um Geister oder Fibern zu erfrischen, Injizieren von frischem Blut, um den gestörten Kreislauf zu erneuern, und man versuchte, lebhaftere Eindrücke im Kranken hervorzurufen, um seiner Einbildungskraft einen neuen Lauf zu geben.

Pinel übernahm diese damals gültigen Heilpraktiken - jedoch nicht um zu erfrischen, sondern um zu bestrafen. Noch mitten im 19. Jahrhundert appliziert Leuret seinen Kranken eine eiskalte Dusche auf den Kopf und zwingt ihnen im gleichen Augenblick ein Geständnis ab, dass ihr Glaube nur ein Wahn sei.

Die allseits bekannte rotierende Maschine (Abb 14) aus dem 18. Jahrhundert, die fixe Ideen wieder in Bewegung bringen soll, wird im 19. Jahrhundert perfektioniert und gibt der Maschine ausschließlich strafenden Charakter. (Sie ist an die Bewegungen des Patienten gekoppelt und dreht sich umso schneller, je mehr sich der Kranke bewegt.)

Foucault kritisiert nicht Maschinen, die im 18. Jahrhundert allgemeine Gültigkeit hatten, sondern dass diese medizinischen Spiele Anstaltsversionen alter, auf einer damals schon überholten Physiologie gegründeter Techniken beruhen.

Wesentlich sieht er, dass die zu Pinels Zeiten für die Internierung

gegründeten Irrenanstalten nicht gleichbedeutend sind mit einer medizinischen Durchdringung eines sozialen Ausschlussraumes, sondern mit einer Konfusion der Techniken - innerhalb eines einzigen Moralregimes - von denen die einen den Charakter sozialer Vorbeugungsmaßnahmen, die anderen den Charakter medizinischer Strategie hatten.

In dieser neuen Welt der Anstalt, in der Welt der strafenden Moral, ist der Wahnsinn etwas geworden, das wesentlich die menschliche Seele, ihr Schuldgefühl und ihre Freiheit, betrifft; er ist jetzt in den Bereich der Innerlichkeit verlegt, und dadurch wird der Wahnsinn zum ersten Mal in der abendlän-



Abb Nr. 15 Antipsychiatrische Bewegung; <http://media.de.indymedia.org/images/2008/11/231046.jpg>

I_20

David Cooper, der 1967 das Wort „Antipsychiatrie“ erfand, erhob Verrücktheit zu einem politischen Akt. Nach Erfahrungen - als Psychiater - der Misshandlungen der Patienten in Psychiatrien und der Funktion der Psychiatrie für den Staat in den 1950er Jahren sollte in den 1960er Jahren - so Cooper - eine antipsychiatrische Bewegung folgen.

dischen Welt nach Status, Struktur und Bedeutung psychologisch. Foucault verurteilt die ganze Psychopathologie, die mit Esquirol beginnt und wie heute von drei Themen beherrscht wird, in denen ihre Problematik definiert ist:

das Verhältnis zwischen Freiheit und Zwang; die Regressionsphänomene und die Struktur des kindlichen Verhaltens; Aggression und Schuldgefühl.

„Die Psychologie des Wahnsinns, ist nur das Ergebnis der Vorgänge, durch die sie eingesetzt wurde. Diese ganze Psychologie würde nicht bestehen ohne den Moralsadismus in dem die „Philanthropie“ des 19. Jhdts. den Wahnsinn unter dem heuchlerischen Anschein einer „Befreiung“ eingeschlossen hat.“

so Foucault in seinem Buch „Psychologie und Geisteskrankheit“.

I.V. MICHEL FOUCAULT

Michel Foucault (Abb 16), der am 15. Oktober 1926 in Poitiers geboren wird und am 25. Juni 1984 in Paris an den Folgen von AIDS stirbt, war ein französischer Philosoph, Psychologe und Soziologe. Foucaults Arbeiten sind meist historische Analysen, die untersuchen, wie Wissen entsteht, Geltung erlangt und Macht ausgeübt wird.

In diesem Zusammenhang untersucht Foucault unter anderem den Wahnsinn, die Medizin, die Humanwissenschaften, das Gefängnis und die Sexualität. Zudem hat er wichtige Beiträge zur Antipsychiatriebewegung geleistet, ohne sich selbst zu dieser Bewegung zu zählen.

I.VI. ANTIPSYCHIATRIE

Der Terminus „Antipsychiatrie“ wurde erstmals 1967 von David Cooper¹⁵ verwendet, der zusammen mit Ronald D. Laing¹⁶ und Thomas Szasz¹⁷ (Abb 17) zu den wichtigsten Vertretern der Antipsychiatriebewegung zählt.

¹⁵ David Graham Cooper * 1931 in Kapstadt; † 1986 in Paris; südafrikanischer Psychiater

¹⁶ Ronald D. Laing * 7. Oktober 1927 in Govanhill bei Glasgow, Schottland; † 23. August 1989 in St. Tropez, Frankreich; britischer Psychiater

¹⁷ Thomas Stephen Szasz * 15. April 1920 in Budapest; US-amerikanischer Psychiater ungarischer Herkunft

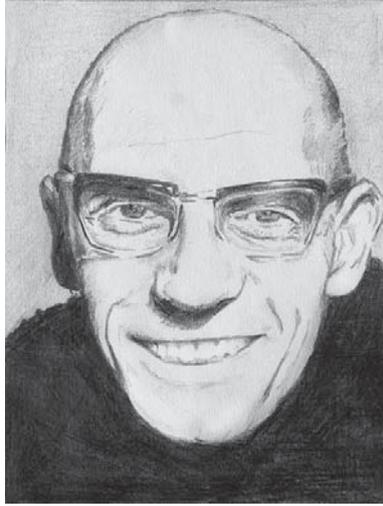


Abb Nr. 16 Michel Foucault (1926 - 1984); http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c8/Un_dessin_de_Foucault.jpg; Benutzer: „Roy Boshi“



Abb Nr. 17 Thomas Szasz; http://www.oism.info/img/people/thomas_szasz.jpg

Außerdem werden der Bewegung Peter Lehmann¹⁸, Franco Basaglia¹⁹, der Soziologe Erving Goffman²⁰, der Psychiater Félix Guattari²¹ sowie der Philosoph Gilles Deleuze²² zugeordnet.

Als „Antipsychiatrie“ werden mehrere politische und soziale Bewegungen bezeichnet, denen eine kritische bis ablehnende Haltung gegenüber der Psychiatrie gemeinsam war. Neben einer romantisch orientierten französischen Antipsychiatrie, welche auf die Französisi-

18 Peter Lehmann * 1950 in Calw; deutscher Diplompädagoge
19 Franco Basaglia * 11. März 1924 in Venedig; † 29. August 1980 in Venedig; italienischer Psychiater
20 Erving Goffman * 11. Juni 1922 in Manville, Kanada; † 19. November 1982 in Philadelphia, Pennsylvania; US-amerikanischer Soziologe
21 Pierre-Félix Guattari * 30. April 1930; † 29. August 1992 in Paris; französischer Psychiater und Psychoanalytiker
22 Gilles Deleuze * 18. Januar 1925 in Paris, † 4. November 1995; französischer Philosoph

Revolutions von 1789 folgte, und einer um 1900 in Deutschland von bürgerlichen Gruppen entwickelten Antipsychiatrie ist insbesondere eine in den USA und in Europa um 1960 aufgekommene Antipsychiatrie von Bedeutung.²³

Die antipsychiatrische Bewegung der 1960er Jahre umfasste verschiedene Gruppen mit unterschiedlichen ideologischen Hintergründen. Gemeinsam war vielen dieser Gruppen eine antiautoritäre Haltung, die sich auch gegen die Psychiatrie als Teil der Medizin richtete.

Kritikpunkte gegenüber der Psychiatrie bezogen sich auf die Ein-

23 Heiner Fangerau: Psychische Erkrankungen und geistige Behinderung. In: S. Schulz, K. Steigleder, H. Fangerau, N. W. Paul: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Suhrkamp, Frankfurt 2006. S. 375

richtungen der psychiatrischen Kliniken, das Verhältnis Patient-Arzt sowie auf die Frage der sozialen Bedingtheit der Klassifizierung psychischer Krankheiten und des Umgangs mit diesen.

Die Klassifizierung psychischer Krankheiten als sozial bedingt führte in der Antipsychiatrie zu einer pauschalen Ablehnung psychiatrischer Diagnosen als falsch und inhuman.

Statt der psychiatrischen Diagnose sollte der Blick auf die Ablehnung von sozial abweichendem Verhalten, dessen Bezeichnung als Krankheit sowie die darauf folgende Ausstoßung des Betroffenen aus der Gesellschaft gerichtet werden. Die-

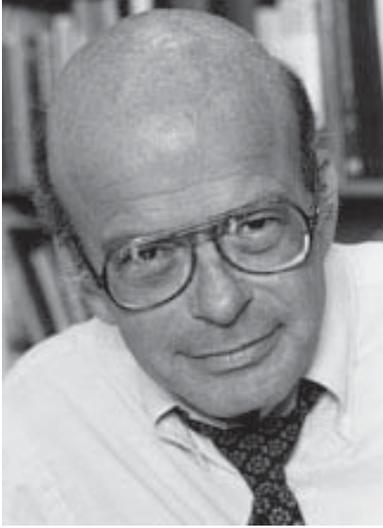


Abb Nr. 18 David Rosenhan http://www.collegeahunt-sic.qc.ca/Pagesdept/Sc_Sociales/psy/introsite/images/rosenhan.jpg

I_22

ser Prozess sowie die Akzeptanz der Rolle des Kranken (Internalisierung, „Krankheitseinsicht“) durch den Betroffenen würde dazu führen, dass der Betroffene sich so verhalte, wie es einem angeblich psychisch Kranken entspreche. Da die Ursache beobachtbarer Symptome gesellschaftliche Strukturen und psychiatrische Kliniken seien, zogen einige Antipsychiater hieraus den Schluss, dass es überflüssig sei, psychisch Kranke zu behandeln.

Ein radikaler Verfechter dieses Ansatzes war Thomas Szasz, der die Diagnose, Hospitalisierung und Behandlung psychisch Kranker als Verbrechen gegen die Menschlichkeit bezeichnete, sofern sie unter Zwangsandrohung erfolgten.

Studien zur Validität und Reproduzierbarkeit psychiatrischer Diagnosen wurden ebenfalls als Beleg für eine willkürliche „Etikettierung“ von Individuen als psychisch krank gewertet.

Im Rosenhan-Experiment (*Abb 18*) ließ sich eine psychisch gesunde Forschergruppe in eine psychiatrische Anstalt einweisen, die psychische Gesundheit der Scheinpatienten wurde jedoch nicht erkannt, da die Probanden Symptome psychischer Erkrankungen (Wahnsymptome) angaben.²⁴

24 Vgl. ... David L. Rosenhan: Gesund in kranker Umgebung. In: Paul Watzlawick (Hg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus., Piper, München 1985, S. 111-137; kritisch hierzu siehe R. L. Spitzer: On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: a critique of Rosenhan's „On being sane in insane places“. *Journal of Abnormal Psychology*, Nr. 84 (5), S. 442-52 (1975).

Eine antipsychiatrische Organisation, die von Thomas Szasz gegründete Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte (KVPM), die Kampagnen wie „Psychiatrie tötet“ oder „Psychiatrie – ein globaler Fehlschlag“ organisiert, ist ein Zweig der Scientology-Kirche.

Obwohl sich die Hauptthesen der Antipsychiatrie nicht durchsetzen konnten, folgten durch ihre Anklage wichtige Reformen im Zusammenhang mit psychisch Kranken. Unhaltbare Zustände und Behandlungsmethoden wurden und werden angeprangert.

Dies gab unter anderem in Italien, Schweden und Österreich Anstöße für eine Psychiatriereform, die



Abb Nr. 19 <http://www.antipsychiatrie.de/>

zu einer teilweisen Auflösung der psychiatrischen Anstalten beziehungsweise zu starker Verkürzung der Verweildauer und genauerer Kontrolle der so genannten Zwangseinweisungen und Zwangsanhaltungen (d. h. Einweisung und Anhaltung gegen den Willen des oder der Betroffenen) führte.

Die Antipsychiatriebewegung forderte die Einrichtung sogenannter Weglaufhäuser, die in Analogie zu den Frauenhäusern den Betroffenen Obdach und Schutz geben sollten. Versuche, antipsychiatrische Konzepte in die Praxis umzusetzen, waren unter anderem die von Ronald D. Laing und David Cooper konzipierten „Households“ (Wohngemeinschaft) in der Kingsley Hall

in London, Station 21. Versuche in dieser Richtung in Deutschland waren das 1970 in Heidelberg gegründete Sozialistische Patientenkollektiv (SPK) und die 1980 gegründete Irren-Offensive.

Insgesamt gelten diese Versuche, antipsychiatrische Konzepte in die Praxis umzusetzen, als gescheitert. Die Deinstitutionalisierung der Behandlung von psychisch Kranken, wie sie von der Antipsychiatrie propagiert wurde, führte zu einer Verelendung und Kriminalisierung der Betroffenen.²⁵ Nachhaltige Impulse aus der Antipsychiatrie-Bewegung entstanden im Soteria-Konzept. („Soteria“ - „Rettung“ - ist eine alternative, stationäre Behandlung

²⁵ Vgl. E. Shorter: Geschichte der Psychiatrie. Rowohlt Verlag, Reinbek 2003, S. 421.

von Menschen in psychotischen Krisen).

In den USA hat Antipsychiatrie sich zu einer patientenbasierenden Verbraucherschutzbewegung hin entwickelt, die heute nicht mehr die Abschaffung der Psychiatrie verfolge, sondern deren Reform im Sinne eines verstärkten „Verbraucherschutzes“ auf dem „Markt für geistige Gesundheit“ beabsichtige. Die 1991 von der UN-Generalversammlung angenommenen Prinzipien für den Schutz von Personen mit geistigen Krankheiten werden als ein Erfolg der radikalen Antipsychiatrie-Bewegung angesehen.²⁶

²⁶ Vgl. David J. Rissmiller, Joshua Rissmiller: Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism. Psychiatric Services, Vol. 57 (6), 2006.



Abb Nr. 20 Wilhelm Griesinger <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/d/db/Griesinger.jpg>

I_24

I.VII. ACKERBAUKOLONIEN
Nachdem 1868 Griesinger²⁷ (*Abb 20*) in der Weiterentwicklung der Irrenanstalten eine Ausbildung der freien Verpflegungsformen befürwortete, begann man mit der Errichtung von „Ackerkolonien“ oder auch „Agrikole Kolonien“, die nicht nur eine hervorragende Beschäftigung der Irren darstellte, sondern auch eine Verminderung der Betriebskosten für den Unterhalt der Geisteskranken, sofern diese verbliebene körperliche Kräfte vorzuweisen hatten.

²⁷ Wilhelm Griesinger (* 29. Juli 1817 in Stuttgart, † 26. Oktober 1868 in Berlin) war ein deutscher Psychiater und Internist und gilt als einer der Begründer der modernen, (naturwissenschaftlichen) Psychiatrie.

I.VIII. FAMILIALE IRRENVERPFLE-
GUNG
Für die familiäre Irrenverpflegung kamen nur gewisse, in ein ruhiges Stadium gekommene Kranke in Frage, die der Pflege bedurften, aber diese nicht unbedingt in einer geschlossenen Anstalt stattfinden musste. Durch die Aufnahme in die Familienpflege konnten die meist überfüllten Hauptanstalten entlastet werden. Für diesen Typ der Irrenpflege war die belgische Irrrenkolonie Gheel, 46 km von Antwerpen entfernt, ein mustergültiges Beispiel.

I.IX. STADTASYLE
Am Ende des 18. Jahrhunderts entstanden vor allem in Italien, England, Frankreich und anderen Ländern zahlreiche gesonderte Ir-

renanstalten, sogenannte Asyle, die nach medizinischen Kriterien ausgerichtet waren. Die Unterscheidung zwischen Internierungsstätten und Asylen liegt darin, daß die Asyle eigene Anstalten für die Irren sind und dass sie medizinisch bzw. psychologisch ausgerichtet sind.

Später kamen die psychiatrischen Universitätskliniken dazu, die in erster Linie dem psychiatrischen Unterricht dienen und insofern mittelbar einen Teil der Fürsorge für die Geisteskranken bilden, als die Ärzte befähigt waren, die Interessen der Geistesgestörten zu erkennen und möglichst zu fördern.

Untrennbar von der Entwicklung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert



Abb Nr. 21 NS-Propaganda Plakat; http://www.planet-wissen.de/pics/EPics/portraet_plakat.jpg

entstand in Österreich die Anstalt Am Steinhof. Die rasch wachsende Bevölkerung machte neue Unterbringungsmöglichkeiten für Geisteskranken notwendig.

Die 1852 eröffnete Landes-Irrenanstalt am Brünnefeld im 9. Wiener Gemeindebezirk sowie die Landes-Irrenanstalt Ybbs erwiesen sich bald als zu klein, besonders, als 1870 der Narrenturm aufgelassen wurde. Seine Patienten übersiedelten nach Klosterneuburg in ein Fabriksgebäude, das mit seinem neuen Pavillon System mit 400 Betten zur ersten modernen Irrenanstalt wurde.

Anfang der achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts beschloss der

Niederösterreichische Landtag, Privatgut für die Irrenpflege zu pachten. Der Realitätenbesitzer Johann Kirchweber aus Öhling stellte dem Land zwanzig Joch Waldgründe unentgeltlich zur Verfügung und anlässlich des 50. Regierungsjubiläums des Kaisers Franz Joseph wurde einige Jahre später die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling für tausend Geisteskranken erbaut und 1902 durch den Kaiser persönlich eröffnet.

Dieses und weitere sechs Beispiele werden im dritten Kapitel ausführlicher beschrieben.



Abb Nr. 22 Wilhelm Frick als Angeklagter bei den Nürnberger Prozessen, 1946 http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/76/Wilhelm_Frick_72-919.jpg

I_26

I.X. EXCURS AKTION T4
Nicht unerwähnt sollte die Zeit zwischen 1938, vor allem 1940, und 1941 bleiben. Zur Zeit des Nationalsozialismus wurden die Massentötungen unter der euphemistischen Überschrift „Euthanasie“ oder „Aktion Gnadentod“ vollzogen.

Aktion T4 ist eine nach dem Zweiten Weltkrieg gebräuchliche Bezeichnung für die systematische Ermordung von mehr als 100.000 Psychiatrie-Patienten und behinderten Menschen durch SS-Ärzte und -Pflegekräfte von 1940 bis 1941. (T4 steht für „Tiergartenstrasse Nummer 4“ in Berlin.)

Neben rassenhygienischen Vorstellungen der Eugenik sind kriegswirtschaftliche Erwägungen zur

Begründung herangezogen worden. Gleichzeitig mit ersten kirchlichen Protesten wurden die Tötungen nach erfolgter „Leerung“ vieler Krankenabteilungen nicht mehr zentral, sondern ab 1942 dezentral, weniger offensichtlich fortgesetzt.

Die im Dritten Reich praktizierte sogenannte „Euthanasie“ geht auf die schon in den 1920er-Jahren entwickelte Idee einer „Rassenhygiene“ zurück und steht im Zusammenhang mit dem in der nationalsozialistischen Ideologie festgelegten Endziel einer „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

Klarzustellen ist hierbei, dass es sich um einen Euphemismus für die

geplante und systematische Ermordung von „Erb- und Geisteskranken, Behinderten und sozial oder rassistisch Unerwünschten“ handelte und nicht um Euthanasie im Sinne einer vom Patienten gewünschten Sterbehilfe bei einer unheilbaren Krankheit.

Jede „Beeinträchtigung des deutschen Volkskörpers“ sollte durch die gesetzlich geregelte „Verhinderung“ der Fortpflanzung von Menschen mit einer (angeblichen) Erbkrankheit sowie von sozial und rassistisch unerwünschten Menschen verhindert werden. Mittel war dazu schließlich das „Ausmerzen“ in Form der Vernichtung von „lebensunwertem Leben“. „Heilen oder Vernichten“ waren somit die

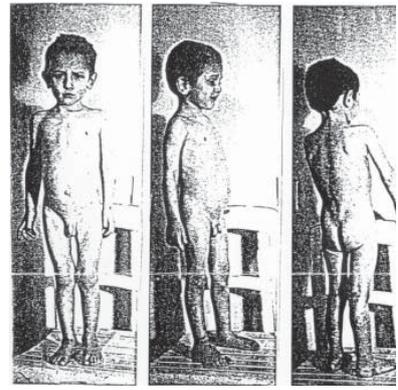


Abb Nr. 23 Aktion T4: Franz P. 1941 bei der Aufnahme in die „Kinderfachabteilung“ photographiert <http://www.heimkinder-ueberlebende.org/spuren5.jpg>

komplementären Teile der nationalsozialistischen Ideologie. Federführend bei der Gesetzgebung zu diesem Ziel war der Reichsminister des Innern Wilhelm Frick (Abb 22).

Gegen die Aktion T4 protestierten mehr oder weniger erfolgreich Eltern der Betroffenen, einzelne prominente Kirchenvertreter, so von katholischer Seite der quasi amtsenthobene Bischof der Diözese Rottenburg, Johannes Baptista Sproll, der Bischof von Münster, Clemens August Graf von Galen, der Dompropst von Berlin, Bernhard Lichtenberg, und von evangelischer Seite Friedrich von Bodelschwingh, Bielefeld, aber auch einige Heimleiter und Mitarbeiter der Heime, in denen die Opfer lebten.²⁸

²⁸ http://de.wikipedia.org/wiki/Aktion_T4 (Zugriff am

Nach Jahrzehnten weitgehender Stagnation im Desinteresse der Öffentlichkeit sind seit den 70er Jahren dann die Reformen der psychiatrischen Versorgung unternommen worden. Die schrittweise Trennung der Fächer Neurologie und Psychiatrie ist gewiss von diesen Entwicklungen stimuliert, wenn auch nicht verursacht worden.²⁹

03.07.2009)

²⁹ Gründungsmatinee Zum Welttag der mentalen Gesundheit 3. April 2001 Wien, Naturhistorisches Museum Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich (Zugriff am 03.07.2009)

KAPITEL II

DIE ARCHITEKTUR

„Zur Aufnahme in dieses Haus kommen im wesentlichen in Betracht: irre Verbrecher, welche aus der Strafhaft entlassen sind oder deren Strafzeit abgelaufen ist, und verbrecherische Irre, zu denen auch solche Geistesranke zu rechnen sind, die mit ausgesprochenen Verbrechereignungen behaftet erscheinen.“

Auszug aus dem Preußischen Gesetz vom 11. Juli 1891 welches die Provinzen zur Kur, Pflege und Bewahrung Geisteskranker verpflichtete.

II_30

In dem Werk „Bau, Einrichtung und Organisation psychiatrischer Stadtasyle, Halle a.S. 1901“ begründet Dannemann¹ in ausführlicher Weise unter Bezugnahme auf einen Aufsatz von Lorenz über zweckmäßige Einrichtung von Kliniken und auch die Notwendigkeit, die Fürsorge durch Stadtasyle zu erweitern.

Dannemann führt an, dass, je höher die Bevölkerungsziffer und je ungünstiger und schwieriger die allgemeinen Lebensbedingungen sind, umso höher der Prozentsatz an akut hilfsbedürftig werdenden Geisteskranken sich stellt, dann muss folgerichtigerweise diesen Sonderbedürfnissen auch durch

1 Adolf Dannemann (*17. Mai 1867 in Bremen, † 3. Juni 1932) Leiter der hessischen Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim.

Sondereinrichtungen entsprochen werden. Dannemann untersucht drei Typen von Stadtasylen:

- 1) Solche, welche nur Teile eines größeren Krankenhauses sind, in der Verwaltung von diesem abhängen, bei selbständiger ärztlicher Leitung.
- 2) Solche, welche in jeder Beziehung unabhängig sind, eigene Verwaltung und ärztliche Leitung - in einer Hand vereinigt - besitzen, aber von anderen Krankenhäusern getrennt liegen.
- 3) Solche, die bei völliger Selbständigkeit, ebenso wie es bei vereinzelt Universitätskliniken der Fall ist, sich des Vorteiles der klinischen Lage erfreuen.

Dannemann macht darauf aufmerksam, dass beim Entwurf zu einem Asyl die Gestaltung des künftigen Betriebes bekannt sein und eingehend berücksichtigt werden muss, dass weder eine Wachabteilung, noch ein ärztlicher Beobachtungsraum entbehrt werden kann, dass 100 Plätze als äußerste Grenze anzusehen sind, um die Übersichtlichkeit der Anlage und die Einfachheit der Verwaltung nicht zu verlieren.

Außerdem verweist er darauf, dass je menschenfreundlicher die Einrichtungen der Irrenanstalten sind, desto unangenehmer wurde die Untermischung des Krankenbestandes mit Einbrechern und Mördern, den irren Verbrechern empfunden.

VII.

Der heutige Stand der öffentlichen Irren-Fürsorge in Oesterreich.

Von Dr. Schlager,
Landesgerichtsarzt und Professor der Psychiatrie an der Universität zu Wien.

Der bis in die letzten zehn Jahre bei uns in Oesterreich in den verschiedenen Kronländern ungenügenden, öffentlichen Irrenfürsorge wurde im Laufe der letzten Jahre eine eingehendere Aufmerksamkeit zugewendet, indem einerseits noch vor dem Jahre 1861 — dem Zeitpunkte, zu welchem man anfing, die öffentlichen Landes-Irrenanstalten seitens der Staatsverwaltung an die Verwaltung der Landesvertretungen zu übergeben — in einzelnen Ländern seitens der Staatsverwaltung der Bau neuer Irrenanstalten angeregt und in Angriff genommen wurde, andererseits aber seit 1861 namentlich die Landesvertretungen einzelner Länder selbst der öffentlichen Irrenfürsorge ihre Aufmerksamkeit zugewendet haben.

Es dürfte vielleicht für die Fachcollegen nicht ganz ohne Interesse sein, in kurzer Uebersicht über die Bestrebungen und Leistungen auf diesem Gebiete einige Andeutungen zu erhalten.

Bis in die letzten Jahre war der Stand der öffentlichen Irrenfürsorge im Allgemeinen in Oesterreich ein wenig zufriedenstellender.

In den verschiedenen Kronländern des Kaiserstaates bestanden wohl Irrenabtheilungen in Verbindung mit anderen Krankenanstalten, in einzelnen Kronländern auch sogen. selbstständige Irrenanstalten; die einen, wie die anderen, liessen aber bezüglich ihrer Lage und inneren Einrichtung sehr viel zu wünschen übrig, und nur die Irrenanstalt am Brünfeld zu Wien und die Irrenanstalt zu Prag waren Asyle, die in dieser Hinsicht eine Ausnahme machten, indem man bei deren Anlage und Einrichtung den Anforderungen der Zeit möglichst Rechnung zu tragen bemüht war und namentlich für die Erbauung und Einrichtung der Irrenanstalt in Wien Seitens der österreichischen Regierung Geldmittel in der liberalsten Weise zugewendet wurden, so dass diese Anstalt im Beginne ihres Entstehens und unmittelbar nach ihrer Vollendung in der günstigsten Lage war, sich dauernd zu einer Muster-Irrenanstalt des Kaiserstaates herauszuentwickeln, sowohl bezüglich ihrer Einrichtung und Organisation, wie in Rücksicht der zu Gebote stehenden wissenschaftlichen und therapeutischen Hilfsmittel.

Im Jahre 1858 erfolgte die Publikation des Programms und die der Concursauschreibung für die Einbringung von Plänen für eine neu zu erbauende Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Ofen für 800 Irre auf dem sogen. Leopoldfelde — ein Kolossalbau, bestimmt zur Aufnahme der Geisteskranken aus dem gan-

Abb Nr. 24 Artikel von Dr. Schlager; Der heutiger Stand der öffentlichen Irrenfürsorge in Oesterreich (1868)

II.I. IRRENEINRICHTUNGEN IN GEFANGENENANSTALTEN

Bereits auf dem internationalen Kongress für gerichtliche Medizin vom 2. — 7. August 1897 in Brüssel wurde anerkannt, dass irre Verbrecher und verbrecherische Irre in besonderen Anstalten untergebracht werden müssen.

II.II. FRANZÖSISCHE IRRENAN- STALTEN

Der Franzose Marandon de Montyel², Chefarzt der öffentlichen Irrenanstalten an der Seine, beklagte, dass das Pavillonsystem mit seinen offenen Türen und unvergitterten Fenstern in Frankreich schwer Eingang finden würde. Hauptgrund darin sah er in der ungenügenden

² Evariste Marandon de Montyel (*1851, † 1908)

Anzahl an Ärzten in den Irrenanstalten. Weiters wünschte er strenge Trennung der Geisteskranken nach Art ihrer Krankheit und unterschied so sechs Krankenklassen:

- 1) Ruhige und arbeitsfähige Geistesranke,
- 2) halbruhe Geistesranke
- 3) neu aufgenommene und selbstmordsüchtige Geistesranke
- 4) sieche Geistesranke und
- 5) unreinliche Geistesranke
- 6) Tobsüchtige

Seiner Ansicht nach sollten zu Punkt 1) zweistöckige Gebäude mit Steintreppen und offenen Türen und Fenstern mit einem leicht eingefriedeten Vorgartenraum von 25

m² für jeden Kranken vorgesehen werden, wobei der Vorgarten von einer bedeckten, mindestens 4 m breiten Galerie des Erdgeschosses zugänglich sein muss. Im Speisesaal wird für jeden Kranken eine Bodenfläche von 1 m², ein Luftraum von 3 m³ und eine Tischlänge von 60 cm verlangt, während für das Gesellschaftszimmer (Tagraum) 3 m² Bodenfläche und 9 m³ Luftraum, für das Besuchszimmer 0,5 m² Bodenfläche und für den Schlafraum 25 m³ Luftraum bei 80 cm Bettenabstand beansprucht werden.

Zu Punkt 2) Das Haus für halbruhe Kranke muss in der Nähe desjenigen für Tobsüchtige errichtet werden, um den notwendigen Austausch der beiderseitigen Insassen

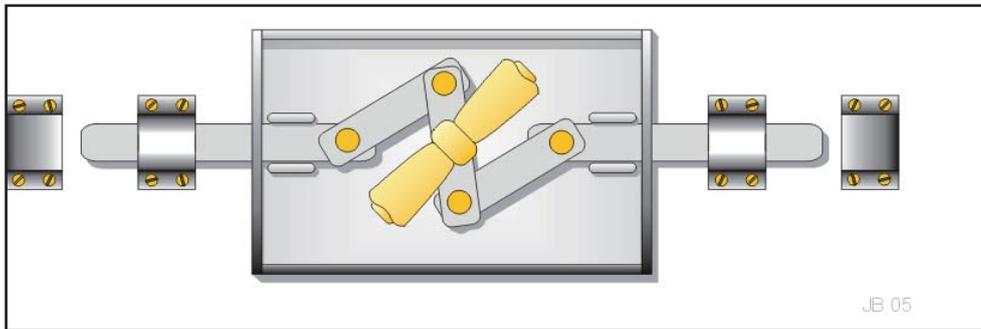


Abb Nr. 25 Baskülette; Schließtechnik; [http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/2/2f/Basküle_\(Schliesstechnik\).jp](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/2/2f/Basküle_(Schliesstechnik).jp)

Die Basküle (frz. *bascule*: Kippstufe, Wippe) bezeichnet in der Schließtechnik bei Fenster- und Türen- und Schrankbau den Kasten eines Schubstangenverschlusses (auch: Baskülenverschluss oder Treibriegelverschluss). Die Schubstangen werden mit einem Drehgriff, der Olive, über ein einfaches Getriebe gleichzeitig und gegenläufig nach oben und unten bewegt.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Basküle_\(Schloss\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Basküle_(Schloss))

II_32

zu erleichtern. Im übrigen können auch hier die vorgenannten Mindestabmessungen dem Entwurf zu Grunde gelegt werden; jedoch muss für das Besuchszimmer eine Bodenfläche von 1 m² für jeden Kranken vorgesehen werden. Die Türen müssen hier geschlossen gehalten, die Fenster zweckmäßig mit Baskülever Schlüssen (siehe *Abb 25*) versehen werden. Die Treppen können auch aus Eichenholz sein.

Zu Punkt 3) Das zur Beobachtung der Kranken dienende Haus kann in den Abmessungen seiner Haupträume ebenfalls nach den unter 1) genannten Grundsätzen errichtet werden. Dabei muss aber in den Räumen alles vermieden werden, was etwaigen Selbstmordversuchen zu dem beabsichtigten Erfolge verhelfen könnte (z. B. Querstangen

in den Fenstervergitterungen...)

Zu Punkt 4) In dem für sieche Geisteskranke zu errichtenden, höchstens zweistöckigen Hause sind Tag- und Schlafräume in ein und demselben Geschoss unterzubringen; dabei ist zu berücksichtigen, dass etwa der vierte Teil dieser Kranken als bettlägerig angenommen werden kann.

Für Esszimmer sind auf jeden nicht bettlägerigen Kranken 2 m² Bodenfläche und 6 m³ Luftraum, für Tagräume 6 m² Bodenfläche und 18 m³ Luftraum und für Schlafräume 30 m³ für ein Bett zu rechnen, während für das Besuchszimmer 1 m² Bodenfläche für jeden nicht bettlägerigen Kranken vorgesehen werden muss. Die gedeckte Galerie soll 4 m breit sein und der von

ihr zugängliche Vorgarten für jeden nicht bettlägerigen Kranken eine Grundfläche von 30 m² gewähren. Auf fünf Kranke dieser Art ist eine mindestens 40 m³ Luftraum haltende Isolierstube zu rechnen.

Zu Punkt 5) Das Haus für unreinliche Geisteskranke soll in möglichst großer Entfernung von den Gebäuden für sichere und ruhige Kranke, aber nur einstöckig, mit 5 m breiter, bedeckter Galerie, sonst nach den unter Punkt 4) angegebenen einheitlichen Abmessungen der Haupträume errichtet werden. In keinem Schlafräum soll die Anzahl der Betten mehr als 10 betragen, dabei soll aber mindestens einer dieser Räume in Verandenform gebaut sein, um den bettlägerigen Paralytikern den Ausblick in das Freie zu gewähren.

Zu Punkt 6) Das Haus für tobsüchtige Geisteskranke soll ebenfalls nur einstöckig, mit 5 m breiter, bedeckter Galerie und einem von dieser zugänglichen Vorgarten von 35 m² für jeden Kranken erbaut werden. Für den Speiseraum werden für jeden Kranken 2 m² Bodenfläche, 6 m³ Luftraum und 80 cm Tischlänge, für den Tagraum 6 m² Bodenfläche und 18 m³ Luftraum, für die Schlafräume 25 m³ Luftraum bei einem Bettabstand von 1 m und für die Besuchszimmer 1,5 m² Bodenfläche verlangt.

Die einreihigen, in gerader Linie anzuordnenden Isolierzimmer sollen zwar in demselben Hause, aber möglichst entfernt von den Tagräumen untergebracht werden. Mindestmaße für diese Isolierzimmer sind eine Länge von 3,60 m und eine Breite von 2,25 m und eine Höhe von 3,70 m.³

Montynel's Theorien von 1889 wurden zwischen 1890 und 1893 vom Leipziger Nervenarzt Paul Julius Möbius⁴ erweitert. Die von Montynel vorgestellte Nosologie nach vorwiegend körperinneren und -äußeren Ursachen aufgebaut, postuliert Möbius in Abweichung davon, dass auch rein äußerlich verursachte Erkrankungen existierten. Des Weiteren kommt ihm der Verdienst zu, für die beiden entstandenen Hauptgruppen die Termini „endogene“ und „exogene“ Erkrankungen geprägt zu haben.⁵

II.III. BAUPLATZ/GESAMTANLAGE
Im Handbuch der Architektur von 1902 wird deutlich, dass verschiedene Krankheitsbilder verschiede-

³ Eduard Schmitt, Handbuch der Architektur, Vierter Teil IV, 5. Halb-Band, Stuttgart, 1903 S 1- 70

⁴ Paul Julius Möbius (* 24. Januar 1853 in Leipzig; † 8. Januar 1907 ebenda) war ein deutscher Neurologe und Psychiater.

⁵ Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2006; 74: 149-156
DOI: 10.1055/s-2004-830297
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

ne architektonische Anforderungen benötigen. Wie im folgenden Text hervorgeht:

Anforderungen an den Bauplatz:

1) Der Bauplatz soll nicht ohne landschaftliche Reize sein, weil diese bei den heilbaren Kranken die Wahrscheinlichkeit der Genesung zu steigern und ihr Fortschreiten zu unterstützen vermögen, bei den unheilbaren Geisteskranken aber deren Wohlbehagen und Zufriedenheit wesentlich fördern können.

2) Der Bauplatz soll zwar für sich abgeschieden und in gesunder, von Berg- und Waldesluft durchströmter Gegend, jedoch in der Nähe einer, wenn auch noch so kleinen Stadt liegen, damit nicht nur die täglichen mannigfachen Bedürfnisse der Anstaltsverwaltung und Bevölkerung leichter befriedigt werden können, sondern auch den Beamtenfamilien die Bildungs- und Unterhaltungsmittel der Stadt nicht ganz verschlossen sind und sie im Verkehr mit passenden Gesellschaftskreisen diejenige Anregung und Erholung finden, die sie geistig frisch und berufsfreudig zu erhalten vermag.

3) Der Bauplatz soll in der Nähe einer Eisenbahnstation gewählt werden, weil dadurch die Überführung Kranker in die Anstalt und der Verkehr der Angehörigen mit ihnen erleichtert wird. Diese Erleichterung ist deshalb wichtig, weil ein möglichst rasches Verbringen Erkrankter in die Anstalt die Wahrscheinlichkeit ihrer Genesung wesentlich steigert.

4) Der Bauplatz soll eine geschützte und solche Lage haben,

dass die Krankenhäuser mit ihren Hauptfronten nach Südwesten oder Südosten gerichtet werden können, damit keine Seite der Gebäude ganz ohne Besonnung bleibt.

5) Zum Bauplatze sollen bequeme Zufuhrwege führen, auch soll möglichst in seiner Nähe ein fließendes Wasser sich befinden, in welches Grund- und Tagwasser, tunlichst auch das geklärte Abwasser der Anstalt geleitet werden können.

6) Ferner soll in chemischer und bakteriologischer Beziehung einwandfreies Trinkwasser in genügender Menge und ein trockener und fester Baugrund vorhanden sein, damit die Gebäude ohne große Schwierigkeiten mit Kellergeschossen versehen werden können. Für je 100 Kranke kann man im Durchschnitt 5,5 ha Bauplatz annehmen.

II.IV. BAULICHE ERFORDERNIS UND GESAMTANORDNUNG

Da sich in der „Neuzeit“ hauptsächlich die Pavillonbauten durchsetzen werden, so sind für jedes Geschlecht 4 Krankenhäuser nötig. Für ruhige, neu aufgenommene, halbruhige und unruhige Kranke. Gemeinsam genutzte Gebäude sind zwischen den Geschlechtern getrennt angeordneten Gebäuden zu situieren, um eine gemeinsame Nutzung zu erleichtern.

Dazu zählen die Verwaltungsgebäude mit den Arbeitszimmern für sämtliche Beamte, den Koch- und Waschküchen, das Kesselhaus mit Maschinen- und Akkumulatorenraum, ferner das Eishaus, die Kapelle und das Leichenhaus.

Der Abstand der Pavillons sollte das Dreifache ihrer Höhe nicht un-



Fig 1

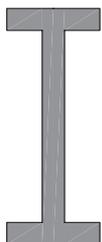


Fig 2

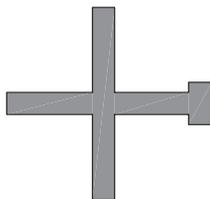


Fig 3



Fig 4



Fig 5

Abb Nr. 26 Typische Grundrisstypologien um 1900. Handbuch der Architektur, IV. Teil Entwerfen, Anlage und Einrichtung der Gebäude. 5. Halbband: Gebäude für Heil- und sonstige Wohlfahrts-Anstalten, Heft 2, S 15

terschreiten. Die Küchen müssen unmittelbar von der Frauenseite zugänglich sein, weil in denselben weibliche Kranke beschäftigt werden können. Umgekehrt sind die dem Handwerkerstande angehörigen, arbeitsfähigen männlichen Kranken neben den Werkstättengebäuden zu situieren.

Seitlich, außerhalb der Krankenhäuser und ihrer Gärten für Männer werden die der Landwirtschaft dienenden Gebäude, ein Bauwerk zum Unterbringen der Feuerlöschgerätschaften und ein Kohlenschuppen am zweckmäßigsten zu verlegen sein.

II.V. GRUNDFORMEN DER GESCHLOSSENEN ANSTALTEN

Bei geschlossenen Anstalten sind verschiedene Grundformen der bebauten Fläche üblich: für kleinere, zur Aufnahme von 50 - 100 Kranken bestimmte Anstalten die Linienform (Fig. 1), wie z.B. in Bremen und Oldenburg; die I-Träger Form (Fig. 2), welche meist bei englischen Anstalten gebräuchlich ist, die vielfach bei italienischen Anstalten vorkommende Kreuzform (Fig. 3); die Hufeisenform (Fig. 4), wie sie sich bei den Anstalten in München, Wien und Frankfurt a.M. findet; und endlich die Form des geschlossenen Quadrats oder Rechtecks (Fig. 5), wie sie nicht nur bei einigen französischen und schweizerischen Anstalten, sondern auch bei den deutschen in

Nietleben bei Halle und in Schwetz benutzt worden ist.

II.VI. ABMESSUNGEN, ANORNUNG UND AUSRÜSTUNG

In den meisten Staaten sind die Abmessungen für die Aufenthaltsräume der Kranken vorgeschrieben - diese Abmessungen decken sich auch mit den bisherigen Annahmen, die im wesentlichen folgende sind:

- 1) Flure und Gänge müssen mindestens 1,80 m breit sein, die Gänge sollen einhüftig angelegt sein. Mittelgänge sind nur unter der Bedingung zulässig, dass sie reichliches Licht unmittelbar von außen erhalten und gut zu lüften sind.

2) Die für die Aufnahme von Kranken bestimmten Räume müssen mindestens einen Meter über dem Grundwasserspiegel liegen.

3) Bei Bauten nach dem Korridor-system sind ringsumgeschlossene Höfe unzulässig.

4) Krankenzimmer, welche das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

5) Treppen sollen feuersicher und mindestens 1,30 m breit sein, die Stufen mindestens 28 cm Auftrittsweite und höchstens 16 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

6) Die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht herzustellen.

7) Für Irrenanstalten mit mehr als 10 Betten müssen ausnahmslos Tagesräume und Erholungsplätze vorgesehen werden.

8) Bei Anstalten, welche Tagesräume haben, darf die Größe des Luftraumes in den Schlafzimmern für den Kopf nicht unter 20 m³ bei 3,00 bis 4,50 m lichter Höhe betragen; außerdem müssen in den Tagesräumen bei gleicher Höhe mindestens 4 m² Grundfläche für den Kopf vorhanden sein. Bei Kranken unter 14 Jahren genügen für den Kopf in den Schlafzimmern 15 m³, in den Tagesräumen 3 m² Grundfläche.

9) Anstalten, welche keine Tagesräume haben, müssen für jeden Kranken 35 m³ Luftraum, bei Kranken unter 14 Jahren 27 m³ Luftraum haben.

10) Befinden sich in der Anstalt bettlägerige, laute, sich vernachlässigende oder nicht saubere Kranke, so muss für jeden derselben in den Schlafzimmern mindestens 35 m³ Luftraum, für jeden nicht Bettlägerigen 5 m² Grundfläche in den Tagesräumen vorhanden sein. Bei Kranken solcher Art unter 14 Jahren genügen für den Kopf 27 m³ Luftraum und für jeden nicht Bettlägerigen in den Tagesräumen 4 m² Grundfläche.

11) Zur Absonderung störender Kranker muss mindestens ein Einzelraum vorhanden sein, dessen Luftraum nicht unter 40 m³ betragen darf.

12) Der Erholungsplatz muss schattig sein und mindestens 30 m³ Fläche für den Kopf enthalten.

13) Die verbrauchte Luft muss in geeigneter Weise abgeführt werden. Als Mindestmaß der Lufterneuerung sind 40 m³ für jedes Bett in der Stunde vorzusehen.

14) Der obere Teil der Fenster der Krankenzimmer, der von den Kranken benutzten Nebenräume, der Flure, Gänge und Treppen muss leicht zu öffnen und mit Lüftungsvorrichtungen versehen sein.

15) Für alle Krankenzimmer, von Kranken benutzten Nebenräume, Flure und Gänge muss in genügender Weise gleichmäßige Erwärmung vorgesehen werden. Hierbei ist jeder Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen und jede Staubeentwicklung bei der Bedienung der Heiz-einrichtung, jede Überhitzung der Luft an den Heizflächen und

jede Beimengung von Rauchgasen auszuschließen.

16) Die Aborte sind von den Krankenzimmern durch einen Vorraum zu trennen, welcher, wie der Abort selbst, hell, zu heizen und zu lüften sein muss.

17) Abortgruben sind unzulässig.

18) Bei einer Belegzahl bis zu 30 Betten ist mindestens ein Badezimmer für ein Vollbad, bei einer größeren Belegzahl für je 30 Betten mindestens ein Badezimmer zu beschaffen.

19) Mindestens ein Zimmer für Kranke mit ansteckenden Krankheiten muss vorgesehen werden.

20) Für große und mittlere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit Sektionszimmer erforderlich

21) Leichenhaus und Desinfektionsraum dürfen unter der Bedingung unter einem Dach errichtet werden, dass beide Anlagen durch eine vom Erdboden bis zum Dachfirst reichende, massive, undurchbrochene Wand getrennt werden.

Der preußische Normalentwurf teilt die Anstalten ein in:

große - 150 Betten
mittlere - 150 - 50 Betten
kleine - unter 50 Betten

Vorangegangene Anforderungen stellen Mindestanforderungen dar und können oder müssen je nach Lage der maßgebenden Verhältnisse überschritten werden.

Diese Angaben aus dem Handbuch

der Architektur aus dem Jahre 1903 mögen heute vielleicht zum größten Teil immer noch Gültigkeit haben, doch bereits bei der Einteilung der Krankheitsbilder hat sich seit damals einiges geändert.

Man spricht heute nicht mehr von ruhigen, halbruhigen, tobenden oder siechenden Patienten sondern sie werden sowohl in Altersgruppen, Krankheitsbilder und der Art der Therapie eingeteilt.

So gibt es heute z.B. folgende Abteilungen:

I. Abteilungen für Erwachsene:

1. Allgemeine Psychiatrie
2. Abhängigkeitskranke
3. Gerontopsychiatrie (über 65 Jahre alt)
4. Forensik

II. Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für jede Abteilung gelten verschiedene Behandlungsansätze:

- 1 Regelbehandlung
- 2 Intensivbehandlung
- 3 Rehabilitative Behandlung einschließlich sog. Entwöhnung
- 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- 5 Psychotherapie
- 6 Tagesklinische Behandlung

Um eine Psychiatrie planen zu können, muss man zuerst Krankheitsbilder und deren Behandlungsmaßnahmen studieren.

So sind z.B. für die Erstaufnahme in der Allgemeinen Psychiatrischen Station folgende Erstuntersuchungen durchzuführen:

BASISUNTERSUCHUNGEN (LT. MEDIZINISCHER UNIVERSITÄT WIEN⁶)

- Blutbild
Laborchemische Untersuchung: Elektrolyte (insbesondere Kalium), Glukose, Kreatinin, Leberenzyme, Schilddrüsenhormone
- Urinuntersuchung einschließlich Glukose und Keton
- Elektrokardiographie (EKG)
- Thorax-Röntgen

WEITERE UNTERSUCHUNGEN:

- Kraniale Computertomographie (CCT) oder Magnetresonanztomographie (MRT)
- Elektroenzephalographie (EEG)
- Toxikologische Untersuchung: Blut und Harn auf Drogen, Alkohol, evtl. Toxine
- Blutspiegel von Digi(to)xin, Lithium, Antikonvulsiva
- Blutgase (bei Ateminsuffizienz als Basisuntersuchung), Laktat
- Blut- und Harnkulturen
- Vitamin-B12- und Folsäurespiegel
- Lumbalpunktion

All diese Untersuchungen setzen architektonische Maßnahmen voraus, die eher einem Krankenhaus gleichkommen.

Nach sämtlichen Untersuchungen muss dem Patienten gesetzekon-

forme Unterbringung ohne Verlangen ermöglicht werden, die mehrere Funktionen beinhalten muss:

→ Beschränkung, evtl. Schutzfixierung

→ engmaschiger Kontakt und Kommunikation mit Patienten

→ Monitoring der Vitalfunktionen (EKG und Pulsoxymeter)

→ Ein- und Ausfuhrbilanz, Harnkatheter erwägen

→ Intensive Pflege

→ Bei Immobilität Antikoagulation mit nm. Heparin sc.

→ Physiotherapie

So liegt es nahe, dass man eine Psychiatrische Abteilung einem Krankenhaus zugehörig macht, da es ökonomische Vorteile durch Mitverwendung von sowohl Untersuchungsräumen als auch teuren Apparaten (Röntgengeräten, CT usw.) mitsichbringt.

6 www.meduniwien.ac.at/sg/files/16/312/intensivmedizin_psychiatrie_ss07.pdf

„Man kann an jedem Gebäude drei Dinge unterscheiden: die Größe, die es tatsächlich hat (mechanisches Maß), die Größe, die es zu haben scheint (visuelles Maß), und das Gefühl von Größe, das es vermittelt (körperliches Maß)“

Geoffrey Scott, *Architecture of Humanism* (1914) zit. i. d. dt. Übersetzung nach: Bloomer/Moore, *Architektur für den „Einprägsamen Ort“*, Stuttgart 1980, S. 44



Abb Nr. 27 Prof. Günter Pfeiffer <http://idw-online.de/pages/de/image93949>

Erst 2002 erkannten Anthony & Watkins, dass die Beziehungen zwischen Gesundheitswesen und Architektur noch unterentwickelt seien. Bereits 30 Jahre zuvor konstatierten Rivlin & Wolfe (1972), dass die Umwelt im Bereich der Psychiatrie zwar als potenzieller Therapiefaktor erkannt worden sei, dass daraus aber kaum praktische Folgerungen gezogen worden seien.

Wiederum 20 Jahre vorher gab es bereits Überlegungen zur Gestaltung institutioneller Umwelten für kranke Menschen und wurden in den 1950er Jahren in psychiatrischen Kliniken und Heilanstalten angestellt (Bailey et al., 1061).⁷

⁷ *Architektur psychologisch betrachtet*, Antje Flade, Verlag Hans Huer, 1. Auflage 2008

Bis heute ist es also nicht gelungen, Gesundheit auch als Mensch-Umwelt-Beziehung zu verstehen und aus dieser Konzeption heraus gestalterische Maßnahmen zu entwickeln. Die meisten Programme der Gesundheitsförderung sind, wie Stokols (1992) bemerkt hat, auf das individuelle Verhalten gerichtet.

Dabei würden die Umweltbedingungen übersehen, die die Befindlichkeit und das Verhalten, zum Beispiel ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel, beeinflussen. Grundsätzlich müsse zwischen zwei Umwelten unterschieden werden - zum einen die Umwelten, die der Erholung, und zum zweiten die Umwelten die zur Wiederherstellung der Gesundheit dienen.

Unglücklich gestaltete Umwelten umfassen hauptsächlich Lärm, grelle Beleuchtung, mangelnde Privatheit, fehlende soziale Einbindung und Unterstützung, Reizarmut und das Gefühl des Ausgeliefertseins anstelle von Umweltkontrolle und Selbstwirksamkeit.

In der Entwicklung der Krankenhäuser im Laufe der Jahrhunderte wird deutlich, wie eng das medizinische Weltbild und die Gestaltung medizinischer Gestaltung zusammenhängen. Im Laufe der Zeit wandelte sich die Nutzung vom Hôtel Dieu (= Herberge Gottes, meist Pilgerherbergen) bis hin zur Versorgung von Kranken, Alten und Sterbenden. So wurde aus dem Hôtel Dieu das Hospital und das Hospiz.

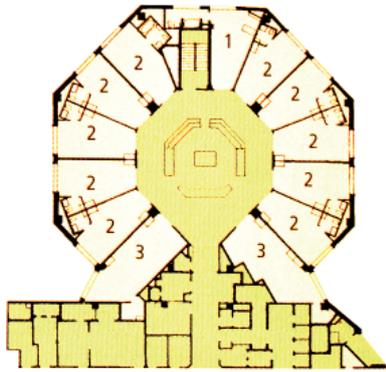


Abb Nr. 28 Radiale Anordnung; Ummwelten zur Wiederherstellung der Gesundheit S 227

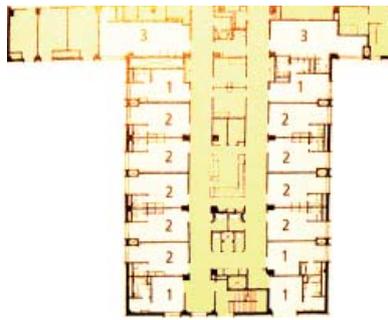


Abb Nr. 29 Ein Korridor Anordnung; Ummwelten zur Wiederherstellung der Gesundheit S 227

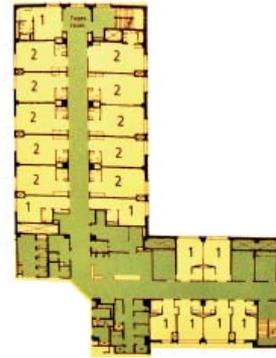


Abb Nr. 30 Zwei Korridor Anordnung; Ummwelten zur Wiederherstellung der Gesundheit S 227

II_38

Privatheit gelangte mehr und mehr in den Vordergrund. Im 19. Jahrhundert fanden noch bis zu 30 Patienten Platz in einem Raum.

Wichtiger als Privatheit war, dass das Pflegepersonal alles im Überblick hatte. Auch heute ist das Pflegepersonal Zielgruppe bei der Gestaltung von Krankenhäusern. (Shumaker Pequegnat, 1989)

Die bauliche Gestaltung ist für das Pflegepersonal nicht unwesentlich. So zeigen räumliche Anordnungen, die die Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit des Pflegepersonals beeinflussen, auch indirekt die Zufriedenheit der Patienten beeinflussen.

Trites et al. (1970) zeigen in ihrer Untersuchung, dass eine radiale Anordnung der Krankenzimmer bevorzugt wird (Abb 28).

Am wenigsten gefiel dem Pflegepersonal die Ein-Korridor Anordnung. Die Zeit, die sie in den Korridoren verbringen, um zu den Patienten zu gelangen, kann in der Radialen Anordnung in die intensivere Pflege der Patienten investiert werden.

Aus der Sicht der Patienten ist auch umgekehrt die Erreichbarkeit und Sichtbarkeit des Personals am wichtigsten (Siehe Tab. Nr. 31, Stern et al, 2003)

Die gebaute Umwelt hat großen Einfluss auf Therapieeffekte, indem

sie Stress reduziert, Kontrollerleben ermöglicht, Privatheit gewährt, ästhetische Elemente wie Bilder oder Musik anbietet sowie einen Zugang zur Natur eröffnet. (Ulrich et al., 2003; Arneill & Devlin, 2002⁸)
Gestaltungsprinzipien für zB Pflegeheime:

- Möglichkeit der Privatheit (flexible Stellmöglichkeiten von Betten in Zweitbettzimmern)
- Möglichkeiten für soziale Interaktion (halb öffentliche Bereiche mit ansprechenden Sitzmöglichkeiten)
- Umweltkontrolle, Wahlmöglichkeit, Autonomie (durch Mitgestaltung der Flure und Aufenthaltsräume)

⁸ Erleben gebauter Umwelt S 341

DIMENSION	BEISPIELE
Direkte Verbindung zum Personal	Erreichbarkeit und Sichtbarkeit des Personals, Notruf
Förderung des Wohlbefindens	Sauberkeit, Bilder an den Wänden
Privatheit	Ein eigener Raum, nicht darüber nachdenken müssen, wer als nächstes in das Zimmer kommt
Visuelle Verbindung zur Außenwelt	Schöne Ausblicke nach draußen, Blick auf etwas anderes als auf einen Parkplatz oder auf eine Mauer
Sicherheit	Sichere Aufbewahrung persönlicher Dinge, Beseitigung von Mobilitätsbarrieren
Gute Erreichbarkeit	Parkmöglichkeit, übersichtliche Gestaltung des Gebäudes
Angenehme Besuchssituation	Ein schönes Besuchszimmer, in dem man nicht das Gefühl hat, im Krankenhaus zu sein.

Abb Nr. 31 Beruteilungsdimensionen von Kranenhäusern (Stern et al, 2003)

- Orientierung und Wegfindung (Gänge mit Blick nach draußen)
- Sicherheit (Barrierefreiheit)
- Erreichbarkeit und Funktionalität (leicht zu bedienende Armaturen oder Fenstergriffe)
- Stimulation und Herausforderung (Fenster mit niedriger Brüstung und Sitzmöglichkeit zur „Anteilnahme an der Welt“)
- Sensorische Aspekte (Vermeidung von spiegelnden Böden oder abrupten Hell/Dunkel Übergängen)
- Vertrautheit (Verwendung vertrauer Armaturen ohne verwirrende Funktionalität)

- Ästhetik (Bilder in Aufenthaltsräumen, Pflanzen)
- Personalisierung von Umwelt (einige Möbel und „Lieblingsdinge“ im Zimmer)
- Adaptionfähigkeit und Flexibilität (variable Möbel)⁹

⁹ Psychologie in Gesellschaft, Kultur und Umwelt, Frey Hoyos (Hrsg.), Beltz Verlag, 1. Auflage 2005 S 333-374

II.VII. REDUKTION UND DISTANZ (ZUR PSYCHOLOGIE IN DER ARCHITEKTUR) REINHARD HÜBSCH

Ein Architekt müsse „einen hohen Geist, unermüdlischen Fleiß, höchste Gelehrsamkeit und größte Erfahrung“ besitzen sowie Schreibgewandtheit, Zeichnen, Geometrie, Geschichte, Philosophie, Musik, Medizin, Rechtsprechung und Astronomie ebenfalls zu seinem versammelten Bildungsgut rechnen. So formulierte es Vitruv 1450 - ein „uomo universale“ eben.

Selbst wenn er bereits für manipulatorische Zwecke in seinen Entwürfen zB Dunkelheit einsetzte, war die Psychologie noch kein Teil der Architektur.

„Der Schauer, welcher aus der Dunkelheit erregt wird, vermehrt seiner Natur nach die Frömmigkeit in den Herzen, und das Düstere ist größtenteils mit Würde vereint.“ Tipp von Vitruv, wie man das Innere der Kirchen gestalten und beleuchten solle, damit „sich die Seelen der Gläubigen erheben“.

Günter Pfeifer studierte von 1963 - 1967 an der Werkkunstschule Kassel Architektur. Seit 1992 lehrt Pfeifer als Professor im Fachgebiet Entwerfen und Hochbaukonstruktion an der Technischen Hochschule Darmstadt.

Nach Pfeifer evozieren in dem Buch: „Reduktion und Distanz“ Formen, Farben und auch Materialien Stimmungen und Gefühle. So reguliert jede Architektur soziale wie individuelle psychische Befindlichkeiten.

Eine psychische Orientierung verknüpft Pfeifer mit der physischen Orientierung im Raum. Raumerfahrung variiert ständig. Sie erweist sich als Wechselspiel, wobei einerseits der Raum Befindlichkeiten evoziert, andererseits das erlebende Subjekt - je nach psychischer Befindlichkeit - den Raum unterschiedlich wahrnehmen kann. Räume können andere Realitäten schaffen, aber nur von dem gesehen werden, der in der jeweiligen Wirklichkeit ist.

Pfeifers Architektur-Bilder von Distanz und Distanzierung haben ihren konzeptionellen Ausgangspunkt in der strikten Trennung zwischen öffentlicher und privater Sphäre:

Entwicklung und Intimität brauchen ihren eigenen Raum. Emotional gegliedert wird der Raum von Pfeifer durch Licht. Hell-Dunkel-Zonen

können ein Haus rhythmisieren und psychologisch temperieren. So kann ein Gebäude optisch in seinen Schichtungen nachvollzogen werden.

Von außen nach innen - vom Licht ins Dunkel. Da der Raum zur Begegnung für Pfeifer immer einen Wohnraum darstellt - dürfen öffentliche Räume kein Angebot an psychischen Potential bereitstellen. So müssen öffentliche Gebäude, Stadtquartiere in seinen Wahrnehmungsmöglichkeiten distanziert wirken und als fremd darstellen. Jedoch müssen physische Realitäten durch Materialisierung bereits entstandener Atmosphären einer Stadt, akzeptieren werden.

Anlässlich eines Internationalen Workshop „Stadt und Industriekultur - Industrie und Stadtkultur“ belegte er die Gebiete einer Stadt spontan mit Namen, die das jeweils Charakteristische umfassend beschreiben. So wird der Stadtplan mit Charakter und Empfindungen belegt.

Die Typologien der einzelnen Gebiete ergeben sich aus der Sprache. So ist es für Pfeifer eine maßgebliche Voraussetzung stadtplanerischer Tätigkeit, dem Charakter eines Terrains auf die Spur zu kommen und diese herauszuarbeiten.

Schwierig wird es, etwas befremdlich darzustellen - wo vielleicht das scheinbar Fremde nicht doch irgendjemandem vertraut erscheinen will.

Besonders durch Helligkeit im öffentlichen Raum lasse sich laut Pfeifer Fremdheit provozieren. Vertrautheit entsteht erst in abgedunkelten Bereichen.

Maßstäbe des Wohlbefindens können nur schwierig definiert werden. Weite und Nähe zB können durch unterschiedlich psychische Qualitäten bekommen.

Die gleiche Raumproportion oder Distanz kann in einem Individuum Freiheit evozieren und im nächsten Verlorenheit. Vom individuellen Erfahrungshorizont des einzelnen hängt ab, ob ein Gegenstand als plump, elegant oder fröhlich angesehen wird.

So lässt Pfeifer in fast all seinen Entwürfen Ansätze aus seiner frühesten Kindheit einfließen. „Fast alles sind Transformationen aus Träumen, Erfahrungen und Erinnerungen.“

Die Welt als Wirklichkeit - dazu gehört auch jene Bestandsaufnahme, die bereits 1977 von Roland Rainer vorgelagert hat, wonach „Mediziner feststellen, daß Frauen, die in den oberen Stockwerken von Hochhäusern leben, doppelt so oft krank sind wie die im Erdgeschoß wohnenden; der Arzt des Märkischen Viertels bei den Bewohnern besonders häufige Erkrankungen der Atmungsorgane, Herz- und Magenbeschwerden, Kopfschmerzen usw. feststellt, ein amerikanischer Militärarzt in Hochhäusern 57% mehr Erkrankungen feststellt als in Einfamilienhäusern, Prof. Biermann vom Institut für psychische Hygiene in Köln feststellt, daß die Häufigkeit von Neurosen und Entwicklungsstörungen bei Kindern mit der Zahl der Stockwerke steigt.

Abb. Nr. 32 Eine Mauer in einem Graben verhindert ein Darüberklettern, jedoch wird die Mauer nicht als so hoch wie ihre tatsächliche Höhe empfunden. So ist man wohl eingesperrt, hat aber nicht das Gefühl dessen.

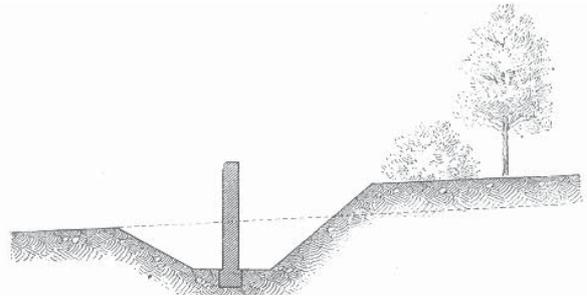


Abb Nr. 32 Handbuch der Architektur, IV. Teil Entwerfen, Anlage und Einrichtung der Gebäude. 5. Halbband: Gebäude für Heil- und sonstige Wohlfahrts-Anstalten, Heft 2, S 15

Dr. Oeter (Hygiene Institut Hamburg) stellte fest, dass Hochhäuser eine Reihe gesundheitlicher Nachteile aufweisen und man es daher nicht als menschengerecht bezeichnen könne, wonach Statistiken aus Stockholm, Manhattan und Bosten besagen, daß nur 20% der Bevölkerung von Ballungsgebieten keiner psychischen Therapie bedürfen und selbst.... der niedersächsische Sozialminister am 3.4.1974 verlautbart hat „Großwohnanlage mit vielgeschossigen Aufzugshäusern, wie sie in den Städten als überwiegende Wohnungsbauf orm gebaut werden, entsprechen jetzt und künftig nicht mehr den sozialen und gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung.“

Insbesondere die körperliche, geistige und soziale Entwicklung der Kinder droht in solcher Wohnumgebung ernsthaft gefährdet zu werden.¹⁰

¹⁰ R. Rainer, Trendwende in Wohnungswesen und Städtebau, Vortrag anläßl. der 12. Fachtagung „Wohnung und Gesundheit“ am 3. und 4. März 1977 in Köln abgedruckt in Wohnmedizin, Mitteilungsblatt für Wohn- und Baumedizin, hg.: Deutsche Gesellschaft für Wohnungsmedizin. V., Heft 3, 15. Jahrgang, April 1977, S. 2 f. S. dazu auch Mitscherlichs kritische Randbemerkung, nach der „niemand weiß, was es bedeutet, ein Leben im 17. oder 47. Stock und nicht ebenerdig gelebt zu haben“ (A. Mitscherlich, S. 47)

FLÄCHENAUFSTELLUNG FÜR EINE
PSYCHIATRISCHE KLINIK MIT 60
BETTEN

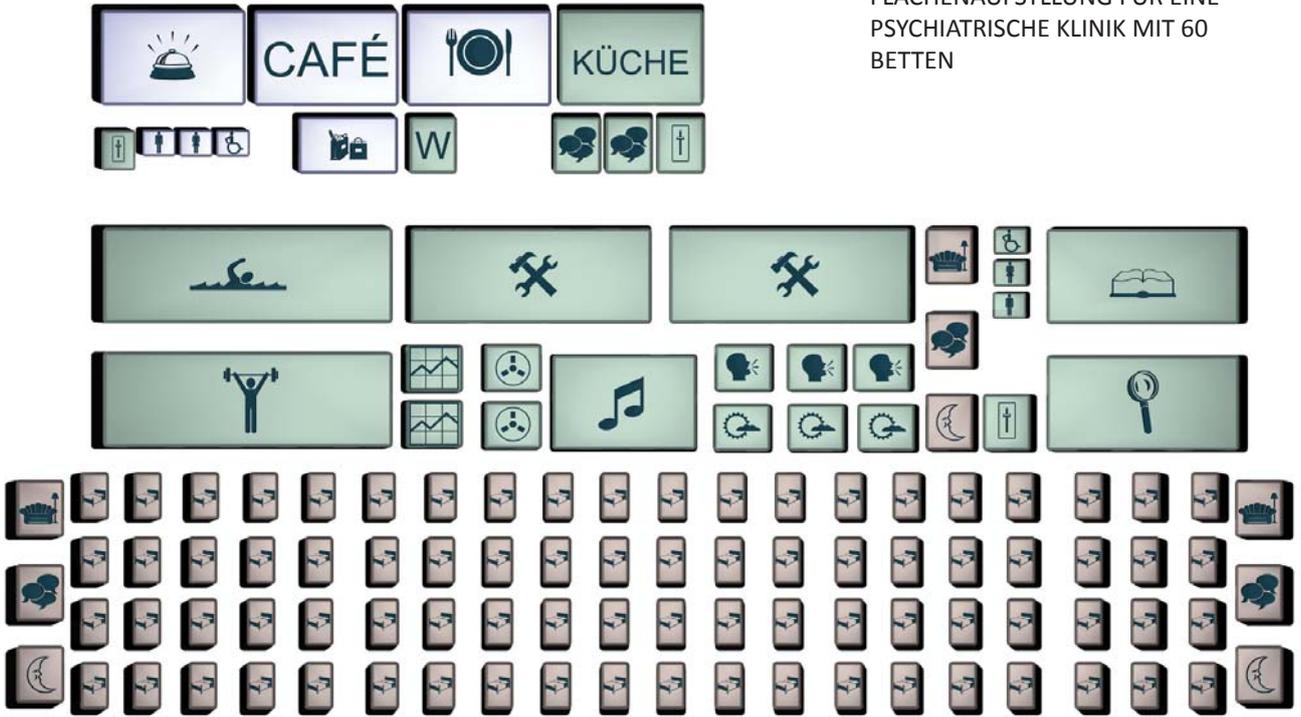


Abb Nr. 33 Raumbedarf für eine psychiatrische Klinik ca. 60 Betten, eigenes Diagramm

II.VIII. RAUMPROGRAMM

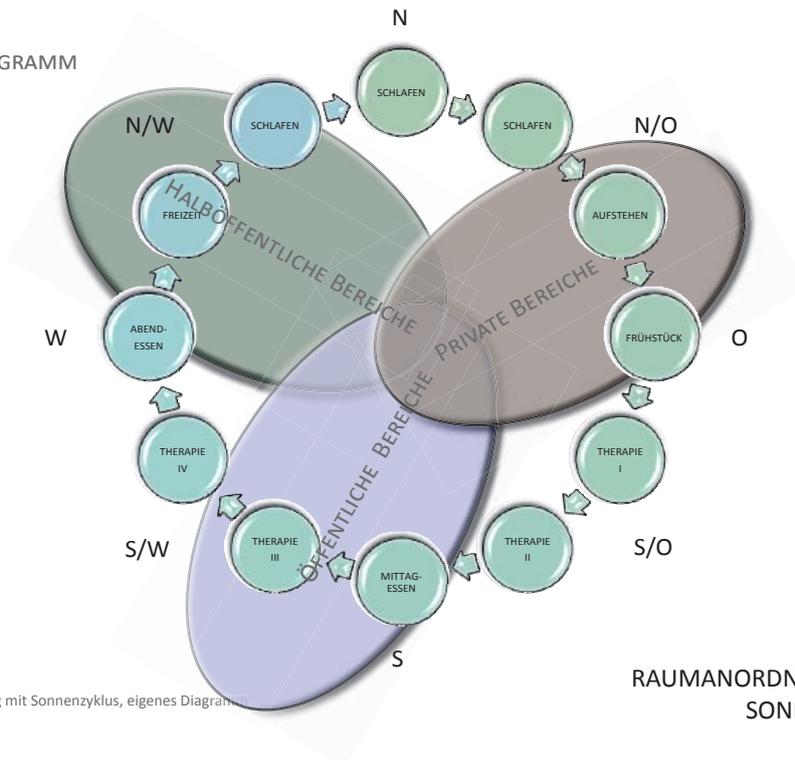


Abb Nr. 34 Raumanordnung mit Sonnenzyklus, eigenes Diagramm

RAUMANORDNUNG IN BEZUG ZUR
SONNENEINSTRALUNG

	Foyer, Annahme, WC	150
	Stationen:	
	A Allgemeine Psychiatrie S Abhängigkeitskranke	40 x 16 m ² 40 x 16 m ²
	Therapiemöglichkeiten:	
	Ergotherapie	2 x 30
	Musiktherapie	150
	Bewegungstherapie (Turnsäle)	300
	Schwimmhalle	300
	Beschäftigungstherapie (Werkstatt: Malen, Töpfern, Holzbearbeitung)	2 x 250
	Gesprächstherapie	3 x 30
	Lichttherapie	3 x 15
	Transkranielle Magnetstimulation	2 x 25
	Personal:	
	Ärzte/Psychologen/Ergotherapeuten/Bewegungstherapeuten Sozialtherapeuten/alle Bereiche: Krankenpflegepersonal	4x40
	Personalaufenthaltsräume	4x40
	Schlafräume	2x
	Sonst. Personal (Küchenpersonal, Putzpersonal, Sekretariat, Manager...)	2x30
	Toiletten	2x10
	Sonstiges:	
	Küche (auch Beschäftigungstherapie)	50
	Speiseraum	150
	Café	200
	Archiv	200
	Bibliothek	100
	Toiletten – Behinderten WC	2x10 + 10
W	Wäscherei – Möglichkeit Wäsche zu waschen	30
	Shop	30
	Technikräume	2x15

	Foyer	Ther	Pers	Kü	Cafe	Speis	WC	ZI	Archi	Bibl
Foyer/ Annahme	/	0	8	4	10	0	10	0	0	0
Therapie- räume	0	10	10	0	0	0	10	10	0	0
Personal	8	10	/	8	8	8	8	10	8	8
Küche	4	0	8	/	10	10	2	0	0	0
Cafe	10	0	8	10	/	3	10	0	0	0
Speiseraum	0	0	8	10	3	/	10	0	0	0
WC	10	10	8	2	10	10	/	10	2	4
Zimmer	0	10	10	0	0	0	10	/	0	0
Archiv	0	0	8	0	0	0	2	0	/	8
Bibliothek	0	0	8	0	0	0	4	0	8	/

Abb Nr. 35 Abhängigkeit der Räume einer psychiatrischen Anstalt zueinander, eigenes Diagramm

II.IX. „BERECHNUNG DES GRUND- RISSES“

In der Matrix (Abb. 35) sind die einzelnen Bereiche untereinander in Beziehung gestellt. Regionen nächster Nachbarschaft werden definiert und in dieser Matrix ausgedrückt. Es werden dabei Regeln auf rein syntaktische Regeln reduziert. So bedeutet 0 in der Matrix, dass die Räume zueinander überhaupt keine Beziehung benötigen und 10, dass sie eine direkte Verbindung brauchen oder direkt nebeneinander liegen müssen. In der Grafik sind die wichtigsten Beziehungen mit Grau und Blau dargestellt. In der diagonalen Achse sind die Werte gespiegelt - z. B. braucht die Küche zu sich selbst keine Beziehung - außer der Wert für die

Therapieräume ist 10 (da es sich ja um mehrere Räume handelt), diese brauchen auch untereinander direkte Verbindungen.

Weiters spielt die Anordnung der Räume auf dem Grundstück selbst eine Rolle. Entlang der Straße werden alle Bereiche angeordnet, die eine Anlieferung benötigen (Küche, Café, Foyer...) und im Grundstückinneren werden die Räumlichkeiten immer privater.

Nicht unwichtig für die Grundrissprogrammierung ist die Belichtung des Grundstückes. Die Zimmer der Patienten sollten nach Osten bzw. Süd-Osten ausgerichtet sein, Beschäftigungs- und Gesprächsräume werden nach Süden bzw. nach Wes-

ten gerichtet.

Sämtliche Therapieräume benötigen nicht unbedingt natürliche Belichtung, da es sich dabei entweder um gezielte Lichttherapie mit Kunstlicht handelt oder um Therapieräume, bei denen die Belichtung keine wichtige Rolle einnimmt.

So kann der Patient seinen Tagesablauf, nämlich Aufstehen (Osten/Süd-Osten), Gesprächs- oder Beschäftigungstherapie (Süden), sonstige Therapien und Freizeit (Westen) entlang der Sonneneinstrahlung abhandeln.

BEHANDLUNGS- BEREICHE	KRANKE	BEHANDLUNGSZIELE	BEHANDLUNGSMITTEL
A1 REGEL- BEHANDLUNG	Akut psychisch Kranke	Erkennen und heilen, psychische und soziale Stabilisierung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie
A2 INTENSIV- BEHANDLUNG	Psychisch Kranke	Erkennen und heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Stabilisie- rung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmako- therapie
A3 REHABILITATIVE BE- HANDLUNG	Für die rehabilitative Behandlung ausreichend stabilisierte Kranke mit psychischen und sozialen Krankheitsfolgen	Bessern, lindern der Krankheitsfolgen – mit diesen leben lernen, Enthospitalisierung, Wiedereinglie- derung	Mehrdimensionale rehabilitative Behandlung; Psycho- therapie zur Bewältigung der Krankheitsfolgen, Soziothe- rapie, Ergotherapie
A4 LANGDAUERENDE BEHANDLUNG SCHWER- UND MEHRFACH KRANKER	Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symp- tomen und/oder erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen	Bessern, lindern, verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere thera- peutische Maßnahmen	Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, mehrdimensionale Einzel- behandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen
A5 PSYCHOTHERAPIE	Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlich- keitsstörungen, die stationär psychotherapeu- tisch behandelt werden müssen	Erkennen und heilen, Krisenbewältigung, Befä- higung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung
A6 TAGESKLINISCHE BEHANDLUNG	Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstati- onär behandlungsbedürftig	Erkennen und heilen, psychische und soziale Sta- bilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie

Abb Nr. 36 Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) Stand: Geändert durch Art. 4 V v. 26. 9.1994 I 2750

KAPITEL III BEISPIELE



Abb Nr. 37 Narrenturm: A-1090 Wien; Uni – Campus / Spitalgasse 2; eigenes Foto

III.I. KURZER ÜBERBLICK

Eines der ersten Beispiele für das „Open-door-system“ war die schottische Anstalt Woodlee bei Glasgow im Jahre 1875. Gewissen „ruhigen“ Geisteskranken wurden mehr Freiheiten gelassen. Nicht noch mehr Mauern, Gitter, Zäune, Fenstervergitterung und Türverschlüsse als nötig, und nicht mehr als in gewöhnlichen Krankenhäusern, beengten die Patienten.

So konnte man bald widersprechende Tendenzen erkennen: einerseits die Integration in die allgemein medizinischen Anstalten und in die Städte, andererseits die gesellschaftliche Ausgrenzung und Therapie in ländlicher Abgeschlossenheit.

Bautypologisch dominierten in England die panoptischen Bauformen, in den USA linear versetzte Strukturen, in Frankreich die „carrés isolés“ (zu Deutsch: abgeschiedene Quadrate) und in Deutschland die Blockstruktur mit Achsenkreuz. Ende des 19. Jahrhunderts wurde international das Pavillonsystem eingeführt.

Erst Mitte der 70er kam es Dank neuer Therapieansätzen und neuer Therapiemöglichkeiten zu einer architektonischen Umorientierung: ambulante, teilstationäre und komplementäre Therapieeinrichtungen wurden erbaut. Ebenso die Errichtung kleinerer Einheiten und verschiedener Integrationsmodelle in Form der Annäherung an oder der räumlichen Integration in das Allge-

meinkrankenhaus sowie die städtebauliche Integration wurden zu wichtigen Planungskriterien.

Neue Organisationsprinzipien wie die Schaffung von kommunikativen, introvertierten Innenräumen, oder die Strukturierung von Öffentlichkeit zu Privatheit wurden baulich umgesetzt.¹

Die sieben folgenden Beispiele werden nach ihren Grundrisstypologien abgehandelt.

¹ Nervenarzt (1997) 68: Seite 184-195, Springer-Verlag 1997

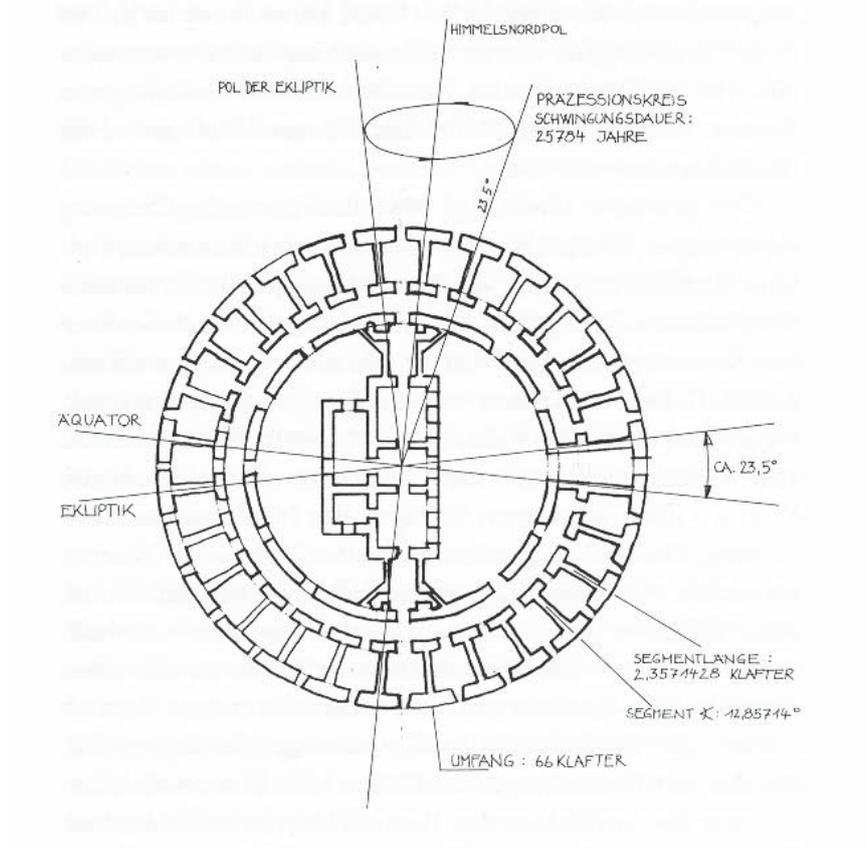


Abb Nr. 38 Grundriss Narrenturm; aus dem Buch: Der Narrenturm oder Die dunkle Seite der Wissenschaft, Alfred Stohl

III.II. DER NARRENTURM
 Der Narrenturm ist quasi ein „Einkorridor“-System in Ringform. Diese Ringform hat nichts mit der radialen Anordnung (Abb 28, S 38) zu tun, da bei dieser Grundrissform die Zimmer von einem Mittelpunkt aus erschlossen werden. Hierbei muss man den ganzen Gang durchlaufen, um zu einem gegenüberliegenden Zimmer zu gelangen. Diese enorm langen Korridore machen wichtige Aktionen, die eine schnelle Abhandlung verlangen, nahezu unmöglich. Was vielleicht im 18. Jahrhundert gar nicht erwünscht war. Bei dieser Zellanordnung handelt es sich auch nicht um ein Panopticon, weil es durch das Quergebäude im Hof unmöglich ist, alles von einem Punkt aus beobachten zu können.

Zwischen der Beobachtungslinie liegt auch noch der Korridor zu den einzelnen Zellen, das ebenfalls eine Einpunktkontrolle erschwert. Allerdings muss man, wenn man das Gebäude verlassen will (und das nicht mit einem Sprung aus dem Fenster) immer an einem Punkt vorbei, denn die vertikale Erschließung liegt im Quergebäude. Mehr dazu aber noch später.

Zur Geschichte des Narrenturms: Der Narrenturm stand vor 215 Jahren an den Grenzen Wiens, etwas abseits. Auf persönliche Anordnung des damaligen Kaisers Joseph II. begann man im Frühjahr 1783 mit den Bauarbeiten zum Umbau des „Großarmenhauses“ in das neue Allgemeine Krankenhaus und

den Neubau des Narrenturmes.

Saluti et solatio aegrorum

Um „die Kranken zu heilen und zu trösten“ - das war das Anliegen des Kaisers. In Wirklichkeit war der Narrenturm jedoch eher eine Verwahranstalt von psychisch kranken Personen. Wichtig waren geregelte Abläufe und eine Entlastung der Familienmitglieder und nicht in erster Linie Heilung von psychischen Krankheiten.

Etwa 100 bis 300 Kranke „lebten“ in den Zellen des Gebäudes. Die wohlhabenden Patienten der Ersten Klasse konnten gegen Aufzahlung ihren persönlichen Diener in die Zelle mitbringen.



Abb Nr. 39 Krankenbett, Narrenturm, eigenes Bild



Abb Nr. 40 Druckkammer, Narrenturm, eigenes Bild



Abb Nr. 41 Vermauerter Rundbogen/früherer Durchfahrt für Kutschen zum Wenden, Narrenturm, eigenes Bild

Jede der Zellen war rund zwölf Quadratmeter groß und für ein bis zwei Patienten ausgelegt. Die Kranken schliefen vermutlich auf Strohsäcken. Im Außenbereich gab es jeweils einen Garten für Frauen und Männer; die Gärten waren von Mauern umgeben und mit Bäumen bepflanzt. Heilsame Architektur: Luft, Hygiene und Bewegung. Um die ständige Luftzufuhr - denn „frische Luft“ galt als gesundheitsfördernd - zu sichern, waren die Fensteröffnungen mit einer Art Ölpapier bespannt und nicht mit Glas versehen.

Um den Wärmeverlust im Winter gering zu halten, waren die Fensteröffnungen relativ klein - sie wurden im Zuge ei-

ner Modernisierung vergrößert. Warum das Bauwerk in Form eines runden Turms errichtet wurde, ist unklar - evtl. sollte der Festungscharakter die sichere Verwahrung der „Irren“ betonen oder sogar dem Bewegungsdrang der Patienten Rechnung tragen. Narrenturm-Experte und Architekt Thomas Kratschmer:

„Es gab damals bereits den umfassenden und ganzheitlichen Blick auf die geistigen Krankheiten und die geistig Kranken. Man war offenkundig bereits zur Überzeugung gelangt, dass die gebaute Umgebung wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Menschen hat. Wir alle kennen (freundliche oder bedrohliche) Räume, in denen wir uns wohl fühlen oder Angst bekommen.“

Architekten schaffen - abgesehen von den Einrichtungen, die dem jeweiligen Stand der Technik und Hygiene entsprechen - daher für den Gesundheitsbereich Räume und Umgebungen, in denen sich die Kranken besonders wohl fühlen, und beschleunigen dadurch die Heilungsprozesse. Die Architektur des Narrenturmes ist zunächst eine Rundbau-Anlage, wobei der Entwurf die Typologie der Zell- und Korridorsysteme aufnimmt, in dessen Mitte der Verwaltungstrakt und das Stiegenhaus eingeschoben sind. Stilistisch fällt der Narrenturm in die Zeit des Frühklassizismus (ca. 1770 - 1800) - dieser wird in der Frühphase auch „Josephinischer Stil“ genannt. Josef Gerl wurde mit der techni-



Abb Nr. 42 http://web.mac.com/mikelarsen1/The_Universal_Carceral/Welcome_files/panopticon.jpg

schen Durchführung des Projektes betraut, wobei die Oberleitung Baron v. Quarin (ehemaliger Leiter des Sanitätswesens) behielt.

Wer nun definitiv die Idee für diesen Bau hatte, bleibt bis heute ungeklärt. Wesentlichen Einfluss auf die Architektur des Narrenturmes nahm der Kaiser selbst. Auf seiner Frankreichreise 1777 besuchte er das viel diskutierte Hôtel Dieu in Paris sowie die Abteilungen für männliche und weibliche Geistesranke der Bicêtre und der weltberühmten Salpêtrière.

Auch kam er mit Claude Nicolas Ledoux in Kontakt, welcher als Wegbereiter des „revolutionären Klassizismus“ angesehen wird. Bereits Zehn Jahre später galt

der Turm infolge der Neuerungen in der Therapie von Geisteskranken als völlig überholt.

Dass der Narrenturm von den Wienern liebevoll als „Gugelhupf“ bezeichnet wird, liegt wohl an seiner runden Form und wird nun für jede Form von Irrenanstalten benutzt. Die Annahme, dass der Narrenturm eine Umsetzung der Idee des Panoptikum von Jeremy Bentham² sei, trifft nicht zu, da die Zellen nicht von einem Zentrum aus kontrollierbar sind. Man kann keine 5 Türen gleichzeitig im Auge behalten, und das Personal wurde im Mitteltrakt „miteingesperrt“ und selbst ihnen blieb nur der knappe Blick in den Hof.

² Jeremy Bentham (1748–1832)

Der Autor des Buches „Der Narrenturm oder Die dunkle Seite der Wissenschaft“, Alfred Stohl, erschienen im Böhlau Verlag Wien (ISBN 3-205-99207-5), meint herausgefunden zu haben, wie der Narrenturm entstanden ist. Es handelt sich seiner Meinung nach um ein komplexes Zusammenspiel von verschiedenen magisch-alchemistischen und astronomisch-chronologischen Prinzipien. So werden sämtliche alchemistische Prozesse in abstrahierter Form durch Zahlen ausgedrückt: also eine Art magische Mathematik. Dem Autor war aufgefallen, dass wohl die Zahlen 28, 21, 5 und 19 eine große Rolle im Entwurf des Narrenturms gespielt haben müssen. (5 etwa für die Geschos-

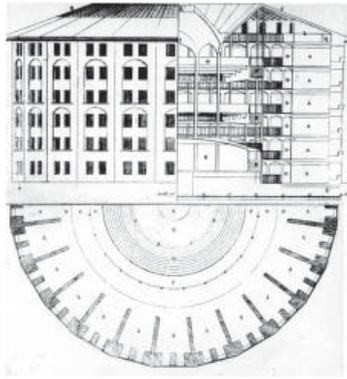


Abb Nr. 43 Panopticon I; <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/11/Panopticon.jpg>

„Derjenige, welcher der Sichtbarkeit unterworfen ist und dies weiß, übernimmt die Zwangsmittel der Macht und spielt sie gegen sich selber aus; er internalisiert das Machtverhältnis in welchem er gleichzeitig beide Rollen spielt, er wird zum Prinzip seiner eigenen Unterwerfung.“¹

1 Foucault, 1995, S. 259

se, 28 für die Anzahl der Zellen pro Stockwerk oder die 21 Klaf-ter des Gebäudedurchmessers...)

Manche dieser Berechnungen erscheinen nachvollziehbar, andere an den Haaren herbeigezogen. Wenn man lange genug herumrechnet, gelangt man zu jeder Zahl, die man dafür gerade braucht - aber hierbei handelt es sich um meine eigene Meinung!

EXKURS - PANOPTICON
Das Panopticon oder Panoptikum (von griech. „pan“ - „alles“ und „optikós“ - „zum Schauen gehörend“) ist ein vom britischen Philosophen Jeremy Bentham stammendes Konzept zum Bau von Gefängnissen und ähnlichen Anstalten, aber auch von Fabriken.

Der französische Philosoph Michel Foucault griff diese Idee auf und bezeichnete es als wichtiges Ordnungsprinzip westlich-liberaler Gesellschaften, von ihm auch „Disziplinargesellschaft“ genannt.

Allen Bauten des Panopticon-Prinzips ist gemeinsam, dass von einem zentralen Ort aus alle Fabrikarbeiter oder Gefängnisinsassen beaufsich-



Abb Nr. 44 Modernes Panopticon; <http://hp.kairaven.de/livejournal/bilder/17-09-06-middlesbroughcam.jpg>

tigt werden können. Im Mittelpunkt steht ein Beobachtungsturm, von welchem aus Zelltrakte abgehen (in sog. Strahlenbauweise). So kann der Wärter in der Mitte in die Zellen einsehen, ohne dass die Insassen wiederum den Wärter sehen können.

Das liegt daran, dass die Gefangenen aus der Sicht des Wärters im Gegenlicht gut sichtbar sind, der Wärter selbst jedoch im Dunkel seines Standortes nicht ausgemacht werden kann.

Mithin wissen diese nicht, ob sie gerade überwacht werden. Im Ergebnis kann also mit geringem personellem Aufwand eine große Zahl von Menschen permanent und



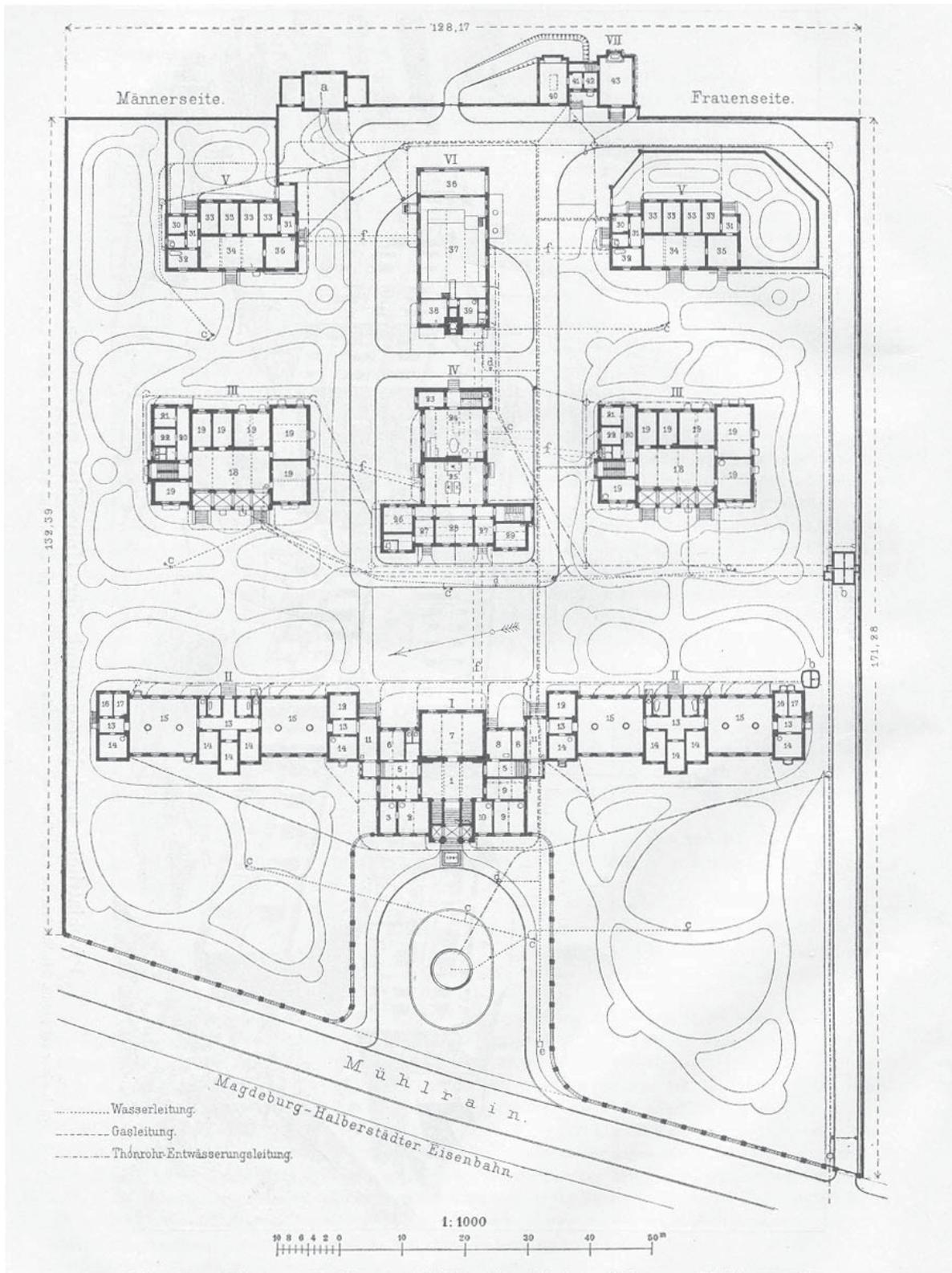
Abb Nr. 45 Panopticon II; <http://jamblichus.files.wordpress.com/2009/04/panopticon.jpg>

total überwacht werden. „Von der Peripherie, wo alle ‘totalen Institutionen’ entstehen, rückt der ‘Panoptismus’, verallgemeinert und verwissenschaftlicht, in das Zentrum der Gesellschaft vor.

Foucaults Fazit: Die Gefängnistore könnten eigentlich geöffnet werden, weil die :

„Disziplinargesellschaft selber zum allumfassenden Gefängnis geworden ist. Wann und wie sich die Disziplinierungsmächte des Gefängnisses, der Klinik, des Militärs, der Fabrik zur Eroberung der Gesellschaft vereinigen können, bleibt historisch ebenso ungeklärt wie der Übergang der Ausnahmedisziplin in ‚totalen Institutionen‘ zur Veralltäglichsung und Verbetrieblichung der generalisierten Disziplin.“³

³ Foucault, 1995, S. 259



III_54

Abb Nr. 46 Grundriss Psychiatrische und Nervenklinik der Universität zu Halle a. S. Handbuch der Architektur, IV. Teil Entwerfen, Anlage und Einrichtung der Gebäude. 5. Halbband: Gebäude für Heil- und sonstige Wohlfahrts-Anstalten

I. Hauptgebäude

1. Wartehalle	Arzt
2. Verwaltungszimmer	9, 9. Poliklinik
3. Kasse	10. Warteraum
4. Aufnahmezimmer	11. Verbindungsbau
5. Flur	
6. Dispensatorium	
7. Betsaal	
8, 8. Zimmer für den	

II. Baracke

12. Kleiderzimmer	15. Schlafsaal
13. Flur	16. Wäschekammer
14. Einzelzimmer	17. Geschirrkammer

III. Villa

18. Tagraum	21. Badezimmer
19. Schlafzimmer	22. Spülküche
20. Flur	

IV. Wirtschaftsgebäude

23. Wäscheabgabe	27, 27. Ausgabe
24. Waschküche	28. Gemüseputzraum
25. Kochküche	29. Vorräte
26. Spülküche	

V. Isolierhaus

30. Spülküche	34. Tagraum
31. Flur	35. Beobachtungszimmer
32. Badezimmer	
33, 33. Zelle	

VI. Kesselhaus

36. Kohlenraum	38. Werkstätte
37. Kesselhaus	39. Stube

VII. Kapelle und Leichenhaus

40. Leichenhaus	42. Dienerzimmer
41. Flur	43. Kapelle

a. Hundestall	e. Wassermesser
b. Klärgrube	f. Heizkanal
c. Wasserhahn	
d. Feuerhahn	

III.III. PSYCHIATRISCHE UND NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT ZU HALLE A. S.

In der (Abb 46) ist die „Psychiatrische und Nervenlinik in Halle a.S.“ im Grundriss dargestellt. Dabei handelt es sich um ein typisches Pavillonsystem. Sie wurde in den Jahren 1889-1891 für 45 männliche Geistesranke und 10 männliche Nervenranke sowie für ebensoviele weibliche Ranke.

Diese Psychiatrische Klinik zeigt die übliche allgemeine Anordnung:

Im mittleren, neutralen Geländestreifen befinden sich das Gebäude für die Verwaltung, Wirtschaftsgebäude und das Kesselhaus. Frauen und Männer wer-

den in der Anlage streng getrennt. Der Keller hat eine Raumhöhe von 3,10 m, das Erdgeschoß 4,60 m und das Obergeschoß mit 4,50 m. Die Anlage ist zweibis dreigeschossig aufgebaut.

In den Krankenräumen, den Zellen und den Beobachtungsräumen der Isolierzimmer ist der Fußboden ein eichener Stabfußboden, während die Bäder, Aborte, Spülküchen und unterwölbten Flure mit Fliesen belegt sind. In den übrigen Räumen kam kieferner Dielenfußboden zum Einsatz.

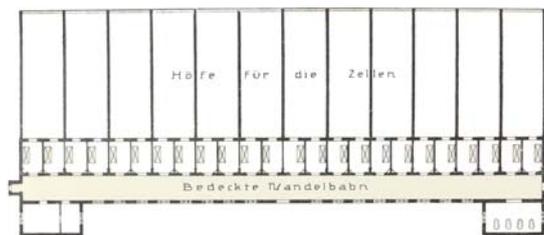
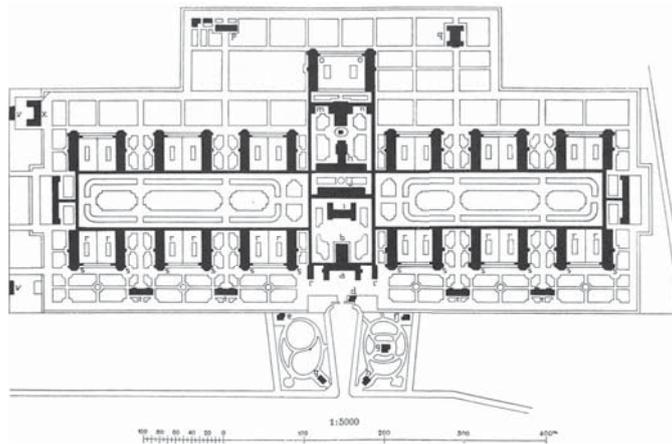


Abb Nr. 47 Grundriss Ville St. Évrard; Nouv. annales de la confr. 1897, S. 165 u. Pl. 47-48

III.IV. VILLE ST.-ÉVRARD

In (Abb 47) ist die französische Irrenanstalt des Seine-Departements in Ville St.-Évrard. Hier erkennt man ganz deutlich ein Einkorridorsystem im Zimmertrakt.

Die Anstalt bietet 600 Frauen und ebensovielen Männern - vor allem Alkoholikern - Platz. Der Plan für diese Anstalt ging 1894 aus einem öffentlichen Wettbewerb hervor. Das Gelände umfasst ca. 30 ha, wobei ca. 10 ha allein für den Gemüseanbau eingeplant sind. Wie auch bei allen anderen Anlagen aus dieser Zeit sind Männer- und Frauentrakte strikt von einander durch den Festsaal, die Apotheke, die Küche, das Badehaus und die Siechenhäuser, getrennt. Die Umwehrun-

gen sind außen durch Gitterzäune, deren Pfosten die Aussicht nicht beeinträchtigen, und innen durch lebende Hecken hergestellt.

Die Hauptachse der Anstalt geht von Süd nach Nord, damit alle parallel liegenden Fronten das Licht der auf- und untergehenden Sonne empfangen. So sind die Räume sowohl gegen die heiße Mittagssonne, als auch gegen kalte Nordwinde geschützt.

Die gesamte Anlage ist zweigeschossig errichtet worden, mit Ausnahme der eingeschossigen Zellenpavillons.

Die überdeckte Wandelbahn, die mit dem Tagraum und den Aborten in unmittelbarer Verbindung steht,

kann sowohl an heißen als auch an regnerischen Tagen genützt werden.

In der (Abb 47) ist der eingeschossige Zellenpavillon abgebildet, und man erkennt, dass jeweils zwei Zellen sich einen Hof teilen. Die Zellen an den Eingängen sind jeweils links und rechts abgerundet, damit sich der Kranke nicht aus dem Gesichtsfeld des Wärters, der sich in der Wandelbahn befindet, entziehen kann.

Die Zelle ist 2,35 m x 3,50 m groß und hat eine Raumhöhe von 3,70 m. Der Stabfußboden ist in Asphalt eingelegt und eine Toilette ist in einer der abgerundeten Ecken angebracht. Ein Besteigen des Sitzes ist durch eine spezielle Anbringung

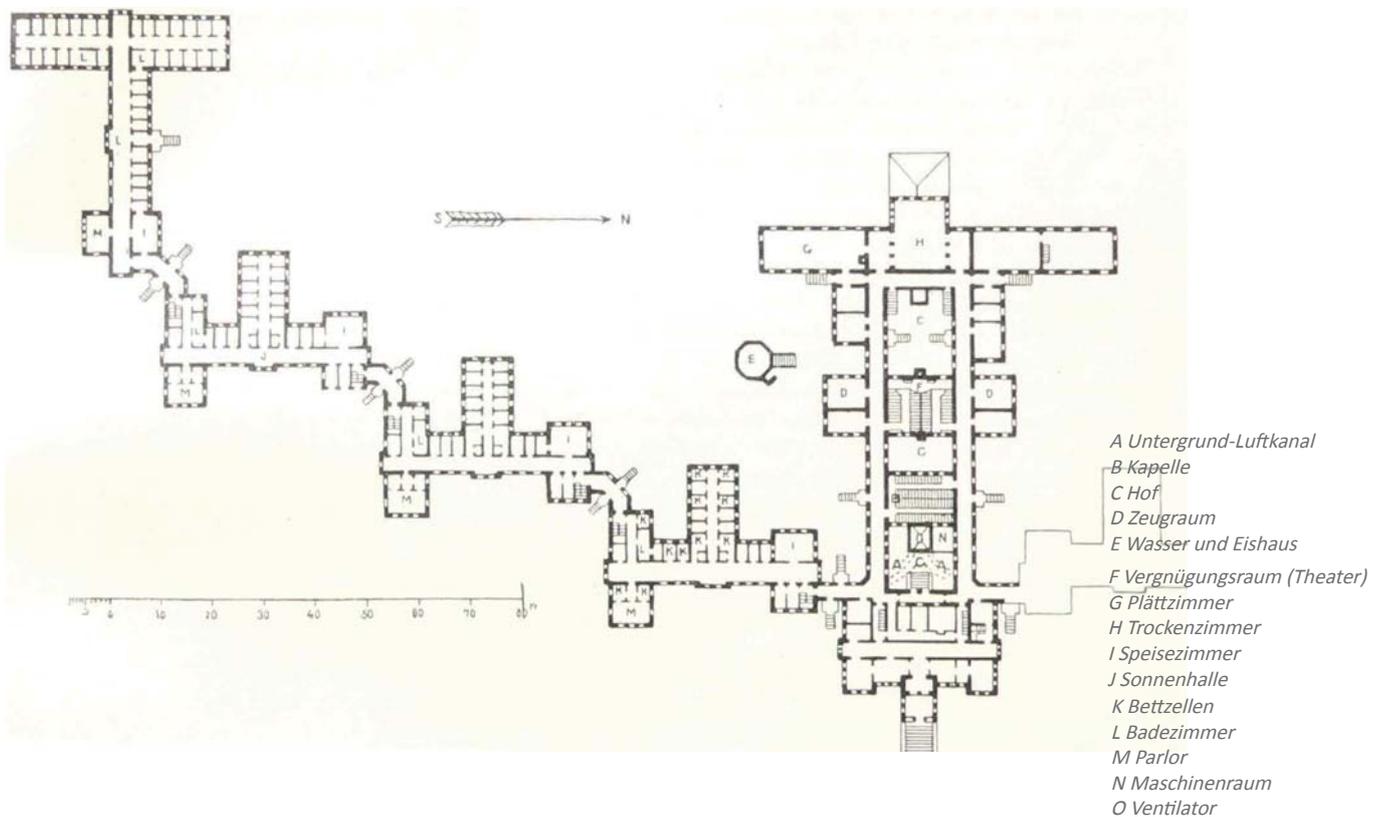


Abb Nr. 48 Halber Grundriss des Irrenhauses des Staates Kansas zu Topeka; Deutsche Bauz. 1878, S. 23

unmöglich. Die Fenster der Zellen sind nicht vergittert, sind jedoch so klein und mit starken Rahmen versehen, dass selbst ein Einwerfen der Scheibe ein Entkommen durch die kleine Öffnung unmöglich macht. Die großen Fenster sind mit so starkem Glas ausgerüstet, dass selbst mit dem Werkzeug, das den Kranken zur Verfügung steht, dieses nicht zerbrochen werden kann.

Das Badehaus verfügt über einen angebauten Wasserturm und ist für jedes Geschlecht mit 20 Bädern ausgestattet.

Im Werkstattgebäude werden geeignete Kranke zur Unterhaltung der Gebäude und deren Ausstattungsgegenstände beschäftigt.

Das Leichenhaus ist für 25 Toten-

tische eingerichtet und mit einem Wartesaal für leidtragende Verwandte.

III.V. IRRENHAUS DES STAATES KANSAS ZU TOPEKA

Die in der (Abb 48) dargestellte Psychiatrie ist ein Beispiel aus Nordamerika - Kansas, Topeka. Ich würde es als ein versetzt, aneinandergereihtes Einkorridorsystem mit teilweise zweihüftiger Erschließung bezeichnen. Die Anlage bietet 400 Patienten Platz. (Auf der Abb. ist nur der halbe Grundriss einer Spiegelachse dargestellt.)

Die Verwaltungsgebäude liegen in der Achse der nach Osten gerichteten Hauptfront. Die untereinander organisch verbundenen Flügel haben breite Gänge als Tageshallen,

die durch beiderseits von außen zugänglichen Zwischenhallen miteinander verbunden sind. Die Gänge um das Verwaltungsgebäude umschließen die Küche/Kapelle und bilden somit mehrere Innenhöfe, die die Wirtschafts- und Vorratsräume erschließen. Der Trakt für die Tobsüchtigen ist nur eingeschossig, während der Rest der Anlage drei Geschosse hat. In jedem Flügel befinden sich Sprech- und Esszimmer sowie Baderäume und zur Unterbringung der Wäsche auch Spülorte und Waschzimmer.



Abb Nr. 49 Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer (Früher Mauer-Öhling) http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/14/Amstetten_Mauer.Landesklinikum_Hauptgebäude.JPG Autor: Movieevery

III.VI. MAUER-ÖHLING

Carlo von Boog⁴ war es, der die neuen und humanen Ideen der Heilung und Pflege von Geisteskranken in Mauer-Öhling erstmals in Architektur umsetzte. Große Erfolge erzielte man dabei, leicht Kranke im freien Familienverband zu integrieren. Um den Patienten nicht das Gefühl des Eingesperrtseins zu vermitteln, wurden „versenkte Mauern“ (Abb 32, S 41), die in Gräben standen, aufgestellt, die den Ausblick freihielten. Auch wurden keine Fenster vergittert - stattdessen waren die Fenster mit Hartglas in Eisenrahmen, die sich nochmals in kleine Quadrate teilten. Diese Anstalt

⁴ Carlo von Boog * 1854 in Magenta (Lombardei); † 26. November 1905 in Wien - er war Jugendstil-Architekt und Leiter des niederösterreichischen Bauamtes.

besaß um 1898 eine eigene Wasserleitung, ein Schwimmbad und eine Kläranlage. Technisch entschied sich Boog für eine Ausführung aus Beton, auch die Decken wurden nach einer „Baurathe von Boog patentierten Construction“⁵ in Eisen und Beton ausgeführt. Auch die Kanalrohre sowie die Jugendstilverzierungen an den Wänden waren aus Beton. Er selbst baute seine „Villa Betonia“⁶ mit vorgefertigten Betonnischen für Einbaukästen.

In der symmetrischen Anstalt Mauer-Öhling steht im Zentrum die Kapelle, die zugleich Gesellschaftsraum ist. Die Hinterwand der Kapelle ist die Vorderwand des Festsaals

⁵ Österreichisches Patentamt: Carlo von Boog, Patentschrift Nr. 4670
⁶ Die Villa steht noch heute in Kleinwien Nr. 22 bei Göttweig

und wenn ein in einem Jugendstil-Hufeisenbogen eingebauter Rollballen heruntergezogen wird, sind beide Räume voneinander getrennt.

Der Kirchenfestsaal wird von zwei Gängen flankiert, der ein Beobachten von Patienten möglich macht, um diese bei Bedarf sofort abtransportieren zu können. Kaiser Franz Joseph schrieb nach der Eröffnung von Mauer-Öhling, dass es geradezu eine Freude sein müsse, dort eingesperrt zu sein.

Die Stadt Wien, die ja um diese Zeit zu Niederösterreich gehörte, erkannte immer mehr, dass sie ein eigenes psychiatrisches Krankenhaus braucht. Die Gemeinde nahm einen „Attentatsversuch“ auf den

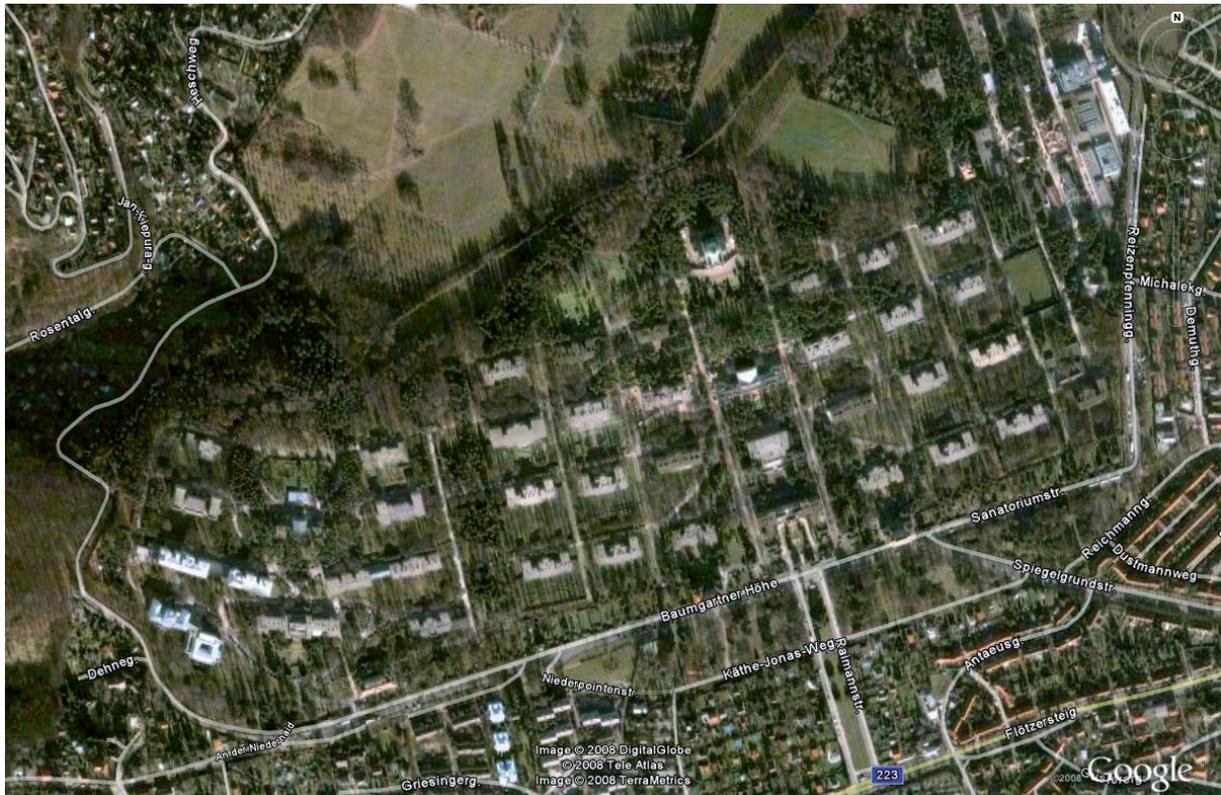


Abb Nr. 50 Luftbild; Steinhof heute; Google Earth

Kaiser durch einen Schwachsinnigen auf der Mariahilfer Straße zum Anlass, eine weitere Übernahme von Geisteskranken in Versorgungsanstalten abzulehnen.

III.VII. STEINHOF

Dieser typische Pavillonbau wurde auf den sogenannten „Spiegelgründen“ auf dem Gallitzinberg zwischen 13. und 16. Bezirk, die der Landesausschussreferent Leopold Steiner innerhalb von einer Woche von 110 verschiedenen Besitzern, um Preistreiberein zu verhindern, kaufte, der Bau Am Steinhof auf diesem rund 145 ha großen Grundstück am 22. Juli 1902 definitiv beschlossen. Allen Bemühungen zum Trotz konnte ein Konsortium einige Parzellen an sich bringen, um die Landesbe-

vollmächtigten zu erpressen. Doch das Land gewann einen Enteignungsprozess gegen die Preistreiber.

Wieder wird Boog mit den Vorarbeiten des Krankenhauses beauftragt. Er soll für 2000 - 2500 Kranke eine Heil- und eine Pflegeanstalt sowie ein Sanatorium für zahlende Patienten planen. Von einer offenen Abteilung mit Heimpflege wollte man absehen - es wurde befürchtet, dass eine größere Zahl von Patienten nahe der Großstadt eventuell nicht unter Kontrolle zu halten sei.

Weiters wird Oberbaurat Otto Wagner, der mittlerweile k. k. Professor an der Akademie der bildenden Künste ist, zur künstlerischen Mitwirkung herangezogen.

Er plant aber nicht nur ein Projekt für den Kirchenbau, sondern auch einen Situationsplan sämtlicher Bauwerke, der dem Landesausschuss vorgelegt wurde.

Sein Entwurf wurde zwar genehmigt, jedoch nur unter Verschiebung der Mittelachse, um Landzukäufe zu vermeiden.

Das Landesbauamt unter Boog konnte sich jedoch nicht mit dem „künstlerischen Entwurf“ und Wagner sich nicht mit dem „Beamten Entwurf“ einigen. Erst der beigezogene Bauinspektor Heinrich Goldemund vom Wiener Stadtbauamt konnte mit einem neuen Kompromissentwurf einen Ausweg finden. Der überarbeitete, herzkran-

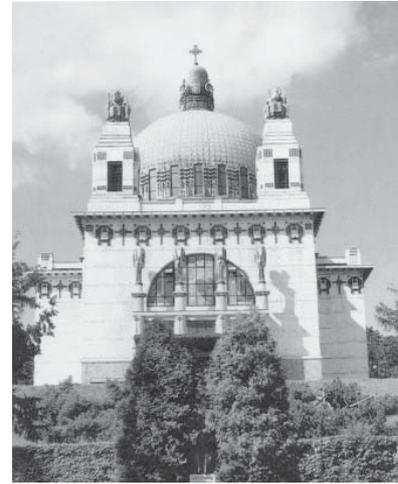
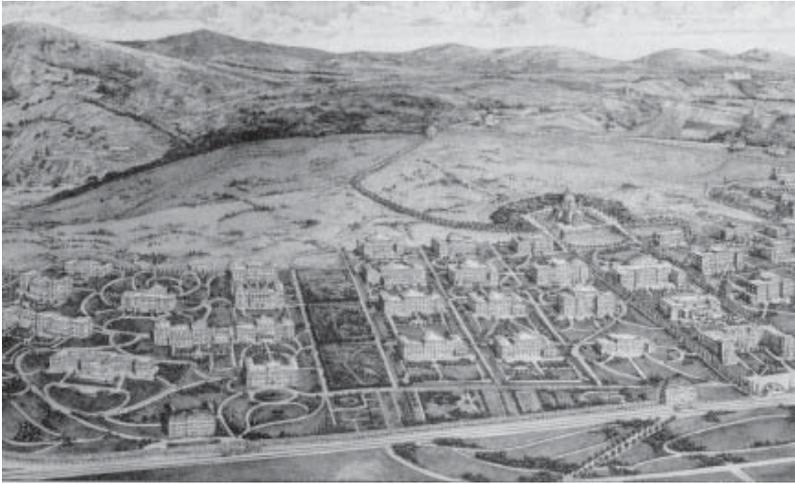


Abb Nr. 51 Bau des Steinhofs 1904-1907; Elisabeth Koller-Glück; Otto Wagners Kirche am Steinhof

ke Boog war der ganzen Aufregung nicht gewachsen und starb im November 1905.

Boog wusste noch vom Bau in Mauer-Öhling, dass es sinnvoll ist, sämtliche Baumaterialien direkt von der Baustelle zu verwenden. Bodenuntersuchungen ergaben, dass es um den Gallitzinberg herum genügend Wiener Sandstein gab, der auch in unmittelbarer Nähe gebrochen wurde. Seinen gründlichen Vorausplanungen war es zu verdanken, dass bereits im Dezember 1907 132.000 m³ Sandstein gehoben wurden.

Die Materialien wurden mit einer Schmalspur-Rollbahn zu allen Pavillons gebracht. Dabei bewegten sich die Wagen durch ihr Eigengewicht

selbständig nach unten und wurden von Pferden wieder zurückgezogen. Es wurde sogar eine eigene Bahnstraße von der Station Ottakring bis zum Steinhof errichtet. Durch diese Maßnahmen konnte in nur zweieinhalb Jahren die Anlage, bestehend aus 61 Pavillons, zwischen 1904 und 1907 erbaut werden.

Allein durch das eigene Erzeugen von Sand und Schotter konnten rund 680.000 Kronen und durch den Ziegeltransport der errichteten Bahn 181.000 Kronen gespart werden (das sind insgesamt fast 4% der Gesamtausgaben). Die Gesamtausgaben betragen 21,487.937 Kronen und 9 Heller. Insgesamt wurden auf 56.000 m² bebauter Fläche 44.000 m³ Bausteine,

32,272.461 Ziegel, 171 km Rohrleitungen, 35 km Kanäle und 12 km Drainagen verbaut bzw. verlegt. So genau waren die Berechnungen des Rechnungsamtes.

Die elektrische Schmalspurbahn, die auf den Gleisen der Steinbruch-Zubringerbahn fuhr, Verpflegung und Wäsche zu den Pavillons brachte, wurde 1964 eingestellt. Es gibt auch keine Pferdeställe mehr und die Schweinezucht wurde aufgelassen. Ebenso gibt es keine Fleischiereie und keine Selcherei mehr. Die Zentralwäscherei war bereits total veraltet und wurde geschlossen.

Als 1907 die Anlage eröffnet wurde, war es die fortschrittlichste in ganz Europa. Ärzte ka-



Abb Nr. 52 Detailbilder von Steinhof; www.flickr.com Benutzer: roetzi24

men aus dem Ausland, um sie zu besichtigen und zu studieren. Selbst japanische Delegationen, selbst Indien und die USA haben sich im Gästebuch eingetragen. Die Großanstalt beherbergte wenige Jahre nach ihrer Eröffnung bereits 3000 Patienten und war hoffnungslos überfüllt.

Der Maximalstand mit mehr als 4000 Kranken war gegen Ende der Zwischenkriegszeit erreicht.

Im Zweiten Weltkrieg diente ein Teil der Anlage als Lazarett für geisteskrank gewordene Soldaten. Um Platz zu schaffen, wurden durch die berühmte „Aktion T4“ Geisteskranke unter dem Vorwand, aufs Land gebracht zu

werden, vergast. Seit 1978 wurde die Anstalt von 2500 Patienten auf 1600 Patienten verkleinert.

Diese Verkleinerung hat sich aus Entlassungen ergeben, da viele Krankheitsbilder heute nicht mehr stationär behandelt werden müssen. In der erneuerten Anlage gibt es einen Pavillon für Drogenabhängige sowie einen mit besonders hohen Mauern für abnorme Rechtsbrecher.

Die Anfangs rigorose Trennung von Männern und Frauen hat heute keine Gültigkeit mehr.



Abb Nr. 53 Psychiatrische Klinik in Helsingør (Dänemark) Photo: PLOT=BIG + JDS, Kopenhagen

Eine sichere, reizarme und geordnete Umgebung sowie die Nähe zur Natur helfen psychisch kranken Menschen, sich wohlfühlen und schneller zu genesen.

III.VIII. PSYCHIATRISCHE KLINIK IN HELSINGØR

Ein neueres Beispiel einer Psychiatrischen Klinik aus dem Jahr 2006 stellt diese in Helsingør (Dänemark) dar.

Laut Architekten handelt es sich bei diesem Bau um eine „Kleeblattstruktur“ - also eine Mischform aus Ring- und Korridorsystem. Aus einem zentralen Vorraum erreicht man alle im Erdgeschoß noch 2 hüftigen im ersten Geschoß nur mehr einhüftigen Korridore.

Der Vorteil dieser Bauweise ist, dass man in jedem Korridor einen anderen Blickwinkel nach draußen hat, der immer ins Grüne zeigt.

Im Erdgeschoß befinden sich

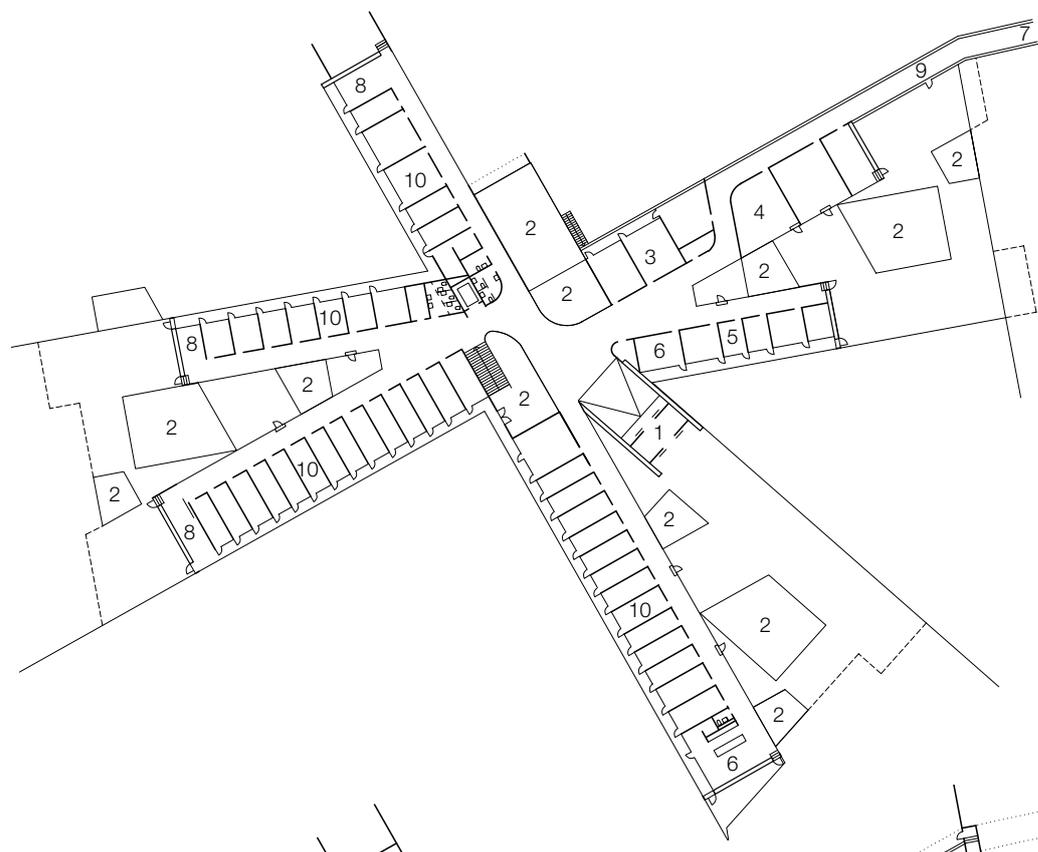
die Schlafzimmer der Patienten, alle mit Blick auf den Wald, einen See und große Wiesen.

Atriumartige Einschnitte im Gebäude ermöglichen einen kontrollierten Freigang.

Für eine effiziente Therapie und einen reibungslosen Klinibetrieb ist ein komplexer technischer Apparat nötig und die geschlossene Abteilung fordert darüber hinaus genaue Zugangskontrollen.

Um beiden Aspekten - nämlich Offenheit und Geschlossenheit - gerecht zu werden, wurde der zweigeschossige Bau an seinen Rändern in künstlichen, grasbewachsenen Hügel eingebettet.

Mit kaum 50 Zimmern wäre eine eigenständige Psychiatrie kaum rentabel, diese ist jedoch mit einer langen Passerelle mit dem benachbarten Krankenhaus verbunden. So können wichtige Untersuchungen mit dem Krankenhaus geteilt werden und doch ist die Distanz zu dem Muttergebäude weit genug um als Eigenständiges Gebäude zu fungieren.



Lageplan
 Maßstab 1:2500
 Grundrisse • Schnitte
 Maßstab 1:1000

- 1 Eingang
- 2 Luftraum
- 3 Physiotherapie
- 4 Bibliothek
- 5 Behandlung
- 6 Küche
- 7 Passerelle
- 8 Gemeinschaftsraum
- 9 Zugang Ambulanz
- 10 Büro
- 11 Atrium
- 12 Anmeldung
- 13 Technik
- 14 Speisesaal
- 15 Raucherbereich
- 16 Zentralraum
- 17 Turnhalle
- 18 Umkleiden
- 19 Krankenzimmer



Site plan
 scale 1:2500
 Floor plans • Sections
 scale 1:1000

- 1 Entrance
- 2 Void
- 3 Physiotherapy
- 4 Library
- 5 Therapy
- 6 Kitchen
- 7 Linking route
- 8 Common room
- 9 Outpatients' entrance
- 10 Office
- 11 Atrium
- 12 Reception
- 13 Mechanical services
- 14 Dining hall
- 15 Smoking area
- 16 Central space
- 17 Sports hall
- 18 Changing room
- 19 Patient's room



Abb Nr. 54 Hofgang durch das Psychiatriezentrum Rheinau; DETAIL NR. 12, 2006

III.IX. PSYCHIATRIEZENTRUM RHEINAU

Eine Sonderform von psychiatrischen Kliniken stellt die Behandlung von psychisch kranken Straftätern dar. Neben den drei großen Bereichen für Erwachsene, der allgemeinen Psychiatrie, der für Abhängigkeitskranke und der Gerontopsychiatrie (über 65 Jahre alt), bildet die Forensik die letzte und vierte große Sparte der psychiatrischen Kliniken.

„Die forensische Psychiatrie ist ein Schwerpunkt der Psychiatrie und befasst sich mit der Begutachtung und Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern. Zu den Aufgaben des Fachgebietes gehört die gutachterliche Beurteilung der Schuldfähigkeit von Rechtsbrechern, Gutachten im

Hinblick auf die Unterbringung Maßregelvollzug und die Behandlung nach der bedingte Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Während der psychisch gesunde Täter zu einer zeitbefristeten Strafe verurteilt wird, ist die Unterbringung im Maßregelvollzug abhängig von einer Gefährlichkeitsprognose.

Probanden werden dann entlassen, wenn zu erwarten ist, dass die betreffenden keine rechtswidrige Taten mehr begehen. Als Institution und Exekutivorgan dient sie der Therapie von Rechtsbrechern im Rahmen des Maßregelvollzugs sowie der Verwahrung nicht therapierbarer psychisch kranker Straftäter.

Forensische psychiatrische Einschätzungen bewegen sich in ihrer Grunddisposition in der Schnittmenge empirisch-induktiver und normativ-deduktiver Entscheidungsvorgänge.

Für die Tat soll eine Einschätzung getroffen werden hinsichtlich der subjektiven Verfassung des Täters: Vor, während und nach der Tat. Es versteht sich von selbst, dass ein rein empirisch-induktives versus ein normativ-deduktives Vorgehen nicht die Mitte zwischen den Bereichen eines determinierten bzw. autonomen Verhaltens treffen wird.

Für diese Einschätzung bedient sich das Gericht bei vermutlichem Vorliegen einer psychischen Störung des forensischen Psychiaters.“

Für diese besondere Form der Betreuung sind auch besondere bauliche Anforderungen unumgänglich.

Im Inneren ist ein hoch spezialisierter Klinikaparat gefragt und außen muss das Gebäude alle Sicherheits-

7 http://de.wikipedia.org/wiki/Forensische_Psychiatrie



Abb Nr. 55 Psychiatriezentrum Rheinau DETAIL NR. 12, 2006

standards eines Gefängnisses erfüllen. In solchen speziellen Anlagen werden psychisch schwer kranke Straftäter stationär versorgt, deren Störungsbilder eine Behandlung im Gefängnis nicht zulassen würden.

Leider ist es nicht möglich, von solchen Gebäuden an Grundrisse heranzukommen - da sie eine Sicherheitslücke darstellen könnten. Nur im Text des Artikels: „ZWANG und WÜRDE“ im DETAIL Heft Nr. 12 aus dem Jahre 2006 geht hervor, dass das Psychiatriezentrum Rheinau von einfachen Volumen des Forensik-Traktes an eine Klosteranlage erinnert. Also vier Rechtecke bilden quasi den Hof, drei davon sind für 27 Straffällige und der vierte Trakt ist für den Personalbereich.

III.X. CONCLUSIO

Nach einem nunmehr zweijährig anhaltenden Kampf zwischen der Diplomarbeit und mir, die sich von der Theorie zum Entwurf, vom Entwurf zur Theorie hin verwandelte, brauchte es diese langwierigen Prozesse, um die Erkenntnis zu erlangen, dass ich einen Entwurf aus heutiger Sicht und mit dem jetzigen Wissensstand im Bereich der psychiatrischen Kliniken, in einer anderen Art und Weise programmieren würde.

Es reicht wohl nicht, wie im zweiten Kapitel die Raumbeziehungen von Behandlungsräumen und Zimmern in Bezug zu stellen. Der Weg, den das Personal zurücklegen muss, um zu den Patienten zu gelangen, wur-

de in diesem Programmierungsprozess nicht berücksichtigt. Die Zimmertrakte ergaben bei allen Entwürfen eine Korridorlösung auf fünf Geschoße verteilt. Sicher wurde bei all meinen Entwurfsversuchen eine Wegeoptimierung vorgenommen - so wurde aus einem einhüftigen Korridor ein zweihüftiger - der jedoch nicht bei jedem Entwurf funktionierte, da die Zimmerausrichtung für alle Zimmer, des Ausblicks und der Sonneneinstrahlungsrichtung wegen immer dieselbe sein sollte. Die Sonneneinstrahlung erschien mir der wichtigste Faktor bei der Grundrissgestaltung. Auch die Privatheit der Patienten standen im Vordergrund und wie man öffentliche/semiöffentliche und private Räume vereint.

Kurz zum Pavillon System: Der Vorteil eines Pavillon systems ist mir bis heute unklar. Anfang des 20. Jahrhunderts wurde das „moderne“ System mit der Begründung, dass man kleinere Gruppen von Patienten mitten im Grünen besser behandeln könnte, für gut befunden. Es gab natürlich schon vor mir Kritiker dieses Systems:

Ernst Neufert beklagte in den 1960ern, dass für ein modernes Krankenhaus der Pavillon-Stil wegen der teilweise isolierten Lagen und der langen Transportwege ohne Wetterschutz für Patientenbewegungen und Essensversorgung überholt sei.⁸

Nun aber zurück, was meine Auf-

⁸ <http://de.wikipedia.org/wiki/Pavillonstil>

fassung von Belichtung in psychiatrischen Kliniken betrifft. In dem schwedischen Modell in Helsingor wird kaum auf eine natürliche Belichtung eingegangen, da jedes Zimmer eine andere Ausrichtung hat - hier wird bei jedem Zimmer auf einen wertvollen Ausblick ins Grüne bestanden.

Nach wie vor bin ich der Meinung, dass der Gemütszustand mit der natürlichen Belichtung stark korreliert, was wiederum eine Ringförmige Anordnung von Zimmern eigentlich nur bedingt zulässt. So müsste eine neue Grundrissform erfunden werden - zum Beispiel eine fächerförmige Grundrissgestaltung. (So eine Grundrissgestaltung findet man in einem städtebauli-

chen Massstab in Karlsruhe)

Am Fächer-Ende gebündelt befänden sich die ringförmigen Strukturen, die jeweils in einen Fächerarm münden - die Fächerarme jedoch max. im ca. 100 ° Winkel geöffnet, um die maximale Sonneneinstrahlung nach wie vor zu gewährleisten. Die Patienten hätten dann je nach Zimmerlage entweder Vormittags- oder Nachmittagssonne.

Farben spielen anscheinend keine große Rolle beim Zimmerentwurf. Jeder Patient hat andere Charaktereigenschaften, die man mit bestimmten Farben abschwächen oder verstärken kann. Wie wir schon im Vorfeld von Pfeiffer erfahren haben, spielen auch



Abb Nr. 56 http://www.csisystems.at/oevp_bgld/images/Faecher.jpg

die Kindheitserfahrungen bei der Raumwahrnehmung mit. So müsste eigentlich zu jedem Krankheitsbild ein eigenes Zimmer entworfen werden. Was natürlich ökonomisch kaum vertretbar wäre.

Jedoch könnte man Zonen für Krankheitsbilder schaffen, in die man nach einer Beobachtungs- und Einstufungszeit zugewiesen wird. So würden zum Beispiel depressiv verstimmte Personen in ein ganztags natürlich belichtetes Zimmer wandern und Personen mit Wahnvorstellungen und Angstattacken könnten sich in kleinen dunklen Zellen verkriechen.

Finanziell würde sich diese Form der Krankheitsbetreuung wahrscheinlich eher im Privatversicher-

ten Bereich abspielen und die Patienten wären eher neurotische Rockstars als in die Jahre gekommene psychotische Patienten.

Ansätze in diese Richtung gibt es aber bereits in Amsterdam mit einem Pilotprojekt für Alzheimerkranke. Ein Dorf namens *De Hogeweyk* bietet sieben verschiedene Lebensstile - zwischen denen man sich entscheiden kann: städtisch, handwerklich, indisch (indonesisch), häuslich, kulturell, christlich oder goois, regional-typisch⁹. Dieses Dorf kann von jedem durch-

⁹ Anmerkungen zu den Lebensstilen:
goois: Bezieht sich eine Region in der niederländischen
indisch: Ist eine falsche Übersetzung. Richtig müsste es heißen „indonesisch“, was mit einer ehemaligen niederländischen Kolonie zu tun hat. Wegen des hohen muslimischen Bevölkerungsanteils in den Niederlanden plant Hogeweyk auch für diesen potentiellen Bewohnerkreis ein entsprechendes Lebensumfeld zu schaffen.

schritten werden und so wird unter 24h Betreuung ein ganz normaler Alltagsablauf simuliert. Die monatlichen Pflegekosten von 5.000,- Euro pro Patient wird über eine Pflegeversicherung übernommen in welche man je nach Einkommen eingezahlt hat.¹⁰

Es gibt derzeit nichts vergleichbares - aber vielleicht ist *De Hogeweyk* ein Schritt in die richtige Richtung.

¹⁰ <http://www.dehogeweyk.nl/>

KAPITEL I; GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE

I.I. DIE GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE

Abb Nr. 01	Ausschnitt aus dem Bild MARGOT LA FOLLE; Pieter Brueghel der Ältere; http://leblogdegab.canalblog.com/images/mad_meg.jpg	8
Abb Nr. 02	Ausschnitt aus dem Bild DAS NARRENSCHIFF; Hieronimus Bosch ca. 1450-1416; http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Hieronimus_Bosch_011.jpg	9
Abb Nr. 03	moralkritisches Werk von Sebastian Brand; http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c3/Narrenschiff.jpg 21.05.2009 um 13:10	10
Abb Nr. 04	Sebastian Brant, Holzschnitt von 1590 aus Nicolaus Reußners Icones. http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/cc/Sebastian_Brant_1590.jpg	11
Abb Nr. 05	Attaque Demonique; http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/59/Richer_Attaque.jpg/180px-Richer_Attaque.jpg	12

I.II. DIE ERSTEN IRRENANSTALTEN

Abb Nr. 06	Melancholie; http://lexikon.freenet.de/images/de/3/3a/Melencolia_I.jpg	13
Abb Nr. 07	http://www.schizodoxe.com/docs/2008/02/trepanation2.jpg	14
Abb Nr. 08	Kaiser Josef II; www.dorotheum.com/fileadmin/old_srv/	15
Abb Nr. 09	Bedlam; http://www.sos.mo.gov/archives/exhibits/quest/images/bedlam.jpg	16

I.III. DIE PIONIERE

Abb Nr. 10	John Conolly (1794 - 1866); http://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/thumb/e/e4/	17
Abb Nr. 11	Philippe Pinel (1745–1826); http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e3/	17
Abb Nr. 12	Johann Christian Reil (1759 - 1813); http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/76/Johann_Christian_Reil_(1811).jpg	17

I.IV. DIE KRITIK

Abb Nr. 13	Pinel befreit die Kranken aus der Salpêtrière; Gemälde von Tony Robert-Fleury http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/12/Philippe_Pinel_à_la_Salpêtrière.jpg	18
Abb Nr. 14	Rotierende Maschine - um verworrene Gedanken in die richtige Richtung zu leiten; http://img11.abload.de/img/225997820c1fd60f783yx15.jpg	19

I.V. MICHEL FOUCAULT;

I.VI. ANTIPSYCHIATRIE

Abb Nr. 15	Antipsychoiatische Bewegung; http://media.de.indymedia.org/images/2008/11/231046.jpg	20
Abb Nr. 16	Michel Foucault (1926 - 1984); http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c8/	21
Abb Nr. 17	Thomas Szasz; http://www.oism.info/img/people/thomas_szasz.jpg	21
Abb Nr. 18	David Rosenhan http://www.collegeahuntsic.qc.ca/Pagesdept/Sc_Sociales/psy/introsite/images/rosenhan.jpg	22
Abb Nr. 19	http://www.antipsychoiatrie.de/	23

I.VII. ACKERBAUKOLONIEN;

I.VIII. FAMILIALE IRRENVERPFLEGUNG;

I.IX. STADTASYLE

Abb Nr. 20	Wilhelm Griesinger http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/d/db/Griesinger.jpg	24
Abb Nr. 21	NS-Propaganda Plakat; http://www.planet-wissen.de/pics/IEpics/portraet_plakat.jpg	25

I.X. EXCURS AKTION T4

Abb Nr. 22	Wilhelm Frick als Angeklagter bei den Nürnberger Prozessen, 1946 http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/76/Wilhelm_Frick_72-919.jpg	26
Abb Nr. 23	Aktion T4: Franz P. 1941 bei der Aufnahme in die „Kinderfachabteilung“ fotografiert	27

KAPITEL II

DIE ARCHITEKTUR

II.I. IRRENEINRICHTUNGEN IN GEFANGENENANSTALTEN;

II.II. FRANZÖSISCHE IRREANSTALTEN

Abb Nr. 24	Artikel von Dr. Schlager; Der heutiger Stand der öffentlichen Irrenfürsorge in Österreich (1868)	31
Abb Nr. 25	Baskülette; Schließtechnik; http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/2/2f/Basküle_(Schliesstechnik).jp	32

II.III. BAUPLATZ/GESAMTANLAGE;

II.IV. BAULICHE ERFORDERNIS UND GESAMTANORDNUNG;

II.V. GRUNDFORMEN DER GESCHLOSSENEN ANSTALTEN;

II.VI. ABMESSUNGEN, ANORNDUNG UND AUSRÜSTUNG

Abb Nr. 26	Typische Grundrisstypologien um 1900. Handbuch der Architektur, IV. Teil Entwerfen, Anlage und Einrichtung der Gebäude.	34
Abb Nr. 27	Prof. Günter Pfeiffer http://idw-online.de/pages/de/image93949	37
Abb Nr. 28	Radiale Anordnung; Ummwelten zur Wiederherstellung der Gesundheit S 227	38
Abb Nr. 29	Ein Korridor Anordnung; Ummwelten zur Wiederherstellung der Gesundheit S 227	38
Abb Nr. 30	Zwei Korridor Anordnung; Ummwelten zur Wiederherstellung der Gesundheit S 227	38

II.VII. REDUKTION UND DISTANZ (ZUR PSYCHOLOGIE IN DER ARCHITEKTUR) REINHARD HÜBSCH

Abb Nr. 31	Beruteilungsdimensionen von Kranenhäusern (Stern et al, 2003)	39
Abb Nr. 32	Handbuch der Architektur, IV. Teil Entwerfen, Anlage und Einrichtung der Gebäude.	41
Abb Nr. 33	Raumbedarf für eine psychiatrische Klinik ca. 60 Betten, eigenes Diagramm	42

II.VIII. RAUMPROGRAMM

Abb Nr. 34	Raumanordnung mit Sonnenzyklus, eigenes Diagramm	42
Abb Nr. 35	Abhängigkeit der Räume einer psychiatrischen Anstalt zueinander, eigenes Diagramm	44

II.IX. „BERECHNUNG DES GRUNDRISSSES“

Abb Nr. 36	Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994	45
------------	--	----

KAPITEL III BEISPIELE

III.I. KURZER ÜBERBLICK;

III.II. DER NARRENTURM

Abb Nr. 37	Narrenturm: A-1090 Wien; Uni – Campus / Spitalgasse 2; eigenes Foto	48
Abb Nr. 38	Grundriss Narrenturm; aus dem Buch: Der Narrenturm oder Die dunkle Seite der Wissenschaft, Alfred Stohl	49
Abb Nr. 39	Krankenbett, Narrenturm, eigenes Bild	50
Abb Nr. 40	Druckkammer, Narrenturm, eigenes Bild	50
Abb Nr. 41	Vermauerter Rundbogen/früherer Durchfahrt für Kutschen zum Wenden, Narrenturm, eigenes Bild	50
Abb Nr. 42	http://web.mac.com/mikelarsen1/The_Universal_Carceral/Welcome_files/	51
Abb Nr. 43	Panopticon I; http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/11/Panopticon.jpg	52
Abb Nr. 44	Modernes Panopticon; http://hp.kairaven.de/livejournal/bilder/17-09-06-middlesbroughcam.jpg	52
Abb Nr. 45	Panopticon II; http://jamblichus.files.wordpress.com/2009/04/panopticon.jpg	53
Abb Nr. 46	Grundriss Psychiatrische und Nervenlinik der Universität zu Halle a. S. Handbuch der Architektur, IV. Teil Entwerfen, Anlage und Einrichtung der Gebäude.	54

III.III. PSYCHIATRISCHE UND NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT ZU HALLE A. S.;

III.IV. VILLE ST.-ÉVRARD

Abb Nr. 47	Grundriss Ville St. Évrard; Nouv. annales de la confr. 1897, S. 165 u. Pl. 47-48	56
------------	--	----

III.V. IRRENHAUS DES STAATES KANSAS ZU TOPEKA

Abb Nr. 48	Halber Grundriss des Irrenhauses des Staates Kansas zu Topeka; Deutsche Bauz. 1878, S. 23	57
------------	---	----

III.VI. MAUER-ÖHLING

Abb Nr. 49	Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer (Früher Mauer-Öhling) http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/14/Amstetten_Mauer.Landeskrankenhaus_Hauptgebäude.JPG Autor: Movieevery	58
------------	--	----

III.VII. STEINHOF

Abb Nr. 50	Luftbild; Steinhof heute; Google Earth	59
Abb Nr. 51	Bau des Steinhofs 1904-1907; Elisabeth Koller-Glück; Otto Wagners Kirche am Steinhof	60
Abb Nr. 52	Detailbilder von Steinhof; www.flickr.com Benutzer: roetzi24	61

III.VIII. PSYCHIATRISCHE KLINIK IN HELSINGOR

Abb Nr. 53	Psychiatrische Klinik in Helsingor (Dänemark) Photo: PLOT=BIG + JDS, Kopenhagen	62
------------	---	----

III.IX. PSYCHIATRIEZENTRUM RHEINAU

Abb Nr. 54	Hofgang durch das Psychiatriezentrum Rheinau; DETAIL NR. 12, 2006	64
------------	---	----

III.X. CONCLUSIO

Abb Nr. 55	Psychiatriezentrum Rheinau DETAIL NR. 12, 2006	65
Abb Nr. 56	http://www.csisystems.at/oevp_bgld/images/Faecher.jpg	67

III.XI. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

DANKEN ...
möchte ich all jenen, die mir finanziell das Studium ermöglichten. Allen voran meinen Eltern, die mir sowohl passiv als auch aktiv das Konto aufbesserten,

meinen Geschwistern, die mir, wenn es wieder einmal eng wurde, den Kühlschrank gefüllt haben, und natürlich

meinen Lebensabschnittspartnern, die mir den einen oder andern 50er zugesteckt haben oder für mich Stunden vor dem Drucker verbrachten, um einen randlos zweiseitigen Druck zu produzieren!

Dem Architekten TOMM Fichtner sei Dank, dass ich auch einen Ein-

reichplan zeichnen kann, und meinem jetzigen Arbeitgeber, der Fa. Schloffer, die mich unermüdlich vom Dienst freistellte, um meine Diplomarbeit endlich zu Ende zu bringen...

...meinem Betreuer Univ.Prof. Dipl.-Ing. Dietmar Wiegand, der mich mit meiner halb angefangenen Diplomarbeit nicht im Stich gelassen hat....

und natürlich meinen Studienkollegen für die vielen unvergesslichen Momente während des Studiums.