

Die approbierte Originalversion dieser Diplom-/
Masterarbeit ist in der Hauptbibliothek der Tech-
nischen Universität Wien aufgestellt und zugänglich.

<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/eng>

ARCHITEKTUR UND PSYCHIATRIE

tttA

DER EINFLUSS DER ARCHITEKTUR AUF DIE STIGMATISIERUNG PSYCHIATRISCHER ANSTALTEN

TTTTTTTTTTTTTTTT

Steve Stigmayr
Wien
Oktober 2015



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN
Vienna University of Technology

DIPLOMARBEIT

Architektur und Psychiatrie

Der Einfluss der Architektur auf die Stigmatisierung psychiatrischer Anstalten

**ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades
eines Diplom-Ingenieurs / Diplom-Ingenieurin
unter der Leitung von**

Ao.Univ.Prof. Dipl.-Ing. Dr.techn. Sigrid Hauser

E253/4

Institut für Architektur und Entwerfen, Hochbau und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien

Fakultät für Architektur und Entwerfen

von

Steve Stiglmayr, BA

1128143

Wien, im Oktober 2015

Steve Stiglmayr

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich zur Drucklegung meiner Arbeit unter der Bezeichnung

Diplomarbeit

nur mit Bewilligung der Prüfungskommission berechtigt bin.

Ich erkläre weiters Eides statt, dass ich meine Diplomarbeit nach den anerkannten Grundsätzen für wissenschaftliche Abhandlungen selbstständig ausgeführt habe und alle verwendeten Hilfsmittel, insbesondere die zugrunde gelegte Literatur, genannt habe.

Weiters erkläre ich, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgend einer Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, im Oktober 2015

Steve Stiglmayr

Danksagung

Zunächst möchte ich mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Besonderen gilt dieser Dank Frau Prof. Sigrid Hauser, die diese Arbeit und somit auch mich betreut hat. In dieser Zeit stand Sie mir mit wertvollen Hinweisen stets zur Seite und verhalf mir mit kritischen Hinterfragen und konstruktiver Kritik zu einer gut durchdachten theoretischen Arbeit und vor Allem zu einer guten Entwurfsarbeit. Vielen Dank für die Geduld und Mühen.

Einen ganz besonderen Dank möchte ich meiner lieben Frau Claudia aussprechen, die mich immer wieder aufs Neue motiviert und stets an mich geglaubt hat. Außerdem gilt ihr ein besonderer Dank, da sie entscheidend zur Themenfindung der vorliegenden Arbeit beigetragen hat.

Desweiteren gilt ein besonderer Dank Frau Dr. Ingrid Sibitz und Prof. Dr. Richard Frey von der psychiatrischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Wien, sowie Prof. DDr. Peter Fischer vom Sozialmedizinischen Zentrum Ost - Donauspital Wien. Sie standen mir mit vielen wichtigen Informationen, sowohl in medizinischen Belangen als auch im Bezug zu der Problematik der Stigmatisierung zur Seite und ermöglichten mir einen detaillierten Einblick in verschiedene Stationen in deren psychiatrischen Abteilungen.

Außerdem möchte ich mich bei meinen guten Freunden Evi Schwarzmann und Sebastian Wilk bedanken, die durch ihre konstruktive Kritik und durch ihre Mithilfe entschieden zu einem Erfolg der Arbeit beigetragen haben.

Nicht zuletzt gebührt meiner Familie, sowie meinen Schwiegereltern Dank, da Sie während des Studiums nicht nur finanziell, sondern vor allem auch emotional immer für mich da waren. Besonderen Dank gilt an dieser Stelle meinem Schwiegervater Jakob Stiglmayr, der mir mit seinem umfangreichen Fachwissen in der Landschaftsarchitektur und auf dem Gebiet der Aromagärten bei dieser Arbeit mit Rat und Tat zur Seite stand.

Vielen Dank an Euch alle!

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	IX
Inhaltsverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XVI
Kurzfassung	XVIII
Abstract	XIX
1. Einleitung	2
1.1. Motivation	4
1.2. Zielsetzung	5
1.3. Fragestellung.....	5
1.4. Gliederung der Arbeit	6
2. Hintergründe und Entwicklung.....	10
2.1. Geschichtliche Entwicklung.....	10
2.1.1. Von Altertum und Mittelalter bis Ende des 18. Jahrhunderts	11
2.1.2. Entwicklung seit Ende des 18. Jahrhunderts.....	12
2.1.3. Psychiatrie zur Zeit des Nationalsozialismus.....	21
2.1.4. Situation nach 1945 und die Reformen.....	24
2.1.5. Psychiatrie im 21. Jahrhundert.....	25
2.2. Das Stigma im 21. Jahrhundert	27
2.2.1. Öffentliche Stigmatisierung.....	28
2.2.2. Stigmatisierung in Medien	29
2.2.3. Selbststigmatisierung	31
2.2.4. Strukturelle Diskriminierung	32
2.3. Zukünftige Erwartungen und Bedürfnisse	33
3. Krankheitsbilder und Therapie	38
3.1. Diagnose	40
3.1.1. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	44
3.1.2. Affektive Störungen (F30-F39)	45
3.1.3. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).....	45
3.1.4. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29).....	46
3.1.5. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	47
3.1.6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	47
3.2. Therapie	48
3.2.1. Elektro-Krampf-Therapie.....	48

3.2.2.	Zwangsbehandlung.....	49
3.2.3.	Biopsychosozialen Therapie	50
3.2.4.	Prävention	51
4.	Architektonische und psychologische Einflüsse auf den Stigmatisierungsprozess.....	54
4.1.	Geographische Lage	55
4.2.	Äußere Erscheinung	57
4.3.	Freibereiche und Therapiegärten.....	58
4.4.	Stationsbereich	59
4.5.	Patientenzimmer.....	60
4.5.1.	Aneignung und Umweltkontrolle	61
4.5.2.	Rückzugsmöglichkeit und Privatsphäre.....	62
5.	Planungsspezifische Anforderungen	66
5.1.	Sicherheit und Suizidprävention	67
5.1.1.	Definitionen	67
5.1.2.	Suizidhäufigkeit	69
5.1.3.	Suizidprävention in der Psychiatrie	71
5.2.	Struktur und Organisation.....	73
5.2.1.	Räumliche Beziehungen	74
5.2.2.	Orientierungssystem	77
5.2.3.	Effiziente Wege	78
5.3.	Innenräume und Einrichtung	78
6.	Gebaute Beispiele.....	82
6.1.	Otto-Wagner-Spital Wien.....	84
6.2.	Zentrum für Psychiatrie Friedrichshafen.....	88
6.3.	Zentrum für seelische Gesundheit Neuss	92
6.4.	Helsingør Psychiatric Hospital	96
6.5.	Tuberkulosesanatorium Paimio	100
7.	Entwurfsgrundstück	106
7.1.	Historische Entwicklung	108
7.1.1.	Die Planungs- und Bauphase (1901 - 1907).....	108
7.1.2.	Im Wandel der Zeit	114
7.2.	Makroumgebung.....	118
7.3.	Mikroumgebung.....	122
8.	Entwurf	128
8.1.	Leitidee.....	128
8.1.1.	Bewegung	130
8.1.2.	Belichtung.....	130
8.1.3.	Natur.....	132
8.2.	Städtebauliche Eingliederung	134
8.3.	Konzept	136
8.4.	Grundrisse	140

8.5.	Schnitte	156
8.6.	Ansichten	168
8.7.	Bereichsausschnitte	174
8.7.1.	Cafe/Ausstellung	176
8.7.2.	Foyer.....	180
8.7.3.	Verwaltung	186
8.7.4.	Station	188
8.7.5.	Patientenzimmer	194
8.7.6.	Innenhof.....	196
Anhang.....		200
	Literaturverzeichnis.....	202
	Abbildungsquellen.....	207
	Kapitelbilder unbearbeitet.....	210

Abbildungsverzeichnis

Abb 1 - "Gabbia di matti" (Narrenkäfig), Giuseppe Maria Mitelli, 1684 (Bild nachbearbeitet).....	1
Abb 2 - "The Interior of Bedlam" from A Rake's Progress, William Hogarth, 1763 (Bild nachbearbeitet)	9
Abb 3 - Außenansicht (oben)	15
Abb 4 - Krankenbett (mitte-links)	15
Abb 5 - Druckkammer (mitte)	15
Abb 6 - ehemalige Durchfahrt für Kutschen	15
Abb 7 - Lageplan Alservorstadt mit AKH um 1830.....	15
Abb 8 - Teilschnitt / -grundriss Panopticon, 1791.....	17
Abb 9 - Ansicht Narrenturm	17
Abb 10 - Grundrisse Narrenturm	17
Abb 11 - relativ verbundene Struktur	19
Abb 12 - panoptische Struktur	19
Abb 13 - lineare Struktur	19
Abb 14 - Hofstruktur	19
Abb 15 - Pavillonstruktur	19
Abb 16 - Beileidsschreiben an.....	23
Abb 17 - Anzahl Krankenhausbetten in der Psychiatrie je 100.000 Einwohner nach einer Statistik der WHO 2013	26
Abb 18 - Zwei-Faktoren-Theorie von Stigma	32
Abb 19 - Portrait von Sigmund Freud, Ferdinand Schmutzer, um 1900 (Bild nachbearbeitet)	37
Abb 20 - Beispiele für Elemente des psychiatrischen Versorgungssystems nach Glasow, 2011.....	39
Abb 21 - Historische Entwicklung der internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen nach Bastine, 1998	41
Abb 22 - Unterteilung der psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10-GM	41
Abb 23 - Anteil der Diagnosegruppen vollstationäre Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser in Deutschland 2011	43
Abb 24 - Anteil ausgesuchter Diagnosegruppen vollstationäre Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser im Vergleich in Österreich und Deutschland 2010	43
Abb 25 - Verwaltungsbau des Gardloch Asylum in Glasgow, Großbritannien, Rob Cartwright, 2012 (Bild nachbearbeitet)	53
Abb 26 - Informationsaustausch zwischen Individuum, sozialer und räumlicher Umwelt.....	54
Abb 27 - Relativity, M. C. Escher, 1953 (Bild nachbearbeitet)	65
Abb 28 - Sterbezahlen durch Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD-10 X60-X84).....	70
Abb 29 - Orte der Kliniksuizide	71
Abb 30 - Zusammenhang Struktur und Orientierung	73
Abb 31 - Anordnung der Therapiebereiche	75
Abb 32 - Luftbild Helsingør Psychiatric Hospital, Dänemark, BIG, 2005 (Bild nachbearbeitet)	81
Abb 33 - Verwaltungspavillon	85
Abb 34 - Kirche am Steinhof	85
Abb 35 - Pavillon 3	85
Abb 36 - Lageplan mit Höhenlinien	87

Abb 37 - Grundriss Pavillon 25	87
Abb 38 - Schnitt (Pavillon nicht bekannt)	87
Abb 39 - Außenaufnahme	89
Abb 40 - Patientenhof	89
Abb 41 - Foyer	89
Abb 42 - Lageplan	91
Abb 43 - Grundriss EG.....	91
Abb 44 - Grundriss 1. OG	91
Abb 45 - Außenaufnahme	93
Abb 46 - Innenhof.....	93
Abb 47 - Foyer	93
Abb 48 - Lageplan	95
Abb 49 - Grundriss.....	95
Abb 50 - Schnitt	95
Abb 51 - Luftaufnahme.....	97
Abb 52 - Stationsflur.....	97
Abb 53 - Lichthof	97
Abb 54 - Lageplan	99
Abb 55 - Grundriss 1. OG (links)	99
Abb 56 - Grundriss EG (rechts)	99
Abb 57 - Konzept	99
Abb 58 - Patienten- und Liegeflügel (heute)	101
Abb 59 - Patienten- und Liegeflügel (1933).....	101
Abb 60 - Detail Treppenhaus.....	101
Abb 61 - Dachterrasse (1933).....	101
Abb 62 - Dachterrasse (heute)	101
Abb 63 - Lageplan	103
Abb 64 - Grundriss.....	103
Abb 65 - Schnitt Patienten- und Liegeflügel.....	103
Abb 66 - Aufriss Paimio Sessel.....	103
Abb 67 - Paimio Sessel.....	103
Abb 68 - Foto Grundstück, Bestandszufahrt (Bild nachbearbeitet).....	105
Abb 69 - Blick von Süd-Ost	107
Abb 70 - Blick von Nord-West	107
Abb 71 - Weitblick über Wien	107
Abb 72 - Bau der ersten Pavillons.....	111
Abb 73 - Patientenpavillon	111
Abb 74 - Wirtschaftspavillons.....	111
Abb 75 - Luftbild der Anlage.....	115
Abb 76 - Sporttherapieraum	115
Abb 77 - Badezimmer	115
Abb 78 - Pavillon 14.....	117
Abb 79 - Pavillon 9.....	117
Abb 80 - Theater.....	117
Abb 81 - Übersicht Wien	120

Abb 82 - Übersicht Baumgartner Höhe	124
Abb 83 - Visualisierung, Außenperspektive (Bild nachbearbeitet)	127
Abb 84 - Perspektive Vorplatz - Cafe / Ausstellung	129
Abb 85 - Möbiusband	131
Abb 86 - Guggenheim New York,.....	131
Abb 87 - Foyer Guggenheim NY.....	131
Abb 88 - House Fallingwater,.....	133
Abb 89 - Juvet Landscape Hotel,.....	133
Abb 90 - Cluny House,.....	133
Abb 91 - Perspektive Vorplatz - Hauptzugang Klinik.....	154
Abb 92 - Perspektive Fassade	156
Abb 93 - Perspektive Cafe.....	178
Abb 94 - Perspektive Ausstellung	179
Abb 95 - Perspektive Foyer EG	182
Abb 96 - Perspektive Foyer von Hofgalerie	183
Abb 97 - Perspektive Ausstellung	184
Abb 98 - Perspektive Verwaltung	187
Abb 99 - Perspektive Station - Bewegungszone	190
Abb 100 - Perspektive Station - Stützpunkt / Zugang.....	191
Abb 101 - Perspektive Station - Bewegungszone / Speisebereich	192
Abb 102 - Perspektive Station - Rückzugsraum	193
Abb 103 - Perspektive Patientenzimmer	195
Abb 104 - Perspektive Innenhof	197
Abb 105 - Perspektive Innenhof von oben	197
Abb 106 - „Melencolia I“, Albrecht Dürer, 1514 (Bild nachbearbeitet)	197

Abkürzungsverzeichnis

AKH	Allgemeines Krankenhaus
BHKW	Blockheizkraftwerk
Can.	Canon
CT	Computertomographie
DSM	Diagnostische und Statistische Manual
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
EPH	Evidenzbasiertes Planungshandbuch
frz.	französisch
ICD	International Statistical Classification of Diseases
KWK	Kraft-Wärme-Kopplung
LKH	Landeskrankenhaus
MRT	Magnetresonanztomographie
ÖNORM	Österreichische Normen
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
TU	Technische Universität
WHO	World Health Organization (dt. Weltgesundheitsorganisation)
WPA	World Psychiatric Association

Kurzfassung

Die Psychiatrie, ein Teilgebiet der modernen Medizin und nicht weniger wichtig als andere medizinische Fachgebiete, leidet schon seit jeher unter Ausgrenzung und wird assoziiert mit Angst, Gewalt und Unheilbarkeit - Ein Stigma unter dem Patienten, aber auch deren Angehörige immer wieder zu leiden haben. Doch nicht nur psychisch kranke Personen selbst werden mit einem Stigma belegt, auch die entsprechenden Einrichtung rufen häufig negative Assoziationen in der Bevölkerung hervor. Diese negativen Assoziationen gegenüber psychiatrischen Heileinrichtungen führen bei Patienten nicht selten zu einer ablehnenden Haltung stationären Aufenthalten gegenüber.

Diese Arbeit unternimmt den Versuch dieses Stigma, innerhalb der Möglichkeiten die die Architektur bietet zu entschärfen und positive Impulse aufzuzeigen. Im Vordergrund steht die Frage: Wie kann die Architektur einer Stigmatisierung der Psychiatrie entgegen wirken? Anhand einer Darstellung der historischen Entwicklung, bei der auch der Umgang mit den psychisch Erkrankten in den jeweiligen Epochen betrachtet wird, wird die architektonische Veränderung der psychiatrischen Kliniken im Laufe der Zeit untersucht. Desweiteren werden die Bedürfnisse der Patienten, die einen direkten Einfluss auf die planerische Gestaltung des Entwurfs haben, aufgrund einer kurzen Beschreibung der häufigsten psychiatrischen Krankheitsbilder in stationären Einrichtungen, beleuchtet. Eine Vielzahl an planerischen Anforderungen, Methoden und Instrumenten der Gestaltung erfassen und vermitteln die Komplexität hinter einer psychiatrischen Einrichtung. Es scheint notwendig, sich bei der Planung einer psychiatrischen Klinik von planerischen Grundlagen allgemeiner Kliniken teilweise zu lösen um die Anforderungen, die an eine moderne psychiatrische Einrichtung gestellt werden, nachzukommen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, neue Prozesse und Denkweisen im Bezug auf die Gestaltung einer Klinik anzuregen und dadurch das Bewusstsein und die Wahrnehmung für die Thematik der Psychiatrie zu schärfen. Die Arbeit hat die Aufgabe der Vermittlung neuer gestalterischer Ansätze für zukünftige Entwicklungen und Planungen, um die Psychiatriearchitektur und im Idealfall auch ihrer Nutzer, von ihrem anhaftendem Stigma zu erlösen und in Folge dessen die Barriere zwischen der Öffentlichkeit und der Psychiatrie zu durchbrechen.

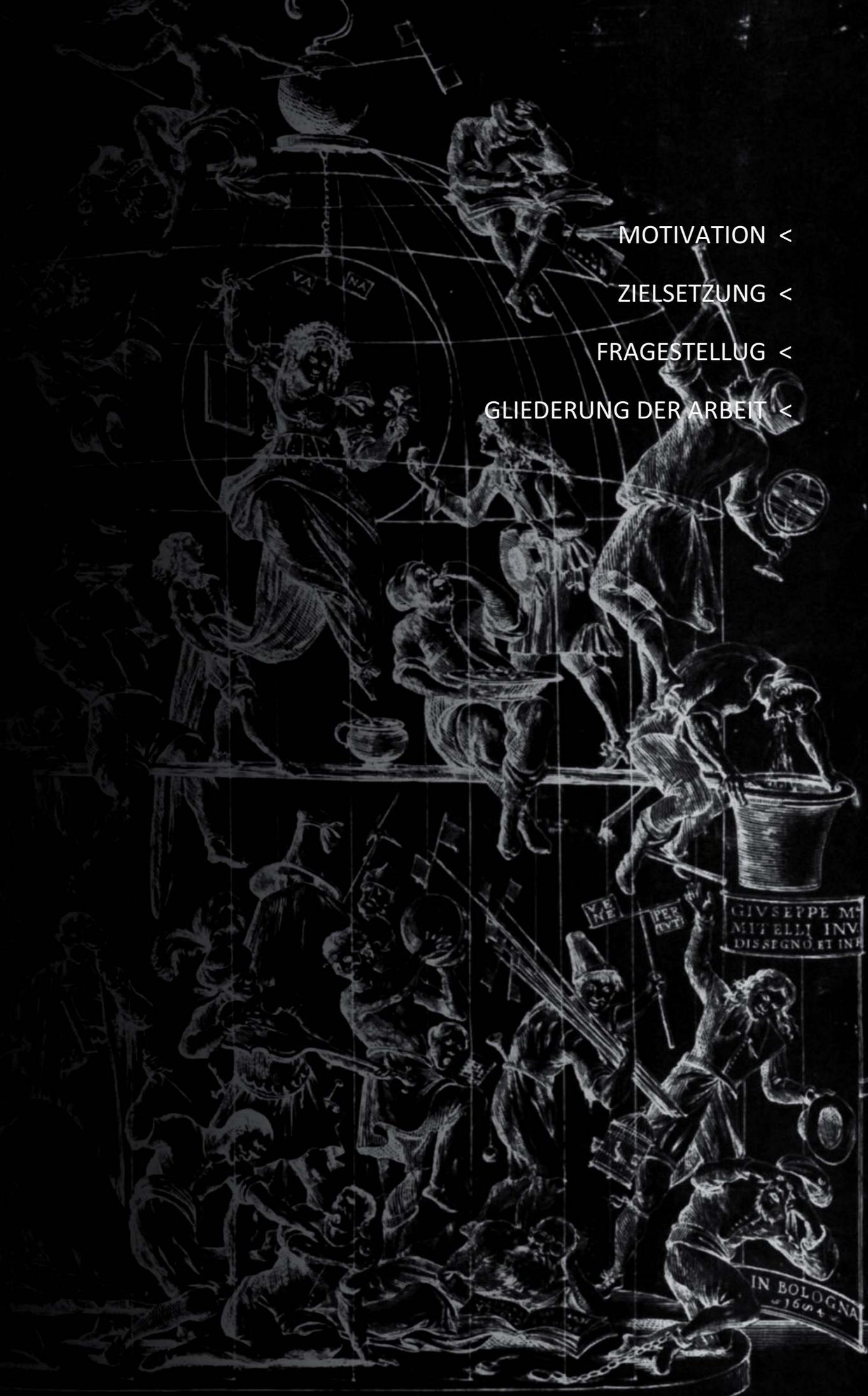
Abstract

Psychiatry, a branch of modern medicine and no less important than other medical specialties, has always been suffering from exclusion and is associated with fear, violence and incurability - stigmatises the patients and their relatives even more. These negative associations towards psychiatric facilities often lead patients to a negative attitude towards hospitalizations.

This work is an attempt to defuse this stigmatisation within the possibilities offered by architecture and so to show a positive momentum. One main question is to be asked: How can the architecture of a psychiatric facility work against the stigma? Based on a description of the historical development, in which the handling of the mentally ill over the different periods is considered, the architectural change in psychiatric hospitals is being investigated over time. Furthermore, the needs of patients, which drive the planning design of the draft, due to a brief description of the most common psychiatric illnesses in a hospital, are being highlighted. A plurality of planning requirements, methods and instruments of design and convey the complexity behind a psychiatric facility. When planning a psychiatric clinic it seems necessary, to step away from from planning fundamentals of general hospitals to find more suitable solutions for a contemporary modern facility.

The aim of this work is to stimulate new processes and ways of thinking in terms of the design of a ratchet and thereby raise awareness and perception of the subject matter of psychiatry. The work provide new creative approaches for future planning to redeem the architecture of psychiatry and their users of the adhering stigma to break the barrier between the public and psychiatry.

EINLEITUNG



MOTIVATION <

ZIELSETZUNG <

FRAGESTELLUNG <

GLIEDERUNG DER ARBEIT <

KAPITEL 1

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema „Architektur und Psychiatrie - Die Architektur von psychiatrischen Anstalten und deren Einfluss auf die Stigmatisierung in der Gesellschaft“ und wurde im Rahmen der Diplomprüfung am Institut für Hochbau und Entwerfen an der Technischen Universität (TU) Wien bearbeitet und in Folge eingereicht. In dieser Arbeit soll untersucht werden was die Gründe der vorurteilbehafteten Einstellung gegenüber psychisch Kranken, sowie psychiatrischen Anstalten sind und in wieweit die architektonische Organisation und Gestaltung einen Einfluss darauf nehmen kann.

Die Psychiatrie stellt in der Architektur eine besondere Aufgabe dar. Dies gilt nicht nur für die planenden Architekten und Techniker, sondern verlangt auch von Politik, Medizin und Gesellschaft ein hohes Maß an Beteiligung. Insbesondere für die Patienten ist eine, auf allen Ebenen, gut überlegte Planung - ob Neu- oder Umbau - von größter Wichtigkeit, da sie sich in einer psychischen Ausnahmesituation befinden und ihre ganze Kraft in eine erfolgreiche Therapie legen können sollten. An dieser Stelle versagt das System jedoch. Neben der eigenen Erkrankung stehen die Patienten oftmals noch einem Stigma gegenüber, das von außerhalb des therapeutischen Umfeldes, aber auch von ihnen selbst ausgehend, auf sie einwirkt und dadurch eine Heilung verzögert oder gar zunichtemacht. Eine Problematik, der noch immer - trotz steigender Fallzahlen - eine viel zu geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird. So ist trotz der hohen Anforderungen an die Planaufgabe der Psychiatrie diese schon seit Jahrzehnten stark unterrepräsentiert. „Die baurechtlichen Vorgaben zur Planung psychiatrischer Einrichtungen stammen ausschließlich aus dem allgemeinen Baurecht bzw. dem Krankenhausbau, so dass die [...] spezifischen Anforderungen der Psychiatrie rechtlich nicht verankert sind.“¹

¹ Glasow, 2011, S. 1

Die vorliegende Arbeit soll sich mit der Problematik der Stigmatisierung näher auseinander setzen. Hierfür ist zunächst eine Untersuchung der historischen Gegebenheiten - aus medizinischer, wie auch architektonischer Sicht - notwendig, um zu verstehen, was zur aktuell noch immer negativ belasteten Einstellung gegenüber psychisch Kranken geführt hat. Die aktuelle Situation, sowie die Aussichten für die Zukunft finden Einzug in die Arbeit und werden genauer beleuchtet.

Als Einstieg in das Thema und als weitere Quellensammlung dienten zunächst die Bücher „Architektur für den Wahnsinn“ von Jens Fehlauer, sowie das Planungshandbuch „EPH Psychiatrie“ von universalRAUM - Institut für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen GmbH. Im Buch „Architektur für den Wahnsinn“ beschäftigt sich Jens Fehlauer mit der Geschichte der Land-Irren-Anstalt Neustadt-Eberswalde, die 1862-1865 vom deutschen Architekten Martin Gropius geplant wurde. Dabei geht der Autor zunächst auf die geschichtlichen Hintergründe ein und gibt somit einen ersten Einblick in die Wechselwirkung zwischen Architektur und Psychiatrie.

Die Geschäftsführerin der universalRAUM GmbH und Autorin des Planungshandbuches "EPH Psychiatrie" Dr. Nadine Glasow beschäftigt sich bereits seit einigen Jahren mit der Architektur von Psychiatrien und promovierte zum Thema "Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen" an der TU Dresden. Die Dissertation, sowie das Planungshandbuch von Dr. Glasow wurde im Laufe der Bearbeitung und Datenrecherche ebenfalls in die Quellensammlung aufgenommen.

Da sich das Buch „Architektur für den Wahnsinn“ nur mit der deutschen, bzw. preußischen Geschichte der Psychiatrie befasst und dabei den Schwerpunkt stark auf die politische Entwicklung legt, wurde das Buch „Chronik der Wiener Krankenanstalten“ von Karl Heinz Tragl herangezogen, um auch die historischen Entwicklungen in Österreich zu erfassen. Das Hauptaugenmerk des Buches legte der Autor auf die Geschehnisse und Entwicklungen der Psychiatrie im Zeitraum von Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Beginn des 1. Weltkrieges, in dem auch die 1. und 2. Wiener medizinischen Schulen entstanden.

Für die Bearbeitung wurden neben den bereits genannten Büchern noch das zweibändige Werk von Philipp Meuser „Handbuch und Planungshilfe Krankenhausbauten / Gesundheitsbauten“ herangezogen, das neben einer kompakten allgemeinen theoretischen Übersicht auch eine Vielzahl an aktuellen Beispielen realisierter Bauten, sowie einen Einblick in die rechtlichen Rahmenbedingungen eines Krankenhausbaus bietet.

Für die Bearbeitung wurden als historische Beispiele der Narrenturm am Gelände des alten AKH in Wien, sowie die Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ - heutiges Otto-Wagner-Spital -, die sich ebenfalls in Wien befindet gewählt. Desweiteren wurde das ehemalige Tuberkulosesanatorium im finnischen Paimio gewählt. Als aktuelle Beispiele sollen das in Deutschland am Bodensee befindliche Zentrum für Psychiatrie Friedrichshafen, das Zentrum für seelische Gesundheit in Neuss, sowie die psychiatrische Klinik in dänischen Helsingør vorgestellt werden.

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Schwerpunkt auf die planungsrelevanten Möglichkeiten einer Entstigmatisierung gelegt. Dabei wird unter anderem die architektonische Gestaltung, die Organisation einer Anstalt und die therapeutische Umgebung betrachtet, bewertet und gegebenenfalls mögliche Alternativen aufgezeigt. Für die Bearbeitung werden wichtige Einflüsse wie die Suizidprävention sowie die baurechtlichen Rahmenbedingungen als Grundlage herangezogen.

1.1. Motivation

Die Motivation meine Masterarbeit diesem Thema zu widmen erhielt ich dadurch, dass sich psychische Erkrankungen auch in meinem sozialen Umfeld finden lassen. Dadurch entstand bereits vor einiger Zeit die Idee mich näher mit der Thematik zu beschäftigen. Durch das geweckte Interesse an psychischen Erkrankungen stieß ich immer häufiger auf Artikel und Anzeigen in Tageszeitungen, Zeitschriften und im Internet. Hinzu kamen verschiedene Dokumentationen über das Leben erkrankter Personen oder auch den Alltag in einer psychiatrischen Heileinrichtung. Dabei fiel mir immer wieder auf, wie gering teilweise die Akzeptanz gegenüber einer psychischen Erkrankung aber auch einer Klinik ist. Außerdem erschien es mir, dass der Wissensstand oft weit dem aktuellen Stand hinterher ist. Ganz gleich ob in Kinofilmen, in TV-Sendungen oder Romanbüchern, immer öfter bemerkte ich eine

Abneigung oder eine Ausgrenzung psychisch labiler Menschen. Nur selten konnte ich eine positive Darstellung erkennen. Im Gegenteil, Vorurteile wie Gewalttätig, Gefährlich und Unberechenbar kommen immer wieder in Verbindung mit psychisch erkrankter Personen auf. Das stetig wachsende Interesse und das daraus resultierende Wissen über psychiatrische Themengebiete lies mich bewusster und aufmerksamer im Alltag werden. Schnell bemerkte ich mit wie vielen Vorurteilen sich Betroffene täglich konfrontiert sehen. Es stellte sich für mich die Frage nach einem Zusammenhang zwischen diesen Vorurteilen und der Architektur psychiatrischer Einrichtungen, und inwiefern sich dadurch eine Stigmatisierung vermindern ließe.

1.2. Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit soll es sein, Möglichkeiten aufzuzeigen, in welcher Art und Weise die Architektur einer Stigmatisierung psychiatrischer Anstalten und deren Patienten entgegenwirken kann. Um dieses Ziel zu erreichen, war es zunächst nötig die theoretischen Grundlagen aufzuarbeiten. Vertiefend werden in dieser Arbeit auch die grundlegenden Anforderungen an ein psychiatrische Einrichtung erarbeitet. Anhand von gebauten Beispielen aus Österreich, Deutschland und Nordeuropa werden verschiedene Lösungsansätze aufgezeigt und miteinander verglichen. Abschließend wird aus den erarbeiteten Ergebnissen ein eigener Entwurf erstellt.

1.3. Fragestellung

Wie kann speziell die Architektur, neben z.B. politischen Aspekten, einen positiven Einfluss auf die allgemeine Akzeptanz einer psychiatrischen Klinik, sowie deren Patienten ausüben?

1.4. Gliederung der Arbeit

Folgend werden die Kapitel dieser Arbeit kurz umrissen, um einen inhaltlichen Überblick zu schaffen.

Die Kapitel 2 und 3 sollen eine allgemeine Grundlage über das Thema Psychiatrie schaffen. Im 2. Kapitel werden die geschichtlichen Hintergründe und Entwicklungen rund um die Psychiatrie kurz aufgearbeitet. Dabei werden wichtige Geschehnisse, Fortschritte und Reformen aber auch Rückschritte von der Antike, über das Mittelalter, dem 3. Reich bis Anfang des 21. Jahrhunderts vorgestellt. Außerdem werden verschiedene Formen der Stigmatisierung und Diskriminierung dargelegt. Das Kapitel 3 behandelt die Krankheitsbilder (nach ICD - International Statistical Classification of Diseases) sowie verschiedene Therapieformen, wobei nur die häufigsten Krankheitsbilder und die wichtigsten Therapie- und Behandlungsformen vorgestellt werden.

Die Kapitel 4 und 5 beinhalten die architektonischen Grundlagen im Bezug auf psychiatrische Heileinrichtungen. Im 4. Kapitel werden die architektonischen und psychologischen Einflüsse auf eine Stigmatisierung untersucht. Dabei liegt das Hauptaugenmerk vor allem auf den gestalterischen Einflüssen der Räume, Freibereiche und der nahegelegenen Umgebung. Nachdem im Kapitel 4 die gestalterischen Mittel behandelt wurden, widmet sich das 5. Kapitel den planungsspezifischen Anforderungen, die an eine psychiatrische Klinik gestellt werden. Dabei geht es im speziellen um sicherheitsrelevante, suizidpräventive sowie strukturelle und organisatorische Anforderungen an eine Psychiatrie.

In Kapitel 6 werden fünf gebaute Kliniken als Beispiele zur näheren Betrachtung herangezogen. Dabei werden sowohl aktuelle - nach dem Jahre 2000 eröffnete - psychiatrische Kliniken, sowie eine historische Anlage - um 1900 eröffnet - vorgestellt. Desweiteren wird ein ehemals als Tuberkulosesanatorium geplanter Gebäudekomplex aus dem 1930er Jahren vorgestellt, bei dem die heilungsfördernde Gestaltung der Patientenbereiche im Vordergrund lag.

Die Kapitel 7 und 8 beinhalten den Entwurf einer psychiatrischen Einrichtung, bei der die ausgearbeiteten theoretischen Aspekte umgesetzt wurden. Im 7. Kapitel wurden die Grundlagen für den eigentlichen Entwurf erarbeitet. Dabei geht es um

die Wahl eines geeigneten Grundstückes sowie eine nähere Betrachtung hinsichtlich der geschichtlichen Geschehnisse des gewählten Ortes. Das 8. und letzte Kapitel beinhaltet den Entwurf selbst. Dazu gehört die, dem Entwurf zugrunde liegende Leitidee und ein Konzept, sowie sämtliche Planunterlagen (Grundrisse, Ansichten, Schnitte, usw.), die durch visuelle Darstellungen des Gebäudes ergänzt werden.

HINTERGRÜNDE
UND
ENTWICKLUNG

GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG <

DAS STIGMA IM 21. JAHRHUNDERT <

ZUKÜNFTIGE ERWARTUNGEN UND BEDÜRFNISSE <

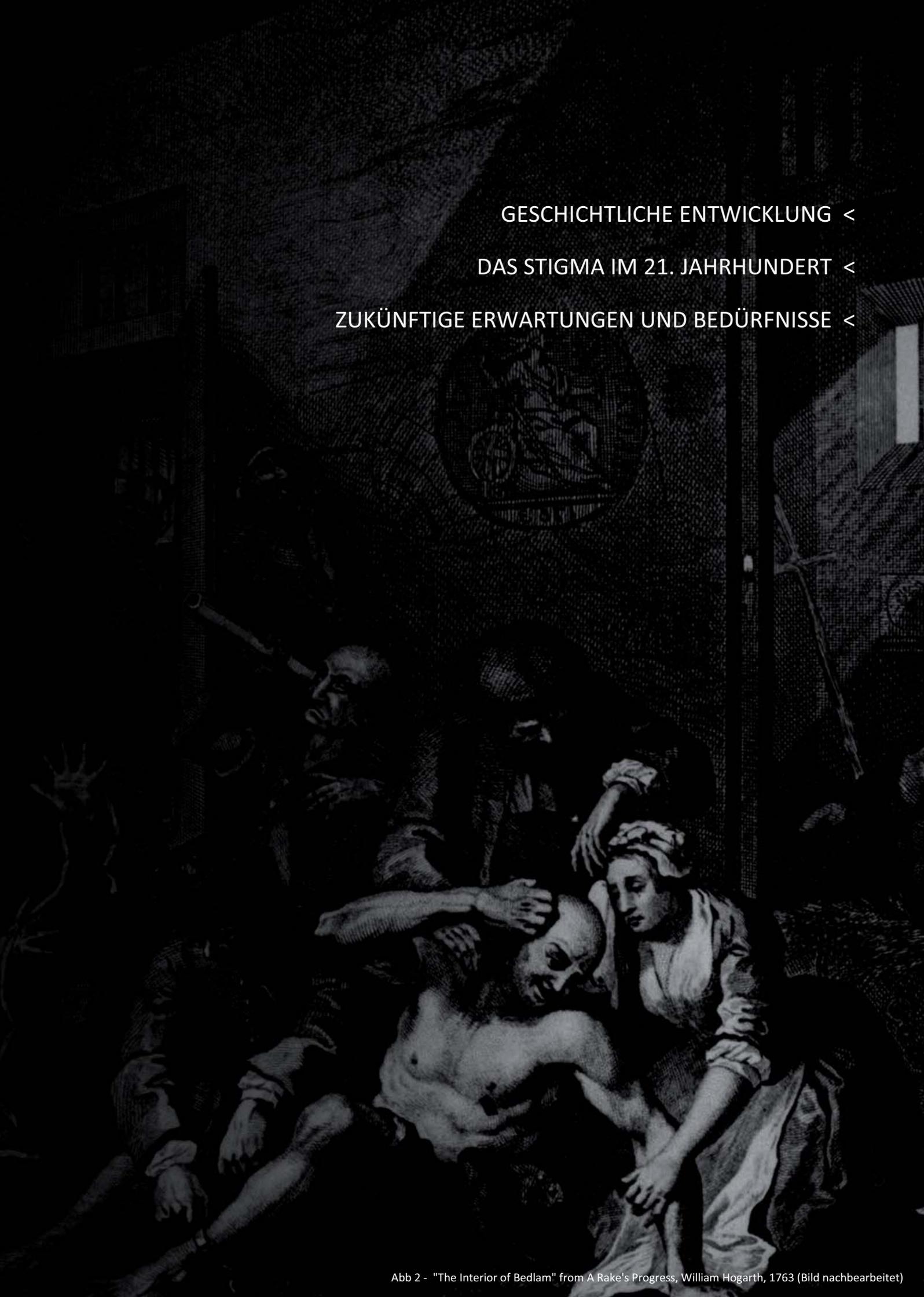


Abb 2 - "The Interior of Bedlam" from A Rake's Progress, William Hogarth, 1763 (Bild nachbearbeitet)

KAPITEL 2

2. Hintergründe und Entwicklung

Der Begriff der Psychiatrie stammt aus dem Griechischen und setzt sich aus den griechischen Begriffen *psūchē* (dt. Seele), sowie *iatreía* (dt. das Heilen) zusammen und beschreibt „ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Erkennung und Behandlung seelischer Störungen (Psychosen, Neurosen u. a. seelischen Krankheiten) befasst. Entsprechend der Vielfalt der vorkommenden psychischen Störungen und deren menschlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen gibt es viele verschiedene Spezialgebiete in der Psychiatrie: klinische Psychiatrie, forensische (gerichtliche) Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie u. a. Andere Unterteilungen beziehen sich auf die (überwiegende) Art der psychiatrischen Arbeit: Anstaltspsychiatrie, Psychotherapie, Pharmakopsychiatrie (Behandlung mit speziellen Arzneimitteln, den Psychopharmaka) oder auf die theoretischen Grundlagen: anthropologische Psychiatrie, endokrinologische Psychiatrie und Psychosomatik, Psychohygiene, Psychopathologie, biologische Psychiatrie, Ethnopsychiatrie [...]“²

2.1. Geschichtliche Entwicklung

Um die Stigmatisierung, die Ausgrenzung und vorurteilbehaftete Haltung, die nach wie vor in unserer Gesellschaft präsent ist, zu verstehen und dieser zukünftig entgegen wirken zu können, ist ein Blick in die Vergangenheit notwendig. Im Folgenden soll die Entwicklung der Psychiatrie, sowohl aus medizinischer wie auch architektonischer Sicht, betrachtet werden. Dabei soll der Fokus auf die geschichtlichen Vorgänge in Österreich und Deutschland gelegt werden, aber auch darüber hinaus die wichtigsten Geschehnisse auf internationaler Ebene angerissen werden.

² Definition für "Psychiatrie" im wissen.de Lexikon , verfügbar unter: <http://www.wissen.de/lexikon/psychiatrie?keyword=psychiatrie> (11.11.2013)

2.1.1. Von Altertum und Mittelalter bis Ende des 18. Jahrhunderts

Die Geschichte der Psychiatrie ist gekennzeichnet von gesellschaftlicher Ausgrenzung, Abschottung und Isolierung. Dennoch finden sich in der Geschichte auch andere Ansichten und Verhaltensweisen. In der griechischen Antike - laut ACKERKNECHT (1985) der Ursprung der wissenschaftlichen Medizin und somit auch der Geschichte der Psychiatrie³ - galt die Epilepsie als eine heilige Krankheit und fand damit auch viel Beachtung in der griechischen und später auch in der römischen Wissenschaft. In der islamischen Welt kommt dem psychisch Kranken eine besondere Rolle zu. Bereits im 13. Jahrhundert entstanden Hospitäler in Kairo, in denen Kranke aufgenommen und ein Art Seelenkur erhalten haben. Krankheit und Leid wird im Islam als Prüfung für das eigene Gottvertrauen und die Standhaftigkeit verstanden, aber auch als Prüfung des Mitgefühls und der Sorge für andere, die leiden. Es werden dadurch Sünden getilgt, aber auch die Belohnung im nächsten Leben wird für die, die hier schwer geprüft werden, großartig sein. In vielen Hochkulturen und Naturvölkern ging man davon aus, dass psychisch Kranke „guten“ oder „bösen“ Mächten schutzlos ausgeliefert sind.⁴

Im christlichen Mittelalter (ca. 5. bis Ende 15. Jahrhundert) verfolgte man die Ansicht, dass satanische Einflüsse die Ursache von seelischen Störungen und Wahnsinn darstellt. Daraus folgte die Annahme, dass eine mögliche Therapie die Durchführung eines Exorzismus (religiöses Ritual um den Teufel oder Dämon aus einer "besessenen" Person auszutreiben) sei. Um eine räumliche Nähe zur Kirche sicher zu stellen - in erster Linie oblag der Kirche die Pflege und Behandlung psychisch Kranker -, die einen positiven Einfluss auf die Kranken haben sollte, wurden im frühen Mittelalter Irrenherbergen in unmittelbarer Umgebung einer Kirche oder eines Klosters errichtet, die jedoch keine spezifische Architektur aufwiesen und nur der Unterbringung dienten.⁵ Neben der Unterbringung in einer kirchlichen Einrichtung blieben „Die meisten psychisch Kranken freilich [...] im Verband der eigenen Großfamilie, in Pflege oder sonst wie in der Dorfgemeinschaft“⁶ Neben der „Behandlung“ mittels Exorzismus entstand zur gleichen Zeit der Glaube an die heilende Wirkung von Reliquien (Gegenstand

³ Vgl. Ackerknecht, 1985, S. 10

⁴ Vgl. Meuser, Labryga, Pawlik, & Schirmer, 2011, S. 27

⁵ Glasow, 2011, S. xx

⁶ Dörner & Plog, 1990, S. 462

religiöser Verehrung). Im kleinen belgischen Wallfahrtsort Gheel flehten Pilger am Grab der irischen Königstochter Dymphna um Hilfe für ihre geisteskranken Angehörigen. Zu Beginn des 15. Jahrhunderts entstanden in Deutschland und Frankreich erste Domspitäler, in denen jedoch nur leichte Erkrankungsfälle, sogenannte „harmlose Irre“, aufgenommen wurden. „Unruhige und aggressive Kranke wurden allerdings in die Stadttore gesperrt oder vor die Stadt in eigens dafür aufgestellte Holzkisten verbracht.“⁷ Im Hoch- und vor allem im Spätmittelalter kam es im Rahmen der Inquisition zu tausendfachen Tötungen von psychisch Kranken. Die Ketzergesetze, die im 13. Jahrhundert entstanden, erlaubten es der Obrigkeit Verfolgungen und Folter anzuordnen. Dabei wurden die Opfer zu der Aussagen gezwungen, dass ihnen der Teufel innewohne, was sie wiederum auf den Scheiterhaufen brachte.

Aufgrund ihrer Vormachtstellung in der Schifffahrt, und dem dadurch möglichen Kontakt zur islamischen Welt, entstanden bereits Anfang des 15. Jahrhunderts in Italien und Spanien Anstalten und Institutionen nach islamischen Vorbild. Ungefähr aus der gleichen Zeit - Mitte des 15. Jahrhunderts - gibt es erste Hinweise auf Irrenhäuser in Deutschland. Ein Beispiel ist das Haus für Geisteskranke und ungehorsame Kranke am Frankfurter Hospital um 1477. Diese Einrichtungen sind jedoch noch Mangelware. Viel häufiger sind Tollhäuser und Narrentürme anzutreffen, die einzig und allein dazu dienen, psychisch Erkrankte weg zu sperren, um die Bevölkerung zu schützen. Daher sind auch viel mehr Ähnlichkeiten zu Gefängnissen als zu Spitälern zu finden. So sind eine Vielzahl von Zellentrakten um einen Tollhof, angeordnet. Eine Betreuung durch geschultes Personal fand nicht statt. In einigen Tollhäusern und Narrentürmen wurden Insassen den schaulustigen Massen, gegen Zahlung, zur Abschreckung und Belustigung als Monster zur Schau gestellt.

2.1.2. Entwicklung seit Ende des 18. Jahrhunderts

Die Jahre zwischen dem Ende des 18. Jahrhunderts bis zur Machtübernahme der Nationalsozialisten sind geprägt durch Reformen und Neuerungen. Mit der Aufklärung der Öffentlichkeit wandelte sich auch die Wahrnehmung gegenüber

⁷ Luderer, 1999

psychisch Kranken. Erst hauptsächlich von Furcht und Abscheu bestimmt, änderten sich die Reaktionen immer mehr hin zu Mitleid und in Folge des steigenden Interesses auch hin zu der Auffassung, dass es sich um ein Krankheit im Sinne der Wissenschaft handelt und auch so zu behandeln ist. Bereits in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts befassten sich Mediziner wie der Londoner Psychiater William Battie (1703-1776) mit seelischen Störungen und forderten eine klare Unterscheidung, sowie eine Abspaltung bei der Unterbringung mit Straftätern. Eine weitere Forderung betraf die Betreuung und Pflege der Patienten die zu dieser Zeit sehr radikal war. William Battie äußerte sich 1758 zu diesem Thema optimistisch: „Irresein ist [...] ebenso behandelbar wie viele andere Unpäßlichkeiten, die gleichermaßen schrecklich und hartnäckig sind und dennoch nicht als unheilbar betrachtet werden; diese unglücklichen Subjekte dürfen keinesfalls aufgegeben werden, und schon gar nicht darf man sie wie kriminelle oder gesellschaftliche Übel in ekelerregenden Gefängnissen zum Schweigen verurteilen.“⁸ Die Bemühungen um eine Verbesserung der Zustände für psychisch Kranke blieben jedoch zunächst meist ungeachtet.

Obwohl bereits einige Jahre zuvor Hospitäler unter anderem in Spanien, Frankreich, England und Italien entstanden sind, beginnt die Geschichte der Psychiatriearchitektur in Österreich und Deutschland mit der Errichtung des sogenannten „Narrenturmes“ in Wien in den Jahren 1783-1784 (Abb 3 - **Abb 7Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Bis zu diesem Zeitpunkt bestand eine Irrenfürsorge im Grunde gar nicht. In Wien wurden psychisch kranke Menschen bis Mitte des 18. Jahrhunderts in einem Gefängnis am Salzgries - im 1. Wiener Gemeindebezirk - und später sowohl im Spanischen Spital - im 9. Wiener Gemeindebezirk - sowie im Bürgerspital in St. Marx - im 3. Wiener Gemeindebezirk - untergebracht. In Folge der josephinischen Reformen wurden von Kaiser Joseph II die Errichtung einer neuen Unterbringungsmöglichkeit für die, wie sie zur damaligen Zeit auch genannt wurden, „Wahnwitzigen“ in Auftrag gegeben. Zusammen mit dem Architekten Isidore Canevale arbeitete Kaiser Joseph II einen Entwurf aus, bei dem er wohl auch einige Einflüsse in die Arbeit hat einfließen lassen die er im Rahmen einer Reise nach Paris im Jahre 1777 sammeln konnte⁹. Der sogenannte „Narrenturm“ sollte ein Teil des damaligen allgemeinen

⁸ Bettie, 1758, S. 93; zit. n. Schott & Tölle, 2006, S. 253

⁹ Vgl. Jäger-Klein & Plakolm-Forsthuber, 2015, S. 16

Krankenhauses sein - dem heutigen alten AKH -.¹⁰ Zwar wurde die Irrenfürsorge in die Hände der barmherzigen Brüder Wiens übergeben, jedoch wurden nur solche Patienten von den Brüdern aufgenommen die auf Dauer keine Gefahr für sich und vor allem für andere darstellten. Ausserdem musste sichergestellt sein, dass die Patienten bei Bedarf sicher festgehalten werden konnten. Patienten bei denen kein sicherer Aufenthalt im Kloster der barmherzigen Brüder möglich war, wurde die Unterbringung im „Narrenturm“ des allgemeinen Krankenhauses Wien angeordnet. Der „Narrenturm“ bot auf fünf oberirdischen Etagen insgesamt 139 Zellen, je 28 Zellen in den vier Obergeschossen und 27 im Erdgeschoss, an Stelle der 28. Zelle befand sich der Zugang zum Gebäude. Insgesamt konnten bis zu 278 Patienten auf den fünf Ebenen untergebracht werden, da von Beginn an mit einer Doppelbelegung der Zellen gerechnet wurde¹¹. Im Grunde genommen diente der „Narrenturm“ jedoch weiterhin nur der Unterbringung von schweren Fällen und der öffentlichen Forderung nach einem bestmöglichen Schutz „[...] vor geisteskranken Verbrechern und tobsüchtigen Irren [...]“.¹² Zwar wurden die Patienten vom Personal gepflegt und beaufsichtigt, eine Therapie fand jedoch nicht statt. Um ein Höchstmaß an Sicherheit zu gewährleisten, fiel die Wahl der Bauform auf einen runden Turm in dessen Mitte zwei, durch einen Mitteltrakt getrennte, Innenhöfe angelegt wurden, in dem die Patienten, denen das Verlassen ihrer Zellen erlaubt war, gehen konnten. Erst später wurde außerhalb des „Narrenturms“ ein weiterer Freiraum für die Patienten angelegt, der zum Schutz, sowohl für die Patienten, als auch für die Bevölkerung, mit einer Mauer umgeben war. Der Mitteltrakt des streng geometrischen Baus diente als Wohnraum für Ärzte und Pfleger und ermöglichte außerdem eine möglichst effektive Bewachung der Patienten.¹³ Eben dieser Aspekt der guten Aufsichtsmöglichkeit, sowie die markante Bauform des „Narrenturms“ führen schnell zu einem direkten Vergleich mit dem im Jahre 1791 vom britischen Philosophen Jeremy Bentham entwickelten Panopticon (Abb 8 - Abb 10). Bei genauerer Betrachtung sind jedoch eklatante Unterschiede erkennbar. So steht beim Panopticon von Bentham die Überwachung und Kontrolle klar an oberster Stelle.

¹⁰ Tragl, 2007, S. 57

¹¹ Vgl. Jäger-Klein & Plakolm-Forsthuber, 2015, S. 16

¹² Habermann, 1977, S. 136

¹³ Vgl. Habermann, 1977, S. 135f



Narrenturm

Abb 3 - Außenansicht (oben)

Abb 4 - Krankenbett (mitte-links)

Abb 5 - Druckkammer (mitte)

Abb 6 - ehemalige Durchfahrt für Kutschen (mitte-rechts)

Abb 7 - Lageplan Alservorstadt mit AKH um 1830 (unten)

Die Zellen haben keine blickdichten Türen sondern nur Gitter, genauso wenig stand den Insassen ein Innenhof zur Verfügung. Die Kontrolle der Insassen fand von einer, im Zentrum positionierten, Galerie statt, von wo aus das Aufsichtspersonal sämtliche Zellen einsehen konnte. Jedoch zog der runde Bau "[...] sofort das Misstrauen der Bevölkerung auf sich [...]. Man sprach - Angst und Schrecken überspielend - von „Kaiser Joseph’s Gugelhupf“ und erachtete den Neubau [...] als „mittelalterlich.“¹⁴

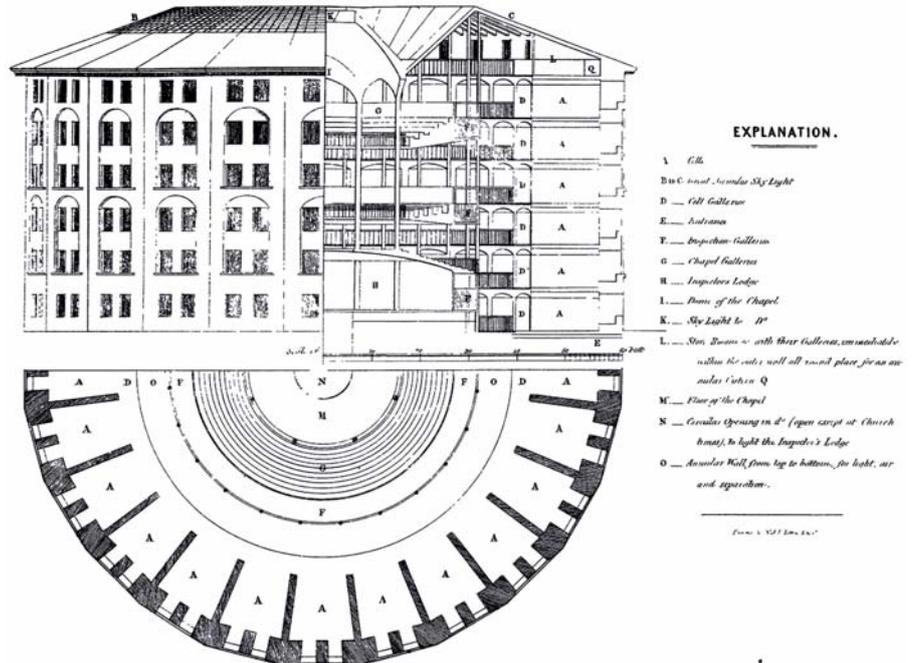
Mit der Durchsetzung der Annahme im deutschsprachigen Raum ab ca. 1800, dass es auch heilbare Geisteskrankheiten gäbe - eine Annahme, die wie bereits erwähnt, schon 42 Jahre zuvor von William Battie in England formuliert wurde - entstanden zunächst in Österreich, vor allem in Wien, erste Einrichtungen, die nicht nur der Verwahrung von Patienten dienten, wie die Einrichtungen der barmherzigen Brüder und dem Narrenturm, sondern sich gezielt mit der Behandlung und Heilung von geistigen Erkrankungen beschäftigten. 1803 wurden die Patienten zunächst in umgenutzten Lazaretten in Wien und Umgebung untergebracht. Später wurden an allgemeinen Krankenhäusern eigene Stationen eingerichtet, bis schließlich 1853, nach 5 Jahren Bauzeit, die erste Wiener Heil- und Pflgeanstalt am Brünnefeld mit 700 Betten eröffnet wurde. Erstmals gehörten Räume für Beschäftigungstherapien - in einer nichtprivaten Einrichtung - zum Angebot der Behandlungsmöglichkeiten dazu. Bereits um 1819 gründete Bruno Georgen (1777-1842) - in den Jahren 1806 bis 1814 Primärarzt am allgemeinen Krankenhaus in Wien - zunächst in Gumpendorf und anschließend in Döbling je eine Irrenanstalten, in denen, wie später auch in der Heil- und Pflgeanstalt am Brünnefeld, Räumlichkeiten für Beschäftigungstherapien bereitgestellt wurden. Jedoch wurden diese beiden Einrichtungen als Privatkliniken geführt und eine Behandlung wurde nur gegen Honorar angeboten, was eine Behandlung nur für gutbetuchte Familien möglich machte.¹⁵

In Deutschland entwickelte sich eine staatliche Fürsorgepolitik erst einige Jahre nach den ersten Reformen in Österreich, nämlich Anfang des 19. Jahrhunderts mit den „preußischen Reformen“.

¹⁴ Jetter, 1981, S. 26f

¹⁵ Tragl, 2007, S. 57

*A General Idea of a PENITENTIARY PANOPTICON in an Improved, but as yet, (Jan^r 25^d 1791), Unfinished State.
See Postscript References to Plan, Elevation, & Section (being Plate referred to as N^o 2).*

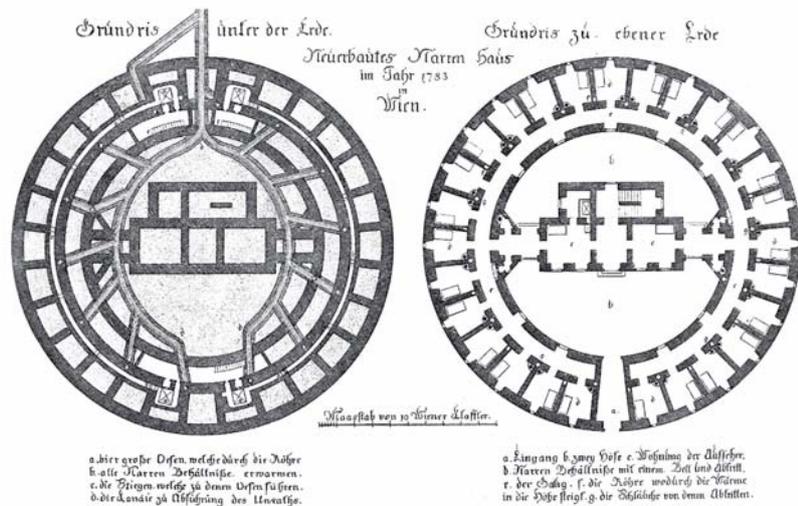


Panopticon / Narrenturm

Abb 8 - Teilschnitt / -grundriss Panopticon, 1791 (oben)

Abb 9 - Ansicht Narrenturm (mitte)

Abb 10 - Grundrisse Narrenturm, Untergeschoss (unten-links), Erdgeschoss (unten-rechts)

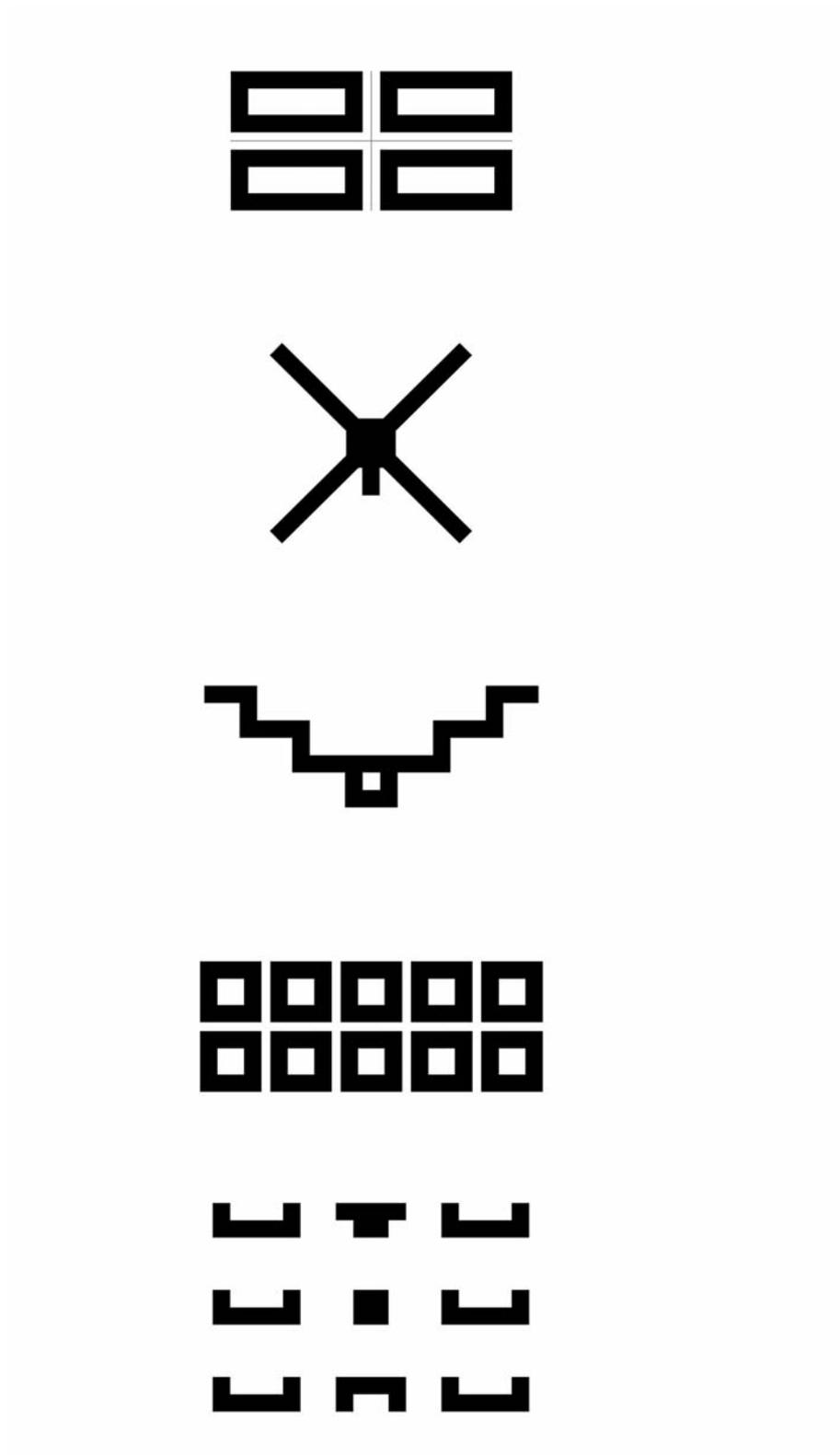


„Das Reformwerk beruhte auf miteinander verzahnten Maßnahmen, die in sozialer, wirtschaftlicher, bürokratischer und militärischer Hinsicht eine Modernisierung des gesamten Gemeinwesens anstrebten.“¹⁶ Diese Reformen schufen einen institutionellen und rechtlichen Rahmen für den Bau von Versorgungseinrichtungen. Entscheidend dabei war die Arbeit des Heidelberger Arztes Christian Friedrich Roller. Roller forderte als einer der Ersten ein Ende der Trennung von heilbaren und unheilbaren Kranken. Um seine Forderungen voran zu treiben und umzusetzen entwickelte Roller in den 1830er Jahren einen neuen Typus für Anstaltsbauten. Die „relativ verbundene“ Heil- und Pflegeanstalt (Abb 11) wurde schnell weit über die Grenzen Deutschlands bekannt und fand dabei auch breite Anerkennung. „[...] Die Anstalt ließ sich durch ein gedachtes Achsenkreuz in 4 Teile gliedern. Mittelhof und Kirche trennten die Männer von der Frauenseite, die selbst wieder aus einer Heil- und Pflegeanstalt bestanden“¹⁷ und entwickelte sich aus dem Typ des Korridorkrankenhauses. Auf Grundlage der Neuentwicklungen im Anstaltsbau entstand, unter anderen, in den Jahren 1862-1865 die „Land-Irren-Anstalt“ Neustadt-Eberswalde, errichtet vom Berliner Baumeister Martin Gropius. Neben einigen neuen Erweiterungsbauten wurde das Stammhaus der Anlage nach einer bewegten Vergangenheit - beispielsweise als Russisches Militärhospital während des zweiten Weltkrieges - sowie einer umfangreichen Modernisierung im Jahre 2002 wieder als Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie in Benutzung gestellt. Außerhalb von Österreich und Deutschland entwickelten sich noch weitere Strukturtypen der Psychiatriearchitektur. In Großbritannien, dem Ursprungsland der zwangsmittellosen Behandlung (no-restraint-Bewegung) - die Behandlung des Patienten ohne die Verwendung beispielsweise von Fixierungen, Fesseln oder Netzbetten -, entwickelte der Philosoph Jeremy Bentham die panoptische Irrenanstalt (Abb 12). Dieses Prinzip wurde unter anderem im Glasgow Royal Asylum (1810-1814 erbaut) durch William Stark (1770-1813) umgesetzt. „Dabei gehen von einer zentralen Überwachungseinheit mehrere Bettenabteilungen ab, deren Flure, Aufenthaltsräume und Ausgänge jeweils eingesehen werden können.“¹⁸

¹⁶ Fehlaue, 2005, S. 9

¹⁷ Müller, 1997, S. 187

¹⁸ Glasow, 2011, S. 15



Bauformen

(von oben nach unten)

Abb 11 - relativ verbundene Struktur

Abb 12 - panoptische Struktur

Abb 13 - lineare Struktur

Abb 14 - Hofstruktur

Abb 15 - Pavillonstruktur

In den USA setzten sich, angeregt durch den Psychiater T.S. Kirkbride, lineare Baustrukturen durch (Abb 13). Die Vorteile der linearen Anordnung lagen vor allem in einer sehr guten Belichtungsmöglichkeit, sowie einer engen Verzahnung von Gebäude und Natur. Die Hofstruktur (Abb 14), die „caréisolé“, entstand in Frankreich und ermöglichte eine getrennte Unterbringung der Patienten nach deren Erkrankungsbild. Der von dem Psychiater Philippe Pinel und dessen Schüler Jean Dominique Esquirol angeregte Hoftypus fand als einziger der genannten Beispiele vereinzelt auch Anwendung für Psychiatrien in Deutschland. Die panoptische Bauform wurde in Form einer Psychiatrie auch in Oslo angewandt. Im Rest Europas entstanden lediglich Gefängnisbauten nach dem panoptischen System.

Um 1870 löste die Pavillonbauweise (Abb 15) den Typus der „relativ verbundenen“ Heil- und Pflegeanstalt ab. Durch das entscheidende Mitwirken von Martin Gropius und seinem damaligen Partner Heino Schmieden entwickelte sich die Pavillonbauweise schnell „[...] zu einem international anerkannten Entwurfsschema für psychiatrische Anstalten [...]“.¹⁹ In Österreich, Deutschland und einigen anderen europäischen Ländern entstanden daraufhin in den folgenden Jahrzehnten Anstalten nach der Pavillonbauweise. Neben den, bei Berlin gelegenen Irrenanstalten Dalldorf (1877-1879) und Bach (1904-1908), gilt vor allem die 1907 in Betrieb genommene Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke "Am Steinhof" als eine der wichtigsten Beispiele. Die Anstalt „Am Steinhof“ war zu seiner Zeit das größte und modernste psychiatrische Krankenhaus Europas und ist noch heute in Betrieb. Unter Mitwirkung des Architekten Otto Wagner entstanden auf dem 1,43 km² großen Gelände 34 Krankenpavillons mit insgesamt 2.200 Betten, ein Theater und eine Kirche. Trotz der vielen positiven Ansätze der neuen Anstalt „Am Steinhof“ im Bereich der Pflege und Unterbringung, blieb die Lage am Stadtrand dem Prinzip der gesellschaftlichen Ausgrenzung weiterhin treu.

In den Jahren vor und während des 1. Weltkrieges (1914-1918) erfuhr die Psychiatrie ihre ersten Rückschläge. Zum einen führte die Industrialisierung, die einen sprunghaften Anstieg der Bevölkerungszahl und eine Urbanisierung mit sich brachte, zu einer stark gestiegenen Nachfrage und folglich auch zu einer

¹⁹ Müller, 1997, S. 188

Überfüllung der Heil- und Pflegeanstalten. Zum anderen brachte der Krieg eine weitgehende Stagnation der baulichen und medizinischen Weiterentwicklung der Psychiatrie mit sich. Diese Entwicklung hatte eine permanente Verschlechterung der Zustände in psychiatrischen Anstalten zur Folge. Die immer schlechter werdenden Bedingungen führten zu mehr und mehr Todesfällen unter den Patienten. So starben während des 1. Weltkrieges „[...] etwa 140.000 Menschen in Deutschen Anstalten. Räumliche Enge, unzureichende Heizung und Unterernährung bedeuteten besonders für Alterskranke, Patienten mit Tuberkulose oder Paralyse das Todesurteil.“²⁰ Wie in Deutschland forderten die schlechten Bedingungen bei der Versorgung und Unterbringung der Patienten auch in Österreich eine hohe Zahl an Todesopfern. Allein in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke "Am Steinhof" fanden beinahe 2.800 Patienten durch Nahrungsknappheit und Infektionskrankheiten den Tod.

2.1.3. Psychiatrie zur Zeit des Nationalsozialismus

Die Zeit des Nationalsozialismus, bzw. des sogenannten „Dritten Reiches“, sollte - natürlich nicht nur - für die Psychiatrie und für deren Betroffenen die dunkelste Zeit in der Geschichte werden. Mit der Publikation „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“, verfasst von dem Juristen Karl Binding und dem Psychiater Alfred Hoche, entstand bereits 1920 eine Schrift in der „[...] psychisch kranke Menschen gesellschaftlich ausgegrenzt und als „lebensunwert“ dargestellt [...]“²¹ wurden. Durch das 1934 in Kraft getretene Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses waren Ärzte und Pfleger dazu verpflichtet Erbkranken bei einem Amtsarzt anzuzeigen. In Folge wurde von den Amtsärzten eine Zwangssterilisation - zwischen 1934 und 1945 bei rund 400.000 Menschen - der erbkranken Personen angeordnet. Im Herbst 1939 unterzeichnete Adolf Hitler schließlich einen geheimen Führererlass der Tausenden den Tod bringen sollte. Dieser Führererlass ermächtigte Reichsleiter Bohler und Dr. Brandt dazu, weitere Ärzte namentlich zu bestimmen, die unter kritischer Beurteilung des Krankenzustandes der Patienten den Gnadentod, die sogenannte Euthanasie,

²⁰ Luderer, 1999, S. 1

²¹ Meuser, Labryga, Pawlik, & Schirmer, 2011, S. 28

gewähren konnten.²² Der Begriff der Euthanasie stammt ursprünglich aus der griechischen Antike und hatte eine gänzlich andere Bedeutung als die, aus dem Kontext gerissene, des Nationalsozialismus. Der Begriff bezeichnete im antiken Griechenland einen „guten Tod“, also einen schnellen oder auch leichten Tod, der beispielsweise bei einer schweren Erkrankung ohne einen langen und leidvollen Krankheitsverlauf eintritt. Später fand der Begriff der Euthanasie auch Anwendung in Verbindung mit der Sterbehilfe.

Umgesetzt wurde das Gesetz zunächst im Rahmen der sogenannten „Aktion T4“ - nach 1945 entstandene Bezeichnung, benannt nach einer Villa in der Tiergartenstraße 4 in Berlin, in der die Bürozentrale für die Leitung der Ermordung behinderter Menschen untergebracht war -, damals als „Aktion Gnadentod“ bezeichnet. Offiziell lief die „Aktion T4“ von 1940 bis 1941 und sah die Tötung von 65.000 bis 70.000 psychisch Kranker vor. Da versucht wurde die Tötungen geheim zu halten, wurden in den Todesnachrichten (Abb 16) für die Angehörigen die waren Todesgründe verschleiert und eine falsche Ursache vermittelt. Eingestellt wurde die „Aktion T4“ im August 1941, da sie in der Bevölkerung, trotz Geheimhaltung, mehr und mehr bekannt und auch artikuliert wurde. Mit dem Ende der Aktion, die bis dahin bereits 70.253 Opfer durch Kohlenmonoxidgas forderte, endete jedoch nicht die Verfolgung und Ermordung psychisch Kranker. Bis Kriegsende 1945 fielen nochmals rund 80.000 Menschen durch dezentrale oder auch wilde Euthanasie dem Treiben der Nazis zum Opfer. Auch aus allen 10 damals bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern in Österreich - alle auch heute noch in Betrieb - fanden massenhaft Deportationen, vor allem nach Hartheim statt. „Von einigen ist ausdrücklich bekannt, daß in ihnen auf eine zum Teil schauerliche Weise auch nach der Einstellung der T4-Aktion die sogenannte „wilde Euthanasie“ ausgeübt wurde.“²³ Als Beispiel hierfür sind die Linzer Anstalt Niedernhart, sowie die Klinik „Am Spiegelgrund“

²² Vgl. Gabriel E. , 2001, S. 1 f

²³ Gabriel E. , 2001, S. 2

**Landes-Pflegeanstalt
Grafeneck**

Münzingen, den 16. August 1940
ce00104 17

A 60/98 Br.

Zeichen bei Antwort

angeben

Frau
Ernestine Leopold

W i e n V
=====
Reinprechtendorferstr. 23 I/15

Sehr geehrte Frau Leopold!

Es tut uns aufrichtig leid, Ihnen mitteilen zu müssen, daß Ihre Tochter Beatirx L e o p o l d am 15. August 1940 in unserer Anstalt plötzlich und unerwartet an einer Lungentuberkulose verstorben ist.

Ihre Tochter wurde am 22. Juli 1940 auf ministerielle Anordnung gemäß Weisung des Reichsverteidigungskommissars in die hiesige Anstalt verlegt.

Bei der schweren geistigen Erkrankung bedeutete für die Verstorbene das Leben eine Qual. So müssen Sie ihren Tod als ~~eine Erlösung auffassen.~~

Da in der hiesigen Anstalt z.Zt. Seuchengefahr herrscht, ordnete die Polizeibehörde die sofortige Einsicherung des Leichnams an.

Wir bitten um Mitteilung, an welchen Friedhof wir die Übersendung der Urne mit den sterblichen Überresten der Heimgangenen durch die Polizeibehörde veranlassen sollen. Zutreffendenfalls ist eine Bescheinigung über den Erwerb einer Begräbnisstätte hierher zu senden.

Etwasige Anfragen bitten wir schriftlich hierher zu richten, da Besuche hier gegenwärtig aus seuchenpolizeilichen Gründen verboten sind.

Sollten wir nach Ablauf von 14 Tagen keine Mitteilung von Ihnen erhalten haben, so werden wir die Urne gebührenfrei anderweitig beisetzen lassen.

Die Kleidungsstücke der Verstorbenen haben bei der Desinfektion sehr stark gelitten, so daß sie keinen besonderen Wert mehr darstellen und zum Tragen nicht mehr verwendbar sind. Sie wurden der NSV. zur Stoffverwertung überwiesen.

Zwei Sterbeurkunden, die Sie für eine etwaige Vorlegung bei Behörden sorgfältig aufbewahren wollen, fügen wir bei.

Heil Hitler!

P. Keller

Abb 16 - Beileidsschreiben an Angehörige der NS-Euthanasieopfer

2.1.4. Situation nach 1945 und die Reformen

Mit dem Ende des 2. Weltkrieges und dem Beginn des Wiederaufbaus der vom Krieg zerstörten Städte trat das Interesse an einer medizinischen Weiterentwicklung der Psychiatrie stark in den Hintergrund. Besonders in Deutschland und Österreich stagnierte die Entwicklung von Neuerungen in Bezug auf die Behandlung von psychisch Kranken, obwohl, vor allem durch den Nürnberger Ärztekongress, und mehr als 40 weitere Euthanasieprozesse, die von den Nazis durchgeführten Vernichtungsaktionen bekannt wurden. Der bedeutendste Einfluss auf den Bau psychischer Krankenhäuser kam in der Nachkriegszeit zunächst aus den Vereinigten Staaten von Amerika. Angeregt vom damaligen Präsidenten John F. Kennedy entstanden in den USA ab 1963 Community Health Centers. MÜLLER (1997) beschrieb diese Community Health Centers als „[...] regionalisierte Einrichtungen, welche Ambulatorien, Bettenstationen, einen Notfalldienst, sowie Tages- und Nachtkliniken umfassen.“²⁴ In Deutschland stieg das Interesse an psychiatrischen Kliniken erst mit der 1975 veröffentlichten „Psychiatrie-Enquete“, einen Bericht über die Zustände der Psychiatrie, wieder stark an. Diese Untersuchung, durch eine Experten Kommission, die vom deutschen Bundestag in Auftrag gegeben wurde, beanstandete besonders die menschenunwürdigen Zustände in Psychiatrien. Nach GLASOW (2011) wurden Konkret „[...] der überalterte Bauzustand, die Überfüllung, die schlechte räumliche und sanitäre Ausstattung sowie die allgemeinen Lebensbedingungen [...]“²⁵ als zu beanstandende Punkte genannt. In Folge der niederschlagenden Ergebnisse der „Psychiatrie-Enquete“ wurden zahlreiche Reformen auf den Weg gebracht. Besonders hervorzuheben sind dabei die Forderungen nach einer gemeindenahen Versorgung, geringere Stationsgrößen und kleinere Krankenhäuser sowie die Abschaffung von Bettensälen. Außerdem sollte der Behandlungsschwerpunkt weg von stationären und hin zu mehr ambulanten Behandlungen orientiert werden. Ziel sollte eine möglichst neutrale, normalitätsnahe Umgebung sein. Doch nicht nur in Deutschland veränderte sich die Sichtweise bezüglich der Zustände in psychiatrischen Anstalten. Auch in anderen europäischen Ländern wie etwa Frankreich, Italien und Österreich befasste man sich wieder intensiver mit diesem Thema. Es wurden Reformen und

²⁴ Müller, 1997, S. 191

²⁵ Glasow, 2011, S. 17

Gesetze erarbeitet und beschlossen, die teils massive - wenn nicht gar radikale - Veränderungen mit sich brachten. Im Gegensatz zu Frankreich, wo die Reformen in der Psychiatrie ohne großes Aufsehen von statten ging, verliefen die Reformen in Italien wohl am radikalsten. Die Psychiatriereform in Italien - verabschiedet am 13. Mai 1978 in Form des Gesetzes 180 - ist untrennbar mit dem italienischen Psychiater Franco Basaglia (1924-1980). Franco Basaglia gehört, neben dem britischen Psychiater Ronald D. Laing, dem US-amerikanischen Psychiater Thomas Szasz oder dem französischen Philosophen und Psychologen Paul-Michel Foucault, zu einem der wichtigsten Vertreter der sogenannten Antipsychiatrie, einer politischen und sozialen Bewegung, welche eine kritische, teils ablehnende Haltung gegenüber der Psychiatrie vertreten. Das Gesetz 180, welches von Franco Basaglia entscheidend mitgestaltet wurde, sah die Schließung der psychiatrischen Anstalten im Land vor. Statt psychiatrischer Anstalten sollten psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern eingerichtet werden. Desweiteren wurde festgelegt, dass psychisch Kranke mit körperlich Kranken gleichzustellen sind und nicht wie zuvor meist entmündigt und mit einer Eintragung in das Strafregister rechnen mussten. Außerdem wurde die Bettenzahl auf circa ein Drittel reduziert. In den Folgejahren der Reform entwickelte sich ein Versorgungsengpass in Italien. Der Grund lag in der Ungleichmäßigkeit der zügigen Schließungen zu dem Neuaufbau privater und ambulanter Einrichtung, sowie neuer psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.²⁶

2.1.5. Psychiatrie im 21. Jahrhundert

Vorurteile und die Tendenz zur Ausgrenzung und Diskriminierung von psychisch Kranken lassen sich nur schwer verändern. Trotz großer Bemühungen von Organisationen, wie der World Psychiatric Association (WPA), das negative Bild der Krankheit in der Gesellschaft zu ändern, die Gesellschaft aufzuklären, ist eine Verbesserung der Situation nur sehr langsam (nahezu gar nicht) zu erkennen. Zwar steigen die Fallzahlen, damit auch die Zahl der Personen die direkt oder zumindest indirekt Kontakt zur Psychiatrie haben, jährlich an - laut einem Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger aus dem Jahre 2013 stiegen die Krankenstandsfälle je 1000 Erwerbstätige in Österreich von 11,4

²⁶ Vgl. Schott & Tölle, 2006, S. 308 ff

im Jahr 1990 auf 28,4 Fälle im Jahr 2012²⁷ - die ablehnende Haltung jedoch bleibt unverändert. Es scheint, als ob die Barriere, trotz einer gestiegenen Nachfrage nach Behandlungen, nach wie vor unüberwindbar ist. Doch warum ist ein Umdenken in der Gesellschaft so schwer zu erreichen? Warum sind die Vorurteile noch immer so tief in den Köpfen der Menschen - nicht nur von vermeidlich Gesunden, sondern auch von Betroffenen - verankert?

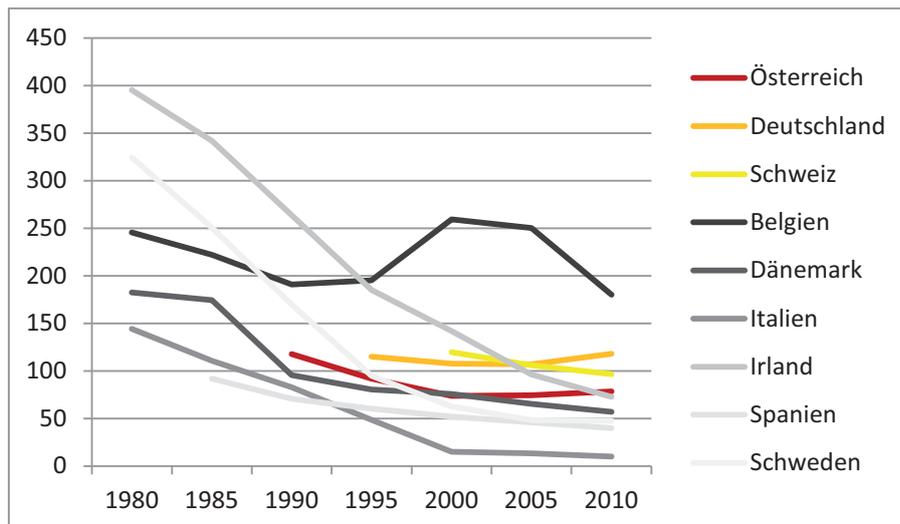


Abb 17 - Anzahl Krankenhausbetten in der Psychiatrie je 100.000 Einwohner nach einer Statistik der WHO 2013

Viele Reformen und eine sprunghafte Entwicklung - die stärkste im medizinischen Bereich - bei der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen seit den Forderungen der „Psychiatrie-Enquete“ 1975 zeigen, dass sich der Fachbereich zielorientiert entwickelt. Krankenanstalten mit 1000 und mehr Betten, wie noch in den 1980er und 1990er Jahren, sucht man heute beinahe vergeblich. Dafür lässt sich eine Umstellung, weg von zentralen und hin zu regionalen Einrichtungen in Form von eigens eingerichteten Stationen an allgemeinen Krankenhäusern (AKH) und Landeskrankenhäusern (LKH), sowie privat organisierten Einrichtungen beobachten. Diese Entwicklung geht einher mit einer Reduzierung der stationären Bettenzahl und somit hin zu einer Versorgung in Tageskliniken und im ambulanten Bereich, wie beispielsweise niedergelassene Spezialisten. Eine Entwicklung, die sich in vielen Ländern Europas beobachten lässt (Abb 17), wenn auch die Art der Reformen sich teils stark voneinander unterscheiden. Neben den vielen

²⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2013

Bemühungen von politischer Seite und von Gesundheitsorganisationen entwickelten sich auch mehr und mehr Bemühungen aus der Bevölkerung, meist ehemalige Patienten und Personen aus deren direktem Umfeld, die die Barrieren zwischen Psychiatrie und Öffentlichkeit zu durchbrechen. Die wohl bedeutendste Form stellt hier die bildende Kunst dar, obgleich auch literarische Werke über eine erkrankte Person und die Auswirkungen der Krankheit auf den Alltag dieser Person. Beispielsweise ist hier das Werk „Fallen lassen“ der, so zumindest vermutet, durch Suizid im Jahre 2010 verstorbene, österreichische Schriftstellerin Brigitte Schweiger. In diesem Buch verarbeitet Schweiger, die durch ihr Erstlingswerk „Wie kommt das Salz ins Meer“ einen riesigen Erfolg feiern konnte, ihre Erlebnisse in der Psychiatrie, im speziellen im SMZ Baumgartner Höhe, die sie mehrfach als Patientin besuchte.²⁸ Im Bereich der bildenden Kunst werden immer häufiger Ausstellungen organisiert, die speziell Arbeiten von psychisch Erkrankten Personen zeigen. Hierdurch entwickelte sich im Laufe der Zeit eine im Kunstbereich hoch Angesehene und auch gefeierte Scene. Viele dieser Künstler und Künstlerinnen entdeckten ihre Leidenschaft zur Kunst und ihrer Begabung erst im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung kennen. Besonders Kunst- Ergo- oder Handwerkstherapien wecken hier nicht selten das Interesse an der Kunst, egal ob diese nun der Öffentlichkeit vorgestellt, oder nur für einen selbst angefertigt werden. Besonders erwähnenswert im Wiener Raum ist hier die ehemalige Landesnervenklinik Gugging, welche mittlerweile in einer Ausstellung für psychiatrisch erkrankte Künstler umgebaut wurde und einen hohen Stellenwert genießt. Einige der Künstler waren zur damaligen Zeit selbst Patienten in Gugging, wie etwa der 1996 verstorbene Künstler Johann Hauser, der auch über die Grenzen Österreichs hinaus Erfolge feiern konnte.²⁹

2.2. Das Stigma im 21. Jahrhundert

Trotz zahlreicher Kampagnen in Österreich und im internationalen Ausland, die durchaus eine Verbesserung der Situation zur Folge haben, leidet das Fachgebiet der Psychiatrie weiterhin unter einem Stigma. Dieses Stigma äußert sich auf vielerlei Ebenen der Gesellschaft. Diskriminierung und Ausgrenzung existieren im

²⁸ Vgl. Schweiger, 2006

²⁹ Vgl. Galerie Gugging

Sozialbereich, in der Politik, der Wirtschaft und auch in der Medizin. Im sozialen Bereich sind die Vorurteile jedoch am offensichtlichsten. Eine psychische Erkrankung führt in ihrer Folge meist zu weiteren Einschränkungen im Alltag, beispielsweise in der Arbeitswelt. Weiß z.B. ein Personalchef um eine zurückliegende Erkrankung eines Bewerbers, so kommt es nicht selten zu einem Ausschluss dieser Person aus dem Bewerberkreis, unabhängig von seiner Qualifikation. Diese Form der Stigmatisierung, die öffentliche Stigmatisierung, ist eine von drei zu unterscheidenden Formen. Weiters gibt es die sogenannte Selbststigmatisierung, wobei psychisch erkrankte Personen, die ihnen und ihrer Erkrankung entgegengebrachten Vorurteile akzeptieren und diese in der Folge gegen sich selbst richten, wodurch ihr Selbstbewusstsein teils schwer beschädigt wird. Die dritte Form, die strukturelle Diskriminierung, geht beispielsweise von der Gesetzgebung oder Versicherungsbestimmungen, sowie der Ressourcenverteilung aus, bei der betroffene Menschen benachteiligt werden können.

Im Nachfolgenden sollen nun die drei genannten Formen öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und strukturelle Diskriminierung auf ihre Ursachen, ihre Verlaufsform und mögliche Folgen näher beleuchtet werden.

2.2.1. Öffentliche Stigmatisierung

Die öffentliche Stigmatisierung ist in der heutigen Gesellschaft noch stark verwurzelt und wie auch schon in der Vergangenheit stark von verzerrten Darstellungen psychischer Krankheiten in den Medien, bevorzugt in Film- und Druckmedien. Die medialen Fehldarstellungen - speziell in Filmmedien, die im nächsten Abschnitt näher beleuchtet werden - führten zu drei typischen Fehleinschätzungen über psychisch kranke Menschen, die sich in der Allgemeinbevölkerung stark gefestigt haben. Psychisch Kranke seien gefährlich, irre und würden zu Gewalttaten neigen, weshalb man sich von ihnen verhalten solle. Sie seien nicht in der Lage Entscheidungen für sich selbst zu treffen und seien daher auf eine autoritäre Entscheidung anderer angewiesen. Außerdem sei ihre Wahrnehmung der Umwelt der eines Kindes ähnlich, deswegen müssten sie auch wie Kinder behandelt und umsorgt werden. Anders als bei der Diskriminierung von Menschen mit einer anderen ethnischen Herkunft, Religion oder sexueller Ausrichtung, bei denen sich ein ausgeprägtes Problembewusstsein für die

Stigmatisierung entwickelt hat und in Folge sich eine rückläufige Entwicklung der Stigmatisierung zeigte, ist eine solche Entwicklung bei psychischen Erkrankungen nur sehr schwach zu beobachten. Es hält sich noch immer eine ausgeprägte, klare Trennlinie zwischen sogenannten gesunden und psychisch kranken Menschen. Eine Unterscheidung, die so nicht getroffen werden kann, da der Übergang von gesund zu krank - in der Medizin als Salutogenese bezeichnet - ein fließender ist. Eine psychische Krankheit kann eine leichte, wie auch eine schwere Ausprägung haben und demnach das Leben einer betroffenen Person auf völlig unterschiedliche Art beeinflussen.³⁰

2.2.2. Stigmatisierung in Medien

„Der Täter hat eine schwer gestörte Persönlichkeit.“ Solche oder zumindest ähnliche Aussagen lassen sich ohne große Mühe im täglichen Fernsehprogramm - speziell bei diesem Beispiel in Kriminalsendungen - finden. Besonders das Medium Film hat einen großen Einfluss auf unsere Gesellschaft, da sie nur zu gerne als Hauptinformationsquelle dient und sich das vermeintliche Wissen auf das Gesehene stützt, statt dieses zu hinterfragen wird es gleichzeitig als Ersatz für eigene Erfahrungen herangezogen. Ein Hauptgrund für die vorhandenen Defizite liegt folglich an der mangelnden Bereitschaft in unserer Gesellschaft sich entsprechend über psychische Erkrankungen zu informieren. Als Folge der Unwissenheit hält sich besonders hartnäckig die Vorstellung, dass psychische Krankheiten unheilbar und somit unheilbar seien. Die Aussage des Philosophen Elmar Waibl "Bildwelt schafft Weltbild" bringt diese Situation auf den Punkt.³¹

Mit dem Amerikanischen Thriller „Psycho“ von Alfred Hitchcock kam 1960 der bis dato erfolgreichste und einflussreichste Film in die Kinos. In „Psycho“ werden die Persönlichkeit und Taten des psychopathischen Serienmörders Norman Bates thematisiert. Der Autor Robert Bloch, dessen gleichnamiger Roman die Vorlage zum Film lieferte, ließ sich für die Figur des Norman Bates von den realen Taten des amerikanischen Mörders, Grab- und Leichenschänders Edward Theodore Gein - genannt Ed Gein - inspirieren, der in den 1960er Jahren mindestens zwei

³⁰ Vgl. Rüschi, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2013, S. 3 f

³¹ Vgl. Hinterhuber, Meller, Meise, & Schmid, 1999, S. 9

Menschen getötet hat. Ed Gein dient neben der Figur des Normen Bates aus „Psycho“ auch für viele andere Filme aus dem Horror- und Thrillergenre als Inspirationsquelle. Die Person des Psychiaters Dr. Hannibal Lector, fiktive Hauptfigur in einer Romanreihe des US-amerikanischen Schriftstellers Thomas Harris, ist ein weiteres Beispiel, wie eine nicht reale psychisch gestörte Persönlichkeit die Vorstellungen und Meinungen der Menschen nachhaltig beeinflussen können. Wie Robert Blochs „Psycho“ dienten auch die Romane um den hochintelligenten Serienmörder und Kannibalen Dr. Hannibal Lector als Vorlagen für, bis heute, 5 Spielfilme und eine Fernsehserie, die große finanzielle Erfolge verzeichnen konnten.

Im Allgemeinen lässt sich beobachten, dass psychische Störungen in der medialen Unterhaltung eine willkommene Ursache für die Taten eines Täters sind. Sei es ein Krimi aus den 1930er Jahren oder von 2013, die Darstellung der Krankheit hat sich, wenn überhaupt, nur gering verändert. Leidtragende dieser verzerrten Darstellung psychischer Krankheiten - zum Aufbau von Spannung, Furcht und Angst beim Publikum - sind die Betroffenen, die neben den Folgen der Krankheit auch noch mit denen der Stigmatisierung - ausgehend von der Gesellschaft - zu kämpfen haben. Neben der Stigmatisierung von psychisch kranken Personen durch eine verzerrte Darstellung ihrer Leiden, sind auch Bauten von Heilanstalten - meist sind sie nicht mehr in Benutzung - stigmabehaftet. Sie bieten nicht selten einen atmosphärischen Handlungsort für zeitgenössische Horrorfilme oder Thriller, da Gebäude, wie eine ehemalige psychiatrische Anstalt, beim Betrachter häufig mit Gefahr, Angst und Unbehagen assoziiert werden. Ein klassisches Beispiel hierfür ist der Film „Einer flog über das Kuckucksnest“ aus dem Jahre 1975 mit Jack Nicholson in der Hauptrolle. Aus dem Jahr 2010 stammt der Film „Shutter Island“, ein US-amerikanischer Psychothriller von Martin Scorsese mit Leonardo DiCaprio in der Hauptrolle.

In der Fotografie dienen ehemalige Irrenanstalten ebenfalls gern als Hintergrund für Fotografien oder stellen selbst das Motiv. Zwei sehr bekannt deutschsprachige Fotografen, die sich unter anderem mit der Fotografie von geschlossenen und verlassenen Anstaltsgebäuden beschäftigen sind der Österreicher Michael Holzweber sowie der Deutsche Sven Fennema. Die Bilder dieser beiden Fotografen zielen zwar nicht darauf ab, beim Betrachter die Angst vor psychisch kranken

Menschen zu schüren, sie sind aber wohl in der Lage, wie es auch bei Filmen der Fall ist, durch ihre Atmosphäre bei einigen Personen unbehagliche Gefühle hervorzurufen.

2.2.3. Selbststigmatisierung

Selbststigmatisierung, nicht nur bei psychischen Erkrankungen, kann sehr stark ausgeprägt sein, mit oft fatalen Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen. Erkrankte Personen folgen den negativen Ansichten die ihnen entgegengebracht werden und nehmen eine zustimmende Haltung dazu ein. Diese negativen Reaktionen auf sich selbst und ihre Erkrankung führt bei Betroffenen nicht selten zu einem geringeren Selbstwertgefühl und schwächt sie in ihrer Selbstwirksamkeit. Beispielsweise neigen stigmatisierte Patienten, auch wenn sie die Krankheit selbst bereits überwunden haben, dazu sich nicht um eine Arbeit, eine Wohnung, gesellschaftliche Kontakte oder eine Partnerschaft zu bemühen oder zu können. Die Ursache für eine Selbststigmatisierung liegt häufig in der Vergangenheit eines Betroffenen, in der die Krankheit selbst noch nicht ausgebrochen war, die Vorurteile bekannt, oft auch geteilt wurden, und mit dem Beginn einer Erkrankung gegen sich selbst gerichtet werden. Eine weitere Ursache für die Selbststigmatisierung findet sich in Internetforen, in denen ehemalige Patienten ihre eigenen negativen Erfahrungen -ob nun gerechtfertigt oder durch eine bereits stigmatisierte Wahrnehmung verfälscht - in einer psychiatrischen Einrichtung niederschreiben und dadurch wiederum bei Hilfesuchenden negative Assoziationen wecken.³²

Bei der öffentlichen und der Selbststigmatisierung wird sozialpsychologisch zwischen verschiedenen kognitiven (Stereotypen), emotionalen (Vorurteilen) und Verhaltensaspekten (Diskriminierung) unterschieden. Stereotypen sind in der Gesellschaft bekannt und ermöglichen eine einfache Kategorisierung einzelner Gruppen (z.B. „Psychisch Kranke sind inkompetent“ oder „Psychisch Kranke sind gefährlich oder eine Gefahr für die Öffentlichkeit“). „Stereotypen zu kennen bedeutet nicht notwendigerweise, ihnen zuzustimmen. Demgegenüber unterstützen Menschen mit Vorurteilen diese negativen Stereotypen („Das

³² Vgl. Rüscher, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2013, S. 5

stimmt! Alle psychisch Kranken sind gewalttätig“). Diese Vorurteile führen zu einer negativen emotionalen Reaktion („Sie machen mir alle Angst“). Werden daraus Verhaltenskonsequenzen gezogen, führt dies zu Diskriminierung. Ein mit Ärger verbundenes Vorurteil [...] kann zu feindseligem Verhalten führen. Im Falle von psychischen Erkrankungen können mit Ärger verbundene Vorurteile bedingen, den Betroffenen Hilfe vorzuenthalten und ungerechtfertigt etwa Polizei oder Justiz einzuschalten.“³³

Öffentliche Stigmatisierung	Selbststigmatisierung
<p>Stereotypen: Negative Meinungen über eine Gruppe, z.B. charakterschwach, inkompetent, gefährlich</p> <p>Vorurteile: Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z.B. Ärger, Furcht</p> <p>Diskriminierung: Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z.B. Benachteiligung bei Vermietung oder Arbeitsplatzvergabe, Vorenthalten von Hilfe</p>	<p>Selbst-Stereotypen: Negative Meinung über sich selbst, z.B. charakterschwach, inkompetent</p> <p>Selbst-Vorurteile: Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z.B. niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeit</p> <p>Selbst-Diskriminierung: Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z.B. Aufgabe der Suche nach Arbeit oder Wohnung</p>

Abb 18 - Zwei-Faktoren-Theorie von Stigma³⁴

2.2.4. Strukturelle Diskriminierung

Neben den medialen Fehldarstellungen, als eine Hauptform der öffentlichen Stigmatisierung und der Selbststigmatisierung lassen sich viel subtilere Formen der Diskriminierung betroffener Personen finden. So wird in österreichischen Gesetzestexten noch immer auf Formulierungen wie „Geisteskranker“³⁵ und „[g]eistig abnormale Rechtsbrecher“³⁶ zurück gegriffen. Selbst das Kirchenrecht zeigt eine diskriminierende Wortwahl gegenüber psychisch Erkrankten. So gilt laut Can. 1095-1 eine psychisch kranke Person - im Kirchenrecht als „Geisteskranker“ bezeichnet - als nicht ehefähig, außerdem besteht die Möglichkeit eine Ehe auf Grundlage einer psychischen Unfähigkeit zu lösen. Neben diskriminierenden

³³ Rüschi, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2013, S. 4

³⁴ Rüschi, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2013, S. 4

³⁵ Vgl. §51 EheG, 1938

³⁶ Vgl. §178a StVG, 1969

Formulierungen in Gesetzestexten kommt es teilweise auch zu einer Ungleichstellung, beispielsweise gegenüber somatischen Erkrankungen, etwa bei Versicherungen oder in der Sozialgesetzgebung. So ist es für eine psychisch erkrankte Person um einiges schwieriger eine angemessene psychotherapeutische Therapien von einer Versicherung bezahlt zu bekommen als etwa für eine physiotherapeutische Therapien. Das Problem des Erkrankten liegt in der zweifelsfreien Nachweisbarkeit seiner Krankheit gegenüber der Versicherung, da sich eine psychische Erkrankung, anders als etwa ein Bandscheibenvorfall, nicht mit Röntgenaufnahmen diagnostizieren lässt. Hierfür sind verschiedene Gutachten durch Psychologen notwendig, die gegenüber einer Versicherung eine Erkrankung bestätigen. Ähnlich verhält es sich beispielsweise bei einer Berufs- oder gar Arbeitsunfähigkeit durch eine schwere psychische Erkrankung.

2.3. Zukünftige Erwartungen und Bedürfnisse

Die kontinuierlich steigenden Fallzahlen verlangen nach einer höheren Aufmerksamkeit und noch kritischeren Beobachtungen auf die zukünftigen Entwicklungen im Fachbereich der Psychiatrie. Medizin, Politik und Planung werden gefordert sein, um die positiven Tendenzen in der Pflege und der Therapie auch weiterhin voranzutreiben. Die Entwicklung seit der Psychiatrie-Enquete - weg von einer zentralen und hin zu einer gemeindenahen Versorgung - bringt jedoch nicht nur Vorteile mit sich. Zwar hat sich in den letzten Jahrzehnten durch eine gemeindenahen Versorgung - ein Therapie- und Behandlungsangebote nahe des Wohnortes des Patienten - verbessert, da der Bezug zum Lebensmittelpunkt des Erkrankten erhalten bleibt, durch die damit verbundene Reduktion der Klinikgrößen führt jedoch immer öfter dazu, dass die Qualität der therapeutischen Betreuung, in den einzelnen psychiatrischen Einrichtungen leidet. Gründe für die schlechter werdende therapeutische Betreuung, liegen in der geringeren Durchlaufzahl von Patienten, welche wiederum zu weniger Erfahrungswerten führt. Diese Entwicklung führt dazu, dass eine breite Spezialisierung, vor allem bei seltenen Krankheitsbildern, erschwert wird. Weitere Nachteile von kleineren Einrichtungen sind die erschwerte Facharztausbildung, unter anderem durch geringere Kapazitäten, und eine schlechte Finanzierbarkeit von teuren

medizinischen Geräten, die etwa für die Diagnose oder eine Therapie benötigt werden.

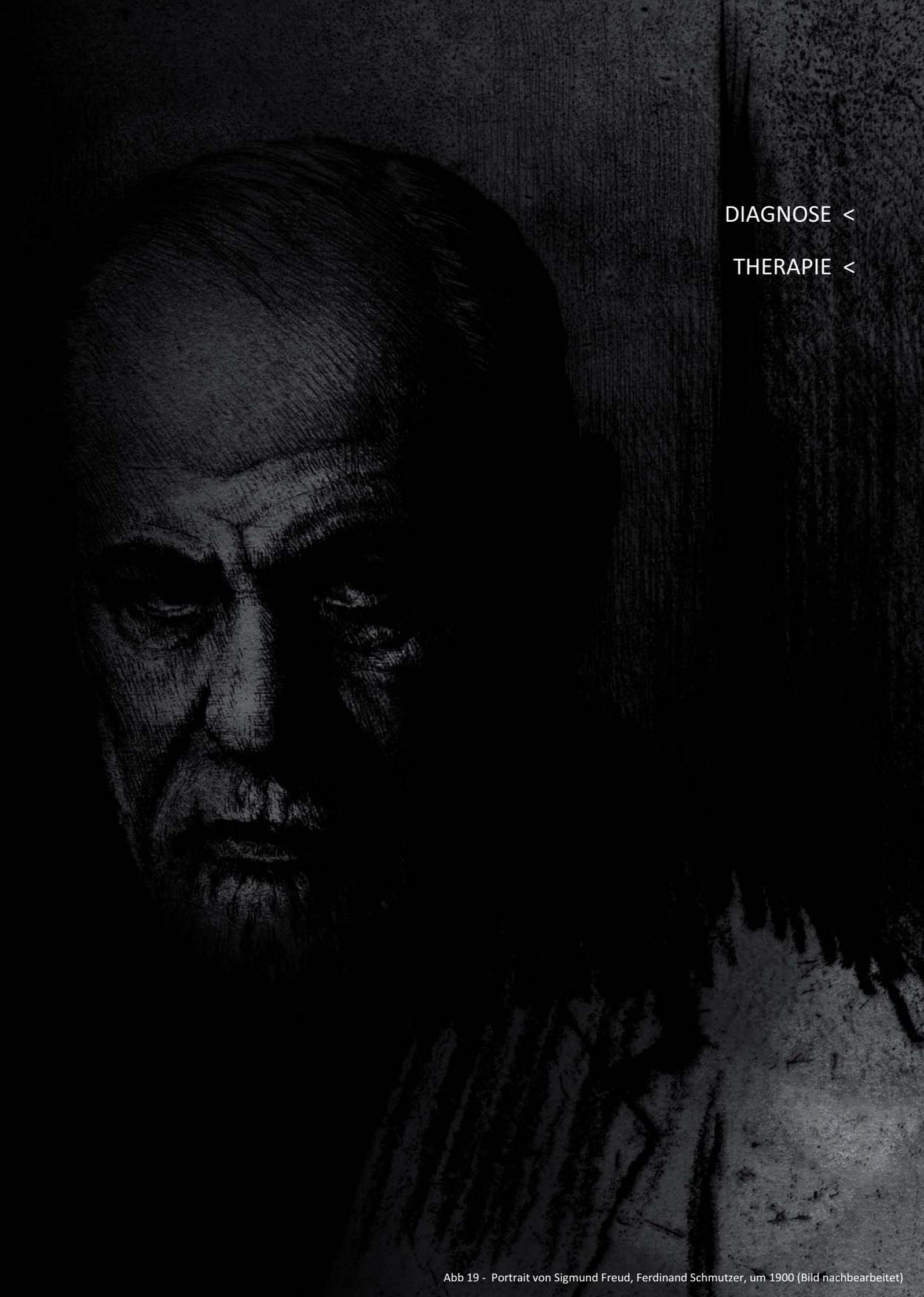
Ein immer enger werdender finanzieller Rahmen im gesamten Gesundheitssystem führt aktuell wieder hin zu größeren psychiatrischen Einheiten, die eine höhere Patientenzahl aufnehmen können, wodurch sich höhere Einnahmen ergeben. Auf der anderen Seite sind notwendige Ausgaben, wie Baukosten, Instandhaltung oder Investitionen für technische Geräte auf einen Patienten gerechnet geringer als es in einer Klinik mit einer geringerer Kapazität. Neben den eigenständigen Einrichtungen wurden und werden weiterhin psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern eingerichtet, die teils durch Neubauten und teils durch Umnutzung realisiert werden.

Ein weiterer Ansatz liegt in der Zusammenlegung von stationären und teilstationären Angeboten. Die Tendenz geht immer mehr, wie gesundheitspolitisch angestrebt, weg von stationären hin zu teilstationären und ambulanten Behandlungsformen. Eine stationäre Behandlung soll nur noch bei Akutfällen angewendet werden. Desweiteren bietet sich die Möglichkeit, dass im Anschluss an eine stationäre eine tagesklinische Behandlung in einer bereits gewohnten Umgebung - die gleiche Einrichtung - stattfinden kann. Dies wirkt sich positiv auf den Therapieerfolg aus und somit auch gegen eine Selbststigmatisierung. Diese Art der Verbindung zweier Behandlungsformen verlangt jedoch nach einer Anpassung des Raumangebotes, wie beispielsweise Ruheräume für Tagespatienten oder multifunktionale Therapieräume.

In der Universitätsklinik Bochum geht man im Rahmen eines Pilotprojektes seit 2006 noch einen Schritt weiter. Mit der Einführung des sogenannten „Track Konzeptes“ wird eine Trennung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung aufgegeben um eine kontinuierliche Behandlung zu erreichen. Das „Track Konzept“ konzentriert sich hauptsächlich auf eine krankheitsbildspezifische Behandlung in sogenannten Tracks. In den einzelnen Tracks steht den Patienten ein Team von Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Pflegepersonal zur Verfügung, die sich auf deren jeweiliges Krankheitsbild spezialisiert haben. Ein Konzept, das eine schnelle Behandlung ermöglicht - alles notwendigen Bereiche einer erfolgreichen Behandlung sind in einem Gebäude konzentriert - und es somit dem Patienten erleichtert eine Bindung mit seiner

therapeutischen Umgebung einzugehen und dadurch eine bessere Vertrauensbasis für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen.

KRANKHEITSBILDER
UND
THERAPIE



DIAGNOSE <

THERAPIE <

KAPITEL 3

3. Krankheitsbilder und Therapie

Das Fachgebiet der Psychiatrie war lange Zeit ein nur wenig beachtetes und erforschtes Feld der Medizin. Erst im 18. Jahrhundert stieg das Interesse an den Ursachen des Irre seins, wie psychische Krankheiten zur damaligen Zeit bezeichnet wurden. Die Forschungen und Arbeiten von Sigmund Freud oder Michel Foucault öffneten dem Fachgebiet neue Wege und erlaubten eine fundierte Diagnose und dadurch resultierend eine erfolgsversprechendere Therapie. Dieses, damals beginnende, steigende Interesse an psychischen Störungen, sowie in den 1970er und 1980er Jahren neu erhobene Statistiken von Fallzahlen, führte in Folge zu einem sprunghaften Anstieg der Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Medizin, wodurch sich auch die Definition einer psychischen Störung immer weiter entwickelte. Die Hauptaufgaben der Psychiatrie liegen vor allem in der Diagnose und der Behandlung einer psychischen Störung, sowie der Beratung der Patienten.

BASTINE (1998) definierte eine psychische Störung wie folgt: „Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonellen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern und die von der jeweiligen Person nicht oder nur begrenzt beeinflussbar sind.“³⁷ Eine psychische Erkrankung wird von den Patienten meist nur begrenzt oder gar nicht beeinflussbar durchlebt und kann gar ein erhöhtes Risiko mit sich bringen, daran zu versterben.

Leidet eine Person an einer psychischen Erkrankung, so ist die erste Anlaufstelle häufig der eigene Hausarzt. Dieser kann über weitere Schritte und Behandlungsmöglichkeiten informieren und den Patienten an einen Facharzt, bzw. eine Fachklinik überweisen. Neben dem Hausarzt als erste Anlaufstelle gibt es die Möglichkeit sich an Informationsstellen sozialpsychiatrischer Dienste zu wenden, die Angebote sowohl für Betroffene, als auch für Angehörige bieten.

³⁷ Bastine, 1998, S. 19

Ziel für das Behandlungsangebot, sowohl in Österreich als auch in Deutschland, ist ein gemeindenahes, dezentrales Netz an Versorgungsstellen für Patienten, was den Grundsatz: „So viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig“ verfolgt. Eine Betreuung findet vorzugsweise in ambulanter Form, beispielsweise bei niedergelassenen Psychologen statt. Neben einer ambulanten Behandlung gibt es die Möglichkeit einer teilstationären Behandlung in einer Tagesklinik. Dem Patienten steht hier ein umfangreiches Angebot an medizinischen und therapeutischen Leistungen zur Verfügung, die eine intensive Betreuung ermöglichen. Die Therapie findet jedoch nur tagsüber statt, inklusive gemeinschaftliche Mahl- und Ruhezeiten. Für eine ganztägige Betreuung gibt es das Angebot einer stationären Versorgung. Diese findet sowohl in psychiatrischen Fachkliniken, sowie in psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern statt. Da eine Behandlung so wenig wie möglich stationär durchgeführt werden sollte, findet diese vorzugsweise Anwendung bei Akutfällen, die häufig mit einer dringenden Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung einhergehen, welche sich auf verschiedenste Arten zeigen können. Am weitesten verbreitet, im Bereich der Selbstgefährdung, sind verschiedenste Arten von Ritzverletzungen, oder Verletzungen durch Schläge gegen feste Objekte, wie etwa

Erste Anlaufstelle	Ambulante / teilstationäre Behandlung	Stationäre Behandlung	Rehabilitation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt ▪ Sozialpsychiatrischer Dienst ▪ Allgemeine Beratungsstellen ▪ Psychotherapeutische Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärzte ▪ Psychotherapeuten ▪ Institutsambulanzen ▪ Tageskliniken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Kliniken und Abteilungen an AKHs für Erwachsenenpsychiatrie ▪ Psychiatrische Kliniken und Abteilungen an AKHs für Kinder und Jugendpsychiatrie ▪ Forensische Kliniken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohnheime ▪ Betreutes Wohnen ▪ Berufliche Trainingszentren ▪ Zuverdienstprojekte ▪ Selbsthilfegruppen ▪ Tagesstätten ohne ärztliche Leitung

Abb 20 - Beispiele für Elemente des psychiatrischen Versorgungssystems nach Glasow, 2011³⁸

³⁸ Vgl. Glasow, 2011, S. 4

Wände oder Einrichtungsgegenstände. „Über die medizinisch-therapeutische Versorgung hinaus bestehen verschiedenste Angebote für psychisch Kranke aus dem rehabilitativen Bereich, [...] welche die weitere Förderung und Begleitung sowie die Reintegration der Betroffenen in das Berufsleben und die Gesellschaft zum Ziel haben.“³⁹ Die vorangegangene Abbildung (Abb 20) zeigt eine Übersicht angebotener Behandlungselemente des psychiatrischen Versorgungssystems.

3.1. Diagnose

Um eine gezielte und spezifische Behandlung zu ermöglichen, ist eine genaue Diagnose unverzichtbar. Zu diesem Zweck wurden Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre international mehrere Klassifikationssysteme entwickelt. „Durch die internationale Abstimmung sollten vergleichbare Informationen über Verteilungen und Auftreten von Erkrankungen in verschiedenen Ländern gesammelt werden, um daraus Rückschlüsse auf die Gesundheitsversorgung, die Wirksamkeit von Behandlungsansätzen und möglicherweise auch auf ursächliche Bedingungen zu ziehen.“⁴⁰ Im Laufe der Zeit setzten sich zwei Verfahren durch. Zum einem das „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ Verfahren (DSM - Diagnostisches und Statistisches Manual) der American Psychiatric Association und zum anderen das „*International Statistical Classification of Diseases*“ Verfahren (ICD) der WHO, für die beide immer wieder Aktualisierungen vorgenommen wurden (Abb 21). Da das DSM-Verfahren hauptsächlich im amerikanischen Raum Anwendung findet und keine tiefere Bedeutung in Europa, speziell in Österreich und Deutschland hat, wird es an dieser Stelle lediglich genannt und im Folgendem nicht weiter beschrieben. Das für die Europäische Union bedeutende Klassifikationssystem ICD der WHO, speziell in ihrer aktuellen Version ICD-10, soll in Folge näher vorgestellt werden. Das Klassifikationssystem ICD-10-GM in seiner aktuellen Version beinhaltet nicht nur Diagnosen psychischer Störungen, sondern schließt alle Erkrankungen und Todesarten mit ein.

³⁹ Glasow, 2011, S. 4

⁴⁰ Bastine, 1998, S. 206

Verfahren	Erscheinungsjahr	deutsche Ausgabe	Anzahl der Diagnosen
ICD-6	1948	-	
ICD-8	1967	1975	
ICD-9	1978	1980	175
ICD-10	1991	1991	398
DSM-I	1952	-	106
DSM-II	1968	-	182
DSM-III	1980	1984	265
DSM-III-R	1987	1989	292
DSM-IV	1994	1996	297

Abb 21 - Historische Entwicklung der internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen nach Bastine, 1998⁴¹

Die Klassifikation wird in einer fünfstelligen alphanumerischen Codierung aufgebaut. Insgesamt sind die verschiedenen Krankheitsbilder in 21 verschiedene Kapitel in der ICD-10 Liste unterteilt, die jeweils mit einer Buchstabencodierung versehen wird. Beispielsweise werden Erkrankungen des Atmungssystems mit dem Buchstaben J codiert oder Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes mit dem Buchstaben M. Das Kapitel 5 ist den Verhaltensstörungen und psychischen Erkrankungen gewidmet und wird mit der Codierung F aufgeführt. Jede Gruppe wird in Folge in 10 Hauptgruppen (Abb 22) unterteilt, die

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

Abb 22 - Unterteilung der psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10-GM⁴²

⁴¹ Vgl. Bastine, 1998, S. 207

⁴² Vgl. Glasow, 2011, S. 5

je mit zwei, bzw. drei weiteren Hierarchie-Ebenen numerisch spezifiziert werden. Beispielsweise wird der ersten Hauptgruppe „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (F0-F9) die Diagnose „Demenz bei Alzheimer'scher Erkrankung“ (F00). Diese wird in einer weiteren untergeordneten Ebene wiederum spezifiziert und mit einer vierstelligen Codierung versehen und lautet z.B. „Demenz bei Alzheimer'scher Erkrankung mit spätem Beginn“ (F00.1). Die dritte Abstufung „[...]“ kommt nur bei einem Teil aller Diagnosen vor. Sie ist vorgesehen, um weitere Untergruppen, zusätzliche Symptome, Verlaufsmerkmale, das klinische Erscheinungsbild (z.B. akut oder nicht akut) oder den Schweregrad der Störung anzuzeigen.“⁴³

Um eine fundierte Diagnose in der Psychiatrie zu stellen werden in erster Linie Interviews, psychologische Testungen und Beobachtung der Patienten angewandt. „Dabei werden [...] die aktuellen Beschwerden, Vorerkrankungen und die Lebensgeschichte der Patienten erfasst. Die Beobachtung der psychischen Funktionen, wie allgemeines Erscheinungsbild, Verhalten, Bewusstsein und Orientierung, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisleistung, formales und inhaltliches Denken, Stimmung, Psychomotorik oder die Einsichtsfähigkeit des Patienten, geben dabei wichtige Hinweise auf das mögliche Störungsbild.“⁴⁴ Um somatische - körperliche - Ursachen für eine Erkrankung auszuschließen können weitere neurologische und allgemeine körperliche Untersuchungen, beispielsweise EKG, EEG, CT, MRT, Labordiagnostik oder Röntgenuntersuchungen erforderlich sein. Abhängig von der Behandlungsform - ambulant, teilstationär oder stationär - unterscheidet sich die Häufigkeit der verschiedenen Krankheitsbilder, da diese unterschiedliche Ursachen, Wirkungen und Behandlungsformen haben. Beispielsweise werden Erkrankten, die der Diagnosegruppe F20-F29 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zugeordnet sind häufiger stationär behandelt als etwa „Intelligenzstörungen“ (F70-F79). Die folgenden Abbildungen zeigen die Anteile der Diagnosegruppen F00 bis F99 im stationären Bereich für Deutschland (Abb 23) sowie einen Vergleich der am häufigsten auftretenden Diagnosegruppen in Österreich und Deutschland (Abb 24).

⁴³ Bastine, 1998, S. 208

⁴⁴ Glasow, 2011, S. 8

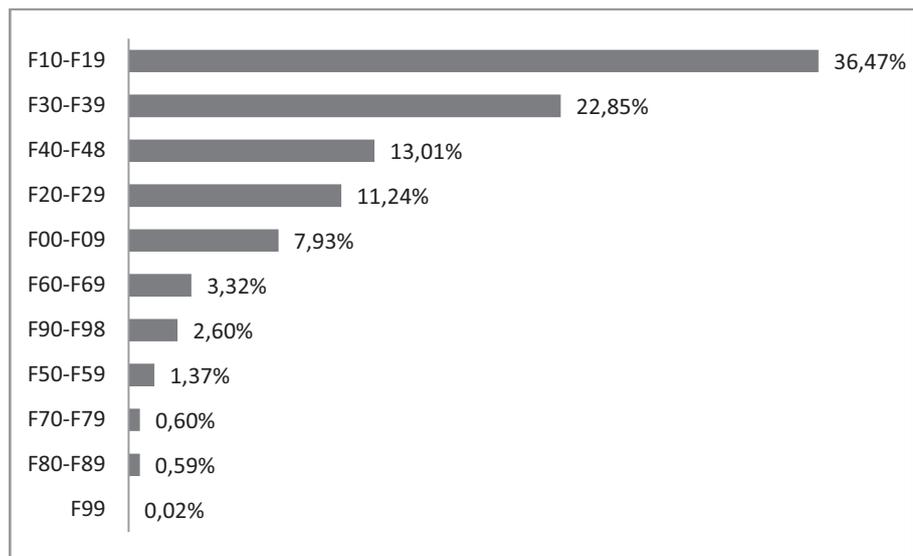


Abb 23 - Anteil der Diagnosegruppen vollstationäre Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser in Deutschland 2011

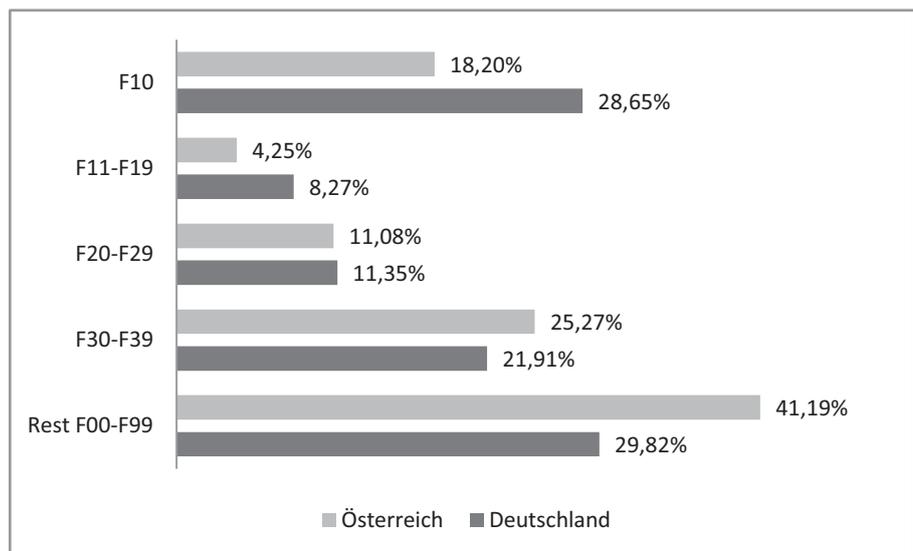


Abb 24 - Anteil ausgesuchter Diagnosegruppen vollstationäre Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser im Vergleich in Österreich und Deutschland 2010

Im Vergleich der Häufigkeit einzelner Diagnosegruppen in Österreich und Deutschland zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen. Am häufigsten werden stationär in Deutschland psychische und Verhaltensstörungen behandelt, die durch psychotrope Substanzen (F10-F19), verursacht werden. In Österreich stellt diese Gruppe jedoch nur die Zweithäufigste im Vergleich dar. Am häufigsten ist in Österreich die Diagnosegruppe der affektiven Störungen (F30-F39), vertreten. Mit 24.422 Fällen (18,20%) in

Österreich und 338.471 Fällen (28,65%) in Deutschland stellt die Diagnosegruppe F10, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, die mit Abstand häufigste aller Diagnosen der Klassifikationsgruppe F10-F19 in Deutschland im Jahre 2010 und die zweithäufigste in Österreich dar. Die verbleibenden Diagnosen der durch psychotrope Substanzen verursachten Störungen (F11-F19) stellen zusammen in Österreich 4,25% (5.703 Fälle) und in Deutschland 8,27% (96.194 Fälle) der diagnostizierten Fälle. Die häufigste diagnostizierte Gruppe ist mit 33.914 Diagnosen (25,27%) in Österreich, bzw. die zweithäufigste in Deutschland mit 254.999 Diagnosen (21,91%) die Gruppe der affektiven Störungen (F30-F39). Die Gruppe der Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) bildet die dritthäufigste Diagnose mit 155.026 Fällen und einem Anteil von 13,01% in Deutschland im Jahre 2011. An vierter Stelle liegen mit 14.874 Diagnosen (11,08%) in Österreich und 132.017 Diagnosen (11,35%) in Deutschland die Gruppe der Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), gefolgt von den Diagnosehauptgruppen F00-F09, Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, und F60-F69, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In Folge werden die genannten sechs häufigsten Diagnosegruppen, deren Besonderheiten und typischen Symptome kurz beschrieben.

3.1.1. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen entspricht den Abhängigkeitserkrankungen und enthält zehn Untergruppen. Sie stellt die Diagnosegruppe mit den höchsten Fallzahlen im vollstationären Bereich, sowie mit der Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) auch die häufigste Einzeldiagnose. Neben der Abhängigkeit durch Alkohol schließt diese Gruppe u.a. auch die Abhängigkeit durch Opioide (F11), Kokain (F14), Halluzinogene (F16) oder Tabak (17). Die erste Stufe einer Abhängigkeitserkrankung äußert sich durch ein unkontrollierbares Verlangen nach einer Substanz. Zu den weitgefächerten Symptomen gehören unter anderem Stimmungsschwankungen, Interessensverlust, Gleichgültigkeit, sowie neurologische Ausfälle und Schlafstörungen. Neben psychischen und neurologischen Symptomen treten häufig auch körperliche Folgen, wie beispielsweise starker Gewichtsverlust, Herz-Kreislaufschäden oder

Organschäden auf, die den Tod zur Folge haben können. Leidet ein Patient unter einer Abhängigkeit durch eine psychotrope Substanz ist meist ein stationärer Aufenthalt zur Entgiftung notwendig.

3.1.2. Affektive Störungen (F30-F39)

Bei den sogenannten affektiven Störungen handelt es sich um Veränderungen der Stimmung, Emotion und Motivation. Dabei sind zwei Ausrichtungen einer Stimmungsveränderung zu beobachten. Die erste, die häufigere der beiden Ausprägungen, ist eine Veränderung hin zu einer Depression, die zweite Form geht in Richtung einer gehobenen, manischen Stimmung. Bei einer Depression tritt eine Störung der Gemütslage ein, die sich häufig in Verbindung mit Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessensverlust und Energie- bzw. Antriebslosigkeit zeigen. Von einer manischen Störung spricht man, wenn im Gegensatz zu einer Depression, eine unangemessen gehobene Stimmung, eine Manie, zu beobachten ist. Affektive Störungen, ob manisch oder depressiv, können in einzelnen Episoden, chronisch anhaltend, rezidivierend oder bipolar wechselnd - abwechselnd manische und depressive Phasen - auftreten. Um eine ernsthafte Erkrankung von einer normalen, kurzzeitigen Verstimmung zu unterscheiden, ist für eine Diagnose die Dauer, Art und Intensität der Beschwerden von Bedeutung. Ursache einer affektiven Störung ist meist ein multifaktorielles Geschehen. „Dabei wirken biologische, psychische und soziale Komponenten zusammen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit hängt einerseits von der genetischen und neurobiologischen Grundausstattung eines Menschen ab, andererseits von den seelischen Belastungen, denen er in seinem Leben ausgesetzt ist.“⁴⁵

3.1.3. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

Bei der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen handelt es sich um „lebensgeschichtlich und entwicklungsbedingte Krankheiten, die sich sowohl psychisch als auch physisch bemerkbar machen können. Sie sind Antworten auf äußere Erlebnisse und innere Konfliktsituationen. Bei unbewussten

⁴⁵ Gesundheit in Deutschland, 2006 - 1.2.3.1 Depression, 2006

Konflikten führt aus tiefenpsychologischer Sicht die normale Konfliktspannung zu Angst und Abwehr.“⁴⁶ Die Gruppe behandelt Formen der Angst- und Zwangsstörungen. Die Untergruppe F40 (Gruppe der phobischen Störungen) befasst sich mit Ängsten, die durch Situationen oder Objekte - im Allgemeinen als ungefährlich und eindeutig definiert - hervorgerufen werden, beispielsweise die Angst vor großen Plätzen (Agoraphobie), in der Psychologie auch als „Platzangst“ bezeichnet. Fälschlicher Weise wird die „Platzangst“ umgangssprachlich als die Angst vor engen Räumen (Klaustrophobie) verwendet. Zwangsstörungen wie z.B. Wasch- oder Kontrollzwänge zählen zur Untergruppe F42. „Belastungsstörungen treten als Folge dramatischer Erlebnisse, beispielsweise einer Vergewaltigung, auf. Sie äußern sich sehr vielfältig, z.B. durch Depressionen, Angst, Verzweiflung, aber auch Schlaflosigkeit, Schreckhaftigkeit und Suizidgedanken. Die somatoformen Störungen zeichnen sich durch körperliche Beschwerden aus, die jedoch nicht auf nachweisbare Organbefunde zurückzuführen sind. Auch diese Störungen werden durch psychische Konflikte ausgelöst [...]“⁴⁷

3.1.4. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

„Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die durch zeitweilige, fundamentale Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Erlebens mit Beeinträchtigungen bis hin zum Verlust des Realitätsbezugs charakterisiert ist. Sie betrifft weltweit etwa 1 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben [...]“⁴⁸ Der Begriff Schizophrenie bedeutet soviel wie „gespaltenes Bewusstsein“, hat jedoch nichts, wie in der Bevölkerung häufig angenommen, mit einer gespaltenen oder multiplen Persönlichkeit zu tun. Schizophrenie bezeichnet viel mehr ein Nebeneinander von gesunden und kranken Verhaltensweisen. Schizophrene Störungen können sich gleichzeitig und in variierender Stärke in verschiedenen Funktionsbereichen wie der Aufmerksamkeit (Störung der Konzentration), des inhaltlichen und formalen Denkens (Wahn, Gedankenabriss), der Ich-Funktionen (Gedankenlautwerden, -eingebugen usw.), der Wahrnehmung (Halluzinationen),

⁴⁶ Schädle-Deiningner, 2005, S. 293

⁴⁷ Glasow, 2011, S. 7

⁴⁸ W. Gaebel, 2010, S. 7

der Psychomotorik oder der Affektivität (Depressionen). Durch die genannten Störungstypen und deren variierendes Auftreten ist eine Zuordnung zu dieser Gruppe schwierig und durchaus als fragwürdig anzusehen.

3.1.5. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

Die Gruppe der organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen befasst sich mit psychischen Störungen, deren Ursache eindeutig organischer Herkunft sind. Einerseits gehören in dieser Gruppe sogenannte zerebrale Erkrankungen, d.h. das Gehirn (lat. Cerebrum) betreffend, oder verletzungsbedingt z.B. als Folgeschaden eines Schädel-Hirn-Traumas. Erkrankungen dieser Gruppe zeigen sich meist in Form kognitiver Störungen (z.B. Lern-, Gedächtnis-, Bewußtseins- oder Aufmerksamkeitsstörungen), Wahrnehmungsstörungen (z.B. Halluzinationen), Denkinhaltsstörungen (z.B. Wahn), Stimmungs- und Gefühlsstörungen (z.B. Depression oder Manie) oder Störungen der gesamten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster.⁴⁹Eine Funktionsstörung kann primär, durch Krankheit, Verletzung oder Funktionsstörung des Gehirns bedingt sein (z.B. Demenz bei Alzheimerkrankheit) oder sekundär, durch eine systemische Krankheit, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betrifft (z.B. Demenz bei HIV-Krankheit).Organisch bedingte Funktionsstörungen, die durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen verursacht werden, sind in dieser Gruppe nicht inkludiert, da diese in der Gruppe F10-F19 klassifiziert werden (siehe Kapitel 3.1.1.).

3.1.6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

Die Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen „[...] umfasst lang anhaltende charakteristische Verhaltensmuster, die Ausdruck des individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zu sich selbst und zu Anderen sind, und die häufig mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einhergehen.“⁵⁰ Die Ursachen der verschiedenen Zustandsbilder und

⁴⁹ Vgl. Bastine, 1998, S. 208f

⁵⁰ Bastine, 1998, S. 211

Verhaltensmuster sind vielfältig. Bei der Untergruppe der spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60), sowie die der kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die der Persönlichkeitsänderungen (F62) handelt es sich um anhaltende Verhaltensmuster, die stark verwurzelt sind. Diese Verhaltensmuster zeigen sich speziell durch starre Reaktionen, verursacht durch eine Abweichung von der Mehrheit in der Wahrnehmung, im Denken und Fühlen, in persönlichen und sozialen Lebenslagen. Desweiteren entwickeln sich einige Verhaltensmuster erst im Laufe des Lebens, andere werden bereits früh im Leben erworben und entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen.

3.2. Therapie

In der Vorstellung vieler Menschen hält sich hartnäckig das Bild von psychisch Kranken, die in Zwangsjacken gesteckt und in Gummizellen untergebracht werden. Prof. Dr. Michael Musalek, Leiter des Wiener Anton-Proksch-Instituts für Suchtkranke, ist überzeugt: "In der Bevölkerung existiert noch immer ein gewisses Image á la "Einer flog über das Kuckucksnest"- aber man darf nicht vergessen, dieser Film ist aus den 70er Jahren. Seit dieser Zeit hat sich in diesem Fach extrem viel getan."⁵¹ Versäumt wurde jedoch, diesen, durch Reformen und Veränderungen gewonnenen Fortschritt, in die allgemeine Bevölkerung weiter zu tragen. Beispielsweise gilt die Elektro-Krampf-Therapie (EKT), besser bekannt unter der veralteten Bezeichnung Elektroschock-Therapie in der Bevölkerung noch immer als sehr umstritten. In der Fachwelt gilt die Elektro-Krampf-Therapie jedoch als sehr effizient und genießt einen hohen Stellenwert.

3.2.1. Elektro-Krampf-Therapie

Die Elektro-Krampf-Therapie gehört zu den Schocktherapien und findet heute nur noch sehr selten und auch nur bei sehr schweren Erkrankungen, unter anderem am Wiener AKH, Anwendung. Prof. Dr. Richard Frey, Oberarzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinische Universität Wien (AKH Wien) und Leiter der psychiatrischen Intensivstation erläuterte im Rahmen eines persönlichen

⁵¹ Schersch, Zwangsjacke, Sedierung & Elektroheilkampf-Therapie, 2011

Gespräches die positiven Ergebnisse, die bei einer Elektro-Krampf-Therapie, beispielsweise bei katatonen Störungen, erzielt werden. Katatone Störungen sind psychomotorische Syndrome, die sich in unnatürlichen, stark verkrampften Haltungen des ganzen Körpers zeigen und als Begleiterscheinung von schweren psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel schweren Depressionen, Schizophrenie die aber auch bei neurologischen Krankheitsbildern und Infektionen wie HIV auftreten können. Bei einer Elektro-Krampf-Therapie wird nicht, wie oft in der Bevölkerung angenommen, der Patient über längere Zeit unter Strom gesetzt. Die Behandlung findet unter einer Kurznarkose statt, anschließend bekommt der Patient kurze, ca. 2,5 Sekunden andauernde Stromstöße, die einen epileptischen Anfall auslösen sollen. Ziel dieser Behandlung ist eine Art Neuanspringen der einzelnen Systeme, im Sinne eines Selbstheilungsprozesses. Entwickelt wurde diese Art der Behandlung nachdem bei depressiven und psychotischen Patienten eine deutliche Besserung der Erkrankung durch einen zufälligen epileptischen Anfall zu beobachten war. Daher wurde seit Anfang des vorigen Jahrhunderts auf verschiedene Art versucht, epileptische Anfälle künstlich auszulösen. Einige dieser Methoden, etwa die Insulinschock- oder die Cardiazol-Krampf-Therapie, werden heute nicht mehr angewendet, da sie ein hohes Risiko für die Patienten bedeutete. Die Elektro-Krampf-Therapie gilt jedoch als sehr sicher und hoch wirksam.

3.2.2. Zwangsbehandlung

Anders als bei der Schocktherapie, bei der sich die Fachmedizin über den Nutzen meist einig ist, herrscht bei der Frage nach möglichen Zwangsmaßnahmen zur Beruhigung der Patienten in psychotischen Akutphasen Uneinigkeit. Jede Maßnahme, ob Isolierräume, Netzbett, Gurtfixierung oder medikamentöse Ruhigstellung, hat seine Befürworter und Gegner, deren Ansichten teils weit auseinander driften. Weitergehende Beschränkungen wie etwa Fixierungsmaßnahmen, zum Beispiel das Festbinden mit Hand-, Fuß-, oder Bauchgurten, das Zurückhalten in einem Raum oder die Verwendung von Netzbetten müssen der Patienten-anwaltschaft gemeldet werden. Patienten haben

das Recht, diese Maßnahmen auf Antrag durch ein Gericht gegebenenfalls überprüfen zu lassen.⁵²

3.2.3. Biopsychosozialen Therapie

Die Psychiatrie versteht sich heute jedoch nicht mehr als Verwahrungseinrichtung. Patienten werden mit dem Ziel aufgenommen sie zu therapieren, zu heilen und ihnen ein möglichst autonomes und angenehmes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig über eine bloße Linderung der Symptome einer Erkrankung hinaus zu gehen. Ein Ansatz, der heute in der Medizin als erfolgsversprechend angesehen wird findet sich in Kombinationstherapien, wie etwa bei der biopsychosozialen Therapie. Darunter versteht man eine Behandlung seelischer Krankheiten mittels drei sich ergänzender therapeutischer Verfahren: das somatische, das psychotherapeutische und das sozialtherapeutische Verfahren. Die somatischen Behandlungsverfahren sollen die Psyche durch chemische Maßnahmen (z.B. Psychopharmaka) sowie mechanische (z.B. Schockbehandlung und Physiotherapie) beeinflussen. „Die psychotherapeutische Behandlung kann in Form von Einzel- oder Gruppengesprächen durchgeführt werden. Darüber hinaus ist es auch möglich, den Partner oder andere Angehörige in die Therapie mit einzubeziehen.“⁵³ Im Rahmen einer psychologischen Behandlung werden den Patienten wichtige Informationen über die vorliegende Erkrankung, sowie über mögliche therapeutische Behandlungsmethoden vermittelt. Bei Bedarf können soziale Fähigkeiten aufgebaut werden oder ein Selbstsicherheitstraining erfolgen. Die dritte Maßnahme sind sozialtherapeutische Behandlungen. Diese beinhalten unter anderem eine individuelle sozialpädagogische Betreuung der Patienten in Form von Hilfestellungen bei der Arbeitsplatzsuche oder bei notwendigen Amtsgängen bis hin zur Klärung familiärer Probleme. Neben den biopsychosozialen Therapie bieten Kliniken oft ein reichhaltiges Angebot an Ergo-, Musik-, Bewegungs- oder Entspannungstherapien für die Patienten an. Diese sollen kreative Fähigkeiten wecken, soziale Fähigkeiten stärken und aggressive Neigungen unterbinden. Störungen der Konzentration oder der Merkfähigkeit

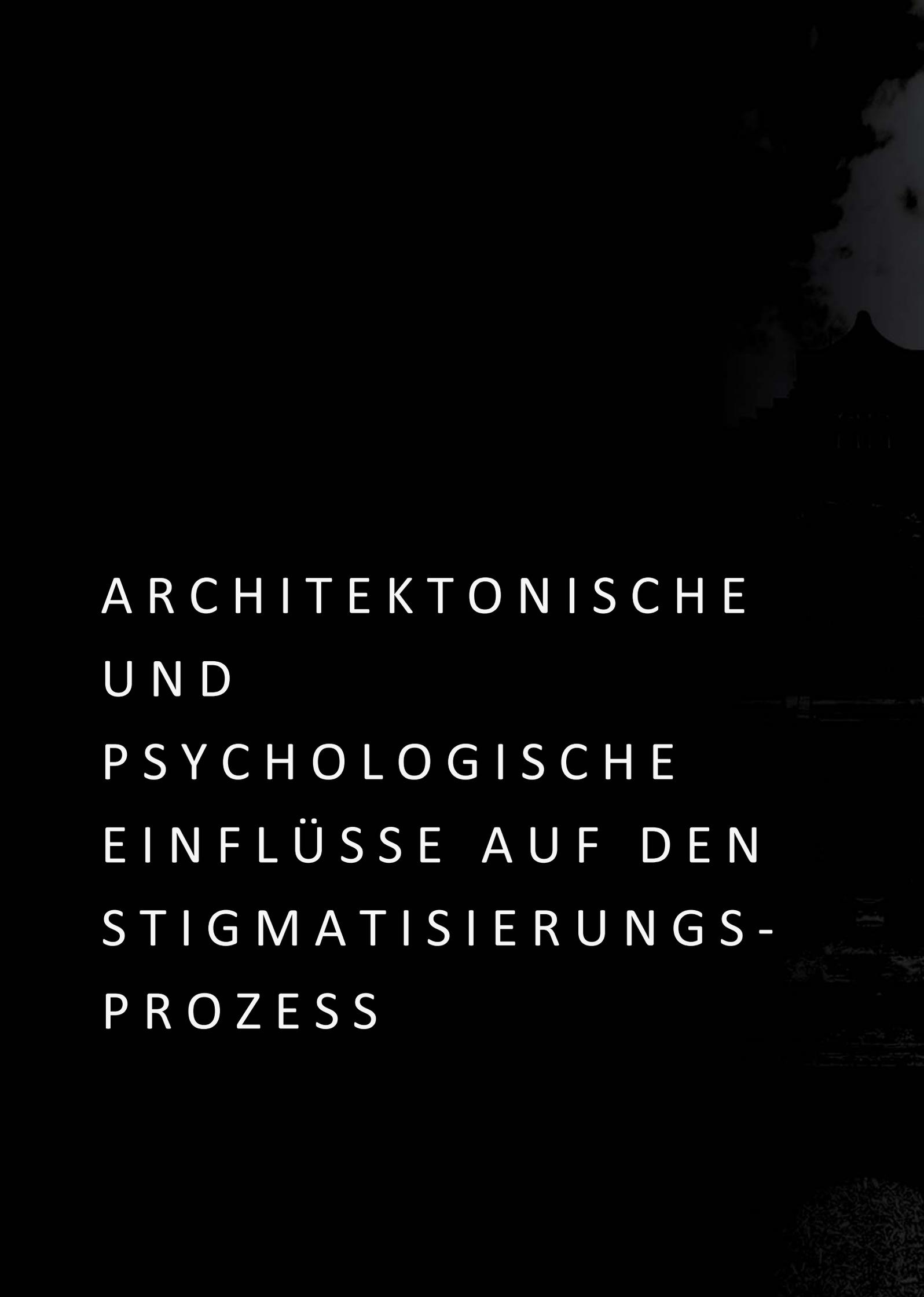
⁵² Vgl. Schersch, Am momentanen Stand des Irrtums, 2011

⁵³ Glasow, 2011, S. 8

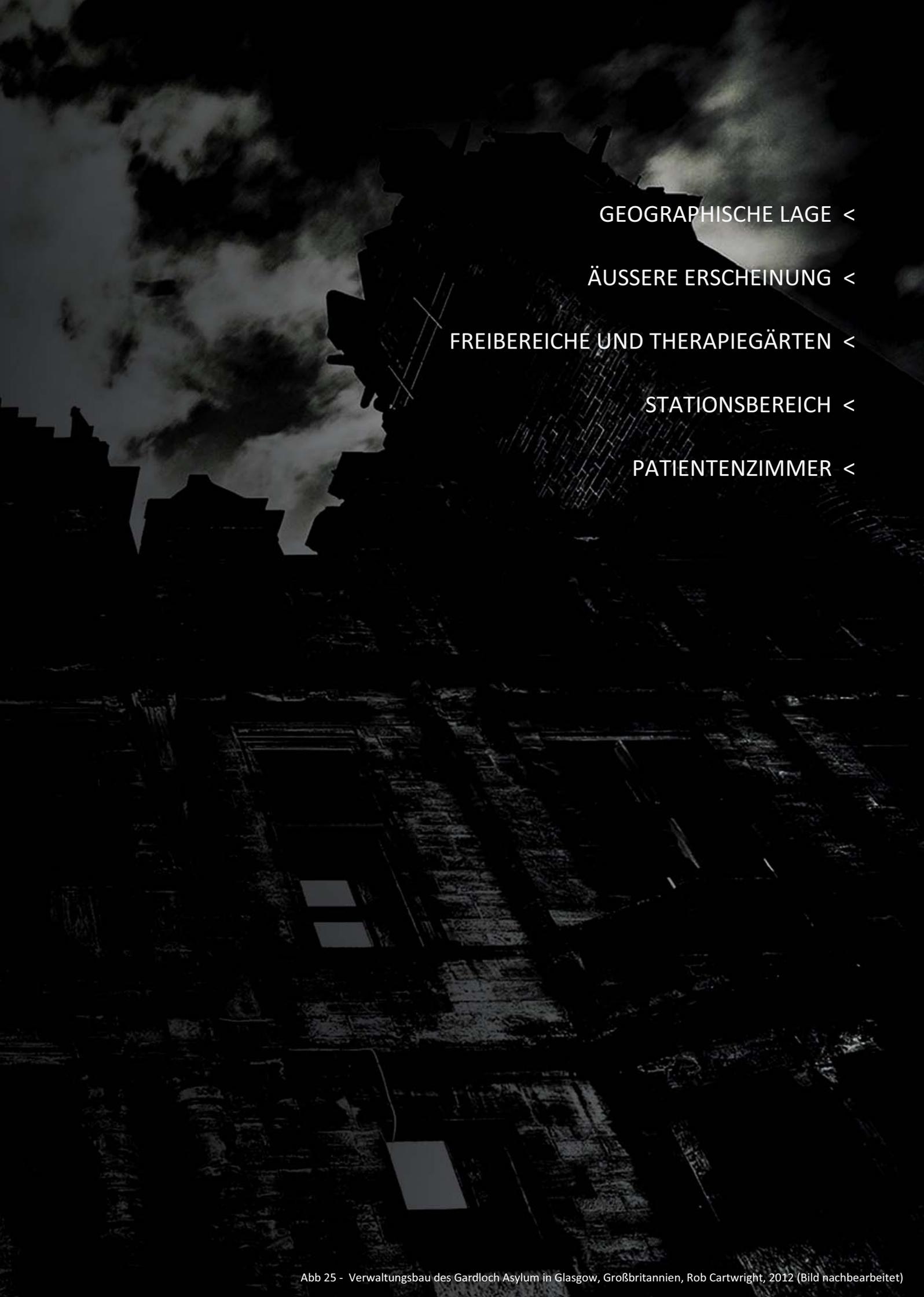
lassen sich durch Kognitionstraining, beispielsweise am Computer, therapieren. Ebenfalls anerkannt ist die Aromatherapie, die als komplementäres Heilverfahren, anderes als noch vor 10 oder 20 Jahren, heute weiten teils anerkannt ist. Gemäß ELIANE ZIMMERMANN (2005) hat die Aromatherapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz fest etabliert und wird in vielen Krankenhäusern sowie Alters- und Pflegeheimen mit Erfolg praktiziert. In vielen Krankenhäusern werden inzwischen Duftlampen, sowie essentielle Öle eingesetzt. Neben der Anwendung von Ölen und Duftlampen, die häufiger Anwendung findet, findet auch der Aromagarten, wenn auch nur langsam, seinen Weg in die Krankenhäuser.

3.2.4. Prävention

Die wohl beste Möglichkeit psychischen Erkrankungen entgegen zu wirken liegt in deren Früherkennung und der Prävention. Ein früherkanntes Leiden, beispielsweise eine Depression oder ein Burn-out, sind besser und auch schneller behandelbar, als eine starke manifestierte Erkrankung im späteren Verlauf. Was eine Früherkennung eines psychischen Leidens jedoch erheblich erschwert, ist der Fakt, dass der Übergang von einem gesunden zu einem kranken Zustand ein fließender ist. Der Prävention wurde bislang, wenn überhaupt, nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dieser Prozess kommt nur langsam, aber doch merklich in Gang. Die Anzahl von Menschen in Österreich, die sich zugestehen ein psychisches Leiden zu haben und sich trauen dieses auch bereits in einem frühen Stadium bei einem Facharzt behandeln zu lassen steigt. Außerdem gibt es mehr und mehr Aufklärungskampagnen, beispielsweise in Magazinen, die der Bevölkerung einen bewussteren Umgang mit ihrer eigenen Psyche vermitteln sollen. Doch erst wenn dieses Bewusstsein in allen Lebensbereichen des Menschen, etwa im privaten und im beruflichen Bereich, etabliert sind kann eine wirkungsvolle Prävention Früchte tragen.



ARCHITEKTONISCHE
UND
PSYCHOLOGISCHE
EINFLÜSSE AUF DEN
STIGMATISIERUNGS-
PROZESS



GEOGRAPHISCHE LAGE <

ÄUSSERE ERSCHEINUNG <

FREIBEREICHE UND THERAPIEGÄRTEN <

STATIONSBEREICH <

PATIENTENZIMMER <

KAPITEL 4

4. Architektonische und psychologische Einflüsse auf den Stigmatisierungsprozess

Auf das Stigma der Psychiatrie, ob es sich nun auf den Patient oder die Einrichtung bezieht, üben verschiedene Aspekte, direkt oder indirekt, einen nachhaltigen Einfluss aus. Dieses Kapitel befasst sich näher mit den architektonischen Einflüssen, die sowohl auf die gesellschaftliche Bewertung, als auch auf die Wahrnehmung und das Verhalten der Patienten Einfluss nehmen. Diese Wechselwirkung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt wird ökologische Psychologie genannt und findet Anwendung im Bereich der Architekturpsychologie. Die ökologische Psychologie nimmt bei der Planung einer psychiatrischen Einrichtung, aber auch bei Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen, einen besonderen Stellenwert ein. Insbesondere, da die Wirkung der architektonischen Gestaltung das Verhalten, also das Denken, Handeln und Wahrnehmen der Patienten in einem besonderen Maße beeinflussen kann.

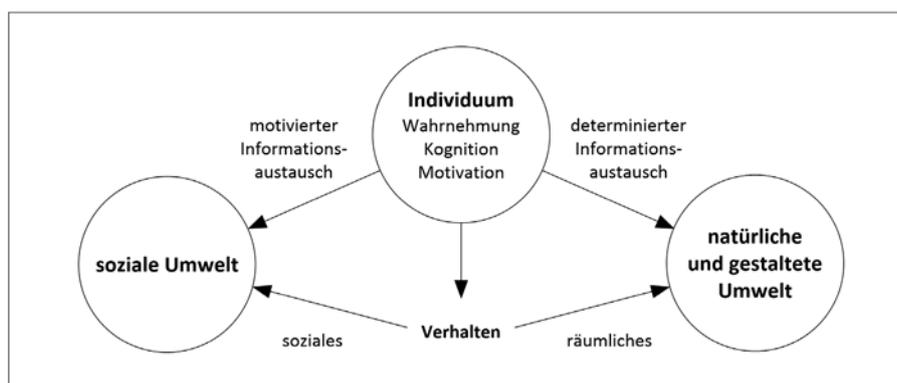


Abb 26 - Informationsaustausch zwischen Individuum, sozialer und räumlicher Umwelt⁵⁴

⁵⁴ Kunze, 1994, S. 22

Prof. Dr. Peter G. Richter, Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie an der TU Dresden, definiert die Architekturpsychologie als „Lehre vom Erleben und Verhalten des Menschen in gebauten Umwelten [...] Ziel ist es, menschliches Erleben und Verhalten in diesem Kontext zu beschreiben, zu erklären, vorherzusagen und zu verändern.“⁵⁵ Dabei kommt es zu einer Wechselbeziehung, beziehungsweise Informationsaustausch (Abb 26), zwischen den Individuen selbst, deren Verhalten und die sie umgebende soziale wie auch räumliche Umwelt.

Bei der Bearbeitung der architektonischen Einflüsse soll systematisch von außen nach innen, sprich vom öffentlichen Raum hin zu den privaten Patientenbereichen, vorgegangen werden. Zunächst wird untersucht, welche Bedeutung die geographische Lage für die gesellschaftliche Umgebung sowie den Heilungsprozess und eine mögliche Selbststigmatisierung der Patienten hat. Anschließend steht die Zugangssituation und die Wirkung des Gebäudes auf die Umgebung im Fokus. Es stellt sich die Frage: Welche baulichen und materiellen Möglichkeiten stehen zu Verfügung und wie können diese eingesetzt werden, um ein möglichst ansprechendes Äußeres zu erreichen? Die nachfolgenden Abschnitte behandeln die Organisation einer Station, sowie die eines Patientenzimmers.

4.1. Geographische Lage

Die Wahl der geographischen Lage einer Anstalt ist sowohl eines der wichtigsten Entscheidungskriterien, als auch eines der schwersten. Die Entscheidung verlangt eine genaue Bewertung der teils gegenteiligen Interessen von Patienten, Medizin, Finanzierung und Umgebung. Einerseits sollte mit der Lage einer Einrichtung Bezug zur Natur hergestellt werden, wodurch ein positiver Einfluss auf die Therapie erzielt werden kann. Andererseits soll durch die Nähe zur gewohnten, meist urbanen, Umgebung der Patienten ein Bezug zu deren Lebensmittelpunkt aufrecht erhalten werden. Durch die kürzeren Distanzen zum Wohnmittelpunkt entsteht auf der einen Seite eine höhere Bereitschaft sich bei Erkrankung in eine Klinik zu begeben und auf der anderen Seite entsteht eine bessere Umsetzbarkeit des erlernten Verhaltens im Umgang mit einer Krankheit. Doch wie stellen sich die

⁵⁵ Richter, 2008, S. 21

einzelnen Vor- und Nachteile, die therapeutisch positiven Einflüsse und andererseits die negativen Einflüsse auf das Stigma dar?

Dass die Umgebung, in der eine therapeutische Behandlung stattfindet einen entscheidenden Einfluss auf einen Heilungserfolg nimmt, wurde bereits Ende des 18. Jahrhunderts erkannt. So entwickelte beispielsweise der US Amerikanische Psychiater T.S. Kirkbride eine lineare Baustruktur für psychiatrische Einrichtungen. Diese lineare Baustruktur sollte einen möglichst hohen Bezug zur Natur ermöglichen. Das gleiche Ziel verfolgend, jedoch auf eine andere Art umgesetzt, funktioniert die in Frankreich entstandene Hofstruktur oder auch die Blockstruktur, entwickelt von dem Heidelberger Arzt Christian Friedrich Roller. Hierbei entstanden geschlossene Innenhöfe, die den Patienten als Wandelgarten dienten und somit eine naturnahe Umgebung herstellten. Die um 1870 entstandene Pavillonbauweise verband den natürlichen Bezug zur Natur, beispielsweise in Form eines Weitblickes, und die gestaltete Natur in Form eines Hofes. Einzelne Pavillons wurden in eine attraktiv gestaltete, parkähnliche Anlage eingebettet.

Die Idee einer naturbezogenen Architektur besteht auch heute noch und wird vor allem in Deutschland bei Neubauten gern umgesetzt. Ein Beispiel dafür ist die psychiatrische Klinik Friedrichshafen, die den Patienten einen attraktiven Blick über den Bodensee bietet. Auch in Österreich gibt es einige gute Beispiele, wie die Klinik Baumgartner Höhe, eine im Pavillonsystem erbaute Anlage oder die, mehr auf Rehabilitation spezialisierte, Privatklinik St. Radegund, nahe Graz. Bei allen therapeutischen Vorteilen einer naturnahen Lage, liegt gerade in der Lage selbst ein Nachteil. Viele Kliniken befinden sich in eher abgelegenen Regionen und kleinen, infrastrukturschwachen Gemeinden. Die Problematik liegt sowohl in einer eher ablehnenden Haltung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten, als auch in einer negativen Selbstbeeinflussung der Patienten, auf Grund einer oft größeren Distanz, räumlich und sozial, zum eigenen Lebensumfeld.

Ein anderes Problem liegt in der Distanz zum Lebensmittelpunkt der Patienten. Eine große Entfernung zum Wohnort führt häufig zu einer schlechteren Identifizierung mit der neuen therapeutischen Umgebung, was aber für eine erfolgreiche Therapie als wichtig gilt. Bei der Rückkehr in das alte Lebensumfeld am Ende einer stationären Therapie und den damit verbundenen, teils

belastenden, Situationen im Alltag, führen häufiger zu Rückfällen. Gründe dafür können zu große Unterschiede zwischen den Umgebungseinflüssen in der therapeutischen und der meist stressigen Lebensumgebung sein. Unter anderem aus diesen Grund ging man in den letzten Jahrzehnten dazu über psychiatrische Abteilungen an Kliniken, wie etwa am AKH Wien oder LKH Linz, einzurichten. Neben der räumlichen Nähe zum eigenen Lebensumfeld und der damit verbundenen erleichterten Rückkehr in ein eigenständiges Leben, ist es auch ein wichtiger Aspekt für einen positiven Einfluss auf die Selbststigmatisierung. So erklärte Priv. Doz. Dr. Ingrid Sibitz, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinische Universität Wien (AKH Wien) und Leiter der psychiatrischen Tagesklinik und Spezialistin bezüglich Stigmatisierung im Bereich Psychiatrie, im Rahmen eines persönlichen Gespräches, dass es Patienten leichter falle den Weg in ein Krankenhaus als in eine Psychiatrie zu gehen. Auf der anderen Seite ist der Kontakt zur Natur nur noch bedingt möglich, da sich viele Krankenhäuser in einer urbanen Umgebung befinden.

4.2. Äußere Erscheinung

Die äußere Erscheinung einer Klinik ist sowohl für die öffentliche Stigmatisierung, als auch die Selbststigmatisierung von Bedeutung. Zum einen kann die äußere Erscheinung die öffentliche Meinung, besonders die der direkten Umgebung nachhaltig beeinflussen. Zum anderen kann sie aber auch, je nach Erscheinung, einen positiven oder einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden des Patienten ausüben. Einen Einfluss auf die äußere Erscheinung hat hierbei die Fassadengestaltung, im speziellen die Materialität der äußeren Hülle und die Gestaltung der Fenster, aber vor allem die Gestaltung der Zugangssituation. Im folgenden sollen die genannten Aspekte jeweils näher betrachtet werden.

Neben der geographischen Lage hat auch die Zugangssituation einen wesentlichen Einfluss, sowohl auf den Patienten, als auch auf Besucher einer psychiatrischen Klinik. Bei der Problematik der Zugangssituation handelt es sich nicht um eine individuelle Diskriminierung - eine ablehnende Haltung von außenstehenden Personen und Gruppen gegenüber psychisch kranken Personen - sondern um einen direkten Einfluss auf Hilfesuchende. Der Zugang zum Gebäude ist der erste Kontakt, den ein Patient mit einer Anstalt hat. Dieser erste Kontakt ist für den

ersten Eindruck von großer Bedeutung, da dieser bereits Einfluss auf die Erwartungen der Patienten hat und in Folge dessen auch darauf, ob dieser gewillt ist die therapeutischen Maßnahmen anzunehmen. Viele Patienten befinden sich in einer Ausnahmesituation, wenn sie sich in Behandlung begeben. Diese Ausnahmesituation verlangt nach einer möglichst neutralen Erscheinung, um dem Patienten nicht weiter zu beängstigen.

4.3. Freibereiche und Therapiegärten

Speziell für Patienten einer geschlossenen Abteilung, aber auch für jene, die auf einer offenen Station untergebracht sind, sowie für das Klinikpersonal und Besucher bieten klinikinterne Freibereiche eine willkommene Abwechslung zum Klinikalltag, da diese die Möglichkeit bieten einen Spaziergang zu unternehmen oder die Pause an der frischen Luft zu verbringen. Ein weiterer wichtiger Aspekt eines Freibereiches ist ein positiver Einfluss auf die Therapie der Patienten. Jedoch ist es nicht mit einer einfachen Rasenfläche getan, da diese nur eine eingeschränkte therapeutische Wirkung besitzt. So bietet ein Klinikhof mit Rassenfläche zwar die Möglichkeit der Bewegung an der frischen Luft mit einem Bezug zum Grün und somit zur Natur, darüber hinaus sind die therapeutischen Nutzungsmöglichkeiten aber stark eingeschränkt. Nachfolgend soll eine Möglichkeit einer Freiraumgestaltung näher beleuchtet werden, bei der der Barfußpfad als eine therapeutisch nützliche Maßnahmen in einem Freiraum Anwendung finden.

Der Barfußpfad bietet eine einfache Möglichkeit, sowohl in der Herstellung als auch in der Pflege für therapeutisch nutzbare Freiraumgestaltung dar. Bei einem Barfußpfad handelt es sich, wie der Name bereits sagt, um einen Weg mit verschiedenen Materialien, der barfuß durchschritten wird. Ein solcher Pfad besteht in der Regel aus verschiedenen Feldern, die jeweils mit einer anderen Oberflächenbeschaffenheit versehen ist. Bei der Wahl der verwendeten Materialien ist man relativ freigestellt, solange diese Verletzungsgefahr, beispielsweise durch Schnitte, bergen. Denkbar sind hier etwa Mulch oder aneinander gereihte Äste und Stämme, oder aber Kiesel- und Felsböden. Außerdem sind Böden aus Erde und Gras oder Wasserbecken denkbar. Ziel eines Barfußpfades ist es aus therapeutischer Sicht, dass der Patient eine sensible

Selbstwahrnehmung entwickelt und somit ein besseres Gespür für den eigenen Körper aufbaut.

4.4. Stationsbereich

Anders als bei einer Krankenstation eines Allgemeinkrankenhauses, auf der die Patienten, oft auf Grund ihrer jeweiligen Erkrankungen, die meiste Zeit ihres Aufenthaltes in einem Bett verbringen müssen, sind Patienten mit einem psychischen Leiden nur selten bettlägerig. Diese Gegebenheit, sowie der Aspekt, dass psychiatrische Patienten ihre Zeit möglichst außerhalb ihres Zimmers verbringen sollten, stellt besondere Anforderungen an den Stationsbereich einer psychiatrischen Einrichtung, die sich von denen einer somatischen Klinik in einigen Bereichen erheblich unterscheidet. Sowohl an die Funktionalität als auch an die Gestaltung psychischer Station sind weitaus mehr Anforderungen gestellt als bei einer allgemeinen Station. Nachfolgend sollen speziell die Anforderungen an die Grundrissgestaltung (räumliche, funktionale und organisatorische Aspekte) und die psychologischen Aspekte (therapeutische Umwelt, Umwelteinflüsse und Umweltkontrolle, sowie gestalterische Aspekte) kurz dargestellt werden.

Eine psychiatrische Station stellt besondere Anforderungen sowohl an die Funktionalität als auch an die Organisation der Räumlichkeiten und der Abläufe. So ist es aus Sicht der Flexibilität einer Station von Vorteil, wenn diese teilbar ist und dadurch die Möglichkeit bietet einen Bereich der Station zu isolieren. Diese Teilbarkeit ermöglicht beispielsweise unruhige oder gewalttätige Patienten von anderen Patienten zu trennen und sie gesondert zu versorgen. Durch diese Trennung im Bedarfsfall entfällt die Notwendigkeit eine gesamte Station geschlossen führen zu müssen und somit auch die persönliche Freiheit anderer Patienten einzuschränken. Die Teilbarkeit einer Station ist jedoch an verschiedene räumliche Anforderungen gebunden. Zum einen ist es erforderlich einen, dem abgetrennten Bereich zugeordneten, Gemeinschaftsbereich vorzusehen, um auch den Patienten eines geschlossenen Bereiches die Möglichkeit zu bieten, ihr Zimmer zu verlassen und in sozialen Kontakt mit anderen Patienten zu treten. Desweiteren sollten die Stützpunkte, gleich ob es sich um trennbare Stationen oder um herkömmliche, nicht teilbare handelt, an einer Stelle positioniert werden, dass eine ständige Beobachtungsmöglichkeit gegeben ist und die Wege so gering

wie möglich sind, um eine schnelle Reaktion bei Zwischenfällen zu gewährleisten. Neben einer möglichst hohen Flexibilität, wie etwa durch teilbare Stationen, werden auch an die Räume selbst Anforderungen gestellt. So sollte die räumliche Anordnung möglichst einfach gehalten werden, da verwinkelte Anordnungen sowohl die Orientierung als auch die Überschaubarkeit durch das Personal beeinträchtigen.

4.5. Patientenzimmer

Ein stationärer Aufenthalt, besonders bei einem psychiatrischen Erkrankungsfall, dauert meist einige Wochen, zumindest aber mehrere Tage. Auf Grund der Aufenthaltsdauer ist es für die Patienten äußerst wichtig, dass sie sich mit ihrer temporären Umgebung identifizieren und sich wohlfühlen können. Da das Patientenzimmer als zwischenzeitlicher Lebensmittelpunkt agiert, ist besonders in diesen Bereich eine hohe planerische Qualität bei der Raumorganisation und der Materialwahl anzustreben.

Für einen Patienten und dessen Erfolg auf Heilung ist es von großer Wichtigkeit, dass er seinen eigenen privaten Bereich, sein Territorium zugewiesen bekommt. „*Territorialität* bezeichnet das Phänomen, dass Einzelpersonen oder Gruppen gegenüber anderen die Verfügbarkeit über Areale oder Objekte für sich reklamieren. [...] Territoriale Ansprüche manifestieren sich in der selbstverständlichen Nutzung von Arealen und Verhaltensobjekten und durch die Setzung von Gebietsmarkierungen (Zulassen oder Einspruch gegen Areal- bzw. Objektnutzung, Positionieren und Personalisieren der Einrichtungsgegenstände und Wandflächen).“⁵⁶ Dem Patienten muss es möglich sein, sein eigenes Territorium zu besetzen, in dem er bestimmen kann wer, außer ihm selbst, Zutritt erlangt. Man spricht dabei von einem primären Territorium, da der Bereich einer bestimmten Person, anwesend oder nicht, zugeordnet ist. Dies ist wichtig, da es ein Grundbedürfnis jedes Menschen ist ein eigenes Territorium zu besitzen, gleich, welche Größe es hat. Aus psychologischer Sicht ist ein primäres Territorium von enormer Wichtigkeit, da eine Privatheit gefördert werden kann und es den Patienten ermöglicht, seiner persönlichen Identität Ausdruck zu verleihen. Im

⁵⁶ Dieckmann, Flade, Schuemer, Ströhlein, & Walden, 1998, S. 55

Folgenden soll das Patientenzimmer in Hinsicht auf räumliche Gestaltung sowie Belichtungs- und Belüftungssituation näher betrachtet werden. Dabei sind mehrere ökologisch psychologische Verhaltensweisen zu betrachten und in der Planung zu berücksichtigen.

4.5.1. Aneignung und Umweltkontrolle

Die Förderung der persönlichen Identität erfolgt meist durch Aneignung eines Bereiches und die Möglichkeit auf seine Umwelt zu reagieren und einen Einfluss auf die Persönlichkeit eines Patienten und deren Entfaltung ausüben zu können.

Unter Aneignung versteht man die Möglichkeit einer Personalisierung und Markierung von Umwelten, beispielsweise durch das Aufstellen von Fotos, das Platzieren eigener Bücher und persönlicher Gegenstände. Die Aneignung eines Bereiches dient zur Markierung und Abgrenzung des eigenen Bereiches gegenüber anderen Personen, bietet aber auch eine bessere Nutzbarkeit dieses Bereiches und verleiht ihm dadurch mehr Bedeutung. Neben der Bedeutungssteigerung des Bereiches für die Bewohner soll die Möglichkeit der Aneignung Vandalismusschäden durch unerwünschte Personalisierung in Form von Sachbeschädigung oder Beschmieren von Wänden vermeiden. Dem jeweiligen Bettplatz zugeordnete Regale oder Magnetwände stellen neben einer individuell positionierbaren Möblierung eine Möglichkeit dar, eine gewollte Aneignung zu vollziehen.

Neben der Aneignung ist eine, von den Patienten beeinflussbare Umwelt wichtig. Die Möglichkeit Ereignisse und Gegebenheiten zu verstehen und darauf steuerbar reagieren zu können ist für eine positive persönliche Entfaltung unerlässlich. „Umweltkontrolle wirkt dem Gefühl, hilflos der Umwelt ausgesetzt zu sein, entgegen. So sind in Heimen lebende alte Menschen, die sich nicht hilflos fühlen, sondern Einfluss auf den Tagesablauf nehmen können, gesünder und glücklicher [...]. Umwelten kontrollieren zu können bedeutet auch, diese so verändern zu können, dass sie zu den persönlichen Vorstellungen, Vorlieben, Absichten und Aktivitäten passen. [...] Auf diese Weise hängen Umweltkontrolle und

Umweltaneignung eng zusammen.“⁵⁷ Für die architektonische Planung bedeutet das, dem Patienten eine Regelung der Raumtemperatur (z.B. über ein Thermostat), der Belüftung (z.B. Fenster mit Öffnungsmöglichkeit), sowie der Beleuchtung und der natürlichen Belichtung (z.B. steuerbarer Sonnenschutz) zu ermöglichen. Ebenso sollte es den Patienten möglich sein, seinen Aufenthaltsort ins Freie zu verlegen, beispielsweise in Form eines, von der Station zugänglichen, Patientengartens oder einem dem Zimmer zugeordneten Freibereich (z.B. eine Loggia oder ein Balkon).

4.5.2. Rückzugsmöglichkeit und Privatsphäre

Der Aufenthalt in einem stationären Umfeld bedeutet, neben der Erkrankung selbst, für eine erkrankte Person meist eine große emotionale Erregung und Unsicherheit, da er aus seiner gewohnten Umgebung gerissen wird. Umso wichtiger ist die Möglichkeit des Rückzuges und des Wahrens von Privatheit. In einer Studie zur Beurteilung der Privatsphäre durch Patienten kommt SPIEßl ot. al. (2002) zu dem Schluss, dass „Beeinträchtigungen der Privatsphäre auf psychiatrischen Stationen relativ häufig sind und von Patienten überwiegend als sehr störend eingeschätzt werden. Als besonders gravierend wurden Störungen der Intimsphäre, z.B. beim Duschen, empfunden.“⁵⁸

Für den Patienten ist sowohl eine visuelle als auch eine akustische Abgrenzung von anderen psychiatrischen Patienten bei Bedarf wünschenswert. Dieser Wunsch besteht vorzugsweise beim Schlafen, bei persönlichen Problemen und Ausnahmezuständen, bei persönlichen Arztgesprächen oder auch bei intimen Situationen wie beispielsweise beim Umkleiden oder der Körperpflege. Eine geschickte Anordnung der Betten und territoriale Trennelemente wie Schränke oder Sichtschutzwände in Zwei- oder Mehrbettzimmern, sowie abschließbare Türen können den Patienten einen visuellen Schutz bieten. Akustischer Schutz ist beispielsweise durch eine geeignete Schallentkopplung zu Nachbarräumen oder mit Hilfe von Akustikelementen möglich. Durch den Einsatz geeigneter visueller und akustischer Einbauten kann eine Stärkung der Privatheit gefördert werden,

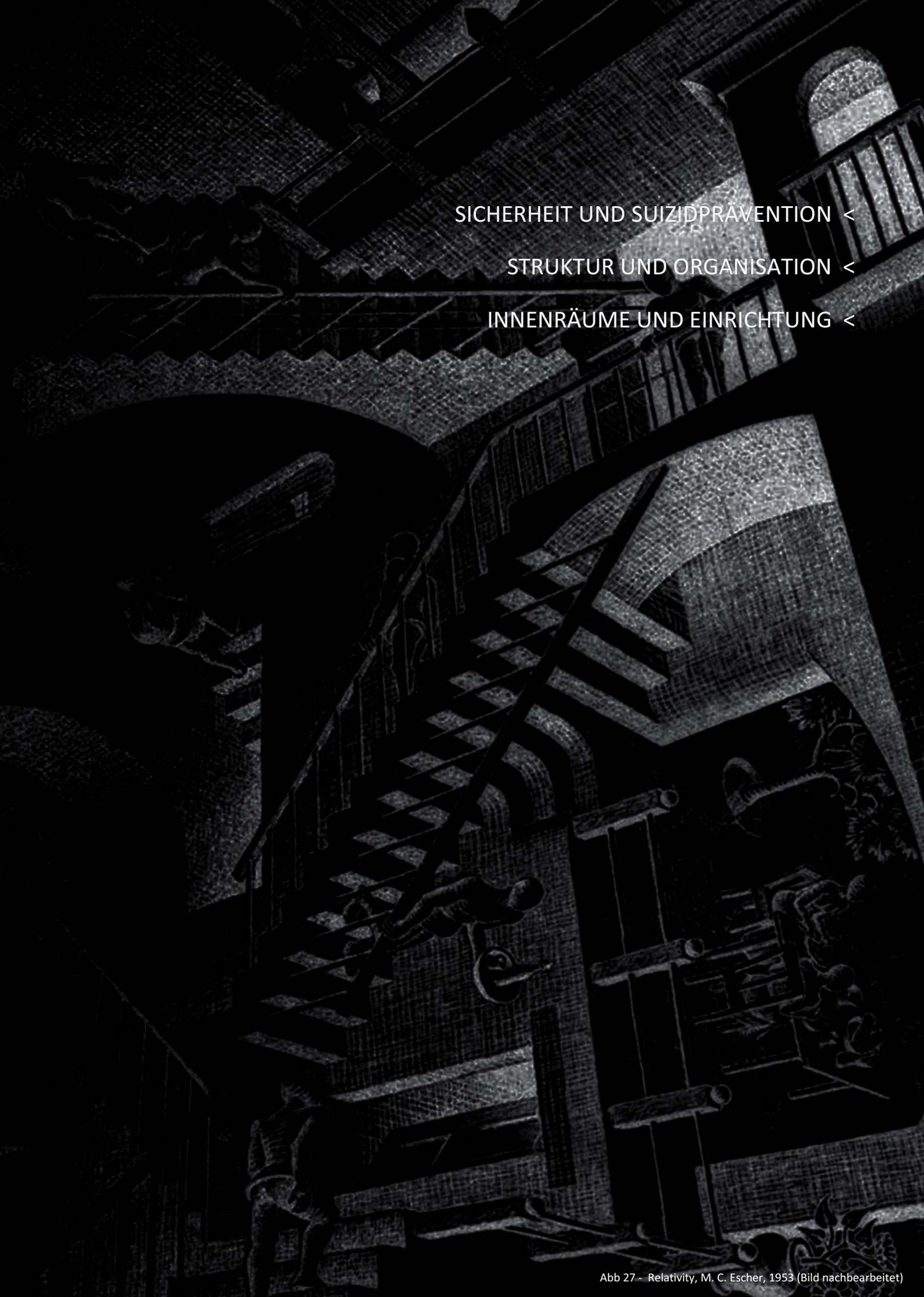
⁵⁷ Flade, 2008, S. 136

⁵⁸ Spießl, Kovatsits, Frick, Cording, & Vukovich, 2002, S. 13

was wiederum einen positiven Einfluss auf den Heilungsprozess und die Aufenthaltsdauer mit sich bringt.

Neben den architekturpsychologischen Anforderungen sind bei der Planung einer psychiatrischen Einrichtung potenzielle Suizidmöglichkeiten zu vermeiden. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei in innerräumlichen Bereichen, sprich im Stations- und Therapiebereich gefordert, da sich der Patient hauptsächlich im Gebäude aufhält und hier auch die meisten Möglichkeiten vorfinden kann. Aufgrund ihrer besseren Rückzugsmöglichkeit und der erhöhten Privatheit gehört das Patientenzimmer zu den Risikobereichen für suizidale Zwischenfälle. Das Einzelzimmer gilt als besonders risikoreich, da hier neben der Rückzugsmöglichkeit noch eine fehlende soziale Kontrolle durch einen Mitbewohner suizidbegünstigend hinzu kommt. Auf die planerischen Anforderungen einer Suizidprävention in einer psychiatrischen Klinik wird im Kapitel 5.1 näher eingegangen.

PLANUNGS-
SPEZIFISCHE
ANFORDERUNGEN



SICHERHEIT UND SUIZIDPRÄVENTION <

STRUKTUR UND ORGANISATION <

INNENRÄUME UND EINRICHTUNG <

KAPITEL 5

5. Planungsspezifische Anforderungen

Aus planungsspezifischer Sicht herrscht ein großes Defizit in der Fachliteratur und Gesetzgebung, speziell an Planungsvorgaben, Hinweisen und Planungsbeispielen im Bereich der Psychiatrie. Psychiatrien werden in der Gesetzgebung allgemein wie ein Krankenhaus behandelt und unterliegen somit auch den gleichen sehr komplexen Anforderungen. Grundsätzlich gelten für die Planung und den Bau von Psychiatrien die allgemeinen Vorschriften des Hochbaus in den Baugesetzen und Bauordnungen des Bundes und der einzelnen Länder. Zusätzlich finden Gesetze, Verordnungen, Normen und Richtlinien für den Bau und Betrieb von Einrichtungen, speziell Krankenhäuser, im Gesundheitswesen Anwendung. Darüber hinaus werden erhöhte Anforderungen an Hygiene, Brandschutz, Gebäudetechnik oder auch Unfallverhütung im Rahmen der ÖNORM-Richtlinien gestellt, finden sich jedoch nur allgemein für den Krankenhausbau. Der Bereich für die stationäre Psychiatrie wird hier gänzlich ausgespart, verlangt jedoch eigentlich nach speziellen Vorgaben und Planungshilfen für Architekten und Fachplaner. Im Jahre 2011 befasste sich Frau Dr. Nadine Glasow im Rahmen ihrer Dissertation mit dem Thema „Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen“ mit den Anforderungen an eine Suizidprävention und erarbeitete einen umfassenden Katalog mit Gefahrenquellen und Vermeidungsstrategien bei der Planung, um diese zu vermeiden. Das Thema Suizidprävention in der Arbeit von Frau Dr. Nadine Glasow zeigt hierbei eines der vielen Beispiele auf, in dem sich die Anforderungen an eine psychiatrische Klinik von denen, beispielsweise, einer Frauenklinik oder einer chirurgischen Klinik unterscheiden. Zwar ist die Möglichkeit eines Suizidversuches auch in anderen medizinischen Bereichen nicht auszuschließen, jedoch liegt die Wahrscheinlichkeit für einen solchen Zwischenfall weit unter der im psychiatrischen Bereiches. So sind desweiteren Patienten im psychiatrischen Bereich nur in seltenen Fällen bettlägerig, wodurch sich ihr Bewegungsradius enorm steigert und auf die gesamte Station und die Anstalt, aber auch darüber hinaus ausweiten kann. Dieser gesteigerte Bewegungs- und

Aufenthaltsradius verlangt nach einer Reaktion in Form von speziellen räumlichen Angeboten, wie etwa Gruppen- und Beschäftigungsräume oder Außenbereiche, wie großzügige Innenhöfe oder Patientengärten. Im Folgenden soll, auch unter Einbeziehung der Erkenntnisse der genannten Arbeit von Frau Dr. Nadine Glasow, dargestellt werden, welche Anforderungen an die Planung an eine psychiatrische Klinik gestellt werden.

5.1. Sicherheit und Suizidprävention

Patienten einer psychiatrischen Klinik befinden sich häufig in einer psychischen Ausnahmesituation, in der einige zu einer erhöhten Gewaltbereitschaft gegenüber anderen oder zu selbstverletzendem Verhalten, beispielsweise in Form von Ritzen oder Schneiden, neigen. Andere Patienten gehen noch einen Schritt weiter und zeigen eine stärkere Präferenz zur Suizidalität. Da besonders Patienten psychiatrischer Abteilungen, im Vergleich zu denen somatischer Abteilungen oder der Allgemeinbevölkerung, wesentlich stärker zur Selbstverletzung und zur Suizidalität neigen, verlangt die therapeutische Umwelt in psychiatrischen Bereichen nach einer aufmerksamen Beobachtung, sowohl bei der Planung einer solchen Einrichtung, als auch bei der täglichen klinischen Arbeit. „Bereits der französische Reformpsychiater Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) forderte eine Unterbringung suizidaler Patienten in offener Landschaft in familiären Häuschen und legte damit den Grundstein der therapeutischen Umwelt. Heute gilt der Zusammenhang zwischen Architektur und Suizidverhalten in Fachkreisen als unumstritten.“⁵⁹ In diesem Abschnitt sollen nun sowohl die verschiedenen Formen des Suizides als auch bauliche Möglichkeiten zur Suizidprävention in einer Klinik dargestellt werden. Zunächst soll jedoch eine Definition der Begriffe Suizidalität, Suizid und Suizidversuch vorgenommen werden.

5.1.1. Definitionen

Zunächst soll festgehalten werden, dass das allgemein gebräuchliche Wort des Selbstmordes von seiner Definition her nicht korrekt ist, da der Begriff Mord

⁵⁹ Glasow, 2011, S. 45

unter anderem auf eine Handlung aus niederen Beweggründen verweist.⁶⁰ Ebenso verhält es sich bei dem Begriff Freitod - häufig in Medien und Politik verwendet - da dieser aus fachlicher Sicht keinen Zusammenhang mit Menschen in suizidalen Krisen oder durch Suizid Verstorbenen aufnimmt. In den meisten Fällen ist ein selbstverletzendes Verhalten oder der Drang nach dem eigenen Tod kein Ausdruck von Freiheit oder das Resultat einer freien Wahlmöglichkeit. Vielmehr ist es die Folge von Einengung, einer körperlichen oder seelischen Unbefindlichkeit oder auch einer subjektiv beziehungsweise objektiv erlebten Not.

Bei den drei Begriffen Suizidalität, Suizidversuch und Suizid fällt eine allseits anerkannte Definition teilweise sehr schwer. Speziell der Ausdruck der Suizidalität weist viele verschiedene Definitionen auf, da das Spektrum an verschiedenen Verhaltensmustern, Gedankenspiralen und persönlichen Erlebnissen bei Betroffenen sehr vielfältig und daher nur schwer greifbar ist. Zwei der populärsten Definitionen sollen nachfolgend vorgestellt werden.

Den Begriff der Suizidprävention definiert Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf, ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirkskrankenhauses Bayreuth, als „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen [...], die in Gedanken, durch aktives Handeln, durch Handeln lassen oder durch passives Unterlassen lebenserhaltender und -bewahrender Maßnahmen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen.“⁶¹

Eine zweite Definition stammt von PD Dr. med. Reinhard Lindner, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Leiter des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Lindners Definition lautet wie folgt: „Suizidalität lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst, sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung und Perspektiven sieht.“⁶²

⁶⁰ Vgl. Strafgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland, 16. Abschnitt, §§ 211 StGB Mord, Abs. 2

⁶¹ Wolfersdorf, Der suizidale Patient in Klinik und Praxis: Suizidalität und Suizidprävention, 2000, S. 61

⁶² Lindner, 2008, S. 32

Suizidalität beschreibt demnach nicht die eigentliche Handlung des Suizids, sondern den eigenen Tod als möglichen Ausweg aus persönlichen und seelischen Problemen in Erwägung zu ziehen. Mit steigender Belastung und dem daraus resultierenden Handlungsdruck entwickeln sich konkrete Suizidgedanken, die in den meisten Fällen mit ersten Suizidversuchen einher gehen. Nach WOLFERSDORF & FRANKE (2006) versteht man unter einem Suizidversuch „[...] eine selbst verursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch) etwas verändern zu wollen (kommunikative Bedeutung, Appell). Ausgang der Handlung: der Handelnde überlebt.“⁶³ Neben dem gewollten und entsprechend gezielten Handlungen, existiert noch der sogenannte Parasuizid, der oft mit einem Suizidversuch - eine Handlung mit dem klaren Ziel seinem Leben ein Ende zu setzen - gleichgesetzt wird, jedoch das eigentliche Ziel nicht erreicht bzw. den eigenen Tod als Handlungsziel nicht präferiert, sondern vielmehr nach verschiedenen Formen von Aufmerksamkeit verlangt .

Der Begriff des Suizid (von dem lateinisch *suicidare*, *sui* = seiner und *-cidere* = töten, eigentlich = das Töten seiner selbst⁶⁴), also ein erfolgreiche suizidale Handlung wird aus wissenschaftlicher Sicht als „[...] eine selbst verursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung mit dem Ziel, tot zu sein (hoher Todeswunsch); in dem Wissen, mit der Erwartung oder dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ausgang der Handlung ist der Tod des Handelnden.“

5.1.2. Suizidhäufigkeit

In der Bevölkerung stößt man oft auf die Annahme, dass Menschen, die den Suizid begangen haben oder nur daran denken, „verrückt“ sein müssen. Suizidgedanken sind jedoch eigentlich etwas „Normales“ und können grundsätzlich bei jedem Menschen vorkommen. Suizidalität tritt häufig in Verbindung mit einer persönlichen Krise auf, ohne dass es sich dabei immer um einen Ausdruck einer psychischen Erkrankung handelt. Die Statistiken zeigen außerdem, dass mit steigendem Alter auch das Suizidrisiko ansteigt, sowie dass das Risiko bei

⁶³ Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 403

⁶⁴ Duden online; <http://www.duden.de/rechtschreibung/Suizid> (16.04.2014)

männlichen Personen um etwa das dreifache höher liegt als bei weiblichen Personen. Besonders hoch ist die Gefahr bei der Kombination von Alter und Geschlecht. Bei älteren Männern liegt das Risiko um mehr als das 10-fache höher als es bei der Durchschnittsbevölkerung der Fall ist. Zu beobachten ist außerdem, dass in den vergangenen 25 Jahre, und auch darüber hinaus, die Zahl der Suizide rückläufig ist (Abb 28).

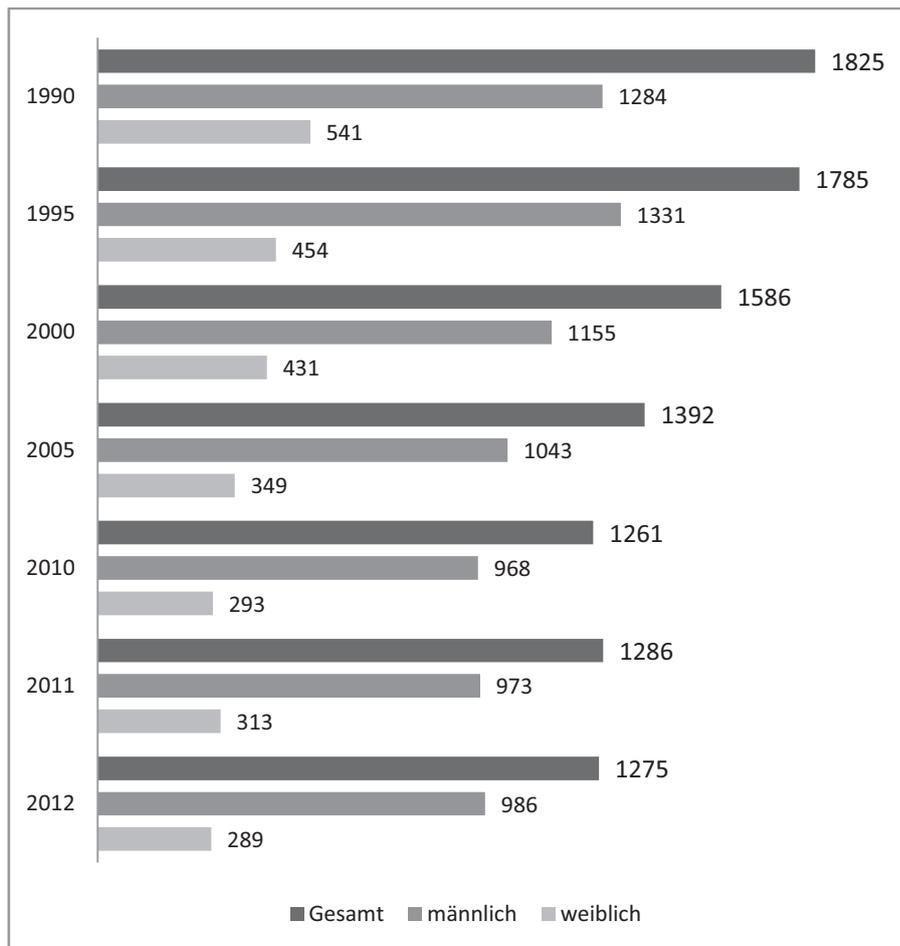


Abb 28 - Sterbezahlen durch Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD-10 X60-X84)⁶⁵

In sehr vielen Fällen ist Suizidalität die Folge einer psychiatrischen Erkrankung, die aber nicht zwingend zu einer suizidalen Handlung führt, jedoch gilt es als erwiesen, dass 70-90% aller Personen, die durch Suizid verstorben sind, vorher an einer psychischen Erkrankung, allen voran einer Depression oder einer manisch depressiven Erkrankung, gelitten haben. Der Anteil der Suizide in

⁶⁵ Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012, 2013, S. 155ff

Krankenanstalten, inkl. psychiatrischen Einrichtungen, lag im Jahre 2012 in Österreich bei 8,5%⁶⁶, also bei ca. 108 Fällen. Da diese Zahl jedoch auch Suizide von Patienten somatischer Kliniken beinhaltet, zeigt sie nicht die endgültige Fallzahl. Dennoch kann man von einer Fallzahl in psychiatrischen Kliniken ausgehen, die dieser sehr nahe kommt, da Suizide in somatischen Kliniken zwar nicht ausgeschlossen, aber doch sehr selten sind.

Im Bereich der psychiatrischen Kliniken finden nach GLASOW (2011) insgesamt knapp 60% der Kliniksuizide außerhalb des Geländes der Einrichtung statt. Der Großteil der Suizide wird in größerer Entfernung zur Klinik verübt, also in einer nicht fußläufigen Entfernung. Der Anteil der Fälle, die in dem Freibereich einer Klinik stattfanden, liegt bei nur 8%. Für die Suizide im Gebäude selbst ergibt sich ein Anteil von 32%, also rund einem Drittel.⁶⁷

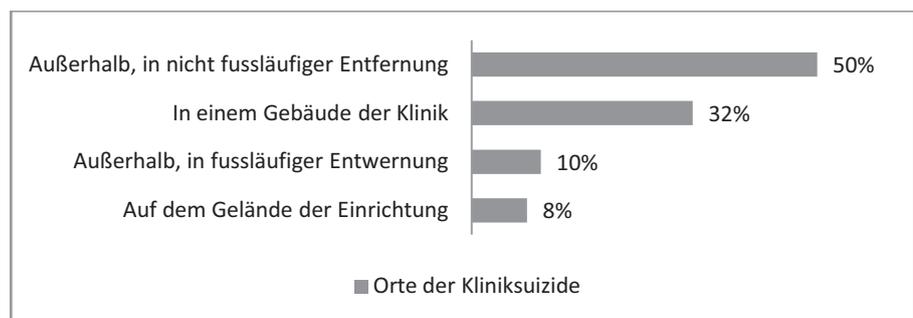


Abb 29 - Orte der Kliniksuizide

Im Inneren der Gebäude stechen zwei Bereiche besonders hervor. Zum einen sind hier die Patientenzimmer und zum anderen die Nassbereiche zu nennen. Da ihr Anteil sehr hoch ist, werden sie zu den sogenannten Hotspots gezählt.

5.1.3. Suizidprävention in der Psychiatrie

Die Möglichkeiten, eine suizidale oder selbstverletzende Handlung in einer psychiatrischen Einrichtung vorzunehmen, sind sehr hoch und niemals zur Gänze auszuschließen, da solche Maßnahmen weit über die bauliche oder organisatorische Ebene hinaus gehen würde. Jedoch ist es möglich potenzielle

⁶⁶ Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012, 2013, S. 175

⁶⁷ Vgl. Glasow, 2011

Gefahrenquelle auszumachen und zu beseitigen. Dabei sind einige Gefahrenstellen leicht auszumachen und offensichtlich, beispielsweise scharfe und spitze Kanten oder Sprungmöglichkeiten. Aber auch andere Gegenstände wie Duscharmaturen oder Gardinenstangen, können Patienten zu suizidalen oder selbstverletzende Handlungen benutzen. An dieser Stelle sollen nun einige potentielle Gefahrenquellen analysiert und alternative Möglichkeiten aufgezeigt werden.

Wie bereits zuvor erwähnt, werden knapp 60% der Kliniksuizide außerhalb des Klinikgeländes und gut 83% davon in einer nicht fußläufigen Entfernung verübt. Nach GLASOW (2011) fanden rund 22% der Suizide außerhalb der Gebäude von Psychiatrien in Folge einer Entweichung statt. Der andere, erheblich größere Anteil geht auf Suizide zurück, die sich im Rahmen eines Freigangs oder eines unerlaubten Fernbleibens nach einem Wochenende zu Hause ereignen. Aktiv, sei es baulich oder organisatorisch, lassen sich jedoch nur jene Suizide eindämmen, die nach einer Entweichung durchgeführt wurden. Ein Eingriff ist hier zwar nicht bei dem Suizidversuch selbst möglich, wohl aber bei der Sicherung des Gebäudes und des Freibereiches, um eine Flucht zu vermeiden. Weiters ist die geographische Lage der Klinik nicht zu unterschätzen. Befinden sich beispielsweise Brücken, hörbare Zugstrecken oder hohe Gebäude in fußläufiger Entfernung steigt die Gefahr eines Suizidversuches an. Desweiteren ist festzuhalten, dass direkter Kontakt zur Natur eine suizidmildernde Wirkung haben kann.⁶⁸

Im Inneren einer psychiatrischen Einrichtung finden sich viele Möglichkeiten das Suizidrisiko durch architektonische Mittel gering zu halten. Zu nennen sind an dieser Stelle beispielsweise eine möglichst übersichtliche Anordnung von Räumen und das Vermeiden von verwinkelten, uneinsichtigen Bereichen, sowie großzügig dimensionierte Aufenthaltsräume und Gänge. Dies kommt sowohl dem Personal, durch eine einfachere Sichtkontrolle, als auch dem Patienten zugute, da er sich im Gebäude besser orientieren kann, ihm aber auch das Gefühl der Enge nimmt, sowie bei Bedarf die Möglichkeit bietet sich zurückzuziehen. Ein hoher Tageslichtanteil in Zimmern, Gängen und Aufenthaltsräumen kann ebenfalls das Wohlbefinden des Patienten verbessern, da dieser einen großen Einfluss auf den Genesungsprozess psychiatrisch Erkrankter hat. Neben einer überlegten Grundrissgestaltung und dem Einsatz von Tageslicht kann es von Vorteil sein eine

⁶⁸ Vgl. Glasow, 2012, S. 47

wohnliche Atmosphäre im Stationsbereich zu schaffen, um nicht den Eindruck eines Krankenhauses zu vermitteln. Grund hierfür ist, dass eine Krankenhausatmosphäre, die zumeist steril und unpersönlich wirkt, weder erforderlich, noch dem Behandlungserfolg zuträglich ist. Denkbar wäre hier der Einsatz von warmen Farben oder Materialien wie etwa Holz.⁶⁹

5.2. Struktur und Organisation

Eine klare Organisation und Struktur einer psychiatrischen Klinik - natürlich auch bei Kliniken mit einem anderem Schwerpunkt - ist sowohl für interne Abläufe, als auch für eine einfache und möglichst zweifelsfreie Benutzung durch Patienten und deren Angehörige sehr wichtig. Dabei geht es im wesentlichen um drei Aspekte an die eine gut funktionierende psychiatrische Klinik geknüpft ist, wobei eine klare Abtrennung dieser drei Aspekte voneinander nicht möglich ist, da sie jeweils ineinander spielen und sich gegenseitig beeinflussen.

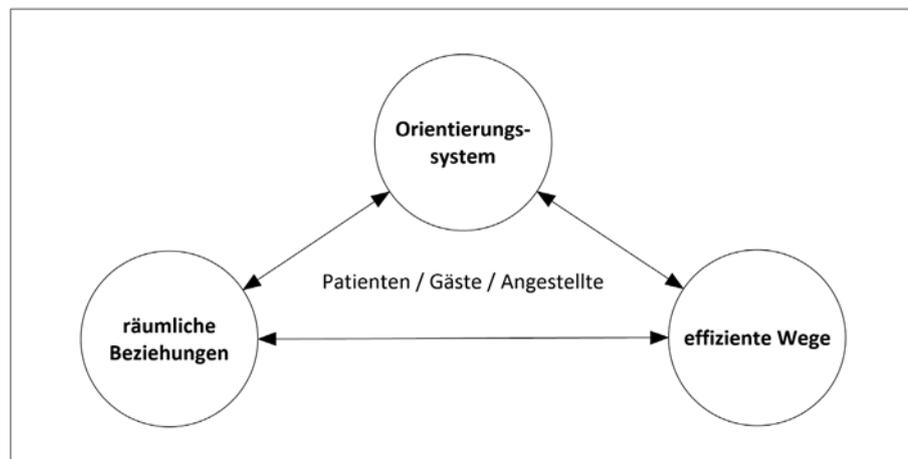


Abb 30 - Zusammenhang Struktur und Orientierung

Bei dem ersten der drei Aspekte geht es um räumliche Beziehungen, im speziellen um die Anordnung einzelner Gebäude einer Anlage, die Anordnung verschiedener Bereiche innerhalb einer Klinik (zum Beispiel Stationen, Therapie- und Diagnosebereiche, Versorgungszonen sowie Verwaltungsbereiche) oder die Anordnung einzelner Räume auf einer Patientenstation. Der zweite Aspekt, der ebenfalls von hoher Bedeutung ist, ist ein einfaches Orientierungssystem für

⁶⁹ Vgl. Glasow, 2012, S. 44 f

Patienten, sowie für Gäste innerhalb und ausserhalb der Klinik. Der dritte und letzte wesentliche Aspekt ist das Anlegen eines effizienten Wegenetzes, um Wege - sowohl für Patienten, als auch für Angestellte - so kurz wie möglich zu halten. Nachfolgend werden die drei Aspekte einzeln näher vorgestellt und die Überschneidungen mit den jeweils anderen darstellt.

5.2.1. Räumliche Beziehungen

Die räumlichen Beziehungen beziehen sich hauptsächlich auf drei Ebenen. Diese sind - wie vorrangig erwähnt - Beziehungen einzelner Gebäude oder Gebäudeteile einer Anlage, einzelner Bereiche in einem Gebäude, sowie einzelner Räume in einem Bereich zueinander. Bei der Anordnung verschiedener Gebäude bzw. Gebäudeteile geht es vorrangig um die Organisation und Verknüpfung verschiedener Nutzungsbereiche, wie etwa Versorgungsgebäude und medizinischer Abteilungen - Psychiatrie, Neurologie, usw. -. Hierbei liegt das Augenmerk vor allem auf möglichst kurzen Wegen, sei es für den Patienten, der beispielsweise für Untersuchungen oder Behandlungen verschiedene Gebäude aufsuchen muss, oder für klinikinterne Logistikabläufe wie die Versorgung mit Nahrungsmitteln oder die Entsorgung von Abfällen oder verschmutzter Wäsche.

Speziell beim Transport von Patienten gibt es zwischen Anlagen die aus eigenständigen Gebäuden (z.B. bei der Pavillonbauweise) bestehen und solchen die zusammenhängend sind entscheidende Vor- und Nachteile. So kam es bei der Pavillonbauweise - beispielsweise beim Wiener Otto-Wagner-Spital - zu der Problematik, dass keine innenliegende Wegeverbindung zwischen den Pavillons besteht. Daher ist häufig der Einsatz eines Krankentransportes für Patienten notwendig um die teils langen Wege zwischen verschiedenen Gebäuden innerhalb des Klinikgeländes zu überwinden. Dies stellt sowohl einen erhöhten zeitlichen als auch finanziellen Faktor dar und wird in aktuellen Debatten über den Krankenhausbau als nicht mehr Zeitgemäß und Patientunfreundlich angesehen.⁷⁰ Jedoch ist die Problematik der langen Wege mit einer zusammenhängenden Klinikanlage - wie etwa das Wiener Sozialmedizinische Zentrum (SMZ) Ost - Donauespital oder das Wiener Allgemeine Krankenhaus (AKH)

⁷⁰ Prem, 2012

- nicht gelöst.

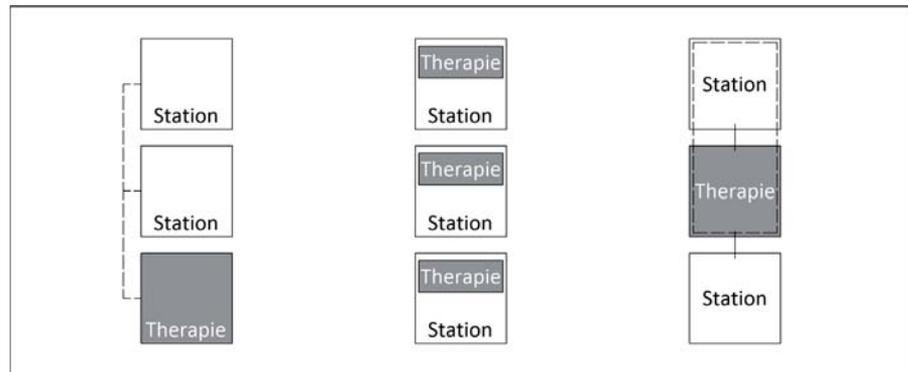


Abb 31 - Anordnung der Therapiebereiche⁷¹

Ähnliche wie bei den räumlichen Beziehungen zwischen Gebäuden verhält es sich innerhalb eines Gebäudes. Auch auf dieser Ebene ist die Problematik der effizienten Wege weiterhin vorhanden. Grund hierfür ist meist die Anordnung der einzelnen Bereiche wie der Stationen, der Therapie- und Behandlungsbereiche oder der Versorgungs- und Verwaltungsbereiche. Zu den wichtigsten Wegeverbindungen innerhalb einer Klinik gehören: Stationen - Therapiebereiche, Stationen - Diagnosebereich und Stationen - klinikinterne Freibereiche⁷². Speziell bei psychiatrischen Kliniken ist die Verbindung von Stationen und Therapiebereichen von besonderer Bedeutung, da diese am häufigsten durch die Patienten genutzt wird. Dabei gibt es drei mögliche Varianten, wie die Stationen und die Therapiebereiche zueinander angeordnet werden können. Eine Variante sind zentral gelegene Therapiebereiche. Bei dieser Variante sind alle außerstationäre Therapieräume in einem Gebäudeteil oder auf einer Etage angeordnet. Da es bei zentral gelegenen Therapiebereichen notwendig ist, die Station zu verlassen und teils weite Wege zurückgelegt werden müssen besteht ein erhöhter Zeitaufwand für das Personal, da Patienten teils nur mit Begleitung ihre Station verlassen dürfen. Eine weitere Möglichkeit der Anordnung von Therapiebereichen liegt in einer dezentralen Lösung, bei der Therapieräume auf den einzelnen Stationen untergebracht sind. Diese Lösung ist sowohl als Alternative als auch als Erweiterung zu den zentral gelegenen Therapiebereichen anzutreffen. Zwar sind die Wege bei dieser Lösungsvariante kurz und der Zeitaufwand für das Personal nur ein geringer, dennoch ergeben sich auch hier

⁷¹ Vgl. Glasow, 2012, S. 36

⁷² Glasow, 2012, S. 33

erneut Probleme. Da jede Station über eigene Therapieräume verfügt, es jedoch aus Kostengründen nicht möglich ist ein weit gefächertes Angebot an verschiedenen nutzbarer Räume auf jeder Station zu schaffen, ist ein großzügiges Therapieangebot nur teils möglich. Besonders wenn dezentral gelegene Therapieräume ausschließlich, und nicht in Verbindung mit zentral gelegenen Therapiebereichen, vorhanden sind. Eine dritter und geschickter Lösungsansatz baut auf der ersten Variante - der zentral gelegene Therapiebereiche - auf. Diese Lösung übernimmt die konzentrierte Bündelung verschiedener Therapieräume, wird aber nicht "abgeschottet" Positioniert, sondern zwischen Stationen gelegt. Der Vorteil liegt auf der Hand. Es besteht immer eine direkte Verbindung zwischen Station und Therapiebereich, was die Wege verkürzt und ein gutes Therapieangebot für alle Patienten gleichermaßen ermöglicht. Außerdem besteht die Möglichkeit Teile des Therapiebereiches außerhalb der eigentlichen Therapiezeiten den Stationen zugänglich zu machen. Eine Verbesserung des Freizeitangebotes ist der positive Nebeneffekt.

Die dritte Ebene beinhaltet die räumlichen Beziehungen auf einer Station. Dabei geht es speziell um die Anordnung der einzelnen Patientenzimmer, des Stützpunktes, der Gruppen- und Rückzugsräume, sowie des Stationszuganges. Der Stützpunkt stellt dabei den wichtigsten Teil einer Station dar. Daher sollte dieser auch zentral positioniert werden. Die zentrale Position bringt mehrere Vorteile, sowohl für Patienten als auch für das Personal, mit sich. Auf Seiten der Patienten bietet der zentrale Stützpunkt sowohl einen Anlaufpunkt bei Problemen als auch einen Referenz- und Orientierungspunkt innerhalb des Gebäudes. Auf Seiten des Personals bietet sich ein möglichst hohes Maß an Überwachungsmöglichkeit, da von einem zentralen Punkt aus weite Einblicke in anschließende Gänge möglich ist. Außerdem werden um einen Stützpunkt weitere Räume wie Raucher- und Akuträume angeordnet, die dadurch wiederum unkompliziert überwacht werden können. Desweiterin sind bei Notfällen die Wege kurz gehalten und ein schnelles einschreiten möglich zu machen. Der Gemeinschaftsraum ist so zu positionieren, dass er ebenfalls vom Stützpunkt aus einsehbar bleibt ohne jedoch ein gesundes Maß an Privatsphäre gegenüber dem Patienten zu gewährleisten. Gleichsam wie bei einem Gemeinschaftsraum verhält es sich bezüglich der Überwachungsmöglichkeit bei Rückzugsräumen und dem Zugang zu einer Station.

Die Patientenzimmer sollten so auf der Station angeordnet sein, dass zumindest alle Zimmerzugänge vom Stutzpunkt aus einsehbar sind.

5.2.2. Orientierungssystem

Ein gut organisiertes und lückenloses Orientierungssystem ist für einen funktionierenden Klinikalltag von hoher Wichtigkeit. Orientierungshilfen müssen so gestaltet sein, dass alle Nutzer - von Besuchern bis Patienten mit kognitiven, sensorischen oder mobilitätsmindernden Einschränkungen - sich nach Möglichkeit selbstständig im Gebäude zurechtfinden können. Speziell bei psychischen Kliniken ist auf eine sehr gute Wahrnehmbarkeit zu achten, da sich Patienten, die in eine Klinik eingewiesen werden, nicht selten in einer Stresssituation befinden und bei ihnen, öfter als bei Patienten anderer Kliniken, die Fähigkeit handlungsrelevante Informationen zu verarbeiten vermindert ist. Für Orientierungssysteme gibt es mehrere gestalterische Ansätze, sowie planungsrelevante Vorgaben (z.B. im DIN Fachbericht 142). Die Vorgaben im DIN Fachbericht 142: Orientierungssysteme - Anforderungen an Orientierungssysteme in öffentlichen Gebäuden, besagen unter anderem, dass Orientierungshilfen kurz, exakt und übersichtlich sein sollen.⁷³ Bei der Gestaltung ist darauf zu achten, dass Farben und Text einen gut sichtbaren Kontrast aufweisen und dass piktographische Darstellungen leicht verständlich dargestellt sind. Eine weitere Möglichkeit liegt in der Farbgebung verschiedener Bereiche, wie etwa der einzelnen Stationen. Eine, vom Eingang bis zur Station, durchgehende Markierung, zum Beispiel eine Linie auf dem Boden oder den Wänden, in der gleichen Farbe wie die Stationsfarbgebung stellt eine solche Möglichkeit dar. Eine unterschiedliche, farbliche Gestaltung der einzelnen Stationen erleichtert es dem Patienten außerdem seinen eigenen Standort festzustellen und erhöht somit auch ein Wohlbefinden, da er ein Gefühl von Selbstsicherheit und Selbstkontrolle erhält.

⁷³Vgl. DIN Fachbericht 142:2005-05, 2005 S.2

5.2.3. Effiziente Wege

Eine psychiatrische Klinik räumlich so zu planen, dass wichtige Wege möglichst effizient angelegt sind, ist in vielerlei Hinsicht von enormen Vorteil für Klinikinterne Abläufe, aber auch für Patienten und Besucher. Ein eher offensichtlicher Vorteil liegt in der Zeitersparnis bei notwendigen Wegen des Personals. Als Beispiel sind hier Ver- und Entsorgungswege für Speisen oder Wäsche, wie Handtücher oder Bettwäsche, oder organisatorische Wege, wie etwa Verwaltungsvorgänge, zu nennen. Doch auch im Bezug auf Wege von Patienten, beispielsweise mit einem hohen Selbstverletzungsrisiko, welche nur mit einer Begleitperson klinikinterne Wege bestreiten dürfen, stellen kurze Wege eine erhebliche Zeitersparnis dar. Zu nennen wären hier etwa Wege von der Station zu einer Therapiestunde. Ein weiterer Vorteil der nicht auf dem ersten Blick ersichtlich ist, ist die Suizidprävention auf Seiten der Patienten. Grund hierfür ist, dass kurze Wege, beispielsweise von der Station in den Therapiebereich oder in Freibereiche, die Möglichkeiten erheblich einschränken, dass der Patient abgelegene, nicht oder nur schwer einsehbare Orte aufsucht, die auf seinem Weg liegen. Solche Orte sind zum Beispiel wenig frequentierte Treppenhäuser, WC-Anlagen oder Stichflure.

5.3. Innenräume und Einrichtung

Wie im vorigen Kapitel ausgeführt bilden Patientenzimmer, sowie Rückzugsräume und andere privatere Bereiche die sogenannten Hotspots für suizidale Handlungen. Daher ist bereits bei der Planung einer psychiatrischen Klinik das Augenmerk auf möglichst sichere Einrichtungsgegenstände, ob fest installiert oder frei stehend, zu legen. Besonders Installationen, die die Möglichkeit einer Selbststrangulation bieten könnten, wie etwa Kleiderhaken, Kleiderstangen, Vorhangstangen, Hängelampen, Tür- und Fenstergriffe oder Duschstangen, sind entweder zu vermeiden oder so zu wählen, dass sie bei einer vordefinierten Belastung nachgeben und somit eine Strangulation verhindern. Außerdem ist bei montierten Gegenständen darauf zu achten, dass Befestigungspunkte so gestaltet sind, dass der Patient nicht in der Lage ist den Gegenstand zu demontieren. Speziell Einbauleuchten bieten ohne speziellen Demontageschutz die Gefahr einer Selbstverletzung durch den Patienten. Auch Einrichtungsgegenstände wie Stühle

oder Tische sollten so gestaltet sein, dass sowohl ein Höchstmaß an Stabilität geboten wird, als auch eine Demontage verhindert wird. Besonders innerhalb der Patientenzimmer bietet sich die Möglichkeit, z.B. Tische als fest integriertes Möbel zu planen. Desweiteren sollten Kanten an Einrichtungsgegenständen abgeschrägt oder abgerundet ausgeführt werden, da auch hier die Gefahr der Selbstverletzung gegeben ist.

GEBaute
BEISPIELE

OTTO-WAGNER-SPITAL WIEN <

ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE FRIEDRICHSHAFEN <

ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT NEUSS <

HELSINGØR PSYCHIATRIC HOSPITAL <

TUBERKULOSESANATORIUM PAIMIO <



KAPITEL 6

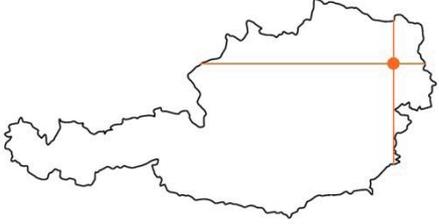
6. Gebaute Beispiele

In diesem Kapitel sollen nun einige gebaute Beispiele psychiatrischer Kliniken aus Österreich, Deutschland, Dänemark und Finnland näher vorgestellt werden. Dafür wurde das Otto-Wagner-Spital in Wien als Vertreter einer Anstalt gewählt, die bereits im letzten Jahrhundert errichtet wurde und darüber hinaus auch als Beispiel der Pavillonbauweise dient. Für Beispiele aktueller Einrichtungen - der Zeitrahmen ihrer Fertigstellung wurde auf die letzten zehn Jahre eingegrenzt - wurden drei Beispiele gewählt, zwei Beispiele befinden sich in Deutschland und das dritte Beispiel in Dänemark. Die erste Einrichtung ist das Zentrum für Psychiatrie Friedrichshafen (Deutschland) aus dem Jahre 2011, ein eigenständiges Hoftypus Gebäude auf dem Campus des Klinikums Friedrichshafen. Das zweite Beispiel ist der Erweiterungsbau des Zentrums für seelische Gesundheit in Neuss (Deutschland). Das Gebäude, welches dem Typus der Hofstruktur zuzuordnen ist, wurde 2012 fertiggestellt. Bei dem dritten Beispiel handelt es sich um eine weitere freistehende Klinik, ähnlich zum Beispiel aus Friedrichshafen, ist das im dänischen Helsingør verortete und 2006 fertiggestellte Helsingør Psychiatric Hospital, welches jedoch nicht dem Hoftypus zuzuordnen ist, sondern vielmehr Merkmale einer panoptischen Struktur aufweist. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass sich die Anstalten zum Zeitpunkt des Verfassens der vorliegenden Arbeit noch als psychiatrische Krankenhäuser in Betrieb befinden. Die einzige Ausnahme stellt das letzte und fünfte Beispiel dar. Bei diesem handelt es sich um ein ehemaliges Tuberkulosesanatorium, welches sich im finnischen Paimio befindet und heute zu medizinischen Forschungszwecken genutzt wird. Bei dieser, vom finnischen Architekten Alvar Alto entworfenen Klinik handelt es sich zwar nicht, wie bei den anderen Beispielen um eine psychiatrische Einrichtung. Gewählt wurde dieses Beispiel dennoch, da es räumlich auf eine besondere Weise auf die Bedürfnisse der Patienten reagiert.

Ziel dieses Kapitels soll es sein, einen, wenn auch nur knappen, Überblick über verschiedene architektonische Herangehensweisen zu erlangen. Dabei soll der Focus weniger auf die geschichtlichen Abläufe, als vielmehr auf die räumliche, organisatorische und gestalterische Aussage gelegt werden. Im Zuge dieser Zielsetzung werden die einzelnen Beispiele näher auf ihre Erscheinung untersucht, aber auch, soweit möglich ihre Grundrisse analysiert werden.

6.1. Otto-Wagner-Spital Wien

ORT	Wien
LAND	Österreich
JAHR	1907
ARCH	Carlo von Boog und Otto Wagner (Lageplan, Kirche Hl. Leopold)



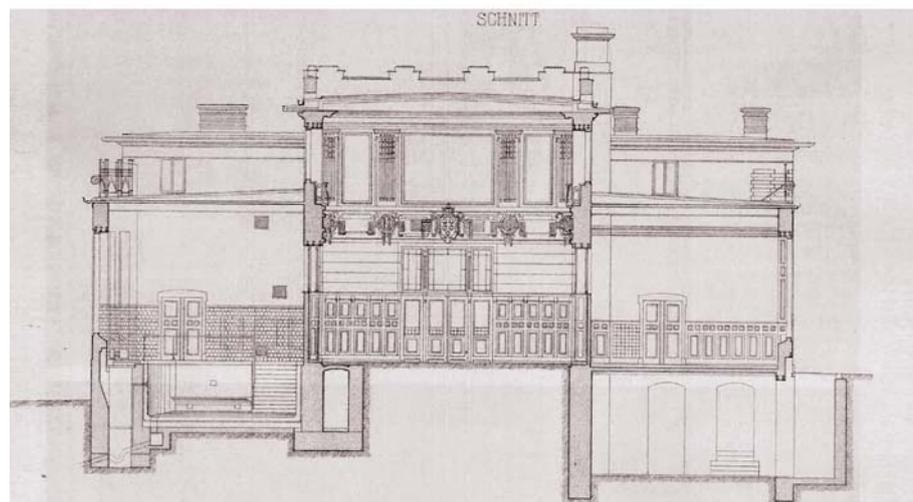
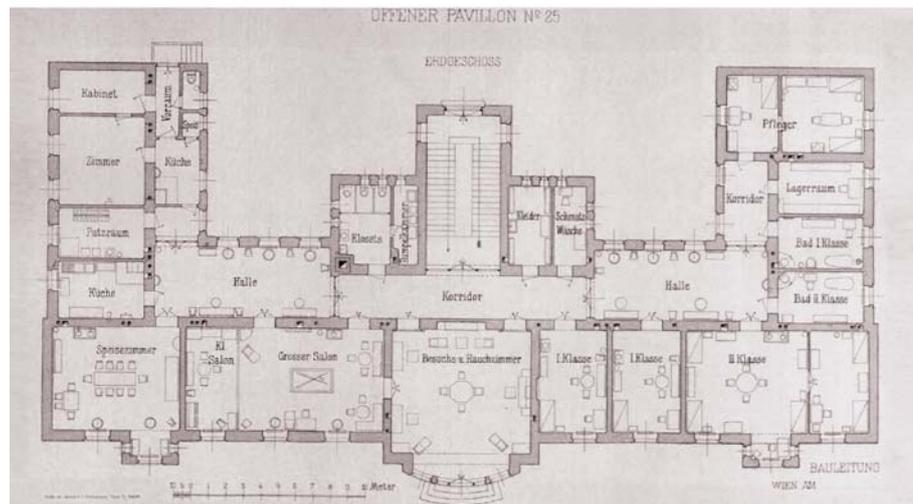
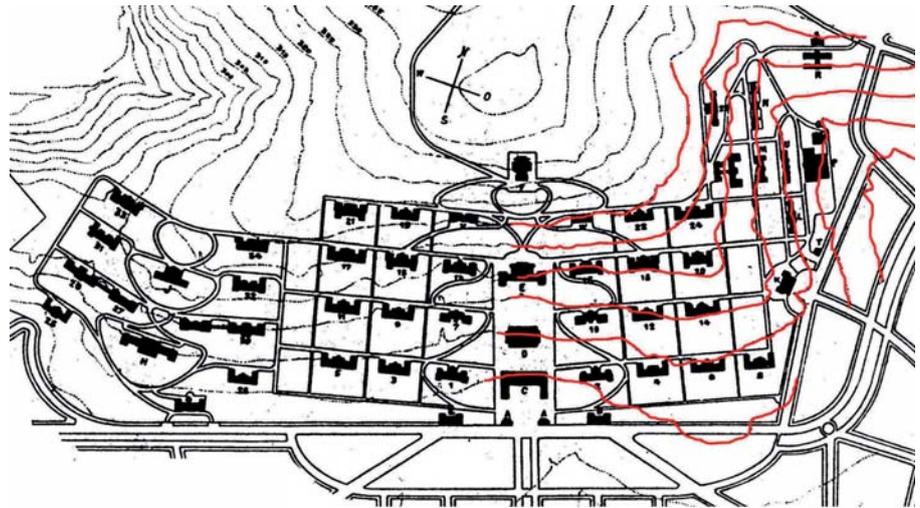
Das Otto-Wagner-Spital in Wien gilt noch heute, mehr als 100 Jahre nach seiner offiziellen Eröffnung am 8. Oktober 1907, als eines der wichtigsten architektonischen Ensembles im Bereich des Krankenhausbaus und auch über diese hinaus. Trotz seiner heutigen Bezeichnung als Otto-Wagner-Spital stammt der Entwurf der damaligen niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke „Am Steinhof“ nicht etwa von dem Wiener Architekten Otto Wagner, sondern von dem damaligen Landes-Oberbaurat von Niederösterreich Carlo von Boog. Von Boog wurde direkt im Anschluss an die erfolgreiche Fertigstellung der Landesheil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling im Jahre 1902, durch die er bereits planerische Erfahrungen auf diesem Gebiet sammeln konnte, mit der Planung der Anstalt „Am Steinhof“ beauftragt. Jedoch legte Otto Wagner 1902 im Zuge eines Wettbewerbs für den Bau einer Kirche der Anstalt, den er auch gewinnen konnte, dem Niederösterreichischen Landtag einen Konkurrenzentwurf zu dem Entwurf von Carlo von Boog vor. Von Boog legte, völlig entrüstet, Protest gegen den Vorschlag Wagners ein, konnte jedoch, nicht zuletzt aus politischen Gründen, nicht gegen Wagner bestehen.

Im folgenden soll das Hauptaugenmerk auf die architektonischen Aspekte des Otto-Wagner-Spitals gelegt werden. Eine tiefere geschichtliche Betrachtung der Ereignisse wird im Kapitel 7.2 vorgenommen.



Otto Wagner Spital
(von oben nach unten)
Abb 33 - Verwaltungspavillon
Abb 34 - Kirche am Steinhof
Abb 35 - Pavillon 3

Wie bereits im Kapitel 2.1 angemerkt, akzeptierte die Gesellschaft um die Jahrhundertwende geistig abnormale Personen als Kranke, deren Nähe zur eigenen Person wollte man aber nicht. So wurde die Heil- und Pflegeanstalt am Rande der Stadt, am Gallitzinberg errichtet, was zum einen noch eine leichte Erreichbarkeit mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ermöglichte, zum anderen aber weit genug entfernt lag, damit der Abstand zwischen gesunden und kranken Personen ausreichend gewahrt wurde. Neben den Bemühungen der gesellschaftlichen Abneigung gegenüber geistig Kranken gerecht zu werden, wurde versucht der Allgemeinheit möglichst wenig zur Last zu fallen. Ermöglichen wollte man diese Unabhängigkeit durch einen gewissen Grad an Eigenversorgung mit Nahrungsmitteln, durch landwirtschaftliche Flächen und eine Hauptküche, sowie mit Gebrauchsgütern, die teilweise in eigenen Betrieben hergestellt wurden. Diese Einrichtungen hatten neben der Selbstversorgung auch das Ziel eine therapeutische Umgebung zu schaffen, in der die Patienten eine Beschäftigung fanden, die den Genesungsvorgang unterstützen sollte. Neben der Küche und den Werkstätten entstanden Stallungen, Gartenhäuser, Wäschereien und Heizhäuser, sowie ein Verwaltungsgebäude und ein Gesellschaftshaus - das heutige Jugendstiltheater - und die bereits erwähnte Kirche. Insgesamt entstand so eine eigene kleine Stadt mit 60 einzelnen Bauwerken für ca. 2000 Patienten.



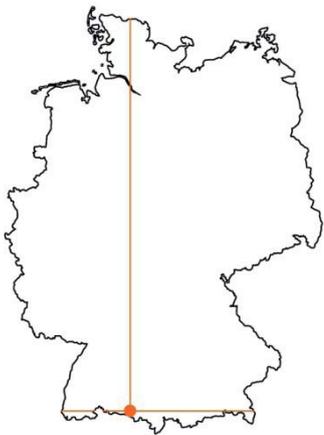
Otto Wagner Spital
(von oben nach unten)
Abb 36 - Lageplan mit
Höhenlinien

Abb 37 - Grundriss Pavillon 25

Abb 38 - Schnitt (Pavillon nicht
bekannt)

6.2. Zentrum für Psychiatrie Friedrichshafen

ORT	Friedrichshafen
LAND	Deutschland
JAHR	2011
ARCH	Hubert Staudt Architekten



Die Geschichte des Campus des Klinikums Friedrichshafen beginnt mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges. Am 28. April 1944 wird Friedrichshafen schwer getroffen, wobei auch das damalige Krankenhaus beinahe vollständig zerstört wurde. Zwar wurde nach Ende des Krieges unverzüglich mit der Instandsetzung des zerstörten Krankenhauses begonnen, jedoch reichten die Standards dieses Krankenhauses nicht mehr aus. Daher wurde im Jahre 1961 mit der Planung einer modernen Klinik im Waldgebiet Buchschach begonnen. Bereits 1962 konnte der erste Bau fertiggestellt werden, weitere Fertigstellungen folgten in den nächsten Jahren.

Im März 2011 konnte das neue Zentrum für Psychiatrie fertiggestellt und in Betrieb genommen werden. Der Entwurf des Berliner Architektenteams von Hubert Staudt Architekten übernahm bei der Orientierung des Neubaus die des dominanten, aus den 60er Jahren stammenden Hauptgebäudes und unterstreicht damit, wie auch alle anderen Zubauten den Campuscharakter des Klinikums Friedrichshafen. Der Neubau – typologisch als Hanghaus konzipiert – wurde südwestlich des Hauptgebäudes auf einem zum See abfallenden Grundstück positioniert und in dessen Höhenentwicklung integriert. Das, von einer Obstbaumwiese umgebene Gebäude umschließt seinerseits auf drei Seiten einen großzügigen Innenhof der den Patienten zur Entspannung, sowie gartentherapeutischen Maßnahmen vorbehalten ist. Eine Brücke auf der vierten, der zum See zugewandten, Seite rahmt den weiten Blick in die hügelige Landschaft, sowie über den Bodensee und macht das natürliche Gefälle der



**Zentrum für Psychiatrie
Friedrichshafen**
(von oben nach unten)
Abb 39 - Außenaufnahme
Abb 40 - Patientenhof
Abb 41 - Foyer

Hanglage auch im Innenhof spürbar. Die gute Orientierung und Belichtung des Hanggeschosses bietet Raum für die großen zentralen Therapieräume mit direktem Ausgang in den Patientengarten.⁷⁴

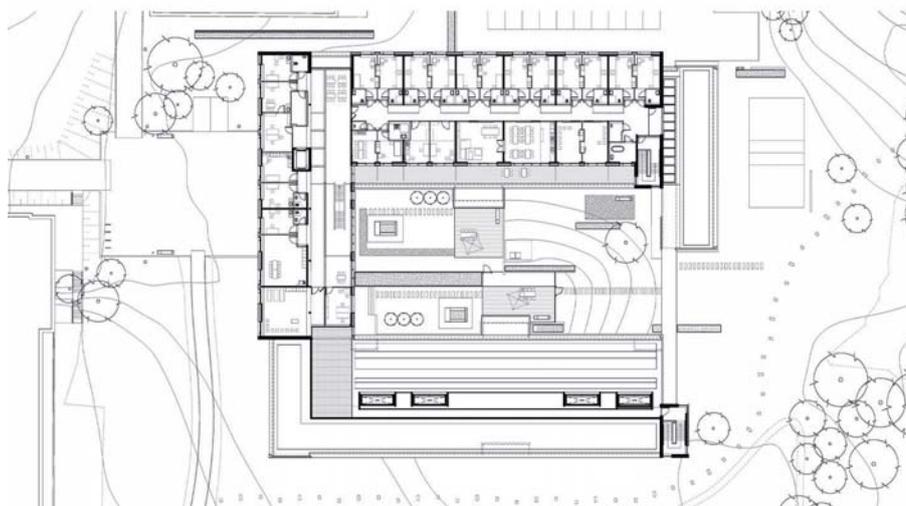
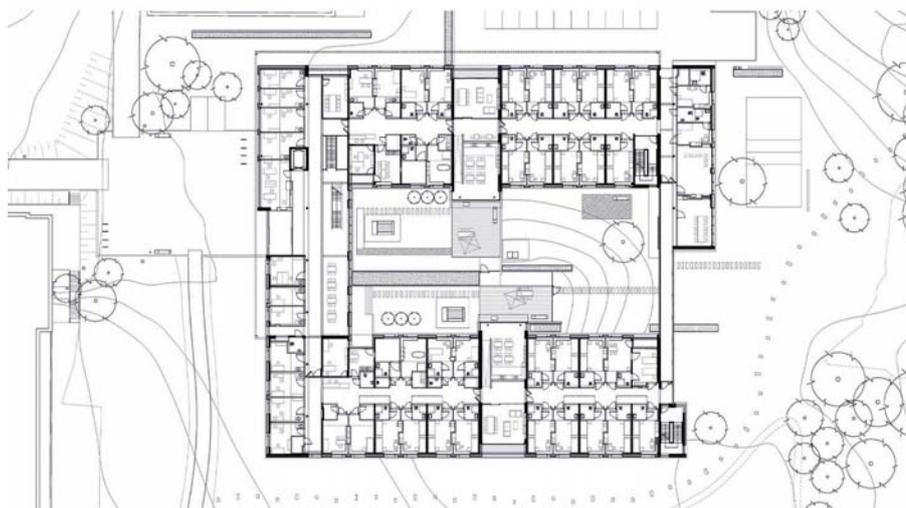
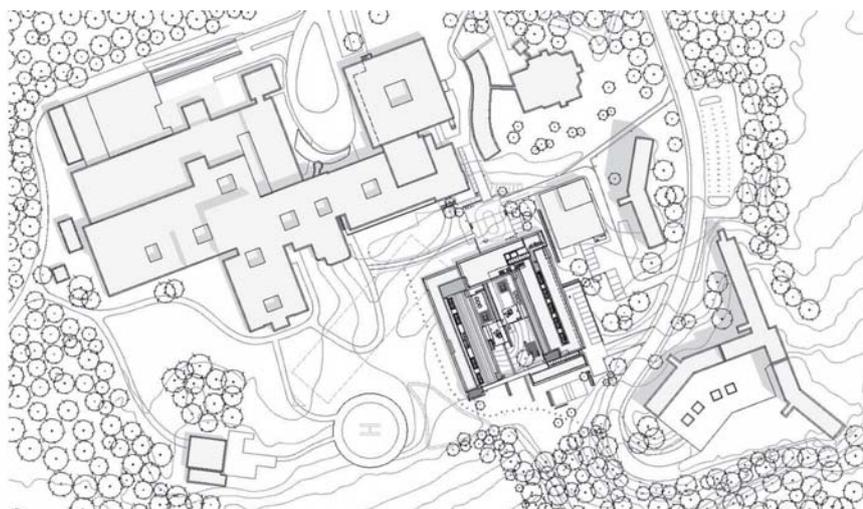
Die Materialität des Neubaus beschränkt sich im Innenraum, wie auch im Außenraum auf die drei Materialien Glas, Sichtbeton und unbehandeltes Holz. Die Sichtbetonflächen im Innenraum zeigen eine differenzierte Oberflächenbehandlung. So sind beispielsweise große Wandflächen mit einem Abdruck der hölzernen Schalung versehen und andere, kleiner Flächen wiederum mit einer glatten Oberfläche. Diese glatten Sichtbetonoberflächen bilden dabei einen formalen Übergang zu dem verwendeten Holzelementen. Für die verwendeten Holzelemente im Innen- und Außenraum wurde von den Architekten unbehandelte Weißtanne gewählt, welche in den Regionen rund um den Bodensee zu den traditionellen Bauhölzern gehört.

Die Klinik bietet alles in allem 76 Betten, verteilt auf drei Stationen, wovon sich zwei im Erdgeschoss und eine im ersten Obergeschoss befindet. Die Stationen sind jeweils an den Längsseiten des Gebäudes um den Innenhof orientiert. Der Quertrakt beherbergt sowohl die Erschließungszone, als auch Verwaltungs- sowie Ärztezimmer. Neben den zwei oberirdischen Vollgeschossen gibt es noch ein unterirdisch gelegenes Ver- und Entsorgungsgeschoss in dem auch die notwendige Haustechnik des Gebäudes untergebracht ist.

Aus energetischer Sicht ist der Neubau sehr gut aufgestellt. Zum einen wurde wurden die Anforderungen der Energiesparverordnung (EnEV) 2009 um gut 30% unterschritten, was sowohl auf die kompakte Bauform, als auch auf das intensiv begrünte Dach zurückzuführen ist. Zum anderen werden mindestens 50% des notwendigen Wärmebedarfs über ein internes Blockheizkraftwerk (BHKW) erzeugt wird, welches nach dem Prinzip der Kraft-Wärme-Kopplung (KWK) arbeitet.⁷⁵

⁷⁴ Huber Staudt Architekten

⁷⁵ German-Architects



Zentrum für Psychiatrie

Friedrichshafen

(von oben nach unten)

Abb 42 - Lageplan

Abb 43 - Grundriss EG

Abb 44 - Grundriss 1. OG

6.3. Zentrum für seelische Gesundheit Neuss

ORT	Neuss
LAND	Deutschland
JAHR	2012
ARCH	Sander Hofrichter Architekten



Das Zentrum für seelische Gesundheit in Neuss besteht aus drei Gebäudeteilen. Dabei bilden die, von den Neusser Augustinerinnen gegründeten Krankenhäuser St. Josef und Johanna-Etienne, sowie das von den Alexianerbrüdern gegründete St. Alexius-Krankenhaus, die im Jahr 2004 als St. Augustinus-Kliniken zusammengeführt wurden, den bestehenden Teil des Zentrums für seelische Gesundheit. Der Neubau, geplant durch das Ludwigshafener Büro Sander Hofrichter Architekten, sollte die beiden Häuser des St. Josef-Krankenhaus und das St. Alexius-Krankenhaus, nach der organisatorischen Einheit, auch baulich zusammen führen.

Die Architekten beschreiben das Ziel des Entwurfs in ihrem Internetauftritt wie folgt: „Ziel des Entwurfs war es, einen harmonischen Dreiklang von Städtebau, Garten- und Landschaftsarchitektur sowie Innenarchitektur herzustellen. Das Konzept zeichnet sich durch seine Symbiose von Alt und Neu aus. Nach dem Teilabriss des unzeitgemäßen Hauptgebäudes wurden ein neugotischer Altbau sowie eine grazile Kapelle aus den 1950er Jahren durch Neubauten so ergänzt, dass eine einladende Stadtlandschaft entsteht, die psychisch kranken Menschen Schutz und Sicherheit bietet, sie aber auch in die Gesellschaft integriert.“⁷⁶

⁷⁶ Sander Hofrichter Architekten; <http://www.a-sh.de/projekte/project/22-st-josef-krankenhaus-neuss-psychiatrie/project.show> (22.04.2014)

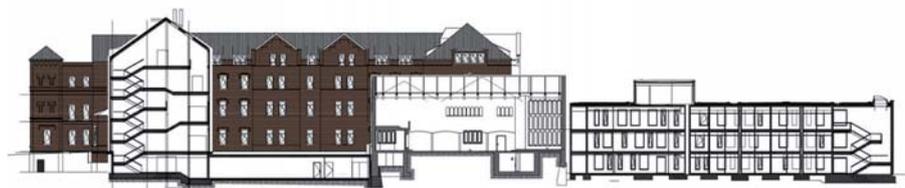


**Zentrum für seelische
Gesundheit Neuss**
(von oben nach unten)
Abb 45 - Außenaufnahme
Abb 46 - Innenhof
Abb 47 - Foyer

Auf dem großen, innerstädtischen Gelände entstanden vier mit einander verbundene Bettenhäuser, ein neuer Eingangsbereich mit Empfang und Cafeteria sowie ein separater Bau mit Werkstätten und Turnhalle. Die, zwischen den einzelnen Gebäuden angeordneten Freifläche werden als Patienten- und Therapiegärten genutzt. Als Besonderheit ist hier ein Gartenbereich mit Kaninchenstall für die sogenannte Ökotherapie zu nennen.

In den vier neu errichteten Bettenhäusern finden auf drei Ebenen bis zu 340 Patienten, sowie weitere 15 Patienten in der Mutter-Drogen-Kind-Station im Altbau Platz. Die Patienten sind in der gesamten Einrichtung ausschließlich in Ein- und Zwei-Bettzimmern untergebracht. Jedes der vier Bettenhäuser ist um ein eigenes Atrium herum angelegt, diese Typologie ermöglichte es eine gut belichteten Umlaufflur auszubilden, der es den Patienten erlaubt einen Spaziergang auf der Station zu unternehmen ohne an ein Ende zu stoßen, wie es beispielsweise bei einem Stichflur der Fall wäre. Ein weiterer Vorteil, neben einer guten Belichtung und Bewegungsmöglichkeit, ist eine flexibel nutzbare Station.

Die Gestaltung der Fassade, wie auch der Innenräume ist geprägt von einer offenen und hellen Erscheinung. Großzügige Glasfassaden fluten die Innenräume mit Tageslicht und eine zurückhaltende, differenzierte Farbgestaltung, die an die Farbgebung der Pflanzen Ginkgo, Bambus, Platane und Kornblume angelehnt ist, sowie unterschiedliche Gartensituationen der Stationen ermöglichen eine erleichterte Orientierung innerhalb des Gebäudes.



**Zentrum für seelische
Gesundheit Neuss**
(von oben nach unten)
Abb 48 - Lageplan
Abb 49 - Grundriss
Abb 50 - Schnitt

6.4. Helsingør Psychiatric Hospital

ORT	Helsingør
LAND	Dänemark
JAHR	2006
ARCH	PLOT (BIG + JDS)



Einen alternativen Entwurfsansatz zeigt die Architektengemeinschaft PLOT, eine Zusammenarbeit der beiden dänischen Büros Bjarke Ingels Group (BIG) und Julien De Smedt Architects (JDS). Bereits im Vorfeld des Entwurfs setzten sich die Architekten sehr genau mit der Thematik der Psychiatrie auseinander. Jedoch wurden nicht nur Recherchen über planungsrelevante Details und Abläufe durchgeführt. Die Architekten gingen noch einen Schritt weiter indem sie eine Befragung mit Patienten, deren Angehörigen und dem Personal durchführten, um mehr über die Wünsche und Bedürfnisse der einzelnen Personengruppen zu erfahren. Die Resultate der Befragung ergaben aber keine klaren Antworten. Die Auswertung ergab vielmehr widersprüchliche Vorstellungen in den Qualitäten einer psychiatrischen Klinik und förderten in Folge nur noch die Unklarheiten. Dennoch versuchten die Architekten die gegenteiligen Anforderungen zu vereinen und nahmen eine Umstrukturierung des Projektprogrammes vor mit dem Ziel eine Klinik zu konzipieren die einerseits all die Dinge mitbringt die eine Klinik braucht, beispielsweise eine klare Funktionalität, aber auf der anderen Seite nicht als solche wahrnehmbar ist.⁷⁷

Das Helsingør Psychiatric Hospital ist, wie bereits das vorangegangene Beispiele aus Friedrichshafen zwar ein eigenständiger Bau, der jedoch ein Teil eines größeren Klinikkomplexes ist. Der Hauptzugang erfolgt über einen Verbindungsgang, der das neue Gebäude und den Bestand zusammen führt. Der

⁷⁷ Vgl. Bjarke Ingels Group, 2011, S. 84 ff



Helsingør Psychiatric Hospital

(von oben nach unten)

Abb 51 - Luftaufnahme

Abb 52 - Stationsflur

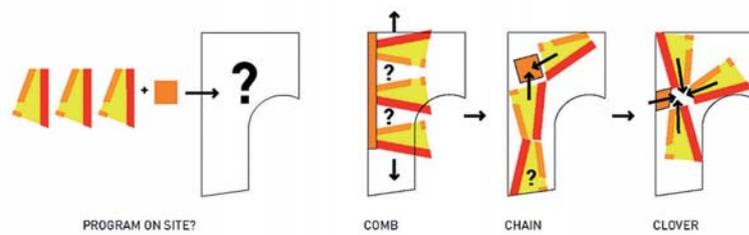
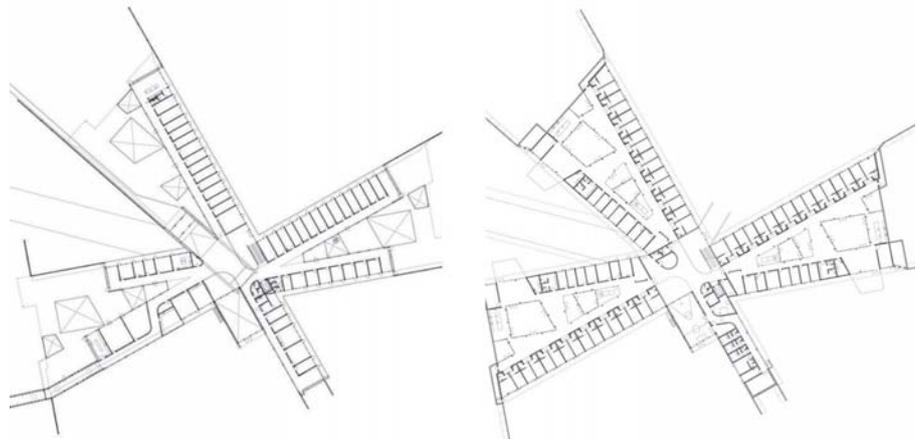
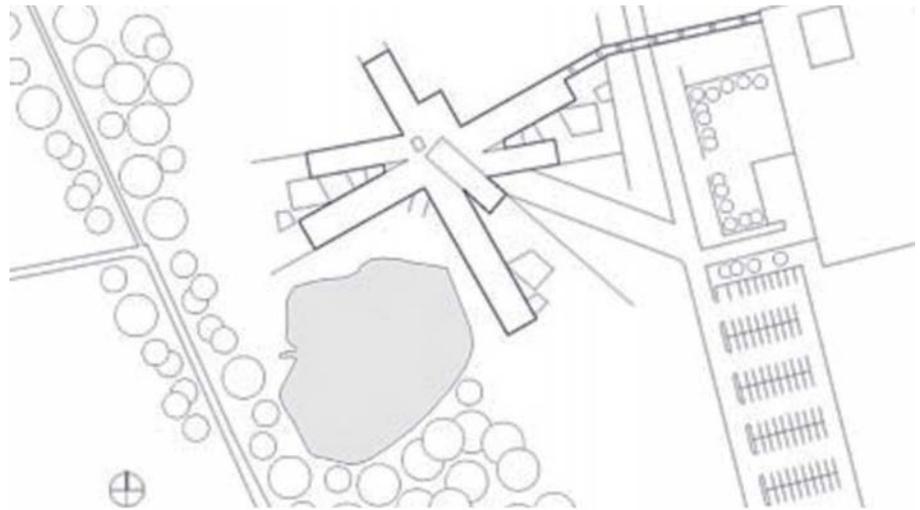
Abb 53 - Lichthof

Entwurf, des im Jahre 2006 fertiggestellt und feierlich eingeweihte Neubaus, ging aus einem internationalen Wettbewerb hervor. Dabei konnte der Grundgedanke des Entwurfs bis auf wenige Anpassungen im Programm bis zur Fertigstellung übernommen werden.

Der, an eine Schneeflocke oder auch ein Kleeblatt erinnernde, Baukörper vereint zwei Bausysteme in sich. Zum einen findet sich eine Art panoptisches System, bei dem es einen zentralen Bereich gibt. Welches bereits im 18. Jahrhundert unter anderem bei Irrenanstalten verwendet wurde und noch heute beispielsweise bei Haftanstalten, vorzugsweise in Nord- und Südamerika, Anwendung findet. Zum anderen wurde das Korridorsystem verwendet, wie es in den meisten Bauten im Gesundheitsbereich angewandt wird.

Aus einem zentralen Bereich, der auch als vertikale Haupteinschließung fungiert, verteilen sich die einzelnen Bereiche auf zwei Ebenen, im Erdgeschoß noch zweihüftig, im ersten Geschoß nur mehr einhüftig, auf verschiedene Korridore. Im Erdgeschoß befinden sich dabei der Patientenbereich mit 52 Patientenzimmern, die auf 4 Bereiche aufgeteilt sind, sowie einem Sportbereich und Gemeinschaftsräumen. Im ersten Geschoß befinden sich die administrativen Bereiche sowie der Therapiebereich und die Küche. Die unterschiedlichen Bereiche, im Speziellen die Patientenbereiche bieten dem Patienten verschiedene Gemeinschafts- und Begegnungszonen an. Sei es für eine Unterhaltung in größeren Gruppen oder aber als Möglichkeit des Rückzuges und der individuellen Ruhe. Bei aller Freizügigkeit des Gebäudes lag eines der Hauptaugenmerke auf einer höchstmöglichen Beobachtung der Patienten durch das Personal, ohne aber dem Patienten das Gefühl zu geben, einer stetigen Überwachung ausgesetzt zu sein. Zwischen den einzelnen Fingern des Gebäudes wurden teils großzügige Freibereiche, sowie geschlossene Atrien zum Verweilen, aber auch zu Therapiezwecken angeordnet. Ein kleiner Teich sollte das Gesamtbild abrunden und gleichzeitig als natürlicher Bezug zum Wasser dienen.⁷⁸

⁷⁸ Vgl. Bjarke Ingels Group, 2011, S. 84 ff



Helsingør Psychiatric Hospital

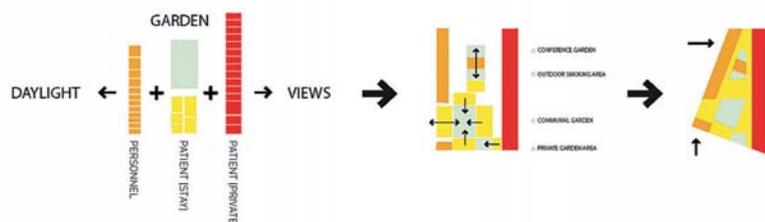
(von oben nach unten)

Abb 54 - Lageplan

Abb 55 - Grundriss 1. OG (links)

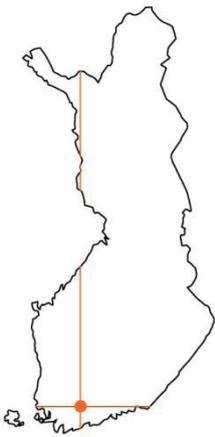
Abb 56 - Grundriss EG (rechts)

Abb 57 - Konzept



6.5. Tuberkulosesanatorium Paimio

ORT	Paimio
LAND	Finnland
JAHR	1933
ARCH	Alvar Aalto

A map of Finland is shown within a rectangular frame. A red dot is placed on the southern coast of Finland, representing the location of Paimio. A vertical red line extends upwards from the dot, and a horizontal red line extends to the right, forming an L-shape that highlights the location.

Das, von Alvar Aalto in den Jahren von 1928 bis 1933 geplant und errichtete, Sanatorium im südfinnischen Paimio, einer kleinen Stadt ca. dreißig Kilometer von der Stadt Turku entfernt, galt nicht der Behandlung seelischer Krankheiten, sondern der Tuberkulose. Diese Lungenerkrankung war in den 1920er und 1930er Jahren in Finnland, sowie in großen Teilen Europas weit verbreitet. Da es aber noch keine wirksame medikamentöse Behandlung gab, galten Ruhe- und Liegekuren als einziges Mittel zur Genesung.

Im Jahre 1928 wurde der Planungswettbewerb für das Tuberkulosesanatorium ausgeschrieben und im Folgejahr das Ergebnis veröffentlicht. Aalto, der zu dieser Zeit zwar schon ein eigenes Büro unterhielt, jedoch über die Grenzen seiner Heimat hinaus noch unbekannt war, konnte mit seinem Entwurf überzeugen und gewann den Wettbewerb. Der Entwurf sah vier Gebäudeteile mit unterschiedlichen Funktionen vor, die um einen Zugangs- und Erschließungsteil angeordnet sind. Dabei bilden der nach Süden orientierte Patientenflügel und der, damit diagonal verbundene Liegehallenflügel, den Hauptteil der Anlage. Ein Sozial- und Verwaltungsflügel, sowie einer im Osten der Anlage positionierter Wirtschafts- und Technikflügel vervollständigen den Gebäudekomplex. Neben dem Sanatoriumsgebäude sah der Gesamtplan noch weitere Bauten mit Wohneinheiten für, die am Sanatorium beschäftigten Ärzte, das Pflegepersonal, sowie Verwaltungs- und Versorgungspersonal vor. Bei dem Entwurf zum Gebäude legte Alvar Aalto, zusammen mit seiner Frau Aino, großen Wert darauf, dass das



Tuberkulosesanatorium Paimio

(von oben nach unten)

Abb 58 - Patienten- und
Liegeflügel (heute)

Abb 59 - Patienten- und
Liegeflügel (1933)

Abb 60 - Detail Treppenhaus

Abb 61 - Dachterrasse (1933)

Abb 62 - Dachterrasse (heute)

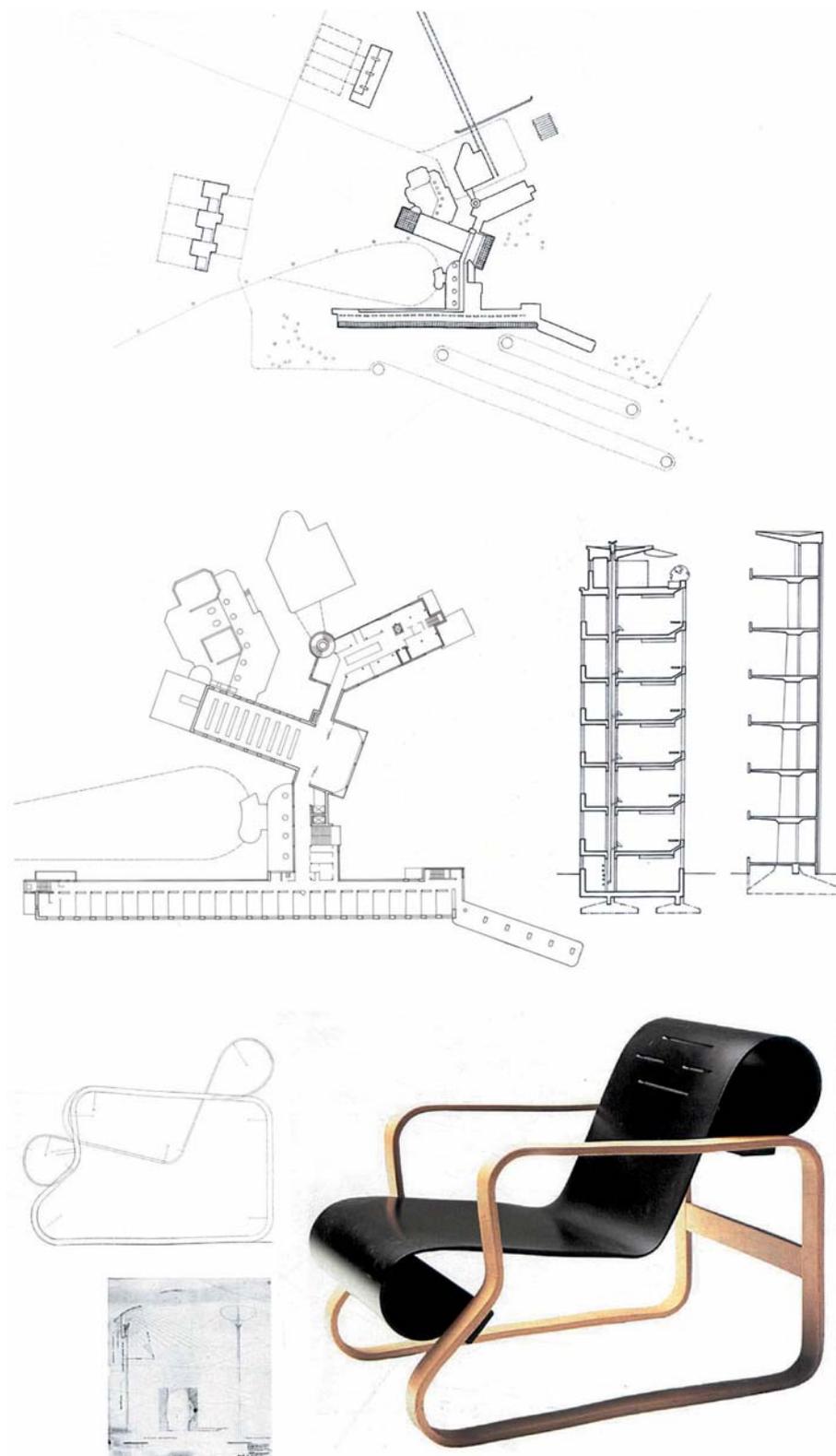


Gebäude selbst zur Heilung beiträgt. Um dieses Ziel zu erreichen ließ Aalto der Unterbringung der Patienten eine hohe Priorität zukommen. So wurde darauf geachtet, dass beispielsweise die Patientenzimmer möglichst störungsfrei und angenehm gestaltet waren. Deshalb plante Aalto Deckenheizungen um den Luftzug zu minimieren. Desweiteren wurden Lichtquellen so positioniert, dass sie sich außerhalb des Blickfeldes der Patienten befinden. Die Anordnung der Betten wurde so gewählt, dass sich aus den Betten heraus der Blick auf die umliegenden Kiefernwälder öffnet. Für die farbliche Gestaltung der Zimmer wurden ruhige Farbtöne gewählt, um den Gesamteindruck der Zimmer abzurunden. Die Farbgestaltung des Sanatoriums beschränkt sich jedoch nicht nur auf die Patientenzimmer, sondern wurde von Alvar Aalto für das gesamte Sanatoriumsgebäude entwickelt, mit dem Ziel „[...] den weißen Krankenhaus-Funktionalismus [zu] beleben.“⁷⁹ So sind die Patientenbereiche in Erdfarbtönen gehalten und die öffentlichen Bereiche mit hellen Farben gestaltet. Der Boden und die Stufen des Treppenhauses wurden in einem Gelbton und die Markisen an der Südseite des Liegehallenflügels und des Patientenflügels orange gehalten.

Alvar Aalto ließ es sich nicht nehmen auch die Einrichtung, von Stühlen, über Spucknapfe bis hin zu den spritzfreien Waschbecken, selbst zu entwerfen. Eine Vielzahl an Aaltos Einrichtungsideen lassen sich mit dem Entwurf des Sanatoriums in Verbindung bringen, wie etwa der Sessel für Paimio, dessen Form der Rückenlehne, laut der Aussage von Alvar Aalto, die Atmung des Patienten verbessert.

Anfang der 1960er Jahre wurde das Sanatorium in ein normales Klinikum umgewandelt, da die Tuberkulose nun behandelbar war und die Zahl der Erkrankten stark zurückgingen. Für diese Umnutzung wurden einige Umbauarbeiten an dem Komplex vorgenommen, wobei der wohl bedeutendste Eingriff der Umbau des Liegeflügels in Patientenzimmer war.

⁷⁹ Lahti, 2004, S. 26



Tuberkulosesanatorium Paimio

(von oben nach unten)

Abb 63 - Lageplan

Abb 64 - Grundriss

Abb 65 - Schnitt Patienten- und
Liegeflügel

Abb 66 - Aufriss Paimio Sessel

Abb 67 - Paimio Sessel



ENTWURFS-
GRUNDSTÜCK



HISTORISCHE ENTWICKLUNG <

MAKROUMGEBUNG <

MIKROUMGEBUNG <

KAPITEL 7

7. Entwurfsgrundstück

Bereits zu Anfang dieser Arbeit fiel die Entscheidung diese nicht allein auf theoretischer Ebene abzuhandeln, sondern sie um eine praktische Komponente zu erweitern. Dieses Kapitel widmet sich nun diesem praktischen Teil, der in Form eines fiktiven Entwurfs das gewonnene Wissen der theoretischen Abhandlung umsetzen soll. Im Speziellen standen das Patientenzimmer, die Stationsbereiche sowie die Therapie- und Freibereiche im Vordergrund, wobei vor allem auf eine Verbesserung der Bedingungen für Patienten Wert gelegt wurde. Dennoch soll auch die Situation sowohl für Angestellte, als auch für Besucher angenehm gestaltet werden, denn beides wirkt sich wiederum unmittelbar auf das Patientenwohl aus. Im Mittelpunkt standen Maßnahmen, die auf eine Selbststigmatisierung einen mildernden Einfluss nehmen. Neben internen Zonen sollte ein zweiter Fokus auf die äußeren Faktoren, wie die geographische Lage und die äußere Erscheinung, gelegt werden.

Bei der Suche nach einem geeigneten Grundstück für den Entwurf lag das Augenmerk nicht vordergründig auf einer möglichen Realisierbarkeit, sondern auf vorher festgelegten Parametern, die erfüllt werden mussten. Die Wahl fiel daher auf ein Grundstück auf dem Gelände der Steinhofgründe, in unmittelbarer Nähe zu dem noch genutzten Klinikum Baumgartner Höhe in Wien.

Wäre der Grundgedanke des Entwurfs nicht nur eine experimentelle Bearbeitung, sondern eine reale Verwirklichung gewesen, wäre das gewählte Grundstück nicht zur Diskussion gestanden. Dies hat mehrere Gründe: einerseits handelt es sich um ein nicht zur Bebauung freigegebenes Grundstück, andererseits herrscht durch die geplante Wohnbebauung ohnehin eine angespannte Situation, die nicht zum Gegenstand dieser Arbeit gehören soll. Da aber weder eine Realisierbarkeit auf dem Gelände der Baumgartner Höhe, noch politische Interessen im Vordergrund standen fiel die Wahl auf eben genau dieses Grundstück. Die besonderen



Entwurfsgrundstück

(von oben nach unten)

Abb 69 - Blick von Süd-Ost

Abb 70 - Blick von Nord-West

Abb 71 - Weitblick über Wien

Merkmale dieses Standorts sowie dessen Entwicklung sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

7.1. Historische Entwicklung

Das, für den Entwurf gewählte, Grundstück befindet sich auf dem Gelände „Am Steinhof“ in unmittelbarer Nähe zum Otto-Wagner-Spital in Wien. Das Gelände „Am Steinhof“ blickt auf eine vergleichsweise kurze, nichts desto weniger sehr bewegte Vergangenheit zurück. Der Teil der Geschichte, der für die vorliegende Arbeit relevant ist, beginnt im Jahre 1902 mit der Fertigstellung der Landesheil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling und dem Verkauf der Wiener Irrenanstalt am Brünlnfeld. Bereits kurze Zeit nach der feierlichen Eröffnung der Anstalt in Mauer-Öhling, im Beisein von Kaiser Franz Joseph I. wurde deren Architekt Carlo von Boog mit der Planung einer weiteren und weitaus größeren Anstalt beauftragt. Die neue Heil- und Pflegeanstalt sollte für eine Patientenkapazität von etwa 2000 bis 2500 geplant werden, wohingegen die Anstalt im Niederösterreichischen Mauer-Öhling mit 1000 Betten erheblich weniger Patienten aufnehmen konnte. Die zu planende Anstalt sollte eine Heilanstalt, eine Pflegeanstalt und ein Sanatorium für vermögende Patienten erhalten.⁸⁰

7.1.1. Die Planungs- und Bauphase (1901 - 1907)

Die Wahl des Grundstücks für die zu errichtende Heil- und Pflegeanstalt geht auf einen Vorschlag des damaligen Referenten für Wohlfahrtsangelegenheiten und gleichzeitigen politischen Initiator der Anstalt Leopold Steiner zurück. Steiner, der auch den Antrag für eine Realisierung des Vorhabens dem Niederösterreichischen Landesauschuss und dem Landtag vorbrachte, schlug, im Zuge des Antrags, als Baugrund die sogenannten „Spiegelgründe“ vor: ein Gebiet am Abhang des Gallitzinberg. „Innerhalb von nur einer Woche wurden der für die Anstalt vorgesehene Grund am Gallitzinberg von 110 verschiedenen Besitzern um 4,4 Millionen Kronen erworben. Die Grundstücke von insgesamt über 144 Hektar mussten deshalb so rasch erworben werden, um Bodenspekulanten, die von diesem Vorhaben Wind bekommen hatten, zuvor zu kommen. Tatsächlich gelang

⁸⁰ Vgl. Schuhböck, 2013, S. 14f

es einem Konsortium, Grundstücksparzellen zu ergattern, doch gewann der Irrenfonds des Landes letztendlich die Prozesse trotz Fehlens eines entsprechenden Enteignungsgesetzes.“⁸¹

Noch bevor Leopold Steiner seinen Vorschlag für das Grundstück „Am Steinhof“ einbrachte, wurde von dem für die Planung zuständigen Landesbauamt, unter Leitung von Carlo von Boog, ein erstes Bauprogramm ausgearbeitet. Diese erste Ausarbeitung sah insgesamt 73 Objekte im Pavillonsystem vor, wovon 52 als Krankenpavillons und 21 Pavillons für allgemeine Nutzungen, wie Verwaltung und Werkstätten, vorgesehen waren. Zwar wurde das vorgelegte Bauprogramm auf Grundlage einer noch im Jahre 1901 vorgenommenen Zählung, der in der Niederösterreichischen Landesirrenanstalt Wien behandelten psychisch Kranken aufgestellt, jedoch überschritten die Pläne von Carlo von Boog das vorgesehene Budget in hohem Maße. Die Budgetüberschreitung veranlasste Steiner dazu das Baukomitee dahingehend anzuweisen „[...] die aufgestellten Forderungen einzuschränken und das gesamte Bauprogramm unter Zugrundelegung der Belagziffer von 2000 Kranken einer Modifikation zu unterziehen, welche das Auslangen mit den erreichbaren Geldmitteln sicher erwarten ließ“.⁸² Auf die Anweisung einer notwendigen Reduktion hin begann von Boog mit der Überarbeitung des Programms. Durch das Wissen um ein konkretes Baugrundstück und den daraus resultierenden Anforderungen an die einzelnen Pavillons - das abschüssige Gelände hätte ein erhöhtes Untergeschoss zur Folge - machte die Anfangs geforderten ebenerdigen Gebäude unrentabel, woraufhin von Boog auf eine zweigeschossige Lösung überging. Die Aufstockung, sowie das Zusammenlegen der Küchen in ein eigenes Gebäude gelang es von Boog sieben Pavillons einzusparen. Trotz der vorgenommenen Reduktion lagen die Kosten noch immer über dem vorhandenen Budget, was Carlo von Boog schlussendlich dazu zwang noch weitere Einsparungen vorzunehmen. So veranschlagte er für die einzelnen Krankenbetten nur noch so viel Platz, dass diese gerade noch mit den sanitätsbehördlichen Vorschriften vereinbar waren. Außerdem überarbeitete er die Gesamtsituation der Anlage, indem er die einzelnen Objekte, entgegen schönheitsrelevanter Aspekte, an das bestehende Terrain angepasst um die Erdbewegungen und die damit verbundenen Kosten so gering wie möglich zu

⁸¹ Schuhböck, 2013, S. 15

⁸² Schlussbericht, 1909, S. 26

halten. Der entstandene „Beamtenentwurf“ mit seinen insgesamt 52⁸³ Pavillons schaffte es von Boog das vorgesehenen Budget einzuhalten. Carlo von Boog, der im bisherigen Projektverlauf bereits einige Rückschläge und Hindernisse meistern musste und konnte, sollte sich auch nach den budgetbedingten Einschnitten weiteren Problemen stellen müssen.

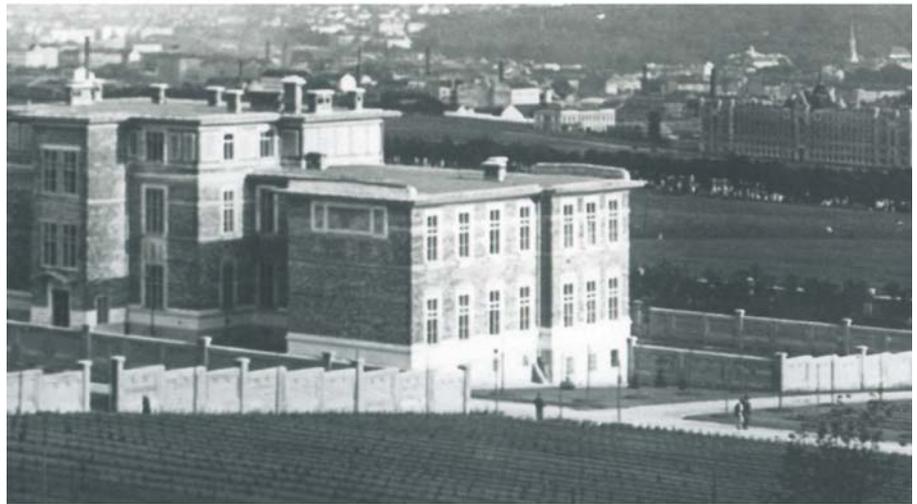
1902 gewann Otto Wagner, der bedeutendste österreichische Architekt und Stadtplaner Wiens in der Belle Epoque⁸⁴, einen Wettbewerb für den Bau der Kirche der Niederösterreichischen Landesirrenanstalt „Am Steinhof“. Historische Aufzeichnungen, insbesondere der Schlussbericht zur Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ enthält jedoch keinen Hinweis auf diesen Wettbewerb, anders als im Buch „Wagner“ des Autoren August Sarnitz, in dem dieser Wettbewerb wohl genannt wird.⁸⁵ Anders als der Wettbewerb für den Bau der Kirche finden sich jedoch Passagen, die darauf hinweisen, dass Otto Wagner dem Niederösterreichischen Landtag von sich aus einen Konkurrenzentwurf, dem sogenannten „Künstlerentwurf“, für die Gesamtanlage der Anstalt vorlegte. Die Begeisterung hielt sich aber wohl doch recht in Grenzen. So heißt es im Schlussbericht von 1909: „So sehr das Wagnersche Projekt auch vom ästhetischen Standpunkt aus befriedigte und sich rücksichtlich bei den Kommunikationen innerhalb der Anstalt als vorteilhaft erwies, erhob das Landesbauamt doch Einwendungen, weil es die Besorgnis hegte, dass die Erdbewegungen für die Durchführung dieses Projektes sehr weit über den Rahmen des Kostenvoranschlages hinausgehende Auslagen verursachen müßte.“⁸⁶ Nicht nur das Landesbauamt stellte sich gegen die Pläne Otto Wagner, sondern auch Carlo von Boog, was durchaus verständlich erscheint. Dieser stellte sich energisch gegen Wagners Vorschlag, da er selbst seinen Entwurf unter möglichst kostensparenden Aspekten bearbeiten musste und nun sollten diese Anstrengungen für möglichst niedrige Kosten einzig und allein einer klaren Symmetrie und der Kunst wegen, mit damit verbundenen kostenintensiven Erdbewegungen, ignoriert werden. Doch hatte Boog auf politischer Ebene keinerlei Erfahrungen sich für seine Entwürfe einzusetzen und dafür zu kämpfen,

⁸³ Vgl. Schuhböck, 2013, S. 17

⁸⁴ frz. für „schöne Epoche“, Bezeichnung für eine Zeitspanne von etwa 30 Jahren um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert

⁸⁵ Vgl. Sarnitz, 2005, S. 59

⁸⁶ Schlussbericht, 1909, S. 28



Bauphase und Fertigstellung

(von oben nach unten)

Abb 72 - Bau der ersten Pavillons

Abb 73 - Patientenpavillon

Abb 74 - Wirtschaftspavillons

war er doch Beamter und sah sich noch nie zuvor einer solchen Herausforderung gegenüber gestellt. Anders verhielt es sich bei Otto Wagner, dieser musste und wollte wohl auch oft für seine Arbeiten kämpfen, um diese realisiert zu sehen. Wagner hatte Zeit seines Lebens das Bestreben Projekte zu realisieren, die für Wien von besonderer Bedeutung wären. Wagner scheiterte bereits bei seinen Gestaltungsentwurf für den Karlsplatz samt dem Kaiser-Franz-Joseph-Stadtmuseum oder mit den Plänen die Wienzeilen zwischen dem Wiener Stadtzentrum und dem Schloss Schönbrunn in eine Prachtavenue umzugestalten auf politischer Ebene teils gänzlich. Bei dem Projekt der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“, sowohl der Gesamtanlage als auch der Anstaltskirche, sollte es anders werden. Trotz der finanziellen Aspekte entschied sich der Landtag, auch überraschend für den Landesausschuss gegen den „Beamtenentwurf“ von Boog und für den „Künstlerentwurf“ Otto Wagners. Im Schlussbericht stellte der Landesausschuss entrüstet fest: „Der hohe Landtag hat sich mit dem vorgelegten Projekt des Herrn Oberbaurates Wagner befasst und in einer Sitzung vom 12. November 1903, ohne einen bezüglichen Antrag des Landesausschusses einzufordern, spontan den Beschluss gefaßt, daß der Situationsplan über die ganze Disposition der Anlage und sämtlicher im Prinzip nach dem Entwurfe des Herrn Oberbaurates Wagner genehmigt werde, dieser Entwurf jedoch derart geändert werden solle, dass neue Grundeinlösungen vermieden werden.“⁸⁷ Carlo von Boog, der auch weiterhin als die geistige Führung der technischen Anforderungen inne hatte, sah sich den Auseinandersetzungen nicht mehr gewachsen. Gründe dafür waren zum einen, dass Carlo von Boog völlig überarbeitet war - nach der Fertigstellung der Anstalt in Mauer-Öhling gönnte er sich keine Auszeit und begann direkt mit der Arbeit an der Anstalt „Am Steinhof“ - und zum anderen an einem Herzleiden erkrankte, in dessen Folge er auch einen Zusammenbruch erlitt und dem Siechtum⁸⁸ verfiel und schließlich am 26. November 1905 verstarb.⁸⁹

Indes erfolgte, im Rahmen einer Landtagssitzung vom 2. Juni 1905, der Beschluss für den Bau der Kirche nach Wagners „Künstlerentwurf“, trotz massiver Kritiken einzelner Abgeordneter, die Otto Wagners Entwurf zwar ein großartiges Aussehen zugestanden, ihm jedoch rein formal eher mit einem Grabmal eines indischen

⁸⁷ Schlussbericht, 1909, S. 28

⁸⁸ Zustand zunehmender Entkräftung durch einen massiven oder irreversiblen Krankheitsprozess bzw. einer äußeren Gewaltanwendung

⁸⁹ Vgl. Schuhböck, 2013, S. 14

Maharadschas verbanden als mit einer Kirche und die Befürchtung hegten, dass sie bei den Patienten keine Ruhe sondern Aufregung hervorrufen würde.⁹⁰

Der „Künstlerentwurf“ von Otto Wagner unterschied sich im Grunde nicht von dem „Beamtenentwurf“ von Carlo von Boog. Wagner änderte ihn nur dahingehend, dass er die einzelnen Gebäude einer strengen Symmetrie unterwarf, die einzelnen Gebäude und deren Gruppierungen untereinander übernahm er beinahe zur Gänze. Dabei befanden sich die Gebäude der Heil- und der Pflegeanstalt links und rechts der Hauptachse, auf der die administrativen Gebäude platziert wurden. Die unteren beiden Reihen wurden mit der Heilanstalt und die beiden oberen Reihen mit der Pflegeanstalt belegt. Die Hauptachse, deren oberes Ende von der Kirche markiert wird, trennte die weiblichen und männlichen Patienten bis in die Kirche hinein von einander. Der westliche Bereich der Anlage umfasste die Sanatoriumsabteilung, im östlichen Bereich wurde der Wirtschaftshof untergebracht.

Der Bau der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ ging verhältnismäßig schnell, jedoch nicht ganz unkompliziert von statten. Auf Grund eines hohen Zeitdruckes - vertraglich wurde ein fester Termin für die Fertigstellung, sowie eine Strafzahlung für jeden Tag des Verzuges fixiert - waren 4000 bis 5000 Arbeiter zeitgleich auf der Baustelle beschäftigt. Die Bauarbeiten fanden das gesamte Jahr über statt. Auch in den Wintermonaten, in denen auf Grund von Frost und Schneefall zwar keine Arbeiten am Außenbereich durchgeführt werden konnten, wurde an Gas- und Wasserleitungen, sowie an Licht- und Telefonanlagen und den Innenausbauten in den Objekten gearbeitet. Da die Arbeiten zeitgleich an mehreren Objekten durchgeführt wurden, konnte ein zügiger Baufortschritt erreicht werden. Anfängliche Verzögerungen beim Bau wurden häufig durch Probleme bei der Terrainregulierung verursacht. „So stieß man [...] oftmals auf Fels, sodass immer wieder Sprengungen notwendig waren.“⁹¹ Dank der guten vorausschauenden Planung von Carlo von Boog, gelang es aus den Hindernissen einen Vorteil zu schlagen.

⁹⁰ Vgl. Schuhböck, 2013, S. 29

⁹¹ Schuhböck, 2013, S. 34

7.1.2. Im Wandel der Zeit

Bis zum Beginn des ersten Weltkrieges 1914 verlief der Betrieb der Nerven-Heilanstalt Baumgartner Höhe sowie geplant. Schon bald war die Klinik überbelegt, so dass 1911 zwei neue Pavillons errichtet wurden. 1914 wurden die hellen, großzügigen Untergeschosse zu Tagräumen umfunktioniert, um mehr Betten zur Verfügung zu haben. Während des ersten Weltkrieges und den vielen verwundet oder psychisch traumatisiert heimkehrenden Soldaten, richtete der damalige Direktor Schlöss ein „Verwundetenspital mit Röntgenzimmer“⁹² ein. Schon 1915 beherbergte die Klinik 4000 Patienten, darunter 176 „geistesranke Soldaten“⁹³. Deshalb baute Max Haupt 4 neue Baracken für die Soldaten, um das Platzproblem zu entschärfen. Nach dem Ende des ersten Weltkrieges traten drastische Veränderungen für das „Sanatorium Baumgartner Höhe“ ein. Zunächst wurde im Juli 1922 ein Aufnahmestopp für Patienten verhängt, bis kurz darauf im August 1922 die Schließung des Sanatoriums folgte. Da während des Krieges die Zahlen der Tuberkuloseerkrankten rasant anstieg, erkannte man den Bedarf an entsprechenden Heilanstalten. Die Lage der Baumgartner Höhe entsprach optimal den Anforderungen an ein Lungensanatorium mit ausgedehnten Sonnen-, Liege- und Freiluftkuren. So wurde 1923 das Lungensanatorium Baumgartner Höhe für Frauen eröffnet. Die Architektur wurde durch den Bau solcher Lungenheilstätten nachhaltig beeinflusst. Die Bedürfnisse der Patienten spiegeln sich in vielen architektonischen Gegebenheiten wieder: große Fensteröffnungen, sowie Schiebefenster, um auch bettlägerigen Patienten Freiluftkuren zu ermöglichen, glatte Oberflächen in den Räumen, um die Hygiene zu gewährleisten, Liege- und Dachterrassen für die ausgedehnten Liegekuren. Um das Sanatorium Baumgartner Höhe als Lungenheilanstalt nutzen zu können, mussten verschiedene Veränderungen vorgenommen werden, um den Anforderungen gerecht zu werden. Während des NS-Regimes wandelte sich die Baumgartner Höhe zum Zentrum der Medizinverbrechen in Wien. Unter der Bezeichnung „Am Spiegelgrund“ entstand eine sogenannte Kinderfachabteilung, in der circa 800 Kinder starben, ermordet durch Phenobarbital, durch Vernachlässigung oder an ihren ursprünglichen Erkrankungen.

⁹² Jäger-Klein & Plakolm-Forsthuber, 2015, S. 176

⁹³ Jäger-Klein & Plakolm-Forsthuber, 2015, S. 176



Im Wandel der Zeit

(von oben nach unten)

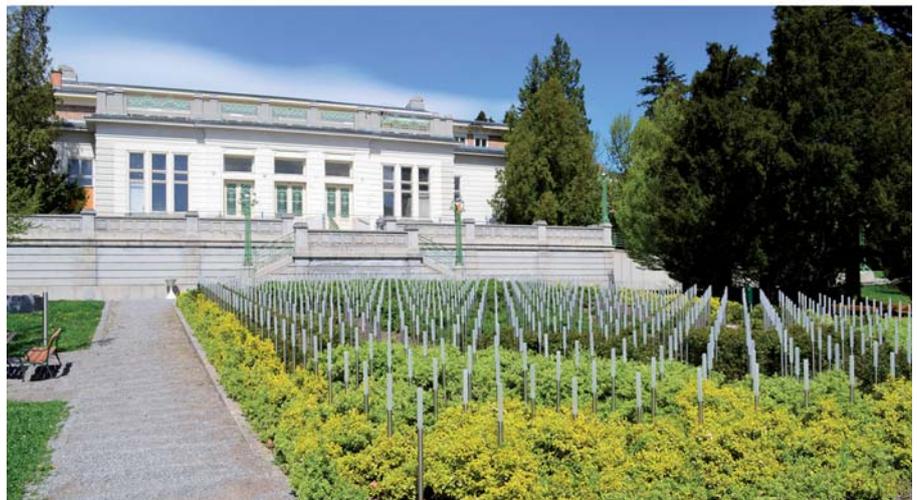
Abb 75 - Luftbild der Anlage

Abb 76 - Sporttherapieraum

Abb 77 - Badezimmer

Unter der „Aktion T4“ wurden zahlreiche Patienten aus der Klinik nach Schloss Hartheim (Linz) deportiert, um dort ermordet zu werden. Im Jahre 1941, als die "Aktion T4" wegen zunehmender Bekanntheit und Widerstand unter Angehörigen der Opfer eingestellt wurde, fand das Töten dennoch kein Ende. Bis zum Ende des Krieges starben durch teils absichtlich herbeigeführte Medikamentenengpässe, Mangelernährung und Infektionskrankheiten unzählige Menschen. In den 1960er Jahren wurde aus der Lungenheilstätte das Pulmologische Zentrum, die orthopädische Abteilung entstand aus einem Bereich, der früher der Behandlung von Knochentuberkulose gewidmet war und die Nerven- und Heilanstalt wurde in Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe umbenannt.

Im Laufe der Zeit wurden mehrere Restaurierungen an den vielen Pavillons, sowie der Kirche am Steinhof durchgeführt um die Anlage auch weiterhin auf einem aktuellen Stand zu halten. Noch bis heute befindet sich die Anlage in Betrieb. Im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) wurde beschlossen, das Klinikum Baumgartner Höhe bis zum Jahre 2020 aufzulassen und die Bereiche auf die verschiedenen Krankenanstalten in Wien umzuverteilen. Desweiteren bestehen bereits seit einigen Jahren Bestrebungen moderne Wohnbebauungen auf dem Gelände zu errichten. Jedoch stehen diesen Plänen ein Verein gegenüber, der sich vehement gegen eine Bebauung und für einen Erhalt des Ensembles des Klinikgeländes einsetzt.



SMZ Baumgartner Höhe heute

(von oben nach unten)

Abb 78 - Pavillon 14

Abb 79 - Pavillon 9

Abb 80 - Theater

7.2. Makroumgebung

Das geografische Umfeld des Entwurfsgrundstückes ist mit der Stadt Wien und den im Norden und Westen direkt an Wien anschließenden niederösterreichischen Bezirken Tulln, Wien-Umgebung, sowie Korneuburg das bevölkerungsreichste Gebiet in ganz Österreich. Allein die Stadt Wien wartet mit 1.797.337 Einwohner⁹⁴ auf. Hinzu kommen weitere 72.924 im Bezirk Tulln, 118.691 im Bezirk Wien-Umgebung und weitere 76.900 Einwohner im Bezirk Korneuburg⁹⁵. Im Wiener Stadtgebiet stehen an vier Einrichtungen (SMZ Ost, SMZ Süd, SMZ Baumgartner Höhe und AKH⁹⁶) insgesamt (Stand Juli 2013) 609 stationäre und weitere 80 tagesklinische Betten⁹⁷ für Patienten ab dem 18. Lebensalter zur Verfügung. Im Schnitt, nur auf Wien gerechnet, fallen somit auf ein Bett circa 2.608 Patienten. Bis zum Jahre 2020 soll sich die Verteilung der Patienten von momentan vier Zentren auf dann sieben Zentren erhöhen, wobei das SMZ Baumgartner Höhe aufgelöst wird und die dortigen Abteilungen neu verteilt werden.

⁹⁴ Statistik Austria, 2015

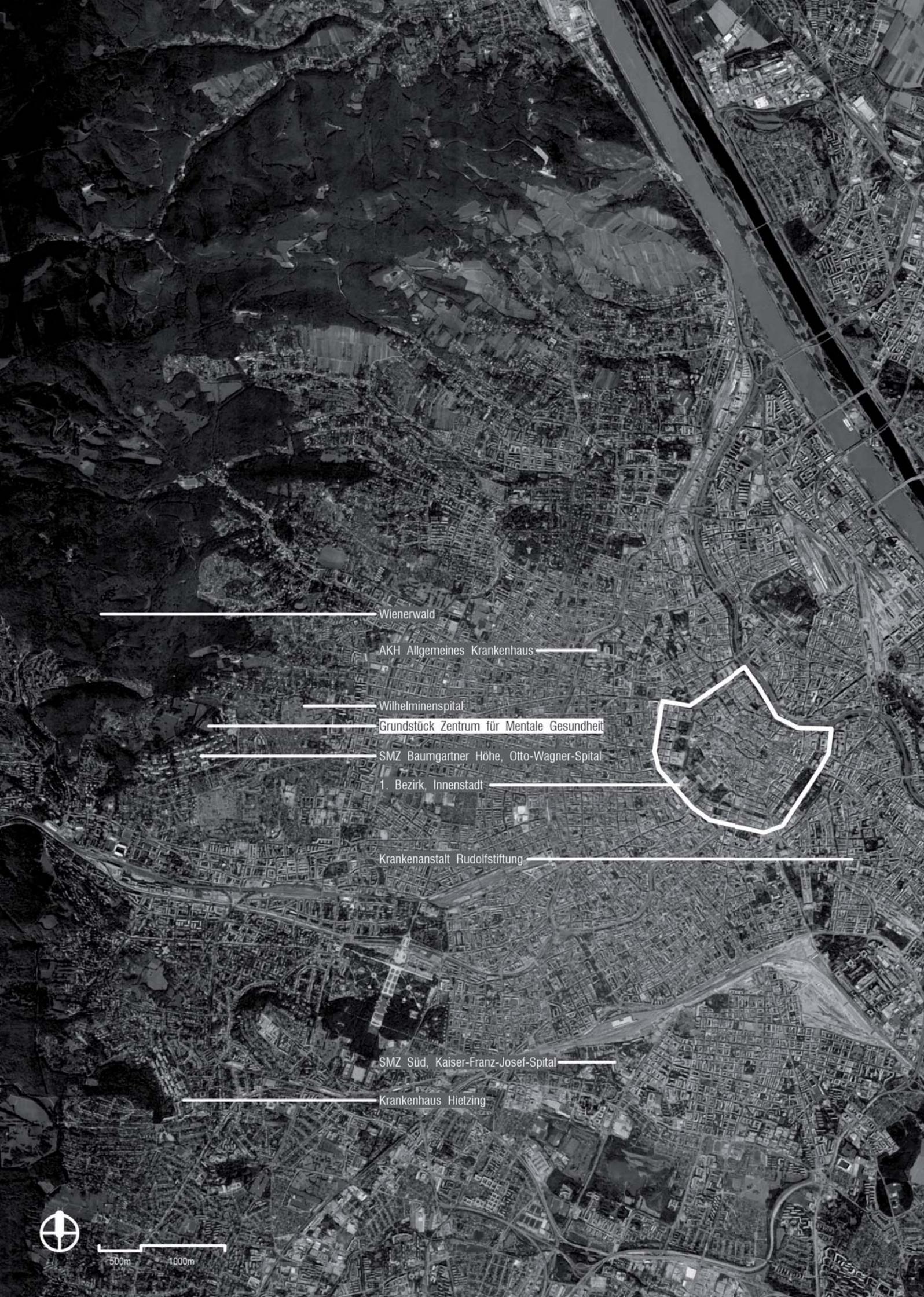
⁹⁵ Statistik Austria B. d., 2015

⁹⁶ Vgl. Seelische Gesundheit in Wien, 2013, S. 34 ff

⁹⁷ Seelische Gesundheit in Wien, 2013, S. 46

Neben den bereits genutzten Einrichtungen SMZ Ost, SMZ Süd und dem AKH, kommen vier weitere hinzu. Diese sind das unweit vom SMZ Baumgartner Höhe gelegene Wilhelminenspital, das SMZ Hietzing, die Krankenanstalt Rudolfstiftung und das neu errichtete Krankenhaus Nord⁹⁸. Umgesetzt werden diese Umstrukturierungen nach dem Regionalen Strukturplan für Gesundheit in Wien 2020 (RSG Wien), in dem der Fachbereich Psychiatrie besondere Beachtung findet. Im Mittelpunkt des RSG Wien steht eine Dezentralisierung der psychiatrischen Patientenversorgung. Diese soll nicht wie bisher auf wenige große Standorte konzentriert sein - der größte Standort ist hier das SMZ Baumgartner Höhe - sondern gleichmäßig auf das Stadtgebiet verteilen und in allgemeine Krankenseinrichtungen integriert werden, um eine leichtere und wohnortnahe Versorgung für den Patienten zu ermöglichen. Neben der wohnortnahen Versorgung ergibt sich durch die Integration psychiatrischer Abteilungen in allgemeine Krankenhäuser auch eine entstigmatisierende Wirkung, da sich der Patient für eine Behandlung in ein allgemeines Krankenhaus und nicht etwa in eine psychiatrische Klinik begibt.

⁹⁸ Seelische Gesundheit in Wien, 2013, S. 32



Wienerwald

AKH Allgemeines Krankenhaus

Wilhelminenspital

Grundstück Zentrum für Mentale Gesundheit

SMZ Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital

1. Bezirk, Innenstadt

Krankenanstalt Rudolfstiftung

SMZ Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital

Krankenhaus Hietzing



500m 1000m



Krankenhaus Nord (ab 2017)

SMZ Ost, Donauspital

7.3. Mikroumgebung

Das direkte Umfeld des Entwurfsgrundstückes ist recht vielfältig. Verschiedenste Nutzungen treffen hier aufeinander. Südlich des Grundstückes schließt direkt das SMZ Baumgartner Höhe an, welches bereits zuvor vorgestellt wurde. Östlich grenzt eine Kleingartensiedlung unmittelbar an das Entwurfsgrundstück. Im Norden schließen die Steinhofgründe, ein Naherholungsgebiet der Stadt Wien, an und im Westen, direkt hinter einer Baumgruppe befindet sich die, von Otto Wagner erbaute, Kirche St. Leopold am Steinhof. Nicht zuletzt durch die unmittelbare Nähe zum Gelände des SMZ Baumgartner Höhe, sowie der Steinhofgründe ist eine sehr gute Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel gewährleistet. Am Haupttor des SMZ Baumgartner Höhe befindet sich die Haltestelle der Buslinie 48A. Nur wenige Gehminuten weiter südlich findet sich eine Haltestelle der Buslinie 47A. Nördlich, bzw. nordöstlich befinden sich zwei weitere Haltestellen der Buslinie 46A.

Von diesen ist der Zugang zum Grundstück sowohl über die Steinhofgründe als auch über mehrere Zugänge über das SMZ Baumgartner Höhe möglich. Neben der Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln befindet sich am Haupttor des SMZ Baumgartner Höhe noch ein Taxistand, der die Erreichbarkeit um ein weiteres Angebot erhöht. Die Zufahrt zum Grundstück ist ebenfalls über das Gelände des SMZ Baumgartner Höhe möglich. Zum einen kann die Zufahrt über das Haupttor, sowie über das im Osten des Gelände gelegene Wirtschaftstor erfolgen. Das Gelände rund um die Steinhofgründe und das SMZ Baumgartner Höhe ist größtenteils von Wohnsiedlungen, sowie weiteren Park- und Naturanlagen, wie etwa dem Dehnepark und dem Salzberg, belegt. Nur einige hundert Meter östlich liegt ein weiteres Spital, das Wilhelminen Spital.



Salzberg

Steinhofgründe

Dehnepark

ZUFAB



50m 100m



H - BUS 46A, Feuerwache am Steinhof

H - BUS 46A, Hansl-Schmid-Weg

Ottakringer Bad

GRUNDSTÜCK

ZUFAHRT 1, WIRTSCHAFTSTOR

SMZ Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital

Steinhoferpark

Taxisstand

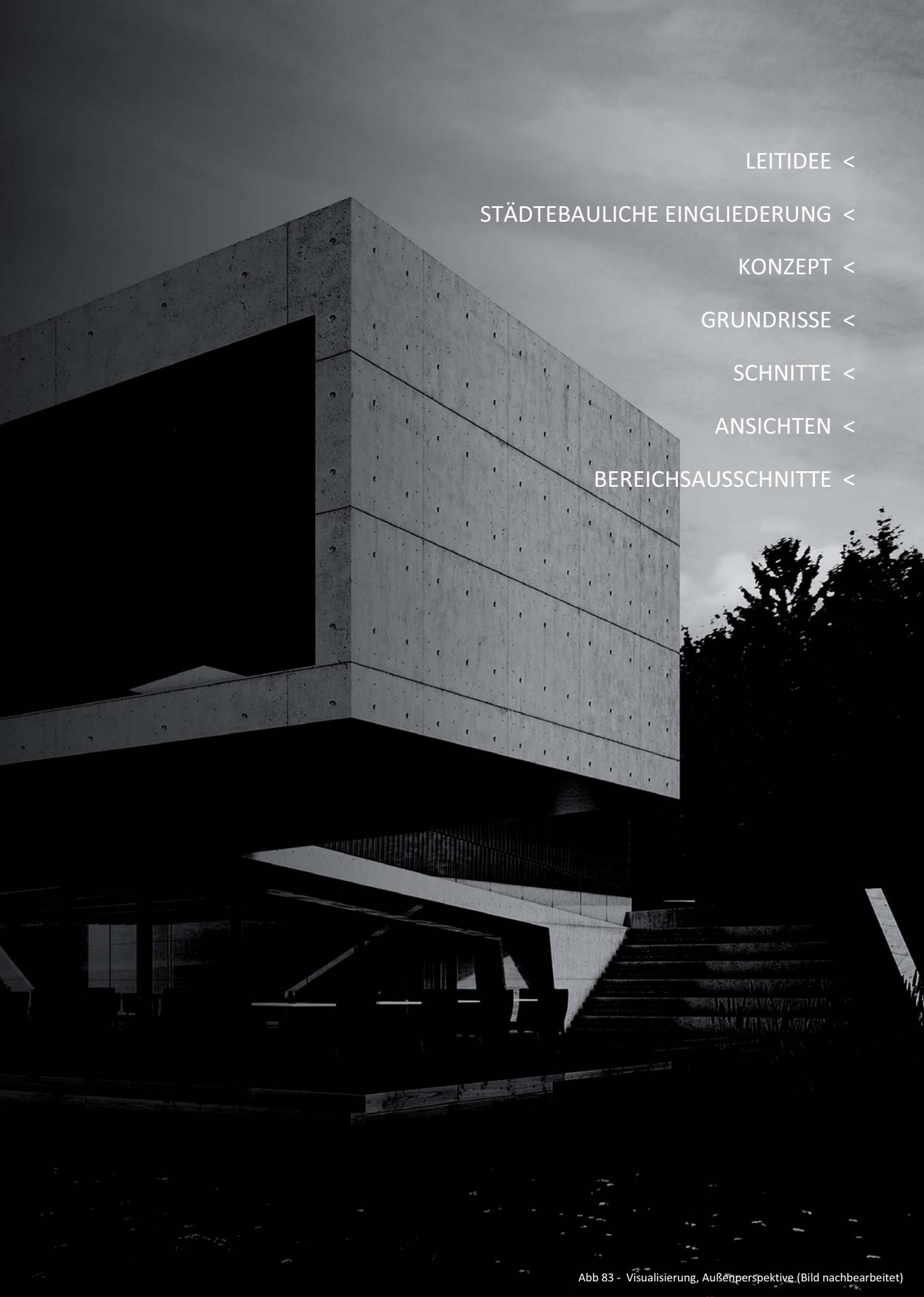
H - BUS 48A, Otto-Wagner-Spital

UFAHRT 2, HAUPTTOR

H - BUS 47A, Raimannstraße

ÜBERSICHT BAUMGARTNER HÖHE

ENTWURF



LEITIDEE <

STÄDTEBAULICHE EINGLIEDERUNG <

KONZEPT <

GRUNDRISSE <

SCHNITTE <

ANSICHTEN <

BEREICHSAUSSCHNITTE <

KAPITEL 8

8. Entwurf

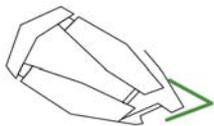
Das achte und letzte Kapitel dieser Arbeit widmet sich nun dem Entwurf selbst. Zunächst wird die Leitidee, die grundlegenden Entwurfsgedanken, anhand von piktografischen Darstellungen, sowie anhand von Referenzobjekten dargestellt. Im Anschluss an die Leitidee wird die städtebauliche Eingliederung des Entwurfes in seine Umgebung näher betrachtet, um grundlegende Zusammenhänge aufzuzeigen. Hierbei wird auf die Beziehungen des Entwurfes mit den umliegenden Bestandbauten, die Formgebung, im Zusammenhang mit der, dem Entwurf umgebenden Natur, sowie den wichtigen Blickbeziehungen eingegangen. Nachfolgend wird anhand von grafischen Darstellungen das Konzept aufgezeigt. Es wird geklärt, wie die einzelnen Funktionen des Entwurfes miteinander in Beziehung stehen und in welcher Form die Leitideen in das Gesamtkonzept einfließen. Außerdem wird im Konzept die Frage nach dem Orientierungssystem innerhalb des Gebäudes geklärt. Zum Abschluss des Kapitels wird der Entwurf anhand von Plandarstellungen, sowie 3D-Darstellungen im Detail vorgestellt, sowie grundlegende Oberflächenmaterialien und Möblierungselemente dargelegt.

8.1. Leitidee

Hinter dem Entwurf der Klinik für mentale Gesundheit verbergen sich im Wesentlichen drei gestalterische Grundideen, die sich bereits zu Beginn der Entwurfsarbeit herauskristallisiert haben. Im Laufe der Bearbeitung entstanden verschiedene Entwurfskonzepte, in denen die Umsetzung dieser Ideen erprobt, nach und nach überarbeitet oder neu konzipiert wurden. Bei den drei gestalterischen Grundpfeilern des Entwurfs handelt es sich um Bewegung, Belichtung und Natur. Diese werden im Folgenden unter Einbeziehung von Beispielen vorgestellt.



Abb 84 - Perspektive Vorplatz - Cafe / Ausstellung

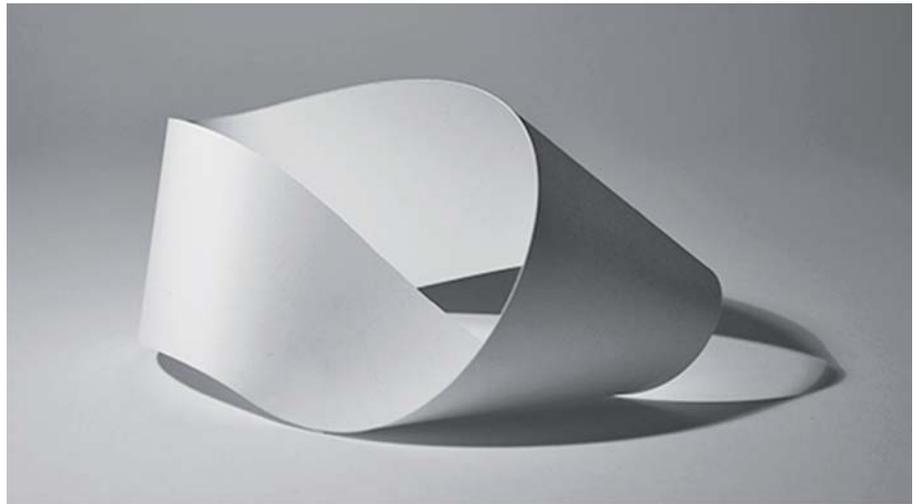


8.1.1. Bewegung

Die Bewegungsfreiheit des Patienten innerhalb des Gebäude folgt dem Prinzip des Möbiusbandes. Um den Patienten nicht ausschließlich im Kreis durch das Gebäude zu schicken wird das Konzept um eine vertikale Komponente erweitert. Dadurch wird der Kreis aufgebrochen und der Bewegungsfluss geht in eine Helixform über. Dadurch wird es dem Patienten ermöglicht das Gebäude sowohl auf einer Ebene für sich zu erschließen, als auch seine Bewegungen auf andere Ebenen auszuweiten, was ihm ein größeres Freiheitsgefühl vermittelt und ihm dadurch eine aktivere und selbstbestimmtere Beziehung zu seiner Umgebung ermöglicht. Ein sehr bekanntes Beispiel für die Bewegung in einer Helixform ist das, von Frank Lloyd Wright konzipierte Guggenheim Museum in New York. Die Idee sieht vor, dass der Besucher mit dem Lift in das oberste Stockwerk fährt und von dort in einer abwärts gerichteten zylindrischen Spiralbewegung das Museum erkundet. Die Haupteinschließung findet also hierbei in einer vertikalen Richtung statt.

8.1.2. Belichtung

Die gestalterische Grundidee der Belichtung entstand, da Patienten in einer psychiatrischen Klinik sich in einer Ausnahmesituation befinden, und es deshalb umso wichtiger ist, ihnen den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Dabei spielt der Einsatz von Tageslicht eine außerordentlich wichtige Rolle. In den meisten Kliniken herrscht sehr viel künstliches Licht, was bei vielen Menschen negative Gefühle hervorruft. Da eine typische Klinikatmosphäre unbedingt vermieden werden sollte, um eine Identifizierung mit der vorübergehenden Wohnsituation zu ermöglichen, wird in allen Aufenthaltsräumen, wie Patientenzimmern, Gängen, Therapieräumen und Gemeinschaftsräumen Tageslichtnutzung geplant. Daraus resultiert die Tatsache, dass die Wege der Patienten niemals in unbelichtete Bereiche führen. Darüber hinaus werden auch die Mitarbeiteräume, wie Stationsstützpunkte, Verwaltungsräume, Arztzimmer und Küche so geplant, dass die Angestellten nicht mit dauerndem Kunstlicht arbeiten müssen, so dass eine angenehmere Arbeitsatmosphäre geschaffen werden kann.



Leitidee Bewegung

(von oben nach unten)

Abb 85 - Möbiusband

Abb 86 - Guggenheim New York,
Frank Lloyd Wright

Abb 87 - Foyer Guggenheim NY
Frank Lloyd Wright

8.1.3. Natur

Durch die Wahl des Grundstücks für den Entwurf, entstand schnell die Idee, die bestehende natürliche Umgebung in das Gebäude zu integrieren, um so ein harmonischeres Einfügen in das Gelände mit seinen verschiedenen Bestandteilen, wie SMZ Baumgartner Höhe, Kleingartenverein und Steinhofgründe zu ermöglichen. Die Landschaft bekommt zusätzliche Bedeutung durch die Tatsache, dass dieses Gebiet auch als Naherholungsraum genutzt wird. Im gesamten Entwurf sollte daher der Grünraumgestaltung eine hohe Priorität zukommen. Einerseits durch die Schaffung von Grünflächen innerhalb des Gebäudes, wie einem Innenhof und einem Dachgarten, andererseits auch durch Begrünung der Fassade. Beides soll den Patienten einen direkten Zugang zur „Natur“ gewährleisten - durch die grüne Fassade auch in den höher gelegenen Geschossen. Die Fassadenbegrünung trägt desweiteren den gestalterischen Gedanken der Natur nach außen und schafft auf diese Weise eine Verbindung mit der natürlich herrschenden Vegetation. Ein sehr bekanntes Beispiel für das gelungene Zusammenspiel von Architektur und Natur ist das House Fallingwater von Frank Lloyd Wright, bei dem das Gebäude nicht als Eingriff in die Natur erscheint, sondern beinahe mit ihr verschmilzt. Desweiteren haben Jensen und Skodven mit ihrem Juvet Landscape Hotel für den Besucher die Illusion geschaffen sich direkt im Wald - also im Einklang mit der Natur- zu befinden. Dies wird einerseits durch die Lage in der wenig besiedelten Fjordlandschaft Norwegens als auch durch große Panoramafenster in den einzelnen Bungalows erreicht. Ein drittes Beispiel ist das Cluny House in Singapur von Guz Architects, das die Verwendung von Grün als gestalterisches Element zeigt, das direkt in den Gebäudeentwurf integriert wurde, zum Beispiel als Dach-, oder Fassadenbegrünung.



Leitidee Natur

(von oben nach unten)

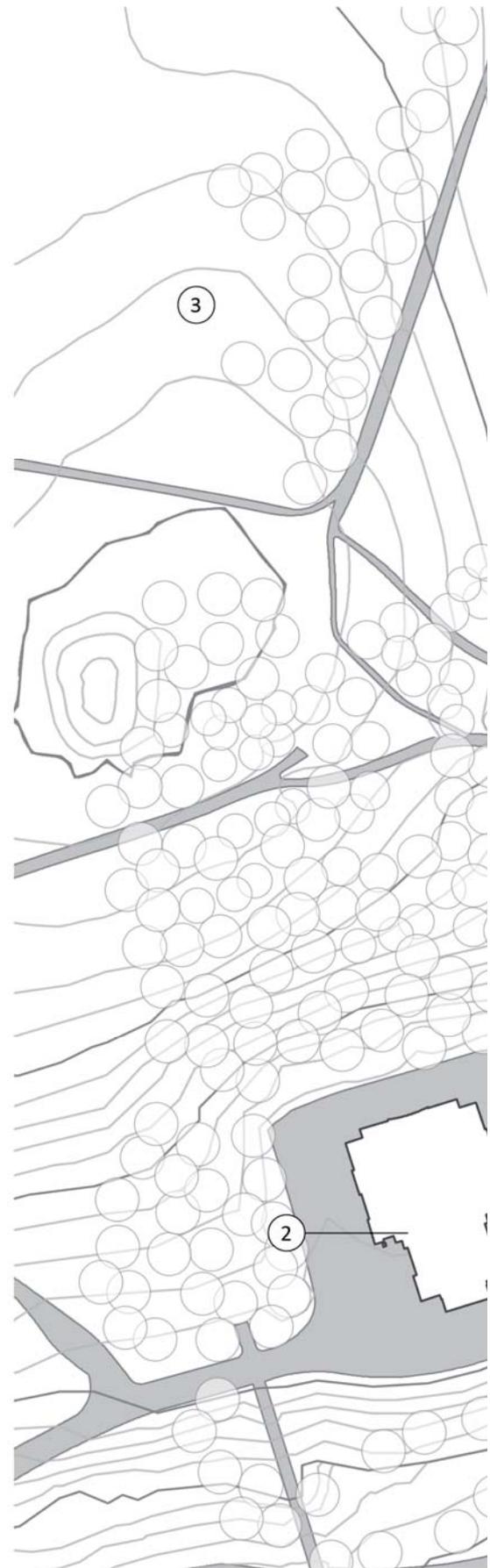
Abb 88 - House Fallingwater,
Frank Lloyd Wright

Abb 89 - Juvet Landscape Hotel,
Jensen & Skodvin

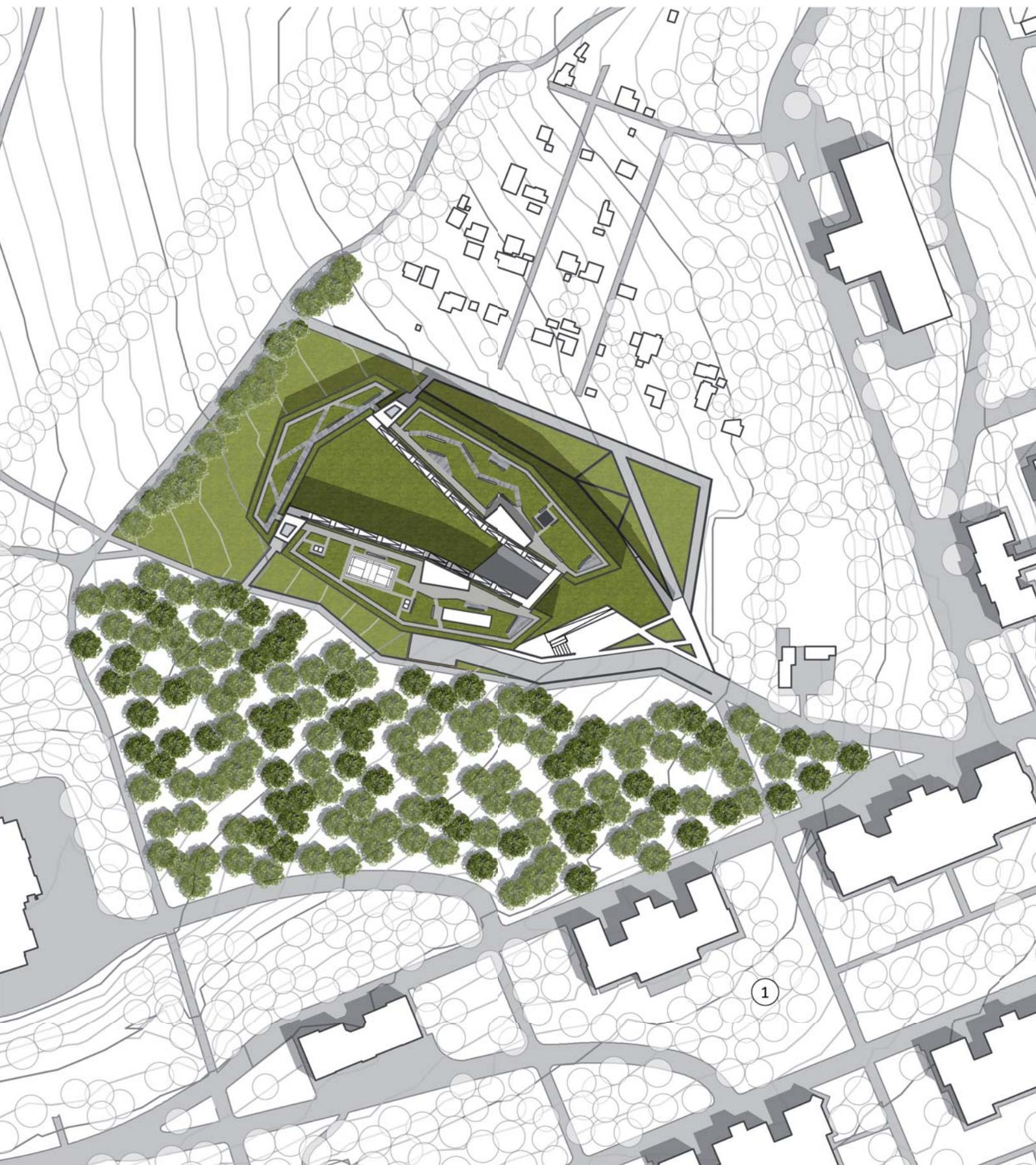
Abb 90 - Cluny House,
Guz Architects

8.2. Städtebauliche Eingliederung

Der Entwurf der Klinik für mentale Gesundheit ist als Hofhaus in Hanglage konzipiert. Er befindet sich in unmittelbarer Nähe zu Otto Wagners Kirche "Zum heiligen Leopold" und bildet das Verbindungsglied zwischen dem Gelände des sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe und dem Naherholungsgebiet Am Steinhof. Der Baukörper fügt sich in seiner Form harmonisch in, das nach Süden circa 20 m abfallende, Gelände ein. Die äußere Form orientiert sich hierbei an den bestehenden Grundstücksgrenzen: im Süden ein dichter Baumbestand, im Nord-Westen eine Baumallee und im Nord-Osten eine Kleingartensiedlung, sowie weiterer dichter Baumbestand. Die Zufahrt, sowohl für Gäste, Patienten und Mitarbeiter, als auch für die Ver- und Entsorgung findet über die tieferliegende südliche, der Klinik Baumgartner Höhe zugewandten, Seite statt. Fußläufig ist die Erschließung des Grundstücks sowohl über das Gelände des SMZ, als auch über die nördlich gelegenen Steinhofgründe möglich. Der Entwurf des Gebäudes als Ganzes ist in zwei Bereiche gegliedert. Einerseits die massive Sockelzone, welche sich über die Zugangsebene und das erste Geschoss erstreckt und vollends in das Gelände eintaucht. Andererseits zeigt sich von Ebene zwei bis fünf ein durchweg oberirdisch aufgelöster Bereich



- 1 SMZ BAUMGARTNER HÖHE - OTTO WAGNER SPITAL
- 2 KIRCHE ZUM HEILIGEN LEOPOLD - OTTO WAGNER KIRCHE
- 3 STEINHOFGGRÜNDE



LAGEPLAN M 1:1500



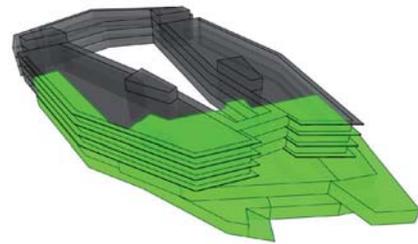
0 20 50

8.3. Konzept

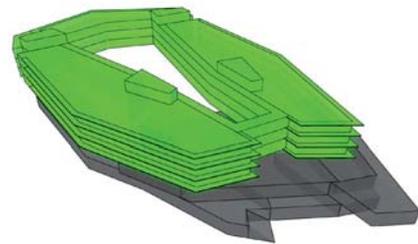
Der Entwurf der Klinik für mentale Gesundheit ist als Hofhaus in Hanglage konzipiert. Es befindet sich in unmittelbarer Nähe zu Otto Wagners Kirche zum heiligen Leopold und bildet das Verbindungsglied zwischen dem Gelände des sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe und dem Naherholungsgebiet am Steinhof. Der Baukörper fügt sich in seiner Formensprache harmonisch in das, nach Süden um circa 20 Meter abfallende, Gelände ein. Die äußere Gebäudeform orientiert sich hierbei an die bestehenden Grenzen des Grundstückes.

Der Entwurf des Gebäudes ist in zwei Bereiche geteilt. Einerseits eine massive Sockelzone, welche die Zugangsebene und das erste Geschoss aufnimmt, und vollends in das Gelände eintaucht. Im Kontrast zur Sockelzone stehen die drei, durchweg oberirdisch liegenden, Stationsgeschosse. Diese sind offen gestaltet und ermöglichen eine großzügige, natürliche Tagesbelichtung aller Aufenthaltsräume. Um den Kontakt zur Natur auch in den Obergeschossen zu ermöglichen, werden Grünbänder um die Baukörper gezogen. Im Innenhof wurde eine zweiläufige Rampe positioniert. Über diese lässt sich das Gebäude „endlos“ erschließen und bildet gleichzeitig eine Zugang zum Dachgarten.

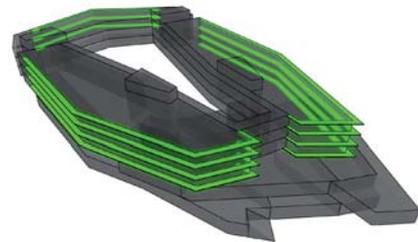
Die gesamte Klinik ist mit einem farbbasiertem Orientierungssystem versehen. Dieses ermöglicht sowohl den Patienten, als auch den Gästen eine einfache Orientierung innerhalb des Gebäudes. Jedem Bereich - Stationen, Verwaltung, Diagnose - wurde eine Farbe zugewiesen und diese zieht sich bis in die farbliche Gestaltung von Möblierungselementen in den Bereichen. Über Boden- und Wandmarkierungen wird der Benutzer ohne Unterbrechung durch das Gebäude geleitet.



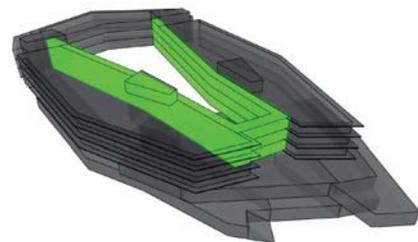
1. SOCKELZONE



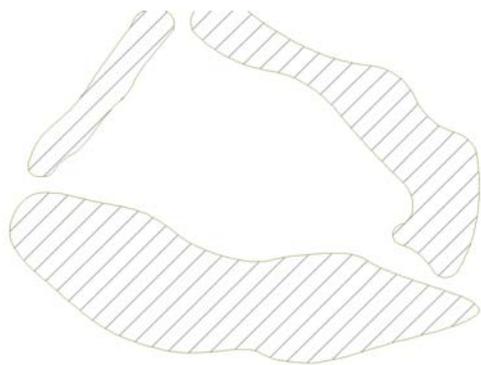
2. OBERGESCHOSSE



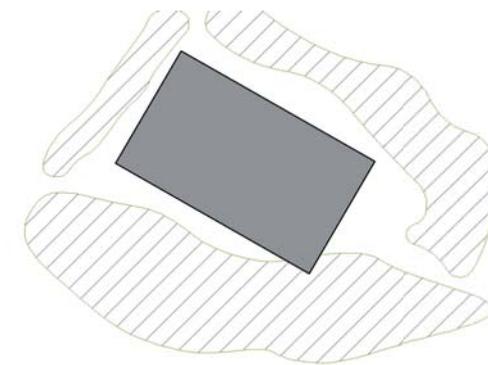
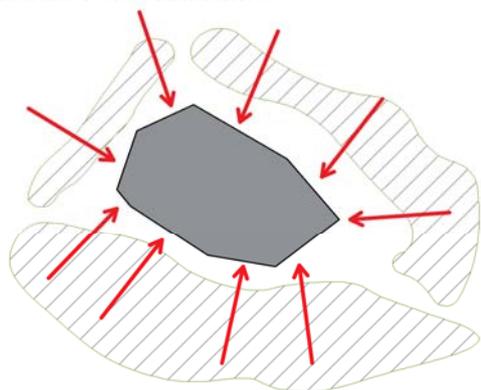
3. GRÜNBÄNDER



4. RAMPE



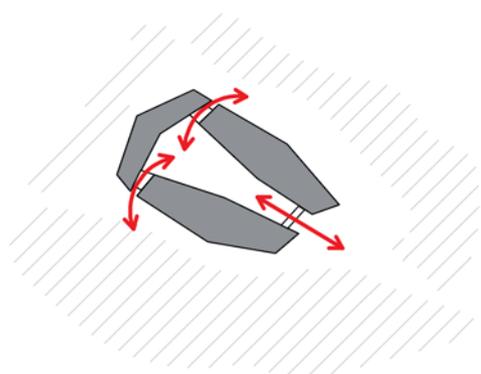
1. ERHALT BAUMBESTAND



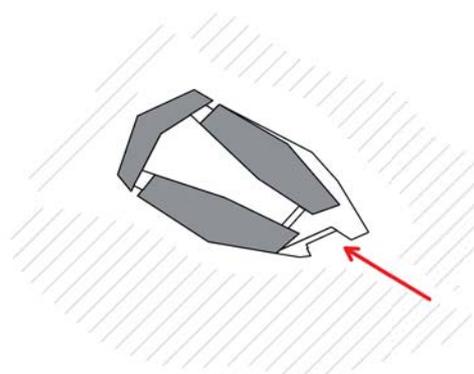
2. BAUKÖRPER SETZEN UND AUSRICHTEN



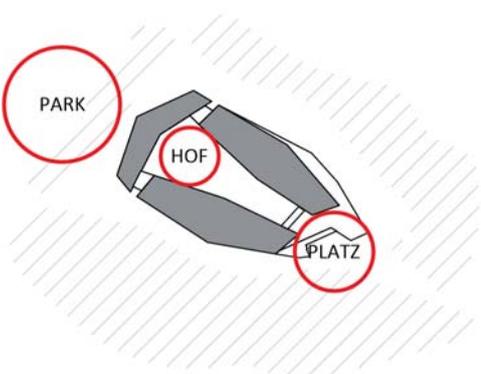
3. NATÜRLICHE KANTEN AUFNEHMEN



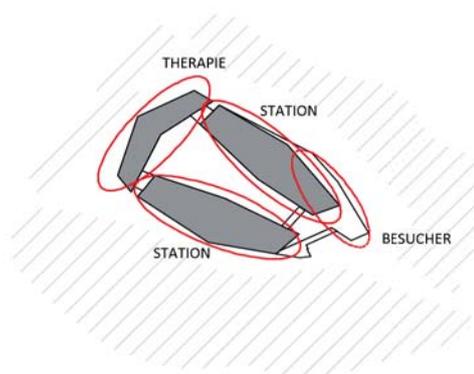
4. HOF BILDEN



5. BAUKÖRPER AUFBRECHEN



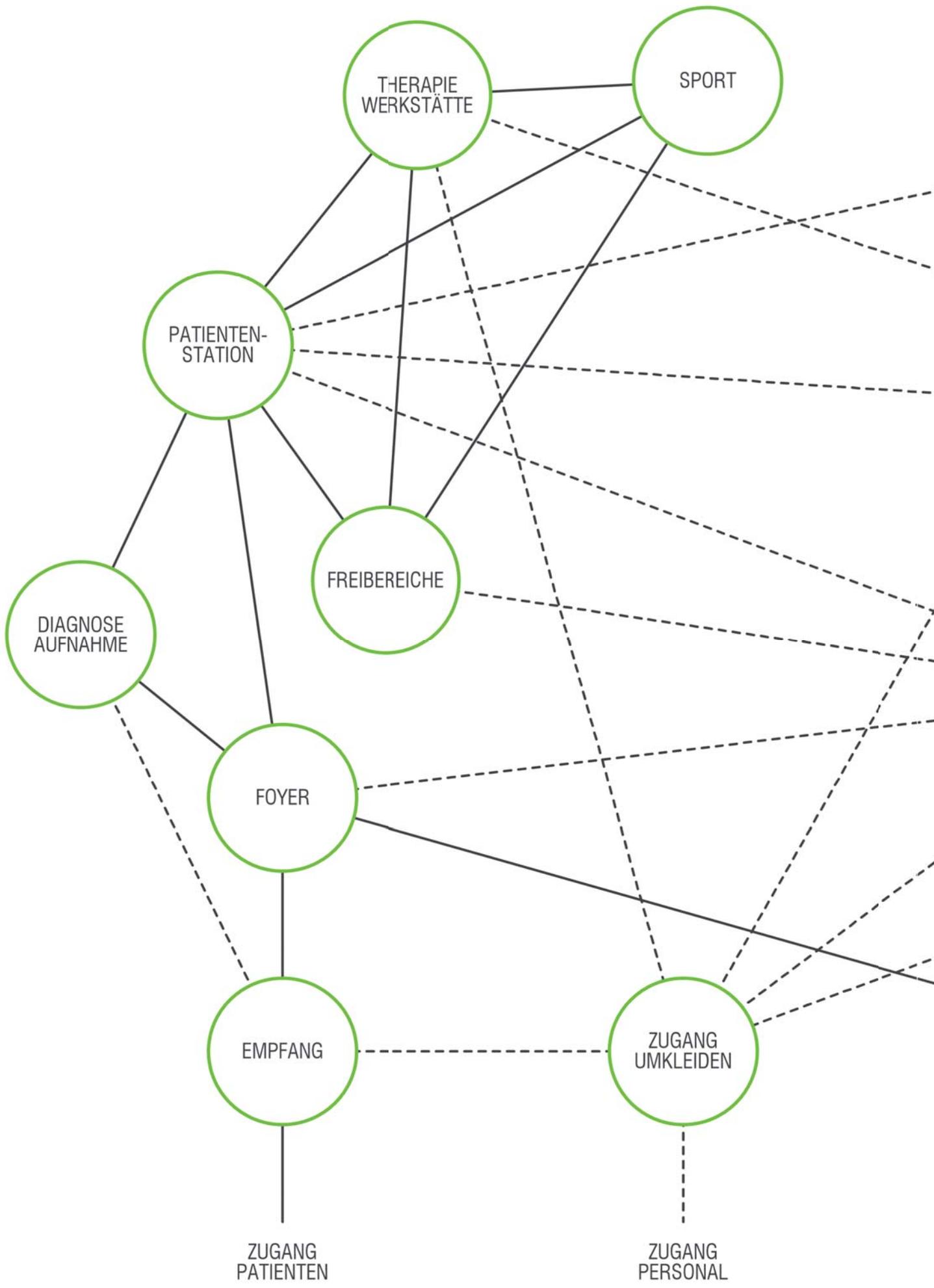
6. VORPLATZ UND ZUGANG AUSBILDEN

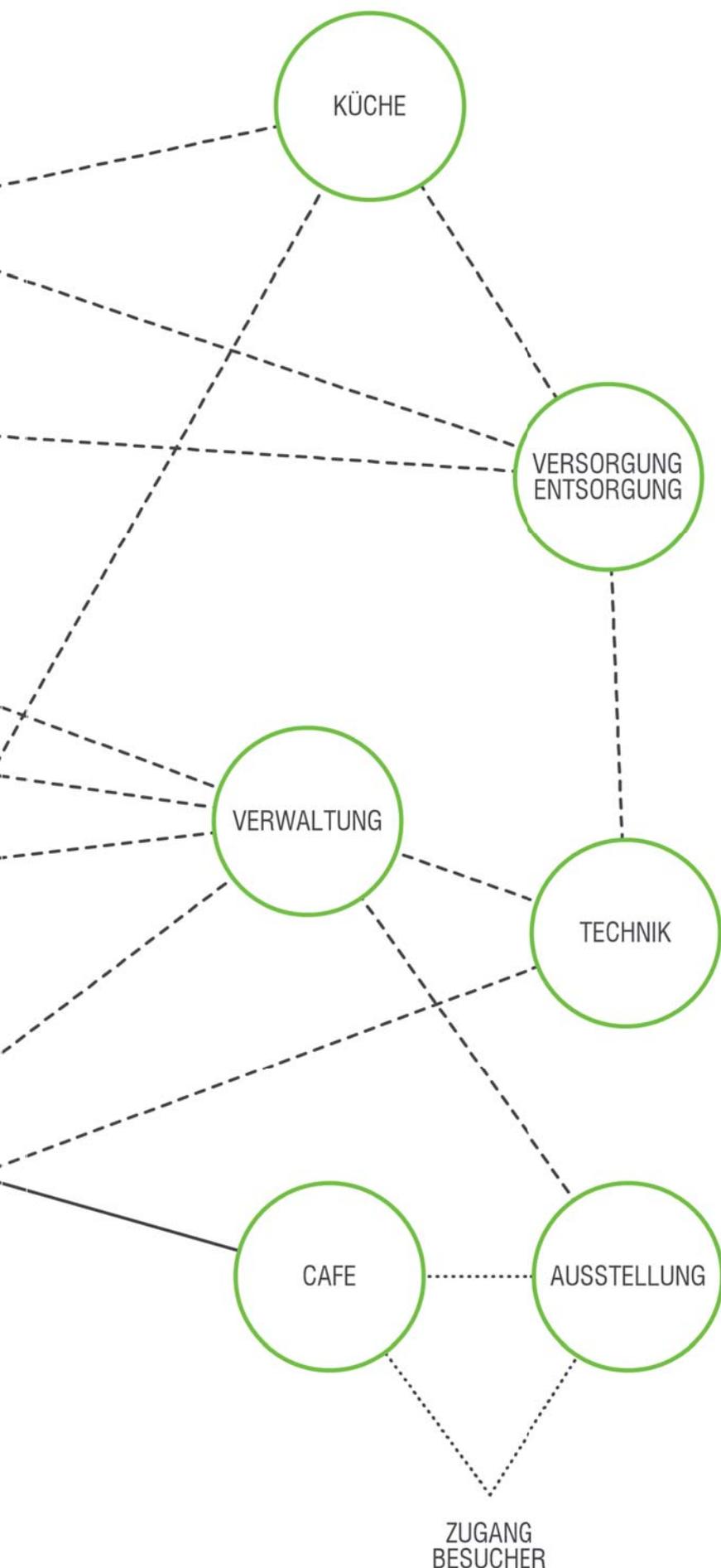


7. FREIRÄUME DEFINIEREN

8. FUNKTIONEN VERTEILEN

FORMENFINDUNG





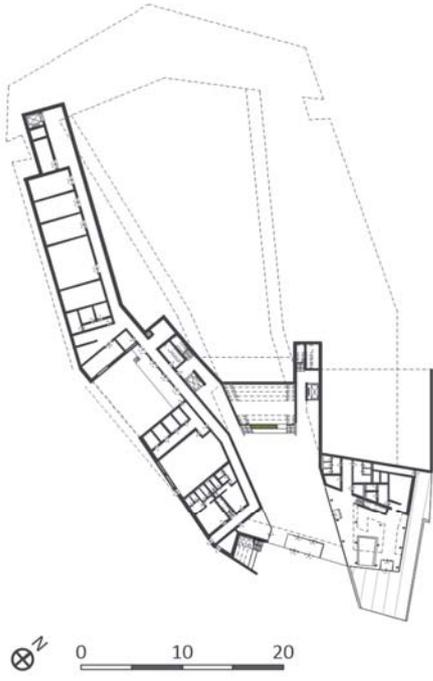
Die Erschließung des Klinikums unterscheidet drei grundsätzliche Personengruppen: einerseits die Patienten, die über das Foyer das Gebäude betreten, die Mitarbeiter, die durch die Umkleiden Zugang haben und die externen Besucher, die selbst in keiner Beziehung zu Patienten stehen. Diese können sich in der geschlossen wirkenden Einheit des Cafes und der Ausstellung aufhalten. Dies soll verhindern, dass Besucher zu stark in die Privatsphäre der Patienten eindringen können.

Die Patienten können sich innerhalb der Bereiche, die ihrer Therapie oder zu ihrem Aufenthalt dienen, frei bewegen. Diese wären auf der einen Seite die Bereiche für Sport-, und Gesprächstherapie sowie die Werkstätten und der Diagnosebereich, auf der anderen Seite die Patientenstationen sowie die Freibereiche. Vom Foyer aus können auch die Patienten zum Cafe gelangen.

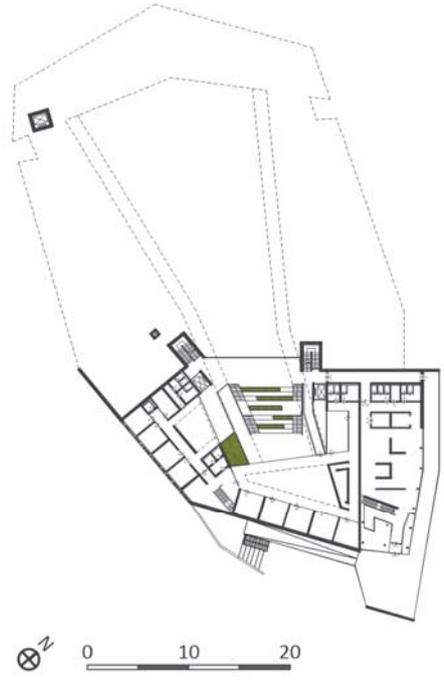
Das Personal muss Zugang zu allen Bereichen haben, wobei hier natürlich wieder die verschiedenen Mitarbeiterfunktionen unterschiedenen werden. So sind zwar alle Personalbereiche miteinander verbunden, aber in der Praxis werden Mitarbeiter kaum alle Wege nutzen müssen.

- PATIENTENWEGE
- PERSONALWEGE
- BESUCHERWEGE

8.4. Grundrisse



GRUNDRISS EG
(ZUGANG/CAFE/VERSORGUNG)



GRUNDRISS 1.OG
(VERWALTUNG/DIAGNOSE/AUSSTELLUNG)



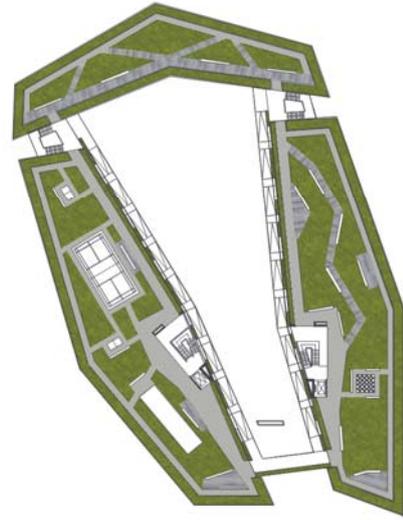
GRUNDRISS 2.OG
(STATION 1/STATION 2/INNENHOF)



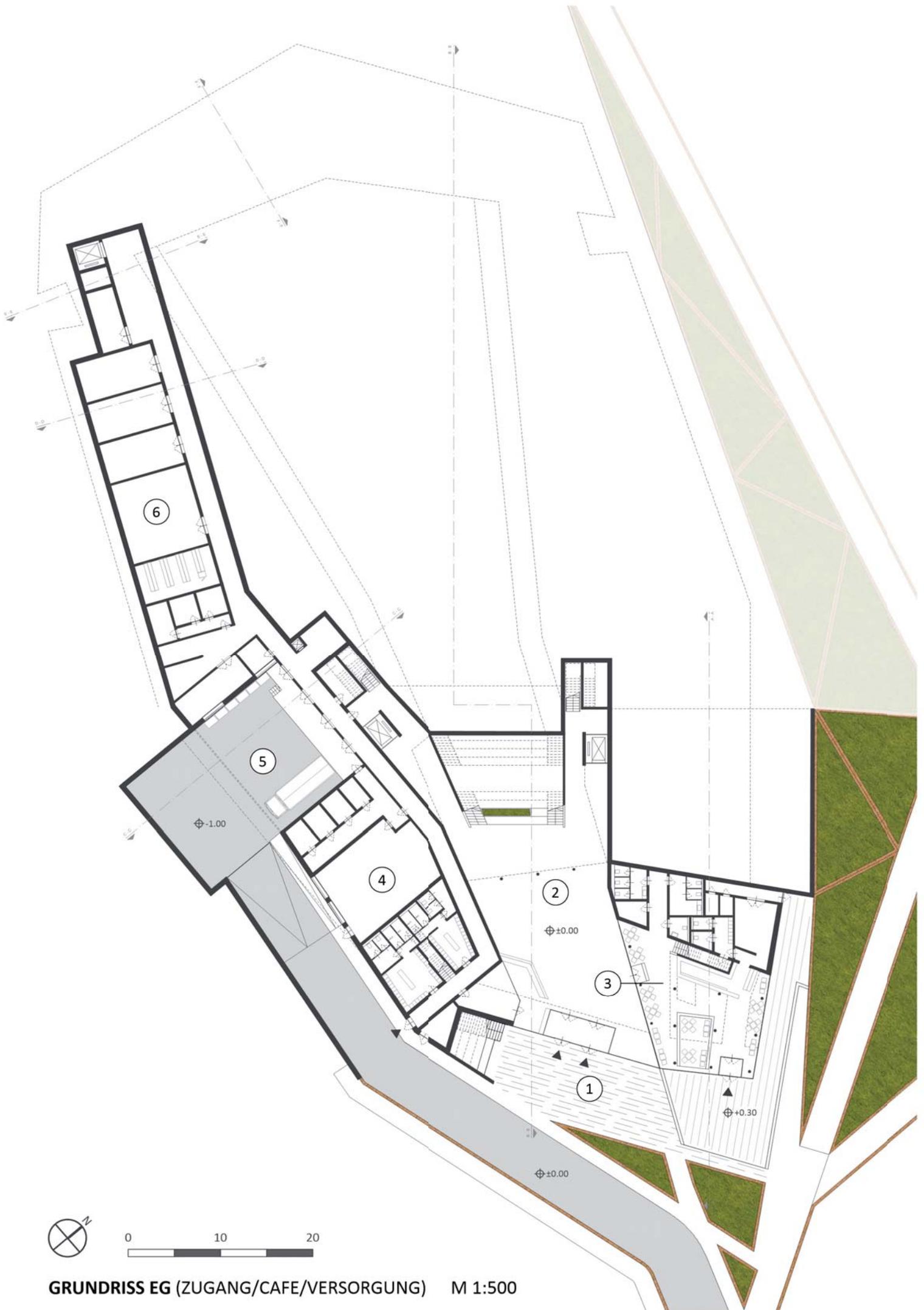
GRUNDRISS 3.OG
(STATION 3/STATION 4/WERKSTÄTTEN)



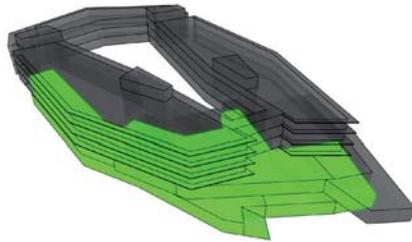
GRUNDRISS 4.OG
(STATION 5/STATION 6/THERAPIEBEREICH)



GRUNDRISS DG
(DACHGARTEN/GARTENTHERAPIE)



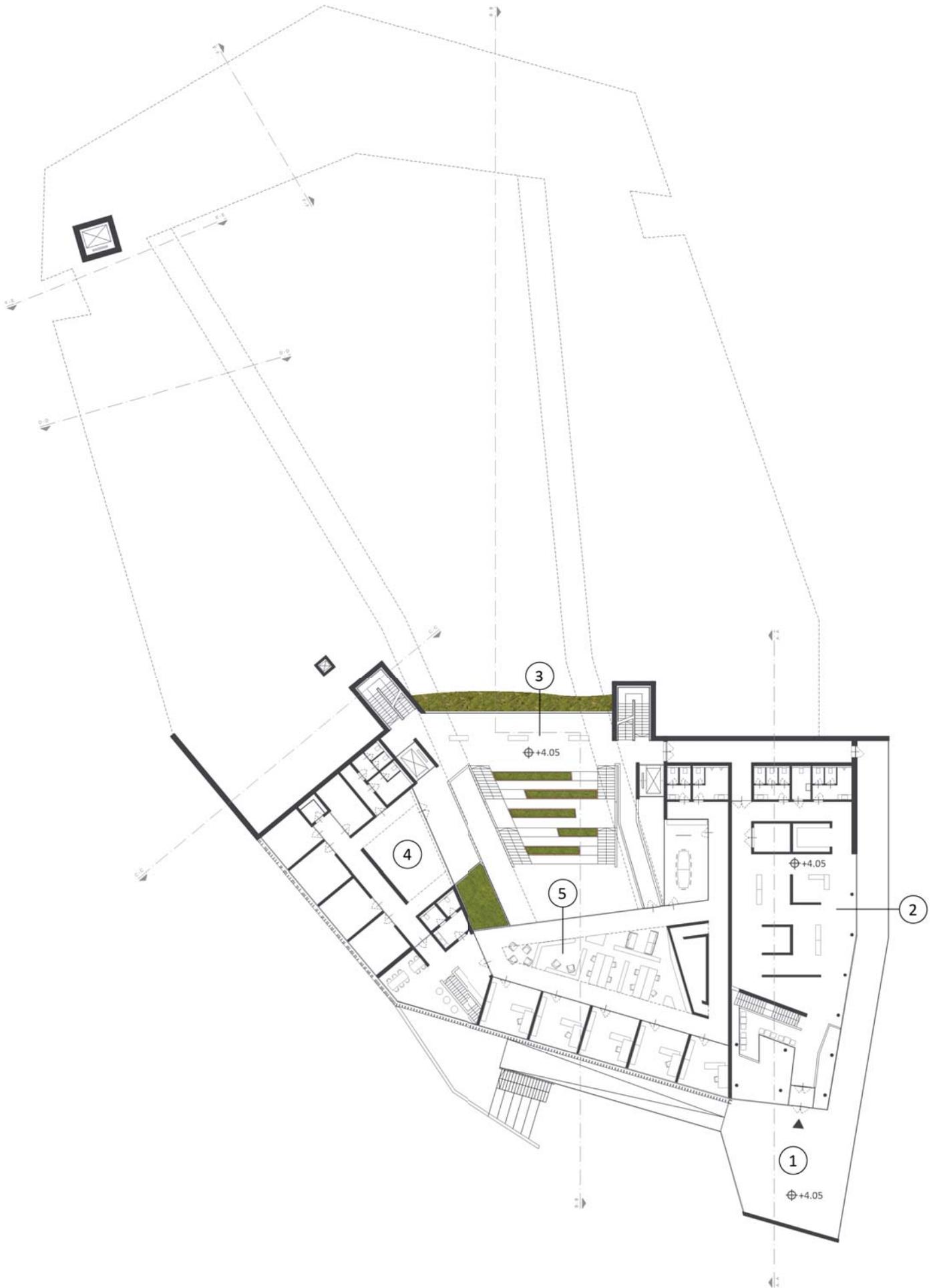
GRUNDRISS EG (ZUGANG/CAFE/VERSORGUNG) M 1:500



- 1 VORPLATZ
- 2 KLINIKFOYER
- 3 CAFE
- 4 KÜCHE UND PERSONALBEREICH
- 5 ANLIFERUNG/WIRTSCHAFTSHOF
- 6 TECHNIKBEREICH

Die Haupteinschließung, sowohl der Klinik, als auch des Cafés, findet über einen begrünten Vorplatz statt, zudem an den ein überdeckter außenliegender Sitzbereich des Cafés zur Ruhe und Entspannung einlädt. Der Vorplatz wird auf der, dem Cafe gegenüberliegende Seite von einer offenen Sitztreppe begrenzt, über die die Freiluftgalerie des 1. Obergeschosses erschlossen wird.

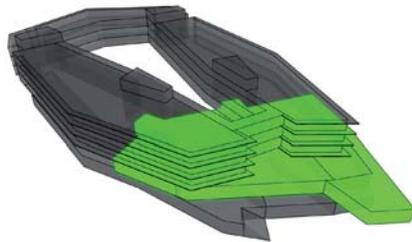
Die äußeren Konturen des Vorplatzes werden, von einer Glasfassade getrennt, von dem innenliegenden und weitläufigen Foyer übernommen und bis in den Hauptraum mit einer begrünten Freitreppe gezogen. Flankiert wird das Foyer zum einen von dem bereits erwähnten Cafe und den dazu gehörigen Nebenräumen. Ein weiterer Zugang zum Cafe über das Foyer verbindet die beiden Bereiche im Gebäudeinneren. Auf der anderen Seite des Foyers sind die Umkleide- und Versorgungsbereiche der Anlage, wie die Küche, Wäscherei und Lagerräume, sowie die Technikräume. Die Ver- und Entsorgung der Klinik findet über einem, dem Versorgungsbereich vorgelagerten, Wirtschaftshof statt.



0 10 20

GRUNDRISS 1.OG (VERWALTUNG/DIAGNOSE/AUSSTELLUNG)

M 1:500



- 1 FREILUFTGALLERIE
- 2 KUNSTAUSSTELLUNG
- 3 PANORAMAGALLERIE
- 4 DIAGNOSE
- 5 VERWALTUNG

Das 1. Obergeschoss ist durch drei unterschiedliche Nutzungen definiert. Das im Erdgeschoss situierte Cafe wird mit einer Gallerie im 1. Obergeschoss ergänzt. Ein zweiter Zugang von der Freiluftgallerie ermöglicht eine direkte Erschließung der Cafegallerie, sowie eine nahtlos daran anschließende Ausstellung, in der die Arbeiten der Patienten ausgestellt und betrachtet werden können.

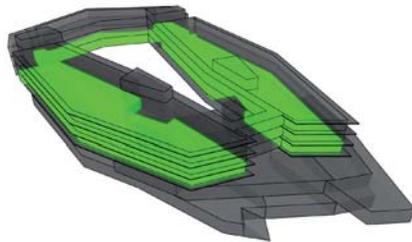
Über das Foyer und die begrünte Freitreppe erreicht der Besucher die Panoramagallerie. Ein, über die ganze Breite der Gallerie reichendes, Fenster gibt den Blick in den Innenhof frei und verbindet, mit der begrünten Freitreppe, den Außenraum mit dem Innenhof und führt den natürlichen Geländeverlauf spürbar fort.

Linkerhand des Foyers ist der Aufnahme- und Diagnosebereich der Klinik situiert. Den Raum zwischen dem Diagnosebereich und der Ausstellungszone füllt in Form eines „Brückenschlages“ über das Foyer, der Verwaltungsbereich, der sowohl von der Vorplatz- als auch von der Foyerseite mit natürlichem Licht versorgt wird.



GRUNDRISS 2.OG (STATION 1/STATION 2/INNENHOF)

M 1:500



- 1 STATION 1 (TAGESSTATION)
- 2 STATION 2
- 3 INNENHOF
- 4 SPORT- UND FITNESSBEREICH
- 5 BRÜCKE/RAMPE

Das 2. Obergeschoss ist das erste von drei Vollgeschossen, welche dem Patienten gewidmet ist. Dabei bilden sich drei Baukörper aus, von denen zwei die Stationen aufnehmen und der dritte, quer zu den Stationen orientierte, die Therapiebereiche aufnimmt.

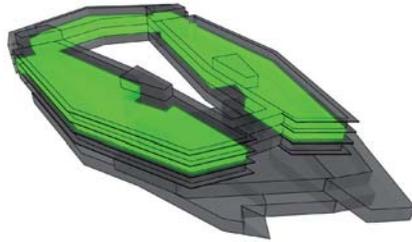
Die Station 1 fungiert, anders als die anderen fünf Stationen, als Tagesstation und bietet insgesamt 12 Tagespatienten Platz. Die Station 2 ist die erste Vollstation. In dieser stehen 24 Betten, auf 12 Doppelzimmer verteilt, sowie Rückzugs-, Aufenthalts- und Speisebereiche für die Patienten zur Verfügung. Der Innenhof bildet das „grüne Herz“ der Anlage und steht sowohl den Patienten als auch dem Personal zur Verfügung. Ein Sport- und Fitnessbereich im Anschluss an die Tagesstation vervollständigt die Funktionen des 2. Obergeschosses.

Ein Brücke am Kopf der beiden Stationsbaukörper verbindet diese miteinander und dient zeitgleich als Ausgangspunkt der Rampenanlage, welche sich auf der Hofseite der Stationen in die Höhe entwickelt.



GRUNDRISS 3.OG (STATION 3/STATION 4/WERKSTÄTTEN)

M 1:500



- 1 STATION 3
- 2 STATION 4
- 3 WERKSTÄTTEN
- 4 BRÜCKE/RAMPE

Das 3. Obergeschoss führt die Funktionen des 2. Obergeschosses fort, erweitert sie aber um die erste Therapieebene im Quertrakt.

Die Stationen 3 und 4 bieten jeweils 24 Betten auf 12 Doppelzimmer verteilt. Wie bereits die Station 2 im 2. Obergeschoss bieten auch die Stationen 3 und 4 Bereiche für Kommunikation, Rückzug und Erholung.

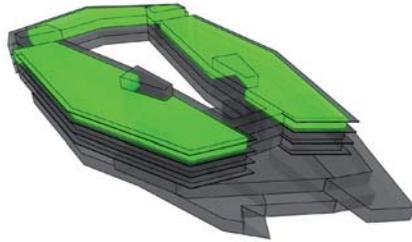
Die erste von zwei Therapieebenen beherbergt hauptsächlich solche Therapieräume, welche eine aktive Nutzung ermöglichen. Namentlich sind hier etwa Werkstatträume, Ergotherapieräume und ein Musiktherapieraum untergebracht.

Wie bereits im 2. Obergeschoss verbindet ein Brücke die beiden Stationen an der Kopfseite. Über die Rampenanlage ist eine ebeneübergreifende Bewegung möglich.



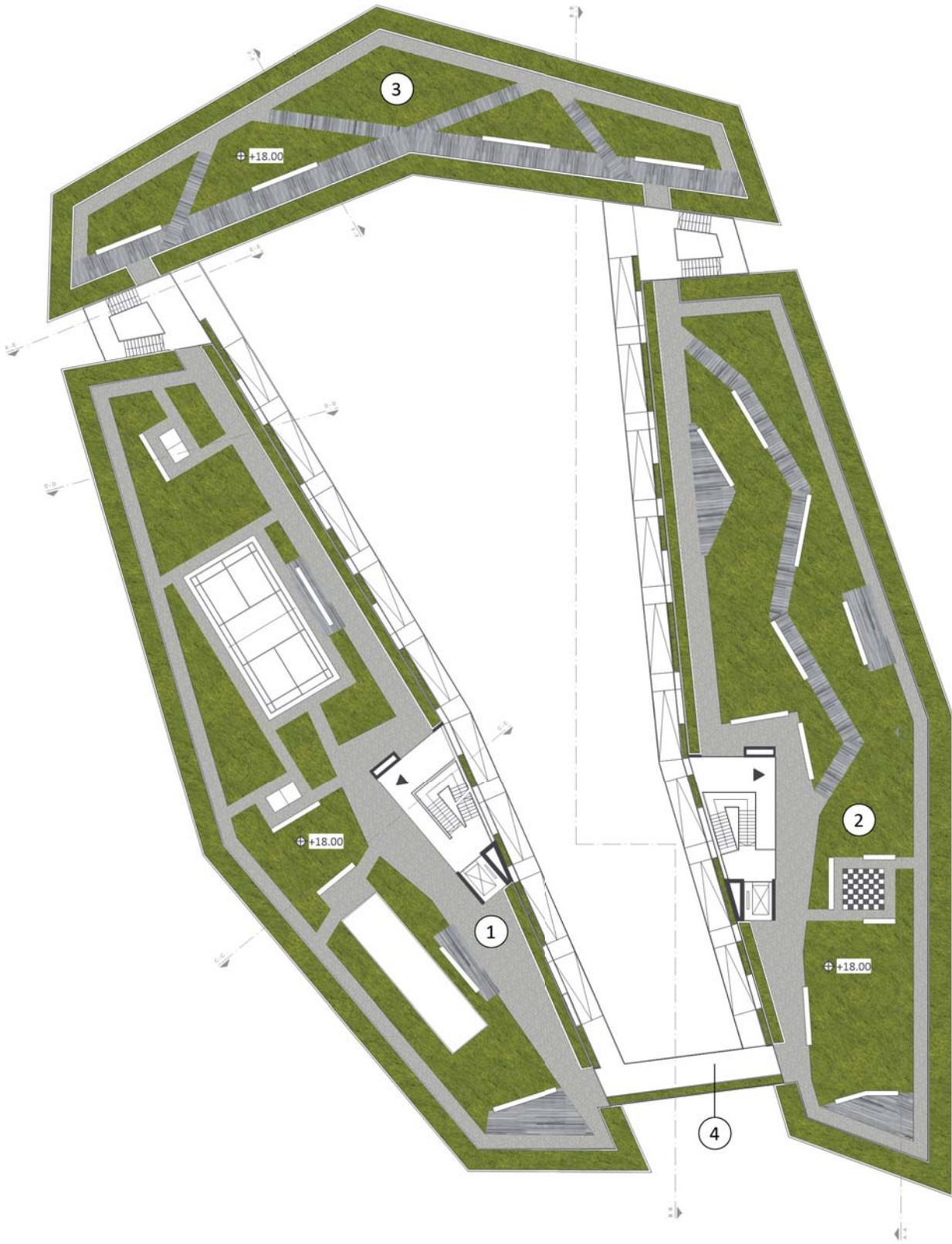
GRUNDRISS 4.OG (STATION 5/STATION 6/THERAPIEBEREICH)

M 1:500

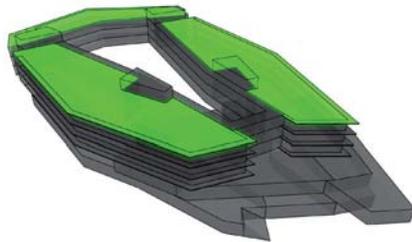


- 1 STATION 5
- 2 STATION 6
- 3 THERAPIEBEREICH
- 4 BRÜCKE/RAMPE

Das 4. und letzte Vollgeschoss ist, mit Ausnahme der Therapiezone, identisch dem 3. Obergeschoss. Anders als im Therapiebereich eine Ebene tiefer, widmet sich die zweite Therapieebene den Gesprächstherapien. Hierfür stehen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapieräume zu Verfügung. Über eine zentral im Therapietrakt positionierte Treppe werden die beiden Therapiezonen zusammengeführt.



GRUNDRISS DG (DACHGARTEN/GARTENTHERAPIE) M 1:500



- 1 AKTIV BEREICH
- 2 RUHEBEREICH
- 3 GARTENTHERAPIEBEREICH
- 4 BRÜCKE/RAMPE

Der Dachgarten übernimmt die Dreiteilung der darunter liegenden Ebenen und weist jedem der drei Bereiche eine eigenen Nutzung zu. So gibt es auf den Stationsdächern eine aktive und passive Zone. Auf der aktiven Seite sind Möglichkeiten der aktiven Freizeitnutzung vorgesehen, wie etwa ein Badmintonfeld, eine Boulebahn, sowie Tischtennisplatten. Die passive Seite bietet mehrere Möglichkeiten der Entspannung und der Ruhe, desweiteren ist ein Schachfeld vorhanden. Auf dem Dach des Therapietraktes wird die therapeutische Nutzung der darunterliegenden Ebenen aufgenommen und ein Bereich für gartentherapeutische Maßnahmen geschaffen.

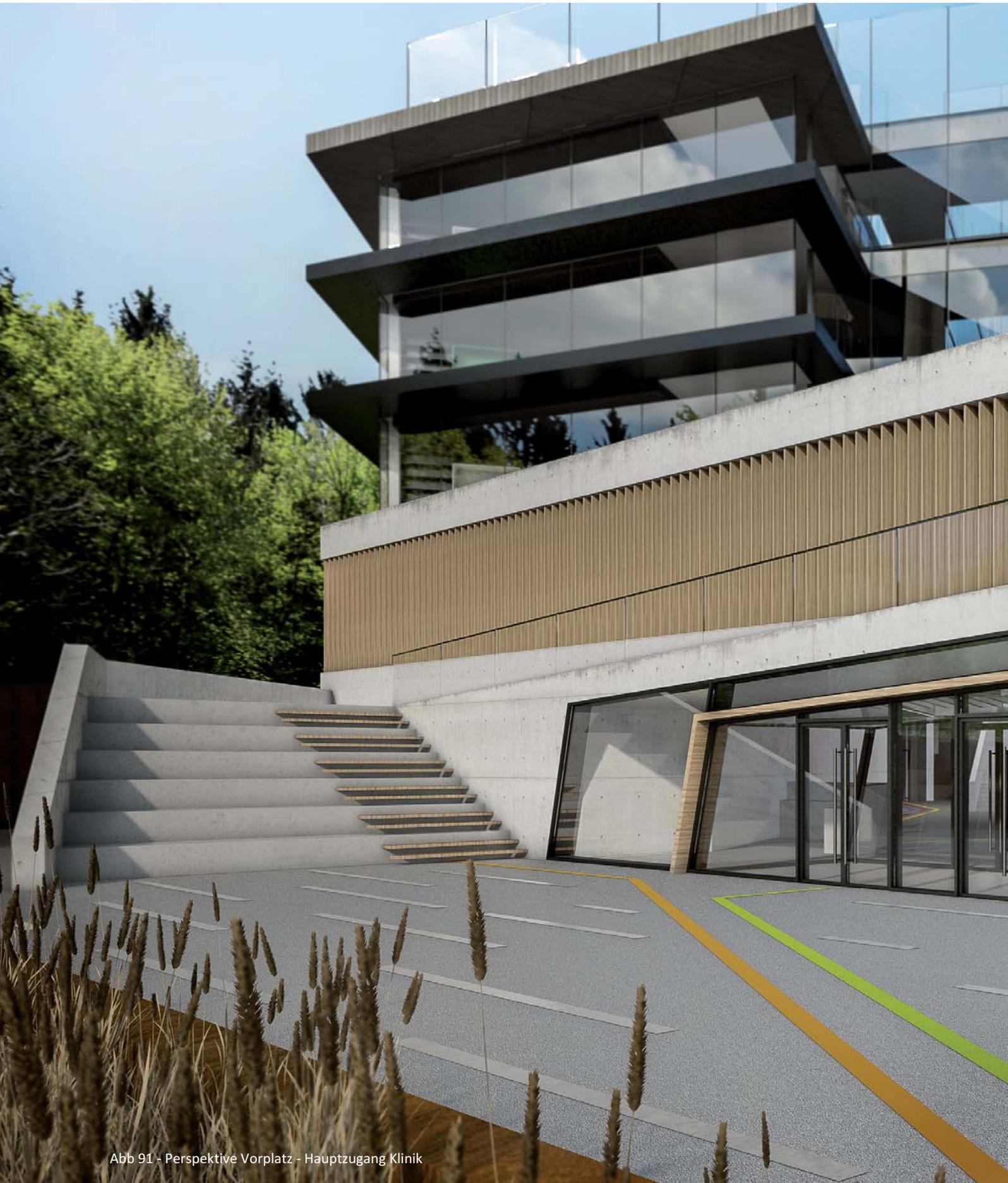
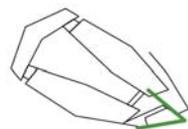


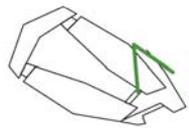
Abb 91 - Perspektive Vorplatz - Hauptzugang Klinik

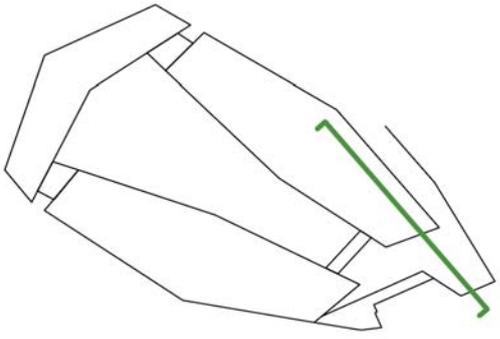


8.5. Schnitte

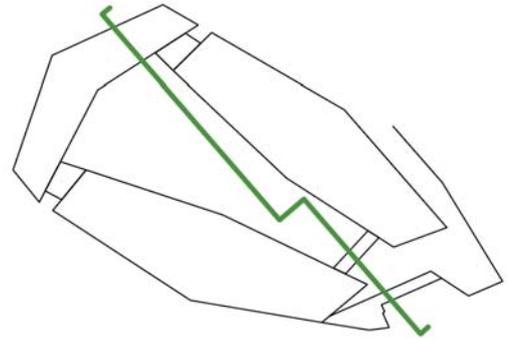


Abb 92 - Perspektive Fassade

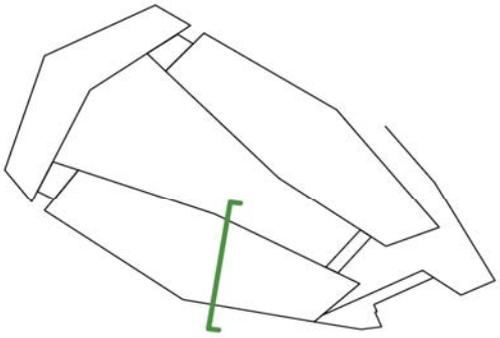




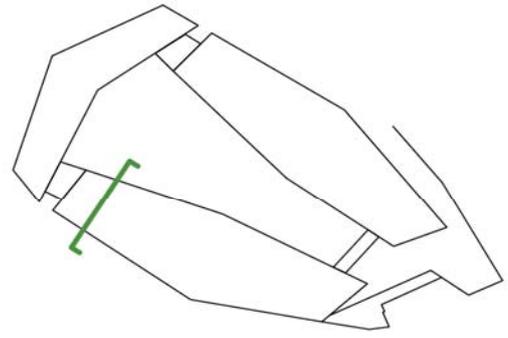
SCHNITT A-A
(CAFE/AUSSTELLUNG/STATION)



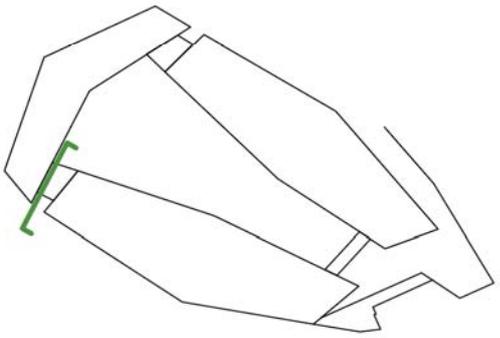
SCHNITT B-B
(FOYER/VERWALTUNG/INNENHOF)



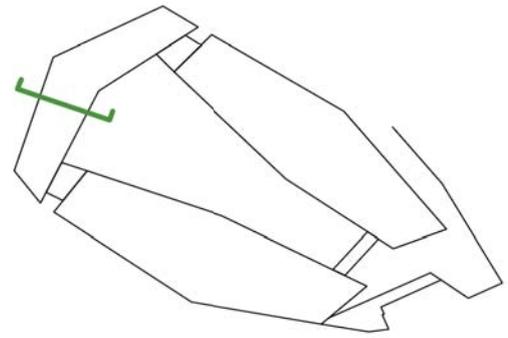
SCHNITT C-C
(VERSORGUNG/STATION)



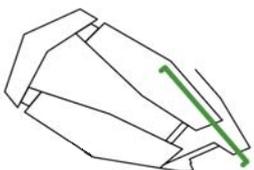
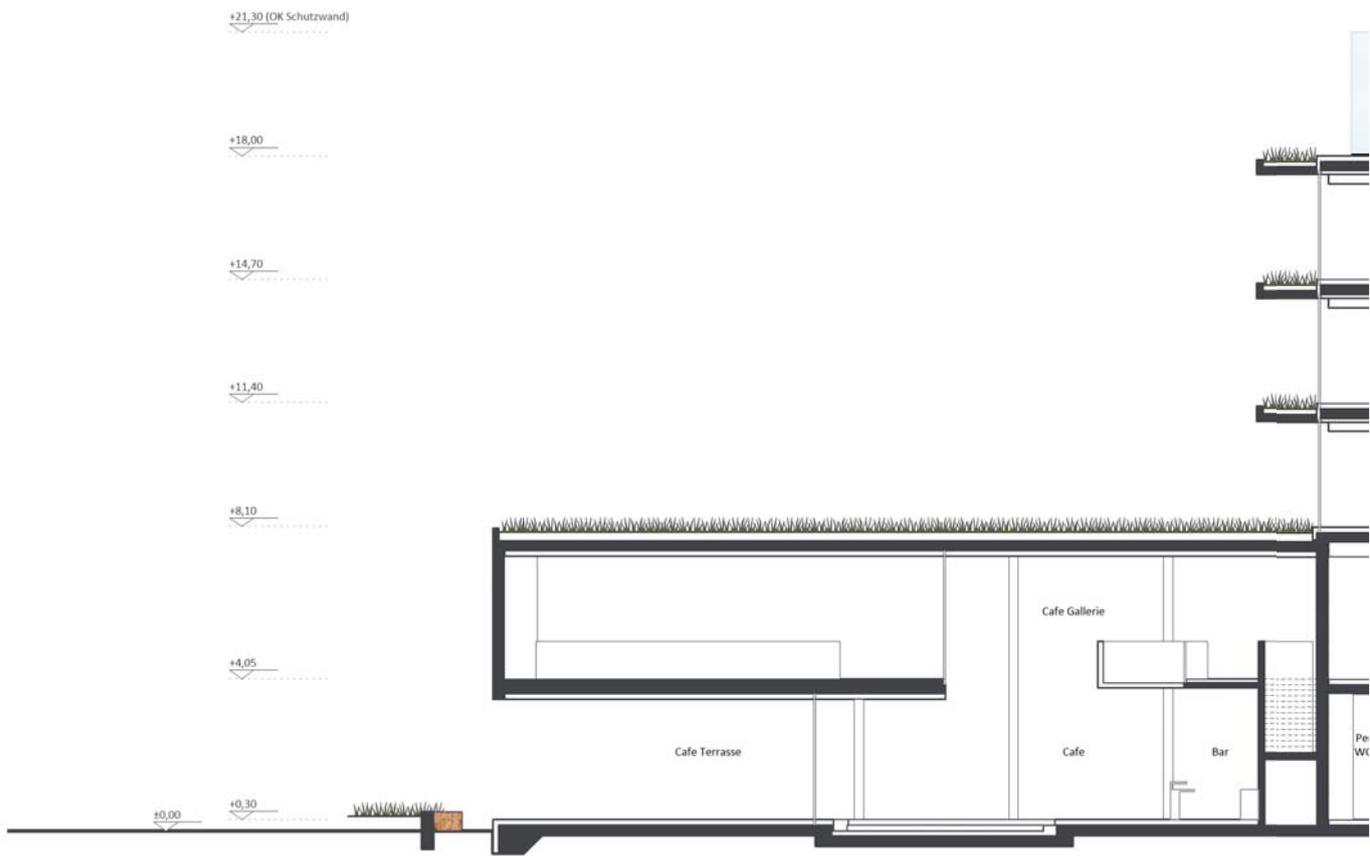
SCHNITT D-D
(TECHNIK/STATION)



SCHNITT E-E
(TREPPENHAUS)

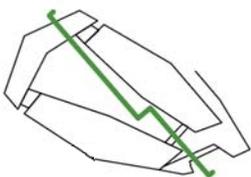
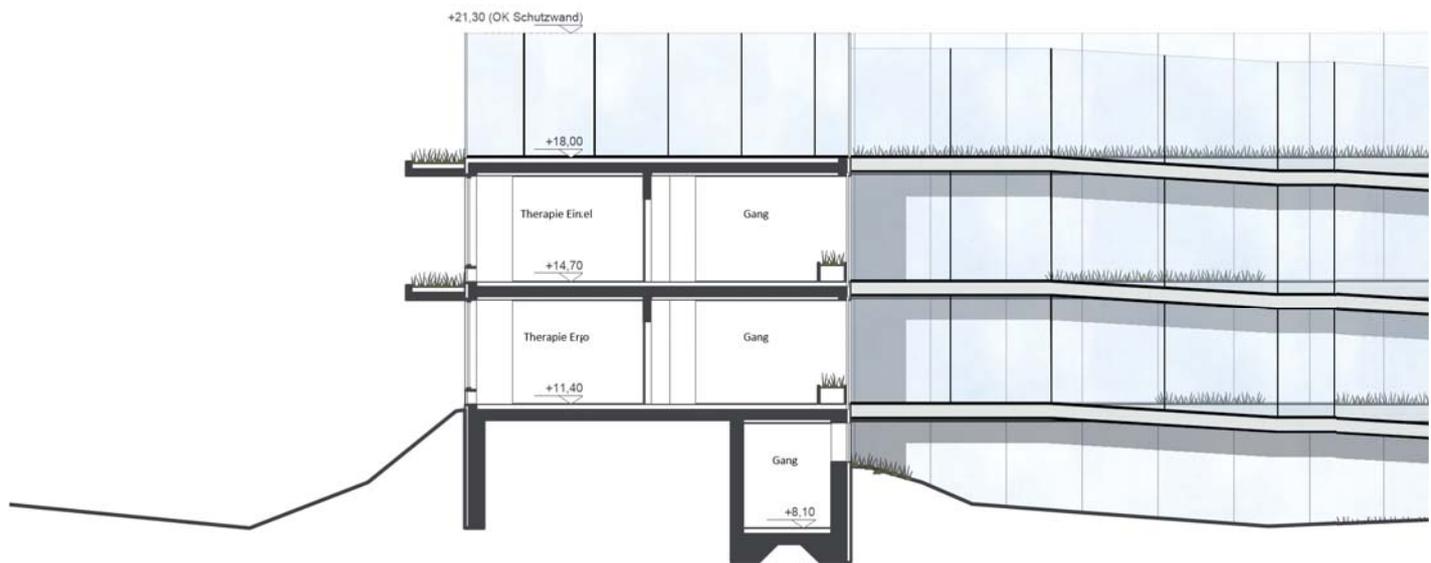


SCHNITT F-F
(THERAPIE)



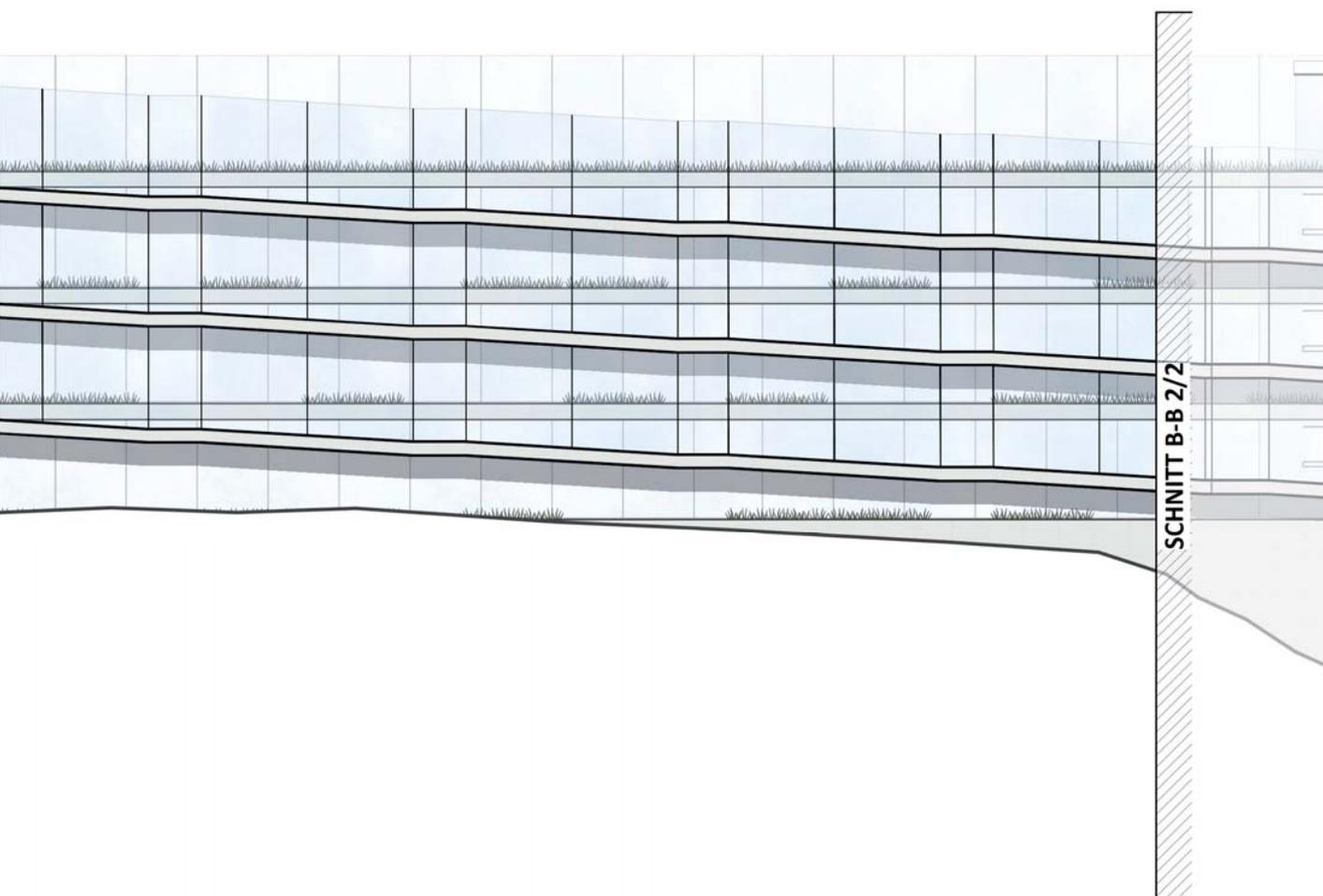
SCHNITT A-A M 1:200

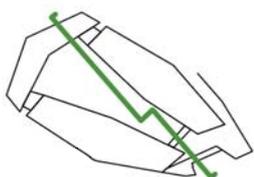
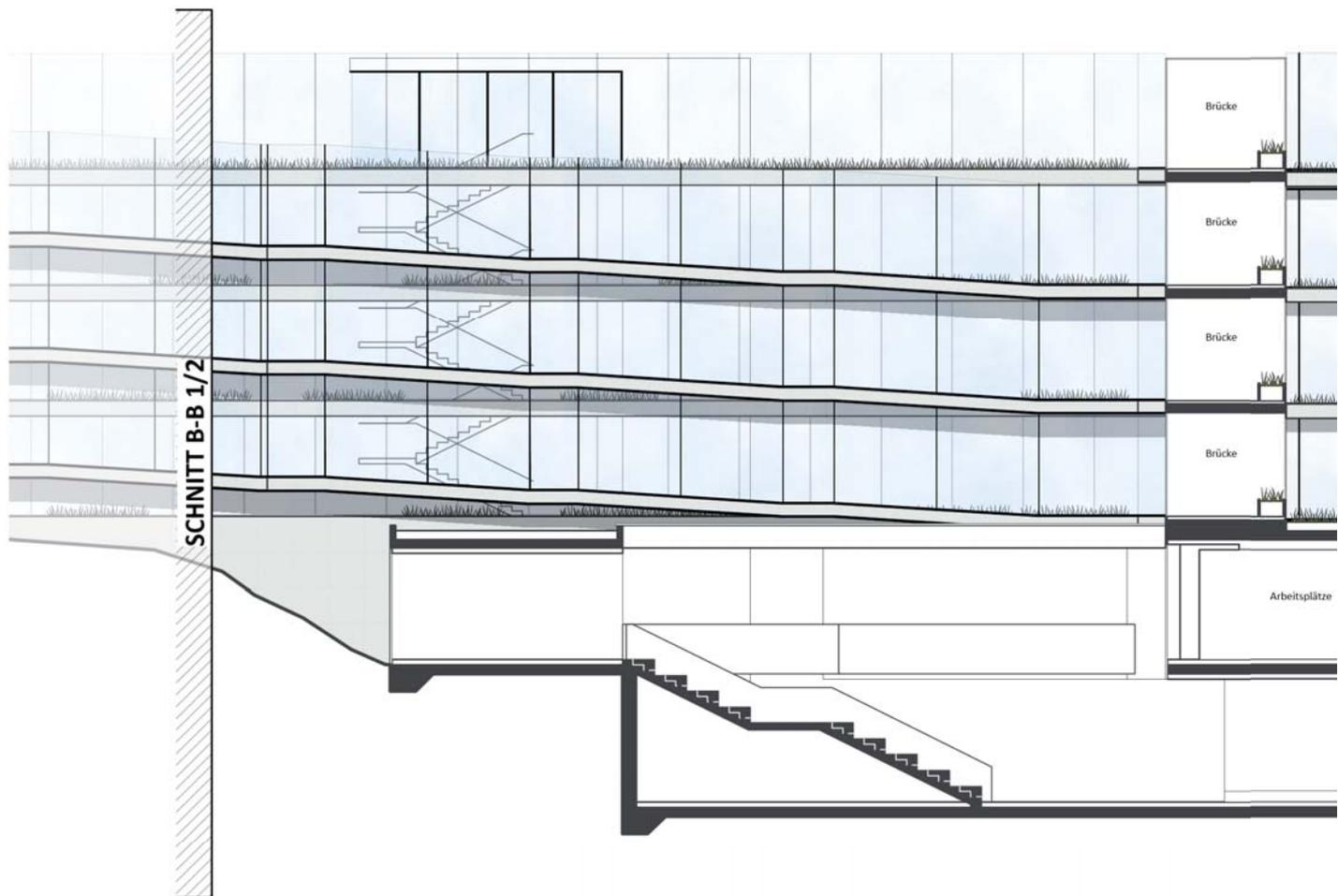




SCHNITT B-B 1/2

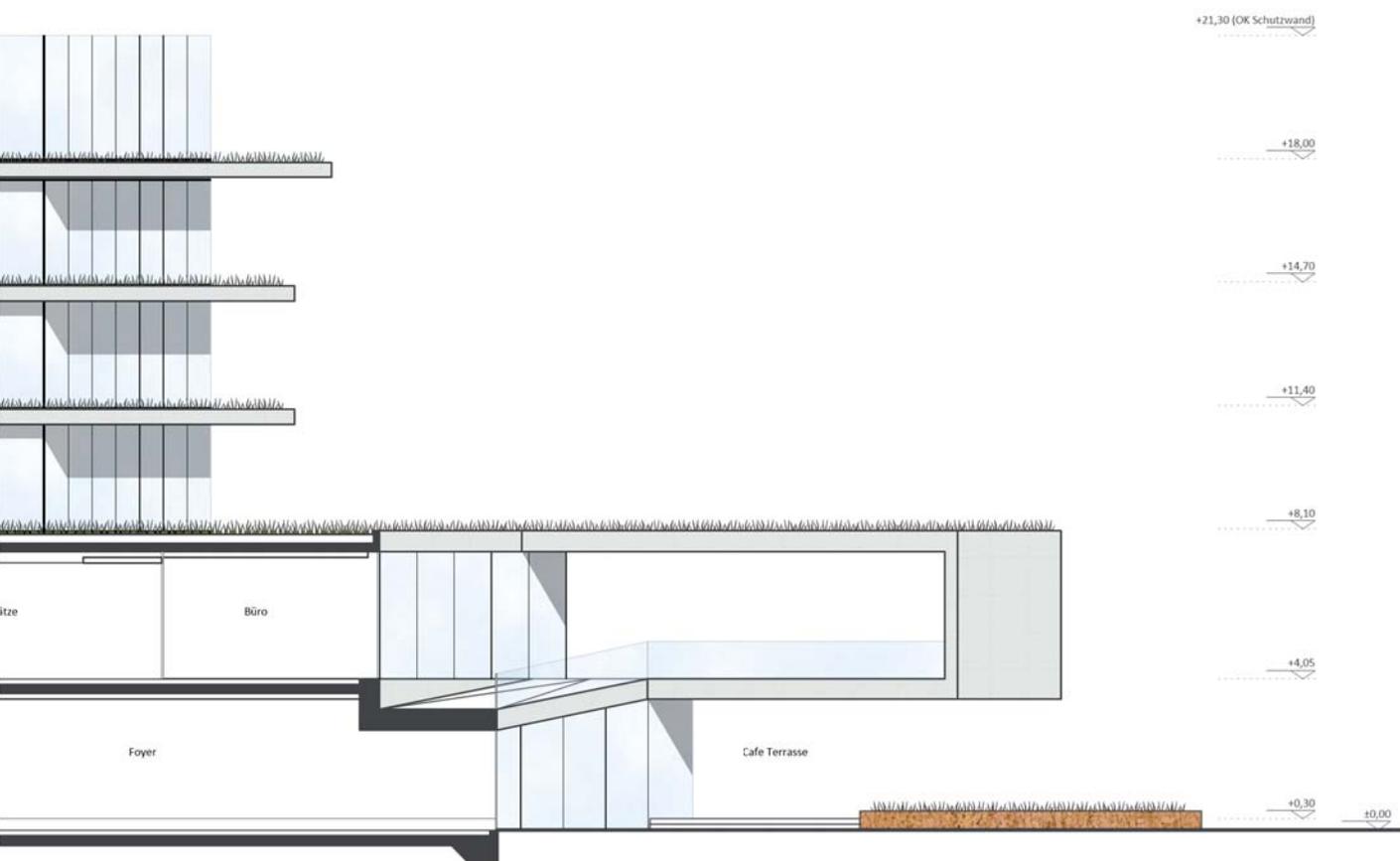
M 1:200

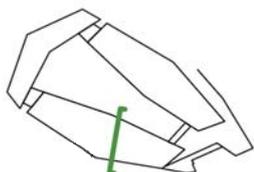
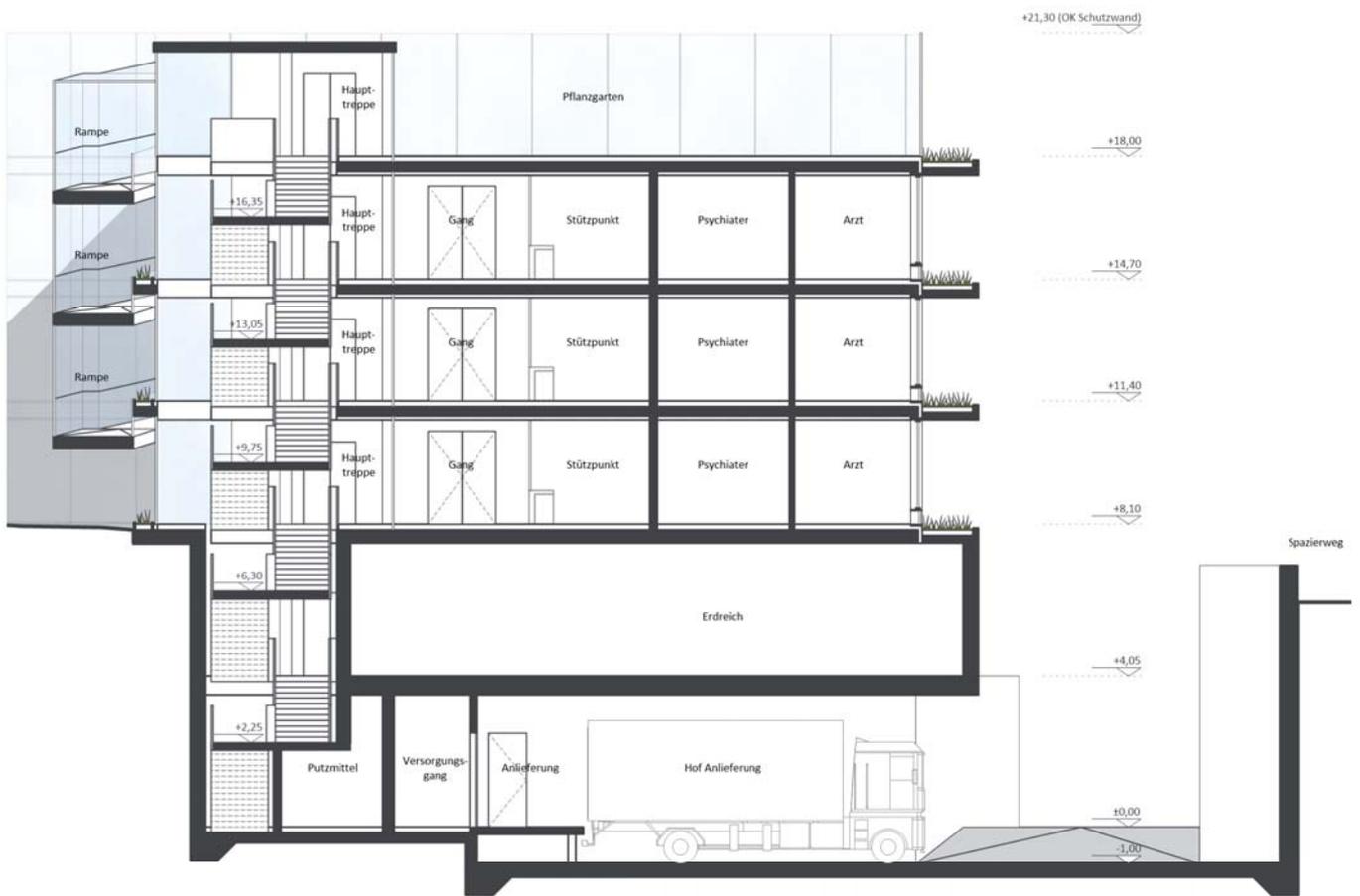




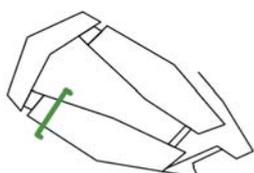
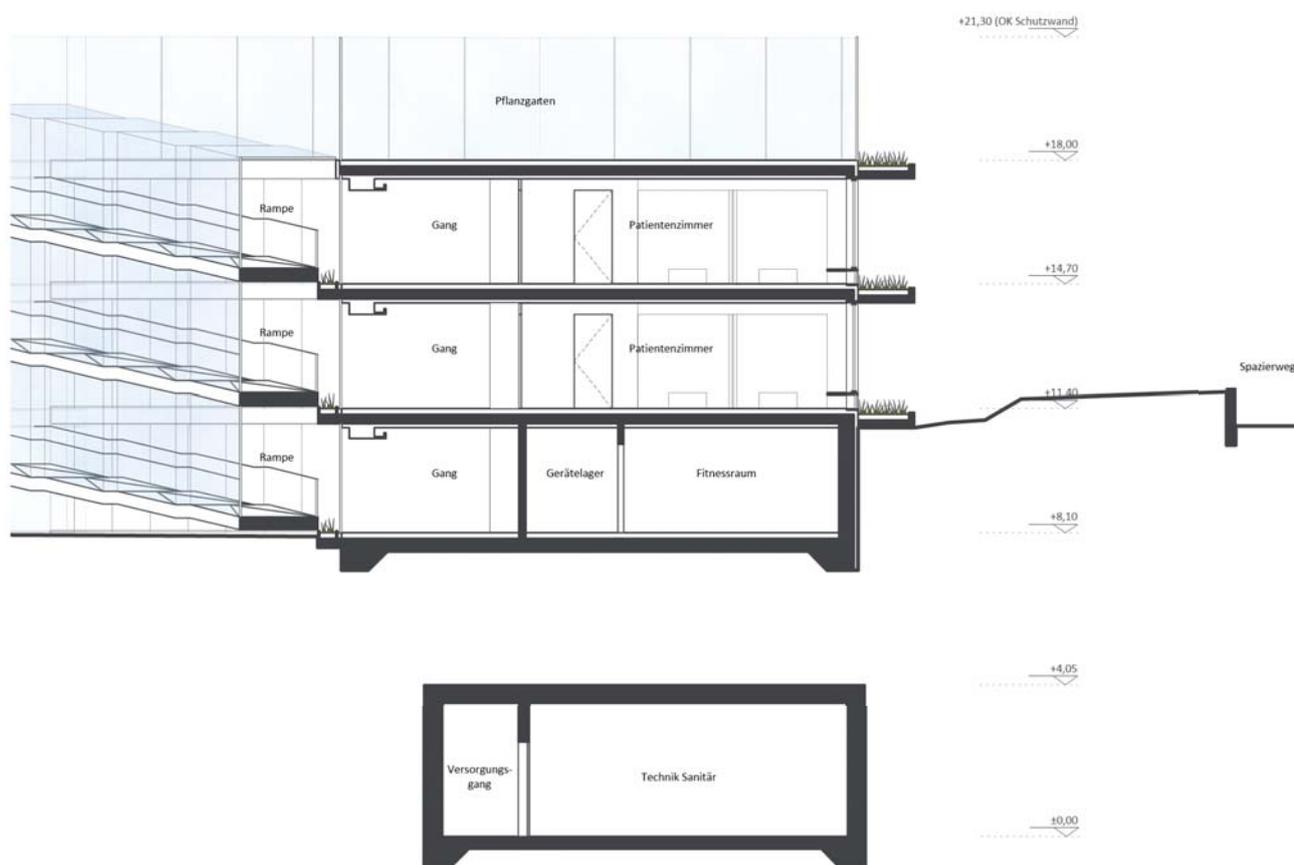
SCHNITT B-B 2/2

M 1:200

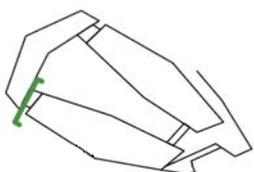
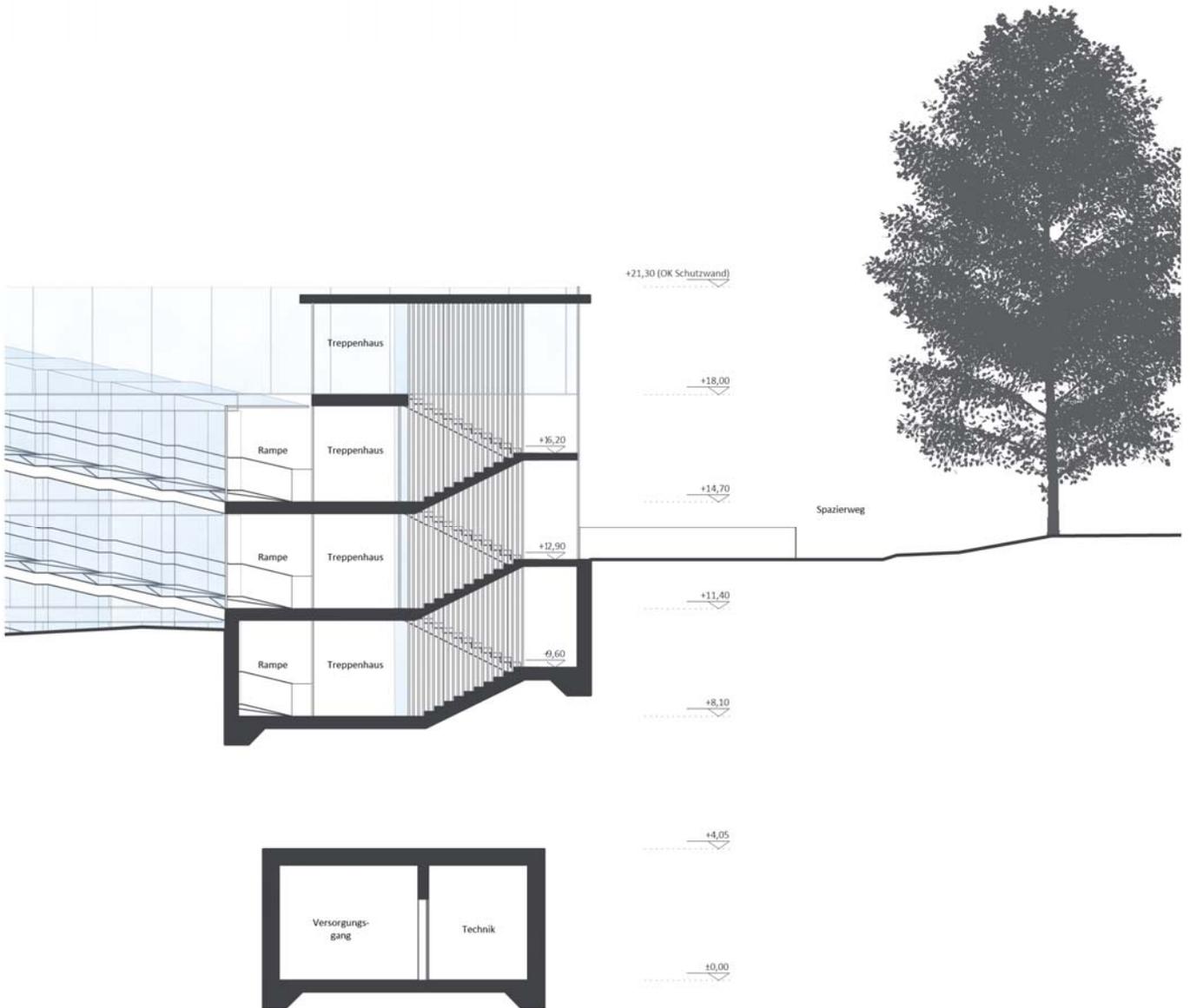




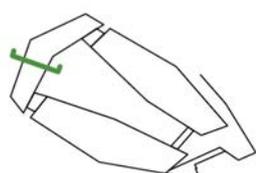
SCHNITT C-C M 1:200



SCHNITT D-D M 1:200

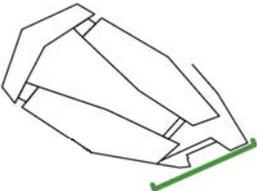


SCHNITT E-E M 1:200



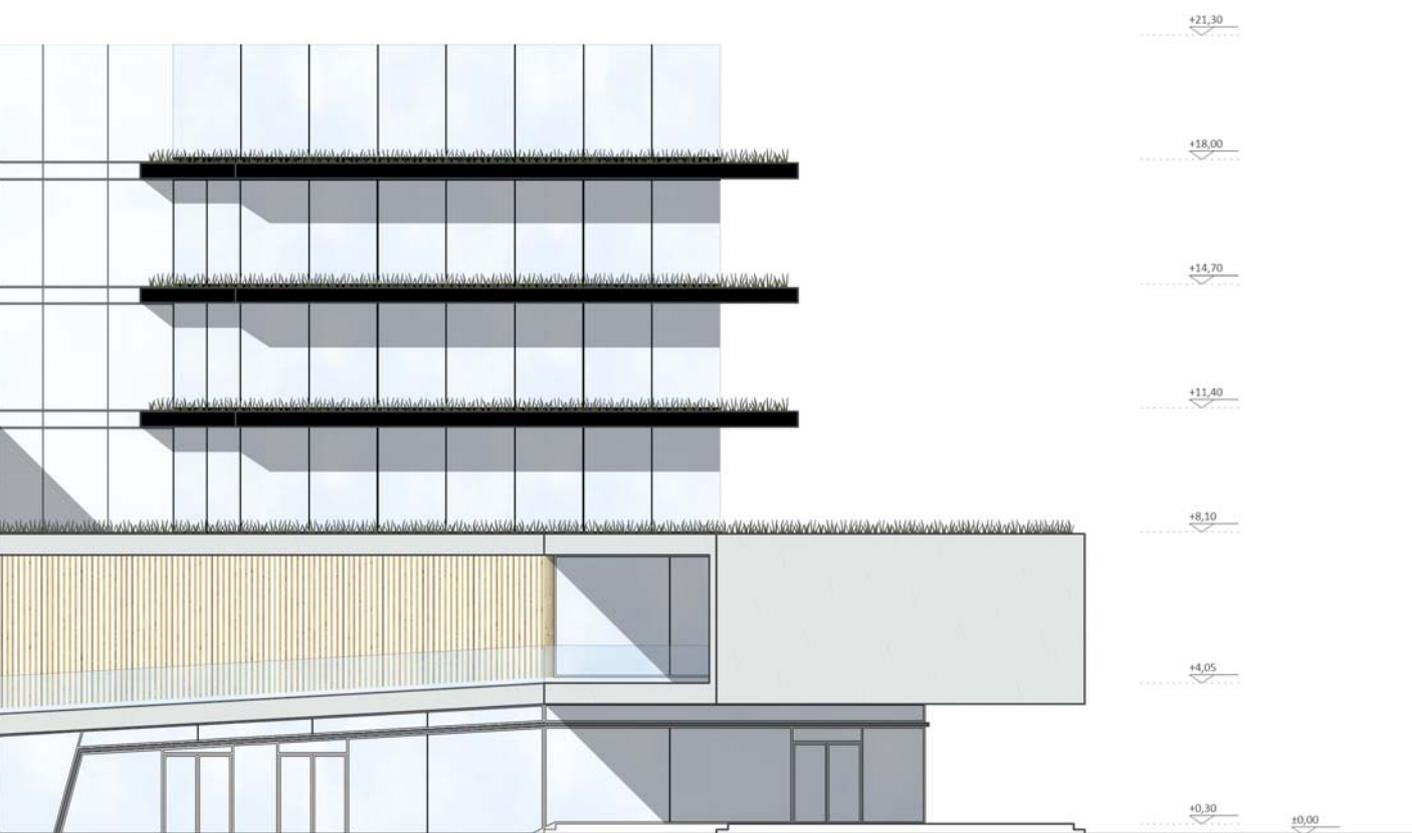
SCHNITT F-F M 1:200

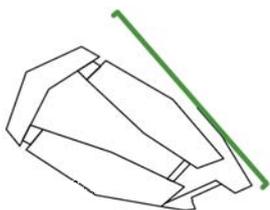
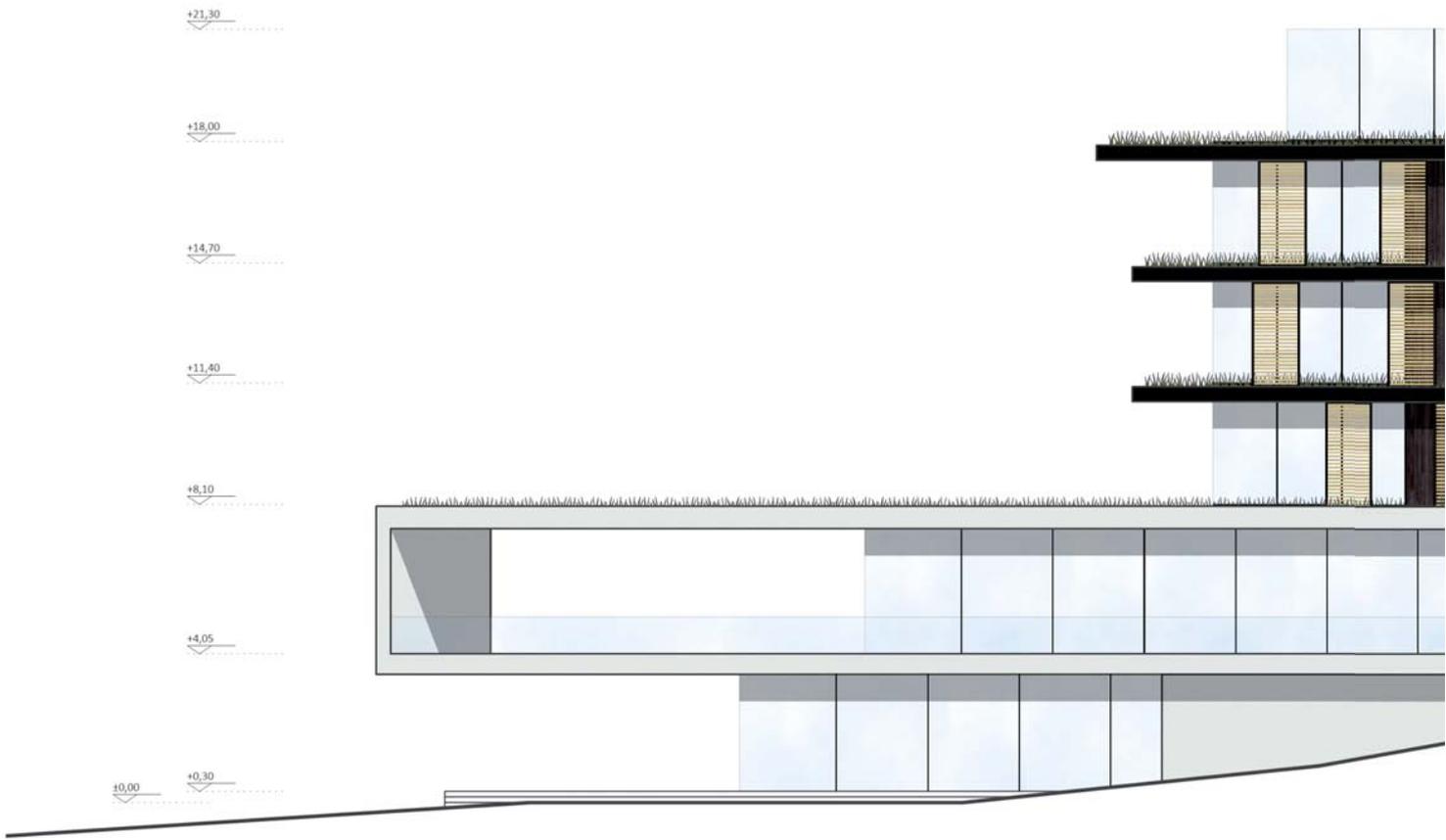
8.6. Ansichten



ANSICHT 01 (SÜD/OST)

M 1:200

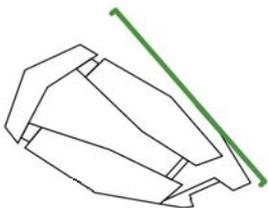




ANSICHT 02 (NORD/OST) 1/2

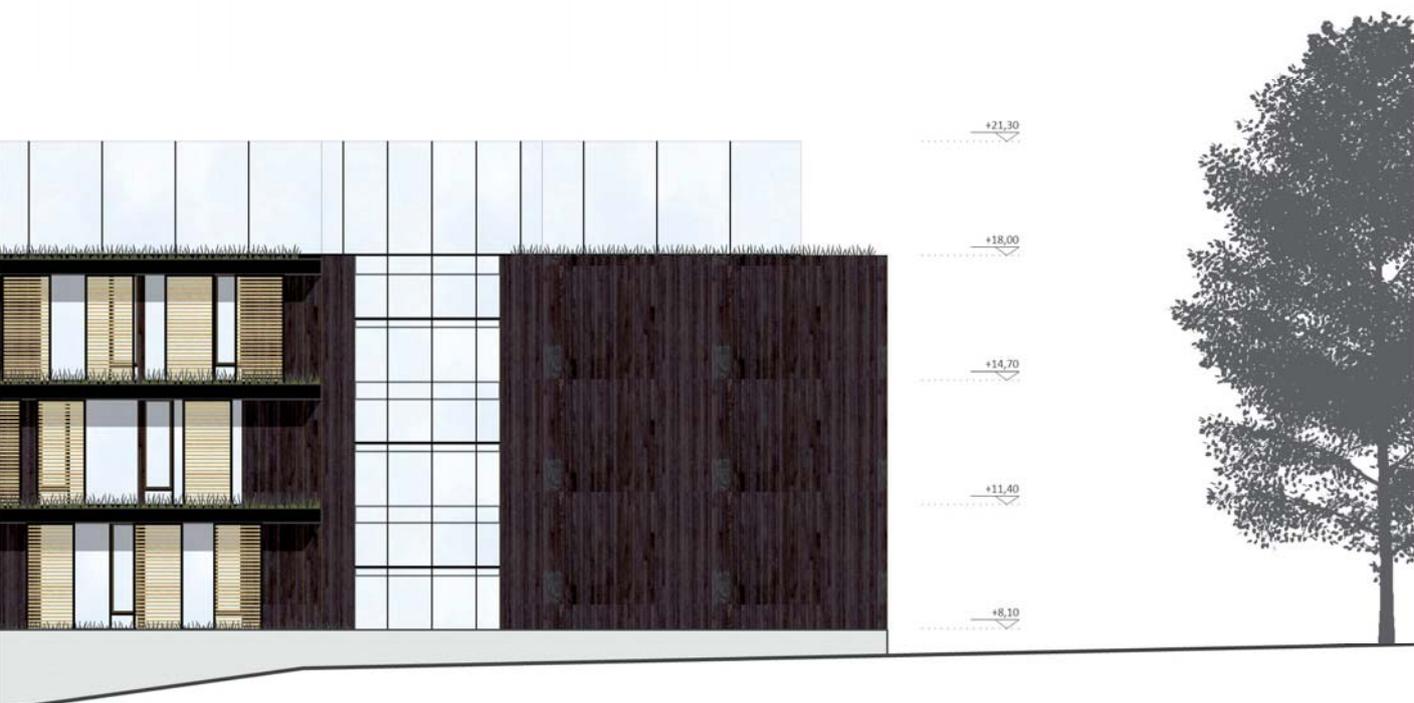
M 1:200





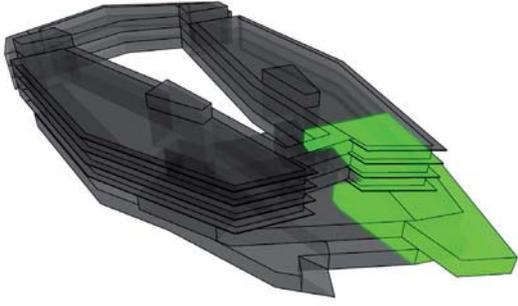
ANSICHT 02 (NORD/OST) 2/2

M 1:200

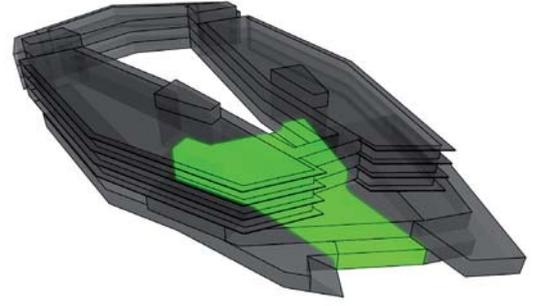


8.7. Bereichsausschnitte

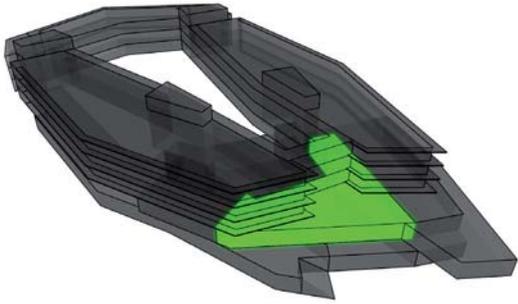
Nachfolgend werden die wichtigsten Bereiche des Entwurf heraus gezogen, um diese näher vorzustellen und ihre Funktionen und Besonderheiten, sowohl im Grundriss, als auch in 3D-Darstellungen hervor zu heben. Dafür wurden sowohl Bereiche der Patienten, aber auch der Angestellten und der Besucher ausgewählt, wobei das Hauptaugenmerk sicherlich bei den Patienten liegt.



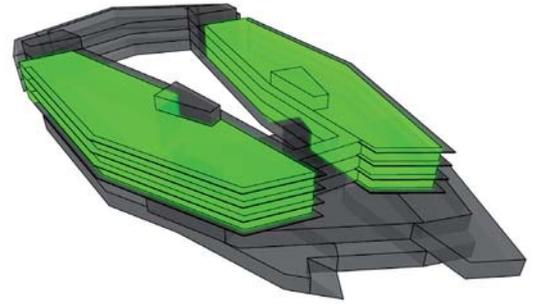
CAFE UND AUSSTELLUNG
(BESUCHER/PATIENTEN/PERSONAL)



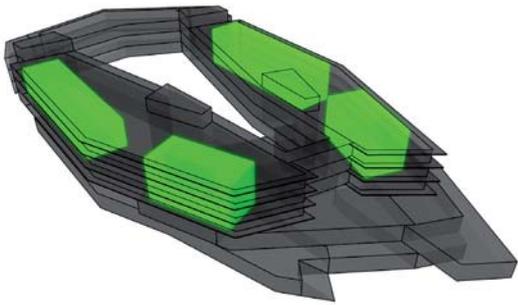
FOYER
(PATIENTEN/BESUCHER/PERSONAL)



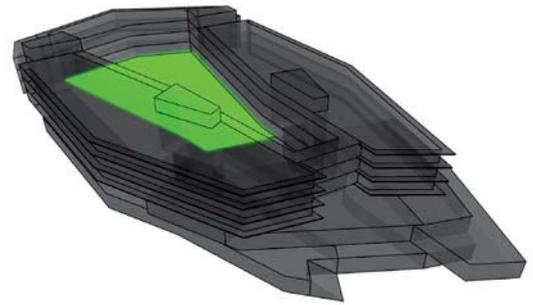
VERWALTUNG
(PERSONAL)



STATION
(PATIENT/PERSONAL)



PATIENTENZIMMER
(PATIENT)

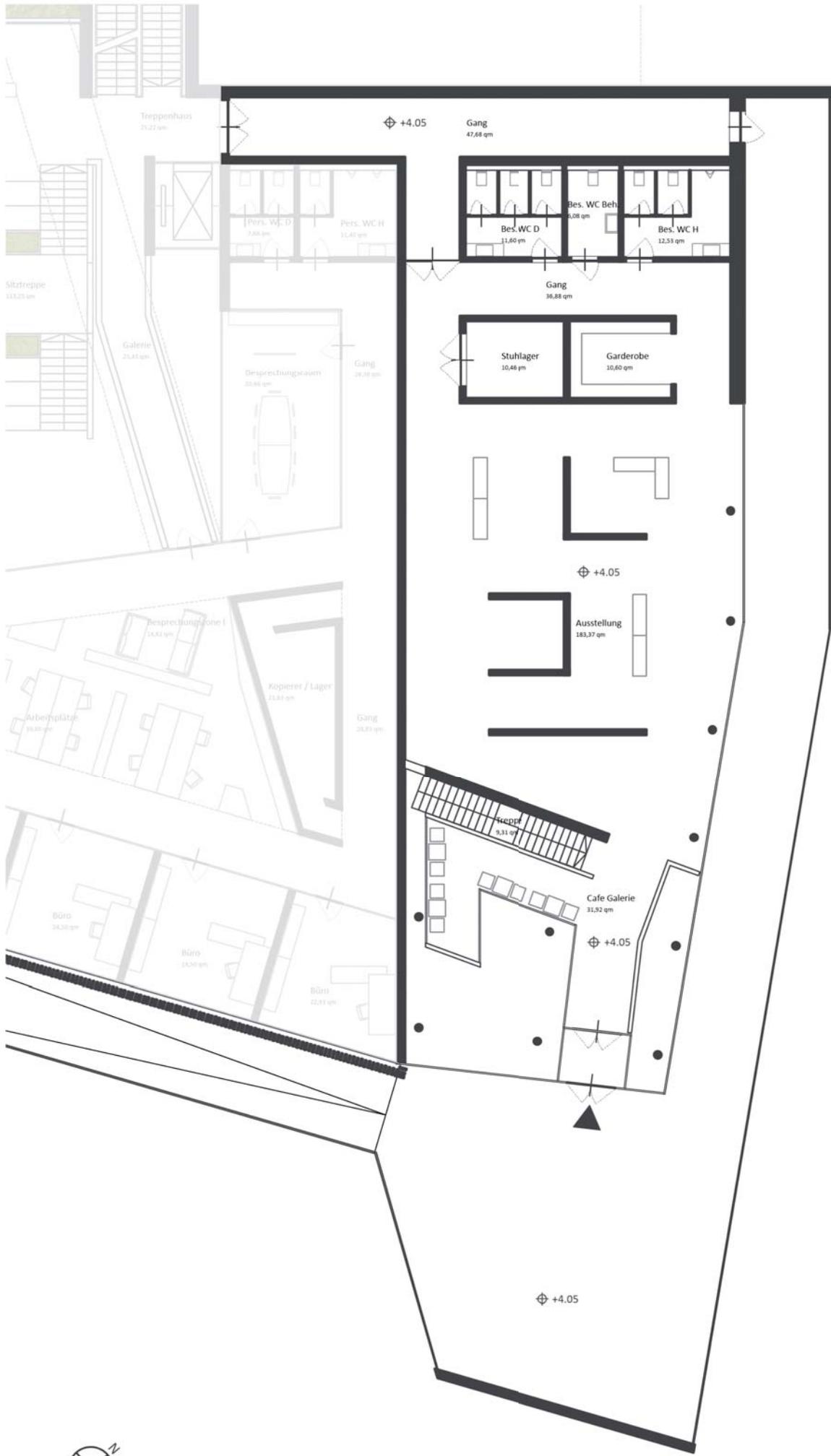


INNENHOF
(PATIENT/PERSONAL)



GRUNDRISS EG (CAFE)

M 1:200



GRUNDRISS 1.OG (CAFE/AUSSTELLUNG) M 1:200



Abb 93 - Perspektive Cafe

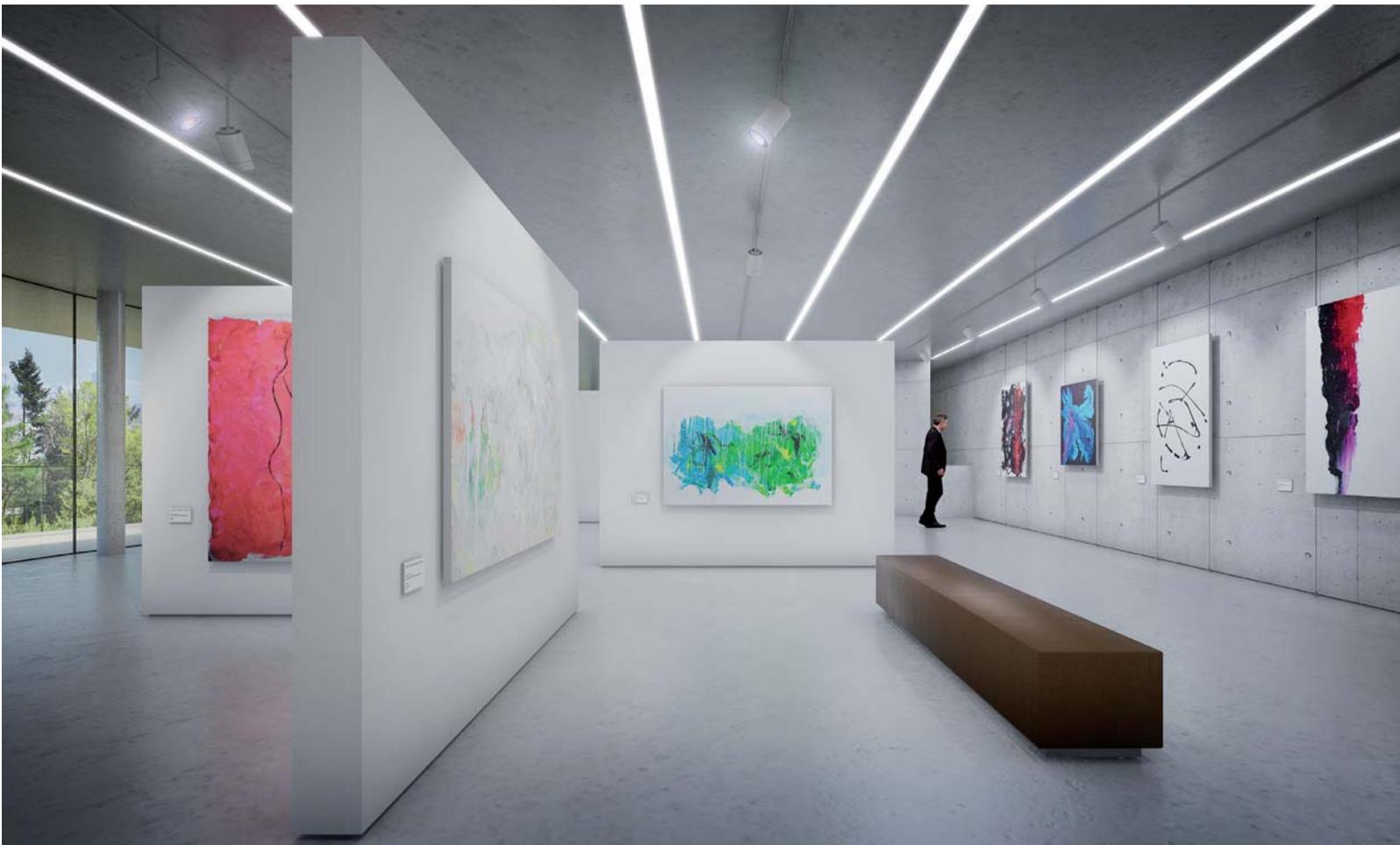
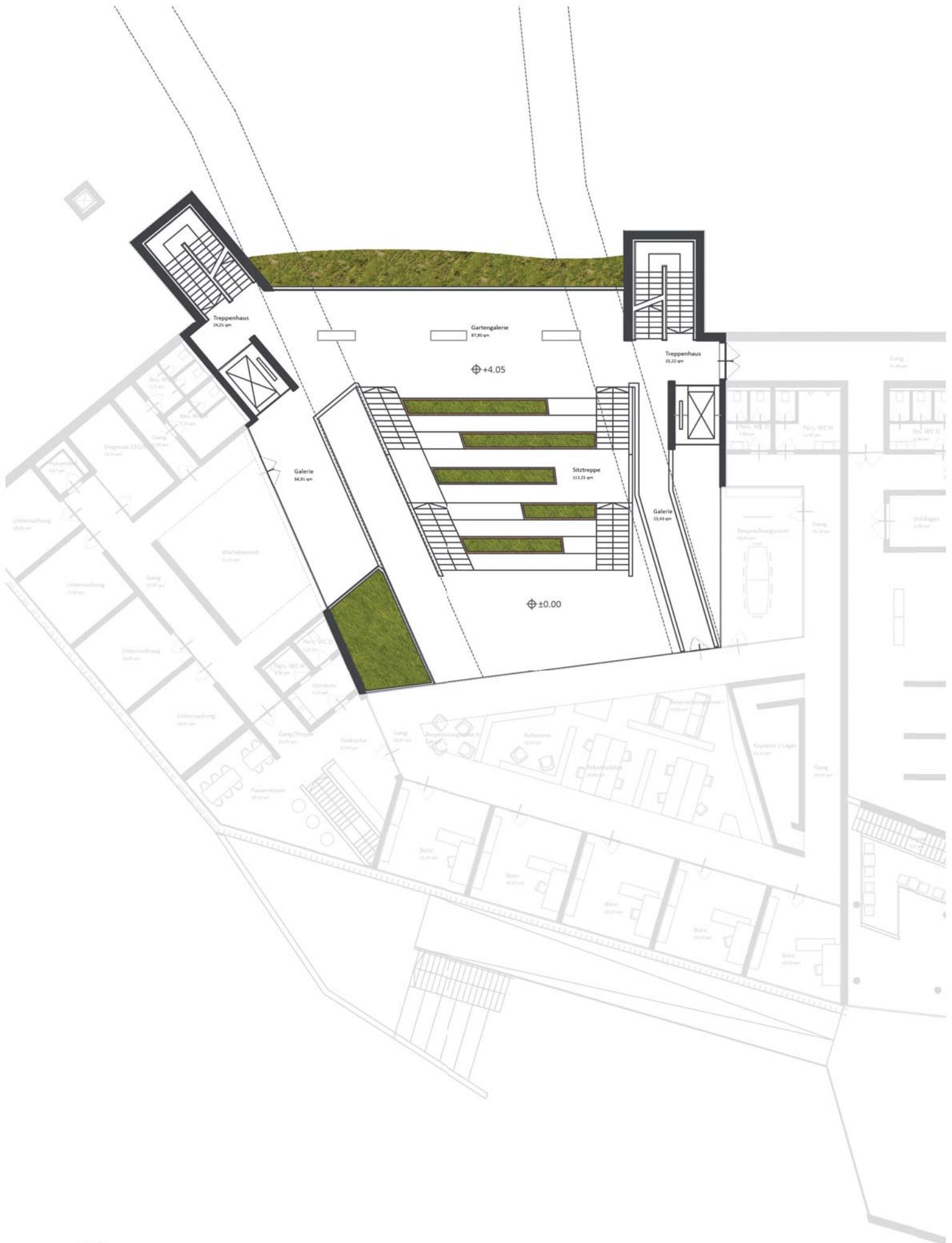


Abb 94 - Perspektive Ausstellung



GRUNDRISS 1.OG (FOYER) M 1:250



Abb 95 - Perspektive Foyer EG

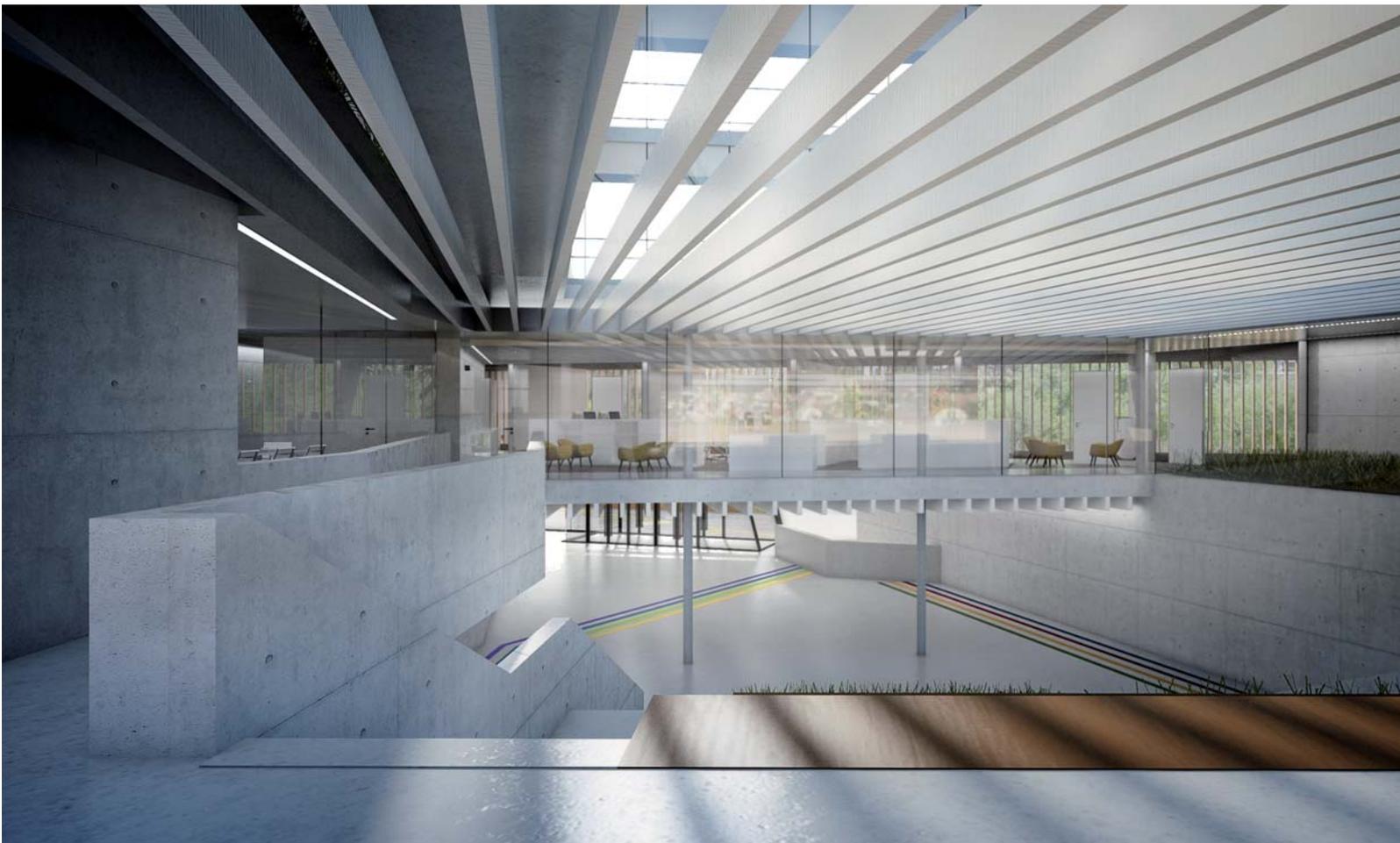


Abb 96 - Perspektive Foyer von Hofgalerie



Abb 97 - Perspektive Ausstellung





GRUNDRISS 1.OG (VERWALTUNG) M 1:200



Abb 98 - Perspektive Verwaltung



GRUNDRISS 3.OG (STATION 3)

M 1:250



Abb 99 - Perspektive Station - Bewegungszone

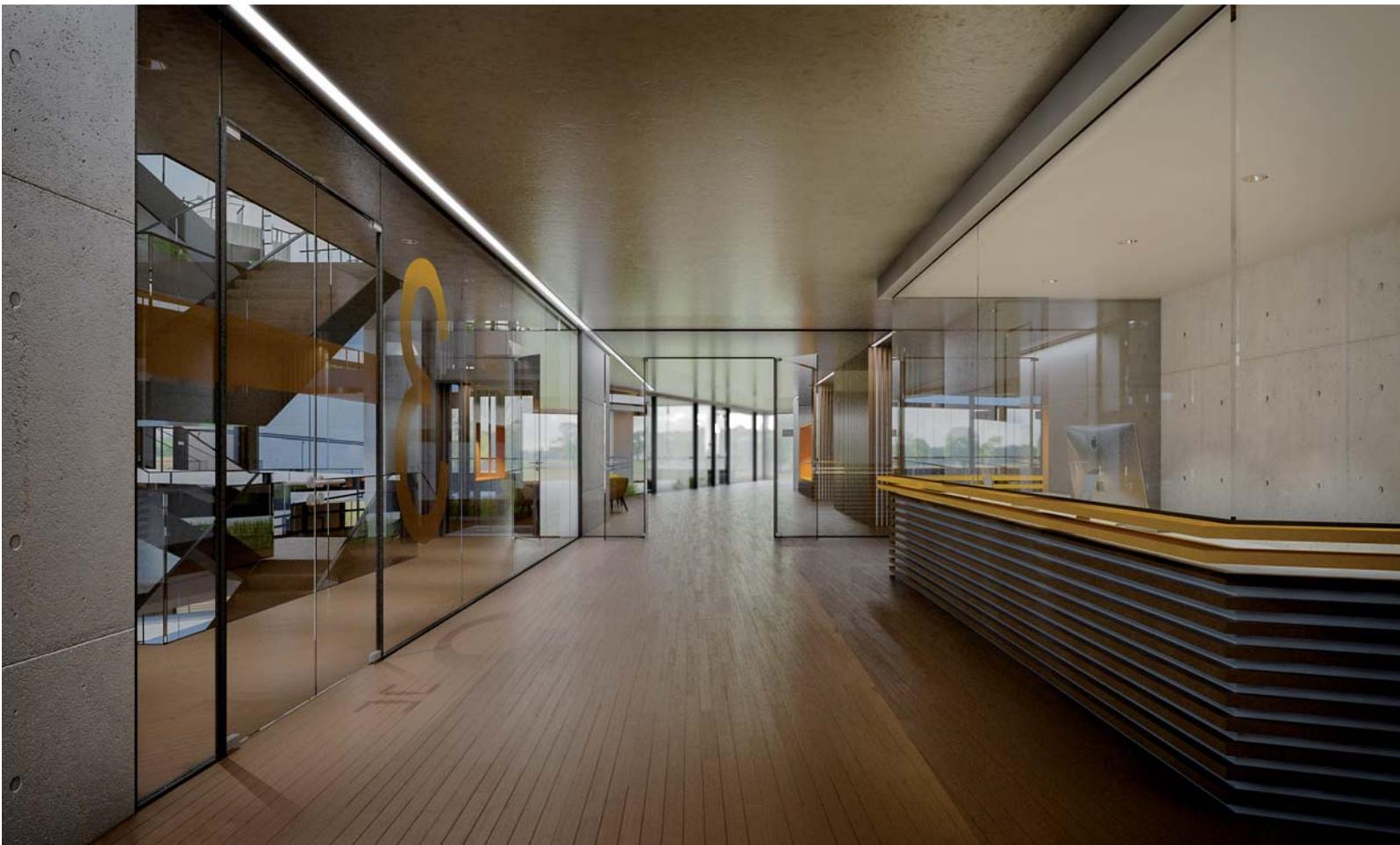


Abb 100 - Perspektive Station - Stützpunkt / Zugang



Abb 101 - Perspektive Station - Bewegungszone / Speisebereich

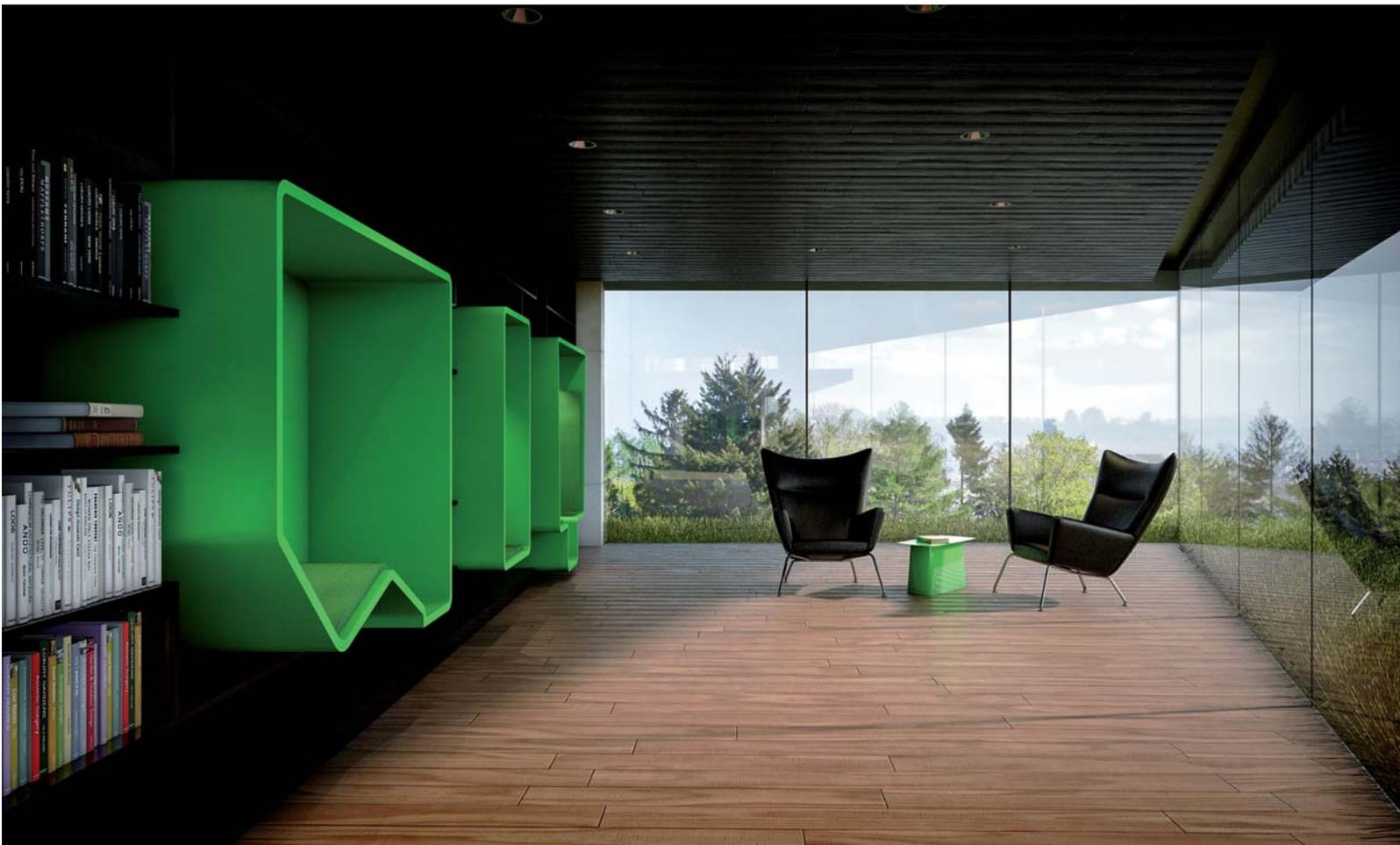


Abb 102 - Perspektive Station - Rückzugsraum



Abb 103 - Perspektive Patientenzimmer



GRUNDRISS 2.OG (INNENHOF)

M 1:250

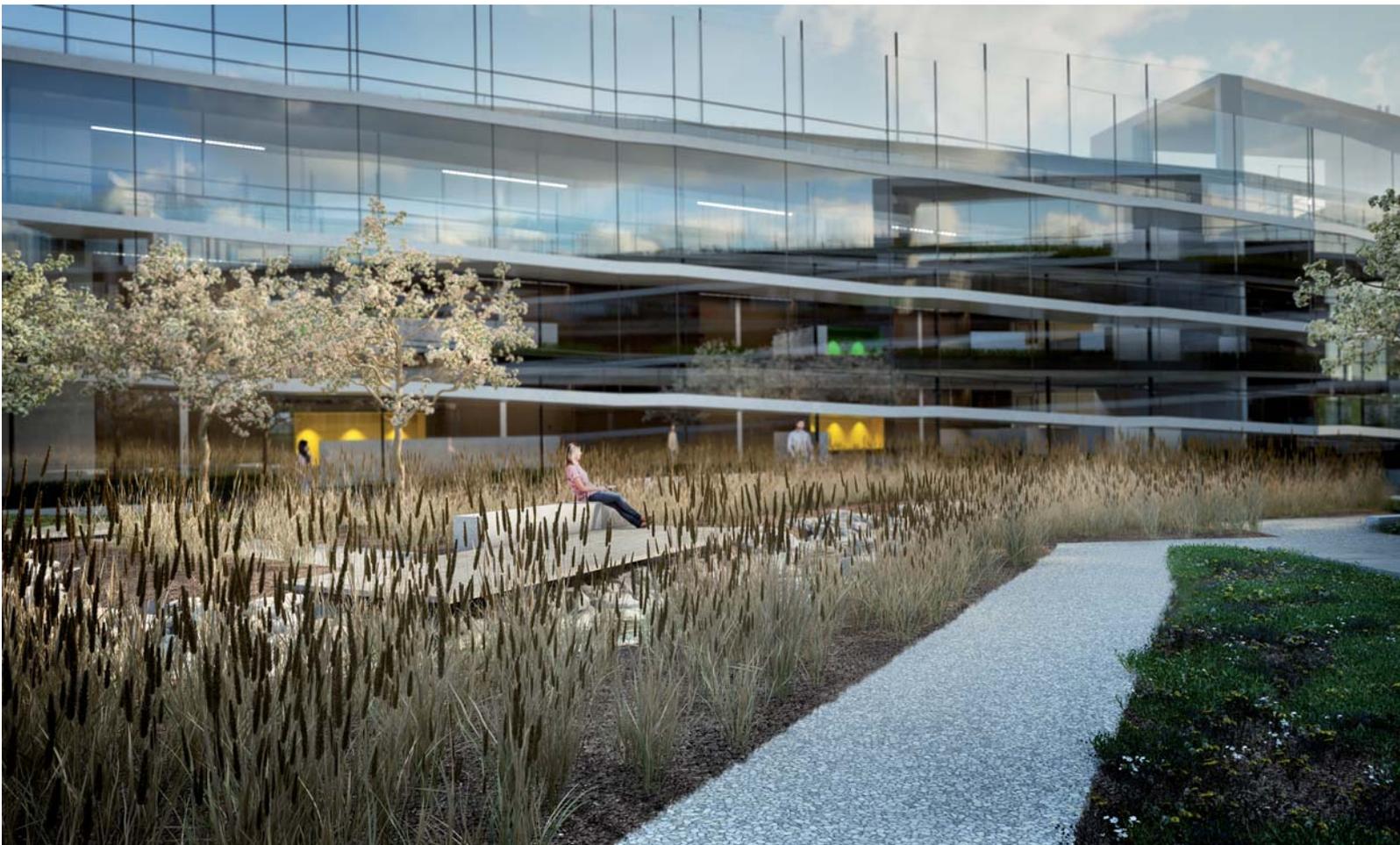


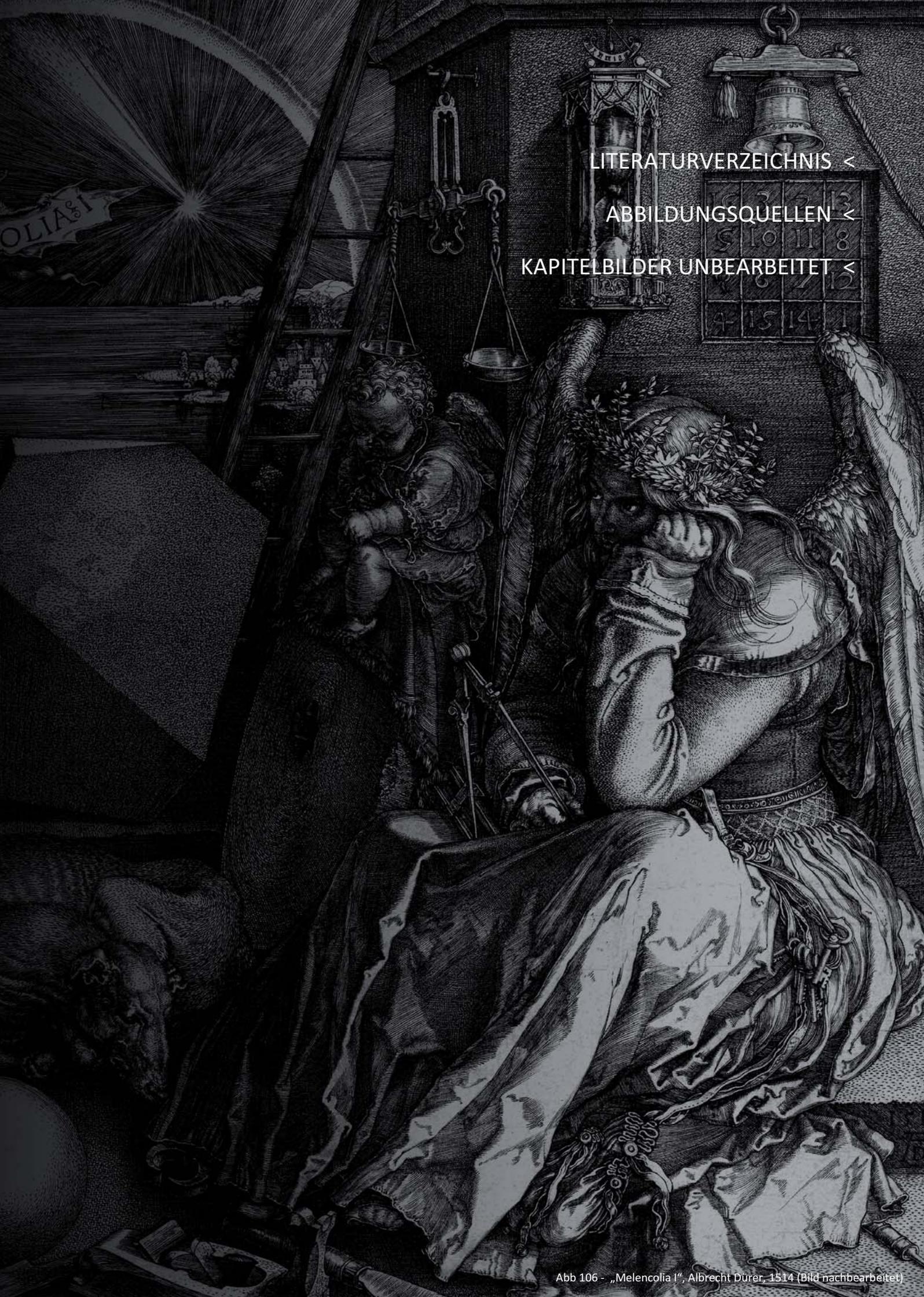
Abb 104 - Perspektive Innenhof



Abb 105 - Perspektive Innenhof von oben



ANHANG



LITERATURVERZEICHNIS <

ABBILDUNGSQUELLEN <

KAPITELBILDER UNBEARBEITET <

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, E. H. (1985). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.

Bastine, R. H. (1998). *Klinische Psychologie, Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie* (Bd. I). Stuttgart: Kohlhammer.

Berner, P., Spiel, W., Strotzka, H., & Wyklicky, H. (1983). *Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien - Eine Bilddokumentation*. Wien: Christian Brandstätter Verlag & Edition.

Bettie, W. (1758). *A Treatise on Madness*. London.

Bjarke Ingels Group, B. (2011). *BIG: Bjarke Ingels Group Projects 2001-2010*. London: Design Media Publishing.

Dieckmann, F., Flade, A., Schuemer, R., Ströhlein, G., & Walden, R. (1998). *Psychologie und gebaute Umwelt, Konzepte, Methoden, Anwendungsgebiete*. Darmstadt: Institut Wohnen und Umwelt.

DIN Fachbericht 142:2005-05. (05 2005). *Orientierungssysteme - Anforderungen an Orientierungssysteme in öffentlichen Gebäuden*.

Dörner, H., & Plog, U. (1990). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Duden online; <http://www.duden.de/rechtschreibung/Suizid> (16.04.2014). (kein Datum). Abgerufen am 16. April 2014 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Suizid>

Fehlauer. (2005). *Architektur für den Wahnsinn*. Berlin: be.bra wissenschaft verlag GmbH.

Flade, A. (2008). *Architektur psychologisch betrachtet, Unter Mitarb. v. Friedrich Dieckmann u. Richard Röhrbein*. Bern: Huber.

Foucault, M. (1968). *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Foucault, M. (1994). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Gabriel, E. (2007). *100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Gabriel, E. (April 2001). www.erinnern.at. Abgerufen am 23. November 2013 von http://www.erinnern.at/bundeslaender/oesterreich/e_bibliothek/seminarbiblioth

eken-zentrale-seminare/an-der-grenze/215_Gabriel_Bedeutung_NS-Euthanasie.pdf

Galerie Gugging, H. (kein Datum). *www.gugging.org*. Abgerufen am 13. September 2015 von http://www.gugging.org/de/galerie_kuenstler/galerie_kuenstler_detail/428/hohann_hauser?start=0

German-Architects, H. (kein Datum). *www.german-architects.com*. Abgerufen am 12. September 2015 von http://www.german-architects.com/de/huber-staudt-architekten/projekte-3/zentrum_fuer_psychiatrie-43687

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2006). Abgerufen am 15. Dezember 2013 von www.gbe-bund.de: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=10406&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=37094481&p_lfd_nr=1

Glasow. (2011). *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Berlin: Logos Verlag Berlin GmbH.

Glasow. (2012). *Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie*. (u. -l. GmbH, Hrsg.) Dresden: Technische Uni Dresden.

H. Schulz, D. B. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41: Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert Koch-Institut.

H. U. Wittchen, F. J. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51: Depressive Erkrankungen*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Habermann, K. J. (1977). *Bautypologische Entwicklungslinien des psychischen Krankenhauses, Versuche therapeutischer Umweltgestaltung*. München: Technische Universität.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (17. Juli 2013). *STATISTIK AUSTRIA - Bundesanstalt Statistik Österreich*. Abgerufen am 2. November 2013 von [STATISTIK AUSTRIA - Bundesanstalt Statistik Österreich: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (27. Juli 2013). *STATISTIK AUSTRIA - Bundesanstalt Statistik Österreich*. Abgerufen am 2. November 2013 von [STATISTIK AUSTRIA - Bundesanstalt Statistik Österreich: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html)

Hinterhuber, Meller, Meise, & Schmid. (1999). *"Alles besser als ein Geisteskranker" - vom Stigma und seinen Folgen*. Abgerufen am 2. November 2013 von [pro mente](http://www.promente.at)

tirol: [http://www.gpg-](http://www.gpg-tirol.at/fileadmin/media/Veroeffentlichungen/StigmaBeitrag99.pdf)

[tirol.at/fileadmin/media/Veroeffentlichungen/StigmaBeitrag99.pdf](http://www.gpg-tirol.at/fileadmin/media/Veroeffentlichungen/StigmaBeitrag99.pdf)

Huber Staudt Architekten, B. (kein Datum). www.huberstaudtarchitekten.de.

Abgerufen am 12. September 2015 von <http://www.huberstaudtarchitekten.de/>

J. Hansen, H. C. (1999). *Geschichte der Inquisition im Mittelalter*. (J. Hansen, Hrsg.) Eichborn: Eichborn Verlag.

Jäger-Klein, C., & Plakolm-Forsthuber, S. (2015). *Die Stadt außerhalb*. Basel: Birkhäuser Verlag GmbH.

Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. (2013). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012*. Abgerufen am 2014. April 27 von STATISTIK AUSTRIA:

https://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html?suchquery=suizid&n0=1&n1=1&n2=1&n3=1&n4=1&n5=1&n7=1&n6=1

Jetter, D. (1981). *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Kunze, M. (1994). *Architekturpsychologische Untersuchungen zum Krankenhausbau, tech. Dissertation*. Weimar: Hochschule für Architektur und Bauwesen.

Lahti, L. (2004). *Alto*. Köln: TASCHEN GmbH.

Lindner, R. (2008). Männersuizid - psychodynamische Aspekte. (W. Theodor Klotz, Hrsg.) *blickpunkt der mann 2008*; 6 (1) , S. 32-36.

Luderer, H. J. (19. Juni 1999). *Geschichte der Psychiatrie. Von Aderlüssen, Brechkuren und Sturzbädern zur Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie am Ende des 20. Jahrhunderts*. Abgerufen am 12. November 2013 von <http://www.lichtblick99.de/historisch1.html>

Meuser, Labryga, Pawlik, & Schirmer. (2011). *Krankenhausbauten/Gesundheitsbauten. Handbuch und Planungshilfe* (Bd. 2). (Meuser, Hrsg.) Berlin: DOM publishers.

Müller, N. (1997). Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken. *Der Nervenarzt* , 184-195.

Nickl-Weller, & Nickl. (2013). *Hospital Architecture*. Salenstein, Schweiz: Braun Publishing AG.

Prem, F. (2. November 2012). *Architekturjournal wettbewerbe*. Abgerufen am 25. Juli 2015 von Architekturjournal wettbewerbe: http://www.wettbewerbe.cc/fileadmin/user_upload/305/Spitaeler.pdf

Richter, P. G. (2008). *Architekturpsychologie: Eine Einführung, 3.Auflage*. (P. G. Richter, Hrsg.) Lengerich: Pabst Science Publishers.

Rüsch, Berger, Finzen, & Angermeyer. (27. Oktober 2013). Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen, elektronisches Zusatzkapitel Stigma. *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie*. (Berger, Hrsg.) München: Urban Fischer Verlag, Imprint der Elsevier GmbH.

Sander Hofrichter Architekten; <http://www.a-sh.de/projekte/project/22-st-josef-krankenhaus-neuss-psychiatrie/project.show> (22.04.2014). (kein Datum).

Abgerufen am 22. April 2014 von Sander Hofrichter Architekten: <http://www.a-sh.de/projekte/project/22-st-josef-krankenhaus-neuss-psychiatrie/project.show>

Sarnitz, A. (2005). *Wagner*. Köln: TASCHEN GmbH.

Schädle-Deiningner, H. (2005). *Fachpflege Psychiatrie*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

Schersch, U. (11. November 2011). *Am momentanen Stand des Irrtums*. Abgerufen am 9. Januar 2014 von derStandard.at:

<http://derstandard.at/1319181972194/Methoden-in-der-Psychiatrie-Am-momentanen-Stand-des-Irrtums>

Schersch, U. (11. November 2011). *Zwangsjacke, Sedierung & Elektroheilkampf-Therapie*. Abgerufen am 9. Januar 2014 von derStandard.at:

<http://derstandard.at/1313024618869/Methoden-in-der-Psychiatrie-Zwangsjacke-Sedierung--Elektroheilkampf-Therapie>

(1909). *Schlussbericht über die Errichtung der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke am Steinhof*. Beilage zu den stenogr. Protokollen des Landtages des Erzherzogtum Österreich unter der Enns, X. Wahlperiode, I. Session; Band 1908-1910, Landesausschuss für das Erzherzogtum Österreich unter der Enns, Wien.

Schneider, Falkai, & Maier. (2011, 2012). *Psychiatrie 2020 plus*. Berlin: Springer-Verlag.

Schott, H., & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie - Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: Verlag C.H.Beck oHG.

Schuhböck, C. (2013). *Otto-Wagner-Spital "Am Steinhof" - ein potentielles UNESCO-Welterbe*. (W. Alliance For Nature - Allianz für Natur, Hrsg.) Berndorf: Kral-Verlag, Kral GmbH.

Schweiger, B. (2006). *Fallen lassen*. Wien: Czernin Verlags GmbH Wien.

Seelische Gesundheit in Wien, S. W. (Juli 2013). www.wien.gv.at. Abgerufen am 11. September 2015 von

<https://www.wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/pdf/seelische-gesundheit-info.pdf>

Spieß, H., Kovatsits, U. v., Frick, U., Cording, C., & Vukovich, A. (2002). Privatsphäre auf psychiatrischen Stationen. *Psychiatrische Praxis* (Jg. 29,H.1), S. 10-13.

Statistik Austria, B. d. (01. Mai 2015). *www.statistik.at*. Abgerufen am 11. September 2015 von http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/bundeslaender/index.html

Statistik Austria, B. d. (01. Januar 2015). *www.statistik.at*. Abgerufen am 11. September 2015 von http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/politische_bezirke/index.html

Stephan. (November 2011). Psychiatriezentrum Friedrichshafen. *AIT 11.2011 Gesundheit und Wellness*, S. 96-101.

Tragl. (2007). *Chronik der Wiener Krankenanstalten*. Wien: Böhlau Verlag Ges.m.b.H und Co.KG.

W. Gaebel, W. W. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50: Schizophrenie*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Weston, R. (1995). *Alvar Aalto*. London: Phaidon Press Limited.

Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis: Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Wolfersdorf, M., & Franke, C. (Juli 2006). Suizidalität - Suizid und Suizidprävention. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, Heft 74 (74(07/2006))*, S. 400-419.

Zimmermann, E. (2011). *Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe: Kursbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag in MVS Medizinverlag Stuttgart GmbH & Co. KG.

Abbildungsquellen

- Abb 1 - <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/e/e5/Narrenk%C3%A4fig.jpg>
- Abb 2 - http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4b/The_Rake%27s_Progress_8.jpg
- Abb 3, Abb 4, Abb 5, Abb 6 - eigene Fotografien
- Abb 7 - https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/98/Wien_1830_Vasquez_Alservorstadt_AKH.jpg
- Abb 8 - https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d8/Penitentiary_Panopticon_Plan.jpg
- Abb 9 - <http://www.wien-vienna.at/bilder-deuticke/narrenturm.jpg>
- Abb 10 - http://www.wien-tourist.info/images/d/da/Narrenturm_1783_Grundriss.jpg
- Abb 11, Abb 12, Abb 13, Abb 14, Abb 15 - eigene Darstellung
- Abb 16 - <http://gedenkstaettesteinhof.at/sites/default/files/field/image/81.jpg>
- Abb 17 - eigene Darstellung
- Abb 18 - Rüscher, Berger, Finzen, & Angermeyer. (27. Oktober 2013). Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen, elektronisches Zusatzkapitel Stigma. *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie*. (Berger, Hrsg.) München: Urban Fischer Verlag, Imprint der Elsevier, GmbH, S. 4
- Abb 19 - http://ndm.altervista.org/index/wp-content/uploads/2014/02/Schmutzer_Freud001.jpg
- Abb 20 - Glasow. (2011). *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Berlin: Logos Verlag Berlin GmbH, S. 4
- Abb 21 - Bastine, R. H. (1998). *Klinische Psychologie, Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie* (Bd. I). Stuttgart: Kohlhammer, S. 207
- Abb 22 - Glasow. (2011). *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Berlin: Logos Verlag Berlin GmbH, S. 5
- Abb 23, Abb 24, Abb 25 - eigenes Diagramm
- Abb 26 - Kunze, M. (1994). *Architekturpsychologische Untersuchungen zum Krankenhausbau, tech. Dissertation*. Weimar: Hochschule für Architektur und Bauwesen, S. 22
- Abb 27 - http://totallyhistory.com/wp-content/uploads/2013/01/Escher_Relativity.jpg
- Abb 28 - Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. (2013). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012*. Abgerufen am 2014. April 27 von STATISTIK AUSTRIA: https://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html?suchquery=suizid&n0=1&n1=1&n2=1&n3=1&n4=1&n5=1&n7=1&n6=1, S. 155f

- Abb 29 - eigenes Diagramm, Zahlen nach Glasow. (2012). *Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie*. (u. -l. GmbH, Hrsg.) Dresden: Technische Uni Dresden, S. 25
- Abb 30 - eigene Darstellung
- Abb 31 - Glasow. (2012). *Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie*. (u. -l. GmbH, Hrsg.) Dresden: Technische Uni Dresden, S. 36
- Abb 32 - <http://www.big.dk/#projects-psy>
- Abb 33, Abb 34, Abb 35 - eigene Fotos
- Abb 36 - <http://gedenkstaettesteinhof.at/sites/default/files/field/image/2594.jpg>
- Abb 37, Abb 38 - Schuhböck, C. (2013). *Otto-Wagner-Spital "Am Steinhof" - ein potentielles UNESCO-Welterbe*. (W. Alliance For Nature - Allianz für Natur, Hrsg.) Berndorf: Kral-Verlag, Kral GmbH
- Abb 39, Abb 40, Abb 41, Abb 42, Abb 43, Abb 44 - <http://www.heinze.de/architekturobjekt/zentrum-fuer-psychiatrie-friedrichshafen-neubau-klinik-fuer-psychiatrie-und-psychosomatische-medizin/12514169?f=5751&s=7201&d=il&p=1&c=ao#images>
- Abb 45, Abb 46, Abb 47 - <http://www.a-sh.de/projekte/project/22-zentrum-fuer-seelische-gesundheit-neuss/project.show>
- Abb 48, Abb 49, Abb 50 - http://www.german-architects.com/projects/40203_St_Alexius_St_Josef_Krankenhaus_Zentrum_fuer_seelische_Gesundheit
- Abb 51, Abb 52, Abb 53, Abb 54, Abb 55, Abb 56, Abb 57 - <http://www.big.dk/#projects-psy>
- Abb 58 - <http://www.trbimg.com/img-541a1e90/turbine/la-keeping-it-modern-pictures-20140915-006>
- Abb 59 - Weston, R. (1995). *Alvar Aalto*. London: Phaidon Press Limited, S. 58
- Abb 60 - http://41.media.tumblr.com/28ac290cf78739c29b3b0cbc246009c6/tumblr_n10cudjxXg1soavyuo1_1280.jpg,
- Abb 61, Abb 62 - http://www.archiprix.org/projects/2009/P09-1882/P09-1882_6776_blowup.jpg
- Abb 63, Abb 64, Abb 65, Abb 66, Abb 67 - Weston, R. (1995). *Alvar Aalto*. London: Phaidon Press Limited, S. 48-50, 57
- Abb 68, Abb 69, Abb 70, Abb 71 - eigene Fotos
- Abb 72, Abb 73, Abb 74, Abb 75, Abb 76, Abb 77 - Schuhböck, C. (2013). *Otto-Wagner-Spital "Am Steinhof" - ein potentielles UNESCO-Welterbe*. (W. Alliance For Nature - Allianz für Natur, Hrsg.) Berndorf: Kral-Verlag, Kral GmbH
- Abb 78, Abb 79, Abb 80 - eigene Fotos
- Abb 81, Abb 82, Abb 83, Abb 84 - eigene Darstellungen

Abb 85 - <http://www.jennyehricht.de/wp-content/uploads/2014/02/moebiusband.jpg>

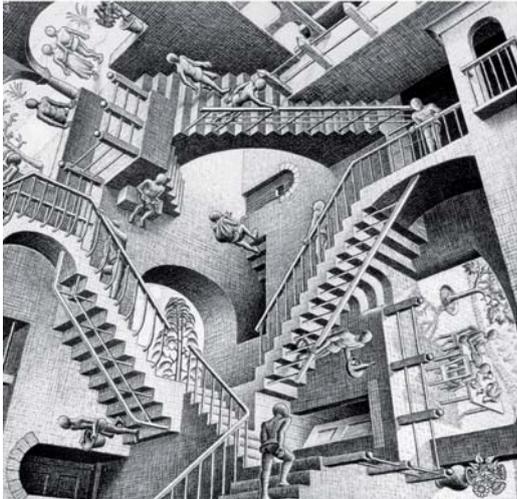
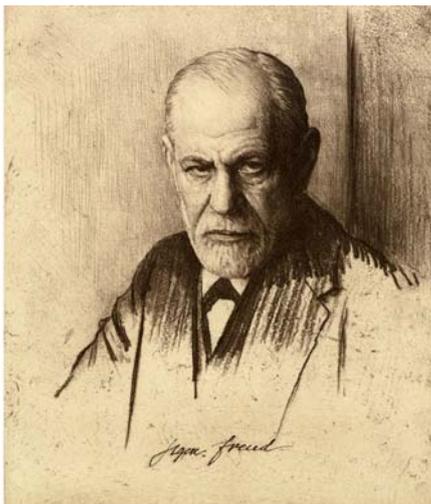
Abb 86, Abb 87, Abb 88 - eigene Fotos

Abb 89 - <http://www.juvet.com/the-juvet-hotel/architecture/architecture>

Abb 90 - <http://guzarchitects.com/wp-content/uploads/2012/04/Cluny-House-2.jpg>

Abb 91, Abb 92, Abb 93, Abb 94, Abb 95, Abb 96, Abb 97, Abb 98, Abb 99, Abb 100,
Abb 101, Abb 102, Abb 103, Abb 104, Abb 105 - eigene Darstellungen

Abb 106 - http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/D%C3%BCrer_Melancholia_I.jpg





Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit im Sinne der Prüfungsordnung ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Wien, den 28.09.2015 _____
Steve Stiglmayr