

Zentrum für mentale Gesundheit, Donauinsel Wien



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN

Diplomarbeit

Zentrum für mentale Gesundheit, Donauinsel Wien

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades
einer Diplom-Ingenieurin
unter der Leitung von

Dipl.-Ing. Dr. techn. San-Hwan Lu

E 253.5

Institut für Hochbau-Konstruktion und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien

Fakultät für Architektur und Entwerfen

von

Julia Leitner, BSc.

01525026

Wien, am 09.01.2023

Julia Leitner

Kurzfassung

Laut Untersuchungen und Aussagen der WHO werden jährlich bei ca. einem Drittel der EU-Bürger mentale Erkrankungen oder Verhaltensstörungen diagnostiziert. Betrachtet man die Situation in Österreichs gibt es, den aktuellen Umständen entsprechend, inzwischen noch mehr Faktoren, die zur psychischen Überforderung, bis hin zum Burnout reichen. Hier gab es vor allem einen Anstieg im Jahr 2020, durch die rapide Alltagsumstellungen aufgrund der Pandemie, wie das Koordinieren von Privatleben und Familie mit Homeoffice sowie dem damit verbundenen Umstieg auf sämtliche Onlinetools, usw. Erschreckend ist, dass sich, repräsentativen Statistiken zufolge, beinahe die Hälfte der österreichischen Bevölkerung mindestens in einem frühen „Problemstadium“ von Burnout befindet. Aufgrund dieser Tatsachen und der stetig steigenden Tendenz kann man davon ausgehen, dass innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnten Depressionen die zweithäufigste Diagnose im weltweiten Vergleich sein werden. Ob es sich hier um ein tatsächlich steigendes Aufkommen von betroffenen Patienten mit psychischen Erkrankungen handelt oder ob diese Steigerung mit der bereits zunehmenden Offenheit der Bevölkerung gegenüber mentalen Erkrankungen sowie der ständigen Weiterentwicklung im medizinischen Bereich und spezialisierten Therapiemethoden zurückzuführen ist, dessen stehen umstrittene Studien gegenüber. Fest steht jedoch, dass es einen steigenden Bedarf für die Versorgung von mentalen Erkrankungen geben wird und man künftig mit

einem dementsprechenden Angebot an gezielten Versorgungsmöglichkeiten reagieren muss. Die Assoziierung einer Psychiatrie mit Begriffen wie Furcht, Gewalttätigkeit oder ewiger Krankheit/Unheilbarkeit sind bis heute noch teilweise vorhanden und stellen durch diese Stigmatisierung eine große Problematik dar - einerseits hinsichtlich der Bereitwilligkeit betroffener Personen, in Behandlung zu gehen und andererseits für die Einrichtungen selbst, auf deren spezielle Bedürfnisse einzugehen. Dies wirkt sich, bei Zustandekommen einer Therapie, in weiterer Folge negativ auf dessen Erfolg und Heilungsprozess aus. Diesbezüglich wird die Notwendigkeit innovativer Konzeptionen für die Pflege und Hilfe von Menschen mit mentalen Erkrankungen noch deutlicher. Architektur soll und kann ein Mittel sein, dieser Stigmatisierung einen Schritt entgegenwirken und versuchen, diese negativen Verknüpfungen und Vorurteile zu lösen. Der Grat zwischen neuen Entwicklungen im medizinischen Bereich sowie Therapiemöglichkeiten und den allgemeingültigen Standards von Krankenhausbauten resultiert in einer immensen Herausforderung für den Planungsprozess. Zeitgemäße psychiatrische Einrichtungen erfordern ein Umdenken sowie eine Varianz an planerischen Konzepten, welche von herkömmlich, allgemein-klinischen abweichen, um den heute benötigten Anforderungen gerecht zu werden. Das übergeordnete Forschungsziel liegt darin, einen offeneren und bewussteren Umgang hinsichtlich mentaler Gesundheit innerhalb der Gesellschaft zu generieren sowie Lösungsvorschläge für eine zeitgemäße Architektur zu konzipieren, welche einer gezielten Entstigmatisierung beitragen.

Abstract

Every year about a third of EU citizens are diagnosed with mental illness or behavioral disorders, according to studies and statements by the WHO. If one looks at the situation in Austria, there are, in accordance with the current circumstances, even more factors that can lead to psychological overload and even burn-out. In particular, the COVID-19 pandemic led to a sharp increase in terms of mental illnesses, which can be attributed to the coordination of private and family life with the home office and the associated switch to all online tools. It is particularly alarming that, according to representative statistics, almost half of the Austrian population is at least in an early „problematic stage“ of burn-out. Based on these facts and the ever-increasing trend, depression is expected to be the second most common diagnosis worldwide in the next two decades. Whether this is a real increase in the number of affected patients with mental illnesses or whether this increase is due to the already increasing openness of the population to mental illnesses and the constant further development of the medical field and specialized therapy methods is controversially discussed in studies. It is certain that the demand for mental health care will increase in the future, which means that a corresponding offer of care options, such as through psychiatric hospitals, must be created, in the next few years. However, the association of psychiatry with terms such as fear, violence or perpetual illness/infectibility is still partly present today. On the one hand, this stigmatization represents a major problem in terms of the willingness of the affec-

ted persons to seek treatment and on the other hand, for the institutions themselves to respond to their special needs. In this respect, the need for innovative concepts for the care and assistance of people with mental illnesses becomes even clearer. Thereby, architecture should and can be a means to counteract this stigmatization and try to break these negative links and prejudices. Moreover, the boundary between new developments in the medical field and therapeutic possibilities and the generally accepted standards of hospital buildings results in an immense challenge for the planning process. Modern psychiatric facilities require a rethinking as well as a variance of planning concepts, which deviate from conventional, general-clinical ones, in order to meet the requirements needed today. The overall research objective is to generate a more open and conscious approach to mental health within society and to devise solutions for contemporary architecture that contribute to targeted de-stigmatization.

1. Psychiatrie damals bis heute

1.1. Ursprung	16
1.2. Das Narrentum	18
1.2.1. Der Narrenturm	18
1.2.2. „Irren“-Heilanstalt auf dem Brünfeld	23
1.3. Psychiatrische Kliniken	26
1.4. Entwicklung von Gebäudetypologien ab dem 19. Jhd.	28
1.4.1. Großbritannien	30
1.4.2. USA	31
1.4.3. Frankreich	32
1.4.4. Deutschland	33
1.4.5. Österreich	34
1.5. Psychiatrie im 1. Weltkrieg	36
1.6. Nationalsozialismus	37
1.7. Nachkriegszeit und Reformen	40
1.8. Integration der Psychiatrie	42

2. Psychiatrische Versorgung im 21. Jhd.

2.1. Enthospitalisierung und mehr Leistungsaufkommen	46
2.2. Zukunftsaussichten	47
2.3. Die Tagesklinik	48
2.4. Situation in Österreich	52

3. Stigmatisierung

3.1. Stigmata gegenüber psychisch Kranken und Einrichtungen	58
---	----

4. Bauliche Grundsätze

4.1. Therapeutische Umwelt	64
4.2. Entwurfsgrundsätze	65
4.2.1. Beengung	65
4.2.2. Kontrolle der Umwelt	65
4.2.3. Privatsphäre und Wertschätzung	66
4.2.4. Besucher	66
4.2.5. Normalität und soziale Gemeinschaft	67
4.2.6. Natur	67

5. Natur und Landschaft

5.1.	Einfluss von Natur und Landschaft	70
5.2.	Therapeutische Landschaften	73
5.3.	Theorie der erholsamen Gartengestaltung	76
	5.3.1. Soziale Unterstützung	77
	5.3.2. Selbstbestimmung und Kontrolle	77
	5.3.3. Körperliche Betätigung	79
	5.3.4. Natur als Ablenkung	80
5.4.	Arten von Therapiegärten	81
	5.4.1. Der beruhigende Freiraum	81
	5.4.2. Der anregende Freiraum	82
	5.4.3. Der geschützte Freiraum	84

6. Gebaute Beispiele

6.1.1.	Klinik Penzing	89
6.1.2.	Kinderzentrum für psychische Rehabilitation	97
6.1.3.	Zentrum für psychosoziale Rehabilitation	105
6.1.4.	Zentrum für Alterspsychiatrie	115
6.1.5.	psychiatrische Klinik Helsingør	125
6.2.	Größenvergleich	135

7. Entwurf

7.1.	Umgebungsanalyse	144
	7.2.1. Bauplatz	149
	7.2.2. Wege	151
	7.2.3. Infrastruktur	153
	7.2.4. Grünraum	155
7.2.	Konzept	159
7.3.	Ausführung	167
7.4.	Details	217
7.5.	Statisches Konzept	231
7.6.	Perspektiven	235

8. Danke 243

9. Anhang 247

Vorwort

Das Erlangen sowie die Erhaltung der mentalen Gesundheit hat sich innerhalb der letzten Jahre unter den Umständen, welche das Leben manchmal mit sich bringt, als äußerst wichtiger Bestandteil des menschlichen Zustandes herauskristallisiert. Dies wurde uns vor allem während der Pandemie als Extrembeispiel vor Augen geführt. Verschiedenste Faktoren, wie beispielsweise das Koordinieren von Privatleben, Familie sowie der Arbeit von zu Hause aus, oder der plötzliche Umstieg von regulären Arbeitsabläufen vor Ort auf sämtliche Onlinetools bis hin zur völligen Einschränkung sozialer Kontakte können und haben bei etlichen Menschen zur psychischen Überforderung, bis hin zum Burnout geführt. Diese aktuellen Geschehnisse haben zu dem Denkanstoß geführt, sich mit dieser Thematik vertieft auseinanderzusetzen und zeitgerechte Lösungsvorschläge zu bieten. Zudem wird versucht, anhand dieser Arbeit das Bewusstsein und die Wichtigkeit der Erhaltung mentaler Gesundheit sowie deren Behandlungsbedarf und Möglichkeiten aufmerksam zu machen.

Leider gibt es nach wie vor Hemmungen innerhalb der Gesellschaft, mit dieser Problematik nach außen zu treten, bzw. professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Grund dafür sind altingesessene Stigmata, welche eine Psychiatrie mit Angst, Gewalt oder gar Gefahr assoziieren, welche nach wie vor völlig falsche Bilder des eigentlichen Dasens als medizinische Einrichtung bzw. Ort der Ruhe, des Zusammen-

kommens und der mentalen Besinnung und Genesung übermitteln. Besonders die neue Form der Tagesklinik für mentale Gesundheit stellt eine äußerst aktuelle mögliche Chance dar, die Psychiatrie in ein völlig neues Licht zu rücken und vor allem als unerlässlichen Bestandteil unserer heutigen Gesellschaft anzusehen. Der Besuch einer Tageseinrichtung für mentale Gesundheit sollte allgegenwärtig und normal wie der Weg in die Apotheke oder zum Arzt sein.

Daher befasst sich diese Arbeit vor allem mit dem zeitgenössischen Umgang eines Ortes der Genesung, welcher sich mit dieser Problematik auseinandersetzt und nach architektonischen Lösungen sucht, um diese negativen Stigmata entgegenzuwirken.

1.

psychiatrie damals bis heute

1.1. Ursprung

Die Begrifflichkeit der Psychiatrie stammt aus dem Griechischen und beschreibt „ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Erkennung und Behandlung seelischer Störungen (Psychosen, Neurosen u.a. seelische Krankheiten) befasst. (MMCD New Media GmbH o.J.: o.S.) Innerhalb der Psychiatrie gibt es wiederum, aufgrund der Vielfalt der auftretenden psychischen Störungen sowie deren gesellschaftlichen oder individuellen Auswirkungen, unterschiedlichste Sondergebiete wie die „klinische Psychiatrie, forensische (gerichtliche) Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie“. (MMCD New Media GmbH o.J.: o.S.) Anhand der Praxis haben sich außerdem verschiedenste Unterteilungen wie die „Anstaltspsychiatrie, Psychotherapie [oder, d. Verf.] Pharmakopsychiatrie oder auf die theoretischen Grundlagen: anthropologische Psychiatrie, endokrinologische Psychiatrie und Psychosomatik, Psychohygiene, Psychopathologie, biologische Psychiatrie, Ethnopsychiatrie u. a.“ herauskristallisiert. (MMCD New Media GmbH o.J.: o.S.) Gesellschaftliche Ausgrenzung, Isolierung und Wahnsinn prägen die Geschichte der Psychiatrie. In der griechischen Antike wurden allerdings auch positive Assoziationen mit psychischen Erkrankungen hergestellt. Beispielsweise wurde die Epilepsie als heilige Erkrankung angesehen. Einen besonderen Stellenwert finden mentale Erkrankungen zu seiner Zeit auch in der islamischen Kultur, in welcher außerordentliche Lebensumstände, welche beispielsweise in Form einer Krankheit auftreten, als unter-

schiedlichste Prüfungen des Lebens im Zusammenhang mit dem eigenen Glauben und „Sein“ verstanden werden. Für besonders schwere Prüfungen sei die Belohnung im nächsten Leben dafür umso größer. Im christlichen Mittelalter bis teilweise heute hatte der damals weit verbreitete Glaube an übermenschliche böse Kräfte zur Folge, dass psychische Störungen nicht als Krankheit, sondern als das besitzergreifende Werk böser Geister oder des Teufels gesehen werden. In weiterer Folge konnte zur damaligen Zeit keine benötigte Behandlung erfolgen. Stattdessen wurden Rituale oder Teufelsaustreibungen an Menschen durchgeführt, welche teilweise unter Drogen standen und sich den, nicht immer ungefährlichen, Praktiken unterziehen mussten. (vgl. Salus gGmbH o.J.)

1.2. Das Narrentum

Beginn der Psychiatriearchitektur in Österreich

Erst im 18. Jhdt. kam es zu ersten Reformen in der Psychiatrie. Psychisch kranke Menschen wurden von der Gesellschaft allerdings noch immer unter menschenunwürdigen Bedingungen abgeschottet und in sogenannte „Tollhäuser“ oder „Narrentürme“ gesperrt, da sie nicht mehr in das Erwartungsmuster der Gesellschaft passten. (vgl. Salus gGmbH o.J.) Frische Luftzufuhr oder Tageslicht wurden den Kranken in solchen Bauten weitgehend verwehrt. Stattdessen bediente man sich, basierend auf den damaligen Bestimmungen und Ansichten, folterähnlicher Behandlungsmethoden wie stundenlange Bäder in eiskaltem Wasser, „Zwangsstehen“ oder „Auspeitschen“. (Salus gGmbH o.J.: o.S.) Sogar Stromschläge oder der Einsatz des „Drehstuhls“ wurden als Heilmethoden angesehen. (Babic 2019: o.S.)

1.2.1. Der Narrenturm

Auch in Wien beginnt die österreichische Geschichte der Psychiatrie im 18. Jahrhundert durch die Errichtung des berühmten „Tollhauses“, im Jahre 1784, unter der Herrschaft Joseph dem II. Das im Anschluss zum alten Allgemeinen Krankenhaus in Wien errichtete Gebäude ist bis zum heutigen Tag als „Narrenturm“ bekannt und sollte eigentlich als Bestandteil des Areals gesehen werden. Dort

wurden allerdings nur die, als damals gefährlich angesehenen, Patienten untergebracht, welche man auf dem normalen stationären Betrieb nicht unter Kontrolle halten konnte. Zuvor wurden die Patienten in Wien im Gefängnis am Salzgries (1. Bezirk) sowie im spanischen Spital (9. Bezirk) oder im Bürgerspital in St. Marx (3. Bezirk), ausgeschlossen und entfernt von der Gesellschaft, ohne jegliche benötigten Behandlungsformen untergebracht. (vgl. Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015) Zur damaligen Zeit nahm der „Narrenturm“ somit zum einen eine präventive Schutzfunktion für die PatientInnen selbst sowie eine Schutzfunktion der Gesellschaft vor den PatientInnen ein, zum anderen war er ein Mittel zur Isolierung der damals noch als „Narren“ oder „Wahnwitzige“ angesehenen Patienten, mit psychischen Erkrankungen, welche in der Gesellschaft nicht gerne gesehen waren und somit eher im Hintergrund gehalten wurden. (Wiener Stadt- und Landesarchiv 2021: o.S.) Eine für mental erkrankte Menschen nötige Ausbildung für angemessene Therapieformen war unter den zuständigen Ärzten zu dieser Zeit nicht vorhanden. Der Tagesablauf bestand aus der bedürftigen alltäglichen Pflege sowie der sicherheitsbedingten Aufsicht der Patienten. (vgl. Wiener Stadt- und Landesarchiv 2021)

Um das größtmögliche Maß an Sicherheit sowie den Überblick über alle Patienten gewährleisten zu können entschied man sich für eine runde Bautypologie, ähnlich eines Panoptikums, auf jenes in weiterer Folge noch genauer eingegangen wird. Allerdings erfüllt der Narrenturm, im großen Unterschied zu Benthams „Panoptikum“, die gleichzeitige Überwachungs- und

Aufsichtsmöglichkeit aller Patienten, nicht. (vgl. Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015) Die Wahl dieser Bauform lässt sich durch die damalige Annahme erklären, dass psychisch Kranke unheilbar wären und dadurch die Gebäude ein erhöhtes Maß an Sicherheit gewährleisten sollten. (vgl. Müller 1997) Das Konzept stammt vom britischen Philosophen Jeremy Bentham und war für Überwachungs- bzw. Gefängnisbauten entwickelt worden. (vgl. Marti 2013) An Stelle von Massensälen bot der Narrenturm Kapazitäten für insgesamt 139 Einzelzellen mit jeweils einer eigenen Toilette, verteilt auf fünf Geschoße mit je 28 Zellen in den oberirdischen Geschossen und 27 Zellen in der Erdgeschossenebene. Statt der 28. Zelle situierte man im Erdgeschoss den Eingangsbereich. (vgl. Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015) Im Zentrum der runden Geometrie befanden sich neben den Bewachungsräumen, in Form einer Galerie, außerdem die Aufenthaltsräume bzw. Schlafmöglichkeiten des Pflege- und Arztpersonals. In der Galerie konnte man durch die Gittertüren in jede einzelne Zelle von einem Standpunkt aus einsehen. Auch die einzige Haupttreppe, welche die Geschosse miteinander verbindet, befindet sich im Zentrum des Turmes. Im Erdgeschoss wurden durch einen Verbindungstrakt in der Mitte des Turms zwei Innenhöfe angelegt, welche allerdings ausschließlich den „ruhigeren“ Patienten mehr Bewegungsfreiheit ermöglichten. In späterer Folge wurde auch außerhalb des Turmes ein, von Mauern umgebener, zusätzlicher Freiraum für die „verrückten“ Patienten geschaffen. Den „Tobenden“ war es gänzlich verwehrt, den Außen-

raum zu betreten. Diese wurden stattdessen in ihren Zellen mit Ketten fixiert bzw. ruhiggestellt. Geistig Kranke wurden durch den Bau des „Narrenturms“ nicht mehr als „Verrückte“, sondern schließlich als Kranke gesehen. Eine benötigte Behandlung gab es allerdings kaum, da sich lediglich junge Ärzte vom AKH sporadisch um die Patienten kümmerten, welche sich an den bereits erwähnten folterähnlichen Behandlungsmethoden bedienten. Erst einige Zeit später wurde im Jahr 1817 eine ärztliche Leitung eingeführt. 17 (Vgl. Universität Wien o.J.)

Der Bau der „Irren- Heil- und Pflege-Anstalt“ auf dem „Brünlfeld“ im Jahre 1853 löste den Narrenturm ab. Dennoch wurden bis 1869 psychisch kranke Patienten im Narrenturm untergebracht. Aufgrund der veralteten grausamen durchgeführten Praktiken, welche an das Mittelalter erinnerten, verbreitete sich Bestürzung und Furcht als Assoziation zum „Tollhaus“. Folglich kam es zu einer Umnutzung des Turmes „als Lagerraum, für Werkstätten und als Personalwohnungen für Spitalsdiener*innen“. 17 (Universität Wien o.J.: o.S.)



Abb 1: Narrenturm, Wien

*A General Idea of a PENITENTIARY PANOPTICON in an Improved, but as yet, (Jan 8th 1791), Unfinished State.
See Postscript References to Plan, Elevation, & Section (being Plate refer'd to as N^o 2).*

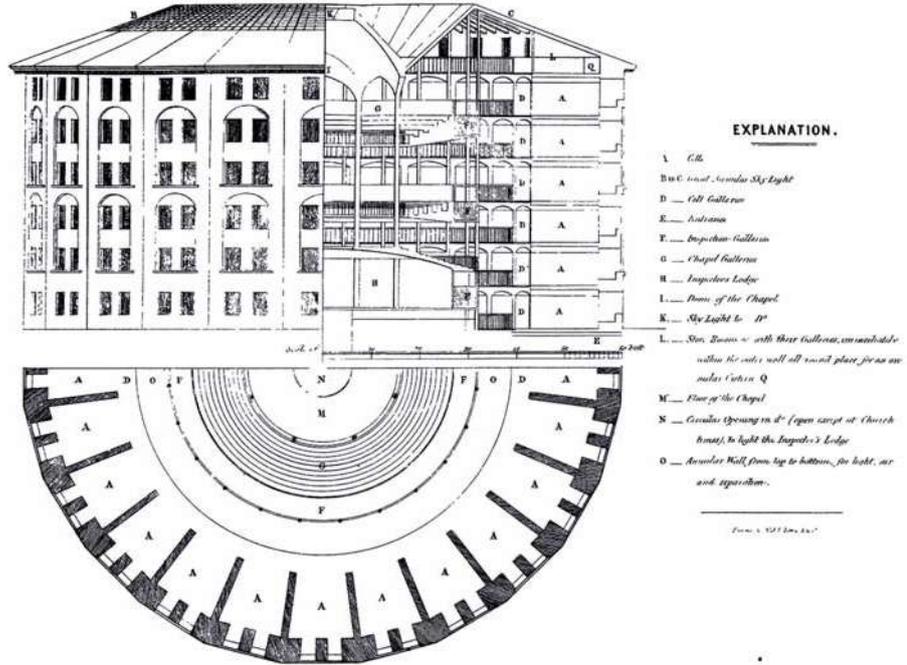


Abb 2: Teilschnitt-, grundriss Prinzip Panopticon

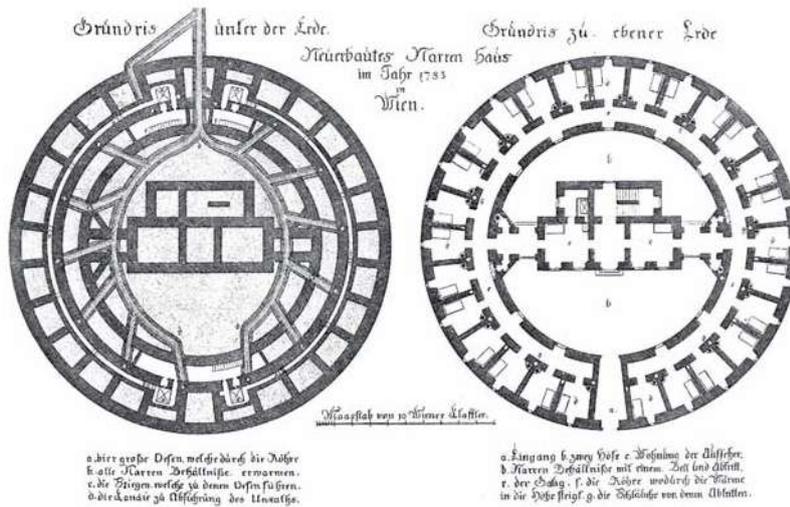


Abb 3: Grundriss Narrenturm, Wien

1.2.2. „Irren“-Heilanstalt auf dem Brünnefeld

Die „Irren“-Heilanstalt am Brünnefeld wurde 1853 unter der Planung des Architekten Ferdinand Fellner d.Ä., eröffnet. Diese fungierte als eigenständige Institution, unabhängig vom Allgemeinen Krankenhaus in Wien und unter eigener Direktion. Adaptiert an die damaligen Pflegebedarf, fasste die Einrichtung eine Kapazität von 480 Betten. Zusammen mit den, damals noch vorhandenen und benötigten Betten im „Narrenturm“ (270) sowie dem Lazarettgebäude (100) war es möglich, insgesamt 850 Menschen zu versorgen.

Die Erschließung der Heilanstalt erfolgte über ein Einfahrtsgebäude, welches, direkt zu einer großzügigen Parklandschaft führte. Über diese Naturlandschaft erreichte man schließlich den „zentralen Karreebau, der von zwei ebenerdigen Wirtschaftsgebäuden flankiert wurde und an den sich rückwärtig lang gestreckte Flügelbauten anschlossen.“ (Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015: 20) Die wesentliche Unterscheidung des Komplexes zu damaligen Pavillonanlagen liegt in der Zusammenfassung von Nutzungen in einem großen Baukörper, während man die umliegenden Freiflächen weitgehend unbebaut ließ. Auch Schlösser, Paläste sowie Klöster wurden in dieser Bautypologie ausgeführt. Als Vorbild bediente sich der Architekt in Hinsicht der Formensprache dem zeitgenössischen Rundbogenstil, welcher für öffentliche

Bauten vorwiegend verwendet wurde, mit der Beifügung von neugotischer Detaillierung. Die Neudefinition einer Heilanstalt wurde auch innerhalb der Öffentlichkeit besonders positiv aufgenommen. Die Wohnung sowie das Büro der Anstaltsdirektion, Verwaltung, Wohnungen für Personal, die Kapelle sowie eine Stationsküche befanden sich „im breiten Vordertrakt des Karreebaus („Direktionstrakt“)“. (Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015: 20) Die Zimmer bzw. Aufenthaltsbereiche der Patienten wurden in anschließenden Gebäudeflügeln sowie den hinteren und seitlichen Trakt des Komplexes situiert. Auch hier wurden die Patienten nach wie vor nach Männern und Frauen, der Vermögenssituation sowie den Krankheitssymptomen eingeteilt. Diese Einteilung erfolgte in drei „Verpflegungsklassen“ welche von zwei Zimmern für eine Person mit zwei „Wärtern“ bzw. „Wärterinnen“ bis hin zu Mehrbettzimmern bis zu 18 Personen und geteilten Pflegeleistungen. (Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015: 20) Die weitere Differenzierung erfolgte nach Krankheitssymptomen, welche die Patienten in „„Ruhige“, „Unruhige“, „Tobsüchtige“ und „Unreine““ unterteilte. (Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015: 20) Dabei wurden die rein körperlich Kranken in den vorderen Gebäudetrakten untergebracht, während man die „Tobsüchtigen“ oder „Unreinen“ so weit entfernt wie möglich im Gebäude beherbergte. (Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015: 21) Großzügig vorgelagerte Gänge dienten als Beobachtungsmöglichkeit für das Personal. Sogar die weitläufigen Freibereiche wurden für die unterschiedlichen Patienten und Klassen unterteilt. Allerdings war man bereits da-

mals bemüht, den Patienten eine größere Auswahlmöglichkeit an Aktivitäten und Beschäftigungen anhand „Gärten [...], Bädern, Arbeits- und Konversationssälen“ sowie einem Speisesaal und einer Bibliothek, zu bieten. (Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015: 21)

Der „Narrenturm“ ist seit 1923 denkmalgeschützt und beherbergt seit 1971 die „Sammlungen des Pathologisch-anatomischen Universitätsinstitutes“. (Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015: 21)

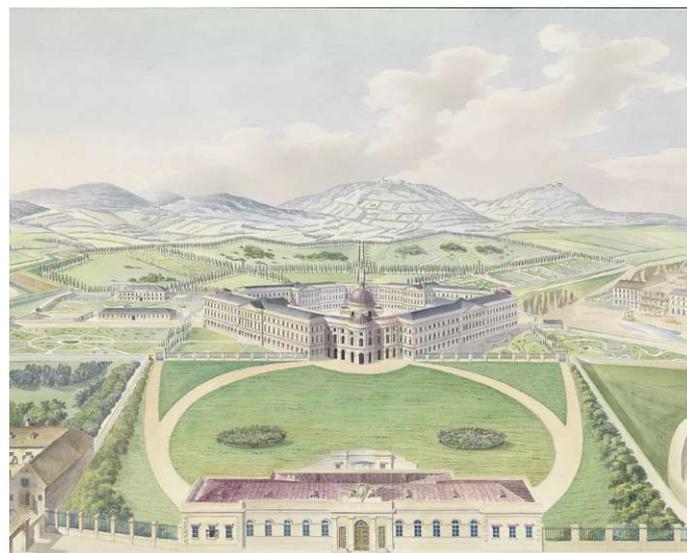


Abb 4: Vogelperspektive „Irren“-Heilanstalt am Brünfeld

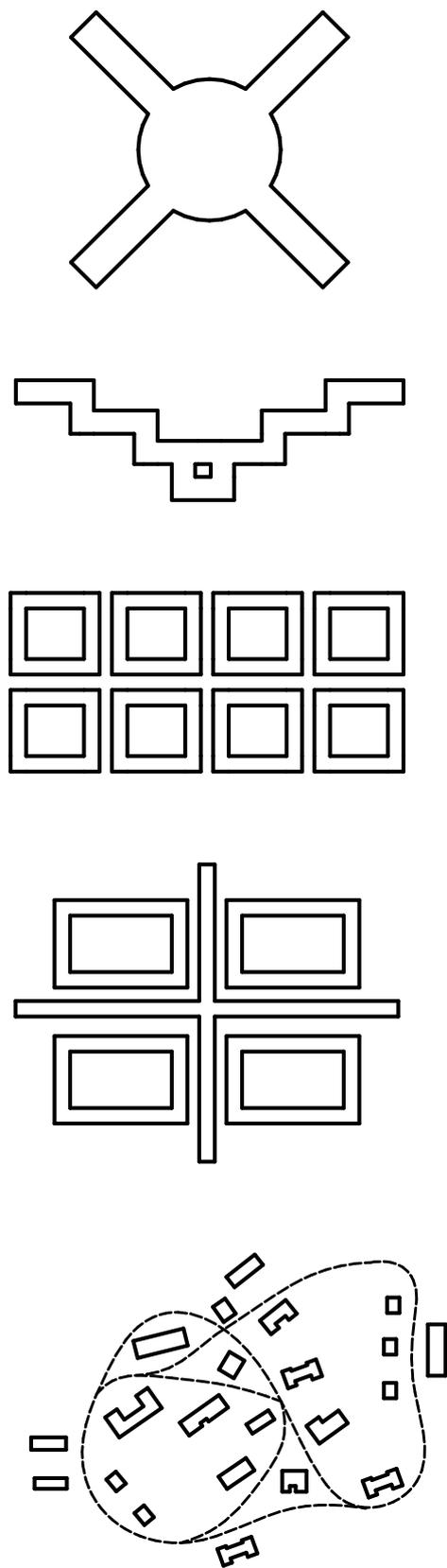
1.3. Psychiatrische Kliniken

Eine weitere Veränderung der Wahrnehmung und Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen erfolgte im Zuge des Zeitalters der Aufklärung. Die Beeinflussung durch eine humanere Veranschaulichung des Menschen führte zu neuen Konzepten und Behandlungsweisen. (vgl. Salus gGmbH 2022) Somit wurden sowohl mechanische Instrumente als auch Ketten nicht mehr zur „Ruhigstellung“ von Patienten verwendet. (Salus gGmbH 2022: o.S.) In weiterer Folge wurde die Psychologie von verschiedensten Pionieren und deren Therapieformen erforscht, bei denen die Patienten ihren freien Willen ausleben konnten, wie beispielsweise bei der privaten Irren-Pflegeanstalt in Oberdöbling, errichtet von Bruno Görger, oder an Kuren wie beispielsweise den „magnetischen Kuren“ von Franz Anton Mesmer teilnahmen, der davon überzeugt war, anhand atmosphärischer Strahlung eine magnetische Auswirkung auf den Organismus zu generieren. (Salus gGmbH 2022: o.S.) Die neuen Reformen reichten von dem Unterbringen psychisch kranker Patienten in damals umgenutzten Lazaretten bis hin zu eigens eröffneten Stationen in allgemeinen Krankenhäusern. 1853 wurde schließlich die erste Wiener „Irren-Heil- und Pflegeanstalt am Brünnpfeld“ gegründet, welche sich als erste, spezialisierte psychisch-medizinische Einrichtung in Österreich präsentierte. Mit einer Kapazität von bis zu 700 Betten waren sogar speziell vorgesehene Therapieräumlichkeiten im Raumprogramm vorgesehen. Die Gestaltung der Räume sowie

die Adaptierung an die Bedürfnisse der PatientInnen wird zu dieser Zeit allerdings noch völlig außer Acht gelassen. Ab 1866 wurden erste Vorlesungen über die Materie der Psychiatrie bzw. Psychologie an der medizinisch-chirurgischen „Josephs-Akademie“ von Jaromir von Mundy gehalten. Maximilian Leidersdorf legte schließlich das Fundament für den klinisch-psychiatrischen Universitätsunterricht in der psychiatrischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses in Wien. (vgl. Wiener Stadt- und Landesarchiv 2021) Ab der zweiten Hälfte des 19. Jhdt. wurde in Österreich ein Großteil der psychiatrischen Kliniken gebaut. Beispielsweise „in Linz (1867), Graz (1873), Klagenfurt (1877), sowie Salzburg (1898)“. (ÖGPP o.J.: o.S.) Die Anstalt Hall in Tirol bestand bereits seit 1830 und war für ihre Fortschrittlichkeit und Ablehnung von Zwangsmaßnahmen bekannt“ (vgl. ÖGPP o.J.)

1.4. Entwicklung von Gebäude- typologien ab dem 19. Jhdt.

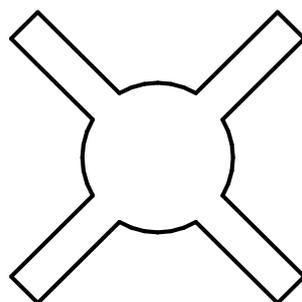
Durch die ab dem 19. Jhdt. entstehende Irrenvorsorge in mehreren Ländern spielt auch die Weiterentwicklung der Gebäudetypologie eine große Rolle. Neue Maßnahmen in sozialer, militärischer oder wirtschaftlicher Angelegenheit forderten neue Formen bzw. Typologien. Dadurch entstanden eigenständige Gebäudetypologien innerhalb der verschiedenen Nationen in Anlehnung an überlieferte Versorgungsformen mental kranker Patienten sowie herausragenden Persönlichkeiten aus den Fachgebieten der Architektur und Psychiatrie.(vgl.: Müller 1997)



1.4.1. Großbritannien

Panoptikon - Beaufsichtigung der Irren

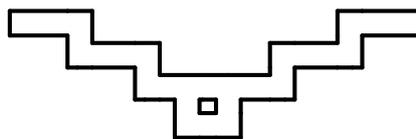
Der Philosoph Jeremy Bentham hatte im 19. Jhd. einen starken Einfluss auf die Architektur in Großbritannien. Sein Konzept des Panoptikons hatte seine Grenzen in der Erweiterbarkeit sowie Wirtschaftlichkeit, dadurch folgte eine Entwicklung zu einer flächigen Bauweise, dem Pavillonsystem, bei dem man sich ab der zweiten Hälfte des 19. Jhdts. an den USA orientierte. Dieses bautypologische Konzept erforderte allerdings einen hohen Platzbedarf und aufgrund der damit verbundenen Kosten wurden diese in abgelegenen, ländlichen Gegenden situiert. Die dort vorgefundene Rückzugsmöglichkeit, Ruhe sowie den direkten Bezug zur Natur hatten zusätzlich eine positive Auswirkung auf Therapiemethoden wie „moral Management“ und „Retreat“. (Müller 1997: 185) Innerhalb Europas wurde die panoptische Bauform nur in Oslo als Bautypologie, speziell für Psychiatrien, angewendet, sonst kam sie hauptsächlich für Gefängnisbauten zur Anwendung. (vgl. Müller 1997)



1.4.2. USA

Linear versetzte Strukturen - Anschauungstherapie

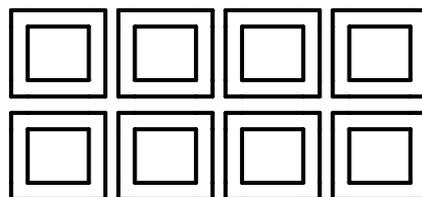
In den USA gab es bereits eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen dem Psychiater T.S. Kirkbride, welcher das Gebäude selbst als Therapiemittel sah, mit dem Architekten Sloan. Daraus resultierte ein Zubau von Pflegeeinheiten zu einem Zentralbau, was mehr natürliche Belichtung sowie Belüftung zur Folge hatte und sich positiv auf die Patienten auswirkte. Somit wurden lange, dunkle Gänge, welche einen reinen Erschließungszweck hatten, zu attraktiven Aufenthaltszonen. Auch die Privatsphäre sowie genügend Rückzugsmöglichkeiten waren für Kirkbride von besonderer Bedeutung. Somit sollte es ihm maximal 260 Patienten pro Station geben, um die Qualität der Therapie auf einem hohen Level halten zu können. Die Idee des Schaffens einer therapieunterstützenden Umwelt sowie der Heilung durch den Bezug zur Natur ist hier durch die Verzahnung der Gebäudestruktur mit der Landschaft, bereits gut gelungen. Des Weiteren wurden die Grenzen der linear versetzten Struktur bzw. der Längsausdehnung sichtbar - dies bedarf eines ausgezeichneten Versorgungskonzeptes. (vgl. Müller 1997)



1.4.3. Frankreich

„carré isolé“ - Hofstruktur - Klassifizierung

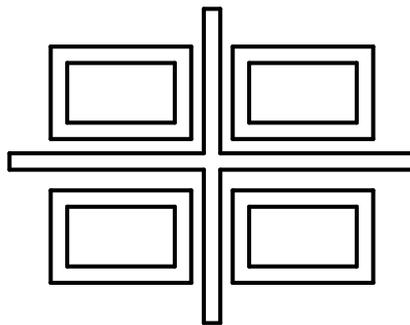
Maßgebende Elemente der psychiatrischen Einrichtungen in Frankreich waren das „carré isolé“ von Philippe Pinel und Jean Dominique Esquirol. (Müller 1997: 186) Dabei handelt es sich um eine Hofstruktur, an welcher die Einzelzimmer der Patienten in Richtung eines üppig begrünten, rechteckigen Innenhofes angereiht waren. An der Außenseite der Hofstruktur wurden Säulengänge angedacht, welche als Aufenthalts- sowie Erschließungszone dienten. Diese Struktur wurde addiert um unterschiedliche Zonierungen, eingeteilt nach Krankheiten bzw. Therapie und Diagnose, zu schaffen. Um die Suizidgefahr möglichst einzudämmen wurde die Hofstruktur mit höchstens zwei Geschossen ausgeführt, so hatte auch diese Bautypologie ihre Grenzen in der Ausdehnung. In Weiterer Folge kam es zu einer Mischung zwischen Hof- und Pavillonstruktur im Ende des 19. Jhdts. (vgl. Müller 1997)



1.4.4. Deutschland

Blockstruktur mit Achsenkreuz - Klassifizierung

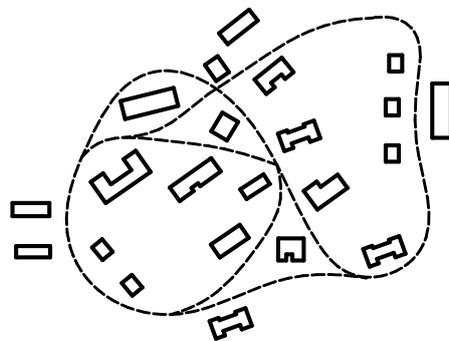
Anfänglich wurden psychisch kranke Patienten in Kirchen untergebracht. zu Beginn des 19. Jhdts. folgten schließlich ganze Umbauten „der ehemaligen Klöster zu Irrenanstalten“ aufgrund der Säkularisation (Müller 1997: 187). Bautypologisch Treibende Kraft zu Beginn des 19. Jhdts dafür war in Deutschland Deutsche Arzt Christian Friedrich Roller, welcher sich von der Separation zwischen heilbaren und unheilbaren Krankheiten abwandte und diesbezüglich die Gebäudetypologie für Heilanstalten adaptierte – die „relativ verbundene“ Heil- und Pflegeanstalt. (Müller 1997: 187) Die Situierung an einem abgelegenen, naturverbundenen Bauplatz sollte auch hier als Therapie die Patienten positiv beeinflussen. Der Gebäudetypus gewann an internationalem Ansehen und erlangte auch über die Landesgrenzen hinaus großen Zuspruch. Ein Achsenkreuz teilt die Gebäudetypologie in vier Segmente – ein Hof in der Mitte mit einer Kirche dienten als Verbindungspunkt der dadurch entstehenden, vier eigenständigen Anlagen. Innerhalb der Einrichtung wurden Männer und Frauen räumlich getrennt. (vgl. Müller 1997)



1.4.5. Österreich

Pavillonsystem

Ende des 19. Jhdts. wurde das Pavillonsystem, unter Mitwirkung von Heino Schmiede und Martin Gropius, als Entwurfsschema für psychiatrische Einrichtungen international anerkannt und löste die Heilanstalten nach dem „relativ verbundenen“ Gebäudetypus ab. (Müller 1997: 187) Das Pavillonsystem etablierte sich auch in Österreich und liefert zu Beginn des 20. Jhdts. (1907) durch den Bau der „Nö. Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke Am Steinhof“ in Wien, unter Anordnung Otto Wagners und Carlos von Bloog, eines der bedeutendsten Beispiele in der Geschichte Wiens. Die Einrichtung ist bis zum heutigen Tag unter dem Namen „Klinik Penzing“ (zuvor Otto-Wagner-Spittal) in Betrieb. Und zählte zur damaligen Zeit zu den fortschrittlichsten und beträchtlichsten psychiatrischen Einrichtungen Europas. Auf dem insgesamt 1,43 km² großem Bauplatz wurden 34 Pavillons mit einer Kapazität von insgesamt 2.200 Betten sowie einer Kirche, ein Theater, ein landwirtschaftlicher Betrieb und ein Verwal-



tungsgebäude zueinander angeordnet, welche bewusst in suburbaner Umgebung situiert wurden. (vgl. Wiener Stadt- und Landesarchiv 2021) Die Entfernung zur Stadt und die direkte Nähe zur Natur wurden bereits damals als, sich positiv auf die Heilung auswirkende, Aspekte angesehen. Allerdings wurde durch die Entfernung der Psychiatrie zur Stadt auch die bereits negativ etablierte Einstellung der Gesellschaft gegenüber psychisch kranken Personen verstärkt. Die „Unvernünftigen“ werden zwar angenommen, allerdings nur auf eine Distanz, weitab von dem Geschehen des Stadtkerns, von den „Vernünftigen“ und dem täglichen Leben ferngehalten, entsprechend der Zeitepoche der Aufklärung war es einfach, alles „Unvernünftige“ auszuschließen.(vgl. ORF 2017) Einer der Hintergrundgedanken der infrastrukturellen Einrichtung war somit auch, ein gewisses Maß an Selbstversorgung zu erreichen, indem man Lebensmittel selbst anbaute und herstellte bzw. weiterverarbeitete, um die „gesunde“ Bevölkerung versorgungstechnisch so wenig wie möglich zu belasten. Allerdings hatten Einrichtungen wie Werkstätten, Felder und Stallungen oder Wäscherein, einer Küche usw. auch eine äußerst positive Auswirkung auf die Genesung der Patienten, da sie wie in einer autarken Gemeinschaft in einer eigenen Kleinstadt lebt, die sich selbst versorgt und somit das soziale Leben weiterhin erhalten bleibt. Im Laufe der Zeit wurden, für die über 2000 dort lebenden Patienten, 60 Bauten errichtet. Selbst innerhalb der Einrichtung wurden die schwierigsten Fälle möglichst weit weg von der Verwaltung des Areals untergebracht.

(vgl. Wiener Stadt- und Landesarchiv 2021)
Zwei der bedeutendsten Forscher der österreichischen Psychiatrie sind Sigmund Freud und Julius Wagner-Jauregg, welche zwei komplett unterschiedliche Herangehensweisen für ihre jeweiligen Grundsätze der Therapie verwenden. (Vgl. ÖGPP o.J.)

1.5. Psychiatrie im 1. Weltkrieg

Vom Großkrankenhaus zur gemeindenahen Versorgung

In der Zeit vom 19. Jhdt. bis zum Beginn des 1. Weltkrieges kam es zu stark steigenden Einweisungen in den psychischen Heilanstalten, welche auch auf die Industrialisierung und dem damit verbundenen Bevölkerungswachstum zurückzuführen ist. Gleichzeitig herrschte aufgrund der Kriegssituation beinahe ein Stillstand in der baulichen Erweiterung und somit kam es zur steigenden Überfüllung von psychiatrischen Einrichtungen. Darunter litt in weiterer Folge auch die Qualität der Behandlung der Patienten. (vgl. Müller 1997)

1.6. Nationalsozialismus

Die dunkle Zeit in der Geschichte der Psychiatrie

Der Nationalsozialismus kennzeichnet eine der dunkelsten Zeiten in der Geschichte der Psychiatrie in Österreich. Mit dem 20. Jhdt. hat sich vermehrt ein bestimmtes Idealbild der Gesellschaft etabliert, welches durch sozialpolitische und rassistische Aspekte geprägt war. Dies besagte, dass Menschen mit Behinderungen oder psychischen Krankheiten als „sozialer Ballast“ wirkten und als nicht lebenswert und unnütz erachtet worden sind. Diese grausamen Gedankengänge hatten zur Folge, dass man durch eine Bereinigung der Bevölkerung die Gesellschaft vor den als lebensunwürdigen Menschen zu schützen versuchte und fortwährend zu begünstigen. (vgl. DÖW o.J.) Durch die Verabschiedung des Erbgesundheitsgesetzes im Jahr 1934 mussten Menschen mit Erberkrankungen bei Amtsärzten angezeigt werden, welche in weiterer Folge eine Zwangssterilisation arrangierten. (vgl. Clesse 2012) So kam es 1920 von einer Sterilisation auf freiwilliger Basis zu einer Zwangssterilisation 1934 im Nationalsozialismus bis hin zu einer „Euthanasie“ zu Beginn des 1. Weltkrieges, welche den „Gnadentod“ für als damals als lebensunwürdige Menschen bezeichnete. (vgl. DÖW o.J.) Dazu zählten Menschen mit psychischen Krankheiten, mit geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung, ausländische Gesellschaftsgruppen oder Homosexuelle. In der Tiergartenstraße 4 in Berlin wurde in weiterer Folge des Krieges die so genannte „T4-Aktion“ veranlasst.

(vgl. DÖW o.J.) Bis zu 150.000 Menschen mit psychisch Beeinträchtigte oder geistig behinderte Menschen wurden von ihren einstigen Aufenthaltsorten in Kliniken in Konzentrationslager transportiert und dort in, mit Kohlenmonoxid gefüllten, Gaskammern ermordet. (vgl. Clesse 2012) Hartheim war innerhalb Österreichs zur damaligen Zeit die Hauptanlaufstelle. Über 18.200 Menschen mussten dort ihr Leben lassen. Auch in den zehn existierenden österreichischen Psychiatrien wurde die so genannte „Euthanasien“ durchgeführt. Die Sterbeurkunden wurden, um die „Aktion T4“ geheim zu halten systematisch durch Angabe von körperlichen Erkrankungen als Todesursache gefeilscht. In der Anstalt Hartheim in Linz wurden noch nach dem Einstellen der „Aktion T-4“ durch Hitler im Jahre 1941 wurden inoffizielle Euthanasien durchgeführt. (vgl. DÖW o.J.)

Landes-Pflegeanstalt
Grafeneck

Münzingen, den 16. August 1940
Grafeneck 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 Beatrice Leopold 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 Einsäuerung des Leichnams an.

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

Etwasige Anfragen bitten wir schriftlich hieher 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!

J. Keller

Abb 5: Beileidschreiben an Angehörige von Euthanasieopfern der NS-Zeit

1.7. Nachkriegszeit und Reformen

Aufgrund dieser grausamen ethischen Ereignisse wurde nach dem 2. Weltkrieg für Forschungen auf medizinischer Basis allgemein verbindliche Rahmenbedingungen für sowohl gesunde als auch kranke Personen generiert. Diese neuen Ansprüche der Zeit zwischen 1950 und 1960 an Behandlung und Einrichtungen bewirkten somit eine starke Weiterentwicklung von Psychiatrischen Einrichtungen. Dies brachte sowohl bauliche als auch therapeutische Veränderungen wie beispielsweise eine kürzere Behandlungs- und Aufenthaltsdauer sowie Erfolge der Rehabilitation und Resozialisierung von Menschen mit spezifischen Psychosen, welche einst Jahrzehnte lang ohne Perspektive in Psychiatrien von der Zivilisation weggesperrt wurden. (vgl. Müller 1997) Ein Vorreiter dieser Zeit waren vor allem die USA, welche sich unter der Präsidentschaft von John F. Kennedy auf „Community Health Centers“ fokussierten. (Müller 1997: 191) Durch das Raumprogramm, welches sich aus „Ambulatorien, Bettenstationen, einem Notfalldienst sowie Tages- und Nachtkliniken“ zusammensetzte, sank die Auslastung der umliegenden „Großkrankenhäuser“ in einem Zeitraum von 25 Jahren um bis zu 75%. (Müller 1997: 191) Neben psychisch Kranken sind dagegen auch teilweise „chronisch psychisch Kranke, Alte, Alkoholiker und körperlich Invalide zusammengewürfelt“ worden, was wiederum zur Folge hatte, dass man in veraltete Muster rutschte, welche Auslöser für die ursprüngliche Schaffung von

staatlichen Kliniken für psychisch Kranke waren. (Müller 1997: 191) Durch einen Artikel in der „Psychiatrie-Enquete“, welcher über die extreme Überlastung der Bettenkapazitäten, sowie unerträgliche Zustände von Sanitär- und Nassräumen für die stark steigende Anzahl an Patienten und die allgemein für Menschen würdelosen Bedingungen in den längst veralteten Einrichtungen in Kombination mit dem Personal-mangel und bedürftigem Angebot an Therapie-möglichkeiten berichtete, rückte die Psychiatrischen Einrichtungen in ein äußerst kritisches Licht in der Öffentlichkeit. Zusätzlich forderte man eine komplett neue Alternative zu den psychiatrischen Einrichtungen aufgrund der steigenden Zahl stationärer Daueraufenthalte von Patienten mit chronisch mentalen Erkrankungen. Das durch den öffentlichen Druck entstandene Ergebnis war somit der Versuch, Psychiatrien vermehrt einzubinden. (vgl. Müller 1997) Ein weiterer Meilenstein in der Weiterentwicklung psychiatrischer Therapiemethoden war die Entstehung erster Psychopharmaka durch die Entdeckung von Chlorpomazin im Jahre 1952 und Imipramin im Jahre 1957. (vgl. Babic 2019)

1.8. Integration der Psychiatrie

Durch den Artikel „Psychiatrie-Enquete“ wurde die Aufmerksamkeit für Psychiatrien seit den 1970ern, wie bereits erwähnt, wieder geweckt, was eine Vielzahl an Reformen mit tiefgreifenden Veränderungen von psychiatrischen Einrichtungen zur Folge hatte. Neue Leitmotive zugunsten der Patienten waren beispielsweise die Transparenz und Öffnung der psychiatrischen Abteilungen durch alltägliche Bauformen sowie die Integration in die Gesellschaft durch die richtige Einbettung in einen sachlichen, gewöhnlichen sowie lokalen Kontext und den Krankenaufenthalt, so alltäglich wie möglich zu machen. (vgl. Müller 1997) Auch die Reduktion der hohen Bettenanzahl und der gleichzeitigen Auflösung von Betten Sälen waren ein ausschlaggebendes Kriterium. Weiters sollte die Ausstattung für medizinisches Personal verbessert werden, um eine bessere Behandlung gewährleisten zu können. Die ambulante Therapiemöglichkeit soll der stationären vorgezogen werden. Zudem soll die Möglichkeit für betreutes Wohnen geschaffen werden, um einer langen stationären Aufenthaltsdauer von Patienten vorzubeugen. Regionale Versorgung soll im Vergleich zu Zentralisierung im Vordergrund stehen, um auch in kleineren Gebieten Behandlungen zu ermöglichen und die Aufenthaltsdauer zu verringern. (vgl. Babic 2019)

2. psychiatrische versorgung im 21. jhdt.

2.1. Enthospitalisierung und mehr Leistungsaufkommen

Durch die neuen Reformen und deren positive Veränderungen bezüglich Versorgungsmaßnahmen von Patienten mit mentalen Erkrankungen, kam es zu einer deutlichen Enthospitalisierung innerhalb der medizinischen Einrichtungen. Dabei handelt es sich um eine deutliche Reduktion von stationären Betten in psychiatrischen Krankenhäusern. Diese Entwicklung unterscheidet sich jedoch im Vergleich verschiedener Länder. Hauptsächlich handelt es sich dabei um einen Rückgang von stationären Betten für Langzeitaufenthalte, während Betten für akute Fälle unverändert ist. Lt. dem „Mental Health Atlas der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“ aus dem Jahre 2017 sind „0,6 psychiatrische Betten pro 1000 Einwohner“ vorgesehen. (Wancata et al. 2018: 8) Drei Viertel davon in Psychiatrischen Einrichtungen sowie ein Viertel in allgemeinen Krankenhäusern. In Österreich stehen, laut einer veröffentlichten Statistik der WHO aus dem Jahr 2011, „0,35 Betten pro 1000 Einwohner“ zur Verfügung. Bei unseren Nachbarn in Deutschland liegt der Wert im Vergleich zu „0,88 Betten pro 1000 Einwohner“ unter der Hälfte. In der Schweiz sind es sogar „1,01 pro 1000“. (Wancata et al. 2018: 8) Somit ist das österreichische Angebot an Patientenbetten in Bezug auf die Bevölkerungsanzahl im internationalen Vergleich eher spärlich. (vgl. Wancata et al. 2018: 8-12) Ein deutlicher Rückgang der Betten im psychia-

trischen Bereich geht vor allem im Vergleich der Zeitspanne von 1970 – 1997 hervor. Diese reduzierten sich von ca. 12.000 auf 5066 Betten, während sich im gleichen Zeitraum die Zahl der Patientenaufnahmen in psychiatrischen Einrichtungen von 25.000 auf 45.000 fast verdoppelte. Eine weitere Entwicklung zeigt sich auch im Rückgang der Verweildauer von Patienten. Während sich der Durchschnittswert der Bettenbelegung von 8,9 Mal pro Jahr (1996) auf 13,2 Mal pro Jahr (2002) erhöht hat, ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 41,2 Tagen (1996) auf 27,7 Tage (2002) (vgl. Wancata et al. 2018: 8-12) In dem Jahr 2010 lag die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt bereits nur noch bei 22,9 Tagen im Jahr. (vgl. universalRAUM 2012: 13)

2.2. Zukunftsaussichten

Mehrere umfassende Studien konnten bereits belegen, dass psychisch Krankheiten oft gemeinsam mit allgemeinen körperlichen Erkrankungen auftreten. Eine nicht publizierte Studie lässt hervorgehen, dass ca. 25 Prozent der physisch kranken Menschen in Österreich auch von psychischen Krankheiten betroffen sind. Diese Faktoren führen zu der Überlegung, künftig eine Unterdisziplin der „Psychosomatik“ und spezialisierte Behandlungsangebote anzubieten, um sowohl die mentalen als auch die, häufig in Begleitung auftretenden, physischen Symptome behandeln zu können. Eine Abdeckung aller Bedürfnisse ist somit nur durch einen Austausch sowie die Kooperation zwischen den Fachdisziplinen möglich. Problematisch ist allerdings, dass

viele Länder diese Aufgabe als reine Angelegenheit der psychiatrischen Behandlung sehen. Eine fortführende Reduktion der Patientenbettenanzahl würde aufgrund der Problematik von bereits vorhandenen Versorgungsengpässen sowie der stark eingeschränkten Dauer des Aufenthaltes keinen Mehrwert mit sich bringen. Vielmehr bedarf es einer Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebotes, beispielsweise in Form von Tageskliniken, sofern man das Angebot an Patientenbetten, im Vergleich zu Nachbarländern wie Deutschland oder der Schweiz, nicht anpasst oder erhöht. (vgl. Wancata et al. 2018: 11)

2.3. Die Tagesklinik

Neue Versorgungslandschaften

Das Konzept der Tagesklinik für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen hat bereits einen großen Entwicklungsfortschritt erlangt und erfreut sich heute an immer größer werdender Beliebtheit und positiver Etablierung. Tageskliniken sind krankenhaugestützte Einrichtungen, die eine umfassende psychiatrische Versorgung durch Ärzte, Krankenschwestern, Therapeuten und weiteren Beschäftigten des Gesundheitswesens bieten können. (vgl. WHO Regional Office for HEN 2005) Die Therapie verläuft zielorientiert und zeitlich begrenzt innerhalb eines gewissen Zeitraumes. Dabei handelt es sich um ein Programm in einer psychiatrischen Einrichtung, welches tagsüber organisiert wird. Die Patienten kommen

morgens ins Krankenhaus, erhalten praktisch die gesamte übliche Pflege und Behandlung und kehren am späten Nachmittag oder Abend nach Hause zurück. Der Begriff Tagesklinik ist im Zusammenhang mit psychiatrischen Einrichtungen seit Beginn der 30er Jahre durch die in Moskau erfolgte Eröffnung der teilstationären „Adnex für Psychosekranken“ durch den Oberarzt Dzagharov geläufig. (Eikelmann 2010: 358) Der Begriff „day hospital“ wurde das erste Mal 1946 durch den Psychiater Ewen D. Cameron verwendet, aufgrund der Gründung der ersten psychiatrischen Tagesklinik am „Alan Memorial Institute“ in Montreal. (Eikelmann 2010: 358) Das Konzept der Tagesklinik wird heute weit verbreitet genutzt, um der Abgeschlossenheit der psychiatrischen Anstalt entgegenzuwirken und den Kontakt zu ihren Familien und sozialen Gruppen aufrechtzuerhalten. Tagsüber erhalten die Patienten Einzel- oder Gruppentherapien und beteiligen sich an den Aktivitäten des Krankenhauses entsprechend ihren Bedürfnissen und Interessen. Abends kehren sie jedoch in ihr gewohntes familiäres oder privates Umfeld zurück. In einigen Einrichtungen wird das Programm in Verbindung mit einer Ambulanz oder als eigenständiges Zentrum aufgebaut, in anderen werden die Tagespatienten zusammen mit den stationären Patienten betreut und behandelt. Patienten, die eine ambulante Rehabilitation benötigen, bevorzugen das Angebot einer Tagesbetreuung, da ein stationärer Aufenthalt in einer speziellen Einrichtung ihre Erkrankung bzw. Einschränkung, aus gesellschaftlicher Sicht, zu sehr in den Vordergrund rücken könnte. Die Hemmschwelle betroffener Personen in

Bezug auf diese Thematik ist innerhalb der Gesellschaft nach wie vermehrt so groß, dass sie befürchten, ihr Ansehen oder Status könnte sich dadurch vermindern. Ein Tagesbetreuungsprogramm hat eine Reihe von Vorteilen. In erster Linie gibt es der Familie eine Auszeit untertags. Zudem können die Kosten für einen stationären Krankenhausaufenthalt eingespart werden. Für die Mitarbeiter öffnet sich die Möglichkeit, das Verhalten von stationären Patienten innerhalb der Einrichtung auf eine Weise zu beobachten und dokumentieren, die mit ambulanten Patienten nicht möglich ist. Es kann als stufenweiser Übergangsmöglichkeit vom ambulanten Tagespatienten in der Gemeinschaft zum stationären Krankenhausaufenthalt dienen, der es dem Patienten ermöglicht, das Personal kennenzulernen und die Angst vor einem Krankenhausaufenthalt zu überwinden. In weiterer Folge kann ein Tagesprogramm gleichermaßen auch nach einem Krankenhausaufenthalt dem Patienten helfen, in seinem eigenen Tempo seinen Weg zur Selbstständigkeit zu entwickeln und wiederzufinden. Wenn die Patienten abends nach Hause kommen, erhalten die Mitarbeiter zusätzlich die Möglichkeit, die Auswirkungen des familiären Umfelds auf sie zu untersuchen. Auch die Familien- oder Freundeskreise der Patienten haben die Möglichkeit das Personal sowie das Angebot an Aktivitäten und Therapiemöglichkeiten kennenzulernen und können lernen, wie sie im Heilungs- und Behandlungsprozess zusammenarbeiten können. Zudem ist es auch üblich, das soziale Umfeld der Patienten in öffentliche Veranstaltungen innerhalb der medizinischen Einrichtungen einzubinden. Dadurch bringt man

die „Außenwelt“ in das Gebäude und den Kontext der Patienten und trägt dazu bei, die Kluft zwischen Krankenhaus und dem alltäglichen Leben zu überbrücken und ein Gleichgewicht zu halten. Das Tagesprogramm hilft auch, den pflegebedürftigen Patienten daran zu hindern, das Krankenhaus als Zufluchtsort vor dem alltäglichen Leben zu nutzen. Wenn sie abends nach Hause oder in das familiäre Umfeld zurückkehren, betrachten sie das Krankenhaus lediglich als einen vorübergehende Behandlungs- und Therapieort und nicht als eine dauerhafte Pflege. Dies trägt zur Erhaltung der Moral bei und hält sie in den meisten Fällen davon ab, stationäre Patienten zu werden. Außerdem müssen sie nicht lernen, sich der Gemeinschaft anzupassen, weil sie diese nie verlassen haben, sondern lernen sich innerhalb der Gemeinschaft wieder richtig zu integrieren sowie Alltägliches selbst zu meistern. (vgl. N. Sam 2018)

Generelles Ziel psychiatrischer Einrichtungen wäre es, dass alle betroffenen Patienten die Einrichtung aufsuchen, weil es deren eigener Wille bzw. Wunsch ist sowie die Möglichkeit, alle Patienten nahegelegen ihres Wohnortes behandeln zu können. Lt. mehreren Studien zufolge, bestünde bei etwa einem Drittel aller stationären Patienten auch die Möglichkeit auf eine ambulante Behandlungsmethode. Es gibt verschiedenste Organisationsformen einer Tagesklinik wie z.B. „Tagesklinik als Station eines Krankenhauses ins Gebäude integriert, Tagesklinik als eigene Gebäudeeinheit am Krankenhaus, Tagesklinik als eigene Gebäudeeinheit am Krankenhaus [oder, d. Verf.] Ta-

gesklinik unabhängig vom Krankenhaus in gesonderter Trägerschaft“. (Eikermann 2010: 356) Durch die Integration der Gemeinschaft in die Behandlungsverfahren wird das soziale Leben für die Patienten verständlich und regelbar. In weiterer Folge gelten Tageskliniken durch Faktoren wie die im stark im Vordergrund stehende Gemeinschaft und die Integration des sozialen Lebens, als moderne und zukunftsorientierte Einrichtungen, welche einer familiären Konstellation im Vergleich am ähnlichsten sind. Dies ist besonders wichtig in Bezug auf die historische Wahrnehmung einer Psychiatrie hervorzuheben, welche als Assoziation für menschenunwürdige Maßnahmen und Bestimmungen der damaligen Einrichtungen galt und von dessen Verknüpfungen es sich teilweise noch heute zu lösen gilt. (Vgl. Eikermann 2010)

2.4. Situation in Österreich

Mittlerweile leiden rund 39 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher aktiv an einer psychischen Erkrankung, wie aus einer Studie des Berufsverband Österreichischer Psychologinnen (BÖP) aus dem Jahr 2020 hervorgeht. Dabei wird ersichtlich, dass in Österreich bereits vor der COVID-19 Pandemie massiver Nachholbedarf hinsichtlich der Versorgung und Unterstützung von psychisch erkrankten Personen besteht. Die Pandemie sowie die daraus folgenden Einschränkungen und deren Konsequenzen auf die psychische Gesundheit der Menschen führte lediglich dazu, dass sich diese Situation verschlechterte und stellte

die betroffenen Personen und deren Mitmenschen vor scheinbar unmöglichen Aufgaben. Zusätzlich offenbart die Studie, dass rund die Hälfte der Bevölkerung in Österreich an einer psychischen Erkrankung leidet oder in der Vergangenheit gelitten hat. (vgl. BÖP, 2020)

Zudem zeigte sich, dass die Thematik rund um psychische Krankheiten weiterhin ein großes Tabuthema in der Gesellschaft darstellt, da mehr als ein Viertel der befragten Personen ihrem unmittelbaren Umfeld, sei es Familie oder Freunden, nicht von einer Erkrankung erzählen würden. Dies hat jedoch keinen Einfluss auf die eigene Akzeptanz der betroffenen Personen, da die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, sehr hoch ist (980 der 1.000 befragten Personen würden bzw. nehmen diese wahr). Davon haben wiederum 73 Prozent tatsächlich eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Für Jugendliche im Alter von 16-19 Jahren sind psychische Erkrankungen nach wie vor ein schwieriges Thema, da sich nur wenige auch aktiv behandeln lassen. Es scheint aber, dass in Österreich ein klares Defizit hinsichtlich der Aufklärung bei Krankheitsfällen besteht, da ein Großteil (56 Prozent) der Probanden nicht wussten, an wen sie sich im konkreten Fall wenden sollten. Somit besteht zwar eine gewisse Nachfrage nach professioneller Hilfe, dennoch fehlt es an einer klaren Kommunikation, an wenn sich betroffene Personen im Ernstfall wenden können. Auch hinsichtlich der nicht vorhandenen Behandlungsplätzen, langen Wartezeiten sowie hohen Kosten sind maßgebend für die aktuelle Versorgungssituation im Land. (vgl. BÖP, 2020).

Ein Großteil der Bevölkerung zeigt zwar Interesse für professionelle Einrichtungen für die Behandlung von psychischen Problemen, jedoch waren diese nur für einen geringen Anteil an Bedarfspatienten sofort verfügbar (24 Prozent). Des Weiteren stellen die hohen Kosten der unterschiedlichen Behandlungen die betroffenen Personen vor einer finanziellen Herausforderung, da nur ein geringer Anteil der Behandlungen durch die Krankenkasse finanziert wurden. Somit besteht Nachholbedarf bei der Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen, vor allem aufgrund der finanziellen Hindernisse sowie dem Zugang. Aus der veröffentlichten Studie wird ersichtlich, dass weitere öffentliche Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine unbedingt notwendige Maßnahme sind, um sowohl eine schnellstmögliche Versorgung als auch ein dementsprechendes qualitativ und quantitatives Therapie- und Behandlungsangebot garantieren und gewährleisten zu können. (vgl. BÖP, 2020)

3.

stigmatisierung

3.1. Stigmata gegenüber psychisch Kranken und Einrichtungen

Bis heute gibt es anhaltende Formen von Stigmata innerhalb der Gesellschaft gegenüber psychisch kranken Personen bzw. der Institution selbst. Zum einen gibt es die Form der öffentlichen Stigmatisierung ausgehend von einzelnen oder mehreren Personen, welche eine diskriminierende Auswirkung auf die gesellschaftliche Akzeptanz bzw. Toleranz der Betroffenen hat. Kommt es zu dem Punkt, dass Betroffene Patienten die ihnen gegenübergestellten Vorurteile als gerechtfertigt empfinden, kann sich in weiterer Folge eine Selbststigmatisierung entwickeln, welche eine fast unüberwindbare Hemmschwelle bildet, sich in Therapie zu begeben oder diese frühzeitig beenden, aus Scham oder Angst vor den Reaktionen der Familie, Freunde oder Kollegen. Somit kommt es häufig zu defensiven Taktiken, bei denen sich betroffene aus dem sozialen Leben zurückziehen und ihre Krankheit verheimlichen. Dies kann bis zur gesellschaftlichen Isolation führen, was sich wiederum zusätzlich äußerst negativ auf den psychischen Zustand auswirkt. Allerdings gibt es auch aktive Taktik von Betroffenen, bei der versucht wird, sein soziales Umfeld selbst aufzuklären und zu informieren, in der Hoffnung auf Verständnis und Akzeptanz. Weiters gibt es noch eine Form von „struktureller Diskriminierung“, welche unter anderem durch wenig oder kein Interesse der Politik für psychische Krankenversorgung erzeugt wird. (Rüsch et al. 2004: 3)

Aufgrund der fälschlichen Vermittlung bzw. Darstellungen von Psychiatrien in den öffentlichen Medien wie Nachrichten oder Filmen, sind auch diese von negativen Verknüpfungen innerhalb der Gesellschaft betroffen und verstärken somit wiederum die bereits erwähnten Problematiken. So sind auch häufig Beiträge in Nachrichtensendung über psychisch Kranke mit gewalttätigen Inhalten verbunden. In Filmen werden die Institutionen selbst mit abwertenden Begriffen wie „Irrenanstalten, Klapsmühlen u.ä.“ abgestempelt. (Rüsch et al. 2004: 8) Dabei werden sowohl die Angestellten als auch vor allem die dort gezeigten Patienten als gefährliche und verrückte Menschen dargestellt, welchen man besser nicht zu nahekommt. Darauf wirkt sich zusätzlich auch zu wenig Aufklärung und Bildungslosigkeit der Gesellschaft negativ auf die vorhandenen Stereotypen aus sowie die Verallgemeinerung aufgrund von Vorurteilen. Es kann sogar eine schlechte Erfahrung eines Einzelnen innerhalb einer Krankeneinrichtung zu Vorurteilen der Institutionen für psychische Gesundheit führen. Die Entgegenwirkung von Stigmatisierung ist ein wichtiger Schritt, um Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ermutigen, sich in Behandlung zu begeben, ohne sich dabei als gesellschaftlich untergeordnet oder diskriminiert zu fühlen, sondern dies als täglichen Arztbesuch gleichzusetzen. In diesem Sinne soll zeitgemäße Architektur ein Werkzeug zur Verringerung sowie Auflösung solcher feststehenden Entstehungsprozesse von Vorurteilen sein. Dies soll anhand eines vorbeugenden, der Zeit angepassten Designs ermöglicht werden. Dabei ist bereits der erste äußerliche Eindruck einer

Gesundheitseinrichtung entscheidend, mit welcher Einstellung die Betroffenen sich der Einrichtung nähern bzw. in wie weit sie sich auf das therapeutische Angebot bzw. die Behandlung einlassen. (vgl. Rüscher et al. 2004: 3-11)

Neben dem Behandlungsangebot sowie den Abläufen innerhalb einer medizinischen Einrichtung sind heutzutage vor besonders die Übermittlung von Normalität und Alltäglichkeit innerhalb des Gebäudes außerordentlich wichtige Aspekte, welche dem veralteten Eindruck von „Zwang und Gewalt“ entgegenwirken können und sollen. (universalRAUM 2012: 16) Dadurch wird verstärkt das Gefühl von Gleichstellung und Selbstverständnis für den Besucher bzw. Patienten in den Vordergrund gerückt. Ziel ist, einen Aufenthalt in einer Psychiatrie wie einen Einkauf für den alltäglichen Bedarf zu sehen. Hierbei spielen auch die Qualität und Auswahl des Designs und der Einrichtungselemente eine große Rolle – dabei sollte stets auf ansprechendes und hochwertiges Design geachtet werden, um das Ansehen einer Psychiatrie auf einem angemessenen Niveau zu pflegen. (vgl. universalRAUM 2012)

Vor allem das Miteinbeziehen von Begegnungszonen in Form von halböffentlichen, bis öffentlichen Zonen in das Raumprogramm ermöglicht eine verstärkte Integration von Patienten in die Gesellschaft sowie den Austausch und Zusammenführen mit Besuchern. Beispiele dafür sind unter anderem Restaurants, Ausstellungsflächen, Werkstätten oder Marktflächen. Somit wirkt man gleichzeitig der, nach wie vor existierenden

tenten, sozialen Distanzierung entgegen. Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass durch die soziale Zusammenführung und dem vermehrten direkten Austausch von der Gesellschaft mit den Patienten einem Stigmatisierungsprozess stark entgegengewirkt werden kann. „Deswegen ist Kontakt eine wichtige Strategie, um Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung zu verringern.“ (universalRAUM 2012: 16)

4. bauliche grundsätze

4.1. Therapeutische Umwelt

Kruse, Graumann, Lantermann (1990) haben ein Konzept namens „Behavior Setting“ entwickelt, welches besagt, dass der Kontext und die dadurch entstehenden äußerlichen Einflüsse einer Psychiatrie das Verhalten eines Einzelnen beeinflusst und steuert. (universalRAUM 2012: 10) Dabei wurden anhand des Konzeptes zwei grundsätzliche Ziele des umgebenden Kontextes herausgearbeitet:

1. Stresseinwirkungen Minimieren

Sämtliche Stressfaktoren sollen im Laufe des Heilungsprozesses so gering wie möglich gehalten werden bzw. im besten Fall vermieden werden. Dazu zählen beispielsweise akustische Stressfaktoren wie Lärmeinflüsse durch Verkehr oder Maschinen, Stress durch Schadstoffeinwirkung aufgrund von Abgasen oder auch emotionale Belastungen, welche durch Verlust von Kontrolle entstehen können. (vgl. universalRAUM 2012)

2. Autonomie -orientierte Handlungsweisen

Ein weiteres Hauptziel ist die Vorbereitung auf die erneute Integration in Familien- und Freundeskreise sowie die Bewältigung vom Alltag im Privat- sowie Berufsleben. Dies soll durch eine durch das Therapiegebäude sowie dessen Kontext und Bauplatz speziell dafür generierte „bauliche, organisatorische und soziale“ Umwelt ermöglicht werden. (universalRAUM 2012: 10)

4.2. Entwurfsgrundsätze

Um potentielle Stressfaktoren für Patienten bestmöglich reduzieren und vorbeugen zu können gibt es mehrere Faktoren, welche bereits bei der baulichen Planung sowie Umsetzung bedacht werden sollten.

4.2.1. Beengung

Eine beengende Atmosphäre wirkt sich negativ auf das Wohlbefinden von Patienten mit mentalen Erkrankungen aus. Dem kann man beispielsweise durch eine großzügige Raumhöhe und reichlichen Ausblicksmöglichkeiten ins Freie entgegenwirken. Unberührte Bereiche, vor allem in der Natur, bieten eine entspannende Kulisse und sorgen gleichzeitig für eine „visuelle Ablenkung“, welche sich wiederum positiv auf den Zustand der Patienten auswirkt. (universalRAUM 2012: 10)

4.2.2. Kontrolle der Umwelt

Patienten sollte stets die Möglichkeit gegeben werden, sich aktiv an „Ereignissen und Gegebenheiten der Umwelt“ sowie im Alltag beteiligen zu können. (universalRAUM 2012: 10) Somit bleibt das Gefühl der Selbstbestimmtheit bzw. der eigenen Kontrolle über das Leben erhalten und man fühlt sich nicht „hilflos der Umwelt ausgeliefert“. (universalRAUM 2012: 10) Die Möglichkeit, sich Räume anzueignen

bzw. die Gestaltungsfreiheit von Zimmern und Räumen unterstützen diesen Effekt. Auch die individuelle Freizeitgestaltung innerhalb der Einrichtung sowie ein dementsprechendes Angebot an Möglichkeiten ist ein wichtiger Aspekt, welcher unbedingt berücksichtigt werden sollte.

4.2.3. Privatsphäre und Wertschätzung

In weiterer Folge spielt auch ein Angebot privater Rückzugsmöglichkeiten eine große Rolle für die Zufriedenheit der Patienten. Achtet man bei der Ausstattung und Gestaltung der medizinischen Einrichtung auf qualitativ hochwertige Materialien, Oberflächen und Möbel, kann man das Vertrauen und die Anerkennung der Patienten gegenüber der Einrichtung sowie den Therapeuten oder Ärzten stärken.

4.2.4. Besucher

Ansprechende Besuchsmöglichkeiten durch einfache Erschließungssysteme sowie Wegeführungen durch das Gebäude sorgen für eine gute Orientierung und schaffen eine angenehme Atmosphäre für Besucher, welche ein bedeutender Bestandteil für einen positiven Therapie und Genesungsprozess sind.

4.2.5. Normalität und soziale Gemeinschaft

Eine möglichst alltägliche und „normale“ Gestaltung der Einrichtungen ist Grundvoraussetzung, um die Selbständigkeit der Patienten im Alltag wiederzuerlangen und einem Klinikcharakter vorzubeugen. Durch die Imitation des alltäglichen Lebens lernen Patienten durch soziale Trainings- und Therapiemöglichkeiten, sich wieder in die Gesellschaft und gewohnte Abläufe einzugliedern. Gemeinschaftsbereiche wie zum Beispiel Küchen oder Freibereiche fördern die soziale Gemeinschaft und helfen, alltägliche Aufgaben wieder autonom zu bewältigen.

4.2.6. Natur

Studien zufolge tragen direkte Blickbeziehungen in die Natur bzw. Pflanzen generell einen großen Beitrag zum Heilungsprozess bei. Zudem wirkt sich die dadurch entstehende Atmosphäre positiv auf das Wohlergehen der Patienten aus. Auch die Arbeit mit Pflanzen in gemeinschaftlichen Gärten kann in den Therapieprozess miteinbezogen werden. (vgl. universalRAUM 2012) Auf die Thematik und Einfluss von Natur und Landschaft wird im Folgenden noch genauer eingegangen.

5. natur und landschaft

5.1. Einfluss von Natur und Landschaft

Dass Naturräume zur Erhaltung sowie Regeneration der Gesundheit einen äußerst förderlichen Effekt haben, ist bereits durch etliche Studien und Forschungen belegt. Die neuesten Studien berücksichtigen allerdings sämtliche „direkte und indirekte positive Einflüsse von Naturräumen auf das Wohlbefinden von Individuen und Bevölkerungsgruppen“. (Claßen, Bunz 2018: 722) Miteinzubeziehen ist dabei auch die Art der Naturlandschaften. Dabei unterscheidet man beispielsweise zwischen Parklandschaften oder Wäldern, erscheinen diese noch unberührt und natürlich oder sind sie durch den Menschen beeinflusst bzw. geschaffen worden usw.

Das Erleben von Natur und Landschaft wirkt sich besonders positiv auf das Gemüt und die mentale Gesundheit eines Menschen aus. Dieses Empfinden ist natürlich abhängig von der individuellen Wahrnehmung und Bewertung von Naturräumen eines jeden Einzelnen. Fakt ist dennoch, dass das aktive sowie das inaktive Erleben von Natur und Landschaft „eine stressreduzierende, blutdrucksenkende, aufmerksamkeitserhöhende, konzentrationssteigernde und restorative Wirkung haben kann.“ (Claßen, Bunz 2018: 722-723) Zudem kommt es bei einem Aufenthalt in der Natur zu einer „kognitiven Erholung“, welche die Konzentrationsfähigkeit steigern sowie die Aufmerksamkeit erhöhen kann. (Claßen, Bunz 2018: 723) Aus verschiedensten Studien kam bereits hervor, dass sich Grün-

räume ebenso positiv auf Entwicklung im Allgemeinen, besonders von Kindern und kognitiven Fähigkeiten auswirken. Die Natur hat in weiterer Folge einen bedeutenden positiven Effekt auf die Belastung von Körper und Geist, den Umgang und die Wahrnehmung von Stress und das emotionale Empfinden eines Menschen. Aus einer Studie geht hervor, dass sich negative Gemütszustände beim Flanieren in Naturgebieten und Wäldern mindern und im gleichen Zuge positive ansteigen. Bei psychisch kranken Menschen ist dieses Resultat sogar noch deutlicher zu erkennen, was wiederum auf die Bedeutsamkeit von Grünräumen im Zusammenhang mit psychiatrischen bzw. medizinischen Einrichtungen allgemein deutet. Ein weiterer positiver Effekt von Naturräumen ist die indirekte Motivation sich körperlich zu betätigen, beispielsweise in Form eines Spaziergangs oder Gartenarbeit, was nicht nur positive Auswirkungen auf die psychische, sondern gleichzeitig auch auf die physische Gesundheit mit sich bringt. Übt man diese Aktivitäten in weiterer Folge in einer Gruppe, bzw. in der Gemeinschaft aus, können in diesem Zusammenhang sogar soziale Aspekte wie der zwischenmenschliche Austausch gefördert und gepflegt werden. Vor allem bei Aufenthalt in Wäldern lässt sich dieser Effekt intensiver beobachten. Naturräume fungieren somit als auch Begegnungszonen für soziale Interaktivitäten. Ebenfalls konnten Forschungen belegen, dass es zu einem selteneren Angst- und Stressvorkommen sowie weniger Anzeichen einer Depression kommt, je präsenter Grünräume im Kontext von Wohngebieten sind. Auch die Vielfalt von Flora und Fauna hat einen Ein-

fluss auf das mentale Wohlergehen. Je höher die Biodiversität, desto positiver wirkt sich dies auf das Gemüt des Menschen aus, im Gegensatz zu einer eintönigen Landschaft. Gewässer in Form von beispielsweise Seen, Bächen, Flüssen, unabhängig von der Art und dem Umfang, können zu den bereits genannten Auswirkungen der Natur einen zusätzlich verstärkenden Effekt ausüben. Wasser, in welcher Form auch immer, vermittelt ein Gefühl von Ruhe und Erholbarkeit, was Stressreizen entgegenwirken kann. (vgl. Claßen, Bunz 2018) Die Aufenthaltsdauer hat keine Auswirkung auf die positiven Effekte, welche ein natürlicher Kontext mit sich bringt. Somit hat beispielsweise auch bereits ein kurzer Aufenthalt im Grünen eine positive Wirkung. Auf die bereits erwähnten gesundheitsfördernden sowie gesundheitserhaltenden Effekte von Naturräumen und Grünlandschaften beziehen sich auch Gestaltungselemente innerhalb medizinischer Einrichtungen. In Form von Therapiegärten, Zimmerpflanzen, Bildern oder direkten Ausblicken ins Grüne wird versucht, die Natur in das Gebäude zu holen. Lt. einer schwedischen Studie erzeugen bereits sogar Naturbilder positive gesundheitliche Auswirkungen, im Gegensatz zu kahlen Wänden, was wiederum zeigt, dass visuelle Kontakte mit Naturreizen von größter Bedeutung für einen schnellen Genesungsprozess sind. (vgl. Rathmann 2020: 29)

5.2. Therapeutische Landschaften

Therapiegärten

Im Laufe der Geschichte wurde der Kontakt mit der Natur in einer Vielzahl von Kulturen als förderlich für Gesundheit und Wohlbefinden angesehen. Von antiken Heilquellen über mittelalterliche Klöster bis hin zu Tuberkulose-Sanatorien im frühen 20. Jahrhundert galt der Kontakt mit der Natur als wohltuend für Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch gestört waren. Im Laufe des 20. Jahrhunderts lockerte sich jedoch die Verbindung zwischen Heilung und Natur allmählich, als die Technologie im medizinischen Fachbereich immer mehr in den Vordergrund rückte. Diese Notwendigkeit, moderne Technologien in Gesundheitseinrichtungen zu integrieren, überschattete frühere Ansichten über die Bedeutung von therapeutischen Elementen wie Gärten, was zu überwiegend effizienten, funktionalen Arbeitsumgebungen führte. Diese Art von Umgebung wird heute als stressig und ungeeignet für die emotionalen und psychologischen Bedürfnisse von Patienten, Besuchern und Personal angesehen. Gegen Ende des zwanzigsten Jahrhunderts wuchs jedoch das Bewusstsein für die Vorteile einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus wurde eine Reihe von Forschungsergebnissen zu Umweltmerkmalen veröffentlicht, die den Patienten helfen, mit den psychischen und physischen Auswirkungen von Krankheiten fertig zu werden. Einige dieser Umgebungsmerkmale bezogen sich auf die Gestaltung der Gesundheitseinrichtung selbst, andere

wiederum auf den Kontakt mit der Natur, z. B. in einem Heilgarten oder mit einem Blick durch ein Fenster in die Natur. (vgl. Erickson 2012)

Das aktuelle Wissen über die Gestaltung von Erholungsgärten hat sich bis heute stark weiterentwickelt und ist gehört mittlerweile zu einem Spezialgebiet der „therapeutischen Freiraumplanung“ der Landschaftsarchitektur. (Ehrig, Ehrig 2012: 7) Zudem wurde die Gartentherapie mittlerweile in den „Katalog der Klassifizierten Therapeutischen Leistungen“ aufgenommen. Innerhalb „Österreichs, Skandinavien, der Schweiz und den USA“ zählt die Form der Gartentherapie als Ergänzung zu den Therapieräumlichkeiten innerhalb der medizinischen Einrichtungen schon lange zu den erfolgreichsten Behandlungsformen von Patienten mit psychischen Erkrankungen. (Ehrig, Ehrig 2012: 7) Erst das Zusammenspiel eines gut organisierten und geplanten Gebäudekomplexes mit der therapeutische Freiraumgestaltung ermöglicht eine Behandlungsmethode, welche, lt. aktuellem Wissensstand und Erkenntnissen, alle Bedürfnisse der Patienten abdecken kann. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die Sinneswahrnehmung und die dafür benötigten Rezeptoren gelegt.

Gärten, die speziell im Gesundheitswesen als Orte der Regeneration von Gesundheit und des Wohlbefindens angelegt werden, werden, lt. Dr. Roger Ulrichs, auf vier gestalterischen Hauptüberlegungen aufgebaut: soziale Unterstützung der Nutzer, Gewährleistung von Privatsphäre und Kontrolle, die Möglichkeit körperlicher Betätigung und Bereitstellung von Elementen

der Natur. Bei Gärten für Patienten von physischen Beschwerden liegt der landschaftsarchitektonische Fokus auf dem Bereitstellen von Bewegungsapparaten sowie einer barrierefreien Erschließungsmöglichkeit. In erster Linie werden Therapiegärten, welche basierend auf der Sinneswahrnehmung geplant werden, in Fachbereichen wie der psychosomatischen Therapie bzw. Psychiatrien, der Suchtmedizin und der Gerontologie benötigt. Dabei versucht man die Gärten für eine spezielle Gruppe von Patienten eine „therapiestützende Freiraumplanung“ zu gestalten. (Ehrig, Ehrig 2012: 8) In der Fachliteratur spricht man hier auch „von einer Indikationsarchitektur“. (Ehrig, Ehrig 2012: 8)

Gärten im Gesundheitswesen haben drei primäre Nutzergruppen – Patienten, Mitarbeiter und Besucher. Die speziellen Bedürfnisse aller Nutzer müssen somit bei der Gartengestaltung berücksichtigt werden. Beispielsweise hat ein Garten für Krebspatienten, welche sich einer Chemotherapie unterziehen, ganz andere Gestaltungsansprüche als ein Garten, für Patienten, die sich nach einer Gelenkersatzoperation erholen. Die Zusammenführung des Fachwissens von Therapeuten und Gartendesignern resultiert in einem enormen Mehrwert für die Gartengestaltung.

5.3. Theorie der erholsamen Gartengestaltung

Dr. Roger Ulrichs Theorie der erholsamen Gartengestaltung basiert auf Theorie und Forschung in den Verhaltenswissenschaften und gesundheitsbezogenen Bereichen. Sie besagt, dass Gärten im Gesundheitswesen wichtige Ressourcen für Patienten und Personal sind, da sie förderliche Komponenten für die soziale Unterstützung, das Gefühl von Kontrolle, körperliche Betätigung sowie den Zugang zur Natur und anderen positiven Ablenkungen sind. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass jede dieser Komponenten Stress reduzieren und dadurch die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern kann. Ein ansprechender Garten kann somit ein Ort für Aktivitäten, Gesprächsthemen oder Erinnerungshilfen sein und die Qualität des Aufenthaltes von Patienten und Besuchern verbessern. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die gesundheitlichen Ergebnisse für den Patienten selbst aus und veranlasst sowohl Besucher als auch mögliche ambulante Patienten dazu, häufiger wiederzukommen. Das Personal ist eine weitere wichtige Nutzergruppe für Außenanlagen in Gesundheitseinrichtungen. Zwischen dem oft stressigen Arbeitsalltag können Gärten bzw. Grünräume eine mögliche notwendige Auszeit bieten.

5.3.1. Soziale Unterstützung

Zahlreiche Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass Menschen, die ein höheres Maß an sozialer Unterstützung erhalten, in der Regel weniger gestresst sind und einen besseren Gesundheitszustand haben als Personen, die sozial stärker isoliert sind. Der Nutzen von Gärten für die soziale Unterstützung wird durch eine Gestaltung erhöht, die die soziale Interaktion zwischen kleinen und größeren Gruppen fördert. Dabei bietet sich besonders die gemeinsame Gartenarbeit als sozialisierende Therapieform an. Gärten, die dem Bedürfnis nach Privatsphäre nicht gerecht werden, werden wahrscheinlich nicht ausreichend genutzt werden. Es sollte auch berücksichtigt werden, dass verschiedene ethnische Gruppen und Kulturen Freiräume unterschiedlich nutzen. In einigen Kulturen ist es zum Beispiel üblich, dass sich große Familiengruppen versammeln, um einem kranken Familienmitglied soziale Unterstützung zu bieten. In solchen Fällen sollte die Möglichkeit bestehen, dass sich eine große Gruppe im Garten versammelt.

5.3.2. Selbstbestimmung und Kontrolle

Das Gefühl der Kontrolle ist lt. mehreren Studien ein wichtiger Faktor, der die Fähigkeit einer Person beeinflusst, mit Stresssituationen umzugehen. Kontrolle bezieht sich somit auf die tatsächliche oder wahrgenommene Fähigkeit

von Menschen selbst zu bestimmen, was sie tun und was andere mit ihnen machen. Im Allgemeinen kommen Menschen, die das Gefühl haben, dass sie eine gewisse Kontrolle über Situationen haben, besser mit Stress zurecht und haben einen besseren Gesundheitszustand als Menschen, die das Gefühl von Kontrollverlust verspüren. Der Mangel an Privatsphäre wird ebenfalls als Stressfaktor angesehen, der mit der fehlenden Kontrolle über die Regulierung der persönlichen Belastung zusammenhängt. Ein Großteil der Stressfaktoren, den ein Krankenhausaufenthalt mit sich bringt, wird mit dem Verlust der Kontrolle in Verbindung gebracht. Dazu können unter anderem der Verlust der Privatsphäre und der Möglichkeit, Kleidung, Mahlzeiten oder eine schlechte Orientierung innerhalb des Gebäudes zählen. Als Reaktion auf diese belastenden Aspekte der Gestaltung und des Betriebs von Einrichtungen haben viele Krankenhäuser und stationäre Gesundheitseinrichtungen damit begonnen, eine stärker patientenorientierte Pflege anzubieten, die Patienten und Besuchern mehr Wahlmöglichkeiten und Autonomie einräumt. Auch das Gesundheitspersonal kann positiv beeinflusst werden, wenn es an seinem Arbeitsplatz ein Gefühl der Kontrolle erhält.

Gut gestaltete Gärten bieten den Patienten, dem Personal und anderen Gartennutzern die Möglichkeit, das Gefühl der Kontrolle zu erhöhen. Einer der wichtigsten Aspekte bei der Gestaltung eines Gartens in einer Gesundheitseinrichtung ist somit die Zugänglichkeit. Die Zugänglichkeit äußert sich auf verschiedene Weise: Können die Nutzer die Einrichtung ohne

Schwierigkeiten finden? Ist die Tür verschlossen? Erlaubt die Gartengestaltung den Nutzern aktiv oder passiv mit dem Garten zu interagieren? Eine Gartengestaltung, die den Nutzern die Kontrolle über den Garten ermöglicht, bietet Wahlmöglichkeiten an. Diese können in Form von Sitzgelegenheiten, sozialen Gruppierungen und der Umgebung auftreten. Sitzgelegenheiten können zum Beispiel als einzelne Stühle oder Bänke, mit oder ohne Armlehnen, fest oder beweglich, allein oder in kleinen oder großen Gruppen angeboten werden. Weiters können Wegen und Sitzgelegenheiten in sonnigen oder schattigen Bereichen angelegt werden. Auch die Privatsphäre sollte sowohl für die Nutzer des Gartens als auch für die Patienten, die möglicherweise Zimmer mit direktem Blickkontakt in die Gärten haben, berücksichtigt werden. Regelmäßige körperliche Betätigung ist nicht nur für das körperliche und geistige Wohlbefin-

5.3.3. Körperliche Betätigung

dens von Nutzen, sondern bringt auch wesentliche andere Vorteile mit sich. So wurde beispielsweise festgestellt, dass körperliche Betätigung Depressionen lindert und andere positive psychologische Veränderungen bewirken kann.

Therapiegärten können somit ein wirksames Mittel sein, um sowohl die Bewegung als auch die Rehabilitation zu fördern. Bei der sorgfältigen Planung von Gartenanlagen sollten verschiedenen Therapeuten unbedingt miteinbezogen werden, um die benötigten Bedürf-

nisse der Patienten vollständig abdecken zu können. In Gegenden mit kalten Wintern oder extrem heißen Sommern kann es auch von größerer Bedeutung sein, die sich dadurch ändernden Sichtverhältnisse zu berücksichtigen. Die Natur kann das Interesse des Patienten wecken und ihn dadurch von Schmerzen, Stress oder Krankheitsgefühlen ablenken, ohne dass

5.3.4. Natur als Ablenkung

er dafür Energie aufwenden muss. Eine therapeutische Grünfläche mit optimalen erholenden Gestaltungsmerkmalen sollte im besten Fall alle Sinne ansprechen und nicht rein auf visuelle Empfindungen aufgebaut werden. Wie bereits im Vorhergehenden erwähnt, wurde bereits mehrfach nachgewiesen, dass positive Ablenkungen, wie sie in der Natur zu finden sind, negative Gedanken blockieren bzw. reduzieren und positive Veränderungen in physiologischen Systemen fördern können. Bereits der Anblick bestimmter Naturszenen kann den Stress erheblich reduzieren. Gestresste Gärten können durch buntes Laub, eine Variation aus verschiedensten Blumen, ruhiges Wasser, parkähnliche Flächen wie Grasflächen mit vereinzelt Bäumen oder Naturgeräusche wie Vögel, Brisen und Wasser sowie sichtbare Wildtiere zu einem einzigartigen Naturschauspiel werden, welches für eine natürliche Ablenkung aus dem Alltag von medizinischen Einrichtungen sorgt und Ängste, Sorgen oder sogar Schmerzen, wenn auch nur vorübergehend, mildern/verschwinden lässt.

Ein zusätzlich wichtiger Indikator ist das Sonnenlicht, welches auf viele Patienten einen ausgesprochen gesunden Einfluss haben kann. Sonnenlicht spielt auch in Bezug auf wichtige Vitaminquellen, wie Vitamin D, eine Schlüsselrolle. (vgl. Erickson 2012)

5.4. Arten von Therapiegärten

Anhand drei Überkategorien, lassen sich Therapiegärten lt. Ehrig und Ehrig voneinander unterscheiden. Die therapeutischen Freiräume verfolgen jedoch alle das Ziel, sich durch natürliche Anreize mit der äußeren sowie inneren Situation eines selbst auseinanderzusetzten bzw. zu reflektieren und im besten Fall, das Potential der Selbstheilung durch Hilfe der Natur zu entdecken.

5.4.1. Der beruhigende Freiraum

Besonders bei psychosomatischen Patienten sollte der Schwerpunkt von therapeutischen Freibereichen auf der Förderung von Entspannung und Ruhe liegen. Dies trifft vor allem auf Menschen mit Gesellschaftskrankheiten, welche aufgrund dauerhafter Überforderung oder zu viel Alltagsstress hervorgerufen werden können. Dazu zählen zum Beispiel ein Burn-Out oder ein Herzinfarkt. In Anlehnung an die Tradition von „japanischen Zengärten“ sollte auch auf ein Minimum von „Sinneserfahrungen“ geachtet werden, um einem Reizüberschuss vorzubeugen. (Ehrig, Ehrig 2012: 9) Eine reduzierte Flora und Fauna sollte das Hauptaugen-

merk anhand Laubtexturen darstellen. Sofern die Pflanzen Duftstoffe aussondern, sollten in diesem Zusammenhang Pflanzen wie Dip-tam oder Baldrian, welche beruhigende und schwere Gerüche freigeben, verwendet werden. Allerdings sollten diese nicht in der Nähe von Sitzmöglichkeiten geplant werden. Ein Angebot von intimeren Zonen bietet beispielsweise Platz zum Meditieren oder Verweilen. In Bezug auf das Gesamtbild des Gartens gilt es, sowohl bei der Pflanzenauswahl als auch bei gestalterischen Aspekten wie der Farbauswahl der Gartenausstattung, auf die Auswahl von ruhigen bzw. kühlen Farbtönen zu achten. Stille Gewässer wie zum Beispiel ein Teich, schaffen eine ruhige und klare Atmosphäre und können somit das Wohlbefinden der Nutzer fördern.

5.4.2. Der anregende Freiraum

Beim Konzept eines anregenden Freiraums setzt man im Gegensatz zur beruhigenden Freiraumgestaltung auf eine größtmögliche Sinneserfahrung. Dadurch versucht man die Nutzer zu motivieren, wieder vermehrt nach außen hin zu öffnen sowie Mut und Kraft zu schöpfen. Das Anwendungsgebiet für anregende Freiräume ist sehr weitläufig und stößt unter anderem in psychiatrischen Rehabilitationszentren besonders bei depressionserkrankten Menschen oder Patienten mit Angststörungen auf positiven Zuspruch.

Durch eine große Pflanzenvielfalt sorgt man für wechselnde Eindrücke über die Jahreszeiten hinweg sowie eine sich ständig verändernde

Blütenkulisse in unterschiedlichsten Farbtönen und Silhouetten. Hier sollten vor allem warme, anregende Farbtöne zum Einsatz kommen. Besonders die Farbe Gelb in Kombination mit „straff aufrechten Wuchsformen“ bildet eine intensive Flora und Fauna. 92 (Ehrig, Ehrig 2012: S.: 8) Duftnoten, welche eine erfrischte und aufregende Atmosphäre unterstreichen, werden unter anderem durch Pflanzen wie Oregano oder Bitterorange hervorgerufen. Auch Heilpflanzen tragen zu einer attraktiven Gartengestaltung bei, welche zudem zu einem verstärkten Gesundheitsbewusstsein bzw. zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Materie der Gesundheit sowie Bedacht für die eigene Gesundheit führen können. Giftige bzw. kaum giftige Pflanzen sollten unbedingt vermieden werden. Lebendige Wasserquellen in Form von fließendem Gewässer oder Brunnen unterstreichen die anregende Atmosphäre.

An Stelle von Rückzugsorten sind hier kommunikationsfördernde Zonen erwünscht, bei denen sich die Nutzer entfalten können. Durch Betätigungen künstlerischer oder handwerklicher auf Basis können Fantasie und Konzentrationsfähigkeit gefördert und neu entdeckt werden. Auch Logikspiele wie Schach oder Mühle tragen zu einem fortschrittlichen Genesungsprozess bei. Gesellschaftsspiele wie Tischtennis oder Billard dienen der sozialen Rehabilitation und bilden unterstützende Ergänzungen zum Therapieprogramm

Therapiegärten, welche gesondert als Unterstützung für die Heilung von physischen Krank-

heiten angelegt werden, sollten zudem mit verschiedenen Trainingsgeräten, zum Beispiel für den Muskelaufbau, ausgestattet werden.

5.4.3. Der geschützte Freiraum

Ein geschützter Freiraum basiert auf der therapeutischen Unterstützung von Menschen mit stärkeren mental-physischen Beeinträchtigungen. Dabei handelt es sich um Bereiche, welche, zum Schutz der Patienten selbst, begrenzt bzw. abgeschlossen sind. Die häufigsten Anwendungsbereiche für diesen Typ findet man in Psychiatrien sowie Gerontopsychiatrien, welche auf Patienten mit schweren Erkrankungen wie der Schizophrenien spezialisiert sind. Auch für Demenz-Patienten werden häufig geschützte Freiräume geplant. Das schubhafte Aufkommen solcher Erkrankungen und die damit verbundene variierende Intensität des Ausmaßes kann zu Zeit- und Orientierungslosigkeit der Betroffenen führen, was die Notwendigkeit einer räumlichen Begrenzung nach außen hin deutlich macht. Zusätzlich sollte man bei der Planung auf eine leichte Durchwegung der Freiräume achten sowie eine einfache Orientierung bzw. einen guten Überblick der Anlagen, um Panikattacken vorzubeugen.

Ob man bei der Gestaltung und der Auswahl der begrenzten Freiräume Flora und Fauna auf Basis von beruhigenden oder anregenden Freiräumen anlegt, ist abhängig von der Nutzergruppen und deren Bedürfnissen. Zusammenfassend können therapeutische Freiräume das Angebot an

(Sinnes-)Wahrnehmungen und die persönliche Auseinandersetzung und Selbstheilung durch Sinneswahrnehmungen unserer Augen, Ohren, Nase, Zunge und Hände um ein Vielfaches fördern und verstärken. (vgl. Ehrig, Ehrig 2012)

6. gebaute beispiele



linik penzing

pavillonstruktur



Die „Klinik Penzing“ (bis zum Jahre 2020 bekannt als „Otto-Wagner-Spital“) wurde nach einer dreijährigen Errichtungsphase durch die Planung und Leitung von Carlo von Boog und Franz Berger im Oktober 1907 als „Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke“ eröffnet. Innerhalb Europas zählte sie zu den fortschrittlichsten und größten Heil- und Pflegeanstalten der damaligen Zeit. Die Pavillonstruktur, bestehend aus 60 Pavillons, erstreckt sich über ein beträchtliches Areal auf den Steinhofgründen in Penzing. Zu diesem Zeitpunkt gab es drei Abteilungen – eine Heilanstalt, eine Pflegeanstalt für Unheilbare sowie ein Sanatorium. (vgl. Wiener Stadt- und Landesarchiv 2022) Somit bot die gesamte Einrichtung Kapazitäten für 2.419 Patienten im Jahre 1910/11 und baute diese im Jahre 1937 auf 3.700 Patienten aus. (vgl. Dietrich-Daum, Kuprian 2009) Bereits damals entstand die Entwicklung unter erstaunlich engem Austausch zwischen den Beteiligten Parteien wie zum Beispiel den Ärzten, Anstaltsleitern, Beamten und Architekten. (vgl. Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015)



Abb 6: Luftbild Klinik Penzing

Heute wurden, die bis zum Jahre 2000 autonomen Gesundheitseinrichtungen zu einer Zentrale zusammengeführt, welche das psychiatrische Krankenhaus, das Förderpflegeheim sowie das Pulmoloigsche Zentrum Baumgartner Höhe, das Pflegeheim Sanatoriumstraße und das Neurologische Krankenhaus der Stadt Wien Maria-Theresien-Schlössl umfasst. (vgl. Stadt Wien – Wiener Gesundheitsverband o.J.)

Die Pavillons wurden eingeteilt in Pavillons für beispielsweise halbruhige Kranke, ruhige Kranke, pflegebedürftige Kranke, unruhige Geistesranke, Tuberkulose Kranke und kriminelle Kranke. Im Folgenden wird ein Pavillon für „halbruhige Kranke“ mit dessen Patientenzimmern genauer betrachtet. Hier wird schnell ersichtlich, dass es zur damaligen Zeit neben wenigen Einzelzimmern große Mehrbettzimmer mit bis zu 12 Betten in einem Raum gab. Ein Pavillon bot teilweise Platz für bis zu 74 stationäre Patienten. (vgl. Jäger-Klein, Plakolm-Forsthuber 2015)



Abb 7: Pavillon Klinik Penzing

LAGEPLAN DES BAUES DER NEUEN N.-Ö. LANDES- IRRENANSTALT IN WIEN.

Photograph. Verkleinerung: 1 : 5000.

Heil - u. Pflegeanstalt.

- 1 Pförtnerhäuser
- 2 Wohnhäuser für Ärzte und Beamte
- 3 Direktion
- 4 Gesellschaftshaus
- 5 Küche
- 6 Kirche
- 7 Aufnahme
- 8 Halbruhige Kranke
- 9 Ruhige Kranke
- 10 Unruhige Kranke
- 11 Pflegebedürftige Kranke
- 12 Unruhige u. geistesstörte Kranke
- 13 Tuberkulose Kranke
- 14 Kriminelle Kranke
- 15 Beschäftigungshaus
- 16 Leichenhaus
- 17 Schweineställe
- 18 Wäscherei und Bäder
- 19 Dampfkesselhaus
- 20 Wohnhaus
- 21 Wagenschoppen
- 22 Pferdeställe
- 23 Brückenwage
- 24 Gewächshaus.

Pensionat.

- 25 Wohnhaus für Ärzte und Beamte
- 26 Ruhige Kranke
- 27 Aufnahme und halbruhige Kranke
- 28 Gesellschaftshäuser
- 29 Kurhaus
- 30 Unruhige, unsaubere Kranke
- 31 Unreine, störende Kranke.

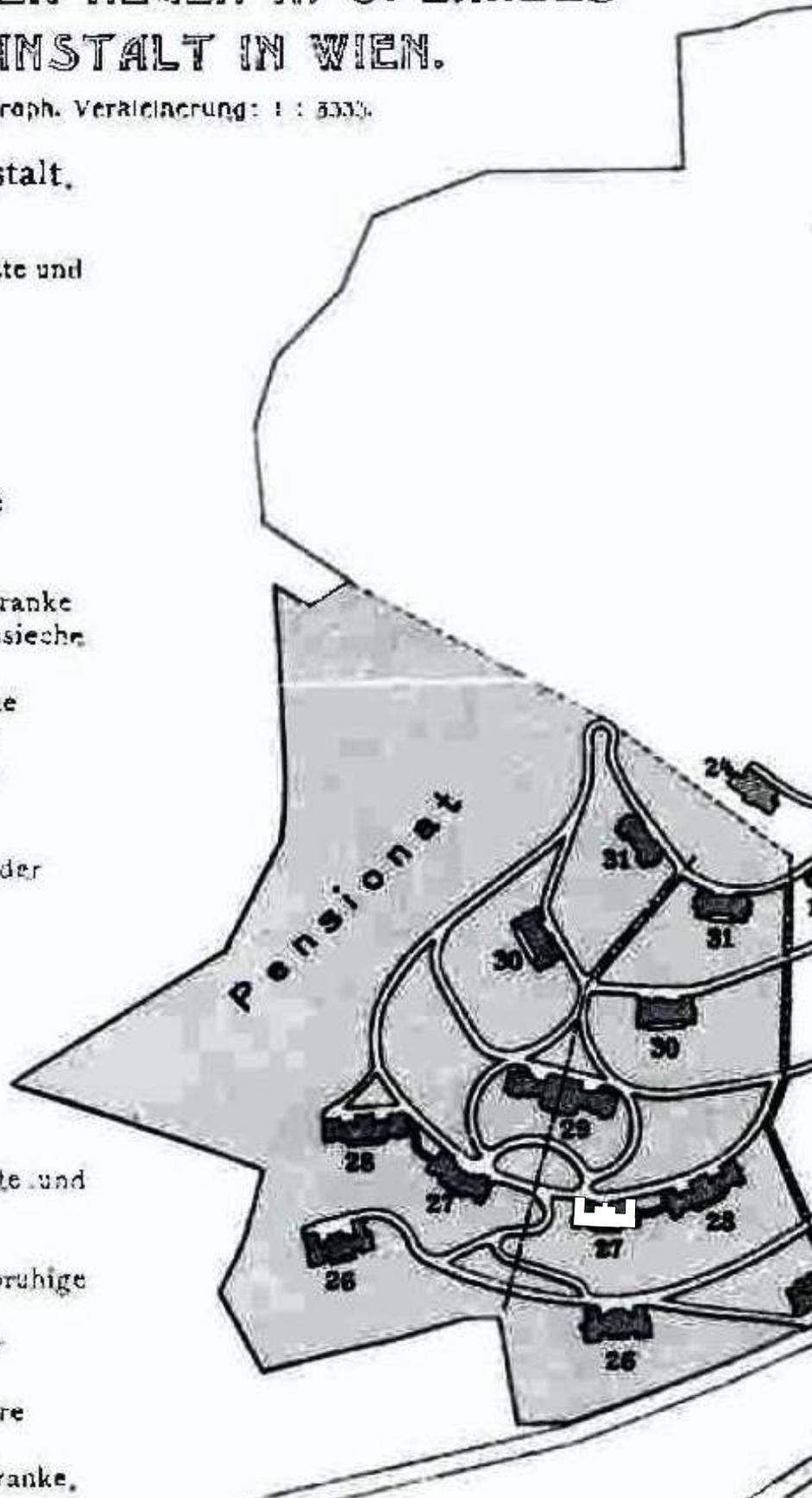


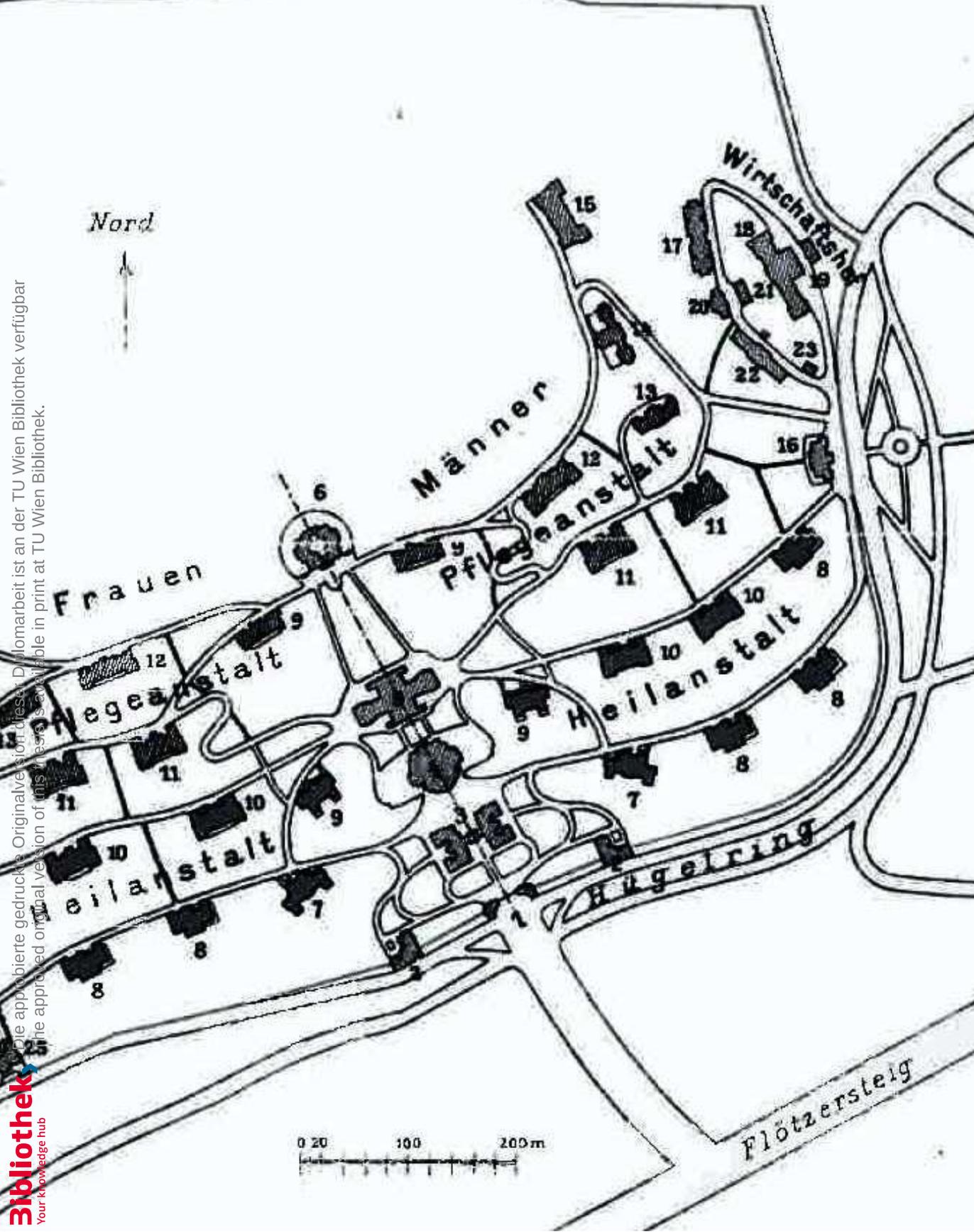
Abb 8: Lageplan des Baues der neuen N.Ö. Landes-Irrenanstalt in Wien (M: 1:5000)

Steinhof-Strasse

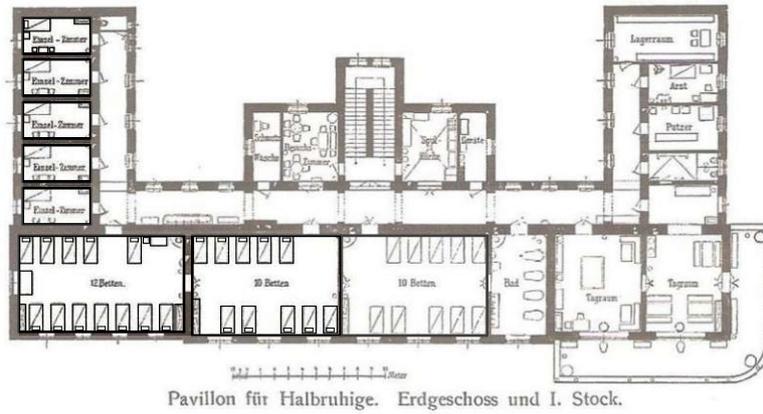
Nord

Die abgebildete gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

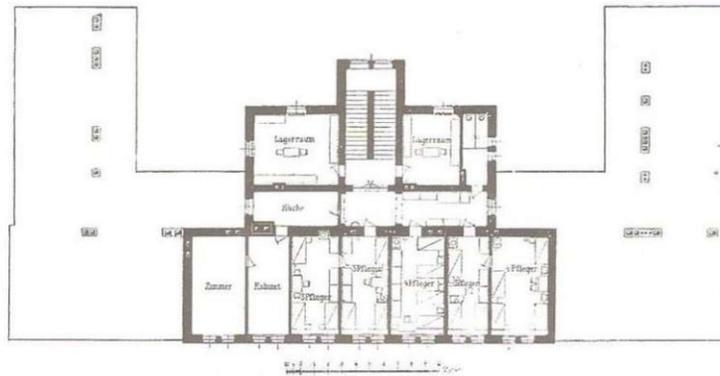
TU
WIEN
Bibliothek
Your Knowledge Hub



0 20 100 200m

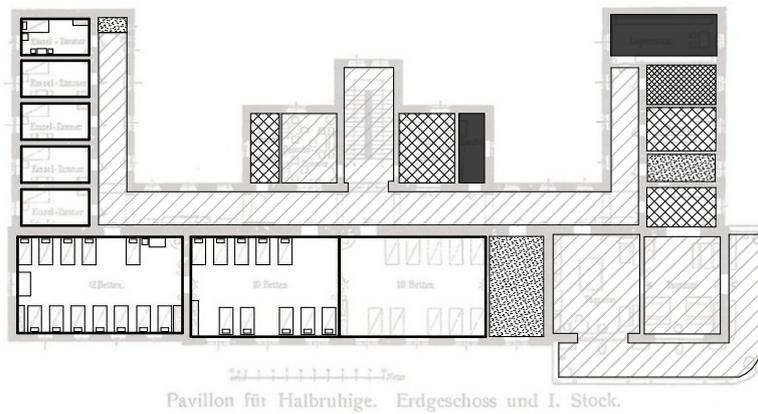


Pavillon für Halbruhige. Erdgeschoss und I. Stock.



Pavillon für Halbruhige. II. Stock.

Abb 9: Grundriss Pavillon für Halbruhige 1. und 2. Stock M 1:500



Pavillon für Halbruhige. Erdgeschoss und I. Stock.

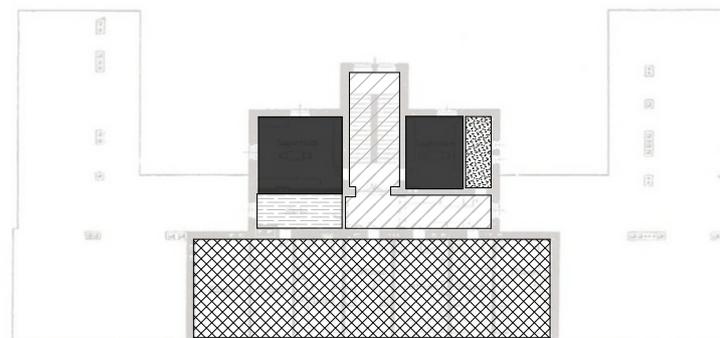
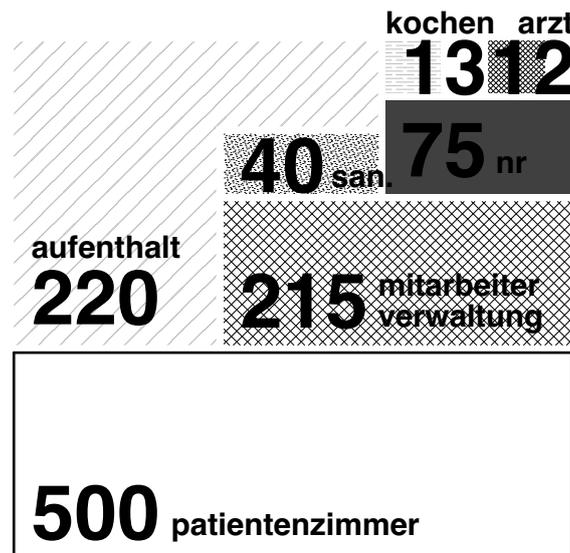
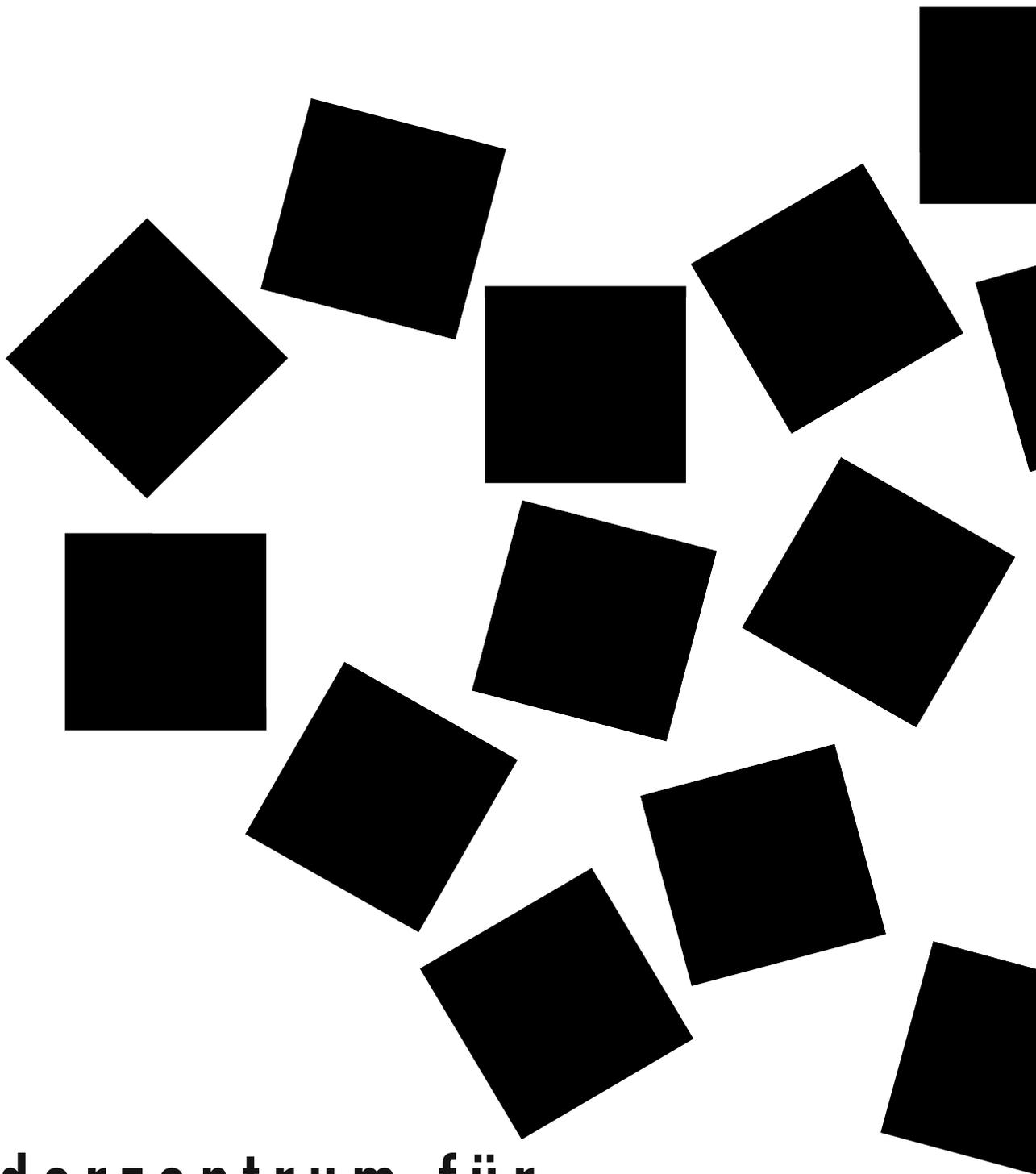


Abb 10: Grundriss Pavillon für Halbruhige 1. und 2. Stock mit Raumprogramm M 1:500

gesamtflächenaufstellung:

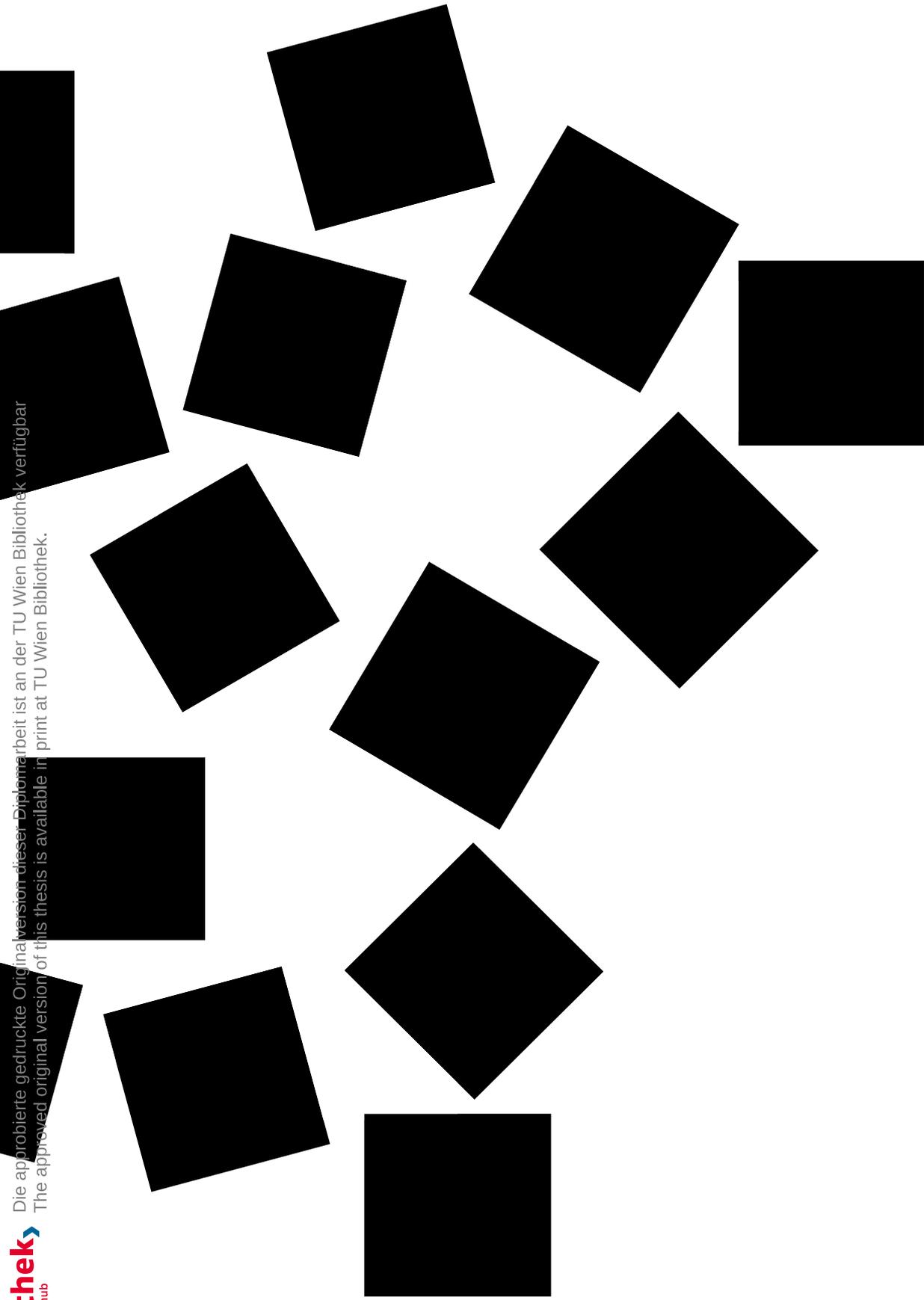
kapazität: bis zu 3700 patienten stationär
70 patienten in pavillon nr. 9





kinderzentrum für psychische rehabilitation

pavillonstruktur



Das Kinderzentrum für psychische Rehabilitation wurde im Jahr 2006 unter der architektonischen Leitung der Sou Fujimoto Architects in Hokkaido, Japan, errichtet. Es handelt sich um ein Behandlungszentrum für Kinder mit einem instabilen mentalen Gesundheitszustand. Es soll einen reichhaltigen Lebensraum darstellen, der einerseits die Intimität eines großen Hauses bietet, andererseits die Vielfalt einer kleinen Stadt widerspiegelt, um die mentale Stabilität wiederzuerlangen. Die Architekten haben sich entwurfstechnisch in diesem



Abb 11: Gemeinschaftsbereich Kinderzentrum für psychische Reha

Zusammenhang einen Wald vorgestellt. Eine zerstreute Landschaft, die sich allerdings äußerst präzise planen lässt. Durch das präzise platzieren von Boxen lässt sich solch eine Landschaft herstellen. Obwohl der Raum das Ergebnis eines unendlich, strengen und künstlichen Gestaltungsprozesses ist, stellt er einen Ort dar, der gar nicht geplant ist bzw. der automatisch und ohne Absicht geschaffen wurde. Es ist ein Wald, wo jeder seinen Platz für sich finden kann, wo man sich unter Bäumen geborgen fühlen kann, während es gleichzeitig keine Mauern gibt, die sie trennen. Die Blöcke sind nach Funktionen wie Schlafzimmer, Küchen, Büros oder Behandlungsbereiche gruppiert und in kleinere Räume unterteilt. Die zweigeschossi-

gen Kuben bieten Raum für gemeinsame Aktivitäten, Essen und Spielen. (vgl. Miklós, Máthé o.D.) Zwischen den Kuben bilden sich unregelmäßige Nischen, welche multifunktional nutzbar sind. Es gibt sowohl ein großes Zentrum als auch mehrere kleine Zentren, dessen Präsenz abhängig von dem Spiel von Licht und Schatten wechselt. Wie ein Ort in einem kleinen Maßstab, in dem sich Kinder verstecken können, während sie mit dem Wohnbereich verbunden sind und die Landschaft frei interpretieren können bzw. sich entfalten können. Es besteht sowohl die Möglichkeit, sich im Zimmer zurückzuziehen sowie sich in die Gemeinschaft einzubinden. (vgl. Archdaily 2008)

Bei den Zimmern für die Patienten handelt es sich um Mehrbettzimmer mit vier Betten und Einzelzimmern. Das Kinderzentrum für psychische Rehabilitation hat somit eine Kapazität von bis zu 50 stationären Patienten.



Abb 12: Gemeinschaftsbereich Kinderzentrum für psychische Reha

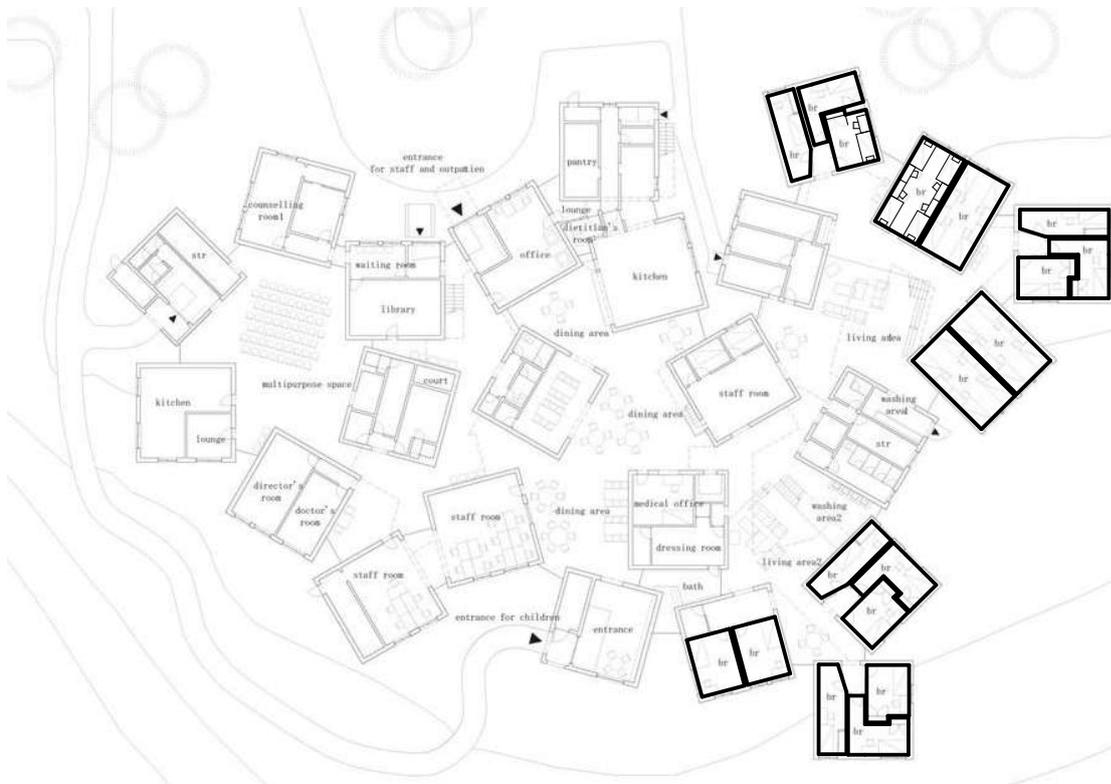


Abb 13: Grundriss Erdgeschoss M 1:500

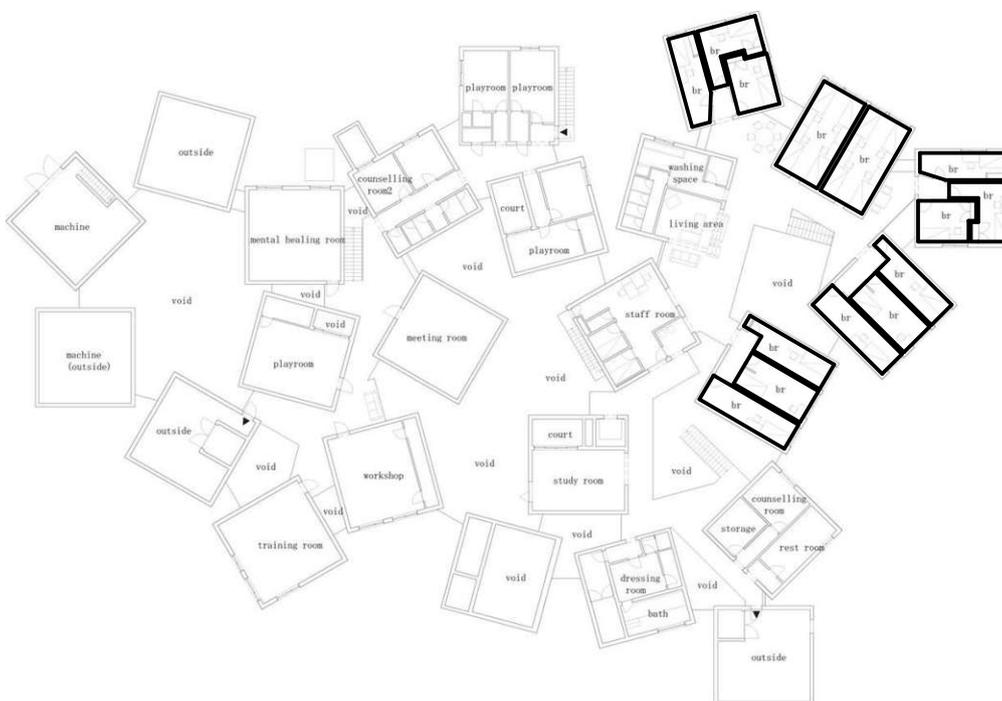


Abb 14: Grundriss Obergeschoss +1 M 1:500

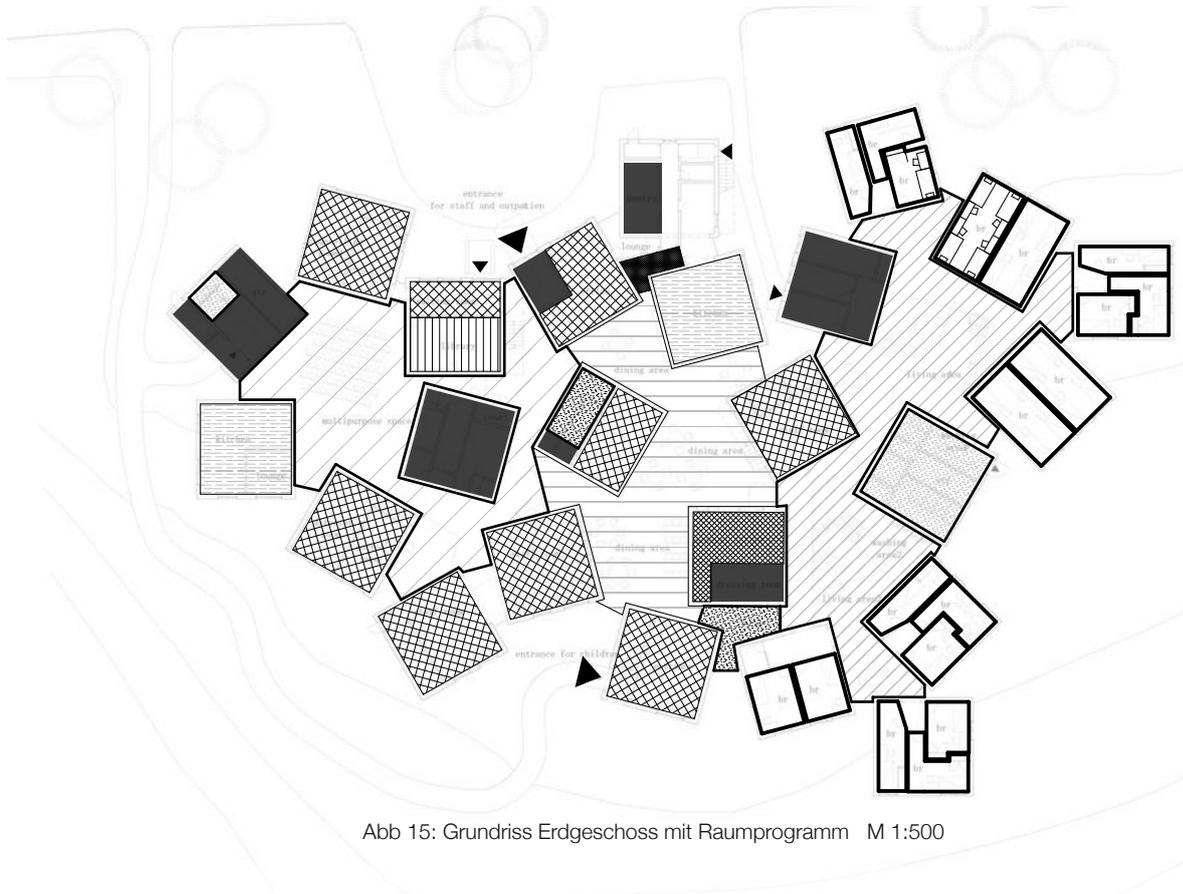


Abb 15: Grundriss Erdgeschoss mit Raumprogramm M 1:500

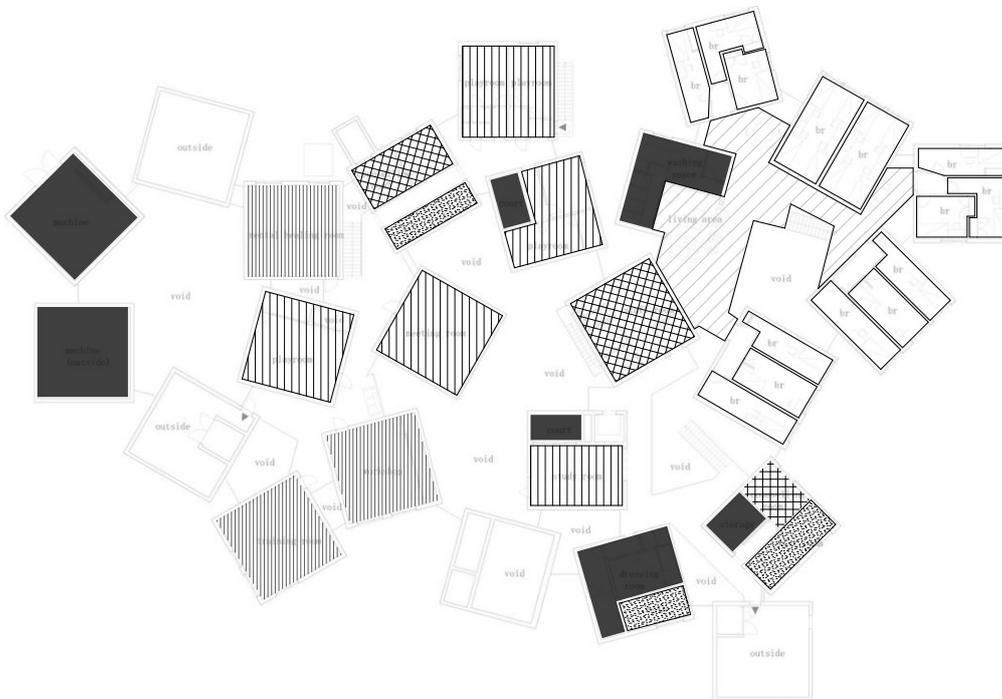
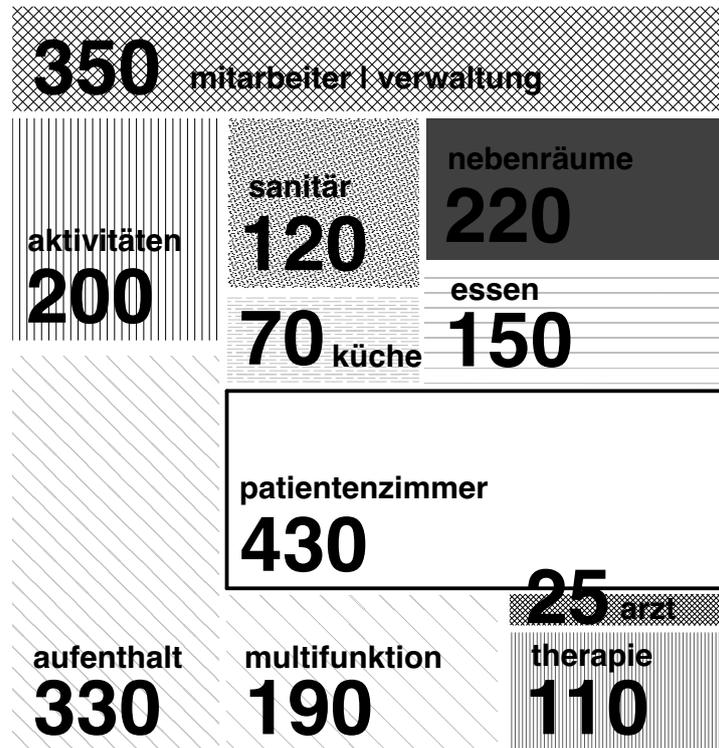
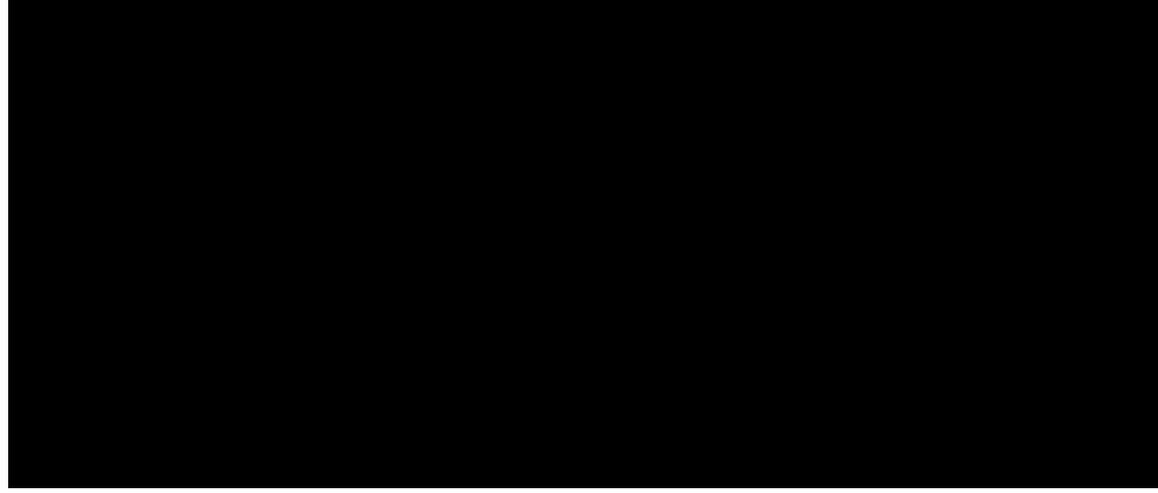


Abb 16: Grundriss Obergeschoss +1 mit Raumprogramm M 1:500

gesamtflächenaufstellung:

kapazität: 50 patienten stationär





zentrum für psycho- soziale rehabilitation

riegel-/ zeilenstruktur

Das Zentrum für psychosoziale Rehabilitation wurde im Jahr 2014 errichtet und befindet sich mitten im Kontext des Zentrums Dr. Esquerdo in der Gemeinde von San Juan de Alicante. 101 (Vgl. Hospitecnia (o.J.)



Abb 17: Außenperspektive Zentrum für psychosoz. Reha, Alicante

Es handelt sich um ein Wohnheim für Menschen mit schweren psychischen Störungen, die aber keinen Krankenhausaufenthalt benötigen und besteht in Summe aus einem Zentrum für soziale Integration mit stationärem Aufenthalt sowie einem Tageszentrum für 25 Menschen mit schweren psychischen Störungen. Mit ausschließlich Einzelzimmern bietet es eine Kapazität für den stationären Aufenthalt von 50 Patienten. Das Programm für die soziale Regeneration bietet über den ganzen Tag verteilt ein Angebot von Freizeit und spezifischen Therapien sowie Kursen, die von den Patienten wahrgenommen werden können.

Das Projekt entwickelt die Idee, alle räumlichen und funktionalen Bedürfnisse in einem einzigen Gebäude zusammenzufassen. Das Volumen ist als großer quaderförmiger Riegel konzipiert und

bildet ein Schema von drei Achsen mit unterschiedlichen Nutzungen: die äußeren Bänder bieten Fläche für soziale Aktivitäten wie Wohn- und Therapie- bzw. Arbeitszwecke. Das mittlere Band beinhaltet Lichthöfe bzw. Terrassen, welche zusätzliches Licht in die Innenräume bringen und ein gemeinsames Gartenerholungsgebiet bilden. Weiters tragen diese zu einem Gefühl der Intimität bei und lösen gleichzeitig wichtige Fragen wie die Kontrolle und Bewegung des Personals, der Nutzer oder Besuchern. Es gibt nur einen einzigen Hauptzugang zu dem Gebäude im Erdgeschoss. Im Untergeschoss wurde neben den Parkmöglichkeiten auch primär der Platz für sämtliche Nebenräume angedacht. Die Antwort auf die Besonderheiten des Grundstücks mit dessen Weitläufigkeit führte zum Entwurf eines eingeschossigen Gebäudes mit Halbkeller für einen Parkplatz und Nebenräume, verbunden mit der Freigabe eines großen, durchlässigen Rams, der für die Anlage eines großen Gartens vorgesehen ist. 102 (Vgl. Archdaily 2008: o.V.)



Abb 18: Außenperspektive Zentrum für psychosoz. Reha, Alicante

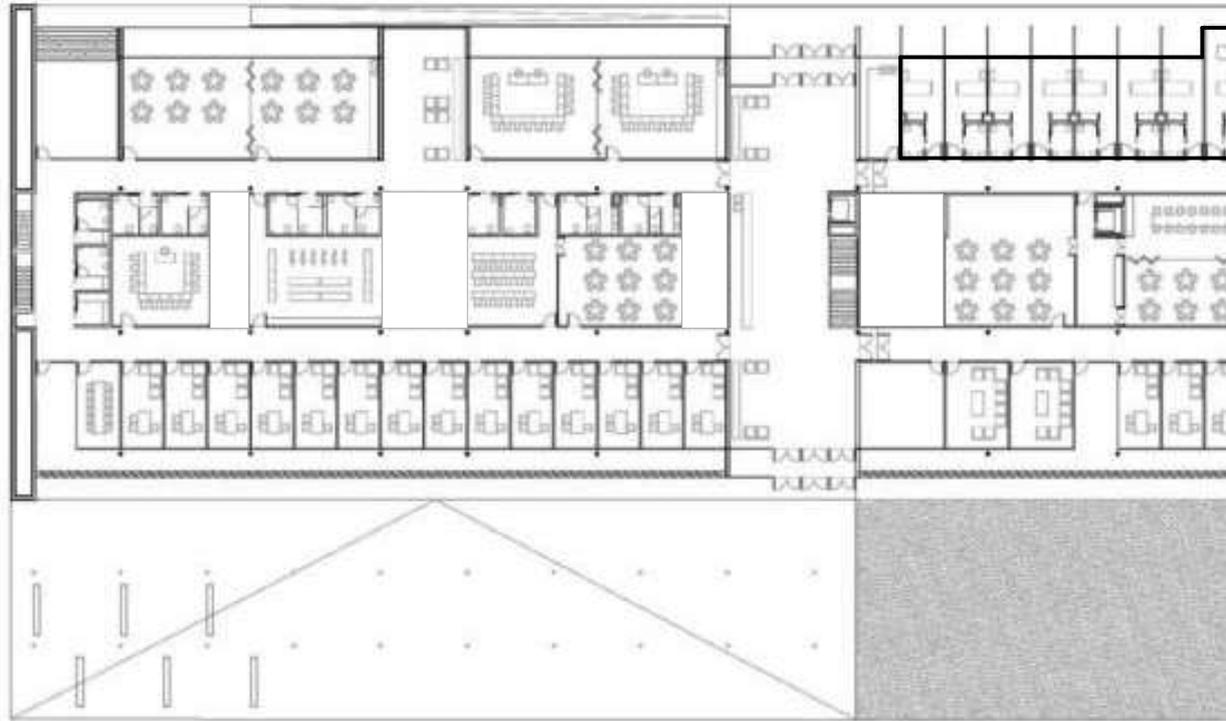


Abb 20: Erdgeschoss Zentrum für psychosoziale Rehabilitation M 1.500

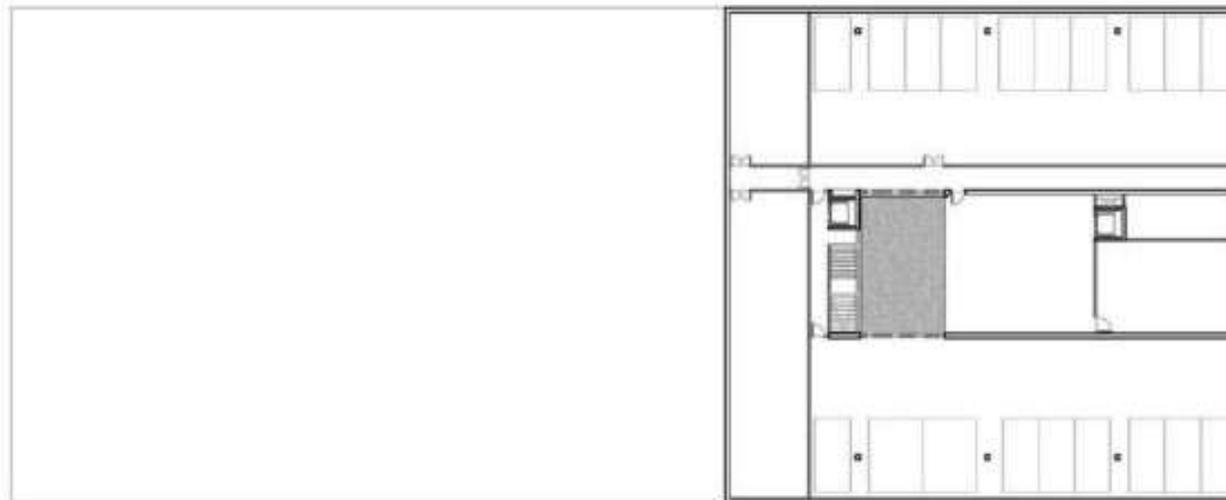
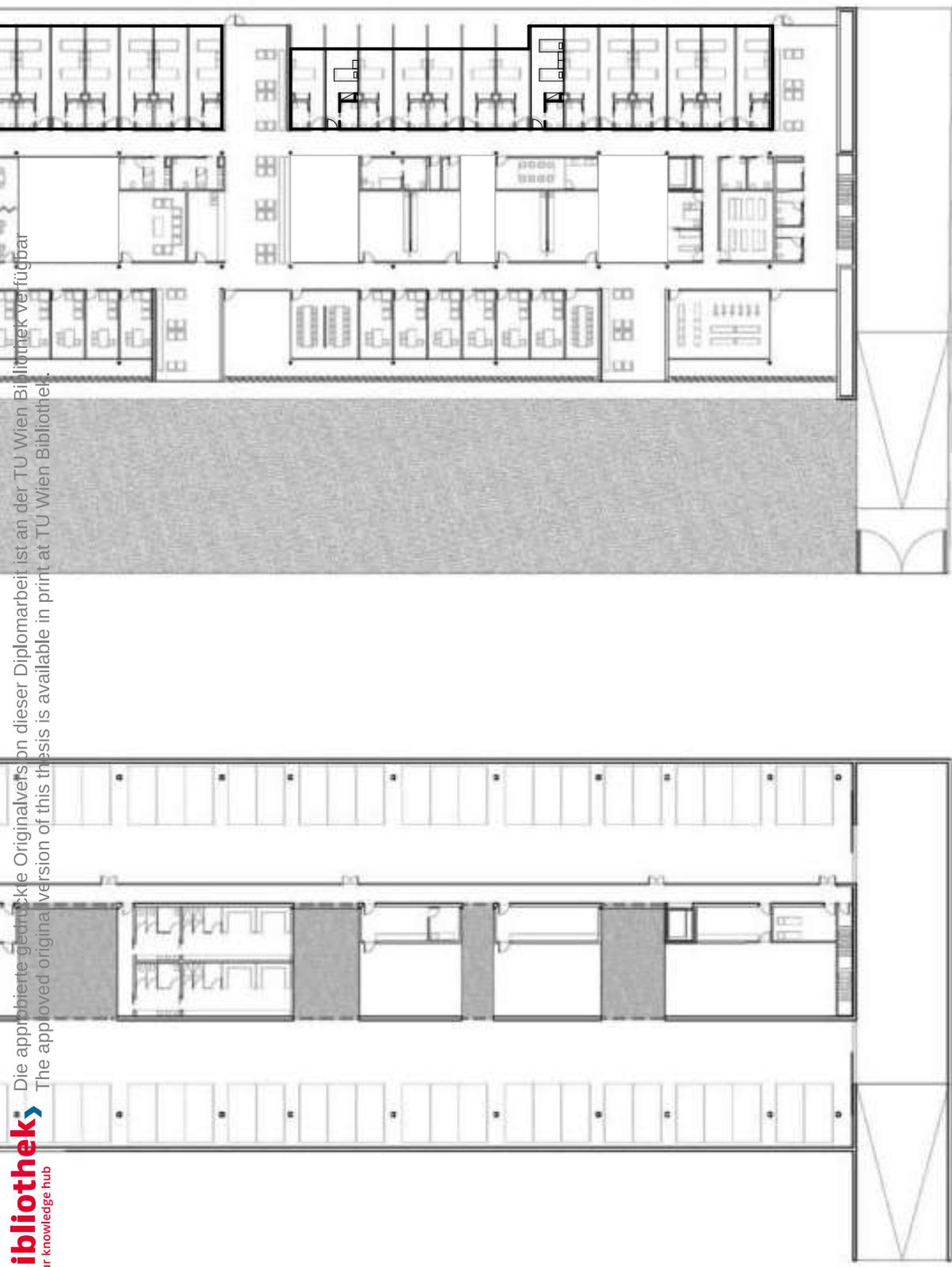


Abb 19: Untergeschoss Zentrum für psychosoziale Rehabilitation M 1.500



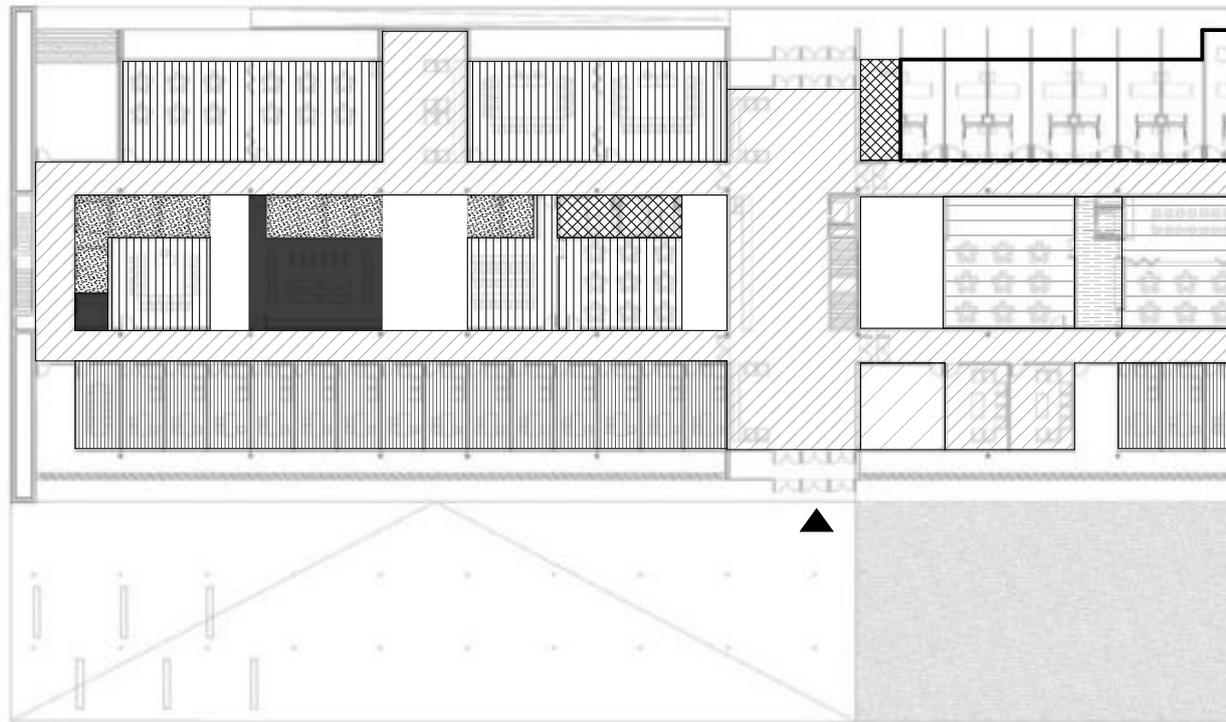


Abb 22: Erdgeschoss Zentrum für psychosoziale Rehabilitation mit Raumprogramm M 1.500

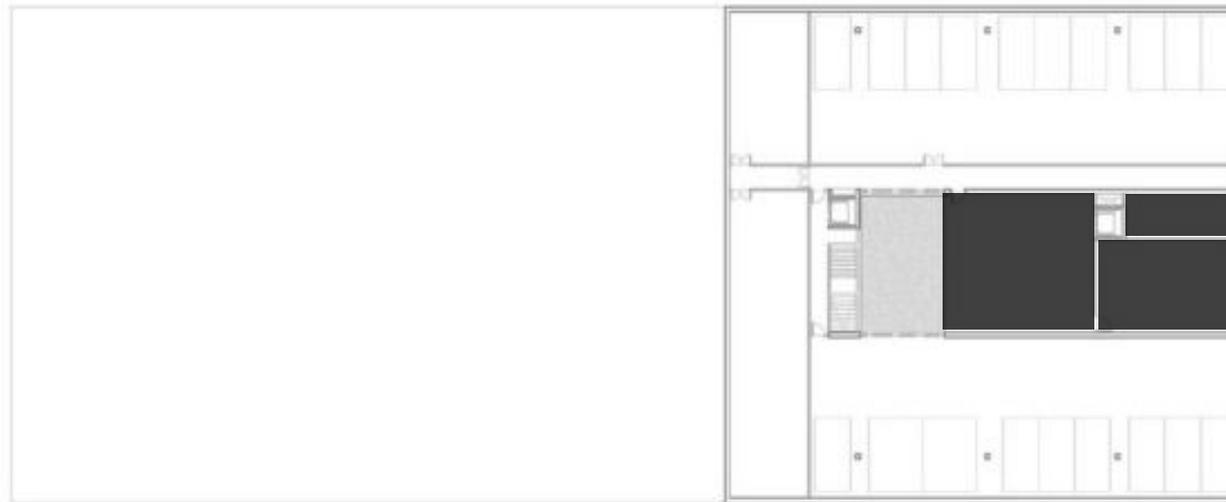
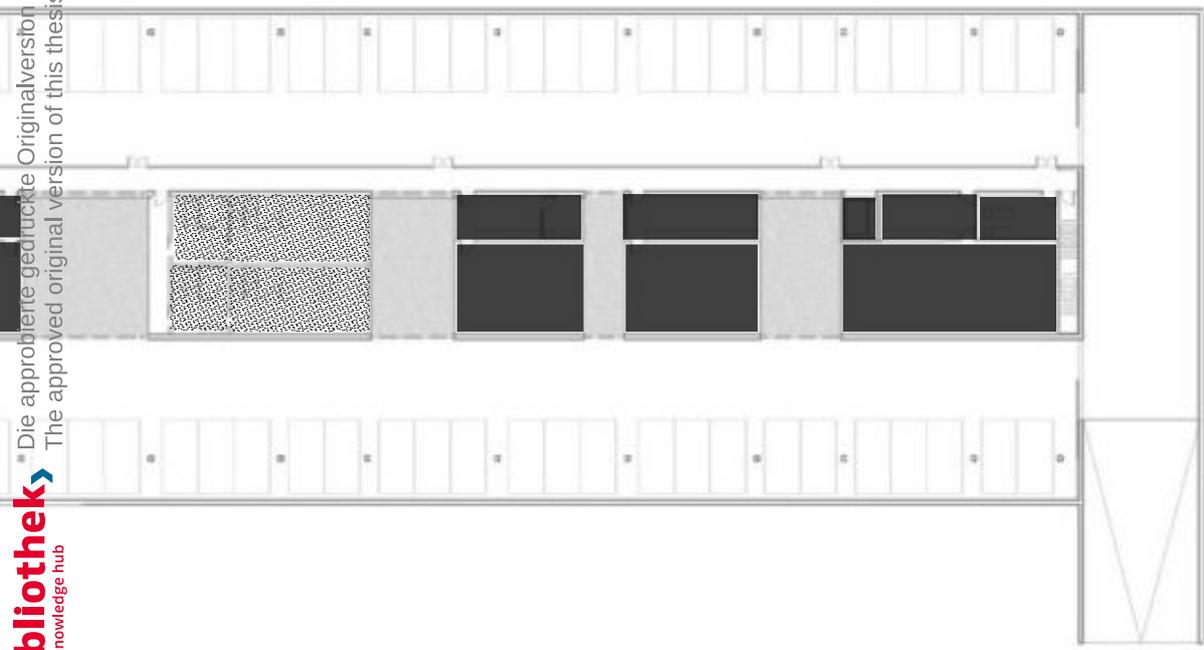
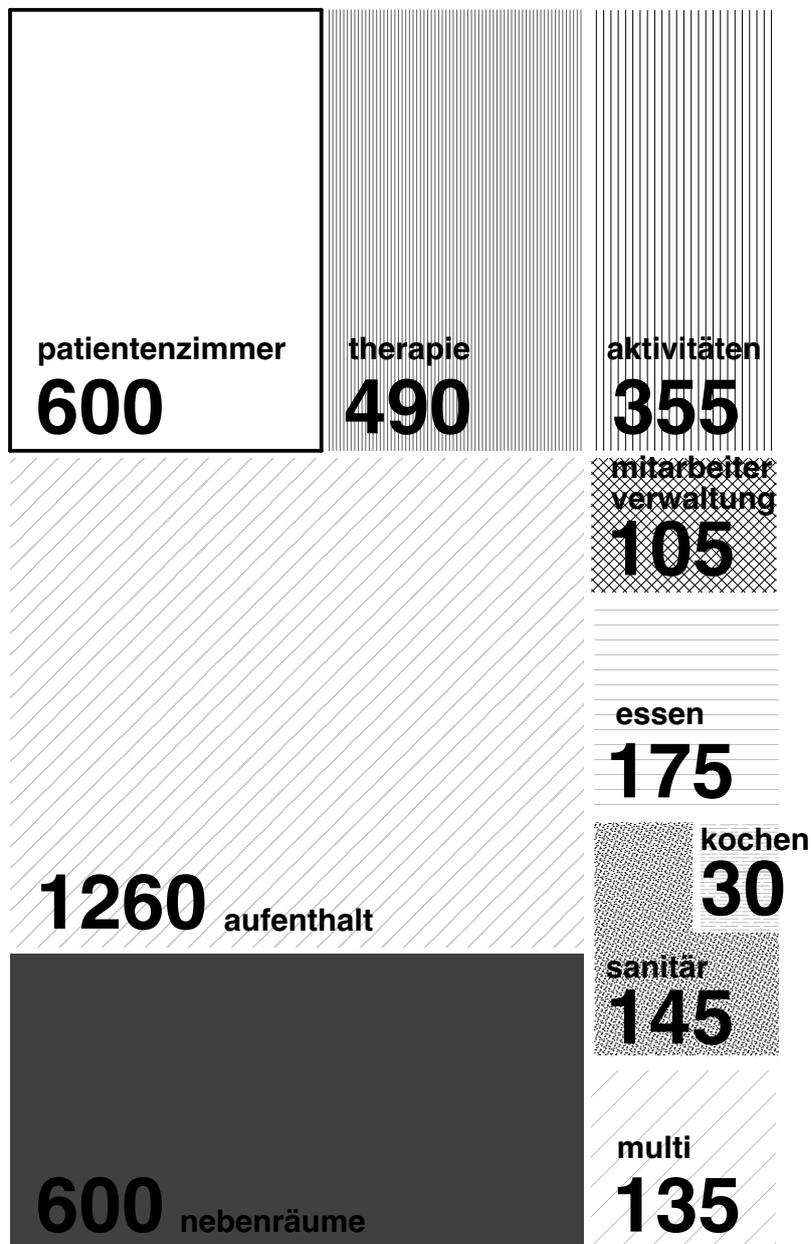


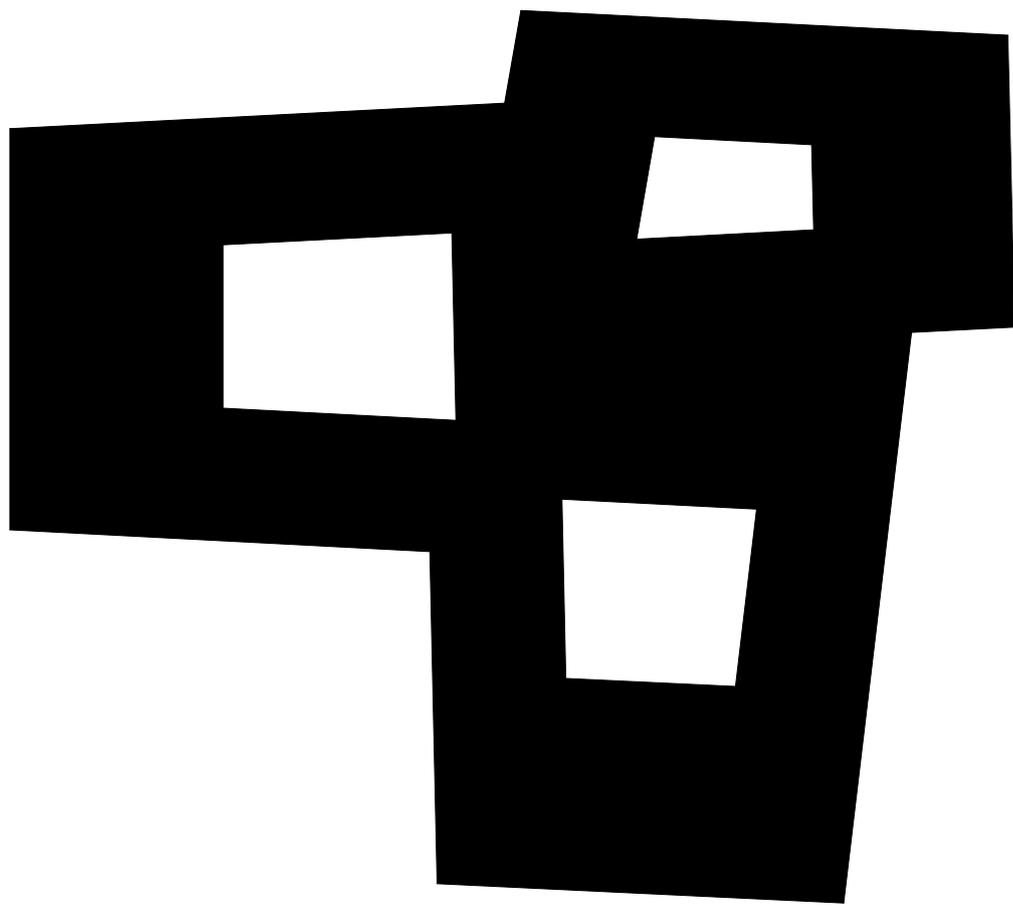
Abb 21: Untergeschoss Zentrum für psychosoziale Rehabilitation mit Raumprogramm M 1.500



gesamtflächenaufstellung:

kapazität: 50 patienten stationär
25 patienten tagesklinik





**zentrum für
alterspsychiatrie**
monolith mit hofstruktur

Bereits im Jahr 1845 entstand in St. Pirminsberg, St. Gallen, in der dort gegründeten Benediktinerabtei eine psychiatrische Klinik. Diese wurde im Laufe der Zeit immer wieder an den neusten Wissensstand in Bezug auf solche Heilanstalten adaptiert. Das im Jahr 2010 neu eröffnete Gebäude bildet ein Zusammenspiel aus Elementen der barocken Klosterarchitektur sowie modernen medizinischen Einrichtungen und übernimmt mit vier Stationen und insgesamt 80 Betten, welche in Einzel sowie Doppelzimmer untergebracht sind, die Hauptunterbringung der stationären Patienten des Gesamtkomplexes. Das Volumen entsteht durch das Zusammenstecken von drei Trapezen, welche jeweils in der Mitte einen Innenhof besitzen und erstreckt sich über wiederum drei Geschosse. Die Therapie- bzw. Behandlungsbereiche sowie die Zimmer sind zur Außenseite hin angeordnet, während sich die Erschließung auf der Innenseite zu den Innenhöfen hin befindet und einen Rundgang bilden soll. Die Idee dahinter ist das fließende, freie und zwanglose Fortbewegen innerhalb des Gebäudes. Die raumhohen Verglasungen erlauben es den Patienten, weite Einblicke nach außen sowie innerhalb der Einrichtung zu ergattern, während diese gleichzeitig ein Kontrollwerkzeug und einen Überblick für das Personal bilden. Zusätzlich dienen Außenflächen in Form eines abgetrennten Gartens im Erdgeschoss sowie eine großzügige Terrasse im dritten Obergeschoss zur Ausdehnung des Raumprogrammes. Diese sind besonders für Patienten mit einem längeren Aufenthalt von großer Bedeutung. Die geflochtene Ziegelfassade wurden von den Architekten in Anlehnung an die regional überlieferten Materialien und Techniken wie Holzschnit-

deln oder Putz ausgewählt. Das Ergebnis ist ein Verband aus einem langen sowie kurzen Ziegel-element, welche eine ineinandergeflochtene Textur erinnern. In den Löchern der Ziegelsteine verlaufen Eisen-Armierungen, welche zur benötigten Stabilität beitragen. Die Verglasungen befinden sich hinter der vorgesetzten Fassade und können somit problemlos in den Zimmern nach innen geöffnet werden, was den Eindruck eines Gefängnisses verhindern soll. (vgl. Huggenberger 2012)



Abb 23: Außenansicht Alterspsychiatrie Pfäfers

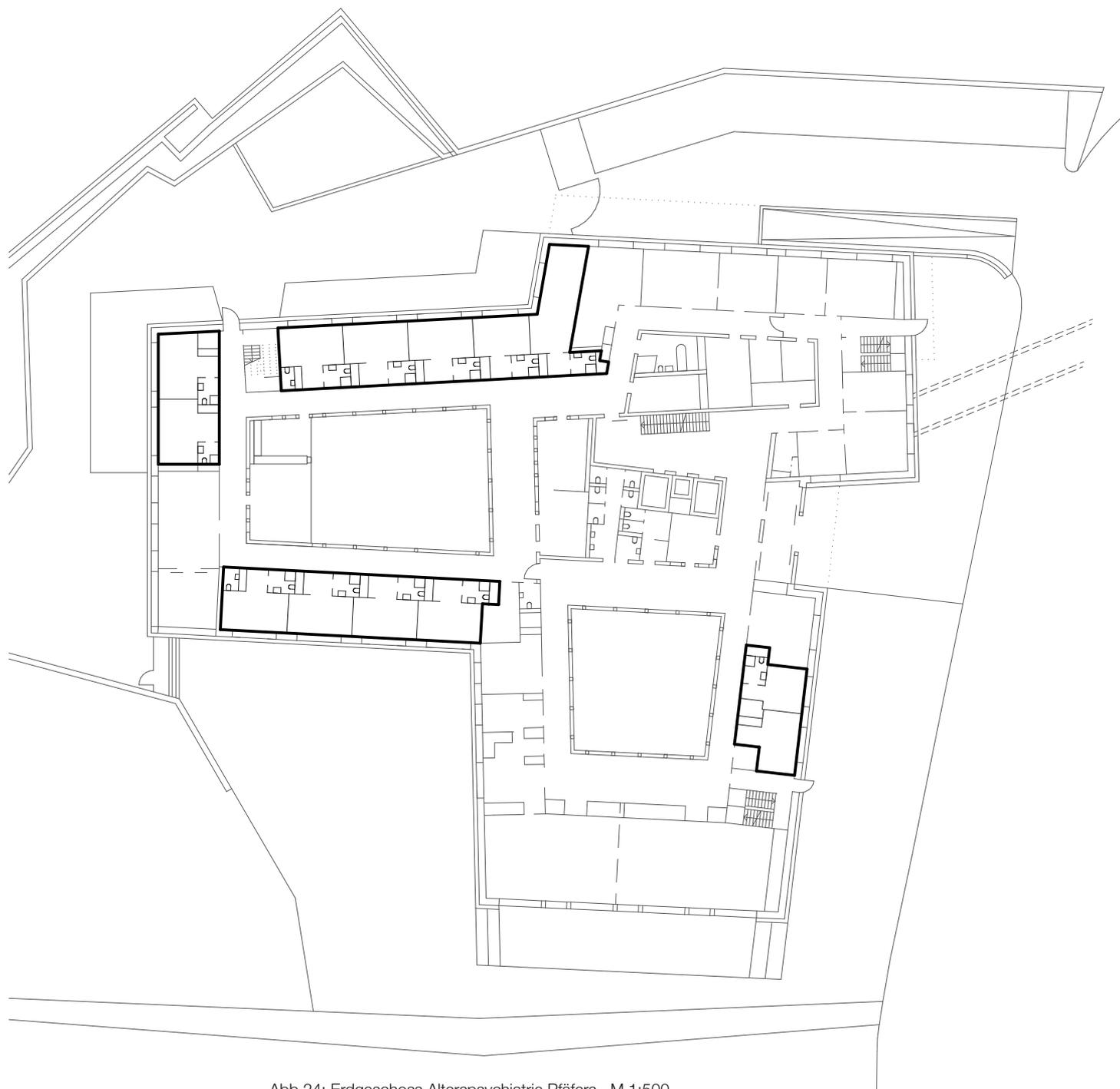


Abb 24: Erdgeschoss Alterspsychiatrie Pfäfers M 1:500

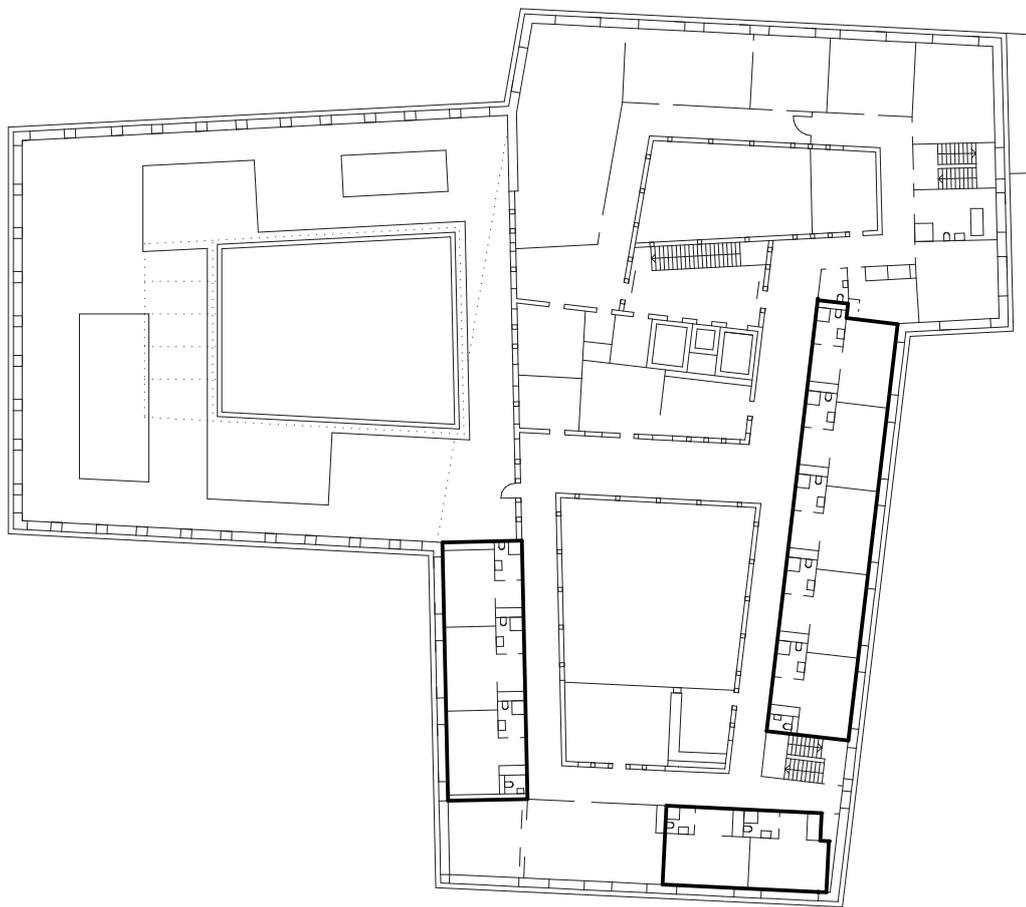


Abb 26: Obergeschoss + 2 Alterspsychiatrie Pfäfers M 1:500

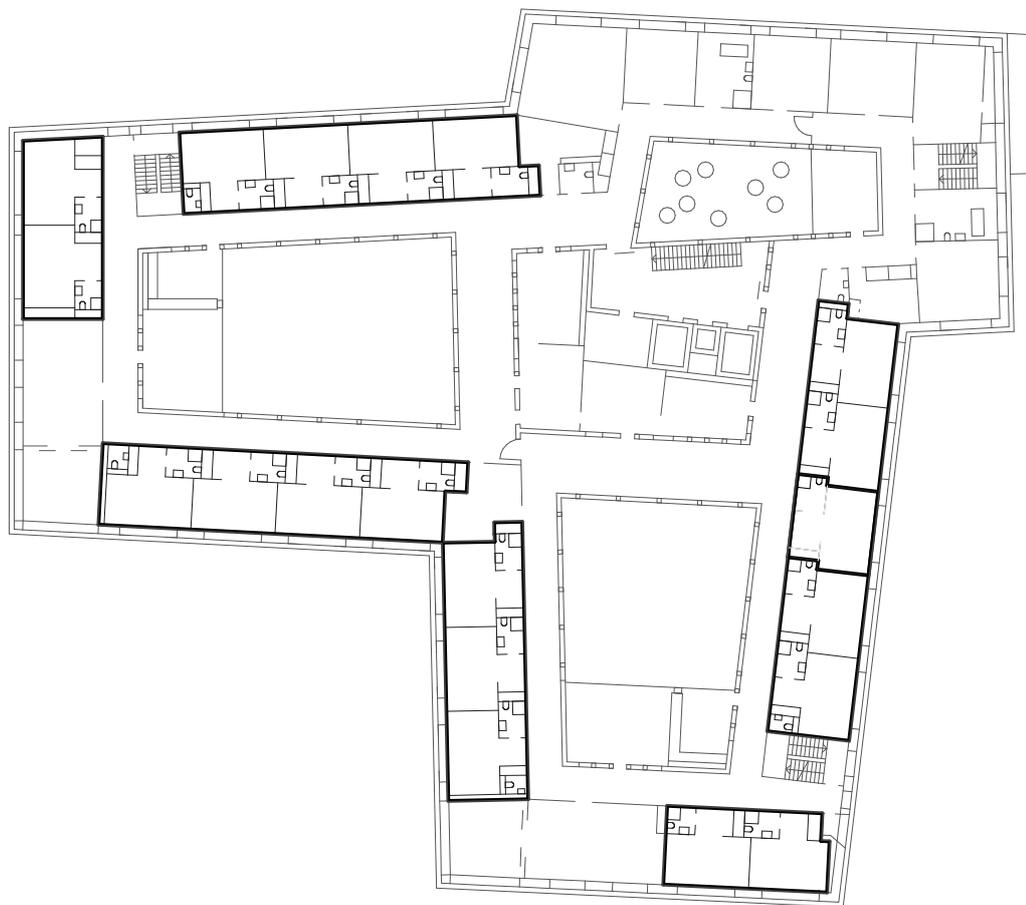


Abb 25: Obergeschoss + 1 Alterspsychiatrie Pfäfers M 1:500

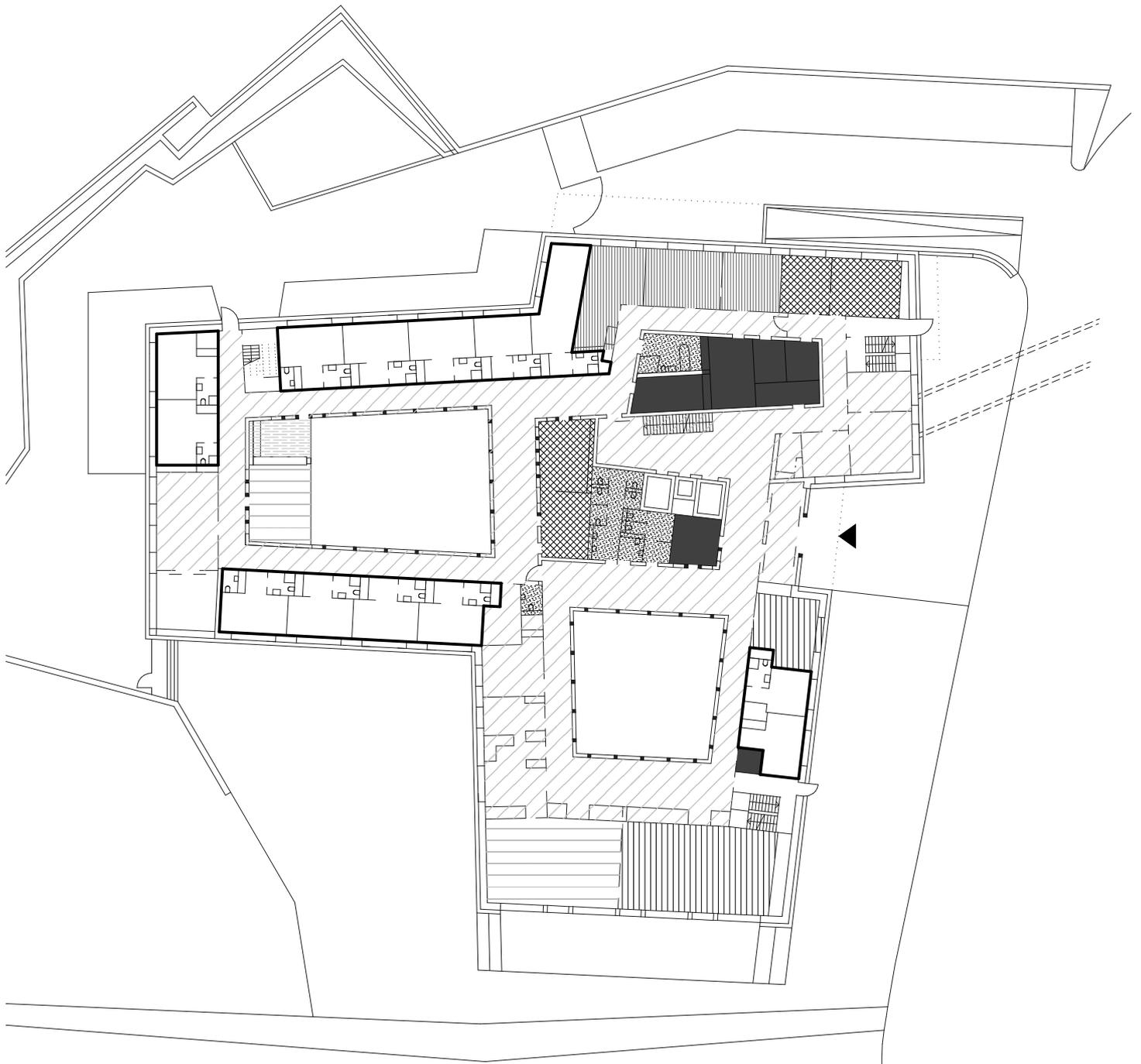


Abb 27: Erdgeschoss Alterspsychiatrie Pfäfers mit Raumprogramm M 1:500

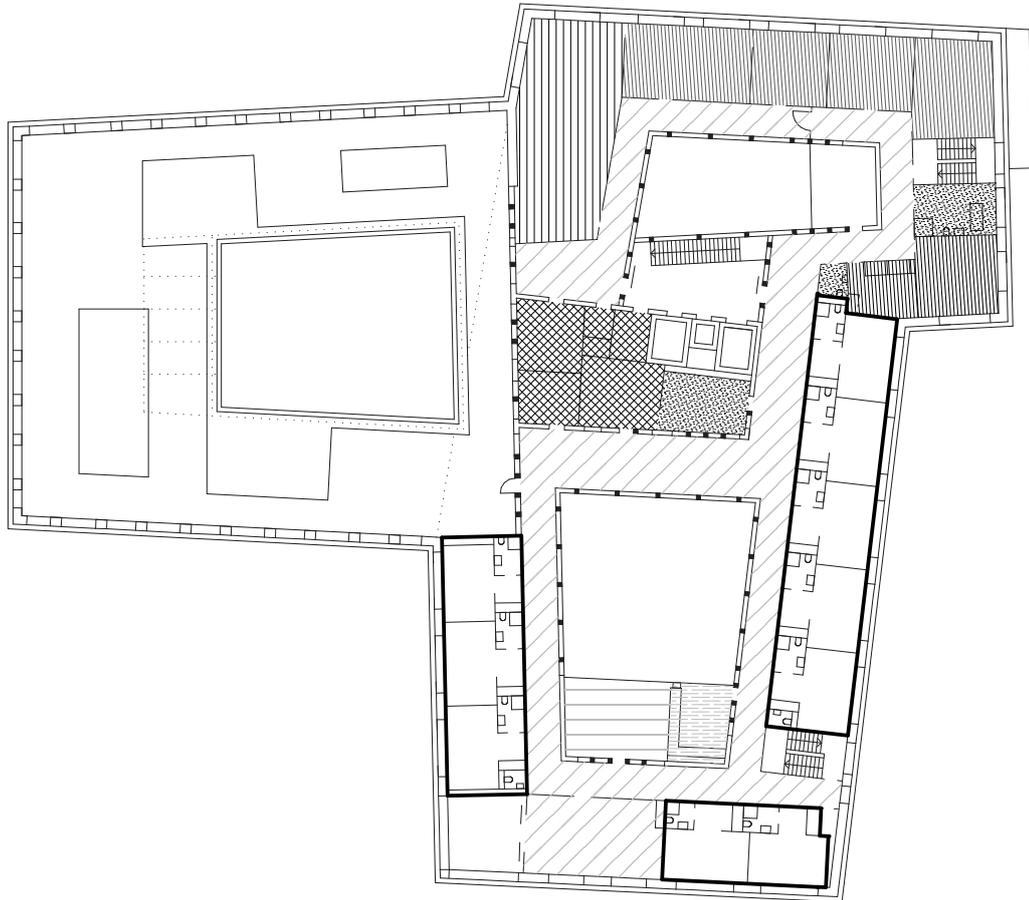


Abb 29: Obergeschoss + 2 Alterspsychiatrie Pfäfers mit Raumprogramm M 1:500

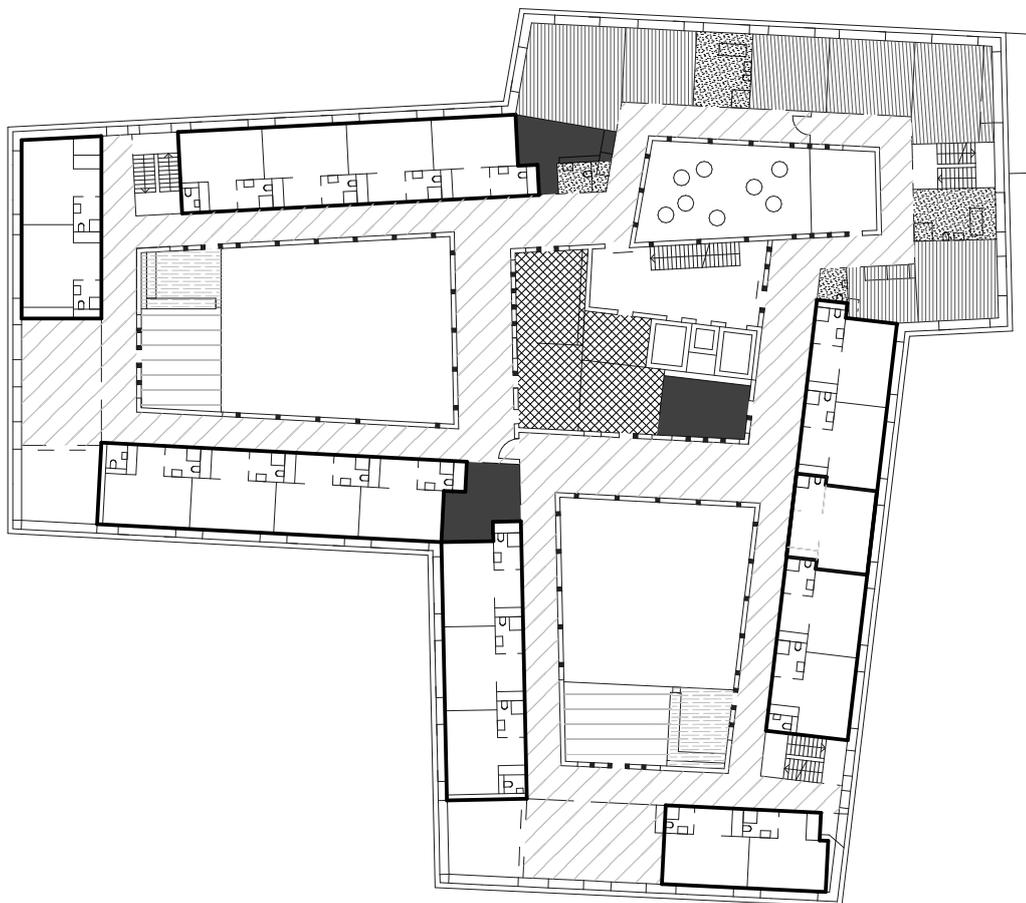
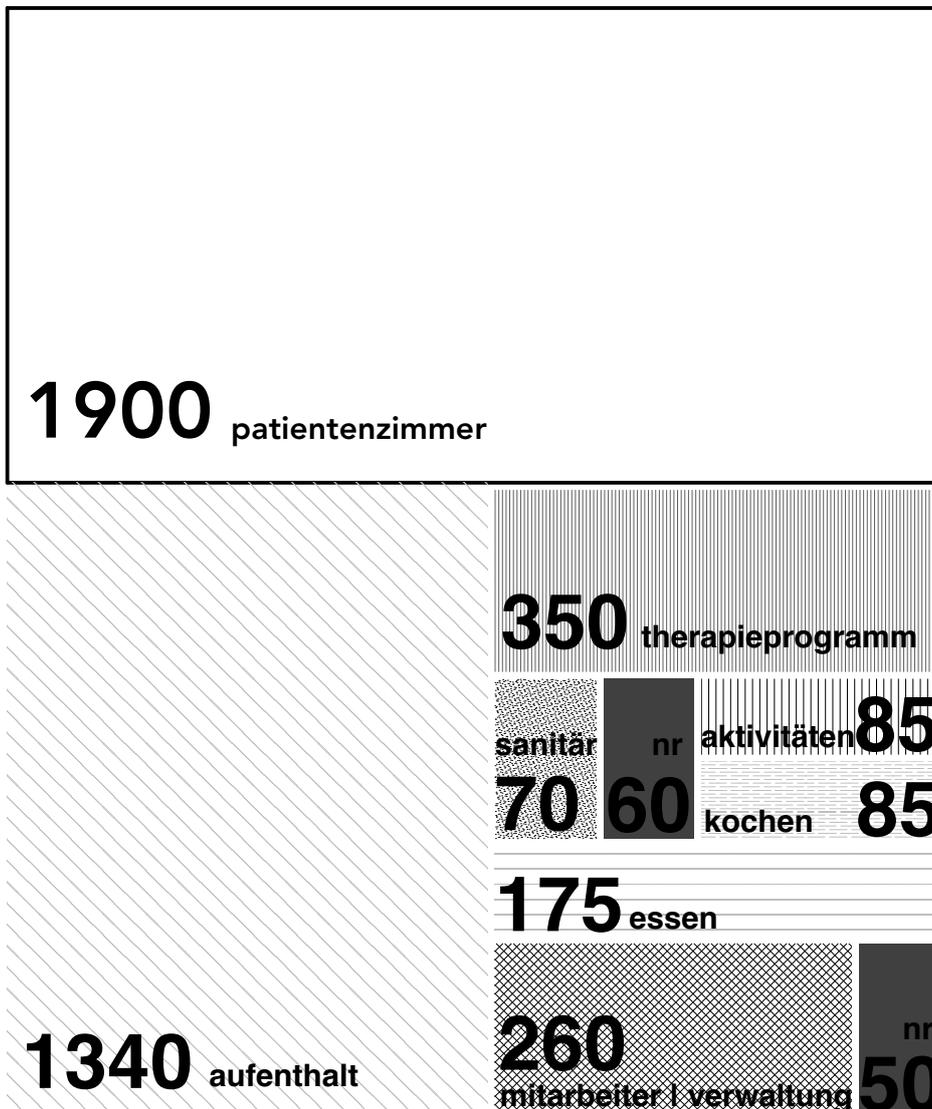


Abb 28: Obergeschoss + 1 Alterspsychiatrie Pfäfers mit Raumprogramm M 1:500

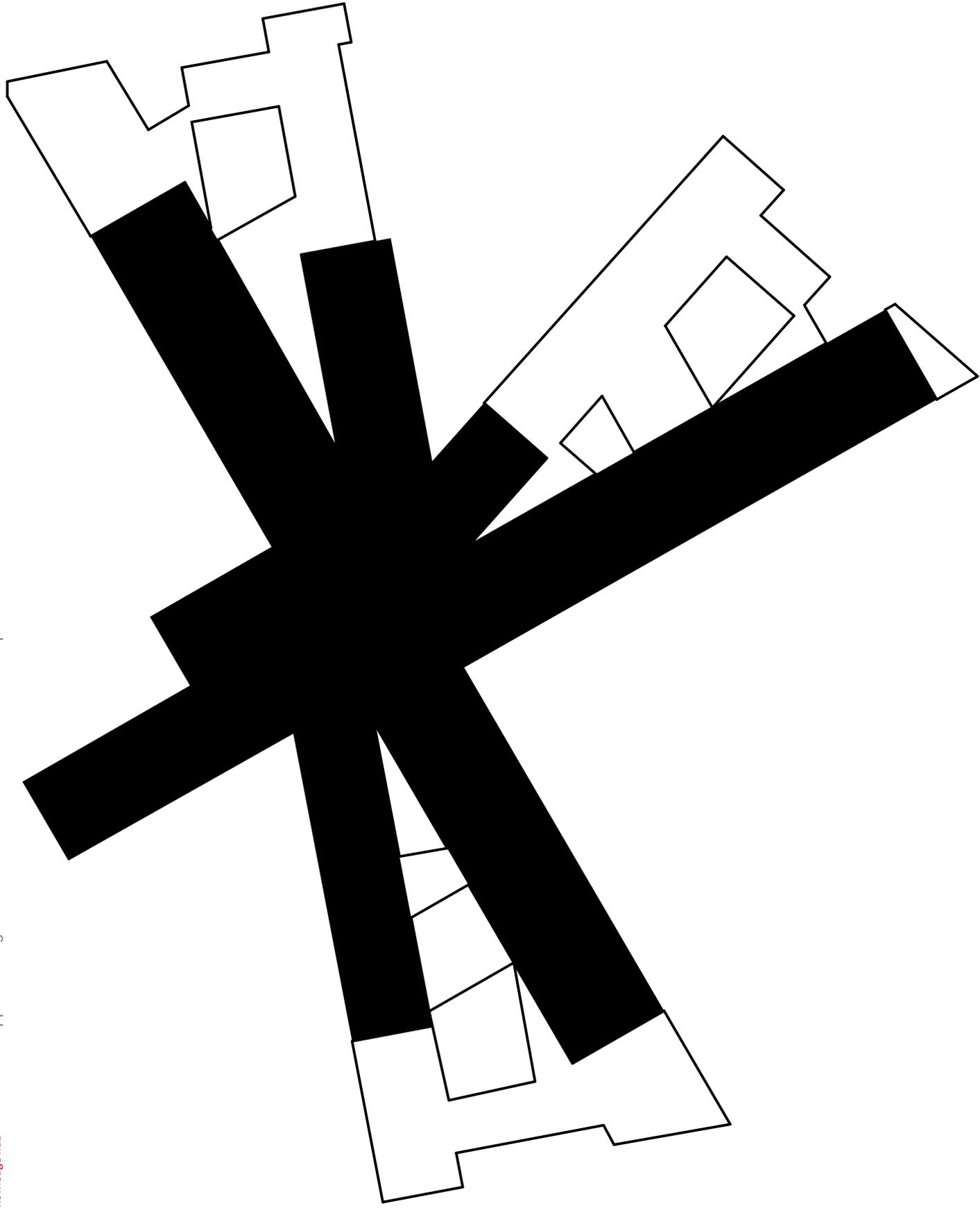
gesamtflächenaufstellung:

kapazität: 41 patienten stationär



psychiatrische klinik helsingør

panoptische struktur | korridorsystem



Die psychiatrische Klinik in Helsingør, einer Hafenstadt in Dänemark, wurde zwischen 2002 und 2005 unter der Planung von jds architects fertiggestellt und befindet sich auf halbem Weg zwischen den suggestiven Formen, die durch die neuen digitalen Technologien generiert werden, und den strengen Geometrien, die die funktionelleren Strukturen kennzeichnen. In den Recherchen vor der Projektgestaltung wurden eine umfassende Analyse des Programms und der Bedürfnisse des Klienten sowie Interviews mit den alltäglichen Nutzern der Klinik, sowohl mit dem medizinischen Personal als auch mit den Patienten, durchgeführt. Die verschiedenen Beiträge gaben keine eindeutigen Antworten darauf, wie die psychiatrische Klinik aussehen sollte. Vielmehr wiesen sie auf einige Paradoxe und Mehrdeutigkeiten hin, die in das Programm eingebracht wurden: offen und geschlossen, zentralisiert und dezentralisiert, Freiheit und Kontrolle, Privatsphäre und Geselligkeit. Diese widersprüchlichen Qualitäten wurden Teil des Projektdesigns und generierten ein Gebäude, das eine psychiatrische Klinik ist und nicht.

Bekanntlich ist eine sichere und einladende Atmosphäre für eine gute Entwicklung der psychiatrischen Behandlung und das Wohlbefinden der Patienten unerlässlich. Moderne Behandlungen und Therapien erfordern eine neuartige Architektur, die ein rationales und effizientes Programm mit wohnlichen und privaten Räumen verbindet, die den Patienten ein Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens vermitteln. Von Beginn an wurden klinische Klischees vermieden: fensterlose Flure und beidseitige Räume mit künstlichen, leicht zu reinigenden Materialien wie Kunststoff

oder Linoleum in kalten, grauen Farben. In diesem Projekt haben alle Materialien ihre natürlichen Oberflächen: Holz, Glas und Beton in lebendigen Farben, um Räume zu schaffen, die weit entfernt von dem typischen traurigen und langweiligen Image von Krankenhäusern sind.

Funktional bringt das Programm Wohnnutzung und Gesundheitsversorgung, öffentliche und private Bereiche in Einklang und definiert Räume für unterschiedliche Nutzertypen. Das sternförmige Hybridgebäude vereint die Gemeinschaftsräume in einem zentralen Knoten und ordnet die Patientenzimmer, die Praxen und das medizinische Personal in einer Schneeflockenstruktur an, die durch bepflanzte Dreiecksektionen getrennt ist. Auf diese Weise sind zwei Zimmer mit Blick auf den See und ein Zimmer mit Blick auf die umliegenden Hügel, alle mit direktem Zugang nach außen. Auf zwei Ebenen angeordnet, fügt sich das Gebäude in die hügelige Landschaft ein, mit Höfen, die wie Schnitte im Gelände aussehen. Eine der Galerien des Behandlungsprogramms erstreckt sich wie eine Brücke, die sich an das bestehende Krankenhaus anschließt und zu einer flexiblen Struktur wird, die durch zukünftige Entwicklungen und Bedürfnisse erweitert werden kann. 100 (vgl. Flores et al. 2013: 24-29)

Die Einrichtung fasst eine Kapazität von 48 Einzelzimmern für stationäre Patientinnen.



Abb 30: Erdgeschoss psychiatrische Klinik Helsingør, Dänemark

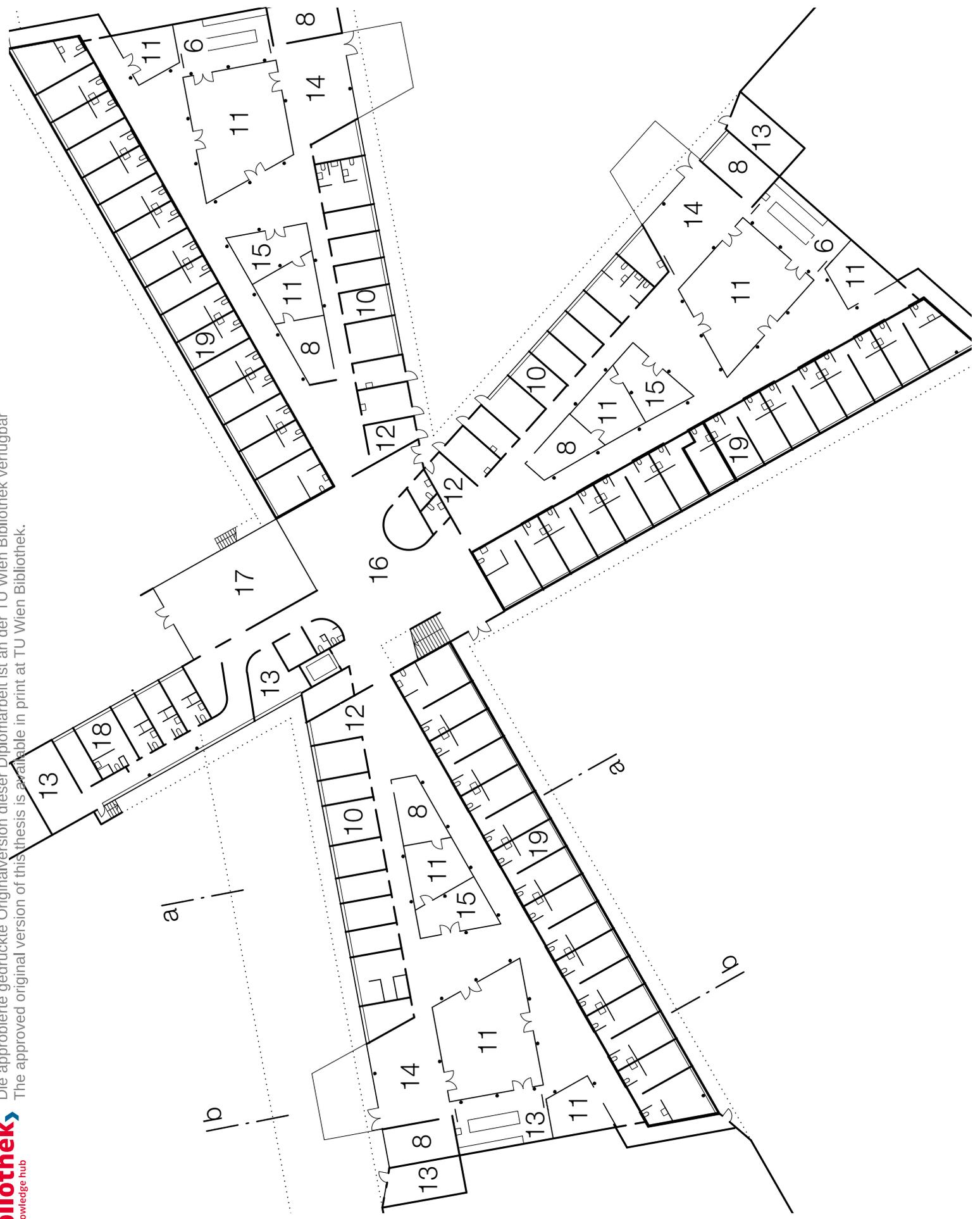


Abb 31: Obergeschoss +1 psychiatrische Klinik Helsingor, Dänemark

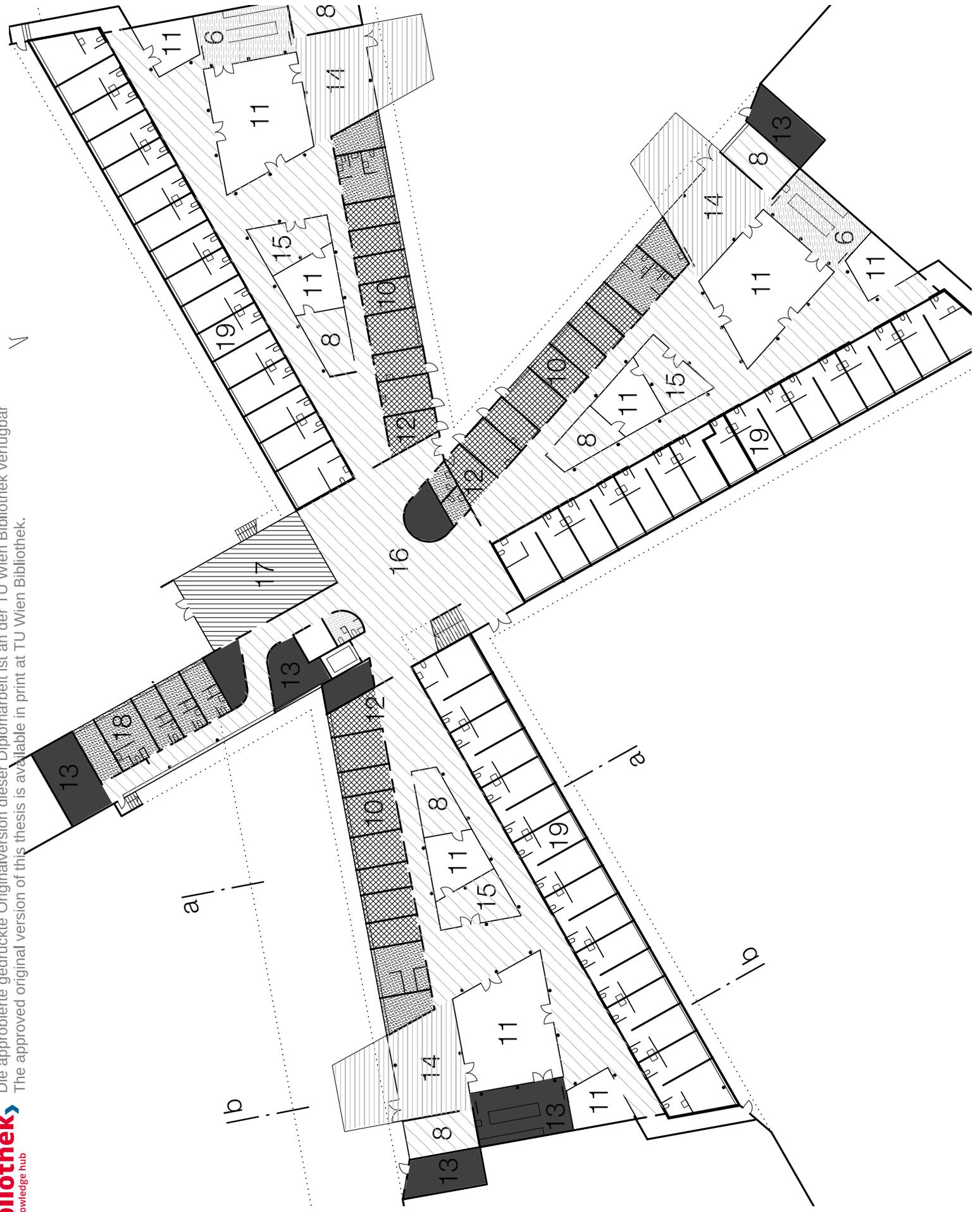


Abb 32: Erdgeschoss psychiatrische Klinik Helsingor mit Raumprogramm

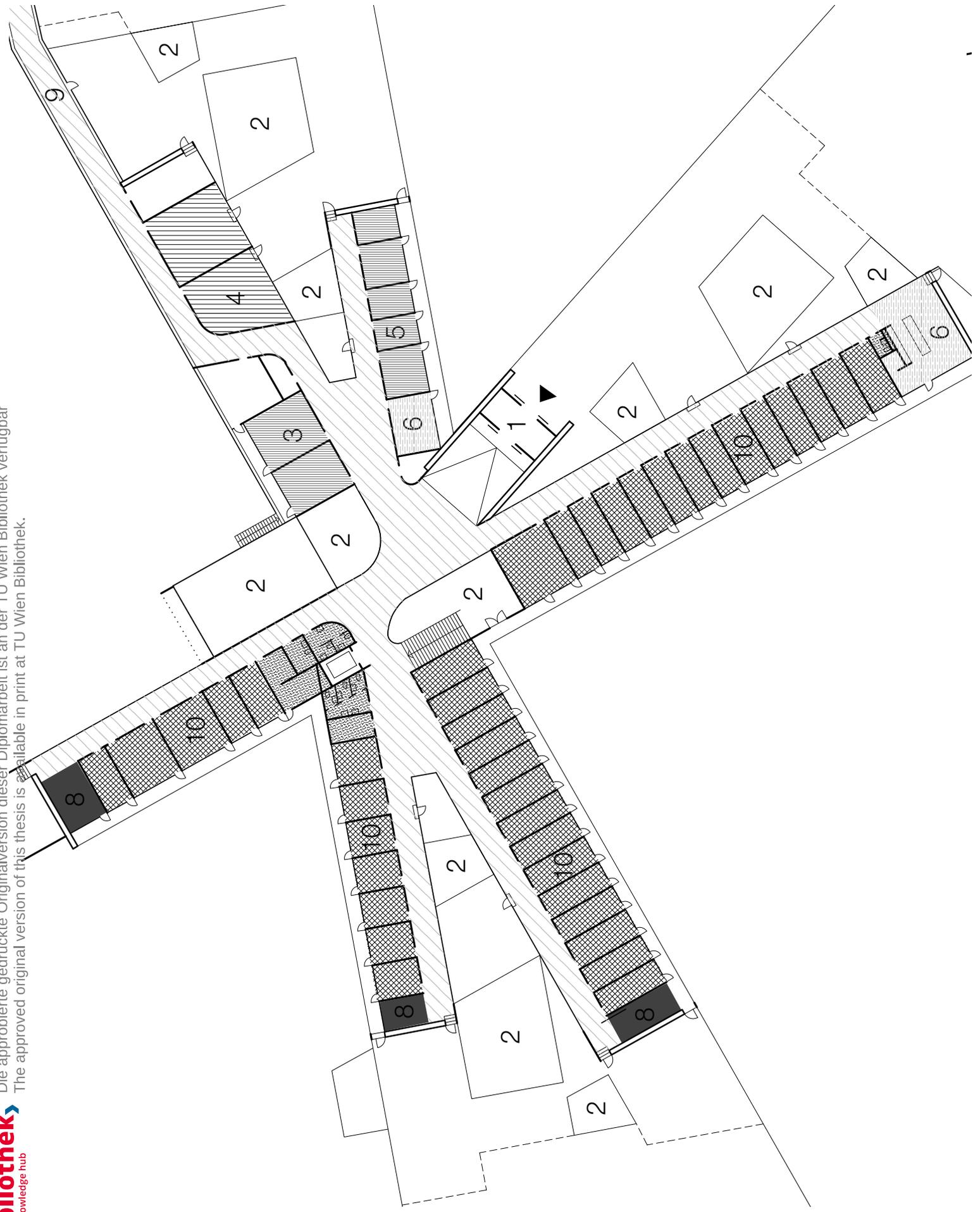


Abb 33: Obergeschoss +1 psychiatrische Klinik Helsingor mit Raumprogramm

gesamtflächenaufstellung:

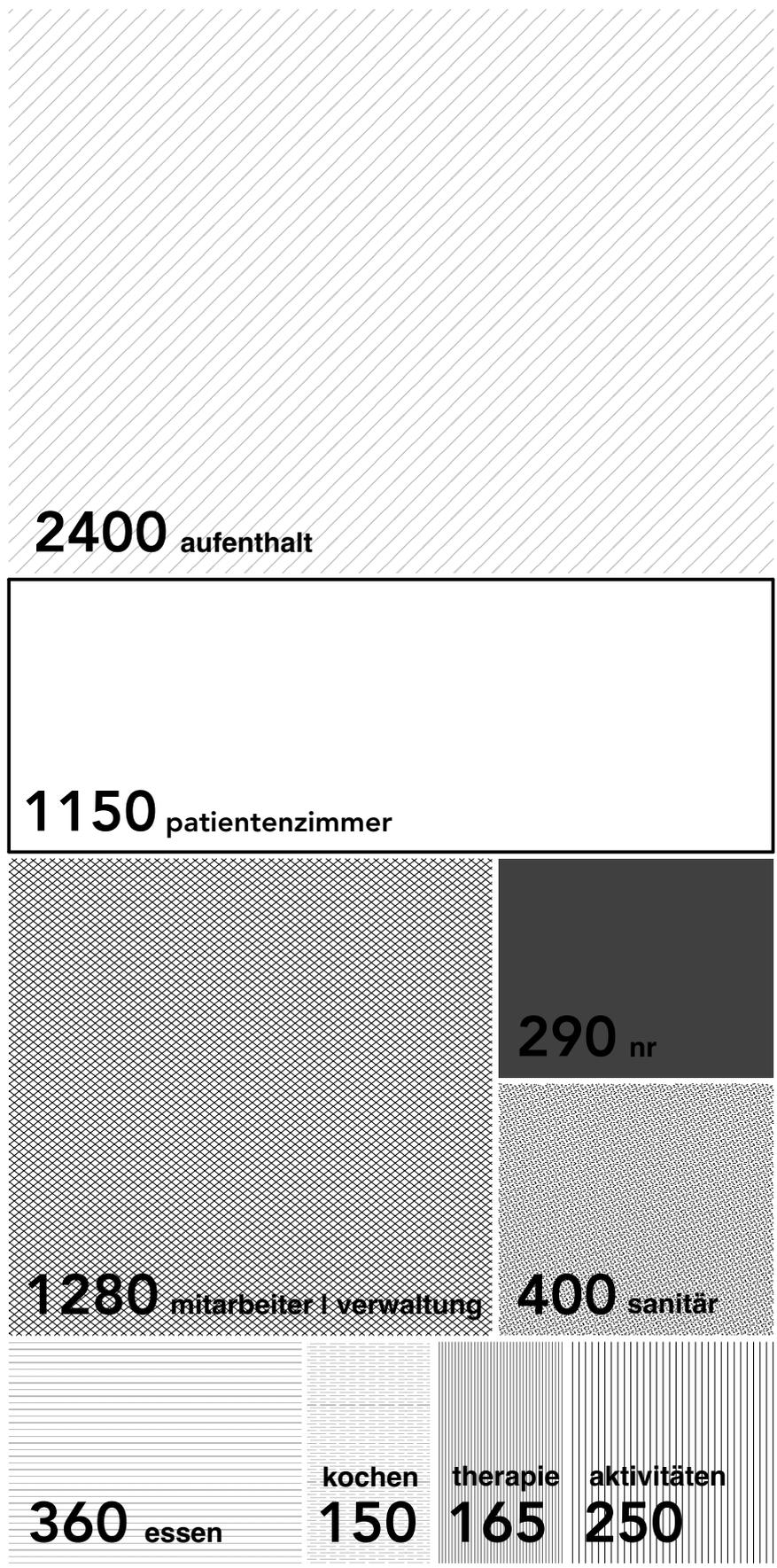
kapazität: 48 patienten stationär
tagesklinik



Abb 34: Vogelperspektive psychiatrische Klinik Helsingør, Dänemark



Abb 35: Innenperspektive psychiatrische Klinik Helsingør, Dänemark

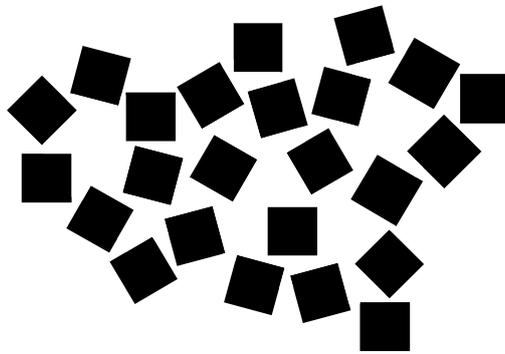


6.1.

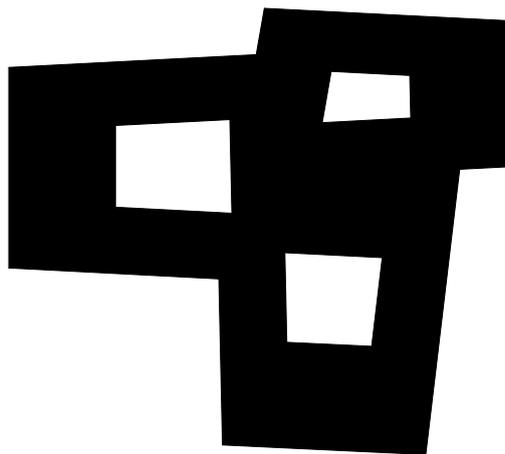
größenvergleich



54 patienten stationär

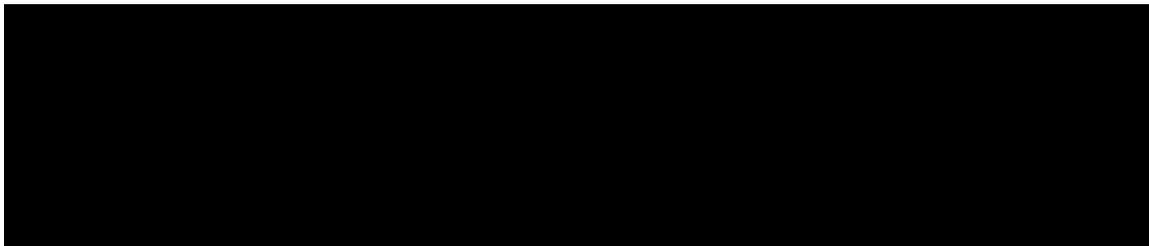


50 patienten stationär

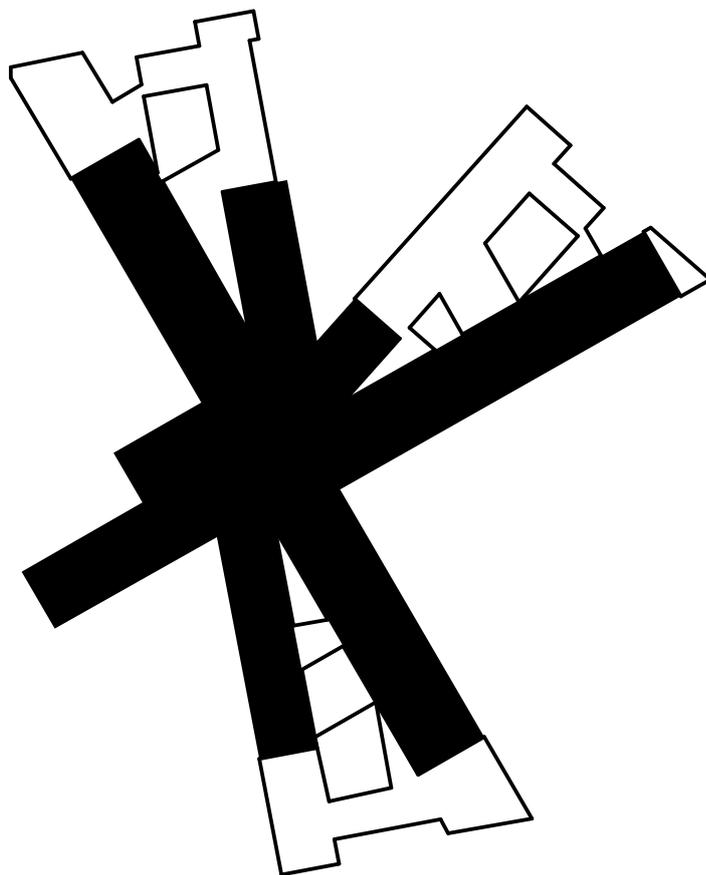


41 patienten stationär

m 1.1000

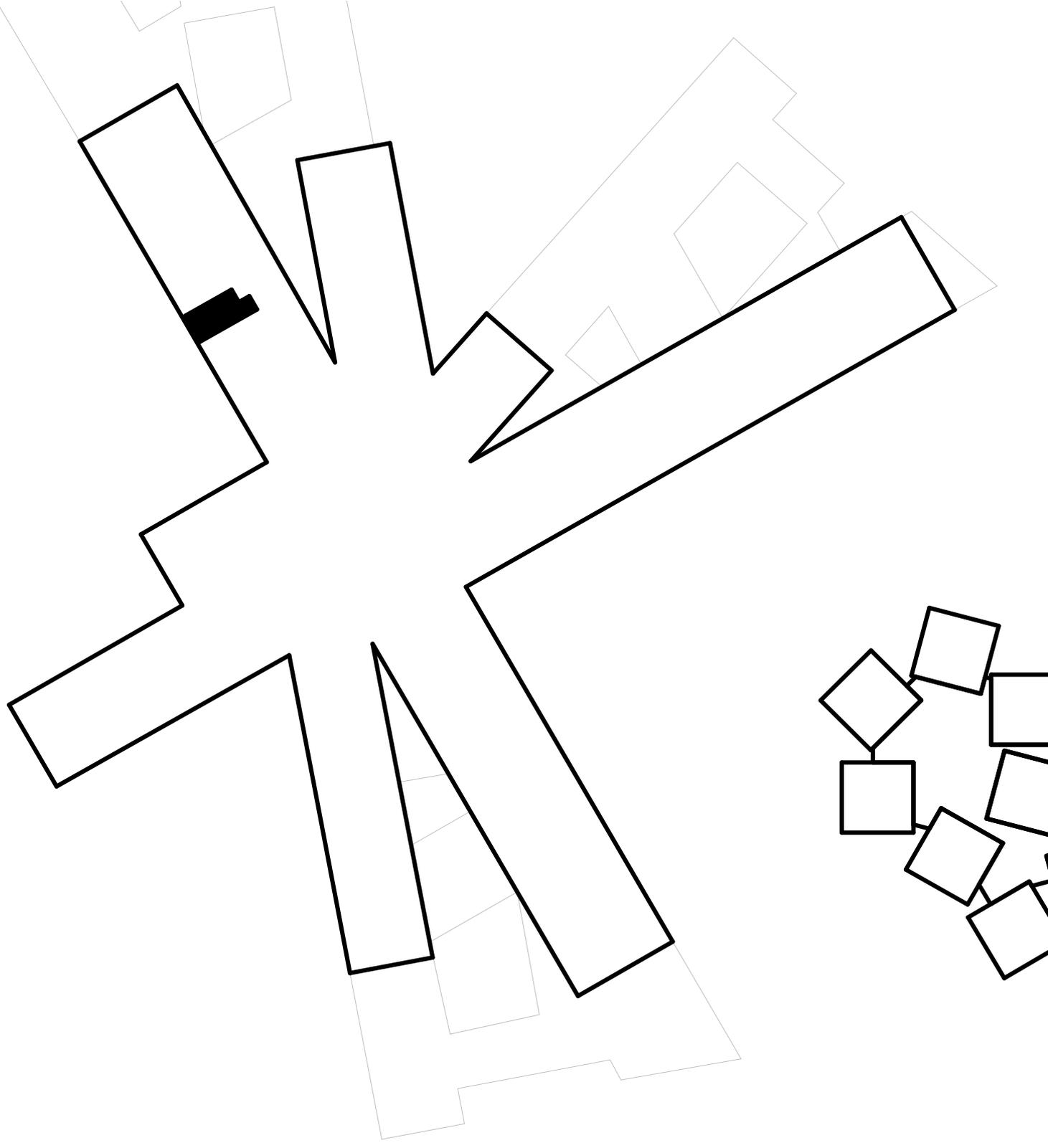


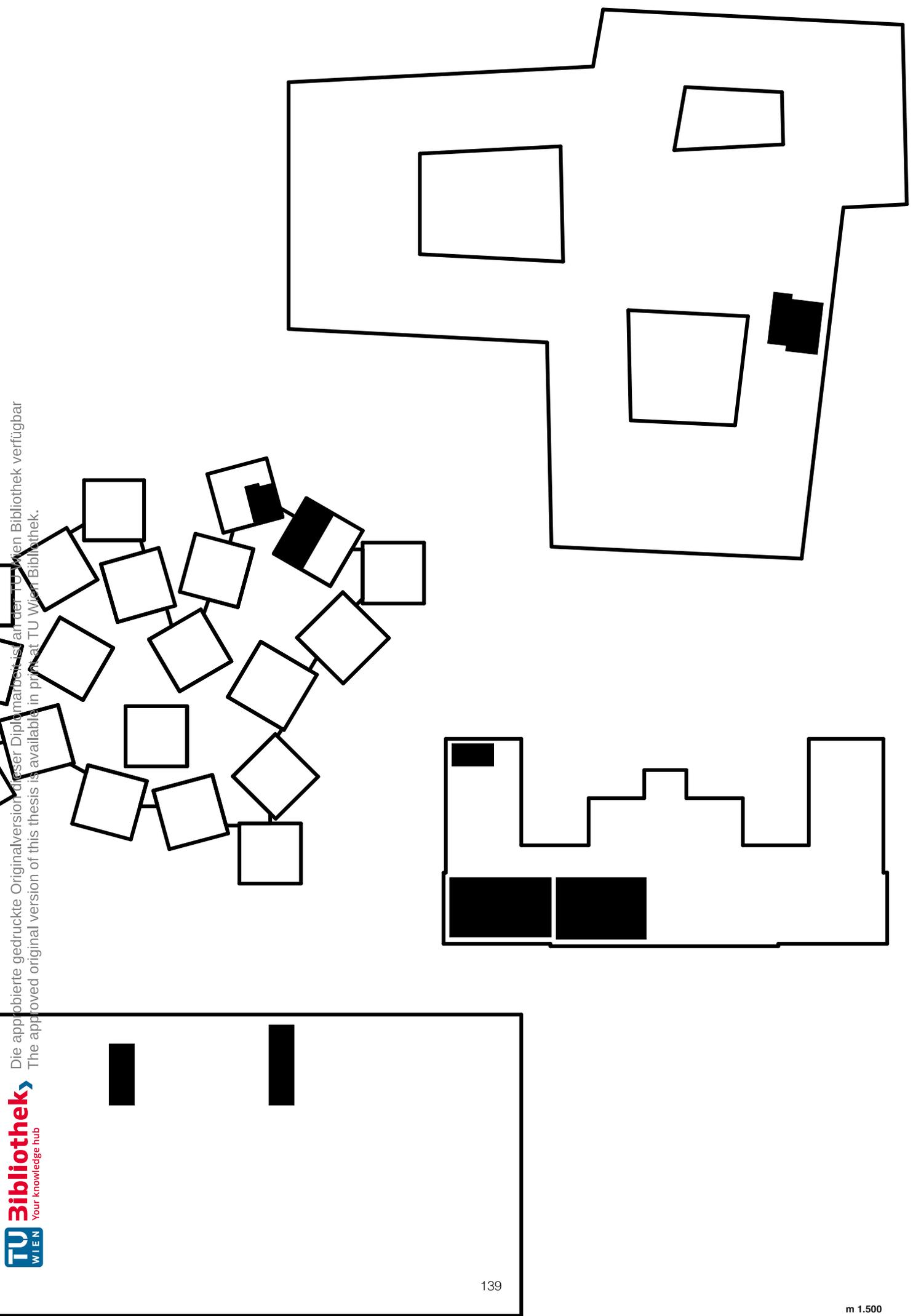
**50 patienten stationär
+ tagesklinik**



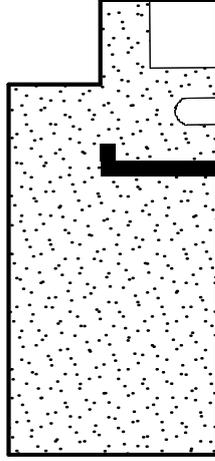
**48 patienten stationär
+ tagesklinik**

m 1.1000

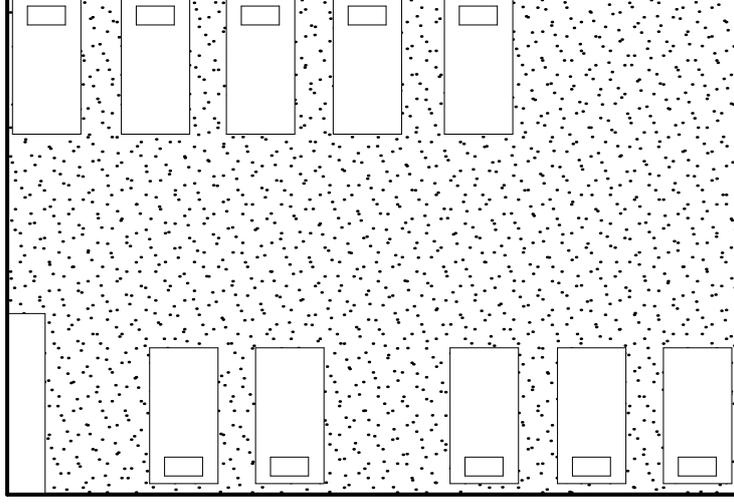




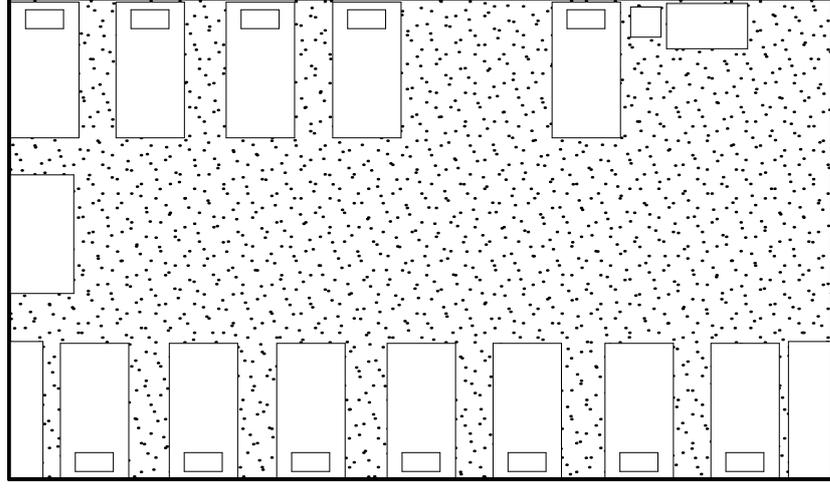
dänemark | psychiatrische klinik 15,00 m²



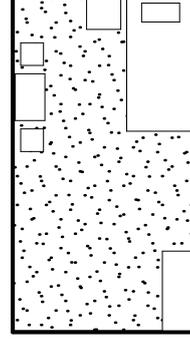
österreich | klinik penzing 64,00 m²



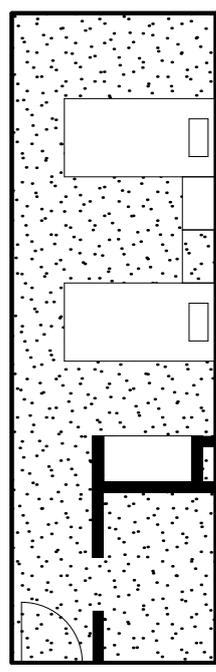
österreich | klinik penzing 70,00 m²



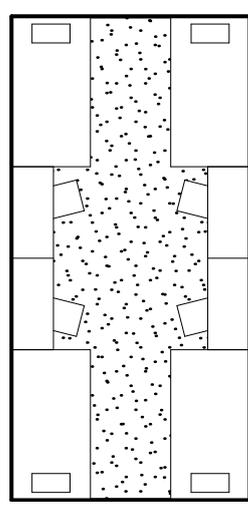
österreich | klinik penzing 10,70 m²



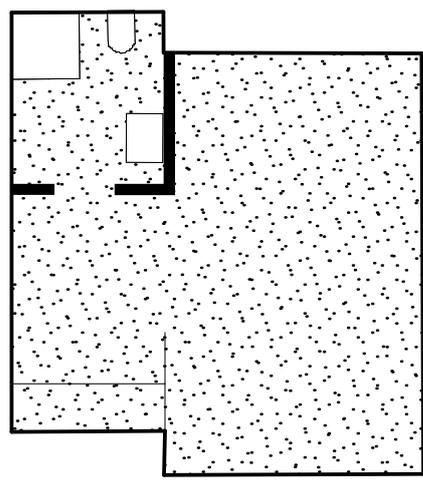
spanien | zentrum für
psychosoziale rehabilitation 23,00 m²



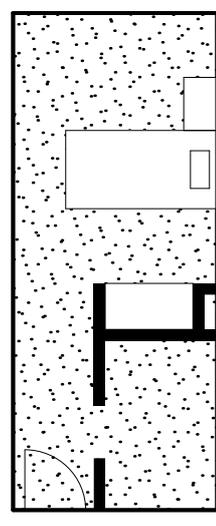
japan | kinderzentrum für
psychische rehabilitation 20,00 m²



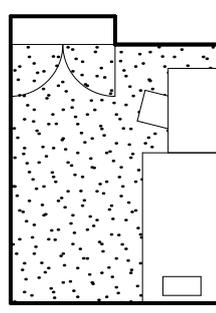
schweiz | zentrum für
alterspsychiatrie 30,00 m²



spanien | zentrum für
psychosoziale rehabilitation 18,00 m²



japan | kinderzentrum für
psychische rehabilitation 10,00 m²



7.

entwurf

Die approbierte geographische Originalversion dieses Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



schwarzplan wien 1:50.000



krankenhaus hietzing



smz baumgartner höhe, otto-wagner spital



wilhelminenspital



univ. klinik für psychiatrie und p

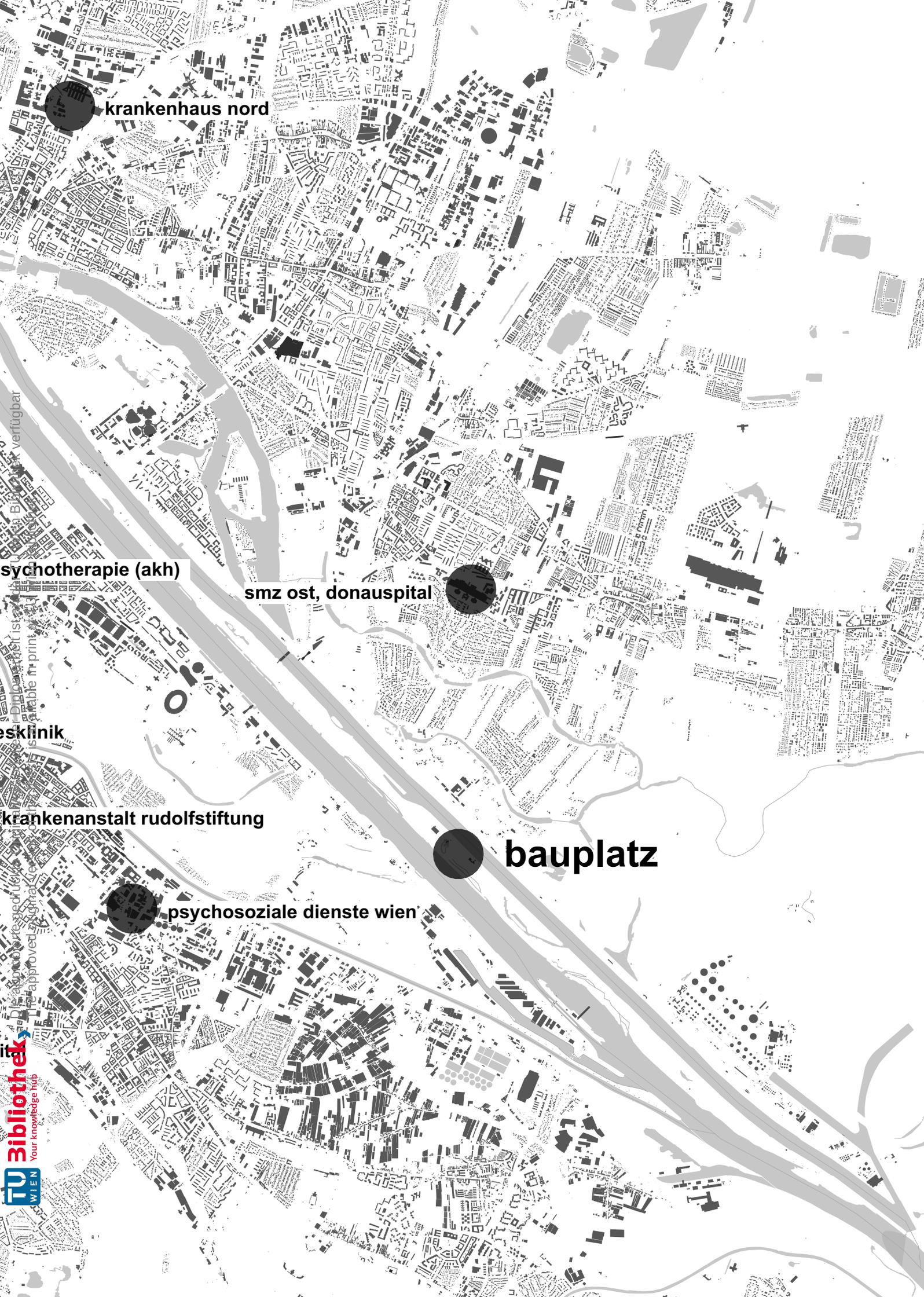


tage



smz süd, kaiser-franz-josef-sp





krankenhaus nord

psychotherapie (akh)

smz ost, donauspital

eskllinik

krankenanstalt rudolfstiftung

bauplatz

psychosoziale dienste wien



muthgasse | 1190

dresdner strasse nordwestbahnhof | 1200

nordbahnhof | 1020

gallitzinstrasse | 1160

körner-kaserne spallartgasse | 1140

sophienspital | 1070

eurogate II as

wolfganggasse eichenstrasse | 1120

sonnwendvierte

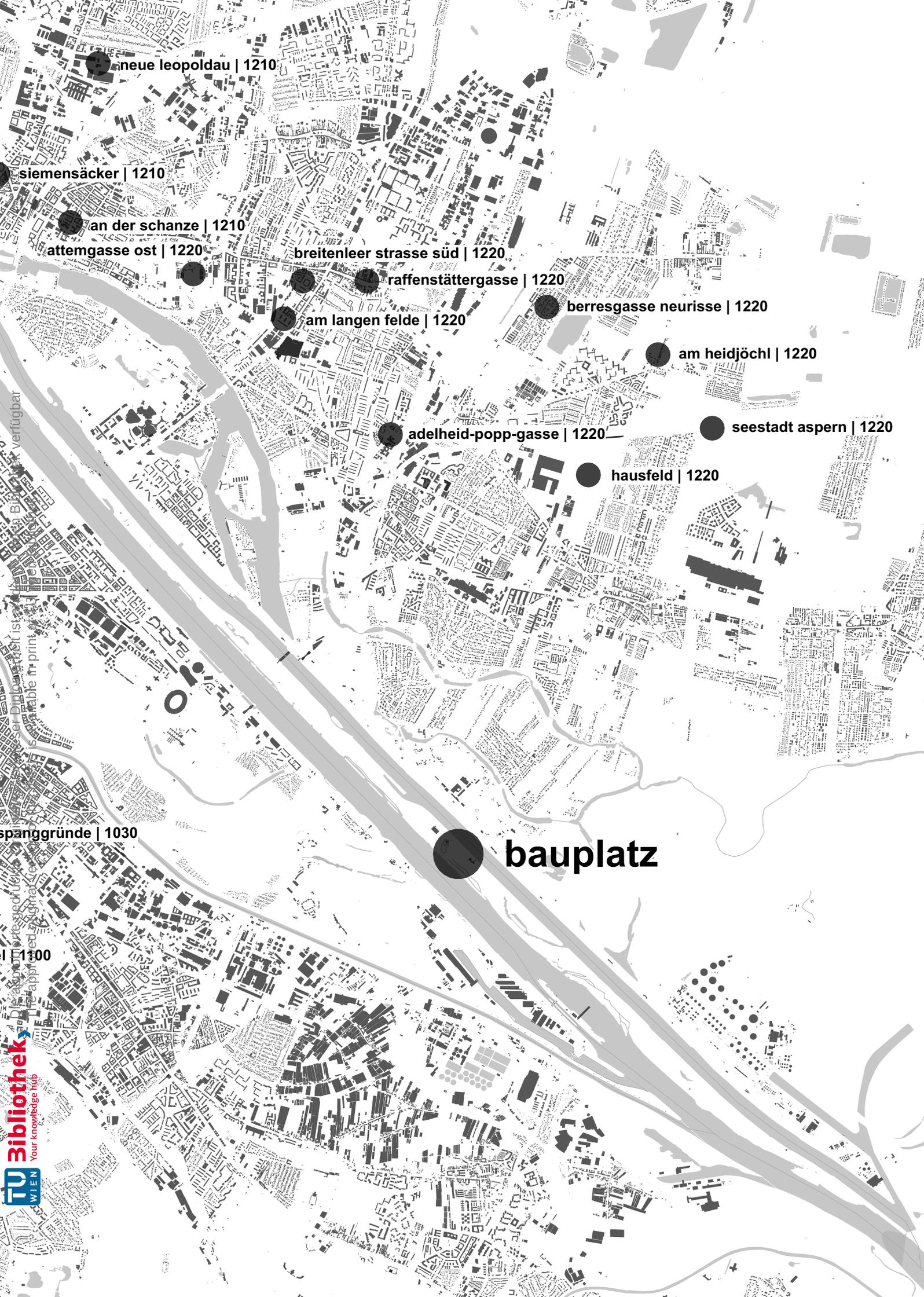
eising süd | 1100

biotope city | 1100

wildgarten | 1120

unilever-gründe | 1230

atzgersdorf | 1230



neue leopoldau | 1210

siemensacker | 1210

an der schanze | 1210

attemgasse ost | 1220

breitenleer strasse süd | 1220

raffenstättergasse | 1220

berresgasse neurisse | 1220

am langen felde | 1220

am heidjöchl | 1220

seestadt aspern | 1220

adelheid-popp-gasse | 1220

hausfeld | 1220

spanggründe | 1030

bauplatz

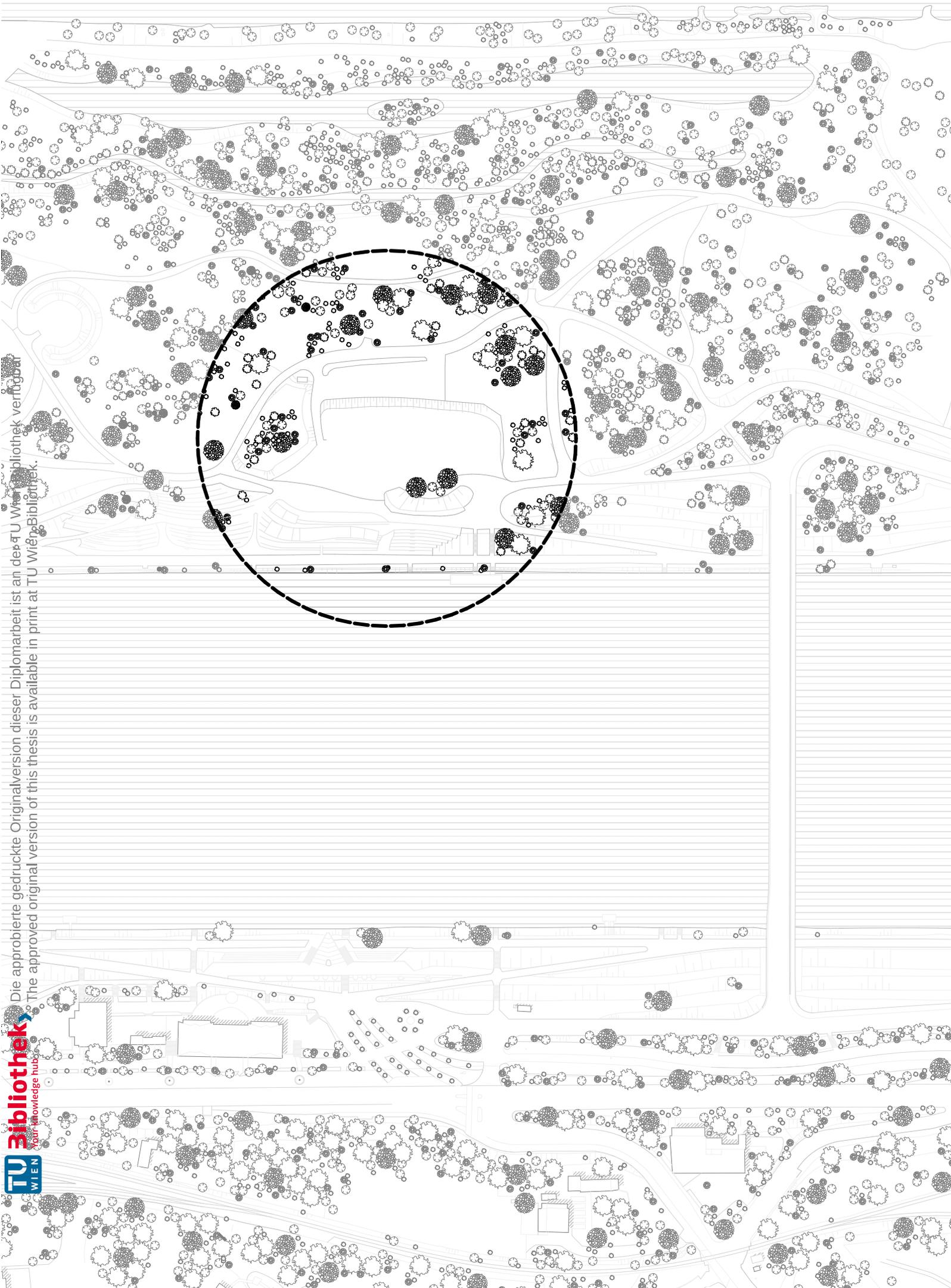
11100

Die vorherige Plangrafik zeigt eine Übersicht verschiedenster medizinischen Einrichtungsformen für mentale Gesundheit in Wien wie Psychiatrien, Tageskliniken, Stationen innerhalb Krankenhäuser, Betrachtet man die Ist-Situation der bestehenden Einrichtungen wird ersichtlich, dass sich einige, wie das AKH Wien oder manche Tageskliniken sehr zentral zum Stadtkern befinden. Einige andere Einrichtungen sind überwiegend im südlichen, westlichen sowie nördlichen Umkreis von Wien situiert. In Bezug auf den Stadtentwicklungsplan der Stadt Wien und dessen neu bzw. zukünftig geplante Wohnbauvorhaben wie die Seestadt Aspern gibt es vor allem im 21. und 22. Bezirk ein großes Zuwachspotential an neuen Wohngebieten bzw. neuen Bewohnern, welchen man, in Anbetracht der bereits behandelten aktuellen sowie künftigen Entwicklungen von psychischen Krankheiten, ein Angebot an mentaler Gesundheitsversorgung gegenüberstellen sollte.

Die meisten Menschen verbringen den Großteil der Zeit mitten im Trubel des Stadtlebens, umgeben von externen Stressfaktoren wie Hektik, Lärm, Verkehr und Menschenmengen. Die Situierung auf einem ruhigen Teil der Donauinsel inmitten der Natur und neben dem Wasser soll Ruhe für Seele und Körper fördern und dazu führen, sich selbst wieder zu „hören“. Diese Kombination aus Natur und Wasser soll Ruhe für Seele und Körper fördern und dazu führen, sich selbst wieder zu hören.

m 1.2000

der bauplatz



Aufgrund dieser Gegebenheiten sowie den bereits behandelten Bedürfnissen psychisch kranker Menschen wurde die Situierung des Bauplatzes auf einem ruhigeren Teil der Donauinsel angedacht, abgelegen der Hauptverkehrswege sowie Aufenthaltsorte von alltäglichen Freizeitbesuchern der Donauinsel, doch in nächster Nähe der geplanten und bereits umgesetzten Stadtentwicklungsgebietes gewählt. Erschließt man den Bauplatz über die direkte Verbindung der Steinsporrenbrücke, gelangt man in eine idyllische Naturlandschaft, welche sich in der Horizontalen in eine ruhige und teilweise unberührte Landschaft ausdehnt. Diese Horizontalität wird durch das fließende Gewässer der Donau nochmals unterstrichen. Fernab externer Stressfaktoren wie Hektik, Verkehr, Lärm oder großen Menschenansammlungen, denen die meisten Menschen tagtäglich ausgesetzt sind, gibt es einem, trotz der tatsächlichen Stadtnähe, das Gefühl, die Stadt hinter sich gelassen zu haben. Der Bauplatz befindet sich im direkten Anschluss an das „Naturschutzgebiet Donauinsel“ und „Toter Grund“ sowie den „Nationalpark Donau Auen“, um auf künftig die benötigte Ruhe und Erholung sowie das Landschaftsbild für die Genesung der Patienten aufrecht erhalten zu können und keine weiteren Bauvorhaben in unmittelbarer Nähe entstehen können.

Die folgenden Umgebungsanalysen geben einen Überblick über die, im Umkreis des Bauplatzes befindliche, Infrastruktur, Verkehrs- und Fortbewegungsströme sowie Grünräume.

donau

fußgänger | radfahrer

zugang wasser

neue donau

steinspornbrücke

zugang wasser

fußgänger | radfahrer

parkplatz

parkplatz

raffineriestraße

taxi motorbezogener Verkehr

bushaltestelle 92b

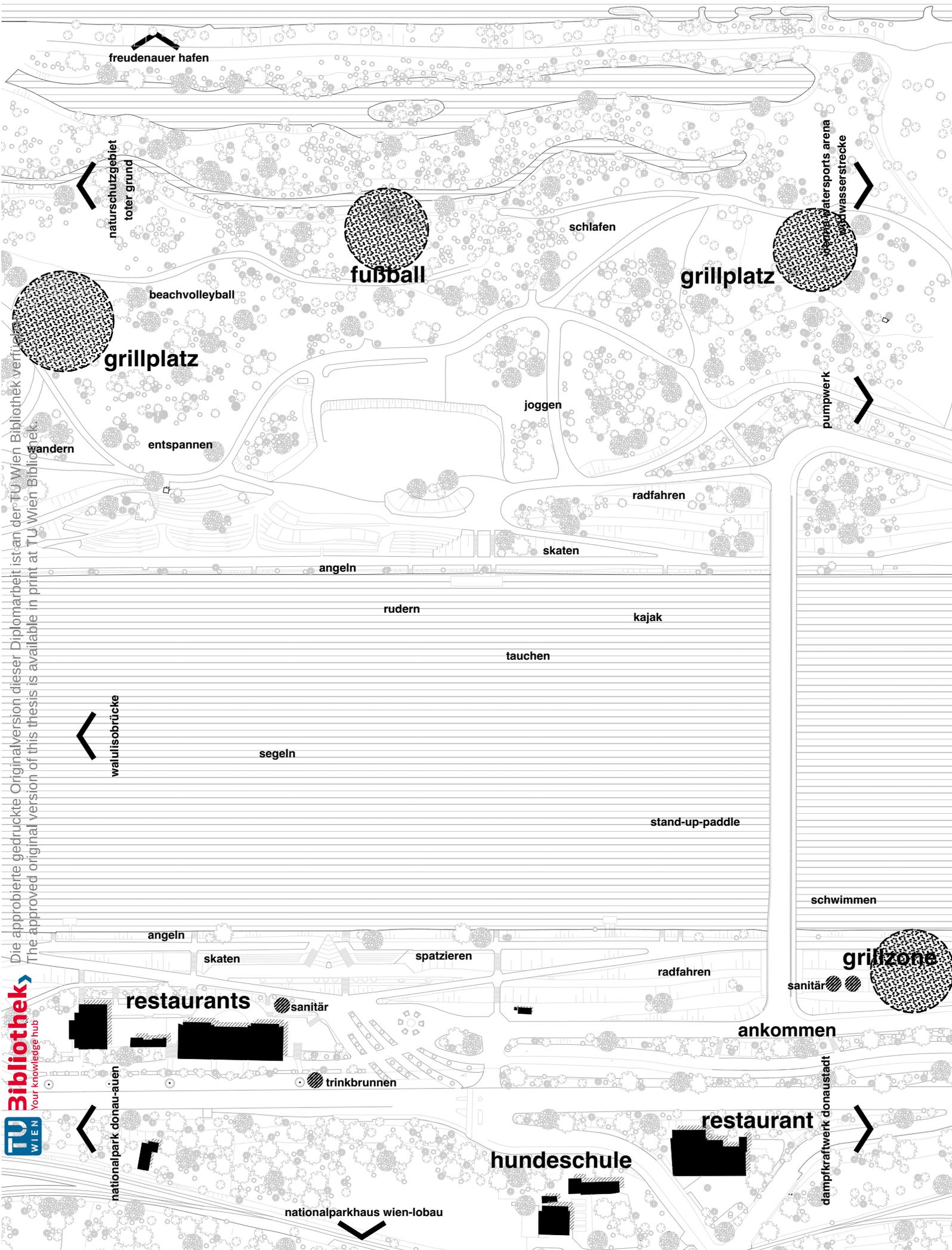
biberhauserweg

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

m 1.2000

analyse infrastruktur

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



freudenauer hafen

naturschutzgebiet
toter grund

beachvolleyball

grillplatz

fußball

schlafen

grillplatz

wassertennis arena
wassertrecke

joggen

pumpwerk

wandern

entspannen

radfahren

angeln

skaten

rudern

kajak

tauchen

waulisobrücke

segeln

stand-up-paddle

schwimmen

angeln

skaten

spatziere

radfahren

grillzone

restaurants

sanitär

sanitär

ankommen

trinkbrunnen

nationalpark donau-auen

restaurant

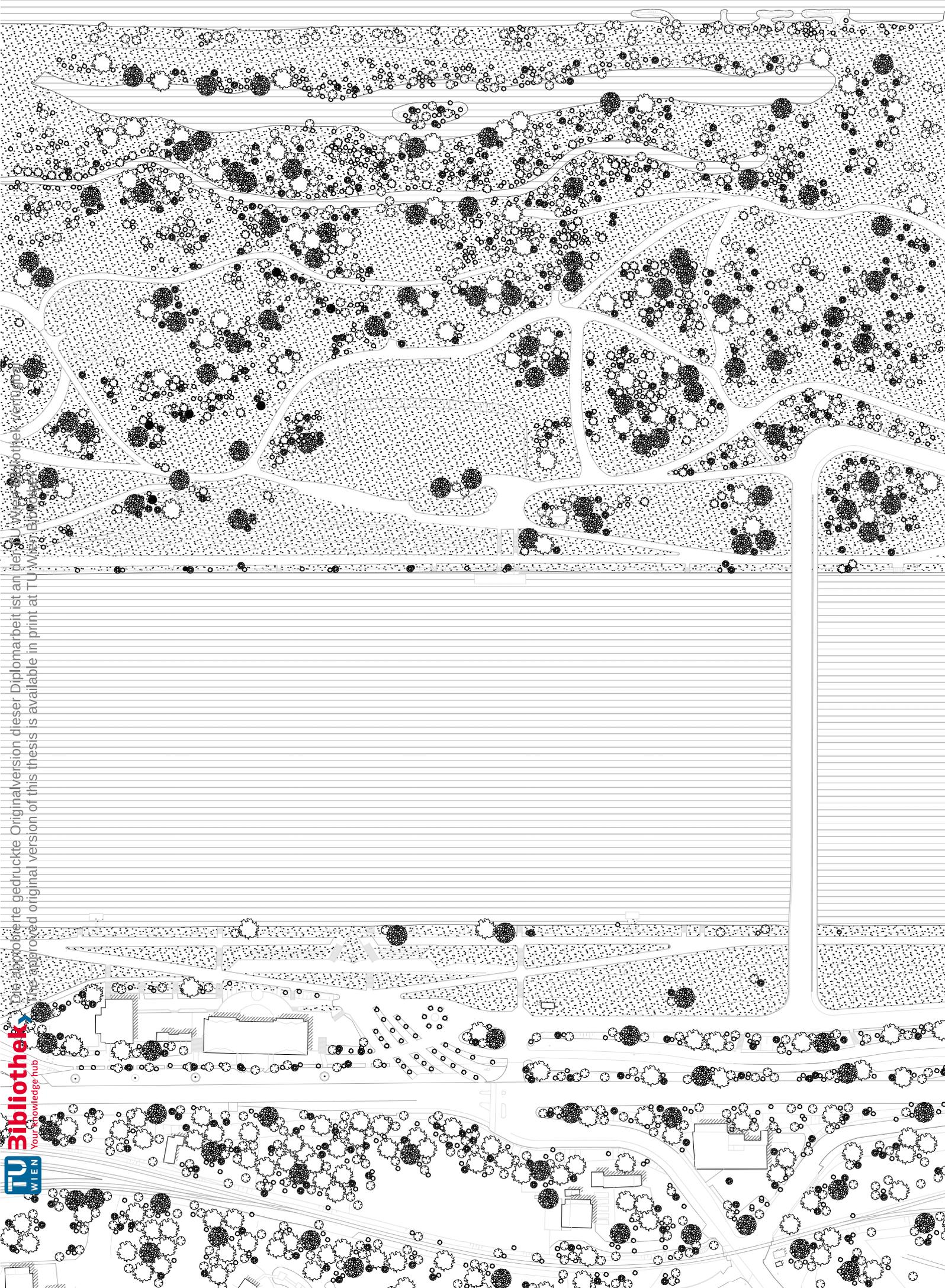
hundeschule

dampfkraftwerk donaustadt

nationalparkhaus wien-lobau

m 1.2000

analyse grünraum







7.2.

konzept

synergien raumprogramm

angebot programm stationäres wohnen 52 personen
angebot programm ambulante tagesklinik 20 personen



privat

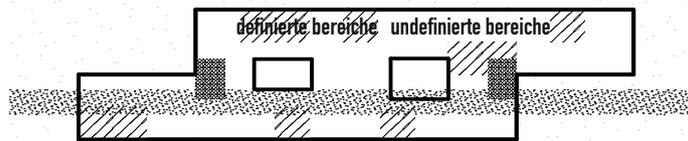
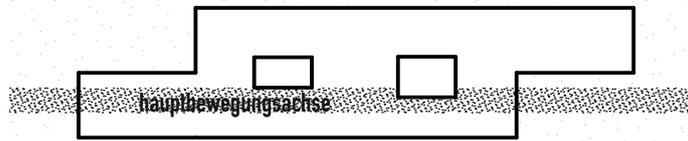
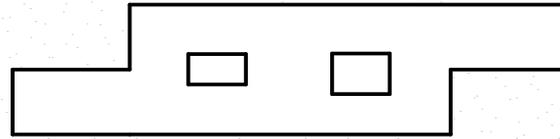
Patientenzimmer	1000
Verwaltung / back office	150
Aufenthaltsbereich Personal	
250	
Umkleiden/Sanitärbereich	
Besprechungsräumlichkeiten	
Organisation	
Technik	100
Lager	50
Waschraum (Wäsche)	20

halböffentlich

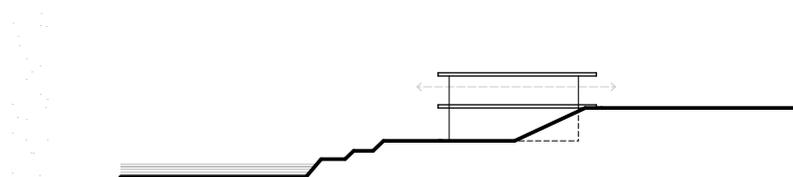
Wohn- und Aufenthaltsbereich	500
Gemeinschaftsküche	
Wohnzimmer	
Lern- Arbeitsmöglichkeiten	
Behandlung	350
Beratungs- Therapieräumlichkeiten	
Arzt/Behandlungszimmer	
Sportbereich / Gymnastik / Turnhalle	150
Garderobe/Umkleiden Patienten	50
Sanitärbereich	80

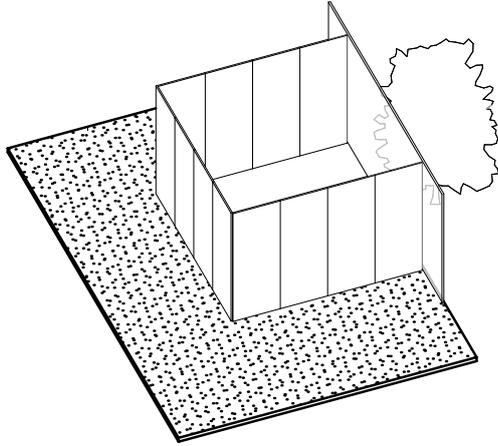
öffentlich

Foyer	300
Aufnahme/Empfang	
Begegnungszonen	
Multifunktionale Zone	
Restaurant/Cafeteria	400
Küche	
Essbereich	
Werkstätten / Workshop	90
Veranstaltungsbereich	150
Bibliothek	100
Sanitär	80
Außenraum Gemeinschaftsgarten	

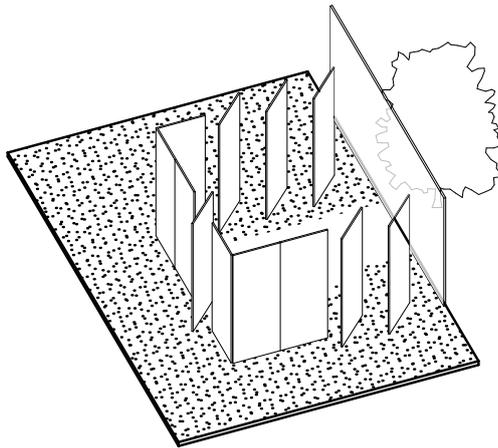
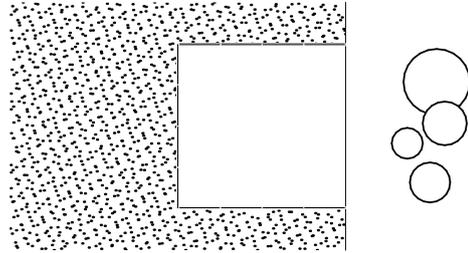


Das Konzept nimmt die gegebene Horizontale der Donauinsel und deren Landschaft auf und bettet die Kubatur inmitten dieser ein. Mit dem Leitgedanken, alles unter einem großen Dach zur Verfügung zu stellen, entsteht eine längliche Kubatur, deren Stirnseiten sich noch weiter mit der Landschaft verschränken, um alle Bereiche mit genügend Tageslicht zu versorgen. Innenhöfe ermöglichen, auch die Tiefen der Kubatur mit Tageslicht zu versorgen. Die horizontale Ausdehnung des Gebäudes erlaubt es, die Natur bestmöglich in das Gebäude fließen und auf die Nutzer wirken zu lassen. Gleichzeitig entsteht eine klare horizontale Achse durch das Gebäude, welche die Bewegungsströme der Nutzer aufnimmt und leitet sowie ein einfaches Wegesystem bildet. Abseits der Hauptbewegungsachse entstehen auf beiden Ebenen sowohl definierte Bereiche und Nischen, welche für bestimmte Nutzungen vorgesehen sind, als auch undefinierte Bereiche, welche eine großzügige Begegnungs- und Aufenthaltszone sowie Nutzungsfreiheit gewähren. Das Gebäude passt sich an die vorgefundene Topographie an, welche die Umsetzung von zwei Ebenen begünstigt. Dadurch wird das Gebäude in private sowie halböffentlich und öffentliche Bereiche gliedert. Das Erdgeschoss ist für die (halb-) öffentlichen Nutzungen vorgesehen und steht in erster Linie den stationären Patienten, Tagespatienten und Mitarbeitern zur Verfügung. Um die Atmosphäre so alltäglich wie möglich zu gestalten und die soziale Interaktion zu verstärken steht das Erdgeschoss auch Besuchern sowie externen Nutzern zur Verfügung. Das obere Geschoss bildet hingegen den privaten Bereich, welcher nur für die Nutzung stationärer Patienten und Mitarbeitern bestimmt ist.

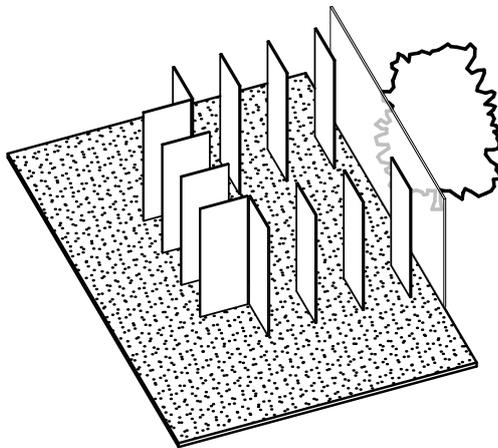
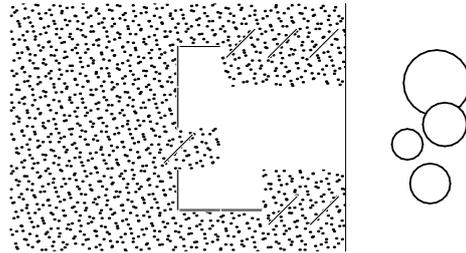




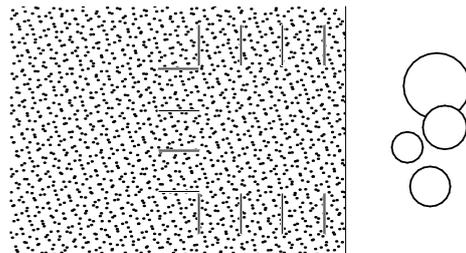
privat

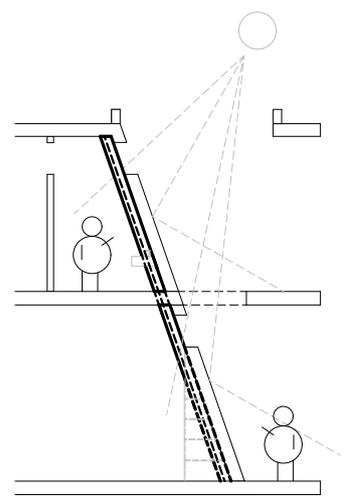


halböffentlich

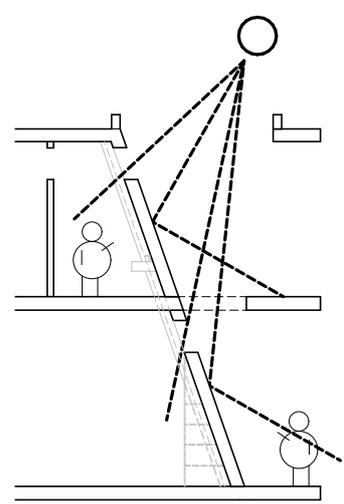


öffentlich

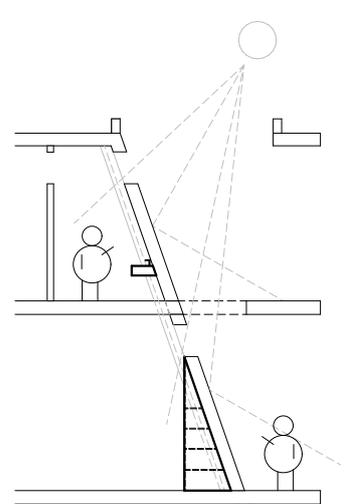




gebäudetechnik



**natürliche
belichtung**



nutzung

7.3.

a u s f ü h r u n g

Das Gebäude vereint gesammelte und organisierte Bereiche unter einem Dach und ermöglicht unterschiedliche Raumwahrnehmungen und -nutzungen sowie Übergänge von einer Atmosphäre der Intimität zu großzügiger sozialer Zusammenkunft. Definierte Bereiche sind als einzelne Raumgefäße festgelegt, welche in der großzügigen und offenen Erdgeschosszone verteilt sind und von allen Nutzern und Besuchern als öffentliche bzw. halböffentliche Zone genutzt werden kann.

Eine zentrale Erschließungs- und Bewegungsachse führt durch das gesamte Gebäude und macht dieses über die Dauer des Aufenthaltes oder nur durch gemütliches durchschlendern erlebbar und transparent nach außen. Das Gebäude dient somit in erster Linie als Begegnungszone sowie sozialem Austausch- und Informationsstelle zwischen den unterschiedlichen Nutzern. Ein umfangreiches Spektrum an Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten wie Musik-, Kunst-, Garten-, oder Bewegungstherapie für 50 stationäre Patienten sowie jeweils 20 Tagespatienten wird über den Tag verteilt angeboten.

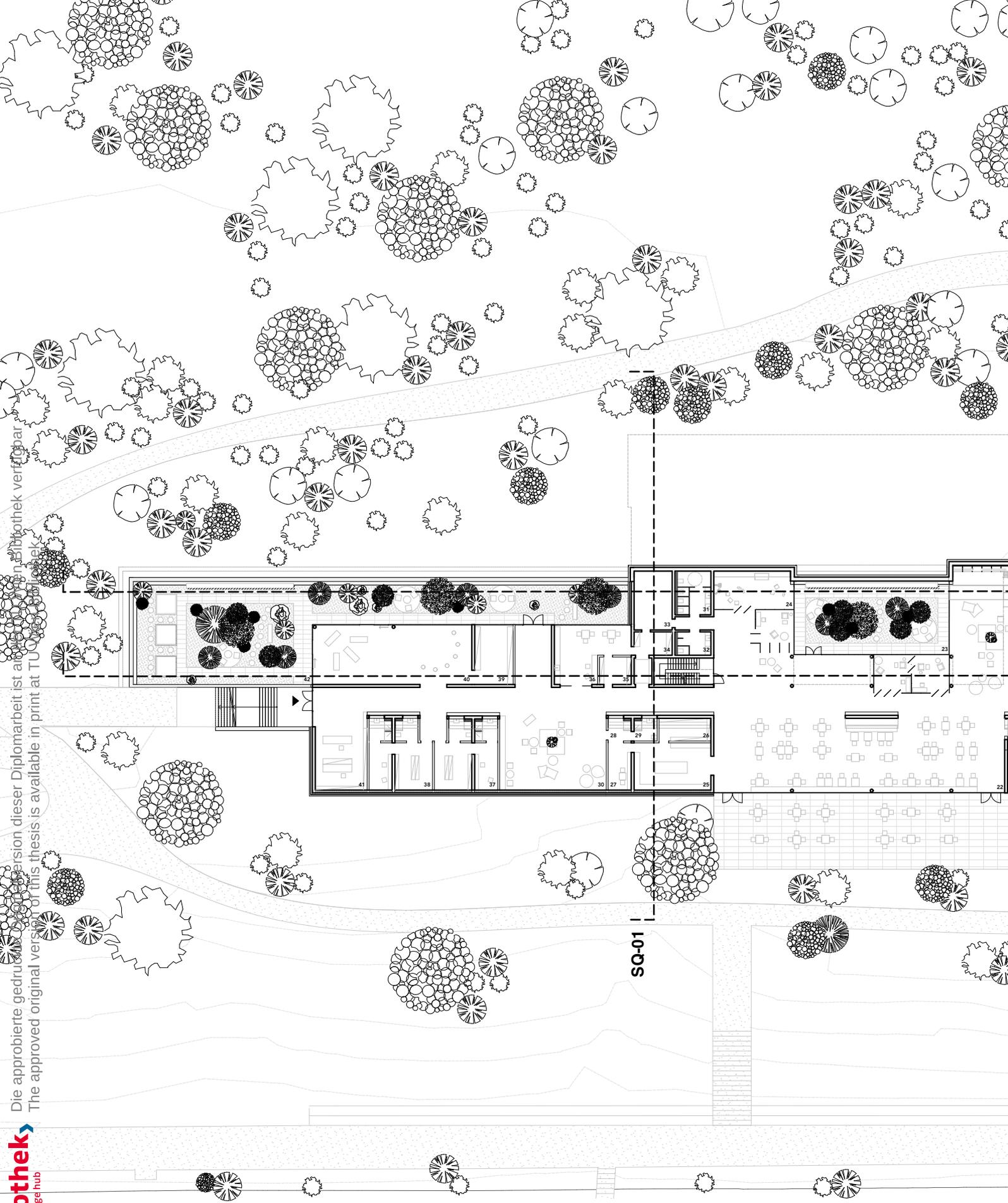
Durch die Möglichkeit der Herstellung eines komplett offenen und ineinanderfließenden Raumkontinuums durch verstellbare Wandelemente bietet die Einrichtung genügend Platz für sozialen Austausch und Aktivitäten sowie unterschiedlichste Programme und Veranstaltungen für die Nutzer und Besucher der Einrichtung. Gleichzeitig schafft es aber auch Möglichkeiten intimere bzw. privatere Zonen herzustellen, indem man die einzelnen Raumgefäße, welche in der großzügigen Erdgeschosszone verteilt sind, durch das Schließen der einzelnen Wandelemente, welche die Raumgefäße definieren, abtrennt. Die Nutzung und Atmosphäre der Raumflächen sind abhängig von den Anforderungen der Situationen über den Alltag und den Bedürfnissen der Nutzer selbst und können individuell

angepasst und in Anspruch genommen werden. Über zwei Erschließungs- und Versorgungskerne gelangt man in das Obergeschoss. Um die Kerne sind auch die Bereiche für das Personal angeordnet, um schnelle und direkte Wege zu ermöglichen.

Das Obergeschoss ist als private Zone für die stationären Patienten vorgesehen und bietet Platz für 52 Einzelzimmer. Diese verfügen alle über einen direkten freien Ausblick in die weitgehenden Landschaftsbilder der Donauinsel. Die Patientenzimmer bieten mit 23 m² genügend Platz, sich frei zu entfalten, sind aber dennoch klein ausgeführt, damit die Patienten sich für soziale Interaktionen und Austausch aus dem Zimmer bewegen müssen. Somit kann auch einer sozialen Isolation entgegengewirkt werden. Im Obergeschoss befinden sich neben den Therapie- und Begegnungszonen zudem Gemeinschaftsbereiche zum Kochen und Wohnen.

Die vielen großzügigen Ein- und Ausblicke sowie die zwei Innenhöfe lassen die Natur und Landschaftsbilder in das Gebäude fließen. Dies sorgt für ein stetig wechselndes Bild von Licht und Schatten und schafft unterschiedliche Stimmungswirkungen über den Tag verteilt. Durch Deckendurchbrüche und Oberlichter wird zusätzliches Licht vom Obergeschoss bis in das Erdgeschoss geleitet. Gleichzeitig nutzt man die schräge Ausführung der Stahlbetonwandscheiben für Möblierungen und durchgehende Schächte.

Großzügige therapeutische Freiflächen sollen Geselligkeit und den Kontakt mit der Natur fördern, um zum Wohlbefinden beizutragen. Gleichzeitig bieten sie intimere Zonen zum entspannen an. Zwei direkte Ausgänge im Obergeschoss ermöglichen es den stationären Patienten und Mitarbeitern zusätzlich, sich direkt in die Natur der Donauinsel zu begeben.



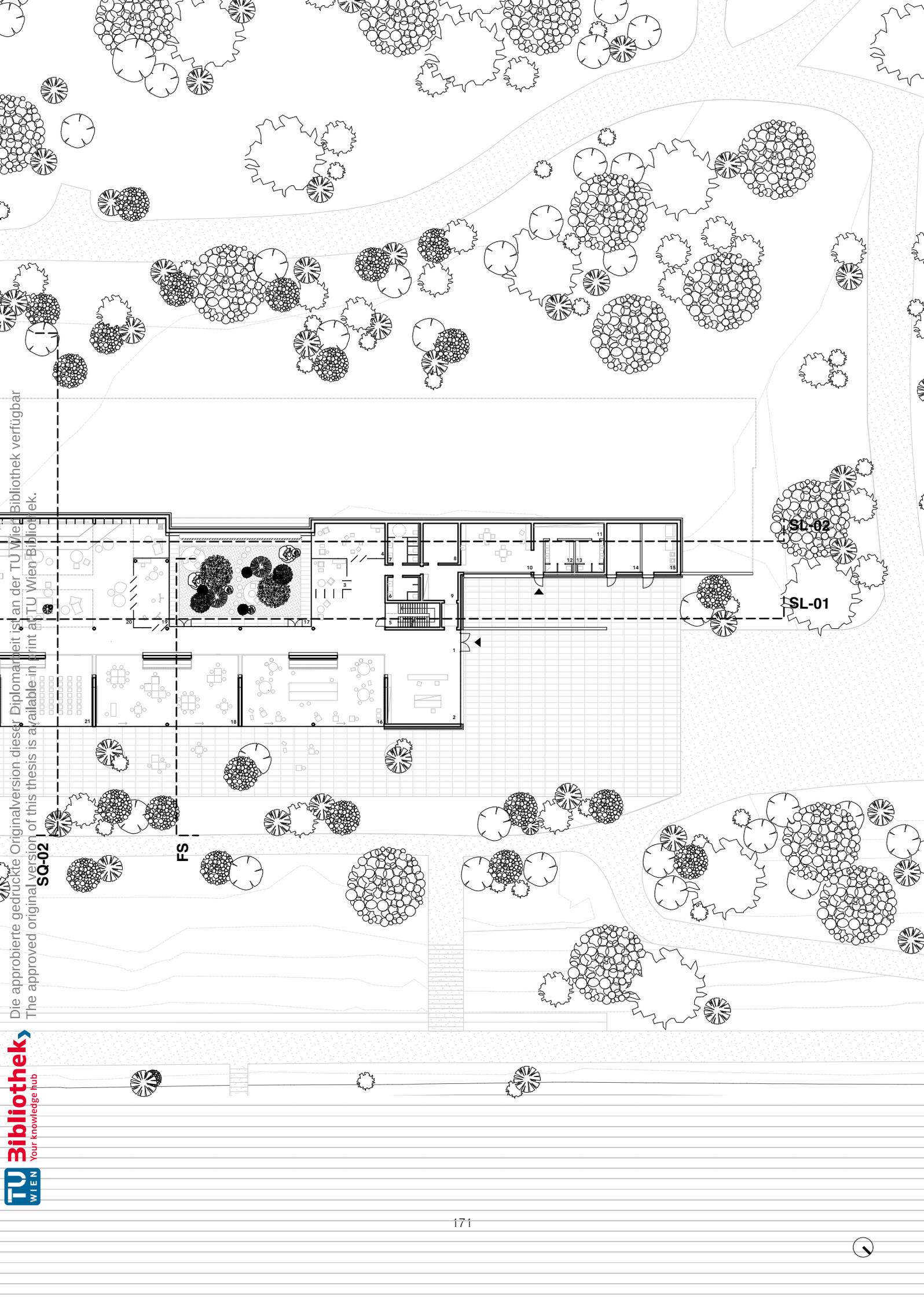
Die approbierte gedruckte Version dieser Diplomarbeit ist an der Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

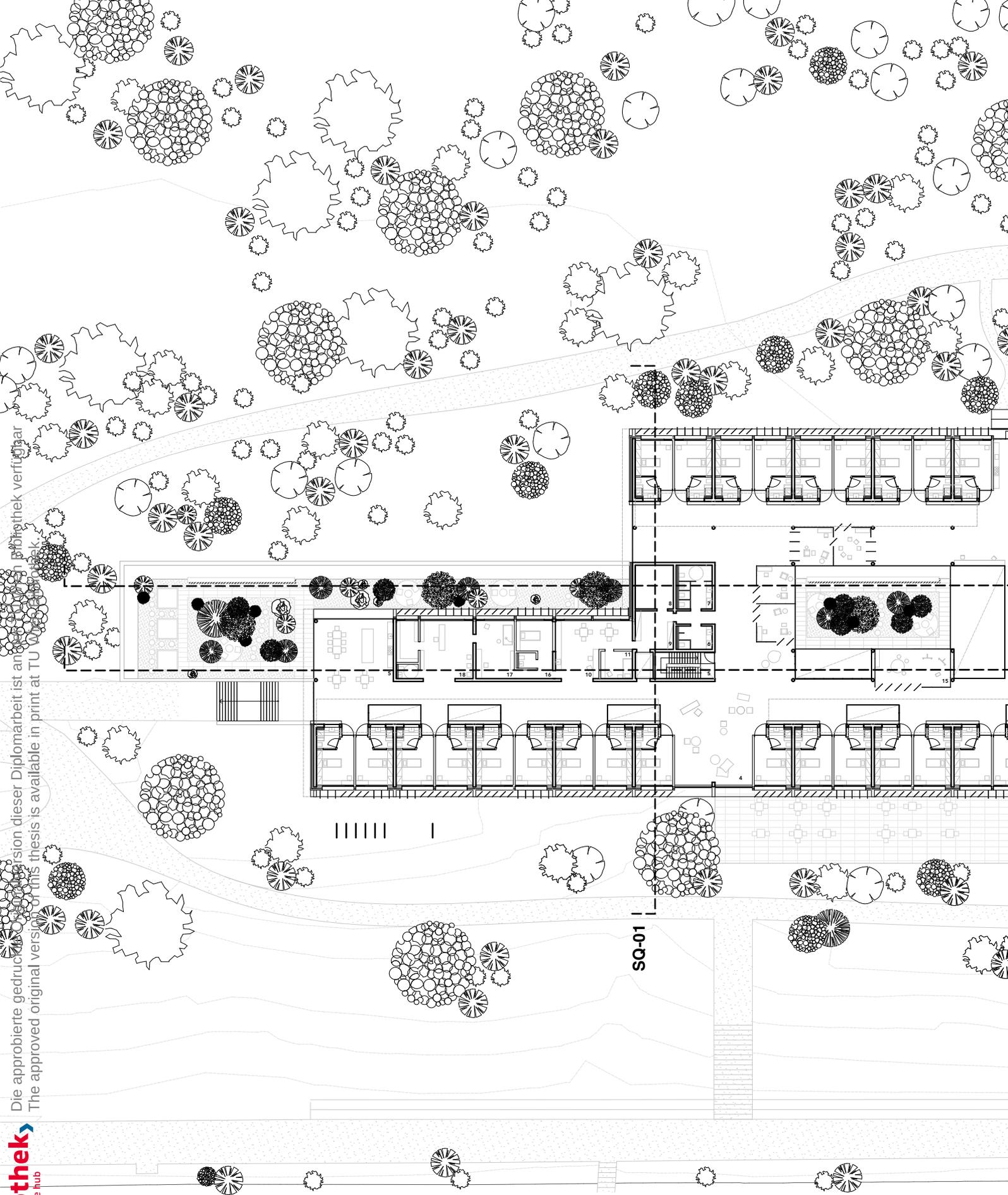
SQ-02

FS

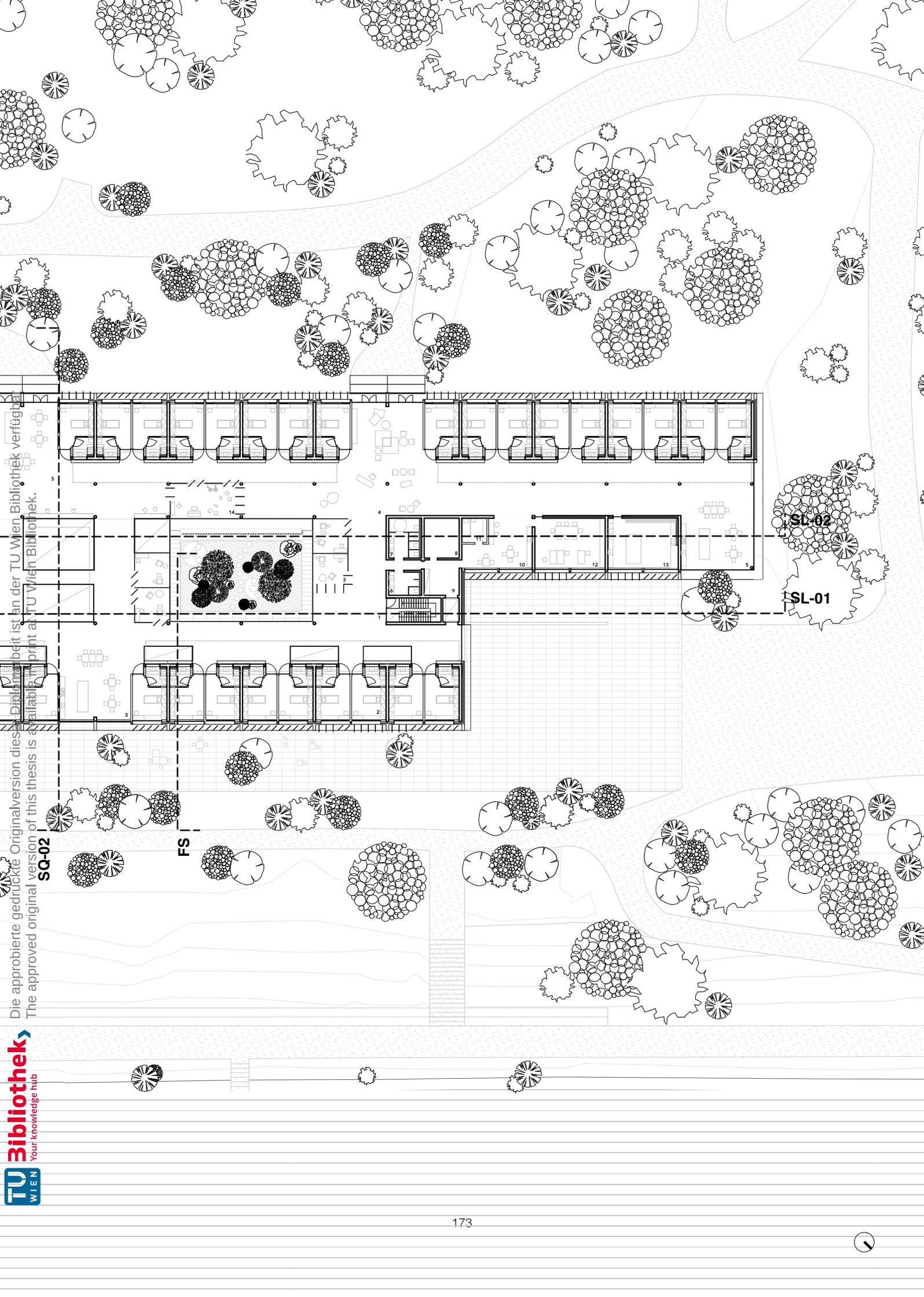
SL-02

SL-01



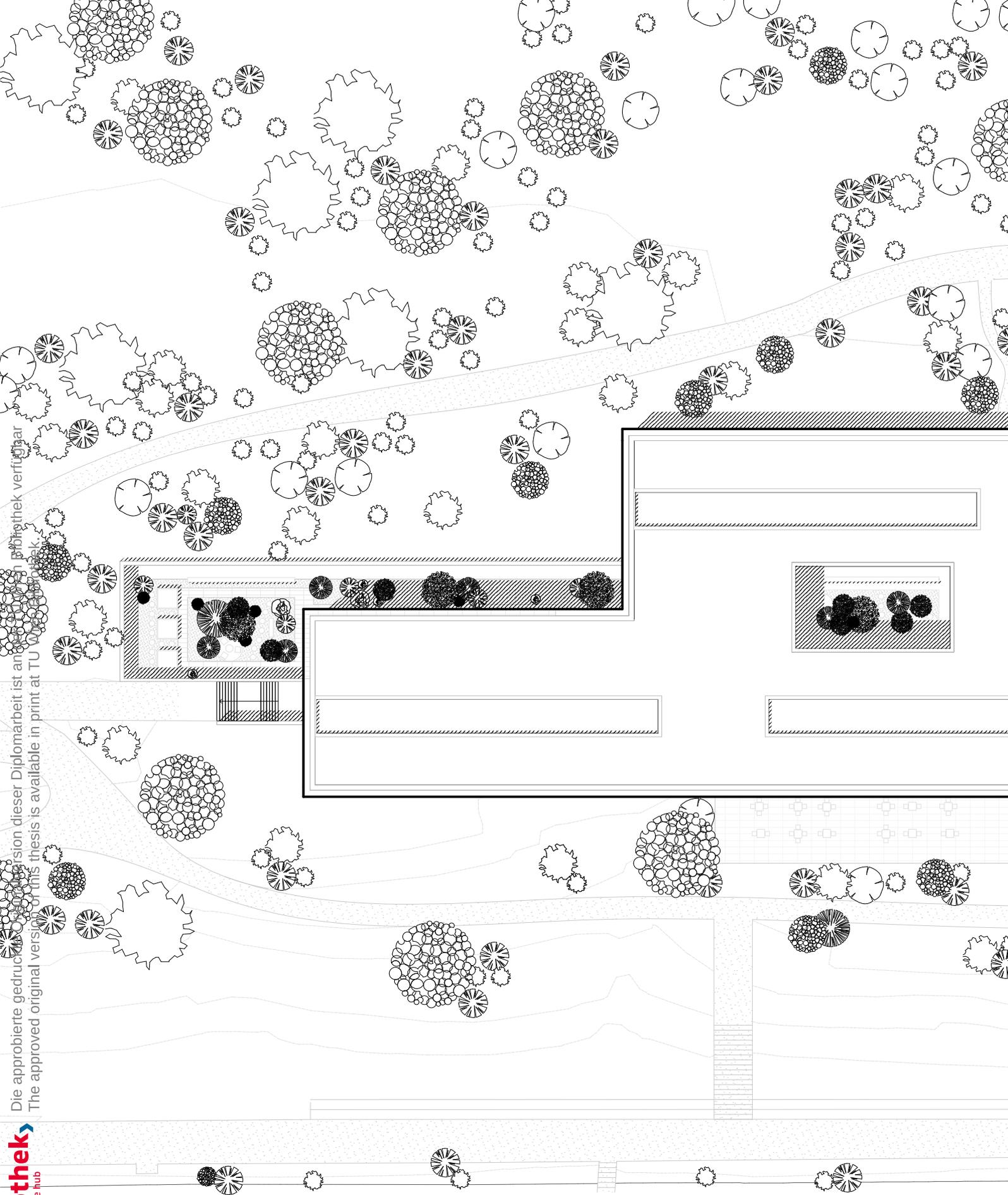


Die approbierte gedruckte Version dieser Diplomarbeit ist an der Bibliothek verfügbar.
 The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

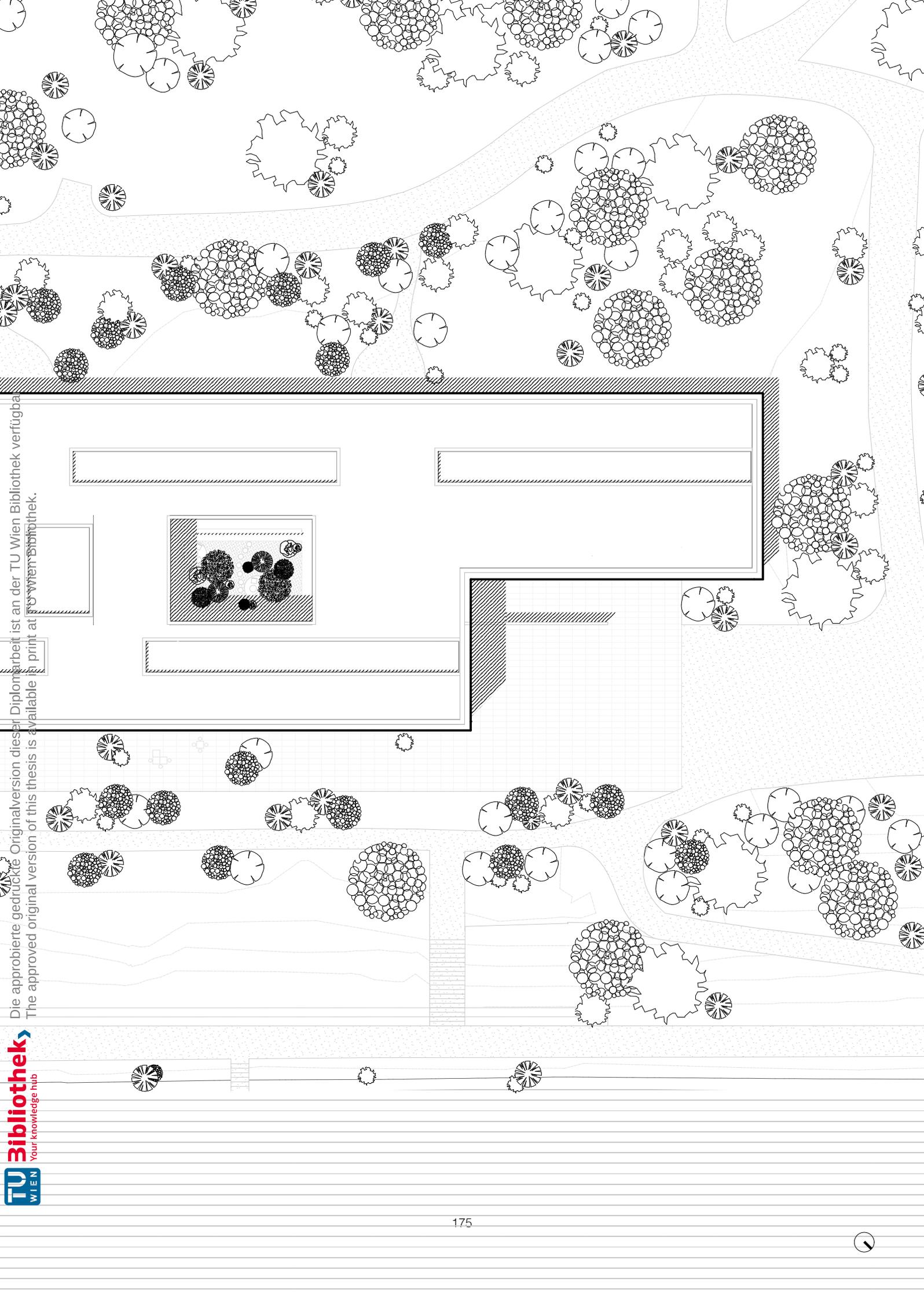


Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available to print at TU Wien Bibliothek.





Die approbierte gedruckte Version dieser Diplomarbeit ist an der Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at www.tuwien.at/bibliothek.



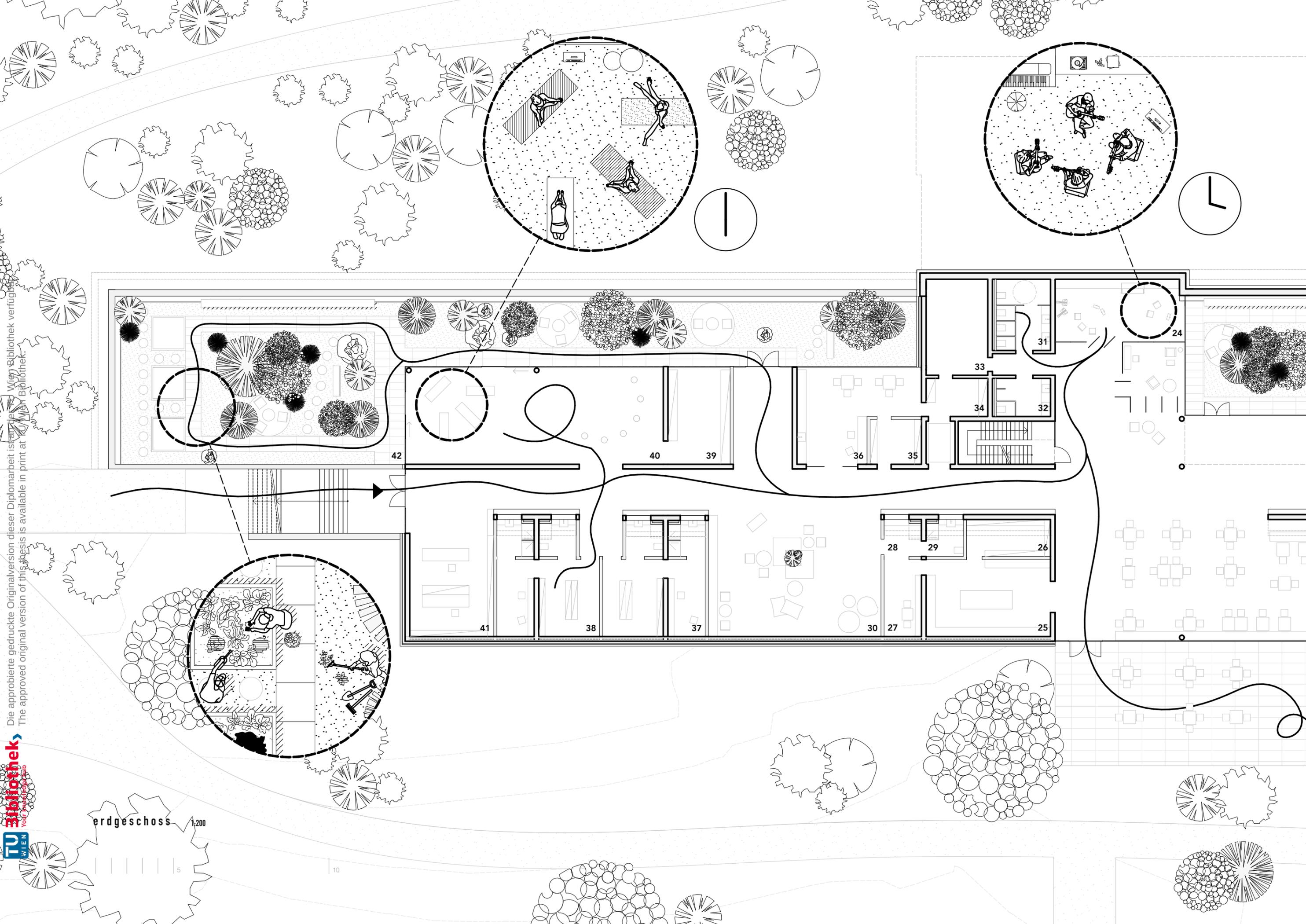
1	foyer	475
2	empfang mit backoffice	65
3	therapie cube	16
4	therapie	32
5	erschließung	16
6	sanitär herren	9
7	sanitär damen	16
8	technik	18
9	abstellraum	16
10	aufenthalt mitarbeiter	45
11	garderobe	9
12	umkl. nasszelle ma damen	12
13	umkl. nasszelle ma herren	12
14	technik	21
15	müllraum	21
16	werkstatt	180
17	innenhof	170
18	seminarraum workshops	130
19	kunsttherapie	32
20	„wohnzimmer“	265
21	vortragssaal	85
22	café restaurant	250
23	innenhof	120
24	musiktherapie	32
25	küche	40
26	lager	15
27	aufenthalt mitarbeiter	13
28	umkleide mitarbeiter	12
29	nasszelle mitarbeiter	12
30	kleines „wohnzimmer“	90
31	sanitär damen	16
32	sanitär herren	9
33	technik	25
34	abstellraum	10
35	garderobe mitarbeiter	10
36	aufenthalt mitarbeiter	38
37	umkleide nasszelle damen	45
38	umkleide nasszelle herren	45
39	abstellraum	15
40	gymnastikraum	105
41	empfang mit backoffice	45
42	gemeinschaftsgarten	330

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist im WU Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at the WU Bibliothek.

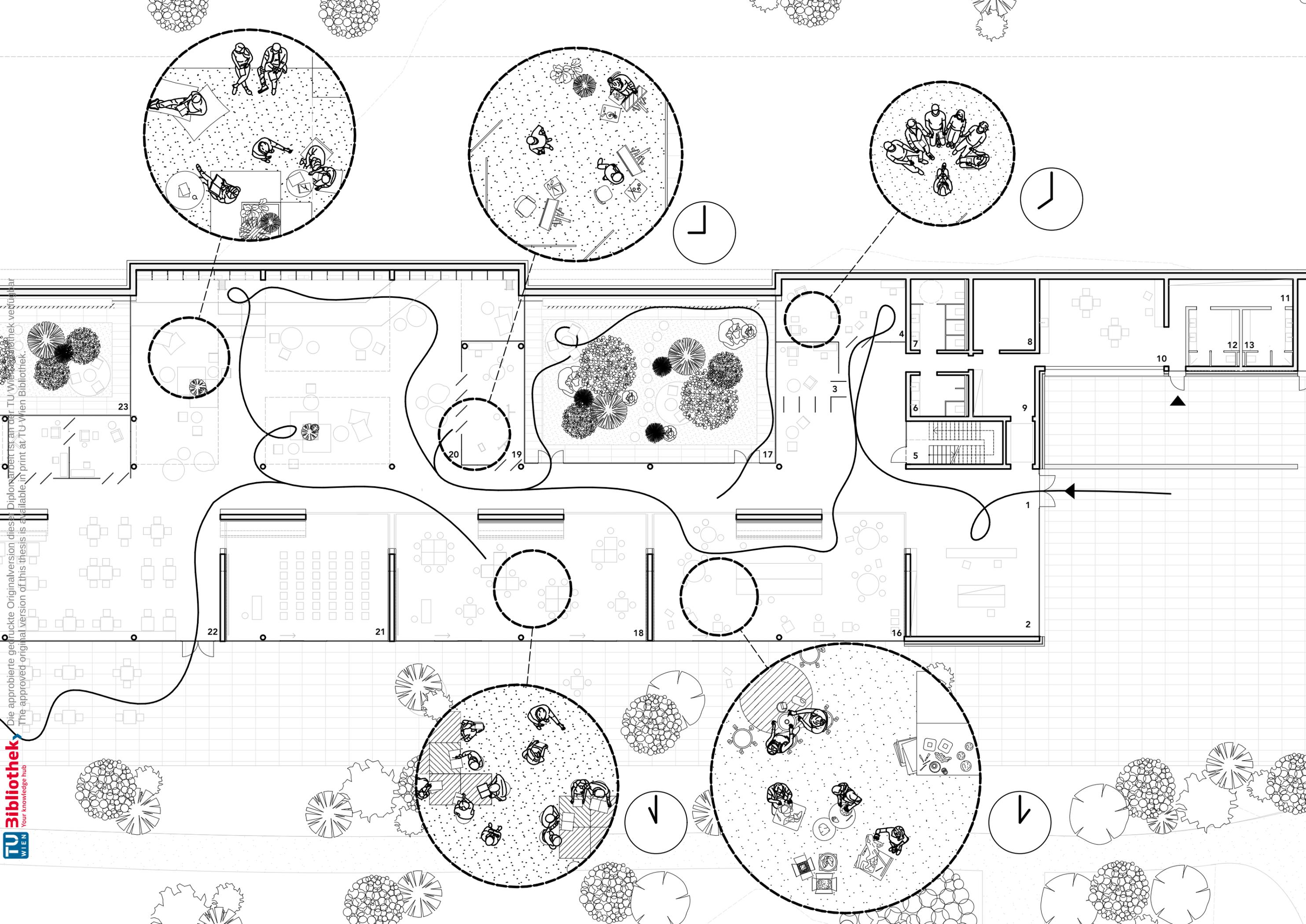
erdgeschoss 1:200

5

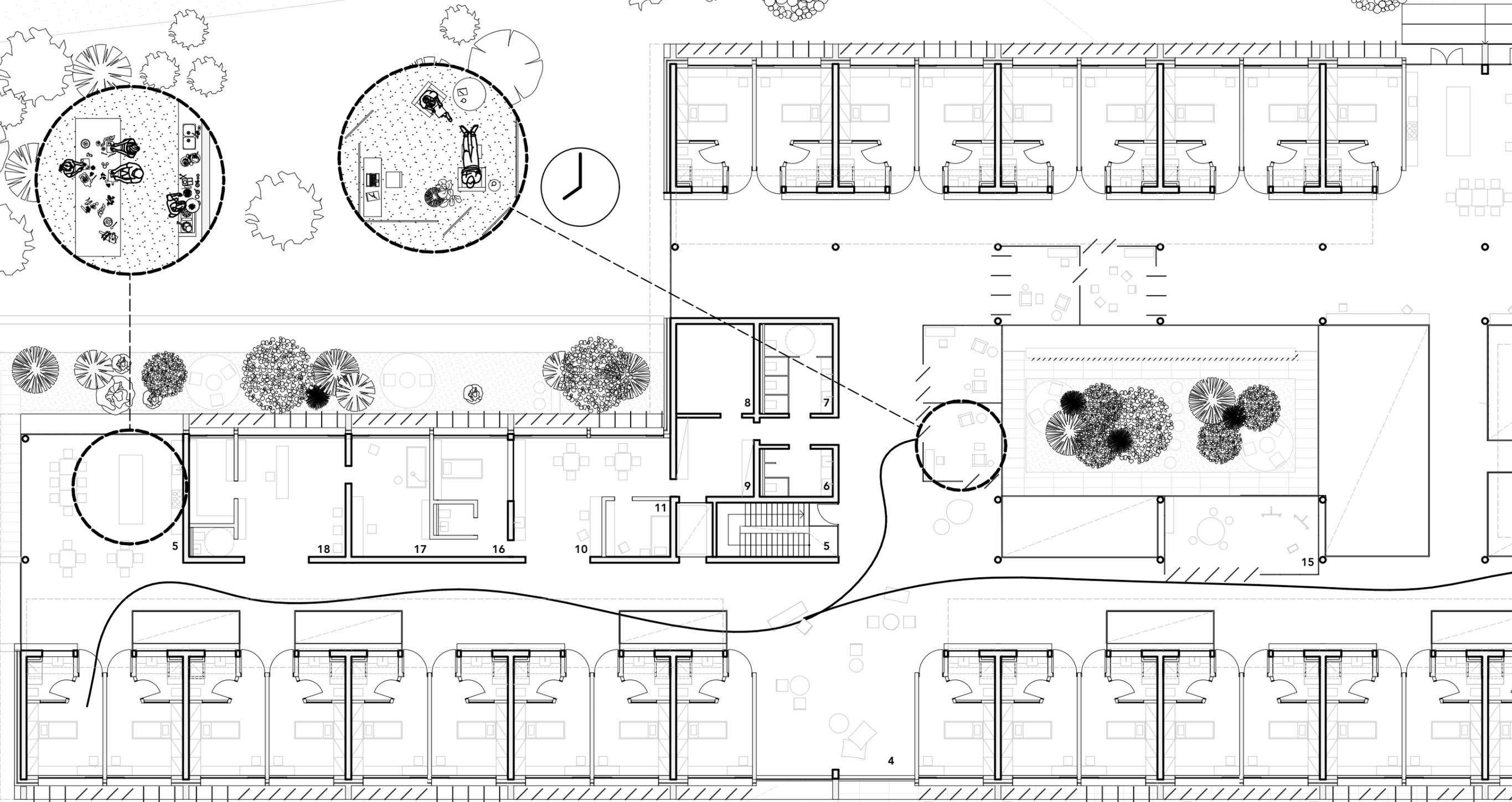
10



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



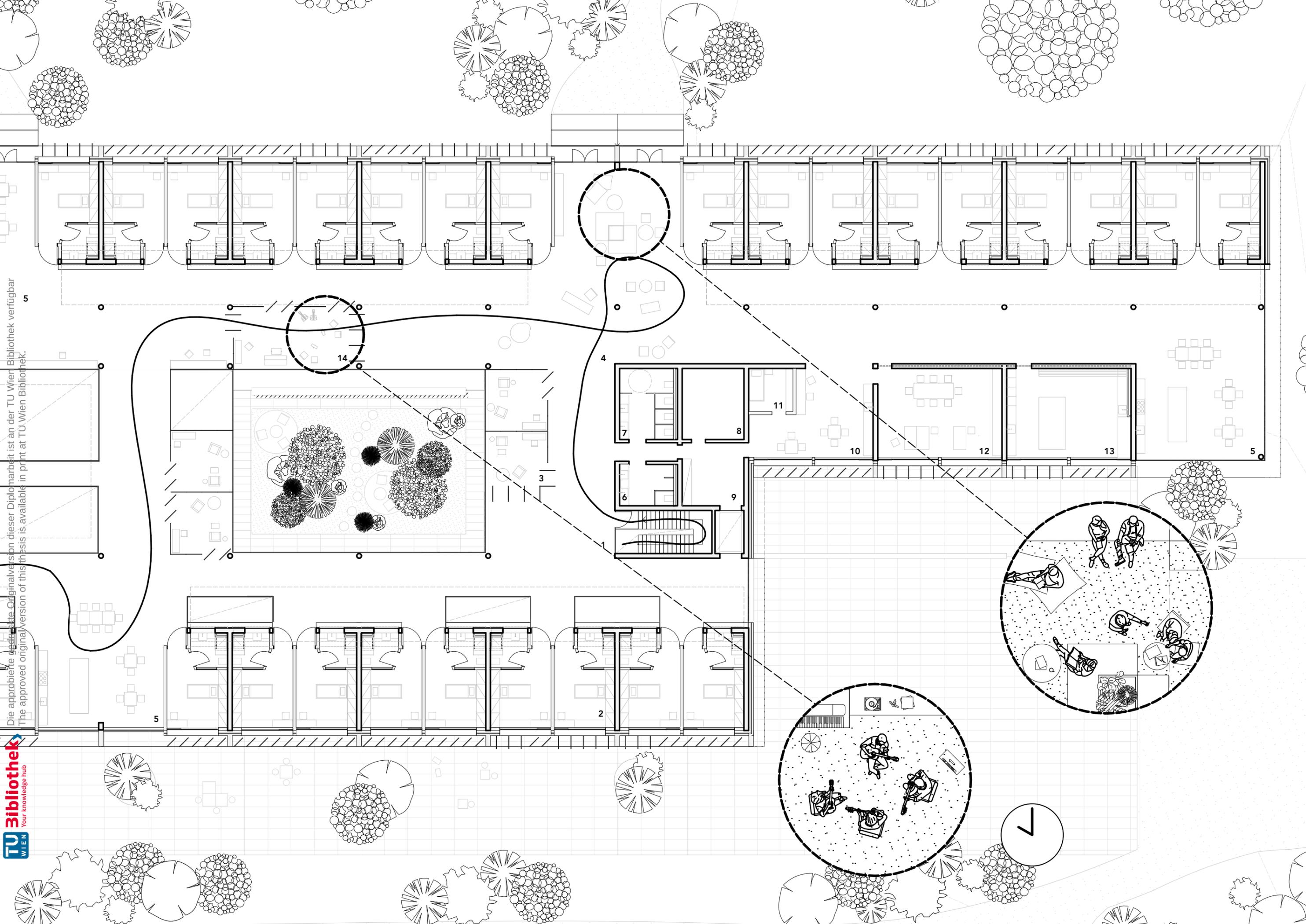
obergeschoss



5

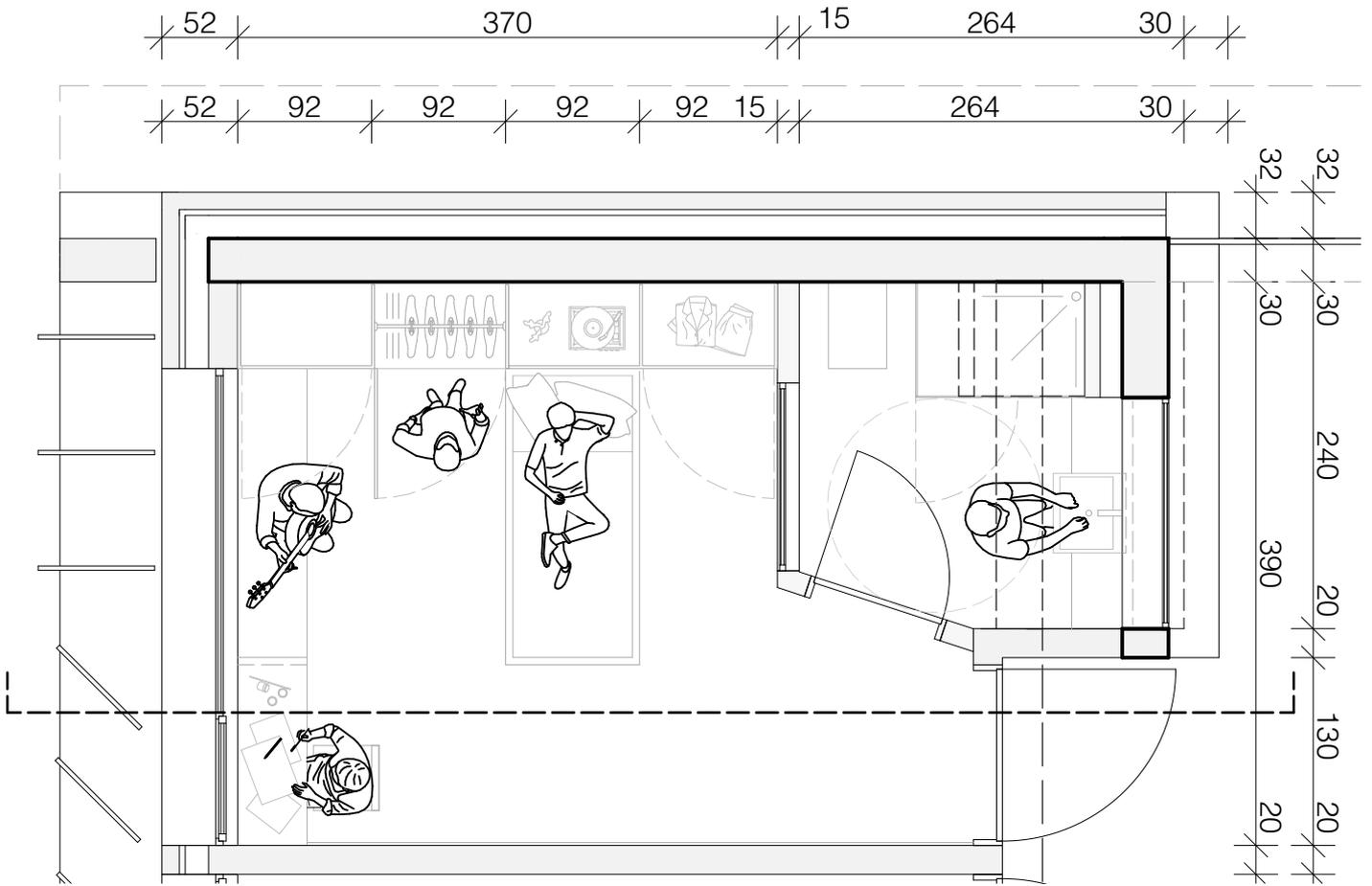
10

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

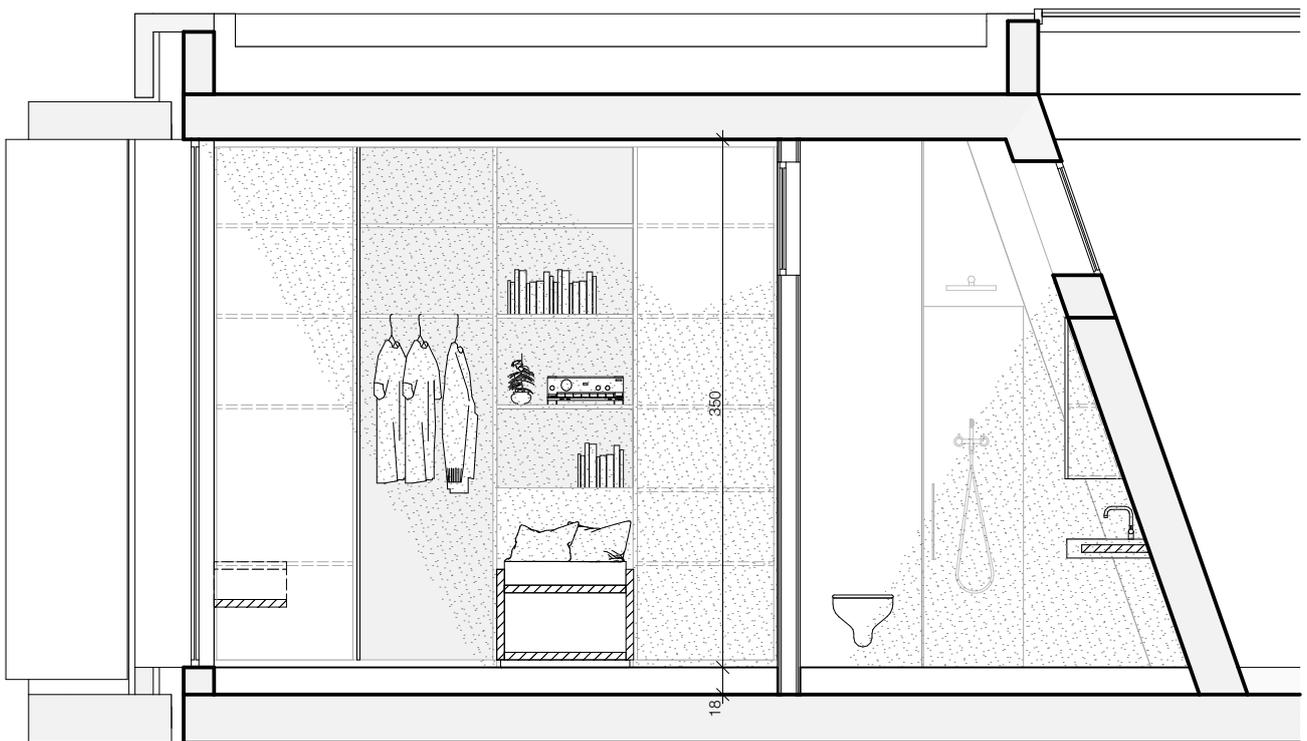


zoom patientenzimmer

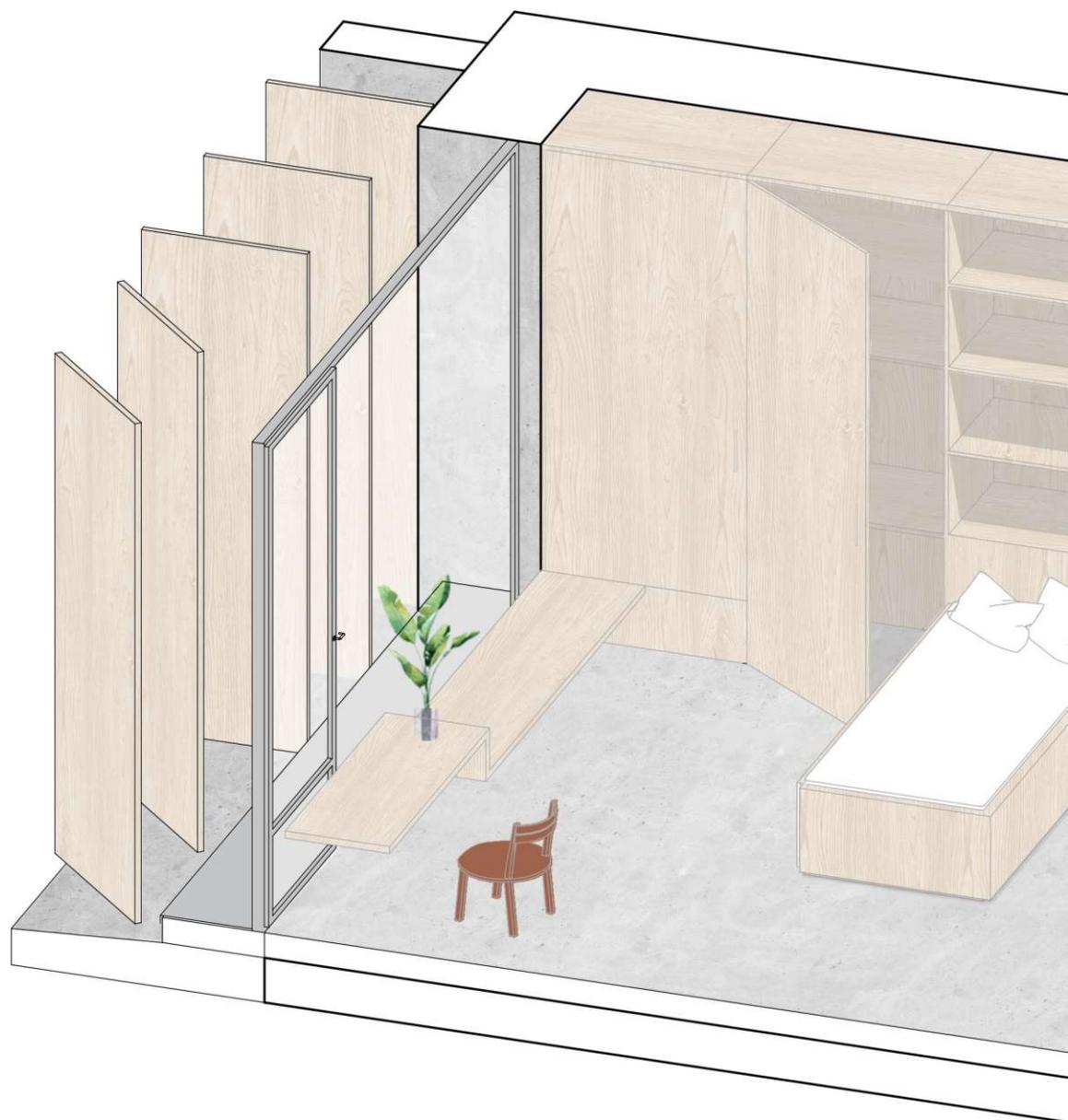
Die 52 Patientenzimmer bieten mit 23 m² genügend Platz, sich frei zu entfalten, sind aber dennoch klein ausgeführt, damit die Patienten sich für soziale Interaktionen und Austausch aus dem Zimmer bewegen müssen. Somit kann auch einer sozialen Isolation entgegengewirkt werden. Jedes Zimmer hat seine eigene Nasszelle, welche mit natürlichem Sonnenlicht versorgt wird. Die großzügigen Fenster bieten einen weiten Ausblick in die umliegende Naturlandschaft sowie die Donau. Durch elektrisch steuerbare Holzpaneele lässt sich der Sonneneinfall individuell anpassen. Dadurch ermöglicht man den Nutzern auch das Maß an Transparenz selbst festzulegen.



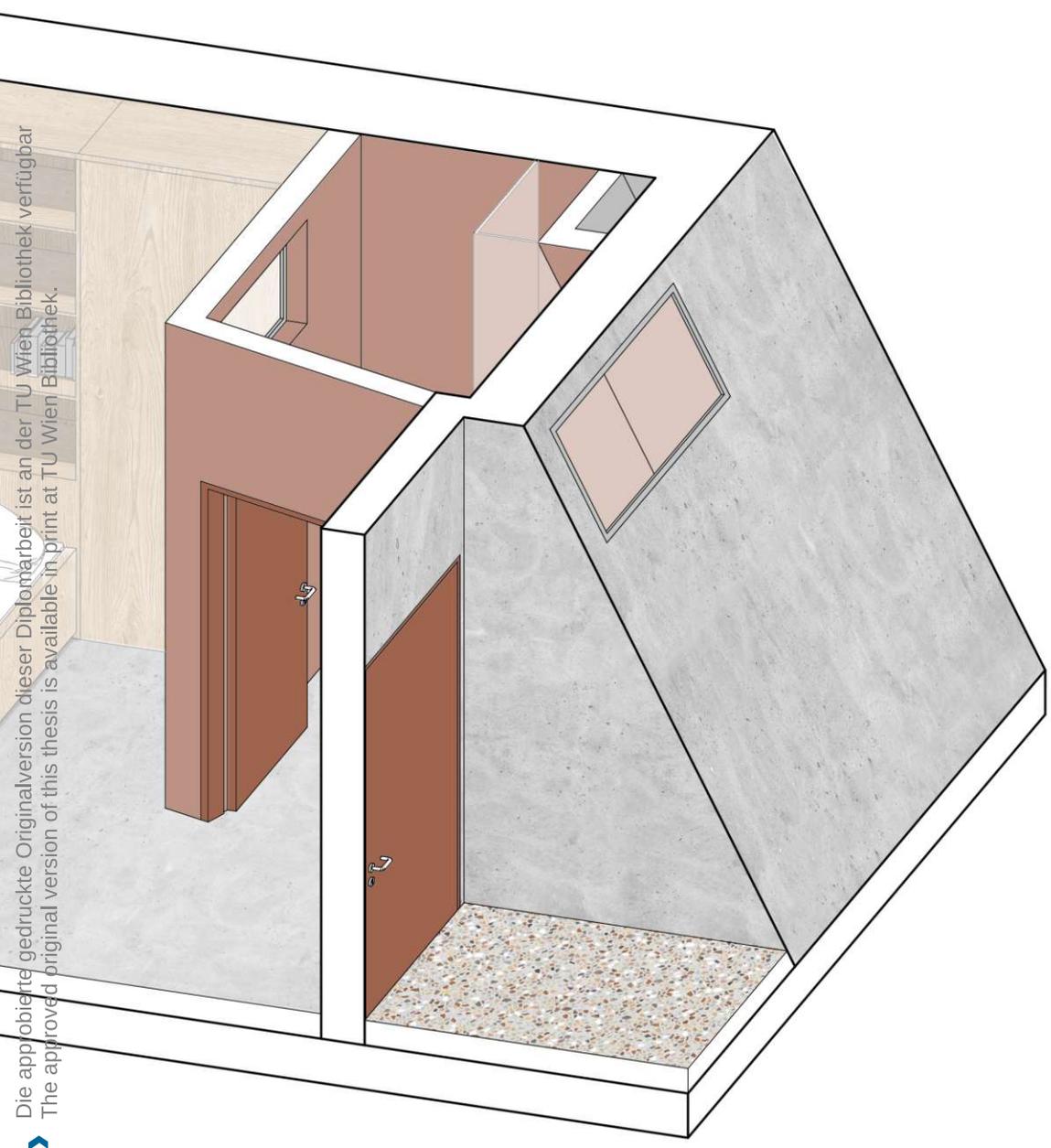
grundriss patientenzimmer 1:50



schnitt patientenzimmer 1:50

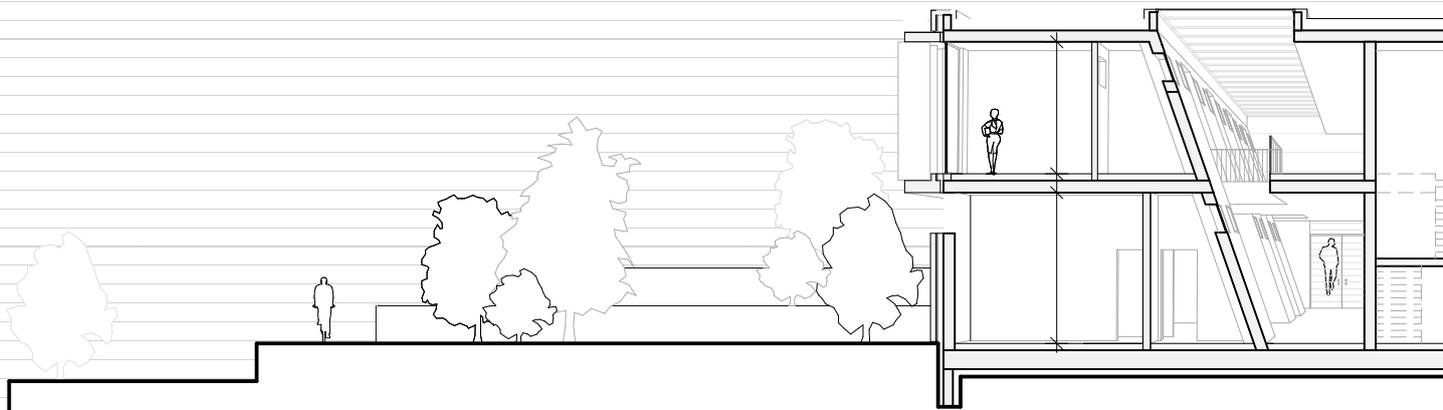


zoom patientenzimmer

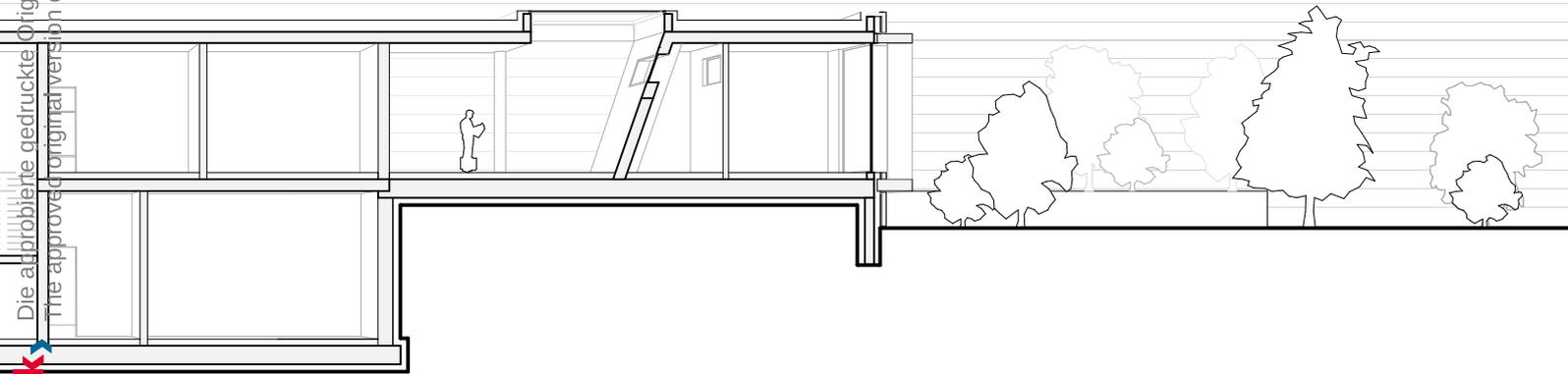


Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

querschnitt 01 1:200



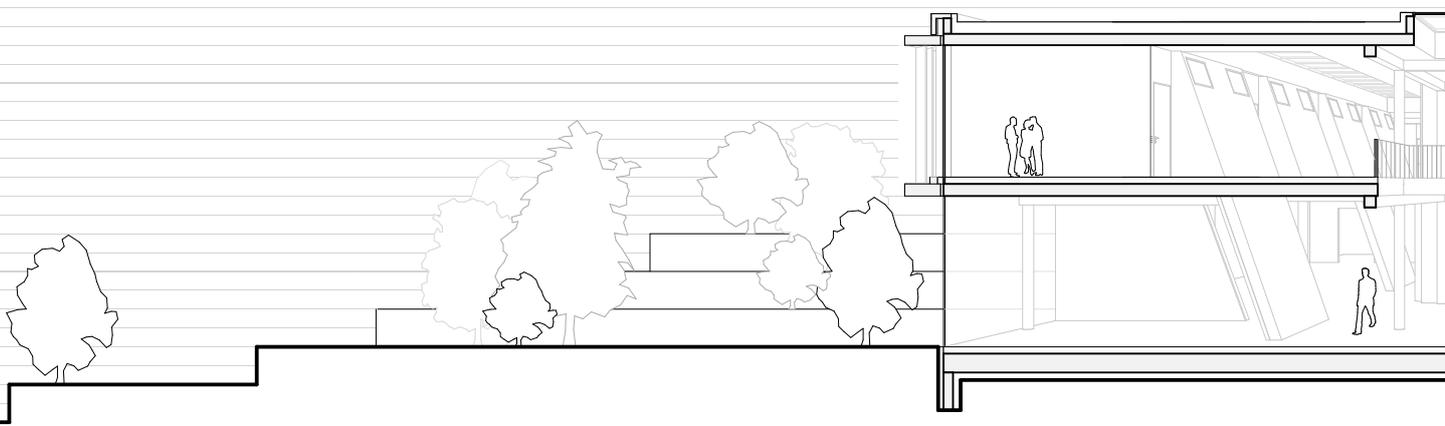
Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

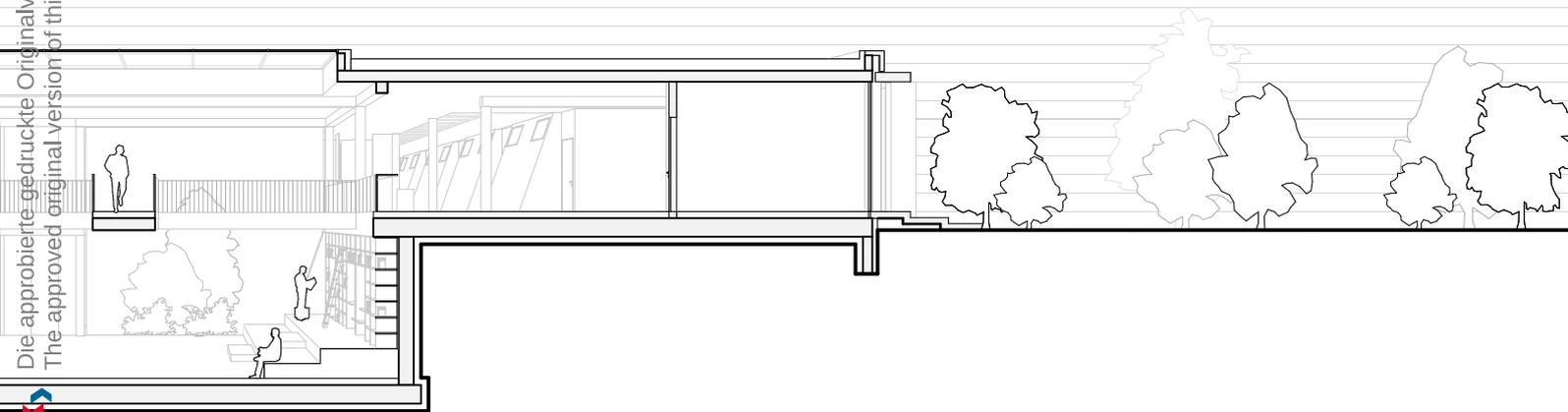


Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

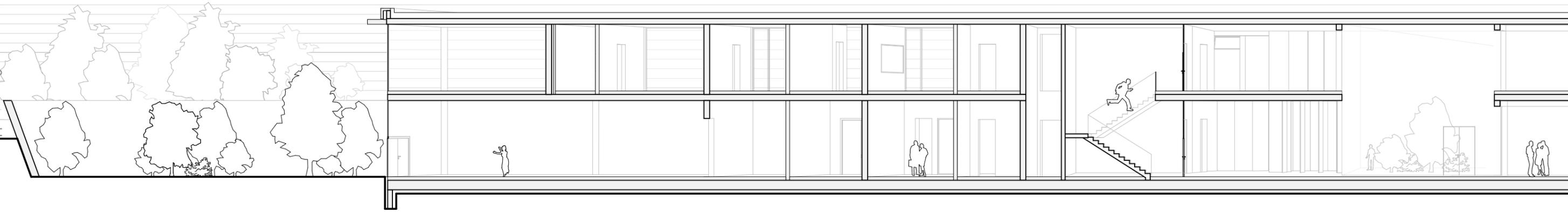
querschnitt 02

1:200





Die abgebildete gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



längsschnitt 01

1:200



10

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



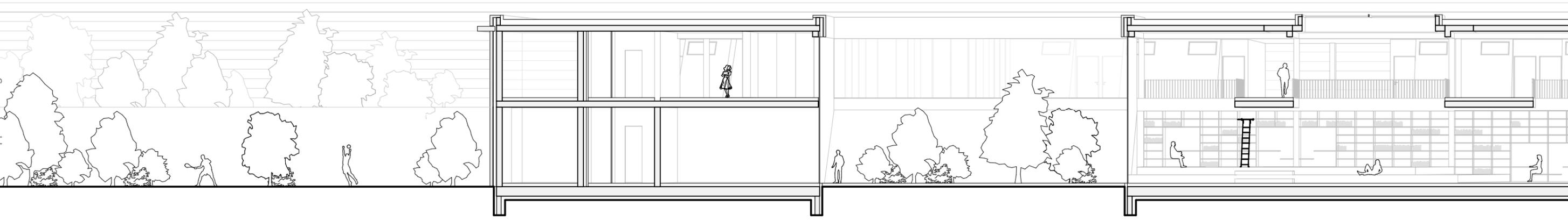
Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

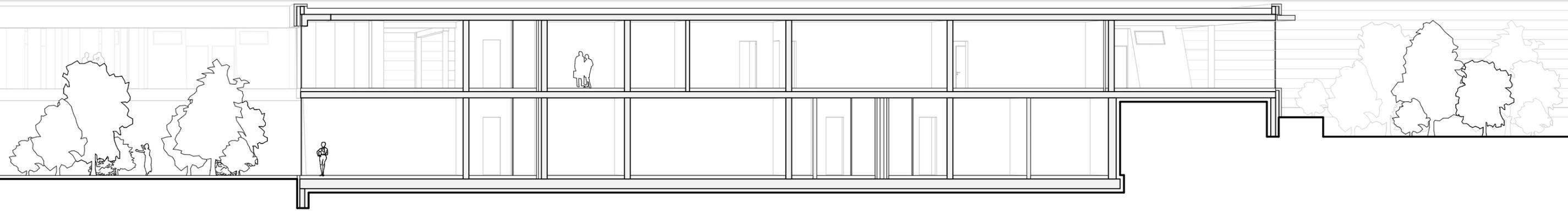
längsschnitt 02

1:200



10





Die abgebildete gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



ansicht süd-west 1:200



10

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

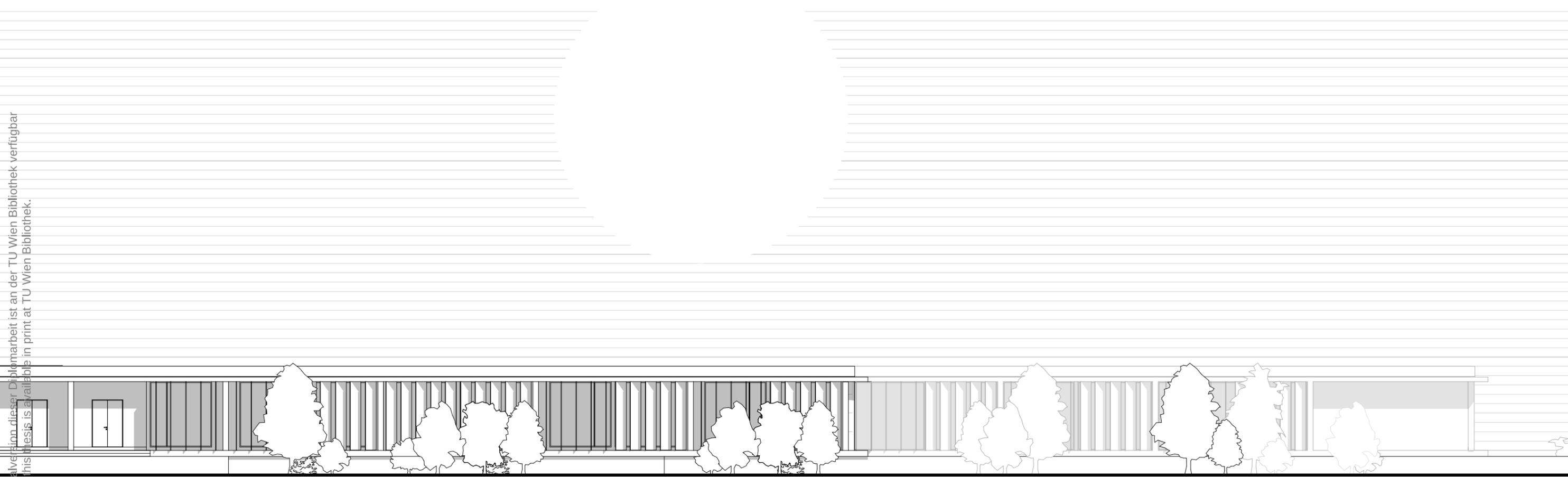
ansicht nord-ost 1:200



5

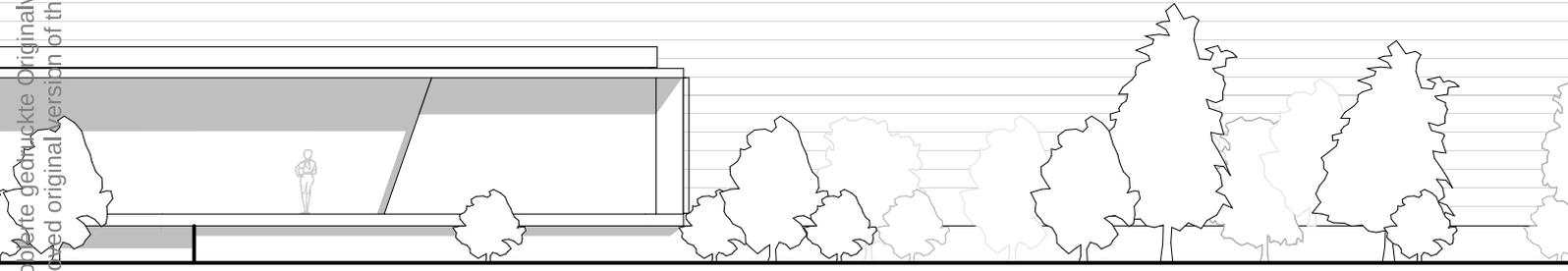
10

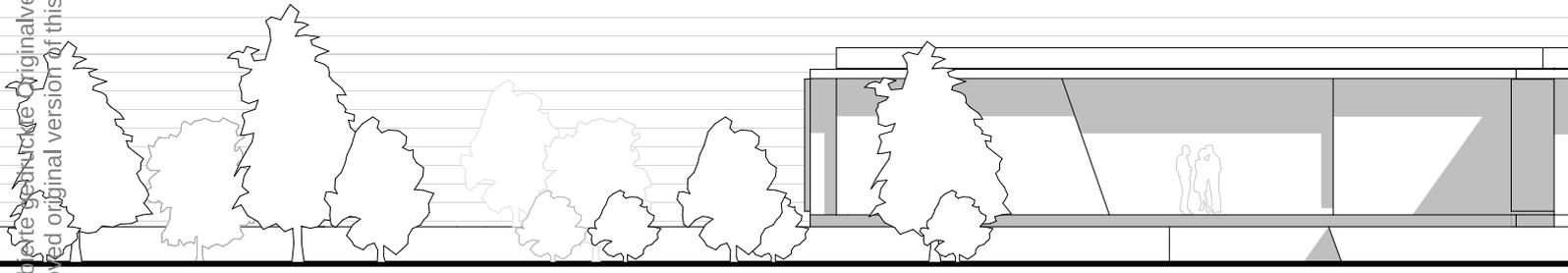
Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



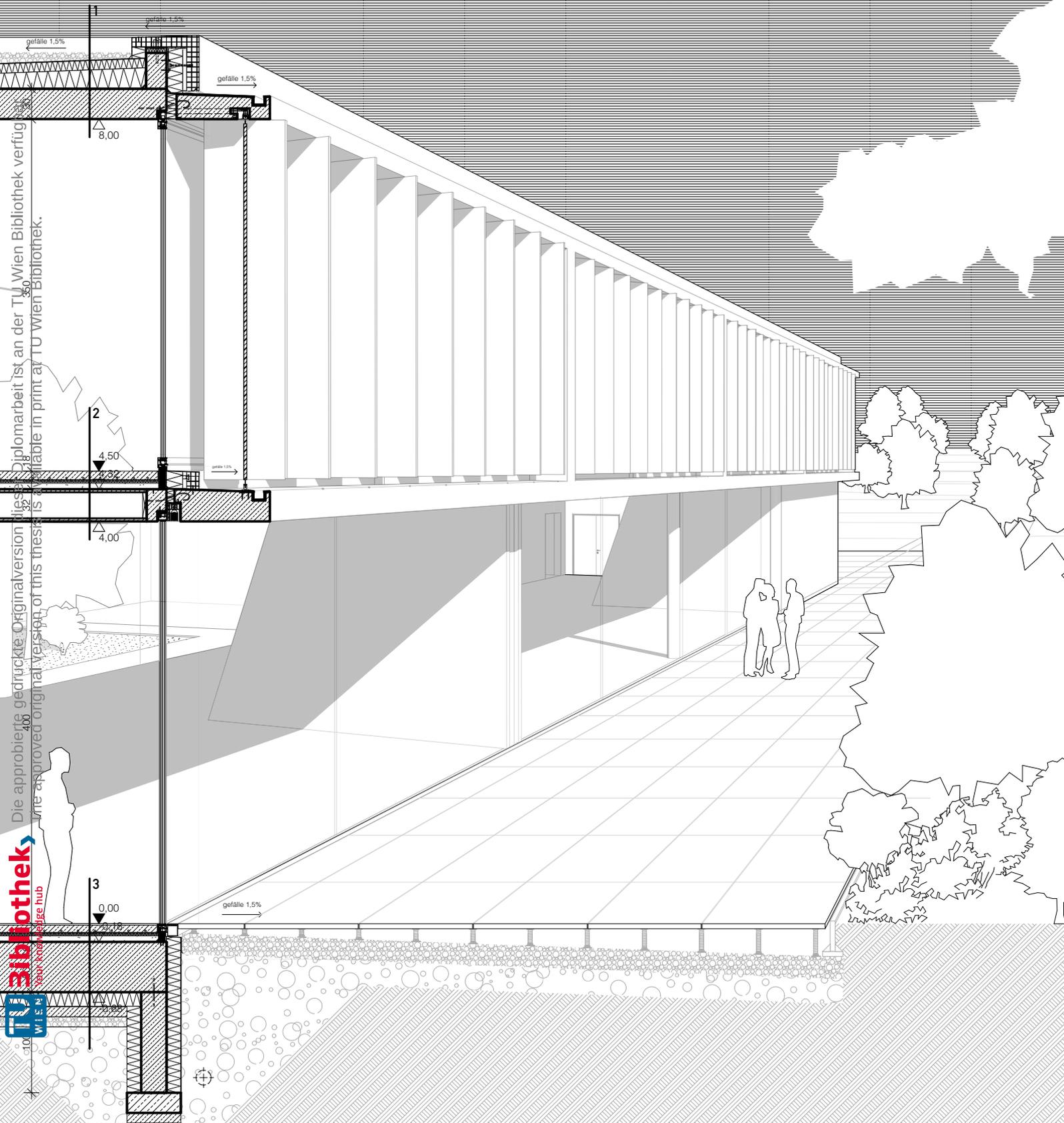






7.4.

details

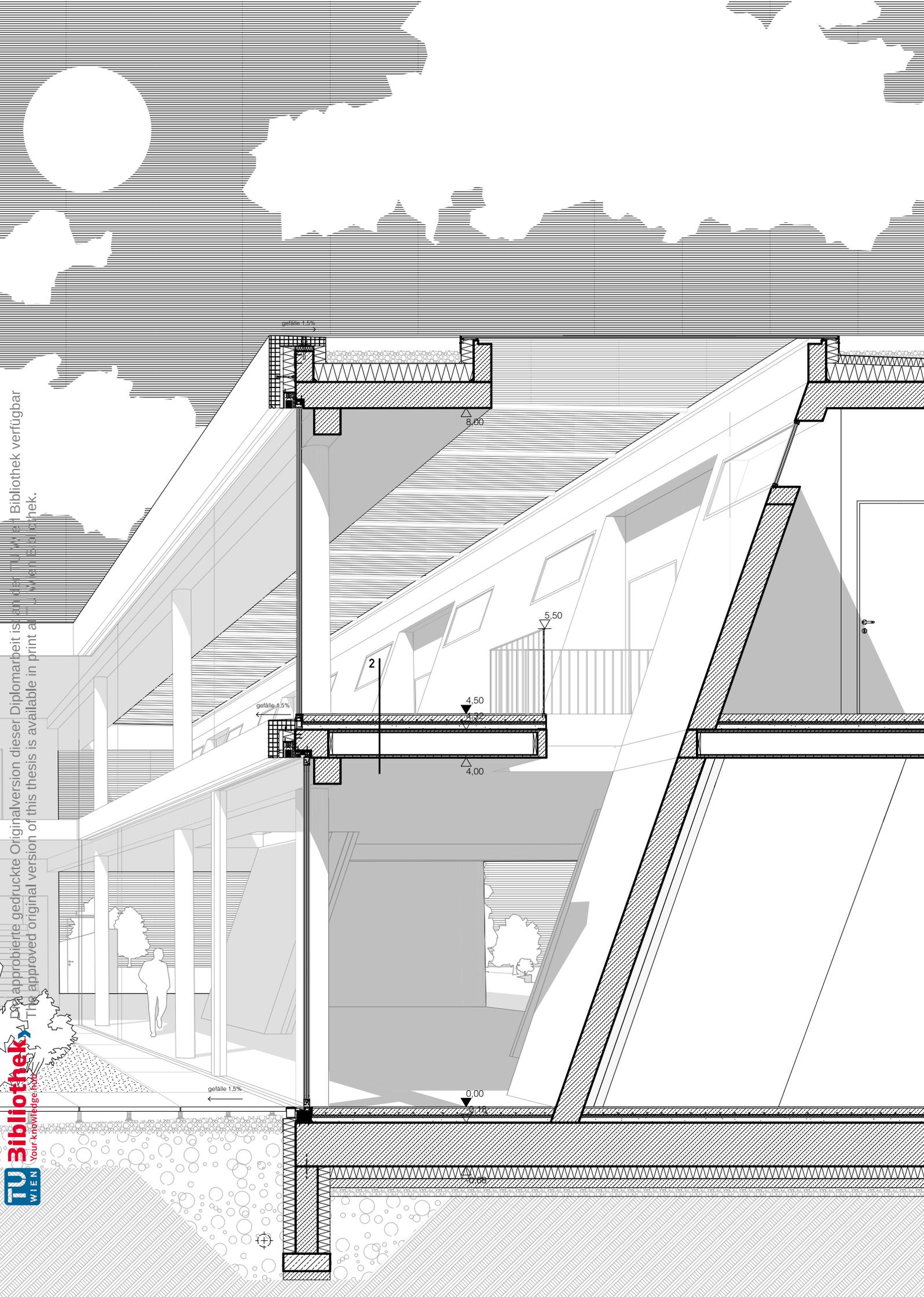


Die approbierte gedruckte Originalversion dieses Diplomarbeits ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

Sibothek
TU WIEN
Technische Universität Wien
Library

	1	
6-15	rollierung	
	trennlage	
20-30	gefälledämmung	
	abdichtung zweilagig	
30	stahlbetondecke	
	2	
8,5	monolithbeton geflügelt und versiegelt inkl. fußbodenheizung	
	trennlage	
3	trittschalldämmung	
6	schüttung	
32	hohldielendecke vorgespannt	
	3	
2	terrazzo steinbelag	
7,5	heizestrich inkl. fußbodenheizung	
	trennlage	
3	trittschalldämmung	
6	schüttung	
	abdichtung	
50	stahlbeton fundamenteplatte	
14	dämmung	
	trennlage	
10	sauberkeitsschicht	
10	rollierung	
	gewachsenes erdreich	

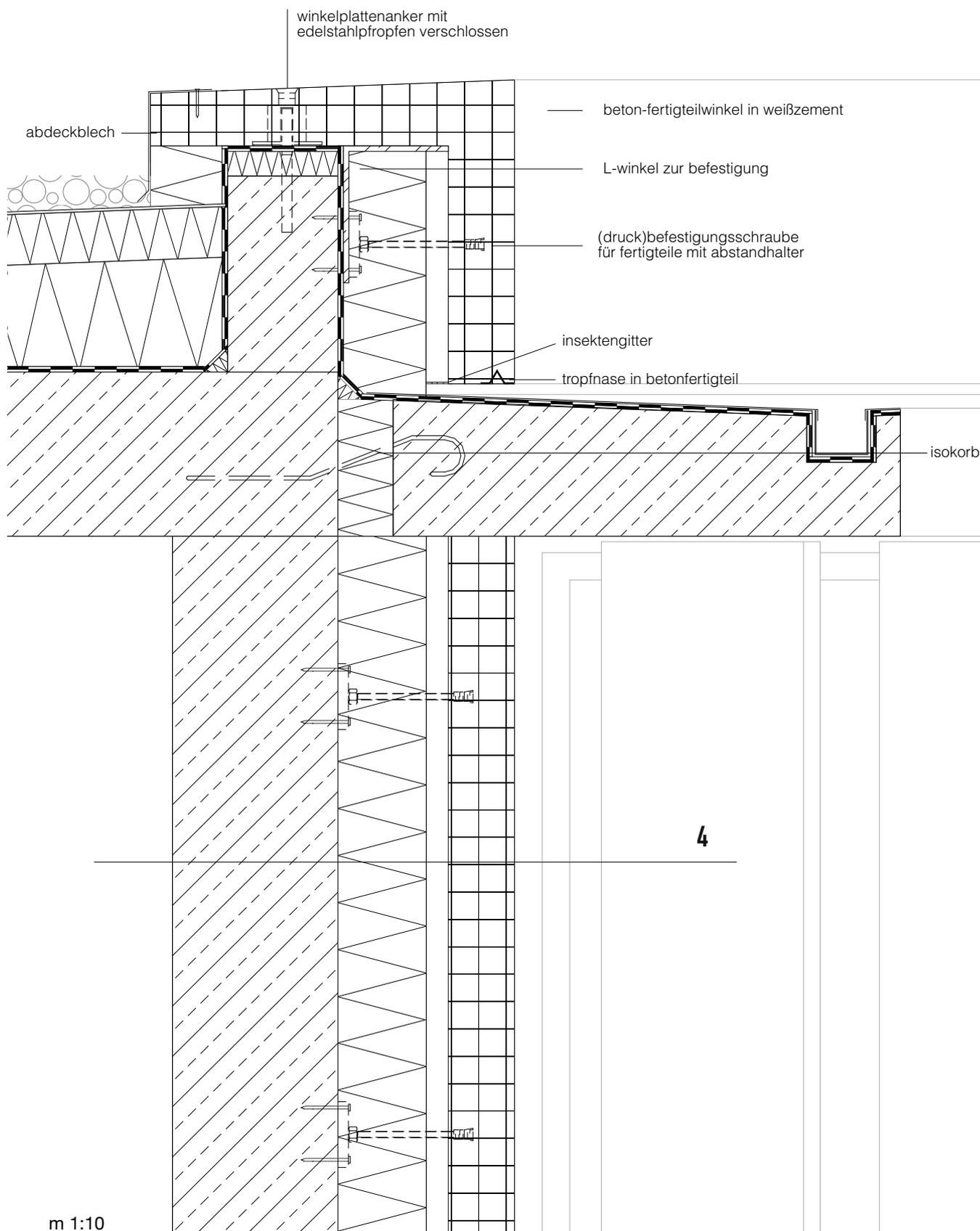
fassadenschnitt gebäude zu außenraum m 1.50

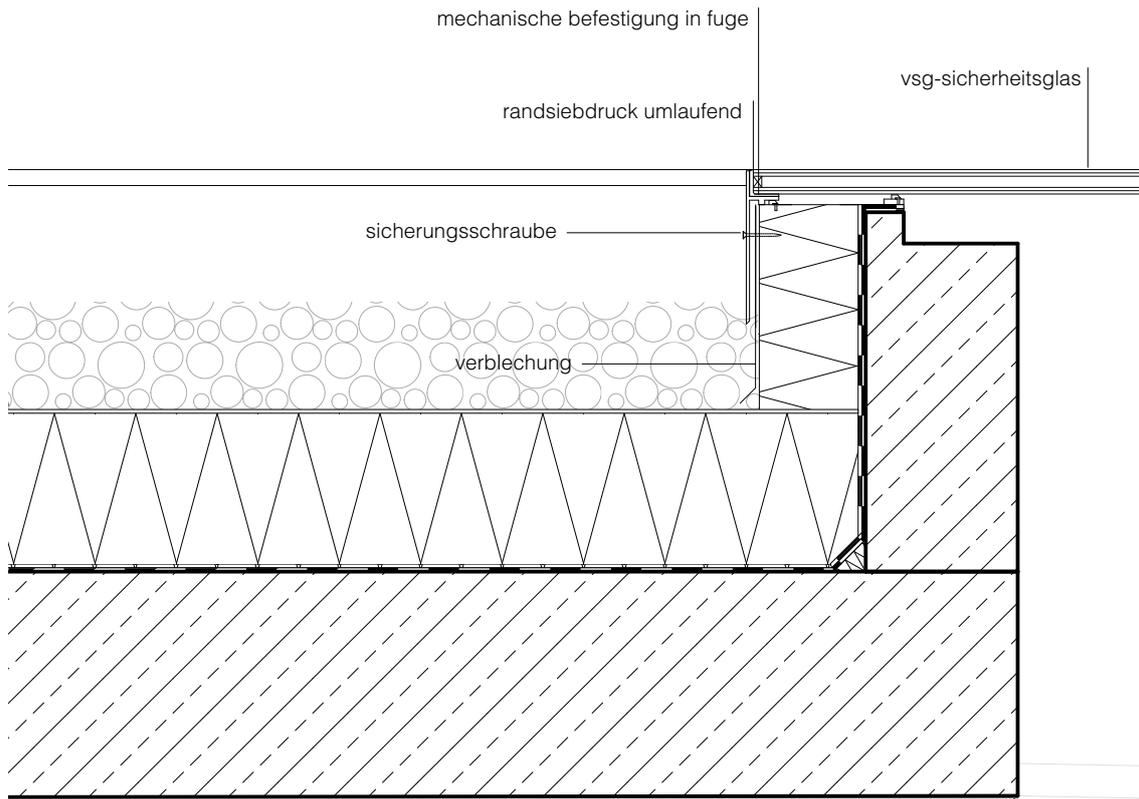


	2
8,5	monolithbeton geflügelt und versiegelt inkl. fußbodenheizung trennlage
3	trittschalldämmung
6	schüttung
32	hohldielendecke vorgespannt

fassadenschnitt gebäude zu innenhof

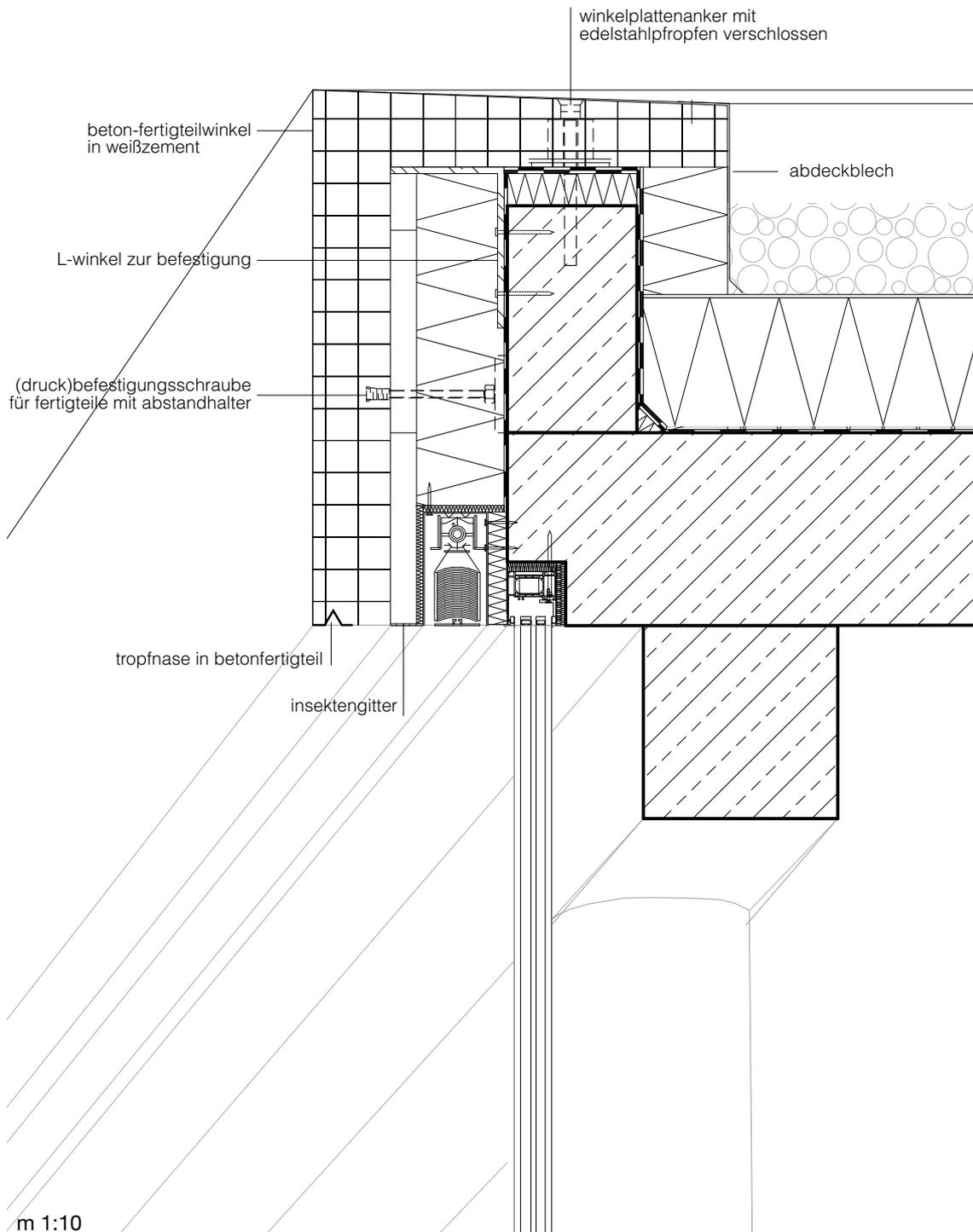
m 1.50

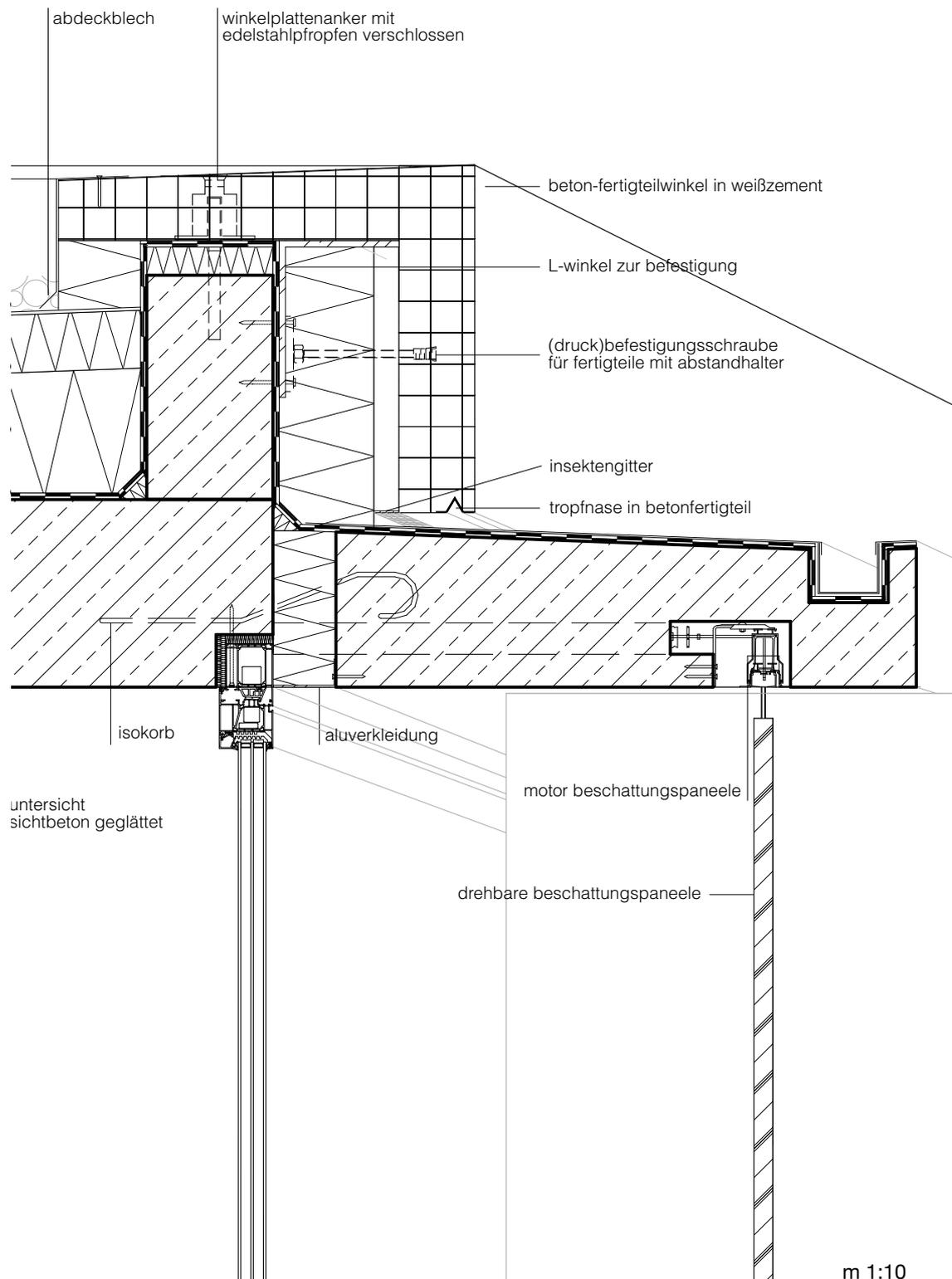


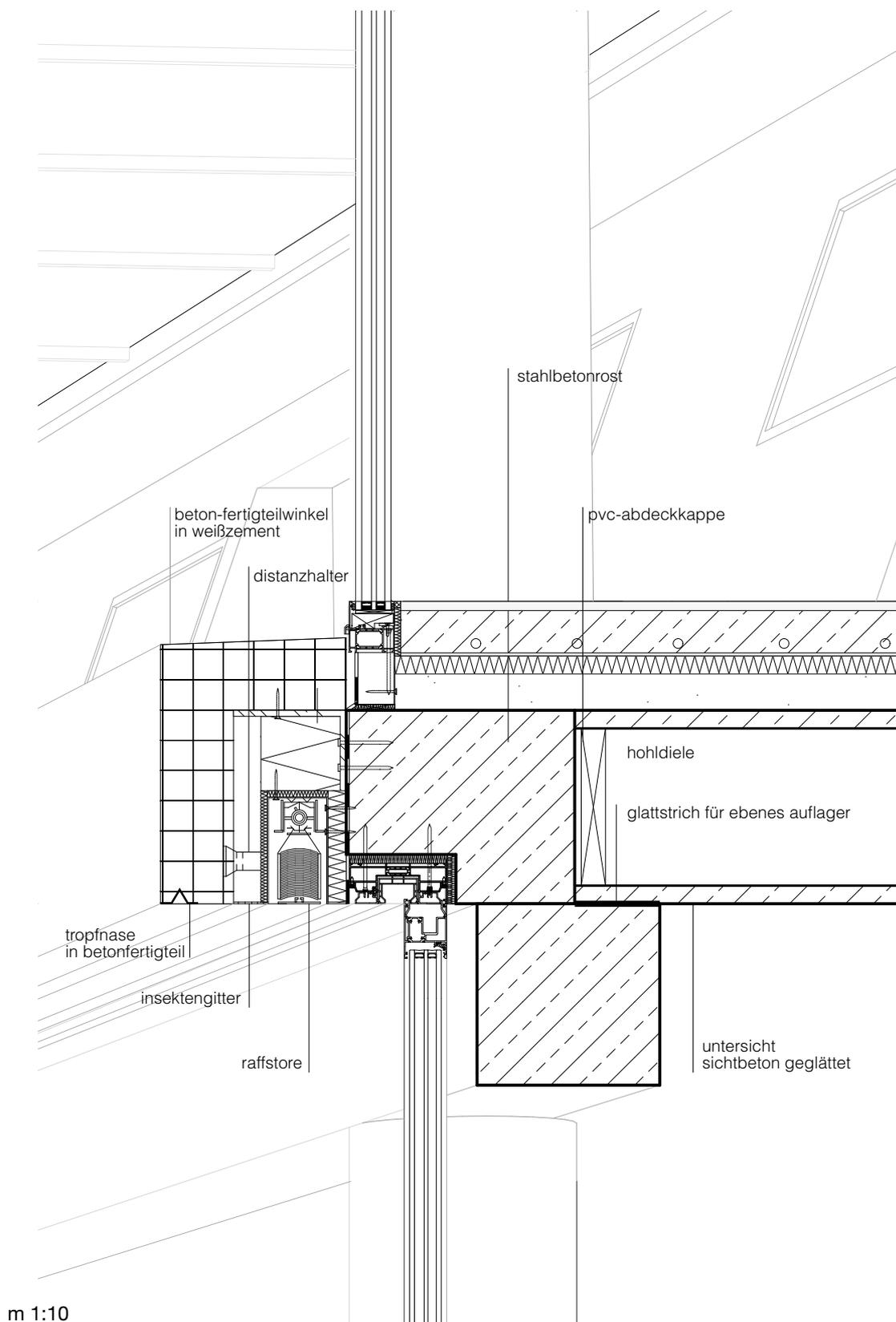


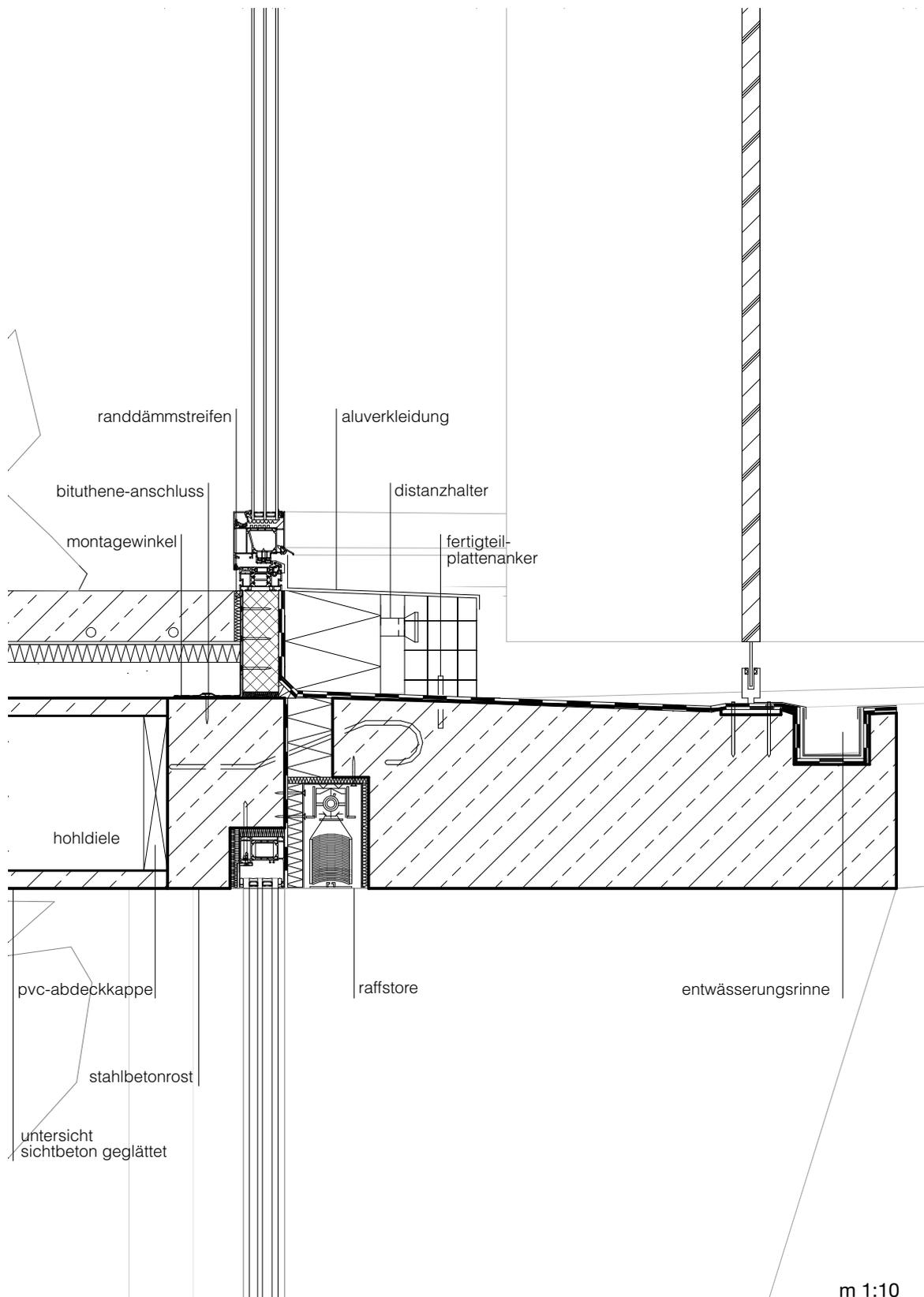
	4	
30		stb-wand - sichtbeton
		klebemörtel
16		dämmung xps
4		montageabstand
12		betonfertigteil in weißzement

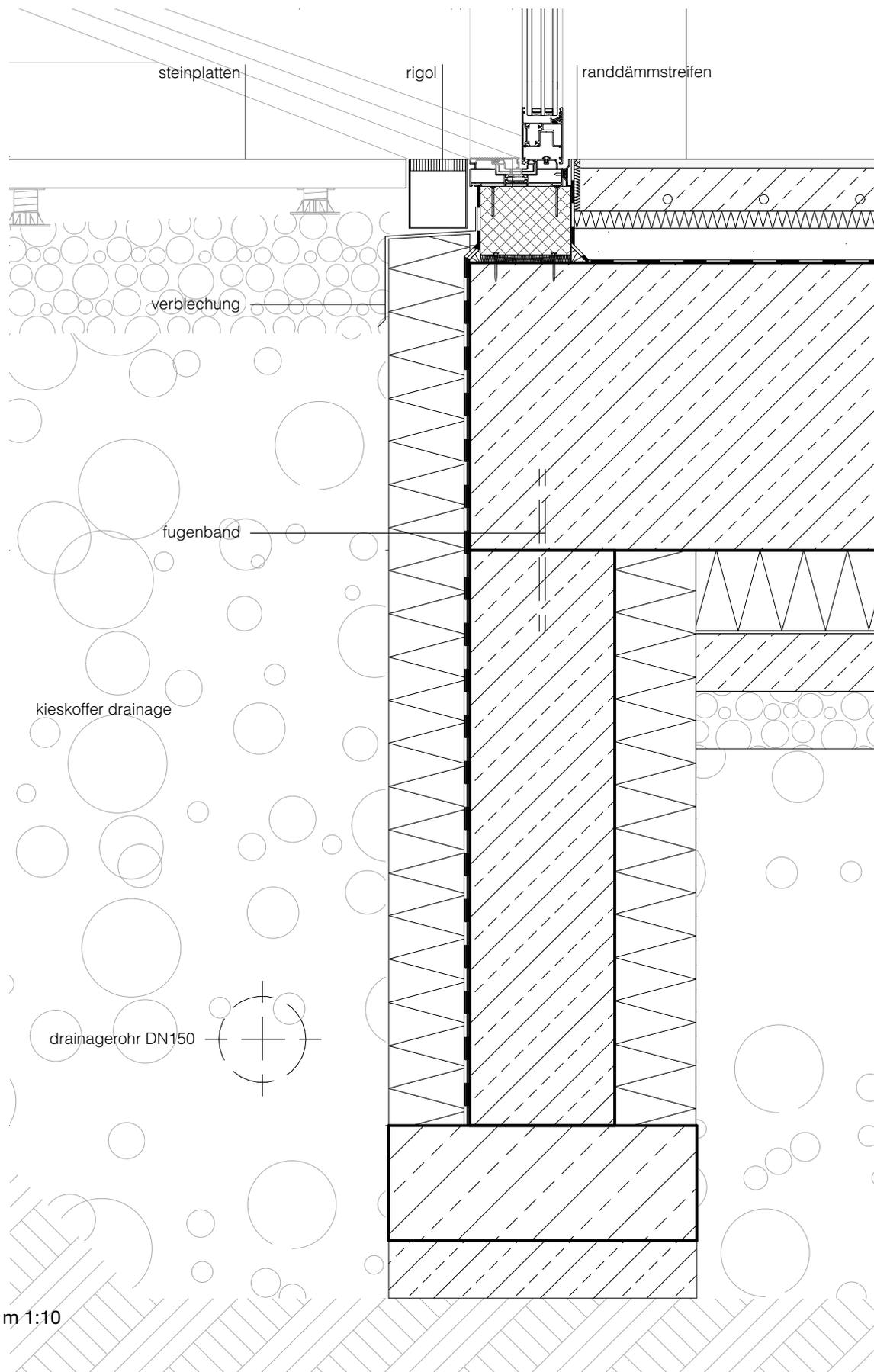
m 1:10

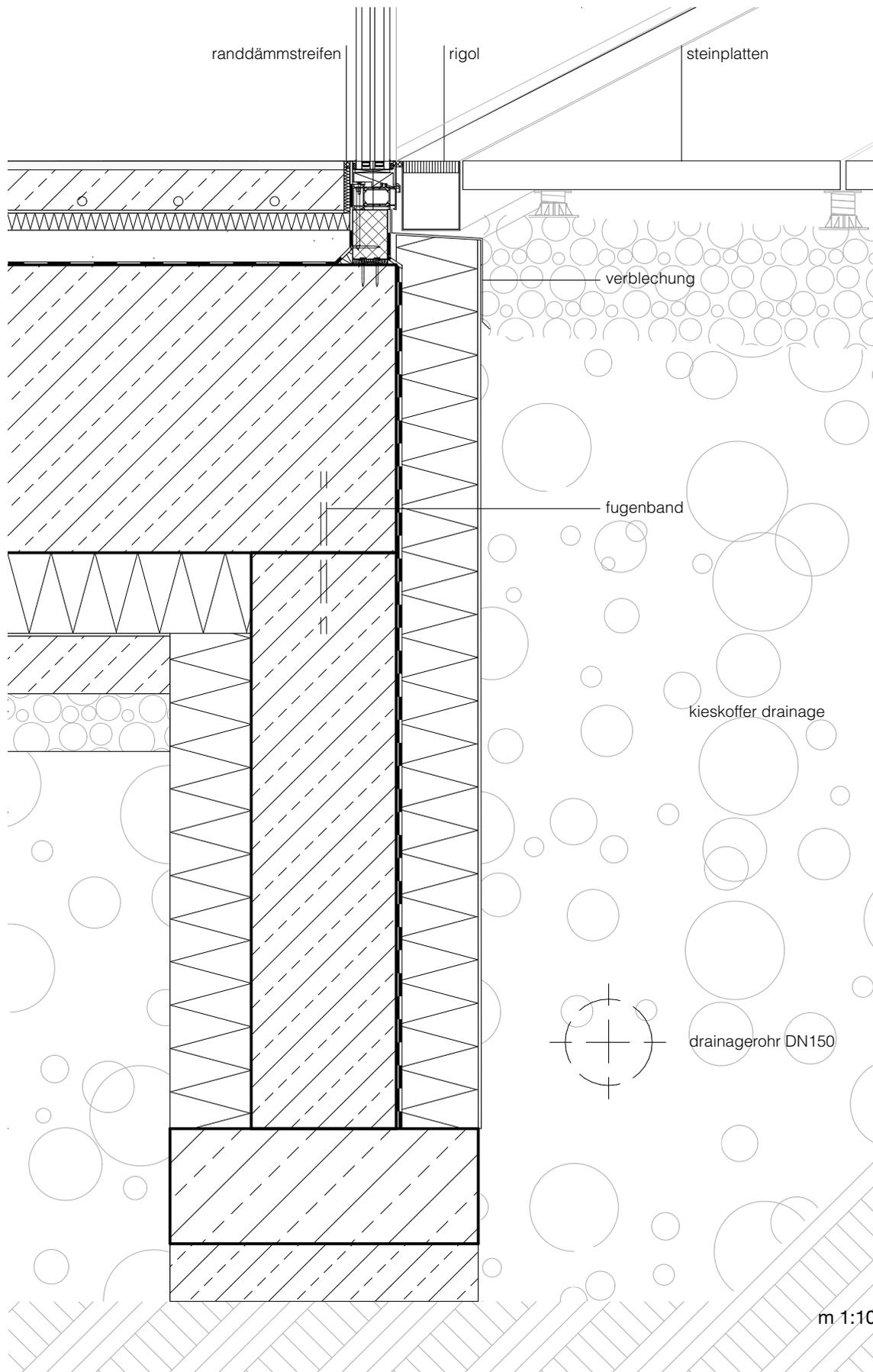






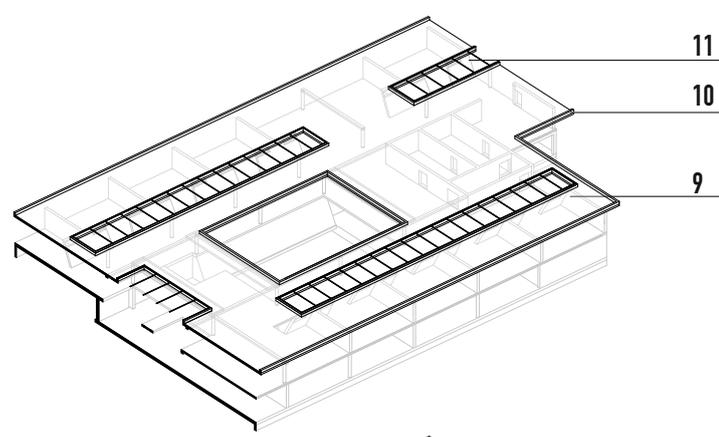




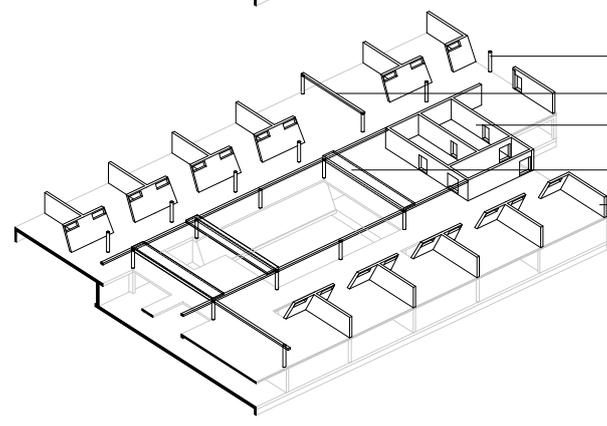


m 1:10

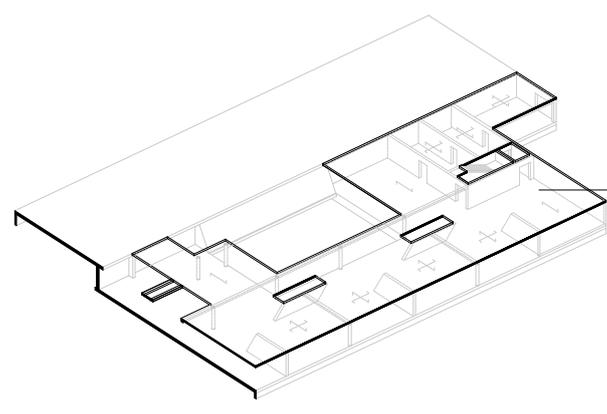
7.5. statisches konzept



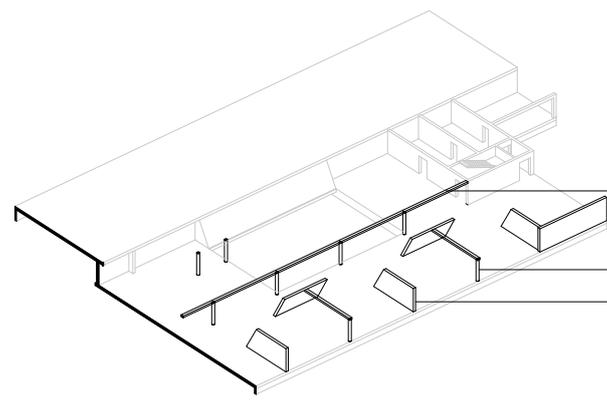
11
10
9



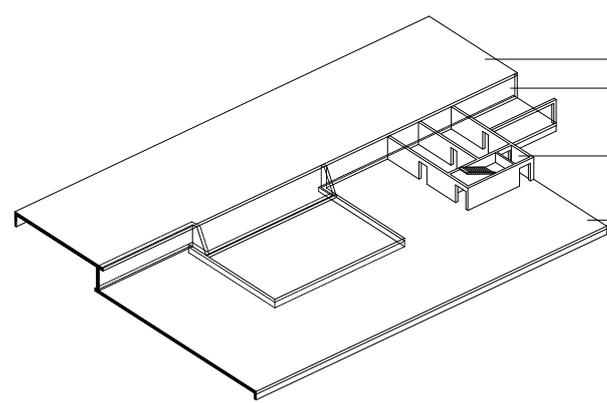
5
6
2
8
4



7



6
5
4



1
3
2
1

- 11 oberlicht glasmodule (250x300 cm) mit aluminium-rahmen
- 10 umlaufende attika in stahlbeton ausgeführt
- 9 dach als stahlbetondecke ausgeführt (h=30 cm)

- 5 runde stahlbeton-stützen bilden sekundäres tragwerk durchmesser = 30 cm)
achsabstand längsrichtung = max. 8,30 m
achsabstand querrichtung = max. 12,20 m
- 6 stahlbeton-unterzüge (30x30 cm)
achsabstand längsrichtung = max. 8,30 m
achsabstand querrichtung = max. 12,20 m
- 2 stahlbeton-kern (insgesamt zwei - jeweils an enden von gebäude)
zur lastabtragung, aussteifung und aufnahme torsionskräfte
- 8 stahlbeton-plattenbalkenträger (h=60 cm | hu=30 cm | b=150 cm | bu=30 cm)
spannweite = 12,20 m
- 4 massive stahlbeton-wandscheiben bilden primäres tragwerk (h=30 cm)
(uA fertiteilbauweise)
zur lastabtragung und aussteifung

- 7 vsd spannbetonhohldielendecke (h = 31cm)
max. spannweite = 12,20 m

- 6 stahlbeton-unterzüge (30x30 cm)
achsabstand längsrichtung = max. 8,30 m
achsabstand querrichtung = max. 12,20 m
- 5 runde stahlbeton-stützen bilden sekundäres tragwerk durchmesser = 30 cm)
achsabstand längsrichtung = max. 8,30 m
achsabstand querrichtung = max. 12,20 m
- 4 massive stahlbeton-wandscheiben bilden primäres tragwerk (d =30 cm)
zur lastabtragung und aussteifung

- 1 stahlbeton-plattenfundament (35)
mit frostschräge bis frostfreie tiefe > 80 cm zur stabilen gründung
- 3 stützwand für gelände (40)
- 2 stahlbetonkern (jeweils an enden von gebäude)
zur lastabtragung, aussteifung und aufnahme torsionskräfte
- 1 stahlbeton-plattenfundament (35)
mit frostschräge bis frostfreie tiefe > 80 cm zur stabilen gründung

7.6.

perspektiven

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



This approved and printed Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
This approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.





Die abgebildeten gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The above original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.







8.

danke

Danke!

Zum Abschluss meiner Arbeit ist es mir ein großes Anliegen, mich bei all den Personen zu bedanken, die mich über die gesamte Laufzeit meines Studiums immer mit unermesslich viel Verständnis, Rücksicht und vor allem aber Motivation und Mut unterstützt und begleitet haben.

Als ersters möchte ich mich in diesem Sinn von Herzen bei meiner Familie, vor allem meiner Mama & Patrick bedanken - Danke, dass Ihr immer für mich da seid und ihr, vor allem in dieser Zeit, (und generell) alles, in eurer Macht stehende unternimmt, um mir den Rücken zu stärken und mir immer und überall mit Rat und Tat zur Seite steht.

Ein großes Dankeschön geht auch an meinen Betreuer, San-Hwan Lu. Danke für Dein Vertrauen, die viele Zeit und tolle Betreuung meiner Arbeit.

Natürlich möchte ich mich auch bei meinen Freunden, vor allem meinen „Unimädls“, bedanken. Danke für die gegenseitige Motivation, Aufmunterung und langen gemeinsamen Nächte. Aber vor allem Danke für die unendlich vielen lustigen gemeinsamen Stunden und Erinnerungen!

Zu guter letzt möchte ich mich noch bei Melanie Pendl, von der Diplomarbeit, bedanken. Liebe Meli, Danke, für deine unglaublich liebe Hilfe, Unterstützung und Geduld und die Möglichkeit, überhaupt ein Buch in Händen halten zu können. Vor allem für den lustigen Austausch und die Aufmunterung, zu dem Zeitpunkt, an dem ich eigentlich nichts mehr zu lachen hatte ;)

9.

anhang

9.1. Literatur- und Quellverzeichnis

Claßen, Thomas/Bunz, Maxie (2018): Einfluss von Naturräumen auf die Gesundheit – Evidenzlage und Konsequenzen für Wissenschaft und Praxis. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr.: 6 vom 16.05.2018

Clesse, René (2012): Tollhäuser, Prügel, Ausrottung. Ein bisschen Psychiatriegeschichte. In: Ons Stad Nr. 100 vom 14.07./02.09.2012, S. 34-37

Ehrig, Ehm Eike/Ehrig, Christhard (2012): Gartentherapie und Therapiegarten. Beruhigender, anregender und geschützter Freiraum. In: Stadt+Grün 61. Jg., H. 3 vom 05.03.2012

Eikermann, Bernd (2010): Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. In: Nervenarzt Nr.: 81 vom 31.01.2010

Erickson, Susan M. (2012): Restorative Garden Design: Enhancing wellness through healing spaces. In: Journal of Art and Design Nr.: 2 vom 01.06.2012

Flores, Cuca/Prieto, Eduardo/Báguena, Maite/Cárdenas, David/Vázquez, Raquel/Rodríguez, Isabel/Núñez, María/Olalquiaga, Ana (2013): Psychiatric Hospital, Helsingør. BIG Bjarke Ingels Group. In: AV Monografías Nr. 162 vom 01.07.2013

Huggenberger, Lukas (2012): Zentrum für Alterspsychiatrie in Pfäfers. In: DETAIL N. 6 vom 01.06.2012, S. 637-641

Jäger-Klein, Caroline/Plakolm-Forsthuber, Sabine (2015): Die Stadt außerhalb. Zur Architektur der ehemaligen Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke Am Steinhof in Wien. Basel: Birkhäuser Verlag GmbH

Müller, N. (1997): Der Nervenarzt. Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken

Rathmann, Joachim (2020): Therapeutische Landschaften. Landschaft und Gesundheit in interdisziplinärer Perspektive. Wiesbaden: Springer Spektrum

Rüsch, Nicolas/Berger, Mathias/Finzen, Asmus/Angermeyer, Matthias C. (2004): Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger M (Hrsg.) Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma. München: Urban Fischer Verlag, Imprint der Elsevier GmbH

universalRAUM – Institut für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen GmbH (2012): Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie, (= Reihe EPH, Band 1, 1. Auflage)

Wancata, Johannes/Reisegger, Andreas/Slamanig, Rudolf R./Winkler, Hildegard/Unger, Annemarie (2018): Psychiatrische Versorgung heute. In: psychopraxis.neuropraxis Nr.: 21 vom 12.09.2018

Marshall, Max (2015): How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? In: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) von July 2005

Onlinequellen

Archdaily (2014): Centro de Rehabilitación Psicosocial / Otxotorena Arquitectos. Online im Internet unter: <https://www.archdaily.cl/cl/02-366965/centro-de-rehabilitacion-psicosocial-otxotorena-arquitectos> (17.11.2022)

Archdaily (2008): Children's Center for Psychiatric Rehabilitation / Sou Fujimoto Architects. Online im Internet unter: <https://www.archdaily.com/8028/children%25e2%2580%2599s-center-for-psychiatric-rehabilitation-sou-fujimoto> (12.06.2022)

Babic, Marijana (2019): Von "Dämonen und Neuronen": Eine kurze Geschichte der Psychiatrie. Online im Internet unter <https://www.geschichte-lernen.net/kurze-geschichte-psychiatrie-antike-bis-moderne/> (13.3.2022)

Dietrich-Daum, Elisabeth/Kuprian, Hermann (2009): Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkrankte „Am Steinhof“ in Wien. Online im Internet unter: <http://psychiatrische-landschaften.net/node/177.html> (09.07.2022)

Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (o.J.): Aktion T4. Die Vernichtung der Behinderten und psychisch Kranken. Online im Internet unter <https://www.gedenkstaettesteinhof.at/de/ausstellung/08-aktion-t4> (25.05.2022)

Hospitecna (o.J.): Centro de Rehabilitación Psicosocial en Alicante. Online im Internet unter: <https://hospitecna.com/proyectos/centro-de-rehabilitacion-psicosocial-en-alicante/> (14.05.2022)

Jancsó, Miklós/ Máthé, Dóra (o.J.): Children's Center for Psychiatric Rehabilitation. Online im Internet unter: <https://habitatio.epitesz.bme.hu/en/portfolio/childrens-center-for-psychiatric-rehabilitation/> (05.09.2022)

Marti, Kurt (2013): Das panoptische System totaler Überwachung,

Online im Internet unter <https://hpd.de/node/16887> (30.10.2022)

MMCD New Media GmbH o.J.: o.S. Online im Internet unter: <https://www.wissen.de/lexikon/psychiatrie?keyword=psychiatrie> (24.07.2022)

N., Sam (2018) Day Hospital (Day Care Program). Online im Internet unter <https://psychologydictionary.org/day-hospital-day-care-program/> (21.11.2022)

Österreichischer Rundfunk, Stiftung öffentlichen Rechts (2017): Architektur und Psychiatrie. Online im Internet unter <https://oe1.orf.at/artikel/203810/Architektur-und-Psychiatrie> (01.02.2022)

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – ÖGPP (o.J.): Geschichte der ÖGPP und der Psychiatrie in Österreich. Online im Internet unter <https://www.oegpp.at/die-oegpp/geschichte/> (29.04.2022)

Salus gGmbH (2022): Psychiatrie in der Vergangenheit. Online im Internet unter <https://www.salus-lsa.de/themen-hilfen/diagnose-psychisch-krank/psychiatrie-in-der-vergangenheit> (22.09.2022)

Stadt Wien – Wiener Gesundheitsverbund (o.J.): Das Haus. Online im Internet unter: <https://klinik-penzing.gesundheitsverbund.at/das-haus/> (09.08.2022)

Universität Wien (o.J) Der Narrenturm. Online im Internet unter <https://campus.univie.ac.at/ueber-den-campus/narrenturm/> (02.11.2022)

Wiener Stadt- und Landesarchiv (2022): Klinik Penzing. Online im Internet unter: https://www.geschichtewiki.wien.gv.at/Klinik_Penzing#tab=null (18.11.2022)

Wiener Stadt- und Landesarchiv (2021): Psychiatrie. Online im Internet unter <https://www.geschichtewiki.wien.gv.at/Psychiatrie> (16.08.2022)

9.2. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 <https://www.derstandard.de/story/2000121239550/narrenturm-alte-pathologie-praeparate-in-neuer-praesentation>

Abb. 2 <https://www.stadtbaukunst.org/deutsch/staedtebaulehre/seminare/werhatangstvordemzufall/index.html?tid=586&bid=43&btid=72>

Abb. 3 <https://www.essl.at/works/allgebrah.html>

Abb. 4 <https://sammlung.wienmuseum.at/en/object/525188-projekt-fuer-irrenheilanstalt-auf-dem-brunnfeld-vogelschau/>

Abb. 5 <https://www.gedenkstaettesteinhof.at/de/ausstellung/08-aktion-t4>

Abb. 6 <https://klinik-penzing.gesundheitsverbund.at/das-haus/>

Abb. 7 <https://klinik-penzing.gesundheitsverbund.at/das-haus/>

Abb. 8 <https://docplayer.org/61202728-Diplomarbeit-titel-der-diplomarbeit-die-entwicklung-der-krankenhausarchitektur-in-wien-und-niederoesterreich-um-1900.html>

Abb. 9-10 <https://docplayer.org/61202728-Diplomarbeit-titel-der-diplomarbeit-die-entwicklung-der-krankenhausarchitektur-in-wien-und-niederoesterreich-um-1900.html>

Abb. 11-16 <https://images.adsttc.com/media/images/5010/0da6/28ba/0d42/2200/0766/slideshow/stringio.jpg?1414470169>

Abb. 17-22 https://www.archdaily.cl/cl/02-366965/centro-de-rehabilitacion-psicosocial-otxotorena-arquitectos/538e86f0c07a805cea0001e3-center-for-psychosocial-rehabilitation-otxotorena-arquitectos-photo?next_project=no

Abb. 23-29 <https://www.db-bauzeitung.de/architektur/geschlossene-offenheit-huggenbergerfries/#slider-intro-4>

Abb. 30-33 <https://habitatio.epitesz.bme.hu/en/portfolio/helsingor-psychiatric-hospital/>

Abb. 34-35 <https://arquitecturaviva.com/works/hospital-psiquiatrico-4>

Alle weiteren Fotoaufnahmen sowie Plandarstellungen, Grafiken, Fotobearbeitungen und Visualisierungen sind von der Verfasserin erstellt.

