Die approbierte Originalversion dieser Diplom-/Masterarbeit ist in der Hauptbibliothek der Technischen Universität Wien aufgestellt und zugänglich.
http://www.ub.tuwien.ac.at

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

TECHNISCHE UNIVERSITÄT WIEN
Vienna University of Technology

DIPLOMARBEIT

Zurück ins Leben

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

Univ.Prof. Arch. Mag.arch. Gerhard Steixner

E253

Konstruktion und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien

Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

Dominik Fasching

0926063

Wien, am

INHALT

04 EINFÜHRUNG

4-5 DANKSAGUNG
6-7 ABSTRACT

08 DIE ANALYSE

10 MOTIVATION
11-13 AUSGANGSLAGE
14-15 REMOBILISATION
16 REMO IN ÖSTERREICH
17-19 KARTE
20 INNSBRUCK
21 AMRAS / ALDRANS

22 DAS KONZEPT

24 REMO ZENTRUM
25 ANGEBOT
26 ZIMMER KONZEPTION
27 KLINIK KONZEPTION
28-29 DAS DORF
30-31 DER SOCKEL
32-33 DAS PERSONAL

34 DAS GEBÄUDE
36-37 LAGEPLAN
38-41 SCHAUBILDER
42-47 GRUNDRISSE
48-53 AXONOMETRIEN
54-55 ANSICHTEN
56-59 SCHNITTE

60 DER INNENRAUM
62-65 FOYER
66-69 STATION
70-75 ZIMMER

76 DIE KONSTRUKTION
78-79 TRAGWERK
80-81 HAUSTECHNIK
82-83 DACHABSCHLUSS
84-85 ANSCHLUSS AUSSENWAND / TERRASSE
86-87 TERRASSENTÜRE

88 QUELLEN
90-91 TEXTQUELLEN
92-93 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Diplomarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

An dieser Stelle mochte ich mich bei Prof. Gerhard Steixner bedanken.
Vielen Dank für Ihre stets freundlichen Hilfestellungen und Ihre, auch kritischen, Hinweise, ohne die diese Arbeit nicht so gut geworden wäre.

Einen besonderen Dank hat sich meine Freundin verdient, die in allen durchgearbeiteten Wochenenden, stets an meiner Seite war und mich dadurch sehr unterstützt hat.

ABSTRACT

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den Themen Rehabilisation und Pflege.

Anhand eines Entwurfes eines Remobilisationszentrum, einer Mischung aus einer Reha Klinik und eines Pflegeheimes, wird versucht die vorherrschenden Modelle der Betreuung morbider Menschen um einen weiteren Aspekt zu Ergänzen.

Diese, in Aldrans bei Innsbruck situierte Klinik bietet neue Pflegemodelle wie Übergangs-Remobilisation, pflegerische Nachbetreuung nach einem Krankenhausaufenthalt und Pflegemobilisation für bis zu 129 Patienten an. Dadurch wird,das in Westösterreich mangelhaft ausgebaute Pflegeangebot, massiv aufgewertet.

Das Grundstück der Klinik liegt an den Ausläufern des Patscherkofels, unweit des Schlosses Ambras, mit Ausblick über Innsbruck. Die Hanglage des Bauplatzes, und der daraus resultierende Höhensprung, wird dafür genutzt, die Landschaft über weite Teile der Klinik zu ziehen, um den dorfähnlichen Bettenstationen, die Eingeschossig konzipiert sind, direkten Naturkontakt zu bieten. Durch Typologien aus der Pflegeheim-Architektur und geförderter Selbstständigkeit der Patienten wird hier versucht, einem Gesundheitsabbau entgegen zu wirken.

ABSTRACT

The present master thesis deals with the topics rehabilisation and nursing care. On the basis of a design of a remobilisation-center, I try to add a new aspect to the current models of caring morbid people.

This clilic, situated in Aldrans, nearby Innsbruck, offers caring-modells such as interm-caring, aftercare for hospital patients and caring-mobilisation, for up to 129 patients.

Through this, the insufficient caring supply in west-austria gets a massive upgrade.

The clinics buliding site is located below the Patscherkofel-mountain, near the castle Ambras in the south of Innsbruck with view over the city.

The hillside situation and the resulting height difference is used to let the surrounding landscape flow over wide parts of the clinic. Through this, the one-storied bed-stations have direct contact with the surrounding nature. By using typologies from healthcare-architecture and letting patients live in the clinic independently, it´s being attempted to work against a loss of the patients health.

DIE ANALYSE

MOTIVATION
AUSGANGSLAGE
REMOBILISATION
REMO IN ÖSTERREICH
BAUPLATZ
KONZEPT

MOTIVATION

Im Frühjahr 2015 erlitt meine Großmutter einen Schlaganfall. Bis zu diesem Ereignis war sie stets gesund gewesen, trotz ihrem Alters oft mit dem Fahrrad unterwegs und in Haus und Garten unermüdlich. Direkt nach dem Schlaganfall hat sie das Gefühl in der linken Körperhälfte sowie ihre Fähigkeit zu Sprechen verloren. Neben den Befürchtungen wegen ihres Gesundheitszustandes, wurden wir auch von die Sorge um die weiteren Therapiemöglichkeiten und die Fragen darüber, wie das Zurückkehren nach Hause funktionieren würde, die uns belasteten.

Die ersten 3 Wochen nach dem Schlaganfall, wurde sie im Krankenhaus Rankweil, nahe Feldkirch in Vorarlberg versorgt, wo ihr Möglichkeiten zur Physiotherapie und Logopädie geboten wurden, jedoch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden wir darüber informiert, dass wir uns um weitere Rehabilitationsmaßnahmen selbst kümmern müssten.

Zu diesem Zentpunkt hatte meine Großmutter zwar das Gefühl in der linken Körperhälfte wieder erlangt, sie war jedoch motorisch und sprachlich noch immer sehr beeinträchtigt.

Für die weiterführende Rehabilitation kamen nur wenige Einrichtungen in Frage, da es für Schlaganfall-Patienten eine neurologische Spezialisierung benötigt.
Eine entsprechende Einrichtung hab es in Schruns, im Montafon, mit einmonatiger Wartezeit.

Dieser Monat war für meine Großmutter und meine Familie sehr hart, sie kam Zuhause schwer zurecht, da das Haus ist nicht behindertengerecht gebaut, musste sie daher mehrmals täglich Treppen überwinden, was zur damaligen Zeit noch nicht ohne Unterstützung möglich war.
Vormals einfache Handgriffe fielen ihr plötzlich schwer, sie musste vieles neu lernen. In dieser Phase fühlten wir uns, auf Grund der schnellen Entlassung aus dem Krankenhaus, der langen Wartezeit auf eine Rehabilisation und der mangelnden Hilfestellung für das Eingewöhnen zu Hause, schlecht betreut.

Hier sehe ich eine großes Verbesserungspotential, was mich dazu bewegt hat diese Arbeit zu schreiben.

AUSGANGSLAGE

Durch die, bei uns ständig steigende, Lebenserwartung in Verbindung mit einer alternden Bevölkerung stehen wir medizinisch, ethisch und sozioökonomisch vor immer neuen Herausforderungen. Patienten werden immer älter und multimorbider.
Da bei älteren Patienten mehrere Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und Herzinsuffizienz gleichzeitig auftreten, brauchen diese eine besondere geriatrische Betreuung.
In der medizinischen Betreuung für Geriatriepatienten gibt es in Österreich momentan zwei Richtungen in der Versorgung [1].
Einerseits gibt es die Möglichkeit in medizinischen Einrichtungen Patienten stationär aufzunehmen, um diese dort zu pflegen. Beispiele wären Pflegeheimen oder vergleichsweise teure Krankenhäuser.
Andererseits tendiert man dazu, Patieten mit Hilfe mobiler Pflegedienste zu Hause zu betreuen.
Die Ziele dieser beiden Varianten sind den bestehenden Gesundheitszustand der Patienten beizubehalten und darauf zu achten, keine Verschlechterung zu erreichen.

1) http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie_Remobilisati on_AG_R_nbsp_und_Remobilisation_Nachsorge_RNS_in_Oesterreich

(in der Fassung von 16.5.2016)

Pflegeheime sind auf einen dauerhaften Aufenthalt ausgelegt. Die Option nach einer Zeit in einer solchen Einrichtung wieder entlassen zu werden und in seinem eigentlichen Zuhause wieder alleine zu leben ist nicht vorgesehen. Vielmehr wird das Pflegeheim zum dauerhaften Zuhause für die Patienten.
Ähnlich verhält es sich mit den mobilen Pflegediensten, hier werden langfristige Pflegepläne (von mehrmals die Woche, zum Medikamente geben, bei Tätigkeiten zu Hause helfen, bis zu einer ständigen 24 Stunden Betreuung) angestrebt.
Somit ist die Entscheidung, eine Heimhilfe zu organisieren, beziehungsweise in ein Pflegeheim zu gehen, eine Endgültige.
Diese Personen werden Zeit ihres Lebens von diesen Hilfsleistungen abhängig sein.

Finanzielle Unterstützung bekommen pflegebedürftige Menschen durch das Pflegegeld von den Pensionsversicherungsanstalten. Je nach Ausprägung der Pflegebedürftigkeit variiert das Pflegegeld zwischen 157,30 € und 1688,90 € monatlich[2]. Die Höhe des Pflegegeldes orientiert sich an den zu erwarteten Pflegestunden, die benötigt werden um den Patienten zu unterstützen.

2) http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/content/contentWindow?contentid=10007.707701&action=2

(in der Fassung von 16.5.2016)

AUSGANGSLAGE

Eine große Gefahr im hohen Alter sind Unfälle. Verletzungen durch Stürze, neurologische Erkrankungen und dergleichen sind vielmals der Auslöser für eine Pflegebedürftigkeit oder einer irreversiblen Verschlechterung der Eigenständigkeit.
Die derzeit vorherrschenden Modelle der Pflege sind nicht darauf ausgerichtet die Patienten in ihrer Pflegebedürftigkeit bzw. Eigenständigkeit zu verbessern, sondern sie in der momentanen Pflegestufe zu behalten und eine weitere Verschlechterung zu stoppen.
Dabei kann diesen Menschen durch gezielte Betreuung und Therapie, über eine gewisse Zeit, wieder zurück in die Eigenständigkeit geholfen werden.

Ein weiteres Problem sind die sogenannten „Procuratio Fälle“ [3], hierbei handelt es sich um Patienten, deren medizinische Behandlung zwar abgeschlossen ist, die aber zur Pflege weiter im Krankenhaus bleiben, da eine Überstellung nach Hause oder in ein Pflegeheim auf Grund diverser Rahmenbedingungen nicht möglich ist.
Diese Patienten müssen nach Abschluss der Behandlungen ihren Krankenhausaufenthalt selbst bezahlen.

„... dabei kann diesen Meschen, durch gezielte Betreuung und Therapie, über eine gewisse Zeit, wieder zurück in die Eigenständigkeit geholfen werden“

3) http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/teilberichte/wien/wien_2011_02/Wien_2011_02_2.pdf
(in der Fassung von Februar.2011)

„Nicht das Alter ist das Problem, sondern unsere Einstellung dazu“

Marcus Tullius Cicero

REMOBILISATION

Hier gibt es in den letzten Jahren einen neuen Trend, einer Verbindung aus Pflege und Rehabilisation, der Remobilisation.
Hierbei handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Aufnahme in eine spezielle Abteilung, z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt. Das Ziel der Remobilisation ist es, den Patienten in seiner Eigenständigkeit soweit zu stärken, dass er danach nach Hause, in ein eigenständiges Leben entlassen werden kann. Dabei unterscheidet sich die Remobilisation von der Rehabilisation dadurch, dass sie speziell auf geriatrische Fälle ausgerichtet ist, diese Patienten können direkt in der geriatrischen Abteilung gepflegt werden.

Das Ziel ist es dabei nicht, den Patienten 100% zu rehabilitieren, sondern ihn für die Entlassung nach Hause oder in die Reha vorzubereiten.

Die Behandlung in einer Remobilisationsklinik gliedert sich grob in drei Teilbereiche. Die remobilisierende Pflege, die Physio- und Ergotherapie und die psychologische und oranisatorische Betreuung der Patienten für ihr Leben nach dem Aufenthalt.

Die Ziele der Remobilisation sind[4]:

- Behandlung der akuten Erkrankung der Patienten
- Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung
- Vermeidung weiterer Funktionsverluste
- Erhöhung der Lebensqualität
- Reintegration der Patienten in das gewohnte Umfeld
- Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit (Bei geplanter Rehabilitation im Anschluss an die Akut-Versorgung)

6)Siehe FN 1

REMOBILISATION

Bis in die 70er hinein wurde Remobilisation problemlos von den behandelnden Krankenhäusern erfüllt[5], Patienten wurden so lange im Krankenaus behalten, bis sie einigermaßen mobil nach Hause entlassen werden konnten. Krankenhäuser wurden als gemeinnütziges Gut angesehen und wirtschaftliche Interessen waren dabei nebensächlich.

Durch das 1997 eingeführte Prinzip der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung [4] und den ständig wachsenden wirtschaftlichen Druck der Krankenhäuser, ist es für Krankenhausbetreiber ein großes Ziel, die Aufenthaltszeiten der Patienten möglichst kurz zu halten.

Es ist für Krankenhäuser wirtschaftlich uninteressant, sogar nachteilig, Patienten lange auf den Stationen zu behalten, denn sie verdienen ihr Geld hauptsächlich durch die Akutversorgung und die medizinischen Eingriffe verschiedener Art. Es gibt mittlerweile sogar eine Entwicklung in Richtung ambulanter Operationen, mit direkter Entlassung danach.

Bei Kosten für einen Tag Krankenhausaufenthalt in der Höhe von rund 700 € [5] ist es wesentlich teurer den Patienten im Krankenhaus zu pflegen, als wenn ein Patient nach einem möglichst kurzem Aufenthalt im Akuthaus in eine spezialisierte weiter behandelnde Klinik zur Nachsorge überstellt wird, hier kann ein Patient, z.B. in einer Pflegeeinrichtung um rund 210 € täglich [6], wesentlich kostengünstiger versorgt werden.

In diesem Gebiet der Nachsorge für Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt ist eine spezialisierte Klinik, die durch Optimierung auf den Pflege und Therapieprozess
Kosten sparen kann und ähnlich günstig wie ein Pflegeheim betrieben werden kann, sehr gut aufgestellt.

5) Jürgen Klauber,Bernt-Peter , Krankenhaus-Report 2007, Robra

6) http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/LKF_Leistungsorientierte_Krankenanstaltenfinanzierung/
(in der Fassung vom 16.5.2016)

7) Siehe FN 3
8) Siehe FN 3

REMO IN ÖSTERREICH

Momentan wird in Österreich Remobilisation an 44 Standorten[7] angeboten, meist in Form einer speziell auf geriatrische Pflege ausgerichtete Abteilung in einem Akutkrankenhaus. Aufgeteilt auf diese Einheiten stehen den jährlich 26.400 (2011) Patienten 1560 Betten zur Verfügung[7]. Weiters können Patienten in geriatrischen Tageskliniken betreut werden. Diese Tageskliniken bieten die Möglichkeit einer vorübergehenden Pflege, für normalerweise zu Hause lebenden Personen. Diese Einheiten stellen momentan die umfassendste Betreuung für Fälle geriatrischer Akutverorgung dar. Hier wird ein breites Spektrum aus Diagnostik, Ergo- und Physiotherapie, verbunden mit Pflege, angeboten.
Weiters gibt es an 15 Standorten[8] in Österreich, in Verbindung mit Akutspitälern, so genannte Remobilisation/Nachsorge (RNS) Einheiten, die ein reduziertes Angebot an Diagnostik und Therapie anbieten.
Laut dem Prozesshandbuch für Akutgeriatrie & Remobilisation vom Bundesminsterium für Gesundheit wird der Bedarf an Betten bis zum Jahr 2020 auf 4000 steigen, was einer jährlichen Patientenzahl von 70.000 entspricht.

Besonders im Westen Österreichs zeigen sich Lücken in der geriatrischen Versorgung. Während es in Vorarlberg keine auf Geriatrie speizalisierte Abteilung gibt ,dafür drei RNS Einheiten, stehen in Tirol 3 spezialisierte Stationen zur Verfügung, daneben gibt es keine weiteren RNS Einheiten. Tirols größte geriatrische Abteilung, im Landeskrankenhaus Hochzirl, bietet 73 Betten, bei einer ständigen Warteliste von 80-120 Patienten[9]. Das bedeutet für die Patienten eine mehrwöchige Wartezeit auf ein Bett, bei einem jedoch akuten Problem.
Hier spricht vieles für eine weitere, große Station für Akutgeriatrie und Remobilisation in einem west-österreichischem Ballungsraum mit großem Einzugsgebiet, im Vorarlberger Unterland oder im Tiroler Inntal bei Innsbruck.

„Momentan wird in Österreich Remobilisation an 44 Standorten angeboten“

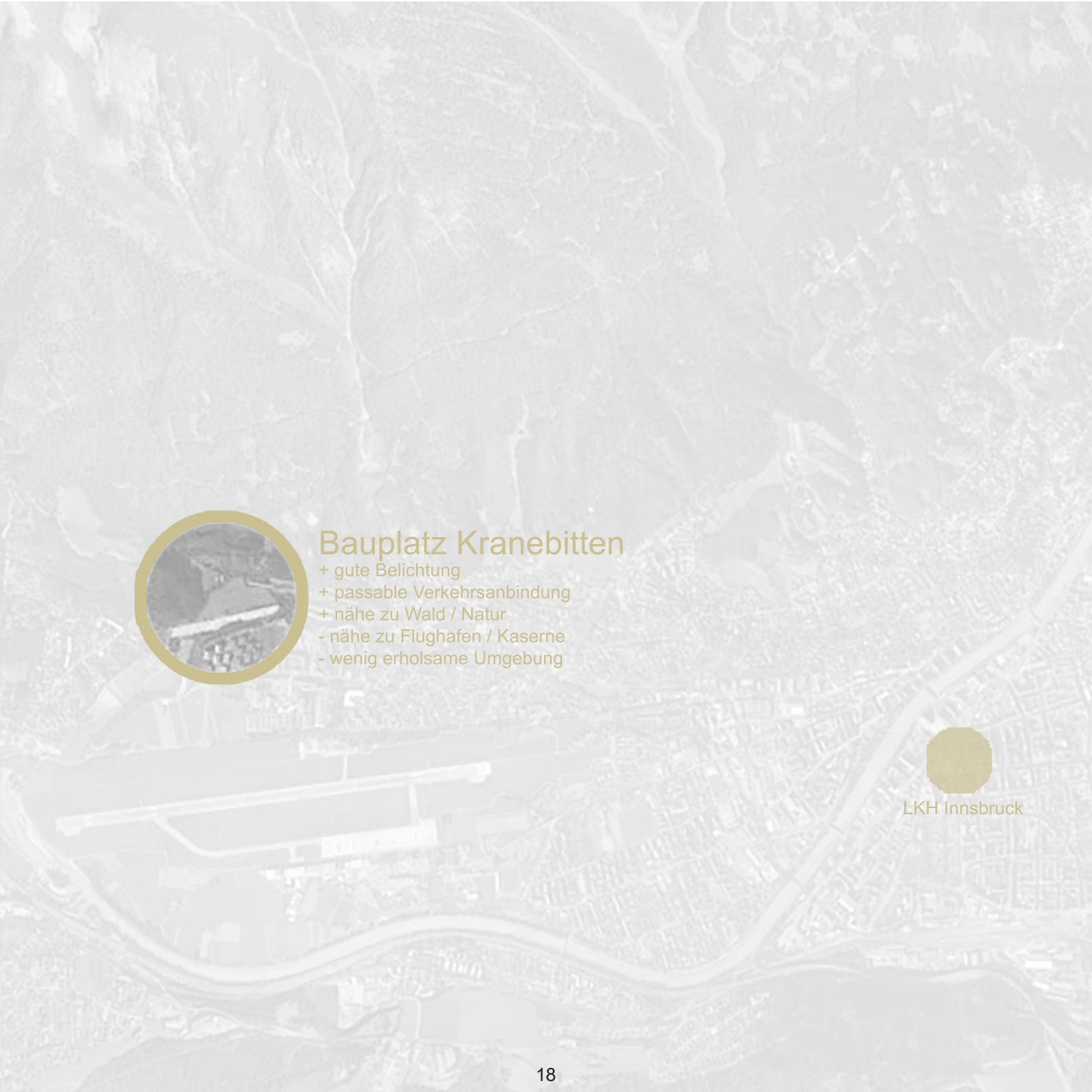
9) http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/2/7/CH1071/CMS1382623374870/standorte_2014_agr.pdf
(in der Fassung von 31. 12. 2014)

10) http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/2/7/CH1071/CMS1382623374870/standorte_2014_rns.pdf
(in der Fassung von 31. 12. 2014)

11) Telefonat Univ.-Prof. Dr. Leopold Saltuari, Leiter Neurologie Hochzirl, am 7.11.2015

KARTE

Abb. 1


Bauplatz Kranebitten
+ gute Belichtung
+ passable Verkehrsanbindung
+ nähe zu Wald / Natur
- nähe zu Flughafen / Kaserne
- wenig erholsame Umgebung
LKH Innsbruck

Bauplatz Hochrum

+ sehr schöne Aussicht
+ gute Verkehrsanbindung
- städtische Umgebung
- wenig Erholungsmöglichkeiten
- Nähe zu Privatklinik Hochrum

Privatklinik Hochrum

Bauplatz Ambras

+ sehr gute Verkehrsanbindung
+ ruhiges Grundstück
+ schöne Aussicht
- Belichtung problematisch

Abb. 2

INNSBRUCK

Als fünftgrößte Stadt Österreichs hat Innsbruck, als Hauptstadt und gleichzeitig größte Stadt, Tirols 130. 894 Einwohner.
Im Norden wird Innsbruck von der Nordkette des Karawendel und im Süden von den Ausläufern des Patscherkofels umrahmt.
Mit unvergleichlichen Ausblicken und Verbundenheit zur Natur bietet Innsbruck daher eine regenerative Atmosphäre.
Durch ebendiese Lage gibt es in hier sehr viele Naherholungsgebiete.

Innsbruck wird in neun Katastralgemeinden geteilt, die zeitgleich die Stadtteile von Innsbruck bilden. Eine dieser neun ist Amras, mit welchem ich mich später eingehend auseinander setzen werde.
Innsbruck ist ein kultureller Mittelpunkt und stellt ein wirtschaftliches und infrastrukturelles Zentrum im Westen Österreichs dar. Der Grenzpass „Brenner“ stellt eine wichtige Verbindung zwischen Österreich und der zu Italien gehörenden Provinz Südtirol dar.

Laut der letzten Volkszählung liegt das Durchschnittsalter der Tiroler bei 41,08 Jahren [10], wobei eine Prognose in Form einer Statistik erkennen lässt, dass dieses Durchschnittsalter tendenziell steigen wird [11].

In und rund um Innsbruck gibt es insgesamt vier Krankenhäuser, die allesamt unter der Leitung der Tirol Kliniken GmbH stehen:

- Landeskrankenhaus - Universitätskliniken
- Innsbruck, Landeskrankenhaus Hall in Tirol
- Landes-Pflegeklinik Tirol
- Landeskrankenhaus Hochzirl – Natters

Im Jahr 2015 bietet beispielsweise das Landeskrankenhaus – Universitätsklinik Innsbruck, 1548 Betten und ein Personal von 2393 Personen. Die Bettenauslastung beträgt jährlich 82,8% [12].

12) http://www.stadtregionen.at/innsbruck
(in der Fassung von 16.5.2016)

13) https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/statistik-budget/statistik/downloads/BEV2011.pdf
(in der Fassung von 16.5.2016)

14) https://www.innsbruck.gv.at/data.cfm?vpath=redaktion/ma_i/allgemeine_servicedienste/statistik/dokumente38/gesundheitswesen/innsbruckerkrankenanstaltenpdf
(in der Fassung von 16.5.2016)

AMRAS / ALDRANS

Amras ist eine Katastralgemeinde von Innsbruck mit einer Fläche von 4,9km² und liegt am Fuß des Paschbergs.
Insgesamt wohnen 5437 Personen in dieser Ortschaft. Es besteht eine gute öffentliche Verkehrsverbindung zum Stadtzentrum Innsbrucks und ist nur wenige Gehminuten vom Schloss Ambras entfernt.

Das Schloss wurde im 10. Jahrhundert von dem Grafen Andechs erbaut, jedoch ist von der damaligen Konstruktion aufgrund der Zerstörung 1133 nichts mehr erhalten.
Aktuell werden weltberühmte spätmittelalterliche Bilder in der Porträtgalerie der Habsburger und eine Sammlung gotischer Skulpturen ausgestellt.

Der Bauplatz für das Remobilisationszentrum ist zwischen Amras und dem benachbarten Aldrans gelegen.
Mit einer Fläche von 8,85 km2 beherbergt die Ortschaft Aldrans 2500 Personen, mit einem Durchschnittsalter von 39 Jahren [13].

Durch Zuzug aus Innsbruck ist der Ort Aldrans stark am wachsen, die bestehende Infrastruktur ist bereits an ihren Grenzen angelangt [14].

In der Ortschaft Aldrans gibt es ein bestehendes Wohn- und Pflegeheim „Haus St. Martins“. Dieses stößt jedoch an seine Kapazitätsgrenzen, des Weiteren hat es, durch eine Betrugsaffäre 2012, ein negatives Image aufgebaut, welches es bis heute nicht los wird [15].

15) http://www.stadtregionen.at/innsbruck (in der Fassung von 16.5.2016)

16) http://www.aldrans.at/attachments/article/55/GR-PROT-02-2014.pdf (in der Fassung von 16.5.2016)

17) http://www.tt.com/home/5847233-91/altenheim-aldrans-wo-versickerten-698.000-euro.csp (in der Fassung von 16.5.2016)

DAS KONZEPT

REMO ZENTRUM
ANGEBOT
ZIMMER KONZEPTION
KLINIK KONZEPTION
DAS DORF
DER SOCKEL
DAS PERSONAL

REMO ZENTRUM

In Österreich wird Remobilisation durchwegs als Zusatzleistung in bestehenden Akutkrankenhäusern angeboten.
Im Gegensatz dazu setzt Deutschland beim Thema Remobilisation weitgehend auf mobile Pflegedienste.

Meiner Meinung nach wäre die beste Lösung, Remobilisation in eigens dafür ausgerichteten Zentren anzubieten. Hier kann, durch Spezialisierung auf die Kernleistungen, Geld eingespart werden und so die Kosten für die Patienten, von den 700€ in einem Krankenhaus, auf das der Kosten eines Pflegeheimes von 170-230€ abgesenkt werden. Während laut Rechnungshofbericht [13] der Preis für die Betreuung eines Patienten mit orthopädischen Leiden bei 170 € liegt, kostet die Betreuug eines neurologischen Pflegefalles bis zu 230€. Das Ziel dieser Kurzzeitpflege ist es, die Pflegestufe der Patienten zu verbessern, somit wäre eine Finanzierung eines solchen Zentrums durch die Pensionsversicherungsanstalt denkbar. Diese würde, mit der verbesserten Gesundheit der Patienten, viel Geld sparen.

Im Zuge meiner Recherche bin ich auf die Vamed Gruppe gestoßen. Ich konnte mich hier mit Herrn Mag. Christian Breitfuss unterhalten, General Manager der 12 Pflegeheime und Therapiezentren der Vamed in Österreich. Dieser half mit dabei, ein wirtschaftlich funktionierendes Konzept für ein alleinstehendes Remobilisationszentrum zu entwickeln.
Er schlägt mir eine Verbindung aus einer Remobilisationsklinik, mit 100-150 Betten, mit einem Tagesheim für ca. 20 Personen und einem Ärztezentrum vor.

„Das Ziel dieser Kurzzeitpflege ist es, die Pflegestufe der Patienten zu verbessern.“

18) Siehe FN 3

ANGEBOT

Kurzzeit Remobilisation

Hierbei geht es um Patienten, die normalerweise zu Hause von der Familie gepflegt werden, diese aber im Falle eines Urlaubs, einer Krankheit, etc. verhindert sind. Also um eine Abdeckung eines kurzfristigen Bedarfs an Pflegeleistungen.

Diese Patienten werden rund 2 - 4 Wochen betreut, genießen Therapie sowie ärztliche Betreuung und werden danach wieder nach Hause entlassen.

Übergangs Remobilisation

Übergangsremobilisation ist eine pflegerische Nachbehandlung nach einem Krankenhaus-Aufenthalt, nach/statt einem Aufenthalt in der Akutgeriatrie oder nach einer Erkrankung (von zu Hause).

Hier bietet das Remobilisationszentrum eine Möglichkeit zur Aufnahme dieser Patienten an, die sonst keine Betreuungsmöglichkeiten haben (bei nicht krankenhauspflichtigen Erkrankungen).

Hierbei ist die Therapie und die Pflege im Vordergrund, die ärztliche Betreuung im Hintergrund. Diese Patienten können in einem Remo-Zentrum 4-6 Wochen betreut werden.

Pflegemobilisation

Die Pflegemobilisation dient dazu, Patienten vor einer Aufname in ein Pflegeheim zu bewahren. Hier können Procuratio Fälle von Akuthäusern übernommen werden und durch eine therapeutisch-mobilisierende Behandlung ihre Pflegestufe verbessert werden.

Dieser, individuell auf die Patienten abgestimmte, Mobilisierungs und Therapieplan bedarf eines Aufenthaltes von 3-4 Monaten.

„Aufenthalts-dauer zwischen 2 Wochen und 4 Monaten“

ZIMMER KONZEPTION

Abb. 3

Abb. 4

Abb. 5

Grundsätzlich wurde bei der Konzeption des Remobilisationszentrums aus wirtschaftlichen Gründen auf eine gewisse Kompaktheit in den privaten Bereichen, zu Gunsten von großen Gemeinschaftsbereichen, wertgelegt. Dies spiegelt die Ausrichtung der Klinik wieder, Kommunikation und Gemeinschaft zu fördern, um dadurch die Selbstständigkeit und Genesung zu verbessern.

Diese Auslegung auf Kommunikation zeigt sich in den Zweibettzimmern, hier werden die Betten zueinander gedreht und regen Austausch zwischen den Patienten an.
In der Abbildung 3 sieht man als ein Beispiel dafür, den Wettbewerbsbeitrag für das Haunersche Kinderspital in München von Kohlmayer Oberst Architekten.

Abbildung 4 zeigt eine Visualisierung für das neue Krankenhaus Nord in Wien von Albert Wimmer.
Die hier gezeigte Wandverbauung bietet eine gute Möglichkeit für die Personalisierung des Bettenzimmers für die Patienten, in einer platzsparenden Variante.

KLINIK KONZEPTION

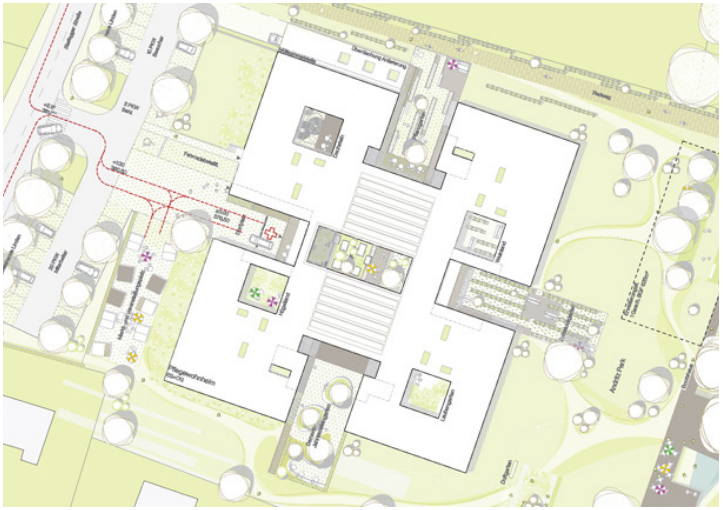


Abb. 6

Abb. 7

Abb. 8

Abbildung 5 und 7 sind Schaubilder des Gewinnerentwurfes für das Haunersche Kinderspital in München, von Nickl und Partner. Dieser Entwurf einer, durch Innenhöfe gegliederten, Klinik besticht durch sein ausgewogenes Verhältnis aus privaten und öffentlichen Bereichen und den frei zugänglichen Innenhöfen. Zielsetzung der Architekten war es, durch die Architektur zur Genesung der Patienten beizutragen[17.]

Abbildung 4 und 6, Tatendrang Architektur in Andritz und Luka Architekten in Krostitz, zeigen die heute gängige, pavillonartige Pflegeheimtypologie, mit Stationen mit innenliegenden semi-privaten Innenhöfen und Gemeinschaftsbereichen in den Stationen.

Das Ziel meiner Arbeit ist es, die nötige Kompaktheit und Funktionalität einer Klinik mit einer state-of-the-art Pflegeheim-Architektur zu verbinden, um damit eine Einrichtung mit Synergien aus beiden Bereichen zu schaffen

19) http://www.nickl-partner.com/news/zuschlag-neubau-haunersches -kinderspital-muenchen/ (in der Fassung vom 19.5.2016)

DAS DORF

Grundsätzlich teilt sich mein Projekt in zwei Bereiche auf, den **Sockel** und das **Dorf**. Während sich im Sockel sämtliche Behandlungsräume, sowie Shops, das Restaurant, die Personalbereiche und die nötige Infrastruktur befinden, ist das Dorf den Patienten und deren, in Wohngemeinschaften gruppierten, Stationen vorbehalten. Wie Pavillons sitzen sie in der Landschaft, welche sich über das Dach der restlichen Klinik zieht. Zwischen ihnen befinden sich große Freiterrassen mit einem atemberaubenden Blick über Innsbruck, auf denen die Patienten in Eigengärten aktiv werden können, oder einfach in der Sonne die Seele baumeln lassen können, und Höfe, die sich bis ins Erdgeschoss des Sockels ziehen und auch hier Natur und Licht hinein tragen.

Der wichtigste Aspekt beim Entwurf der Klinik war es, den Patienten ein bestmögliches Aufenthaltsklima zu schaffen. Die hier selbst gesteckten Ziele sind im Dorf klar erkennbar.

Eine familiäre Atmosphäre in den Stationen. Hier bieten die, maximal zu zweit belegten, Zimmer eine privaten Rückzugsbereich. Ansonsten wird großen Wert auf Gemeinschaft gelegt, jede Station verfügt über einen eigenen Gruppenraum, in dem spontane Begegnungen erwünscht sind.

Eingeschossigkeit. Dadurch dass alle Zimmer auf einer Ebene verteilt sind, ist es möglich, von jedem Zimmer schwellenlos auf eine der großen Terrassen zu gelangen. Weiters ist hier der Austausch zwischen den einzelnen Stationen möglich und erwünscht, einerseits für die soziale Interaktion der Patienten, andererseits, um dem Personal zu ermöglichen, sich um mehrere Stationen gleichzeitig zu kümmern.

Natur. Die Natur ist in diesem Projekt allgegenwärtig und wegen dem positiven Einfluss auf die Patienten sehr erwünscht. Ob auf den großen Freiterrassen, in den Patios in den Stationen, in den Höfen im Sockel, oder auch nur durch den Blick durchs Fenster in den Zimmer, überall ist diese Natur erlebbar. Beispielsweise in den Beeten wird diese Natur sogar zum therapeutischen Mittel in der Behandlung. Hier wird mit dem Ergotherapeuten an der Feinmotorik gearbeitet.

Licht. Durch die unzähligen Höfe, die das zweite Obergeschoss durchschneiden, wird sichergestellt, dass in jeder Station, und jedem Zimmer immer so viel Tageslicht wie möglich vorhanden ist. Durch die bodentiefen Fenster der Zimmer wird dies nochmal gesteigert. Sollte es doch einmal zu viel sein, kann jeder Patient selbst durch den außen angebrachten Raffstore regeln, wie hell, oder dunkel es angenehm ist.

DAS DORF

Natürliche Materialien. Das gesamte 2. Obergeschoss, in dem sich die Bettenstationen befinden, wird in Holz-Bauweise gebaut und auch, innen wie außen, mit Holz beplankt. Dieser natürliche Baustoff unterstützt ein gesundes Raumklima, kann beim Bau aus der Gegend bezogen werden, gibt den Patienten ein Gespür für die örtliche Bautradition und kann im Bedarfsfall leicht adaptiert werden.

Raum für persönliche Entfaltung. Sowohl in den Zimmern, als auch in den Gemeinschaftsbereichen in den Stationen, ist es den Patienten möglich, ihre Umgebung, mit selbst mitgebrachten Kleinmöbeln oder Bildern zu gestalten, um ihr Wohlbefinden zu steigern.

Freizeit. In der Mitte des Dorfes befindet sich eines der beiden Tageszentren der Klinik. In der Zeit zwischen zwei Therapiesitzungen, am Abend, oder auch zum Essen, falls man es nicht im Restaurant oder am Zimmer zu sich nehmen mag, bietet dieser Bereich immer ausreichend Platz für die Bewohner der Klinik. Hier gibt es Gruppenräume zum Plaudern, zum Spielen, für Aktivitäten wie Singen und Tanzen und eine Werkstatt für handwerkliche Tätigkeiten. In den warmen Monaten werden diese Aktivitäten großteils nach draußen, auf die Terrassen und die umgebende Natur verlagert.

Verständliche Architektur. Mir war es wichtig, für dieses Projekt eine einfache, und vorallem leicht verständliche, Konstruktion zu wählen.
Durch die sichtbare Holz-Konstruktion im Inneren, die fließenden Übergänge und die zahlreichen Blickbeziehungen kann das Gebäude schnell überblickt und verstanden werden. Dies fördert das Wohlbefinden der Patienten und deren Identifikation mit ihrem vorrübergehenden Zuhause.

„Der wichtigste Aspekt beim Entwurf der Klinik war es, den Patienten ein bestmögliches Aufenthaltsklima zu schaffen“

DER SOCKEL

In den unteren beiden Geschoßen des Remobilisationszentrums befinden sich die Therapie-Räumlichkeiten, das Ärztezentrum, das Tageszentrum, Restaurant und Shops, sowie die Mitarbeiterbereiche und die notwendigen Flächen für die hausinterne Infrastruktur.

Die Größen der einzelnen Bereiche erechnen sich nach der Patientenzahl in der Klinik. Hierfür habe ich das Handbuch: „Empfehlungen für die Klinisch geriatrische Behandlung“[18] , der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen (Deutschland) herangezogen.
Hier wird beispielsweise beschrieben, dass pro Patient in einer geriatrischen Klinik 2,3 m² an Räumlichkeiten für Ergotherapie benötigt werden. Diese Flächen sind um die eingeschnitten Innenhöfe gruppiert, hier liegen die Wartebereiche in den Zonen mit der besten Belichtung.

Mittig liegt, von oben mit Licht durchflutet, das dreigeschossige Foyer, welches alle Bereiche des Gebäudes miteinander verbindet.
Die Wegeführung funktioniert hier subtil, je weiter man ins Gebäude vordringt, desto heller wird es. Den Abschluss des Foyers stellt ein Innenhof dar, ein hier gepflanzter Baum spendet Schatten und gibt dem Foyer seine Identität.

Die Raumaufteilung und Proportionen sind durch das Stützraster der Konstruktion definiert, diese stellen, neben den Kernen für Aufzüge und Haustechnik, die einzigen Fixpunkte in der Konstruktion dar.
Alle weiteren Wände werden so errichtet, dass ein einfacher Umbau jederzeit möglich ist. Diese Flexibilität garantiert es, in Zukunft bestmöglich auf Entwicklungen in der Gesundheitsbranche reagieren zu können, oder sogar den Verwendungszweck des Gebäudes nachträglich ändern zu können.

Grundsätzlich teilt sich der Sockel in zwei Geschosse auf, dem Erdgeschoss mit einer Raumhöhe von 5 Metern und dem ersten Obergeschoss mit einer Raumhöhe von 4 Metern. Der Bereich des Schwimmbades weicht davon ab, hier hat der Schwimmbereich eine Raumhöhe von 7,50 Metern und der Bereich der Pooltechnik darunter lediglich 2,50 Meter. Dieses Splitlevel wird über einen Aufzug aus dem Sport & Wellness-Bereich und aus dem Tageszentrum im 2. OG und über Treppen aus dem Sport & Wellness-bereich, aus dem Terapiezentrum und aus dem Ärztezentrum erschlossen.

20) http://www.bv-geriatrie.de/Dokumente/BroschuereEmpfehlungen-FuerDieKGB.pdf (In der Fassung von 1998)

DER SOCKEL

Bei der Materialwahl des Sockels wurden durchgehend Sichtbetonoberflächen gewählt. Dieses Rohheit und Stärke ausstrahlende Material spiegelt den Berg wieder, in den sich das Gebäude eingrabt. Hier wird bewusst mit dem Materialwechsel zwischen Beton (in den Berg eingegraben, roh, kalt) und Holz (warm, lebendig, hell) gespielt. Die Sichtbetonoberflächen ziehen sich durch den gesamten Sockelbereich; die Aussenwände, die Deckenuntersichten und das unverkleidete Tragwerk bestehen aus diesem Material.

„Hier wird bewusst mit dem Materialwechsel zwischen Beton (roh, kalt) und Holz (warm, lebendig, hell) gespielt“

Aufgrund der großen Gebäudetiefe wurde auf die Möglichkeit der Entfluchtung ein besondeses Augenmerk gelegt. Im Süden des Gebäudes, die dem Hang zugewandte Seite, liegt über die gesamte Gebäudebreite ein Wartungsgang, der einerseits eine Sicherheit gegen Hangwasser darstellt, andererseits eine Entfluchtung des, größtenteils eingegrabenen, Schwimmbades und der Technikräume an der Rückseite des Gebäudes sicherstellt.
Die restlichen Flächen im Erdgeschoss können an den Aussenwänden des Gebäudes ins Freie gelangen. Im ersten Obergeschoss dienen die eingeschnittenen Höfe der Entfluchtung. Hier liegen Treppen die ins 2. OG auf die Freiterrassen führen.
Das Foyer im ersten Obergeschoss, sowie Teile des Terapie- und Zageszentrums werden über zwei, parallel zur Hauptstiege liegende, Fluchtstiegen entfluchtet.

DAS PERSONAL

Bei einer Anzahl von **129 Betten** ist folgende Anzahl von medizinischen Mitarbeitern von Nöten [19] :

- **13 Ärzte**, die als konstante Bezugsperson für Patienten und Angehörigen, als Leitung des geriatrischen Assessements und des Teams fungieren. Des Weiteren sind sie für die rehabilitative Beurteilung, die Verordnung von Therapien und die Diagnostik, den Rehabilitationsarm und die Entlassungsvorbereitung verantwortlich. (Davon belegen 3 den Posten als Oberärzte)

- **80 Pfleger**, denen die rehabilitative Pflegediagnostik, die Grundpflege, die Interaktionen und die Administration obliegt.

- **13 Krankengymnasten**, welche die Mobilisation der Patienten fördern.

- **13 Ergotherapeuten**, welche die Menschen mit körperlichen, kognitiven, psychischen und sozialen Einschränkungen unterstützen, damit diese möglichst selbständig ihren Alltag be wältigen können [18].

- **5 Masseure** beziehungsweise Badehelfer, welche in Form von Massagen, Mechanotherapie, Hydrotherapie, Elektrotherapie und Lymphdrainage die Patienten auf dem Weg ihrer Genesung unterstützen.

- **4 Logopäden**

- **3 Sozialarbeiter**, denen die Patienten- und Angehörigenberatung, die Entlassungsvorbereitungen, die Beratung und Vermittlung häuslicher Hilfe und auch die Beratung über Sozialhilfeleistungen obliegt.

- **3 Neuropsychologen**, die für die neuropsychologische Diagnostik, sowie die Therapie, und auch Beratungsgespräche mit Angehörigen zuständig sind.

- **2 Seelsorger**, die durch regelmäßige Besuche, Gesprächsführung sowie Mitbetreuung von Angehörigen, die psychische Verarbeitung des Genesungsprozess der Patienten fördern.

DAS PERSONAL

- **2 Diätologen**, die sowohl Patienten als auch deren Angehörige in Bezug auf Ernährungsfragen beraten.

Selbstverständlich bedarf es auch noch zusätzlich an „sonstigem Personal“:

- **10 Mitarbeiter** in der Küche
- **5 Personen**, die in der Wäscherei tätig sind
- **5 Techniker**, denen die Haustechnik obliegt
- **10 Personen**, welche die Verantwortung für Labor und Röntgen tragen
- **10 Personen**, die administrative Tätigkeiten übernehmen
- **5 Personen**, welche die diversen Shops betreuen.

Dies ergibt eine insgesamte Belegschaft von **183 Personen**, wobei die Mitarbeiter selbstverständlich im Schichtbetrieb ihre Arbeit tätigen.

21) siehe FN 18

22) https://www.fh-campuswien.ac.at/studium/studien-und-weiterbildungsangebot/detail/ergotherapie.html
(in der Fassung vom 16.5.2016)

DAS GEBÄUDE

LAGEPLAN
SCHAUBILDER
GRUNDRISSE
AXONOMETRIEN
ANSICHTEN
SCHNITTE

Abb. 9

Abb. 10

Abb. 11

ERDGESCHOSS

FOYER	SHOP
	APOTHEKE
	FRISÖR
	AUFZÜGE
	KAPELLE
	WCs
RESTAURANT	KÜCHE
	KÜHLRÄUME
	LAGER
	PERSONALAUFZUG
	ANLIEFERUNG
SPORTHALLE	UMKLEIDEN
	SPORTGERÄTELAGER
	SAUNA
	AUFZUG
HAUSTECHNIK	WÄSCHEREI
	MÜLLRÄUME
	LAGER
	LEICHENHALLE

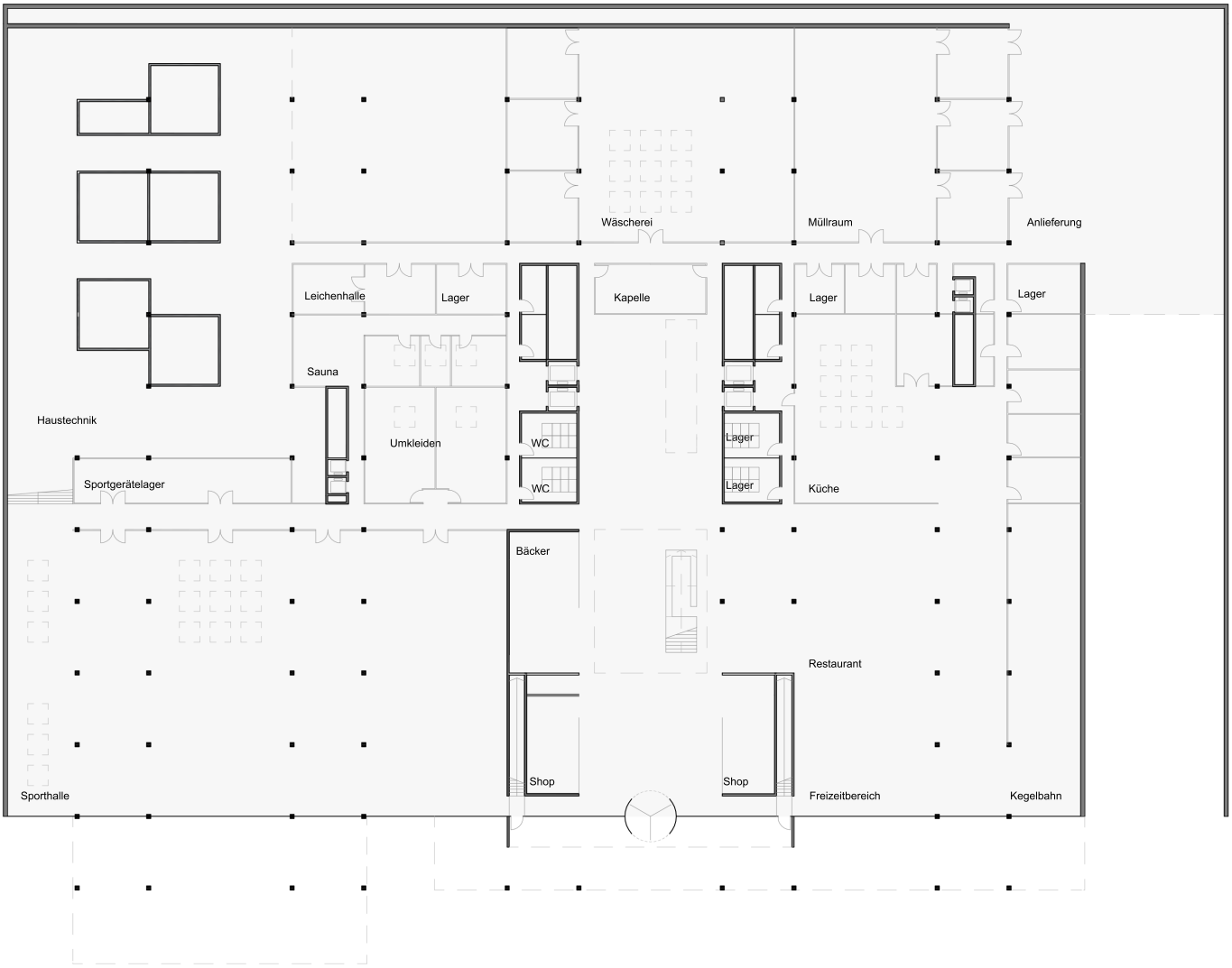

Wäscherei
Müllraum
Anlieferung
Leichenhalle
Lager
Kapelle
Lager
Lager
Sauna
Haustechnik
Umkleiden
WC
WC
Lager
Lager
Sportgerätelager
Küche
Bäcker
Restaurant
Shop
Shop
Sporthalle
Freizeitbereich
Kegelbahn

Abb. 12

1. OBERGESCHOSS

FOYER	Anmeldung Shop Bäckerei Café
TAGESZENTRUM	Umkleide &WCs Bibliothek Aktivitätsraum Spielzimmer
THERAPIE	Physiotherapie 8x E, 3x G Logopädie 3x E, 1x G Sozielarbeiter 3x E, 1xG Seelsorge 2x Ergotherapie Gemeinschaftsküche 3x Ergotherapie Werkstätte 3x Ergotherapie Therapiebad 2x
SCHWIMMHALLE	
ÄRZTEZENTRUM	Ärztezimmer Konsiliarärzte 4x Massageraum 4x Ärztliche Letung Gastroskopie Sonograpie Endoskopie Rektoskopie EKG Röntgen Katheter legen Blutdruck messen Labor
PERSONAL	Kantine Umkleiden Seminarräume Büros Lager

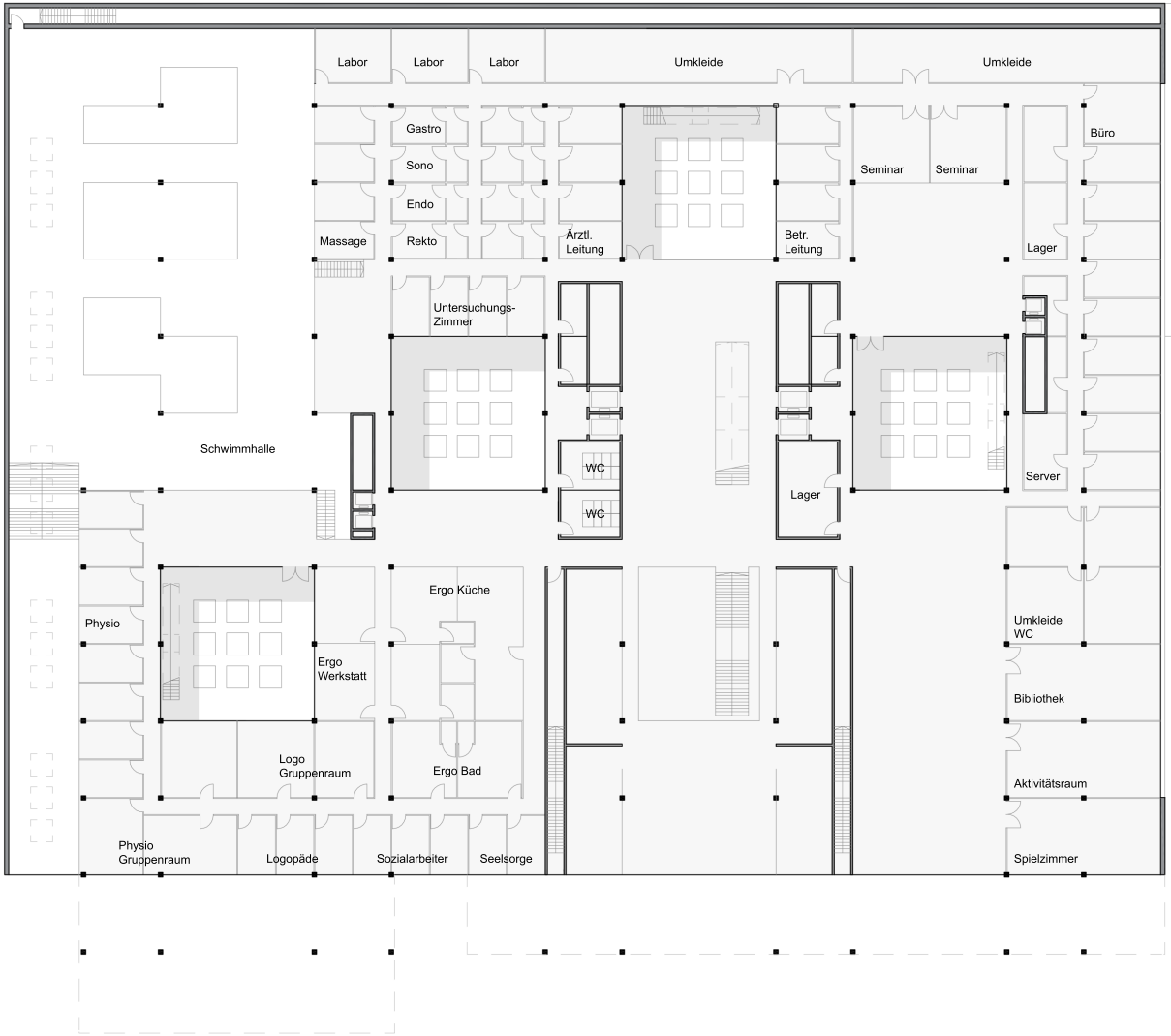

Labor
Labor
Labor
Umkleide
Umkleide
Gastro
Sono
Endo
Massage
Rekto
Ärztl.
Leitung
Betr.
Leitung
Seminar
Seminar
Büro
Lager
Untersuchungs-
Zimmer
Schwimmhalle
WC
WC
Lager
Server
Physio
Ergo Küche
Ergo
Werkstatt
Umkleide
WC
Bibliothek
Logo
Gruppenraum
Ergo Bad
Aktivitätsraum
Physio
Gruppenraum
Logopäde
Sozialarbeiter
Seelsorge
Spielzimmer

Abb. 13

2. OBERGESCHOSS

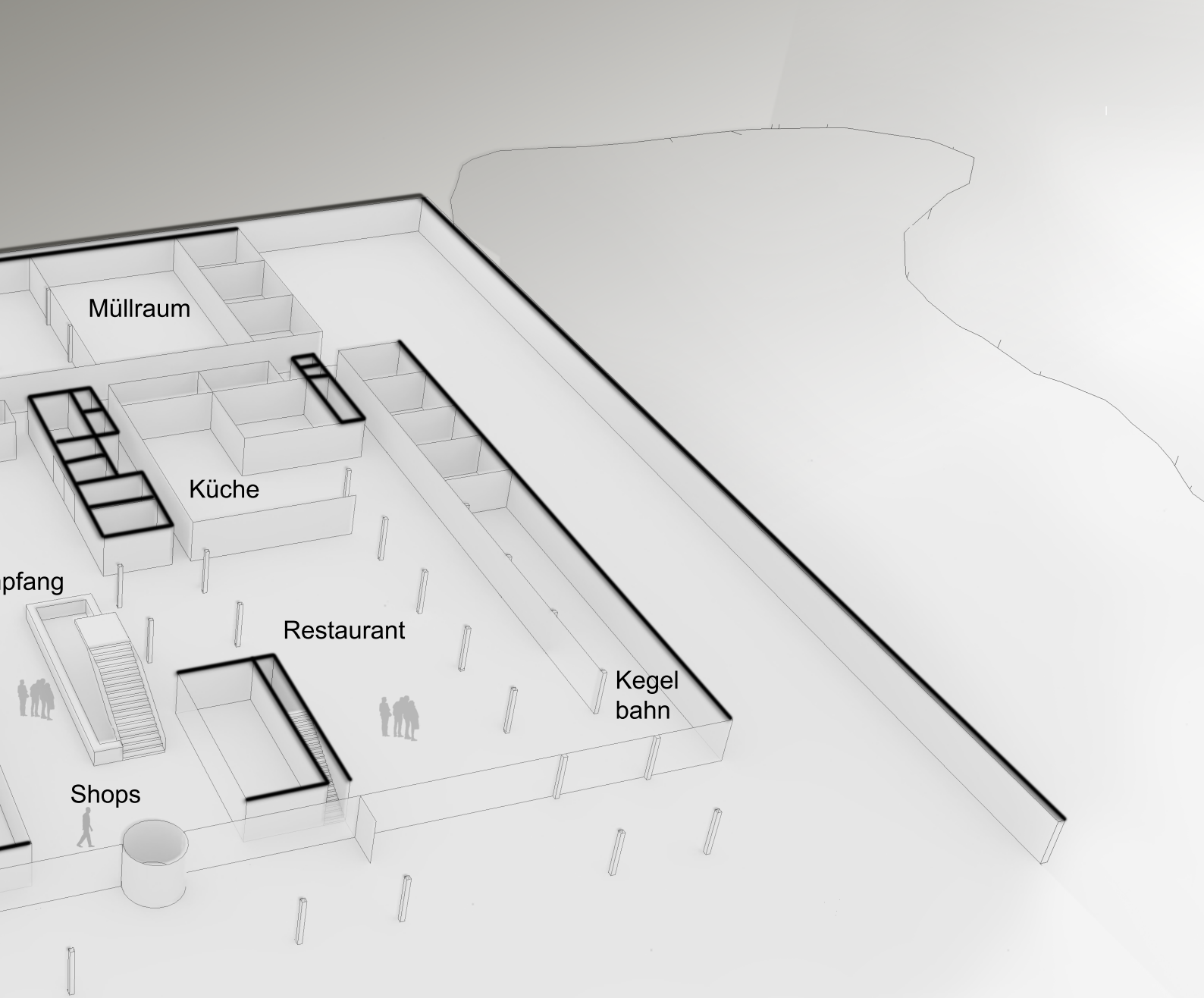
FOYER

5 STATIONEN	Doppelzimmer 12x Einzelzimmer 3x Gemeinschaftsraum Lager
TAGESZENTRUM	Schwesternstützpunkt Mitarbeiterbüros Lager WCs Aufenthaltsraum Patienten Ergotherapie Werkstätte Aufzüge

Abb. 14

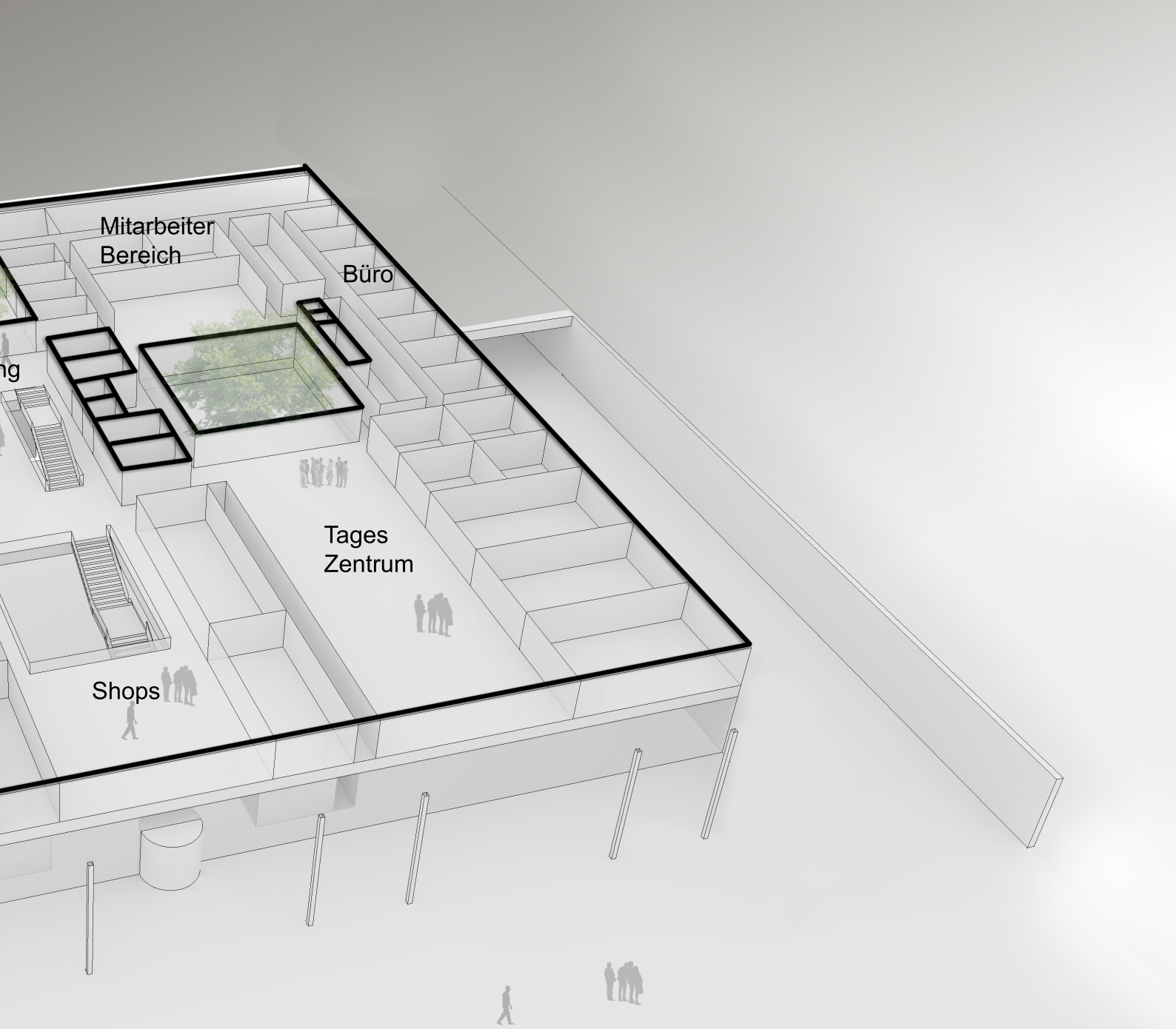
Haus
technik
Wäscherei
Kapelle
Sauna
Umkleide
Pool
technik
Em
Sport
halle

Abb. 15


Müllraum
Küche
pfang
Restaurant
Kegel
bahn
Shops

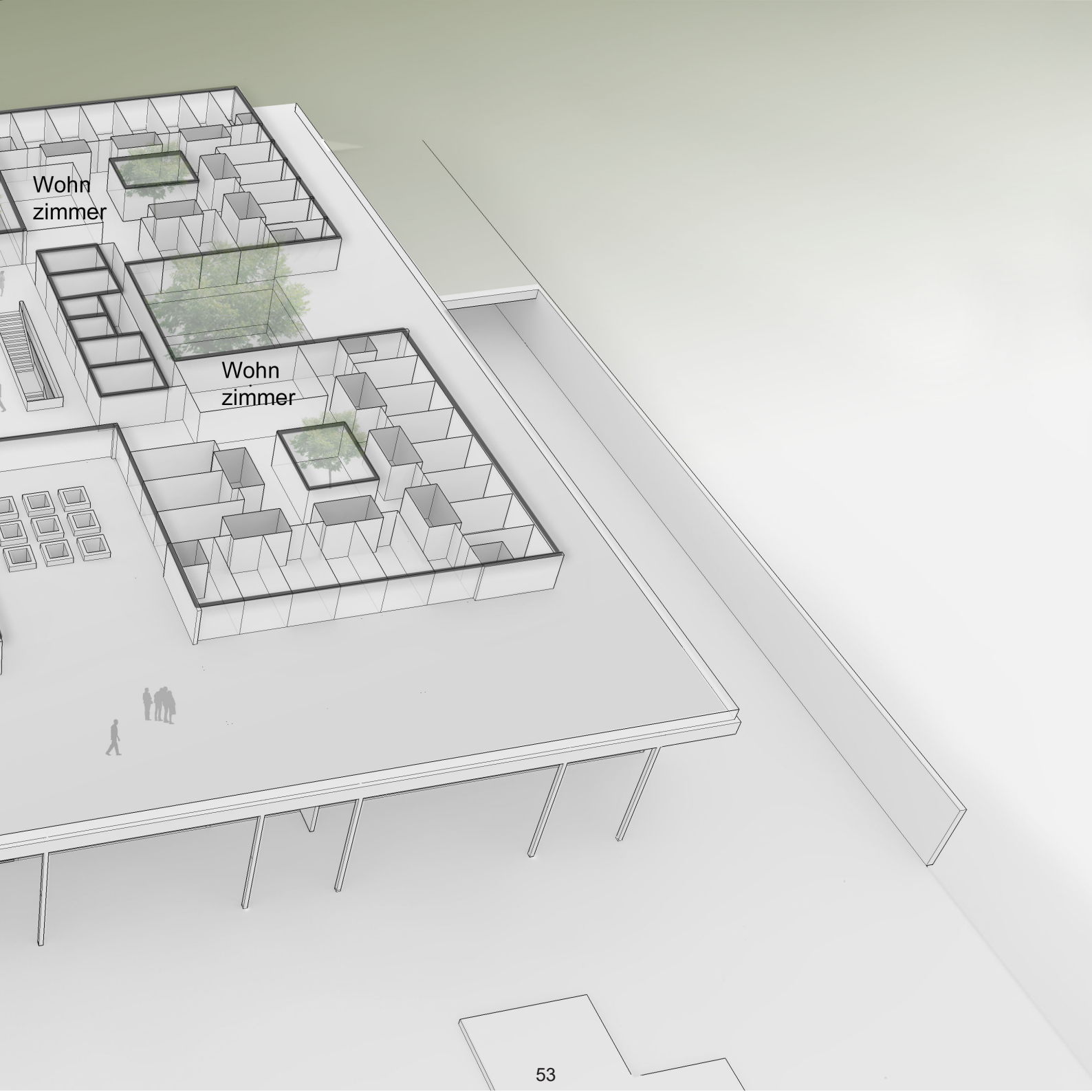
Labor
Diagnostik
Massage
Empfar
Schwimm
bad
Ergo
therapie
Seel
Sorge
Physio
therapie
Logo
pädie
Sozial
arbeiter

Abb. 16


Mitarbeiter
Bereich
Büro
ng
Tages
Zentrum
Shops

Wohn
zimmer
Wasch
raum
Wohn
zimmer
Leitstelle
Werk
statt
Büros
Tages
raum
Wohn
zimmer

Abb. 17


Wohn
zimmer
Wohn
zimmer

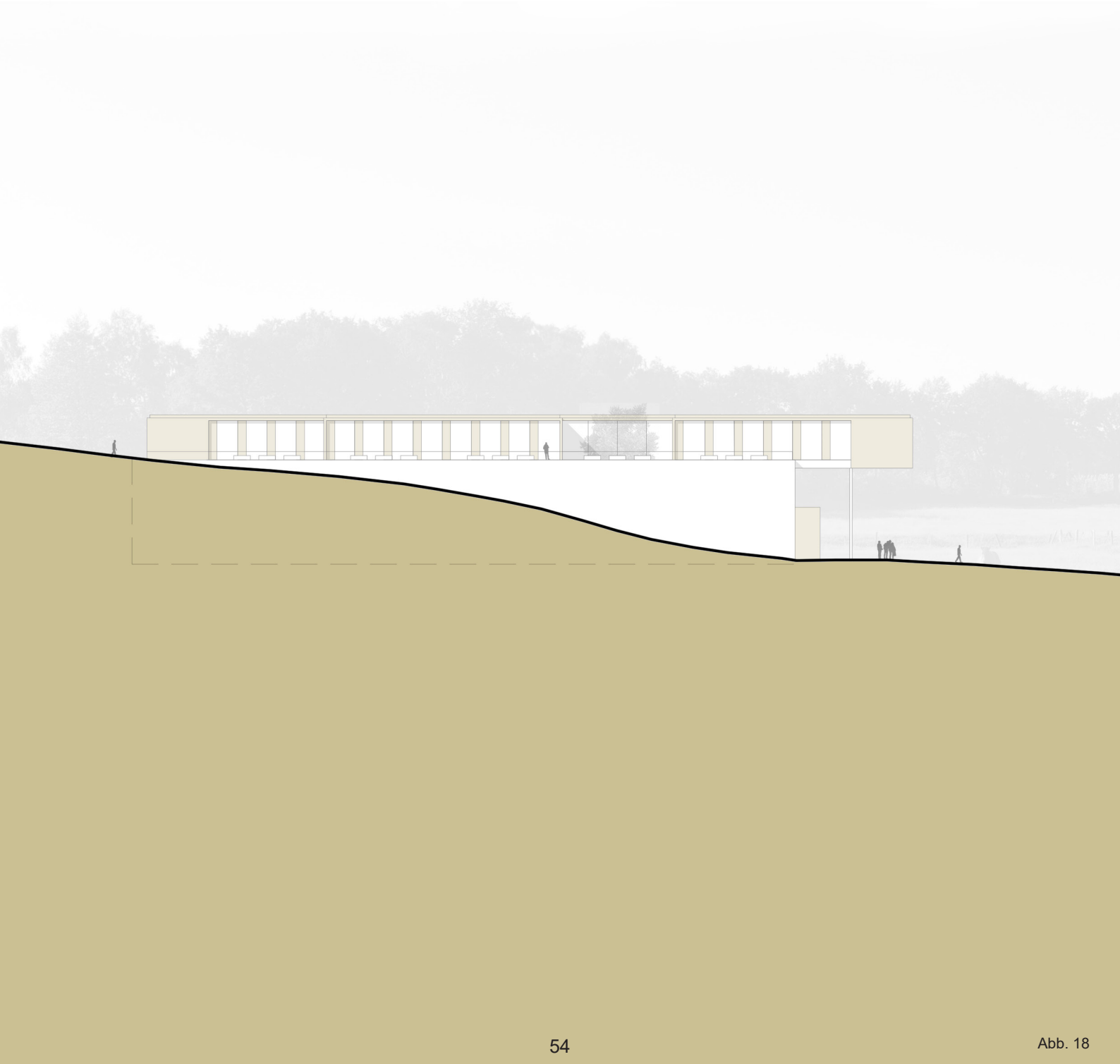


Abb. 18

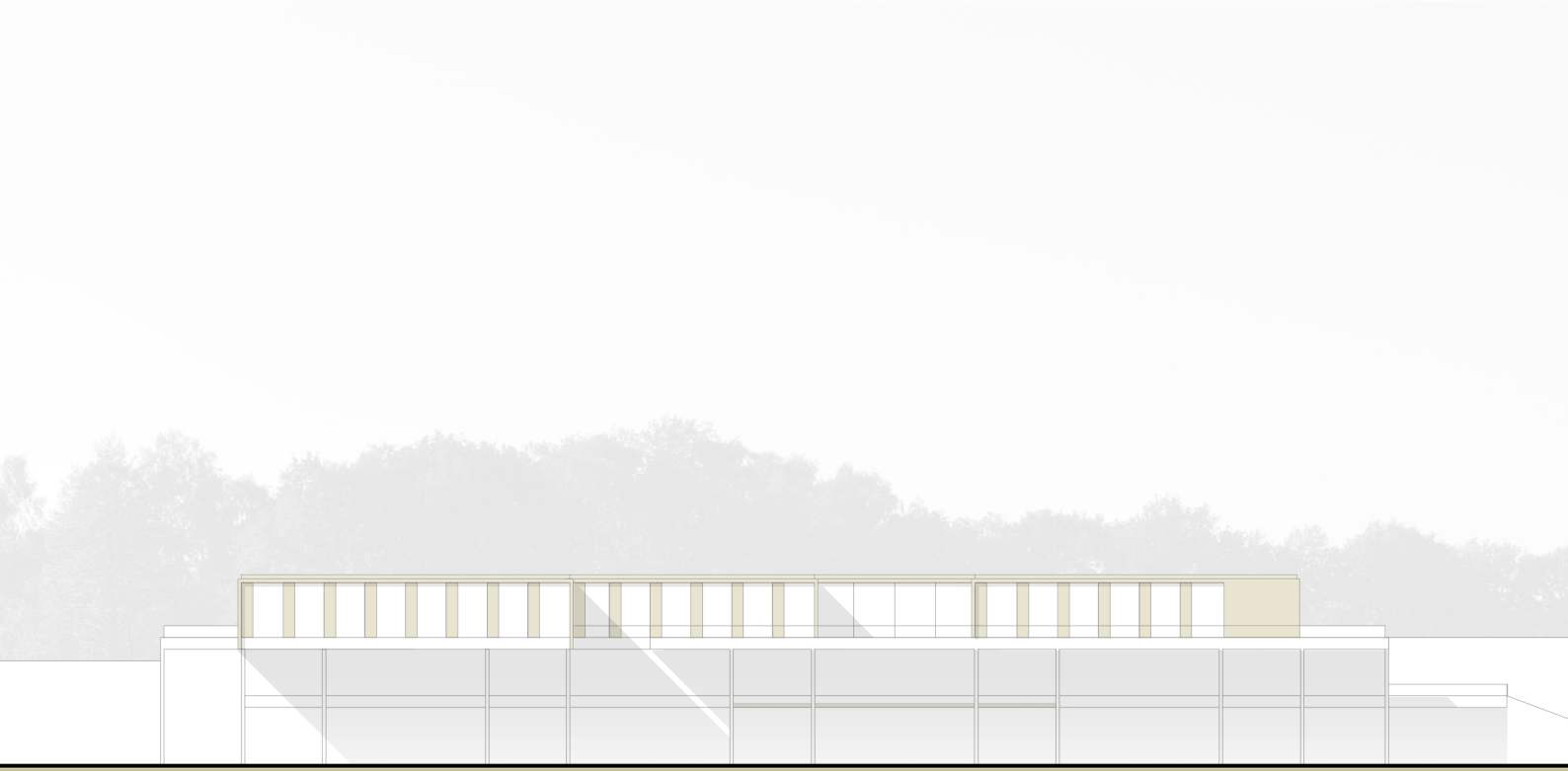


Abb. 19

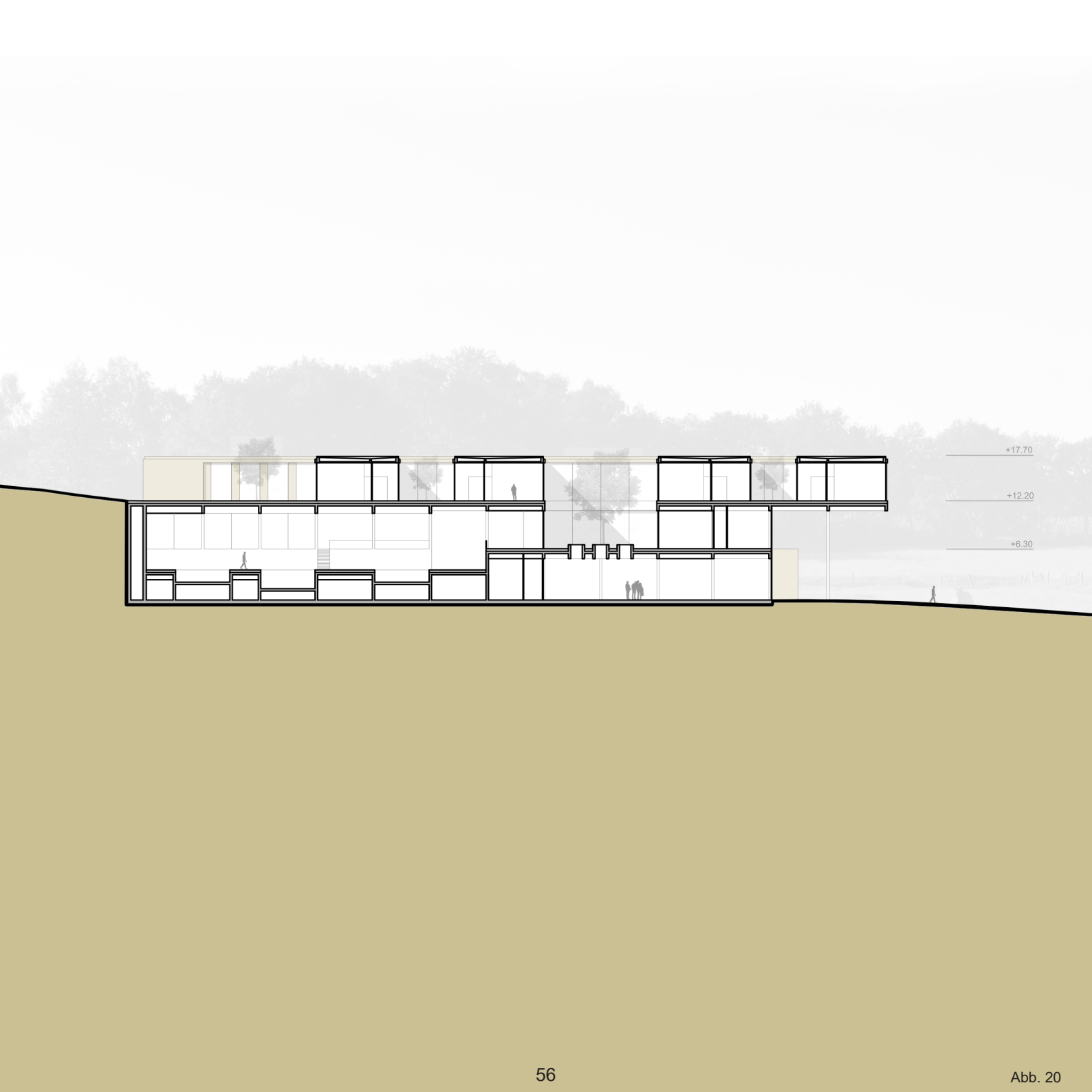


Abb. 20

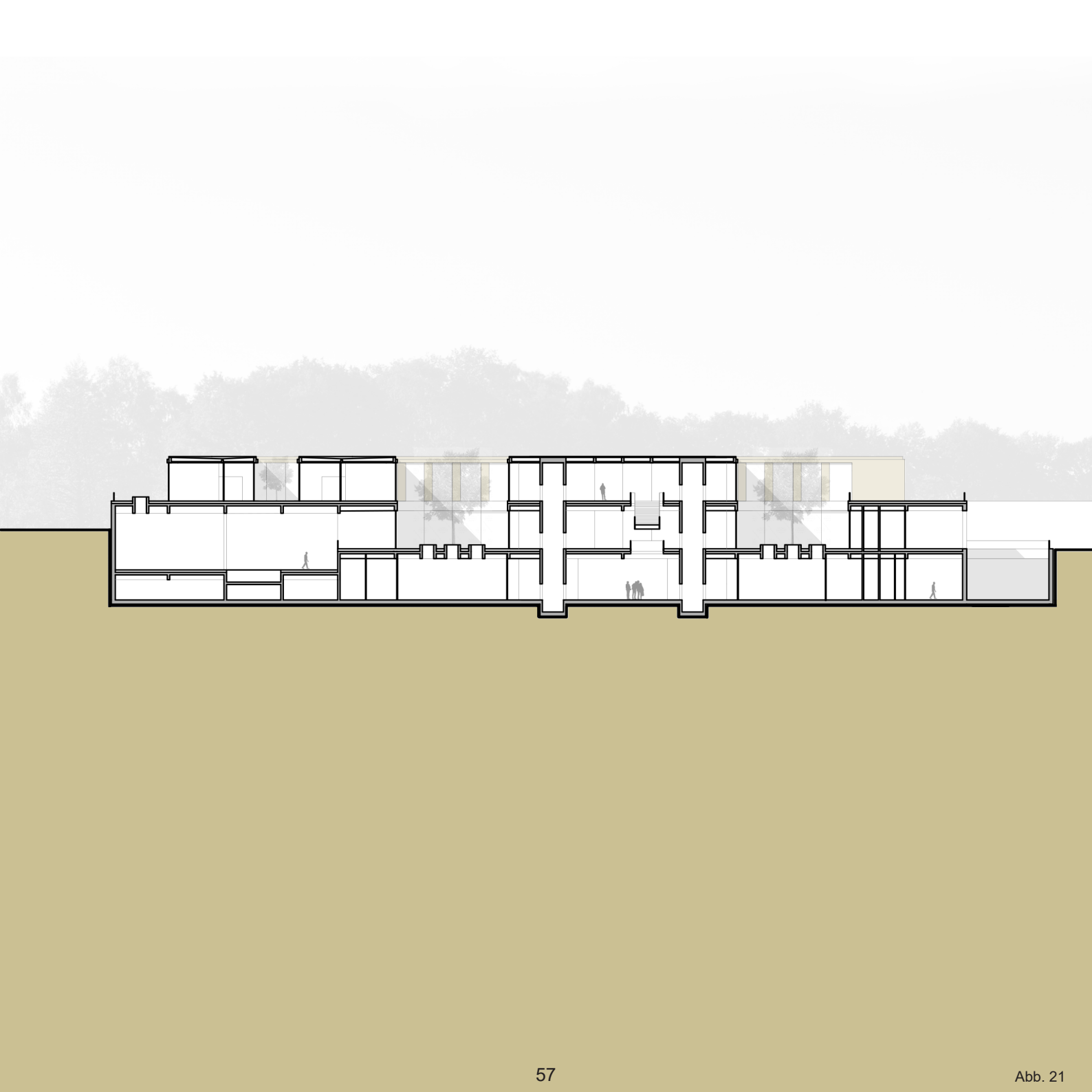


Abb. 21

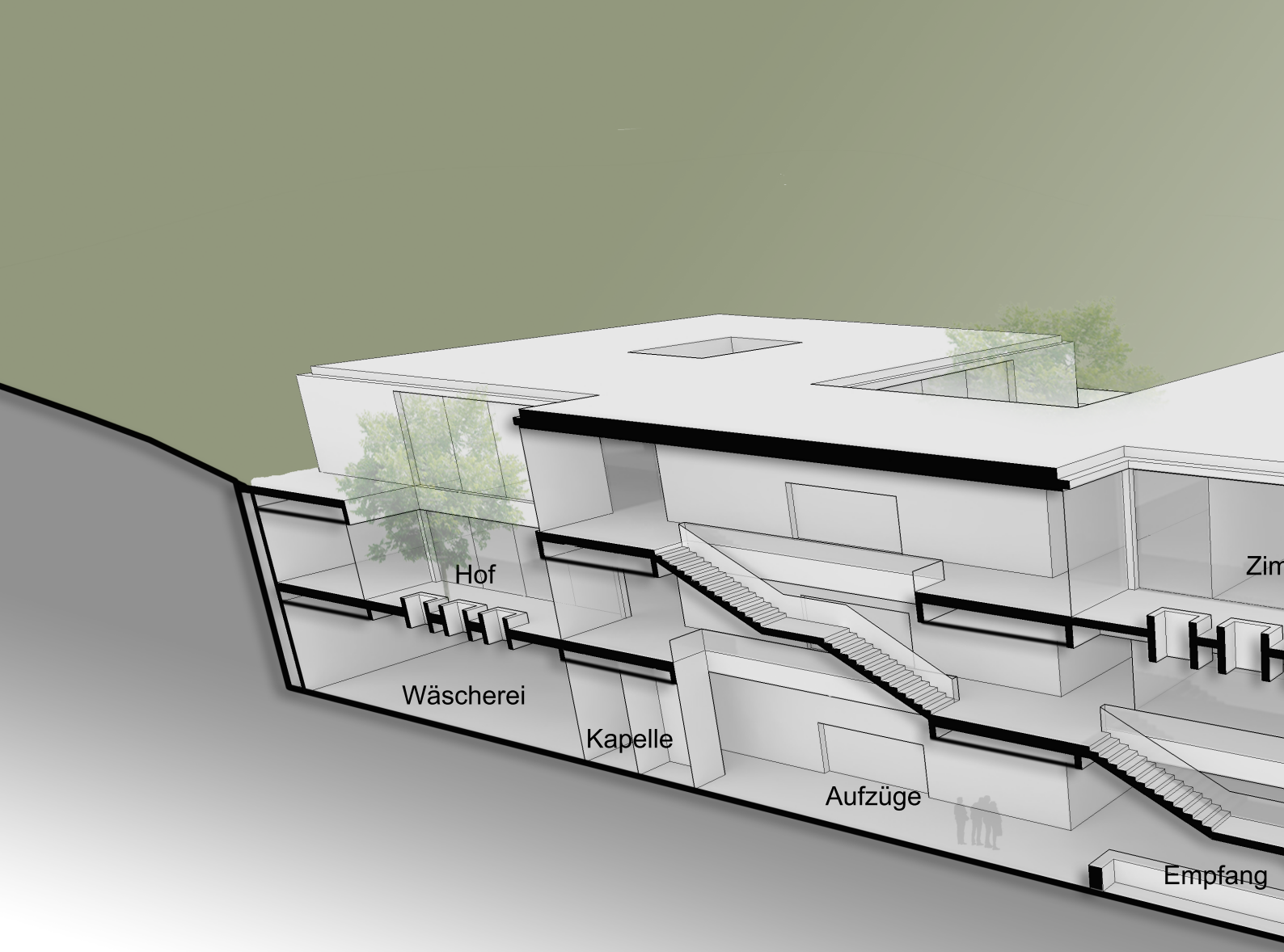
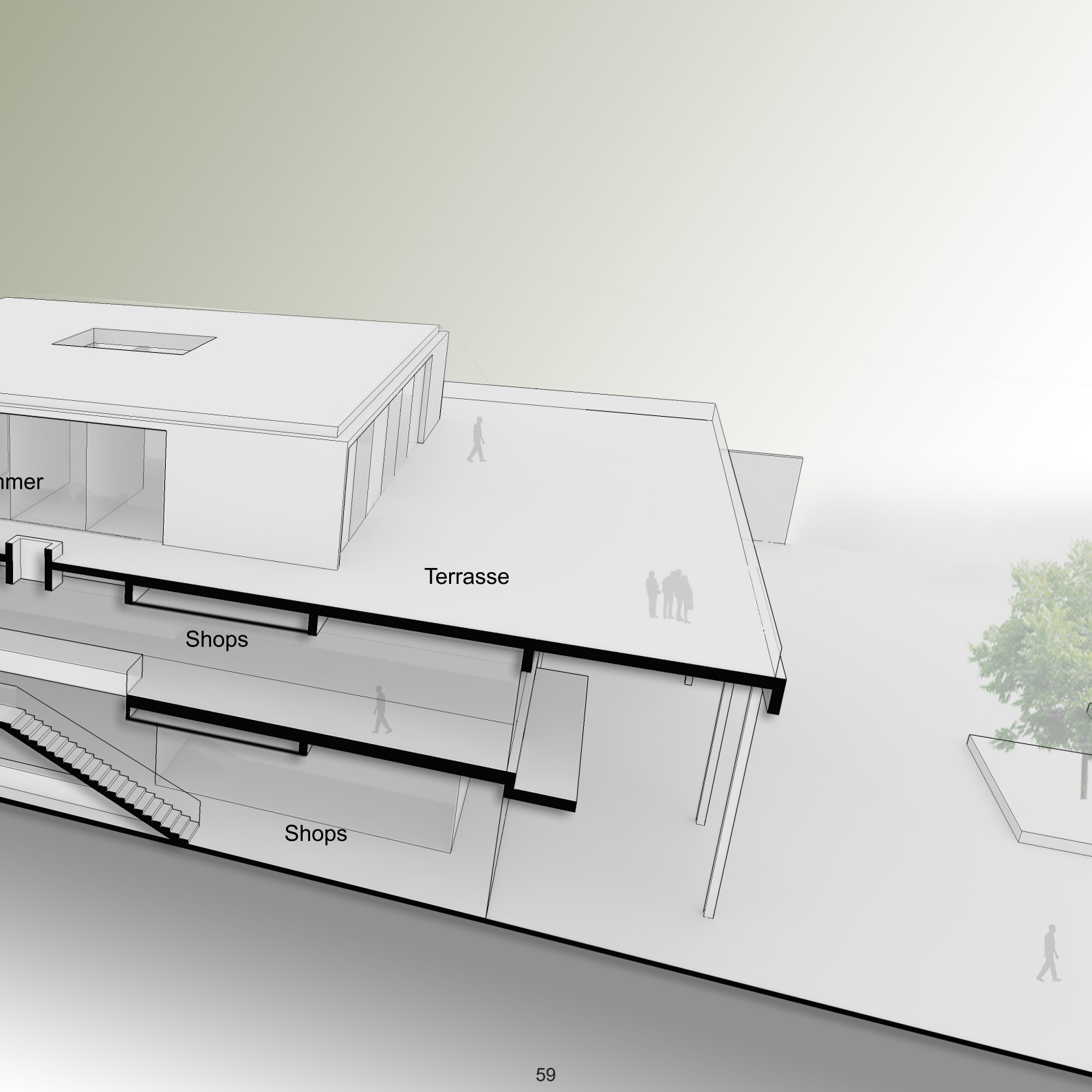


Abb. 22


mmer
Terrasse
Shops
Shops

DER INNENRAUM

FOYER
STATION
ZIMMER

Abb. 23

sho

DAS FOYER

Das Herzstück des Gebäudes ist sicherlich das dreigeschossige Foyer. Dieses dient als Hauptverteiler im ganzen Gebäude, der in der Krankenhausarchitektur wiederkehrende, Begriff der Magistrale ist hier aufs Foyer anzuwenden. Hier befindet sich die hauptsächliche vertikale Verteilung im Gebäude, durch 4 Aufzüge und die große Treppe kann eine große Zahl an Personen befördert werden. Die Aufzüge sind von beiden Seiten erschlossen, somit dienen sie auch der internen Erschließung fürs Personal, das über die Rückseite, fern vom Patienten, Versorgugstätigkeiten erledigen kann. Der Besucher wird gleich nach dem Eingang an der Information abgefangen und bekommt die erste Auskunft und Orientierung im Gebäude. Zur Erstaufnahme wird man direkt zur Patienten-Aufnahme im ersten Obergeschoss weitergeleitet, Angehörige finden gleich hinter der Information Besucherbereiche, und Tagesgäste werden ins Tageszentrum im ersten Obergeschoss geleitet.

Generell funktioniert die Wegeführung im Foyer so, dass man dem Licht entgegen geht, je tiefer man in die Funktionen des Gebäudes vordringt, desto heller wird der Bereich. Dieser Effekt wird durch die Oberlichten und die Verglasungen an beiden Enden des Foyers erreicht.

Im Südteil, gegenüber des Eingangs liegt in den beiden oberen Geschoßen ein Patio, der das Ende des Foyers und des öffentlichen Bereichs darstellt.
Im Erdgeschoss liegen, angrenzend an das Foyer das Restaurant, der Sport- und Wellnessbereich, die Kapelle sowie Flächen für Gastronomie und Geschäfte.

Im ersten Obergeschoss befindet sich die Patientenaufnahme, neben den Personalbüros, die Therapiestation mit Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie, das Ärztezentrum mit Diagnostik und Untersuchungsäumen, das Tageszentrum für Tagesgäste sowie weitere Geschäftsflächen.

Im zweiten Obergeschoss stellt das Foyer den wichtigsten Verteiler zwischen den Bettenstationen und dem zentralen Pfleger-stützpunkt mit Tageszentrum dar.

Die interne Erschließung fürs Personal wird, in allen Geschossen, neben dem Foyer, beid-seitig hinter den Aufzugskernen, geführt, um eine Überschneidung der Wege mit denen der Patienten zu verhindern.

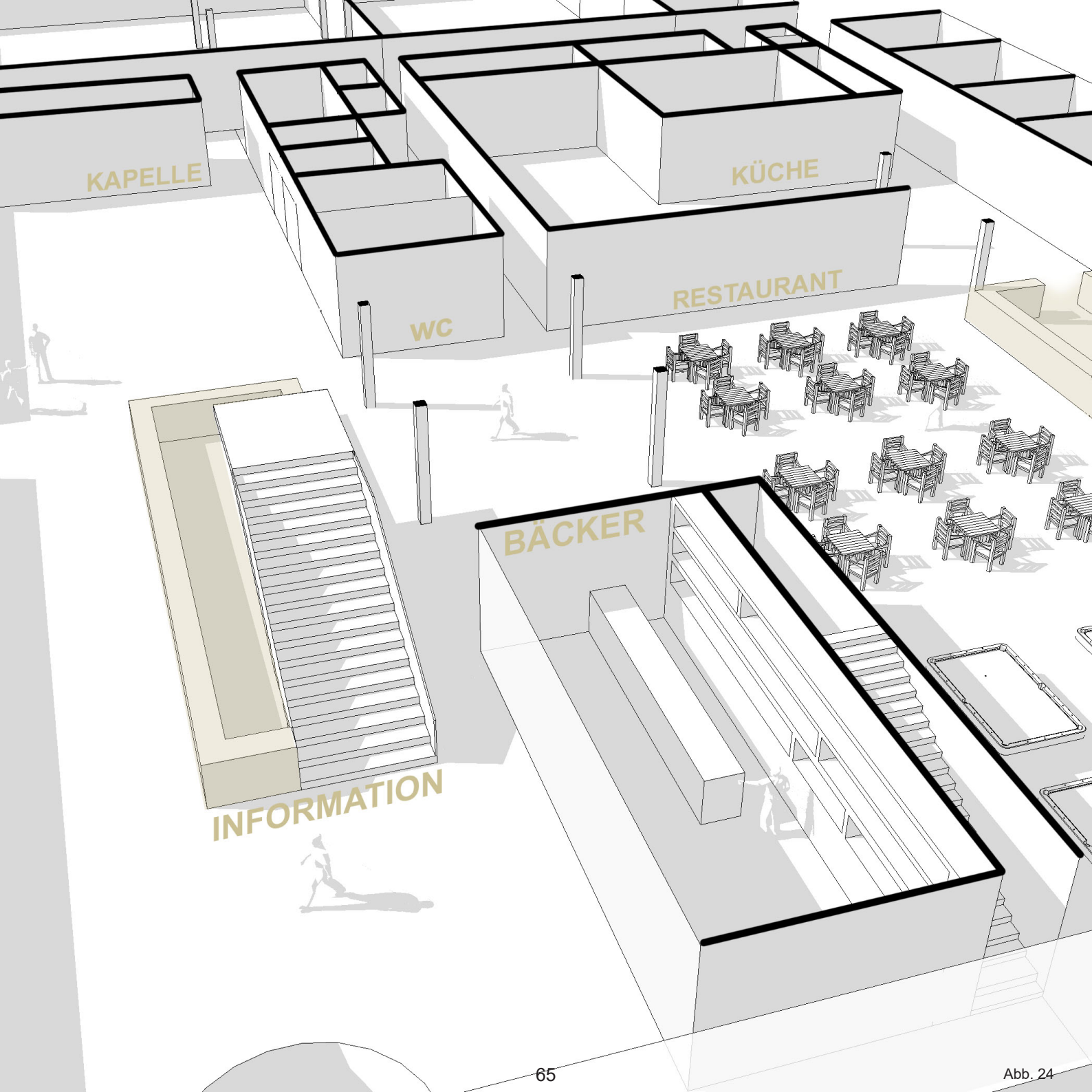


Abb. 24

Abb. 25

6

DIE STATIONEN

Da die Patienten in einer Remobilisationsklinik einen überdurchschnittlichen Behinderungsgrad aufweisen (bis zu 60% im Rollstuhl) und die Aufenthaltsdauer im Vergleich zu normalen Krankenhäusern weit höher ist, sind die Bettenstationen 20-25% größer geplant als in einem durchschnittlichen Krankenhaus. Diese zusätzliche Größe ermöglicht, dass Patienten direkt auf der Station gepflegt werden können und die Gemeinschaftsbereiche für soziale Aktivitäten größer dimensioniert sind.

In der Mitte jeder Station liegt ein Patio mit einem Baum, der Bezug zur Außenwelt und der Natur herstellt, und je nach Jahreszeit wechselnder einheimischer Bepflanzung.
Hier können die Patienten den Wechsel der Jahreszeiten beobachten, sich an der Blütenpracht oder dem Schnee erfreuen.

Materialität

Die raumblidenden Wände der Bäder werden mit der selben Lärchen-Schalung verkleidet wie die Außenwände im 2. Obergeschoss.
Die Fußbödenoberfläche wird durchgehend in Naturstein ausgeführt. Diese Oberfläche ist einerseits beständig, dauerhaft, rutschfest und leicht abwaschbar, andererseits hochwertig und das Wohlbefinden fördernd.

Die Wände zwischen den Nasszellen zu den Zimmern werden aus opakem Weißglas ausgeführt, um durch Sichtbarkeit der Zimmerbeleuchtung in der Station eine lebendige Atmosphäre zu generieren und dem Pflegepersonal eine gewisse Übersicht über die Patienten zu ermöglichen.
Im Inneren der Zimmer dient die Weißglasoberfläche dazu, den Patienten das Gefühl der Isolation, bei bestehender Privatheit, zu nehmen.

Die Wände zu den jeweiligen Gruppenräumen sind vollflächig verglast, um eine gute Einsehbarkeit zu gewährleisten, was dazu dient, dass diese Räume mehr frequentiert werden.
In diesen Gruppenräumen befindet sich, neben Platz für Freizentaktivitäten, eine Kochmöglichkeit, wo Patienten die Möglichkeit haben, betreut durch Pflegepersonal, eine gewisse Eigenständigkeit beizubehalten, und diese auch zu fördern.

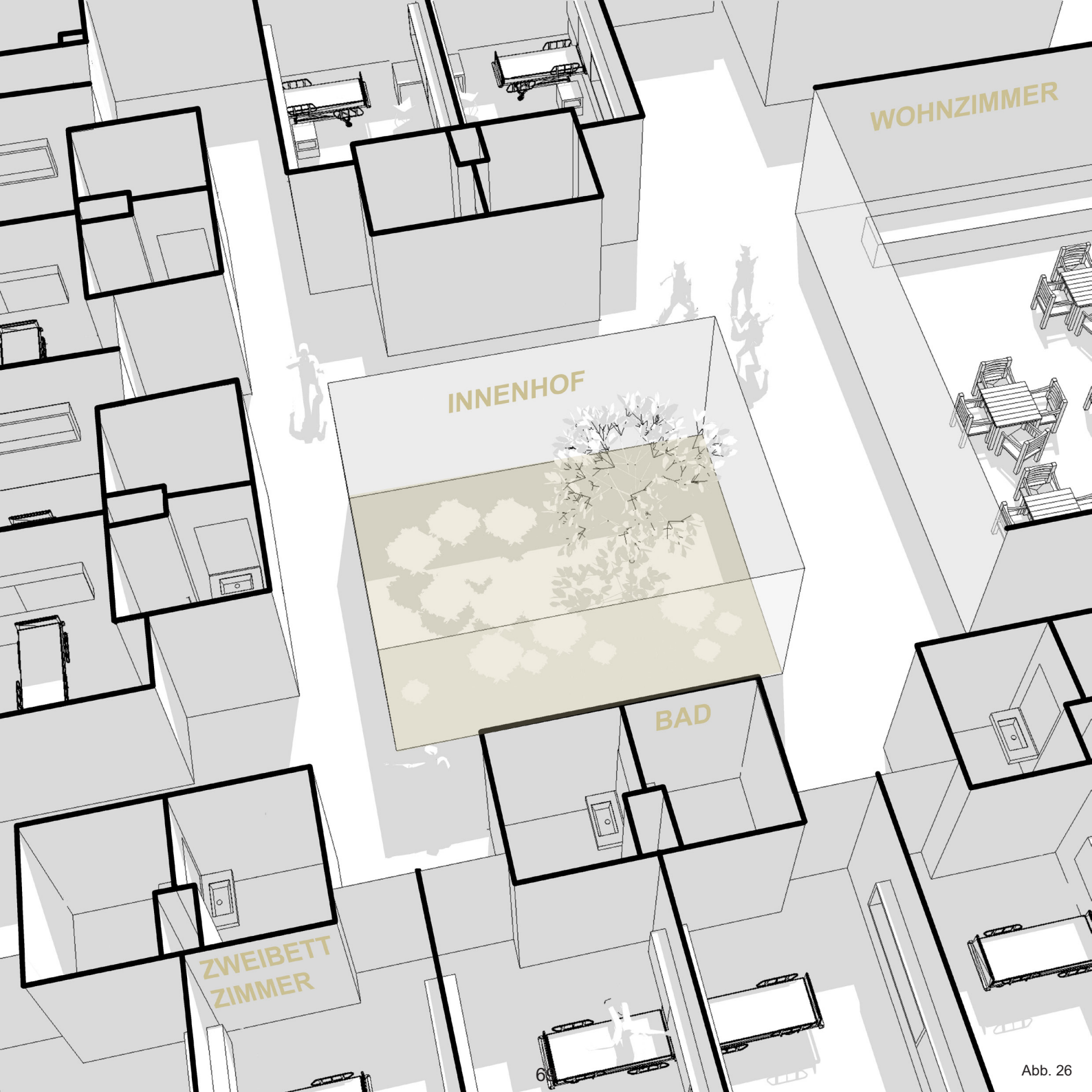


Abb. 26

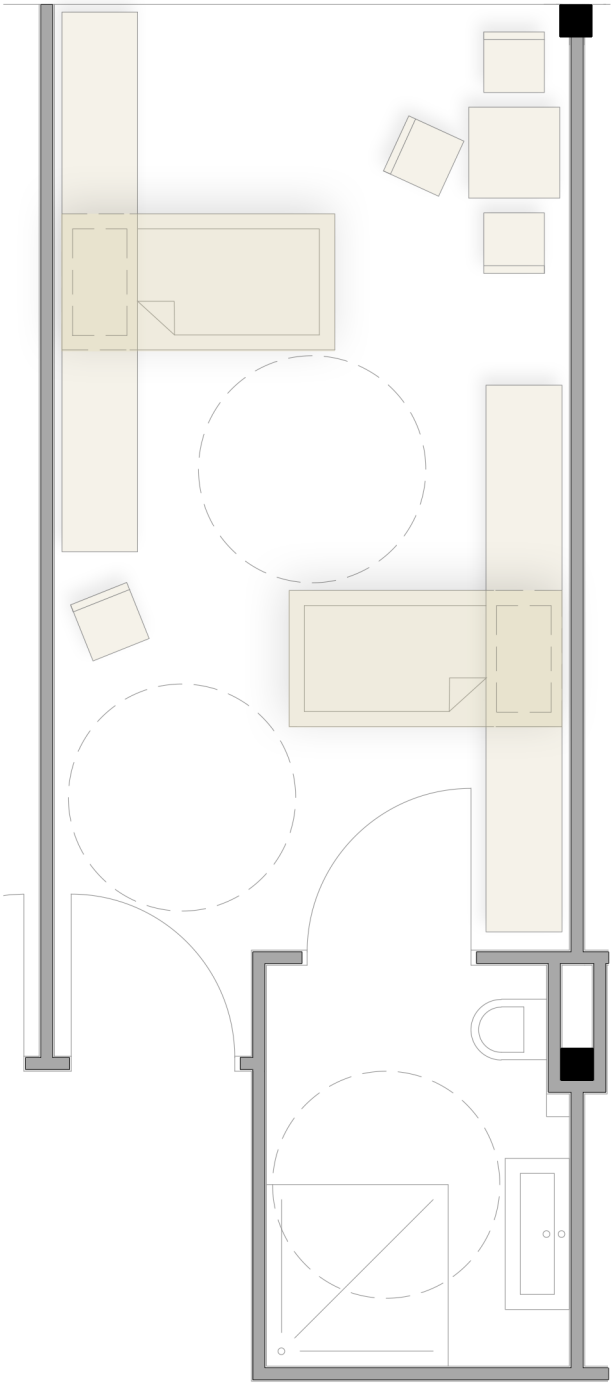


Abb. 27

Abb. 28

DIE ZIMMER

Bei den Zimmern ist besonders auf eine behindertengerechte Ausstattung und eine angenehme wohnliche Atmosphäre, trotz der obligatorischen medizinischen Utensilien zu achten. Jeder Patient verfügt über eine Wohnwand, die selbst zu gestalten ist, in der er seine persönlichen Gegenstände aufbewahren kann und genügend Stauraum zu Verfügung hat. Die Betten sind auf Rollen, haben eine elektrische Fernbedienung, um sie aufzurichten, und die Höhe zu verstellen und zu-klappbare Bettgitter, um ein Hinunterfallen zu verhindern.

In den Zweibettzimmern sind die Betten zueinander gedreht, jeweils an den gegenüber liegenden Wänden situiert, um die Kommunikation zwischen den Patienten, und somit das generelle Wohlbefinden zu fördern. Weiters ist es so möglich, jeden Schlafplatz gezielt mit Unterhaltungselektronik zu versorgen, was bei längeren Aufenthalten ein nicht zu unterschätzender Vorteil für die Patienten ist und Konflikte vorbeugt. Jeder Schlafplatz verfügt über einen Anschluss für Fernsehen, Telefon und Radio sowie einen Sauerstoffanschluss und eine Schwesternrufanlage.

Anschließend an die Wohnwand gibt es einen Platz für Besucher, was besonders bei bettlägrigen Patienten wichtig ist.

Die Badezimmer sind behindertengerecht ausgeführt, mit rutschhemmendem Bodenbelag, schwellenlosen Duschen mit einer Sitzmöglichkeit mit Haltegriffen, einem behindertengerechtem WC und einem unterfahrbarem Waschbecken mit tief angebrachtem Spiegel für sitzende Patienten.

Bei der Gestaltung der Zimmer wird die selbe Formensprache verwendet wie im restlichen Gebäude, die klaren Formen wiederholen sich, sowie der Materialwechsel Holz - Putz.

Grundsätzlich werden die Zimmer über den Schacht im Bad be- und entlüftet, zusätzlich kann über ein öffenbares Element in der Fassade Raumtemparatur und Luftfeuchtigkeit manuell geregelt werden. In den Zimmern mit Zugang zur Terrasse dient dieses öffenbare Holzelement als direkter Zugang zur Terrasse. Die restlichen Zimmer, bei denen dieser direkte Zugang baulich nicht möglich ist, haben den Zugang zu den Terrassen innerhalb ihrer eigenen Station.

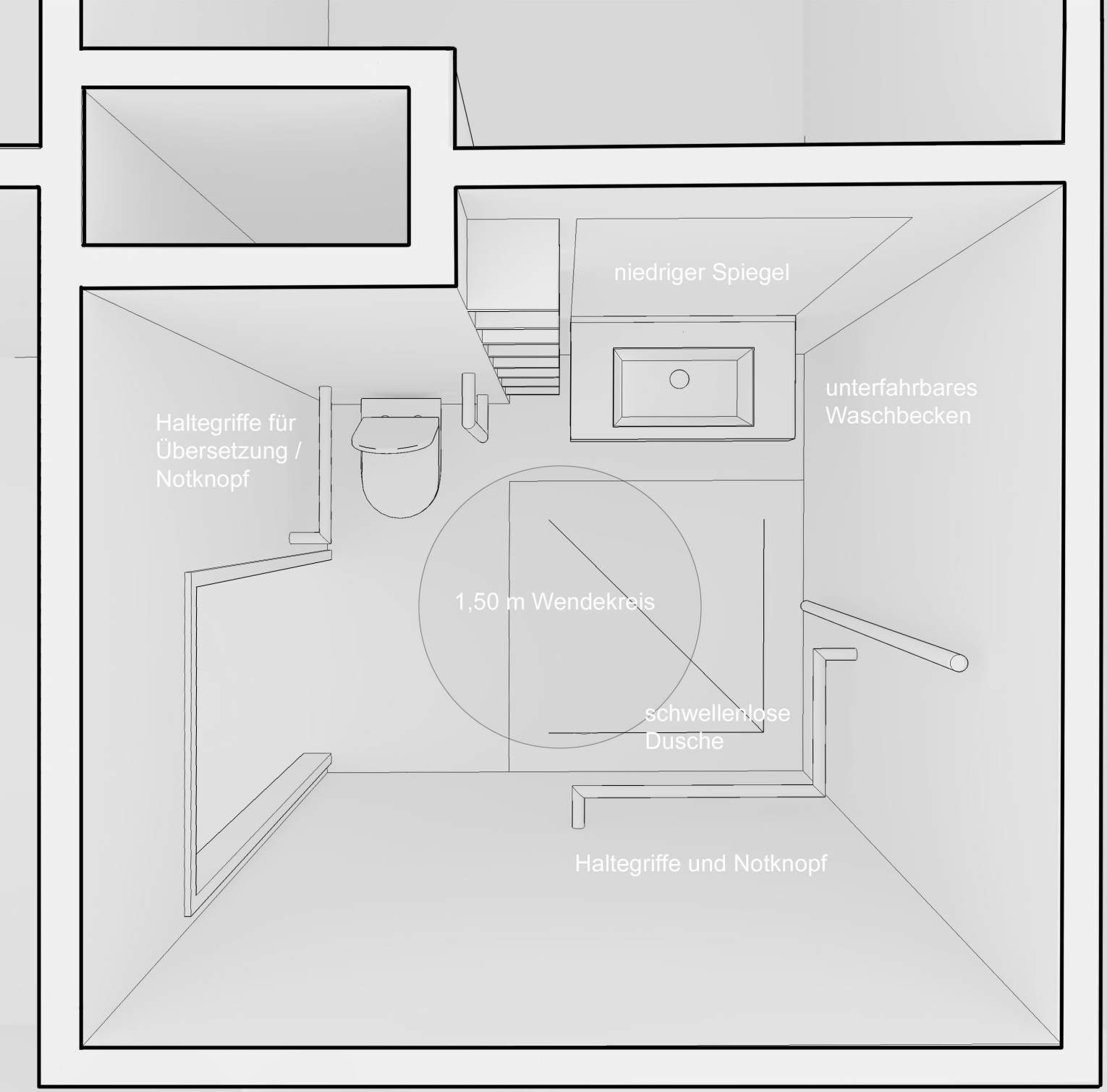
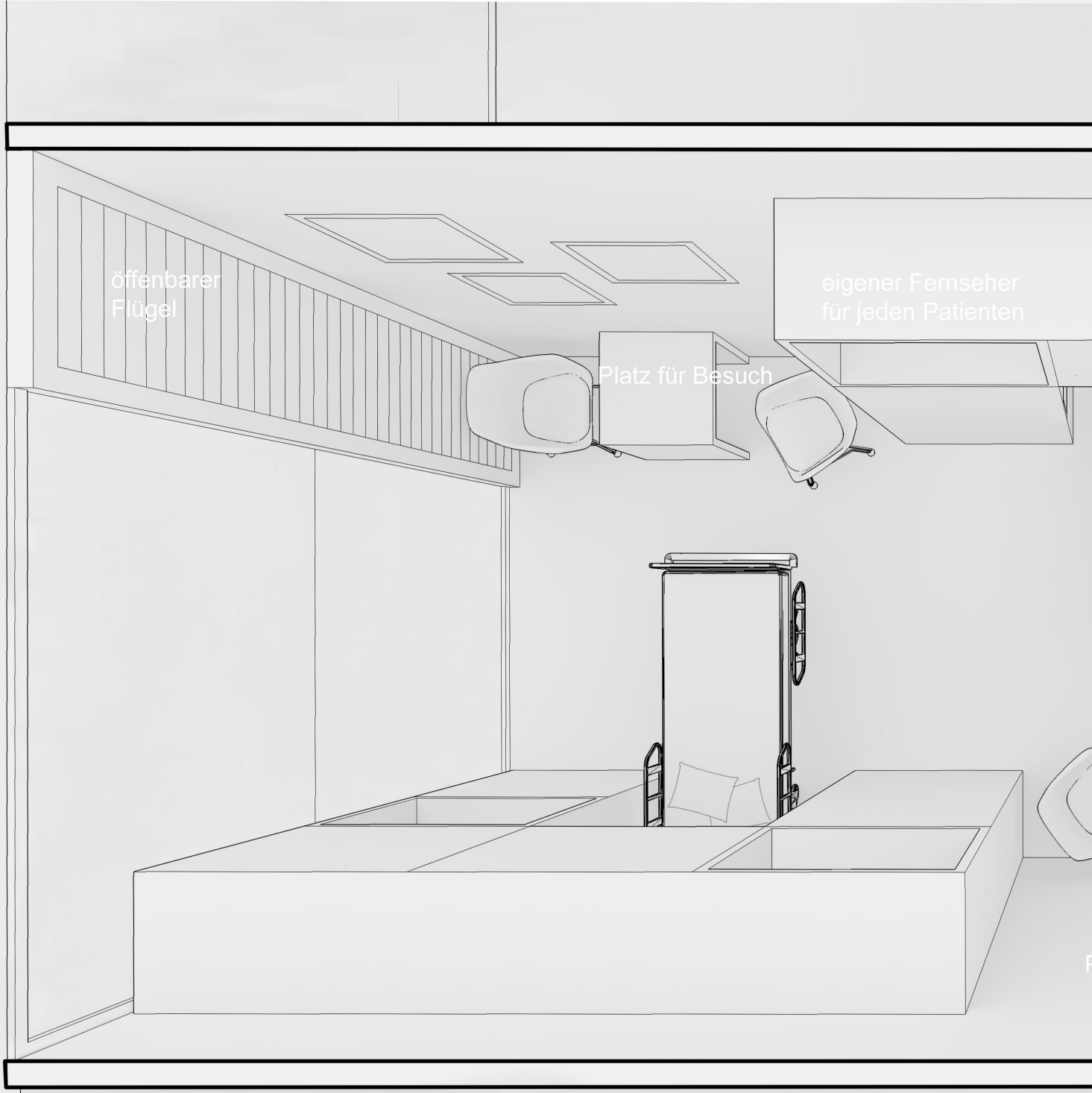

niedriger Spiegel
unterfahrbares
Waschbecken
Haltegriffe für
Übersetzung /
Notknopf
1,50 m Wendekreis
schwellenlose
Dusche
Haltegriffe und Notknopf

Abb. 29


öffenbarer
Flügel
eigener Fernseher
für jeden Patienten
Platz für Besuch

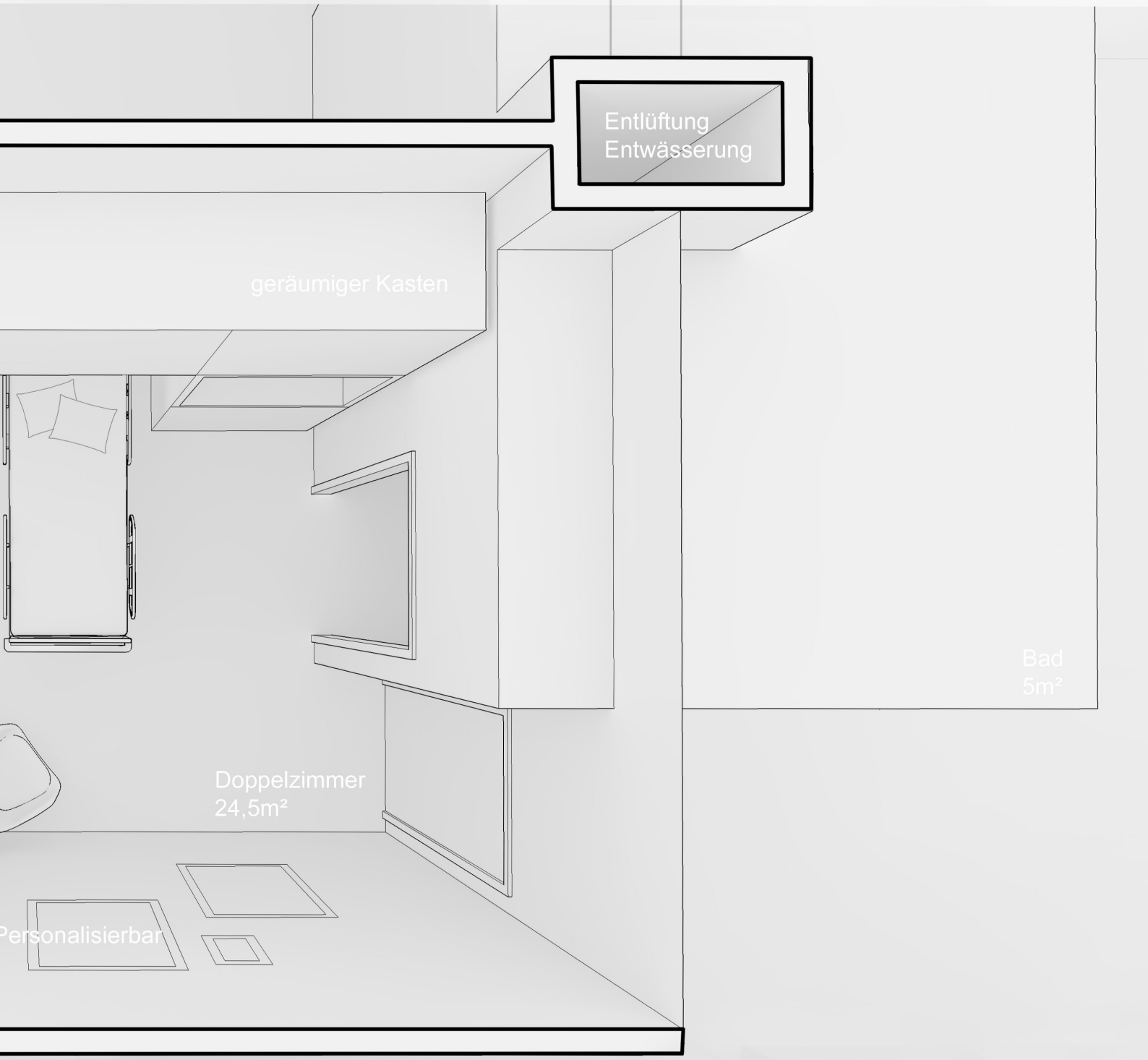

Entlüftung
Entwässerung
geräumiger Kasten
Bad
5m²
Doppelzimmer
24,5m²
Personalisierbar

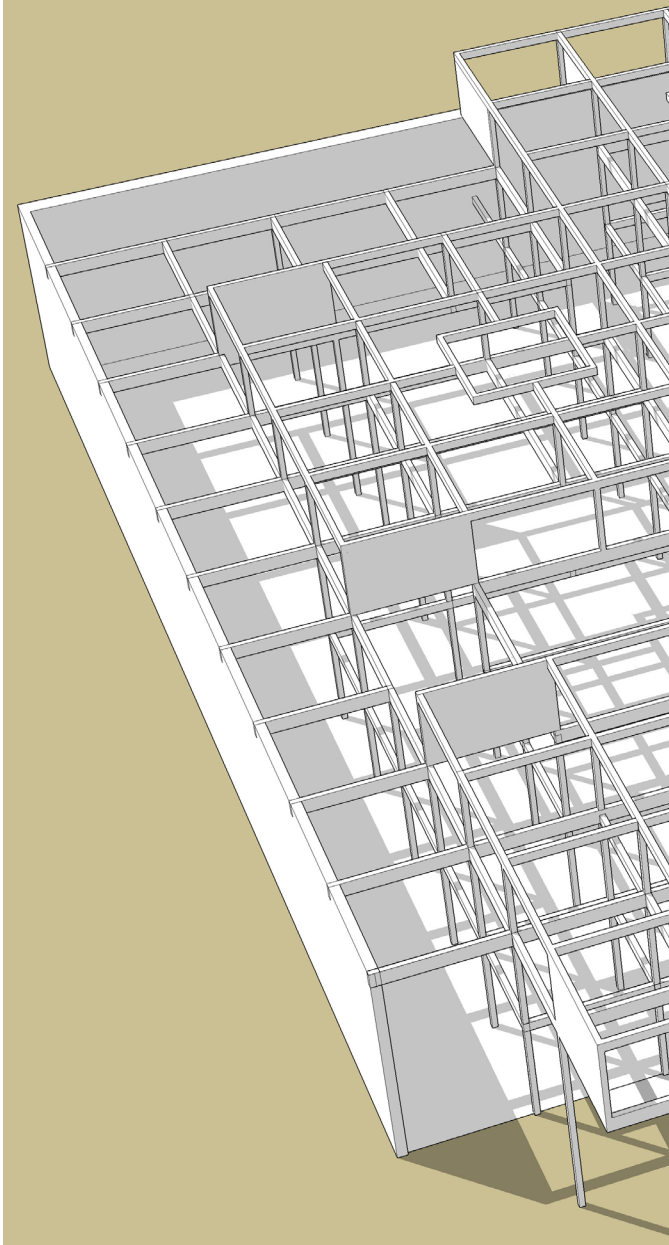
Abb. 30

DIE KONSTRUKTION

TRAGWERK
HAUSTECHNIK
DACH
AUSSENWAND
TERRASSE

KONSTRUKTION

Der Entwurf des Remobilisationszentrums wird von seinem 7x7 Meter Konstruktionsraster bestimmt. Dieses Maß entspricht der Länge eines Bettenzimmers, dessen doppelte Breite, der Größe der Untersuchungsräume in den unteren Geschoßen, sowie einer wirtschaftlichen Stützweite. Die Tragkonstruktion besteht in den unteren beiden Geschossen aus Stahlbeton, genauer aus 40x40cm STB Stützen, einem 50x40 cm STB Trägerrost und darauf einer 20cm STB Platte. Ausgesteift wird das Tragwerk durch die massiven Aussenwände aus 30cm Stahlbeton und den Kernen die Aufzüge, Haustechnikschächte WCs und Abstellräume beherrbergen. Außer diesen sind die Flächen bewusst flexibel hahalten und einfach adaptierbar. Die Stützen stehen in Zweierreihe, mit 7m Abstand zueinander, zwischen diesen Stützreihen ermöglicht ein 14 Meter Abstand größere stützfreie Räume. Dieses Raster aus Zweierreihen wird nur im Schwimmbad unterbrochen, hier wird auf eine Stützreihe verzichtet, die größeren Lasten werden durch verstärkte Deckenträger aufgenommen. Im 2. Obergeschoß beseht das Tragwerk aus KLH Wänden, einer 16cm KLH Deckenplatte sowie 35cm und 65cm BSH Trägern. Die Deckenplatte wird in das BSH Gerüst eingehängt, als Auflager dient hier ein 10x10cm Stahlwinkel. Gestützt wird das Dach des 2. OG durch 22cm BSH Stützen.



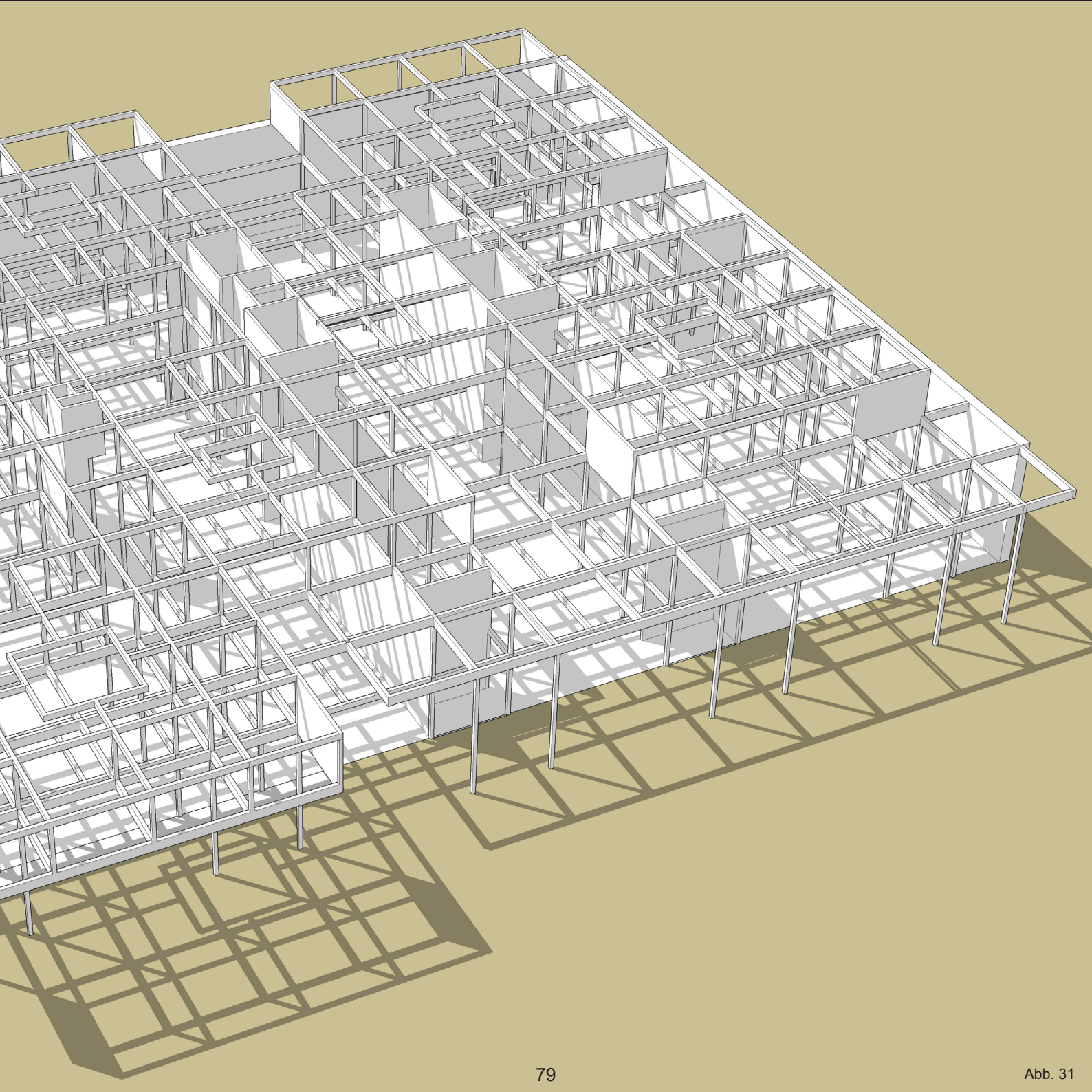


Abb. 31

HAUSTECHNIK

Aufgrund des hohen Bedarfs an Haustechnik in einer Gesundheitseinrichtung wurde beim Entwurf besonderer Wert auf die Versorgungskanäle gelegt. Das gesamte Gebäude ist konditioniert, die einzelnen Räume benötigen Zu- und Abluft, Heizung, Wasser, Abwasser, Strom sowie Sauerstoff. Diese Versorgung, plus die Dachentwässerung wird in einem Gitter aus Versorgungskanälen untergebracht. Die paarweise anordnung der Stützen ermöglicht es auf dieTräger dazwischen zu verzichten, hier laufen die Haustechnikkanäle zwischen den Unterzügen. Diese Variante wurde gegenüber einer abgehängten Decke bevorzugt weil es hiermit möglich ist, in großen Teilen des Gebäudes die Deckenkonstruktion sichtbar zu lassen. Die vertikale Versorgung erfolgt über Schächte in den Massiven Kernen sowie in Schächten in den Bädern der Bettenzimmer. Die Haustechnikzentrale befindet sich im Erdgeschoss, an der Rückseite des Gebäudes unter den Untersuchungsräumen und unter dem Schwimmbad. An- und Absaugung für die Lüftung ist über der Anlieferung so positioniert, dass sie kaum einsichtig und somit wenig störend wirkt.

In den Bettenzimmern kann zusätzlich zur mechanischen Lüftung und Heizung das Wohlbefinden durch öffenbare Fassadenelemente selbst geregelt werden.

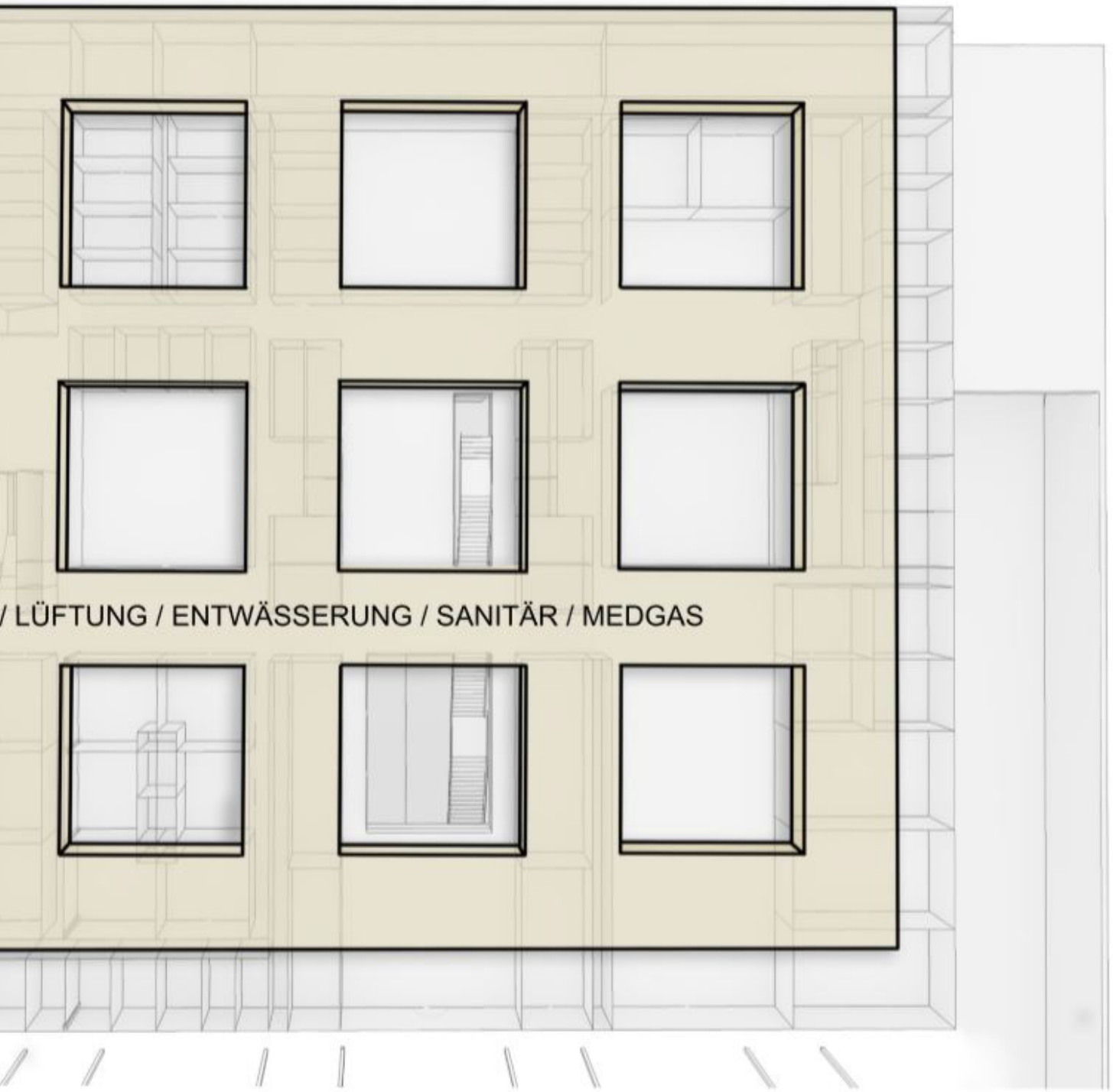
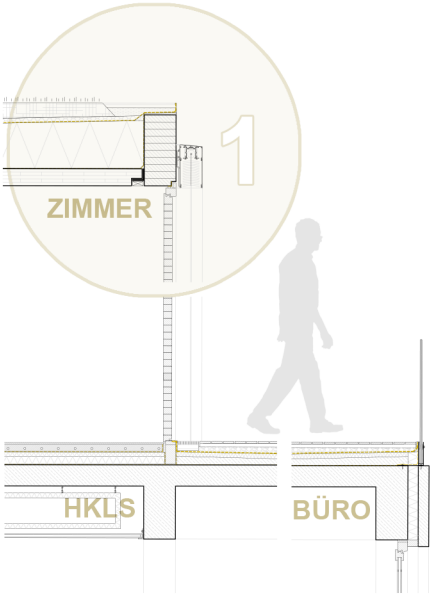


Abb. 32

DACH


1
ZIMMER
HKLS
BÜRO

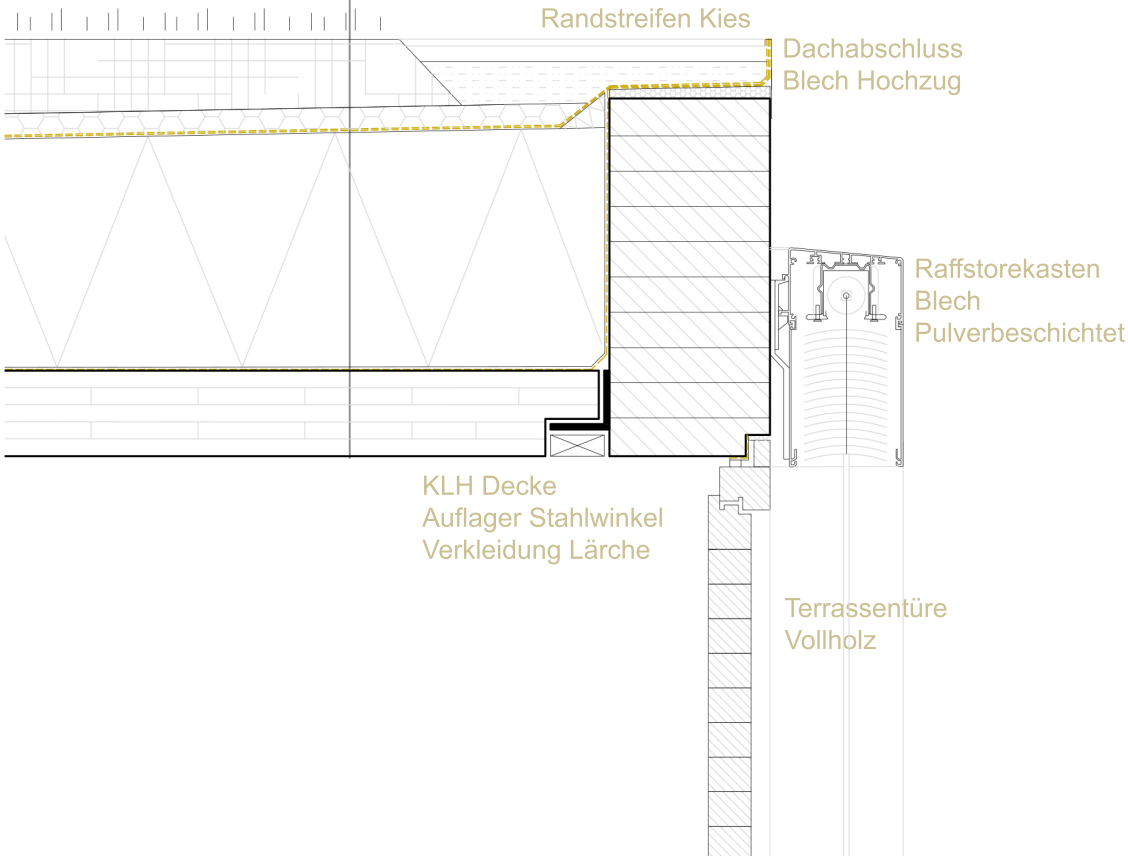

12-25 cm Vegetationsschicht
4 cm Drainschicht
0,3 cm Wurzelschutz
1 cm Abdichtung 2x
14-45 cm Wärmedämmmung
dazw. BSH Träger
0,2 cm Dampfsperre
10 cm KLH Decke
Randstreifen Kies
Dachabschluss
Blech Hochzug
Raffstorekasten
Blech
Pulverbeschichtet
KLH Decke
Auflager Stahlwinkel
Verkleidung Lärche
Terrassentüre
Vollholz

Abb. 33

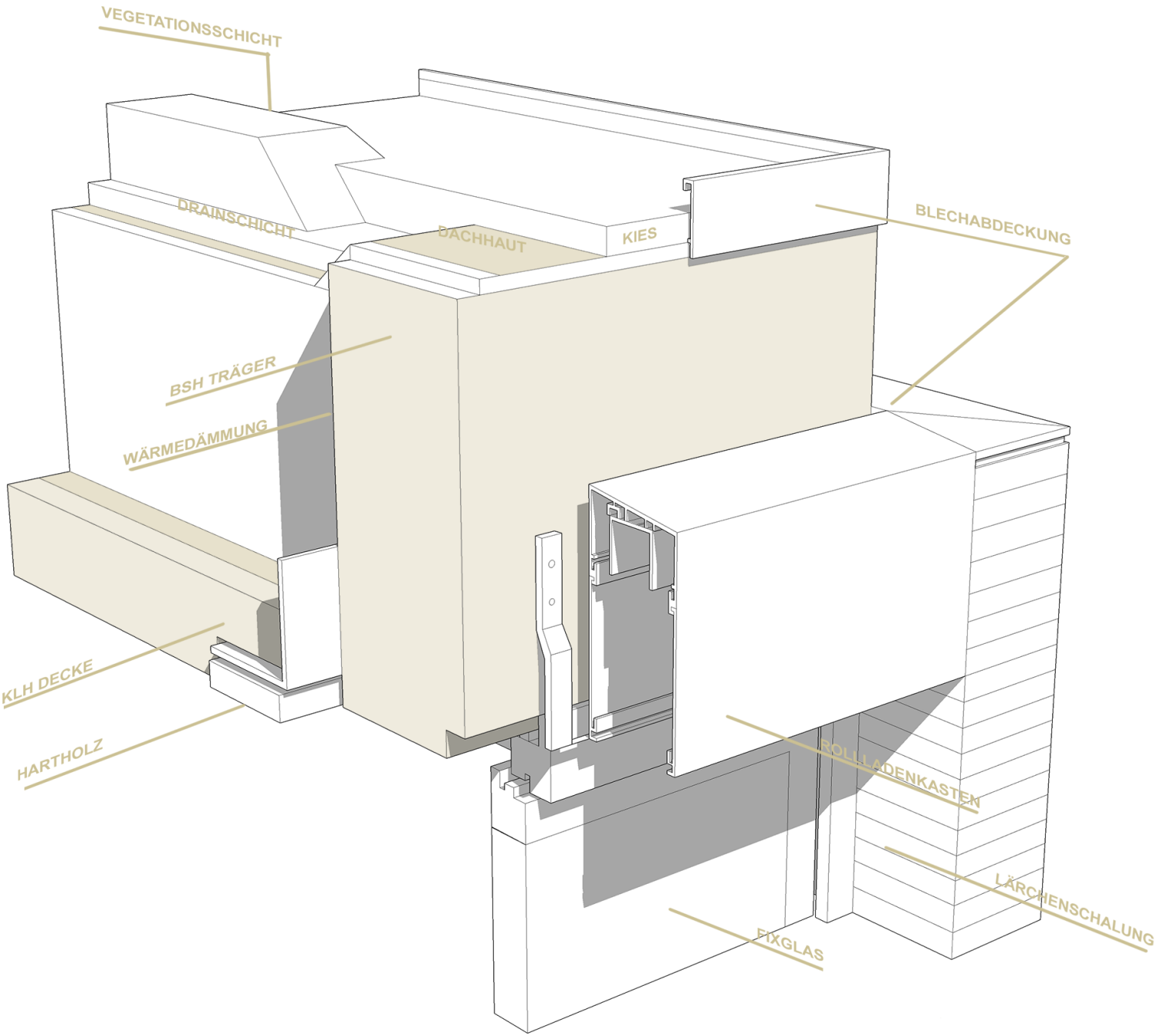
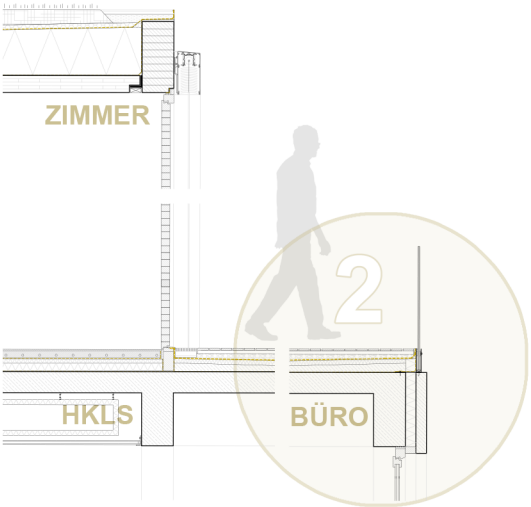

VEGETATIONSSCHICHT
DRAINSCHICHT
DACHHAUT
KIES
BLECHABDECKUNG
BSH TRÄGER
WÄRMEDÄMMUNG
KLH DECKE
HARTHOLZ
ROLLLADENKASTEN
LÄRCHENSCHALUNG
FIXGLAS

Abb. 34

AUSSENWAND



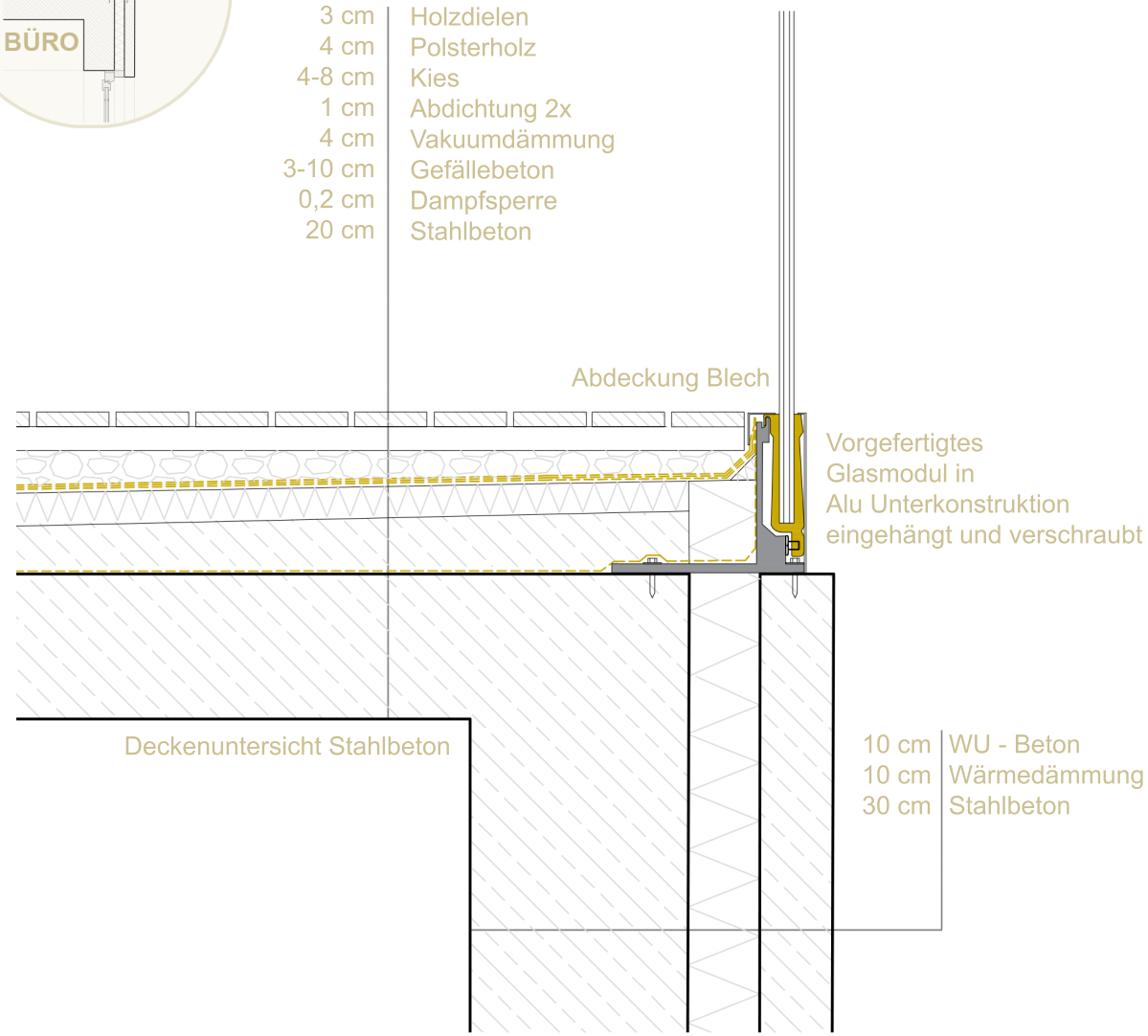


Abb. 35

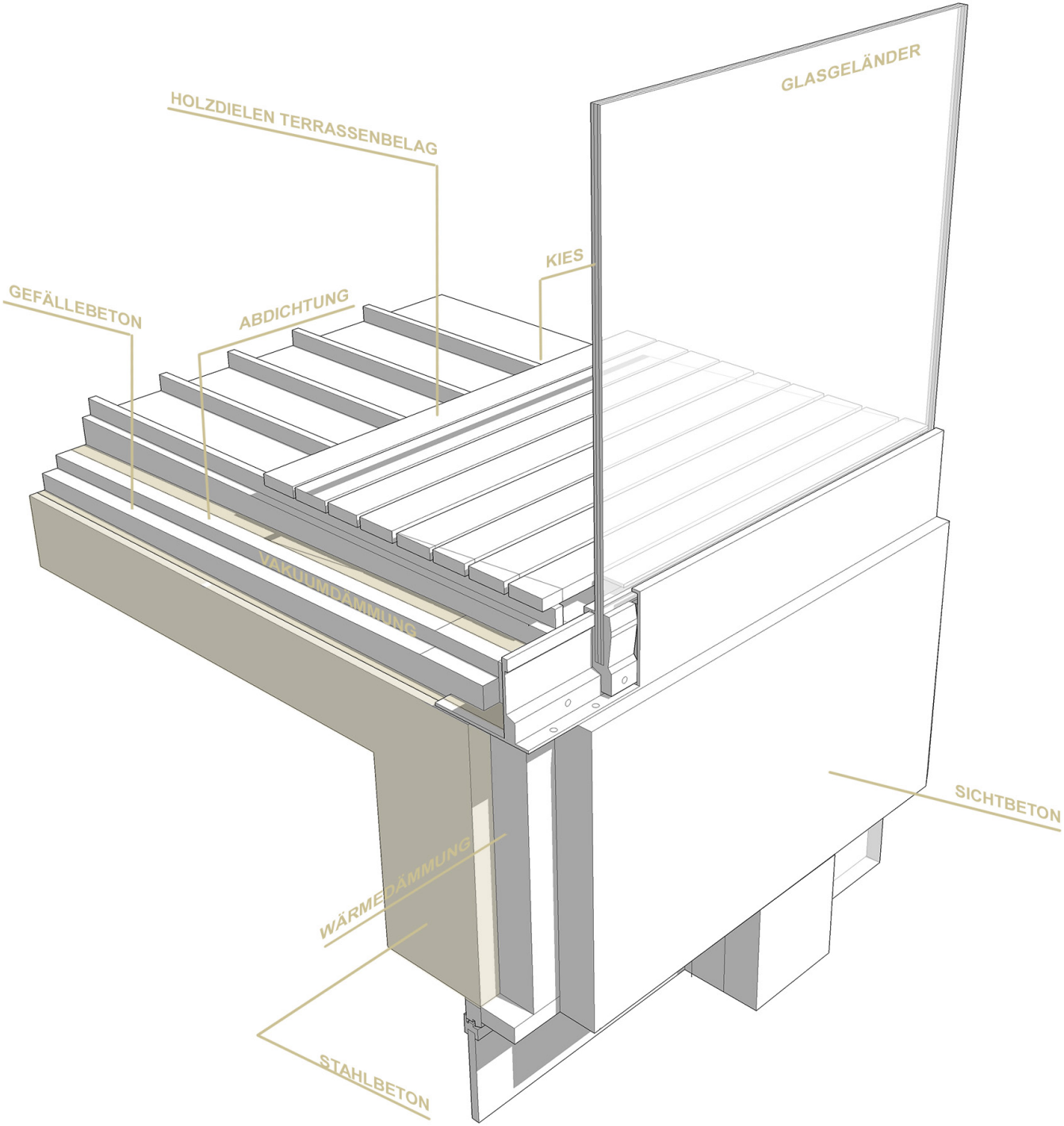
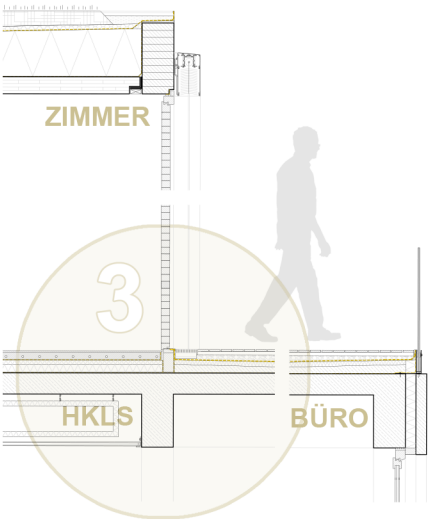

GLASGELÄNDER
HOLZDIELEN TERRASSENBELAG
KIES
GEFÄLLEBETON
ABDICHTUNG
VAKUUMDÄMMUNG
SICHTBETON
WÄRMEDÄMMUNG
STAHLBETON

Abb. 36

TERRASSE



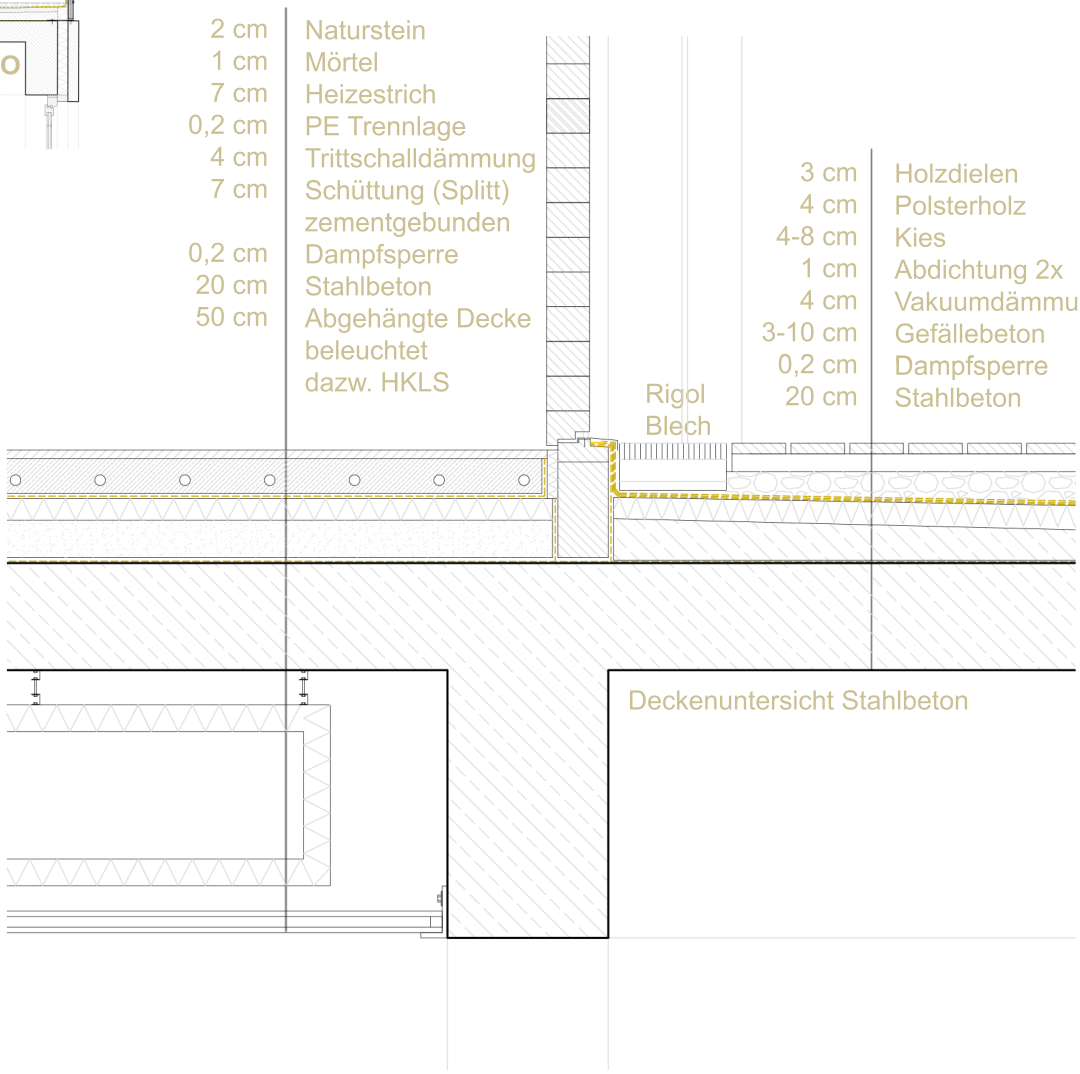


Abb. 37

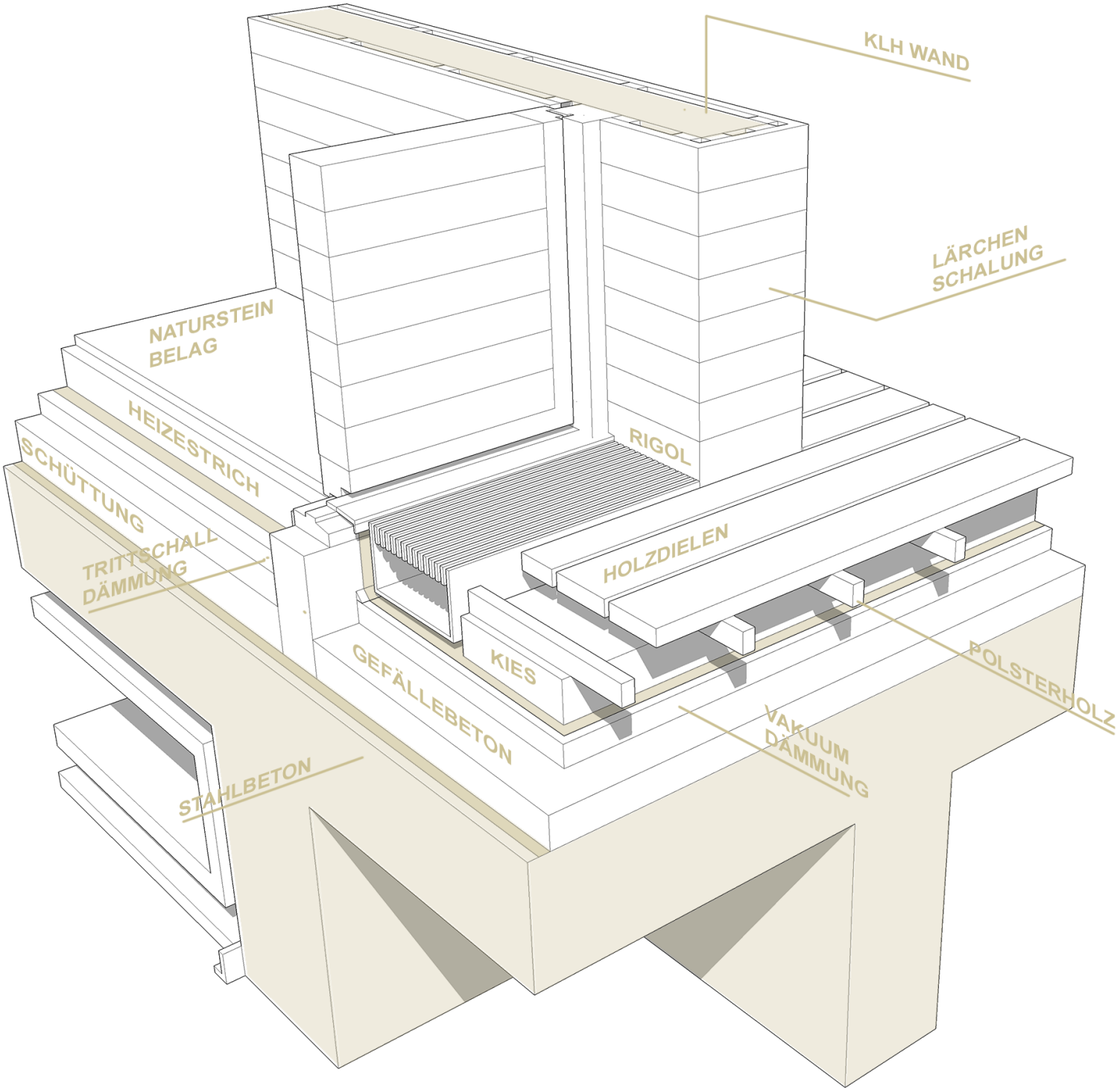

KLH WAND
LÄRCHEN SCHALUNG
NATURSTEIN BELAG
HEIZESTRICH
SCHÜTTUNG
TRITTSCHALL DÄMMUNG
RIGOL
HOLZDIELEN
KIES
GEFÄLLEBETON
POLSTERHOLZ
VAKUUM DÄMMUNG
STAHLBETON

Abb. 38

QUELLEN

TEXTQUELLEN
ABBILDUNGSVERZEICHNIS

1 http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie_Remobilisation_AG_R_nbsp_und_Remobilisation_Nachsorge_RNS_in_Oesterreich (in der Fassung von 16.5.2016)

2 http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/content/contentWindow?contentid=10007.707701&action=2 (in der Fassung von 16.5.2016)

3 http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/teilberichte/wien/wien_2011_02/Wien_2011_02_2.pdf (in der Fassung von Februar.2011)

5 Jürgen Klauber , Bernt-Peter , Krankenhaus-Report 2007, Robra

6 http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/LKF_Leistungsorientierte_Krankenanstaltenfinanzierung/ (in der Fassung vom 16.5.2016)

9 http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/2/7/CH1071/CMS1382623374870/standorte_2014_agr.pdf (in der Fassung von 31. 12. 2014)

10 http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/2/7/CH1071/CMS1382623374870/standorte_2014_rns.pdf (in der Fassung von 31. 12. 2014)

11 Telefonat Univ.-Prof. Dr. Leopold Saltuari, Leiter Neurologie Hochzirl, am 7.11.2015

12 http://www.stadtregionen.at/innsbruck (in der Fassung von 16.5.2016)

13 https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/statistik-budget/statistik/downloads/BEV2011.pdf (in der Fassung von 16.5.2016)

14 https://www.innsbruck.gv.at/data.cfm?vpath=redaktion/ma_i/allgemeine_service dienste/statistik/dokumente38/gesundheitswesen/innsbruckerkrankenanstaltenpdf (in der Fassung von 16.5.2016)

15 http://www.stadtregionen.at/innsbruck

16 http://www.aldrans.at/attachments/article/55/GR-PROT-02-2014.pdf

17 http://www.tt.com/home/5847233-91/altenheim-aldrans-wo-versicker ten-698.000-euro.csp

19 http://www.nickl-partner.com/news/zuschlag-neubau-haunersches -kinderspital-muenchen/ (in der Fassung vom 19.5.2016)

20 https://www.geriatrie-online.at/files/prozesshandbuch_akut geriatrie_remobilisa tion_2013.pdf (in der Fassung vom 16.10.2013)

22 https://www.fh-campuswien.ac.at/studium/studien-und-weiterbildungsangebot/de tail/ergotherapie.htmln(in der Fassung vom 16.5.2016)

1 www.google.at/maps (Stand: 11.1.2016), bearbeitet von Dominik Fasching

2 www.google.at/maps (Stand: 10.1.2016), bearbeitet von Dominik Fasching

3 http://www.monokrom.eu/krankenhauszimmer (Stand: 20.5.2016)

4 http://wiev1.orf.at/stories/357461 (Stand: 20.5. 2016)

5 http://www.nickl-partner.com/projekte/healing-architecture/haunersches-kinderspital/ (Stand 20.5.2016)

6 http://www.tatendrang.at/cms/index.php?id=111 (Stand 20.5.2016)

7 http://www.nickl-partner.com/projekte/healing-architecture/haunersches-kinderspital/ (Stand 20.5.2016)

8 http://www.luka-architekten.de/bildung_kultur_gesundheit/pflegeheim_eulenhof_krostitz.htm (Stand 20.5.2016)

9 www.google.at/maps (Stand: 11.1.2016), bearbeitet von Dominik Fasching

10-11 Abbildung erstellt von Autor Dominik Fasching

12-14 Grafik erstellt von Autor Dominik Fasching

15-17 Abbildung erstellt von Autor Dominik Fasching

18-21 Grafik erstellt von Autor Dominik Fasching

22-26 Abbildung erstellt von Autor Dominik Fasching

27 Grafik erstellt von Autor Dominik Fasching

28-32 Abbildung erstellt von Autor Dominik Fasching

33 Grafik erstellt von Autor Dominik Fasching

34 Abbildung erstellt von Autor Dominik Fasching

35 Grafik erstellt von Autor Dominik Fasching

36 Abbildung erstellt von Autor Dominik Fasching

37 Grafik erstellt von Autor Dominik Fasching

38 Abbildung erstellt von Autor Dominik Fasching