

**Birgit Janssen**

**Neue Therapiekonzepte =  
neue (bauliche) Standards?**

## **Gliederung**

**Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie**

**Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie**

**Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche  
Notwendigkeiten**

## Gliederung

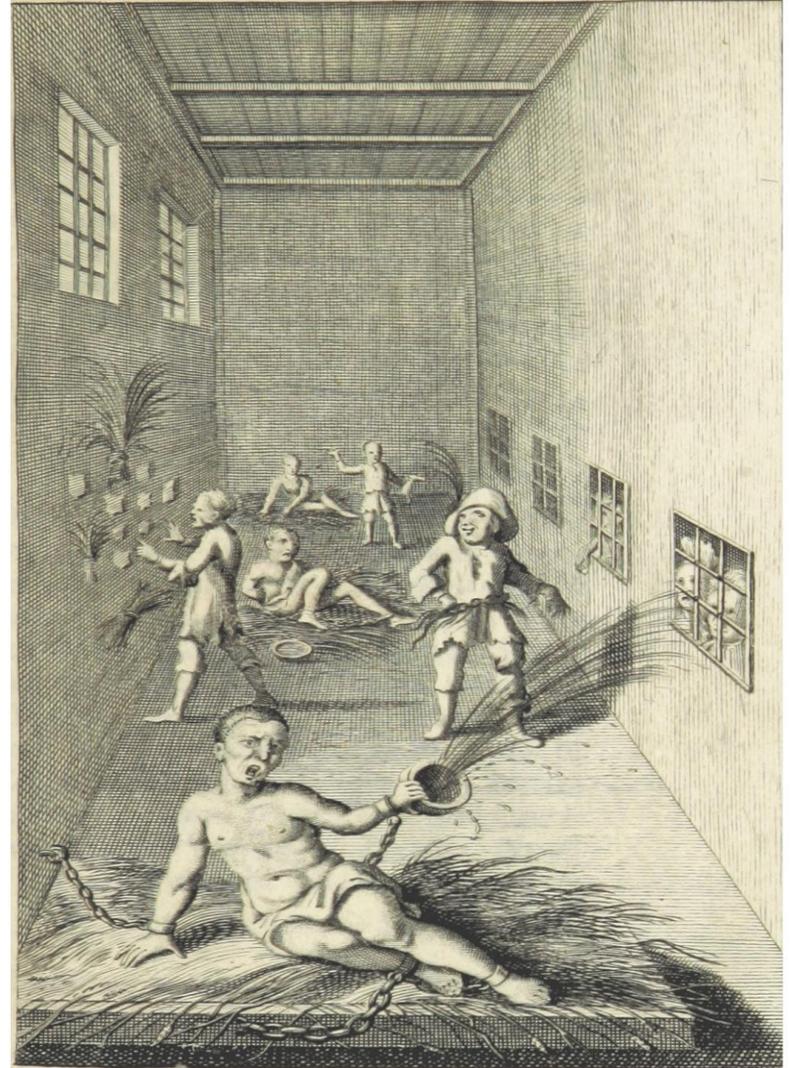
### *Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie*

### **Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie**

### **Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten**

**Bedlam, London, seit ca.  
1357 psychiatrische  
Anstalt**

**Unter Verrückten  
(Buchillustration von  
1710)**

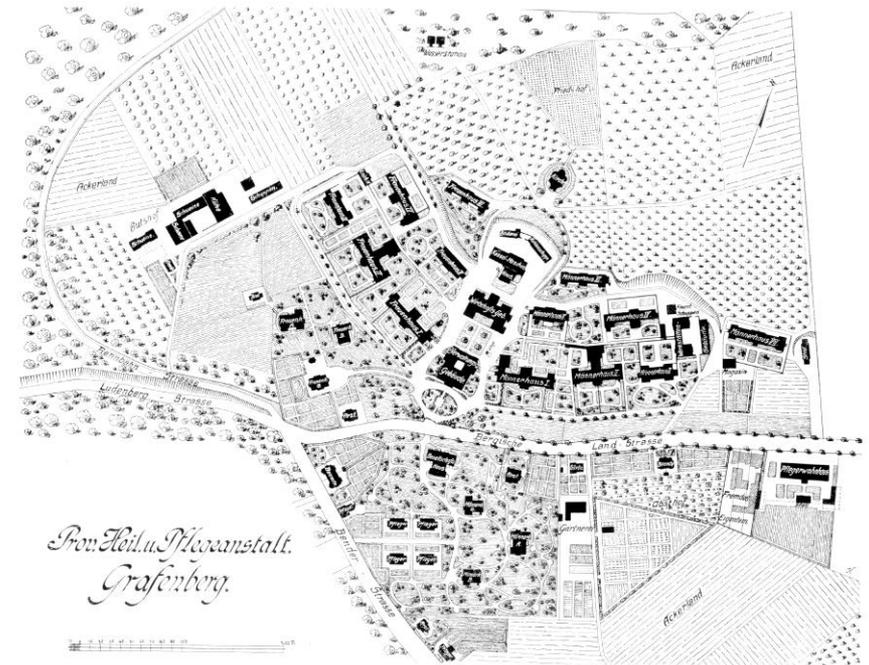


## Narrenturm in Wien

**Gleichsetzung  
psychisch Kranker  
mit Asozialen und  
Kriminellen**

# Provincial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg

*Gegründet 1876*



## Landeskrankenhaus Langenfeld

**Umbau ca. 1960,  
incl. Isolierstation und  
„gehobener  
Beschäftigungstherapie“**



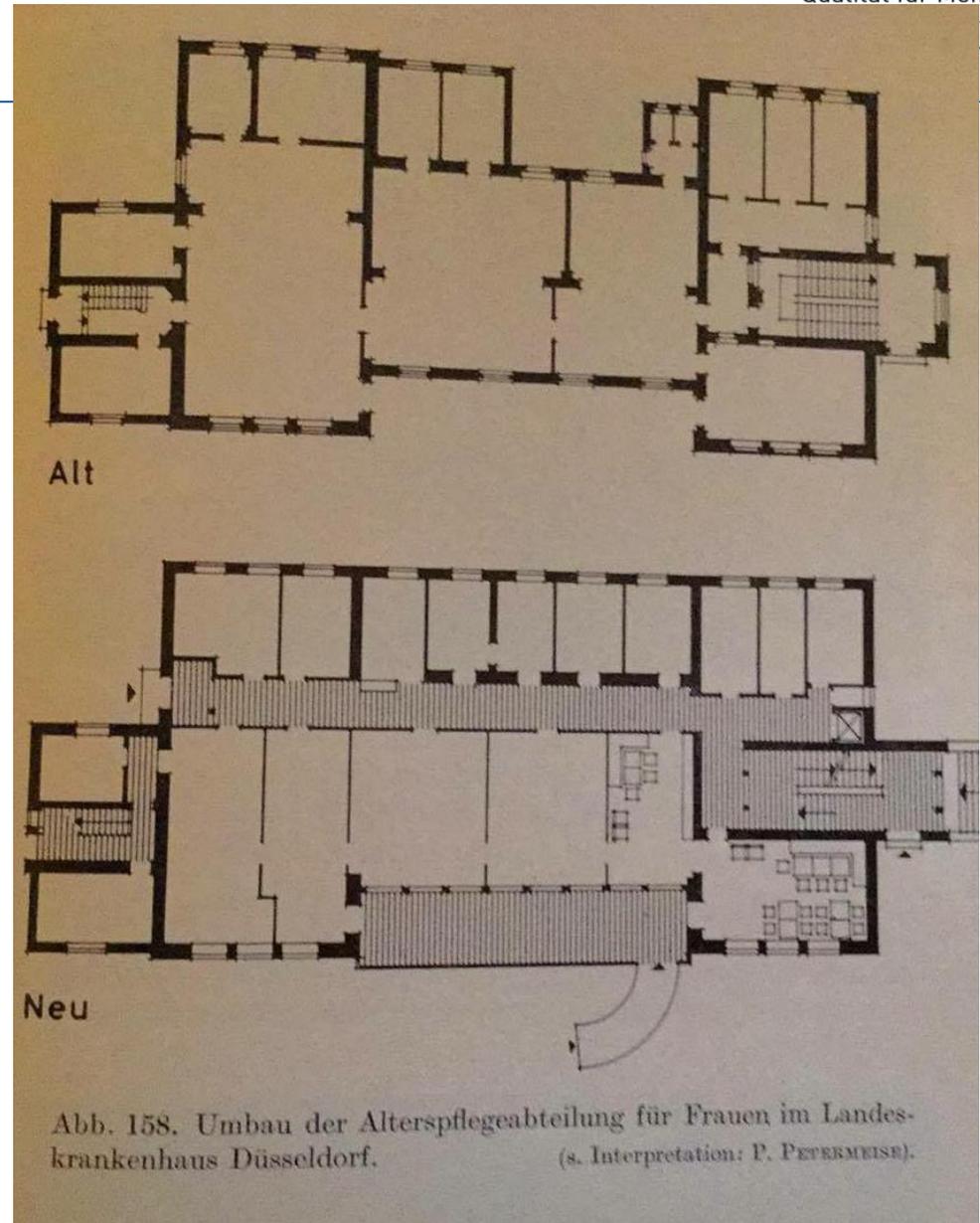
## Landeskrankenhaus Düsseldorf

**Umbau 1961 zur Geriatrie,  
jetzt Psychosomatik und  
Psychotherapie**



## Umbau Innenraum 1961

- Zimmer verkleinert
- Mehr Privatsphäre
- Annäherung an somatische Krankenhausarchitektur



## Gliederung

**Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie**

***Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie***

**Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche  
Notwendigkeiten**

## Evidence-based design (EBD)

is a field of study emphasizing credible evidence to influence design. This approach has become popular in healthcare to improve patient and staff **well-being, patient healing, stress reduction and safety**.

Evidence-based design is a relatively new field, borrowing terminology and ideas from disciplines such as environmental psychology, architecture, neuroscience and behavioral economics.

## Healing architecture (Roger S. Ulrich, 1984, Science)

Science

April 27, 1984 v224 p420(2)

Page 1

### View through a window may influence recovery from surgery.

by Roger S. Ulrich

© COPYRIGHT 1984 American Association for the Advancement of Science. Due to publisher request, Science cannot be reproduced until 360 days after the original publication date.

#### View Through a Window May Influence Recovery from Surgery

Investigations of aesthetic and affective responses to outdoor visual environments have shown a strong tendency for American and European groups to prefer natural scenes more than urban views that lack natural elements (1, 2). Views of vegetation, and especially water, appear to sustain interest and attention more effectively than urban views of equivalent information rate (2). Because most natural views apparently elicit positive feelings, reduce fear in stressed subjects, hold interest

procedure with similar postoperative management in the uncomplicated cases. Only cholecystectomies performed between 1 May and 20 October (1972 through 1981) were identified because the trees have foliage during those months. Patients younger than 20 years or older than 69, patients who developed serious complications, and those with a history of psychological disturbances were excluded. Patients were then matched so that one member of each pair had a view of the trees and the other, the brick wall. The criteria for matching were sex, age (within 5 years), being a smoker or nonsmoker, being obese or within normal weight limits, general nature of previous hospitalization, year of surgery (within 6 years), and floor level. Patients on the second floor, a surgical floor, were also matched by the color of their room (rooms on that floor alternate between blue and green). The 6-year interval for year of surgery was established on the

**„Evidenzbasierte Architektur“ bzw. „Evidenzbasiertes Design“ haben ihre Wurzeln im Gesundheitssystem, insbesondere da man sich hier gut messbare Ergebnisse erhoffte, die von hoher individueller Relevanz sind (Verbesserung Überlebensrate etc.).**

**“EBD took hold in hospital design because of the existing evidence-based medicine culture.”**

*Watkins, 2010*

## **Einflüsse räumlicher Gestaltung auf Patienten und Therapie in der Psychiatrie**

- **Grundriss/Station (Zugänglichkeit zu Räumen)**
- **Raum pro Person**
- **Übersichtlichkeit**
- **Rückzugsmöglichkeit (Privatheit)**
- **Tages- und Kunstlicht**
- **Fenstergröße**
- **Wand- und Bodenfarben**
- **Möblierung**
- **Zugang zu Natur**
- **Offen/geschlossen**
- **Dekoration**
- **Kunst**
- **Orientierung/Signaletik**
- **Technische Ausstattung (TV, PCs etc.)**



## Gliederung

**Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie**

***Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie***

***- Suizidalität***

**Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche  
Notwendigkeiten**

## Suizidprävention

***Pelman*, Ärztlicher Direktor der Irrenanstalt Grafenberg, in einem Bericht über Suizide der Jahre 1876-1885: „ Absolut zu verhüten sind sie nicht!“**

***Edel (1891)* Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik in Berlin-Charlottenburg: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie: „Es ist ja möglich, dass in dem ein oder anderen Fall ich hätte die Sorgfalt der **Überwachung** noch vergrößern können, andererseits muss man bedenken, dass nach dem heutigen Prinzip der freieren Behandlung, dem No-restraint, eine nach in Gefängnissen übliche Methode gehandhabte Überwachung sich nicht verträgt und gerade **entgegen dem Heilzweck die Kranken erregt oder schädigt.**“**

***Paetz (1893)* „Offene-Tür-System“ verringert Suizide**

Lancet Psychiatry. 2016 Sep;3(9):842-9. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30168-7. Epub 2016 Jul 29.

## Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study.

Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Zinkler M, Beine K, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE.

Inpatient suicide and absconding of inpatients at risk of self-endangering behaviour are important challenges for all medical disciplines, particularly psychiatry. Patients at risk are often admitted to locked wards in psychiatric hospitals to prevent absconding, suicide attempts, and death by suicide. **However, there is insufficient evidence that treatment on locked wards can effectively prevent these outcomes.** We did this study to compare hospitals without locked wards and hospitals with locked wards and to establish whether hospital type has an effect on these outcomes.

## Beispiele zur Suizidprävention



## Gliederung

### Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

### *Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie*

- Suizidalität
- *Aggression*

### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

## Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen

Eine systematische Literaturübersicht zu den Effekten der räumlichen Umgebung auf Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie

Architecture and Design of Mental Health Institutions

Systematic Review on the Consequences of the Physical Environment on Adult Psychiatric Patients

**Autoren**

Dirk Richter<sup>1</sup>, Holger Hoffmann<sup>2</sup>

**Institute**

<sup>1</sup> Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule

<sup>2</sup> Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Tab. 1 Eigenschaften und Resultate der eingeschlossenen Publikationen (gelistet nach Publikationsdatum).

Autoren	Publikationsjahr	Land	Kliniktyp	Setting	Stichprobe	Intervention/Unterschied	Outcome	Studien-design	Ergebnisse
Kasmar et al. [46]	1968	US	Allgemeinpsychiatrie	Institutsambulanz	115	unterschiedliche gestaltete Räume (Böden, Tapeten, Beleuchtung)	Stimmung	KG	+
Higgs [47]	1970	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	125	neue Stationsumgebung (keine Detailangaben)	BPRS, Verhaltensbeobachtungen	KG	+
Ittelson et al. [48]	1970	US	mehrere Kliniken	Patientenzimmer	n. b.	geringere Bettenzahl pro Zimmer	Sozialverhalten	KG	+
Holahan [49]	1972	US	Allgemeinpsychiatrie	Tagesraum	120	unterschiedliche Sitzordnungen	Verhaltensbeobachtungen	KG	++
Holahan u. Saegert [50]	1973	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	50	Renovierung	Verhaltensbeobachtungen	KG	+
Holahan [51]	1976	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	25	Renovierung	Verhaltensbeobachtungen	KG	+
Whitehead et al. [52]	1981	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	n. b.	Renovierung	Verhaltensbeobachtungen	PP	++
Sawdwin [53]	1985	UK	Forensik	Stationen	140	veränderte Möblierung	kritische Ereignisse (Isolierung, Übergriffe), Medikation	KG	++
Cummins et al. [30]	1986	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	60	Renovierung	Stationsatmosphäre (WAS)	PP	++
Christenfeld et al. [54]	1989	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	100	Renovierung (Beleuchtung, Wanddekor, Wandbilder)	Stimmung, Funktionsniveau, Zufriedenheit	KG	+++
Devlin et al. [31]	1992	US	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	84	Renovierung (Beleuchtung, Böden, Tapeten, Pflanzen)	Behavioral Mapping	PP	+
Beauchemin u. Hays [55]	1996	CDN	Allgemeinpsychiatrie	Patientenzimmer	174	Sonnenlichteinstrahlung	Verweildauer	KG	+
Benedetti et al. [56]	2001	I	Allgemeinpsychiatrie	Patientenzimmer	602	Sonnenlichteinstrahlung	Verweildauer	KG	++
McGonagle u. Allan [57]	2002	UK	Langzeitpsychiatrie	Stationen	27	neue Bungalows	Psychopathologie	KG	+
Daffern et al. [58]	2004	AUS	Forensik	Klinik	n. b.	Renovierung	Aggressionsereignisse	PP	=
Kagan, Kiglic, Suresh [59]	2005	IL	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	61	Umzug auf neu renovierte Stationen	Angst, Unsicherheit	PP	++
Vaaler et al. [60]	2005	N	Allgemeinpsychiatrie	Isolationszonen	56	Renovierung (wohnliche Einrichtung)	Aggressionsereignisse	KG	=
Olver et al. [61]	2009	AUS	Forensik	Stationen	15	Umzug auf neu renovierte Stationen	Psychopathologie, Aggressionsereignisse	PP	++
Forde u. May [62]	2009	UK	psychiatrische Intensivstation	Station	n. b.	Renovierung (Böden, Möblierung, Vorhänge etc.)	Krankheitstage MA; Aggressionsereignisse	PP	-+
Edgerton et al. [63]	2010	UK	Allgemeinpsychiatrie	Korridor	100	Renovierung	Behavioral Mapping	PP	++
Southard et al. [64]	2010	US	Akutklinik	Stationsempfang	81	offen vs. verglast	Stationsatmosphäre (WAS)	PP	=
Long et al. [65]	2011	UK	Forensik	Stationen	9	Umzug auf neu renovierte Stationen	Stationsatmosphäre (WAS), Psychopathologie, Zufriedenheit	PP	+++

Nanda et al. [66]	2011	US	Allgemeinpsychiatrie	Warteräume	n. b.	Kunstinstallationen	Bedarfsmedikation	KG	+
Nijman et al. [32]	2011	UK	Allgemeinpsychiatrie	Stationen	n. b.	offene vs. geschlossene Stationstür	Entweichungen	MLA	-

Richter D, Hoffmann H. Architektur und Design... Psychiatr Prax 2014; 41: 128-134

Übersicht

**Tab. 1** (Fortsetzung)

Autoren	Publikationsjahr	Land	Kliniktyp	Setting	Stichprobe	Intervention/Unterschied	Outcome	Studien-design	Ergebnisse
van der Schaaf et al. [67]	2013	NL	Allgemeinpsychiatrie, Forensik	Stationen	n. a.	diverse Merkmale (Raum pro Patient, Tageslicht, Zugang zu natürlichen Umgebungen, persönliches Mobiliar, Fensteröffnung, Sicherheitsvorkehrungen, Isolationsräumlichkeiten, Freizeitmöglichkeiten etc.)	Isolierungen	MLA	+

Abkürzungen: n. b.: nicht bekannt; n. a.: nicht anwendbar; KG: Kontrollgruppendesign; PP: Prä-Post-Design; MLA: Multi-Level-Analyse; WAS: Ward Atmosphere Scale; MA: Mitarbeitende; +: signifikanter Unterschied und positive Auswirkungen auf Patientinnen/Patienten; -: signifikanter Unterschied und negative Auswirkungen auf Patientinnen/Patienten; =: kein Unterschied

J Psychiatr Res. 2017 Aug 26;95:189-195. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.017.  
[Epub ahead of print]

## **Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study.**

Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Schröder K, von Felten S, Zinkler M, Beine KH, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE, Bux DA, Huber CG

Aggressive behavior and violence in psychiatric patients have often been quoted to justify more restrictive settings in psychiatric facilities. However, the effects of open vs. locked door policies on aggressive incidents remain unclear. The effect of open vs. locked door policy was non-significant in all analyses of aggressive behavior during treatment. Restraint or seclusion during treatment was less likely in hospitals with an open door policy. On open wards, any aggressive behavior and restraint or seclusion were less likely, whereas bodily harm was more likely than on closed wards. Hospitals with open door policies did not differ from hospitals with locked wards regarding different forms of aggression. Other restrictive interventions used to control aggression were significantly reduced in open settings. **Open wards seem to have a positive effect on reducing aggression.** Future research should focus on mental health care policies targeted at empowering treatment approaches, respecting the patient's autonomy and promoting reductions of institutional coercion

Psychiatr Prax. 2017 Apr;44(3):141-147. doi: 10.1055/s-0042-105181. Epub 2016 Jul 11.

## [Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward].

[Article in German]

Cibis ML<sup>1</sup>, Wackerhagen C<sup>1</sup>, Müller S<sup>1</sup>, Lang UE<sup>2</sup>, Schmidt Y<sup>1</sup>, Heinz A<sup>1</sup>.

### + Author information

#### Abstract

**Objective** According to legal requirements coercive treatment must be limited to acts necessary for the protection of patients and cannot be used for institutional interests. Here, we aimed to test the hypothesis that opening psychiatric wards can reduce the number of aggressive assaults and of coercive treatment without increasing absconding rates. **Methods** Numbers of absconding, coercive medication, fixation and special security actions were collected retrospectively and compared between phases of closed (N total=409; N legally committed=64) and 90% of daytime opened (N total=571; N legally committed=99) doors in an acute psychiatric ward. **Results** During the phase of opened doors we observed significantly reduced aggressive assaults ( $p < 0,001$ ) and coercive medication ( $p = 0,006$ ) compared to the closed setting, while the absconding rate did not change ( $p = 0,20$ ). **Limitation** Given the retrospective non-experimental design, no causal interpretations can be drawn. **Conclusion** The results suggest that open door is associated with reduction of aggressive assaults and coercive medication without increasing absconding rates. This speaks for a stronger implementation of open door policies in acute wards in order to preserve human rights in psychiatry. To collect more robust evidence for this thesis, longer phases should be monitored and moderating variables such as atmosphere and social cohesion should be assessed.

## Gliederung

### Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

#### *Evidenzbasierte Architektur/Design*

- Suizidalität
- Aggression
- *Besondere Anforderungen bei Demenz*

### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

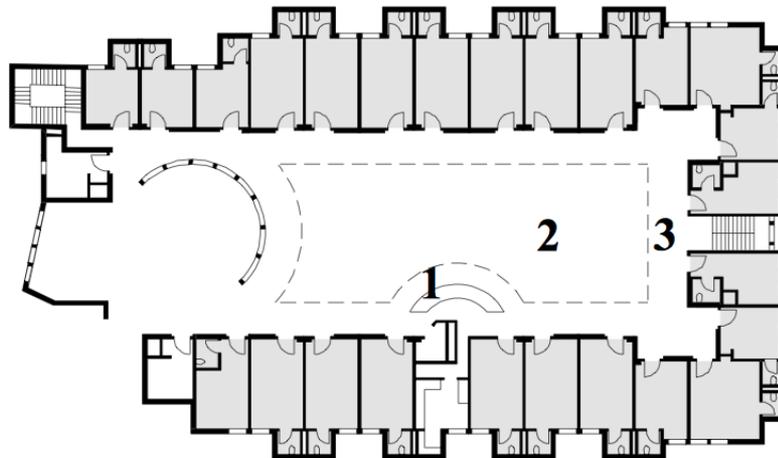
## Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Umweltmerkmalen von Altenpflegeeinrichtungen und dem Auftreten von Agitation, Aggression, Depression, Selbstrückzug und psychotischen Symptomen alzheimererkrankter Bewohner

- **Einzelzimmer und eine nichtinstitutionelle Umgebung mindern Unruhe und Aggressionen**
- **Vielzahl verschiedener Gemeinschaftsbereiche mindern Rückzug**
- **Deutlich sichtbare, verschlossene Ausgangstüren fördern Anzeichen von Depressionen**
- **Ausreichende Privatheit mindert psychotische Symptome**

*Zeisel et al.(2003)*

*Zitiert nach: Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur, Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, Dipl.-Ing. Gesine Marquardt, Dissertation an der Fakultät Architektur der Technischen Universität Dresden, 2006*

## Beispiel einer Geriatriischen Station



- 1: Dienstplatz
- 2: Gemeinschaftsbereich
- 3: Horizontalerschließung als Rundweg

Abbildung 15. Grundriss des Weiss Institute, Philadelphia Geriatric Center, Philadelphia, PA (USA)<sup>150</sup>

Anforderung	Bauliche Umsetzung
Selbstverwirklichung, Autonomie und Unabhängigkeit	Sichere Umwelt und Barrierefreiheit
Orientierung (örtlich, zeitlich, persönlich)	Anker- und Referenzpunkte Einfache Grundrissstrukturen Sichtbeziehungen
Vertrautheit (Tagesstruktur, Personen, Orte)	Gemeinschaftsbereiche Kleinteilige Strukturen
Privatheit	Zonierung im Patientenzimmer
Naturerleben	Sicherer Zugang zu Außenräumen Geschützte Außenbereiche Blickbeziehungen
Verstehen der Umwelt	Ablesbare Funktion der Räume
Beschäftigung und Aktivität	Therapie- und Gemeinschaftsräume Gestaltete Flurbereiche
Gemeinschaft und Zugehörigkeit	Raum für gemeinsame Mahlzeiten Therapie- und Gemeinschaftsräume
Bezugspersonen	Rooming-In für Angehörige Gliederung großer Stationen
Emotionale Sicherheit	Nicht-institutioneller Charakter Gemeinschaftsbereiche
Physische Sicherheit	Barrierefreiheit Ausschaltung von Gefahrenquellen

## Bauliche Voraussetzungen der Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

*S. Kreiser, Diplomarbeit Sommersemester 2014,  
TU-Dresden*

## Gliederung

### Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie

### *Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie*

- Suizidalität
- Aggression
- *Besondere Anforderungen bei Demenz*
- *Atmosphäre, well-being*

### Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche Notwendigkeiten

-

## Atmosphäre

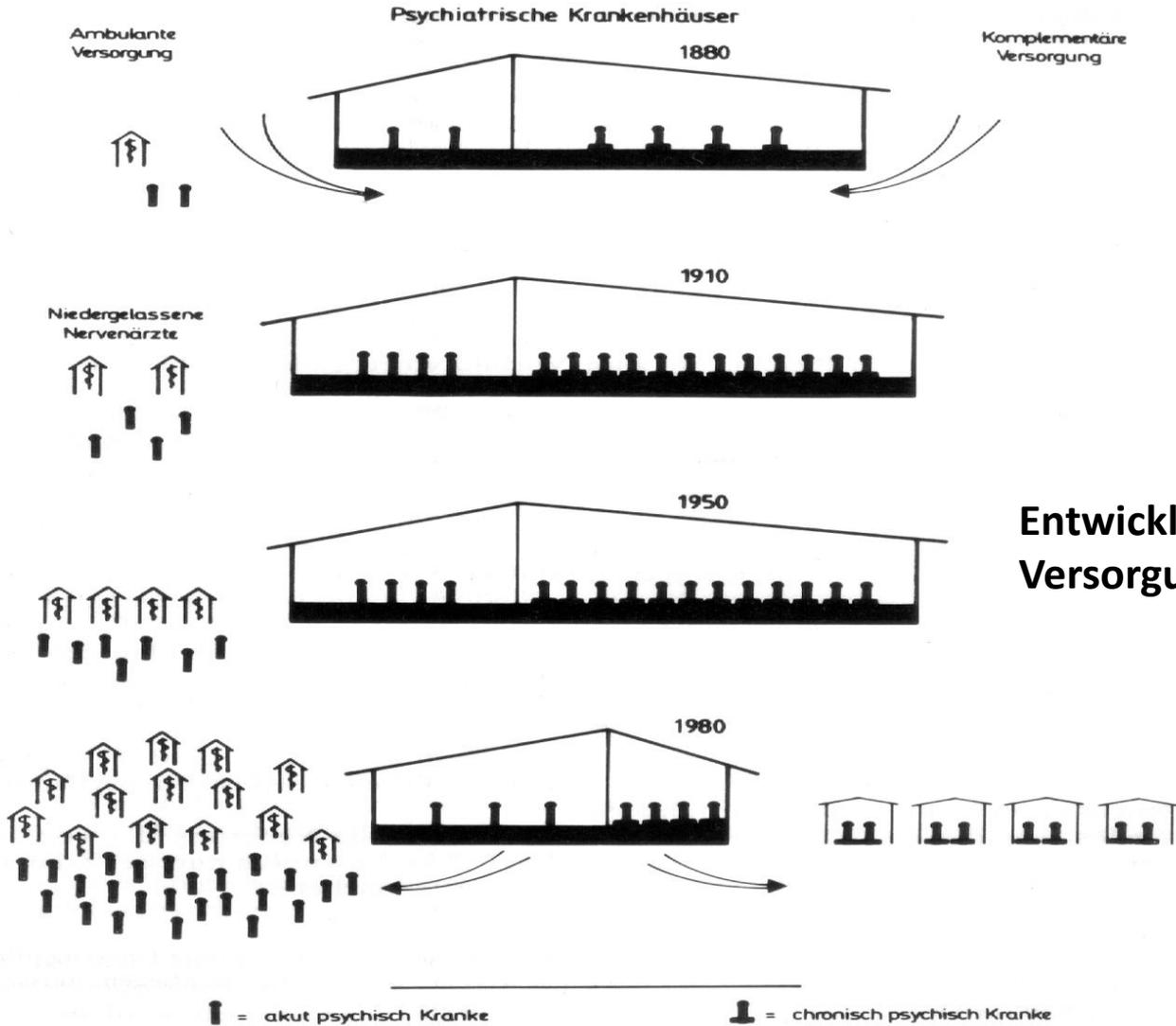
- **Soteria- Konzept**
- **Licht**
- **Farben, Musik etc.**
- **Möblierung**
- **Entspannungsmöglichkeiten**
- **Kommunikationsbereiche**

## Gliederung

**Geschichte baulicher Standards in der Psychiatrie**

**Evidenzbasierte Architektur/Design in der Psychiatrie**

***Transsektorale Therapiekonzepte und bauliche  
Notwendigkeiten***



## Entwicklung psychiatrischer Versorgung 1880 – 1980

**„It is important to map processes before rather than after building a facility, so that this process mapping can inform design and we do not keep falling into the trap of building a beautiful new facility but losing the opportunity to make care better.“**

*Ayra D, 2011*

## **Perspektiven künftiger psychiatrisch- psychotherapeutischer Behandlung und Versorgung**

- **Patienten- vs Institutionsorientierung**
- **Verbesserte institutionelle Koordination und Kooperation**
- **Differenzierung und funktionale Vernetzung**
- **Verbesserte Möglichkeiten der Früherkennung und Krisenintervention**
- **Verzahnung mit kommunalen Strukturen**
- **Abbau von Stigma und Diskriminierung**
- **Verzahnung von Forschung, Lehre und Versorgung**

### 3. Die S3-Leitlinien

#### „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung: T.Becker, S.Rieder-Heller, S.Weinmann

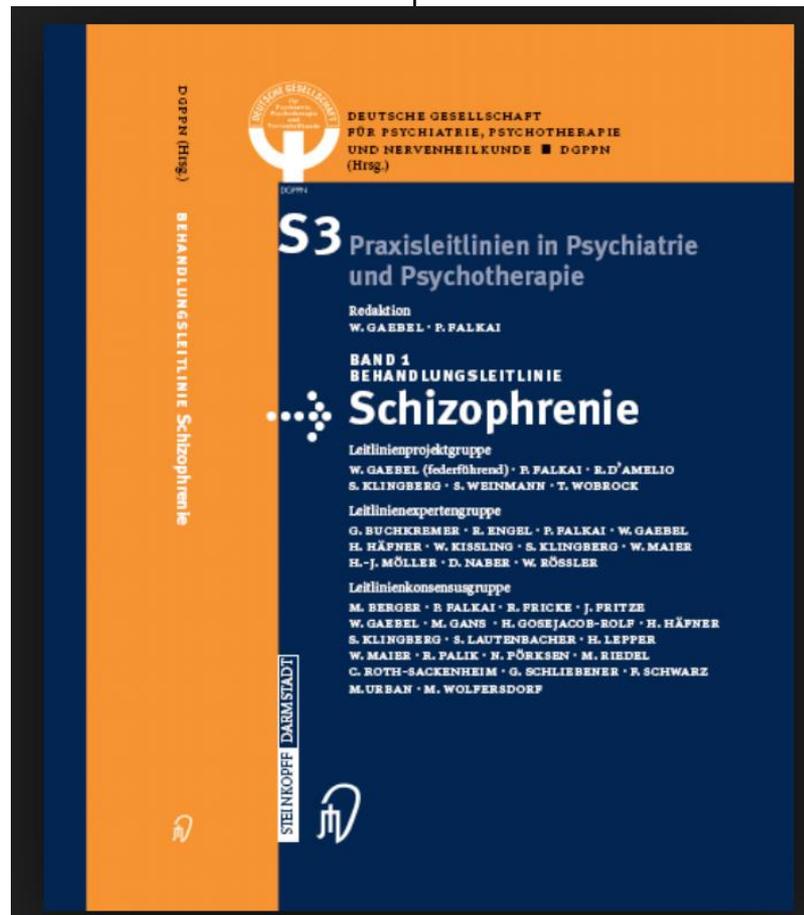
9 – 3/ 2011

schisch Kranke (>2 J., ICF, GAF)

keine reine Sucht, keine Demenz !!)

offene Bewertung von psychosozialen  
Leitlinien zur Unterbewertung derselben bei  
n Leitlinien

**zfp**  
Südwestfalen



**Zunehmende  
Orientierung an  
Leitlinien**

## **Patientenorientierung – „Patient first“**

- **Patient steht im Mittelpunkt – zunehmende gesundheitspolitische Forderung.**
- **Seit 1981 als Health-Center-Initiative in den USA, inzwischen 71 Zentren, ebenso erste Zentren in Großbritannien**
- **Prinzip: Patient erhält jederzeit Diagnose und Therapie, primär bisher als ambulantes Setting gedacht.**

# Mögliche relevante Qualitätsindikatoren für Patienten

## Strukturindikatoren

Alltags- und Wohnortnähe der Behandlung

Strukturierung der Institution zur Gewährung der Intimsphäre (z.B. bei Telefonaten)

Anwesenheit von einer ausreichenden Zahl von Personal an Wochenenden und Feiertagen

Zugänglichkeit patientenrelevanter Informationen

Hotelqualität (Essen, Sauberkeit, etc.)

## Prozessindikatoren

Klinische, soziale und kommunikative Kompetenz der Leistungserbringer

Koordination des Behandlungsverlaufs

Kooperation zwischen des Leistungserbringern

Einbeziehung der Angehörigen

Mitspracherecht bei Behandlungsentscheidungen

## Ergebnisindikatoren

Qualität des Behandlungserfolgs

Lebensqualität

Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach einer Krankheitsepisode

Reduzierung der Arztbesuche nach Entlassung

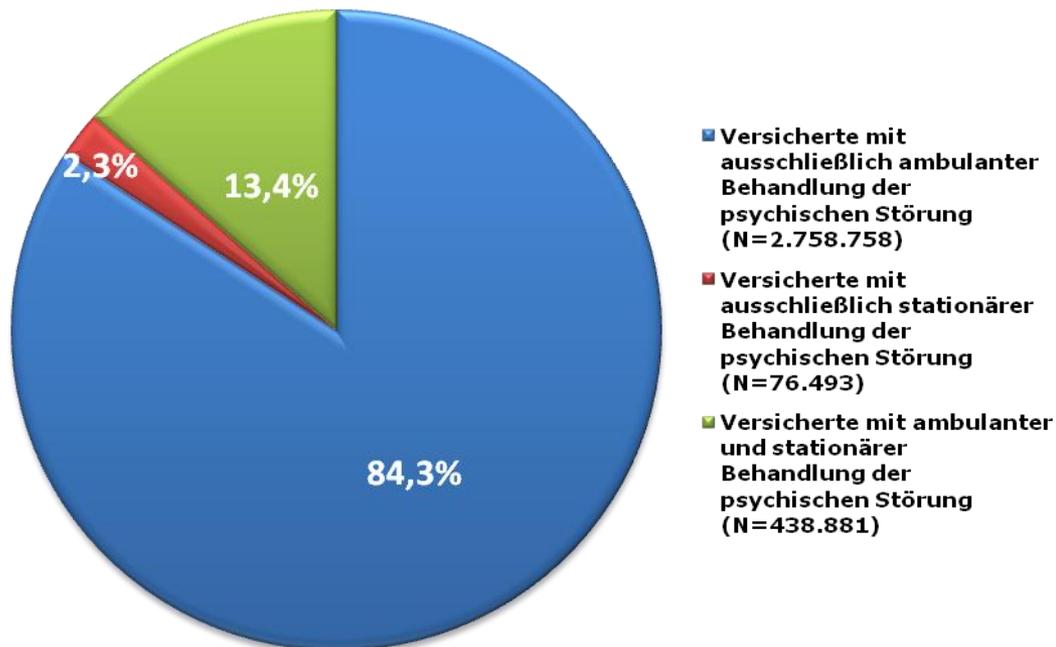
Verbesserung des Wissens über die Erkrankung

## Evidenzbasierung vs. Konsumentenorientierung?

- Formulierung *wissenschaftlicher Empfehlungen* zur Festlegung der bestmöglichen Behandlung in definierten Behandlungssituationen
  - Schaffung einer *transparenten und rationalen Grundlage* für medizinische Entscheidungen
  - *Externe klinische Evidenz* als Ergänzung zur individuellen *klinischen Erfahrung / Expertise*
  - *Unabhängig von* individuellen *Patientenpräferenzen*
- 
- Aktive Konsumentenrolle des Patienten und Betrachtung der psychiatrischen Versorgung als *Dienstleistung*
    - Verändertes Arzt-Patient Verhältnis: Die Rolle des Patienten verschiebt sich vom passiven Behandlungsobjekt hin zum *aktiven Partner* des Professionellen
    - Patient als *Auftraggeber*, der über Art und Dauer der Behandlung mitbestimmt, z.B. im „shared decision making“

## Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsbereiche

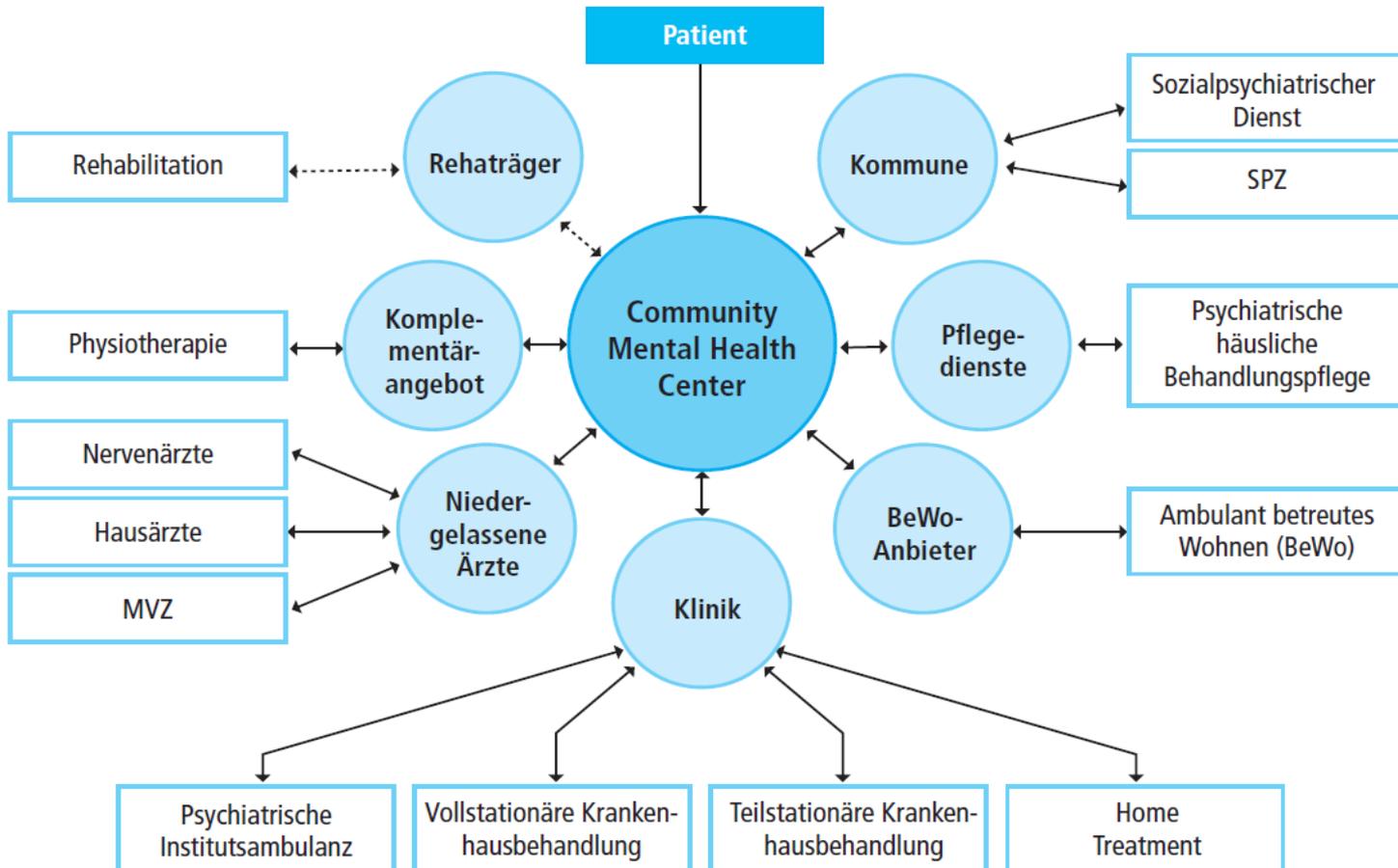
### Sektorübergreifende Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen (F0- F5) 2005-2007



Der Großteil psychischer Störungen wird **ausschließlich ambulant** behandelt (**84,3%**).

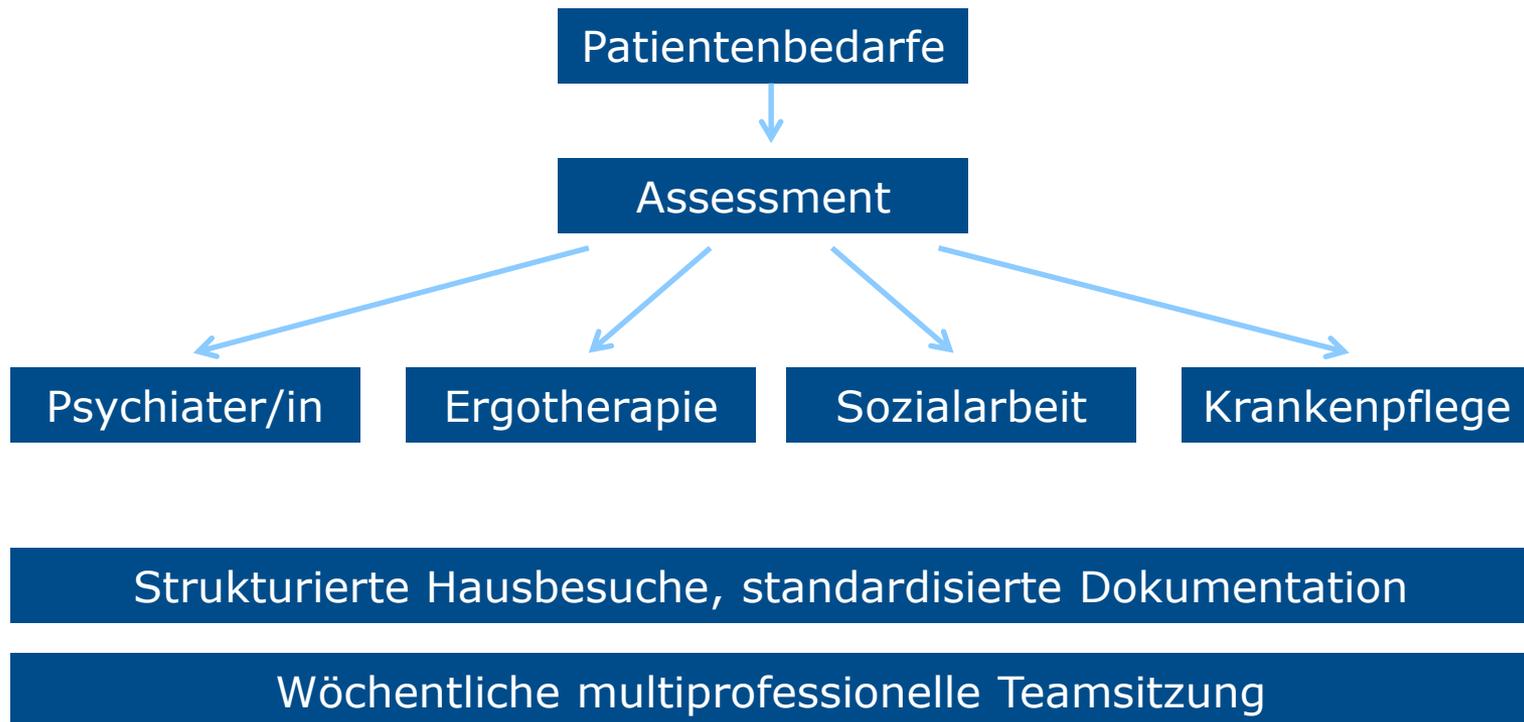
Nur **13,4%** der Betroffenen nahmen **sowohl ambulante als auch stationäre Behandlung** in Anspruch.

## Klinik als Community Mental Health Center?

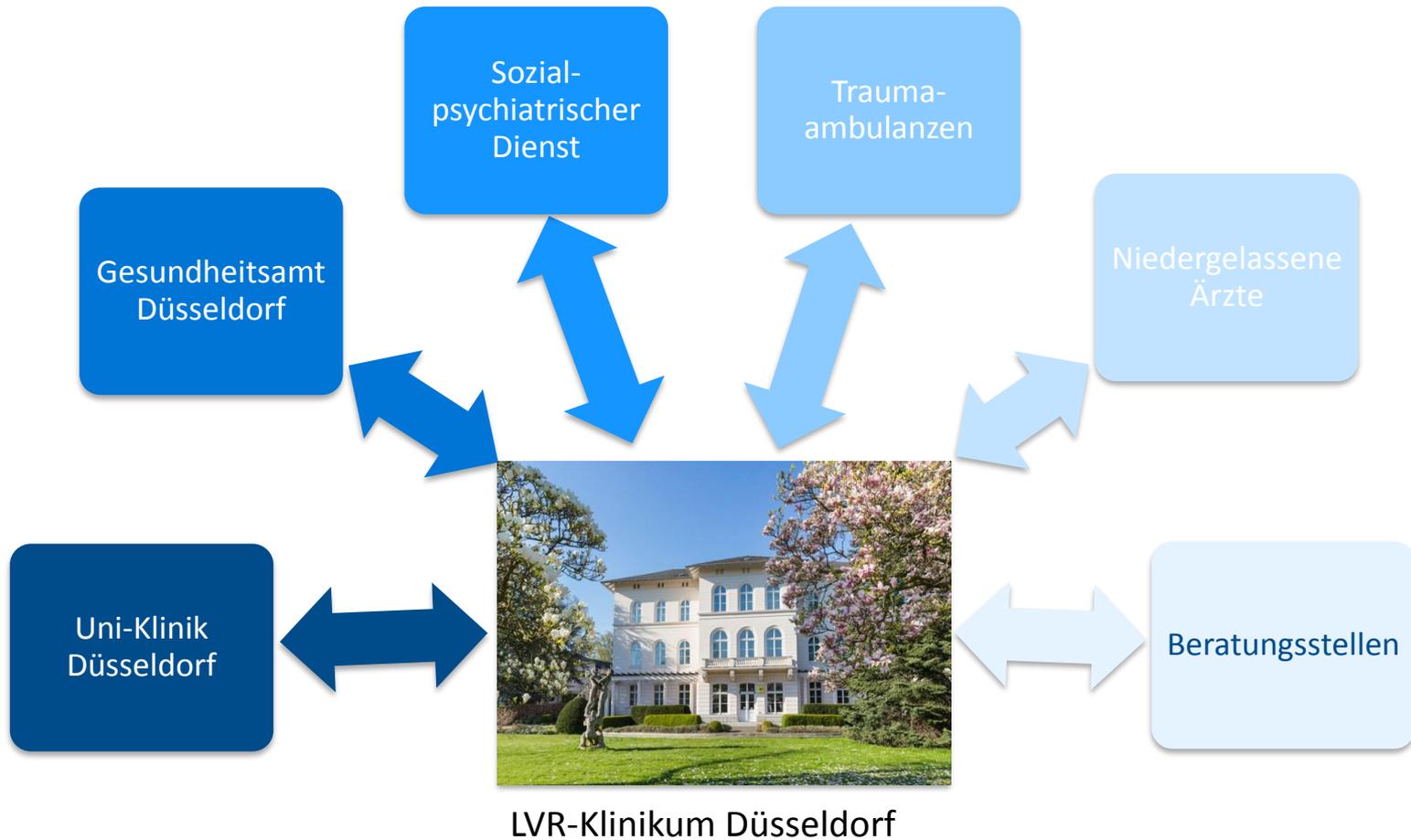


## ***Ambulante Behandlung (Home Treatment)***

Home Treatment ist eine zeitlich begrenzte, teambasierte, multiprofessionelle, aufsuchende, bedarfsorientierte, medizinische Akutbehandlung



## Vernetzung



## **Patientenorientierung – „Patient first“**

### **Bauliche Umsetzung im DTFZ Düsseldorf (1)**

- **Leicht zugänglicher Bereich für alle Patienten, für akute und ambulante Behandlungen.**
- **Fächerübergreifend (räumliche Nähe von Neurologie und Psychiatrie), Differenzierung und Vernetzung schnell umsetzbar.**
- **Diagnostik und Behandlungsplanung direkt möglich, bzw. planbar (incl. Früherkennung und anderer ambulanter diagnostischer und therapeutischer Angebote).**
- **Neue Therapiekonzepte (z.B. Home-treatment) integrierbar.**

## **Bauliche Umsetzung im DTFZ Düsseldorf (2)**

- **Planung unter Einbeziehung der Mitarbeitern der Klinik.**
- **Funktionelle Anpassung an Bedarfe (kurze Wege, Synergien bei Überwachungsbedürftigkeit etc.).**
- **Abbau „geschlossener Bereiche“.**
- **Sicherstellung ausreichender Kapazitäten im stationären Behandlungsbereich.**
- **Well-being Aspekte (Licht, Farben etc.) berücksichtigt, insbesondere im stationären Bereich.**

## Beispiel „gemeinsamer“ Eingangsbereich



# Beispiel Farb- und Lichtkonzept

## Gesamt-Farbkonzept



### Die Linde

Die Linde ist ein Baum, der in Deutschland schon lange eine besondere Stellung einnimmt und dies mit sehr positivem Image. Die Linde steht für die Weiblichkeit, Lieblichkeit, Fruchtbarkeit, den Sommer, Frohsinn, Schönheit und Liebe.

Ihre Eigenschaft, sich schnell zu verjüngen und immer wieder neu auszuschlagen, lässt die Bäume so manchen Rückschlag überstehen. Allerdings reagiert sie sehr empfindlich auf eine gestörte Umwelt.

Der Linde werden heilende Kräfte zugeschrieben, so ergeben z.B. getrocknete Lindenblüten einen Heiltee, der beruhigend auf die Nerven wirkt.

### Linde als Baum Kommunikationsplatz und Baum der Gerechtigkeit

Bei den Germanen und den Slawen galt die Linde wegen ihres enormen Alters als heiliger Baum. Angelegenheiten von gemeinschaftlichem Interesse wurden diskutiert und entschieden, Probleme gelöst. Der der Göttin Freya geweihte Baum konnte bewirken, dass die Wahrheit ans Licht kam. Lindenduft sollte streitende Parteien versöhnen und Richter zu mildereren Urteilen bewegen. Sie war der Baum der Weisheit, der Zusammenkunft und der Gastfreundschaft.

### Linde als Schicksalsbaum

Linden werden oft gepflanzt in Erinnerung an bestimmte Ereignisse, z.B. Friedenslinden auf Anhöhen nach Ende eines Krieges, nach einer überstandenen Epidemie oder ein Lindenbaum zur Geburt des ersten Kindes.

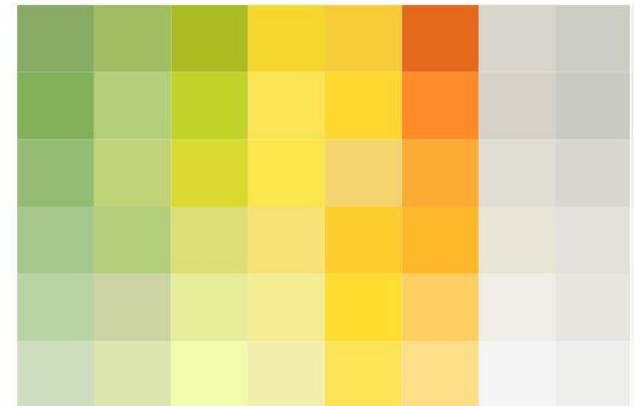
### Linde als mythischer Baum | die „Unverwundbarkeit des Siegfried“

In der Nibelungensage kommt der Linde eine entscheidende Rolle zu: Beim Bad Siegfrieds in Drachensblut, welches seine Haut verhormen läßt und unverwundbar macht, fällt ein Lindenblatt zwischen seine Schulterblätter, deckt einen Teil des Körpers ab und schafft dort eine verwundbare Stelle.

## ARCHITEKTEN BDA RDS PARTNER



Farben des Lindenbaumes als Prinzip für die Gebäudefarben



## **Vernetzung Forschung, Lehre und Versorgung**

### **Bauliche Umsetzung im DTFZ Düsseldorf:**

- **Räume für Forschungsaktivitäten und Lehre in die Bereiche zur Diagnostik und Therapie integriert.**



## **Offene Fragen**

- ***Sind Betroffene und Psychiatrieerfahrene bei der baulichen Planung einbezogen?***
- ***Lässt sich der Abbau von Stigmatisierung, über die Öffnung von Stationen hinaus, noch besser baulich umsetzen?***
- ***Sind die Behandlungsprozesse wirklich über alle Bereiche definiert? Lassen sich die Prozesse, angesichts der schnellen Veränderungen in der Medizin, überhaupt schon alle im Vorfeld definieren?***

## **Offene Fragen**

- ***Lässt sich eine engere Verzahnung mit kommunalen Strukturen auch baulich besser umsetzen?***
- ***Ist eine flexible Raumgestaltung noch optimierbar? (Schnelle Anpassung an neue Studierendenzahlen und Ausbildungscurricula in der Lehre? Anpassung an neue Bedarfe der Forschungsaktivitäten?)***

## Zusammenfassung und Fazit

- Bereits seit den 60er Jahren gewinnt die bauliche Gestaltung von Psychiatrien an Bedeutung.
- Zunehmende Forschung zum Zusammenhang von Elementen der Architektur und Therapieerfolgen, zuerst in der somatischen Medizin, später auch in der Psychiatrie, führen zu deutlichen Veränderungen der Architektur (Beispiel Standardbettenhäuser des LVR, „Milieuthherapie“).
- Neue **Behandlungsprozesse** und zunehmende **Patientenorientierung** machen weitere Anpassungen, notwendig. Hier sind insbesondere die Verzahnung unterschiedlicher medizinischer Disziplinen, Vernetzung von Forschung, Lehre und Behandlung, sowie die Aufhebung starrer Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu nennen.

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

„So haben die Patienten ihre eigenen Areale und Rückzugsmöglichkeiten. Der Entwurf gliedert sich in vier Themenhöfe, die das Ankommen, Behandeln, Therapieren und Entspannen fördern und erleichtern sollen.“  
AKG (Architekten für Krankenhausbau und Gesundheitsförderung)-  
Förderpreis 2017