



## KLINIKARCHITEKTUR

# „Stein auf Konzept“ – Konzeptgeleiteter Bau eines gerontopsychiatrischen Zentrums

Sabine Fontheim, Svenja Fiedler, Martin Haut

Exemplarisch für eine konsequent konzeptgeleitete Architektur und Raumgestaltung wird im folgenden Beitrag ein Bauprojekt der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim vorgestellt. Im Fokus steht dabei der Umbau eines Hauses der Akutpsychiatrie zum vollstationären Klinikbereich eines neuen Gerontopsychiatrischen Zentrums. Hierbei wird das Ineinandergreifen des räumlichen Konzepts mit Erneuerungen der psychiatrischen Pflege beschrieben. Leitidee aller baulichen Überlegungen war: „Das Umbauen folgt dem Konzept, nicht der vorhandenen Gebäudestruktur“.

## Einleitung

Die Unternehmenskultur sollte sich in einer Einheit von Behandlungs- und Therapiekonzept, innerer und äußerer Architektur abbilden. Ziel war es, den Anspruch der Klinik zu verwirklichen, psychisch kranken Menschen in einer – Zitat aus der Unternehmensphilosophie – „ansprechenden und fördernden Umgebung Raum zur Genesung bieten“. Gebaut werden sollte eine informative, helle und lichtdurchflutete Klinik, die nichts zu verbergen hat, stattdessen Offenheit und Transparenz symbolisiert.

Hinterfragt wurde, wie ein gerontopsychiatrisches Zentrum aussehen soll, das sowohl das menschliche Grundbedürfnis nach Beziehung unterstützt; als auch dazu

ermutigt und einlädt, neue Erfahrungen zu wagen. Während des gesamten Konzeptionsprozesses lag der Fokus auf den Patienten, mit steter Einnahme der Patientenperspektive. Aus diesem Blickwinkel entwickelte sich das Konzept der räumlichen Struktur mit neuen Impulsen für die psychiatrische Pflege und einem Gewinn für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter.

## Ausgangslage, Vision und patientenbezogener Anspruch

In den regelmäßigen Strategiekonferenzen der Klinikleitung wurde eine Neuausrichtung für die gesamte Klinik entschieden. Diese bestand in der langfristigen Umsetzung eines Strukturkonzeptes mit Schwerpunkt-

und Zentrenbildung im psychiatrischen Versorgungsangebot. Alle Angebotsformen der Therapie sollten zudem engmaschig horizontal miteinander verknüpft sein. Den baulichen Ausgangspunkt für die Reorganisation der Gesamtklinik bildet die Errichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums.

Das neue bauliche Konzept hatte sich hierbei an drei Akzeptanzpunkten auszurichten:

- Es gibt keinen Neubau
- Umbau eines 1998 fertiggestellten Klinikgebäudes der Akutpsychiatrie mit drei Stationen à 18 Betten, davon zwei geschützte Stationen
- Nur geringfügige Vergrößerung der umbauten Fläche.

Dafür waren drei grundsätzliche Schritte erforderlich:

1. Das Entwickeln einer Gesamtstrategie für das Krankenhaus und deren Einbeziehung in das bauliche Konzept, woraus die Strategie- und Leistungsplanung für das Projekt des gerontopsychiatrischen Zentrums abzuleiten war.
2. Eine berufsgruppenübergreifende Ist-Analyse und die zielklare Optimierung entlang des neuen Strategie- und Leistungskonzeptes. Daraus sollten die Leitlinien für die Architektur abgeleitet werden.
3. Eine Berechnung der notwendigen Raum- und Flächenkapazitäten auf Grundlage der Punkte 1 und 2.

Als Eintrittspforte in das gerontopsychiatrische

Therapiespektrum kann dabei das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) dienen. Von diesem ausgehend oder mit einer externen Ein-/ Zuweisung ist die klinisch vollstationäre und/oder teilstationäre Behandlung möglich. Anschließend ist die Weiterbehandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und/oder ein zeitlich begrenztes oder dauerhaftes Wohnen im psychiatrischen Pflegeheim der Klinik möglich.

Die Differenzierung der vollstationären klinischen Gerontopsychiatrie sollte sich wie folgt abbilden:

- Station A: geschützte gerontopsychiatrische Akutaufnahme- und Kriseninterventionsstation
- Station B: Station für Menschen mit kognitiven Störungen
- Station C: Station für Menschen mit Depressionen und Angsterkrankungen

Jede Station bietet das Behandlungsplatzkonzept „18+2“, d.h., sie verfügt über 18 Planbetten und zwei optionale Ergänzungsbetten, die im Fall hoher Dringlichkeit kurzfristig verfügbar sind. Die Belegungssteuerung erfolgt über das Case Management. Als eine der bundesweit ersten Kliniken hat die Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim ein neues, pflegestütztes Case Management ausgebildet und eingeführt. Dies bedeutet: ein quali-

fizierter und autorisierter Mitarbeiter der Pflege organisiert hauptverantwortlich den gesamten Behandlungsprozess des Patienten.

Das angestrebte medizinische, pflegerische und begleittherapeutische Leistungsangebot wurde definiert. Die neue Ablauforganisation (der Weg des Patienten durch die Versorgungslandschaft) wurde in Form eines *indikationsneutralen organisatorischen Basispfades* konzipiert.

Das therapeutische Milieu und die therapeutische Gemeinschaft sind ein wesentlicher Teil der Gesundheits- und Be-

### Das therapeutische Milieu und die therapeutische Gemeinschaft sind ein wesentlicher Teil der Gesundheits- und Beziehungsförderung, dem baugestalterisch Rechnung zu tragen war.

ziehungsförderung, dem baugestalterisch Rechnung zu tragen war.

Im Weiteren sollte die Raumplanung das Zusammenarbeiten aller am Behandlungsprozess Beteiligten bestmöglichst berücksichtigen.

#### Von der Vision in eine neue Realität

Eine erste Aufgabe vor dem Umbau war, berufsgruppenübergreifende Arbeitsstrukturen für die Konzipierung zu etablieren. Es wurde eine Steuergruppe für das Projektmanagement gebildet, die sich wöchentlich traf. Diese Gruppe bestand aus der Bauherrin, dem Chefarzt, dem leitenden

Oberarzt, dem Leiter des Pflegedienstes, dem Leiter der Organisations- und Qualitätsentwicklung und der pflegerischen Leitung des neu entstehenden Bereichs.

Durch die pflegerisch Leitenden wurde das *Gesamtaufgabenprofil der gerontopsychiatrischen Pflege* abgebildet und mit einer umfassenden Literatur- und Internetrecherche ergänzt. Ausgehend vom pflegerischen Gesamtaufgabenprofil gestaltete sich die pflegerische Ist-Analyse und Standortbestimmung. Es ergaben sich neue Entwicklungsziele für die Pflege. Baurelevante Fragestellungen aus der Pflegeperspektive wurden definiert.

Zentrale Fragen waren:

- Welche baulich-räumliche Umgebung braucht ein psychisch kranker alter Mensch im Krankenhaus, um zu genesen?
- Wie soll das therapeutische Milieu auf baulicher Ebene unterstützt werden?
- Was fördert die Orientierung psychisch kranker alter Menschen im Klinikalltag?
- Wie lassen sich die Werte Information und Transparenz baulich umsetzen?
- Was sind wirksame bauliche Aspekte zur Förderung der Pflegebeziehung?
- Was sind typische Risiken in der gerontopsychiatrischen Pflege und wie kann diesen baulich angemessen Rechnung getragen werden?
- Was ist mit Blick auf eine gute baulich-räumliche Funktionalität/Multifunktionalität?



FOTO: WERNER KRÜPER

onalität für das pflegerische Tagesgeschäft hilfreich?

- Wo liegen besondere baurelevante Herausforderungen für die Pflege?

Nachdem die konzeptionellen Linien klar waren, wurden diese mit dem Pflegeteam stringent, zeitstrukturiert und zielklar bearbeitet und die Ergebnisse ins Projekt eingebracht.

Die Bauherrin informierte nach ihren Hospitationen in führenden gerontopsychiatrischen Einrichtungen die pflegerischen Leitungen direkt über ihre Erfahrungen und Erkenntnisse, sowie über daraus resultierende Ideen für die eigene Klinik. Informationsbesuche der Pflegenden in weiteren Einrichtungen schlossen sich an.

Während des ersten Liebenburger Pflegefachtages im September 2008 beteiligte sich eine Expertin für integrative Validation an der Konzeption. Besonders unterstützend war dies auf der geschützten Akutstation für die Kontextgestaltung für demente Menschen mit herausforderndem Verhalten im Krisenstadium. Wertvolle Ideen zur Licht-, Farb- und Bewegungsraumgestaltung wurden umgesetzt.

Die anspruchsvolle Aufgabe bei der geschützten Station bestand darin, ein baulich-räumliches Angebot für das Zusammensein sowohl desorientierter als auch orientierter Menschen (integratives Setting) zu schaffen.

Für die Mitarbeiter bestand die Möglichkeit, eigene Gestaltungsideen über ein Intranetportal beizutragen und damit den neu entstehenden Bereich in seiner Geburtsstunde mitzuprägen. Auf diesem Weg wurden innerhalb eines Jahres 102 Mitarbeiterideen aus der Pflege gesammelt und evaluiert. Alle gewonnenen Erkenntnisse mündeten in ein differenziertes Raumbedarfs- und Raumnutzungskonzept.

Dieses konzeptionelle Fundament bildete die Grundlage der baulichen Zielbestimmungen, deren Realisierung in den Baubesprechungen geplant wurde. Feste Teilnehmer der Baubesprechungen waren die Stationsleitungen, die dadurch die Gelegenheit hatten, den Bau des gerontopsychiatrischen Zentrums aktiv mitzugestalten. Somit konnten sich die Stationsleitungen mit der künftig zu leitenden Station schon sehr früh identifizieren. Zugleich

ging ihre psychiatrische Pflegefachkompetenz in die Bauplanung ein.

## Gerontopsychiatrische Pflege – neue Möglichkeiten durch neue Räume

Grundsätzlich stellt jede stationäre psychiatrische Behandlung eine starke Belastung für den Betroffenen dar. Insbesondere fremdbestimmte Akutaufnahmen gehen mit einer starken Stresssituation für den Patienten und seine Angehörigen einher. Demente Menschen reagieren auf den Wechsel vom vertrauten Zuhause in die Klinik oft mit unkontrollierbaren Angst- und Stressreaktionen, geraten nicht selten „laut oder still“ in eine Krise. Ebenso (nur anders) belastet sind depressive Menschen, die sich in einem „tiefen depressiven Tal“ in eine für sie fremde Umgebung wagen, um wieder zu sich selbst zu finden. Stationäre Aufnahmen sind für den Betroffenen zu meist negativ und angstbesetzt, unabhängig davon, wie eine Klinik aufgestellt ist.

Mit Blick auf diese Situation des Patienten ergab sich die Herausforderung, pflegerische Beziehungsarbeit über die Bau- und Raumgestaltung bestmöglich zu unterstützen.

Die Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden war mit einer Atmosphäre des Sich-getragen-Fühlens und Angenommen-seins – sowohl im Zwischenmenschlichen, als auch baulich-räumlich – zu umrahmen. Das bauliche Gestalten dieser Atmosphäre beginnt im neuen gerontopsychiatrischen Zentrum an der Stationseingangstür.

## Eingang

Die großen Glastüren der Stationseingänge gewähren freie Sicht in das Innere der Stationen. Jeder Stationszugang (Abb. 1) bietet Helligkeit, Transparenz und einen uneingeschränkten Besucherzugang. Die gläserne, helle und warme Gestaltung des Stationszugangs reduziert Ängste und Vorurteile gegenüber dem Aufenthalt. Auf der geschützten Station kann der Einblick auf die Station im Fall einer akuten Notfall- und Krisensituation durch eine Jalousie für Blicke von Außen verdeckt werden. Informationstafeln zu den Hauptkrankheitsbildern, zu deren Therapie und zu wichtigen Aspekten der Selbstpflege informieren bereits am Stationseingang.

## Lichtkonzept

Das spezielle Lichtkonzept mit einer Ausleuchtung von 500 Lux auf den Fluren und Gemeinschaftsräumen sorgt für eine tageslichthelle und schattenfreie Beleuchtung. Eine patientenseitige Fehlwahrnehmung von Schatten als Hindernis ist dadurch ausgeschlossen. In den Bädern leuchtet nachts durchgehend ein 8-Watt-Orientierungslicht, welches dem Patienten bei nächtlichen Gängen ins Bad den Weg weist. Die Leselampe über dem Bett ist mit einem Fingelicht versehen, dies erlaubt dem Patienten nachts schnellen Zugriff auf Beleuchtung. An jedem Bettplatz ist ein Untersuchungslicht eingerichtet. Für nächtliche ärztliche Untersuchungen oder Pflegemaßnahmen besteht ausreichend Sicht, wodurch die Stö-



Abb. 1 Die Gestaltung des Stationszugangs reduziert Ängste und Vorurteile gegenüber dem Aufenthalt

zung des Nachtschlafes der Mitpatienten weitgehend gering gehalten wird. Eine weitere Besonderheit ist die farbliche Gestaltung und Positionierung der Lichtschalter und Steckdosen. Rote Schalter stechen hervor und befinden sich im Sichtfeld der Patienten. Dadurch findet der Patient leicht den Lichtschalter für den Raum. Die von den Mitarbeitern zu bedienenden Schalter sind an unterer Stelle angebracht und in dezenter Farbe gehalten, um Verwechslungen bei der Bedienung zu vermeiden. So wurde früher wiederholt Fehlalarm ausgelöst, weil demente Patienten den Klingelknopf mit dem Lichtschalter verwechselten. Dem folgte eine höhere akustische (Stress-)Reizbelastung von Patienten und Mitarbeitern, die stets emotional reagierten, da sie ad hoc nicht zwischen Echt- und Fehlalarm unterscheiden konnten. Auf Bewegungsmelder wurde bewusst verzichtet, da die Vorerfahrungen lehrten, dass insbesondere der demente Patient stets einen Lichtschalter zum Ausschalten suchte.

### Lüftung, Schallschutz, Orientierungshilfen

Gerade im gerontopsychiatrischen Bereich sind im Kontext von Inkontinenz etc. unangenehme Geruchsbildungen keine Seltenheit. Folglich wurde für eine dreifach verstärkte, manuell steuerbare Be- und Entlüftung gesorgt, die einerseits unangenehme Gerüche vermeidet, andererseits das Arbeiten mit Aromen ermöglicht.

Die Fußböden sind trittschallgedämpft und passend zum Farb- und Lichtkonzept abgestimmt.

Im Rahmen des Farbkonzeptes wurde auf ein ausgewogenes Verhältnis der verschiedenen Farben, Kontraste und neutralen Farbbereiche geachtet. Die Bodenbeläge sind in Erdfarbtönen gehalten, die ein Gefühl von Sicherheit und Bodenständigkeit vermitteln. Den Kontrast dazu bilden helle, in Gelbtönen gehaltene Wände. Wandläufe und Orientierungshilfen stechen durch kräftige Farben hervor. Die Türen zu Nebenräumen werden optisch durch An-

passung an die Wandfarbe zurückgenommen, während die für die Patienten wichtigen Türen aus dunklen Holztonen bestehen. Im Zusammenspiel der Farben und Kontraste ergibt sich eine angenehme, emotional warme Ausstrahlung der Räume.

### Kriseninterventionszimmer

Auf der geschützten Station existiert für Krisenpatienten mit herausforderndem, sehr lautem Verhalten die Möglichkeit der Reizabschirmung in einem schallgeschützten Kriseninterventionszimmer (Abb. 3). Bei diesem handelt es sich um ein voll ausgestattetes Einzelzimmer (incl. Telefon-, Fernseh- und Netzanschluss) mit eigenem Bad in Dienstzimmernähe. Der Raum ist multifunktional nutzbar. Aufgrund einer Doppeltür mit Kurzflur kann letzterer bei Infektionspatienten als Schleuse genutzt werden. Er ist für Gespräche in einer ruhigen, akustisch reizarmen Umgebung ebenso geeignet wie für Interventionen bei vital gefährlichen Notfallsituationen. Im Gegensatz zu früheren ausstattungsarmen Zimmermodellen für Notfall- und Kriseninterventionen bietet dieses Zimmer den höchsten Ausstattungsstandard und bringt auch darin eine Wertschätzung gegenüber Notfallpatienten zum Ausdruck. Diese erwarten im Kontext ihrer zumeist unfreiwilligen Aufnahme ein derart angenehmes und entspannungsförderndes Zimmerangebot nicht und reagieren deshalb oft positiv überrascht. Die Ausstattung des Kriseninterventionszimmers umfasst zusätzlich:

- Tiefbetteignung/Anschlüsse
- Sauerstoff- und Druckluftanschluss
- optional Zweibetteignung
- mobiler Hochlehnsessel
- Schallschutz
- zusätzliche Pflegehilfsmittelablage.

Durch o.g. Maßnahmen wurde für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter im Vergleich zur früheren Situation eine erheblich entspanntere Atmosphäre und eine Reizreduktion erzielt, die insbesondere auf emotional aufgeladene Patienten entlastend wirkt.

### Räumliche und zeitliche Orientierung, Information, Kommunikation

Die räumliche Orientierung wird durch ein großbuchstabiges Wegeleitsystem in den Treppenhäusern unterstützt. Für jeden Patienten befindet sich ein Namensschild in großer Schrift an der Tür seines Zimmers, am Bett, an seinem Schrank sowie im Bad. Die Namensschildfarbe markiert die Zuordnung zu der zuständigen Bezugspflegerin. Eine einfache Nummerierung der zehn Patientenzimmer (Abb. 2, 3) von 1 bis 10, mittels 30 cm großer Zahlen vereinfacht dem Patienten, in Kombination mit seinem Namensschild, das Finden seines Zimmers. Für die zeitliche Orientierung unscharf orientierter Patienten sind Flure und Patientenzimmer jeweils mit einer großziffrigen Wanduhr ausgestattet. Auf allen Stationen wird auf einer Tafel täglich der Wochentag und das Datum mit Kreide vermerkt. Häufig aktualisieren Patienten Wochentag und Datumsangabe selbst. Eine Mitarbeiter tafel präsentiert die Personen des Pflgeteams namentlich und fotografisch. Hierauf sind alle Patienten unter ihrer Bezugspflegerin namentlich verzeichnet, wodurch sich der Patient wiederholt zur Bezugspflegerin personell orientieren kann. Darüber hinaus existiert eine Tafel, auf der mit Hilfe eines Zeitstrahls Aktivitäten und Angebote des Tages visualisiert werden.

Auf den offenen Stationen ist der frei im Raum angeordnete, rezeptionsähnliche Infopoint ein bedeutsamer Punkt für Beziehung,



Abb. 2 Nummerierung der Patientenzimmer



Abb. 3 Patientenzimmer

Kommunikation und Austausch. Der Infopoint ist hierbei nicht nur als baulicher Zentralpunkt der Station zu verstehen, vielmehr findet hier das erste Ankommen am Aufnahmetag, der Beginn der Pflegebeziehung und organisatorische Weichenstellungen des pflegegestützten Case Managements statt. Durch die baulich-räumliche Gestaltung und Dekoration dieses zentralen „Pflege-Beziehungspunktes“ werden Respekt und Wertschätzung unterstrichen. Die Patienten und Besucher haben immer einen barrierefreien Direktkontakt zu einer Pflegekraft, ohne wartend vor einer verschlossenen Dienstzimmertür zu stehen. Die Ausstattung des Infopoints ermöglicht Vitalwertmessungen, Diabetes-Management, EDV-Zugriff und Medikamentenmanagement/-training, Zeitschriften- und Buchausleihe sowie die Mitnahme von Informationsbroschüren.

Hüther [1] verbindet menschliche Beziehungserfahrungen einerseits mit der Fähigkeit zu direkter personaler Nähe und im weiteren mit der Fähigkeit zur gemeinsamen Hinwendung gegenüber Dritten (shared attention). Patienten, die für ihr Sicherheitsgefühl das Bedürfnis nach mitmenschlicher Präsenz und Sichtkontakt haben, sitzen des Öfteren auch ausschließlich deshalb am Infopoint, weil sie sich in der Nähe der Pflegenden sicherer fühlen. Auf der geschützten Station befindet sich an Stelle des Infopoints ein großes, patientenseits stark frequentiertes Sofa vor dem Dienstzimmer. Insbesondere schwer dementen Patienten, die sich außerhalb der Wahrnehmung von Pflegenden aufgrund kognitiv nicht mehr möglicher Zeitkonstruktion schnell vergessen fühlen, gibt der „Sofaaufenthalt“ ein beruhigendes Gefühl des Beachtenseins und ein Mehr an Interaktion mit der Pflege. Das Raumkonzept unterstützt hierbei über die Betonung von Nähe, Beziehung und Präsenz (gesehen werden, sich als Mensch gesehen fühlen) eine validierende Haltung gegenüber dementen Menschen.

### Gemeinschaftsräume und Außenkontakte

Bei der Gestaltung der Gemeinschaftsräume war deren Eignung für gemeinsames

Tun in der Gruppe besonders wichtig. Hier soll den Patienten Sinnerleben in der Gemeinschaft und die wichtige Beziehungserfahrung gemeinsamer Hinwendung gegenüber Dritten geboten werden.

Darüber hinaus unterstützen angemessene Raumangebote die Integration in die therapeutische Gemeinschaft. Therapeutische Gruppenangebote, wie z.B. die Zeitstrukturierungsgruppe der Depressionsstation, das Gedächtnistraining etc. können durch das neue Raumkonzept auf den Stationen vor Ort durchgeführt werden. Die Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen ist durch die Möglichkeit der multifunktionalen Raumnutzung unterstützt.

Jede Station verfügt über zwei Aufenthaltsräume. Hiervon ist ein Raum mit einem Fernseher ausgestattet und bietet zugleich einen Panoramablick über die Klinik und den Ort.

Fernsehen ist bewusst nur im Aufenthaltsraum möglich, obwohl alle Zimmer über einen Anschluss verfügen. Im Sinne der Gemeinschaftsförderung ist gemeinsames abendliches Fernsehen und geselliges Gestalten der Freizeit pflegerisch angestrebt. Ein Rückzug des Patienten aufs Zimmer, um zwischen den Therapien seine Zeit mit Fernsehen zu verbringen, ist „konzeptuell“ vermieden. Patienten, die beispielsweise aufgrund einer Infektion ihr Zimmer nicht verlassen dürfen, haben jedoch die Möglichkeit, auf dem Zimmer fernzusehen.

Besuchern der geschützten Station ist das Betreten von Patientenzimmern und Gemeinschaftsräumen der Stationen möglich. Dies soll Außenkontakte erhalten und die Beziehung der Patienten untereinander fördern. Frühere Szenen, in denen Angehö-

rige in Besucherzimmern besorgt darüber spekulierten, ob auf der geschützten Station das geschieht, was sie aus Hollywoodfilmen kennen, und folglich reichlich Gesprächsbedarf hatten, gehören der Vergangenheit an. Heute spricht die ruhige und entspannte Atmosphäre der Station für sich.

Neben einem höheren Maß an Transparenz ergab sich ein verbessertes gegenseitiges

Verständnis zwischen Besuchern und Pflegenden. Die Pflegenden müssen heute beim Umgang mit Besuchern erheblich mehr Achtsamkeit und situatives Feingefühl aufbringen. Mehr als früher gilt es, als Dialogpartner für Angehörige verfügbar zu sein und die Gesamtsituation auf der Station für eine gesundheitsfördernde Atmosphäre aktiv zu beeinflussen. Die pflegerische Wahrnehmung der Patienten-Besucher-Interaktion verbesserte sich durch die neue „Nahdran-Situation“ der Pflege, verglichen mit dem vorherigen „Besucherzimmermodell“. Auf Wunsch – mit Zustimmung der Therapeuten – hat jeder Patient auf dem Zimmer ein Telefon und eine Internetverbindung.

Sehr kurze Wege auf der Station sowie das interne Verbindungstreppehaus zwischen den Stationen bewirken ein schnelles Beim-Patienten-Sein. Dies kann auf der geschützten gerontopsychiatrischen Akutaufnahmestation mit einer gemischten Belegung durch desorientierte und orientierte Patienten für letztere eine Entlastung sein. Hierbei galt es, sich bewusst zu halten, dass sich die gerontopsychiatrische Pflege auf geschützten Akutaufnahmestationen mit dem gesamten psychiatrischen Störungsspektrum auseinanderzusetzen hat und nicht ausschließlich mit der Pflege dementer Menschen zu assoziieren ist.

### Eigener Zimmerschlüssel für Patienten

Für alle (!) Patienten besteht die Option eines eigenen elektronischen Zimmerschlüssels, welcher zugleich sein Wertfach im Schrank schließt. Der eigene Zimmerschlüssel trägt zur Sicherung der persönlichen Sachen bei, ermöglicht temporär ungestörten Rückzug in die Privatsphäre des eigenen Zimmers und ist erfahrungsge-

mäß gerade auf einer geschützten Station ein wichtiger Aspekt der Selbstbestimmung. Insbesondere für langjährig psychiatrienerfahrene Patienten, die aus früheren Zeiten „die alleinige Schließmacht der Pflege“ kennen, ist der eigene Zimmerschlüssel eine neue, positive Erfahrung.

**Insbesondere für langjährig psychiatrienerfahrene Patienten, die aus früheren Zeiten „die alleinige Schließmacht der Pflege“ kennen, ist der eigene Zimmerschlüssel eine neue, positive Erfahrung.**

## Sicherheit

Ein Hauptrisiko in der Gerontopsychiatrie ist der Sturz. Im Rahmen des Sturzrisikomanagements sind alle Räume alters- und behindertengerecht gestaltet. Die Stationen sind stufenfrei und verfügen über schattenfreies Licht. Jede Station verfügt über eine Terrasse, die mit einer frakturverhindernden Matte unterlegt ist.

Die Sanitäreinrichtungen sind mit einer Dusche, WC und Waschbecken ausgestattet. Haltegriffe und ein barrierefreier Duschzugang bieten Sicherheit und eine altersgerechte Nutzung. Der Zugang zu den Bädern erfolgt durch eine Schiebetür, um nachts ein versehentliches Gegen-die-Tür-Laufen auszuschließen. Ein neuer Waschbeckentyp (Abb. 4) bewährt sich durch spezielle Griffmöglichkeiten zum Festhalten und Hochziehen. Des Weiteren ist jedes Bad mit Duschstühlen ausgestattet. Diese bieten dem Patienten eine sichere, höhenverstellbare und rutschfeste Sitzmöglichkeit. Die WC-Deckel sind zur Orientierungshilfe farbig.

Über eine Klingelrufanlage sind die Stationen zusammenschaltbar. Dies ermöglicht den Pflegenden, in Notfallsituationen stationenübergreifend schnell zu intervenieren. Darüber hinaus gewährleistet ein von den Pflegenden mitgeführtes Notfallalarmierungssystem eine schnelle Notfallintervention im Rahmen eines Rendezvoussystems.

## Multifunktionsraum statt Arztzimmer

Im Zusammenhang mit einem sektorübergreifenden Bezugstherapeutenmodell wurden Arztzimmer und Büros von den Patientenstationen in einen anderen Bereich verlegt. Einzig das Büro der pflegerisch Leitenden wurde auf der Stationsebene

platziert, um eine patienten- und mitarbeiternahe Mittendrin-Situation zu erreichen. Das frühere Arztzimmer der Station wurde zu einem Multifunktionsraum umgestaltet, der von allen Berufsgruppen genutzt werden kann. In diesem finden Patientenaufnahmen, pflegerische und medizinische Diagnostik, Arzt- und Angehörigengespräche, Behandlungspflege und Dokumentationsarbeiten statt. Darüber hinaus werden im Multifunktionsraum die seitens der Pflege benötigten Medizinprodukte modularisiert und standardisiert vorgehalten.

## Resümee

*Welche Umgebung und Atmosphäre braucht ein psychisch kranker alter Mensch für den Erhalt und die Verbesserung seiner Gesundheit in der Psychiatrischen Klinik?*

Von dieser Schlüsselfrage ausgehend gestaltete sich das baulich räumliche Gesamtkonzept. Ein wichtiges Ziel gemäß der Leitidee „das Umbauen folgt dem Konzept“ war, die Verbindung zwischen den räumlichen Bedürfnissen des Patienten und neuen Impulsen für die gerontopsychiatrische Pflege herzustellen.

Die neuen Räume ermöglichen dem Patienten, sich in der zunächst fremden Umgebung wohlfühlen, Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Beziehung, Kommunikation und Austausch werden gefördert und das Gefühl von Vertrautheit wird ermöglicht. Die warme, einladende und harmonische Atmosphäre fördert die Zufriedenheit und das Wohlbefinden von Patienten und Besuchern.

Zentrale Erfolgsrezepte waren die Einbettung des Projekts in die neue Gesamtstrategie der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim und ein auf klare Ziele orientierendes, professionelles Projektmanagement. Darüber hinaus gelang es, im Gestalterteam – berufsgruppenverbindend und hierarchieübergreifend – kreative Potenziale zu entfalten. Was hier zählte, war die konstruktive Idee, unabhängig davon, ob diese vom Pflegedienstleiter oder der Auszubildenden kam. Zukunftsgerichtet gilt es, kontinuierlich zu verbessern.

Konzeptgeleitetes Bauen kann gelingen, wenn sich die Suche nach zukunftsfähigen, praktikablen und kompetenten Antworten für einzelne Fragestellungen mit einem systemisch vernetzten Denken psychiatrischer Pflege verbindet. Konzeptgeleitetes Bauen gelingt nur dann, wenn bei aller rationalen Expertise stets die empathisch „be-herzte“ Begegnung mit dem Menschen im Mittelpunkt steht – mit dem Patienten, dem Angehörigen und dem Mitarbeiter.

## Literatur

- Hüther G. Biologie der Angst. 9. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2009, S. 82-83



**Sabine Fontheim**

Mitgesellschafterin der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim. Im Unternehmen seit 1983 verantwortlich für den Bereich „Bau und Verbesserung“. Seitdem Neubauten, Umbauten und

Renovierungen im Bereich des Krankenhauses und des Pflegeheims.



**Svenja Fiedler**

Pflegerische Stationsleitung der Station 4 C für Menschen mit affektiven Störungen und Case Managerin im Gerontopsychiatrischen Zentrum der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim.



**Martin Haut**

Leitung Pflege und Case Management des Gerontopsychiatrischen Zentrums der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim.

### Korrespondenzadresse:

Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim GmbH & Co KG  
Lindenstraße 15  
38704 Liebenburg  
Tel.: 05346/81-0  
eMail: info@klinik-dr-fontheim.de

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0031-XXXXXX  
Psych Pflege 2011; 17: 255-261  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619



Abb. 4 Patientenzimmer