

Zentrum für Psychiatrie Emmendingen

Konzeption Stationen Rollerhaus

Verfasser: universalraum
Stand: Februar 2020

Inhaltsverzeichnis

<u>1</u>	<u>RAHMENBEDINGUNGEN</u>	<u>2</u>
1.1	VERSORGUNGSPROBLEMATIK / KIENTEL	2
1.2	KLINIKAREAL / ZIELPLANUNG	2
<u>2</u>	<u>ROLLERHAUS</u>	<u>3</u>
2.1	ROLLERHAUS: IST-ZUSTAND	3
2.2	ROLLERHAUS: ARCHITEKTUR	3
2.3	ROLLERHAUS: ZIELE ENTWURF UNIVERSALRAUM	4
<u>3</u>	<u>ANFORDERUNGEN AN RÄUME UND BEREICHE</u>	<u>5</u>
3.1	BRAINSTORMING ZUR ATMOSPHERE	5
3.2	ISO-RÄUME	5
3.3	IB-BEREICH	6
3.4	DIENTSZIMMER	8
<u>4</u>	<u>ENTWURFSVARIANTEN</u>	<u>9</u>
4.1	MINIMALVARIANTE	9
4.2	QUALITÄT DER ISO-ZIMMER	10
4.3	MAXIMALVARIANTE	11
4.4	DIENTSZIMMER	14
<u>5</u>	<u>EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE BEARBEITUNG</u>	<u>15</u>

1 Rahmenbedingungen

1.1 Versorgungsproblematik / Klientel

- Haus hat Versorgungsauftrag für sehr großes Einzugsgebiet - ca. 100 km nach Nord und Süd
- Verdichtung schwerer Fälle im stationären Bereich (leichte Fälle werden ambulant versorgt)
- Hohe Aggressivität
- Über Jahre steigende Fallzahl – kompensiert durch kürzere Verweildauer

1.2 Klinikareal / Zielplanung

- Gerontopsychiatriebau neu
- Einige Gebäude in Fremdvermietung (z. B. Waldorfschule)
- Es gibt keine aktuelle Zielplanung. Vor 20 Jahren wurde eine eher allgemeine Planung zum Thema Denkmalpflege erstellt.
- In 5 Jahren wird Lörrach eröffnet, dann könnten ggfs. Stationen hier verkleinert werden. Dies entspricht dem Ziel, Patienten zukünftig dezentraler versorgen zu können (wohnnah).
- Raumreserve für Umbau: Haus Nr. 41-44, sog. „Bremerhaus“ (4 Stockwerke) – evtl. kann hier eine Station vom Rollerhaus untergebracht werden während Umbauphase
- Alle Häuser auf dem Gelände sind durchsaniert, Ausnahme: Rollerhaus

2 Rollerhaus



Fotos: <https://www.zfp-emmendingen.de>

2.1 Rollerhaus: IST-Zustand

- Stationen der Allgemeinpsychiatrie sowie Ambulanz und Apotheke im UG und EG
- Versorgung aller Krankheitsphasen auf einer Station (kontinuierlicher Bezug zu Pflege und Ärzten) – 90% der Patienten haben keinen Stationswechsel
- Aktuell keine genesungsfördernde Umgebung
- Personal ist auch mit aktueller Belegung sehr belastet – Arbeitsbedingungen kritisch (bis zu 14 IB-Patienten pro Station)
- Bedarf an IB-Plätzen steigt – versuchen mit Konzepten gegenzulenken, oft wurde die ganze Station geschlossen, weil so großer Bedarf da war
- KRITISCH: Geschlechtertrennung (Nassräume) aktuell nicht gegeben

2.2 Rollerhaus: Architektur

- 1970er-Jahre-Bau, sog. „Schmetterling“
- Stahlbetonbauweise
- es wurde immer im laufenden Betrieb umgebaut (Stückwerk)
- letzter Umbau vor 10 Jahren: Grundsanierung (ohne Fassade und Fenster)
- Struktur: 1 Flügel öffentlich / Personal, 1 Flügel Intensivbereich (IB), 1 Flügel Station
- 2/3 offen, 1/3 geschützt
- bisher keine zugeordneten Nasszellen an den Patientenzimmern, entspricht nicht dem Versorgungsstandard
- Kann man außen an das Gebäude ansetzen? Ja- Aufständering kann angedacht werden

Technik

- Klimaanlage für die Südseite (technische Ausstattung aufs Dach)
- Klima vor allem für Dienstzimmer und für ISO Räume, da diese nicht quergelüftet werden können
- Bei Zimmern mit Bädern ist Lüftung vorhanden (Klima müsste zusätzlich installiert werden)
- Fußbodenheizung grundsätzlich möglich

2.3 Rollerhaus: Ziele Entwurf universalraum

- Die Zustände für die Patientenversorgung werden als so schlecht bewertet, dass umgehend gehandelt werden muss. Das Ministerium mahnt dies bereits an. Umbau soll noch in 2020 starten.
- Betrachtet werden sollen die ISO-Räume, der IB-Bereich sowie der offene Bereich (gesamte Station).

Minimalvariante (mit dem Ziel eines Neubaus)

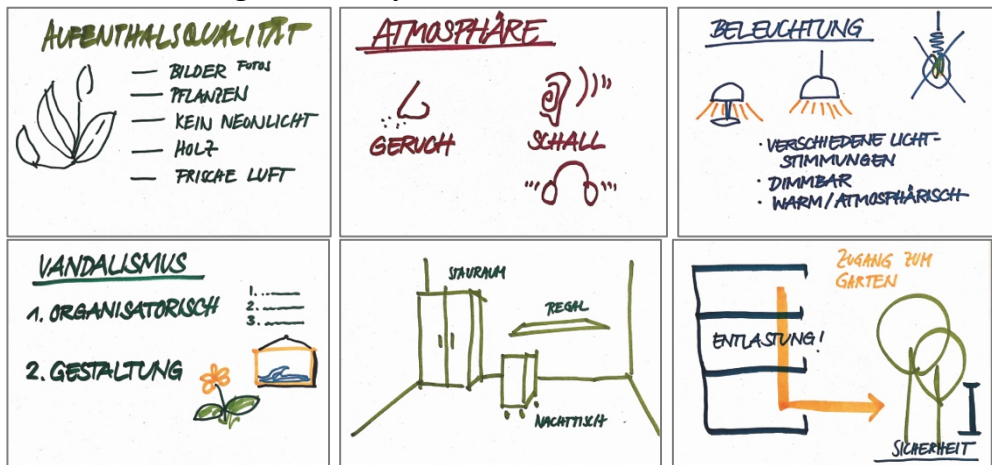
- Minimalsanierung / -renovierung zur Verbesserung des therapeutischen Milieus des IB-Bereiches
- Nasszellen nur in den ISO-Zimmern
- Das Gebäude muss noch 10-15 Jahren funktionieren
- Neubau wäre grundsätzlich erst möglich, wenn klarer ist wie Versorgung auf regionale Kliniken (z. B. Klinikneubau Lörrach) verteilt wird
- Problem: für Neubau ist keine Baufläche auf dem Areal verfügbar
- Sollten zentrale Bäder erhalten bleiben muss Geschlechtertrennung stattfinden – aktuelle Zustände sehr problematisch

Maximalvariante (dauerhaftes Verbleiben im Rollerhaus) - VORZUGSVARIANTE

- Phase 1: Einbau von Nasszellen an Patientenzimmern im gesamten IB-Bereich
- Bei dieser Lösung müssten die Abteilungen ca. 6 Monate umziehen (Kernbohrung würde auch beide Etagen betreffen, Lärm nicht zumutbar)
- 2. Bauabschnitt: Umbau offener Bereich: Bäder an PZ würden Freiraum auf der anderen Flurseite schaffen (zentrale Bäder entfallen)
- Wenn der IB-Bereich gut geling, wäre das das Signal: Wir bleiben im Rollerhaus und wollen auch die anderen (offenen) Bereiche / Stationen zukunftsfähig machen -> kein Neubau

3 Anforderungen an Räume und Bereiche

3.1 Brainstorming zur Atmosphäre



- Mehr Privatsphäre: Einzelzimmer als Rückzugsort, aber auch zugeordnete Nasszelle
- Atmosphäre ist nicht wohnlich; Idee: Holz (z. B. Fußboden), Lichtstimmung, andere Möbel, Pflanzen, Bilder (eher Fotos als abstrakte Bilder)
- Menschenwürdige Bedingungen: Patienten UND Mitarbeiter sollen sich wohlfühlen – aktuell wollen MA auch nicht dort arbeiten
- Es fehlen Lagerfläche und Stauraum – auch für die persönlichen Sachen der Patienten, evtl. auch mal offene Flächen, wie Regale
- Hauptprobleme: Lärm, Geruch und Enge
- Wir wollen gute Räume anbieten statt restriktiv zu arbeiten
- Ziel ist es, dass die Umwelt genesungsförderlich ist – aktuell erzeugt sie eher Widerstände – man fühlt sich unwohl
- Räume müssen so gut sein, dass Patient ihn nicht ständig verlassen will
- jedes Detail bekommt in der Psychose eine Bedeutung – es braucht positive Signale, v. a. im ISO Raum (ehem. Patient)
- Zugang zum Garten – würde beide Parteien entlasten: Patienten und Pflege – Dafür muss das Sicherheitsniveau des Gartens erhöht werden. Dies soll so geschehen, dass keine forensische Atmosphäre entsteht (z. B. abgeknickter Zaun).

3.2 ISO-Räume

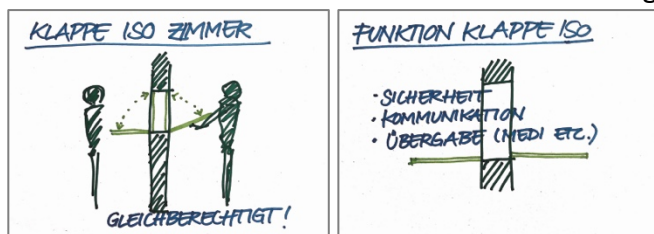
Gestaltung / Lage

- Leitmotiv: Die ISO-Räume sollten die besten und nicht die schlechtesten Zimmer sein.
- Klimatisierung geplant
- ISOs sind aktuell zu weit vom Dienstzimmer entfernt, kurze Wege erforderlich
- ISOs sollen so schön gestaltet werden, dass sie auch als normales EZ funktionieren, Reduktion der Stigmatisierung
- Deeskalationszimmer (ohne direkte Blickbeziehung ins Dienstzimmer): durch das Einzelzimmermilieu können Patienten beruhigt werden
- Musik / Radio gewünscht, evtl. Touchpad
- Fensterorientierung ISO Zimmer: besser Richtung Park, als zur Straße hin (Einblick von außen – Provokation Patient – Kommunikation mit außen - vgl. Raucherbalkone
- Der Arbeitsraum unrein (Steckbeckenspüle) muss in räumlicher Nähe vorgesehen werden.

- Aktuell ISOs ohne Schrank – dieser soll zukünftig aber fest eingebaut werden (mobile Schränke sind ungeeignet, da vandalismusanfällig)

Überwachung und Kommunikation

- Aktuell Videoüberwachung vor allem bei Toilettengang problematisch für Patienten
- Ideal wäre es, einen ISO-Raum direkt vom Dienstzimmer aus überwachen zu können
- Überwachungsfenster in ISO-Zimmer-Tür schwierig – Assoziation Gefängnis – Lösung: Glastür im ISO-Zimmer, damit Personal von Schleuse aus sehen kann, wie es dem Patienten geht
- Mögliches Problem: man kann dadurch schlecht kommunizieren
- Vorteil Klappe: Man kann Medikamente reinreichen und kommunizieren, Sicherheit fürs Personal, das oft alleine ist
- Lösungsvorschlag: Klappe, die von beiden Seiten geöffnet werden kann: Patient kann selbst über Kontakt entscheiden – Gleichberechtigung



Ausstattung Bäder

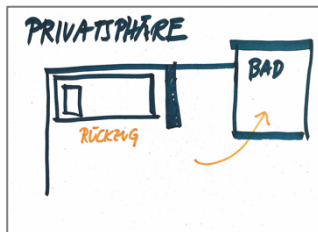
- Aus Suizidpräventionsgründen sollten Brauseschläuche nicht dauerhaft im Bad vorhanden sein; die Installation von Sportkopfbrausen ist sinnvoll
- zusätzlich: Klickverbindung für Brauseschlauch vorsehen, damit Personal bei der Hygiene unterstützen kann (optimale Position in einem der ISO-Zimmer)
- Vertikale Haltegriffe sollen in allen Sanitärbereichen vorgesehen werden. Diese bürden ein Restrisiko für Strangulationen, sind jedoch für die selbstständige Nutzung durch die Patienten erforderlich. Horizontale Griffe müssen vermieden werden.

3.3 IB-Bereich

Gemeinschaftsflächen

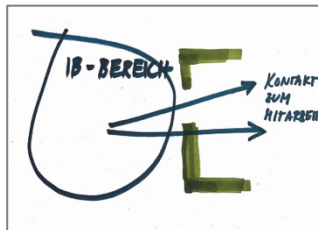
- Der IB-Bereich soll auch als normale Station funktionieren. Dafür sind Aufenthalts- und Therapieflächen erforderlich (Esszimmer mit bis zu 12 Plätzen). Die Gestaltung muss normal und ansprechend sein.
- Außerdem: Stress durch Platzmangel, es gibt nur einen Aufenthalt, Entkopplung von Aktivitäten nicht möglich
- Mehrfachnutzung der Gemeinschaftsflächen denkbar: Besucher, Gespräche Mitarbeiter-Patienten, Aufnahme, Aufenthalt
- Stress tritt vor allem durch Lautstärke auf: Anspannung, kein Gespräch möglich – Akustische Maßnahmen erforderlich
- Aktuell gibt es Flurtelefon im IB Bereich – das kann nach dem Umbau entfallen (EZ)

Patientenzimmer



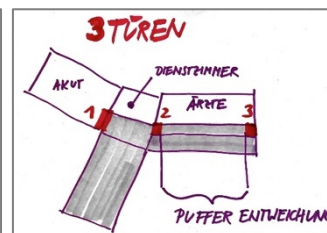
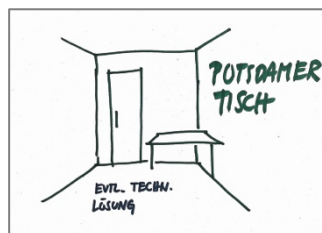
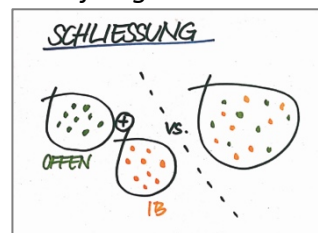
- Bettenminderung zugunsten der räumlichen Qualität wird mitgetragen (Abbau von Akutbetten auch durch zukünftige Etablierung einer Krisenstation in der Psychotherapie)
- Mehr Einzelzimmer gewünscht (sind sehr beliebt und führen zur Deeskalation)

Kontakt zu Mitarbeitern



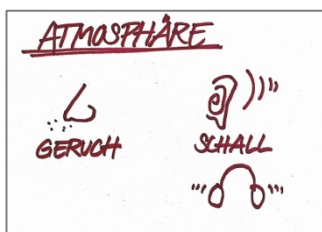
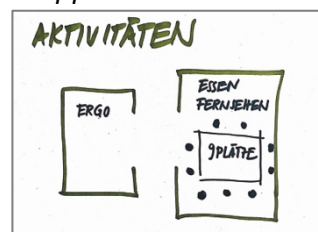
- Aktuelles Problem: Man fühlt sich isoliert vom Rest der Station – es gibt Blickkontakt nach draußen zur anderen Station, aber nicht zum Personal (Rollo manchmal geschlossen)
- Tür zum IB-Bereich: häufig Ort der Eskalation

Schließung des IB-Bereiches bzw. der Station



- Problem: Wenn wir schließen haben wir extremes Patientenkontingent in IB-Bereich. Von Teilschließung profitieren eher absprachefähige Patienten im offenen Bereich.
- Zum Teil kann es sinnvoll sein, die ganze Station geschlossen zu führen bzw. eine Öffnung über einen Potsdamer Tisch zu realisieren.
- Elektronische Lösung kann das Personal entlasten (Steuerung der Stationstür).
- Der Entwurf soll alle Betriebsmöglichkeiten ermöglichen.
- 3-Türen-Konzept, um flexibler schließen zu können: 1. Tür zum IB-Bereich (Abtrennung Akutpatienten), 2. Tür zum Flügel mit den Arztzimmern (fungiert als neue Stationstür: kurzer Weg zum Dienstzimmer, direkte Blickbeziehung). 3. Tür am ehemaligen Stationszugang (Sicherheitsfunktion: Kann elektronisch geschlossen werden, wenn Patient durch neue Stationstür entweicht)

Gruppenraum im IB-Bereich



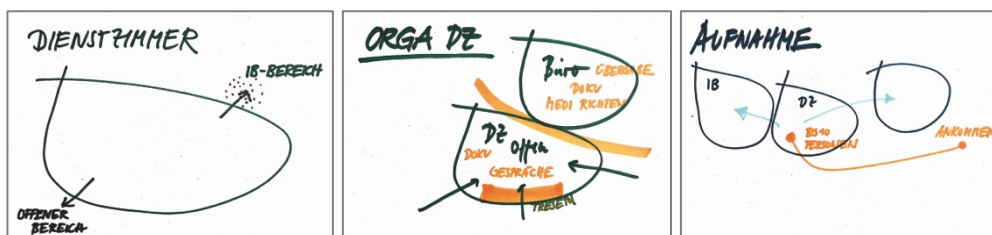
- Gruppenraum: Entkopplung der Aktivitäten (nicht nur Fernsehen), Essen (am besten mit bis zu 12 Personen)
- Nutzung auch für Ergotherapie, diese gibt es fast nur im offenen Teil
- Raum für Gespräche mit Patienten
- Lärm als Stressfaktor

- ab 20 Uhr wird die Station geschlossen, dann ist der hintere Aufenthalt / Raucher überfüllt

Fixierung

- Fixiert wird auf Bett, das soll auch so bleiben
- Fixiert wird vor Ort überall auf der Station, da wo Situation entsteht und nicht nur in den ISO-Räumen
- Lager mit vorbereitetem Fixierbett kann beliebig positioniert werden, idealerweise jedoch im IB-Bereich, um Unruhe auf der ganzen Station zu vermeiden
- Option: nur 1 Bad bei ISO-Zimmern und dafür Lager bei Fixierbett

3.4 Dienstzimmer



- Dienstzimmer ist Schnittstelle zwischen den Abteilungen, gleichzeitig spielt sich hier alles ab: Aufnahmegespräche, Dokumentation, Medikamenten setzen (auch tagsüber)
- Dienstzimmer zu dicht / zu viele Funktionen
- Zonierung des Dienstzimmers nötig (Lärm, Sichtbeziehungen, ...)
- Dienstzimmer kann über Tresen geöffnet werden, geschlossenes Back-Office dahinter erforderlich
- Tür darf kein Abwimmeln von Kontakt sein: Beziehungspflege
- Tresen in Lichthof denkbar – Zugangstür könnte dann vom Dienstzimmer aus eingesehen werden

Aufnahmesituation

- Empfang darf für Patienten keine Enttäuschung sein, sondern muss Willkommen / Sicherheit signalisieren
- Im Dienstzimmer finden Aufnahmegespräche statt, oft bis zu 10 Personen (inkl. Polizei und Mitarbeiter des Roten Kreuzes)
- Sicherheit: Dienstzimmer besser als Arztzimmer: mehr Personal verfügbar und drei Ausgänge; Sicherheit muss auch für Personal gewährleistet sein: mind. 2x pro Woche gewaltbereiter Patient, der durch Polizei eingeliefert wird
- Aufnahmegespräche in Arztzimmer oft schwierig: hier fällt Entscheidung, ob die Patienten im IB-Bereich untergebracht werden: das führt oft zu Aggressionen – schwer den Patienten dann über die Station in den IB-Bereich zu bringen, oft Gefährdung für Personal

4 Entwurfsvarianten

4.1 Minimalvariante



Zeichnung Grundriss Minimalvariante ohne Maßstab

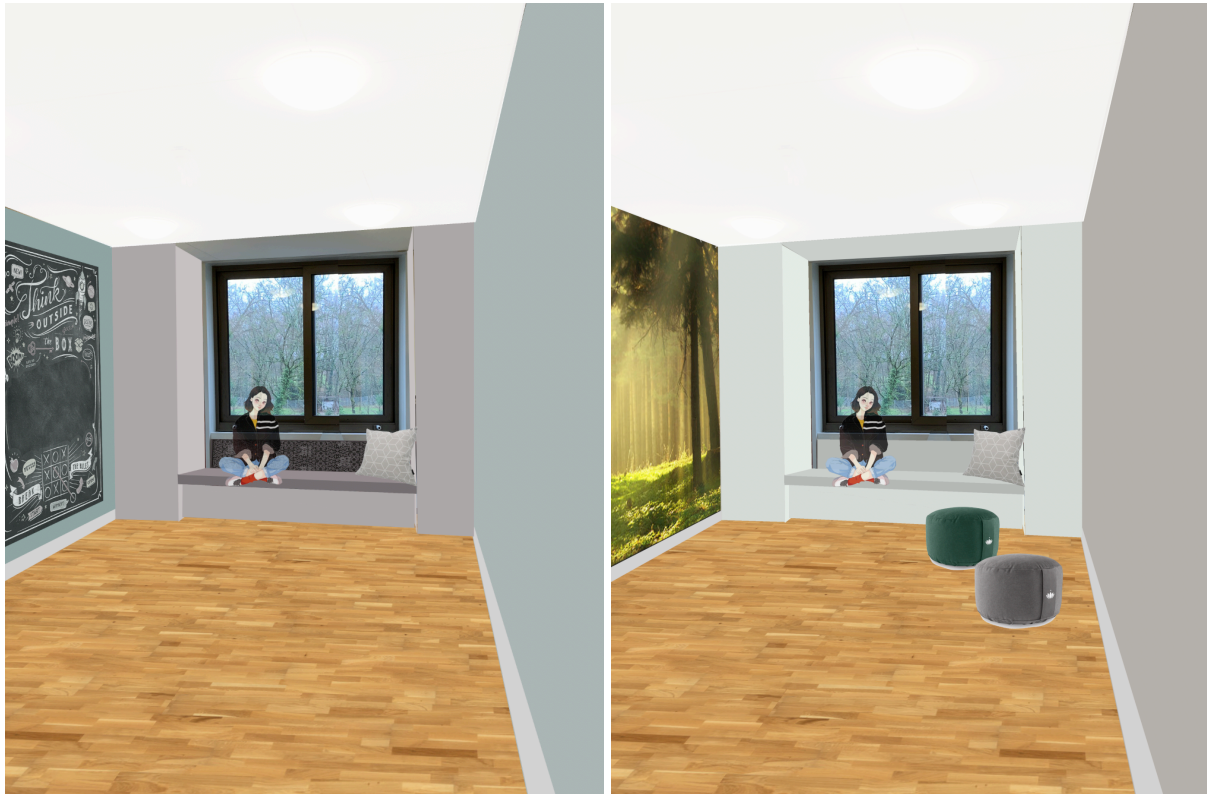
- Installation von Nasszellen in den ISO-Zimmern
- Einrichtung einer Steckbeckenspüle
- Aufteilung der Sanitäranlagen nach Geschlechtern
- Rückbau der Toiletten in den ehemaligen ISO-Zimmern, Installation von Waschbecken
- Einrichtung eines Aufenthaltsbereiches am Flurende (Speiseraum, Therapie, Aufenthalt)
- Reduktion IB-Bereich auf 7+2 Betten

Nachteile:

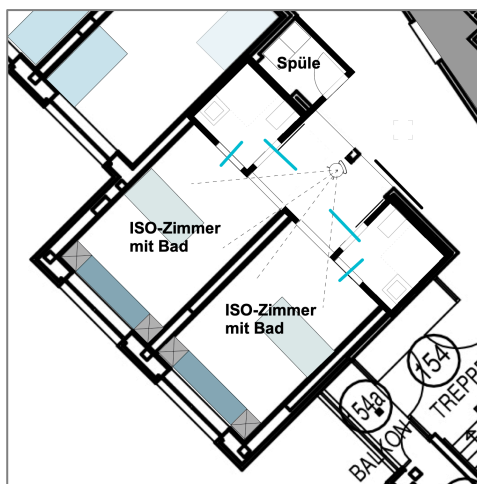
- keine zeitgemäße Versorgung von Patienten aufgrund der zentralen Bäder
- keine Entkopplung der Aktivitäten der Patienten im IB-Bereich möglich

- keine Versorgung von Rollstuhlnutzern möglich
- Fixierbett steht weiterhin im offenen Teil der Station (weite Wege, Sichtbarwerden von Zwangsmaßnahmen, Unruhe)
- Kontaktmöglichkeiten zwischen Patienten IB-Bereich und Mitarbeitern nicht verbessert

4.2 Qualität der ISO-Zimmer



- Schränke sind eingebaut in Fensterfront – sehr stabil, keine Befestigungsmöglichkeiten für Gurte, abschließbar
- Es entsteht eine Sitzbank am Fenster – hohe Aufenthaltsqualität
- Heizkörper kann verkleidet werden, Alternative: Fußbodenheizung
- Vorhaltung einer Kreidetafel – Aneignung des Raumes ermöglichen
- Reizreduktion ermöglichen (Abdunkelung des Raumes)
- PVC-Belag fugenlos in Holzoptik – wenig institutionelle Wirkung



- Steckbeckenspüle in unmittelbarer Nähe
- Schleuse als Puffer zum Flur
- Bäder vom Zimmer UND von der Schleuse zugänglich (einfaches Reinigen)
- Glastüren zwischen Schleuse und ISO-Zimmer – sicheres Eintreten für die Mitarbeiter, Sitzwache in der Schleuse realisierbar
- Bett kann bei Bedarf in Pflegebettstellung stehen
- Nutzung als reguläres Patientenzimmer möglich

4.3 Maximalvariante



Zeichnung Grundriss Maximalvariante IB-Bereich ohne Maßstab

- Alle Patientenzimmer mit Bädern, Empfehlung: durchgängig barrierefrei (Bewegungsflächen von 1,20x1,20m) und ein Zimmer rollstuhlgerecht (Bewegungsflächen von 1,50x1,50m)
- Zwei Zimmer teilen sich ein Bad – elektronische Schließlösung vermeidet Patientenkontakt (Bad kann nicht gleichzeitig von beiden Seiten genutzt werden)
- Rollstuhlgerechte Versorgung möglich (Zimmer am Flurende)
- Besserer Kontakt zu den Mitarbeitern – Blickbeziehung ins Dienstzimmer von Aufenthaltsbereich aus, gute Akzeptanz durch die Patienten erwartet
- Entkopplung der Aktivitäten, Vorhaltung von zwei Aufenthaltsbereichen
- Lagerung des Fixierbettes zentral im IB-Bereich
- Aufenthaltszone vor dem Raucherbalkon wurde durch das Verlegen der Patientenzimmertür beruhigt – kein Durchgangsbereich mehr

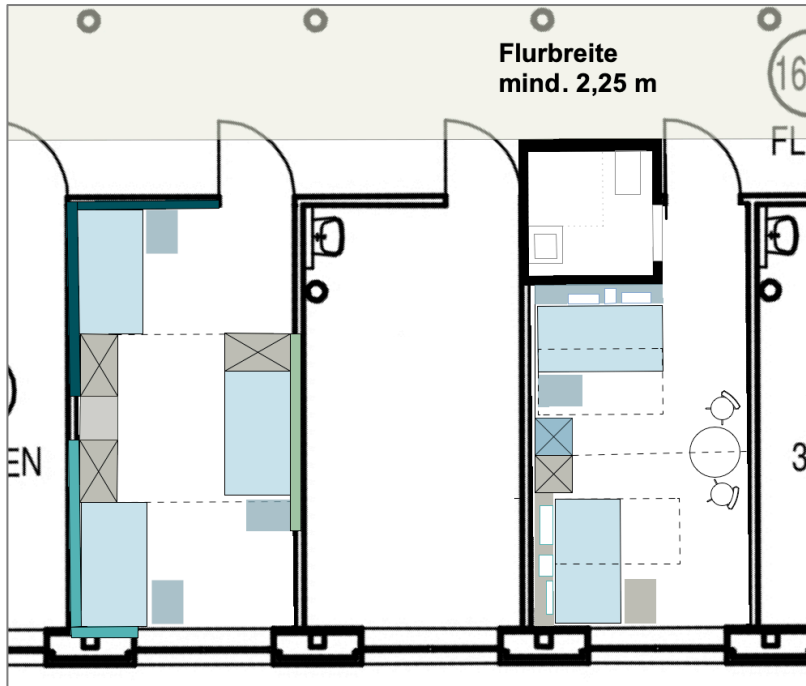
- Integration eines Pflanzbeckens auf dem Balkon – positive Wirkung von Naturelementen (Stressabbau) durch zahlreiche Studien belegt



Zeichnung Grundriss Maximalvariante ganze Station ohne Maßstab

- Integration von Nasszellen auch im offenen Bereich der Station – diese können in den Flur eingerückt werden (Flurbreite muss laut Musterkrankenhausbauverordnung mind. 2,25 m bleiben)
- Durch Wegfall der zentralen Nassräume kann ein weiterer Aufenthaltsbereich geschaffen werden. Das Anstellen eines Balkons wäre hier sinnvoll.

- Des weiteren entsteht ein zusätzliches Büro (Stationsleitung und Sozialdienst). Das Dienstzimmer kann entsprechend vergrößert werden.
- Ein zusätzliches Lager kann realisiert werden.
- Patientenzimmer sollen mit maximal 2 Betten ausgestattet werden.



Zeichnung Möblierungsvarianten Patientenzimmer ohne Maßstab

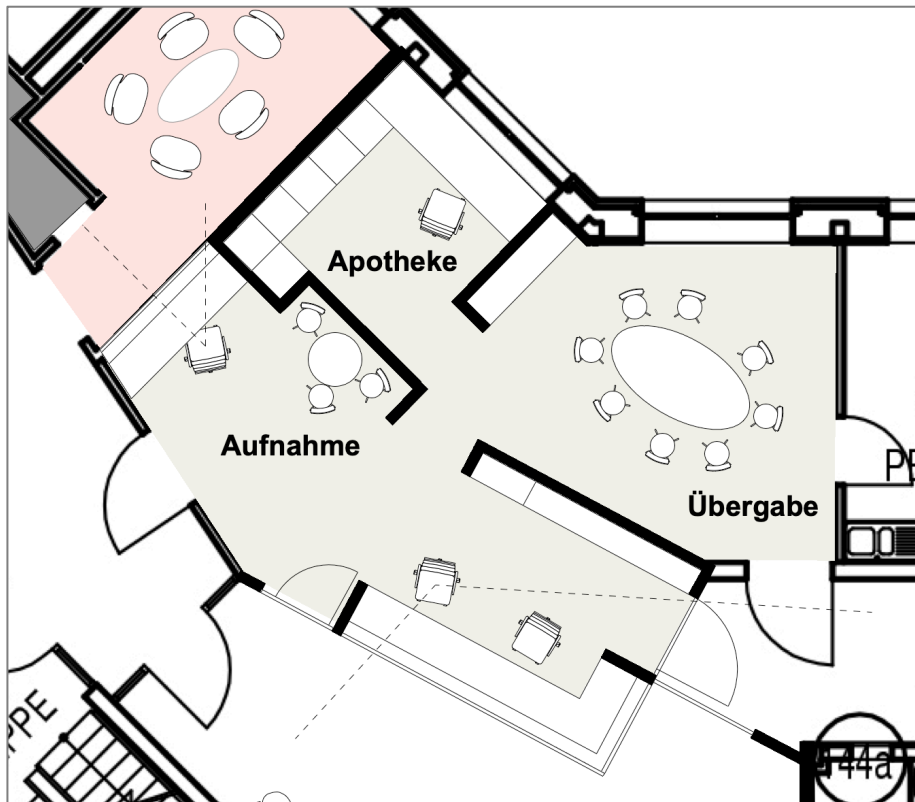
Zeichnung links: Minimalvariante

- Aktuell müssen teilweise drei Patienten in einem Raum versorgt werden. Dabei sollte die Aufreihung der Betten in Pflegestellung vermieden werden, weil diese keine klaren Territorien abbildet und Stress verursacht wird.
- Die Beispielmöblierung ordnet jedem Bett einen Bereich des Raumes zu. Auch die Kleiderschränke und Nachttische sind eindeutig zugeordnet.
- Durch farbliche Wandpaneele können die Zonen deutlich markiert werden.
- Ein Handwaschbecken ließe sich zwischen den zwei Schränken an der linken Wand oder in der Eingangszone integrieren.

Zeichnung rechts: Maximalvariante

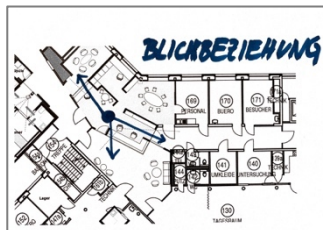
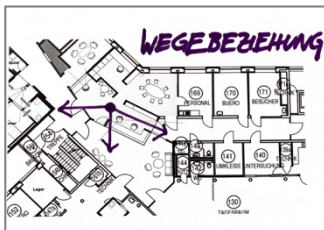
- Bei einem Betrieb als Doppelzimmer mit Nasszelle kann man aktuellen Versorgungsansprüchen gerecht werden.
- Die Betten werden jeweils an ein Einbauelement angestellt, welches Fächer und Ablagemöglichkeiten zur Personalisierung (Aneignung) bietet.
- Schränke und Nachttische sind den zwei Territorien um die Bettplätze klar zugeordnet.
- Eine gemeinsam genutzte Sitzgruppe befindet sich in der neutralen Zone.
- Betten können sowohl wandständig als auch in Pflegebettstellung betrieben werden.

4.4 Dienstzimmer

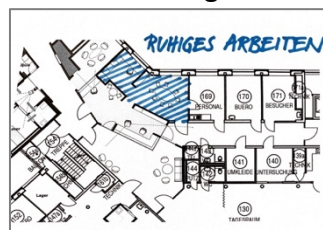
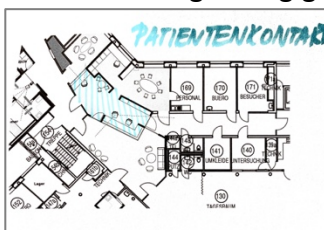


Zeichnung Grundriss Dienstzimmer ohne Maßstab

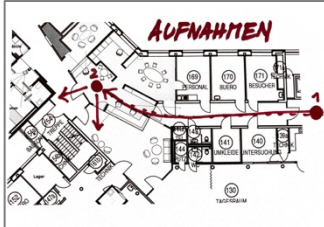
- Die Fläche des Dienstzimmers wird deutlich vergrößert: Das Büro für die Stationsleitung und den Sozialdienst zieht in den offenen Flügel der Station. Zusätzlich rückt der Raum in das Foyer der Station hinein.
- Das Dienstzimmer hat damit direkte Blickbeziehungen zu allen Bereichen: IB-Bereich, offener Stationsbereich und Eingang der Station.



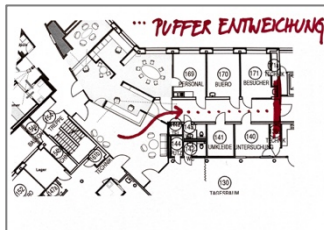
- Die vordere Zone des Dienstzimmers ist für den Kontakt mit den Patienten (Blickbeziehungen in alle Bereiche, Platz für Gespräche mit den Patienten) vorgesehen. Diese Zone kann großflächig verglast werden. Auch offene Tresenvarianten sind möglich.
- Der hintere Bereich des Dienstzimmers dient dem ruhigen Arbeiten. Im reinen Arbeitsraum (Apotheke) können ungestört Medikamente gesetzt werden. Außerdem ist hier ein ruhiger Arbeitsplatz für die Dokumentation vorhanden. Den Mitarbeitern steht außerdem ein großzügiger Raum für Übergaben zur Verfügung.



- Aufnahmen können von außen direkt ins Dienstzimmer gelangen. Dort kann das Aufnahmegespräch stattfinden. Patienten können vom Ort des Gespräches auf kurzem Weg direkt in den geschlossenen oder offenen Bereich gebracht werden. Die Türen des Stationszimmers können theoretisch so ausgebildet werden, dass auch Liegend-Transporte Zugang hätten.



- Die neue Stationstür direkt neben dem Dienstzimmer kann offen geführt werden. Der Tresen dient hier als sog. Potsdamer Tisch. Sollten Patienten unerlaubt entweichen, kann die äußere Tür (ursprüngliche Stationstür) vom Dienstzimmer aus elektronisch geschlossen werden.



5 Empfehlungen für die weitere Bearbeitung

- Erstellung einer Zielplanung für den Standort – Festlegung der Bettenentwicklung und der baulichen Entwicklungsschritte
- Machbarkeitsstudie für den temporären Betrieb allgemeinspsychiatrischer Stationen im Bremerhaus
- Entwurf für den großen Speise- und Aufenthaltsraum im offenen Bereich der Station – aktuell hat dieser Raum eine sehr institutionelle Größe, über eine geschickte Zonierung und differenzierte Möblierung kann dem entgegengewirkt werden
- Detailplanung zur suizidpräventiven Gestaltung der Bäder

Wir bedanken uns bei allen Teilnehmern der Gespräche und Workshops für die
positive Zusammenarbeit.

Dr.-Ing. Nadine Glasow

Dr. phil. Katharina König