

KRANKENHAUSBAU – IST DAS ÜBERHAUPT EINE AUFGABE FÜR ARCHITEKTEN?

Architekten möchten sich mit ihren Entwürfen gern selbst verwirklichen. Da scheint die Sanierung alter Bestandsgebäude mit langen, grauen Linoleumfluren, greller Beleuchtung und dem Geruch nach Desinfektionsmitteln nicht so recht ins Bild zu passen. Ist Krankenhausbau also eher eine Aufgabe für Betriebsplaner, die Arbeitsabläufe untersuchen, optimieren und auf ein räumliches Gefüge übertragen? Das Gegenteil ist der Fall.

Im Spezialgebiet Gesundheitswesen kann ein Architekt nur dann erfolgreich sein, wenn er über den Tellerrand schaut und Einflüsse, Strömungen und Erkenntnisse aus anderen Aufgaben in den Krankenhausbau einfließen lässt. Fest steht, es ist eine herausfordernde und spannende Aufgabe – und eine unterschätzte zugleich. Öffentliche Anerkennung und Aufmerksamkeit sind mit diesen Bauwerken nur schwer zu erzielen. Dafür eignen sich Museumsbauten, Einkaufszentren, Flughäfen oder Bahnhöfe viel besser. Aber warum ist das so? Liegt es möglicherweise an der immer noch existierenden Tabuisierung von Krankheit, Alter und Tod?

Das gängige Vorurteil ist: Ein Krankenhaus muss in erster Linie funktional sein, die Ausführung ist an einem engen Kostenrahmen gebunden. Das aber ist nicht alleiniger Inhalt der Planungsaufgabe, denn die Gestaltung von Gebäuden und Räumen für kranke Menschen erfordert neben den baulichen, betrieblichen und wirtschaftlichen Abläufen vor allem Kenntnisse in Psychologie und Soziologie. Patienten befinden sich körperlich und seelisch in einem Ausnahmezustand. Sie fühlen sich häufig der Situation und der Umgebung ausgeliefert. Architektur kann hier Angst steigern oder Angst mildern. Ein ganz wichtiges Ziel ist es, Orientierung, Klarheit und Sicherheit zu vermitteln und im besten Fall damit sogar Heilungsprozesse zu fördern. Ein Planer muss sich in die Situation des Patienten hineinversetzen können und dessen Wahrnehmung zu seiner Entwurfsgrundlage machen. Ein Kranker ist meist nicht beschäftigt, er nimmt mit erhöhter

Aufmerksamkeit den ihn umgebenden Raum und alle Details wahr. Ausschlaggebend für die Atmosphäre in einem Krankenhaus oder Bettenzimmer sind „weiche“ Faktoren: Emotion, Dimension, Blickbezüge und Orientierung, Farbe, Material und Licht. Patientengerechte Architektur kann damit zu einem Imagefaktor für das betreffende Krankenhaus werden.

Der Architekt im Gesundheitswesen ist Generalist. Er muss in allen Leistungsphasen ganzheitlich planen und alle gestalterischen, funktionalen und wirtschaftlichen Einzelaspekte zu einer Gesamtlösung führen. Bereits im frühen Entwurfsstadium ist eine interdisziplinäre Vorgehensweise unabdingbar. Der Planer ist zugleich Kommunikator, Moderator und Vermittler, vor allem für die Patienten und die Nutzer, sprich Ärzte und Pflegekräfte sowie für den Träger der Einrichtung, die Behörden und weiteren Beteiligten. Diese Aufgabe erfordert Mut und Gespür, auch einmal eingefahrene Verhaltensmuster, Verordnungen und Normen infrage zu stellen, um sich damit rechtzeitig gesellschaftlichen Veränderungen anpassen zu können. Um die hohen Ansprüche an die Haus- und Medizintechnik zu erfüllen, ist die rechtzeitige Einbindung der Fachingenieure eine wichtige Voraussetzung, damit das Entwurfskonzept von Anfang an auf die technischen Erfordernisse abgestimmt werden kann. Auf diese Gewerke entfällt der Hauptanteil der Baukosten. Heute betragen die Hochbaukosten oft schon weniger als 50 Prozent der Gesamtbausumme.

Neubauvorhaben sind heute eher selten geworden. Etwa

STEFAN LUDES

geboren 1962 in Dorsten/Nordrhein-Westfalen

1984 – 88 Studium der Architektur und Bildhauerei in Aachen

seit 1992 Freischaffender Architekt mit Büros in Berlin, München und Halle
Tätigkeitsschwerpunkte: Bauten des Gesundheitswesens, der Forschung und der Lehre
Text: Stefan Ludes und Norma Müller



90 Prozent der Aufträge bestehen aus Umstrukturierung, Ertüchtigung und Weiterentwicklung vorhandener Bau- substanz. Meist sind Anlagen aus Gebäuden unterschiedlich- ster Entstehungszeit zusammengesetzt. Eine zukunftsorien- tierte Planung muss die baulichen, strategischen, funktiona- len und betriebswirtschaftlichen Aspekte einbeziehen und optimieren. Sinnvolles Instrumentarium ist hierfür eine Mas- terplanung oder Zielplanung.

Was ist eine Zielplanung?

Bereits in den 60er-Jahren wurde für die geordnete Ent- wicklung von Krankenhäusern und Einrichtungen des Ge- sundheitswesens dieses Instrument geschaffen. Die Ziel- planung ist als Entscheidungsgrundlage für die langfristige Entwicklung eines Krankenhauses zu verstehen. Hier wird definiert, wie das Planziel in einem überschaubaren Zeit- raum erreicht werden kann. Die Abfolge der Entwicklung ist in einer Hierarchie gegliedert und in Bauabschnitte unterteilt. So wird sichergestellt, dass die Einzelmaßnah- men auf einer Gesamtkonzeption basieren und Fehlinvesti- tionen unterbleiben. Die verschiedenen Stufen der Ziel- planung setzen sich zusammen aus der Bestandsaufnahme, der Analyse und Bewertung (IST) und der Erarbei- tung von

Zielvorgaben (Soll). Nach dem Soll/Ist-Vergleich wird der baulich-betriebliche Zielplan entwickelt, bestehend aus einer gebäudetechnischen Konzeption, der Vorplanung von Erweiterungsmöglichkeiten, der Unterteilung in Bauab- schnitte, der Kostenprognose und – besonders wichtig – dem Funktions- und Schemaplan. Die erforderlichen Räume werden gemäß Raumprogramm den Funktionsbereichen zugeordnet, als da sind: Untersuchung, Behandlung, Pflege, Verwaltung, Soziale Dienste, Forschung und Lehre, Ver- und Entsorgung und sonstiges.

Der Entwurf und die Umsetzung

Im Gegensatz zu einem Büro- und Verwaltungsgebäude oder auch einem Industriebau, die Raum für nur wenige spezialisierte Tätigkeiten aufweisen, muss der Kranken- hausbau eine Vielzahl von Funktionen unter einem Dach koordinieren. Das Raumprogramm beinhaltet nicht nur in seiner Nutzung sehr unterschiedliche Räume, sondern auch in Bezug auf Größe und Ausstattung, zum Beispiel Betten- zimmer, Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume, Behand- lungsräume, OPs und Labore, des Weiteren Büros, event- uell ein Café und einen kleinen Laden oder Kiosk, eine Bibliothek und schließlich Räume für Lehre und Forschung.

Eingebunden in die Natur: das Helios-Klinikum in Bad Saarow.



Fotos: Werner Huthmacher, Berlin



Aufenthaltsbereich im Carl-von-Basedow-Klinikum in Merseburg

Die meisten bestehenden Häuser müssen bei laufendem Betrieb umgebaut oder erweitert werden. Das bedeutet für den Architekten, er muss ein genaues logistisches Konzept erarbeiten, das der besonderen Sensibilität der Situation Rechnung trägt, beispielsweise durch eine genaue Terminplanung für die Gewerke, die Staub und Lärm verursachen, eine besondere Berücksichtigung der Bereiche mit einem hohen Ruhebedürfnis oder auch die Sicherstellung der Flucht- und Rettungswege, die speziell für gehandicapte Personen zu jeder Zeit gewährleistet sein muss. Diese Phase ist durch eine intensive Abstimmung mit dem Nutzer gekennzeichnet.

Für einen reibungslosen Arbeitsablauf im Klinikalltag ist von großer Bedeutung, dass das Raumgefüge und die Wegeführung genau auf die Arbeitsweisen des Personals abzustimmen ist und deren Erfahrungswerte in die Planung integriert werden. Bei bestehenden Häusern überprüft der Planer, inwieweit die innere Organisation überaltert ist. Dabei sind die vorhandenen baulichen Qualitäten zu erhalten und dem heutigen Stand von Medizin, Wissenschaft und Technik anzupassen. Bei Neubauten müssen Kriterien wie Flexibilität und Anpassbarkeit des Bauwerks im Hinblick auf mögliche Erweiterung, Aufstockung, Nutzungs- und Funktionsänderung Berücksichtigung finden. Geplant wird mit statischen und konstruktiven Systemen, die Variabilität zulassen, wie unterzugsfreie Decken, größtmögliche Stützenfreiheit in den Räumen, mit Rastermaßen im Ausbau und der Koordination von Hochbau und Installationstechnik, die Nachinstallationen gewährleisten.

Entwicklung und Trends im Krankenhausbau

Beim Entwerfen und Planen von Krankenhäusern hat sich in den letzten Jahren viel verändert. Zum einen müssen die Kliniken und ihre Betreiber als eigenständige Wirtschaftsunternehmen auftreten. Das Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl schafft Wettbewerb. Der Patient ist nun Kunde und Gast, der das Angebot prüft und Ausstattung, Atmosphäre, Lage und Umgebung der Institution in seine Entscheidung einbezieht. Immer mehr Begriffe aus den Bereichen Wellness und Hotel fließen in den Markt mit ein. Zudem haben sich durch Gesundheitspolitik und demografische Veränderungen neue Entwicklungen ergeben. Die Gesamtzahl der Einrichtungen ist in den letzten Jahren rückläufig. Aber auch die Verweildauer der Patienten ist deutlich zurückgegangen. Die Ursachen für diese Entwicklung liegen unter anderem darin, dass die Entgelte für die medizinische Versorgung nicht mehr an die Dauer der Behandlung gebunden sind, sondern nach Art der Leistung pauschal abgerechnet werden. Durch Reformen im Gesundheitswesen, ausgerichtet auf mehr Effizienz, sowie den medizinischen Fortschritt mit neuen und verbesserten Behandlungsformen ergeben sich folgerichtig kürzere Untersuchungszeiten. Auf diesem umkämpften Markt

nimmt der Anteil der privaten Krankenträger deutlich zu. Dagegen nehmen öffentliche und gemeinnützige Trägerschaften um dasselbe Verhältnis ab. Kleine Häuser schließen sich zusammen, um am Markt stärker auftreten zu können. Neben der vollstationären Behandlung bieten die Krankenhäuser immer häufiger ambulante Versorgung an. Die Grenzen verschwimmen. War früher klar definiert, ob der Patient eine Klinik, eine Praxis oder ein Schönheitsstudio aufsucht, geht der Trend heute eher zu einer integrierten Versorgung. Alle Leistungen werden unter einem Dach angeboten. Wenn Trends, Entwicklungen, Zahlen und Kosten im Wandel begriffen sind, wie lange soll die Planung für ein Krankenhaus dann aktuell sein? Die Lebenszyklen von Gesundheitsbauten sind kürzer geworden.

Mussten Klinikbauten aus dem 19. und beginnenden 20. Jahrhundert noch einen Zeitraum von 100 Jahren bestehen, führt heute die anspruchsvolle, sich ständig wandelnde medizinische Versorgungstechnik zu einem Austausch innerhalb von 20 bis 30 Jahren. Die bauliche Hülle muss Raum für Hightech-Medizin auf dem neuesten technischen und wissenschaftlichen Stand bieten und mit den wachsenden Anforderungen Schritt halten.

Die besondere Aufgabe des Architekten ist es, das scheinbar Unvereinbare zu vereinen: den reibungslosen Ablauf der Behandlungen mit der Optimierung der Prozesse in einer patientengerechten Atmosphäre. Das Bauwerk als heilsame Umgebung mit positiver Stimmung und menschlichem Maßstab steht dabei immer im Vordergrund.

Blick in einen modern ausgestatteten Operationssaal

