

Julia Kirch, Katharina König

Bedürfnisse des Personals an die räumliche Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen

1 Einleitung

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind durch die unterschiedlichen Rollen und Verfassungen ihrer Nutzenden geprägt: auf der einen Seite die vulnerable Patient:innengruppe, die kaum Ressourcen hat, um sich an die gebaute Umwelt anzupassen. Diese Gruppe ist in hohem Masse von der Passung ihrer Bedürfnisse und den Eigenschaften der gebauten Umwelt abhängig (Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell: Lawton & Nahemow, 1973). Gleichzeitig ist die Gesundheitseinrichtung der Arbeitsplatz für das pflegerische, medizinische und das therapeutische Personal. Die Innenarchitektur sollte einen funktionierenden Rahmen für die erforderlichen Arbeitsprozesse, aber auch Raum für Erholung – zum Beispiel in den Arbeitspausen – bieten. Hier ist im Wesentlichen die Reduktion von Stressoren zu nennen, die übrigens auch der Patient:innengruppe zugutekommt. Die unterschiedlichen Anforderungen an die Innenarchitektur gelten für die psychiatrische und somatische Versorgung – stationäre und ambulante – sowie für Pflegeeinrichtungen (Kurzzeit- und Langzeitpflege).

Während in den vergangenen Jahren das Wohlergehen der Patient:innen im Fokus von Studien stand (z. B. Ulrich et al., 2008; MacAllister et al., 2016), hat in den letzten Jahren das Wohlbefinden des Personals eine immer bedeutendere Rolle bei Planungsentscheidungen eingenommen. Gesundheitseinrichtungen sehen sich nunmehr der Herausforderung gegenüber, die Attraktivität des Arbeitsumfelds – einschliesslich der Innenarchitektur – drastisch zu steigern, da sie nicht nur um Patient:innen, sondern zunehmend auch um qualifizierte Fachkräfte konkurrieren.

Der vorliegende Beitrag legt den Schwerpunkt auf die Bedürfnisse des Pflegepersonals in Gesundheitseinrichtungen und zeigt praktische Ansätze zur innenarchitektonischen Gestaltung für diese Arbeitsumgebungen auf; viele Aussagen gelten gleichermassen für das medizinische und therapeutische Personal. Eine Passung der Umweltanforderungen ist jedoch besonders für das Pflegepersonal von Bedeutung, da ihre Arbeitsprozesse besonders eng mit dem gebauten Raum verbunden sind – z. B. Pflege der Patient:innen, Wechsel zwischen den Aufgaben, die auch mit längeren Wegen verbunden sind. Zudem leidet besonders diese Berufsgruppe unter der fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung. Gesundheitseinrichtungen sind nicht nur als Orte der Heilung und Genesung zu betrachten, sondern auch als attraktive Arbeitsumgebungen und entsprechend als solche zu gestalten. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass sich die Bedürfnisse verschiedener Nutzendengruppen nicht

zwangsläufig diametral gegenüberstehen, sondern sich gerade im Hinblick auf atmosphärische Aspekte häufig überlappen. Auch wenn in diesem Artikel der Schwerpunkt auf den Bedürfnissen des Pflegepersonals liegt, sollte das Ziel einer gelungenen Gestaltung immer eine holistische Gestaltung sein, die alle Nutzendengruppen berücksichtigt.

2 Von «Healing» zu «Appealing»: Das Personal im Fokus

Zunehmend rückt auch in der (innen-)architektonischen Planung der Fokus auf das Personal und seine Bedürfnisse: Die Beschäftigten im Gesundheitswesen wünschen sich einen attraktiven Arbeitsplatz, und die räumliche Gestaltung der Arbeitsumgebung spielt hierbei eine zentrale Rolle. Der Fachkräftemangel ist besonders im Gesundheitswesen eklatant. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung haben es schwer, Fachkräfte zu finden – ein Zustand, der durch vielfach unattraktive Arbeitsbedingungen verschärft wird. Mittlerweile gibt es auch zahlreiche Bemühungen der Politik, diesen z.B. über Verbesserung der Vergütung oder durch Fortbildungsmaßnahmen zu beheben (BMBF, 2019). Dabei wird ein wesentliches Potenzial – die innenarchitektonische Gestaltung – ausser Acht gelassen und hier wesentliches Potenzial verschenkt. Durch den Fachkräftemangel sind Institutionen aus dem Gesundheitswesen bemüht, die Arbeitsbedingungen auf verschiedenen Ebenen zu verbessern. Die Innenarchitekt:innen können mit der bedarfsgerechten Planung von Gebäuden und Räumen für das Personal einen wesentlichen Beitrag leisten. Bisher wurden viele Räume, die dem Personal vorbehalten waren – z.B. Operationssäle oder Aufenthaltsräume –, in die Untergeschosse der Gebäude «verbannt». Hier verschieben sich die Prioritäten zugunsten des Personals und führen zu Veränderungen in der (Innen-)Architektur.

Der Entwurf für das Deutsche Herzzentrum der Charité DHZC in Berlin zeigt dies eindrucksvoll: Das Architekturbüro wörner traxler richter gewann im Jahr 2021 den Architekturwettbewerb mit dem Vorschlag, eine ganze Etage ausschliesslich für das Personal vorzuhalten. Die Fassade springt in dieser Ebene zurück, sodass eine prägnante Fuge in der Gebäudehülle entsteht (Abb. 1 und 2). Hier lädt eine Tartanbahn zur sportlichen Betätigung ein, und der begrünte Dachgarten mit einem Rundum-Blick über die Stadt dient als Bewegungs- und Aufenthaltsraum für die Beschäftigten. Die Fuge ist weithin sichtbar und steht für die Wertschätzung des Personals.



Abbildung 1: Entwurf für das Deutsche Herzzentrum der Charité DHZC von wörner traxler richter (wörner traxler richter planungsgesellschaft)



Abbildung 2: Die «Fuge» und der Dachgarten im Gebäudeentwurf für das Deutsche Herzzentrum der Charité sind ausschliesslich dem Personal vorbehalten (wörner traxler richter planungsgesellschaft)

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

Die Rollen der Innenarchitektur

Die innenarchitektonische Gestaltung der gebauten Umwelt hat einen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, wobei dieser Einfluss auf mehreren Ebenen wirksam wird.

Arbeitshandlungen optimieren

Zunächst einmal fungiert die gebaute Umgebung als wesentlicher Rahmen für sämtliche pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Versorgungshandlungen. Die Anordnung der Funktionen – zum Beispiel Patient:innenzimmer, Untersuchungs- und Behandlungsräume, vor allem aber der Pflegestützpunkte – in einem Gebäude beeinflusst, wie sehr die Raumgestaltung das Personal bei der Ausführung seiner Aufgaben unterstützt. Eine gut durchdachte Raumaufteilung, Raumanordnung und Raumausstattung kann den Arbeitsfluss optimieren, indem sie kurze Wege und Blickbeziehungen zwischen den verschiedenen Bereichen schafft und die Kommunikation und Koordination zwischen den Teammitgliedern erleichtert (für einen Überblick siehe Peavey & Cai, 2020). Im Gegensatz dazu kann eine unzureichende oder ineffiziente Raumgestaltung zu Engpässen, Verzögerungen, Fehlern und Kommunikationsproblemen führen, die letztendlich die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen können (Hofrichter, 2019) und zu Unzufriedenheit beim Personal führen können. Die Anordnung der Räume gibt auch die Blickbeziehungen vor: Gelungene Blickbeziehungen ersparen dem Personal unnötige Laufwege, erleichtern den Patient:innen und Besucher:innen die räumliche Orientierung und können Patient:innen das Gefühl von Sicherheit vermitteln, gut versorgt zu sein.

Bei den funktionellen Abläufen sind besonders die Patient:innen- und Mitarbeitendenwege zu beachten. Die Frage, wie ein Patient/eine Patientin beispielsweise aufgenommen wird, hat nicht nur Auswirkungen auf die Compliance des Patienten/der Patientin, sondern kann auch den Stress des Personals und der Patient:innen deutlich verringern, indem eine angstfreie und positiv besetzte Atmosphäre geschaffen wird.

Die Lage des Pflegestützpunktes und seiner Ausstattung ist wesentlich für die Funktionsweise einer Station. Hier sind viele unterschiedliche Tätigkeiten des Personals verortet, denen der Raum Rechnung tragen muss, beispielsweise für konzentriertes, fokussiertes Arbeiten wie Patient:innendokumentation und Vorbereitung der Medikamente, aber auch für vertrauliche Gespräche innerhalb des Teams oder mit Patient:innen. Es ist wichtig, genau zu planen, an welcher Stelle diese Tätigkeiten auch räumlich voneinander getrennt werden sollten. Fehlende Rückzugsräume können zu Störungen in den Arbeitsabläufen führen, und umgekehrt erhöhen passende Räumlichkeiten die Zufriedenheit des Personals (Burton et al., 2010). Bei diesen Planungsentscheidungen sind zwingend alle beteiligten Berufsgruppen zu integrieren.

Wohlbefinden steigern

Optimierte Prozesse werden durch eine gelungene Raumkonfiguration ermöglicht. Neben dem Fokus auf die Prozesse geht es auch um das Erzeugen einer guten Raumatmosphäre. Im klinischen Setting sind die Möglichkeiten einer behaglichen Raumausstattung durch Vorgaben, vor allem hinsichtlich der Hygiene und des Brandschutzes, begrenzt. Dennoch liefern realisierte Projekte gute Vorbilder. Beispielsweise wird mittlerweile bei der Planung von Kliniken Wert darauf gelegt, dass die Operationssäle Fenster zum Aussenraum haben. So wird der Raum mit Tageslicht versorgt, und durch die Ausrichtung der Blickachsen und Gebäudeöffnungen hat das Personal zusätzlich einen Blick auf die angrenzende Umgebung, z. B. Waldflächen (Abb. 3). Bereits 1984 konnte Ulrich (1984) die stressreduzierende Wirkung von Naturbetrachtung nachweisen. Das Phänomen ist heute unter dem Begriff Biophilic Design bekannt und wird als Gestaltungselement in Gesundheitsbauten häufig eingesetzt.



Abbildung 3: In Operationssälen wird darauf geachtet, dass eine direkte Blickbeziehung nach aussen besteht – hier am Beispiel des Klinikums Bad Dürkheim (alsh.sander.hofrichter architekten, Foto: Markus Bachmann)

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

In den meisten Pflegestützpunkten ist der Aussenbezug mittlerweile Standard, aber auch das war vor einigen Jahren noch nicht selbstverständlich. Neben visuellen Aspekten werden auch verstärkt akustische Aspekte in der Planung berücksichtigt, da aufgrund der notwendigen hygienischen Vorgaben im Klinikbau oftmals schallharte Materialien eingesetzt werden, die in einigen Bereichen zu hohen Lärmemissionen führen, was wiederum belastend und schädigend für das Personal (und die Patient:innen) ist (Joseph & Ulrich, 2007; Ulrich et al., 2008). Hier können sowohl die Grundrissgestaltung (z.B. Vermeidung von zu vielen offenen Bereichen) als auch schalltechnische Massnahmen (z.B. Montage von Schallabsorbern) zur Reduzierung dieses Stressors beitragen.

Besonders in psychiatrischen Einrichtungen, aber auch in gerontologischen Fachabteilungen ist das Raumklima häufig ein nicht unwesentlicher Stressor – für das Personal und die Patient:innen. Neben geeigneten Fensterlösungen spielen auch technische Lüftungs- und Klimaanlage eine Rolle. Hier geht es sowohl um die Luftqualität als auch um eine geeignete Temperatur. Dieser Aspekt erhält in Zeiten des Klimawandels zunehmend Bedeutung. Eine Studie von Eisele und seinen Kollegen (2021) konnte beispielsweise zeigen, dass mit steigender Temperatur auch das Stressempfinden der Patient:innen deutlich anstieg.

Durch innenarchitektonische Gestaltung kann soziale Interaktion gefördert oder gehemmt werden (Rashid et al., 2006). Ein wirksamer Gestaltungsansatz sind hier die Sichtbeziehungen zwischen verschiedenen Bereichen. In der Planung sollte unbedingt die Sichtbeziehung vom Pflegestützpunkt in die anderen Bereiche der Station festgelegt werden. Das kann unter anderem Arbeitswege minimieren und zur grösseren Zufriedenheit des Personals beitragen

Erholung bieten

In einem anspruchsvollen und häufig stressigen Arbeitsumfeld ist es wesentlich, dass das Personal Orte hat, an die es sich zurückziehen und sich erholen kann. Ruhige und ansprechend gestaltete Aufenthaltsräume oder Ruhezone können dem Personal die Möglichkeit bieten, kurzzeitig eine Pause vom Arbeitsalltag zu machen. Studien zeigen, dass eigens für das Personal vorgesehene Räume zu einer Steigerung der Effizienz und höherer Zufriedenheit bei Übergaben führen (Burton et al., 2010). Zudem fördern geeignete Räume den interprofessionellen und informellen Austausch unter den Mitarbeitenden (Lewin & Reeves, 2011).

Ein Beispiel dafür, dass derartige Räume für viele Jahre wertgeschätzt werden, ist der Personalraum des Universitätsklinikums Tübingen. Vor über zehn Jahren wurde im Zuge von Umbauarbeiten ein Teil des innenliegenden Personalgartens für einen eingeschossigen Neubau überbaut. Damit dem Personal weiterhin ein erholsamer, naturnaher und



Abbildung 4: Die Dachfläche auf dem Neubau der Intensivstation des Universitätsklinikums Tübingen dient dem Personal für Rückzug und Erholung mit geschützten Innen- und Aussenräumen (als sander.hofrichter architekten, Foto: Markus Bachmann)

ansprechender Pausen- und Aufenthaltsbereich zur Verfügung steht, entschied sich das Architekturbüro für einen Personalraum auf dem Dach des Neubaus. Ein Teil der Dachfläche wurde als begehbarer Aussenraum ausgebildet (Abb. 4). Im Ergebnis entstanden Pausenräume mit Innen- und Aussenbereichen, die durch attraktive Ausblicke, eine gute Lichtsituation durch viel Tageslicht und die räumliche Trennung vom Klinikgebäude dazu beitragen, den Erholungswert der Pause zu steigern.

Identifikation stärken

Die Innenarchitektur spielt auch eine bedeutende Rolle bei der Förderung der Personalbindung. Der Transfer der Bedürfnisse, Werte und Vorstellungen des Personals in eine (innen-)architektonische Gestaltung kann dazu beitragen, die Identifikation des Personals mit dem Unternehmen zu stärken. Eine räumliche Umgebung, die auf Bedürfnisse und Arbeitsabläufe der Mitarbeiter:innen zugeschnitten ist, zeugt von einer Wertschätzung gegenüber dem Personal. Eine gestärkte Bindung der Mitarbeiter:innen an das Unternehmen wirkt sich nicht nur auf die Reduzierung der Fluktuation und des Krankenstands

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

aus (Voordt & Jensen, 2023), sondern kann auch das Anwerben weiterer Mitarbeitender erleichtern. Die stärkere Berücksichtigung und Einbindung der Personal-Perspektive geht oft einher mit partizipativen Ansätzen und verstärkter Kommunikation. Insbesondere in Zeiten von Veränderungen spielt das eine wichtige Rolle und wird oftmals unter dem Begriff «Change-Management» geführt.

Ansehen steigern

Neben den direkten Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe und das Wohlbefinden des Personals spielt die gebaute Umwelt auch eine entscheidende Rolle bei der Wahrnehmung und dem Ansehen des Pflegeberufs. Eine moderne, gut ausgestattete und ästhetisch ansprechende Einrichtung sendet nicht nur positive Signale an Patient:innen und deren Angehörige, sondern trägt auch dazu bei, den Pflegeberuf insgesamt aufzuwerten.

Wie am Beispiel des Herzzentrums der Charité sichtbar, senden die Arbeitgeber:innen das Signal der Wertschätzung ihrer Angestellten. Im Gegensatz dazu kann eine vernachlässigte oder veraltete Umgebung das Ansehen des Pflegeberufs negativ beeinflussen und potenziell qualifizierte Fachkräfte davon abhalten, sich diesem Berufsfeld zuzuwenden.

Planung und Partizipation

Stärker als bisher muss die Perspektive des Personals in die Planung eingebracht werden, weil sie die Expert:innen für Arbeitsabläufe in den Gesundheitsbauten sind. Planer:innen sollten, z. B. im Rahmen von Workshops, die Bedürfnisse dieser Nutzengruppe erfassen und dokumentieren, um sie als Basis für die Planungen zu nutzen (Lavender et al., 2020). Neben einer besseren Funktionalität führen partizipative Prozesse auch zu einer stärkeren Identifikation der Angestellten mit ihrer Arbeitsumgebung. Als Praxisbeispiel kann hier die LVR-Klinik in Viersen dienen: In einem Workshop formulierten die Mitarbeitenden positive Begriffe und Werte, die sie mit der psychiatrischen Einrichtung verbanden. Die Begriffe wurden als Gestaltungselement grossformatig im Eingangsbereich angebracht und werden von allen Menschen, die die Einrichtung betreten, gesehen (Abb. 5). Das Personal findet somit seine eigenen Werte am Gebäude wieder und hat massgeblich dazu beigetragen, dass eine positive Atmosphäre und empfangende Geste des Gebäudes entstehen.

Die Umgebungsgestaltung ist auch ein Aspekt des Arbeitsumfeldes, der Wertschätzung gegenüber den Angestellten ausdrückt. Eine Einbindung der Mitarbeitenden verdeutlicht, dass ihre Kompetenz gefragt ist und Bedürfnisse gehört und berücksichtigt werden. Wie wichtig die Einbindung der Mitarbeitenden insbesondere bei Veränderungsprozessen ist, zeigt das Beispiel der Waldkliniken Eisenberg: In einem intensiven Prozess stellte die Klinik von klassischen Pflegestationen auf eine Unit-Struktur mit «Primary Nursing» (Bezugspflege) um. Das neue Pflegekonzept zeigt nicht nur, dass andere Formen

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

Aus der Praxis: Raumbedürfnisse erheben und berücksichtigen

Während des Planungsprozesses für Gesundheitsbauten erfolgt die Einbeziehung der Nutzenden in verschiedenen Phasen: zu Beginn der «strategischen Planung» und später in der «Bauplanung». Das Ziel der strategischen Planung ist es, Prozesse und Ressourcen zu definieren und unter Einbeziehung der Nutzenden eine Zielplanung und Machbarkeitsstudie zu entwickeln. In dieser frühen Phase des Entwurfs, der sogenannten «Leistungsphase Null», haben sich Workshops mit den zukünftigen Nutzenden bewährt. Im Schulbau ist dies bereits gängige Praxis, um den Entwurf frühzeitig an den Bedürfnissen der Nutzenden und dem pädagogischen Konzept auszurichten. Im Gesundheitsbau ist dies noch die Ausnahme, was bedauerlich ist, weil das Personal die Expert:innen für die logistischen und sonstigen Arbeitsprozesse sind. Workshops in der Leistungsphase Null dienen der Bedarfsermittlung: In Form von Diagrammen werden die Prozesse und Raumbedarfe sichtbar gemacht, diskutiert und die Ergebnisse abstrahiert dargestellt. Das kann z. B. in Form von Textfeldern geschehen, die über Linien und Positionierungen zusätzliche Anforderungen abbilden können (Abb. 6). Diese Ergebnisse fließen in das «Funktions- und Raumprogramm» ein, das als Grundlage für den Entwurf dient. Die darin formulierten Anforderungen werden von den Planenden in konkrete Grundrissanordnungen umgesetzt. In den Workshops werden die Bedürfnisse der Nutzenden erhoben. Hier ist es wichtig, dass Vertreter:innen aller Berufsgruppen anwesend sind. In der Regel werden zunächst abstrakte Anforderungen (z. B. gewünschte Atmosphären) abgefragt und eher visionär gearbeitet. Im Laufe des Workshops werden auch konkrete Bedürfnisse abgefragt. Ziel ist es, unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen, gemeinsam über Vor- und Nachteile zu diskutieren und so die Bedürfnisse der Nutzenden in die Planung einfließen zu lassen. Dies erfordert die Offenheit aller Beteiligten, auch weil sich die Bedürfnisse zum Teil widersprechen und nicht immer alles umgesetzt werden kann. Aber allein die Möglichkeit, seine Bedürfnisse äussern zu können und ggf. die Gegenargumente zu verstehen, führt oft zu einer höheren Akzeptanz der Entscheidung. Die Ergebnisse der Workshops werden verschriftlicht, mit unterstützenden Grafiken aufbereitet und an die Planenden übergeben, sodass sie immer wieder mit den Planungsentscheidungen abgeglichen werden können.

Die Umsetzung des Funktions- und Raumprogramms in eine konkrete Gebäudeplanung erfolgt bis zur Entwurfsplanung regelmässig in Abstimmung mit den zukünftigen Nutzer:innen. Die Nutzenden werden in dieser Phase oft durch Projektleitende und Personen mit hoher Entscheidungskompetenz vertreten. Im weiteren Prozess wird die Planung zunehmend konkretisiert. Vor der Ausschreibung der Bauleistungen finden bis zur Ausführungsplanung mehrere Abstimmungsrunden mit den Nutzenden statt. Die Häufigkeit und Intensität dieser Abstimmungen variiert je nach Projekt. Mit zunehmender Konkretisierung der Planung werden die Abstimmungsinhalte detaillierter und beziehen sich schliesslich auf die Aktivitäten und Abläufe in den Räumen sowie auf die Möblierung und Materialität.

In diesen späteren Phasen der Entwurfsplanung verschiebt sich der Kreis der Beteiligten von den Entscheidungsträger:innen hin zu den Mitarbeiter:innen, die später in den Stationen arbeiten werden. In der Praxis sehen die Planungsbüros die Nutzer:innenkonsultation als sinnvolles und produktives Element, das zu einer höheren Zufriedenheit des Personals und zu besseren Entwürfen führt. Die Grenzen der Beteiligung liegen vor allem in drei Aspekten:

1. Zeitpunkt: In einem späteren Planungsstadium können nur noch Wünsche berücksichtigt werden, die den Innenausbau betreffen; grundlegende Entwurfsentscheidungen sind bereits getroffen. Das Personal, das später auf der Station arbeiten wird, sollte hier mitreden können und daher bereits in die strategische Planung einbezogen werden.
2. Kommunikationsmittel: Der Planungsstand wird anhand von Planunterlagen diskutiert. Nicht alle Teilnehmer:innen der Abstimmungsrunden sind jedoch im Lesen von (zweidimensionalen) Plänen geübt. Hier ist darauf zu achten, dass Methoden eingesetzt werden, die ein ausreichendes Verständnis des Planungsstandes bei allen Beteiligten sicherstellen. In der Leistungsphase Null können die oben erwähnten abstrakten Darstellungen in Textfeldern verwendet werden. In späteren Phasen können 3D-Visualisierungen und Virtual-Reality-Brillen ein praktikables Mittel sein. Nicht zuletzt sind bei grösseren Bauvorhaben auch Mockups zumindest der Patientenzimmer und -bäder üblich. Viele Massnahmen setzen jedoch die (finanzielle) Bereitschaft der Bauherrschaft voraus, diese Leistung zusätzlich zu vergüten.
3. Musterzimmer: Mithilfe von Musterzimmern wird die Planung am konkreten Modell überprüft. In der Regel wird das Patientenzimmer untersucht. Es empfiehlt sich, auch andere zentrale Räume in die Untersuchung einzubeziehen, insbesondere den Pflegestützpunkt. Dieser ist ein zentraler Ort für das Personal, an dem eine hohe Arbeitsdichte mit unterschiedlichen Tätigkeiten stattfindet, und sollte daher auch in der Vorprüfung genauer untersucht und abgestimmt werden.

Der häufig vorherrschenden Meinung, dass Beteiligungsprozesse die Kosten von Bauprojekten erhöhen, sollte unbedingt gegenübergestellt werden, dass dies nur bezogen auf die ersten Bauphasen der Fall ist. Spätestens im konkreten Planungsprozess, vor allem aber im Betrieb des Gebäudes wird deutlich, dass Fehlplanungen deutlich seltener auftreten als in Bauprozessen ohne Nutzerbeteiligung.

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

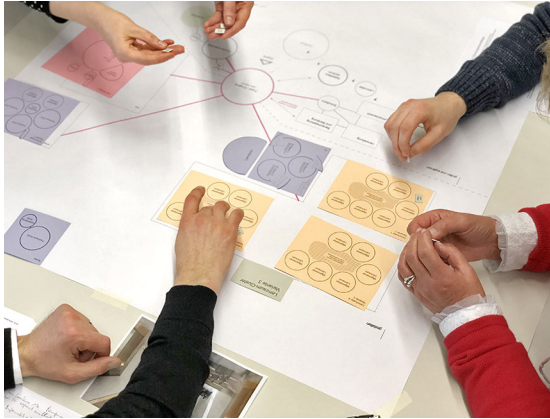


Abbildung 6: In Workshops werden die Abläufe und Bedarfe von den zukünftigen Nutzer:innen mithilfe von Textfeldern, Linien und Positionierungen visualisiert (alsh sander.hofrichter architekten)

Für die Praxis: Gebäude-Performance messen

Die Perspektive des Personals bei der Bewertung der Raumqualität ist aktuell unterrepräsentiert und wurde bisher häufig nur indirekt hinzugezogen, beispielsweise in Form von Proxy-Befragungen, um Auswirkungen räumlicher Umwelt auf Patient:innen zu erheben. Eine Ausnahme stellt eine Untersuchung von Dietz (2022) dar. In dem «Pausenraumprojekt» wurden Vorschläge für optimierte Pausenräume für Pflegende im Krankenhaus entwickelt. In einer Bestandsaufnahme von zehn Pausenräumen in verschiedenen Kliniken zeigten sich Probleme mit der räumlichen Positionierung der Räume, der Mehrfachnutzung sowie unzufriedenstellende Belichtungssituationen und der Raumakustik. Auch der fehlende Zugang zum Aussenraum wurde kritisiert. All dies führt dazu, dass den untersuchten Pausenräumen wenig Erholungswert beigemessen wurde. Eine andere Studie, die als Prä-Post-Untersuchung auf einer Krankenhausstation durchgeführt wurde, veranschaulicht, wie bauliche Veränderungen gleichermassen für die Patient:innen und Pflegepersonal eine Verbesserung in den Abläufen ermöglichen und die Beurteilung des Arbeitsplatzes positiv beeinflussen (Büter & Marquardt, 2019).

Bei Gebäuden, die bereits in Betrieb sind, hat sich ein Methodenmix – vor allem aus Befragung und Beobachtung – bewährt. Beobachtet werden können Personen- und Güterströme, z.B. Krankenhausbetten. Insbesondere das Bewegungsverhalten von Menschen kann über ein «Behavior Mapping» oder durch digitales Tracking erfasst werden. Eine Befragung – ob offen oder geschlossen durchgeführt – sollte multiperspektivisch durchgeführt

werden, um ein ganzheitliches Bild zu erhalten, beispielsweise können Aussagen von Angehörigen, Betreibenden oder Planenden von Interesse sein. Ein Beispiel für eine derartige Studie ist das Projekt «The Hospital that Works – Measuring Building Performance» (Frankfurt UAS, 2023), in dem mit einem dreistufigen Vorgehen an gebauten Beispielen multiperspektivisch erhoben wird, wie die räumliche Umgebung die Prozesse in Zentralen Notaufnahmen unterstützt oder einschränkt.

Eine zusätzliche Erhebung von objektiven Daten, z.B. Fehlerrate Medikation, Laufwege, Sterblichkeit, Fluktuation, Krankenstand, kann ebenfalls sehr aufschlussreich sein und die weiteren erhobenen Daten sinnvoll ergänzen. Auch Fotodokumentationen sind grundsätzlich hilfreich, diese sind aber aus Gründen des Datenschutzes und des Persönlichkeitsrechts zunehmend schwierig umzusetzen.

Ein bevorstehender Umbau kann ebenfalls eine gute Möglichkeit sein, um den Einfluss der (Innen-)Architektur auf Arbeitsprozesse und Verhalten zu untersuchen: Durch ein Prä-Post-Design erlaubt ein Vergleich zweier Raumsituationen mit ansonsten (annähernd) gleichen Aufgaben und demselben Personal aufschlussreiche Erkenntnisse.

3 Ausblick

Eine gesteigerte Zufriedenheit und Erholung des Personals führt zu weniger Fehlern, höherer Aufmerksamkeit und ermöglicht fokussierte Übergaben und Informationsweitergaben. Dies könnte sogar indirekt die Sterblichkeitsrate senken und die Zufriedenheit der Patient:innen erhöhen. In diesem Sinne ist personalzentrierte Gestaltung auch Teil der sogenannten «Healing Environment», und evidenzbasierte Gestaltungsempfehlungen, sogenanntes «Evidence-based Design», können um diese Perspektive ergänzt werden.

Es ist von entscheidender Bedeutung, Student:innen, Praktiker:innen und Betreiber:innen von Gesundheitseinrichtungen gleichermaßen für die Relevanz der (Innen-)Architektur zu sensibilisieren. Eine qualitativ hochwertige Gestaltung von Innenräumen in Gesundheitseinrichtungen ist nicht nur ästhetisch ansprechend, sondern spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheitsversorgung insgesamt. Dabei ist es essenziell, den Nutzen einer guten innenräumlichen Gestaltung zu kommunizieren: Eine durchdachte Gestaltung ist keineswegs ein Luxus, sondern ein integraler Bestandteil einer stabilen Gesundheitsversorgung. Bessere Arbeitsbedingungen für das Personal haben direkte Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung der Patient:innen. Diese Wechselwirkung zeigt sich nicht nur in einem gesteigerten Wohlbefinden des Personals, sondern auch in einer effizienteren und patientenorientierten Arbeitsweise.

Die Herausforderungen des Fachkräftemangels und die zunehmende Finanzknappheit erfordern, dass wir sämtliche Potenziale zur Optimierung der Arbeitsumgebungen in Gesundheitseinrichtungen nutzen. Die Gestaltung von Innenräumen kann einen erheblichen Beitrag dazu leisten, effizientere Arbeitsprozesse zu schaffen und die Ressourcen effektiver einzusetzen.

4 Literaturverzeichnis

- BMBF (2019). *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*, S. 182. BMBF – Bundesgesundheitsministerium.
- Burton, M. C., Kashiwagi, D. T., Kirkland, L. L., Manning, D., & Varkey, P. (2010). Gaining efficiency and satisfaction in the handoff process. *Journal of Hospital Medicine*, 5(9), 547–552. <https://doi.org/10.1002/jhm.808>
- Büter, K., & Marquardt, G. (2019). *Demenzsensible Krankenhausbauten: Handbuch und Planungshilfe*. DOM publishers.
- Dietz, B. (2022). Optimierte Pausenräume für Pflegende im Krankenhaus. In I. Schrader (Hrsg.), *Barrierefreie Bau- und Wohnkonzepte. Planungshilfen und Praxisbeispiele für zukunftsorientierte Gebäude und Freiflächen*, S. 7.9.1. Forum Verlag Herkert.
- Eisele, F., Flammer, E., Steinert, T., & Knoblauch, H. (2021). Aggressive incidents in psychiatric hospitals on heat days. *BJPsych Open*, 7(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.33>
- Frankfurt UAS (2023). *Funktionierende Krankenhausarchitektur. Praxis-Postdoc*. <https://www.frankfurt-university.de/de/hochschule/einrichtungen-und-services/leitung-und-zentrale-verwaltung/qualitatsmanagemententwicklungplanung/proffm/praxis-postdoc/praxis-postdocs/julia-kirch/>
- Hofrichter, L. (2019). Krankenhausarchitektur: Gestaltungsqualität und die Berücksichtigung medizinischer Ablaufprozesse sind kein Widerspruch. In H. Stockhorst, L. Hofrichter & A. Franke (Hrsg.), *Krankenhausbau: Architektur und Planung, bauliche Umsetzung, Projekt- und Betriebsorganisation*, S. 137–154. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954663880-137>
- Joseph, A., & Ulrich, R. (2007). *Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings*. <https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Sound%20Control.pdf>
- Lavender, S. A., Sommerich, C. M., Sanders, E. B. N., Evans, K. D., Li, J., Radin Umar, R. Z., & Patterson, E. S. (2020). Developing Evidence-Based Design Guidelines for Medical/Surgical Hospital Patient Rooms That Meet the Needs of Staff, Patients, and Visitors. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(1), 145–178. <https://doi.org/10.1177/1937586719856009>
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Hrsg.), *The psychology of adult development and aging* (S. 619–674). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10044-020>
- Leuenberger, T. (2018). *Architektur als Akteur?: Zur Soziologie der Architekturerfahrung*. Transcript. <https://doi.org/10.1515/9783839442647>
- Lewin S, Reeves S. (2011). Enacting ‚team‘ and ‚teamwork‘: using Goffman’s theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Soc Sci Med.*, 72(10), 1595–1602. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.037>

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

- MacAllister, L., Bellanti, D., & Sakallaris, B. R. (2016). Exploring Inpatients' Experiences of Healing and Healing Spaces. *Journal of Patient Experience*, 3(4), 119–130.
<https://doi.org/10.1177/2374373516676182>
- Peavey, E., & Cai, H. (2020). A Systems Framework for Understanding the Environment's Relation to Clinical Teamwork: A Systematic Literature Review of Empirical Studies. *Environment and Behavior*, 52(7), 726–760. <https://doi.org/10.1177/0013916518815535>
- Rashid, M., Kampschroer, K., Wineman, J., & Zimring, C. (2006). Spatial Layout and Face-to-Face Interaction in Offices: A Study of the Mechanisms of Spatial Effects on Face-to-Face Interaction. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 33(6), 825–844.
<https://doi.org/10.1068/b31123>
- Thies, D.-R. (2023). Exkurs: Wie Change Management, New Work und Partizipation in Eisenberg neue Standards setzen. In F. Hoffmann, C. Dittmer, & N. Löber (Hrsg.), *Purpose! Praxishandbuch für die wertorientierte Transformation des Gesundheitswesens* (S. 219–221). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125.
<https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- Voordt, T. V. D., & Jensen, P. A. (2023). The impact of healthy workplaces on employee satisfaction, productivity and costs. *Journal of Corporate Real Estate*, 25(1), 29–49.
<https://doi.org/10.1108/JCRE-03-2021-0012>