

Monika Kritzmöller

Healing Architecture: Eine patientenzentrierte Diagnose

1 Sich-Befinden: Räume als Heil-Mittel

«Niemandem ist gleichgültig, wie er sich befindet» (Böhme, 1995, S. 41). Der Philosoph Gernot Böhme bezeichnet Ästhetik als Grundbedürfnis des Menschen und verweist auf die zentrale Bedeutung der Umgebungsqualitäten, die für dieses Befinden verantwortlich zeichnen. Damit kontrastiert die Kultur des Klinikbaus: Seit Entwicklung der Hochleistungsmedizin liegt deren Zweck in der Zweckmässigkeit, um die darin stattfindenden Prozesse primär entlang der Interessen von Betriebswirtschaft, Medizin, Pflege oder Facility Management organisatorisch zu optimieren. Dies entspricht allerdings nicht der tatsächlichen Funktion von Medizin – nämlich auf bestmögliche Weise Heilung und Genesung zu unterstützen –, sondern zeigt den Stellenwert von Kranken in einer «gesunden» Gesellschaft. Während in sämtlichen Lebensbereichen Formen der Stilisierung allgegenwärtig sind, selbstverständlich das attraktivste Ferienhotel gewählt wird, Luxusläden ebenso wie Billigdiscounter gezielt auf eine Gestaltung der Raumqualitäten setzen, um das intendierte «Einkaufserlebnis» zu wecken, waren Kliniken mit den beiden Kernargumenten «Kosten» und «Praktikabilität» vom Anspruch auf eine wohltuende Raumqualität ausgeschlossen. Erst seit einigen Jahren mehren sich Versuche einer Verschönerung von Medizinalbauten – dies allerdings in der Regel aus dekorativen Gesichtspunkten, um gestiegenen Erwartungen im zunehmend konkurrierenden Umfeld Genüge zu leisten.

Der vorliegende Ansatz (Kritzmöller, 2022) nimmt eine gegenteilige Position ein und fokussiert den konzeptionell fundierten Einsatz von Architektur als nachweislich heilungsförderndem Instrument. Die explizit patientenzentrierte Betrachtung setzt weit vor der ersten Auswahl von Farben oder Materialien bei der Situation eines stationären Klinikaufenthaltes an. Wer nicht im Einzelzimmer logiert, findet sich in unpässlichem, oftmals bettlägerigem Zustand im selben Raum mit anderen, fremden Personen in derselben Lage wieder. Der Aktionsradius fokussiert sich auf das Bett, medizinisches und Pflegepersonal gehen ebenso wie Besucherinnen und Besucher in diesem «Schlafzimmer» ein und aus, der ansonsten frei gewählte Tagesrhythmus wird von einer Institution vorgegeben, Handlungsoptionen reduzieren sich auf Essen, Schlafen, Lesen oder Medienkonsum. Damit greift die Situation massiv in Selbstverständlichkeiten der persönlichen Integrität ein. Privatheit, Territorialität und Handlungsautonomie schrumpfen auf ein im Alltag von «Gesunden» inakzeptables Minimum.

Wenig zielführend gestaltet sich in diesem Kontext eine auf Oberflächenphänomene reduzierte Diskussion um blaue oder grüne Wandfarbe oder das Privileg, (Fake-)Parkettboden statt Kunststofflaminat zu geniessen. Ebenso wenig hilfreich ist die Idee, ein Krankenhaus wie ein Hotel zu gestalten: Die Bedürfnisse bei Genesungsprozessen gegenüber Urlaub sind so grundlegend verschieden wie die jeweilige Situation sowie die Raumwahrnehmung schwer erkrankter Personen gegenüber Gesunden (Vollmer & Koppen, 2017, S. 217 ff.). Es gilt also, die Potenziale der Architektur gezielt einzusetzen, um die bestehenden Defizite der Raumwirkung zu «heilen»: Architektur versteht sich als Formen-Sprache, mit deren Einsatz Gestaltungsmassnahmen die gewünschte Wirkung entfalten.

2 Bedürfnis-Orientierung: Forschungsdesign

(Innen-)Architektur kann – konzeptionell fundiert eingesetzt – den Gesundheitszustand stationär behandelter Patientinnen und Patienten messbar positiv beeinflussen. Diesen Nachweis erbrachte ein unter der Leitung von PD Dr. Monika Kritzmöller im Forschungs- und Beratungsinstitut «Trends+Positionen», St. Gallen, durchgeführtes empirisches Forschungsprojekt in Kooperation mit der Hirslanden Klinik Stephanshorn sowie weiteren assoziierten Unternehmen, welche Materialien zur Ausstattung von Klinik-Testzimmern zur Verfügung stellten (Kritzmöller, 2022).

Mit einem explizit auf Patientinnen und Patienten zentrierten Ansatz wurde diejenige Anspruchsgruppe fokussiert, welche die Existenz des gesamten Gesundheitswesens überhaupt legitimiert. Die kultursemiotische und architektursoziologische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und künstlerischen Deutungen von Versehrtheit zeigt, wie seit dem 19. Jahrhundert die Raumgestaltung mangels moderner medizinischer Erkenntnisse als Faktor zur Heilung herangezogen wurde. Alpinsanatorien in Davos oder St. Moritz entstanden unter der Idee der «Heliotherapie», um Knochentuberkulose mittels Sonnenlicht zu heilen und dabei auch dem seelischen Wohl der Langzeitpatientinnen und -patienten Sorge zu tragen (Hofmann, 2011). Demgegenüber ziehen sich – von Frida Kahlos Darstellung ihres Krankenbetts bis Amy Winehouses «Rehab» – durchgängig negative, angstbehaftete Konnotationen mit Klinikbauten durch diverse Zeugnisse von Kunst und Kultur; dies, obwohl es eigentlich Orte sein sollten, die mit Hilfe und Heilung assoziiert sind.

Das noch heute gängige Verständnis von «Patienten» gemäss dem lateinischen Begriff «patiens» – «geduldig» – zeugt zudem von einem Hierarchiegefälle, welches schwerlich Forderungen nach mehr Attraktivität im Heilungskontext vorsieht. Qualitative Vorstudien zur Entwicklung von Visionen einer «Healing Architecture» benennen hingegen übereinstimmend Faktoren, wie sie kaum in typischen Klinikzimmern anzutreffen sind: von Naturmaterialien über den Bezug zur Aussenwelt bis hin zur Möglichkeit, selbstbestimmt Privatheit und Handlungsautonomie zu wahren – ganz so, als gäbe es über individuelle Präferenzen hinweg eine tiefe Übereinstimmung, worin Heilsames in Räumen bestehen könne.

In hermeneutischer Verdichtung dieser Grundlagen entstand ein auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten fokussiertes Konzept zur Realisierung zweier unterschiedlicher Patientenzimmer als Interpretationsvarianten derselben Briefing-Grundlage. Diese wurden in der kooperierenden Klinik während fünf Monaten im Vergleich mit konventionellen Räumen getestet. Quantitativ erhoben wurden die medizinischen Parameter Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz sowie Schmerz, der Selbstpflegeindex und die Frequenz des Läu- tens als Ausdruck der Performance, das Befinden mittels Depressions-Angst-Stress-Skala (DASS) sowie die Abweichung von der durchschnittlichen Verweildauer. Mit Werten, welche in fast allen Dimensionen besser abschneiden als die zum Vergleich herangezogenen Standardzimmer, belegen sie den positiven Einfluss der neu entwickelten Räume auf die dort behandelten Personen. Die qualitative Inhaltsanalyse problemzentrierter Interviews zeigt, warum, und auf welche Faktoren diese positive Wirkung zurückzuführen ist.

3 Formen-Sprache: Dimensionen einer heilsamen Raumplanung

«Ich finde, alles ist zweckmässig. Es ist alles wirklich zweckmässig, und denke, ein Spital ist auch auf irgendeine Weise ein Zweckbau. Das ist kein Privatbau, das ist ein Zweckbau.» Patient im Standardzimmer (Kritzmöller, 2022, S. 146)

«Der erste Eindruck war: Es ist nicht grad Spitalgefühl. Man kann das sagen, es ist nicht so typisch weiss und noch weisser und noch weisser. Das sagte ich auch gleich der Pflegefachfrau, oh, das ist nicht das Gefühl wie in dem typischen Spital, wie man es eigentlich kennt. Man hat ein wärmeres Gefühl. Man hat das Gefühl, man ist mehr geborgen. Es war der Boden, das Bett, es ist einfach eine andere Atmosphäre.» Patient im neu gestalteten Testzimmer (Kritzmöller, 2022, S. 147)

Atmosphären: Am eigenen Leib

Bereits diese beiden exemplarischen Passagen könnten gegensätzlicher und inhaltvoller nicht sein. Keine der interviewten Personen beschwerte sich über ein Standardzimmer.

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

Getreu der Rolle des «Patiens» werden persönliche Erwartungen reduziert, Ansprüche an ein Mehr an Ästhetik scheinen sich von selbst zu verbieten. Deutlich wird auch, wie wenig persönlichen Bezug der Patient im Standardzimmer zu seiner Umgebung herstellt; er nimmt sie als gegeben hin, externalisiert sie (und ihre Wirkung, welche sich allerdings, so Böhme, dennoch entfaltet). Im Gegensatz dazu artikuliert sich der exemplarisch für zahlreiche ähnliche Äusserungen zitierte Patient im neu gestalteten Raum deutlich emotionaler, er bezieht sich und sein Befinden in die Situation ein, nimmt auch persönlichen Kontakt auf zur Pflegefachfrau. Ein Patient oder eine Patientin mit einer solchen Ersterfahrung wird sich auch im weiteren Behandlungsverlauf kooperativer zeigen.

Das Gefühl der Wärme und Geborgenheit bedeutet weit jenseits eines «netten» Extras die Reduktion von Stress und Ängsten. Das Vertrauen in das als bergend wahrgenommene Umfeld zeigt sich nicht nur in besseren Vitalparametern, sondern auch, indem sich eine Person mehr zutraut und unter Einbezug der Umgebung aktiver ist, anstatt sich von ihr abzukapseln. «Wir spüren das Material, insofern die Atmosphäre, die Materialien ausstrahlen, in unsere Befindlichkeit eingeht», so noch einmal Böhme (1995, S. 95). «Zweckmässig» bedeutet unter diesem Vorzeichen beileibe nicht nur eine unkomplizierte Putzbarkeit, sondern die Eignung von Materialien, sich positiv auf das Empfinden von Patientinnen und Patienten auszuwirken.

Aus einem Guss: Konzeptionelle Fundierung

Zum Ausdruck kommt darüber hinaus, dass nicht einzelne Gestaltungslösungen über die in einem Raum wahrgenommene Atmosphäre entscheiden, sondern die Gesamtheit aller Massnahmen das Bild und den Eindruck prägt. Diese Erkenntnis kontrastiert mit dem gängigen Entstehungsprozess von Patientenzimmern: Beim Neubau oder einer Totalrenovierung werden zwar alle Komponenten zeitgleich erstellt. Wenn allerdings eine explizit auf Patientinnen und Patienten bezogene Perspektive zugunsten von Partikularinteressen unterbleibt, entsteht Flickwerk mit entsprechendem negativem Einfluss auf die Raumwirkung. Medizinisches Personal stellt berechnete Ansprüche an Versorgungsleistungen oder Beleuchtung. Das Facility Management fordert «pflegeleichte» und robuste Materialien, die aber oftmals Kunststoffe sind, als «Kellerkinder» dessen, was man anfassen oder in einer angenehmen Umgebung um sich spüren möchte (Kritzmöller 2015, S. 88f.). Das Pflegepersonal möchte mit maximaler Effizienz seine Arbeit verrichten. Die Zentralwäscherei führt ein Standardsortiment an Bettbezügen. Und last but not least werden am Ende des Prozesses mit den noch verbleibenden Mitteln Vorhänge als Sichtschutz sowie zur Dekoration ausgewählt. Deutlicher noch gestaltet sich die Situation bei Teilrenovierungen, wenn Wände (irgend)einen neuen Anstrich brauchen oder Raumtextilien ausgetauscht werden müssen.



Abbildung 1: Testzimmer 216 / lindernd, licht, positiv, entspannend.
(Foto: Karin Bauer)



Abbildung 2: Testzimmer 416 / klar, reduziert, experimentell, geerdet.
(Foto: Karin Bauer)

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

Zentrales Kriterium ist deshalb eine konzeptionell fundierte, an der Raumwirkung und an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten orientierte Gestaltung mit ganzheitlicher Betrachtungsweise. Die beiden neu entwickelten Testräume (Abb. 1 und 2) unterscheiden sich in ihrer Gestaltung voneinander – und wirken dennoch ähnlich positiv gegenüber den Standardzimmern. Relevant sind also nicht einzelne Ausstattungsdetails, welche sich entlang einer Checkliste definieren lassen, sondern eine direkte Orientierung aller (innen-)architektonischen Entscheidungen an der zu erzielenden Wirkung. Aus dieser lassen sich unterschiedliche Gestaltungslösungen ableiten, die ein und demselben Ziel dienen.

Hygiene: Fakt und ideales Konstrukt

Als weitere zentrale Dimension kommt der Faktor «Hygiene» zur Sprache: Selbstredend ist Hygiene als Schutz vor Infektionen von elementarer Bedeutung. Zu unterscheiden ist hingegen die faktisch gegebene Sauberkeit vom ideellen Konstrukt der Hygiene, auch mit «Sterilität» assoziiert. Im eigentlichen Wortsinn keimfrei, ist dieses Merkmal im Klinikzimmer weder gegeben noch notwendig. Kulturell bedeutet «steril» eine Unfruchtbarkeit, die kein weiteres Leben ermöglicht. Um «Hygiene» zu symbolisieren, kommt die Farbe Weiss oftmals in Klinikkontexten zum Einsatz. Während Weiss im Alltag Modefarbe sein kann (Alaïa's Kleiderkollektion aus weisser Broderie Anglaise), assoziiert mit Moral (weisse Weste), Sommerlichkeit, Eleganz und Gepflegtheit, suggeriert klinisches Weiss das Gegenteil von Lebendigkeit. Diese allerdings sollte durch den Klinikaufenthalt de facto unterstützt werden. Weisse Oberflächen sind zudem nicht notwendigerweise hygienisch sauber. Nur sichtbarer Schmutz, der in Spitälern im Vergleich zu multiresistenten Keimen beileibe nicht die grösste Bedrohung darstellt, würde sich darauf zeigen. Farbige Materialien sind im Gegenzug nicht gleichbedeutend mit Unsauberkeit.

Material-Qualitäten: Natur und Natürlichkeit

Bereits in den 1980er Jahren legten Forschungsergebnisse nahe, dass sich eine natürliche Umgebung vor dem Fenster positiver auf Heilung und Genesung auswirkt als der Ausblick auf eine Mauer (Ulrich et al., 1984). Dasselbe gilt für die Interieurs. Die Visionierung heilender Architektur verbal und mittels Moodboards brachte übereinstimmend facettenreiche Natur-Assoziationen zum Ausdruck. Wenngleich sich ein hawaiianischer Palmenstrand im Klinikzimmer ebenso wenig realisieren lässt wie ein üppiger Pflanzenschwungel, bestehen vielfältige Optionen, solche Ideen in eine praktikable Gestaltung zu übersetzen: Die Verwendung von Linoleum, das weitgehend aus natürlichen Bestandteilen wie Leinöl, Mineralien und Harzen besteht, statt Laminatböden und kunststoffbeschichteten Möbeloberflächen

bietet nicht nur visuell einen natürlicheren Anblick. Das Material reagiert zudem mit Wärme und «Samtigkeit» auf Berührungen angenehmer als kalter, «klebriger» Kunststoff und verhält sich olfaktorisch neutraler als dieser.

Pflanzliche Dessins von Bettwäsche und Vorhängen sind weit entfernt von «hübschen bunten Blümchen». Im Versuch (Abb. 3) kam jacquardgewebte Bettwäsche mit stilisierten Ginkgoblättern zum Einsatz. Sie wiederholten sich als Lasercut in den Fenstervoiles, um bei Sonnenschein ein bewegtes Lichtspiel ins Zimmer zu projizieren. Natur und Natürlichkeit können zudem mit Farben sowie Oberflächenstrukturen selbst dann vermittelt werden, wenn etwa Brandschutzverordnungen den Einsatz von Textilien aus Naturfasern untersagen.

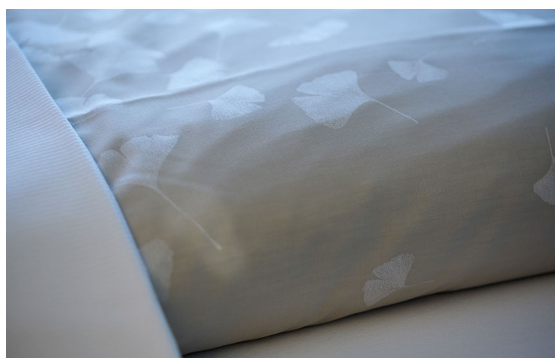


Abbildung 3: Naturanmutung; Jacquard-Bettwäsche mit Ginkgo-Dessin. (Foto: Karin Bauer)

Raum-Ordnungen: Territorialität und Privatheit

Wie bereits dargestellt, sind Eingriffe in die Privatsphäre sowie die Verwehrung individueller Territorien eine zentrale Quelle des Unbehagens in Klinik- und dort insbesondere in Mehrpersonenzimmern. Selbst Letztere bieten jedoch facettenreiches Potenzial, um mittels aller Sinnesebenen ein Gefühl von Privatheit und Handlungshoheit über das eigene Territorium zu vermitteln.

Um Eintretenden den Wechsel in das Terrain anderer Menschen zu signalisieren, kamen unterschiedliche Bodenfarben in Vorraum und Zimmermitte zum Einsatz (Abb. 4). Vorhänge zwischen den Betten geben die flexible Möglichkeit, sich von der Nebenperson abzuschirmen, und auch an der gesamten Front des Zimmers hin zum Eingangsbereich bieten Vorhänge die Option, eine diskrete Grenze zu ziehen. Indirekte Beleuchtungsmodule

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?

über den Betten lassen sich in Helligkeit und Lichtfarbe individuell steuern. Die so entstandenen «Raumblasen» (Abb. 4) vermitteln nicht nur eine unterschiedliche Atmosphärequalität von gedämpfter Kerzenlicht-Anmutung bis zu hellem, klarem «Aufweck-Licht», sondern auch die persönliche Handlungsautonomie, trotz körperlich eingeschränktem Zustand gestaltend auf das eigene Raumumfeld einwirken zu können.

Noch intimer als visuelle Reize wirken Gerüche als berühmt-berüchtigter Faktor in Kliniken. Ob Speisen jenseits des eigenen Geschmacks oder die Olfaktorik von Körperausscheidungen: Gerüche, die Georg Simmel (1998, S. 149) nicht ohne Grund als «dissoziierend» beschreibt, werden atmend in den eigenen Körper aufgenommen, ohne Chance, sich ihnen zu entziehen. Die im Versuch eingesetzten Geräte zur Raumluftneutralisierung und niederschweligen olfaktorischen Optimierung (nicht zu verwechseln mit einer parfümierten Übertönung schlechter Luft) wurden von Patientinnen und Patienten im positiven Sinne kaum wahrgenommen: Die «frisch gelüftete» Raumatmosphäre fand, zusammen mit schmalen Fenstersegmenten zum Öffnen, einhelligen Anklang – wiewohl in dem 40 Jahre alten Gebäude keine zentrale Klimatisierung existiert. Deutlich zeigt sich damit auch, wie wenig automatisierte, sich selbst regulierende – mit anderen Worten: bevormundende – Gebäudetechnik dem Nutzerbedürfnis nach Selbstwirksamkeit entspricht.



Abbildung 4: «Raumblasen» / individuelle Lichtregie.
(Foto: Karin Bauer)

4 (Un-?)Erschwinglich! Wirtschaftliche und gesellschaftliche Konsequenzen

Diese exemplarisch aufgezeigten Gestaltungsmassnahmen belegen: Das vielfach geäußerte Kostenargument, um dem Einsatz von «Healing Architecture» zugunsten «praktischer» Standardlösungen einen Riegel vorzuschieben, hinkt. Verbaut wurden keine sprichwörtlichen «goldenen Wasserhähne», sondern authentische Materialien, deren qualitative Differenzierung entlang eines stimmigen Konzepts gezielt zur Atmosphärenproduktion eingesetzt wurde. Im Gespräch zu seinen Visionen einer «Healing Architecture» erklärte der Architekt Peter Zumthor: «Es braucht gar nicht viel» (Kritzmöller, 2022, S. 193). Unabdingbar ist allerdings die konsequente Ausrichtung der Architektur an der Situation von Patientinnen und Patienten.

Der Einsatz der Mittel ist im Vergleich zu den Gesamtkosten nur unwesentlich höher als bei Standardbauten. Die dadurch erzielten Resultate hingegen tragen zur wirtschaftlichen Rentabilität bei. So reduzierte sich die Frequenz des Läutens in den neu entwickelten Testzimmern gegenüber den bestehenden Standardzimmern. Wenn Patientinnen und Patienten in einer Klinik mit 100 Betten durchschnittlich einmal pro Tag weniger nach der Pflege rufen, bedeutet dies bei einer 42-Stunden-Woche die Einsparung von 58 Personalwochen pro Jahr. Diese Zeit kann für wirklich qualifizierte Tätigkeiten sinnvoller eingesetzt werden, womit sich die Belastung des Pflegepersonals reduziert.

Stress, welcher sich unter anderem in höheren Werten von Blutdruck und Herzfrequenz äußert, steigert das inflammatorische Risiko. Die Reduktion von Stress bedeutet also nicht nur besseres Wohlbefinden, sondern trägt auch zu einer Senkung des Komplikationsrisikos bei.

Bei gleichwertiger medizinischer Leistung und in der bestehenden Situation freier Spitalwahl (derer sich immer mehr Personen bewusst sind): Welches Spital würde entlang des «Word of Mouth» bevorzugt werden? Der «Zweckbau» des Patienten im Standardzimmer oder ein Haus, in dem sich ein Gefühl der Wärme und Geborgenheit einstellt? Architektur, die als heilsam empfunden wird, unterstützt deshalb neben der Genesung auch die Bettenauslastung sowie die Zahlungsbereitschaft, in eine höhere (für Kliniken rentablere) Versicherungsklasse zu investieren.

Darüber hinaus ist die Spitalarchitektur der Arbeitsplatz des Pflegepersonals sowie Teil der Reputationsplattform von Ärztinnen und Ärzten. Architektur ersetzt keine kompetente Behandlung. Wohl aber unterstützt sie die Gewinnung besonders qualifizierter und daher anspruchsvoller Fachkräfte und damit auch das Image des Hauses.

Bedürfnisorientierte (Innen-)Architektur stiftet all den zahlreichen Personen einen spürbaren Mehrwert, die sich einer Spitalbehandlung unterziehen müssen – also dann, wenn sie selbst am hilflosesten sind und am wenigsten Handlungsautonomie haben, um selbst für ihr Wohlbefinden zu sorgen. Es liegt im sozialen wie auch volks- und betriebswirtschaftlichen Interesse einer Gesellschaft, sich speziell in dieser Situation eines Menschen anzunehmen.

2 Welche Bedürfnisse spielen in therapeutischen Umgebungen eine Rolle?



Abbildung 5: Heilsam / Fokus auf Patientinnen und Patienten
(Foto: Anita Kaminski)

5 Literatur

- Böhme, G. (1995). Atmosphäre. Suhrkamp.
- Hofmann, H. (2011). Gesundheitsmythos St. Moritz: Die bewegte Medizingeschichte von St. Moritz mit Biographie von Dr. Oscar Bernhard (1861–1919). Dr. Oscar Bernhard-Stiftung.
- Kritzmöller, M. (2022). Healing Architecture: Eine patientenzentrierte Diagnose. flabelli.
- Kritzmöller, M. (2015). Auf Tuchfühlung: Soziologie der textilen Haptik. flabelli.
- Simmel, G. (1998). Soziologie der Sinne. In G. Simmel (Hrsg.), Soziologische Ästhetik. WBG.
- 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>
- Vollmer, T. C. & Koppen, G. (2017). Architekturwahrnehmung und Stresserleben schwerst- und chronisch Kranker. In A. Abel & B. Rudolf (Hrsg.), Architektur wahrnehmen. Transcript. <https://doi.org/10.1515/978383839436547-009>