



Universitätslehrgang Public Health



Medizinische Universität Graz

„Aspekte der Gesundheitsförderung als Teil der Krankenhausplanung“

Kornelia Plank, BA, [9525341]

Zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health

Betreuer: Dr. Martin Sprenger, MPH



Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

Abstract

Die Architektur und bauliche Struktur eines Krankenhauses wirkt in vielerlei Hinsicht auf die Menschen, die sich darin aufhalten. In der vorliegende Arbeit mit dem Titel „Gesundheitsförderung in der Krankenhausplanung“ wird diese Tatsache aufgegriffen und anhand folgender Forschungsfrage untersucht: „Welche Aspekte der Gesundheitsförderung sind für die Planung, im Speziellen die Betriebsorganisations- und Funktionsplanung sowie die Architekturplanung eines Krankenhauses relevant, und von welchen Akteurinnen/Akteuren wird das Wissen um diese Aspekte in den Planungsprozess eingebracht?“

Über die Beschreibung der Grundlagen (Gesundheitsförderung, Krankenhausbau und Planungsprozesses) werden im Literaturteil die Berührungspunkte dieser relevanten Themen herausgearbeitet, am Ende des ersten Teiles jene Aspekte genauer beschrieben, die sowohl gesundheitsförderlich als auch für die Betriebsorganisations- und Funktionsplanung sowie die Architekturplanung relevant sind. Zu den wichtigsten planungsrelevanten Faktoren gehören: Tageslicht, Naturbezug, Ruhe, Kommunikation, Orientierung und Wegeführung, funktionales Layout und Infektionsprävention. Diese Aspekte finden sich mit unterschiedlicher Priorisierung beinahe deckungsgleich im zweiten Teil wieder, in dem der Forschungsgegenstand über die sozialemprirische Methode des personenzentrierten Interviews untersucht wurde. Aus der Befragung geht im Weiteren hervor, dass das Wissen über die relevanten Themenbereiche je nach beruflichem Hintergrund unterschiedlich ausfällt und es von großer Bedeutung ist, die Prozesse im Krankenhaus zu verstehen und die Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten und Nutzerinnen/Nutzern miteinzubeziehen. Kooperationen und Nutzerinnen-/Nutzerbeteiligung werden theoretisch zwar positiv bewertet, sind aber in der Praxis je nach Planungs-Projektorganisation für die jeweilige Person unterschiedlich relevant. Die Heterogenität der Interviewpartnerinnen/-partnern aus Sicht der beruflichen Tätigkeit ermöglicht die beabsichtigte überblicksmäßige Betrachtung des Forschungsgegenstandes aus mehreren Perspektiven und lässt dadurch keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu. Wissenschaftlich fundierte Aussagen zu den verschiedensten, am Planungsprozess beteiligten Berufsgruppen können nur über weitere Untersuchungen getroffen werden. Da es sich insgesamt um eine Übersichtsarbeit handelt, gibt es zu den unterschiedlichsten Teilbereichen (z.B. Nutzerbeteiligung, Organisationsentwicklung, usw.) noch Forschungsbedarf, um das ganze Spektrum der einzelnen Themen darzustellen.

Abstract

The architecture and structure of a hospital affect in many ways the people who are moving inside. In the present Masterthesis, entitled "Health Promotion und Hospital Planning", this subject is taken and analysed according to the following research question: "Which aspects of health promotion are relevant for the planning process of a hospital, in particular the functional planning part and the architectural design, and which stakeholders exert influence on the planning process." About the description of the basics (health promotion, hospital construction and planning process) the points of contact of these relevant topics are worked out in the literature part.

At the end of the first section those aspects which both have a positive influence on health and are relevant for the functional planning process and the architectural concept are described in detail. The most important relevant planning factors are: daylight, relation to nature, repose, communication, orientation and routing, functional layout and prevention of infections. These aspects are found almost congruent in the second section in which the research subject was investigated with the qualitative reasearch method, the person-centered interview, but with different prioritisation. Furthermore the survey shows that the knowledge about the relevant subject areas is different depending on the professional background and it is of great importance to understand the processes in the hospital and to take the needs of patients and the users into account. Cooperation and personal participation are theoretically evaluated positively but in practice these attributes, depending on the planning project organisation, are relevant in different ways for the persons interviewed. The heterogeneity of the interviewed experts from the viewpoint of professional career enables the intended surveying consideration of the research object from several aspects and therefore any generalisation of the results is allowed. Scientifically based statements about the different, in the planning process involved professional groups can only be taken on further investigations. As the present Masterthesis is an overview there is further need for research to the many different sup-areas (for example user participation, organisational development strategies, etc.) to represent the full range of the several themes.

Danksagung

Nach Fertigstellung dieser Masterarbeit ist es mir ein großes Anliegen, mich an dieser Stelle bei allen wunderbaren Menschen zu bedanken, die mich über lange Strecken bei dieser anspruchsvollen und interessanten Aufgabe moralisch und menschlich unterstützt haben.

Allen voran bei meiner wundervollen Familie, ganz besonders meinen lieben Kindern, die mir durch ihre Geduld und Rücksichtnahme eine große Stütze waren. Danke Daniela und Natascha für eure Nachsicht und für Ablenkung zum richtigen Zeitpunkt, dir Klaus für deine Unterstützung.

Ein herzliches Dankeschön meinen Eltern und Schwiegereltern, die unermüdlich dafür sorgten, dass ich mich abseits des Familien- und Arbeitsalltags in Ruhe meiner Masterthesis widmen konnte.

Dr. Martin Sprenger ein großes Dankeschön für seine Betreuung, sein großes Vertrauen in meine Fähigkeiten und seine Geduld.

Last but not least gilt mein Dank den Interviewpartnerinnen/Interviewpartnern, die durch ihre Expertise einen sehr interessanten und wertvollen Beitrag zu dieser Arbeit leisten konnten und kurzerhand bereit waren, trotz des erforderlichen Zeitaufwandes ausführlich über ihre Erfahrungen zu sprechen. Es war mir eine große Freude!

Willersdorf, August 2016

Kornelia Plank

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt bzw. die wörtlich und sinngemäß entnommenen Stellen anderer Autorinnen/Autoren als solche kenntlich gemacht habe.

Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Forschungsfrage	9
1.2	Abgrenzung.....	9
1.3	Methoden	10
2	Gesundheitsförderung im Krankenhaus	11
2.1.1	Gesundheit.....	11
2.1.2	Gesundheitsförderung.....	11
2.1.3	Settingansatz – das Krankenhaus als Setting für Gesundheitsförderung	13
2.1.4	Das Konzept der Health Promoting Hospitals.....	14
3	Das Krankenhaus.....	16
3.1	Kurze Geschichte des Krankenhausbaues.....	16
3.2	Planung eines Krankenhauses.....	17
3.3	Der Planungsprozess am Beispiel Krankenhausneubau	19
3.3.1	Projektstruktur.....	19
3.3.2	Betriebsorganisations- (BO-) und Funktionsplanung von Krankenhäusern.....	22
3.3.3	Die Architekturplanung	27
3.3.4	Die Expertinnen/Experten für Gesundheitsförderung des Planungsprozesses ...	28
4	Gesundheit, Gesundheitsförderung und Architektur bzw. Design.....	38
4.1	Salutogenese	38
4.2	Entwicklungsgeschichte von Gesundheit und Architektur.....	40
4.2.1	Healing Architecture	40
4.2.2	Evidence Based Architecture bzw. Evidence Based Design.....	41
4.3	Wesentliche Beispiele der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Architektur.....	45
4.3.1	TU-Berlin: Fachgebiet „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“	46
4.3.2	Calmers University of Technology	47
4.3.3	The Center for Health Design.....	47
4.3.4	Maggie´s Centres.....	48
4.4	Wesentliche Aspekte aus der Gesundheitsfördernden Planung	49
4.4.1	Licht – Tageslicht	49
4.4.2	Naturbezug	51
4.4.3	Ruhe	52
4.4.4	Kommunikation und soziale Kontakte.....	53
4.4.5	Wegeführung und Orientierung	55

4.4.6	Infektionsrisiko	56
4.4.7	Architectural Layout – funktionale Layoutplanung	56
4.5	Kosten-Nutzen von gesundheitsfördernder Architektur.....	58
4.6	Umsetzung im Planungsprozess	60
5	Empirische Forschungsmethode	61
5.1	Wahl der Methode	61
5.2	Qualitative Sozialforschung	62
5.3	Das persönliche Interview	63
5.3.1	Begründung der Methodenwahl	64
5.3.2	Wahl der Interviewpartner:	65
5.4	Auswertung	66
5.4.1	Transkription	67
5.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse der Strukturierung	67
5.5	Ergebnisaufbereitung:	70
6	Zusammenfassung der Ergebnisse	87
7	Verzeichnisse	91
7.1	Literaturverzeichnis	91
7.2	Internetquellen	94
7.3	Abbildungsverzeichnis.....	99
7.4	Tabellenverzeichnis	99
8	Anhänge	100
8.1	Anhang 1: Interviewleitfaden	100
8.2	Anhang 2: Zusammenhang zwischen Krankenhausdesign und Gesundheits- parametern.....	104
8.3	Anhang 3: Entwurfsvorschläge.....	105
8.4	Anhang 4: Funktionsbeziehungsmatrix.....	106
8.5	Anhang 5: Transkriptionen Interviews	107

1 Einleitung

„We shape our buildings and afterwards they shape us“

(Winston Churchill)

Keine Aussage bringt das Kernthema dieser Arbeit besser und prägnanter auf den Punkt. Ein fertig gebautes Gebäude prägt und formt die Menschen, die sich darin befinden, positiv als auch negativ. Dem Krankenhaus als äußerst komplexe Organisation kommt in diesem Zusammenhang aber auch auf Grund der besonderen Situation, in der sich die meisten Patientinnen/Patienten befinden, eine besondere Bedeutung zu.

Planungsmängel in Hinblick auf die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit und den reibungslosen Behandlungsverlauf in einer von unterschiedlichsten Prozessabläufen geprägten Institution können schwerwiegende Folgen nach sich ziehen, sowohl die Qualität betreffend (Behandlungsqualität, Arbeitsplatzzufriedenheit, usw.) als auch durch entstandene planungsbedingte Mehraufwendungen für die laufenden Betriebskosten. Das bei der Planung von Krankenhäusern zuweilen der Wunsch nach simplen Lösungen aufkommt ist nicht weiter verwunderlich. Diesem Wunsch steht jedoch eine Matrix aus Anforderungen gegenüber (Nickl-Weller & Nickl, 2013, S. 7), die die Architektur zu verbinden und zu gliedern versucht:

- Planung einer Umgebung für die optimale Abwicklung unterschiedlichster anspruchsvoller Kern- Management- und Supportprozesse
- Möglichst konfliktfreie Bewältigung dieser Aufgabe trotz interdisziplinärem Anspruch
- Berücksichtigung unterschiedlichster Interessensgruppen
- Stetige Veränderung der Rahmenbedingungen (Aufgabenspektrum, Krankheitsbilder, Demografie, neue Technologien, Politik)
- Berücksichtigung der Grundlagen von Gesundheitsförderung, den neuesten Entwicklungen von Healing Architecture sowie Evidence Based Design,

um nur einige zu nennen.

Ergänzend zu diesen bereits sehr umfangreichen Gesichtspunkten rückt auch der ganzheitliche Anspruch an den Raum an sich immer mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit und wird zunehmend zu einem beachtenswerten Faktor im Rahmen des Behandlungsprozesses (Nickl-Weller & Nickl, 2013, S. 15).

Diese Entwicklung greift die Autorin auf und beschäftigt sich in der nachfolgenden Masterthesis mit der Frage, welche gesundheitsförderlichen Aspekte sich in der

Krankenhausarchitektur wiederfinden sollten und wie bzw. über welche Akteurinnen/Akteur diese, in einen an sich schon hochkomplexen Planungsprozess integriert werden können.

Als Betriebsorganisations- und Funktionsplanerin (BO- und Funktionsplanerin) ist es der Verfasserin dieser Arbeit auch ein persönliches Anliegen, möglichst viele gesundheitsförderliche Faktoren in einer gut durchdachten, professionell erstellten BO- und Funktionsplanung in enger Zusammenarbeit mit der Architekturplanung zu berücksichtigen. Da das Berufsfeld der BO- und Funktionsplanung ein eher unbekanntes ist, wird es in einem weiteren Kapitel (s. 3.3.2) genauer beschrieben.

1.1 Forschungsfrage

Im Rahmen der Masterarbeit zum Thema „Aspekten der Gesundheitsförderung als Teil der Krankenhausplanung“ sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

Forschungsfrage:

„Welche Aspekte der Gesundheitsförderung sind für die Planung, im Speziellen die Betriebsorganisations- und Funktionsplanung sowie die Architekturplanung eines Krankenhauses relevant, und von welchen Akteurinnen/Akteuren wird das Wissen um diese Aspekte in den Planungsprozess eingebracht?“

1.2 Abgrenzung

Zentrales Thema dieser Arbeit ist, wie in der Einleitung bereits beschrieben, der Zusammenhang von Aspekten aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und dem Planungsprozess eines Krankenhauses. Es handelt sich hierbei um eine Art Übersichtsarbeit, die einen Querschnitt über die Thematik liefern soll und daraus folgernd die wichtigsten damit in Verbindung stehenden Gesichtspunkte beleuchtet. Einige relevante Teilbereiche finden auf Grund dieser Tatsache und der Vollständigkeit halber zwar Eingang in die Arbeit, werden aber angesichts des beschränkten Umfangs nicht genauer ausgeführt.

Die in dieser Masterthesis beschriebenen Aspekte der Gesundheitsförderung stehen in engem Zusammenhang mit baulich-funktionalen Betrachtungen der Krankenhausimmobilie. Zielgruppenmäßig liegt der Fokus auf den Personengruppen Personal und Patientinnen/Patienten. Die im Konzept der Gesundheitsfördernden Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen beschriebene dritte Zielgruppe, die Umwelt des Krankenhauses, erfährt an dieser Stelle keine besondere Betrachtung, obgleich diese Einschränkung im empirischen Teil nicht automatisch vorgegeben wird. Im Weiteren muss festgehalten werden, dass ökologische Gesichtspunkte nicht Inhalt dieser Arbeit sind und Teilgebiete der Krankenhausplanung, wie zum Beispiel Medizintechnik und Haustechnikplanung, in der Betrachtungsweise eher eine untergeordnete Rolle im Gegensatz zur Betriebsorganisations- und Funktionsplanung sowie der Architekturplanung einnehmen.

Obwohl die Autorin im Bereich der Betriebsorganisation- und Funktionsplanung kommt es zu keinerlei Interessenskonflikten. Die Arbeit wird einerseits unentgeltlich und andererseits völlig unabhängig von jeglichen Ansprüchen des Arbeitgebers erstellt.

1.3 Methoden

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt im ersten Teil über eine Literaturrecherche und im zweiten Abschnitt über die sozioempirische Methode der qualitativen Befragung anhand des personenzentrierten Interviews, welches in Kapitel 5 noch detailliert beschrieben wird. Als wissenschaftliche Quellen wurden im Rahmen der Literaturrecherche bzw. für den Theorieteil der Forschungsmethode hauptsächlich Fachbücher in gedruckter Form und online publizierte Fachartikel (so genannte „Paper“) herangezogen. Inhaltlich umfassten die Themen schwerpunktmäßig vor allem die Bereiche Krankenhausarchitektur und –planung, Healing Architecture, Healing Hospitals, Gesundheitsförderung im Krankenhaus mit Schwerpunkt Krankenhausplanung, Evidence Based Design bzw. Evidence Based Architecture. Die Recherchetätigkeit begann mit der Erstellung des Konzeptes zur Masterthesis und fand hauptsächlich vor der Verschriftlichung der Arbeit statt. Nach der Sichtung der Dokumente wurden die wesentlichen Schriften ausgewählt und für die Erstellung des Literaturteiles herangezogen. Die Herausforderung bestand darin, das doch sehr breite Thema einzugrenzen und über eine strikte Selektion die wesentlichen Punkte herauszuarbeiten. Demzufolge mussten Quellen, die Teilaspekte sehr detailliert beschrieben (z. B. Planungshandbücher für spezielle Funktionsbereiche im Krankenhaus) wieder verworfen werden und fanden auf Grund der gewählten Breite und des beschränkten Rahmens nicht Eingang in diese Arbeit.

2 Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Um den Einfluss der Architektur auf Gesundheit bzw. den möglichen Beitrag von Architektur zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus beschreiben zu können, ist es zunächst notwendig, auf die Grundlagen zum Thema Krankenhaus als Setting für Gesundheitsförderungsmaßnahmen näher einzugehen.

2.1.1 Gesundheit

Laut WHO wird Gesundheit bereits 1948 folgendermaßen definiert: Gesundheit ist ein „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1948, zitiert nach Pelikan & Halbmayer, 1999, S. 13). Die Definitionsphrase „...völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ wurde jedoch zunehmend kritisch betrachtet und im Zuge der Erstellung der Ottawa Charta 1996 Gesundheit bereits als Ressource oder Potential beschrieben (Pelikan & Halbmayer, 1999, S. 13). Demnach steht Gesundheit vielmehr für einen positiven Lebensentwurf entgegen der Auffassung eines erstrangigen Lebenszieles. Diese geänderte Betrachtungsweise wurde vor allem durch die Erkenntnis gefördert, dass Gesundheit und Krankheit keine statischer Zustandsformen sein können, sondern vielmehr Produkte der gegenseitigen Wechselbeziehung der Einzelnen/des Einzelnen mit seiner Umwelt, der gesellschaftlichen wie auch der natürlichen (Pelikan & Halbmayer, 1999, S. 15-18).

2.1.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheitsförderung bzw. das Konzept der Gesundheitsförderung wurde, wie bereits erwähnt, 1986 erstmals in der Ottawa Charta festgeschrieben (WHO 1996, zitiert nach Pelikan, Dietscher, Krajic, 2008, S. 17). Die Gesundheitsförderung soll Menschen dazu befähigen, über ein erhöhtes Maß an Selbstbestimmung und durch die Stärkung und den Aufbau von individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen die Verbesserung der eigenen Gesundheit beeinflussen zu können (Bundesministerium für Gesundheit, 2005, zitiert nach Klemperer, 2010, S. 153). In der Definition der Ottawa Charta wird vor allem die Komponente der individuellen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in Bezug zur eigenen Gesundheit betont. Auf dieser Grundlage basieren die drei Prinzipien zur Realisierung von Projekten mit dem Ziel der

Gesundheitsförderung: Interessensvertretung (advocacy), Vermittlung/Vernetzung (mediating) sowie Befähigung/das Ermöglichen (enabling) (Pelikan & Halbmayr, 1999, S. 23).

Angesichts der aktuellen Herausforderungen bezüglich der demografischen Entwicklung sowie dem Anspruch der Eindämmung von sozialer Ungleichheit soll auch die Prävention, mit dem Fokus auf der Erhaltung der Gesundheit durch die Vermeidung von Krankheit, nicht unerwähnt bleiben. Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung steht bei diesem Konzept jedoch nicht die salutogenetische, sondern die pathogenetische Perspektive im Fokus. Bei der vorliegenden Arbeit geht es jedoch vor allem darum, über Gestaltungsmaßnahmen gesunderhaltende Ressourcen und Schutzmechanismen im Sinne der Salutogenese, welche im Kapitel 4.1 noch genauer beschrieben wird, zu stärken und weniger darum, krankmachende Risikofaktoren auszuschalten (Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2010, S. 16, 17).

Die folgende Abbildung des Determinanten-Modells von Dahlgren und Whitehead (Naidoo & Wills, 2010, S. 26) zeigt sehr übersichtlich und anschaulich die unterschiedlichen Ebenen der veränderbaren Einflussfaktoren für Gesundheit. Die Darstellung der Lebens- und Arbeitsbedingungen als eigene Kategorie zeigt deutlich, welche Bedeutung dem Krankenhaus als Arbeits- und Lebenswelt sowie als fixer Bestandteil der Krankenversorgung (Gesundheitsdienste) zukommt.

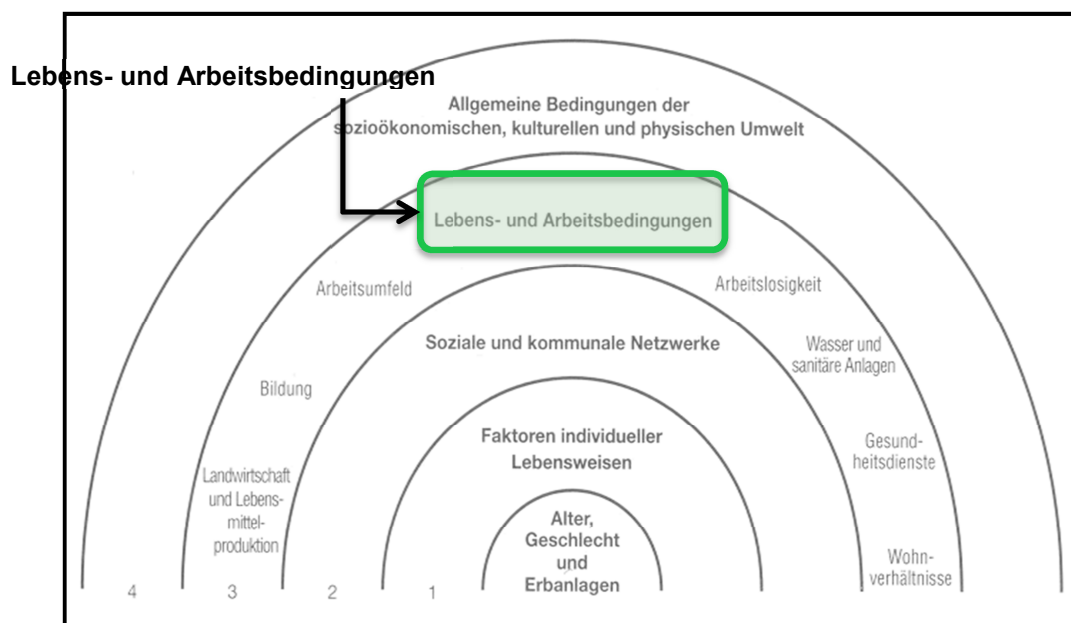


Abbildung 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, Quelle: Naidoo & Wills (2010, S. 26).

Die Einflussfaktoren für Gesundheit veranschaulichen im Weiteren, dass Gesundheitsförderung alle Beteiligten betrifft und ganzheitlich betrachtet werden muss - auch unter Berücksichtigung der sozialen, der physischen und persönlichen Faktoren. Im Gegensatz zur verhaltensorientierten Gesundheitsförderung wirkt die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung auf der strukturellen Ebene. Sie beeinflusst über die Veränderung der Lebensbedingungen der Menschen in ihren Lebenswelten deren Gesundheit bzw. auch deren Krankheit. Diese optimale Gestaltung dieser Lebenswelten führt einerseits zur einer Verringerung einer Exposition (z.B. Lärmschutz) und kann andererseits die Bedingungen für ein „gesünderes“ Verhalten herstellen (FGÖ, 2005, www). Am Beispiel dieser Masterarbeit steht vor allem die Beantwortung der Frage im Zentrum, inwieweit das Krankenhaus als Gebäude einerseits als Arbeitsumgebung den Arbeitsprozess und andererseits als vorübergehende Lebenswelt der Patientinnen/Patienten auch den Behandlungsprozess unterstützt.

2.1.3 Settingansatz – das Krankenhaus als Setting für Gesundheitsförderung

Ein Setting bzw. eine Lebenswelt bietet die Möglichkeit das Gesundheitsverhalten und gesundheitsförderliche Verhältnisse durch systematische Interventionen positiv zu beeinflussen. Ein Setting bietet zudem, im Gegensatz zu nicht abgrenzbaren Untersuchungseinheiten, relativ einfach die Möglichkeit, auch vulnerable, schwer erreichbare Gruppen miteinzubeziehen (Klemperer, 2010, S. 169). Auf Grund der besonderen Gegebenheiten stellt das Krankenhaus ein spezielles Setting für Gesundheitsförderung dar. Es ist eine mehr oder weniger alltägliche Lebens- und Arbeitswelt für das Personal und die Patientinnen/Patienten, in der einerseits Gesundheit geschaffen und gelernt sowie andererseits Krankheit be- und verarbeitet wird (Pelikan & Dietscher, 2015, www). In einem Setting wird über den sozialen Zusammenhang Einfluss auf die Gesundheit von Menschen ausgeübt. Dieser Sozialzusammenhang entsteht entweder auf der Ebene einer formalen Organisation (z.B. Schule), einer regionalen Gegebenheit (z.B. Gemeinde), gleicher Lebensmerkmale (z.B. Studenten) oder aus einer Kombination dieser Eigenschaften (Hartung & Rosenbrock, 2015, www). Somit steht der Mensch in seinen Lebenswelten im Zentrum der Aufmerksamkeit. Diesem Zugang liegt vor allem die Erkenntnis zugrunde, dass Gesundheit und Gesundheitsprobleme in Folge der sich gegenseitig beeinflussenden sozialen, ökonomischen und organisatorischen Umweltbeziehungen entstehen (Hartung & Rosenbrock, 2015, www). Im Weiteren unterstreicht der Settingansatz eine grundsätzliche Komponente der Gesundheit, die laut

WHO besagt, dass Gesundheit dort entsteht, wo Menschen arbeiten, leben, lieben, lernen und spielen – in ihrer alltäglichen Umwelt (Klemperer, 2010, S. 169).

Neben dem Krankenhaus als Einrichtung des Sozial- und Gesundheitswesens nennt der FGÖ noch weitere gesundheitsfördernde Settings: Betriebe, Ausbildungs- und Lehrstätten, kommunale Settings, Kinderbetreuungseinrichtungen sowie Sport-, Freizeit- und Konsumstätten (FGÖ, 2013, www).

2.1.4 Das Konzept der Health Promoting Hospitals

Im Jahr 1990 gründete die WHO das internationale Netzwerk der Health Promoting Hospitals (HPH). Bereits ein Jahr danach wurden ebenfalls durch die WHO die zentralen Inhalte und Ziele für Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen in der Budapest-Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser festgeschrieben und somit eine fundierte Grundlage für die Bildung nationaler Netzwerke geschaffen (Pelikan, Dietscher, Krajic, 2008, S. 14).

In Österreich besteht das Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ÖNGKG) seit 1996 als nationales Netzwerk und Teil des mittlerweile 40 Mitglieder-Organisationen umfassenden internationalen HPH Netzwerkes und wird seit 2006 als Verein geführt. Das Netzwerk unterstützt Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen bei der Entwicklung von gesundheitsfördernden Strukturen und Prozessen mit dem Ziel des maximal erreichbaren Gesundheitsgewinns für die relevanten Personengruppen durch Fokussierung auf die Bereiche Patientinnen-/Patienten, Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiter und Umweltorientierung sowie Organisationsentwicklung (ongkg, 2014, www).

Auf der Homepage des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) wird das Konzept der HPH umfangreich vorgestellt. Demnach soll Gesundheitsförderung in Krankenhäusern (ongkg, 2014, www):

- Zur Optimierung der Behandlung von Patientinnen/Patienten beitragen
- Die Arbeitsbedingung von den beschäftigten Personen im Krankenhaus verbessern
- Den Nutzen als Krankenversorgungseinrichtung für die Bevölkerung in der Region erhöhen

Die gewünschte Verbesserung des Gesundheitsgewinnes bei diesen Zielgruppen wird anhand von vier Kriterien gemessen (ongkg, 2014, www)):

- Wohlbefinden und Lebensqualität
- Zufriedenheit
- Wissen über die eigenen Gesundheit und das Gesundheitsverhalten (health literacy)
- Klinische Kennzahlen und Outcomes

Laut dieser Darstellung wäre davon auszugehen, dass das Krankenhausgebäude einen wesentlichen Teilaspekt dieser Betrachtungen darstellt, da es als struktureller baulicher Rahmen indirekt auf viele der genannten Punkte Einfluss nimmt. Dennoch hat die Literaturrecherche ergeben, dass das Konzept der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser zwar eine gute gesundheitswissenschaftliche Basis bildet, in der Praxis jedoch, vor allem was große Krankenhausplanungsprojekte betrifft, kaum eine Rolle spielt.

3 Das Krankenhaus

Das Krankenhaus als komplexe Organisation und gesellschaftliche Institution spielt in vielerlei Hinsicht eine zentrale Rolle. Als wesentlicher Teil der öffentlichen Struktur ist es einerseits als Wirtschaftsfaktor von großer Bedeutung (Wischer & Rietmüller, 2007, S.10) und andererseits ständigen Veränderungen unterworfen, wie zum Beispiel der steigenden Anzahl tagesklinischer Eingriffe (Glaville & Francis, 1996, zitiert nach Rechel et al., S. 222-223). Wie sich das Krankenhaus als Gebäude im Laufe der Geschichte veränderte und sich auf Grund von veränderten Gegebenheiten weiterentwickelte, wird kurz zusammengefasst im nächsten Kapitel beschrieben.

3.1 Kurze Geschichte des Krankenhausbaues

Die Geschichte des Krankenhauses (griechisch: Nosocomeum; Nusos = Krankheit, comeo = Pflege) samt dem Hospital als Vorgänger (lateinisch: hospitale = gastlich), ist eine sehr wechselhafte, was sich unter anderem anhand der unterschiedlichen Erscheinungsformen zeigt (Monz & Monz, 2001, S. 15). Zu den ältesten krankenhaushähnlichen Einrichtungen zählen die Herbergen für Pilgerinnen/Pilger in Griechenland und Ägypten, die Ashoka (buddistische Krankenhäuser), der Bimaristan (für Islam-Gläubige) sowie die Valetudinarien (für Sklavinnen/Sklaven bzw. Legionäre) (Wischer & Riethmüller, 2007, S. 18).

Medizinhistorisch betrachtet fanden die gravierendsten Veränderungen im Bereich der Funktion des Krankenhauses statt. Wie bereits erwähnt war das Krankenhaus in ihrer Entstehungsgeschichte ein Ort unterschiedlichster Nutzungen. Schlussendlich entwickelte sich aus einer zunächst geistlich orientierten Zufluchtsstätte für Bedürftige nach und nach eine Versorgungseinrichtung, die das gesamte Spektrum der Gesellschaft, mehr oder weniger schichtenunabhängig, abbildete (ebd., S. 18). So wurde das Spital zu einer meist öffentlich geführten hochkomplexen und hoch technologischen Einrichtung (Monz & Monz, 2001, S. 15).

Aus Sicht der Architekturgeschichte stehen vor allem die bauhistorischen Ausprägungen im Zentrum des Interesses. Das Vergleichen von archäologischen Funden, von Urkunden und von Grundrissen ermöglichte eine zeitliche und räumliche Zuordnungen sowie die Typisierung von Krankenhäusern (Wischer & Riethmüller, 2007, S. 18). Historische Veränderungen der Baustrukturen erfolgten häufig auf Grund neuer Erkenntnisse aus dem Bereich der Hygiene. Wurde bis zum 1. Weltkrieg das so genannte Pavillonsystem,

als Relikt der erfolgreichen Behandlung von Kriegsverletzten in Feldlazaretten Mitte des 19. Jahrhunderts, als optimale Bauform angesehen, erfolgte danach die Entwicklung zum Zentralbau in seinen unterschiedlichen Ausprägungen (Vertikaltyp: Anordnung der Pflegeebenen oberhalb des so genannten „Breitfußes“ mit den Untersuchungs- und Behandlungsbereichen; Horizontaltyp: Pflege und Untersuchungs- und Behandlungsbereiche befinden sich auf gleichen Ebenen; Mischformen dieser beiden Grundtypen: teilweise ebenengleiche Zuordnung und weniger nach oben auskragende Pflegeebenen). Auch heute noch sind Pavillonbauten als zentrale Anlagen von Krankenhauszentren ein wesentlicher, historisch wertvoller Teil der Versorgungslandschaft. Für die Eingliederung in moderne und an wirtschaftlichen Kriterien orientierte Krankenhaussysteme stellen vor allem die daraus resultierenden langen Wege eine Herausforderung dar (Murken, 1995, zitiert nach Cesarz et al., S. 30).

3.2 Planung eines Krankenhauses

Wird heutzutage ein Krankenhaus geplant, dann kann dem notwendigen Anspruch an das Endprodukt, der Erbringung der höchst möglichen medizinischen Qualität, die vor allem von den bereits erwähnten Faktoren Interdisziplinarität, Interprofessionalität und zunehmend auch von der Technikkomponente beeinflusst wird, nur mehr dann Rechnung getragen werden, wenn auch die Ausführung der komplexen Planungsprozessschritte von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit gekennzeichnet ist (Lohmann, zitiert nach Debatin et al., S. 5). Diese besonderen Bedingungen entstehen einerseits aus den komplexen Aufgabenstellungen im Rahmen der Leistungserbringung im Krankenhaus und werden andererseits noch dadurch verstärkt, dass diese Leistungserbringung von sehr heterogenen Arbeitsteams erbracht werden muss, deren Teammitglieder untereinander teils unterschiedliche bzw. sogar gegensätzliche Interessen verfolgen. Allein durch diese anspruchsvollen Ausgangsbedingungen kommt der Zusammenstellung eines Projektteams für die Planung eines Krankenhauses eine besondere Rolle zu. Folglich sollten auch alle Interessensgruppen in sämtliche auf den Bau bezogene Prozesse (Planungs- Umsetzungs- und Inbetriebnahmeprozess) miteingebunden werden (Debatin et al. S. 43).

Die Gründe für einen Krankenhausneubau sind vielfältig, die Ziele zumeist die gleichen: die Existenzsicherung über optimierte Prozesse, höchst mögliche medizinische Qualität und das Schaffen attraktiver Arbeitsplätze. Wird das Erreichen dieser Zielsetzungen unter anderem von den gebauten Strukturen verhindert bzw. behindert, führt dies in vielen

Fällen dazu, dass Krankenhausstandorte generell zur Diskussion stehen bzw. Überlegungen über notwendige Baumaßnahmen getroffen werden müssen. Die Entscheidungsfindung kann natürlich in unterschiedlicher Weise erfolgen, je nach individueller Ausgangssituation (Debatin et al., 2010, S. 25):

- Beim Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, einem 1500-Betten Haus, entschied man sich auf Grund der im medizinischen Behandlungsprozess notwendigen, aber nicht mehr zeitgemäß durchzuführenden Interdisziplinarität durch die schlechten baulichen Bedingungen – extreme Dezentralisierung der Gebäudestruktur – für einen Neubau (Debatin et al., 2010, S. 25).
- Mit dem österreichischen Krankenhaus Nord (rund 800 geplanten Betten) soll die Gesundheitsversorgung im Norden Wiens verbessert werden. Mehrere bestehende Krankenhäuser werden komplett oder teilweise in diesen Neubau integriert (wienkav, 2014, www).
- Die Entscheidung für den Neubau des Landeskrankenhauses Oberwart im Burgenland zog sich über mehrere Jahre. Die Sanierung stand lange zur Diskussion, wurde aber auf Grund des maroden Zustandes des „alten“ Krankenhauses und den daraus resultierenden hohen Sanierungskosten schlussendlich als Alternative zum Neubau verworfen (orf, 2014, www).
- Dänemark entschied sich auf Grund des neuen Anspruches der Zentralisierung der Krankenhausversorgung und der Stärkung des ambulanten Sektors für die Errichtung von 18 neuen so genannten „Superkrankenhäuser“ bis zum Jahr 2022. Diesem Konzept liegt der Ansatz zugrunde, die Arbeitsprozesse flexibler gestalten zu können, einheitliche Strukturen zu schaffen und den Technikbereich, besonders das Thema E-Health, verstärkt auszubauen, um dadurch die Patientin/den Patienten intensiver in den Heilungs- und Regenerationsprozess miteinbeziehen zu können. Zudem wird davon ausgegangen, dass diese Investition in neue Gesundheitstechnologien einerseits ein mehr an Qualität bringt und andererseits dazu beiträgt, die Kosten zu senken (Hammer-Jakobsen, 2015, www). Auf die Rolle der Nutzerinnen-/Nutzerbeteiligung sowie dem Anspruch an eine gesundheitsfördernde Architektur wird im Kapitel 3.3.4.2 noch näher eingegangen (Hammer-Jakobsen, 2015, www).
- Im Altbau der Chirurgie des LKH Graz konnte eine adäquate zeitgemäße Leistungserbringung auf Grund der schlechten Bausubstanz nicht mehr gewährleistet werden. Um weiterhin die notwendige hochkomplexe medizinische Versorgung weiter garantieren zu können, beschloss man, einen Chirurgie-Neubau zu erreichen (GAT, 2019, www).

3.3 Der Planungsprozess am Beispiel Krankenhausneubau

Im folgenden Kapitel wird überblicksmäßig der Planungs- und Durchführungsprozess für einen Krankenhausneubau erläutert. Um das Projekt „Krankenhausneubau“ übersichtsmäßig darzustellen, erfolgt einerseits eine Beschreibung der wichtigsten Projektschritte und andererseits werden spezielle Phasen hervorgehoben, die für das Thema dieser Arbeit wesentlich sind. Da die Masterthesis vor allem Gesichtspunkte aus dem Bereich der Architektur- sowie der Betriebsorganisations- und Funktionsplanung betrachtet kommt diesen Kapiteln eine besondere Bedeutung zu.

3.3.1 Projektstruktur

Ist die Entscheidung für einen Krankenhausneubau gefallen, müssen für die erfolgreiche Umsetzung zunächst grundlegende Bedingungen sichergestellt sein. Eine strukturierte Planung gehört neben der konsequenten Umsetzung und der ambitionierten Inbetriebnahme zu diesen Voraussetzungen. Erst die Gewährleistung dieser Rahmenbedingungen ermöglicht eine möglichst reibungslose Umsetzung der Planungsvorgaben und mit dem gewünschten Resultat (Debatin et al., 2010, S. 25). Die nachstehende Abbildung zeigt am Beispielprojekt Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf die wichtigsten Prozessschritte eines Krankenhausneubauprojektes.

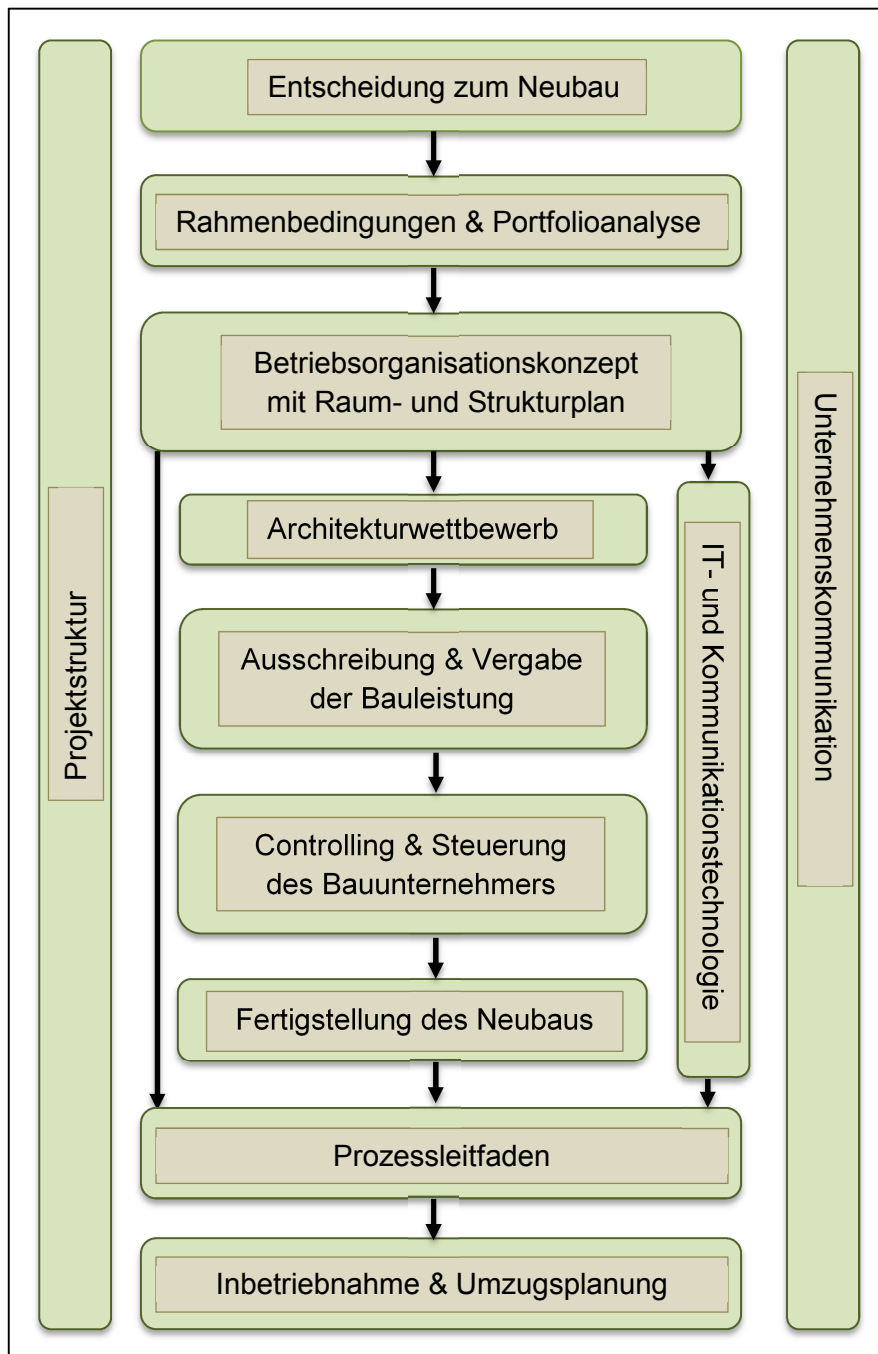


Abbildung 2: Planungsprozess eines Krankenhauses. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Debatin et al. (2010, S. 27).

Für eine erfolgreiche Planung und Umsetzung eines Krankenhausbauprojektes ist es unumgänglich, die Interessen aller beteiligten und betroffenen Interessensgruppen, zum Beispiel Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, Patientinnen/Patienten, Angehörige und eventuell Studentinnen/Studenten oder auszubildendes Personal, zu berücksichtigen, wobei Patientinnen/Patienten insofern eine spezielle Nutzerinnen-/Nutzergruppe darstellen, als dass sie im Grunde nicht leicht zu fassen sind und sich bezüglich ihrer Bedürfnisse sehr

unterscheiden können (Debatin et al., 2010, S. 43). Dennoch verbindet alle Interessensgruppen der Anspruch, höchstmögliche medizinische Qualität zu gewährleisten bzw. zu erhalten. Durch die medizinische Erfordernis, dass die täglichen Aufgaben interdisziplinär und interprofessionell zu bewältigen sind, entsteht auch der Anspruch an das Gebäude, diese komplexen Aufgabenstellungen aus baulich-organisatorischer Sicht best möglich zu unterstützen (Debatin et al., 2010, S. 43). Eine Gewährleistung dieses Anspruchs wird jedoch erst erreicht, wenn es der Projektorganisation und dem Projektteam gelingt, die Interessen der Anspruchsgruppen strukturiert in das Gesamtkonzept zu integrieren (Debatin et al., 2010, S. 44). In diesem Zusammenhang kommt vor allem der Steuerung und Koordination der Nutzerinnen-/Nutzereinbindung eine wesentliche Rolle zu. Diese Aufgabe wird aus Erfahrung gerne an unparteiische externe Expertinnen/Experten übertragen (Debatin et al., 2010, S. 44). Als Grundlage für die Projektorganisation sind am Beginn folgende Punkte wesentlich (Debatin et al., 2010, S. 44, 46):

- Entscheidungskompetenzen und transparente Entscheidungsabläufe definieren
- Spielräume einplanen – über unterschiedliche Projektphasen hinweg
- Informationsflüsse zielgerichtet steuern
- Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben zuordnen und verteilen
- Durchgehendes Controlling
- Sicherstellen von Methoden zur Konfliktlösung

Für die Zusammenstellung des Projektteams sind mehrere Faktoren relevant. Die Teammitglieder müssen vor allem folgende Punkte erfüllen:

- Erfahrungen in der Projektsteuerung
- Bereitschaft zur intensiven Kommunikation

Die zentrale Aufgabe des Projektteams besteht in der Koordination des gesamten Planungs- und Bauprozesses, das heißt, es ist zuständig für die professionelle Abstimmung aller in Bezug zu einander stehenden notwendigen Aufgaben, Maßnahmen und Tätigkeiten. Dem Projektteam muss der Zugang zu allen medizinischen, administrativen und logistischen Informationen gewährleistet und über die Rückendeckung der Krankenhausleitung die Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter zugesichert werden (Debatin et al., 2010, S. 45).

Sind die projektorganisatorischen Belange einmal geklärt, beginnt die so genannte Analysephase, über welche die Rahmenbedingungen für die Planung festgelegt bzw. daraus abgeleitet werden. In dieser ersten Phase finden eher allgemeine Fakten Berücksichtigung: Demografische und politische Entwicklungen, medizinisch-technischer

Fortschritt sowie regionale und überregionale Einflussfaktoren (Debatin et al., 2010, S. 55).

Das heißt, dass noch vor der Herausforderung der Berücksichtigung aller Interessensgruppen bzw. zusätzlich zu dieser Anforderung noch ein übergeordneter Blick auf das Gesamtprojekt „Krankenhausneubau“ hinzukommt. Um diesem Anspruch einer zukunftsfähigen, ganzheitlichen Krankenversorgung Genüge zu tun muss sich die Verzahnung der wichtigen Themen Architektur, Ökonomie, Medizin im Zusammenhang mit dem Sozialen Rahmenbedingungen in der Planung bzw. schlussendlich im Bau widerspiegeln (Heselschwert, 2010, S. 65).

Diese Überlegungen mit dem Blick auf das Gesamtprojekt (inkl. strategische Schwerpunkte und medizinisches Leistungsprofil) bilden als Rahmenbedingungen die Grundlage für das Betriebs- und Funktionskonzept sowie das Raumprogramm des neuen Krankenhauses. (Debatin et al., 2010, S.62).

3.3.2 Betriebsorganisations- (BO-) und Funktionsplanung von Krankenhäusern

Das Krankenhausgebäude bildet nur den Rahmen für Gesundheitsförderung in den unterschiedlichsten Ausprägungen. Passen nun die organisatorischen und medizinischen Konzepte nicht mit dem Raumkonzept bzw. dem Architekturkonzept überein, ist auch gesundheitsfördernde Effekt nicht in dem Maße gegeben, wie erwünscht bzw. entstehen demotivierende und krankmachende Bedingungen. Die Berücksichtigung dieser Tatsache ist eine der zentralen Aufgaben der Betriebsorganisations- (BO-) und Funktionsplanung. Sie ist, als wesentlicher Teil eines Krankenhausplanungs-Prozesses im Rahmen eines Bauprojektes (Neubau, Um- und Ausbau, Renovierung und Sanierung) ist den meisten fachbereichsfremden Personen wenig vertraut. Im besten Fall ist sie der weitaus bekannteren Architekturplanung vorausgeschaltet und bietet den Architektinnen/Architekten eine solide Basis für deren Entwurf (VAMED, 2014, Firmenprofil).

In dieser Arbeit werden die Begriffe Betriebsorganisationsplanung (VAMED, 2014, Firmenprofil) und Betriebskonzept (Debatin et al., 2010, S. 65) sowie Funktionsplanung (VAMED, 2014, Firmenprofil) und Raum- und Strukturplanung (Debatin et al., 2010, S. 65) synonym verwendet, da sie sich inhaltlich nicht unterscheiden. Gleiches gilt für das so genannte Raumbuch (Debatin et al., 2010, S. 65) oder Raumprogramm (VAMED, 2014, Firmenprofil).

Die Betriebsorganisations- und Funktionsplanung (BO- und Funktionsplanung) erfüllt folgende Aufgaben (VAMED, 2014, Firmenprofil):

- Sie unterstützt die Kundin/den Kunden bei der Entwicklung und beim Finalisieren von Konzepten, um die organisatorische, funktionale und baulich-technische Weiterentwicklung von Krankenhausstandorten zu gewährleisten
- Sie ermöglicht die Weitergabe erfahrungsgestützter Kenntnisse von bereits durchgeführten Projekten aus den Bereichen Errichtung und Betrieb von Krankenhäusern
- Aus der BO- und Funktionsplanung können Entwicklungen und Handlungsempfehlungen – nachvollziehbar und transparent – abgeleitet werden

Wie aus der nächsten Abbildung deutlich hervorgeht, erweist sich die Aufgabenstellung an die BO- und Funktionsplanerinnen/BO- und Funktionsplaner als sehr umfangreich und komplex. Die Durchführung verläuft daraus folgernd in mehreren Schritten (Linzatti, 2015, interne Schulungsunterlage):

- Erstellung einer Grundsatzplanung bzw. Festlegen einer Strategie: optional unter der Mitwirkung bzw. bereits aufbereitet als Grundlage für die BO- und Funktionsplanung
- Planung betrieblicher und organisatorischer Zusammenhänge – inkl. Entwicklung des Raumprogrammes (in unterschiedlichen Phasen und Detaillierungsgraden, siehe auch Abbildung 4: Grundsatzplanungsprozess Krankenhaus, Quelle: Solve Schulungsunterlagen (Solve, 2014, interne Schulungsunterlage)) und optional Erstellung einer Funktionsbeziehungsmatrix (Einteilung der funktionalen Beziehungen zwischen den Abteilungen nach dem Kooperationsgrad: intensiv/häufig/selten)
- Planung der Leistungen und der benötigten Kapazitäten
- Planung der Prozesse
- Planung des Personalbedarfes
- Planung der Inbetriebnahme bzw. optional auch Umzugsplanung

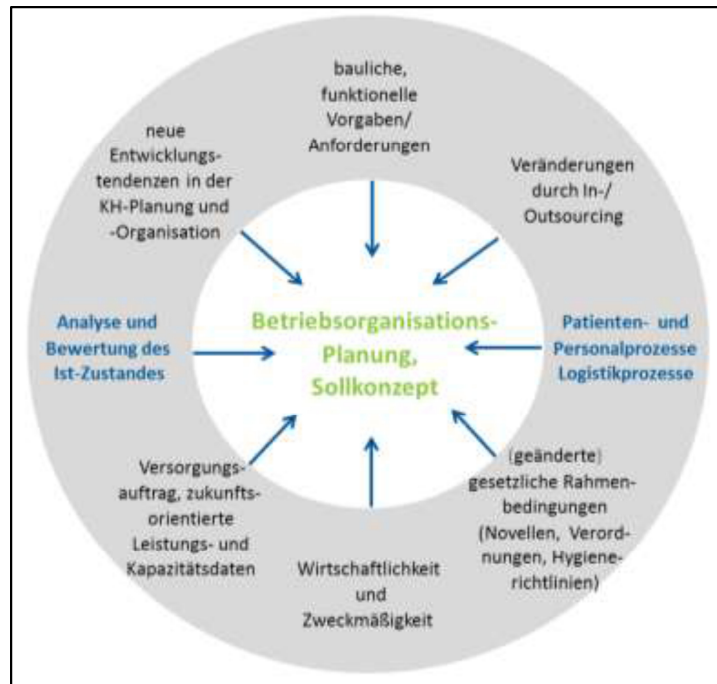


Abbildung 3: Rahmenbedingungen für die BO und Funktionsplanung. Quelle: Linzatti (2015, Interne Schulungsunterlage).

Um diesen hohen Ansprüchen zu genügen, bedarf es einer umfangreichen Prozessanalyse und für die Ausführenden in Folge dessen ein umfassendes Wissen über die Prozesse und das Prozessmanagement. Im Zentrum der BO- und Funktionsplanung stehen drei zentrale Bereiche: Administration, Medizin sowie Logistik (Debatin et al., 2010, S. 66). Im Master – Betriebsorganisationskonzept des Wiener Krankenanstaltenverbundes erfolgt indes die Unterscheidung zwischen dem klinischen (= medizinischen) dem nicht klinischen Bereich (KAV, 1016, www).

Für die Erstellung und die Optimierung dieser Kernprozesse ist es erforderlich auf einem möglichst breiten und umfangreichen Pool aus Daten zurückgreifen zu können oder sich diese im Planungsprozess zu erarbeiten. An einer eventuellen Erhebung solcher Basisdaten sollten möglichst viele am Prozess beteiligte Personengruppen miteinbezogen werden. Dadurch können unterschiedliche Perspektiven beachtet sowie neue Ideen und Aspekte aufgegriffen werden (Debatin et al., 2010, S. 66). Für diese Projektplanungsphase kann es, je nach Form der Nutzerinnen-/Nutzereinbindung (Gesprächsrunden, Workshops, usw.), hilfreich sein, externe unabhängige Beraterinnen/Berater hinzuzuziehen (Debatin et al., 2010, S. 66).

Im Wesentlichen bestehen die Endprodukte der BO- und Funktionsplanung aus mehreren Teilen (VAMED, 2014, Firmenprofil):

1. Dem Betriebsorganisationskonzept mit dem Raumprogramm (RP) (Auflistung aller Räume samt genauer Beschreibung derselben: Raumnummer, Größe, Raumbezeichnung, Funktionsbereich & -stelle, Nutzungsart, usw.)
2. Der Layoutplanung (LP) – planerische Darstellung der grundsätzlichen Verortung von Räumen / Bereichen sowie der Erschließungssysteme (Planungs-Grobkonzept)
3. Das Funktionsprogramm (FP) beschreibt die notwendigen Funktionsbereiche bzw. –stellen, deren Aufgaben und Beziehungen zu einander – s. Anhang 8.4 Funktionsbeziehungsmatrix, (funktionale Gliederung von Krankenhäusern und Universitätskliniken lt. DIN 13080 in Funktionsbereiche, Funktionsstellen und Teilstellen)

Anhand der Darstellung des Planungsprozesses in der Abbildung 4 kommt noch einmal deutlich zum Ausdruck, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen BO- und Funktionsplanerinnen/BO- und Funktionsplanern sowie Architektinnen/Architekten notwendig und erstrebenswert ist. Regelmäßige Abstimmungen zum jeweils aktuellen Planungsstand über weite Strecken der Krankenhausplanung erfordern diese enge Kooperation zwischen diesen beiden Planungsgruppen.

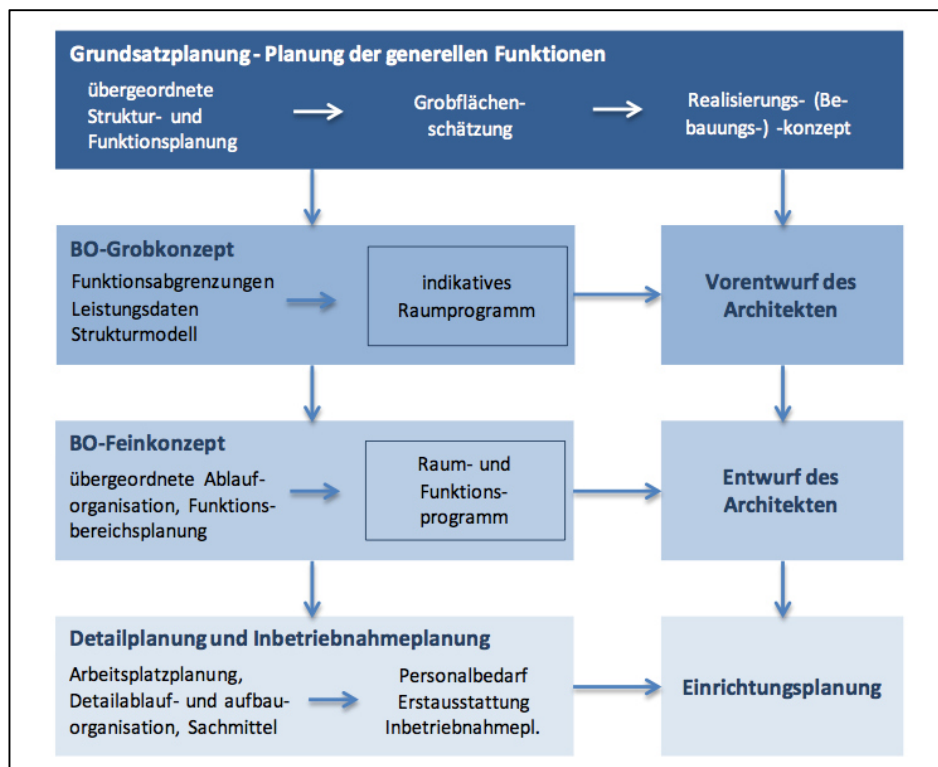


Abbildung 4: Grundsatzplanungsprozess Krankenhaus, Quelle: Solve Schulungsunterlagen (Solve, 2014, interne Schulungsunterlage).

Nicht selten kommen BO-Planerinnen/BO-Planer aus dem betriebswirtschaftlichen Bereich und Funktionsplanerinnen/Funktionsplaner aus dem Bereich der Architektur, beides ist aber nicht zwingend und für größere Projekte werden in unterschiedlichen Planungsphasen temporäre Arbeitsteams gebildet in denen sich beide Berufsgruppen wiederfinden bzw. eine Person beide Felder abdeckt (Heselschwert, 2010, S. 67). In der Abteilung BO- und Funktionsplanung in der VAMED VSG sind zum Beispiel Architektinnen/Architekten als auch Betriebswirtinnen/Betriebswirte beschäftigt (VAMED, 2016). Da die Planung eines Krankenhauses auch für Architekturbüros eine große Herausforderung darstellt haben sich einige bereits auf den Gesundheits- & Krankenversorgungsbereich spezialisiert, wie das skandinavische Architekturbüro C.F. Møller. Durch diese Spezialisierung haben sie unter ihren über 350 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern auch eine eigene Abteilung für BO-, Raum- und Funktionsplanung. Daraus ergibt sich auch die Erfordernis, dass im Planungsprozess, je nach Ausgangssituation, Aufgabenstellung, Projektstruktur & -phase verschiedene Expertinnen/Experten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen aktiv werden und in unterschiedlichen Konstellationen zusammenarbeiten. Die optimale Form der Zusammenarbeit von BO- und Funktionsplanerinnen/BO- und Funktionsplanern mit Architektinnen/Architekten wurde bereits in der die Abbildung 4: Grundsatzplanungsprozess Krankenhaus, Quelle: Solve Schulungsunterlagen (Solve, 2014, interne Schulungsunterlage) dargestellt.

Über eine sorgfältige BO- und Funktionsplanung wird somit sichergestellt, dass einerseits alle notwendigen Räume vorgesehen werden und die funktionalen Zusammenhänge einzelner Abteilungen sowie betriebsorganisatorischen Anforderungen an einen Krankenhausbetrieb Berücksichtigung finden (VAMED, 2014, S. 5).

Alle diese Faktoren haben im engeren Zusammenhang direkten Einfluss auf die Patientinnen/Patienten und die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie im weiteren Sinne auf die Umwelt des Krankenhauses. Diese Tatsache stellt auch die Brücke zur Gesundheitsförderung und deren Aspekte dar.

Aus der Literaturrecherche lässt sich jedoch eindeutig ableiten, dass sowohl der Begriff der Gesundheitsförderung als auch der Betriebsorganisations- und Funktionsplanung eher im Hintergrund stehen und die Architektur mit den von ihr geprägten Begriffen, wie Healing Architecture, Healing Hospital und Evidence Based Design, mehr Beachtung findet.

3.3.3 Die Architekturplanung

Für die Architektin/den Architekten eines Krankenhauses ist es notwendig, die Prozesse im Krankenhaus zu verstehen und in Folge dessen planerisch umsetzen zu können. In diesem Zusammenhang ist es von besonderer Bedeutung, dass sie/er es versteht, die Abläufe aus der Perspektive der Patientin/des Patienten und des Personals zu betrachten und zu wissen, was in den unterschiedlichsten Bereichen des Krankenhauses passiert (GAT, 2009, www). Sie/er spielt im Planungsprozess auch abseits einer möglichen Mitarbeit am Raum- und Funktionsprogramm eine tragende Rolle und trägt entscheidend dazu bei, mit ihrem/seinem Entwurf eines Krankenhauses eine gesundheitsfördernde Umgebung zu schaffen (Nickl-Weller & Nickl, 2013, S. 13).

Als Basisdokument stehen der Architektin/dem Architekten die vorläufigen Endprodukte der Betriebsorganisations- und Funktionsplanung zur Verfügung. Vorläufig deshalb, weil sich die Architektin/der Architekt im Planungsprozess, wie bereits aus dem vorangegangenen Kapitel 3.3.2 hervorgeht, immer wieder im Austausch mit der BO- und Funktionsplanung befindet, um ein optimales Endprodukt zu generieren. Die Aufgabe der Architektin/des Architekten ist es nun, diese Vorgaben für die weitere, gestalterische Ausarbeitung heranzuziehen und zudem weitere in ihr/sein Fachgebiet fallende Faktoren in der Detailplanung zu berücksichtigen: Städtebau, Baufeld, Bestandsgebäude (Debatin et al., 2010, S. 133). Auch hier kann es zur Überschneidung der Zuständigkeiten kommen, denn einige dieser Faktoren fließen bereits in die BO- und Funktionsplanung ein, vor allem, wenn in dieser Planungsphase bereits Layoutentwürfe angefertigt werden (VAMED, 2014). Im Unterschied zu diesem Erstentwurf stellt der detaillierte Architekturentwurf die optimale planerische Umsetzung der beschriebenen funktionalen Zusammenhänge dar und beinhaltet im Weiteren gestalterische Aspekte, wie Gebäudegliederung, Materialität, Farbkonzept also wesentlichen Ausdruck der Corporate Identity. Die folgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Zuständigkeiten für die einzelnen, sich am deutlichsten am Detaillierungsgrad unterscheidenden Entwurfsplanungsschritte. Die Betriebsorganisation ist für den bereits erwähnten Erstentwurf, die so genannten Layouts (auch Basic Design genannt) zuständig und in weiterer Folge übernimmt die/der ArchitektIn bzw. das Architekturbüro die gesamte weitere Entwurfsplanung bis zu den Detailplänen. Abstimmungen erfolgen jedoch noch laufend, vor allem bezüglich des Raumprogrammes und betriebsorganisatorischer Belange.

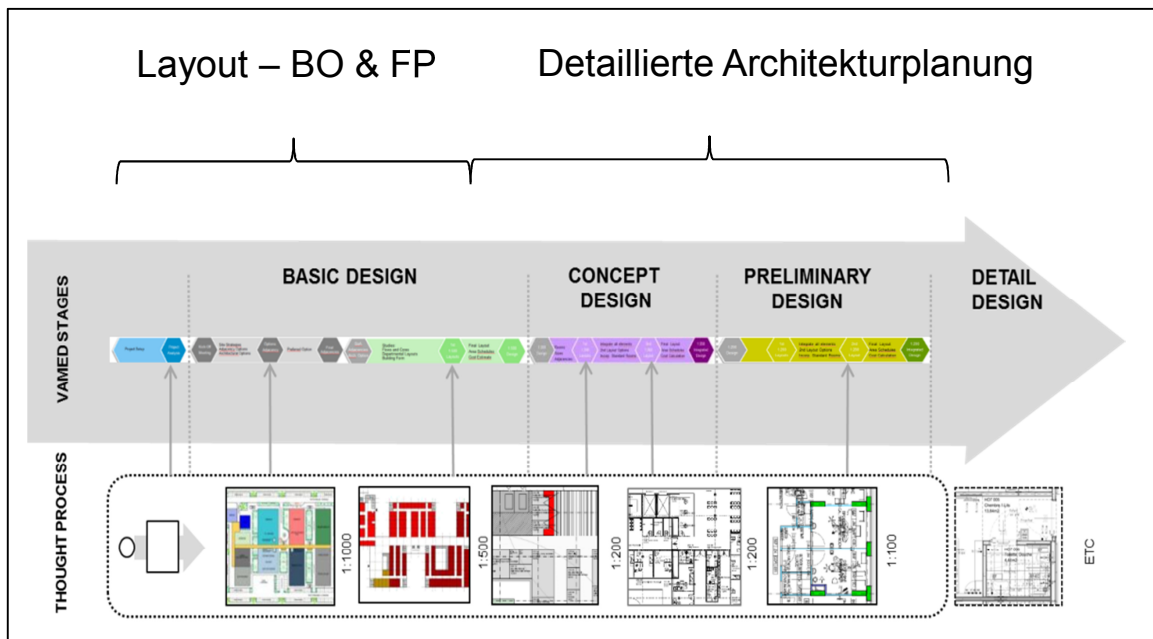


Abbildung 5: Der VE-Planungsprozess. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gose (2015, betriebsinterne Präsentation).

Da die Architektin/der Architekt im gesamten Planungsverfahren eine Ansprechpartnerin/ein Ansprechpartner für die Auftraggeberinnen/Auftraggeber ist, sollte die Kooperation zwischen den beiden Parteien von einem guten und vertrauensvollen Verhältnis geprägt sein (Debatin et al., 2010, S. 133).

Die Wahl der Architektin/des Architekten kann über verschiedene Wege erfolgen. Vielfach gibt es Büros, die bereits über ausreichende Erfahrung im Krankenausbereich verfügen und über Homepages bzw. über die Architektinnen-/Architektenkammern auffindbar sind. Bevor eine Entscheidung getroffen wird, ist es ratsam, sich bestehende Häuser anzusehen (best practice Beispiele), mit in Frage kommenden Planerinnen/Planern Vorgespräche zu führen und wenn möglich Referenzen einzufordern (Debatin et al., 2010, S. 133). Was öffentliche Auftraggeber betrifft, müssen Projekte mit einer Auftragssumme von mehr als 200.009 € für Liefer- und Dienstleistungen bzw. 5.225.000 € für Bauaufträge europaweit ausgeschrieben werden (WKO, 2016, www).

3.3.4 Die Expertinnen/Experten für Gesundheitsförderung des Planungsprozesses

Was die Themen Gesundheitsförderung und Krankenhausarchitektur betrifft, gibt es sowohl im Krankenausbereich intern aber auch abseits des Betriebes eine Vielzahl an Expertinnen/Experten. Was genau nun eine Expertin/ein Experte ist, beschreibt eine Definition, die besagt, dass diese Personen über ein individuelles Praxis- und

Erfahrungswissen zu einem abgrenzbaren Problem verfügen, was ihnen die Möglichkeit verschafft, das Thema sinngemäß und strukturiert mit anderen Personen zu diskutieren (Bogner, Littig, Menz, 2014, www). Laut Hintzler (et al. 1994, zitiert nach ebd., 2014, www) sind Expertinnen/Experten in der Lage, über ihre institutionalisiertes Fachwissen die Wirklichkeit zu konstruieren. Angelehnt an diese Definitionen werden im Folgenden die wichtigsten Expertinnen/Experten in Zusammenhang mit ihrer Rolle im Planungsprozess beschrieben.

3.3.4.1 Patientin/Patient

„Der Patient wird zunehmend als ein durch Erfahrung qualifizierter Experte angesehen, dessen aktive Beteiligung für die Entscheidungsfindung wesentlich ist“ (WHO, 2012, www)

Die Rolle der Patientin/des Patienten hat sich in den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert. Der Behandlungsprozess orientiert sich mehr und mehr an der Kundin/am Kunden (Van der Zwart, 2015, www) und folgerichtig passt sich auch die Umfeld an den Zustand der/des PatientIn/Patienten an. Daraus müssen eine nicht unwesentliche Anzahl von Faktoren in Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten im Krankenhaus berücksichtigt bzw. sichergestellt werden. Informationsflüsse sind heutzutage zum Beispiel transparent zu gestalten und die notwendigen Informationen sollen zeit- und ortsunabhängig bei der/beim Patientin/Patienten ankommen (Van der Zwart, 2015, S. 196-197, www). Im Weiteren muss einerseits die Einhaltung der Patientinnen-/Patientenrechte sowie andererseits die Patientinnen-/Patientensicherheit als solches gewährleistet sein und die Patientin/der Patient als gleichwertige Partnerin/gleichwertiger Partner in Planungen sowie in Evaluierungsprozesse von Leistungen miteinbezogen werden (Jakab, 2012, www). Die Patientin/der Patient hat, vor allem bei geplanten Aufenthalten im Krankenhaus, immer mehr die Möglichkeit, sich die passende Krankenversorgungseinrichtung auszuwählen. Die institutionelle Komponente und somit auch die Krankenhausimmobilie als solche ist dabei jedoch weit weniger ausschlaggebend als der Faktor Fachpersonal (Van der Zwart, 2015, S. 100, www). Eine zentrale Forderung im Rahmen der Stärkung der Patientinnen-/Patientenrolle im Gesundheitswesen bzw. der Krankenversorgung ist die personenzentrierte Behandlung. Diese entsteht durch das Zusammenwirken von Patientinnen/Patienten und den so genannten health professionals, dem medizinischen Personal, unter der Prämisse von Respekt und gegenseitiger Wertschätzung. Die Patientin/der Patient wird immer mehr als Kundin/Kunde und somit als Impulsgeberin/Impulsgeber eines nachfrageorientierten

Prozesses wahrgenommen, der mit seinen individuellen Ansprüchen zunehmend auch Berücksichtigung findet. Auch die ansteigende Zahl von durchgeführten Maßnahmen aus dem Bereich Health Literacy wirkt sich indirekt auf den Planungsprozess aus, denn durch das Erlangen einer erhöhten Gesundheitskompetenz können sich Patientinnen/Patienten intensiver in den Behandlungs- aber auch den Planungsprozess einbringen (GÖG, 2012, www).

Realistischer Weise hat die Patientin/der Patient ein eher geringes Interesse am Krankenhausbau an sich und dieser, wie bereits erwähnt, spielt eine untergeordnete Rolle bei der Auswahl einer bestimmten Organisation. Diese Tatsache geht auch insofern aus der Literaturrecherche hervor, als dass die Expertinnen-/Expertengruppe der Patientinnen/Patienten zwar in der Berücksichtigung der Bedürfnisse derselben in die Planung einfließt, die Gruppe selbst jedoch kaum aktiv am Planungsprozess beteiligt ist. Vielmehr wird der Pflege ein hoher Stellenwert zugemessen, da der Krankenhausbau die Qualität der Pflege bekanntlich sehr beeinflussen kann (Van der Zwart, 2015, S. 201, S. 100, www).

Im Folgenden werden die drei wesentlichen zu untersuchende Merkmale angeführt, die für die Beschreibung der Gesundheitsförderung der Patientin/des Patienten bezüglich des Krankenhausbaues herangezogen werden:

- Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten und deren Beachtung im Sinne der Patientinnen-/Patientenorientierung
- Theorie der Gesundheitsförderung
- Erkenntnisse aus Evidence Based Design

Stellt man sich die Frage, was nun die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten wirklich sind, um diese im Zuge einer Krankenhausplanung zu berücksichtigen, kommt man über eine Erwähnung des Faktors Patientinnen-/Patientenzufriedenheit nicht herum, weil daraus wesentliche Punkte abzuleiten sind, die das Wohlbefinden der/des Patientin/Patienten fördern. Zur Patientinnen-/Patientenzufriedenheit gibt es natürlich die unterschiedlichsten Modelle und Theorien, z. B. das Evaluationsmodell, das Diskrepanzmodell (Blum, 1998, zitiert nach Neugebauer und Porst, 2001, www) sowie die fünf Theorien nach Wüthrich-Schneider (1998, zitiert nach ebd., www). Eine detaillierte Beschreibung dieser theoretischen Grundlagen würde den Rahmen der Arbeit jedoch sprengen und ist für die Beantwortung nicht von zentraler Bedeutung. Vielmehr ist es wichtig, die Individualität zu berücksichtigen, was die Empfindung von Menschen bezüglich ihrer gebauten Umwelt betrifft. Zu diesem Gesichtspunkt hat Erich Kandel (zitiert nach Nickl-Weller, 2013, S. V) die neurowissenschaftlich basierte Feststellung getroffen, dass die Eindrücke des Raumes vom Gehirn zunächst in die Bereiche Zeit, Bild

und Geschichte unterteilt und danach erst wieder ganz individuell zusammengeführt werden. Da dem zufolge ein Raum ganz unterschiedlich wahrgenommen werden kann, gibt es auch für die Gestaltung von Räumen, die die Gesundheit fördern, kein Patentrezept und unzählige Möglichkeiten. Die eine/der eine achtet auf Proportionen, eine andere/ein anderer auf die Farbe. Wieder anderen Personen ist Licht oder der Blick ins Freie wichtig. Es gibt Menschen, die den Raum ganz wenig wahrnehmen und sich ganz auf die persönliche Komponente konzentrieren, indirekt natürlich auch vom Raum beeinflusst, nur eben nicht bewusst wahrgenommen. Vollständiger Weise muss auch die Essensversorgung als wesentlichen Faktor bezüglich der Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten Erwähnung finden, mit dessen zufriedenstellender Erfüllung einmal mehr ein wichtiger Basisversorgungspunkt erfüllt wäre um darauf aufbauend Gesundheitsförderung in anderen Bereichen zu ermöglichen (Redecke, 2013, S. 7-8). Dem zufolge fällt das Essen unter die Kategorie „Hygienefaktor“ (s. Kapitel 3.3.4.2), der, bei Nicht-Erfüllung, die Motivation senkt und somit auch die Wirksamkeit von Healing Architecture negativ beeinflussen kann. Die wichtigsten, aus der Forschung bekannten gesundheitsfördernden Aspekte in Bezug zum Krankenhausbau, die sich auch aus den bekannten Bedürfnissen von Patientinnen/Patienten ableiten lassen, werden als zentrale Punkte dieser Arbeit im Kapitel 4.4 genauer beschrieben.

Die Planerin/der Planer hat angesichts der allgemeinen Anforderungen und des breiten Spektrums an unterschiedlichen Bedürfnissen in ihrer unterschiedlichen und individuellen Ausprägung die Aufgabe, diese Ergebnisse bestmöglich in die Planung miteinfließen zu lassen (Redecke, 2013, S. 7-8). Da diese Merkmale nicht nur auf die Gruppe der Patientinnen/Patienten, sondern auch auf alle anderen Interessensgruppen zutreffen, finden sie in den jeweiligen Kapiteln nicht mehr extra Erwähnung.

3.3.4.2 Nutzerin/ Nutzer

Eine Expertenrolle für Gesundheit und Krankheit nehmen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Führungskräfte im Krankenhaus sowie Unternehmer im Gesundheitsbereich allein schon auf Grund der Ausbildung und der umfangreichen Erfahrung ein, auch wenn sie sich individuell nicht sehr gesundheitsbewusst verhalten (Müller, 2009, S. 8). Das Krankenhaus als Immobilie stellt für die Angestellten einen bedeutsamen Produktionsfaktor dar und bildet den Rahmen für die Verrichtung des täglichen Arbeitsprozesses. Wie sie vom Gebäude bei der Bewältigung des Tagesgeschehens unterstützt werden, ist mitunter auch ein Kriterium bei der Wahl der Organisation, für die sie tätig sein wollen. Daraus entsteht auch die Erwartungshaltung, dass interne

Interessensvertreter daran interessiert sind, sich am Planungsgeschehen zu beteiligen, um ihre physische Arbeitsumgebung beeinflussen zu können (Van der Zwart, 2015, S. 101, www). Was den Planungsprozess betrifft, ist die Beteiligung der Nutzerinnen/Nutzer und deren intensive Einbindung unbedingt notwendig (Heselschwerdt, 2010, S. 69). Veränderungen, wie zum Beispiel ein neues Arbeitskonzept, können Unsicherheit verursachen und daraus folgernd erhebliche Unruhe stiften. Dennoch gibt es keine Garantie dafür, dass sich Nutzerinnen/Nutzer trotz Unzufriedenheit automatisch in den Prozess einbringen wollen (Van der Zwart, 2015, S. 197, www). Die größte Herausforderung diesbezüglich stellt die Koordination dieses Beteiligungsprozesses dar (ebd.). Dennoch ist es bereits in der Vorplanungsphase notwendig, vertiefende Gespräche mit adäquaten Vertretern aller am Bau beteiligten Personengruppen (den Ärztinnen/Ärzten, dem Pflegepersonal, den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Verwaltung) zu führen, um die Akzeptanz des Projektes sicherzustellen (Heselschwert, 2010, S. 68). Stellt man nun die Steigerung der Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterzufriedenheit in den Fokus der gesundheitsfördernden Betrachtungsweise des Forschungsgegenstandes (s. Kapitel 2.1.4), sollte man bezüglich der Einflussfaktoren „Erwartungen“ und „Bedürfnisse“ über die **Theorie der Zufriedenheit von Herzberg aus dem Jahre 1966** (Ahaus et al., zitiert nach Van der Zwart, 2015, S. 201, www) Bescheid wissen. Nicht allein deshalb, weil sie sehr präzise eine der wichtigsten und bislang schwierig abzugrenzenden Fragestellungen dieser Arbeit: „Wo beginnt Gesundheitsförderung und was muss in einem Krankenhaus(-bau) gegeben bzw. sichergestellt sein, damit Gesundheitsförderung im Sinne des Ressourcenaufbaues und der Gesunderhaltung überhaupt möglich ist?“ beantwortet. In seiner Theorie unterscheidet Herzberg zwischen den so genannten Hygienefaktoren (= Nicht-motivierende und die Zufriedenheit hemmende Faktoren) und den visionären bzw. motivierenden Faktoren (die Zufriedenheit fördernde Faktoren = Bedürfnisfaktoren). Die Erfüllung der Hygienefaktoren stellt zum Beispiel für die/den MitarbeiterIn noch keine Motivation dar, bleiben sie jedoch ungeachtet und unerfüllt, führen sie sehr wohl zu Demotivation. Eine positive Beachtung der Bedürfnisfaktoren führt eindeutig zu einer Motivationssteigerung und bei nicht Beachtung noch nicht zu Demotivation (Ahaus et al., zitiert nach Van der Zwart, 2015, S. 201, www)! Diese theoretische Grundlage lässt sich natürlich ebenfalls auf andere Personengruppen, inkl. die der Patientinnen/Patienten, umlegen.

Exkurs Nutzerinnen-/Nutzerbeteiligung

Die Bedeutung der Einbindung von Nutzerinnen/Nutzern in den Planungsprozess wurde bereits im vorangegangenen Absatz erwähnt. Als Vorbereitung für den partizipativen Planungsprozess trifft Linzatti (2014, S. 3) zunächst einmal folgende Unterteilung nach:

Hierarchiestufen (Management, Abteilungsleitung, usw.) Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Therapeutinnen/Therapeuten, nichtmedizinische Berufsgruppen) bzw. Arbeitsbereich (z.B. Fachabteilung, Institute oder interdisziplinäre Funktionsstellen wie OP/Ambulanz). Diese Unterscheidung ist vor allem für die Zusammenstellung der Nutzerinnen-/Nutzergruppen wichtig. Je nach Planungsphase werden diese nach diesen Zuordnungskriterien ausgewählt.

Die Vorteile der Einbindung von Nutzerinnen/Nutzern sind hinlänglich bekannt. Sie fördert, wie bereits erwähnt, die Akzeptanz des Ergebnisses, es werden viele unterschiedliche Ansichten, Meinungen und Erfahrungen eingebracht (Erweiterung des Blickwinkels), der Praxisbezug wird sichergestellt, innerbetriebliches Wissenspotential findet Berücksichtigung und mögliche Fehler werden vermieden. Zudem wirkt sich die Nutzerinnen-/Nutzerbeteiligung im Allgemeinen positiv auf die interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation aus und erwirkt, dass die NutzerInnen ihren Horizont über die Grenzen der eigenen Abteilung hinweg erweitern und das Krankenhaus als Ganzes wahrnehmen. Um unerwünschte negative Auswirkungen, wie zum Beispiel eine mögliche Verfestigung der Interessenslagen, massive zeitliche Verzögerungen im Planungsprozess, fehlendes Commitment mit den Führungsebenen, Unterstützung dominanter Rollen destruktiver Beteiligter, schlechte Beherrschbarkeit des Abstimmungsprozesses, in den Griff zu bekommen, sind vor allem folgende Punkte zu beachten (Linzatti, 2014, S. 6-10):

- Klare Zielvorgaben mit Fokus auf das Gesamtprojekt
- Rahmenbedingungen festlegen
- Freiwilligkeit sicherstellen
- Auswahlverfahren systematisieren – langjährige Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter aber auch Querdenkerinnen/Querdenker miteinbinden
- Kommunikationsstrukturen schaffen und positives Kommunikationsverhalten fördern und ermöglichen
- Kontinuierliches Arbeiten gewährleisten
- Einbindung von Methoden der Organisationsentwicklung (z.B. Moderation)
- Über Best Practice Beispiele die Motivation- und Innovationsbereitschaft stärken
- Ausgewogene Gruppen und Teams bilden – zum richtigen Zeitpunkt die passenden Nutzer beteiligen
- Konfliktmanagement vorsehen
- Commitment der Führungsebene sicherstellen

Um die Berücksichtigung dieser sehr anspruchsvollen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Planungsprozess mit einem positiven Output für das Endergebnis zu gewährleisten, bedarf es, wie bereits detailliert beschrieben, einer guten Projektorganisation und eines erfahrenden Projektmanagements. Weitere wesentliche Verantwortungsbereiche des Projektmanagements bezüglich des partizipativen Planungsprozesses betreffen den geeigneten Zeitpunkt der Einbindung von NutzerInnen/Nutzern sowie die Zusammenstellung der Teams nach den oben genannten Kriterien. Sowohl der richtige Zeitpunkt als auch die Teamzusammenstellung sind abhängig von der jeweiligen Aufgabenstellung (Strategiefindung, Masterpläne, Analysen, BO- & Funktionsplanung, Umzugs- und Inbetriebnahmeplanung). Ähnlich verhält es sich mit den Formen der NutzerInnen-/Nutzerbeteiligung (Fokusrunden, Sounding Boards, IT-basierte Plattformen, Kernteamsitzungen, Steuerungsgruppen) und den daraus resultierenden Sitzungshäufigkeiten (14-tägig, monatlich, bedarfsorientiert an Meilensteinen) (Linzatti, 2014, S. 11,12). Das Architekturbüro C.F.Møller, eines der größten Architekturbüros im skandinavischen Raum, mit einem großen Erfahrungsschatz im Bereich Planungen im Gesundheitswesen, geht noch einen Schritt weiter, was die Einbindung der NutzerInnen betrifft: Im so genannten DesignLab werden 1:1 Modelle gebaut und in diesen die Abläufe erprobt, Raumgrößen erlebbar gemacht und dadurch gemeinsam mit den Nutzern optimale Typen bestimmter Räume, wie zum Beispiel Bettzimmer entwickelt (Sigmund, 2014, www).

3.3.4.3 Architektin/Architekt

Expertin/Experte ist die Architektin/der Architekt als ausführende Detailplanerin/ausführender Detailplaner vor allem auf Grund ihrer/seiner Profession selbst, durch ihre/seine Erfahrungen als PlanerIn und natürlich, was das Thema Gesundheitsförderung betrifft, durch die Beschäftigung mit Themen wie Healing Environment, Healing Architecture oder Evidence Based Design. Der Architekt Bo Boje Larsen (2015, S. 89) stellt in seinem Beitrag zum Symposium Healthcare der Zukunft die Tatsache klar, dass die Architektin/der Architekt immer daran interessiert sei, Gesundheit als wesentlichen Faktor der Architektur wahrzunehmen und in ihrer/seiner Arbeit zu berücksichtigen - es hätte sich aber seiner Meinung nach noch nicht herumgesprochen. Das Krankenhaus stellt für ihn ein Setting dar, das alle Beteiligten in sämtliche Betrachtung miteinbeziehen muss. Ziel sollte es sein, dass das Personal mit einer positiven Erwartungshaltung zum Arbeitsplatz kommt und sich das moderne Krankenhaus der Patientin/ dem Patienten gegenüber als „Hotel für Gäste mit besonderen Bedürfnissen“ präsentiert. (Larsen, 2015, S. 91).

Das Wissen um diese speziellen Punkte aber auch über wesentliche Faktoren, wie sie einerseits aus den vorangegangenen Kapiteln herforgehen und im Weiteren vielfach auch in den folgenden Kapiteln immer wieder angeführt werden, wird grundsätzlich, abseits der Berufsausbildung und der Praxiserfahrung, über Kongresse, Fachtagungen und Schulungen vermittelt. Hier kommt es vor allem zu einem interdisziplinären Austausch der jeweiligen Expertise und zur Vermittlung von krankenhausspezifischem Wissen – aber auch relevanten Themen zu den unterschiedlichsten Bereichen, die mit dem Krankenhaus in direktem und indirektem Zusammenhang stehen. Diese Informationsveranstaltungen sind natürlich für alle in dieser Arbeit beschriebenen Interessensgruppen (z.B. Architektur, Psychologie, Gesundheit, Politik, Facility Management, Medizintechnik, usw.) interessant und empfehlenswert. Zu den wichtigsten Weiterbildungsveranstaltungen gehören:

- Die in Kapitel 4.3.1 noch genauer beschriebene alle zwei Jahre in Berlin stattfindende Symposiumreihe „Healthcare der Zukunft“ (Healthcare der Zukunft, 2016, www)
- Kongresse und Fortbildungen des emtec Institutes, einem Unternehmen, welches Beratungen, Kongresse, Fortbildungen & Schulungen sowie Technologien zum Thema Gesundheit anbietet. Eine zum Thema dieser Arbeit passende Veranstaltung ist die Fachkonferenz „emtec hospital concepts“, die jedes Jahr im Herbst in Berlin stattfindet und sich an ein anspruchsvolles, interdisziplinäres TeilnehmerInnenpublikum ebenso wendet, wie an qualifizierte professionelle Referentinnen/Referenten aus den unterschiedlichsten Feldern (emtec, 2016,www)
- Der Design & Health World Congress and Exhibition, organisiert von der International Academy for Design & Health, welcher vor allem internationales Publikum anspricht und vom 12.-16. Juli 2017 nach fünf Jahren Pause wieder in Europa, nämlich in Wien, stattfindet (Design&Health, 2016, www)
- Fachkonferenzen des Management Forums Starnberg: z.B. Bau und Betrieb von Spitälern, Arbeitswelten der Zukunft, Krankenhauslogistik, Future OP (Management Forum Starnberg, 2016, www)

3.3.4.4 Gesundheitswissenschaftlerin/Gesundheitswissenschaftler

Laut Stefan N. Willich (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 157) weisen viele der mittlerweile zahlreichen wissenschaftliche Studien, die als Grundlage für Evidence Based Design herangezogen werden, sowohl mangelhafte Evidenz als auch methodische Fehler auf. Trotz dieses Kritikpunktes gibt es mittlerweile eine nicht unwesentliche Anzahl von

Erkenntnissen zu für diese Arbeit relevanten Aspekten, die bereits auf der Basis von wissenschaftlich fundierten Studien gewonnen wurden. Dazu gehören die Punkte: Sichtbeziehung zur Natur, Tageslicht, Funktionale Ebenen Gliederung, Zugang zu Grünflächen. Willich (ebd.) weist trotz alledem auf den Bedarf an mehr systematisch wissenschaftlich fundierter Evaluation hin und betont aber gleichzeitig, dass es nicht einfach sei, diese zu generieren. Auf Grund dieser zentralen Herausforderung plädiert er auch für folgende Punkte bezüglich Planungsvorhaben im Krankenhausbereich:

- möglichst frühe Einbindung von Expertinnen/Experten aus dem gesundheitswissenschaftlichen Bereich
- methodisch einwandfreie Studien
- Beurteilung des Kosten-Nutzen Verhältnisses
- Implementierung bereits evaluierter Evidenz

Grundsätzlich gibt es vier wesentliche Bereiche über die die Gesundheitswissenschaft in die Planung kommt, wobei auf den ersten Punkt bereits im vorangegangenen Absatz eingegangen wurde und betrachtet wurde und die restlichen drei im Anschluss anhand von Beispielen erwähnt werden:

- Weiterbildung und Vernetzung durch Kongresse und andere Weiterbildungsveranstaltungen
- Kooperationen im universitären Umfeld
- Beratungsunternehmen
- Forschungsinstitute abseits der des Universitätsgeschehens

Wie in Kapitel 4.3.1 noch einmal erwähnt wird, gibt es am Institut für Architektur an der TU Berlin, im Speziellen dem Fachgebiet „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“ eine Kooperation mit dem Institut für Gesundheitswissenschaften / Public Health im Rahmen der auf der Homepage genannten „soziologischen forschung“ (tub, 2016, www). Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass die Grundlagen der Gesundheitswissenschaften auf universitärer Basis bereits in Planungs- und Entwurfsüberlegungen miteinbezogen werden und so auch den Weg in die Praxis finden. Vielfach findet der Wissenstransfer über Consulting-Unternehmen Eingang in die Planung. So ist zum Beispiel die renommierte Gesundheitsexpertin, ausgebildete Politikwissenschaftlerin und Soziologin und langjährige WHO Mitarbeiterin Ilona Kickbusch als Direktorin des Unternehmens Kickbusch Health Consult in diesem Bereich tätig (Kickbusch, 2016, www).

Ein Beispiel aus dem institutionellen und nicht-universitären Umfeld ist das Modellprojekt der WHO „Gesundheit und Krankenhaus“ im Krankenhaus Rudolfstiftung in Wien. Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, das 2008 zum Institut für Health Promotion Research wurde (LBIHPR, 2016, www) und dessen Zugehörigkeit

zur Ludwig Boltzmann Gesellschaft seit März 2016 ausgelaufen ist (LBIHPR, 2016, www), begleitet ein Teilkonzept dieses Modellprojektes mit der Zielsetzung, eine Krankenhausstation unter Beteiligung der betroffenen Personengruppen optimal umzubauen (Pelika, Lobing, Nowak, 1995, 1-3, www). Da den Beteiligten bewusst war, dass die Struktur der Arbeitsräume einen großen Einfluss auf die Arbeitsleistung ausüben kann, stand die Gestaltung dieser Räume im Zentrum des Projekts. Die interdisziplinäre und Hierarchien übergreifende Planung hatte mehrere positive Aspekte zur Folge (Pelika, Lobing, Nowak, 1995, S. 5-10, www):

- Verbesserung der Teamarbeit auch im Sinne der geplanten Organisationsentwicklung
- Verbesserung der Arbeitskultur
- Erarbeitung eines optimalen Raumkonzeptes (neuer Besprechungsraum, neues Schwesternzimmer, zentralisiertes Depot für Verbrauchsgüter, neuer Arbeitsplatz für das Stationssekretariat) führte zu einer Verbesserung der Kommunikation, ermöglichte neuen Therapiekonzepte (Gruppenpflege), kürzere Wege und verbesserte Prozesse
- Steigerung der Arbeitsplatzzufriedenheit
- Erhöhte Akzeptanz durch Partizipation

Die in den letzten Unterkapiteln beschriebenen Expertinnen-/Experten repräsentieren die wichtigsten Interessensgruppen für die Berücksichtigung von gesundheitsfördernden Elementen bei der Planung eines Krankenhauses. Natürlich bilden sie nicht das gesamte Spektrum ab (die Expertinnen/Experten aus der BO- und Funktionsplanung wurden z.B. schon ausführlich in Kapitel 3.3.2 beschrieben), nehmen jedoch eine zentrale Rolle ein. Im Folgenden Kapitel werden die Berührungspunkte von Gesundheitsförderung und der Planung von Krankenanstalten herausgearbeitet und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet.

4 Gesundheit, Gesundheitsförderung und Architektur bzw. Design

Wird Gesundheit im Kontext zu Design und Architektur diskutiert, steht nicht mehr nur der schön designte Warteraum im Zentrum des Interesses.

Die steigende Anzahl von Veröffentlichungen zum Thema Architektur im Gesundheits- bzw. Krankenversorgungswesen zeigt einen eindeutigen Trend zur gesundheitsfördernden Betrachtung von Krankenhäusern. Daraus folgernd tauchen in diesem Zusammenhang vermehrt Begriffe aus den Gesundheitswissenschaften, z.B. Salutogenese, auf. Auch Evidence Based Design (Rehn, 2015, www), oder Healthcare Architecture (Nickl-Weller & Nickl, 2013, Titel) bzw. werden häufig verwendet. Nachdem im Folgenden die wichtigsten Begriffe aus der Verbindung von Gesundheit und Architektur beschrieben werden, erfolgt im Anschluss daran die Vorstellung zweier universitärer Einrichtungen, die sich sehr konkret im d Bereich gesundheitsfördernder Architektur spezialisiert haben und diesbezüglich ein umfangreiches Bildungsangebot offerieren.

4.1 Salutogenese

Das Modell der Salutogenese wurde von dem amerikanischen Stressforscher Aaron Antonovsky entwickelt und berücksichtigt die bio- psycho- sozialen Faktoren der Gesundheit (Klemperer, 2010, S. 123ff). Seit einigen Jahren taucht es vermehrt im Zusammenhang mit Architektur und Design auf und wird immer häufiger als Grundlage der Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der gesundheitsfördernden Architektur gesehen (Rehn, 2015, www). Aus diesem Grund wird es an dieser Stelle genau beschrieben.

Aaron Antonovsky entwickelte das Modell in den 1970er Jahren und setzte sich vor allem mit dem Thema Stress auseinander. Er erkannte, dass sich die Fähigkeit, positive Ressourcen zu nutzen, um Probleme besser bewältigen zu können, unterstützend auf die Gesundheit auswirkt (Klemperer, 2010, S. 123ff). Dem Konzept liegen vor allem seine Untersuchungen zu Grunde, die sich mit der Frage beschäftigten, was Frauen, die das Konzentrationslager überlebt haben, gesund hält – obwohl sie über ihre durchlebten Stresserfahrungen eigentlich ausschließlich krank sein hätten müssen. Im Weiteren finden folgende gesundheitswirksame Aspekte Berücksichtigung in seinem Konzept:

Das **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum** als Beschreibung des Verhältnisses von Gesundheit und Krankheit und der Erkenntnis, dass Gesundheit ein dynamischer Zustand

ist, der jederzeit positiv beeinflusst werden kann, auch bei Vorliegen einer schweren Krankheit.

Über **Stressoren und Spannungszustand** wird beschrieben, dass ein anhaltender Spannungszustand, ausgelöst durch Stressreize, Krankheit fördert, jedoch eine zeitnahe Spannungslösung die Entwicklung zu Gesundheit ermöglicht. Es geht hierbei so zu sagen um die Fähigkeit, den durch Stress entstandenen Spannungszuständen entgegenzuwirken, um Bewältigungsstrategien (das so genannte Coping).

Eine ähnliche Beschreibung der Spannungsbewältigung erfolgt über die **generalisierten Widerstandsressourcen** (general resistance resources, GRR). Zu den bekannten individuellen Faktoren, die eine positive Reaktion auf Stressreize bewirken (körperliche Merkmale, Intelligenz, und individuelle Bewältigungsmethoden) bezieht Antonovsky auch soziale Einflüsse wie den sozialen Rückhalt, die finanzielle Situation und kulturelle Beständigkeit mit ein. Ähnlich wie das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verhalten sich auch die Widerstandsressourcen zu den Widerstandsdefiziten und es gibt, abhängig von der Ausprägung der Faktoren, eine Entwicklung zu dem einen oder anderen Pol.

Koherenzgefühl, oder auch „sense of coherence (SOC)“, ist, in Bezug auf die Salutogenese, wohl das bekannteste Produkt Antonovskys. Es beschreibt eine innere Haltung, die darauf beruht, dass die Dinge verstehbar, sinnvoll und bewältigbar sind. Diese Empfindung zeigt sich anhand der folgenden drei Gefühlsempfindungen:

Das Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensability) mit der Fähigkeit, Erlebtes kognitiv einordnen und verarbeiten zu können.

Das Gefühl der Handhabbarkeit (sense of managability) als kognitiv-emotionale Verhaltensausrprägung, die beschreibt, wie man die zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen als ausreichend wahrnimmt, und in Folge dessen in der Lage ist, die Anforderungen des Lebens angemessen zu meistern.

Das Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) als motivationaler Aspekt des Koherenzgefühls, der uns vermittelt, dass es im Leben lohnt, Energie für bestimmte Situationen und Herausforderungen aufzuwenden und es wert ist, sich diesen zu stellen.

Antonovsky hat zur Messung dieses Gefühls einen Fragebogen entwickelt und über seine Arbeit und seine Erkenntnisse bietet das Konzept der Salutogenese eine anerkannte Basis für sämtliche Überlegungen und Arbeiten in Zusammenhang mit Betrachtungen zur Gesundheitsförderung (Klemperer, 2010, S. 123-126). Mittlerweile hat sich der Begriff der Salutogenese in den Sprachgebrauch der Architektur von Krankenhäusern Eingang verschafft. So wird das Konzept beispielhaft für die Planung des Klinikneubaus Bad Malente bei Lübeck als Grundlage verwendet und daraus folgernd stand die ganzheitliche Genesung als Mittelpunkt des Interesses. Besonderer Wert wurde hierbei auf die Außenbeziehung zur holsteinischen Landschaft gelegt, um eine Atmosphäre zu schaffen,

welche die Genesung der Patientin/des Patienten nachhaltig fördert (Baunetz, 2006, www).

4.2 Entwicklungsgeschichte von Gesundheit und Architektur

Bereits in den 60er Jahren wurden Beobachtungen durchgeführt, welche die Bewertung von potentiellen Einflussfaktoren bezüglich der Umwelt auf die Gesundheit zum Inhalt hatten (Zeisel, 1984, Preiser et al., 1988 zitiert nach NW 4, S. 141). Mit dem bereits im vorangegangenen Absatz beschriebenen Konzept der Salutogenese des Soziologen Aaron Antonovsky erhielten auch Architektinnen/Architekten ein umfassendes Basiswissen zum besseren Verstehen über Gesundheit und Krankheit (Becker et al., 2010, zitiert nach ebd. S. 141) und bekamen über dieses Konzept eine gesundheitswissenschaftliche Anleitung, auf der aufbauend sie Umwelten entwerfen konnten, die die Gesundheit fördern bzw. die Genesung unterstützen (Dilani, 2001, zitiert nach ebd. S. 141). Parallel zu diesen ersten Studien über den Einfluss der gebauten Umwelt wurden in den 1970er und 1980er Jahren auch vermehrt psychologische Aspekte der Lebenswelten miteinbezogen. Beide Forschungsfelder übten einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der so genannten Healing Architecture aus. Vor allem erfolgte die Betrachtung von psychischen Faktoren in Bezug auf die Wechselwirkung von Patientinnen/Patienten bzw. Personal und der Krankenhausarchitektur als gebaute Lebens- und Arbeitswelt. In dem Zusammenhang stellte die Reduktion und Bewältigung von Stressfaktoren und die daraus resultierende Förderung bzw. Unterstützung der Gesundheit durch Architektur und Design eine zentrale Herausforderung dar (Bell, Green, Fischer, Baum, 2001, ebd. S.142). Evans and McCoy (1998, zitiert nach ebd. S. 142) bringen den Effekt sehr deutlich auf den Punkt: Ziel einer die Gesundheit unterstützenden Architektur ist die Förderung des Wohlbefindens sowie unter anderem das Schaffen eines angemessenen Grades an Anregung und Kohärenz zur Umwelt.

4.2.1 Healing Architecture

Den Begriff Healing Architecture, wie wir ihn heute verstehen, haben vor allem zwei Ereignisse geprägt: Zum einen die ersten Forschungsergebnisse von Roger Ulrich über die positive Wirkung auf den Heilungsprozess allein durch die Sichtbeziehung zwischen PatientIn und Natur (auch ein Basiswerk zu Evidence Based Design) und zum anderen die durch die von der 1978 gegründeten Planetree Organisation vorangetriebene Entwicklung eines Healing Hospital Konzepts mit Schwerpunkt patientinnen-

/patientenorientierte Pflege. Für das Plantree Modell Krankenhaus entwickelte der Architekturprofessor der Berkeley Universität Roslysn Lindheim in Zusammenarbeit mit Epidemiologen Design Kriterien, welche die nachstehenden Merkmale zur Folge haben:

- Sich wie zu Hause fühlen
- Wohlfühl- und Willkommenskultur für BesucherInnen und Familienmitglieder
- Mensch vor Technik
- PatientIn als gleichberechtigte/r Expertin/Experte für seine Pflege / Partizipation
- Ambitioniertes Pflegepersonal / vertrautes Pflege-Patientinnen/Patienten Verhältnis
- Förderung des Zugangs und Bezuges zu Schönheit und Natur

Dieser Anspruch der patientinnen-/patientenzentrierten Krankenhausplanung wurde von mehreren Organisationen übernommen und in den frühen 90er Jahren von der Joint Commission International (JCI) sogar über eine Zertifizierung mit Fokus auf diesen Aspekt der Patientinnen-/Patienten- Personal- und BesucherInnenorientierung als Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses institutionalisiert (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 142).

Der Begriff der Healing Architecture beschreibt einen interdisziplinäres Konzept zur Planung und Gestaltung von Gebäuden, Räumen und anderen Strukturen wie Städte oder die Gesundheitslandschaft an sich. Zentrales Thema ist einerseits das Vorhaben, Bauten des Gesundheitswesens bestmöglich zu gestalten und andererseits der Frage nachzugehen, wie die Gesundheit durch die Umgebung vorbeugend positiv beeinflusst werden kann. (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, backcover). Mit dem immer größer werdenden Fokus auf die Gesundheit an sich rücken auch die vielschichtigen Wirkungszusammenhänge zwischen der gebauten Umwelt und der Gesundheit ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Als gesundheitsrelevante Faktoren nennt Prof. Hans-Ulrich Heiß von der TU Berlin (2015, S. IX) einerseits die Gebäude an sich mit den Materialien, Geräuschen, Gerüchen und dem Licht und andererseits Einflüsse auf der Ebene von Prozessen (kommunikations- und arbeitsbezogen) sowie soziale Determinanten wie Wohlstand versus Armut oder die Möglichkeit der Teilhabe (z.B. Kultur, Mobilität).

4.2.2 Evidence Based Architecture bzw. Evidence Based Design

Die Begriffe Evidence Based Architecture (EBA) und Evidence Based Design sind Weiterentwicklungen des Konzeptes der Evidence Based Medicine (Cochrane, 1972, zitiert nach Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 143), über welches angloamerikanische Wissenschaftler in den 1980er Jahren eine Verbesserung der

Entscheidungsgrundlagen durch das Heranziehen des aktuellen Wissensstandes über hochwertige Studien ermöglichen. Wie viele andere Disziplinen auch hat sich die Architektur die Herangehensweise der Evidence Based Medicine zum Vorbild gemacht und somit ein Instrument adaptiert, das die Qualität der Arbeit auf eine wissenschaftlich fundierte Basis stellt (Klemperer, 2010, S. 64).

Evidence aus medizinischer Perspektive bedeutet Nachweis, Beweis bzw. Beleg und wird in fünf Schritten durchgeführt: Fragestellung, Evidenzsuche, Evidenzbewertung, Entscheidungsfindung und Evaluation zur Sicherstellung der Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität (Klemperer, 2010, S. 64). In der Architektur kommen die Arbeitsweisen von Evidence Based Design in Form von Untersuchungen und empirischen Studien zur Anwendung anhand derer sich im Weiteren klar identifizierbare Designelemente herauskristallisieren sollen (Klemperer, 2010, S. 50). Diese entscheidenden Kriterien wurden vom Center of Health Design über Studien identifiziert, was nicht heißt, dass nicht mehr relevante Faktoren existieren (Quan et al., 2011, zitiert nach Mullins et al., 2015, www). Tatsächlich ist es aber sehr schwer, den Anspruch von Evidence Based Design nach den gleichen Prinzipien der Evidence Based Medicine zu gewährleisten, was die Definition von Hamilton und Watkins (2009, zitiert nach Stefan Lundin, 2015, S. 9, www) sehr klar zum Ausdruck bringt: *“Evidence-Based Design is a process for the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence from research and practice in making critical decisions, together with an informed client, about the design of each individual and unique project.”* Hamilton und Watkins bringen in dieser Beschreibung den Anspruch auf den Punkt, dass EBD ein kooperatives Konzept ist, das sich vor allem an der aktuellen Aufgabenstellung orientiert, die für sich jedes Mal einzigartig ist und sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Zusätzlich zu dieser immer variierenden Ausgangssituation steht die/der ArchitektIn als wesentlicher Akteur im Zusammenhang mit EBD vor der beinahe unlösbaren Herausforderung, den unterschiedlichsten Ansprüchen Genüge zu leisten: Funktionalität, Kohärenz, forschungsbasiertes Design und Ästhetik. Daraus ergibt sich der Auftrag an die/den Architektinnen/Architekten, aus dem umfangreichen Informationsmaterial konkrete und rationale Schlüsse zu ziehen, die zur aktuell vorliegenden, ganz individuellen Planungsaufgabe passen (Mullins et al., 2015, S. 17, www). Da die meisten Untersuchungen und Experimente unter den so genannten Real – Life Bedingungen, also den Alltagsbedingungen, durchgeführt werden, ist es zusätzlich zur komplexen Planungsaufgabe schwierig, aus diesen von vielen Faktoren beeinflussten Bedingungen allgemein gültige Rückschlüsse zu ziehen und daraus Ableitungen für gute, gesundheitsfördernde Architektur zu machen. Auf Grund der erschwerten

Untersuchungsbedingungen ist auch das Zusammenwirken mehrerer einzeln untersuchter Faktoren nicht vorhersehbar und somit ein positives Endergebnis nicht automatisch garantiert (Mullins et al., 2015, S. 24, www). Es ist bestimmt nicht Ziel der Sache, die individuellen Erfahrungen von Architektinnen/Architekten durch die aus zuverlässiger Forschung erhaltene Evidenz zu ersetzen. Vielmehr kommt es auf ihre/seine individuelle Expertise an, bzw. ist ihre/seine Expertise die Grundlage dafür, dass unter Berücksichtigung der Evidenz das bestmögliche Ergebnis entsteht und zu einem weiteren beispielhaften Example für Healing Architecture wird (Mullins et al., 2015, S. 25, www). Der Punkt der Kombination von Evidence und Expertise beschreibt auch sehr anschaulich den Unterschied zwischen Healing Architecture und Evidence Based Design.

Was die Entwicklung von Evidence Based Architecture betrifft, begann das Center for Health Design (CHD) in den USA 1995 mit der Erstellung von systematischen Reviews in Bezug auf die positiven Effekte der gebauten Umwelt „Krankenhaus“ (Rubin, Owens, & Golden, 1998 zitiert nach Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 143). Ein weiterer Review aus dem Jahre 2004 hatte mehr als 600 Studien zur Grundlage und widmete sich der Themenstellung der Rolle der Lebens- und Arbeitswelt im Krankenhaus des 21. Jahrhunderts. Miteinbezogen wurden Aspekte wie Stressfaktoren bezüglich des Personals, Stress für die Patientin/den Patienten und seine Angehörigen im Behandlungsprozess, Patientinnen-/Patientensicherheit aber auch ökonomische Faktoren, wie Behandlungsqualität versus Kosten (Ulrich et al., 2004, zitiert nach ebd. 143). Evidence Based Design nach der Auffassung von Ulrich (2004, zitiert nach ebd.) basiert auf der Grundlage der bestmöglichen Evidenz mit der Zielsetzung einen Gesundheitsgewinn zu erzielen und die positiven Entwicklungen sowie die positiven Auswirkungen von „gutem“ Design im Krankenhaus zu beobachten, um als Entscheidungsgrundlage für zukünftige Projekte zu dienen. Das Center of Health Design (2008, zitiert nach ebd.) definiert Evidence based Design als Prozess, der auf der Grundlage einer wissenschaftliche Evidenz die Basis für eine Entscheidungsfindung bezüglich der gebaute Umwelt darstellt, um dadurch den bestmöglichen Output zu erzielen. Das Center for Health Design initiierte zudem ein gefördertes Forschungsprojekt und über die Zusammenarbeit von Forschung und Gesundheitsanbietern konnten in weiterer Folge bereits neue Einrichtungen gebaut werden, die sich Verbesserungen für die Patientinnen/die Patienten, das Personal sowie den ökonomischen Output zum Ziel gesetzt haben (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 143).

Die Entwicklung von Evidence Based Design verlief in Europa ein wenig differenzierter als in den USA. Zunächst wurde in Stockholm ein Design Modell zur Psychosozialen

Unterstützung (Psychosocially Supportive Design Model) entwickelt, welches den salutogenetischen Anspruch fördert und dadurch Bedingungen geschaffen werden, die den Heilungsprozess positiv beeinflussen (Dilani, 2003, zitiert nach Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 143). In England, Holland und Dänemark wurden zwischen 2000 und 2009 systematische Reviews in Auftrag gegeben und auf dieser Grundlage der bereits existierenden Evidenz Qualitätsmerkmale für die Planung von hochwertigeren Gesundheitsbauten festgelegt werden. Der National Health Services (NHS) implementierte das so genannte Experience Based Design und in den Niederlanden wurden 2002 Richtlinien für die Errichtung von Allgemeinen Krankenhäusern festgeschrieben. Die zentrale Rolle von Healing Architecture wurde in Richtlinien klar definiert und hervorgehoben (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 144). In Deutschland wird natürlich über den Lehrstuhl und die Forschungstätigkeiten an der TU Berlin und durch Christiane Nickl-Weller (s. Kapitel 4.3.1) ein wertvoller Beitrag zur Weiterentwicklung im Bereich EBD geleistet. Zudem werden neuerdings Aspekte zum Thema „Heilende Umwelt bzw. Lebenswelten“ (Healing Environment) im DGNB-Zertifizierungssystem (DGNB = Deutsche Gesellschaft für Nachhaltiges Bauen) mitberücksichtigt (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 144).

Dass Evidence Based Design bereits den Anspruch der Verbesserung der Planungsqualität von Gesundheits- und Krankenversorgungsbauten erfüllt, lässt sich anhand der bereits gewonnenen Ergebnisse ablesen: die Erhöhung der Patientinnen-/Patientenzufriedenheit, die Verbesserung der Arbeitsumwelten und des Behandlungsergebnisses, die Reduktion von Fehlerquoten und eine allgemeine Effizienzsteigerung (Ulrich et al. 2004, zitiert nach Mullins, Former & Fich, S. 15). Ulrich et al. (2004, zitiert nach ebd.) haben noch weitere entscheidende und ergebnisrelevante Faktoren identifiziert, die von der Architektur beeinflusst werden. Hierbei handelt es sich um Behandlungseffizienz, Stress- und Erschöpfungserscheinungen, Patientinnen-/Patientensicherheit, Patientinnen-/Patienten- und Personalbezogene Stress- aber auch Wohlfühlfaktoren und schlussendlich die über allen Faktoren stehende wirtschaftliche Gesamtbilanz (Ulrich et al. 2004, zitiert nach Mullins, Folmer & Fich, 2015, S. 15, www). Obwohl nun zahlreiche Dokumente zum Thema EBD vorliegen und diese Thematik immer mehr Beachtung findet, ist jedoch noch nicht sichergestellt, dass ein Krankenhaus wirklich das gewünschte, gesundheitsförderliche Resultat widerspiegelt. Ulrich (2012, S. 9-10, www) unterscheidet drei planungsrelevante Gruppen, die durch ihre Expertise über EBD einen wesentlicher Einfluss auf das Gesamtergebnis ausüben. Erst wenn EBD die Grundlage der Arbeit von

- a) Verfasserinnen/Verfassern der Ausschreibungsunterlagen & Planungsvorgaben
- b) Klientinnen/Klienten / Auftraggeberinnen/Auftraggeber
- c) Ausführende & PlanerInnen

darstellt, kann am Ende auch Evidence Based Design herauskommen. Findet bei einer Gruppe keine Berücksichtigung statt, kann das Ergebnis, wie die folgenden Abbildungen zeigen, sehr unzufriedenstellend ausfallen:



Abbildung 6: „Heilender Garten“ durch Wissenslücke in der Ausschreibung versus „Heilender Garten“ als Ergebnis einer wissensbasierten Ausschreibung und eines informierten Kunden (Ulrich, 2013, S. 16-17, www).

Wie schwierig es ist, Forschung in dem Bereich Health Architecture zu betreiben zeigt sich an folgender Feststellung, die das Ergebnis einer Studie mit dem Titel „Light Atmosphere in Hospital Wards“ folgendermaßen zusammenfasste: „.....*providing many new questions and no final results. The results of the study are perhaps new questions, but the questions asked can be a result....*“ (Stidsen, 2013, S. 259, www). Trotz der Nichtbeantwortung der Fragestellungen wurde aber als Erfolg gewertet, dass die neu generierten Fragen die Basis für weitere Diskussionen bilden und die Forschung auf diesem Feld weitertreiben.

4.3 Wesentliche Beispiele der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Architektur

In den folgenden Kapiteln werden Beispiele angeführt, die sich entweder auf universitärem Niveau oder auf der Ebene der praktischen Umsetzung intensiv mit dem Thema dieser Arbeit auseinandersetzen.

4.3.1 TU-Berlin: Fachgebiet „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“

Am Institut für Architektur der Technischen Universität Berlin hat Frau Christine Nickl-Weller seit 2004 die Leitung des Fachgebietes „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“ inne. Der Fachgebiet, früher auch Institut für Krankenhausbau genannt, besteht bereits seit 1950 und ist Gründungsmitglied eines europäischen Netzwerkes für Architektur im Gesundheitswesen: dem European Network Architecture for Health (enah). Es hat sich zum Ziel gesetzt, einerseits über Forschung und andererseits über Lehre die Komplexität von Gesundheitsbauten zu vermitteln und darzustellen (tub, 2016, www) Im Bereich Lehre gibt es aktuell zwei Schwerpunkte (Architecture for Health und Architektur und Psychologie) und im Bereich Forschung werden auf der Homepage sechs verschiedene Kernbereiche genannt (krankenhaus+, symposium, healing architecture, evidence based design, soziologische forschung und architekturpsychologie)(tub, 2016, www). Somit wird über die Forschung an der TU–Berlin bereits eine Brücke zu den Gesundheitswissenschaften geschlagen, da der Schwerpunkt Soziologie in den Zuständigkeitsbereich des Institutes für Gesundheitswissenschaften / Public Health fällt. Allein daraus lässt sich ablesen, wie schwer das Thema als Ganzes zu fassen ist und mit welchem Grad der Komplexität die Forschung, aber auch in Folge dessen die Planung, in diesem Bereich konfrontiert ist (tub, 2016, www).

Architekturbüro Nickl & Partner

Die Architektin Christine Nickl-Weller verfügt über mittlerweile 20 Jahre Erfahrung im Bereich der Planung und Realisierung von Krankenversorgungseinrichtungen und Gesundheitsbauten. Im gemeinsam mit ihrem Mann Hans Nickl geführten Architekturbüro Nickl & Partner hat sie die Geschäftsführung inne und ein weiterer Arbeitsschwerpunkt neben der Planung und der Lehre bildet ihre Forschungstätigkeit im Bereich der Healing Architecture (Nickl-Weller, 2015, S. VII). Zudem organisiert Frau Prof. Nickl-Weller seit 2006 über ihre bereits erwähnte Tätigkeit an der TU Berlin die Symposiumreihe Healthcare der Zukunft (tub, 2016,. www) und trägt auch über dieses Engagement aktiv zur Wissensvermittlung im Sinne der Interdisziplinarität und Interprofessionalität zur Vernetzung aller an der Planung einer Gesundheitsbaues bzw. einer Versorgungseinrichtung wie dem Krankenhaus beteiligten Personen bei. Aus diesem Grund richtet sich dieses Symposium eben genau an Vertreter aller Interessensgruppen: BetreiberInnen, EntscheiderInnen, PolitikerInnen, MedizinerInnen und natürlich Architektinnen/Architekten und PlanerInnen, welche aus Beobachtung der Autorin die

größte TeilnehmerInnengruppe bilden (Health Care der Zukunft, 2016, www). Die Beiträge des alle zwei Jahre stattfindenden Symposiums werden in Buchform als Band zur jeweiligen Veranstaltung veröffentlicht (C. Nickl-Weller, S. Matthys, T. Eichenauer, Health Care der Zukunft 1-5, 2006-2015). Im März 2016 fand in Berlin das 6. Symposium mit dem Schwerpunkt „Livability of Health _ Design+Health, Bridging the gap“ statt (Health Care der Zukunft, 2016, www). Der Begleitband Nr. 6 ist zum Zeitpunkt der Verfassung der Masterarbeit noch nicht verfügbar.

4.3.2 Calmers University of Technology

An der Göteborger Universität „Calmers University of Technology“, im Speziellen dem Center for Healthcare Architecture, besteht die Möglichkeit einer vertiefenden Ausbildung mit dem Fokus auf Gesundheitsförderung durch die Auseinandersetzung mit dem Konzept der Salutogenese, welches wie bereits beschrieben, dem gesundheitsfördernden Einflüssen auf den Menschen beschäftigt. Roger Ulrich, Professor für Architektur an diesem Zentrum, führte schon, wie bereits erwähnt, 1984 eine zum Klassiker gewordene Studie mit dem Titel „View through a window may influence recovery from surgery“ durch (Ulrich, 1984, www). Er selbst ist der Meinung, dass es mehrerer Elemente bedarf um nachweislich gesundheitsförderndes Design zu entwickeln. Dazu gehören neben kreativen Entwurfskonzepten vor allem die Faktoren Partizipation, Empathie und Wirtschaftlichkeit. Bei der Berücksichtigung dieser Fakten wird auch sichergestellt, dass die Architektin/der Architekt den Patientinnen/Patienten nicht aus den Augen verliert und er selbst nicht Gefahr läuft, sich zu sehr auf ihre/seine persönlichen ästhetischen Ansprüche zu konzentriert (Rehn, 2015, www).

4.3.3 The Center for Health Design

Das bereits im Kapitel 4.2.2 in Zusammenhang mit Evidence Based Design erwähnte Center for Health Design mit Sitz in Kalifornien wurde 1993 mit dem Ziel gegründet, über die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Krankenhausumgebung positiv auf die Gesundheit von Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter einwirken zu können. Die Mitglieder der Organisation kommen mittlerweile aus den verschiedensten Sparten, von der Architektur oder dem Produktdesign, aus der Lehre oder dem Krankenhaus selbst. Sie alle sind bestrebt, Best-Practice Beispiele voranzutreiben und Krankenhausbetreiberinnen/Krankenhausbetreiber durch die Präsentation von

wissenschaftlichen Forschungsergebnissen von den Vorteilen der gesundheitsfördernden Planung zu überzeugen. Seit der Gründung konnten in vielen Bereichen deutliche Veränderungen mit nachhaltiger Wirkung erzielt werden. Auf der Homepage werden zahlreiche Ergebnisse aus der langjährigen Forschungstätigkeit, wie zum Beispiel die „Clinic Design Recommendations“ (s. Anhang 2: Zusammenhang zwischen Krankenhausdesign und Gesundheitsparametern), der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht und dadurch ein wesentlicher Beitrag zum internationalen Wissensaustausch geleistet (healthdesign, 2016, www).

4.3.4 Maggie's Centres

...people should not „lose the joy of living in the fear of dying“ (maggiescentres, 2016, www)

war das Leitmotiv von Maggie Keswick Jencks, der Gründerin der so genannten Maggie's Centres, die noch vor der Eröffnung des ersten, von ihr initiierten Krankenhauses selbst an den Folgen einer Krebserkrankung starb. Ihre eigenen, negativen Erfahrungen als betroffene Patientin inspirierten sie zu diesem erfolgreichen, vielfach publizierten und mehrfach ausgezeichneten (Luyken, 2012, www) Projekt, der Gründung einer Wohltätigkeitseinrichtung. Bereits zur Anfangszeit aber das Ziel, über die Architektur bzw. die Planung einen positiven Einfluss auf den gesamten Krankheitsbewältigungsprozess von Krebspatienten auszuüben. Maggie's Angebot orientierte sich an ihrem Vorhaben, die Patientin/den Patienten, deren Angehörige und deren Freundinnen/Freunden über den gebauten Raum die höchst mögliche emotionale und soziale Unterstützung gewährleisten zu können, um die Komplexität der Krankheit bestmöglich bewältigen zu können (maggie's report, 2014, S. 5, www).

Als erstes realisiertes Krankenhaus konnte 1996 das Western General Hospital in Edinburgh eröffnet werden. Es sollten, unter der Weiterführung von Maggie's Erbe durch ihren Ehemann, weitere 16 folgen. Für die Planung konnten namhafte Architektinnen/Architekten wie Frank Gehry, Richard Rogers, Zaha Hadid, Rem Koolhaas oder Kisho Kurokawa gewonnen werden (Luyken, 2012, www).

Deren Expertise und Erfahrung ist ausschlaggebend für den Erfolg der Center. Die ruhige Umgebung vermittelt Geborgenheit, Wertschätzung und schafft eine angenehme Atmosphäre, was sich wiederum positiv auf das seelische Wohlbefinden auswirkt. Die Architektur bildet somit das Herz des Unterstützungssystems durch die Maggie's Center. Die den Genesungs- bzw. Behandlungsprozess beeinflussende Planung soll laut Befragungen den Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen Ängste nehmen und den

Stress reduzieren (maggie's report, 2014, S. 37, www). Empirisch einwandfreie Ergebnisse zur Bestätigung dieser Aussagen liegen jedoch noch nicht vor, was die Leiterin der Abteilung Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens an der TU Berlin, die Münchner Architektin Christine Nickl-Weller, laut Zeitungsbericht dazu veranlasste, eine Doktorarbeit in Auftrag zu geben, welche alle bereits erhobenen Daten und Ergebnisse gesammelt auswerten soll (Luyken, 2012, www), was aber im Interview mit ihrer Mitarbeiterin nicht bestätigt wurde.

4.4 Wesentliche Aspekte aus der Gesundheitsfördernden Planung

Die folgenden Aspekte bilden den zentralen Kern dieser Arbeit, da sie einerseits die Gesundheit von Menschen im Krankenhaus positiv beeinflussen und im Weiteren erst wirksam werden, wenn sie über die BO- und Funktionsplanung bzw. die Architekturplanung Eingang in die Planung finden, es sei denn, sie sind bereits in einem gewissen Umfang gesetzlich verankert (z.B. vorgeschriebene Fensterflächen bzw. Räume, die Tageslicht haben müssen). Tatsächlich werden die meisten Faktoren bereits in der Planung berücksichtigt, sei es jetzt auf Grund der Gesetzeslage oder dem allgemeinen hohen Baustandard, den die Krankenhäuser vor allem im Mitteleuropäischen Raum vorweisen können. Dennoch ist es die Aufgabe der Planerinnen/Patienten, den innerhalb der Rahmenbedingungen zur Verfügung stehenden Spielraum im besten Sinne dafür zu nützen, die folgenden Aspekte in optimaler Weise in der Planung zu berücksichtigen. Wie das am besten erfolgen kann, zeigt die Grafik des Umsetzungsprozesses am Ende dieses Abschnittes in Kapitel 0.

4.4.1 Licht – Tageslicht

Der Einfluss von Licht, im Speziellen von Tageslicht, steht, abhängig von der konsumierbaren Dosis und der Lichtqualität, mit einer Vielzahl von positiven Auswirkungen auf Personen im Krankenhaus in Verbindung (Ulrich et al., 2008, S. 29, www). Licht beeinflusst folgende Bereiche: Schmerz, den Zirkadianen (Tag-Nacht) Rhythmus (Chronobiologie), Stress, Mortalität, Depression, Stimmung, Orientierung sowie die Nutzer- und Personalfriedenheit (Ulrich et al., 2008, zitiert nach Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 145). Der Fokus in diesem Kapitel liegt auf Grund der Themenstellung natürlich beim Tageslicht, allein deshalb, weil Tageslicht einer der wesentlichen Faktoren ist, der in der Architektur-, BO- und Funktionsplanung Berücksichtigung findet. Künstliches Licht wird natürlich auch therapeutisch verwendet, ist

aber nicht Teil dieser Arbeit. Tatsächlich wird passend dazu hervorgehoben, dass im Kontext zur allgemeinen Beleuchtungssituation am Arbeitsplatz und der privaten Lebenswelt das Tageslicht dem künstlichen Licht vorgezogen werden soll. Tageslicht wirkt unbestritten positiv auf den Körper und die Gesundheit im Allgemeinen (Boyce, Hunter, & Howlett, 2003, zitiert nach ebd.), die Psyche, das biologische und das visuelle System (ebd.). Konkrete Beispiele für den positiven Effekt von Tageslicht (Vergleich sonnige Räume versus düstere Räume) sind:

- Verkürzte Aufenthaltsdauer von Patientinnen/Patienten mit Depression (Beauchemin and Hays, 1996 zitiert nach ebd.), von Patientinnen/Patienten mit bipolaren Störungen (Benedetti et al., 2001 zitiert nach ebd.), von Frauen auf der Intensivstation nach einem Herzinfarkt
- Senkung der Sterberate
- Natürlicher Tag-Nacht Rhythmus wird nicht gestört: wichtig für die hormonelle Ausgeglichenheit (vor allem Melatonin und Cortisol)
- Positiver Einfluss auf die Stresswahrnehmung, die Medikationsmenge sowie geringfügig auch Senkung der Wahrgenommenen Schmerzen
- Verbesserung der Arbeitsleistung, der Zufriedenheit und der Stimmungslage des Personals (NBHI, 2008, zitiert nach ebd. S. 146). Über Tageslicht werden wichtige Bezüge zu Zeit und Raum hergestellt und Desorientierung vermieden (Devlin & Arneill, 2003, zitiert nach ebd.) Laut Ulrich et al. (2008, zitiert nach ebd.) verbesserte sich die Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen durch den erhöhten Konsum von Tageslicht während der Arbeitseinheiten, was zwar nicht direkt mit dem Krankenhaus zu tun hat, aber dennoch die Bedeutung hervorhebt.

Diese Erkenntnisse tragen aktuell dazu bei, dass die Bedeutung von Tageslicht bereits von Krankenhausträgern erkannt und berücksichtigt wird. DI Pansinger (GAT, 2009, www), Leiter der Planungsabteilung der Steiermärkischen Krankenanstaltenges.m.b.H. (kurz KAGes) führt in seinem Interview das Beispiel „Tageslicht auf einer Intensivstation“ an und weist auf die Notwendigkeit hin, dass diese Patientinnen-/Patientengruppe allein auf Grund der persönlichen Ausnahmesituation die Möglichkeit haben sollte, in den oft kurzen Wachphasen einen Bezug zu den Tag- & Nachtphasen sowie der Außenwelt herstellen zu können. Der dänische Architekt Bo Boje Larsen (2015, S. 93) betont in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung von Tageslicht für die bereits erwähnte Orientierung im Gebäude in Verbindung mit den unterschiedlichen tageszeitabhängigen Lichtstimmungen und der daraus resultierenden Verbindung zur Außenwelt. Dadurch zeigt sich die enge Verbindung zwischen Licht und Natur und in einer erweiterten Ausprägung auch der mögliche Zugang zu Gärten und Natur. Da sich die beiden

genannten Faktoren (Licht – Natur) gegenseitig bedingen (große Fensterflächen – mehr Blick in die Natur) wird gleich im Anschluss dem Thema Natur und der Bezug zur Natur ein Unterkapitel gewidmet.

4.4.2 Naturbezug

Der heilende Aspekt des Konsums von Natur im Krankenhaus kann in drei Varianten unterteilt werden:

a) Die Aussicht zur Natur

Wie bereits erwähnt steht der Blick in die Natur in direktem Zusammenhang mit vorhandenen Fensterflächen und hilft den Menschen, eine kognitive Verbindung mit der Außenwelt herzustellen und diese auch wahrzunehmen (Devlin & Arneill, 2003, zitiert nach Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 147). Der Blick auf Natur oder allein schon der Anblick von Natur-Abbildungen beeinflusst die Schmerzlinderung, erhöht die Schmerztoleranz und vermindert die Regenerationszeit nach Operationen (Van den Berg, 2005, zitiert nach ebd.) Wie Ulrich bereits 1984 (zitiert nach ebd.) feststellte, benötigen Patientinnen/Patienten nach speziellen Operationen in einem Zimmer mit Ausblick auf die Natur anstatt mit Blick auf eine Ziegelwand, weniger Schmerzmittel über das über einen kürzeren Zeitraum. Die positiven Einflüsse des Ausblickes auf Natur auf die Gesundheit werden oft in Zusammenhang mit der „Restoration Theory“ erklärt, wo über unterschiedliche Erholungsphasen, unter anderem auch über den Blick in die Natur, Stress reduziert werden kann (Van den Berg, 2005, zitiert nach ebd.). Nicht zuletzt hat, wie das Licht auch, der Kontakt zur begrünten Außenwelt einen positiven Einfluss auf die Fehlerquote des Personals unter anderem dadurch, dass der Blick in die Natur das Personal dabei unterstützt, ihre Tätigkeiten aufmerksamer zu verrichten.

b) Heilende Gärten und Gartenanlagen

Studien belegen mittlerweile sehr deutlich den positiven Effekt von Gartenanlagen als Teil des Krankenhauses: für die Patientinnen/Patienten, das Personal und auch die Besucherinnen/Besucher. Der Aufenthalt im Grünen verbessert die Stimmung und bietet vor allem dem Personal eine gute Möglichkeit, Arbeitsstress abzubauen (Whitehouse et al., 2001, zitiert nach Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 147) Bei der Patientin/beim Patienten hingegen wird vor allem die allgemeine Zufriedenheit erhöht und er nimmt den gesamten Aufenthalt positiver wahr (Sandler, 2001, zitiert nach ebd.). All diese Erkenntnisse wurden als

Grundlage dafür herangezogen, dass beim aktuellen Wiener Krankenhausprojekt Wien Nord der „Healing Garden“ eine wichtige Rolle einnimmt. Die amerikanische und international tätige Landschaftsarchitektin Martha Schwartz konzipierte in Kooperation mit dem Health Team Albert Wimmer (Architekturplanung für dieses Projekt) für das neue Krankenhaus begrünte Lichthöfe und Dachterrassen sowie Therapiegärten und Spazierwege. Der Fokus liegt eindeutig auf dem gesundheitsförderlichen Aspekt, was einerseits den Heilungsprozess der Patientin/des Patienten betrifft, aber andererseits auch das gesteigerte Wohlbefinden für alle Nutzerinnen/Nutzern des Krankenhauses, samt der nachbarschaftlichen Umwelt des Krankenhauses (KAV, 2010, www).

c) Begrünung innerhalb des Krankenhauses

Die Bepflanzung innerhalb des Krankenhauses, sofern es sich nicht um größere Anlagen handelt, ist weder Teil der Architekturplanung noch der Betriebs- und Funktionsplanung und ist somit thematisch nicht relevant für diese Arbeit (ungeachtet ihrer bestimmt positiven Wirkung auf das Wohlbefinden).

4.4.3 Ruhe

Auch Ruhe und Lärm spielen eine nicht unwesentliche Rolle in Bezug auf alle Personengruppen im Krankenhaus. Ruhe ist vor allem für eine gute Kommunikation unverzichtbar (Van den Berg, 2005, Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 148), und über die Bereitstellung von ruhigen Arbeitszonen können Fehler bei der Dokumentation oder der Medikamentenzuordnung vermieden werden (Ulrich et al., 2008, zitiert nach ebd.). In unterschiedlichen, an dieser Stelle nicht genauer differenzierten Abteilungen eines Krankenhauses wirkt sich Lärm auf Patientinnen/Patienten in unterschiedlichster Weise negativ aus:

- Senkung der Sauerstoffsättigung
- Erhöhter Blutdruck
- Verschlechterung der Schlafqualität (Ulrich et al., 2008, zitiert nach Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, s. 148)
- Erhöhter Medikamenteneinsatz (Minckley, 1986, zitiert nach ebd.)
- Verlängerung der Regenerationszeit (Joseph et al., 2007, zitiert nach ebd.)

Für das Personal ergibt sich ein ähnliches Bild:

- Wie bereits erwähnt: Fehler bei der Medikation
- Wahrnehmung eines erhöhten Belastungslevels
- Stress, Müdigkeit und Erschöpfung

- Ärger

Im Umkehrschluss dazu wirken sich gute akustische Bedingungen vielfach positiv auf das Wohlbefinden des Personals aus:

- Weniger wahrgenommene Arbeitsbelastung
- Reduziertes Stressempfinden (Joseph et al., 2007, zitiert nach ebd.)

4.4.4 Kommunikation und soziale Kontakte

Kommunikation ist die Basis jeder sozialen Interaktion und im Krankenhaus als Form des Wissenstransfers von relevanten Informationen von essentieller Bedeutung. Durch den gesteigerten Bedarf an gegenseitiger Abstimmung, bedingt durch die Notwendigkeit der hochgradig arbeitsteiligen Aufgabenerfüllung sowie dem beträchtlichen Maß der Spezialisierung interhalb der Arbeitsteams (Leuzinger & Luterbacher, 2000, S. 232) ist es notwendig, die Arbeitsumgebung möglichst gut an die Aufgabenstellung und Bedürfnisse des Personals anzupassen um Zeitverluste und über unzureichende Kommunikation Behandlungsfehler zu vermeiden (Joseph, 2006, S. 6, www).

Krankenhausarchitektur soll nicht im Negativen durch das Fehlen von Räumen für Begegnung glänzen bzw. sondern vielmehr dazu beitragen, dass Raum geschaffen wird, der Kommunikation und Begegnung ermöglicht und Platz für Besinnung, für das Innehalten und das Verweilen lässt (Mühlbauer, 2013, S. 217). Durch eine Weiterentwicklung des Pflegebereiches und der Therapie wird der Aufrechterhaltung und Förderung von sozialen Kontakten, im Besonderen zu Angehörigen, ein höherer Stellenwert zugeschrieben. Demnach müssen auch die Räumlichkeiten diesen Ansprüchen Genüge leisten (Nickl-Weller & Nickl, 2013, S. 16).

Wie bereits unter dem vorangegangenen Gesichtspunkt erwähnt wurde, spielt Ruhe auch im Zusammenhang mit Kommunikation eine bedeutende Rolle. Im Artikel „The role of the Physical and Social Environment in Promoting Health, Safety and Effectiveness in the Healthcare Workplace“ wird bereits sehr umfangreich beschrieben, wie sich ein schlecht gebautes Krankenhaus für alle Beteiligten negativ auswirken kann. Nicht nur Architektinnen/Architekten, sondern auch VerwaltungsleiterInnen und KrankenhausbetreiberInnen sind angehalten, mögliche Fehlplanungen zu identifizieren und die Erkenntnisse für die Planung einer gesunden und sicheren Arbeitswelt heranzuziehen (Reiling et al., 2004, zitiert nach Joseph, 2006, S. 6, www). Für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in einem Krankenhaus ist es natürlich notwendig, über diese Kriterien, also über arbeitsplatzbedingte Kooperations- und Kommunikationsmängel, daraus resultierende Behandlungsfehler und auch Ineffizienzen

Bescheid zu wissen. Dennoch reicht dieses Wissen um den gesundheitsfördernden Arbeitsplatz allein nicht aus, um durch die optimierte Krankenhausarchitektur Verbesserungen zu erzielen. Vielmehr ist es notwendig, dass sich auch die Unternehmenskultur diesen neuen räumlichen Gegebenheiten anpasst (Joseph, 2006, S. 12, www).

Der Krankenhausbau soll einerseits Kommunikationsprozesse optimal unterstützen, aber andererseits auch inoffizielle Kommunikationsmöglichkeiten in Form von regelmäßigen Kontakten und zwischenmenschlichen Interaktionen durch die optimale Gestaltung der Arbeitsumgebung ermöglichen und fördern (Becker, 2006, zitiert nach ebd. S. 9, www).

Die folgenden Beispiele zeigen, wie bauliche Maßnahmen den Kommunikationsprozess für inoffizielle und offizielle Bedarfe unterstützen können:

- Genügend Aufenthalts- und Sozialräume schaffen
- Flexible Arbeitsplätze miteinplanen
- Sorgfältig geplante raumbezogene Transparenz ermöglicht mehr Teamarbeit und fördert die Feedback Kultur
- Konzipieren von kleineren Einheiten und Abteilungen
- Interaktionsräume disziplinübergreifend und hierarchieebenenneutral planen (Becker, 2006, zitiert nach ebd. S. 9, www)

Da für die Planung eines Krankenhauses sehr viel Wissen über den Krankenhausbetrieb notwendig ist und das Erkennen von Bedürfnissen der Nutzerinnen/Ntzern und der Patientinnen/Patienten eine wesentliche Rolle spielt, darf in Bezug auf das gegenseitige Verstehen und auf Grund des erhöhten Kommunikationsbedarfes im Krankenhaus der Faktor Empathie nicht unerwähnt bleiben, allein deshalb, weil Kommunikation (nonverbal und verbal) eine wesentliche Voraussetzung für das Entstehen von Empathie ist (Seidl, 2009, S. 58). Empathie als Begriff kommt aus dem Griechischen und bedeutet, dass man die Fähigkeit besitzt, sich in die Lage und Situation anderer Personen hineinzusetzen und deren Gefühle zu verstehen. Für einen Krankenhausbetrieb und daraus folgernd auch für einen partizipativ ausgelegten Planungsprozess ist Empathie von zentraler Bedeutung, da es vor allem in der Personalarbeit entscheidend ist, Konflikte zeitgerecht zu identifizieren, Beurteilungen und Entscheidungen zu treffen sowie zu motivieren und zu beraten (Seidl, 2009, S. 58).

4.4.5 Wegeföhrung und Orientierung

Wegeföhrung und Orientierung gehören zu den zentralen Punkten bei der Planung – vor allem bei der Betriebs- und Funktionsplanung – fallen aber auch in den Aufgabenbereich von Firmen, die sich auf den Geschäftszweig „Orientierung und Wegeföhrung“ spezialisiert haben. Das Büro Bauer aus Wien hat in diesem Bereich sehr viel beachtenswerte und mit Preisen ausgezeichnete Erfahrung gesammelt und bereits mehrere Projekte im Gebiet der Krankenversorgung umgesetzt (Bauer, 2016, www). Die Faktoren Wegeföhrung und Orientierung stellen einen Grundbaustein in der Auseinandersetzung mit dem Thema Funktionalität dar und fallen somit, wie bereits erwähnt, in den direkten Aufgabenbereich der Betriebs- und Funktionsplanung (s. Kapitel 3.3.2) Für das Personal und auch für die Patientin/Patienten ist außerordentlich wichtig, dass die Grundlagen für das reibungslose Funktionieren des Krankenhauses sichergestellt sind, was sich dadurch zeigt, dass auf kurze Wege, gute Orientierung und Wegeföhrung sowie eine klare überschaubare Struktur geachtet wurde (Nickl-Weller & Weller, 2013, S. 14).

Ein Bereich, wo vor allem das Thema Orientierung immer mehr an Aktualität und Brisanz gewinnt, betrifft das Thema Demenz (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 151). Eine Planer/ein Planer von Krankenhäusern, welche/r Patientinnen/Patienten mit kognitiven Einschränkungen berücksichtigt, ist wieder mit anderen Anforderungen konfrontiert, als die bislang gültigen. Der Anstieg dieser Patientinnen-/Patientengruppe allein schon auf Grund der demografischen Entwicklung führt jedoch dazu, dass es zunehmend Eingang in alle Bereiche der Krankenhausplanung findet – architektur-, wie auch organisationsbezogen. Eine detaillierte Ausarbeitung dieses sehr umfangreichen Spezialbereiches ist, wie auch das Thema Patientinnen-/Patientenzufriedenheit, im Rahmen dieser Arbeit nicht vorgesehen und auf Grund des beschränkten Umfangs nicht zielföhrend. Folgende krankenhausspezifischen Auseinandersetzungen mit dem Thema Demenz sollten aber in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben:

- Die Architektin Birgit Dietz (2016, www), die sich auf den Bereich Alters- und Demenzsensible Architektur spezialisiert hat
- Das Institut universalRAUM mit Schwerpunkt evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen (Technische Universität Dresden - gefördert durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie). Das universalRAUM Team hat über die Forschungs- und Lehrtätigkeit am Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitsbauten an der Fakultät Architektur umfangreiches Wissen um Evidenzbasiertes Planen angehäuft und diese Expertise über mehrere Publikationen einem breiten Publikum zugänglich gemacht. Ein Band dieser Reihe

behandelt ausschließlich das Thema Demenzgerechte Architektur: „EPH Alter+Demenz – wissenschaftlich, praxisorientiert“. EPH steht für Evidenzbasiertes Planungshandbuch (universalRAUM, 2016, www).

4.4.6 Infektionsrisiko

Das aktuell das Thema Gesundheit in der Gesellschaft hohen Stellenwert hat, geht unter anderem daraus deutlich hervor, dass sich die Anzahl der Veröffentlichungen zu diesem auch gesellschaftlich relevanten Bereich in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht hat. 2012 wurde ein Buch mit dem Titel „The end of illness“ publiziert und zum Bestseller. Dem gegenüber stehen Fakten, die belegen, dass sich jährlich unzählige Personen mit Krankenhauskeimen infizieren und aktuell mehrere hunderttausend Menschen weltweit (Spiegel, 2015, www) in Folge dieser Infektionen versterben (Nickl-Weller, 2013, S. V). Obwohl das Thema Infektionsrisiko eher in den Bereich der Prävention fällt, könnte man die Frage in den Raum stellen, ob ein Krankenhaus nicht Ressourcenträger ist und eine Optimierung der Baustruktur angepasst an die Prozesse, die notwendig sind, um das Risiko des erhöhten Infektionsrisikos einzudämmen, eine indirekte Form der Gesundheitsförderung im Sinne der Ressourcenstärkung ist. Tatsächlich spielt die gebaute Umwelt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Die Senkung des Infektionsrisikos durch Evidence Based Design ist einer der wesentlichen Faktoren in Bezug auf die Sicherheit im Krankenhaus. Das Krankenhauslayout kann alle drei Übertragungswege (Luft, Kontakt, Wasser) positiv als auch negativ beeinflussen. Die wichtigsten Empfehlungen betreffen das Einbettzimmer, genügend Möglichkeit zur Händedesinfektion, sorgfältige Planung der Luft- und Wasserversorgung sowie die Materialität der zu reinigenden Oberflächen. (Ulrich et al, 2008, S. 5-6).

4.4.7 Architectural Layout – funktionale Layoutplanung

Als große Herausforderung für eine gelungene Architektur eines Krankenhauses betrachten Christine Nickl-Weller und Hans Weller (2013, S. 17) die Zielsetzung, unter Berücksichtigung aller notwendigen Bedingungen und Einflüsse, wie zum Beispiel Licht, Proportion, Material oder Klimafaktoren, schlussendlich Räume schaffen, die die Sinne ansprechen. Die Gestaltung der Stationslayouts spielt zum Beispiel eine große Rolle in der Planung: Je nachdem, wie die Flure angelegt sind (radial angelegte Flure, Doppel- oder Einzelflure) hat das Auswirkungen auf die zurückzulegenden Wegstrecken für das

Personal und indirekt auf die Betreuungsqualität, die Sichtbeziehung und die Anzahl der möglichen Patientinnen/Patienten, die durch die jeweilige Konzeption betreut werden können (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 150). Die Grundstruktur einer Station hat auch wesentlichen Einfluss auf die Sturzhäufigkeit. Laut Hendrich et al. (2004, zitiert nach Ulrich et al., 2013, S. 24, www) führt ein Kombination von folgenden Faktoren zu einer erheblichen Reduktion von Stürzen: guter Sichtkontakt zu den Patientinnen/Patienten über dezentralisierte Stützpunkte und ausreichend große 1-Bett Zimmer, um die Unterstützung durch die Familie zu fördern. Das Einbettzimmer verfügt aber noch über andere Qualitäten: Sicherheit, Privatsphäre, Flexibilität, Senkung des Infektionsrisikos, Ruhe und ungestörte Pflege von Sozialkontakten zu Besucherinnen/Besuchern und Familie, was den Heilungsprozess zusätzlich positiv beeinflusst (Nickl-Weller, Matthys, Eichenauer, 2013, S. 150-151).

4.5 Kosten-Nutzen von gesundheitsfördernder Architektur

Da eine funktionale Planung in direktem Zusammenhang mit der Nutzerinnenzufriedenheit/Nutzerzufriedenheit steht und erst die Erfüllung der Funktionalität eines Krankenhausbaus sicherstellt, dass auch ein wirtschaftlicher Betrieb möglich ist, steht der Nutzen von Evidence Based Design mittlerweile auch in Zusammenhang mit den Kosten nicht mehr zur Diskussion. Obwohl bezüglich des Krankenhauses sehr lange der zweckmäßige und wirtschaftliche Betrieb ohne genaue Berücksichtigung der Einflussfaktoren im Vordergrund stand, erfährt dieser Zugang mehr und mehr einen Perspektivenwechsel.

Zwar genießt diese Zielgröße begründeter Weise noch immer ein hohes Maß an Priorität, aber die wachsende Erkenntnis über diese Einflussfaktoren zum Erreichen dieses Zieles hat den Stellenwert von Healing Architecture maßgeblich verändert. Das Wissen über den positiven Einfluss einer patientinnen-/patienten- und arbeitsplatzfreundlichen Architektur wird vielfach auch in ökonomische Überlegungen miteinbezogen. Um als Arbeitgeber für qualifiziertes Personal attraktiv zu sein und zu bleiben, ist es relevant, dem Personal auch ein bestmögliches Arbeitsumfeld zu bieten. Ebenso, wie sich die Patientin/der Patient, sofern möglich, das Krankenhaus aussucht, dass seinen Bedürfnissen am ehesten entspricht (Nickl-Weller & Nickl, 2013, S. 14). Schlussendlich darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Architektur eines Krankenhauses im Gegensatz zur medizintechnischen Ausstattung nicht der zentrale Kostenfaktor ist (GAT, 2009, www).

Alan Dilani (2015, www) beschreibt die Argumentationskette zur Kosten – Nutzen Analyse folgendermaßen:

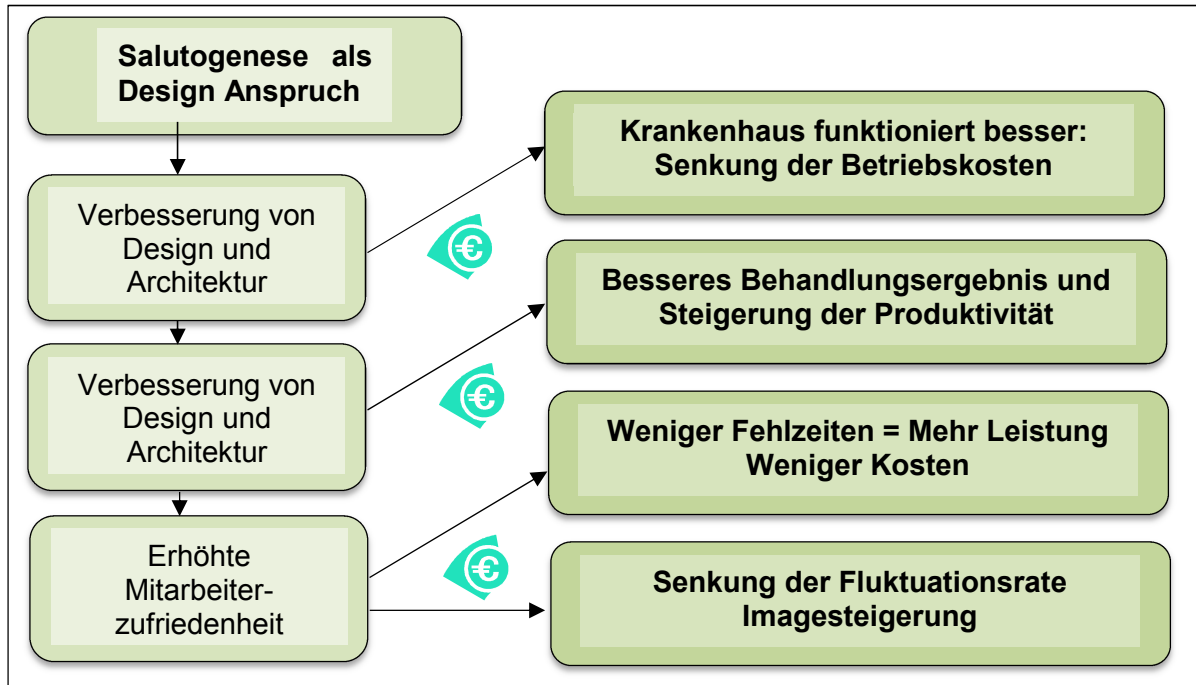


Abbildung 7: Ökonomischer Nutzen . Eigene Darstellung in Anlehnung an Dilani (2008-2009, zitiert nach Dilani, 2015, S.151, www).

4.6 Umsetzung im Planungsprozess

Am Ende des Literaturteiles steht natürlich die zentrale Frage: „Und wie genau kommt jetzt all das erworbene Wissen über Gesundheitsfördernde Architektur, über Health Architecture oder über Evidence Based Design in das fertig gebaute Krankenhaus?“ Für die/den Architektin/Architekten gilt, dass sie/er in der Lage sein muss, die für sie/ihn relevanten Ergebnisse aus der Forschung zu filtern und an die aktuelle Aufgabe anzupassen. Die Wissenschaft soll die Basis ihrer/seiner Arbeit darstellen, und es obliegt ihrer/seiner Kunst, die Forschungsergebnisse zu beurteilen und zu bewerten. Ulrich (zitiert nach Rehn, 2015, www) das Basis-Anforderungsprofil der/des Architektin/Architekten folgendermaßen: „Es ist essentiell, ein talentierter Designer zu sein, aber das ist bei Weitem nicht genug, um auch ein guter Healthcare Designer zu sein.“ Was Ulrich hier in Worte verpackt stellt Lundin (2015, S. 33, www) sehr anschaulich und punktgenau in folgender Darstellung dar:

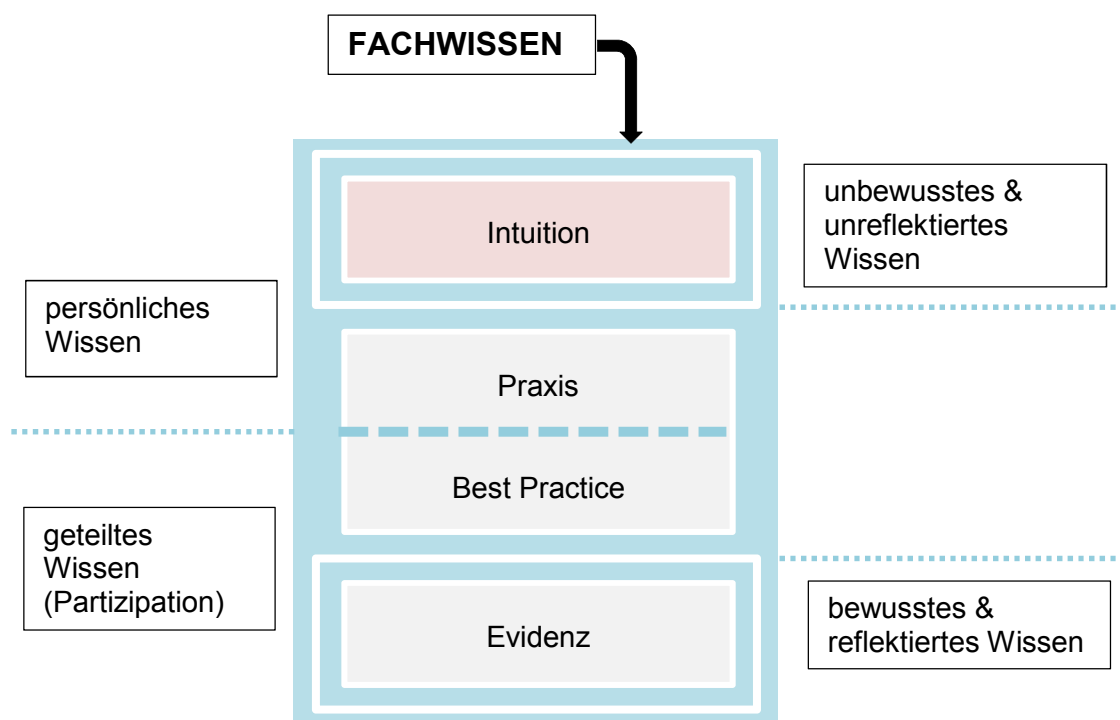


Abbildung 8: Wie kommt das Wissen in die Planung? Eigene Darstellung in Anlehnung an Lundin (2015, www)

Angewendet auf alle am Krankenhausplanungsprozess beteiligten Personen- und Interessensgruppen kann sowohl die vorangegangene Beschreibung als auch die Grafik ebenfalls auf sie angewendet werden.

5 Empirische Forschungsmethode

Im vorangegangenen Literaturteil wurde der zu untersuchende Themenschwerpunkt „Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung bei der Planung eines Krankenhauses“ in all seinen vielfältigen Ausprägungen und seiner Komplexität bereits ausführlich aufgearbeitet, untersucht und beschrieben. Im folgenden Kapitel wird der Forschungsgegenstand noch anhand einer weitere empirischen Methode, des persönlichen Interviews, genauer untersucht, um auch die individuell unterschiedlich wahrgenommene Sicht auf das Thema miteinzubeziehen.

Die Methoden der Sozial- und Humanwissenschaften haben sich in den letzten Jahrzehnten stark weiterentwickelt und verändert. Die immer anspruchsvolleren Anforderungen an das Datenmaterial gehen einerseits mit der Entwicklung von immer komplizierter werdenden Modellen zur Auswertung dieser Daten einher und führen andererseits dazu, dass der Wunsch nach qualitativen, offeneren Erhebungsarten ebenso größer wird (Meiring, 2010, S. 9). In der Theorie der Sozialforschung kommen zur Erhebung von Daten neben der am häufigsten angewendeten Form der Befragung traditionell noch die Beobachtung, die Inhaltsanalyse sowie prozessproduzierte Datenerhebungen zur Anwendung (Diekmann, 2006, S. 372).

5.1 Wahl der Methode

Für diese Arbeit werden die Daten, wie bereits erwähnt, über die Methode des persönlichen Interviews erhoben, genauer gesagt nach der qualitativen Forschungsstrategie des problemzentrierten Interviews (Witzel, 1982, zitiert nach Diekmann, 2006, s. 450-451).

Die Befragungsmethode des Interviews wird als reaktiv eingestuft, was so viel heißt, dass die Antwortreaktion von vielen Faktoren (dem Interviewer-Verhalten, der Interviewsituation, dem Messinstrument, usw.) abhängt. Trotz dieses häufig als Kritikpunkt erwähnten Merkmales wird sie gerne als „Königsweg“ (René König, 1972, zitiert nach Diekmann, 2006, S. 371) bezeichnet und der Befragung selbst in der Sozialforschung ein hoher Stellenwert beigemessen. Die gewählte Form des persönlichen Interviews, auch face-to-face Interview (univie, 2016, www) genannt, hat den Vorteil, dass der Interviewverlauf mehr oder weniger an einen Leitfaden gebunden ist und der Interviewer darauf Einfluss hat, in die Erzählphase aktiv einzugreifen. Dadurch unterscheidet es sich am deutlichsten vom narrativen Interview, wird strukturierter und ermöglicht eine aktive

Beteiligung der Interviewerin/des Interviewers. Auf die allgemeine Empfehlung, zusätzlich einen quantitativen Fragebogen einzusetzen, wird in diesem Fall verzichtet, auch auf Grund der Tatsache, dass weder sozialstatistische Ereignisse noch relevante Zeitangaben erhoben werden (Diekmann, 2006, S. 450-451).

5.2 Qualitative Sozialforschung

Grundsätzlich erfolgt in der Sozialwissenschaft eine Unterteilung in qualitative und quantitative Daten. Die quantitative Erhebung generiert numerische, in Zahlen umgewandelte Daten, die qualitative Forschung audio-visuelle oder verschriftlichte Daten (univie, 2016, www). In der qualitativen Sozialforschung erfolgt die Datengewinnung zudem weniger strukturiert und ermöglicht somit der Interviewpartnerin/dem Interviewpartner bei der Beantwortung der Fragen ein breiteres Antwortspektrum weit außerhalb vorgegebener Kategorien (Diekmann, 2006, S. 444). Bei dieser Erhebungsmethode werden festgehaltene Wahrnehmungen, Feststellungen und Erfahrungen über unterschiedliche Verfahren wie zum Beispiel der (teilnehmenden) Beobachtung, der Befragung, der Feldforschung oder über Experimente in Daten transformiert (univie, 2016, www). Hopf et al. (1979, Spöhring, 1989, Lamnek 1993, Mayring 1993a zitiert nach Diekmann, 2006, s. 443-444) nennen drei zentrale Kriterien für die Qualitative Sozialforschung:

- Offenheit bezüglich der Fragen, der Antworten und der Methoden
- Erhebung unter Alltagsbedingungen
- Subjektbezogenheit

In Zusammenhang mit den qualitativen Erhebungsmethoden darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass unterschiedliche Einflussfaktoren einerseits bei der Konzeption der Erhebung selbst (z. B. Stichprobenwahl) oder bei der Datenauswertung zu Verzerrungen bzw. missverständlichen Interpretationen führen können (ebd., S. 451-453). Zudem werden immer wieder Vorbehalte wie

- Mängel bezüglich der Qualitätskriterien Objektivität und Reliabilität
- Fehlende Verallgemeinbarkeit
- Defizite bezüglich der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit

angeführt (Mayring, 2010, S. 9). Diese Kritik bezieht sich unter anderem auf das zentrale Element dieser Methode: die Selektion, die mehrfach im Laufe des Prozesses zur Anwendung kommt. Zunächst einmal allein aus der Tatsache heraus, dass das Thema an sich selektiv wahrgenommen wird. Eine weitere Selektion erfolgt im Vorgang der

Transformation der Wahrnehmungen zu verwertbaren Daten und schlussendlich bei der Verschriftlichung durch den Forscher (univie, 2016, www).

5.3 Das persönliche Interview

Scheuchs (1972, zitiert nach Diekmann, 2006, S. 375) beschreibt die Forschungsmethode des persönlichen Interviews wie folgt: „*Ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung*“. Wichtigstes Ziel ist es, den Befragten im Rahmen des Interviews dazu zu bewegen, diese auch zu beantworten. Damit ein Interview überhaupt zustande kommt, müssen drei Voraussetzungen gegeben sein: Kooperation und gemeinsame Übereinkunft zur Unentgeltlichkeit, Übereinstimmung bezüglich ein gemeinsames Verständnis von Aufrichtigkeit sowie eine gemeinsame Sprache (ebd., S. 377).

Wird die so genannte harte Form des Interviews angewendet, sollten diese Antworten nicht durch die Reaktion (z.B. durch Zustimmung bzw. Missbilligung) des Interviewers beeinflusst werden. Da es in der Realität jedoch sehr schwierig ist, diese neutrale Haltung einzunehmen und die Beeinflussung durch die Körpersprache auszuschließen, wird diese Form bei den meisten standardisierten Umfragen um weiche Komponenten ergänzt (Diekmann, 2006, S. 375-276). Weitere Beeinflussungen können auf Grund folgender Faktoren erfolgen:

- Merkmale, die die interviewte Person betreffen, z.B. soziale Erwünschtheit
- Merkmale bezüglich der Fragen selbst, z.B. Formulierung oder Positionierung der Fragen im Interviewprozess
- Interviewsituation selbst (Ort, Zeit) und Merkmal der Interviewerin/des Interviewers (ebd., s. 382)

Bezüglich eines Interviews gibt es mehrere Unterscheidungskriterien. Erfolgt eine Gliederung nach der Wahl der Kommunikationsform kommen drei Arten zur Anwendung: das persönliche Interview, das telefonische und die schriftliche Befragung (Diekmann, 2006, S. 373). Die Unterscheidung nach dem Kommunikationsstil (weich, hart, neutral) wurde bereits beschrieben. Nach dem Strukturierungsgrad wird aus InterviewerInnen-Sicht folgendermaßen unterschieden: informelles Gespräch, keine Strukturierung, teilweise strukturiert, vollstrukturiert. Bei dieser Arbeit kommt der teilstrukturierte Ansatz zur Anwendung, welcher sich dadurch auszeichnet, dass ein Interviewleitfaden einen Fragesatz vorgibt, das Antwortspektrum jedoch offen bleibt. Je nach Zusammenstellung der Fragen und Durchführung des Interviewprozesses erfolgt auch im Rahmen des teilstrukturierten Interviews eine weitere Gliederung nach dem Grad der Strukturierung: Ein hoher Grad zeichnet sich dadurch aus, dass alle Fragen des Leitfadens gestellt

werden müssen und auch die Reihenfolge verbindlich ist. Der geringste Grad der Strukturierung ist gegeben, wenn nur ein vorbereiteter Pool aus Fragen vorhanden ist und diese auch nicht zwingend gestellt werden.

Das **problemzentrierte Interview** im Speziellen, als gewählte Methode dieser Arbeit, stellt einen Mittelweg zwischen dem narrativen Interview, bei dem strikt induktiv vorgegangen wird (nicht konzeptbasiert) und dem deduktiven, von präzisen Vorannahmen gekennzeichneten, Erhebungsverfahren dar (univie, 2016, www). Die Interviewerin/der Interviewer verfügt bereits über wissenschaftliches und theoretisches Grundwissen, orientiert sich an seinem Leitfaden, dessen inhaltliches Konzept er jedoch auf Grund möglicher Beeinflussung nicht mitteilt, und behält sich so die Möglichkeit vor, den Verlauf und die Ausrichtung des Gespräches an die Antworten des Befragten anzupassen (ebd.). Es entsteht dadurch eine Offenheit hinsichtlich der Strukturierung von bedeutenden themenrelevanten Inhalten durch die interviewende Person.

5.3.1 Begründung der Methodenwahl

Wie im Literaturteil bereits ausführlich dargestellt, handelt es sich beim Planungsprozess eines Krankenhauses um eine hochkomplexe Angelegenheit, die sich auf Grund folgender Tatsachen ergibt:

- Die Anforderungen aus den Kernaufgaben, der Krankenbehandlung selbst
- Die unterschiedlichsten Begleitprozesse (Management- und Logistikprozesse), die dafür notwendig sind
- Die Vielfalt der daran beteiligten Personen- und Interessensgruppen

Über die Methode des problemzentrierten Interviews soll ein Abriss dieser Vielfalt an unterschiedlichen Perspektiven auf das Thema erhoben und miteinbezogen werden. Der Leitfaden wurde so ausgelegt, dass er den zu untersuchenden Gegenstand sehr breit umfasst und auf Grund der Absicht der Interviewerin wurde der Grad der Strukturierung sehr niedrig gehalten, damit einerseits der befragten Person die Möglichkeit offen gehalten wurde, die ganz persönlichen Erfahrungen einzubringen und eventuell auch Sichtweisen und individuellen Schwerpunktsetzungen Raum zu geben, die die Interviewerin noch nicht im Fokus hatte. Trotzdem lag es im Ermessen der Forscherin, zu starkes Abschweifen vom eigentlichen Themenbereich zu verhindern und über neue Fragen aus dem Leitfaden wieder zum Thema zurückzuführen. Auf Grund des gewählten geringen Strukturierungsgrades wurde die Reihenfolge der Fragen nicht strikt eingehalten

und auch nicht penibel alle Fragen abgearbeitet. Der ganz persönliche Zugang der interviewten Personen stand vielmehr im Vordergrund.

Der Leitfaden wurde natürlich in Hinsicht auf die Beantwortung der Forschungsfrage erstellt, die als zentraler Orientierungsrahmen diente. Die großen übergeordneten Themenbereiche waren:

- Gesundheitsförderung und Aspekte der Gesundheitsförderung im Krankenhaus – Allgemeines, Abgrenzung, Expertinnen/Experten
- Architektur und Planung des Krankenhauses, Prozess, Akteure und Expertinnen/Experten
- Praxiserfahrungen bezüglich Gesundheitsförderung, gesundheitsfördernde Planung, Forschung

Auf Grund der gewählten Ergebnisoffenheit wurde der Leitfaden immer wieder um neue, von den Befragten Personen eingebrachte, Aspekte ergänzt, die in Folge dessen in den darauffolgenden Interviewprozess zusätzlich berücksichtigt wurden. Die sehr unterschiedliche Wahl der Expertinnen/Experten hatte zudem zur Folge, dass am Leitfaden je nach Expertise kleinere Anpassungen vorgenommen werden mussten. Bei der Durchführung der zwei Pretests mit Personen aus dem Familienkreis konnte der Leitfaden zwar nicht durchgehend fachlich, jedoch aber auf dessen Verständlichkeit hin überprüft werden.

5.3.2 Wahl der Interviewpartner:

Ohne den Anspruch der Vollständigkeit zu erfüllen, erfolgte die Auswahl der Interviewpartner nach folgenden Kriterien:

- Bezug zum Krankenhaus
- Teil einer wesentlichen Interessensgruppe bezüglich des Planungsprozesses (Nutzerin/Nutzer, Architektin/Architekt, Wissenschaftlerin/Wissenschaftler, usw.)
- Expertise – bevorzugt durch die berufliche Tätigkeit
- Eventuell zwei Personen aus einer Interessensgruppe bzw. mit Erfahrung in mehreren Bereichen

Da für Interviews, wie bereits erwähnt, die Darstellung unterschiedlicher Perspektiven vorrangig war, wurde die Anzahl auf sechs festgelegt, trotz ungleicher Personengruppen. Auch deshalb, weil auf Grund der Teilstrukturierung beachtliche Datenmengen zu erwarten waren und die Transkription der mit einem Diktiergerät aufgezeichneten Interviews sehr zeitaufwendig ist. Würde der Schwerpunkt auf der Feststellung einer

differenzierten Haltung zum Forschungsgegenstand innerhalb bestimmter Personengruppen liegen, müssten natürlich mehrere Interviews mit Personen aus diesem Interessenskreis geführt werden, was aber nicht im zentralen Interesse dieser Arbeit war. Nach Festlegung der Auswahlkriterien und Fertigstellung des Interviewleitfadens wurden folgende Personen als Interviewpartner ausgewählt:

Architekt: Experte für Gesundheitsbauten (Architekturbüro mit Spezialisierung Gesundheitsbauten und Krankenhäuser, Deutschland und außereuropäischer Raum – weiters Afrika, Asien, Südamerika) (B1)

Architektin: Expertin für Gesundheitsbauten bzw. Forschung und Lehre (Architekturbüro mit Spezialisierung Gesundheitsbauten und Krankenhäuser in Deutschland, TU-Berlin – Fachgebiet „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“) (B5)

BO-Planerin: Expertin für Betriebsorganisationsplanung und Pflege, Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin (Pflege Intensivstation, Consulting) (B4)

Senior resarcher: Expertin Forschungsbereich, Schwerpunkt Gesundheitsförderndes Krankenhaus (Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Bundesministerium für Gesundheit) (B3)

Verwaltungsdirektor: Experte OP-Management und betriebswirtschaftliche Leitung Krankenhaus sowie im Rahmen der Leitungsfunktion Erfahrung bezüglich der Planung/Durchführung von Umbauten (B2)

Gesundheits- & Krankenpflegerin: langjährige Expertin für Pflege in unterschiedlichen Bereichen bzw. Erfahrung Hospiz (B6)

Die Interviews wurden bis auf das Gespräch mit der Expertin aus der Pflege, im direkten Arbeitsumfeld der befragten Personen durchgeführt, auf Tonband aufgenommen, anonymisiert (B1-B6) und für die Auswertung transkribiert.

5.4 Auswertung

Für die Auswertung der erhobenen und transkribierten Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse der Strukturierung nach Mayring (1993, zitiert nach Diekmann, 2006, S. 512) gewählt. Neben der Strukturierung als eine der Grundformen zur Analyse wird noch zwischen der Zusammenfassung und der Explikation unterschieden (Mayring, 2010, S. 65).

5.4.1 Transkription

Zur Auswertung von qualitativen Interviews bedarf es zunächst einer Verschriftlichung der erhobenen Daten über die so genannte Transkription. Obwohl für die Durchführung dieser bereits mehrere Richtlinien und Anleitungen entwickelt wurden (Dittmar, 2004; Kowal u. O'Connell, 2003, zitiert nach univie, 2016, www) konnte sich kein endgültig verbindliches System etablieren. Grundsätzlich sollen die Transkriptionsregeln nicht über das notwendige Maß hinausreichen, welches für die Beantwortung der Fragestellung relevant ist. Die bei dieser Masterthesis für die Transkription der erhobenen Daten verwendeten Regeln orientieren sich an den einfachen und pragmatischen Anleitungen nach Froschauer & Lueger (2003, S. 223). Dazu gehören folgende Richtlinien, die bei allen sechs Transkriptionen zur Anwendung kommen:

- Zeilennummerierung
- Kodierung (Anonymisierung): Interviewerin: I; Befragte Person: B1-B6
- Pausen: Punkt pro Sekunde
- Nichtverbale Äußerungen wie Lachen oder Husten in runder Klammer: (Lachen, Husten)
- Unverständliches mit Fragezeichen in Klammer (??)
- Kurze Unterbrechungen werden auf Grund des Schreib- und Textflusses in der runden Klammer mit Kodierung ohne Abstand in den laufenden Text geschrieben
I:(B2: mhm)...bzw. B2....(I: genau)
- Gesenkte Stimme: Punkt .
- Hochgehende Stimme: ´
- Gleichbleibende Stimme: -

5.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse der Strukturierung

Die Analyse der Strukturierung ermöglicht es dem Forscher, relevante Aspekte herauszuarbeiten und anhand spezieller Kriterien zu ordnen. Die festgelegten Ordnungskriterien sollen den Querschnitt abbilden und ermöglichen so eine zusammenfassende Einschätzung des Forschungsgegenstandes (Mayring, 2010, S. 65).

Die Analyse erfolgt in acht Schritten:

- 1) Festlegen der Analyseeinheiten
- 2) Bestimmung der Einschätzungsdimension: Definition, welche zum Beispiel die Notwendigkeit der Berücksichtigung von gesundheitsfördernden Aspekten bei der Planung von Krankenhäusern festlegt
- 3) Bestimmung der gewählten Ausprägungen (optimal, gut, weniger gut, suboptimal)
- 4) Bestimmung der Definitionen, der Ankerbeispiele und der Kodierregeln
- 5) Fundstellenbezeichnung (Zuordnung zu den Ankerbeispielen)
- 6) Einschätzung (Zuordnung zu einer Ausprägung)
- 7) Überarbeitung
- 8) Aufbereitung der Ergebnisse

Die Kategorien wurden folgendermaßen festgelegt:

- Kategorie 1: Allgemeines Verständnis über Gesundheitsförderung bzw. Kenntnisse über gesundheitsfördernde Aspekte für die Planung eines Krankenhauses
- Kategorie 2: Vorteile der Berücksichtigung von gesundheitsfördernden Aspekten bei der Planung
- Kategorie 3: Beispielnennung von Aspekten und deren Umsetzung
- Kategorie 4: Berücksichtigung des Expertenwissens im Planungsprozess (z. B. Nutzer, Evidenz, Consulting, Literatur)

Die nachstehende Tabelle zeigt beispielhaft die Vorgehensweise anhand der gewählten Auswertungsmethode. Im Folgenden werden die Kategorien in Anlehnung an dieser Methode bestimmt, die Ausprägungen festgelegt und zusammengefasste Inhalte aus den Interviews den unterschiedlichen, passenden Ausprägungen zugeordnet. Die genaue Kodierung wird in weiterer Folge nicht vorgenommen, weil durch Wahl des geringen Strukturierungsgrades und der Ergebnisoffenheit Punkte für die Interviewpartnerin/den Interviewpartner vielleicht wichtig wären, aber im Rahmen des Interviews nicht zur Sprache kamen. Die relevanten Ergebnisse werden in der Zusammenfassung angeführt.

Kategorie 2	Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Vorteile der Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen Aspekten bei der Planung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorteile Patientin/Patient 2. Vorteile Nutzerin/Nutzer 3. Wirtschaftliche Vorteile 4. Beurteilung der Wahrnehmung anderer Interessensgruppen bez. möglicher Vorteile 	<p>Einsparungen</p> <p>Patientinnen-/Patientenzufriedenheit</p> <p>Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterzufriedenheit</p> <p>Kürzere Verweildauer</p> <p>Positiver Einfluss auf den Heilungsprozess</p> <p>Wenig Überzeugungsarbeit notwendig</p>	<p>[B1] Zeile: 377: „...Tageslicht, kurze Wege, Orientierung, hygienisch einwandfrei.“</p> <p>[B1] Z. 302: „...extrem aus der Sicht des Patienten“</p> <p>[B1] Z. 301: „..die sich damit auseinandergesetzt haben, das ist Herzog de Meuron..“</p> <p>[B1] Z. 144: „Evidence Based Design, wo man ...Auswirkungen... wenn man wenig Zugang zum Tageslicht haben...mehr Krankheitstage, ah Unzufriedenheit..“</p> <p>[B1] Z. 451: „...für mich ist es unbewusste Kompetenz..die macht man so...“</p> <p>[B1] Z 363: Die Häuser selber sind Experten“.</p> <p>[B1] Z:</p>	<p>Treffen alle 4 Ausprägungen zu: optimal</p> <p>3 Ausprägungen: gut</p> <p>2 Ausprägungen: weniger gut</p> <p>1 Ausprägung: suboptimal</p>

Tabelle 1: Beispiel der strukturierten Inhaltsanalyse, eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (1993, zitiert nach Diekmann, 2006, S. 514)

5.5 Ergebnisaufbereitung:

KATEGORIE 1: Allgemeines Verständnis über Gesundheitsförderung bzw. Kenntnisse über gesundheitsfördernde Aspekte für die Planung eines Krankenhauses

- a) Die Ausprägungen für diese Kategorie sind folgendermaßen festgelegt:
- Persönliches Verständnis
 - Berufsbezogenes Wissen
 - Wissenschaftlicher Zugang
 - Theoriegestützter Zugang (z. B. Literatur)

Interviewpartner B1:

Persönliches Verständnis

- Sehr berufsbezogen; Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten und Personal im Mittelpunkt – eindeutiger Fokus auf Patientinnen/Patienten statt Personal bzw. früher Ärztinnen/Ärzte ([B1] Z. 110);
- Interviewpartner kategorisiert Gesundheitsförderung im Krankenhaus nach unterschiedlichen Stufen (Basisversorgung, vom 1* Programm bis zum 5* oder 6* Design, bei dem dann alle erdenklichen Ansätze berücksichtigt werden können ([B1], Z 178-183)

Berufsbezogenes Wissen

- Umfangreiche Praxiserfahrung als Architekt für Bauten im Gesundheitswesen bzw. durch die Arbeit als Zivildienstler ([B1] Z. 15-68); Kenntnisse der Prozesse und Abläufe ([B1] Z. 347);
- Fachliteratur ([B1] Z. 500-508), Besuch von Fachveranstaltungen (Kongresse) bzw. Besichtigungen von Best Practice Beispielen (ICU-Station Charité Berlin) ([B1] Z. 225, Z. 478, Z. 512-517)

Wissenschaftlicher Zugang

- Keinen gesundheitswissenschaftlichen Zugang bezüglich der Themen Gesundheit, Gesundheitsförderung oder Health Promoting Hospitals im Allgemeinen

Theoriegestützter Zugang

- Fachliteratur, bzw. Besuch von fachbezogenen Weiterbildungsmaßnahmen, Besichtigungen (s. vorangegangene Punkte)

Interviewpartner B2:

Persönliches Verständnis von GF

- Starker Bezug zur Arbeit „...dass ich beim Erbringen meiner täglichen Arbeit meinen Körper in geringster Art und Weise beanspruche..“ ([B2] Z. 39-49)
- Mitarbeiterfokus – Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sind „...höchste Gut“ ([B2] Z. 80)
- Patientinnen-/Patientenzufriedenheit steht in engem Zusammenhang mit der Gesundheit von Mitarbeiterinnen-/Mitarbeitern ([B2] Z. 82-84)

Berufsbezogenes Wissen

- Viel Erfahrung als Mitarbeiter in der Pflege und durch zahlreiche begleitende Krankenhausplanungsarbeiten als Verwaltungsdirektor ([B2] Z. 28-32)
- Intensive Auseinandersetzung mit der Frage, welche Rahmenbedingungen die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber für seine Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter bereitstellen muss, damit sie „bestmöglich in ihrer Umgebung unterstützt werden“ ([B2] Z. 80,81)

Wissenschaftlicher Zugang

- Persönlich wenig Zugang – Informationen über Gesundheitsförderung im Allgemeinen und bezogen auf die wissenschaftliche Komponente bekommt der Interviewpartner B2 hauptsächlich über eine intern für den Bereich Gesundheitsförderung beauftragte Mitarbeiterin ([B2] Z. 96,97)

Theoriegestützter Zugang: nicht erwähnt

Interviewpartner B3:

Da die Interviewpartnerin Gesundheitswissenschaftlerin ist, passen ihre Ausführungen zur ersten Kategorie auch zu allen weiteren Ausprägungsvarianten und werden nicht mehrfach angeführt:

Persönliches Verständnis

- Wissenschaftlich orientiert: Definition Ottawa Charta: „es geht um Kontrolle über die eigene Gesundheit als Voraussetzung dafür, dass die Gesundheit verbessert werden kann“ ([B3] Z. 33)
- Bedarf einer Anwaltschaft (Personen, die das Krankenhaus im Sinne der Gesundheitsförderung planen), da die einzelne Person diese Aufgabe für sich nicht erfüllen kann ([B3] Z. 39-43)
- GF im Krankenhaus wirkt im Sinne der Verhaltens- (respektvolle Ansprache des Patienten) und der Verhältnisorientierung (z.B. Privatsphäre) ([B3] Z. 59-60)
- Gesundheitsförderung als Umbrella – Konzept, weil viele Bereiche, Perspektiven und Bewegungen unter diesen Schirm passen und wie Puzzlesteine ineinandergreifen ([B3] Z. 334-336)

Berufsbezogenes Wissen

- Kaum praktische Erfahrung in der Umsetzung

Wissenschaftlicher Zugang: berufsbedingt, s. Ausprägung 1

Therriegestützter Zugang: s. Ausprägung 1

Interviewpartner B4:

Persönliches Verständnis

- Betrachtung des Gesundheitsförderungsansatzes aus Sicht der Salutogenese mit Fokus auf Stärkung und Förderung von Ressourcen ([B4] Z. 19)
- GF im Krankenhaus soll für das Personal ein mitarbeiterinnen-/mitarbeiterfreundliches Umfeld bieten; Umwelt wird ebenfalls als Zielgruppe genannt (Betriebe, Schulen, Bevölkerung) ([B4] Z. 17-37)
- Reduktion von Stress von Bedeutung
- Bevor GF im Krankenhaus erfolgen kann, ist die Sicherstellung der Basisversorgung notwendig ([B4] Z. 368-371)

Berufsbezogenes Wissen

- Berufsbedingtes Wissen (Betriebsorganisationsplanerin und ehemalige Pflegefachkraft) ([B4] Z. 10-14)

Wissenschaftlicher Zugang

- Aus der Berufspraxis bzw. durch Fortbildungen ([B4] Z. 213, 438)

Therriegestützter Zugang

- Besichtigungen von Best Practice Beispielen ([B4] Z. 214-227)

Interviewpartner B5:

Persönliches Verständnis

- Sehr Krankenhaus-bezogen; Krankenhaus soll heilungsbringend und heilungsfördernd (für die Patientinnen/Patienten) sowie gesundheitsbringend oder -erhaltend sein (für das Personal) ([B5] Z. 42-48)
- Stressreduktion ist ein großes Thema ([B5] Z. 106-115)
- lt. Interviewpartnerin sollte Gesundheitsförderung Standard sein ([B5] Z. 202, 485)

Berufsbezogenes Wissen

- Erfahrung als Architektin für Krankenhäuser

Wissenschaftlicher Zugang

- Durch die langjährige Arbeit als Planerin und Mitarbeiterin des Fachgebietes „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“ an der TU Berlin ([B5] Z. 25-33)

Theoriegestützter Zugang

- Umfassendes Fachwissen über ihre Arbeit an der TU-Berlin ([B5] Z. ebd.)

Interviewpartner B6:

Persönliches Verständnis

- Arbeitsbezogen ([B6] Z. 20ff)
- Bezug zum persönlichen Arbeitsplatz, dem Krankenhaus
- Beschreibt hauptsächlich Negativbeispiele (aus der jahrelangen Berufserfahrung) ([B6] Z. 20-81)
- Gesundheitsförderung steht für die Interviewpartnerin B6 vor allem mit der Orientierung an den Bedürfnissen von Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Zusammenhang ([B6] Z. 421)
- Mehr Flexibilität erwünscht ([B6] Z. 583)
- Wertschätzender Umgang dem Personal gegenüber wichtig ([B6] Z. 421)

Berufsbezogenes Wissen

- Pflege an der Schnittstelle zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten. Bezeichnet diese Rolle mit den Worten: „...du kämpfst dann an allen Fronten“ ([B6] Z. 459)
- Gesundheitsförderung als Standard sollte die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter strukturell und organisatorisch bei der Verrichtung der Arbeit unterstützen und nicht behindern ([B6] Z. 385)

Wissenschaftlicher Zugang

- Konzept der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser ist ihr nur als Begriff geläufig ([B6] Z. 177,178).

Theoriegestützter Zugang: keine Angaben

KATEGORIE 2: Vorteile der Berücksichtigung von gesundheitsfördernden Aspekten bei der Planung

Die Ausprägungen für diese Kategorie sind folgendermaßen festgelegt:

- Vorteile Patient
- Vorteile Nutzer
- Wirtschaftliche Vorteile

Interviewpartner B1:

Vorteile Patient

- Ist sich der Vorteile durchaus bewusst: Patientinnen/Patientenorientierung ein wesentlicher Faktor bei der Planung ([B1] Z. 113-114)
- Seiner Beobachtung nach wird der Patientin/dem Patienten mehr Aufmerksamkeit gewidmet als dem Personal ([B1] Z. 125, 126)

Vorteile Nutzer

- Personalorientierung im Sinne der Gesundheitsförderung ebenfalls ein zentraler Planungsauftrag ([B1] Z. 125)
- Tageslicht ein wichtiger Punkt
- Gesundheitsförderung bereits in vielen Arbeitsstättenverordnungen ([B1] Z. 103) und anderen bestehenden Regelungen ([B1] Z. 465) enthalten

Wirtschaftliche Vorteile

- Keine spezielle Erwähnung der wirtschaftlichen Vorteile (aber indirekt aus den Punkten kürzere Verweildauer und weniger Komplikationen ableitbar) ([B1] Z. 414-416)
- Unterschied besteht natürlich zwischen den hohen europäischen Standards und Standards Ländern in Afrika. Was bei uns Standard und Basisversorgung ist, bedarf dort noch an Überzeugungsarbeit ([B1] Z. 417)
- Viele gesundheitsfördernde Aspekte werden bereits von anderen beteiligten Personengruppen in die Planungsvorbereitung eingebracht und also Grundlagenpaket (z.B. als Raumprogramm) an den Architekten weitergereicht – welche Interessensgruppe dann welche Aspekte berücksichtigt haben wollen, ist in diesem Fall nicht mehr nachvollziehbar ([B1] Z. 257-262)

Interviewpartner B2:

Vorteile Patient

- Ergeben sich aus der Berücksichtigung seiner Bedürfnisse nach Ruhe und Wertschätzung im Umgang (z.B. Anklopfen) ([B2] Z. 232), der sicheren Umgebung und dem fürsorglichen Umgang ([B2] Z. 263),
- Teil des Auftrages durch das Ordenskrankenhaus ([B2] Z. 221)
- Patientinnen-/Patientengarten ([B2] Z. 237) ermöglicht Erholung und Ruhe als wesentliche Faktoren zur Unterstützung der Heilung ([B2] Z. 247)
- Profitiert von gesunden und zufriedenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern ([B2] Z. 84)

Vorteile Nutzerin/Nutzer

- Reduktion von Belastungen (Ergonomie und kurze Wege) und Förderung der Regeneration (Ruhe-Oase) ([B2] Z. 139-145)
- Schaffung einer guten Arbeitsumgebung (z.B. Licht und Farbe) ([B2] Z.190-204)

Wirtschaftliche Vorteile

- Der wirtschaftliche Vorteil durch den Mehrwert, der sich aus der gesteigerten Zufriedenheit des Personals ergibt, liegt für den Interviewpartner klar auf der Hand ([B2] Z. 481-489, 519-523)

Interviewpartner B3:

Vorteile Patientin/Patient

- Stressreduktion ([B3] Z. 524)
- Keine weitere Nennung - Vorteile werden eher vorausgesetzt und ergeben sich aus den genannten Aspekten

Vorteile Nutzerin/Nutzer

- Ebenfalls Stressreduktion ([B3] Z. 524) – s. Patientin/Patient

Wirtschaftliche Vorteile

- Keine oder zu späte Berücksichtigung des Themas Gesundheitsförderung verursacht höhere Kosten ([B3] Z. 280)
- Braucht noch viel Überzeugungsarbeit bezüglich des Kosten-Nutzen Faktors ([B3] Z. 314). Es muss noch verstanden werden, dass Gesundheitsförderung anschlussfähig ist ([B3] Z. 366,367)

Interviewpartner B4:

Vorteile Patient

- Keine besondere Erwähnung, können aber aus den genannten Aspekten abgeleitet werden

Vorteile Nutzerin/Nutzer

- Ergeben sich aus dem Verständnis für Gesundheitsförderung: ein attraktiver Arbeitsplatz fördert die Mitarbeiterzufriedenheit, es gibt weniger Fluktuation, weniger Krankendstände ([B4] Z. 242-245)

Wirtschaftliche Vorteile

- In Zeiten des Wettbewerbes werden Faktoren wie „attraktiver Arbeitgeber“ (bezüglich des Personals) und attraktive Versorgungseinrichtung (für die Patientinnen /Patienten) immer bedeutender ([B4] Z. 328ff)
- Grundsätzlich ist der Interviewpartnerin B4 wichtig, das die Basisversorgung im medizinischen Bereich (z.B. Personalschlüssel, Geräteausstattung) sichergestellt ist, um über Gesundheitsförderung (z.B. Laufgruppen) zu sprechen ([B4] Z. 379-383)

Interviewpartner B5:

Vorteile Patient:

- Heilbringend, heilfördernd auf Patientinnen-/Patientenseite ([B5] Z.42-48)

Vorteile Nutzerin/Nutzer:

- Gesundheitsbringend und -erhaltend für das Personal ([B5] Z. 48)
- Gutes Arbeitsumfeld ermöglicht dem Personal, gut mit Stress umzugehen ([B5] Z. 493)
- Pflege eine wesentliche Berufsgruppe, da sie im Allgemeinen die Anlaufstelle für viele Belange ist, vor allem, wenn Dinge nicht funktionieren ([B5] Z. 103)

Wirtschaftliche Vorteile:

- Ergeben sich aus folgenden Tatsachen: Krankenhäuser möglichst früh effizient und gesundheitsbringend planen ([B5] Z. 117-120), Nutzung der eigenen Ressourcen zur Senkung der Betriebskosten durch unterschiedliche Maßnahmen ([B5] Z. 209) - was noch nicht allen Interessensgruppen klar ist ([B5] Z. 213)

Interviewpartner B6:

Vorteile Patientin/Patient:

- Patientin/Patient wird nicht als Diagnose, sondern als zu behandelnder Menschen wahrgenommen ([B6] Z. 39)
- Ziel soll sein, den Patientinnen/den Patienten die Angst zu nehmen und z.B. über Information Orientierung zu vermitteln ([B6] Z. 238)

Vorteile Nutzerin/Nutzer:

- Erhöhte Arbeitszufriedenheit und die Wertschätzung erhöht die Motivation: ..*„wenn ´st uns nur halbwegs gut behandelst, geben wir dir 150%“* (Zitat Interviewpartnerin B6) ([B6] Z. 455)

Wirtschaftliche Vorteile:

- Der wirtschaftliche Faktor kommt ihrer Meinung als Argument im negativen Sinne dann zum Tragen, wenn Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, auch im Sinne der Patientinnen/Patienten, nicht berücksichtigt werden sollen, weil zu teuer ([B6] Z. 29)

KATEGORIE 3: Beispielnennung von Aspekten und deren Umsetzung

Die Ausprägungen für diese Kategorie sind folgendermaßen festgelegt:

- Nennung von Aspekten
- Projektbeispiele (Praxis und Theorie)
- Aspekte, die noch berücksichtigt werden sollten (Wunsch)

Interviewpartner B1:

Nennung von Aspekten

- Tageslicht und Akustik als wesentlichste Aspekte für Patientinnen/Patienten und Personal ([B1] Z. 221/229,239)
- Aus der Literatur (Veröffentlichungen von Nickl-Weller): Farb- und Materialkonzepte ([B1] Z. 503)

Projektbeispiele (Praxis und Theorie)

- Intensivstation in der Charité Berlin: speziellen Beleuchtungskonzept ([B1] Z. 221), Fokus auf Infektionsprävention bzw. die Lagerung von Verbrauchsmaterialien außerhalb des ICU-Zimmers([B1] Z. 478)
- Maggie Center mit Hinweis auf mögliche Negativeffekte (Landmark schaffen) abseits gesundheitsförderlicher Aspekte ([B1] Z. 327-334)
- Krankenhaus in Basel von Herzog de Meuron: Orientiert sich speziell an die Bedürfnissen querschnittgelähmter Patientinnen/Patienten (Deckenfenster in jedem Zimmer, spezielle Gestaltung der Nasszellen inklusive Farbkonzept, besondere Haptik) ([B1] Z. 299-323)
- Verweis auf Holländische Architekturbüros, die sich ebenfalls intensiv an den Patientinnen-/Patientenbedürfnissen orientieren und diese Ansätze dann auch wissenschaftlich beleuchten ([B1] Z. 280-283)
- Kooperation einer Psychologin und einer Architektin, die sich wissenschaftlich dem Thema Healing Hospital widmen ([B1] Z. 284-288)

Aspekte, die noch berücksichtigt werden sollten (Wunsch): keine Angaben

Interviewpartner B2:

Nennung von Aspekten

- Kunst ([B2] Z. 59)
- Raum- und Farbkonzepte ([B2] Z. 54)
- Schaffen von Ruhe-zonen und Aufenthaltsräumen ([B2] Z. 247-251)

Für das Personal:

- Ergonomie ([B2] Z. 299), kurze Wege (Funktionalität) und helle Räume ([B2] Z. 287) und Materialität ([B2] Z. 292)
- Ruhe-Oase für das Personal ([B2] Z. 139)

Für die Patientinnen/Patienten

- Wertschätzender, fürsorglicher Umgang ([B2] Z. 262-266)
- Erholungsräume, im Besonderen der Patientinnen-/Patientengarten ([B2] Z. 226)

Projektbeispiele (Praxis und Theorie)

- Für die Mitarbeiterinnen / die Mitarbeiter, als zentrale Zielgruppe von gesundheitsfördernden Maßnahmen, wird auch die Nutzung von hausinternen Ressourcen (z.B. Physiotherapie) angedacht ([B2] Z. 154)
- Bewegungsprogramm für das Personal (z.B. Alpha Lauf) ([B2] Z. 127)
- Berücksichtigung der Bedürfnisse des Personals bei der Planung von hausinternen Abteilungen wie: Intensivstation ([B2] Z. 284), Neugestaltung des Speisesaales, OP-Trakt ([B2]Z. 54-57), Umbau der Stationen sowie die so genannte Ruhe-Oase (Personalerholungsgarten) ([B2] Z. 139)

Aspekte, die noch berücksichtigt werden sollten (Wunsch)

- Mehr Einbindung von „krankenhausfernen“ Institutionen wie Kindergarten und Schulen, Geschäften und Dienstleistern
- Sinnvolle Trennung von belebten und ruhigen Krankenhaus-zonen,
- Schaffung von offenen Kommunikations-zonen – auch hierarchieübergreifend ([B2] Z. 531-553)

Interviewpartner B3:

Nennung von Aspekten

- Allgemein: Tageslicht ([B3] Z. 138) und Lärm ([B3] Z. 154)

Für die Patientinnen/die Patienten

- Privatsphäre; Mobilität bzw. Mobilisierungsanreize; kleine, aber wirksame Maßnahmen zur Lärmreduktion (z.B. Türschlages oder tickende Uhr); Gestaltung der Nassräume ([B3] Z. 237-246)

- Demenz- und altersgerechte Planung (Schleifen, Erinnerungsgegenstände); Materialität (rutschfestes Bodenmaterial, geräuschkämmende Wandverkleidungen); Hygienemanagement ([B3] Z: 126-145)
- Leitsysteme ([B3] L. 200-204)

Für das Personal

- Stationsgestaltung (z.B. für die Kommunikationskultur) ([B3] L. 160)
- Gut geplante Aufenthaltsräume für erholsame Pausen und Nachtdienste; Vermeidung langer Wege; Funktionalität; Möglichkeit, sich essen zu kochen ([B3] Z. 259-270-244)

Projektbeispiele (Praxis und Theorie)

- Beispielhaft im Sinne der Gesundheitsförderung wurde das Planetree-Krankenhausprojekt in Amerika genannt – bei der Planung stand die Patientin/der Patient mit seinen über einen Fragebogen erhobenen Bedürfnissen im Mittelpunkt aller Betrachtungen ([B3] Z. 219ff)
- Erwähnung der mehrfach öffentlich positiv kommentierten Beiträge zu einem Beispiel einer Stationsneugestaltung nach Feng-Shui Grundsätzen ([B3] Z. 73)

Aspekte, die noch berücksichtigt werden sollten (Wunsch):

- Intensive Einbindung aller Interessensgruppen in den Planungsprozesse (auch Reinigung und Verwaltung) ([B3] Z. 536ff)

Interviewpartner B4:

Nennung von Aspekten

Für das Personal:

- Klare Prozesse, optimale Funktionsbeziehungen, Modularität im Sinne einer einheitlichen Arbeitsumgebung ([B4] Z. 39-46)
- Ausreichende Kommunikationszonen für formelle und informelle Kommunikation ([B4] Z. 51-54)
- Rückzugsorte, auch für Power-Napping ([B4] Z. 73)
- Altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung ([B4] Z. 35, 90)
- Genügend Raum für die Tagesroutine ([B4] Z. 99)
- Bewegungsprogramme ([B4] Z. 104)
- Klare Prozesse und Zuständigkeiten ([B4] Z. 451)
- Nutzung der internen Infrastruktur (Trainingsräume) ([B4] Z. 102,103)

Für die Patientinnen/die Patienten:

- Naturbezug ([B4] Z. 66)
- Stressreduktion im Sinne der Salutogenese und der erholsamen Umgebung (Farben, Feng Shui, Materialität, Bilder, Musik) ([B4] Z. 196ff)

- „sich wiederfinden“ als Schlagwörter im Bereich der Psychiatrie und der Betreuung von Demenzpatientinnen/-patienten ([B4] Z. 215ff)

Projektbeispiele (Praxis und Theorie)

- Krankenhaus Wien Nord, Beispiele aus Holland, wo allgemein beispielhafte Krankenhäuser gebaut wurden ([B4] Z. 514, 518)
- Power-Napping Raum in einer österreichischen Hospizeinrichtung ([B4] Z. 73)

Aspekte, die noch berücksichtigt werden sollten (Wunsch)

- Flexibilität im Sinne der Nutzungsoffenheit und der Nachhaltigkeit ([B4] Z. 299,300).

Interviewpartner B5:

Nennung von Aspekten

- Licht ([B5] Z. 140)
- Aussicht ([B5] Z. 148)
- Klimaverhältnisse ([B5] Z. 152)
- Orientierung ([B5] Z. 152) und erhöhter Bedarf der Reduzierung also Antwort auf die steigende Informationsflut
- Geräuscharme Umgebung ([B5] Z 164)
- Sicherheit, auch in Bezug auf das Infektionsrisiko, obwohl noch nicht klar ist, ob diesbezüglich des 1-Bett Zimmer dem 2-Bett Zimmer vorzuziehen ist ([B5] Z. 173-179)

Projektbeispiele (Praxis und Theorie)

- Keine spezielle Nennung

Aspekte, die noch berücksichtigt werden sollten (Wunsch)

- Dachgärten, viel Licht und nutzbare Innenhöfe und gute Leitsysteme und möglichst wenig Irritierungen ([B5] Z. 601ff)

Interviewpartner B6:

Nennung von Aspekten

Für das Personal:

- Möglichkeiten der Erholung und Ruhe ([B6] Z. 683)
- Optimal gestaltete Besprechungsräume für z.B. Dienstübergaben im Sinne des Datenschutzes ([B6] Z. 56)
- Funktionale Stationsplanung – z.B. Spülen gut erreichbar, zentraler Aufenthaltsraum, dem notwendigen Arbeitsprozess angepasste Raumgrößen, usw. ([B6] Z. 54-88)

- Organisatorische und funktionale Flexibilität ([B6] Z. 583) – z.B. Springer für den Nachtdienst, demenzorientierte Planung ([B6] Z. 536ff)

Für die Patientinnen/die Patienten:

- Für die Interviewpartnerin B6 ist am aller Wichtigsten, dass die Patientin/der Patient gut „abgeholt“ wird – sich allein dadurch auch besser aufgehoben fühlt und auf Grund dieser persönlichen Zuwendung eine wichtige Ansprechperson hat ([B6] Z. 191ff)
- Angenehm temperierte und mit Insektenschutz ausgestattete Räume, vor allem dort, wo chirurgische Patientinnen/Patienten liegen ([B6] Z. 406-413ff)
- Berücksichtigung der Privatsphäre der Patientinnen/der Patienten, vor allem bezüglich des Patientinnen/Patienten-Ärztin/Arzt Gespräches ([B6] Z. 720)
- Fernseher als Konfliktpotential (wenn sich mehrere Patientinnen/Patienten einen Fernseher teilen müssen) ([B6] Z. 226-232)
- Die 1-Bett Zimmer Frage stellt sich der Interviewpartnerin B6 nicht: sie unterscheidet ausschließlich zwischen 4- und 2- Bett Standard und findet die 2-Zimmerlösung auf Grund der Abhängigkeit von nur einer weiteren Patientin/einem weiteren Patienten im 2-Bett Zimmer unangenehmer ([B6] Z. 215-224)

Projektbeispiele (Praxis und Theorie)

- Besonders unzufriedenstellend empfindet die Interviewpartnerin B6 die Tatsache, dass so genannte Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Praxis nicht ernsthaft durchgeführt werden (z.B.: Die Maßnahme „rückenschonendes Arbeiten“ endete mit der Untersuchung der Wirbelsäule und der möglichen Feststellung von bereits vorhandenen Schäden) ([B6] Z. 430ff).

Aspekte, die noch berücksichtigt werden sollten (Wunsch)

- Fitness- und Ruheräume, Begegnungszonen, die einen ähnlich sozialen, inoffiziellen Charakter wie Raucherräume haben sowie die Möglichkeit der Mittagspausengestaltung im Grünen - eventuell mit Brunnen (für das Personal) ([B6] Z. 683-690)
- Mehr Privat- und Intimsphäre, mehr Räume für den Rückzug (mit den Besuchern), angemessene Raumgrößen und geregelte Besuchszeiten (für die Patientinnen/die Patienten) ([B6] Z. 733-752)

KATEGORIE 4: Berücksichtigung des Expertenwissens im Planungsprozess (z. B. Nutzer, Evidenz, Consulting, Literatur)

Die Ausprägungen für diese Kategorie sind folgendermaßen festgelegt:

- Eigene Praxiserfahrungen
- Wahrnehmung anderer Expertinnen/Experten
- Kooperation mit Expertinnen/Experten im Planungsprozess
- Bedeutung der Partizipation

Interviewpartner B1:

Eigene Praxiserfahrungen

- Zahlreiche Projekterfahrung durch die berufliche Tätigkeit ([B1] Z. 15-44)

Wahrnehmung anderer Expertinnen/Experten

- Erkenntnisse bezüglich Evidence Based Design fließen hauptsächlich über das Fachwissen und eher nicht über eine persönliche Zusammenarbeit ein ([B1] Z. 493-495)
- Die eigene Expertise wird eher als unbewusste Kompetenz ([B1] Z: 451) aufgefasst und mehr oder weniger als selbstverständlich angesehen

Kooperation mit Expertinnen/Experten im Planungsprozess

- Zusammenarbeit mit Akustikdesignern ([B1] Z. 229-232), Lichtplanern ([B1] Z. 220-221) bzw. Betriebs- und Funktionsplanern ([B1] Z. 269-271)

Bedeutung der Partizipation

- Expertenwissen von Nutzern wird, wenn von der Auftraggeberin/vom Auftraggeber und der Planungsprojektleitung so vorgesehen, bereits vor der Architekturplanung in den Planungsprozess eingebracht
- Die Rolle der Nutzerinnen/Nutzer als Wissensträgerinnen/Wissensträger wird vom Interviewpartner sehr bewusst wahrgenommen. Er bezeichnet diese als die Expertinnen/Experten für die Prozesse
- Die Nutzerinnen/Nutzer definieren, was sie wollen und Berater gehen dann an die Umsetzung ([B1] Z. 267-278, 361-368)

Interviewpartner B2:

Eigene Praxiserfahrungen

- Der Interviewpartner verfügt über viel Praxiserfahrung ([B2] Z. 16-24, 26-29)

Wahrnehmung anderer Expertinnen/Experten: s. Ausprägungen 1,3,4

Kooperation mit Expertinnen/Experten im Planungsprozess

- Zusammenarbeit mit BO-Planerinnen/BO-Planern ([B2] Z. 370)

- Medizinplanerinnen/Medizinplanern ([B2] Z. 359)
- Licht- und Farbgestalterinnen/Licht- und Farbgestalter ([B2] Z. 185-194)
- Häufige Zusammenarbeit mit Architektinnen/Architekten, für die er als wichtigste Aufgabe sieht, dass sie das umsetzen, was die Nutzerinnen/Nutzer im Kopf haben ([B2] Z. 445-446). Die Arbeit der Architektin/des Architekten muss mit den Ideen der Nutzerinnen/Nutzer und Patientinnen/Patienten harmonisieren ([B2] Z. 492-493)

Bedeutung der Partizipation

- Großes Interesse daran, Expertinnen/Experten miteinzubeziehen - sei es jetzt intern über die Stabstelle Gesundheitsförderung oder über die mehrfach als sehr bedeutend bezeichnete, intensive Einbindung von Nutzerinnen/Nutzern ([B2] Z. 284)

Interviewpartner B3:

Eigene Praxiserfahrungen

- Als Wissenschaftlerin hat die Interviewpartnerin wenig praktische Erfahrung im Bereich der Krankenhausplanung bzw. der Umsetzung von Projekten
- Persönlich gut informiert: Theorie zu „Salutogenese und Architektur“; Evidence Based Design ([B3] Z. 90-97),
- Hält Kongresse für gute Veranstaltungen, um Wissen weiterzugeben und zu generieren ([B3] Z. ebd.)

Wahrnehmung anderer Expertinnen/Experte

- Für Architektinnen/Architekten sollte der Aspekt der Gesundheitsförderung noch mehr im Zentrum stehen, auch wenn sie abseits dieser Anforderung noch weitere Vorgaben, Beschränkungen und Aufträge berücksichtigen müssen ([B3] Z. 295ff)
- Planerinnen/Planer sollten sie die Möglichkeit haben, sich durch den Besuch von Fortbildungen mehr Wissen über gesundheitsfördernde Aspekte im Krankenhaus anzueignen – was übrigens auch für andere Entscheiderinnen/Entscheider im Planungsprozess gilt ([B3] Z. 511-513)

Kooperation mit Expertinnen/Experten im Planungsprozess

- Die Interviewpartnerin hält Netzwerke für sehr geeignet, um Erfahrungen auszutauschen ([B3] Z. 332)
- Für sie ist Gesundheitsförderung im Krankenhaus intern sehr gut im Qualitätsmanagement aufgehoben, da diese auch über geeignete Instrumentarien (z.B. Befragungen) verfügen ([B3] Z. 171)

Bedeutung der Partizipation

- Hält die Arbeit in multidisziplinären Teams für sehr wichtig. Dadurch können alle Perspektiven miteingebracht werden und alle Berufsgruppen miteinander ins Gespräch kommen ([B3] Z. 180, 188)
- Sehr wichtig sind ihrer Meinung nach Menschen mit Schnittstellenkompetenzen, also Expertinnen/Experten aus zwei relevanten Bereichen (z. B. Architektur und Gesundheitswissenschaften) ([B3] Z. 371)
- Zur Nutzerinnen-/Nutzereinbindung nennt sie ein Beispiel aus Irland, wo sogar die gesamte Region am Planungsprozess beteiligt wurde, natürlich innerhalb festgelegter Rahmenbedingungen ([B3] Z. 382ff)

Interviewpartner B4:

Eigene Praxiserfahrungen

- Berufliche Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Nutzerinnen/Nutzern, die sehr viel in Abstimmungsprozesse eingebunden werden – Nachteile der Einbindung: „Fass ohne Boden“ ([B4] Z. 497)

Wahrnehmung anderer Expertinnen/Experten

- Architektin/Architekten sollen sich intensiv mit der Rolle des Personals und der Patientinnen/Patienten intensiv auseinandersetzen
- Architektinnen/Architekten benötigen ein Basisverständnis für die Krankenhausplanung (über Literatur und Besichtigungen) sowie ein umfangreiches Wissen über Gesundheitsförderung ([B4] Z. 279-287)

Kooperation mit Expertinnen/Experten im Planungsprozess

- Die Einbindung der Vertreter aller Berufsgruppen ist wesentlich ([B4] Z. 463)
- Leitung muss hinter den Maßnahmen stehen ([B4] Z. 109-110) und das Personal über Anreizsysteme motiviert werden ([B4] Z. 115)

Bedeutung der Partizipation

- S. Punkt 1

Interviewpartner B5:

Eigene Praxiserfahrungen

- Über die Tätigkeit als Architektin

Wahrnehmung anderer Expertinnen/Experten

- Öffentlichkeit nimmt die Architektin/der Architekt als alleinige „Macherin“/alleinigen „Macher“ wahr ([B5] Z. 573,574)

Kooperation mit Expertinnen/Experten im Planungsprozess

Erfahrungen mit folgenden Berufsgruppen:

- Haustechnikerinnen/Haustechniker ([B5] Z. 302)
Klimatechnikerinnen/Klimatechniker (z.B. Gerätegrößen, Lärm)
- Tragwerksbauerinnen/Tragwerksbauer ([B5] Z. 303) und Statikerinnen/Statiker (Fassaden,..)
- Medizintechnikerinnen/Medizintechniker ([B5] Z 314)
- BO-Planerinnen/BO-Planer ([B5] Z. 334), die zunächst die Grundlage (Raumprogramm) einbringen und dann abstimmungsmäßig weiter den Planungsprozess begleiten
- Nutzerinnen/Nutzer, die hauptsächlich im Vorfeld kooperativ am Raumprogramm mitarbeiten aber auch den Prozess nach der Wettbewerbsphase begleiten (auch wenn viele Wünsche im Gesamtzusammenhang nicht umsetzbar sind) ([B5] Z. 353)

Bedeutung der Partizipation

- Relevant, weil viele Teilaspekte der Planung nicht zu den Kernaufgaben der Architektin/des Architekten gehören und durch sie/ihn nicht abgedeckt werden können ([B5] Z. 638-664)

Interviewpartner B6:

Eigene Praxiserfahrungen:

- Langjährigen Erfahrung als Pflegefachkraft ([B6] Z. Z. 8-16)
- War bereits Teil einer Nutzerinnen-/Nutzergruppe zu folgender Aufgabenstellung: „Was braucht die Pflege auf der Station.“ Tatsächlich wurde keiner der erarbeiteten Vorschläge umgesetzt und es erfolgte keinerlei Rückmeldung ([B6] Z. Z. 25-32)

Wahrnehmung anderer Expertinnen/Experten

- Architektinnen/Architekten und Planerinnen/Planer sollten ihrer Meinung nach eine bestimmte Zeit begleitend im Krankenhaus verbringen, um die Praxis und die Prozesse besser verstehen zu können ([B6] Z. Z. 338ff)

Kooperation mit Expertinnen/Experten im Planungsprozess

- Für sie kann ein System nur dann gut funktionieren, wenn jede Berufsgruppe ein Grundinteresse an der jeweils anderen hat. Das Gleiche müsste auch für die Planung eines Krankenhauses zutreffen – von der Architektin/dem Architekten bis zur Kaufmannschaft ([B6] Z. Z. 657-668)

Bedeutung der Partizipation

- Ihrer Erfahrung nach besteht unter dem Pflegepersonal ein großes Interesse zur direkten Zusammenarbeit mit Planerinnen/Planern, was aber in den seltensten Fällen realisiert werden kann ([B6] Z. 132-135).

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen dieser Arbeit wird eine Verbindung zwischen zwei unterschiedlichen Fachbereichen hergestellt, die von der Grundthematik des jeweils einzelnen Bereiches nicht direkt in Zusammenhang stehen und für sich alleine bereits sehr komplex und umfangreich sind: Architektur in der Ausprägung des Planungsprozesses eines Krankenhauses und Gesundheit in der Form von gesundheitsfördernden Aspekten, die im Krankenhaus wirksam werden, sofern sie in der Planung Berücksichtigung finden. Im Literaturteil werden zunächst die Grundlagen dieser beiden Bereiche im Rahmen einer Literaturrecherche erhoben und verschriftlicht. Zu dieser Grundlagenermittlung gehören im Weiteren: die Vorstellung der forschungsrelevanten Planungsteams aus den Bereichen der Betriebsorganisation- und Funktionsplanung bzw. der Architekturplanung, die Beschreibung der wesentlichen Akteurinnen/Akteure aus dem Planungsprozess sowie die Darstellung des Planungsprozesses an sich. Der Aspekt der Gesundheitsförderung ist im Zusammenhang mit der Planung nur einer von vielen zu beachtenden Faktoren und dennoch, betrachtet man die Ergebnisse aus der Literaturrecherche, ein ganz wesentlicher. Zu dieser Schlussfolgerung gelangt man über mehrere in dieser Arbeit beschriebene Zugänge. Zunächst wird über das wissenschaftliche Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser die Bedeutung dieses Settings als Lebens- und Arbeitswelt – also für die Patientin/den Patienten die vorübergehende Lebenswelt, für das Personal die sehr bedeutende Arbeitswelt Krankenhaus – erörtert. Diese beiden Personengruppen nehmen als subjektiv beteiligte Betroffene automatisch eine Expertenrolle ein und stellen über die Wahrnehmung ihrer erfüllten und unerfüllten Bedürfnisse ganz natürlich und selbstverständlich einen Bezug zum Thema Gesundheitsförderung her. Weitere Expertinnen/Experten nähern sich dem Gegenstand je nach Berufsgruppe entweder über den gesundheitswissenschaftlichen, den planerischen oder den krankenhausspezifischen Zugang.

Im Anschluss an die Erörterung der für diese Arbeit von der Verfasserin als relevant eingestuften Expertinnen-/Expertenrollen werden jene Beispiele näher beschrieben, bei denen die Kombination von Gesundheitsförderung und Architektur bereits zur Anwendung kommt und in dem Maße vollzogen wird, wie sich für diese Masterarbeit von Bedeutung ist. Zunächst bringt Forschung die beiden Aspekte Gesundheitsförderung und Architektur im Rahmen der Konzepte Evidence Based Design bzw. Healing Architecture zusammen auf eine mehr (EBD) oder weniger (Healing Architecture) wissenschaftliche Ebene und tritt die Beweisführung an, dass viele bislang nur angenommene Effekte auch auf der Basis fundierter wissenschaftlicher Begründungen wirksam sind. Im Anschluss werden

noch Einrichtungen vorgestellt, die auf der Basis dieser Konzepte forschen und lehren (TU-Berlin, Calmers University, The Center for Health Design), oder, wie die „Maggie´s Centres“ für die Behandlung von Krebspatientinnen/Krebspatienten, sie in die Praxis umsetzen. Schlussendlich werden aus den gewonnenen Erkenntnissen die wichtigsten Aspekte aus dem Bereich der Gesundheitsförderung in Bezug auf die mögliche Berücksichtigung bei der Planung herausgefiltert und genauer beschrieben. Dazu gehören vor allem Licht, der Bezug zur Natur, Ruhe, Kommunikation, Orientierung und Wegeführung, Senkung des Infektionsrisikos sowie das architektonisch-funktionale Layout. Dass die Berücksichtigung dieser Aspekte allein keine gesundheitsfördernde Architektur garantiert, wird am Ende des Literaturteiles beschrieben und aufgezeigt, dass die Integration nur unter Berücksichtigung mehrerer Einflussfaktoren (Fachwissen, persönliches und durch Partizipation geteiltes sowie bewusstes und unbewusstes Wissen, Intuition, Erfahrung, Best Practice, Evidence) gelingen kann.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den personenzentrierten Interviews im methodischen Teil dieser Arbeit bekräftigen diese Ergebnisse, bringen die vorangegangene Theorie aber auf die praktische Ebene der Umsetzung (und somit auf den Boden der Realität) zurück. Tatsächlich sind sowohl die themenbezogenen Wissensstände als auch projektbezogenen Erfahrungen sehr unterschiedlich. Der Nutzen einer Beachtung von Gesundheitsfördernden Aspekten bei der Planung ist allen bewusst, wird aber, je nach beruflichem Aufgabenspektrum, unterschiedlich priorisiert. Die von den Interviewpartnerinnen/Interviewpartnern genannten Aspekte (aus der Theorie, der Praxis oder als Wunsch geäußert) sind nahezu deckungsgleich mit den Resultaten aus der Literaturrecherche. Zusätzlich hervorgehoben werden im Weiteren die Einflussfaktoren Farbe bzw. Stress als negativer Aspekt, den es zu minimieren gilt - was aber durch die Berücksichtigung der bereits genannten Aspekte automatisch erfolgt.

Wenngleich der wirtschaftliche Vorteil für die Interviewpartner außer Zweifel steht, führen Wissenslücken und fehlende Bereitschaft von Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträgern zur Beachtung neuer Erkenntnisse dazu, dass die Aspekte in der Praxis noch nicht flächendeckend Eingang finden. Wie zu erwarten war, ist vor allem die Pflege an der planerischen Umsetzung von vor allem funktionalen Aspekten sehr interessiert, da sie täglich mit den baulichen Strukturen „arbeiten“ muss und zentrale Anlaufstelle für vielerlei Belange und Beschwerden im Krankenhaus ist. Was die erworbene Expertise betrifft, beziehen die Pflegefachkraft und der leitende Verwaltungsdirektor ihr Spezialwissen über das Forschungsthema fast ausschließlich aus dem beruflichen Alltag, die Planerinnen/Planer aus der beruflichen Praxis der Planung bzw. der Forschung und Lehre, sowie durch die Aneignung von neuen Erkenntnissen über Fortbildungen, Literatur bzw. die Begutachtung von Best Practice Beispielen. Die

Planerinnen/Planer sind auch die Berufsgruppe, welche die zahlreich angebotenen Fortbildungsmaßnahmen und das große Angebot an Fachliteratur am häufigsten in Anspruch nimmt, was z.B. für die Pflege kaum eine Rolle spielt. Die Tatsache dieser unterschiedlichen Wissensstände verkompliziert den Planungsprozess zusätzlich und erhöht den Abstimmungsbedarf. Die Bedeutung der Kooperation unterschiedlicher Expertinnen/Experten bzw. Akteurinnen/Akteure geht einerseits eindeutig aus der Literatur hervor und wird in den Interviews noch einmal bekräftigt, kommt aber andererseits in der Praxis auf Grund der komplexen Projektstruktur und dem hohen organisatorischen Aufwand nicht in dem Maße zustande, wie es teilweise gewünscht (z.B. von der Pflege, Gesundheitswissenschaften, der Architektur) wird. Auch der in der Literatur erwähnte Bedarf der möglichst frühen Einbindung von Gesundheitswissenschaftlerinnen/ Gesundheitswissenschaftlern findet laut der befragten Personengruppe kaum statt. Was für alle Interviewpartnerinnen/Interviewpartner außer Zweifel steht ist die Tatsache, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen in keiner Weise als Ersatz für strukturelle, medizinische oder organisatorische Mängel eingesetzt werden dürfen, was auch aus der Literaturrecherche hervorgeht.

Für die Autorin stellte die Auseinandersetzung mit dem Themenbereich dieser Masterarbeit eine sehr interessante und spannende Aufgabe dar. Die große Herausforderung bestand vor allem darin, die wesentlichen Teile der beiden Schwerpunkte „Gesundheit“ und „Krankenhausplanung“ herauszufiltern, die Ergebnisse den relevanten Themenbereichen zuzuordnen und darzustellen, die Berührungspunkte auszuarbeiten und danach wieder auf die zentralen Aspekte zu reduzieren. Schlussendlich konnten aber die maßgeblichen Punkte herausgearbeitet und die wesentlichen Akteurinnen/Akteure sowie die wichtigsten gesundheitsfördernden Aspekte, welche im Rahmen der Planung eines Krankenhauses berücksichtigt werden sollten, beschrieben werden.

Entgegen der Wahrnehmung, dass das Interesse am Thema dieser Arbeit stetig zunimmt, entsteht dennoch der Eindruck, dass es im beruflichen Alltag nicht ganz die Beachtung findet, die ihm, auch auf Grund der Ergebnisse dieser Arbeit, zustehen würde. Dass trotz alledem mehr und mehr gesundheitsfördernde Betrachtungen Eingang in die Planung finden, liegt vor allem am umfangreichen Erfahrungswissen der beteiligten Personengruppen und der Tatsache, dass viele Interessensgruppen ihre Expertise über die mittlerweile selbstverständlich gewordenen Nutzerinnen-/Nutzerrunden miteinbringen können. Zusammenfassend können aus den Ergebnissen dieser Arbeit und als Schlussfolgerung der Autorin folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

- Es gibt kein Patentrezept für die Planung des perfekten „Gesundheitsfördernden Krankenhauses“, da jedes Projekt für sich einzigartig und speziell ist. Aus diesem Grund bedarf es für die perfekte Integration des theoretischen Wissens um Gesundheitsförderung mehrerer Faktoren.
- Gesundheitsförderung in all ihren Ausprägungen ist ein wichtiger Teilaspekt der Planung, soll aber kein Ersatz für grundlegende Versorgungsmängel (Personalmangel, medizinische Versorgung, usw.) sein. Erfreulicher Weise sind einige Aspekte aus dem Bereich der Gesundheitsförderung bereits Inhalt von Regelungen, Vorschriften und Verordnungen (z.B. Tageslicht).
- Ein ganz zentraler Faktor innerhalb der beteiligten Interessensgruppen ist der „Wissensaustausch“. Daraus folgernd kommt einerseits dem Aspekt der Kommunikation im Allgemeinen und andererseits der gut organisierten und professionell geleiteten Nutzereinbindung eine besondere Bedeutung zu.
- Krankenhausplanerinnen/-planer benötigen umfangreiche Kenntnisse über die Prozesse bzw. die jeweiligen Bedürfnisse der beteiligten Personengruppen. Die optimalste und auch effizienteste Form der Aneignung dieser Kenntnisse stellt der Erwerb praktischer Erfahrungen im Krankenhaus selbst dar (z.B. das Personal begleiten).
- Da die Sicht der von der Autorin für die Interviews nominierten Expertinnen/Experten auf Grund der beschränkten Anzahl nur bedingt repräsentativ ist, müssten, um allgemein gültige Aussagen treffen zu können, die Positionen der einzelnen beteiligten Berufs- oder Interessensgruppen noch detaillierter untersucht werden.

7 Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

Cesarz, M., Seraphin, M. Mehlis, J. (....). *Facilities und Grundlagen des Facility Managements im Gesundheitswesen*. Schulungsunterlage der Apollon Hochschule für Gesundheitswirtschaft.

Debatin, J. F., Eggert, F., Gocke, P., Herborn, Ch., U. (2010). *...und fertig ist das Klinikum: Vom Konzept bis zur Inbetriebnahme* (2. Überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: kma Medien in Georg Thieme Verlag KG.

Diekmann, A. (2006). *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (16. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Dietscher, C., Pelikan, J. M., Krajic, K., Bundesministerium Für Gesundheit und Frauen, Sektion IV, (Hrsg.). (2008). Broschüre: *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich*. Wien.

Heselschwerdt, S. (2010). Die richtige Projektorganisation als Schlüssel für den ökonomischen und qualitativen Projekterfolg. In: Ch. Nickl-Weller, (2010). *Health Care der Zukunft: Eine Herausforderung für Architektur, Medizin und Ökonomie* (S. 65-76) Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Heiß, H.-U. (2015). Grußwort. In: C. Nickl-Weller, S. Matthys, T. Eichenauer (Hrsg.) (2015). *Health Care der Zukunft 5: Healing Architecture + Communication* (S. IX – XI). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Monz, A. & Monz, J. (2001). *Design als Therapie: Raumgestaltung in Krankenhäusern, Kliniken, Sanatorien*. Leinfelden-Echterdingen: Verlagsanstalt Alexander Koch GmbH.

Mühlbauer, B. H. (2013). The „Added Value“ of good hospital architecture for personnel – an economic perspective. In Ch. Nickl-Weller & H. Weller (2013). *Healing Architecture* (S. 104-119). Salenstein (CH): Braun Publishing AG.

- Larsen, B. B. (2015). Rigshospitalet in Copenhagen by 3XN. In: Ch. Nickl-Weller, S. Matthys, T. Eichenauer (Hrsg.) (2015). *Health Care der Zukunft 5: Healing Architecture + Communication* (S. 89-94). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Naidoo, J. & Wills, J., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland* (erweiterte Neuauflage). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nickl-Weller, Ch. (2010). *Health Care der Zukunft: Eine Herausforderung für Architektur, Medizin und Ökonomie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nickl-Weller, Ch. (2013). Eröffnung. In: Ch. Weller, S. Matthys, T. Eichenauer (Hrsg.) (2013). *Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture* (S. V-VI). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nickl-Weller, Ch. (2015). Eröffnung. In: Ch. Weller, S. Matthys, T. Eichenauer (Hrsg.) (2015). *Health Care der Zukunft 5: Healing Architecture + Communication* (S. VII-VIII). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nickl-Weller, Ch. & Nickl, H. (2013). *Healing Architecture*. Salenstein (CH): Braun Publishing AG.
- Nickl-Weller, C., Matthys, S., Eichenauer, T. (Hrsg.) (2013). *Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nickl-Weller, Ch., Matthys, S., Eichenauer, T. (Hrsg.) (2015). *Health Care der Zukunft 5: Healing Architecture + Communication*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Pelikan, J. M., Dietscher, C., Krajic, K. (2008). Einleitung. In: C. Dietscher, K. Krajic, J. M. Pelikan, Bundesministerium Für Gesundheit und Frauen, Sektion IV (Hrsg.), Broschüre: *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich* (S. 14-16). Wien.

- Pelikan, J. M., Dietscher, C., Krajic, K. (2008). Gesundheitsförderung als Neuorientierungs- und Qualitätsstrategie von Gesundheitseinrichtungen. In: C. Dietscher, K. Krajic, J. M. Pelikan, Bundesministerium Für Gesundheit und Frauen, Sektion IV (Hrsg.), Broschüre: *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich* (S. 17-40). Wien.
- Pelikan, J. M. & Halbmayr, E. (1999). Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: J. M. Pelikan & S. Wolff (Hrsg.), *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation* (S. 13-36). Weinheim; München: Juventa Verlag.
- Pelikan, J. M. & Wolff, S. (Hrsg.). (1999). *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Steinbach, J. (2013). Grußwort zum Symposium Health Care der Zukunft 4 (S. VII-VIII). In: Ch. Nickl-Weller, S. Matthys, T. Eichenauer (Hrsg.) (2013). *Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture* (S. VII-VIII). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Linzatti (2014). *VAMED Akademie März 2014 – Solve Schulungsunterlagen*. Wien.
- VAMED (2014). *Betriebsorganisations- und Funktionsplanung: Interne Unternehmenspräsentation*. Wien.
- Wagenaar, C. (2015). Moderation. In: *Health Care der Zukunft 5: Healing Architecture + Communication* (S. 69 - 71). Berlin.
- Willich, (2013). Establishment of Evidence: A Multidisciplinary Task. In: Ch. Weller, S. Matthys, T. Eichenauer (Hrsg) (2013). *Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture* (S. 157-158). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wischer, R. & Riethmüller, H. U. (2007). *Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine*. Wien: Springer Verlag.

7.2 Internetquellen

- Bauer (2016). *Büro Bauer: Orientierung Identität Strategie Diskurs*. Verfügbar unter: <http://buerobauer.com/> [16.07.2016].
- Baunetz (2006). *Salutogenese. Klinikneubau bei Lübeck eingeweiht*. http://www.baunetz.de/meldungen/Meldungen_Klinikneubau_bei_Luebeck_eingeweiht_24326.html
- Beaglehole, R. (2004). *Definition Public Health*. Verfügbar unter: http://www.meduni-graz.at/publichealth/archiv/artikel/Artikel%202004/2004_Beaglehole_PH_new%20era.pdf [16.07.2016].
- BGM (2010). *Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen*. Verfügbar unter: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Netzwerke_Gesundheitsfoerderung/Oesterreichisches_Netzwerk_Gesundheitsfoerdernder_Krankenhaeuser_und_Gesundheitseinrichtungen_ONGKG [05.04.16].
- Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine Praxisorientierte Einführung*. Verfügbar unter: http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwivtJq7uKDOAhXJAsAKHSJzCUwQFgg2MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.springer.com%2Fcontent%2Fdocument%2Fcda_downloadaddocument%2F9783531194158-c1.pdf%3FSGWID%3D0-0-45-1467705-p176436653&usq=AFQjCNGqRMH20MSWnsi7yl8jZ-Ejya6E2w&sig2=0H2Wnk_t0eOpxPWUxzKPUq [22.07.2016].
- Design&Health (2016). *International Academy for Design and Health*. Verfügbar unter: <http://www.designandhealth.com/> [18.07.2016].
- Design&Health (2016). *Design & Health. International Academy for Design and Health. World Congress & Exhibition*. Verfügbar unter: <http://www.designandhealth.com/programme-day-2-3> [18.07.2016].
- Dietz, B. (2016). *Dietz: health care facilities*. Verfügbar unter: <http://www.dietz-hcf.de/> [18.07.2016]
- emtec (2016). *emtec. Unternehmen für Beratung, Fortbildung und Technologien im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: <http://www.emtec.de/home/>
- FGÖ (2005). *Verhaltensprävention und Verhältnisprävention*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/verhaltnis-und-verhaltenspraevention> [18.07.2016].
- FGÖ (2013). *Settingansatz*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/setting> [05.04.16].

- GAT (2009). *Schwarze Götter versus Götter in Weiß?* Interview mit DI Michael Pansinger. Verfügbar unter: <http://www.gat.st/news/schwarze-goetter-versus-goetter-weiss><http://www.gat.st/news/schwarze-goetter-versus-goetter-weiss> [17.08.2014].
- GÖG (2012). *Health Literacy – »Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken«*. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Health-Literacy-Die-Gesundheitskompetenz-der-Bevoelkerung-staerken-2012.html> [18.07.2016].
- Hammer-Jakobsen (2015). *Dänemark baut die Krankenhäuser der Zukunft*. Interview mit Thomas Hammer-Jakobsen im Magazin Health&Care Management. Verfügbar unter: <http://www.hcm-magazin.de/daenemark-baut-die-krankenhaeuser-der-zukunft/150/10658/307410> [13.07.16].
- Hartung, S., Rosenbrock, R. (2015). *Settingansatz / Lebensweltansatz*. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> [13.07.16].
- Healthcare der Zukunft (2016). *Programm zum 6. Symposium*. Verfügbar unter: http://www.healthcare-tub.com/Downloads/Healthcare%20der%20Zukunft%206_Programm.pdf [22.07.2016].
- healthdesign (2014). *The Center for Health Design*. Verfügbar unter: <https://www.healthdesign.org/> [22.07.2016].
- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2010). *Einführung: Krankenhausprävention und Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: https://www.uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/med.inst.020/Einf%C3%BChrungsscript_ab_SS_2010.pdf [01.08.2016].
- Jakab, Z. (2012). *Patient empowerment in the European Region A - call for joint action*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/162232/RDs-Opening-speech-Patient-Empowerment.pdf?ua=1 [15.07.2016].
- Joseph, A.. (2006). *The Role of the Physical and Social Environment in Promoting Health, Savety and Effctiveness in the Healthcare Workplace*. Verfügbar unter: http://www.healthdesign.org/sites/default/files/CHD_Issue_Paper3.pdf [07.06.2016].
- wienkav (2010). *Healing Garden*. Verfügbar unter: <http://www.wienkav.at/kav/KHN-PM/ZeigeText.asp?ID=24521> [22.07.2016].
- KAV (2016). *Das Wiener Spitalskonzept 2030*. Medizinischer Masterplan und Master-Betriebsorganisation. Verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/politik-verwaltung/pdf/spitalskonzept.pdf> [15.07.2016].
- Kickbusch, I. (2016). *Kickbusch Health Consult*. Verfügbar unter: <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/index.php> [18.07.2016].

- LBIHPR (2014). *Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research*. Verfügbar unter: <http://www.lbg.ac.at/de/themen/lbi-fuer-health-promotion-research> [18.07.2016].
- Luyken, R. (2012). *Kann Baukunst heilen? Prominente Architekten entwerfen für Krebskliniken. Ihre Bauten sollen Patienten helfen, Not und Ängste zu überwinden*. Die Zeit Nr. 23. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2012/23/Patientenfreundliche-Architektur/seite-2> [15.07.2016].
- Lundin, S. (2015). *Healing Architecture: Evidence, Intuition, Dialogue*. Verfügbar unter: <http://www.enah.eu/wp-content/uploads/2016/07/Evidence-Intuition-Dialogue-by-Stefan-Lundin.pdf> [15.07.2016].
- maggiescentres (2016). Who was Maggie? Verfügbar unter: <https://www.maggiescentres.org/about-maggies/our-story/who-was-maggie/>
- maggie´s report (2014). *The Story of 18 Years: 1996–2014*. Verfügbar unter: https://www.maggiescentres.org/media/uploads/publications/annual-reviews/Maggies_Annual%20Review_2014-2015.pdf [18.07.2016].
- Management Forum Starnberg (2016). *Management Forum Starnberg: Excellence in Business Information*. Verfügbar unter: <http://www.management-forum.de/> [15.07.2016].
- Müller, B. (2009). *Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus – Bestandsaufnahme und Ausblick*. Verfügbar unter: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-145-4-1.pdf [08.04.16].
- Mullins, M. F., Folmer, M. B. & Fich, L. B. (2015). *Evidence Based Knowledge: Towards architecture that supports the healing process in health-care buildings*. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/281107374_Evidence_Based_Knowledge_Towards_architecture_that_supports_the_healing_process_in_health-care_buildings [14.07.16].
- Neugebauer, B. & Porst, R. (2001). *Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht*. Verfügbar unter: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2001/01_07.pdf [08.04.16].
- Nickl & Partner (2016). 6. *Symposium Health Care der Zukunft*. Verfügbar unter: <http://www.nickl-partner.com/news/6-symposium-health-care-der-zukunft-berlin-10-11-maerz-2016/> [08.04.16].
- ongkg (2014). *Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Ziele*. Verfügbar unter: <http://www.ongkg.at/konzept-und-ziele/ziele.html> [17.08.2014].
- orf (2014). *Neubau des Krankenhauses Oberwart fix*. Verfügbar unter: <http://burgenland.orf.at/news/stories/2659203/> [16.07.2016].
- Pelikan, J. M. & Dietscher, CH (2015). BZgA; *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-174.html [05.04.16].

- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B., McKee, M. (2009). *Investing in Hospitals of the Future: Observatory Studies Series N° 16*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf [15.07.16].
- Rehn, J. (2015). *Design Education Meets Health. Form Nr. 261*. Verfügbar unter: <http://form.de/de/magazine/form261/focus> [15.07.16].
- Sigmund, B. (2014). *Lean, Green & Healing – Besonderheiten im skandinavischen Gesundheitsbau*. Artikel in der Zeitschrift Detail. Verfügbar unter: <http://www.detail.de/inspiration/lean-green-healing-%E2%80%93-besonderheiten-im-skandinavischen-gesundheitsbau-111076.html#> [13.07.16].
- Spiegel (2015). *Studie zu Todesursachen: Resistente Keime bald gefährlicher als Krebs*. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/multiresistente-keime-mehr-tote-durch-keime-als-durch-krebs-a-1036778.html> [12.07.16].
- Stidsen, L. M. (2013). *Light Atmosphere in Hospital Wards*. Verfügbar unter : http://riverpublishers.com/pdf/ebook/RP_978-87-93237-00-1.pdf [12.07.16].
- healthdesign (2016). *The Center for Health Design. About us*. Verfügbar unter: <https://www.healthdesign.org/about-us> [14.07.16].
- healthdesign (2016). *The Center for Health Design. Clinic Design Recommendations*. Verfügbar unter: https://www.healthdesign.org/sites/default/files/files/news/Clinic%20Design%20Recommendations_FINAL%202011.pdf [14.07.16].
- tub (2016). *TU-Berlin: Fachgebiet „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“*. Verfügbar unter: <http://www.healthcare-tub.com/Fachgebiet.html> [17.07.2016].
- Ulrich, R. S. (1984). *View through a window may influence recovery from surgery*. Reprint. Verfügbar unter: <https://mdc.mo.gov/sites/default/files/resources/2012/10/ulrich.pdf><https://mdc.mo.gov/sites/default/files/resources/2012/10/ulrich.pdf> [12.07.16].
- 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 (Part I)*. (2008). Verfügbar unter: https://smartech.gatech.edu/bitstream/handle/1853/25676/zimring_HERD_2008_researchlitreview.pdf?sequence=1 [12.07.16].
- Ulrich, R. S. (2012). *An international perspective: How Scandinavia can benefit from research on healthcare environments*. Verfügbar unter: <http://conferences.chalmers.se/index.php/ARCH/arch12/paper/download/451/102> [12.07.16]
- universalRAUM (2016). *Evidenzbasierte Planungshandbücher*. Verfügbar unter: <http://www.eph-demenz.de/> [19.07.16].
- univie (2016). *Qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie*. Verfügbar unter:

<https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-full.html> [22.07.16].

Van der Zwart (2015). *Bau eines besseren Krankenhauses: Wertschöpfendes Management & Planung von Immobilien*. Verfügbar unter:
http://journals.library.tudelft.nl/index.php/faculty-architecture/article/view/vonderzwardt/pdf_vonderzwardt [15.07.16].

WKO (2016). *Bekanntmachungen von öffentlichen Ausschreibungen*. Verfügbar unter:
https://www.wko.at/Content.Node/Vergabe-N-/Bekanntmachungen_von_oeffentlichen_Ausschreibungen.html [15.07.16].

WHO (2012). *Können Patienten ihre eigene Gesundheitsversorgung steuern?*
Europäische Konferenz fordert patientenzentrierte Gesundheitssysteme. Verfügbar unter:
<http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2012/04/are-patients-in-control-of-their-health-care-european-conference-promotes-patient-centred-health-systems> [15.07.16].

7.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, Quelle: Naidoo & Wills (2010, S. 26).	12
Abbildung 2: Planungsprozess eines Krankenhauses. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Debatin et al. (2010, S. 27).	20
Abbildung 3: Rahmenbedingungen für die BO und Funktionsplanung. Quelle: Linzatti (2015, Interne Schulungsunterlage).	24
Abbildung 4: Grundsatzplanungsprozess Krankenhaus, Quelle: Solve Schulungsunterlagen (Solve, 2014, interne Schulungsunterlage).	25
Abbildung 5: Der VE-Planungsprozess. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gose (2015, betriebsinterne Präsentation).	28
Abbildung 6: „Heilender Garten“ durch Wissenslücke in der Ausschreibung versus „Heilender Garten“ als Ergebnis einer wissensbasierten Ausschreibung und eines informierten Kunden (Ulrich, 2013, S. 16-17).	45
Abbildung 7: Ökonomischer Nutzen . Eigene Darstellung in Anlehnung an Dilani (2008-2009, zitiert nach Dilani, 2015, S.151, www).	59
Abbildung 8: Wie kommt das Wissen in die Planung? Eigene Darstellung in Anlehnung an Lundin (2015, www).	60
Abbildung 9: Entwurfsvorschläge. Quelle: healthdesign (2016, www).	104
Abbildung 10: Entwurfsvorschläge. Quelle: healthdesign (2016, www).	105
Abbildung 11: Funktionsbeziehungsmatrix: Quelle: VAMED (2014, Firmenprofil).	106

7.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel der strukturierten Inhaltsanalyse, eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (1993, zitiert nach Diekmann, 2006, S. 514)	69
---	----

8 Anhänge

8.1 Anhang 1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Einleitung und persönliche Vorstellung - Interviewer

- a. Begrüßung, Dank, Vorstellung (Ausbildung, berufliche Tätigkeit)
- b. Information Zeitaufwand
- c. Information über Aufzeichnung und VERTRAULICHE DATENVERARBEITUNG
- d. Titel *„Einfluss der Planung eines Krankenhauses auf Aspekte der Gesundheitsförderung im Krankenhaus“*
- e. Forschungsfrage / Nebenfragen
„Welche Aspekte der Gesundheitsförderung sind für die Planung, im Speziellen die Betriebsorganisations- und Funktionsplanung sowie die Architekturplanung eines Krankenhauses relevant und von welchen Akteuren wird das Wissen um diese Aspekte in den Planungsprozess eingebracht?“
- f. Überblick über die Expertenauswahl

Angaben zur Person – Interviewpartner

- g. Angaben zur Person: Ausbildung / aktuelle berufliche Tätigkeit
- h. Abseits der aktuellen beruflichen Tätigkeit: Weitere Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich / Krankenhausplanungsbereich bzw. gab es schon einmal Berührungspunkte zum Thema GF im KH im Rahmen der beruflichen Laufbahn

1. Gesundheitsförderung - Krankenhaus – Expertinnen/Experten

- a. Verbindung „Begriff Gesundheitsförderung (GF)“: „Was heißt für Sie persönlich Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsförderung im KH?“
- b. Aus der GF Theorie gibt es ja 2 unterschiedliche Ansätze:
 - GF iKH (GF im Krankenhaus) und
 - Das Konzept der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen – Basiskonzept für das Netzwerk Gesundheitsfördernder KH
Ist Ihnen das Konzept der GF KH bekannt?
- c. Wie lässt sich GF im Krankenhaus abgrenzen? Wo beginnt GF – Wie erkennt man GF?

- d. Welche Berufsgruppen im KH beschäftigen sich Ihrer Meinung nach mit dem Thema Gesundheitsförderung? Welchem Organisationsbereich / welcher Stelle ist die GF zugeordnet?
- e. Sind Ihnen Organisationen bekannt, die sich intensiv mit GF beschäftigen (wo Personen hauptberuflich mit GF zu tun haben: arbeiten, forschen, fördern)
- f. Wie wichtig schätzen Sie abseits der Expertinnen/Experten für GF die Expertise der Betroffenen (Zielpopulation für GF-Maßnahmen/Strategien) ein (vor allem der Patientinnen/Patienten sowie des Personals)?
- g. Was ist den Patientinnen/Patienten wichtig – allgemein für den Aufenthalt im KH und in Bezug auf die Architektur?
- h. Was ist dem Personal wichtig – zur Verrichtung der alltäglichen Aufgaben?
- i. Welche Expertinnen/Experten sind Ihnen bekannt: Wie kommt Wissen der Expertinnen/Experten in den Planungsprozess – BO-& Funktionsplanung / Architektur?

2. Architektur und Gesundheitsförderung im Krankenhaus

- a. Haben Sie bzw. hatten Sie als Architekt bereits Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den so genannten Experten für Gesundheitsförderung – Gesundheitswissenschaften / Betroffenen
 - JA
 - In welchem Nahverhältnis (Kontakthäufigkeit: ein Treffen oder intensive Zusammenarbeit)?
 - Über welchen Zeitraum (Projektphasen)?
 - NEIN
 - In welcher Projektphase / zu welchem Planungszeitraum scheint Ihnen eine Zusammenarbeit sinnvoll?
 - Können Sie sich vorstellen, dass das Thema Gesundheitsförderung (auch in der Form von gesundem Arbeitsplatz / Patientinnen-/Patientenorientierung / Evidence Based Design) bereits in so genannten Nutzerinnen-/Nutzerrunden oder Expertinnen-/Expertenrunden durchgearbeitet wurde und das Ergebnis als Input zum Architekten kommt – ohne dem „Mascherl“ GF?
- b. Sind Ihnen Krankenhaus - Planungsprojekte bekannt, bei denen das Thema GF für Patientinnen/Patienten und Personal eine besondere Rolle gespielt hat (Beispiel Ilona Kickbusch)
 - Wie kann Architektur den Heilungs- und Genesungsprozess der Patienten/des Patienten unterstützen bzw. wodurch übt die Architektur einen positiven Einfluss auf die Krankheitsbewältigungsstrategien aus?

- Wie unterstützt Architektur das Personal bei der Verrichtung der täglichen beruflichen Aufgaben Therapie und Pflege?
- c. Welche Anforderungen müssen in der Therapie und Pflege zunächst erfüllt sein bevor bei der Planung überhaupt über GF gesprochen wird? – Ist gesundheitsfördernde Architektur Luxus?
(Wann hat GF in der Architektur / Krankenhausplanung ihre Berechtigung? Was muss vorher sichergestellt sein?)

3. Planungsrealität

- a. Können Sie kurz den Planungsprozess aus deinem aktuellen Berufsalltag beschreiben?
- Häufigste Aufgabenstellung
 - Wichtigsten / häufigsten Projektziele
 - Input
 - Projektteam (welche Berufsgruppen) – Verhandlungsrunden (Wer?)
 - Gibt es Nutzerinnen-/Nutzerrunden / wer leitet bzw. begleitet diese – wie werden die Ergebnisse kommuniziert
- b. Erlaubt Ihnen der berufliche Alltag eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema oder bestimmen andere Faktoren (Zeit, Finanzierung, usw.) das Alltagsgeschehen?
- c. Wie sehen Sie das Zusammenspiel von GF zu Kosten, Funktionalität,....?
Wo können umgekehrt Aspekte aus der GF bei der Planung diese Faktoren positiv beeinflussen?
- d. Besteht die Notwendigkeit für die Architektin/den Architekten der direkten Zusammenarbeit mit Expertinnen/Experten der GF im KH oder geschieht das über andere Wege
- e. Welche besonderen Fähigkeiten / welches Verständnis vom Krankenhaus und über das Krankenhaus brauchen Architektinnen/Architekten deiner Meinung nach?
Was zeichnet eine gute KH-Planerin/einen guten KH-Planer aus?
- f. Ihnen ist ja das Berufsfeld der BO-und Funktionsplaner bekannt – welche Teilbereiche ihrer Arbeit sind Ihrer Meinung nach besonders geeignet, um Aspekte aus dem Bereich der GF einfließen zu lassen?

4. Begriffe

- a. **Patientenorientierung – Gesundheitsförderung**
Was unterscheidet Ihrer Meinung nach die Begriffe Gesundheitsförderung (in Bezug auf Patientinnen/Patienten) im Vergleich zur häufig genannten Patientinnen-/Patientenorientierung.
- b. **HEALTH ARCH / HEALING ARCH / EVIDANCE BASED ARCH**
 - Was unterscheidet ihrer Meinung nach die Begriffe (Begriffspaare) Health Architecture, Healing Architectur und Evidence Based Architecture?
 - Wo würden Sie am ehesten gesundheitsfördernde Architektur bzw. Struktur sehen?

5. Abschlussfrage

- Sie erhalten den Auftrag, ein GF Krankenhaus / Healing Hospital auf den Grundlagen der Evidence Based Architecture zu planen. Wie gehen Sie vor?

8.2 Anhang 2: Zusammenhang zwischen Krankenhausdesign und Gesundheitsparametern

**TABLE 1:
SUMMARY OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN DESIGN FACTORS AND HEALTHCARE OUTCOMES**

Healthcare Outcomes	Design Strategies or Environmental Interventions	Single-bed rooms	Access to daylight	Appropriate lighting	Views of nature	Family zone in patient rooms	Carpeting	Noise-reducing finishes	Ceiling lifts	Nursing floor layout	Decentralized supplies	Acuity-adaptable rooms
Reduced hospital-acquired infections		**						*				*
Reduced medical errors		*		*				*				*
Reduced patient falls		*		*	**	*	*	*		*		*
Reduced pain			*	*	**			*				
Improved patient sleep		**	*	*	*			*				
Reduced patient stress		*	*	*	**	*		**				
Reduced depression			**	**	*	*						
Reduced length of stay			*	*	*							*
Improved patient privacy and confidentiality		**				*		*				
Improved communication with patients & family members		**				*		*				
Improved social support		*				*	*					
Increased patient satisfaction		**	*	*	*	*	*	*				
Decreased staff injuries									**			*
Decreased staff stress		*	*	*	*			*				
Increased staff effectiveness		*	*	*	*			*		*		*
Increased staff satisfaction		*	*	*	*			*				*

* Indicates that a relationship between the specific design factor and healthcare outcome was indicated, directly or indirectly, by empirical studies reviewed in this report.
 ** Indicates that there is especially strong evidence (converging findings from multiple rigorous studies) indicating that a design intervention improves a healthcare outcome.

Abbildung 9: Entwurfsvorschläge. Quelle: healthdesign (2016, www).

8.3 Anhang 3: Entwurfsvorschläge

Recommendations	Organizational Readiness	Pre-Design	Design	Construction	Occupancy	Access	Waiting/Registration	Exam/Consulting	Procedure	Discharge/Checkout	Staff areas	Operational issues
Design horizontal and vertical circulation to encompass future expansion options; ensure furniture is easy to fit into most parts of the building, is easy to adapt to technical installations (modular systems), and is easy to move around		x	x	x		x						
Provide ample space for family within exam and procedure rooms		x	x	x				x	x			
Incorporate group care rooms		x	x		x	x						x
Consider appropriate rates of illumination for tasks to be conducted accurately		x	x					x	x		x	
Consider layout and ergonomics that can make work patterns more efficient (e.g. circular layout for pharmacy for dispensing medicines quickly and efficiently)		x	x					x	x		x	
Improve team collaboration by locating team spaces close to individual workspaces, increasing visual connection between workspaces and providing informal meeting spaces		x	x								x	
Reinforce community commitment through the selection of interior aesthetics, including artwork and color preferences from multiple patient populations represented in the clinic		x	x			x						
Use zoning to separate public, treatment, and staff functions to improve internal circulation and privacy		x	x			x						
Consider large rooms/ spaces to function for multiple purposes such as community events and education classes		x				x						
Create welcoming environment for patients and families by reducing environmental stressors, providing positive nature distractions, and improving spaces and amenities for families			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Identify clear spatial boundaries for waiting areas that are distinguished from adjacent circulation paths			x	x	x		x					
Provide a designated computer workstation or "place to plug in" for all staff			x	x	x						x	
Provide large waiting areas, consultation spaces, and exam rooms to accommodate patients and accompanying family members			x	x	x		x	x				
Provide positive distractions for patients and families in waiting areas including: culturally relevant artwork, reading materials in different			x	x	x		x	x				
Standardize placement of equipment and supplies within treatment and			x	x	x			x	x			
Consider acoustic properties of materials selected for waiting, check-in, and communal spaces to aid in minimizing noise			x	x			x				x	
Design capacity in egress stairs and hallway widths that are satisfactory according to current regulations and standards for several different building purposes			x	x		x						
Design connections for walls, doors and windows that are easy to mount and take down			x	x			x	x	x	x	x	
Design floors to handle extensive dead loads (storage) and design floors to handle extensive live loads (community activity center) for probable functionality changes in the future			x	x			x	x	x		x	
Design furniture and fixed cabinetry with correct ergonomic solutions			x	x				x	x		x	
Maximize unused space within exam rooms (e.g. chamfered corners)			x	x				x				
Optimize access to daylight within exam and procedure spaces			x	x					x			
Provide a variety of lighting options (controlled, natural, skylights) throughout the clinic space			x	x			x					
Provide computers (with internet connection) within waiting areas and/or community rooms			x		x		x					

Abbildung 10: Entwurfsvorschläge. Quelle: healthdesign (2016, www).

8.5 Anhang 5: Transkriptionen Interviews

Interview 1

1 I: Danke einmal für den Termin und für die Möglichkeit das Interview zu geben... zu
2 meiner Person - also ich hab HTL gemacht (B1: mhm, ok)..Bautechnik. Dann relativ spät
3 Gesundheitsmanagement studiert, mit Bachelorabschluss und da eben schon eine Arbeit
4 zum Thema Architektur und Krankenhausbau geschrieben..und, ja und mache jetzt den
5 Lehrgang für Public Health in Graz..das ist meine Abschlussarbeit (B1: ok). Das Interview
6 wird zirka eine Dreiviertelstunde dauern, aber ich habe es noch nicht erprobt, also können
7 wir das nicht ganz genau sagen (B1: ok). Es wird aufgezeichnet und die Daten werden
8 natürlich vertraulich verwendet (B1: passt). Gut....Das Thema ist Einfluss der Planung
9 eines Krankenhauses auf Aspekte der Gesundheitsförderung im Krankenhaus...ja und es
10 geht um den positiven Einfluss, den die Architektur auf Gesundheitsförderung oder auf
11 mögliche Maßnahmen in der Gesundheitsförderung (B1: ok) haben kann..und wie man
12 das in der Planung berücksichtigen könnte..ok....zum besseren Sprachverständnis
13 gendere ich nicht. Gut: erste Frage: ein paar Angaben zur Person, Ausbildung, aktuelle
14 Tätigkeit?

15 B1: Ok. Mein Name ist klar (xxxxx). Von der Ausbildung her - Ich bin Architekt, studiert in
16 München und Chicago, habe meinen Abschluss in München gemacht, Diplomingenieur
17 der Architektur, habe dann nach drei Jahren meine Eintragung in die Architektenkammer
18 bekommen und zwar nach drei Jahren bei dem, nachdem ich bei dem Büro Nickl und
19 Partner in München gearbeitet habe. Nickl und Partner ist spezialisiert auf
20 Krankenhausbau und somit war von meinem, nach meiner Ausbildung nach meinem
21 Studium, da hatte ich mit Krankenhaus ja noch wenig zu tun, habe ich mich aber sofort
22 darauf spezialisiert. Mir ging es hauptsächlich um Großprojekte, mir war es erst einmal
23 egal ob es ein Krankenhaus oder ein Hochhaus ist – es hat sich dann aber gezeigt -
24 dadurch dass Nickl eben nur Krankenhäuser planen, bin ich in die Richtung gegangen
25 ´was sich auch als sehr interessant und auch als sehr zielführend herausgestellt hat. Ich
26 habe dann bei Nickl und Partner München von 2004 bis 2010 gearbeitet und dort – wie
27 gesagt – also ich würde einmal sagen 80% Krankenhäuser bearbeitet – an Projekten, also
28 an Realisierungsprojekten aber auch an Wettbewerben – V(??) Verfahren, also alles von
29 der Projektentwicklung bis zur Umsetzung´ - Schwerpunkt war die Dachregion – also
30 Deutschland, Österreich und Schweiz – wobei auch internationale Projekte dabei waren --
31 wobei das immer der europäische, im europäischen Ausland war (I:mhm). Also sei es in
32 Italien oder Frankreich - Rumänien -- und gerade mit dem Rumänienprojekt oder mit dem
33 Rumänienprojekt kam dann eben der Kontakt zur Vamed´ wo ich jetzt seit 2010 arbeite –
34 ahm – wir haben 2007 in München mit der Vamed zusammen, mit der VSG damals –
35 einen Masterplan für 15 Krankenhäuser in Rumänien bearbeitet – und da war ich mit dem
36 Juniorchef bei Nickl´s, das ist der Projektleiter für dieses Projekt – und über dieses Projekt
37 habe ich die Vamed kennen gelernt ...und somit ist der erste Kontakt eigentlich – ahm –
38 oder ist der erste Kontakt zur Vamed gekommen. Dann, wie gesagt war ich bis 2010 bei
39 Nickl und Partner gearbeitet. Bin dann – habe mich dann entschieden nach Wien zu
40 gehen´ - dann eben hier einen Job in der Vamed Engineering bekommen – bin seit der
41 Zeit – hab hier angefangen PME, als Project Manager Engineer, also als Technischer
42 Projektleiter – Schwerpunkt Afrika, es waren also hauptsächlich Zentralafrika – Gabun –
43 das habe ich dann, das habe ich dann auch sehr lange gemacht´ - drei Jahre waren das

44 eigentlich – zwei Projekte. In der Zwischenzeit bin ich dann stellvertretender
45 Abteilungsleiter der Abteilung Architektur und Bautechnik geworden und - habe das bis
46 letztes Jahr im Oktober gemacht und bin seit der Zeit Leiter der Abteilung – nachdem der,
47 mein Vorgänger eben gegangen ist hat man mir die Leitung der Abteilung anvertraut --
48 und das ist meine derzeitige Position ich leite also unser Team hier in Wien – das sind
49 ungefähr – ja, 30 Personen, die hier – die hier in meiner Abteilung arbeiten – insgesamt in
50 der Technik hier in der Vamed Engeneering sind wir 80 Leute nur in Wien und ahm 160
51 noch einmal auf der Welt verteilt, ungefähr. (I: Ok. Schön) Genau das ist (?)

52 I: Also der Bezug zum gesunden Krankenhaus ist auf jeden Fall gegeben

53 B1: Ist sehr früh gelegt worden – wobei das wie gesagt war eher Zufall´ ich hatte mich
54 eigentlich in meiner Zeit in der ich in Chicago studiert habe auf ah auf Hochhäuser
55 spezialisiert -- ah wie gesagt, mich haben immer komplexe Projekte interessiert´ hab dort
56 auch im Büro dann ah an Hochhausprojekten mitgearbeitet – wie gesagt, mich haben
57 mich haben immer Großprojekte und deswegen war immer auch der Schritt „Gut ich
58 suche mir ein Büro“ in dem man Großprojekte bearbeitet und nicht Einfamilienhaus oder
59 Bürohausbau´ so kam dann eben dieser, dieser erste Kontakt oder dieser erste Job bei
60 Nickl und Partner Architekten. Das hat sich für mich relativ schnell als als eigentlich meine
61 Berufung herausgestellt´ ..weil es schon ein sehr interessantes Feld ist dort zu arbeiten –
62 ich meine es sind zwar Funktionsbauten –da ist natürlich der Spagat zwischen Funktion
63 und Design ist da ist da gewaltig, manchmal, und da liegt gerade dann die
64 Herausforderung. Was anders, was ...oder was, wieso ich den Bezug zum Krankenhaus
65 habe – ich habe, nach meinem Abitur habe ich ahm Zivildienst gemacht´ .. war ahm 13
66 Monate habe ich in einem Krankenhaus gearbeitet und ah das war eine, das war eine
67 Position in der man vier Mal im Monat in unterschiedlichen Abteilungen arbeitet. Somit
68 habe ich in 13 Monaten den gesamten Krankenhausbetrieb kennengelernt

69 I: das ist die Einsicht, die uns fehlt (lachen)

70 B1: Und das, und das war das war ein sehr wichtiger Schritt´ nach der Zeit wollte ich
71 eigentlich Medizin studieren – hab mir dann aber noch einmal gesagt „Na jetzt überlegst
72 du noch einmal ob das wirklich das richtige ist und hab dann noch eine handwerkliche
73 Ausbildung gemacht – somit hatte ich dann beides – ich hatte den Einblick in die Medizin,
74 wie die Medizin wie´n medizinisches Gebäude, wie die medizinischen Abläufe sind´ und
75 danach eben das Technische dazu – das habe ich dann beides verbunden in meinem
76 späteren, in meinem späteren Beruf eigentlich.

77 I: mhm, ich habe es umgekehrt gemacht. (lachen) Ja, ok´ gut. So also das Krankenhaus
78 ist ja eigentlich ein Versorgungs - eine Versorgungseinrichtung (B1: mhm). Was würdest
79 du sagen zum Thema Gesundheitsförderung? Also was fällt dir überhaupt zu dem Thema
80 Gesundheitsförderung ein? – Weil das ist ja an

81 B1: Du meinst Gesundheitsförderung (I: Genau!) oder Gesundheitsversorgung?

82 I: Nein, also ...es geht eigentlich um Gesundheitsförderung in einem Betrieb, der für
83 Krankenversorgung.. steht (B1: ok´) – und ah für mich ist irgendwie einmal die Frage, wie
84 wie jemand aus der technischen Seite den Begriff Gesundheitsförderung sieht..das ist ja
85 auch, das ist zum Beispiel auch ein Studien – Zweig, eben wie ich ihn gemacht habe (B1:
86 ok) und der mein, der also mein Verständnis ist es, es gibt diesen Bereich

87 Gesundheitsförderung mit dem sich die Gesundheitswissenschaftler beschäftigen (B1:
88 mhm´) – es gibt dann auch den Bereich ah Evidence Based Design, der kommt dann aus
89 der Architektur – beide machen was in der Richtung von „wie wird der Patient schneller
90 gesund, besser gesund´, was unterstützt ihn im Prozess? – was unterstützt das Personal,
91 welche Strukturen – ah–und...da gibt’s dann immer irgendwie so eine Verständnisklappe,
92 finde ich..also da, da–und was versteht jetzt ein Techniker unter Gesundheitsförderung?

93 B1: Also für uns sind, für uns sind zwei Aspekte, die immer ganz, oder wir betrachten es
94 immer – also wenn, wenn wir um Gesundheitsförderung oder wenn wir von
95 Gesundheitsförderung sprechen reden wir von Menschen. So. Und uns geht es immer um
96 um prinzipiell um zwei Dinge – uns geht’s hauptsächlich um die, die dort arbeiten´ aber
97 auch um die, die dort als Patienten natürlich sind.(I: genau). Also das ist für uns extrem
98 wichtig.

99 I: Das ist auch mein Schwerpunkt irgendwie.

100 B1: Ja. Also für den Architekten prinzipiell wenn er jetzt außerhalb des des
101 Krankenhausbereichs arbeitet dann ist immer die, oder dann ist immer die
102 Gesundheitsförderung ist immer in Hinblick auf, ich weiß nicht wie das in Österreich heißt,
103 in Deutschland ist das die Arbeitsstättenverordnung´ - das heißt also, dort ist
104 festgeschrieben, wie ein Arbeitsplatz auszuschauen hat, damit derjenige, der dort arbeitet
105 sicher arbeiten kann, nicht krank wird und und und.. (I: genau) das und diese ganzen
106 Prozesse oder diese ganzen Vorgaben die gelten für uns auch in den in den in
107 Krankenhäusern natürlich. Das ist der eine Aspekt. Das ist ja der große Unterschied´-
108 früher wurden ja, früher wurden zum Beispiel die Krankenhäuser um den um den Arzt
109 herum entwickelt – heute hat sich das ein bisschen gedreht – heute sagt man eher man
110 sieht es aus Sicht des Patienten´ also der Patient sollte möglichst kurze Wege haben
111 sollte möglichst selten verlegt werden – ahm das ist also so ein bisschen der Unterschied.
112 Heute – es hat aber auch mit Prozessen zu tun. Wie gesagt, also

113 I: Das heißt doch dieser Begriff der Patientenorientierung ist eigentlich auch, geht auch in
114 die Richtung (B1: genau) Gesundheitsförderung.

115 B1: Absolut. Also es ist ..Gesundheitsförderung ..Gesundheitsförderung und das wird halt
116 immer mehr als Dienstleistung gesehen. Der, ein Krankenhaus, ich meine ein
117 entscheidender Punkt oder eine entscheidende Wende in „wie Krankenhäuser verstanden
118 werden“ war ja mit der Einführung des neuen Abrechnungssystems vor elf Jahren
119 (I:mhm). Und das hat ich glaube die Sicht auf Krankenhäuser enorm verändert, weil bis,
120 bis zu dem Zeitpunkt, wo es noch nicht fallbasierte Abrechnung gab haben
121 Krankenhäuser anders gewirtschaftet. (I: ja). Sie durften keine Gewinne machen, es es
122 hat einfach ja es war einfach es war eine Maschine, war egal. Seit der Zeit stehen
123 Krankenhäuser im Wettbewerb so. Und das ist der große Unterschied..in der, eigentlich in
124 der Wahrnehmung wie man, wie man plant und wie man, ob man es jetzt
125 patientenorientiert oder personalorientiert plant... Das hat sich seit der Zeit enorm
126 verändert...

127 I: Genau. Wobei es ja immer Hand in Hand geht, nicht? Also .. das Personal, wenn es
128 dem Personal gut geht, geht’s dem Patienten gut.

129 B1: Ja wobei, wobei interessant ist dass dass die die sagen wir mal die ...der Blick auf
130 den auf das Personal spielt spielt selten oder ist selten so stark im Fokus wie der Blick auf
131 den Patienten. Wobei man ja sagen muss, der das Personal ist hält sich wesentlich länger
132 in einem Krankenhaus auf als ein Patient..Also, klassisches Beispiel AKH) innenliegende
133 Räume ohne Licht – ohne Tageslicht – hat dazu geführt diese Extraurlaubstage. Das hat
134 man damals aber in Kauf genommen. Hat man gesagt „Na gut, damit ist das Gebäude
135 effizient, damit hat man alle Patienten am Tageslicht´ das ist halt nur ein Teil der Wahrheit.
136 Also, es, wie gesagt, es sind es sind zwei Bereiche´ - eigentlich – ahm, die wichtig sind,
137 oder die für unsere Planung immer entscheidend sind´ Patient und Personal, wobei der
138 Blick auf das Personal immer ein bisschen links liegen gelassen wird – ja, das ist so, ja
139 die brauchen – wir sehen das zum Beispiel international: Tageslicht in, Tageslicht in – in
140 Büros zum Beispiel oder auch in Untersuchungs- und Behandlungsräumen, wo sie noch
141 sinnvoll ist, ist den meisten Kunden egal. Die verstehen nicht wieso (I: Ist ja auch rechtlich
142 nie nirgends gesichert wahrscheinlich?). So lange es keine Arbeitsstättenverordnung gibt
143 ist es, ist es ist es egal und kommt man immer, dann ist es schwierig zu argumentieren –
144 wieso braucht man das. Für uns ist es klar. Es gibt eben Evidence Based Design wo man
145 genau sieht, was sind die Auswirkungen auf, auf Mitarbeiter oder, oder Menschen, wenn
146 sie selten oder wenig Zugang zum Tageslicht haben´- also mehr Krankheitstage, ah
147 Unzufriedenheit und und und .. aber das ist halt, ja da da geht´s dann oft ins Esoterische,
148 da wird´s so „ja das ist nicht wissenschaftliche belegt, das ist nicht wichtig“ – ist wirklich
149 sehr oft´ - also außerhalb Europas ist das, ist da keine Awareness dafür – was das
150 bedeutet, wie, welche Dinge wichtig sind im täglichen Arbeits- oder in der täglichen
151 Arbeitswelt.

152 I Ja ich glaube das hängt auch immer vom Standard ab, weil wir in Europa haben ja einen
153 relativ hohen Standard – da ist ja auch der Bereich, was mir halt so auffällt,
154 Gesundheitsförderung - eher so ein, so ein Goodie (B1: genau) so ein Tüpfelchen auf
155 dem I weil der Standard ja eh schon so hoch ist (B1: ja..) ah und – und dann hat man
156 irgendwie noch so ..ein Luxusproblem der Gesundheitsförderung

157 B1: Ja, ich meine, das, man kann es auch wieder – dieses, diese Gesundheitsförderung
158 kann man auch wieder, kann man auch wieder ein bisschen unterteilen: weil wenn man
159 es auf den Patienten bezieht, gibt es Dinge, die sehr offensichtlich sind, also ...dass ein
160 Patient schon Zugang zum Tageslicht haben soll´ oder Frischluft und nicht unbedingt, das
161 hat man ja schon vor hundert Jahren schon verstanden dass das wichtig ist´ - aber zum
162 Beispiel, ahm was mit Infektionsprävention gemeint ist und wie die umgesetzt wird – für
163 den Patienten, also das jetzt zum Beispiel Zweibett-Zimmer oder Einbett-Zimmer nicht nur
164 ein höherer Standard sind, damit die Leute sich wohlfühlen, sondern damit man auch
165 Infektionsprävention betreiben kann (I: mhm)´ - das wird oft nicht gesehen. So, da heißt
166 es dann 2-Bett oder 1-Bett-Zimmer, das sind Luxus das sind VIP-Zimmer (I: ja, ja) aber
167 damit kann ich halt besser Infektionsprävention betreiben. Also das, das hat verschiedene
168 Aspekte, wie man plant´ und man – vieles wird dann eben so „ja das ist das Tüpfelchen
169 auf dem I“ – ist schön und toll´ aber es brauchen wir eigentlich nicht“ – das hat eben mehr
170 Aspekte .. also, da muss man schon sehr differenziert betrachten, über was man jetzt
171 eigentlich genau redet. Reden wir über Ein- oder Zweibettzimmer als Beispiel´ als Luxus,
172 als Vip-Departments oder Vip-Zimmer oder reden wir darüber - wollen unseren Kunden
173 sagen „Leute, schaut her – ihr kriegt eure euer Infektionsrisiko kriegt ihr so besser unter
174 Kontrolle. Und das sind viele Dinge. Reden wir über OP, über OP-Systeme´ oder Intensiv-

175 Abteilungen – das hat alles mit der Gesundheitsprävention zu tun – also das ist nicht nur
176 dieses „ja, Zugang zum Tageslicht, und und dass er sich wohlfühlt“ sondern da gibt es
177 viele, viele Aspekte, die da mit drin, mit oder die da mit dazugehören für uns in der
178 Planung (I: mhm). Also es sind, das sind verschiedene Stufen. Man kann sagen „Ok, es gibt
179 die Basics mit denen wir arbeiten (I: ja, ja). Aber es gibt dann sagen wir mal basic ist so
180 zu sagen, das ist das 1-Stern-Design, das muss man machen, ohne das geht’s nicht –
181 aber dann können eben 5- oder 6-Stern-Design dann kann also das ist wirklich jetzt das
182 ist Gesundheitsprävention, da ist das Infektionsrisiko gering, ..da haben wir alles bedacht
183 an an ..was den Patienten schneller wieder sich erholen oder heilen lässt.

184 I: Mhm, ja. Na ich habe da das Beispiel, dass ich das angesprochen habe - einem
185 Neubau bei einer Intensiv Ärztin und da ist mir das dann eben, da ist es , dass es
186 teilweise Luxus ist – eben so passiert´ dass ich halt gesagt habe „Super-Spatenstich
187 Neubau und sie hat gesagt: „Ja, wir haben jetzt gerade Grippezeit und sie kämpft halt seit
188 Monaten für ein neues Beatmungsgerät, also sie geht nicht zum Spatenstich für 25.000€
189 oder wie auch immer wie viel, ahm und das Design ist ihr auch irgendwie auch ziemlich
190 egal wie das neue Haus ausschaut, das neue, Hauptsache sie hat ihre Geräte. Also ich
191 denke mir – aber wir, wir sollten ja davon ausgehen, dass diese Basisausstattung, dass
192 die medizinische Ausstattung gegeben ist.

193 B1: Die sollte eigentlich dem Stand der Technik entsprechen (I: eben, davon sollte auch
194 der Architekt ausgehen,..)und der, und der ganze Prozess, der dahinter steht um die so
195 zu sagen funktionsfähig zu halten und auch hygienisch einwandfrei klappt, das muss
196 gewährleistet sein (I: ja). Das ist ein großes Problem – hat man ja oft die Skandale über
197 Sterilisationen und Rückstände und Keimbelastungen – aber das ist ein Prozess so
198 zusagen, den man, den man ah, den man steuern muss und den man richtig – so zu
199 sagen aufsetzen muss, dass das gewährleistet ist – das ist, aber ja das hat was mit dem
200 Betrieb von dem Ganzen zu tun.

201 I: genau, ja, das ist eine andere Aufgabe im Krankenhaus. Dann .. dann wollte ich dich
202 noch fragen ob du, kennst du dieses Konzept der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser,
203 ist dir das bekannt?

204 B1: Ne, sagt mir nichts.

205 I: Sagt dir nichts. Ok. Ja also da gibt es Strategien und Maßnahmen und ahm Standards
206 (B1: mhm), die eben festgelegt wurden um ah Krankenanstalten, die sich nach
207 gesundheitsfördernden Aspekten ausrichten wollen, um denen quasi Hilfestellung zu
208 leisten – und das geht über ein WHO Netzwerk (B1: mhm, ok) international und dann
209 eben die regionalen Netzwerke, das (B1: mhm) ist auch in Österreich gibt es eben auch
210 eines und ahm – sind dir Organisationen bekannt, die sich mit Gesundheitsförderung jetzt
211 im wissenschaftlichen in Österreich

212 B1: wüsste ich nicht.

213 I: Ok. Weil eben diese dieses Netzwerk wird von dem Ludwig Boltzmann Institut (B1: ok)
214 und die machen da auch viel Forschung (B1: mhm) wobei bauliche Strukturen und
215 Architektur eben immer kleinere Projekte betreffen (B1: ja). Also das ist ah, das ist eben
216 bekannt...da geht’s sehr oft um betriebliches Gesundheitsmanagement.´(B1: also um
217 Prozesse) Patienten. genau, ja. Ja....ahm..hattest du mit, ah in deiner beruflichen

218 Laufbahn mit ah Experten aus dem Gesundheitswesen zu tun, also Menschen die sich
219 forschungstechnisch jetzt damit`

220 B1: Zum Teil ja, also mit wir haben, wir haben ah zum Beispiel in München mit
221 Lichtplanern zusammengearbeitet – die eben, die eben den Einfluss von
222 Beleuchtungskonzepten auf die Regeneration zum Beispiel von Patienten (I: mhm) ahm
223 die Auswirkungen eben versucht haben wissenschaftlich zu erforschen´ d. sind mehrere,
224 war so oft mit Licht (I: ja) also es war zum Beispiel auch letztes Jahr oder vor zwei Jahren
225 in, in Berlin die Intensivabteilung, die mit Siemens (I: graft architekten) glaube ich – also
226 Graft Architekten umgebaut hatten, da hatten wir eben eine Besichtigung und mit denen
227 das einmal besprochen, ob das für unsere Projekte interessant wäre, für irgend welche,
228 man weiß es ja nicht, zum Beispiel in den Emiraten, irgendwelche Scheichs (I: genau) –
229 die solche Systeme gerne hätten – welche Auswirkungen das hat. Ja, auch Akustik´ - war
230 zum Beispiel (I: ja) – mit Akustik Designern haben wir zusammen gearbeitet – ahm das
231 waren eigentlich die einzigen von der Planungsseite, wo wir sagen, das, die haben sich
232 wissenschaftlich damit auseinandergesetzt – ich meine, dadurch, dass die Frau, Frau (I:
233 ja) Professor Nickl Weller ja nen Lehrstuhl in Berlin hat – sie arbeitet da auch
234 wissenschaftlich dran (I: genau) – also sie hat da auch Doktoranten, die sich eben mit
235 dem, mit Krankenhausdesign und Krankenhausplanung auseinandersetzen´ - ahm ja,
236 also das aber das hat, wie gesagt, wir haben in München in meiner Münchner Zeit haben
237 wir da weniger zu tun gehabt. Wir haben das mehr mit externen Planern und mit
238 externen, mit externen Büros dann eben oder in den, in der wissenschaftlichen Art
239 betrachtet, das ganze.

240 I: Aber so – ahm – Experten jetzt aus dem gesundheitswissenschaftlichen Bereich?
241 Nichts. Weil, ich weiß ja vom Krankenhaus Nord, dass da in diesem ah, war die Ilona
242 Kickbusch, die hat bei der WHO (B1: mhm) auch einmal eine tragende Rolle bei der zum
243 Thema Gesundheitsförderung gehabt, dass die da sehr wohl diesen – ahm – zu so einem,
244 in einer Arbeitsgruppe beratend (B1: mhm) tätig war. So was eher n..

245 B1: Also ich wüsste es nicht. Ich kann mir vorstellen, dass, dass in den sagen wir auf
246 Nutzerseite – auf Nutzer- und Kundenseite (I: eben´ ja), dass diese Vertreter mit dabei
247 waren, aber ich habe mit denen nie gesprochen.

248 I: Genau. Oder ob das im Vorfeld abläuft´ (B1: meistens ist so was im Vorfeld) – ja

249 B1: Weil, wie .. zum Beispiel eines der Projekte bei denen ich in München gearbeitet habe
250 war die Universitätsklinik ah Frankfurt am Main´ und da war von Nutzerseite so zu sagen
251 eine ARGE Bau (I: mhm) also die sich, die sich mit dem Thema beschäftigt hat, wir hatten
252 aber dort immer nur einen Ansprechpartner – weil (I: genau) natürlich, wir wollten nicht mit
253 allen Professoren, mit allen Ärzten da in Diskussion treten, sondern so zu sagen, die
254 haben das vorher sich ausgemacht´ und haben uns dann den ganzen Maßnahmenkatalog
255 gesagt, was sie gerne alles in dem Gebäude hätten.

256 I: Ihr kriegt die Ergebnisse eigentlich.

257 B1: Die Ergebnisse. Wir diskutieren – also wir haben das selten mit dem Nutzer oder
258 mit dem Kunden diskutiert. Weil das (I: mhm) von Architekten Seite –ist oft so, dass sie
259 das versuchen sozusagen zu kanalisieren (I: mhm) – weil sonst endet das in einer in
260 einer (I: ja, ja) Endlosdiskussion und in einem Wunschkonzert – - also man muss das

261 steuern. Meistens muss das der Ku..der Nutzer, der Kunde selbst steuern, was er jetzt
262 weiter gibt an die, an die Planer.

263

264 I: Genau, das heißt, ihr werdet mit dem Thema oder speziell mit dieser Fragestellung, was
265 die jetzt brauchen, wollen oder was für sie gut ist – im Prozess´ werdet ihr gar nicht so
266 direkt

267 B1: Wir werden nicht gefragt (I: ja.) – kriegen die Vorgaben. Also (I: Genau, Ihr kriegt´s
268 dann die Ergebnisse aus diesen..) genau es ist die Grundlagenermittlung in den in der
269 Architektensprache – Leistungsphase 0, ah, dass ist eigentlich Aufgabe – also eigentlich
270 sogar noch vorher, das ist eben der Erstellung des Raum- und Funktionsprogramms oder
271 Betriebsorganisationskonzept (I: mhm) und alles, was der Kunde da reinhaben möchte,
272 wenn er eben sagt: er möchte Konzepte haben für healing environment oder was auch
273 immer´, dann sucht er sich vorher seine Leute – sei es intern oder extern - und sagt: ok?
274 Was wollen wir denn für Konzepte drinnen haben. Wir Planer müssen das dann
275 versuchen umzusetzen, was er dann eben, was er dann eben dort reinschreibt. Zum
276 Beispiel: Wenn er sagt, er möchte rooming in Konzepte haben für Mutter – Kind Stationen
277 und er möchte dort aber einen abgetrennten Bereich haben´ für die Eltern, dass sie
278 trotzdem, oder sagen wir, es ist eine Pädiatrie und der und der Kunde möchte aber, dass
279 die Eltern bei dem Kind übernachten können, das Kind aber Privatsphäre aber trotzdem
280 hat..Normalerweise sagt der Kunde das. Es ist – es gibt aber auch Büros, die wirklich
281 darauf spezialisiert sind, ich weiß, in Holland gibt´s ein paar Büros – die (I: mhm) wirklich
282 auf wissenschaftliche Ansätze spezialisiert sind. Die, um das aus Patientensicht zu sagen,
283 mal zu durchdenken und auch wissenschaftlich zu beleuchten´: Was ist wichtig für den
284 Patienten?(I: mhm). Das gibt es auch von Planern, ich weiß ein Büro´, das ist ein, das ist
285 ein Zusammenschluss von einer Psychologin und einer Architektin (I: ah ja, die machen
286 evidence based) die sich die sich nur damit beschäftigen. Die sagen: ok wir designen das,
287 und das hat den psychologischen Hintergrund. Also das ist sogar wissenschaftlich
288 untermauert.

289 I: Genau, wobei aber das wissenschaftl – also das Forschen in dem Bereich ja äußerst
290 komplex und (B1: ja, ja) schwierig ist (B1: klar) und auch das, genau´ also dass man da
291 wirklich fundierte Ergebnisse kriegt´

292 B1: Klar, also es gibt (I: die dann) es gibt schon – also es gibt schon, also es gibt

293 I: Bei der Intensivstation ist es irgendwie leichter zu machen, weil das kann man isolieren
294 und da hat man vielleicht auch (B1: ja) eine, eine Gruppe, aber wenn es um Farbe oder
295 um (B1: ja?) – da wird es dann wird es wahrscheinlich ein bisschen (B1: wird´s ja)

296 B1: Wird es, ja, nicht komplizierter aber - also sagen wir einmal in einem kleinen Maßstab
297 das zu betrachten: auf Raumebene´ ist es einfacher als es sozusagen über ein gesamtes
298 Krankenhaus darüberzustülpen. So zu sagen, jetzt machen wir das nur aus Sicht des
299 Patienten – es gibt auch ein sehr gutes Beispiel von einem von einem sehr guten Büro –
300 die sich damit auseinandergesetzt haben, dass ist Herzog de Meuron, und zwar haben
301 die in Basel ein Krankenhaus gebaut – geplant und gebaut´ - das eben wirklich extrem
302 aus der Sicht des Patienten und aus Sicht der Patienten, die dort – weil es sehr spezielle
303 Patienten sind: nämlich die meisten mit einer Querschnittslähmung´ - aus Sicht des, oder

304 aus der Wahrnehmung dieser Patienten so zu sagen das geplant ist – aber es ist auch
305 nicht wirklich – also es ist nur, ich möchte nicht sagen pseudo-wissenschaftlich, aber es
306 hat es hat einen wissenschaftlichen Ansatz, es ist aber nicht wirklich ein
307 Forschungsprojekt (I: ok). Also haben die zum Beispiel gesagt: ok, die Toiletten – bei bei
308 Querschnittsgelähmten ist es so, dass sie sehr lange zum Teil auf der Toilette sitzen,
309 einfach weil sie, weil das einfach lange dauert, deswegen sind die Toiletten speziell
310 gestaltet, farblich speziell gestaltet – auch ein bisschen größer und nicht eben so, wie
311 man es normalerweise eben kennt. Oder die Patientenzimmer sind so designt, dass jedes
312 Patientenzimmer nicht nur an der Außenwand liegt, sondern sogar unter dem Dach,
313 sodass sie über dem Bereich, wo der Kopf liegt, eine Glaskuppel haben, so dass der
314 Patient, wenn er da liegt (I: ja, ja), viel den Himmel sehen kann und rausschauen kann.
315 Also es sind (I: ok), sind viele Dinge, die – und das ganze Gebäude hapt, haptisch sehr
316 ansprechend – es ist viel aus Holz und ah – jedes Element, dass da drinnen geplant
317 wurde ist immer in in Hinsicht auf: der Patient verbringt sehr viel Zeit dort, er er muss sich
318 dort natürlich wohlfühlen – aber um auch ihn ein bisschen das ge- weil die Patienten
319 liegen auch sehr lange dort´ sind sehr lange dort – also kein Akutspital, sondern wirklich
320 das ist wie ein Rehasentrum´ und aus der Sicht ist einfach geplant und realisiert worden
321 und hat eben zum Teil wissenschaftliche – also ich würde sagen
322 pseudowissenschaftliche: ja also sie machen spezielle Gestaltung für die Toiletten, weil
323 das dann für den Patienten besser ist oder ihn eben positiv beeinflusst – wie auch immer´

324 I: OK, ja, dass ist eh so ähnlich – wenn es um Spezialisierungen geht wie diese Maggy
325 Center, die da in in ah England für die ah Versorgung von Krebspatienten ... (B1: ja, ja,
326 genau) genau ja. Wo auch der Ansatz eben (B1: genau) in diese Richtung

327 B1: Ist von von renomierten Architekten – es wird eines geplant jeweils hat ein, hat einen
328 anderen Ansatz, man muss nur aufpassen, dass es eben nicht so wird, wie es heutzutage
329 oft, dass man eben, dass diese Anbieter dann eben so zu sagen ein Landmark wollen und
330 sie sagen können: wir haben ein Projekt das ist von dem und demjenigen designt´ und
331 manche nehmen eben Rücksicht auf den Patienten oder sehen das aus Sicht des
332 Patienten, andere sagen: ja ich mache das gleiche wie immer. Also da muss man
333 aufpassen, dass – es gibt wirklich Büros, die darauf spezialisiert sind (I: das hängt – eben
334 von vielen Dingen ab, nicht nur vom von der Hülle) Ja. Genau

335 I: Jetzt muss ich schau, wo ich in meinem Leitfaden bin, da habe ich ein bisschen
336 ..ahm...Und diese Vorabklärungen, die kommen meistens, bevor ihr eigentlich anfängt
337 zum Planen, oder?

338 B1: ja, also klassisch ist es so, wenn man in einem Planungsbüro arbeitet, das sich mit
339 Krankenhäusern beschäftigt´, dann nimmt man eigentlich meisten an Wettbewerben teil –
340 also in der Dachregion ist es selten, dass man irgendwie direkt beauftragt wird, außer es
341 ist ein privat- ein privater Krankenhausbetreiber, der ein Krankenhaus bauen will, aber oft
342 ist es eben so – oder du kriegst deine deine Wettbewerbsunterlagen und dort ist das
343 gesamte Raum- und Funktionsprogramm – alles, was sich derjenige oder diejenigen
344 vorher dazu überlegt haben, ist dort drinnen. Meistens ist es sehr umfassend: wie zum
345 Beispiel Hamburg Eppendorf, die UKE, das waren also schon sehr sehr umfangreiche
346 Informationen, die da zusammengestellt wurden: sei es eben, sie haben sich zwei Jahre
347 nur über ihre Prozesse Gedanken gemacht (I: ok) aber eben auch über ihr
348 Raumprogramm, und wie sie es haben wollen – wie groß die Abteilungen, grade die ah,

349 die die Wards, die Pflegen werden sollen (I: mhm) um das eben auf einen eben auf einen
350 opti- betrieblich optimalen aber auch für den Patienten optimalen Maß zu bekommen (I:
351 ok). Da sind wir aber nicht, also da sind wir sehr selten daran beteiligt (I: eben).

352 I: die Frage: der Architekt ist dann nicht der Experte eigentlich für

353 B1: Also wir haben das, wir haben das zumindest selten gemacht, ich glaube schon, dass
354 sich die Krankenhäuserexperten da zu Rate ziehen, und es kann sein, dass auch mit
355 Architekten dann der Fall ist.

356 I: Auch die BO- und Funktionsplanung kommen oft ja (B1: meistens, ja)

357 B1: Meistens müssten, also wir haben, bei Nickels, wir haben das nie gemacht´, wir
358 haben also nie sozusagen jemanden beraten für den Wettbewerb. Das lag aber daran,
359 dass wir an allen Wettbewerben selber teilnehmen wollten (I: ok, ja, ja). Du kannst ja nicht
360 beraten und dann teilnehmen. Das ist ja der Spagat, der nicht geht. Aber natürlich haben
361 sie meistens eigene oder dann eben Externe, die sie beraten: wie könnte man es optimal
362 umsetzen – weil die Häuser selber haben das Wissen ja nicht. (I: ja eben) Die Häuser
363 selber sind Experten für Prozesse´(I: ja) aber wie sie das jetzt baulich umsetzen, dass –
364 sie müssen eine Idee haben: wollen sie 40 Personen in einer in einer Pflege drinnen
365 haben, als Patienten, oder wollen sie eher auf 20er Einheiten gehen und was sind die
366 Auswirkungen – wirtschaftlich aber auch für den Patienten. Also ja, sie brauchen Beratung
367 dazu, das können sie selbst nicht alleine entscheiden – das wird nicht funktionieren. Also,
368 ja da werden- da sind, da sind Büros daran beteiligt, an der Erstellung dieser Konzepte.

369 I: mhm. Und wenn du jetzt deinen aktuellen Arbeitsplatz siehst, bleibt da auf Grund der –
370 auf Grund der Anforderungen, die jetzt Finanzierung und Zeit vor allem betreffen – bleibt
371 da Zeit, sich solchen Dingen überhaupt zu widmen, oder wie

372 B1: Auf einer anderen Ebene, es sind halt – gerade unsere Projekte, die wir international
373 bauen – die haben einen anderen Fokus, aber es ist natürlich immer noch an uns, diese
374 die Qualitätsmerkmale in die Projekte einfließen zu lassen. Also es gibt – manche Dinge
375 sind einfach so offensichtlich, oder ich möchte nicht sagen banal, aber man muss dann
376 immer wieder sagen: ok, was ist die Kompetenz, die wir bringen, wenn wir ein
377 Krankenhaus planen. Das ist halt nun einmal: Tageslicht, kurze Wege, klare Orientierung,
378 hygienisch einwandfreie Gebäude – ah Trennung von verschiedenen, von verschiedenen
379 Versorgungen, also flows – das sind halt so Dinge, die für uns schon alltäglich sind (I:
380 mhm) und worauf wir den Kunden immer speziell hinweisen müssen, weil in anderen
381 Ländern haben sie kein Verständnis dafür: Da ist also eine Liegetrennung, also wozu
382 sollte man das haben? kleinere Einheiten, wozu? Oder auch Brandsicherheit in
383 Gebäuden, das hat ja auch was damit zu tun, Sicherheit für den Patienten, dass er nicht
384 verbrennt, wenn jetzt mal irgend ein Katastrophenfall eintritt, was ja relativ häufig
385 vorkommt. Das sind Dinge, die in vielen Ländern einfach, ja, die, die gibt es nicht. ..und
386 wir müssen immer wieder einen Schritt zurücktreten, dass viele Dinge, die für uns total
387 selbstverständlich sind, die wir Tag, täglich machen´, die die wir ganz normal und
388 selbstverständlich planen, die sind in anderen Regionen der Welt noch nicht
389 selbstverständlich. Und da trifft man dann auf Unverständnis, wenn man das vorschlägt
390 und muss eben die Vorteile erklären: Warum machen wir das so, wieso ist das besser so
391 zu machen. Also das ist so zu sagen sehr viel – na ja – Grundlagenwissen, das wir da
392 miteinfließen lassen. Aber das ist, wie gesagt, wenn man in Europa arbeitet, sind viele

393 dieser Dinge werden als Standard hingenommen (I: mhm). Man muss aber sagen: Das ist
394 kein Standard, weil, wie gesagt, das AKH ist das beste Beispiel: Tageslicht dachte man
395 vor 30 Jahren noch: na ja für den Patienten, - aber für die Angestellten – pahh, keine
396 Ahnung. Na ja – das ist eben – ja es ist wohl wichtig! Auch im Schnitt oder auf ein auf ein
397 Leben gerechnet verbringt der Arbeitende mehr in diesen Krankenhäusern als ein Patient
398 – deswegen ist es wichtiger (I: und viel in der Nacht) genau! Deswegen ist es wichtiger,
399 das aus Sicht der Angestellten oder es es ist genauso wichtig es aus der Sicht der
400 Angestellten zu sehen.. Also: ja, wir berücksichtigen oder wir planen so, aber es ist sehr
401 viel Grundlagen – sehr viel Grundlagenwissen das wir dort erst einmal an den Mann
402 bringen müssen und Verständnis dafür schärfen müssen. ..ahm weitergehende Konzepte
403 über Lichtkonzepte zum Beispiel ah künstliche Beleuchtungen oder auch
404 Akustikkonzepte, . das ist in vielen Ländern noch Zukunftsmusik´ (I: mhm) oder ist es
405 einfach nicht – ist es nicht im Fokus. Wie, wie gesagt: es ist sehr schwierig oder es ist
406 häufig sehr schwierig diesen Mehrwert in der europäischen Planung zu verkaufen. Das
407 man sagt: Was ist denn der Mehrwert für Patienten oder für den Angestellten? Was ist
408 das Besondere an europäischen Krankenhäusern im Moment? Wieso unterscheiden sie
409 sich so sehr von anderen Krankenhäusern auf der Welt? (I: mhm) Und das ist ja wirklich –
410 für uns ist das sozusagen wie eine Mission, das in die Welt zu tragen: was ist jetzt, was
411 macht unsere Produkte aus? Wieso sind sie besser als andere – wieso ist es besser für
412 den Patienten, wieso ist es besser (I: ja) für den Angestellten? Welche Maßnahmen (I: für
413 die ganze Organisation), welche Maßnahmen treffen wir, damit das ganze besser – nicht
414 nur funktioniert´ , sondern einfach auch besser ist. Also dass sich der Patient schneller
415 wieder raus kommt aus dem Krankenhaus, kürzere Verweildauer, ahm, weniger ah
416 weniger Delirium zum Beispiel entwickelt. Also, das das sind viele Dinge, wo wir darauf
417 hinweisen, aber da sind wir wirklich – das ist wie eine Mission die wir haben, wir müssen
418 das platzieren - wir sehen oft Planungen von anderen Büros, und sagen: phh, wer auch
419 immer das geplant hat – aber das ist, so würden wir das nicht machen. Aber, wie gesagt,
420 das ist interessant, dass mal eben weltweit zusehen, wie das funktioniert, weil das gibt oft
421 ganz andere Ansätze´ und andere Dinge, die den die den Nutzern oder auch Kunden
422 wichtig sind (I: mhm)

423 I: Berechtigter Weise!? Wenn man das dann auch hinterfragt, oder? Also kann man auch
424 etwas lernen davon – also

425 B1: Natürlich, natürlich! Man kann, man kann sehr viel daraus lernen, weil wie wir in
426 Europa Krankenhäuser betreiben, wenn man jetzt auf Abteilungsebene geht´-
427 unterscheidet sich schon manchmal extrem, wie es in anderen Ländern funktioniert, weil
428 das sehr viel mit – zum Beispiel in andern Ländern sehr viel mehr Sicherheit zu tun hat –
429 oder auch in anderen Ländern, jetzt, wenn man gerade in die in die arabische Welt geht:
430 dort sind Krankenhäuser Luxus. Also dort ist es privat, dort wollen die - wollen die Kunden
431 oder die Betreiber Geld damit verdienen – deswegen sehen sie es aus einem anderen
432 Blickwinkel (I: jaja) – deswegen stellt sich für die nicht die Frage ob 2-Bett Zimmer,
433 sondern sie sagen: nein nein Einbettzimmer, Suiten: wir wollen den höchsten Standard
434 haben. Also es sind einfach total unterschiedliche Ansätze, die dort gefahren werden – wir
435 können trotzdem immer wieder uns einbringen und sagen: ihr wollt was sehr
436 hochwertiges, wir schlagen euch da sogar noch eine Stufe weiter vor, also wir haben ...so
437 zu sagen für jede Art von Krankenhaus haben wir Konzepte parat, die
438 Gesundheitsförderung bedeuten und aber eben auch in verschiedenen so zu sagen in

439 verschiedenen Kategorien sind – diese Basisdinge (I: mhm). Aber auch diese wo wir
440 sagen: das ist jetzt rocket science – wenn ihr das haben wollt, dann seid ihr so zu sagen
441 top of nodge, also das ist das Beste, was man im Moment machen kann. Also das geht in
442 – das ist eben das interessante an dem internationalem Projektgeschäft: du musst dort,
443 ich sage immer (I: switchen) die Wahl der Waffen, du musst du kannst zum Beispiel in
444 Schwarzafrika kannst du in Regionalspitälern musst du ganz andere Konzepte vorsehen´-
445 als jetzt zum Beispiel in der arabischen Welt – oder sagen wir mal in Südafrika, wenn du
446 dort was planst. Also es sind – man muss da einen sehr weiten Spagat abdecken, aber
447 das ist eben gut, ich finde, also wir ..stellen immer mehr fest: Bewusstsein schärfen für:
448 Was machen wir doch schon alles um diese Gesundheitsförderung oder das
449 Patientenwohl und auch das Personalwohl so zu sagen in den Vordergrund zu rücken.
450 Was machen wir denn da alles? Und das ist eigentlich interessant´ wenn man vieles
451 einfach so als gegeben hinnimmt, für mich ist es unbewusste Kompetenz. Man macht
452 viele Dinge, die man einfach, (I: genau) ja, die macht man so, die macht man so – wenn
453 man dann eben vor dem Kunden steht und ihm das erklärt, nur ein paar Zeilen, dann sagt
454 er: ach so, mhm, mhm, interessant, wieso macht ihr das so (I: ja, ja). Also man muss
455 einen Schritt zurück treten und sagen, was macht man denn eh schon alles, damit, damit
456 es dem damit der Patient wieder schneller gesund wird, damit das Personal ahm damit
457 man weniger Personal braucht, damit das Personal nicht so schnell krank wird – klassisch
458 jetzt. Es ist halt wieder mit Arbeitssicherheit – ahm oder oder Unfallprävention in
459 Krankenhäusern – also das sind viele Dinge, die wir so selbstverständlich machen und wo
460 anders sagen sie: was? Wieso macht ihr das denn eigentlich so?

461 I: Dann ist auch die Frage: ob nicht schon alles gesetzlich geregelt ist? Bei uns? (B1:
462 genau) und eben die Gesundheitsförderung irgendwie nur mehr ganz klein ansetzten
463 kann (I: Ja) als neues Thema, weil wir eigentlich alles schon in Grundlagendokumenten
464 und in (B1: es ist) Planungsempfehlungen (B1: das ist genau) und –Richtlinien

465 B1: Genau – es wird eh schon viel geregelt, also bei uns ist sehr viel geregelt – ahm, das
466 sind halt, die Stellschrauben sind dann kleiner – wo man wirklich sagen kann, da kann
467 man noch nachbessern, da kann man noch besser werden (I: genau). Ob sich zum
468 Beispiel so ein Konzept flächendeckend wie, wie in in von Graft flächendeckend (I:
469 umsetzen) realisieren lässt (I: ja), dass weiß ich ehrlich gesagt nicht. Das wär schön, aber
470 es ist halt – im Moment ist es ist es glaub ich noch, ist es ein bisschen so Zukunftsmusik,
471 was man damit alles machen kann´ vor allem, wenn´s auch nicht wirklich wissenschaftlich
472 belegt ist, dass es, dass es einen Mehrwert bringt – ich meine

473 I: Wobei da wird ja ordentlich – glaube ich geforscht

474 B1: ja ja da wird total, da wird total viel geforscht, aber auch nicht nur – nicht nur an
475 diesem Lichtkonzept sondern eben auch an an grade eben aus Patientensicht aber eben
476 auch alles was mit Hygiene (I: ja) und eben Prävention von Infektionen zu tun hat´ ist ja
477 auch interessant (I: ist ja). Konzept, dass sie zum Beispiel gesagt haben in, in diesem in
478 diesem ICU-Zimmer gibt es keine, keine Verbrauchsmaterialien, weil sie eben von – als
479 wie ich es besichtigt habe – von ein paar Monaten hatten wir ja einen Keim´ - damit
480 musste eine ganze Station geschlossen werden und alle Verbrauchsmaterialien, die
481 innerhalb der Zimmer waren, mussten weggeschmissen werden. Haben sie gesagt: jetzt
482 haben wir was gelernt (I: jetzt kommt das gar nicht mehr) jetzt kommt das raus. Selbst
483 wenn das Zimmer jetzt eine Keimbelastung hat, brauchen wir nicht das ganze Material

484 wegschmeißen, dass wir darin lagern´ - wir lassen es (I: ok, ja) – und das ist schon
485 interessant in welche Richtung das sich dann entwickelt´ so zu sagen, wir machen es ein
486 bisschen anders als bisher, weil die Problematik, weil die Problematik sich verschoben
487 hat. (I: mhm) Weil Keimbelastungen immer schlimmer werden´ - damit kämpfen ja fast alle
488 Krankenhäuser heutzutage (I: genau, ja)

489 I: OK, gut..so ich glaube, wir haben grundsätzlich einmal alle ..für dich, wenn wenn du die
490 Begriffe Health Architecture oder Healing Architecture oder Evidence Based Architecture
491 siehst´ - wo würdest du Gesundheitsförderung am ehesten sehen, oder ist das alles
492 drinnen?

493 B1: Ist eigentlich alles drinnen (I: ja?). Also es sind eigentlich alle drei oder ja es sind
494 wenn man jetzt sagt, es sind drei unterschiedliche Konzepte, dann ist das überall mit
495 drinnen. Spielt alles eine Rolle.

496 I: genau, ja.....ok.....und wenn trotzdem für dich als Architekt die Anforderung eines
497 Healing Hospitals kommen würde – jetzt auf allen Ebenen, wer wären da deine, was
498 wären deine Schritte – wo würdest du quasi suchen, wo du die best möglichen
499 Empfehlungen oder was weiß ich, die beste Literatur findest?

500 B1: Also es gibt es gibt ja diese Serie von der Frau Professor Nickl-Weller (I: genau, ja)
501 die Healing Architecutre – da gibt’s glaube ich mittlerweile fünf Ausgaben – da , da ist
502 sehr viele Beispiele und sehr viele wissenschaftliche Ansätze – so sagen wir
503 Farbkonzepten, Materialkonzepten, also überhaupt, so welche Konzepte sind denn schon
504 mal wissenschaftlich belegt (I: mhm), die einen Sinn machen. Es gibt relativ viel Literatur
505 darüber – ahm – jetzt wirklich im, dass man sich wissenschaftler dazu nimmt, also: was
506 kann man da machen? – wüsste ich jetzt nicht, an wen man da herantreten kann – selbst
507 in Berlin, glaube ich nicht, dass man da, also ich weiß, wie sie plan..ich weiß, wie Nickl
508 plant und was die Ansätze und Konzepte sind´

509 I: Haben die im Team auch niemanden, der – der

510 B1: Also das haben sie, das haben sie sich auf die Fahne geschrieben (I: ja) und ich
511 glaube, das ist ein bisschen aus dem Studium hervor gegangen, dass wir jetzt so zu
512 sagen Healing Architecture in das, in das Studium in Berlin integriert – aber wir hatten in
513 meiner Zeit, in der ich in München war – wir hatten da niemand, der sich speziell damit
514 beschäftigt hat.

515 I: Weil das – ja eben, weil das Konzept der Gesundheitsförderung überhaupt
516 Gesundheitswissenschaft, z.B. in Neuseeland, das oft vorschreibt, dass Ärzte eine
517 gesundheitswissenschaftliche Zusatzausbildung automatisch dazu machen (B1: aha, ok),
518 also die Public Health Zusatzausbildung und eben viele, die mit dem Thema Gesundheit
519 oder Versorgung arbeiten – egal welche das auch speziell dazu sich aneignen –
520 manchmal sogar vorgeschriebener Weise.

521 B1: Also habe ich bis jetzt noch nicht kennen gelernt.

522 I: OK.gut´, dann glaube, habe ich alles (B1: Wars das schon?)

523 I: DANKE

Interview 2

- 1 I: Genau, also: grüß Gott noch einmal und danke für die Zeit, die sie mir widmen..
- 2 B2: Gerne
- 3 I: ..mit dem Interview..ah..es wird cirka 40 Minuten dauern – zumindest ist das der
4 Erfahrungswert. Die Daten werden vertraulich behandelt und ..ah..ich verwende in der
5 Sprache die männliche Form und da ist die weibliche gleich berücksichtigt´ also es geht
6 grundsätzlich bei dem Thema darum, in wie weit ah die Architektur und die ganze
7 Planungsphase von Krankenanstalten oder Teil ..Teilbauten im Krankenanstaltenbereich
8 einen positiven Einfluss auf Aspekte der Gesundheitsförderung ..ahm ..ausüben kann.
9 Das (B2: mhm) ist so grob (B2: ok) das ah Thema (B2: mhm) und ah meine zu meiner
10 Person (B2: mhm) eben ..ich habe HTL Bautechnik gemacht (B2: mhm) und dann später
11 Gesundheitsmanagement studiert, hab i im mit Bachelorabschluss, die Bachelorarbeit hat
12 bereits diesen Themenbereich auch behandelt (B2: mhm, mhm) und ..ja Architektur ist mir
13 ein persönliches Interesse und die beiden Bereiche Architektur und Gesundheit zu
14 Verbinden ist mir ein großes Anliegen. ..Gut. Darf ich sie kurz um eine Angabe zu ihrer
15 Person (B2: bitte) und ihrer beruflichen Tätigkeit bitten!
- 16 B2: Also mein – zu meiner Person kurz. Also ich habe vor – als 1988 als diplomierter
17 Krankenpfleger in Südtirol diplomiert. War dann lange Zeit im im OP Bereich tätig, habe
18 dann in Frankfurt a vier Semester OP-Management studiert, habe dann in weiterer Folge
19 an der Donau Universität in Krems vier Semester Gesundheitsmanagement studiert und
20 bin zur Zeit beim MBA dabei im im Krankenhausmanagement – diesen eben
21 abzuschließen nächstes Jahr. Ich war natürlich an an vielen Krankenhäusern schon Tätig
22 in meiner Zeit als ein fünf verschiedenen Krankenhäusern – war immer im OP Bereich
23 tätig..in leitender Position. Und bin seit 2010 jetzt in diesem Krankenhaus als
24 Verwaltungsdirektor tätig.
- 25 I: Mhm (B2: mhm)...Und haben da auch schon Umbauten gehabt?
- 26 B2: Ja, genau. Genau.
- 27 I: ..das habe ich mitbekommen.
- 28 B2: Ja, genau. Im Laufe der der beruflichen Tätigkeiten genau – war ein Umbau am
29 Landeskrankenhaus in Villach zu zu organisieren - ein großer Umbau an der Privatklinik in
30 Villach...und jetzt seit 2010 in der Rolle des Verwaltungsdirektors ist es eigentlich eines
31 der Hauptaufgaben (I: mhm) hier mitzuwirken, bei den ganzen Umbau- und
32 Planungsmaßnahmen.
- 33 I: Ok..(B2: mhm)..gut. Ich möchte zuerst das Thema Gesundheitsförderung im
34 Allgemeinen (B2: ja), abklären (B2: ja), was was würden sie persönlich jetzt, ohne ohne
35 auch den ah...wissenschaftlichen Hintergrund..was verstehen sie unter
36 Gesundheitsförderung?
- 37 B2: Also wenn ich jetzt einmal das ganze wissenschaftliche weglasse (I: ja) würde, dann
38 würde ich sagen, und dann würde überbleiben: Gesundheitsförderung hat für mich mit
39 dem zu tun, dass ich beim Erbringen meiner täglichen Arbeit meinen Körper im geringster
40 Art und Weise beanspruche (I: mhm). Hat eigentlich den Aspekt Gesundheitsförderung.
41 Also dass ich sage: Wenn ich zum Beispiel eine tolle, helle Umgebung habe - also die

42 Gefahr, da der Brille vermeiden kann, sag ich (I: ja) einmal primär. Wenn wenn ah die
43 Möglichkeit besteht, genügend ah Raum zu haben für Bewegung, zum Beispiel, dann
44 beuge ich dem ganzen der ganzen Haltungsproblematik vor, die wir ja leider Gottes alle
45 mit uns jetzt schon tragen. Durchschnittlich geht ja der durchschnittliche Österreicher pro
46 Tag vierhundert Meter - (?) man sich das vorstellt, dann is ein Wahnsinn. Also ich würde
47 da d des so zusammenfassen, dass ich sage: Gesundheitsförderung allgemein hat mit
48 dem zu tun, dass es meinem Körper am Ende des Tages gut geht und dass ich sagen
49 kann: ich muss jetzt nicht nach Hause und brauche jetzt zwei Stunden Erholung von der
50 Arbeit (I: ?), sondern dass ich wirklich sagen kann: ok, der Körper hat geringste
51 Abnutzungen

52 I: und auch geistig, wahrscheinlich (B2: und geistig), dass man (B2: natürlich, natürlich)
53 (I: ??) nicht komplett (B2: genau, genau, genau) ausgelaugt ist. Mhm.

54 B2: Durch Farbgestaltung in Büros (I: ja), durch tolle a ahm Raumkonzepte: zum Beispiel
55 unser Speisesaal, den wir neu gestaltet haben bei uns, oder wenn man sich den OP Saal
56 anschaut, oder die Intensivstation anschaut – also durchaus Aspekte miteinfließen lässt,
57 die nicht das typische abbilden.

58 I: Mhm.

59 B2: Und durchaus auch Kunst. Also man kann ohne weiteres, da kann ich ihnen danach
60 drüben zeigen: in unserer Eingangshalle, haben wir durchaus – ist eine Eingangshalle
61 eines Krankenhauses, ja. Aber wirklich mit toller zeitgenössischer Kunst gestaltet (I:
62 super, ja). Mhm, mhm. Ja.

63 I: Sehr gut. Das bezieht sich jetzt auch auf das Krankenhaus, weil im Krankenhaus gibt's
64 ja unterschiedliche – also es wird manchmal wird im Krankenhaus Gesundheitsförderung
65 gemacht. (B2: ja) Das heißt halt Gesundheitsförderung im Krankenhaus (B2: mhm). Das
66 ist jetzt eher schon eine wissenschaftlichere Betrachtung (B2: mhm) und dann eben: das
67 Gesundheitsfördernde Krankenhaus (B2: mhm), wo das Ganze im im
68 Unternehmenskonzept quasi als (B2: verankert) Strategie verankert ist (B2: genau) und
69 jeden (B2: genau, genau) grundsätzlich einmal (B2: ja) vom Ansatz her ja jeden Bereich
70 des Krankenhauses (B2: genau, genau) umfassen soll (B2: genau). Mir..i in der Arbeit
71 geht's mir eigentlich nicht um einen speziellen Zugang, sondern eigentlich um das Thema
72 (B2: ja, ja). Also wie auch immer das (B2: ja) abgearbeitet wird – ich glaube jeder Beitrag
73 (B2: ja) ist ein guter Beitrag (B2: mhm). Ob jetzt (B2: mhm) in der Strategie oder (B2:
74 mhm). Gibt sicher Krankenhäuser, die kümmern (B2: ja) sich unbewusst wahrscheinlich
75 (B2:ja) sehr gut (B2:ja) darum, ja.

76 B2: Aber wenn ich da noch ergänzen darf: vorher hab ich die Frage beantwortet, was für
77 mich persönlich (I: ja) Gesundheitsförderung ist. Wenn ich jetzt sage: was ist die die
78 Gesundheitsförderung eines einer Institution? (I: ja). Dann muss ich eigentlich so die
79 Antwort geben: die Gesundheitsförderung muss dahin abzie..dahingehend abzielen, dass
80 das höchste Gut eines Betriebes (I: mhm) der Mitarbeiter, bestmöglich in seiner
81 Umgebungunterstützt wird (I: mhm), begleitet wird....was auch immer (I: ja) aber
82 alles nicht mit diesen ..und zwar mit dem Fokus wirklich: das höchste Gut! (I: ja). Bei uns
83 jetzt kann man sagen, im Krankenhaus: natürlich ist der Patient auch ein, hat ein höchstes
84 Gut – aber ohne einen gesunden Mitarbeiter kann kein Patient betreut werden. (I: mhm)
85 Und therapiert werden....Also das das Firmenmäßig würde ich das sogar noch darüber

86 stellen, dass ich eben sage: da hat Gesundheitsförderung sogar als Ansatz eine eine
87 Verpflichtung des Arbeitgebers dafür zu sorgen, dass die Rahmenbedingungen, in denen
88 der Mitarbeiter seine Leistung erbringt, wirklich ahm ...ein hohes Maß an an
89 Möglichkeiten bietet. (I: mhm)...Mhm. Und da hätten wir einige tolle (I: super) Beispiele
90 zum zeigen hier (I: ja, ja...sehr schön). Mhm.

91 I: Nein, das ist – ich finde eh: der Ansatz ah auch den den Mitarbeiter in den Mittelpunkt
92 zu stellen, das ist schon auch ganz wichtig.....Genau.....Ah. Bei ihnen im Krankenhaus –
93 sie sind ja ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus´ (B2: ja, genau)..wo, wo ..in welcher
94 Funktion – sie haben gesagt vorher eine Stabstelle (B2: genau). Wer kümmert sich (B2:
95 genau, genau, genau) um dieses Thema? (B2: genau, genau, genau).

96 B2: Bei uns ist das im Haus so organisiert, dass ah...die Frau Magistra XX diesen
97 Bereich der Gesundheitsförderung als Stabstelle der Geschäftsführung eben inne hat. (I:
98 mhm) Genau, genau.

99 I: Und das ist eine einzelne Person oder haben sie (B2: eine Person, ja) da irgend –
100 können sie das kurz um um um ... (B2: umreißen) umreißen, genau. (B2: genau) (??) Wie
101 diese Tätigkeit oder wie diese ..die Aufgabenbereiche sich (B2: ja, ja)..im Groben.

102 B2: Naja, jetzt – da kann ich jetzt nicht, also ich kann im Groben des des versuchen zu
103 skizzieren: Und zwar die Frau Magistra XX a..h..m..ist sehr aktiv – muss ich diesbezüglich
104 dazu sagen und und ah nimmt sich immer wieder Bereiche heraus, auf Grund ihrer
105 Begehungen (I: mhm) – ahm, da gibt's ja auch diese..n diese ascha (??) Sitzung´ (I: ok)
106und auf Grund dieser Defizite, die vielleicht aufgedeckt werden: zum Beispiel ganz
107 einfache Sachen: ah wir haben im im Untergeschoss zwei relativ dunkle Räume´ wir
108 haben wenig ahm ahm, also wir haben schon Licht, aber aber nicht jetzt unbedingt ah ah
109 ein überproportional starkes Licht. So: und bei Begehungen hat es dann die Frau Magistra
110 XX festgestellt und hat gesagt: ok, wie können wir dort auch punktuell für eine schönere
111 Umgebung sorgen (I: mhm)? Was ja auch wieder Gesundheitsförderung dann für (I: ja ja)
112 die Mitarbeiter. Wir sind hergegangen und haben dann uns Gedanken gemacht: Wie
113 könnten wir diesen Raum da unten, der wirklich unter Tag liegt – deutlich unter Tag liegt,
114 mit Farben gestalten, mit Licht gestalten, auch ein paar Einrin..neue
115 Einrichtungsgegenstände dort ah einbringen..und diese Projekte, die sich ja daraus
116 ergeben, dass d dass die Frau Magister XX mit dem Arbeitsinspektor und so weiter diese
117 Begehungen bei uns im Haus hat, generiert natürlich diese diese Möglichkeiten, die
118 momentan und in der Vergangenheit nicht ganz optimal noch in Szene gesetzt wurden.

119 I: Ja..Welche Funktion haben die Räume?

120 B2: D..Umkleideräume (I: ja, mhm) Sind ganz normale Umkleideräume.

121 I: Ja da muss man sich (B2: genau) grundsätzlich nicht so drum kümmern, nicht?

122 B2: Na ja. Ganz (I: ja) genau, aber jetzt sind wir wieder bei dem Punkt – wenn ich sage:
123 ok, wenn ich von dem Mitarbeiter eine (I: mhm) eine Leistung verlange, dann muss ich
124 aber am Beginn bereit sein, die Möglichkeiten zu geben, die mir zu Verfügung stehen.
125 Und ob ich die Wand jetzt bemale oder nicht bemale (I: ja) ist nicht a großer (I: genau, ja)
126 Aufwand. Deswegen haben wir das dann gemacht – oder es gibt ein Beispiel, ein anderer
127 Aspekt der Gesundheitsförderung: wir haben die Frau Magistra XX diesen Alpha Lauf bei

128 uns eingeführt (I: mhm). Also das ist so ein ein (I: das kenne ich, das haben wir auch)
129 genau, genau. Dann ein weiterer Aspekt: wir haben zum Beispiel ahm....

130 I: Gibt's gg..z..zum Beispiel zum Sportangebot muss ich (B2: ja) jetzt kurz einhacken (B2:
131 ja): wenn das die Mitarbeiter machen, haben sie bautechnisch dafür Möglichkeiten sich
132 dann – also im Krankenhaus ist das wahrscheinlich eh gegeben: Umkleidekabinen (B2:
133 ja) zu haben (B2: mhm) um sich da ordnungsgemäß umzuziehen (B2: genau, genau,
134 genau). Das - Einfach die Infrastruktur zu bieten für die Leute (B2: genau), dass sie das
135 auch machen (B2: genau) können, nicht (B2: genau, genau, genau). Ist ja sehr wichtig,
136 (B2: ja, ja)

137 B2: Und ein weiteres..Projekt, das wir planen – das wird aber noch ein bisschen länger
138 dauern – aber es wird dann mit Abschluss der Bautätigkeiten sein – wir werden ah..in
139 einem bestimmten Bereich des Krankenhauses einen, eine so genannte Ruhe-Oase, so
140 ist einmal der Überbegriff – aber ah ..Sache wird sein: wir werden einen einen Garten
141 teilgestalten´ wo der Mitarbeiter sich in der Mittagspause, wenn er sie zum Beispiel nicht
142 zum Essen nutzt, sich rene regenerieren kann: und das kann er machen, in dem er sich
143 hinlegt – wir werden tolle Liegen aufstellen – wir werden so einen Ort ah Parcours
144 machen wo man zum Beispiel barfuß über Steine wandern kann, wo man über Hölzer
145 wandern kann – also durchaus sehr (I: super) eine eine eine eine gestalterische
146 Maßnahme, die so Richtung – a bissal so ..Regeneration a..a..in einer kurzen Zeit mit sich
147 bringt, und da sind wir dabei, ..das weiß ich von der Frau Magistra XX, dass ma da
148 durchaus des auch wissenschaftlich begleiten lassen (I: super ja). Die Uni da in in Graz (I:
149 in Graz). Mhm, die botanische (I: wer macht das, die Uni..a die Garten..). Die botanische
150 Uni (I: über die Landschaftsgestaltung, ja) genau, genau, genau. Da zum Beispiel is ein
151 Projekt, das momentan für uns so... in Planung ist: und da gibt's ganz tolle Skizzen dazu
152 schon ...das ist relativ weit. Dann eine andere Sache, die wir zum Beispiel unbedingt
153 machen möchten: wir sind dabei, uns zu überlegen: wie könnten wir unser..unsere
154 Physiotherapie dahingehend ob einer bestimmten Zeit nutzen, wo dann keine Patienten
155 mehr therapiert werden...für ..körperliche ee Aktivität inm Sinn von von normale
156 Bewegungs a a abläufe, wo man sagt: ok, Rücken-stärkende Maßnahmen oder oder oder
157 ebe speziell für das Krankenhaus oder für die Mitarbeiter (I: mhm) eigentlich des
158 Krankenhauses zugestimmte Konzepte, wie man was zum Beispiel..jemand hat
159 Rückenschmerzen und so weiter, dass man in dieser Richtung durchaus Sachen anbietet,
160 dass man (I: dass man die interne Infrastruktur auch nutzt, ja) nutzt richtig, genau, ja,
161 mhm. Da muss ma sagen (: super) da gibt's ein paar Satelliten, die momentan, mhm..

162 I: Heißt das, für diese, wenn sie das jetzt ..bereits im Kopf haben, für diese Gestaltung, für
163 diese Ausgestaltung (B2: Gartengestaltung, ja). Haben sie dann auch jemanden, der
164 ihnen dabei hilft (B2: ja), das zu (B2: ja, genau) planen?

165 B2: Und zwar, das haben ..das hat die Frau Magistra XX so organisiert – ich bin ja immer
166 nur derjenige, der dann wieder das Geld zur (Lachen) Verfügung stellt, deswegen
167 kommen die Personen zu mir – aber sie wird das ganz mit der Botanik in Graz planen. (I:
168 mhm). Auch wirklich im Sinne der (I: Regeneration) gartengestalterischen Möglichkeit:
169 was braucht man, wenn man zum Beispiel, das wissen wir alle, Zirbe zum Beispiel (I: ??)
170 reduziert den Herzschlag – ein anderes Ding animiert zum Beispiel und so weiter – so:
171 also diese Kombination einerseits durch die Pflanzen – aber andererseits auch die
172 Bodenbeschaffenheit: was braucht jemand, der vielleicht fünf sechs Stunden schon jetzt

173 ah ah Tätigkeiten gehabt hat, die man im Stehen und Gehen verrichtet hat – was bräuchte
174 der jetzt: zum Beispiel fußzonenmäßig (I: ja`) als ah kurze zehn Minuten Entspannung,
175 damit er vielleicht am Nachmittag wieder besser regeneriert (I: ja ja) ist. Ja ja. (I: das hört
176 sich sehr spannend an) ja ja. Da wird ah wird ein tolles Konzept werden. Mhm, auch (I:
177 sehr gut) ..tolles Projekt.

178 I: Das heißt, sie ...ah...m..beziehen ja schon Leute mit in die Projekte ein, die sich diesem
179 Thema auch (B2: ja) widmen (B2: mhm). Haben sie dann, kennen sie irgend (B2: husten)
180 welche Institutionen in Österreich, die auf wissenschaftlicher Ebene sehr mit dem Thema
181 (I: ja, ja)

182 B2: Da gibt's einen anderen Bereich, den wir sehr forciert haben mittlerweile, und zwar
183 das ist alles Licht und Farbe.

184 I: Super, ja.

185 B2: Da gibt's ja immer wieder diese Vorträge' jetzt wie dieser Professor heißt, weiß ich
186 nicht (I: Fischer) Fischer, richtig (Lachen) genau, dankeschön. Bei mir richtig, genau (I: ein
187 Interview schon hinter mir)..und der ist ja wirklich (I: ja) – also der macht ja wirklich tolle (I:
188 ja) Sachen. Genau.

189 I: Das Institut Licht und Farbe, ja!

190 G: Genau, genau, genau sie sind ..richtig, ganz genau der. Und der hat die Frau Magistra
191 XX zum Beispiel sehr unterstützt bei uns im Sinne der der der Farbgestaltung des Hauses
192 (I: mhm) und wir können dann wirklich eine Runde, kleine Runde durchs Haus gehen und
193 sie werden sehen, wie immer wieder - oder auch do zum Beispiel und und die die Frau
194 Magistra XX legt des natürlich auf das gesamte Haus schön Schritt für Schritt langsam
195 aus. Wir haben zum Beispiel in der Apotheke ah ah haben wir die die Räumlichkeiten
196 saniert - natürlich war da Licht und Farbe ein Thema. Wir haben hier in der Abteilung
197 Rechnungswesen Controlling die Sanierungen a a durchgeführt! Natürlich war da Licht
198 und Farbe ...a Thema. Wir haben zum Beispiel oben im in der Geschäftsführungsetage..
199 wo die...Pflegedirektion und so weiter, Frau Magistra XX sitzt ..auch dort haben wir das
200 gemacht. Bei den Ärzten haben wir es gemacht. Wir sind dabei jetzt ahm das Büro der
201 Personalabteilung an eine andere Stelle zu bringen – einen Transfer zu machen, auch
202 dort ist wieder Licht und Farbe ganz stark (I: mhm) hängt auch mit dem zusammen, dass
203 die Frau Magister XX sich sehr intensiv eben mit diesen zwei Aspekten
204 auseinandergesetzt, ja.

205 I: Was hat die Frau XX für eine Grundausbildung? (B2: ursprünglich)..für die Funktion?
206 (B2: na, sie ist..). Ist das ihre Haupttätigkeit?

207 B2: Nein, nein (I: nein.). Nein.

208 I: Eben, dass ist ja oft nur eine ...

209 B2: Sondern das ist einfachen eine eine Ergänzung zu der Gesundheitsförderung ,
210 gesundheitsfördernden Projekten (I: ja), die sie eben bei uns über's Haus gestaltet und
211 ausrollt – ursprünglich ist sie eine eine diplomierte Gesundheits- (I: aha) und
212 Krankenschwester, die..ich glaube, Sozialpädagogik dann studiert hat (I: mhm) und
213 Anschluss an der Umit gemacht hat. Also – ja. (??)

214 I: Ok, super. Na klingt sehr spannend, ja. (B2: husten) Ah..um das noch weiter
215 ah..fortzuführen und einmal auf den Patienten umzulegen: was glauben sie, ist dem
216 Patienten am wichtigsten im Krankenhaus – jetzt abgesehen, dass er die best mögliche
217 (B2: ja) therapeutische Behandlung bekommt? Also dass sein med...dass der
218 medizinische Verlauf oder der therapeutische Verlauf einmal von der (B2: ja)
219 medizinischen Seite (B2: gedeckt und gegeben) gedeckt und gegeben ist, genau.

220 B2: (Atmen). Gut, jetzt muss ich sagen: sie befinden sich da drin einem
221 Ordenskrankenhaus. Das, das, das ist schon..und des ..(lachen)..do do do unterscheiden
222 sich jetzt diese klassischen Patienten, die zu uns kommen, die, die unterscheiden sich
223 von den klassischen Patienten einer öffentlichen Krankenanstalt.

224 I: Schon!?

225 B2: Ja, ja, ja. Ich werde ihnen jetzt sagen, wieso. Wir haben natürlich bei unserem Haus
226 ganz eine andere Fürsorge für die Patienten als es in am öffentlichen Krankenhaus (I:
227 sie schon vom Auftrag her) . genau, vom Auftrag. Ganz klar. Das zweite ist – und das hat
228 mich sehr heute beeindruckt – ich war am Vormittag im Haus unterwegs und dann einige
229 Patienten getroffen, und es war ein Patienten war heute bei mir, der sich bedanken wollte
230 für die für die gute Pflege und auch für die gute ärztliche Betreuung – und der hat gesagt:
231 was er besonders geschätzt hat, war, dass jede Schwester, wenn sie in´s Zimmer
232 getreten ist, angeklopft hat (I: mhm) also hochinteressant, dass dieses, dieser ganz
233 einfache (I: ja) Umgangs..diese ganz einfache Umgangsform so Gewicht hat.

234 I: Ja.

235 B2: Oder wir werden dann noch kurz (I: ..das Eindringen in den Privat..) genau (I: bereich,
236 doch noch immer, nicht?). Ja. Oder wir werden dann noch einen einen einen Rundgang
237 auch ah durch den Patientengarten machen (I: mhm). Schauen sie sich den
238 Patientengarten an. Und das sind alles so so Sachen, die die Patienten extrem zu
239 schätzen wissen. Und natürlich jetzt.. und jetzt glaub ich kann man schon wieder zu der
240 Struktur. Wir sind auf einer relativ kleines Krankenhaus mit einer sehr überschaubaren
241 Struktur und Patienten, die zu uns kommen – und jetzt muss ich wirklich dazu sagen: wir
242 haben zwei so a..h..m bewertende Segmente: einerseits ist´s die interne Medizin´ dort ist
243 der Durchschnittspatient zirka drei-vierundsiebzig Jahre alt – (I: mhm) und dann haben wir
244 dieses Segment: HNO, Chirurgie, den operativen Teil..und der Schmerzteil dazu – und da
245 ist der Patient zirka zwischen vierzig und fünfzig Jahre alt. Obwohl sehr viele Kinder auf
246 der HNO operiert werden, trotzdem diesen Durchschnitt. So: Das sind Patienten, die
247 mittlerweile schon auch die Erkenntnis in sich tragen: Ruhe ist ein großer Teil der Heilung
248 (I: mhm). Und das ist wirklich das interessante bei uns ah, dass wirklich Ruhe auch immer
249 wieder gefordert wird. (I: ja)..und wenn man durch das Haus dann gehen, dann können
250 wir schauen, bei den Aufenthaltsräumen, wir haben relativ einfach eingerichtete
251 Aufenthaltsräume. Haben es einige Male schon versucht, die zu gestalten. Bin jetzt auch
252 wieder dabei, ein neues Konzept ..ah..in einem Bereich zu machen. Und ich bin gespannt,
253 wie es angenommen wird. (I: ja). Und ah..dieses ..kleine..familiäre ..überschaubare, sich
254 zurückziehen könnende, der schöne Patientengarten..der fürsorgliche Umgang der
255 Patienten – helle Räume vor allem. Wir haben zum Beispiel, können nachher anschau´n,
256 wir sind dabei, den Teil des B Hauses neu zu gestalten, zu sanieren. Und das wird
257 wirklich ein toller, a toller Vergleich, das könn´ma uns dann anschau´n. Die schöne helle

258 Station 2B, jetzt neu saniert und die herkömmliche Station 1B einen Stock drunter dann
259 noch im alten Kleid (I: mhm). Wir sind dabei zur Zeit die 3B zu ..die die Station 3B zu
260 sanieren´ und natürlich nicht überraschend: mit sehr viel Farbe gestalten (I: ja). Die wird
261 den Hauptton grün bekommen (I: ok: ja). Mhm. Und und das ist, also ich glaub´alles in
262 allem: des ist das, was der Patient schätzt, einerseits eine sichere Umgebung,
263 eine..fürsorglicher Umgang. Die Möglichkeit im Zentrum von Graz einen Patientengarten
264 zu genießen, wie man ihn vielleicht sogar zu Hause haben möchte (I: mhm) was für viele
265 als Wunsch ist und und durchaus in einer tollen Umgebung gesund werden zu können:
266 mit einem bestimmten Aspekt der Ruhe. (I: ja). Ich glaube, dass das zusammen ist der..

267 I: Ja da gibt´s ja – zum Beispiel in Berlin haben wir besichtigt: Intensivstation..am ah..ah
268 ein ah auch ein ah begleitetes Projekt, forschungsbegleitete Projekt (B2: ja): die haben ja
269 komplett diesen intensiv ...Lärm (B2: ja) versucht rauszuholen aus den (B2: Zimmer, ja).
270 Weil das halt für den Patienten extrem (B2: ja ja) belastend (B2: ja) ist. (B2: ja). Das
271 Forschungsprojekt läuft eh (B2: mhm, mhm) noch. Das sind zwei Zimmer mit einem
272 Versorgungsraum (B2: ja ja) dazwischen...Und da ist eben die Ruhe vor allem (B2: mhm,
273 mhm) ein riesen Thema (B2: mhm, mhm, mhm), in dem Bereich (B2: mhm, mhm)

274 I: Ahm, wenn man jetzt die Planungen der letzten Jahre betrachtet, wer war an den ..also
275 gab´s so etwas wie Nutzerbeteiligung, jetzt ...sowohl von der Patienten..meistens, wenn
276 man eine Intensivstion baut, ist es ja fast..ahm Angehörigen Thema ah..(B2: ja)..mehr
277 würde ich jetzt einmal vermuten – dass man diese, diese Meldungen sehr ernst
278 nimmt..und OP Bereich..ah, wie gestalten sich solche Nutzerrunden? Weil das ist ja für
279 mich...das könnte (B2: ja) könnte man ja davon ausgehen, dass das eben das Thema
280 Gesundheitsförderung (B2: mhm, genau) ziemlich intensiv mit reinbringt: (B2: genau) das
281 sind zwar nicht die Experten, aber der Patient (B2: genau) ist immerhin ein Experte für
282 seine Gesundheit und der (B2: der Mitarbeiter) Mitarbeiter genau (B2: genau genau) so.

283 B2: Na, des des darf ich ganz kurz schildern: und zwar bei uns war das so: speziell jetzt
284 die Intensivstation wurde natürlich von von primär vom Architekten geplant. Aber schon in
285 der Vorstudie haben wir Ärzte, Mitarbeiter sofort dazu geholt, um eben diese Struktur so
286 zu schaffen, dass man sagt: sie soll nicht nur jetzt dem medizinischen besten Standard
287 entsprechen, sondern auch durchaus dem Mitarbeiter entgegen kommen: kürzeste Wege
288 (I: mhm), helle Räume, aahmm...Möglichkeiten der der Rückzieh...ah ah möglichkeiten.
289 Dann: wie ah müssen Mitarbeiter dort unter einfachen Möglichkeiten – zum Beispiel die
290 ganze Lagerhaltung war war war für mich so ein Thema...ah...diese ganze
291 Modulbauweise, dass die gleich gestaltet sind in jedem wieder ..und und im
292 Vorbereitungsraum, und so weiter..beziehungsweise dann auch die Bodenbeschaffenheit
293 (I: ja). Auch das war ganz was zentrales, weil wir gesagt haben: bitte, es gibt jetzt
294 mehrere Möglichkeiten, was für euch, die ihre täglich acht (I: oder mehr) oder noch mehr
295 Stunden auf die Füße unterwegs sind – wie...was soll das Bessere sein. Is es ein
296 Steinboden, der das das Optimale ist, is es der der der der Bodenbelag aus einem
297 Kunststoff oder oder was ist jetzt wirklich das, was euch am am ehesten am besten
298 entgegen kommt? Und natürlich: viele ah ah Sachen haben sie auch darum ah ah ah
299 geranken und und waren deswegen Thema: die ergonomische a a Arbeitsweise und sie
300 waren drüben (I: mhm) – sie haben gesehen, der gesamte Schreibtischbereich kann
301 sowohl als Tisch verwendet werden oder er kann auch als Stehtisch (I: mhm) verwendet
302 werden. Ganz genau. Wo ma gesagt haben: gehen wir einmal so so Tagesabläufe durch.
303 Was wird an diesem Tisch, an diesem Überwachungspult, würd ich einmal sagen, alles

304 gemacht: ja, Morgenbesprechungen, dann die ganze Dokumentation und so weiter. Gut.
305 Jetzt weiß man wieder, wenn man zum Beispiel an einem Tisch, der nur an einer Seite
306 begehbar ist, denn vorne hinaus war ja der der Blick hinaus in die (I: in die Zimmer) in die
307 Zimmer gegeben, ja wenn man jetzt eine Besprechung machen, dann schau sich alle
308 eigentlich..oder zeigen sich alle den Rücken. (I: mhm). So..und wie haben wir das dann,
309 das haben wir dann haben des dann ganz einfach gesagt, wir haben gesagt: ok, wenn
310 man diesen Tisch jetzt so als Art Stehtheke verwenden könnten (I: genau), dann könnt ma
311 uns rundherum – ganz genau, so. Deswegen war dann diese Idee dahinter zu sagen: gut,
312 dann fahren wir Teile des Tisches, nicht alle Teile, aber die beiden Endteile: die fahren wir
313 dann in die Höhe, so dass man wirklich eine stehende Übergabe machen kann (I: mhm),
314 mit einer größeren Gruppe (I: ja). Optimal – wird täglich verwendet (I: wirklich?) optimal (I:
315 super). Ja, ja....Und natürlich waren die die Nutzer die, die schlussendlich schon uns
316 einerseits den Planern, aber uns, die die Verantwortung hatten für das Projekt dann gut
317 zu Ende zu führen´ die haben uns schon ah mit ihren Ideen und mit ihren kreativen
318 Vorstellungen sehr gefordert (I: mhm). Und wir sind – wo die Möglichkeit war, auch sehr
319 stark eingegangen auf die Punkte. (I: Ja). Und das haben wir im zweiten Stock also auf
320 2B genauso gemacht, wie im OP, dort war´s natürlich noch viel (I: intensiver) stärker (??)
321 Aber da muss ich sagen war war ich natürlich a (Lachen) sehr stark selbst (I: da kommt
322 die eigene) die eigene Erfahrung dazu kommt, genau (I: dazu ja). Und jetzt zum Beispiel,
323 auf der Station 3B, die wir zur Zeit sanieren, hätten wir ja ein blaues Konzept eigentlich
324 vorgesehen gehabt, als Farbkonzept – weil Chirurgie (I: mhm) die ja dann immer mit den
325 blau oder die OP mehr mit blauem in Verbindung (I: mhm) gebracht wurde und da hat sich
326 dann interessanter Weise die Stationsleitung in Absprache mit dem Primarius do wirklich
327 für die Farbe grün entschieden (I: ja) und des war wirklich toll – und auch die ganze
328 ..wissen´s die ganzen Wege: wie kann man unter Einhaltung der kürzesten Wege die
329 maximale Effizienz der Leistung schaffen? Wir haben bewusst zum Beispiel ah..zentral
330 jetzt eine Patientenkaffeeentnahmestelle (I: ja) generiert. Oder eine eine eine Saft und
331 Wasser und Tee Kaffee Stelle eben generiert für Patienten eben. Weil wir gesagt haben:
332 wenn man die machen - die müssen wir irgendwie zentral – oder das Schwesternzimmer
333 haben wir sehr zentral gesetzt. Wir haben die ganzen Entsorgungsräume so gesetzt, dass
334 der geringste Weg von allen Richtungen zu diesen Räumlichkeiten gegeben ist (I: auch im
335 Umbau) – auch im Umbau. (I: das heißt schon, dass man da ordentlich herumdreht) -
336 absolut! Genau. Und wir haben ja, des ist auch das tolle wieder, wir haben ja die 2B
337 Station vor zwei Jahren in Betrieb genommen ´ und geplant – also geplant und in und in
338 Betrieb genommen und umgebaut´ und die Erkenntnisse daraus haben wir dann
339 einfließen lassen in die 3B Station. Und ich bin ja schon gespannt: jetzt haben wir
340 natürlich die Stationsleitung der 2B Station, die jetzt schon lebt in ihrer Station. Die
341 Stationsleitung der 3B Station, die mit dem Wissen, wie sie jetzt geplant hat – ihre Station
342 dann beziehen wird (I: mhm) – und mit diesen beiden Erfahrungswerten werden wir noch
343 die letzte Planung der 1B Station schaffen. Und die Beteiligung der der eigenen
344 Mitarbeiter, das heißt: Pflege, Ärzte, aber durchaus auch zum Beispiel, was immer wieder
345 außer Acht gelassen wird: die Haustechnik: wie wichtig (I: ja!) die Haustechnik gerade bei
346 Intensivstation, oder auch OP immer wieder wichtig ah ah wichtige Inputs hat oder auch
347 die IT, zum Beispiel. (I: ja). Hochinteressant. Und die haben wir natürlich immer alle alle
348 ..dann zum Tisch geholt, wenn wir gesagt haben: wir brauchen diese Expertise (I: genau),
349 nicht nur die Gruppe (??)(I: ja, und das bringt nur vorher was, nicht) ja (I: also im
350 Nachhinein ist es dann meistens) mhm (I: zu spät, ja). Ja. Also da haben wir ganz stark
351 den Fokus gesetzt: natürlich auch den, dass die Nutzer durchaus maßgeblich an der

352 Gestaltung – sofern es immer den (I: ja) Möglichkeiten Raum gibt, mit Beteiligten
353 mitsprechen können (I: mhm) ja. Ist immer das Wichtige: es muss ja auch realisierbar sein
354 (I: genau) geht net anders (I: eben, ja).

355 I: Ah..zu der – zu der Planung noch: wissen sie, wer das Betriebsorganisationskonzept
356 oder die Funktionsplanung gemacht hat?

357 B2: Mhm. ...Na ja hochinteressant. Wir haben das zum Beispiel im stationären Bereich -
358 ah oder wenn ma jetzt auf die Intensivstation zurückgehen – das war das erste große
359 Projekt - do, wir haben einen eigenen Medizinplaner gehabt, der sehr viel Erfahrung hat (I:
360 ja) Herr YY wird ihnen was sagen vielleicht? (I: nein..). Nicht? Ok. (I: aber vielleicht). Der
361 Häuser in dieser Größe wie unseres und so weiter – also toll..

362 I:... ich glaube, dass war ja der Führ ...der hat uns ja damals durchgeleitet. Kann das
363 sein, bei der Führung? (B2: kann scho sein) Das kann sein (B2: kann sein). Mhm

364 B2: Ah Herr YY hat natürlich sehr viel Wissen. Dann haben wir gesagt: dann brauchen wir
365 den, der die letzten Jahre in diesem Raum gearbeitet hat (I: mhm) in diesem Bereich: den
366 haben wir dazu geholt. Und dann haben wir geschaut, wo haben wir noch know – how –
367 Träger, Wissensträger, die sich gerne mitbeteiligen, um eben – und das sind dann
368 meistens Innovationsträger, die dann sagen: na ja, so könnten wir das machen! Vielleicht
369 können wir nicht so ..und so weiter. Also im Grunde genommen haben wir das
370 Betriebskonzept selber erstellt (I: ja) – mit einer externen Begleitung .??...von außen (I:
371 mhm). Gleiches, des war bei der Intensivstation, gleiches haben wir auf der 2B Station,
372 der Bettenstation, gemacht. Wir haben uns einmal primär Gedanken gemacht und das
373 zeige ich ihnen dann noch, sie werden es dann sehen: es war ja die ganze Station ganz
374 anders verplant. ..Ursprünglich. Vor 30 Jahren gebaut. Wir sind dann hergegangen und
375 haben gesagt: ok, was braucht heute eine diplomierte Schwester oder die Leitung – wenn
376 sie 30 Betten übersehen mmmuss und und 30 Betten als ihren neuen Arbeitsbereich
377 sieht´ - wie würde sie aus ihrer Sicht diese Station bauen und organisieren und
378 koordinieren? ...Und das war das Interessante (I: ja) und das haben wir dann so gemacht.
379 Haben ma gesagt: zeichnet´s des einmal auf! (I: Pflegeprozessanalyse) genau genau (I:
380 ja) genau genau. Und dann haben wir natürlich die PlanungsDIN darübergerlegt und dann
381 haben wir und dann haben wir uns schön ganz stark genähert und die die Kunst, glaube
382 ich heute, in einem Krankenhaus gut planen: ist einerseits: ich brauche an einen
383 erfahrenen guten Architekten (I: mhm) und sie brauchen – und das ist das, was man
384 immer außer Acht lässt – leider Gottes – wir haben`s massiv eingefordert und und
385 eingeplant, sie brauchen die Nutzer mit am Tisch. Die Nutzer müssen schlussendlich
386 sagen: das ganze passt oder es passt nicht! (I: mhm). Das kann nicht der Architekt sagen
387 (I: ja..d..ja. ..er kennt die tägliche Routine nicht) genau! Er kennt die ganz..er kennt die
388 Abläufe nicht, das ist ja immer wieder das gewesen, wo wir auch immer wieder
389 Diskussionen geführt habe, wo wir gesagt haben: Achtung. Speziell im OP-
390 Bereich....Ah..war zum Beispiel der Bettenbahnhof oder die Einschleusung war ganz
391 irgendwo anders geplant. Zentral – wo wir gesagt haben: wieso zentral? Zentral ist das
392 hinderlich. Wir müssen das irgendwo an den Rand bringen, wo wir sagen: dort ist größte
393 Ruhe, dort kann ich am ungestörtesten arbeiten (I: mhm) und so weiter. Dort – natürlich
394 habe ich von dort aus vielleicht den Weg bis zum ersten OP, den kürzesten. Bis zum
395 vierten den längsten (I: den längsten). Aber: ich habe an der Seite viel mehr Möglichkeiten
396 ..a a (I: sorgfältiger und ruhig), genau und ruhig zu arbeiten (I: mhm) – auch durchaus

397 bestimmten Störungen zu begegnen. Die sind seitlich, dann kann ich das alles dort
398 abarbeiten (I: mhm) ..und (I: auch für'n Patienten wahrscheinlich) absolut (I:
399 angenehmer, ja). Klar. Und im OP-Bereich haben wir wirklich eine gesamte
400 Ablauforganisation wirklich durchgespielt – da haben wir uns Modelle (I: Simulationen?) –
401 genau, Simulationen gemacht (I: mhm): den Patienten, der in Lokalanästhesie operiert
402 wird, der Patient, der normal anästhesiologisch versorgt wird, ein Kind, das in
403 Lokalanästhesie oder ein Kind das anästhesiologisch – da sind wir durchgegangen: was
404 passiert mit dem Notfall (I: ja)? Wie geht der durch und so weiter (I: ja). Werden's dann
405 sehen, wir haben einen Beipass zwischen Intensiv und OP (I: mhm): deswegen, weil
406 wenn ein dringender Patient von der Intensivstation in den OP gebracht wird, dann sollte
407 es der möglichst kürzeste Weg sein (I: ja). Rein am Papier abgebildet muss der hinaus in
408 den vo..in den in den Eingangsbereich über die andere Tür in den OP eingeschleust
409 werden (I: ja). Ja ein Wahnsinn! Mit dem ganzen drum herum was dann ein Intensivbett
410 mit sich bringt. (I: genau) In der intensivsten Phase – und sonst geht eine Tür auf und der
411 fährt direkt in den OP. So. Und das sind schon alle Sachen, wo man, wo man natürlich die
412 Planer mit am Tisch brauchen, aber umso mehr (I: ja die setzen) die Nutzer (I: das – die
413 müssen das umsetzen, nicht?) genau. (I: der Nutzer hat dann) genau (I: ...den Plan nicht
414 im Kopf, und der Planer) genau (I: hat, hat den Nutzer) genau (I: Nutzerablauf nicht im
415 Kopf) ..genau, genau. Und wenn man jetzt zum Beispiel in 3B Station sich vor Augen
416 führt: was haben wir da noch besser gemacht – auf der 2 als auf der 2B Station: da haben
417 wir wieder die beste Logistik für die Ärzte geschaffen und noch die bessere Logistik für die
418 Pflege geschaffen (I: ja): kür..noch kürzere Wege. Wie - leider Gottes den Stock drunter –
419 aber auch dort werden wir Nachbesserungen anbringen, dann (I: aha). Mhm, ja. Aber ich
420 kann ihnen auch alles (??) (I: sehr gut, sehr spannend)

421 I: Der OP, das haben sie eh erklärt (B2: ja). Damals (B2: ja), da ward ich ja ganz neugierig
422 (B2: ja). Genau. Das heißt, der Architekt an und für sich bringt das Thema
423 Gesundheitsförderung ..fast..alsovon von seiner Seite her in den Bereich ein, das hat
424 dann mehr – also die Architekten bewegen sich ja, was das Thema Gesundheit betrifft,
425 mehr in der im Evidenz Based (B2: mhm) Design, also in diesen Begrifflichkeiten (B2: ja)
426 – oder in health (B2: ja, ja, ja) architecture: (B2: ja) da gibt's ja die Frau Nickl-Weller, die
427 in Deutschland (B2: mhm) ein Krankenhausbauinstitut in Berlin (B2: ja) auf der Uni,
428 einen eigenen eine eigene Institutsleitung (B2: ja). Und für mich ist immer spannend, wie
429 wie Leute, die im...in der Praxis der Gesundheitsförderung arbeiten oder in der Praxis im
430 Krankenhaus und wie das die Architekten eigentlich hauptsächlich aus diesen (B2: ja)
431 aus diesen...a .. (B2:??) Architektur- technischen Zugang sehen (B2: ja)...und meistens
432 sprechen sie ja vom Gleichen, also für mich sind a ah Gesundheitsförderung und Health
433 Architecture oder Evidence Based Design (B2: mhm) ziemlich nahe. (B2: ja ja). Aber so
434 vom Verständnis her oder von der Begrifflichkeit ganz anders – ganz anders (B2: ja)
435 bezeichnet. Wenn man dann eben das Gespräch kommt man drauf (B2: ja), dass sie
436 eigentlich alle vom selben reden. Nur die einen füllen halt sehr viele Bücher, die anderen
437 eher so so Praxisberichte (B2: ja). Das eine ist hauptsächlich in Architekturzeitschriften
438 (B2: mhm, mhm) publiziert' das andere in wissenschaftlichen (B2: mhm, mhm) Magazinen
439 (B2: ja). Ein bisschen klafft's noch auseinander – (B2: ja) aber im Prinzip reden sie alle
440 (B2: ja ja) vom Gleichen.....Ah.....Und der Architekt kommt ja auch sehr wenig mit dem
441 mit dem Thema Gesundheitsförderung aus der Nutzerseite in Berührung. Also ich – die
442 kriegen ja, so wie sie's beschrieben haben, eigentlich Aufgaben, die zu erfüllen sind. (B2:

443 genau). Und die setzten sie dann eben – das ist halt die Kunst des Architekten – die
444 setzten sie dann best möglich um, eben für die kurzen Wege (B2: genau) ..ah

445 B2: Zu mir hat einmal ein ein guter Freund gesagt: ein guter Architekt setzt dir das um,
446 was du im Kopf hast. (I: mhm). Also das ist eigentlich – das ist ja dann, dann hat er den
447 Nagel auf den Kopf getroffen. (I: ja). Wenn ich als als der, der das alles verbal äußern
448 kann, was ich mir vorstelle, und der Architekt des (I: umsetzt) umsetzen kann (I: genau,
449 dass jede Aussage, die man getroffen hat, zutrifft) genau! (I: dann ist das a hohe Kunst)
450 G..genau, genau genau. Das ist eigentlich - genau – die höchste Erfüllung, nicht! (I:
451 ja)..und ich glaube...ah..(I: kurze Wege ist einmal schnell gesagt, wenn man, wenn man)
452 genau (I: wenn man fünfzig Räume in einer Station anbringen)..richtig. (I: ..muss, und
453 wenn man) ..wenn man bedenkt: wie oft geht die Schwester in den. ..in das Depot, wo die
454 Wäsche (I: ja) liegt, wo die Pflegepr..und so weiter sind. Also das, das hat schon d..d das
455 muss man aber akzeptieren, dass eine Schwester, die acht Stunden Dienst hat...in ihrer
456 Arbeitszeit auf 4 ½ bis 5 Kilometer kommt. (I: ja). Das muss man einmal akzeptieren, so
457 (I: mhm). Das ist Durchschnitt (I: Durchschnitt). Ich glaube, das geht noch mehr. Und das
458 stellen sie sich mal vor: das sind bei bei vier Kilometer sind das eine gute Stunde Stunde
459 zehn Arbeitszeit (I: die sie unterwegs ist) die sie unterwegs ist: die fehlt...und
460 deswegen..und ..ich werd´s ihnen oben dann zeigen: wie wie wir dann versucht haben,
461 das Schwesternzimmer so zu positionieren, dass es von jeder Seite ungefähr gleich weit
462 ist – so ´ne sternenförmige Ausdehnung hat (I: mhm). Und nicht wie im alten
463 Bereich..aber bitte, das muss man jetzt auch wieder sehr wertneutral sehen und auch mit
464 Wertschätzung begegnen – das war halt früher nicht das Maß der Dinge, (I: ja) dass man
465 auf Wege geschaut hat (I: genau). Früher hat man das Maß der Dinge war: beim Eingang
466 auf der Station alles überblicken zu können. Kommen da die Richtigen zu mir, oder wer
467 kommt da herein? Also man hat ja die diese dieses Schwesternzimmer ganz nahe
468 angesiedelt an den an den Zutritt der Abteilung – ja fast schon eine Portier- (I: rolle) – rolle
469 g´habt. Nicht! (I: ja) Oder aufzupassen, dass kein Patient entflieht, der vielleicht nicht
470 entfliehen soll. Heute natürlich hat man wieder andere Akzente heute - oder zum Beispiel:
471 denken wir zurück, und ich meine ich darf wirklich aus eigener Erfahrung erzählen: ...ah
472 kein Architekt beziehungsweise kein Arbeitgeber wäre vor dreißig Jahren auf die Idee zu
473 kommen, eine eine Umgebung für den Mitarbeiter zu gestalten, das er gerne arbeiten
474 geht: das war die Voraussetzung, dass man gern arbeiten geht, und (I: ja, das hat man
475 nie in Frage gestellt)..nein, das hat man nie in Frage gestellt – weil das einfach Sachen
476 waren, das ist eh selbstverständlich. ..Und ich muss jetzt nichts sagen – Generation x
477 und so weiter. Aber: Fakt ist einfach, wir müssen lernen - oder ich denke zum Beispiel:
478 die Arbeitszeitmodelle: was sich da alles getan hat! Ja unvorstellbar – und ich denk
479 einfach, es ist wirklich an der Zeit und da sind wir, und jetzt komm ich wieder zum Anfang
480 zurück: ein Unternehmen ist nur so gut wie die wirklich alle in Summe
481 zusammenarbeitenden Mitarbeiter. (I: mhm) Und die Mitarbeiter sind das Kapital des
482 Unternehmens . Und wenn ich weiß: was braucht ein Mitarbeiter, damit er seine Arbeit gut
483 verrichten kann, damit er sie mit Freude verrichten kann, damit er motiviert die Arbeit
484 verrichten kann – ja dann werde ich ganz stark in diesen Aspekten unterwegs sein. Dann
485 werde ich Gesundheitsförderung betreiben. Dann werde ich versuchen, die Umgebung so
486 zu gestalten: vielleicht mag´s ja in den einen oder anderen Bereich a bissal teurer sein,
487 aber das spielt betriebswirtschaftlich gerechnet keine Rolle (I: ja)! Das amortisiert sich zig
488 mal! (I: es spielt sich wieder zurück, ja) Ja. Genau (I: es spielt sich wieder zurück). Und
489 ich denke: gute Architekten oder erfahrene Architekten – die wissen das und ich denke:

490 wir sind jetzt ahm, da spreche ich jetzt vielleicht was an, das sehr kritisch ah zu
491 beleuchten ist: ich glaube, die Zeiten sind vorbei, wo sich Architekten auf Grund des
492 Projektes selber verwirklichen können (I: mhm). Sondern es ist mehr oder weniger eine
493 Symbiose der Nutzer, mit den Ideen – und da bin ich ja wieder froh: die Architekten haben
494 so viele tolle Ideen. Und so viele Interpretations...a..möglichkeiten für bestimmte Sachen –
495 das wir enorm – und ich muss wirklich sagen in diesen fünf, sechs Jahren so viel gelernt
496 haben. Und umgekehrt haben die Architekten von uns so viel gelernt (I: mhm). Und das ist
497 jetzt die gute Symbiose, dass man sagt: ok: tragen wir jede (I: genau) Erfahrung von
498 beiden Seiten immer weiter in ein Höheres.

499 I: Ich glaube, das hat sich eh von Architektenseite sehr geändert, in letzter Zeit, dass sie
500 nicht mehr davon ausgehen, die gesamte Planung zu können´(B2: ja, ja) – sondern ihre
501 Expertise der Umsetzung – vor allem von Betriebs- und Funktionskonzepten: (B2: ja) die
502 bestmöglich umzusetzen (B2: ja) im Design (B2: ja) und nicht auch...(B2:
503 ja)..sich...a..von sich zu glauben, man man versteht das, was dort passiert am besten
504 (B2: ja, ja), weil das – glaube ich – war früher einmal so, aber das (B2: ja), das hat sich
505 wesentlich geändert (B2: genau) dass es da

506 B2: Da gibt's ganz eine tolle - Entschuldigung, wenn ich unterbreche (I: ja, ja) – ganz eine
507 tolle Architektin – habe ich auf Ö1 einmal gehört – super Reportage! – die in Kärnten
508 wohnt, wo I ma gedacht habe: das gibt's ja nicht, bitte (Lachen)...tschuldigung – in in in
509 Süddeutschland auf die Welt kommen, die war in Mailand – hat Architektur studiert, war in
510 Paris, war in New York, war an verschiedenen Universitäten als als Dozentin und
511 Professorin unterwegs und die hat dann .jetzt..ihren Bauernhof in in ...in der Nähe von
512 Villach eben – vor vielen Jahren gekauft und jetzt bezogen´ und die hat einen Lehrstuhl
513 Nachhaltige Architektur! (I: aha) Mit im Zentrum der Menschen – und das ha'n ich sehr
514 interessant gefunden, weil sie g'sagt hat: wir müssen weg von dem Ganzen, was wir
515 glauben – hin zu dem: was tut den Menschen gut. (I: ja). Das finde ich – und jetzt könn't
516 ma genau den Aspekt sagen: weg von dem was wir glauben, als Ökonomen im
517 Krankenhaus – als Planer im Krankenhaus, sondern hin zum Mitarbeiter, der sagt: das ist
518 sinnvoll (I: mhm). Und ich glaube, und das darf ich wirklich aus eigener Erfahrung
519 mittlerweile sagen: die Wünsche sind bei Weitem nicht immer das teure – sondern
520 vielfach vielleicht ist es wirklich: sich einzulassen auf auf eine Sache, die man vielleicht
521 am Beginn ungewiss erscheinen mag, aber am Ende des Tages - vielleicht mit geringen
522 Mehrkosten, oder vielleicht gleich viel: aber ganz einen anderen Outcome bietet für die
523 Mitarbeiter da. (I: mhm) Also das ... könnte ich an Hand von einigen Beispielen bringen (I:
524 ja) ja, ja...ja.

525 I: Das glaube ich war jetzt ein (B2: ja) sehr gutes Schlusswort. Weil die letzte, die
526 Abschlussfrage: Wie sie ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus planen
527 ...würden...wenn sie den Auftrag hätten: also das haben sie in der Projektbeschreibung
528 eh ja schon

529 B2: Also i i i hätt ja Ideen (Lachen). Also ich (I: Na bitte!!) ?? muss schon ..

530 I: Na, das muss ma noch

531 B2: Wenn ich heute das Krankenhaus planen würde (I: auch grüne Wiese!) ja! (I: ja)
532 Grüne Wiese. Ich sag´ ihnen: ich würde unten zum Beispiel einen Kindergarten
533 hineinbauen (I: ja). Ich würde durchaus denken eine Volksschule irgendwo ...ich würde

534 eine ganz normale urbane Infrastruktur mit ein paar Geschäften, mit einer Bank, mit
535 einem Restaurant, mit einem Cafe, mit einem Frisör, ..ich würde natürlich diese Sachen
536 schon andenkenwie passt das zum Konzept Krankenhaus dazu. Und dann würde ich
537 ah es so planen, dass in einem Bereich, als einen vorgelagerten Bereich für.. die..
538 Ambulanz also für diese ganze viel bewegte – für den viel (I: mhm. Zonen) bewegten
539 Bereich – Zone, genau – diese sehr aufgewühlte, sehr aktive Zone – und dann würde ich
540 im hinteren Bereich des Krankenhauses erst die die stationären Bereiche angesiedelt (I:
541 mhm) haben. Und zwischendrin – also, ich weiß nicht, wie man das von oben dann
542 betrachten könnte, da würde ich dann die Funktionsbereiche abbilden: Intensiv und so
543 weiter – das würde ich dann auch irgendwie in Verbindung jetzt aber mit den mit den eher
544 nach forder gehenden haben. Also ich würd ich würd...ganz..ah – es gibt in in Brüssel
545 angeblich: eines der der modernsten „modernsten“ unter Anführungszeichen
546 Krankenhäuser: die aber so auf den Mitarbeiter und auf Patienten aufgestellt sind ..dass
547 man es als Krankenhaus nicht erkennt! (I: ja). Und das – also durchaus zum Beispiel, es
548 gibt keine allgemeinen Besprechungsräume mehr, sondern es gibt Besprechungszonen
549 wo man sich trifft. (I: fördert natürlich die Kommunikation: a ganz eine a wichtige a ganz a
550 wichtiger!) ..ungemein, ungemein! (I: Punkt, ja)..es gibt viel viel offene Bereiche – viel
551 mehr offene Bereiche als wir sie zur Zeit leben. (I: überbrückt ja auch Hierarchien - ist ja
552 auch ein Thema, ja) ..ganz genau, ganz genau, ja (I: ja). Ich würde, wenn ich wirklich das
553 Geld hätte – und ich das aus meinem eigenen Ansatz machen darf – also ich würde was
554 ganz ...in die Richtung planen. (I: ja). Durchaus den Patienten vielleicht ganz zentral im
555 Haus integriert, wo man – also ich würde da sehr..sehr..ah...also Grenzen sprengend
556 denken, ganz sicher (I: ja)...und natürlich..ah..würde man sagen: Umbruch, das geht
557 nicht, und unmöglich, unwahrscheinlich und alles...und bei jeder unwahrscheinlichkeit
558 würde ich mich freuen, dass es trotzdem eine Lösung gibt (I: ja). Also ich wäre da der..
559 (Lachen).. Brecher für viele Sachen. Weil ich, wenn ich einfach denke: das, an dem wir
560 leiden ist immer die Sache oder die Sätze: das haben wir schon immer so gemacht (I:
561 mhm), das geht nicht, das kann nicht funktionieren, das hat noch niemand gemacht und
562 so weiter (I: mhm). Also diese ganzen Hürden, die wir uns auferlegen, ja, also da glaube
563 ich (I: das einmal, das einmal) . Genau, eigentlich müsste man sagen: bei jeder Hürde, die
564 man schafft, müsste man sich auf die Schulter klopfen und sagen: super! Was ist (I:
565 genau)...die nächste Hürde die man uns in den Weg legt, ganz genau. Also des des
566 würde ich schon sagen. Aber das kann man natürlich nur machen mit mit – ich glaube
567 fast, dass man das im öffentlichen Bereich nicht nicht schafft, weil die Politik sehr stark da
568 hineindirigiert und am Ende muss jemand die Verantwortung (I: natürlich, ja, ja)
569 übernehmen und so ...Aber es gibt Beispiele: mittlerweile weltweit schon (I: ja) Tolle
570 Beispiele. Ja, mhm.

571 I: Wenn sich da richtig auf das Thema gestürzt wird (B2: ja, ja, ja) kommt (B2: ja) da auch
572 schon tolles raus (B2: ja, ja, ja) also..

573 B2: Aber wir können gern jetzt ein bisschen durch's ..

574 I: Super.

575 B2: Zeig's ihnen – eine halbe Stunde! Dreiviertel Stunde – nicht länger! (I: super) Und
576 dann sehen's Beispiele!

577 I: Super.

578 B2: Mhm.

579 I: Gut. Ok: danke für's Gespräch! (B2: ja bitteschön) War sehr interessant.

Interview 3

1 I: Das läuft – ok, das läuft auch. Nochmal herzlichen Dank , dass sie sich bereit erklärt
2 haben das Interview zu geben. (B3: gerne.) Es wird circa 40 Minuten dauern – die Daten
3 werden natürlich vertraulich behandelt und der Titel, also das Thema ist Einfluss der
4 Planung eines Krankenhauses auf Aspekte der Gesundheitsförderung im Krankenhaus
5 bzw. wie kommt das Thema Gesundheitsförderung in die Planung (B3: mhm)...ahm...ich
6 werde die männliche Form für die weibliche verwenden..aus meiner Praxis heraus (B3:
7 mhm) ich bin da nicht sehr geübt. Wie schon gesagt: ich habe Gesundheitsmanagement
8 studiert und die Arbeit ist eben im Rahmen meines Abschlusses zum Master of Public
9 Health in Graz. Ah, ja, mein Arbeitsbereich liegt eben im Bereich der Planung von
10 Krankenanstalten und die Verbindung des Themas Gesundheitsförderung ist mir
11 eigentlich ein persönliches Anliegen. Vor allem, was den Bau betrifft (B3: super). Gut –
12 ah, jetzt würde ich sie noch bitten: eine kurze Vorstellung zu ihrer Person und ihrer
13 aktuellen Tätigkeit (B3: mhm) zu geben.

14 B3: Ja mein Name ist xxxxx xxxxx, ich bin von meiner Grundausbildung her Soziologin –
15 und zwar Medizin und Gesundheitssoziologin. Habe schon in den 1990er Jahren
16 begonnen im Bereich Gesundheitsförderung wissenschaftlich zu arbeiten. In den
17 Bereichen gesundheitsfördernde Schulen, gesundheitsförderndes Krankenhaus´ war
18 eben von 1994 bis 2015 am Bolzmanninstitut, zuerst Bolzmanninstitut für Medizin- und
19 Gesundheitssoziologie – das ist dann 2008 in das in das Bolzmanninstitut für Health
20 Promotion and Research übergegangen. Meine Arbeitsschwerpunkte waren eben dort
21 Gesundheitsförderndes Krankenhaus und Fragen des Designs haben mich immer so am
22 Rande auch mit beschäftigt ..ah.. und seit 2015, seit Sommer 2015 bin ich jetzt am
23 Bundesministerium für Gesundheit in der Abteilung Gesundheitsförderung und
24 Prävention, wo ich auch für die Gesundheitsfördernden Krankenhäuser unter anderem
25 inhaltlich zuständig bin.

26 I: Sehr gut, passt perfekt. So, zur ersten Frage aus dem Bereich der
27 Gesundheitsförderung. (B3: mhm) Was, was verstehen sie persönlich unter dem Begriff
28 der Gesundheitsförderung und dann eben im Speziellen Gesundheitsförderung im
29 Krankenhaus.

30 B3: Ahm, also so grundsätzlich verstehe ich das darunter, was in der Ottawa Charta für
31 Gesundheitsförderung definiert ist, wobei ich die deutsche Übersetzung nicht so gelungen
32 finde, ja´ : also in der englischen heißt´s in der englischen Version heißt es ja to ahm ahm
33 improve controll oder so ähn....to encrease controll over and to improve their health – also
34 es geht um Kontrolle über die eigene Gesundheit als Voraussetzung dafür, dass die
35 Gesundheit verbessert werden kann – ja. Und ah, da gibt es Dinge, die man selber – also
36 es gibt Aspekte, die man mehr oder weniger gut kontrollieren kann´ also wo man selber
37 Entscheidungen treffen kann und kann ich persönlich kontrollieren. Aber zum Beispiel die
38 Wirkung von baulichen Aspekten, die kann ich als betroffener ja nicht so einfach
39 kontrollieren, und da gibt es in der Ottawa Charta auch diesen Terminus Anwaltschaft für
40 Gesundheit. Also immer dort, wo es dem einzelnen nicht möglich ist selber die
41 Verantwortung oder Kontrolle für sich zu übernehmen glaub ich müssen andere Leute, die
42 das sehr wohl können auf Grund ihrer Funktionen und auf Grund Ihrer Möglichkeiten die
43 gesundheitlichen Aspekte mitberücksichtigen, ja, und von da her: Anwaltschaft für
44 Gesundheit kann natürlich auch was also von Leute die zum Beispiel was mit
45 Krankenhausbau zu tun haben sollten sehr wohl berücksichtigen, dass das Gebäude,

46 dass sie da errichten auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann (I: mhm) ah und
47 weil sie jetzt gefragt haben die Definition im Kontext Krankenhaus auch – ja – ah natürlich
48 die Grunddefinition der Ottawa Charta und umgelegt ah auf das Krankenhaus ah wir
49 haben früher am Bolzmanninstitut immer gesagt, es gibt da zwei Bereiche – es gibt den
50 Bereich des, des Kerngeschäftes, würde ich einmal sagen des Krankenhauses, das was
51 ohnehin jeden Tag passiert – also wie ich – wie mit dem Patienten geredet wird´ zum
52 Beispiel, dabei auf Gesundheitsaspekte Rücksicht zu nehmen. Also nicht paternalistisch
53 zu reden: zum Beispiel: na wie geht's uns den heut´. Oder so. Respekt oder so, ja´ ahm
54 und ein ganz ein wichtiger Aspekt bei dem was ohnehin den Alltag im Krankenhaus
55 bestimmt sind diese baulichen Gegebenheiten. Ahm, das geht von - natürlich von einem
56 Neubau, der viel umfassender das Tun kann bis hin zur ja Gestaltung bestehender
57 Räumlichkeiten, wo man vielleicht mit ein ganz kleinen Dingen wie einem Bett, einem
58 Vorhang um ein Bett herum auf so Dinge wie Privatsphäre oder so eingehen könnte – ja´-
59 also wir sagen immer das eine sind die verhaltensorientierten Dinge´ das andere sind die
60 verhältnisorientierten und der baulichen Aspekt ist einerseits sehr sehr wichtig als
61 Verhältniswirkung andererseits ahm, das was baulich da ist, ist ja ganz wesentlich dafür,
62 wie zum Beispiel Patientenkontakte, also Arzt-Patientenkontakte gelingen oder so, ja, also
63 das spielt da alles zusammen

64 I: Mhm, sind sie der Meinung, dass man sich dessen bewusst ist? In..

65 B3: Zu wenig (I: schon auch, ok. Das war jetzt eine sehr sehr..Für mich klingt das sehr
66 schlüssig und eben, ist mir persönlich so ein Anliegen. Der Alltag zeigt dann wieder, dass
67 das relativ wenig bewusst ist..) Also es ist unterschiedlich (I: relativ wenig) – ja. Ich glaube
68 auch, dass also wir in einer Zeit leben, wo zunächst so irgendwie Ökonomie im
69 Vordergrund steht und darauf geschaut wird, was kostet das denn, ja. Wir wir hatten mhm
70 – die habe ich noch mitgeplant, obwohl ich da schon im Gesundheitsministerium war –
71 letztes Jahr eine Konferenz Gesundheitsfördernde Krankenhäuser in Wien, wo auch ein
72 Plenum ah so Aspekte des Baulichen und so gewidmet war – ah, jetzt nicht unbedingt so
73 meine Schiene, also es war sehr stark ein Feng Shui Zugang der Architektin, die dort
74 geredet hat und ich habe mir zuerst gedacht, ups (I: die Frau Schumm). ..ja. (I: es gibt nur
75 ein Buch über Feng Shui)..ja genau, und ich habe zuerst gedacht, ups für unser Publikum
76 vielleicht zu esoterisch , ja´, dann waren aber extrem positive Wortmeldungen von ganz
77 vielen Menschen aus dem Publikum – also das sind Menschen, die im Krankenhaus
78 selber arbeiten – unter anderem der ärztliche Direktor der medizinischen Uni Graz, ja
79 ...und das uni Krank des Krankenhauses eben stellt sich hin und sagt: ja, ganz tolles
80 Buch von der Frau Schumm und bitte lesen sie das, und super und so weiter, ja. Habe ich
81 mir gedacht: interessant, der ärztliche Direktor von einem großen bekannten Krankenaus
82 propagiert das – und ist offenbar sich der Tatsache bewusst, dass bauliche Aspekte eine
83 Wirkung haben, ja´ - ich war vor etlichen Jahren in Salzburg in der Paracels..war das die
84 Paracelsus Klinik – die hieß damals glaub ich irgendwie anders, jedenfalls
85 Landeskrankenhaus Salzburg oder so – und war ganz baff, weil da irgendwelche Wellen,
86 also dass ist jetzt wieder a bisschen ins Esoterische´, da war irgendetwas aufgehängt,
87 was Wasseradern abwehren soll – und auch dort war der ärztliche Direktor total dafür,
88 dass man das macht (I: ja) und so..ja, lauter Dinge, die mir persönlich ein bisschen
89 überrascht haben, aber die für mich dafür sprechen, dass es ein riesiges Bedürfnis gibt,
90 an der Gestaltung was zu tun (I: mhm) Ja, mhm – und es gibt eine internationale ahm
91 Gruppe, die heißen Design and Health, ich weiß nicht, ob sie von denen schon was

92 gehört haben, A LLEN Delany ist der Propagator, der hat eine internationale Akademie für
93 Design und Health gegründet, (I: mhm) sitzt in Schweden´, und organisiert, jedes Jahr
94 sogar glaube ich, oder alle zwei Jahre oder so einen riesengroßen internationalen
95 Kongress, wo es um das Thema Krankenhausgestaltung geht – mit Hinsicht auf
96 salutogene Faktoren (I: ja?) Also explizit Salutogenese und Krankenhausplanung. Also es
97 gibt viele Leute, die sich damit beschäftigen, aber Mainstream ist es nicht. Mhm

98 I: Mhm. Sehr schön. Na da erfahre ich noch einiges. Na es kommt mir eh beim
99 Recherchieren viel unter – ich kann´s dann gar nicht so genau zuordnen (B3: ok). Ahm –
100 es ist ihnen ja sicher bekannt. Also es gibt ja diese zwei Ansätze: Gesundheitsförderung
101 im Krankenhaus oder eben das Konzept der Gesundheitsfördernden Krankenanstalten,
102 bei dem sie ja mitgearbeitet haben, ah ah verfolgt. Wie würden sie die zwei Ansätze aus
103 der Sicht der Gesundheitsförderung jetzt auch im Bezug eben auf Planung sehen?

104 B3: Also Gesundheitsförderung im Krankenhaus verstehe ich jetzt einmal so, dass man
105 die vorhandenen Zielgruppen, also das Krankenhaus als Setting nutzt, wo man die
106 Zielgruppen erreichen kann. Ja. Dafür muss ich noch nicht so sehr viel baulich tun – es ist
107 natürlich günstig, Räumlichkeiten zu haben, wo man gute Gespräche führen kann und so
108 dergleichen – das ist auch für diesen Ansatz Gesundheitsförderung im Krankenhaus ganz
109 wichtig. Aber für den Ansatz Gesundheitsförderndes Krankenhaus würde ich glauben,
110 dass das Bauliche viel viel mehr sein muss – ah, weil man da immer auch die Frage
111 stellen muss, was sind die gesundheitsförderlichen Wirkungen dessen, wie ich plane und
112 baue per se , das hat unglaublich viele Dimensionen, ja ahm ganz banal jetzt wenn ich an
113 den Alltag von Krankenhauspatienten denke: wie gestalten wir, wie passiv oder wie aktiv
114 können die sein, ja´ - also wenn es jetzt für Patienten zum Beispiel, die nicht an das Bett
115 gefesselt sind, einen Speisesaal gibt, wo die hingehen können: dann bewegen sie sich
116 viel mehr, was schon einmal ein gesundheitsförderlicher Aspekt ist, was den Appetit
117 anregen kann..und und und , ja – oder ich habe mich einmal mit der Fragestellung
118 beschäftigt, ah, ganz ein anderes Thema jetzt: Ernährung im Krankenhaus und aber auch
119 in Senioreneinrichtungen.. ah und da war, bin ich auf ein sehr interessantes Beispiel
120 gestoßen: ahm, Senioren erinnern sich gerne an die Zeit in der sie jung waren´ und da hat
121 man den Speisesaal in dem Stil gestaltet von damals – so zu sagen – ja, fühlen die sich
122 gleich jünger und das ist offenbar appetitanregend und so weiter, - also ganz witzige
123 Beispiele wo man sich mit Design auf unterschiedlichsten Ebenen Gesundheit
124 mitbeeinflussen kann, also ah, ja zum Beispiel appetitanregend sein kann oder wenn .??
125 von Wasser umhängen trinken die Leute viel mehr – ahm ,oder ein wichtiger Aspekt – wir
126 werden alle immer älter: Demenz ist ein Thema das uns zukünftig stärker beschäftigen
127 wird – man kann offenbar durch bauliche Gestaltung sehr viel dazu beitragen, wie
128 demente Patienten sich in Stationen selbständig bewegen können, ohne verloren zu
129 gehen – die haben einen starken Bewegungsdrang, die brauchen so (I: Schleife)
130 Schleifen, wo sie gehen können und solche Dinge, ja´ - ah, dann gibt es diese ganze
131 Geschichte mit Evidence based health care design das sie vielleicht auch kennen – also
132 wirklich ganz klare Nachweise, dass bestimmte bauliche Aspekte ah biologisch messbare
133 Gesundheitswirkungen haben. Also das reicht von geräuschkämmenden ahm
134 Fassadengestaltungen im Intensivversorgungsbereich zum Beispiel (I: ja genau – in
135 Berlin). Ja, genau. Oder auch so Sachen wie der Blick aus dem Fenster. Also wenn man
136 jetzt ah, irgend einen angenehmen Blick hat, wo es was Grünes oder so gibt´ gibt es
137 Studien ah, ahm dass das das subjektive Schmerzempfinden vom Menschen reduzieren

138 kann oder wenn man Tageslicht und Sonnenschein hat, dass das sogar nach Herzinfarkt,
139 dass das die Überlebenswahrscheinlichkeit verbessern kann und so weiter. Es gibt
140 Studien, die wirklich gesundheitliche Effekte zeigen von baulichen Design und so . und
141 Gesundheitsförderndes Krankenhaus müsste diese Dinge natürlich verstärkt
142 berücksichtigen. (I: mhm) Und ah ein Aspekt – ein weiterer Aspekt ist natürlich alles was
143 mit Sicherheit zu tun hat, rutschfeste Böden und so weiter. Damit man einfach weniger
144 Unfall Wahrscheinlichkeiten hat´. Ahm die ganzen Aspekte von Hygienemanagement, die
145 auch auf der baulichen Seite mitunterstützt werden können. Ja (I: mhm)

146 I: Sehr gut... Da haben sie eben die nächste Frage schon mit einbezogen: die
147 Messbarkeit von Gesundheitsförderung. (B3: ja, mhm). Ist ja im im also die Messbarkeit in
148 Gesundheitsförderungsmaßnahmen insgesamt ist ein schwieriges Thema´ : Wie würden
149 sie das beurteilen? Die die Möglichkeiten, den Gesundheitsbau auf
150 gesundheitsförderliche Strukturen auch (B3: mhm.) messbar zu machen?

151 B3: Also wie gesagt, es gibt bestimmte Effekte von Design, die offenbar eine
152 stressreduzierend Wirkung haben, die man wirklich auf biochemischer Ebene messen
153 kann - mit Vergleichsgruppen, die eben ahm diese bestimmten Aspekte nicht haben, wo
154 eben nicht der Lärm reduziert ist´ - wo man eben nicht Tageslicht hat, zum Beispiel oder
155 so, ja. Das ist biochemisch messbar – über Stresshormonlevels zum Beispiel, und dann
156 gibt es natürlich sehr vieles, was qualitativ beschreibbar und messbar ist. Also, weil sie
157 die, weil wir vorher über die Frau Schumm gesprochen haben´- ganz viele Leute – also
158 sie hat uns ja Bilder gezeigt, bei ihrem Vortrag – und ich persönlich fand die Gestaltung,
159 die sie gemacht hat, auch sehr ansprechend, ja. Und viele Leute haben dann einfach
160 beschrieben, ja: nach der Umgestaltung der Station haben wir uns mehr entspannt
161 gefühlt, oder es gab plötzlich weniger Streitgespräche – oder solche Dinge (15:00) ah, ist
162 vielleicht nicht objektiv messbar, aber subjektiv sehr wohl wahrnehmbar und qualitativ
163 beschreibbar zumindest, ja.

164 I: ja, mhm. Ja das wird ja auch immer mehr beforscht – es gibt ja auch in Berlin diesen
165 Universitäts..Institutsstuhl für Krankenhausplanung (B3: mhm) – da gibt's ja auch schon
166 sehr viel in dem Bereich...ah, was ah, was sind im Krankenhaus ihrer Meinung nach die
167 Berufsgruppen, die sich – also jetzt vom Krankenhaus (B3: mhm) her mit dem Thema
168 beschäftigen. Wo, wo ist Gesundheitsförderung angesiedelt (B3: mhm)?
169 Stabstellenmäßig, oder organisatorisch (B3: ok) angesiedelt?

170 B3: ahm, recht unterschiedlich´ unserer Erfahrung nach – also die Erfahrung zeigt, dass
171 es dann ahm größere Wirkung hat, wenn es mit dem Qualitätsmanagement verbunden ist,
172 weil man dann wirklich ahm Aspekte der Gesundheitsförderung bei sehr vielen Dingen
173 mitnehmen kann. Man kann es in Patientenbefragungen, in Mitarbeiterbefragungen
174 mitnehmen´ man kann auch bei Qualitätsbewertungen überlegen, was spielt
175 Gesundheitsförderung für eine Rolle? Ah, es gibt einfach wirklich die Möglichkeit, es sehr
176 umfassend zu betrachten. Und das Qualitätsmanagement hat Instrumentarien auch dafür.
177 Ah, was wir gesehen haben ist, dass es auch ganz entscheidend und wichtig ist, dass die
178 Führung des Krankenhauses dahinter steht, ja! A, ohne eine engagierte Führung passiert
179 meistens nicht sehr viel – auch wenn es in der Stabstelle formal angesiedelt ist – ah, und
180 ich glaube grundsätzlich, ahm dass es ein multiprofessionelles Ding sein sollte, weil
181 einfach jede Berufsgruppe aus ihrer Perspektive auf Gesundheitsförderung draufschaut
182 ..ahm es gibt zum Beispiel diese fünf Standards für Gesundheitsförderung, die von der

183 WHO herausgegeben wurden für gesundheitsfördernde Krankenhäuser´ die sehen zwar
184 Selbstbewertung vor, wo auch vorgeschlagen wird, wie ah Bewertungsgruppen
185 zusammengesetzt sein sollen – also interprofessionell´ interhierarchisch, das ist auf jeden
186 Fall für Gesundheitsförderung ganz wesentlich, ja (I: mhm). Wir haben auch viele
187 Rückmeldungen bekommen, das es, ah, dass die Berufsgruppen das auch als sehr
188 günstig betrachten, wenn das so passiert´ weil die dann erst einmal miteinander in das
189 Gespräch kommen – vielfach zum ersten Mal und die Perspektiven der anderen
190 mitnehmen und voneinander sehr viel lernen können. (I: ja ja) Und gerade wenn die
191 Baulichen Aspekte im Zentrum stehen, bei großen Häusern – also gibt es ja Haustechnik
192 oder eben ah Organisationseinheiten, die sich mit diesen baulichen Gegebenheiten auch
193 beschäftigen, also die sind natürlich auch wichtige Partner (I: die man miteinbinden)
194 unbedingt (I: muss). Muss, ja. Genau, (I: genau, ja). Ja.

195 I: Es gibt Experten auf vielen, vielen Seiten (B3: mhm). Also der Patient ist ja auch a a als
196 Laie oder Betroffener jetzt (B3: ja) auf seinem Gebiet sehr wohl (B2: ja) ein großer
197 Experte.

198 B3: Absolut, ja. Mir ist jetzt gerade noch ein anderes Thema eingefallen, das man im
199 Zusammenhang mit Krankenhausgestaltung auch sehr wichtig ist, auch wenn es um
200 Patienteneinbeziehung geht´ nämlich die Frage von der Gestaltung von Leitsystemen zum
201 Beispiel (I: mhm). Ja. Ahm - und da können Patienten nämlich ganz wichtige
202 Feedbackgeber sein – also nicht nur, die können bei allen Aspekten: wo man sich
203 wohlfühlt oder nicht wohlfühlt, oder so - wichtige Feedbackgeber sein, aber natürlich auch
204 bei der Gestaltung vom Leitsystem. (I: ja). Zum Beispiel, ja.

205 I: Das ist ja eine ganz eine – eine ganz ein Unbekanntes eigentlich, aber ganz ein (B3:
206 mhm) wesentlicher Bereich (B3: ja, genau). Und das ist vielleicht für sie interessant´ : Es
207 gibt diese Entw – diesen modernen Begriff der Gesundheitskompetenz (I: mhm), der sehr
208 viel damit zu tun hat, wie Informationen gefunden, verstanden, bewertet und angewendet
209 werden. Und Informationen sind ja im Leitsystem zum Beispiel auch diese ganzen
210 Beschriftungen sind Informationen – ah und äh, also ich will damit nur sagen: die
211 Gesundheitskompetenz kann eine neue – kann ein neuer Verbündeter sein, wenn es um
212 so Themen wie Krankenhausdesign geht, wenn die man eben großen Wert darauf legt,
213 wie zum Beispiel diese Leitsysteme gestaltet werden (I: mhm)

214 I: Die Health Literacy (B3: genau) – genau. Das ist plötzlich aufgetaucht – nach meinem
215 Studium (Lachen) – wo ich ein bisschen überfordert war mit dem Begriff – also nach
216 Gesundheitsförderung (B3: genau). Genau. Was glauben sie, ist dem Patienten
217 besonders wichtig – jetzt abseits davon, dass er sich erwartet, dass er die bestmögliche
218 Therapie bekommt? (20:00)

219 B3: Mhm. Ahm – es kommt glaube ich sehr darauf an, wie lange die Leute im
220 Krankenhaus sind. Also die Verweildauern sind ja recht kurz, üblicherweise und ah da
221 spielt das jetzt nicht so eine wahnsinnig große Rolle. Ah, ich persönlich – kennen sie plain
222 tree in den USA? (I: nein). Das ist ein Krankenhausverbund, die sich ganz stark mit
223 Patientenorientierung beschäftigen. Und die haben ein Musterkrankenhaus, das das
224 Griffin Hospital in Bosten glaube ich (I: mhm). Und die haben vor etlichen Jahren eine
225 Patientenbefragung gemacht: was die Patienten sich alles wünschen, auch auf der
226 Design Ebene und haben versucht, das möglichst aufzugreifen in der

227 Krankenhausgestaltung. Rausgekommen ist zum Beispiel: Einzelzimmer werden gar nicht
228 so sehr gewünscht' wird, sondern eher Doppelzimmer', weil schon einmal aus dem
229 Grund: wenn man irgend einen Notfall hat, ist es gut, wenn wer zweiter da ist, der Hilfe
230 holen kann – oder so. Und die Griffin Leute haben aber versucht, die Zimmer so
231 verschachtelt zu gestalten, dass man sich nicht unbedingt direkt sieht, aber im gleichen
232 ist, also so Nischen oder so was zu haben im Raum, ja? Ahm, dann war ein ganz wichtig,
233 den Patienten, dass sie Teeküchen haben, die sie nutzen können, auf ihren Etagen. (I:
234 mhm) Die haben, dann wurde das dort auch eingeführt, also es gab, gibt Teeküchen, wo
235 Patienten und Angehörige rund um die Uhr dort Tee machen können – oder irgend etwas,
236 kleine Mahlzeiten zubereiten können oder so, ja'. Also Dinge, die einfach das Sozialleben
237 der Patienten unterstützen. - Ah, ja ich glaube grundsätzlich Privatsphäre, Privatsphäre ist
238 ein wichtiger Aspekt – also Vorhänge oder Nischen im Raum, wie halt immer' - ah und die
239 Gestaltung von Waschräumen oder Hygienebereichen ist glaube ich auch recht wichtig –
240 dass man die möglichst selbstständig nutzen kann: also mit Haltegriffen, oder so, oder ja
241 eben Sicherheitsvorkehrungen'- und ah, Fragen des Lärms spielen glaube ich auch eine
242 große Rolle' - wenn im Krankenhaus generell viel los ist, ah - die Türen immer wieder
243 aufgerissen werden – also schon einmal die Frage: lassen sich die Türen laut oder leise
244 schließen glaube ich macht viel aus für das Wohlbefinden'- dann also ganz banale Dinge,
245 wie wenn eine Uhr im Raum hängt: Tickt die oder macht die Geräusche'(I: mhm). Solche
246 Dinge, ja, also. Ich glaube, das sind Winzigkeiten oft, die den Unterschied (I: genau)
247 machen.

248 I: Die finanziell auch nicht wirklich eine Auswirkung hätten (B3: genau) – wenn wir wissen,
249 dass wir sie betrachten sollten (B3: genau). Genau. Und das Personal, im Gegenzug?
250 Weil (B3: ja) meine Arbeit beschränkt sich hauptsächlich auf Personal (B3: ok) und die
251 Patientensicht. Also weniger, sie haben ja auch noch die Umwelt miteinbezogen (B3: ja)
252 in ihrem Konzept (B3: aha) das sind (B3: ok) so die Hauptaugenmerke.

253 B3: Also auch beim Personal denke ich, dass es wichtig ist, gute
254 Aufenthaltsräumlichkeiten zu haben, die die wirklich erholsame Pausen ermöglichen.
255 Gerade, also ich meine, Krankenhaus ist ein Bereich, wo ah 365 Tage im Jahr, sieben
256 Tage die Woche, 24 Stunden am Tag gearbeitet wird. Also natürlich nicht pausenlos von
257 den gleichen Personen, aber es sind Nachtdienste zu leisten und so weiter. Und, also ich
258 erinnere mich an einen Vortrag einer Konferenz, wo es auch um
259 Mitarbeitergesundheitsförderung ging, und das war ein Arzt, der über die Bedingungen im
260 Nachtdienst gesprochen hat: Irgendwo in einem Kammerl steht ein Feldbett, in dem
261 Kammerl hat es 35 Grad im Sommer (I: ja), das kann man nicht gescheit lüften und so
262 weiter, und ah, es gibt keine Klimaanlage drinnen, also ah überhaupt keine erholsame
263 Umgebung, wenn er jetzt einmal zwischendurch 1-2 Stunden hat, wo er vielleicht ah a
264 Ruhephase sich gönnen könnte, ja. Also ich glaube, das sind ganz wichtige Dinge' - auch
265 Fragen der Weggestaltung, ah wo ist der zum Beispiel ahm der Stationsstützpunkt
266 stationiert? Ist das, ist ja also wieviel, wie ist das mit der Optimierung von Weglängen zu
267 den Zimmern und so weiter' - also das sind glaube ich recht wichtige Aspekte (I: mhm) –
268 ah, Nutzung von Liften und so, das ist natürlich zu optimieren aus Mitarbeitersicht. Auch
269 die Frage: Kann man auf der Station auch für die Mitarbeiter irgendwie kleine Malzeiten
270 kochen oder so? Weil man ja oft nicht die Möglichkeit hat essen zu gehen – weil die Tage
271 nicht so planbar sind. Also selbst wenn man sich vielleicht eine Pause einteilt, kommt

272 irgend ein Notfall rein, oder so, ja. Also es ist sehr viel Flexibilität gefragt, und dem muss
273 das Bauliche auch entgegenkommen (I: mhm) Ah, ja.

274 I: Sehr gut, ja....ahm ...dann kommt eben die zentrale Frage: Jetzt weiß man, wo die
275 Experten sitzen, es gibt Institutionen, die sich mit Gesundheitsförderung (B3: mhm) also
276 aus wissenschaftlicher Sicht (B3: mhm) oder ahm..beschäftigen, dann gibt es die
277 Expertise von den Betroffenen und dann gibt es eben auch noch den Betreiber des
278 Krankenhauses – wie kommt jetzt am besten, ihrer Meinung nach dieses gesammelte
279 Wissen in den Planungsprozess´ und vor allem wann kommt das rein?

280 B3: ahm, natürlich idealerweise so früh wie möglich weil dann kostet es am wenigsten.
281 Alles was man nachträglich machen muss ist erfahrungsgemäß teurer und schwieriger.
282 Ah..ich meine, günstig wäre natürlich wenn ah Führungskräfte in den Einrichtungen
283 solche Themen kennen und ah darüber Bescheid wissen, wie wichtig bauliche Aspekte
284 sind: das heißt, ah, idealerweise würden sie schon in der Ausbildung damit konfrontiert (I:
285 mhm), dass das ein wichtiges Thema ist, ja´ - und – ah, natürlich also sehr wesentlich
286 dann wenn´s um Entscheidungen in die Richtung geht dass die Verwaltungsebene im
287 Krankenhaus entsprechend darüber Bescheid weiß und informiert, oder auch auf
288 Trägerebene, ja´ hier gut Bescheid weiß´- ich meine ah, wenn man jetzt zum Beispiel
289 weiß, dass bestimmte bauliche Maßnahmen ah sich günstig auf den Verbrauch von
290 Schmerzmitteln oder anderen Dingen auswirken können, ja´, dann hat man da je vielleicht
291 im Vorhinein einen gewissen finanziellen Anreiz, was zu tun´- also ich glaube, es braucht
292 wirklich sehr gute Kosten-Nutzen Argumente, die den Finanzern in den Einrichtungen
293 auch bekannt sind´, damit auch aus der Ecke Unterstützung (I: mhm) kommt. Ahm..und
294 ah umgekehrt wäre es natürlich auch sehr sehr günstig, wenn Architekten diese Aspekte
295 wüssten – also Architekten, nicht alle Architekten wissen glaube ich darüber Bescheid,
296 was die gesundheitlichen Effekte von Design sind. Sehr viele Architekten beschäftigen
297 sich mit, natürlich mit den Gesetzesvorschriften, die einzuhalten sind, mit
298 Energieoptimierung – wird auch immer mehr ein Thema (I: mhm), weil Energie kostet viel
299 und so weiter, ja. Ahm..aber das das Ganze auch gesundheitliche Wirkung hat, muss
300 glaube ich in der Architekturszene noch stärker sich rumsprechen und da wäre es
301 wahrscheinlich sehr günstig, ah da auch in den entsprechenden Gremien das zu
302 positionieren und auf Fachkonferenzen von Architekten und so , ja

303 I: ja´. Na es ist schon auch immer wieder Thema. Also die Demenzplanung ist auf jeden
304 Fall ein Thema (B3: mhm) bei Kongressen und auch eben dieses Thema Healing
305 Hospitals (B3: ja genau) ist immer (B3: mhm) ahm....aus der Erfahrung her ist es aber oft
306 so, dass der Architekt ja oft gar nicht so sehr involviert ist, (B3: mhm) in diesen
307 Vorplanungsprozess – also diese Nutzerrunden (B3: mhm) also das ist aus dem
308 Gesprächen heraus hervorgegangen (B3: mhm), diese Nutzerrunden legen ja sehr viel
309 fest schon (B3: ja) – was vielleicht .. schon sehr viel von Gesundheitsförderung in sich
310 trägt´ weil die Pat Patienten oder die Mitarbeiter vor allem sehr viel einbringen´ an an an
311 Expertise (B3: mhm, ja) – und das dann aus, als Endergebnis an den Architekten kommt
312 (B3: als Auftrag so zu sagen). Genau, der hat dann diesen Begriff der
313 Gesundheitsförderung gar nicht so im Kopf, weiß aber, was er zum zum umsetzen (B3:
314 mhm) hat´ also ich find diese, dieses Zusammenspiel von Gesundheitsförderungs-
315 Expertise und Planer Expertise macht sehr viel vom Gleichen (B3: mhm) – ah, ist sich
316 dessen aber oft auch vielleicht gar nicht bewusst. Also ich glaube, dass die
317 Gesundheitsförderer oft sehr viel Ahnung von: wie müsste Planung wirklich sein, haben

318 und Architekten eigentlich (B3: mmmhm) sehr viel Ahnung von Gesundheitsförderung
319 haben (B3: mhm), das aber nie so bezeichnen (B3: ja). Da, da sind ja auch die Begriffe
320 Healing Hospital (B3: genau) schon ganz anders als – manchmal ist
321 Gesundheitsförderung in dem Begriff Patientenorientierung – das ist eh dann auch eine
322 Frage von mir: Diese Healing Hospitals, Evidence Based Design (B3: mhm) in welchen
323 Begriffen würden sie am ehesten Gesundheitsförderung im Krankenhaus, wo würden sie
324 das am ehesten einordnen, oder wie, wie bewerten sie diese, diese Erscheinung jetzt,
325 dass sich das jetzt auch international in der Architektur jetzt so niederschlägt?

326 B3: Also ich persönlich finde das ausgesprochen positiv' grundsätzlich, ja. Ah..ich glaube
327 auch nicht, dass jetzt irgend eine Gruppierung sich auf irgend etwas draufsetzen sollte
328 und sagen: das ist meines oder so (I: ja), das bringt ja gar nichts. Also das Wichtigste ist
329 wirklich, die Leute in das Gespräch zu bringen und ah mir scheint wichtig, dass die
330 Gruppierungen von einander wissen, ja' (I: mhm) um von den jeweiligen Erkenntnissen,
331 also sich da einfach austauschen und von einander lernen zu können. Und ich glaube,
332 deswegen ist es so wichtig, dass so Netzwerke wie Gesundheitsfördernde Krankenhäuser
333 gibt, ah, die ja ganz viele ah Mitwirkende haben, die dann so Aspekte wie Green Hospital
334 oder Healing Hospital oder so einbringen können'- ah, wir haben immer davon
335 gesprochen, dass Gesundheitsförderung so ein Umbrella-Konzept eigentlich ist, wo ganz
336 viel darunter Platz hat, ja (I: mhm) und aus der Perspektive von anderen Bewegungen ist
337 wiederum Gesundheitsförderung was, was unter deren Umbrella passt, ja'(I: genau). Also
338 es sind eher Puzzle-Steine, die zusammen gehören und ineinandergreifen, so Zahnräder
339 oder wie auch immer

340 I: Ja, so Veranstaltungen sind immer gut, weil eben (B3: mhm) auch die Architekten und
341 die Planer dann ganz begeistert sind (B3: mhm), wenn sich jemand forschungstechnisch
342 mit, mit dem Thema auseinandersetzt (B3: ja). Ist ja auch das Ziel des Architekten,
343 gut..den Patienten durch, durch (B3: genau), durch eine Krankheit auch baulich zu
344 begleiten (B3: genau), bestmöglich eigentlich (B3: mhm, genau). Und dass da sehr viel
345 positive Rückmeldungen eigentlich immer auf diese Vorträge aus dem Forschungsbereich
346 kommen, ja.

347 B3: Mhm, ja, das entspricht auch meiner Erfahrung (I: ja). Mhm.

348 I: Der finanzielle Aspekt, ihrer Meinung nach'...ahm...ist es eine Wissenslücke, dass man
349 davon ausgeht, dass Gesundheitsförderung ausschließlich, also dass man vielleicht (B3:
350 mhm) glaubt, Gesundheitsförderung kostet? Oder bedarf es da noch Aufklärungsarbeit,
351 dass ..

352 B3: Ich glaube schon, dass es noch mehr Info über Kosten-Nutzen braucht' - ja, damit
353 das stärker in die Köpfe kommt. ..ah..(I: handfeste?...Ergebnisse) ..ja genau, ganz
354 handfeste – ah und auch..ah..also ich glaube, teilweise sind die Leute, die planen und
355 bauen einfach wirklich mit sehr viel Vorschriften konfrontiert, die eingehalten werden
356 müssen – Mini-Anekdote am Rande: Ich war am Wochenende in einer Ausstellung im
357 MAK, wo es um den Josef Frank geht (I: ja) (lachen) – und da gab es so den Hinweis, ah:
358 würde man heute eine Treppe gestalten, die ähnlich viele Richtungswechsel hat, wie in
359 diesem Josef Frank Haus, müsste man dafür auf Grund der heutigen Bauvorschriften
360 doppelt so viel Platz einbauen, ja (I: mhm). Also es gibt wahnsinnig viele Vorschriften, die
361 eingehalten werden müssen – und..ah, wenn man will, dass

362 Gesundheitsförderungsaspekte einfließen, dann muss man wahrscheinlich auch zeigen,
363 wie die mit diesen Vorschriften gut kompatibel sind, ja (I: mhm). Damit jetzt nicht
364 irgendwer Sorge hat: ja da kommt noch eine zusätzliche Forderung, wie kriege ich jetzt
365 das wieder mit all diesen Anforderungen, die ich zu erfüllen habe, ah, unter eine Decke
366 sozusagen, ja (I: mhm) also Gesundheitsförderung muss zeigen, wie sie an die ah
367 herrschenden Erfordernisse anschlussfähig ist, glaub ich, ja (I: das ist sehr gut, der
368 Aspekt, ja) – mhm

369 I: Da braucht es halt einfach sehr viel Dialog, glaub ich (B3: ja, genau) – also sehr viel
370 Erfahrungsweitergabe und sehr viel (B3: genau) Dialog, ja.

371 B3: Und Leute, die auch genau diese Schnittstellen-Kompetenzen haben, die sie jetzt
372 auch haben auf Grund ihres Werdeganges. Also sowohl beide Perspektiven so zu sagen
373 (I: mhm) – das Zusammenbringen, ja (I: ein bisschen Brückenbauen) – genau, richtig
374 (lachen).

375 I: Genau. Haben sie in ihrer beruflichen Laufbahn einen Planungsprozess begleitet (B3:
376 nein), jetzt mit ihrer Expertise?

377 B3: Nein, gar nicht.

378 I: Waren sie vielleicht einmal in einem Gremium, oder? Oder ist ihnen vielleicht was
379 bekannt? Also wo, wo haben sich wirklich (B3: ahm) sehr viele Leute aus verschiedenen
380 (B3: mhm) Kreisen zusammengefunden um das Thema Gesundheitsförderung auch
381 wirklich mit einzubringen?

382 B3: Also ich kenne nur ein – aber nicht persönlich, sondern nur aus, ahm, also so über
383 Konferenzen und so´ - ein Beispiel aus einem irischen Krankenhaus, aber das ist jetzt
384 kein Neubau, sondern nur eine Umgestaltung von einer Kinderstation – ah, und die
385 haben, ah eine ganz eine breite ah Userbeteiligung so zu sagen gemacht – also nicht nur
386 jetzt Patientinnen, Kinderpatientinnen im Haus´ - sondern wirklich in der gesamten Region
387 rumgefragt: was würden sich denn Kinder, die im Krankenhaus sind, wünschen, wie das
388 ausschauen soll, ja. Und das eben dann so weit es eben möglich war, mit den ah mit den
389 finanziellen Möglichkeiten, etc. ..in die Umgestaltung der Station einfließen lassen, ja (I:
390 mhm). So ein Beispiel fällt mir da jetzt ein.

391 I: Ja´, haben sie denn die Planung vom Krankenhaus Nordbeobachtet

392 B3: Also ich habe mitbekommen, dass da Gesundheitsförderungsüberlegungen
393 eingeflossen sind, zumindest in Phasen der Planung, habe aber nicht weiter verfolgt, was
394 daraus geworden ist, (I: mhm) und ob das bis zum Schluss dann so zu sagen drinnen
395 blieb, oder wie auch immer.

396 I: Ja eben, es wird ja sehr viel auch eingebracht – ich glaube auch sehr viel von der
397 Organisationsentwicklung dann immer wieder (B3: mhm) oder von den Stabstellen
398 Gesundheitsförderung (B3: mhm) – ah, die Frage ist eben dann, in wie weit das dann in
399 der Planung auch auch landet (B3: genau, genau – ja, ja). Sind ihnen andere Institutionen
400 bekannt, die sich mit dem Thema Planung, Gesundheitsförderung,
401 Gestaltung....beschäftigen?

402 B3: Ahh, jetzt jenseits großer Träger oder Organisationen...also diese Academy for
403 Health and Design habe ich eh schon genannt – die glaube ich nächstes Jahr ihren
404 Kongress in Wien übrigens hat (I: gut zu wissen) (lachen)..

405 I: Man ist dann wieder so weit weg von den – (B3: ja) vom Geschehen, dass man da auch
406 wieder einiges vergisst oder übersieht oder nicht ganz..

407 B3: Gut, die sind auch sehr – also der, der das betreibt, ist auf einer sehr politischen
408 Ebene unterwegs. Der versucht immer irgendwie die Gesundheitsminister der jeweiligen
409 Länder für das Thema zu gewinnen, und so weiter, ja, ah ..aber ich weiß nicht, wie sehr
410 es wirklich in die Praxis hineinwirkt..wobei natürlich Praktiker immer bei den Konferenzen
411 dort sind, auch

412 I: Genau, die holen sich dann schon auch ein paar Anregungen (B3: genau). Sehr gut'...
413 wie glauben sie sind die Nutzerrunden durchführbar? Das ist ja ein riesen
414 organisatorischer Aufwand.

415 B3: Ja - ..ja is eine interessante Frage (I: ja)! Also für die Mitarbeiter ist das sicherlich
416 noch einfacher, also wir haben ja leider in Österreich generell ein Defizit meiner Meinung
417 nach, was die Einbeziehung von Usern, Nutzern, PatientInnen, BürgerInnenvertretern im
418 System betrifft', ja' - ah wir haben einfach nicht so eine gute Kultur für diese Dinge – das
419 ist in anderen Ländern besser etabliert. Da gibt es Gruppen, die teilweise a ahm
420 finanzielle Mittel dafür kriegen, dass jemand einmal freigestellt wird um so einen Prozess
421 eine Zeit lang zu begleiten, oder so, ja`. Ah, das passiert ja bei uns vielfach auf freiwilliger
422 Basis oder auf privat – also ja, ah, ahm a ohne dass die Personen irgendwie entschädigt
423 werden dafür' (I: mhm) – und dadurch ist es natürlich sehr viel Eigeninitiative und ahm..
424 muss dann halt, glaube ich, ah wenn man so was will fairer Weise dazugesagt werden,
425 was die Bedingungen sind und ob trotzdem jemand bereit ist, sich darauf einzulassen, ja'
426 - so ähnlich wie bei Bürgerinitiativen vielleicht (I: mhm), ja'

427 I: Ist auch der Nutzer vielleicht überfordert, weil das bei uns nicht üblich ist (B3: genau)!
428 Also weil man nicht so sozialisiert ist (B3: genau), dass man, dass man sich gerne
429 einbringt (B3: richtig) und dann sehr viel Engagement hineinlegt (B3: genau) in die Sache.
430 Das ist ja ein Prozess (B3: genau), der beidseitig sich entwickeln muss!

431 B3: Ich meine, was ich mir eher noch vorstellen könnte, was vielleicht leichter
432 durchführbar ist, dass man so Befragungen durchführt'- ahm strukturiert mit sehr klaren
433 Fragestellungen, ah ah, wenn es zum Beispiel um einen Neubau von einer Einrichtung
434 geht, dass man Pers – an Personen herantritt, die schon einmal in der Einrichtung waren
435 und fragt: Was ihnen gut gefallen hat, was weniger gut – vor allem halt ah, ob sie konkrete
436 Verbesserungsideen oder so hätten? Oder Ideen, die sie gerne bei einem Neubau
437 berücksichtigt hätten (I: mhm) oder so – im Sinne von Befragungen, wo man dann die
438 Auswertungen strukturiert einfließen lässt in so einen Prozess – das könnte ich mir fast
439 leichter vorstellen (I: ja). Weil da jetzt die User nicht über einen längeren Prozess aktiv
440 sein müssen.

441 I: Ja, weil es immer, immer die Frage ist: Wie weit und wie Aufwendig will man den
442 Prozess (B3: genau, genau) führen.

443 B3: Genau. Im Sinne von Partizipation, da gibt es ja auch diese Stufen der Partizipation
444 (lachen)

445 I: Ja. ..Ah, wenn man das Thema Gesundheitsförderung anspricht – und auch im
446 Krankenhaus (B3: mhm) ist es immer wieder die Frage: Wo fängt Gesundheitsförderung
447 an? Wir haben ja in Österreich eigentlich einen relativ hohen Standard – weil ich habe mit
448 einem Architekten gesprochen, der in Afrika baut auch (B3: mmh), für den ist es dann
449 überhaupt auch irgendwie die Frage: was will man überhaupt mit Gesundheitsförderung –
450 wir sind ja eh so weit im Gegensatz zu anderen Ländern (B3: mhm). Und da ist immer die
451 Abgrenzungsfrage: Was ist schon Standard? (B3: mhm) Was wird schon über
452 Arbeitnehmerschutz zum Beispiel (B3: mhm) fürs Personal geregelt, und wo, wo beginnt
453 dann eigentlich im Krankenhaus Gesundheitsförderung? (B3: ja) Wenn man das zum
454 Beispiel jemanden erklären will (B3: genau), der der dem Thema – ah, nicht vertraut ist.

455 B3: Ich meine in gewisser Weise glaube ich, dass das, was institutionalisiert ist über
456 Gesetzte etc. ahm...also immer dann, wenn man es nicht mehr proaktiv betreiben muss,
457 weil es schon wo verankert ist, ist ja schon etwas gelungen, ja´ (I: genau – ist aber noch
458 immer Gesundheitsförderung drinnen) genau (I: also in vielen Bereichen) genau, genau.
459 Ein klassisches Beispiel: Arbeitnehmerschutzregelungen – also wir haben heute keine
460 vierzehn Stunden Tage mehr´ weil es eine massive Arbeitnehmerbewegung einmal
461 gegeben hat, die ganz viel durchgefochten hat – weil es Gewerkschaften gibt, und so
462 weiter. Trotzdem sind im – die Themen im Hintergrund, immer noch wichtig. Würden wir
463 das heute alles wieder abschaffen, wäre das ein riesiges Problem – also, wenn man
464 einmal einen bestimmten Standard erreicht hat, ist, glaube ich, der ganz wichtige Punkt:
465 ihn zu halten – auf jeden Fall (I: ja). Ah und natürlich sinnvoller Weise dort zu schauen,
466 ah, ja: wo ist es denn schon Luxus und wo ist es sinnvoll, weitere Schritte zu setzten. Ah,
467 und wenn zum Beispiel Medikamentenverbrauch durch was beeinflusst werden kann und
468 Medikamente durchaus auch etwas kosten im System, ja, ah, und man da gleichzeitig das
469 Wohlbefinden steigern und Kosten senken kann, wäre das aus meiner Sicht ein gutes
470 Argument, weil es eine Win-Win wäre, das zu tun (I: ja), ja. Also ich würde eher nach
471 diesen Win-Win Strategien oder Win- Win Punkten Ausschau halten – ah, wo bediene ich
472 möglicherweise mehrere Interessen – und dort schau´n, dass man vielleicht weiter geht –
473 und dort, wo es eh schon super ist, darauf schau´n, dass man den Standard hält (I: mhm,
474 ja)

475 I: Es gibt halt vom Personal vor allem (B3: ja) immer wieder die Diskussion, dass die
476 Mittel eher gekürzt werden, das Personal eingeschränkt wird (B3: genau). Und da ist es
477 halt dann schwierig, mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen abseits von dieser, von
478 dieser – von diesen Basics (B3: mhm, genau) zu argumentieren. Also die wollen
479 grundsätzlich .. die Therapie gesichert haben – (B3: genau) oder eh ihre Möglichkeiten
480 als, als, als Ärzte und als (B3: genau) Personal einmal sichergestellt haben.

481 B3: Ah. Bedeutet aber natürlich ge – gerade unter Bedingungen dieser zu kürzenden
482 Mittel, etc., dass zunächst einmal Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter auch Priorität
483 haben sollte, ja. Ah, weil die wirklich ganz viel leisten und ah u ein sehr hohes
484 Stressniveau haben auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Ah, und gerade da die
485 Frage ist: was ist da baulich alles möglich, um Stressempfinden auch für die Mitarbeiter
486 zu reduzieren? – also zum Beispiel gerade was den Lärm betrifft, sind ja die Mitarbeiter
487 auch eine wichtige Zielgruppe, ja (I: ja)

488 I: Und wie, wie – ja für mich ist es immer ganz wichtig: Wenn´s einmal steht (B3: mhm) ist
489 nicht mehr viel zu machen! (B3: ganz genau) Und das sind oft einfache, einfache Dinge
490 (B3: mhm), die mit Versetzen von Wänden zu tun hätten (B3: genau), oder mit
491 Sichtachsen (B3: genau), die finanziell eigentlich keine Auswirkungen hätten

492 B3: Aber auf das Wohlempfinden ganz (I: genau) extrem (I: das Personal extrem
493 unterstützen könnten) genau

494 I: Da gibt es ja auch den super Spruch vom Churchill: First, we shape our buildings, and
495 afterwards our buildings shape us. (lachen)

496 B3: Sehr schön. Gefällt mir.

497 I: Sehr aussagekräftig. Es trifft irgendwie genau den (B3: ja) genau den Kern (B3: absolut)
498 von dem, wie uns die Lebenswelt beeinflusst. Ich möchte jetzt quasi noch einmal die die
499 wichtigsten Punkte ah...zur Sprache bringen. Ganz kurz, wenn sie mir vielleicht ganz
500 kurze Antworten geben! (B3: mhm). Wer bringt noch einmal Gesundheitsförderung ins in
501 die Planung des Krankenhauses für sie?

502 B3: Idealerweise, also wenn´s im Haus Expertise gibt – im Qualitätsmanagement oder so
503 – wäre es natürlich sinnvoll, wenn´s dir- von dort auch käme – oder auf der Trägerebene,
504 wenn´s schon jemanden gäbe, der oder die dort Expertise hat..ah..ja, ...sonst – ich
505 glaube, dass es in der Planungsphase eigentlich nur dann wirklich reinkommt, wenn
506 schon irgendwer vertritt, ja (I: mhm), der da miteinbezogen ist.

507 I: Zeitpunkt haben wir eh schon geklärt. Wann? Eigentlich so früh wie möglich, vor allem,
508 wenn´s den wichtigen Faktor Kosten (B3: genau) beeinflussen soll´ ...Ah, wie? – wenn ich
509 jetzt noch einmal zusammenfasse: am besten über den Austausch und das Gespräch
510 (B3: ja). Fällt ihnen da noch etwas ein?

511 B3: Ahm...Fortbildungen von Architekten wären – aber auch von ah..Menschen, die
512 Entscheidungen im – also im Krankenhaus, die, die da für die entsprechenden
513 Entscheidungen verantwortlich sind. Ah..denke jetzt gerade an eine Veranstaltung auch in
514 Graz, an der Uni-Klinik, die irgendwann einmal so sich mit der Frage der Lichtgestaltung
515 beschäftigt hat´ - also möglichst viele Leute, die ah, in bauliche Entscheidungen irgendwie
516 einbezogen sind, sollten eine Ahnung davon kriegen – und sollten Informationen haben –
517 um, wenn sie im Dialog dann sind zu diesen Fragen, das schon einbringen zu können.

518 I: Sehr gut....Warum soll Gesundheitsförderung in die Planung? – das ist eh auch schon..

519 B3: Genau, weil es einfach wirklich nachweisliche Effekte hat´ ..ah..nicht nur so unter
520 Führungszeichen: softes und sanftes Wohlbefinden – obwohl auch das in Zeiten von ah
521 Kürzungen, ah und teilweise Deckelungen oder Abbau von Personal gerade auch für´s
522 Personal immer wichtiger wird aber es ist einfach wichtig auf der ganz ban.. auf der
523 biochemischen Ebene messbar und zeigt...ahm..ah...also ah...kann einerseits, was das
524 Personal betrifft, stressbedingten Gesundheitsproblemen vorbeugen´ aber beiden
525 Patientinnen und Patienten den Heilungsprozess unterstützen – und das ist eben beides
526 biochemisch nachweisbar (I: mhm).

527 I: Und spart auch – schlussendlich (b3: ganz genau). Und die Abgrenzung haben wir auch
528 schon beschlossen, ah besprochen. ...Ah, noch eine kurze Frage: Wenn sie jetzt also

529 Experte damit beauftragt werden würden, ein Team für eine gesundheitsfördernde
530 Planung zusammenzustellen. Wie würden sie da vorgehen?

531 B3: Wie würde ich vorgehen? Auf Ebene Krankenhaus oder Trägerorgan..also wer wäre
532 der Auftraggeber?

533 I: Es wäre, sie würden einen Auftrag kriegen, von einem Krankenhausträger, ein wirklich
534 wegweisendes Projekt quasi zu begleiten (B3: mhm), das sich der Gesundheitsförderung
535 (B3: ok)..und es soll ein gesundheitsförderndes Krankenhaus der Zukunft (B3: ok)..sein.

536 B3: Ich würde mir auf jeden Fall ahm, in das Team hineinholen, oder in die Gruppe, die
537 diese Planung begleitet: Vertreter aller wichtigen Berufsgruppen im Krankenhaus. ..Ah,
538 ich würde mir wahrscheinlich – also auch Gebäudetechnik und so weiter, eh klar, aber
539 vielleicht auch jemanden, der so banale Dinge wie die Reinigungsperspektive (I: mhm)
540 vertreten kann, ja´ - ahm, ich würde mir wen von der Verwaltung reinholen, die die
541 ökonomischen Aspekte mitberücksichtigen. Ich würde Patientenvertretungen nach
542 Möglichkeit einbinden. Ich würde mir auch anschau´n, in welcher Region, wo steht denn
543 dieses – soll den dieses Ding stehen? Ah, ist das eine Stadt, ist das eine Gemeinde, ist
544 das ein Bezirk von einer größeren Stadt. Gibt es da Bürger, die da vielleicht – also
545 Anrainervertreter oder so....weil ja teilweise solche Gebäude auch von der Öffentlichkeit
546 ein Stück weit mitgenutzt werden – dass man auch diese Perspektive miteinbringen
547 kann...ah..natürlich .ah, ah Architektenexpertise ah..mhm..verschiedene
548 Gestaltungsperspektiven – also ich meine Architektur – also ja, Außen- und
549 Innenarchitektur und so (I: mhm), ja – es sind ja zwei unterschiedliche und beides sehr
550 relevante Aspekte´ (I: genau. Und auch Wegeführung. Da gibt es ja Spezialisten für die
551 Planung) genau, genau – genau. Und sicherlich dann auch noch Sicherheitsfachleute für
552 also so – eben Sturzprävention, Unfallprävention und ah aber auch Hygienefragen und so
553 – also das glaube ich sind wichtige Aspekte.. Ob jetzt immer alle zu allen Bauphasen oder
554 so

555 I: Genau, ich glaube auch, dass das einfach so einmal ein Austausch sein muss (B3:
556 genau). Auf welcher Ebene und wie lange im Prozess (B3: genau) ist ... kann man dann
557 ja noch entscheiden (B3: richtig). Aber es ist (B3: genau)

558 B3: Vielleicht wäre es gescheit, am Anfang so etwas wie ein Open Space zu machen. (I:
559 mhm). Weil es – wenn ich jetzt an die Gruppengröße denke, von den Expertinnen und
560 Experten, die ich jetzt mal gelistet habe, und das ist wahrscheinlich noch nicht vollständig
561 (I: ja) ist das durchaus eine relativ große Gruppe, ja. Und da wäre es, wäre eine
562 Möglichkeit, mit so einem Open Space Design zu beginnen – und dann eben zu schau´n,
563 welche Vertreter dieser Gesamtgruppe punktuell zu welchen Aspekten, Fragestellungen
564 einbezogen werden sollten – und ah vielleicht zu einem bestimmten späteren Punkt noch
565 einmal einen Open Space zu machen: wo man die Ergebnisse vielleicht präsentiert, oder
566 dann braucht es keinen Open Space mehr, aber auf jeden Fall die Gesamtgruppe noch
567 einmal zusammen holen um die Ergebnisse zu präsentieren, ja.

568 I: mhm,

569 B3: Ja

570 I: Das klingt fein...(lachen) nur, nur jetzt für meine Berufsgruppe (B3: ja).
571 Betriebsorganisations und Funktionsplanung für Krankenanstalten: Ist ihnen das ein
572 Begriff?

573 B3: Ah. Ist mir jetzt nicht so vertraut. Ich habe eine bestimmte Vorstellung (I: mhm) – aber
574 ich bin, weiß nicht sehr – eigentlich nicht wirklich was darüber, ja.

575 I: mhm. Also (B3: ja) wir begleiten ja eigentlich den Prozess des Architekten (B3: mhm):
576 das ist ein hin und her Spiel von – oder mehr ein Austauschprozess (B3: mhm) ah und
577 Funktionsplanung heißt eben auch, die unterschiedlichen Bereiche (B3: mhm) im
578 Krankenhaus funktionell aufeinander abzustimmen (B3: ja) Also die Bereiche.

579 B3: Also sie müssen ganz unbedingt in die Gruppe mit rein (lachen)

580 I: Ja, dass nicht der, was weiß ich, der Hubschrauberlandeplatz (B3:ja) irgendwo anders
581 ist als über dem OP oder in der Nähe vom OP. (B3: ok) Also solche funktionalen,
582 räumlichen Zusammenhänge.

583 B3: Ok. Quasi auch so Logistikfragen (I: genau, ja, sehr viel in diesem Bereich, ja) Das
584 erinnert mich an eine Führung durch die Uni-Klinik in Graz, die ich einmal hatte – wo man
585 irgendwie durch die Versorgungstunnel gegangen sind, bis hin auf das Dach rauf auf den
586 Hubschrauberlandeplatz (I: ja)

587 I: Ja, das ist in Graz überhaupt eine spannende Geschichte. ..Gut, dann glaube ich,
588 haben wir alles durchgesprochen, was ich einmal so in meinem Kopf hatte (B3: ok) an
589 Fragen. Dankeschön noch einmal.

590 B3: Gerne. Ich hoffe, es hilft ihnen ein bisschen weiter.

591 I: Oh, ja, das war sehr interessant.

592 B3: Ich bin ja schon – wenn, also wenn ich, ich hoffe, dass ich die fertige Arbeit dann
593 lesen darf..

Interview 4

- 1 I: Ja also .. Liebe xxxxx. Danke noch einmal für das Gespräch. Also ich werde die Daten
2 aufzeichnen und die werden dann vertraulich behandelt ...ah und ich gendere nicht, weil
3 man das den Redefluss bei mir nicht (B4: mhm) ..eher behindert als fördert'. Das Thema
4 ist: Die Beeinflussung ahm..wie kann man eben durch die Planung gesundheitsfördernde
5 Aspekte im Krankenhaus beeinflussen..(B4: mhm) ..und ah ja: ich habe HTL gemacht und
6 arbeite in der Betriebs- und Organisationsplanung und die Arbeit ist eben die
7 Abschlussarbeit für meinen Master of Public Health in Graz. (B4: mhm).
- 8 Darf ich dich kurz um eine Vorstellung bitten und eine kurze Angabe zu deiner aktuellen
9 beruflichen Tätigkeit!
- 10 B4: Ja, also aktuell: ich bin Betriebsorganisationsplanerin also in einem
11 Consultingunternehmen seit mehr als zehn Jahren. Habe so zu sagen eine Ausbildung im
12 Gesundheitsmanagement und eben der Fokus hat sich eben hier in der Firma so
13 entwickelt und ich war vorher selber im Krankenhaus tätig – also als Krankenschwester im
14 Bereich der Intensiv.
- 15 I: Ok´ ah, was verstehst du persönlich unter Gesundheitsförderung und im Speziellen
16 dann eben – was, was ist für dich Gesundheitsförderung im Krankenhaus?
- 17 B4: Na ja´ - Also das sind zum einen zwei Aspekte. Das eine ist so zu sagen aus aus
18 meinem persönlichem aus meiner Erfahrung heraus: „Was heißt Gesundheitsförderung?“
19 jetzt auch abzugrenzen von der Salu.. von der .. gehört zur Salutogenese ist ja von der
20 Prävention eben gibt es eh diese WHO Geschichten habe ich mir auch noch angeschaut,
21 also das irgendwie eh auch klar: Prävention da das ist eben der Unterschied, da geht es
22 um den pathogenetischen Ansatz, bei der Prävention, beim anderen geht's um
23 Ressourcen und Förderung und so weiter, ja..und das..a..im Rahmen der BO sage ich
24 jetzt einmal gibt es einmal für mich sind die wesentlichen Schlagworte, die wir jetzt so zu
25 sagen auch als Zielsetzungen verwenden: Schaffen von entsprechenden
26 Rahmenbedingungen erst einmal, also ein mitarbeiterfreundliches Umfeld, das bezieht
27 sich jetzt einmal grundlegend bezieht sich´s einmal auf das Personal, auf die Patienten
28 auf die Mitarbeiter und es bezieht sich aber auch auf die umliegende community – das ist
29 natürlich auch ein Relevanzthema, ja´ - also umliegende community heißt, ah..Schule,
30 Betriebe, Bevölkerung, ja, wo das Krankenhaus eine wesentliche Rolle, sagen rein jetzt
31 einmal vom Krankenhaus spricht, ah erfüllt – ja – und ja, also..jetzt, ich sage jetzt einmal:
32 alle Dinge, die kommen kann man vielleicht weiter hinten noch noch einbauen´ - aber jetzt
33 einmal, wie gesagt: diese Rahmenbedingungen für ein mitarbeiterfreundliches Umfeld –
34 also es geht irgendwie heut zu tage auch darum, dass man ..ah attraktiv ist für Mitarbeiter,
35 dass man jetzt so zu sagen das Arbeitsumfeld auch entsprechend attraktiv gestaltet und
36 auch die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht und die Fluktuation reduziert, der Krankenstände
37 ah reduziert, die..und so weiter, ja. Dann geht's natürlich auch, dass man jetzt im Rahmen
38 der BO-Planung versucht, so weit wie möglich auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter
39 einzugehen, ja´ - also das war so zu sagen bei der Prozessplanung kann man das schon
40 berücksichtigen, dass man sagt: wichtig ist also Zielsetzung: klare Prozesse und
41 Zuständigkeiten, dass man das ah im Rahmen der BO-Planung hinsichtlich optimierte
42 Funktionsbeziehungen, ja, dass man sagt: die Personalwege sollen die so zu sagen hier
43 optimieren – die sollen ah ein entsprechendes, also die Funktionsstellen sollen
44 entsprechend so positioniert sein, das das Personal so zu sagen nicht unnötig endlos
45 lange Wege – ist für mich so zu sagen auch jetzt ein Thema in der Gesundheitsförderung

46 – ja, so zu sagen, jetzt noch einheitliche..einheitliches Arbeitsumfeld schaffen, ja (I: mhm)
47 für die Mitarbeiter, ja, also dass sie sich in gewisser Weise: das Thema Modularität,
48 Austauschbarkeit, einheitliche Stationsgrundrisse wenn man so zu sagen jetzt das das
49 Personal auch unterschiedlich einsetzt, dass es sich da irgendwie zurechtfindet – ja –
50 dann, was ich noch, genau, was ich auch im... im Rahmen der BO beeinflussen kann ist:
51 ausreichende Zonen für Kommunikation zu schaffen, ja (I:mhm), das heißt also
52 bedarfsgerechte Besprechungsräume, Schulungsräume, Multifunktionsräume – ah – was
53 auch wichtig ist, so zu sagen, ah, was oft vergessen wird im Büro und Gebäuden, dass
54 man auch Zonen für die informelle Kommunikation schafft, ja´ - also ganz, zum Beispiel
55 im Bereich der Kopierer oder so – dass man da irgendwie ein paar Tischchen macht´ wo
56 wo auch ahm das Personal sich – wenn´s einmal rausgeht aus dem Büro – sich dort
57 unterhalten kann. Gibt´s Negativbeispiele: der KAV in Wien ist glaube ich ein
58 Negativbeispiel, also die die – da gibt´s so den Gang und die Büros und einfach keine
59 keine Möglichkeit, dass man sich draußen irgendwo treffen kann. Solche Zonen kann man
60 im Bereich von Speisesälen schaffen, und so weiter, also wo so zu sagen ein bisschen
61 zusammen kommt und das Informelle gefördert wird, ja ...ja ..so ... genau. Was habe ich
62 noch: Rückzug, genau, also entsprechend Pausenräume, Aufenthaltsräume, dann den
63 Grünbezug schaffen ah, das gilt natürlich für Patienten, das gilt auch für Mitarbeiter, ja, (I:
64 mhm), also Außenbereich, Personalspeiseraum, und so weiter. Für Patienten gilt das so
65 zu sagen jetzt: entsprechender Ausblick vom Patientenzimmer, dass man da irgendwie
66 nach Möglichkeit in den Park schaut (I: in das Grüne blickt) in das Grüne schaut, genau,
67 ja. Das Thema Ruhebereiche, Power-Napping, das ist irgendwie so ein Schlagwort, ah,
68 wird, wird teilweise so zu sagen als Wort jetzt ein bisschen – wie soll ich sagen (I:
69 strapaziert?) strapaziert, kritisch gesehen, ja, weil so zu sagen jetzt, gibt auch so
70 Aussagen, was ich gehört habe: die Mitarbeiter, die sollen nicht schlafen, die sollen
71 arbeiten! Ich kenne da so zu sagen auch Beispiele, wo – aber das ist jetzt so zu sagen
72 kein Akut Krankenhaus, sondern das ist ein ein Haus für ahm ...da..der Karl
73 Karl...Hospiz, und da haben sie einen Power-Napping Raum eingerichtet. Das wird
74 glaube ich, ganz gut angenommen, ja. (I:Mhm). Ja.

75 I: Ja dazu gibt´s halt wenige Beispiele noch.

76 B4: Genau, da gibt´s, da gibts wenig Beispiele: also wir haben das in der BO Planung bis
77 jetzt – aus meiner Erfahrung hatten wir das jetzt nicht explizit als Power-Napping Raum
78 drinnen, sondern wir hatten es in (?) als Ruheraum und Rückzugsraum und so weiter (I:
79 mhm) – also auch soft, dass man sagt: ein bisschen auch strategisch verteilt im
80 Krankenhaus, dass man so zu sagen jetzt von verschiedenen Bereichen auch gut hin
81 kommt. Man sagt, da hat man irgendwo einen Bereich in der OP-Intensiv Zone, und da
82 schaffen wir irgendwie so einen Raum, wo sie sich (I:mhm) zwischendurch einmal
83 zurückziehen können, ja´.

84 I: Hast du das in der Praxis gehabt? So etwas? (Kopfschütteln)..Nein. Hast du nicht erlebt.

85 B4: Gar nichts, gar nichts, nein. Also ich selber nicht....So das war
86 jetzt..Gesundheitsförderung, genau (I: genau) ja – und

87 I: Wer im Krankenhaus, glaube ich ist da noch ein Thema, welche Berufsgruppen hast du
88 kennen gelernt, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung

89 B4: Warte, ein bisschen was habe ich noch (I: ja), gesundheitsfördernder Arbeitsplatz,
90 was auch glaube ich, wichtig ist, ahm – für die älteren Mitarbeiter, was zu schaffen (I:
91 mhm), ja, attraktive, dass muss heutzutage mit Nachtdienst und so, dass man sich da
92 überlegt: wie kann ich die entsprechend auch einsetzen, ja – gesundheitsfördernder
93 Arbeitsplatz ist auch klar: Räume mit Tageslicht, ah ah dass kennen wir eh auch so zu
94 sagen jetzt gibt's diese Richtlinien aus dem Arbeitsinspektorat, also eben diese
95 altersgerechte Gestaltung, angefangen von den Personalgarderoben für Frauen – ahm –
96 dass die so zu sagen wie wie entsprechend auch irgendwie nicht am dunklen Gang
97 erreichbar sind..genau..dass man so zu sagen in der Pflege selber auch , ah ah – wenn
98 man wenn man Patienten mobilisiert am Krankenbett, dass man so zu sagen
99 entsprechendes entsprechend Platz hat, dass man dort auch zu zweit handling – also
100 handeln kann (I: mhm) handeln kann und so weiter, ja..Und, ich glaube, da haben wir eh
101 schon einmal geredet, dass vielleicht Mitarbeiter auch, dass man denen die Möglichkeit
102 gibt, ah, Einrichtungen des Krankenhauses zu nutzen. Also physikalische Therapien,
103 Trainingstherapie und so weiter..dass man ah ahm zum Beispiel von der Führung aus –
104 das habe ich jetzt einmal gelesen: im Göttlichen Heiland, die gehen Laufen zum Beispiel,
105 und da rennt auch von der Führung jemand mit (I: mhm) und – ja – gut.

106 I: Das ist auch der wichtige Punkt: dass das akzeptiert ist von der Leitung wahrscheinlich,
107 nicht? Weil wenn..

108 B4: Genau.

109 I: Wenn quasi da die Leitung nicht dahinter steht, ist das ganze immer schwer (B4: ja, ja)
110 durch zusetzen (B4: genau). Von den Mitarbeitern würde ja vielleicht viel kommen

111 B4: ja ja genau, genau, genau

112 I: Wenn man weiß: es wird nicht gerne gesehen, dann.

113 B4: Ja eh, eh, aber ich glaube irgendwie ist es schon so ein Weg – oder dass, dass man
114 geförderte Angebote ..ah ah bekommt, vom Fitnesscentern – solche Sachen, ja (I: mhm
115 genau) also das, das – genau, ja also dass dass so..(I: Anreizsystem!) genau,
116 Anreizsysteme – genau, Laufgruppen, dass habe ich eigentlich eh schon alles, ja. Ja gut,
117 du hast jetzt gefragt (I: wer das macht im Krankenhaus) macht

118 I: Aus Erfahrung, was hast du da (B4: Na, ja). Wer waren..Wo ist das angesiedelt? Macht
119 das das Qualitätsmanagement mit, oder?

120 B4: Also ich habe mir da etwas dazugeschrieben –mit einem Kollegen auch geredet: also
121 ich meine, Gesundheitsförderung: Diätologie, wenn's um Essen geht, ja (I: mhm, ja).
122 Dann die Betriebs..Betriebsarzt (I: wenn's um Arbeitsmedizin geht) ja, Betriebsarzt und
123 Betriebsrat in gewisser Weise auch, ja. Die sind ja oft mit so, mit so Angeboten...aber
124 grundsätzlich, wenn man so sagt, sollte es alle etwas angehen, weil
125 Gesundheitsförderung sollte jeden (I: mhm) irgendwie ah, ja, was angehen. Das also für
126 sich selber so zu sagen auch schaut: wo sind meine Ressourcen und was muss ich tun,
127 dass ich gesund bleibe und so weiter. Ja..aber das

128 I: So was wie ein Gesundheitszirkel ist schon einmal untergekommen in einem
129 Krankenhaus – oder eher nicht?

130 B4: Mit dem kann ich jetzt nichts anfangen – aber ich habe gehört, weil’s im Rahmen
131 unserer BO-Projekte..da haben sie zum Beispiel so Zumba Stunden und gehen da
132 irgendwo in einen Mehrzwecksaal, ja – also wie auch immer das dann, ja (I: ja) als
133 Gesundheitszirkel nein, sagt mir jetzt nichts.

134 I: Ja, das sind halt organisiert – das ist halt a ah einfach eine Struktur ah ah Struktur
135 ...werkzeug um das Ganze eben auch strukturiert ablaufen zu lassen. Es ist vielleicht –
136 manchmal ist es in der Organisationsentwicklung .ah..im Qualitätsmanagement
137 angesiedelt (B4: ok,ok) die organisieren das dann, das ist mehr so ein Instrument um das
138 auch (B4: ok) durchführen zu können..

139 B4: Ja QM ist sicher auch natürlich jetzt ah (I: ja) ja da

140 I: Das QM hat halt oft, glaube ich, die Werkzeuge für so etwas (B4: ja) durchzuführen, ja.
141 (B4: genau)..und ..du kommst ja aus der aus der Praxis von der Planung. Wann, wann ist
142 es denn sinnvoll, das Thema Gesundheitsförderung einzubringen und wie bringt man es
143 überhaupt..

144 B4: Na ja, es wird

145 I: Wie bringt man es überhaupt in die Planung jetzt?

146 B4: Also es wird – also erstens, dass man Zielsetzungen definiert (I: ja) – also dass man
147 sagt: im Rahmen der BO hab ich – unsere, die wir im Wilhelminenspital hatten, also BO
148 Grundsätze, Ziele und Maßnahmen dazu definiert’

149 I: Und wer hat, wer hat die erarbeitet? Die kommen von euch einmal aus, aus
150 Erfahrungswerten.

151 B4: Genau, da stehen einmal von uns in der Betriebsorganisationsplanung eingebracht
152 worden und dann so zu sagen jetzt in, in den, mit der Arbeits- oder Steuerungsgruppe so
153 zu sagen, das war auf übergeordneter Ebene - hat man so – die haben so zu sagen auch
154 Themen eingebracht, ja (I: ok): uns ist jetzt das Risikomanagement wichtiger, haben wir
155 so zu sagen hier auch aufgenommen, ja (I: mhm). Wie schon gesagt:
156 Mitarbeiterorientierung, Patientorientierung: was heißt das. Und Mitarbeiterorientierung
157 war immer relativ breit – also das - gesteckt, ja – also eh, was ich dir vorher erzählt habe,
158 mit den Rahmenbedingungen, mit diesem Arbeitsplatz und so weiter,..und es kommt, also
159 wie gesagt, von den Nutzern selber und es ist dann oft, sehr oft die Pflege natürlich, ja –
160 also Leute, die Pflegepersonen, die das Thema Gesundheitsförderung ansprechen und
161 sagen: ja, wir haben dieses und jenes bei uns und wie machen wir das dann ah

162 I: Und wie kommt vom ..vom Ablauf her rein? Wie kommen die Nutzer in diesen in diesen
163 in diesen..Gremien ..

164 B4: Besprechungen, ja, ja, genau – Nutzerrunden und Besprechungen, ja, genau...Aber
165 jetzt so ..was du da auch in deinem Fragebogen hast – über diese
166 Gesundheitsnetzwerke: die erwähnen das vielleicht einmal: wir sind da irgendwie Mitglied
167 und was weiß ich (I: mhm – das Gesundheitsfördernde Krankenhaus ja). Aber
168 grundsätzlich wird’s über solche Gremien eingebracht, ja. Also irgendwann haben wir
169 auch so Spesen beim Betriebsrat gehabt, wobei glaube ich eher dann die Frage war, wo

170 sie die Sesseln und Stühle für die Feiern unterbringen (I: ja ja – das Feiern ist immer ein
171 Thema! – das ist immer). Ja, Genau, das

172 I: Und Patienten als Nutzer?

173 B4: Habe ich eigentlich noch nicht gehabt.

174 I: Ned? (B4: na). Über die Patientenanwaltschaft auch nicht, oder Patientenvertreter?

175 B4: Patientenvertreter – so weit ich mich erinnern kann, war das nur einmal im Rahmen
176 der Psychiatrie, dass dass die da irgendwie – spezielle spezielle vor Ort (I: ja) aber da ist
177 es nicht um Gesundheitsförderung gegangen, sondern diese rechtlichen Sachen, ja. (??)
178 Aber...

179 I: Fragebogenergebnisse? Ist das einmal ein Thema gewesen? Das das..

180 B4: Vom Patienten?

181 I: Ja genau. Das da gesagt worden ist, dass das und das und das ist ganz schlecht und
182 das müsste man irgendwie ..ned?

183 B4: Du kennst ja diese Fragebögen! Die sind ja

184 I: Ja, ich weiß, die sind, die haben eigentlich mit Gesundheitsförderung nicht viel zu tun
185 (B4: die sind), ich meine wenn man die Küche jetzt ein bisschen außen vor lässt (lachen)
186 - weil die dominiert

187 B4: Genau, da geht es

188 I: ..glaube ich das Thema

189 B4: Nein, muss ich ehrlich sagen: kann mich nicht erinnern, dass das jemals irgendwie so
190 (I: eingeflossen wäre), aber vielleicht fällt's mir noch ein, dann werde ich dich kontaktieren
191 (lachen)

192 I: Was glaubst du, ist dem Patienten wichtig – jetzt abgesehen davon, dass er sich
193 natürlich die beste medizinische Versorgung erwartet?

194 B4: Na ja, was, was ich mir (I: was ist ihm wichtig?) noch aufgeschrieben habe – das ist,
195 glaube ich, auch noch ganz wichtig. Wenn man jetzt von diesem gesundheitsfördernden
196 Ansatz ausgeht, und Salutogenese – das gehört ja für mich irgendwie alles zusammen, ja:
197 es geht um diese Reduktion der Stressfaktoren, ja' .. und ich meine, da hat sich ja viel
198 geändert, ja. Ein Beispiel zu der Intensiv, ja: waren früher Zimmer mit .. acht, neun Betten,
199 ja' - habe ich selber gearbeitet. Was ...was man sich, also was sich da abspielt, kann
200 man sich eh vorstellen, ja? Heutzutage macht man maximal Zweibettzimmer, wie wir
201 wissen – eher Einbettzimmer sogar, wenn's, wenn's geht, ja. Und das heißt, der Versuch,
202 Stressfaktoren zu reduzieren, ja`. Für den Patienten in erster Linie für natürlich, aber
203 natürlich für's Personal auch (I: hängt eh immer zusammen) – hängt immer zusammen.
204 Wird natürlich jetzt unterschiedlich angenommen, aber das das das das Krankenhaus
205 soll..tendenziell zunehmend als stressarme und erholsame Umgebung wahrgenommen
206 werden, ja. Es muss nicht unbedingt, Krankenhaus muss nicht unbedingt schiach,
207 grauslich und stinkig sein, ja, nach Urin riechend. (I: mhm) ja. Und das kann man durch

208 irgendwie entsprechendes – ja – eine entsprechende Gestaltung haben und trotzdem
209 funktionell sein, ja? Es gibt: im Krankenhaus Hietzing haben sie angefangen mit Feng
210 Shui – kennst sicher eh auch (I: mhm) Intensiv. Und was weiß ich was, ja das was, das
211 muss nicht unbedingt weiß sein und auf der Decke, und dieses und und jenes – also von
212 den Farben – ich meine, es gibt Beispiele aus dem Ausland: das habe ich einmal auf
213 einem Kongress gesehen, wo ich mir die Frage gestellt habe: ist das bei uns auch
214 möglich, dass die zum Beispiel, in Holland glaube ich, so solche Polyklinik – Zentren so
215 gestaltet haben, dass sich, dass sich da wichtige Orte von der Stadt wiederfinden, ja´ - (I:
216 mhm). Also mit was weiß ich Straßennamen und was weiß ich was, ja. Gibt auch so
217 etwas in der Psychiatrie, in den Alzheimer (I: ja) das das sich die Patienten da irgendwie
218 finden mit mit Bildern und Straßennamen und Symbolen – ahm, aber das heißt, dass wir
219 das auch teilweise gestalten mit, mit Polstermöbeln und was weiß ich – wo bei uns die
220 Krankenhaushygiene sagt sicher: so nicht! Ja. Krankenhaus muss alles abwischbar sein,
221 das wissen wir eh, aber es gibt, glaube ich, Möglichkeiten – und und was weiß ich, ah:
222 das Röntgenräume mit ah, was haben wir uns da angeschaut, in in in (?) – dass das mit
223 Holz vertäfelt wird – also man kann das – das wird mit schönen Bildern von Landschaften
224 (I: mhm) und was auch immer., ja. Also da kann man glaube ich schon einiges machen,
225 ja, mit, mit Musik, mit Gestaltung, und so weiter, ja. Einbeziehung der der Natur´ ist für
226 mich auch irgendwie wichtig – und eben – was ich schon erwähnt habe, diese
227 Unterstützung der Kommunikation im Krankenhaus (I: mhm). Also das ist sehr wichtig

228 I: Ist ein sehr wichtiger Faktor

229 B4: Für mich irgendwie sehr wichtig, dass man da irgendwie Raum schafft.

230 I: Genau. . Sind dir Projekte bekannt, wo das Thema Gesundheitsförderung – oder auch,
231 wenn man es jetzt, wenn man es jetzt umlegt auf Patientenorientierung – weil manchmal
232 ist ja das gleiche damit gemeint – ahm wo auf das besonders viel Wert gelegt worden ist,
233 von der Leitung her?

234 B4: Von mir, also in meiner Erfahrung? Gesundheitsförderung... - ja, ich habe schon den
235 Eindruck, dass es irgendwie auch – auf – konkret jetzt bei Projekten.....mhm....ja, schon
236 ja

237 I: Ich meine der der große Faktor ist ja die Finanzierung, Zeit, Planung und wenn man es
238 in der Finanzierung umlegt, heißt es, also hat man so im Kopf: es wird vielleicht teuer mit
239 gesundheitsfördernden (B4: na ja) Maßnahmen ... aber genau überlegt: mit kürzeren
240 Verweildauern und besserer (B4: genau) besseren Heilungsprozessen ist ja das eine Win
241 Win (B4: ja genau) Rechnung eigentlich.

242 B4: Und wenn man sagt, man schaut auf das Personal auch, nicht, dann muss ich nicht
243 dauernd Personal einschulen und ich habe eine geringere Fluktuation und vielleicht
244 geringere Krankenstände, weil ich ah Arbeitsplätze ergonomisch gestalte, weil ich den OP
245 ah ergonomisch gestalte´ und und und ...Beispiel war da in in Groß...nicht Großhadern..
246 wo ma da...eh diese ewige..was wir gemacht haben – da warst du noch nicht mit, glaube
247 ich, ...fällt mir schon ein, und wo wir da reingekommen sind, und die Nutzer – wir wollten
248 es nur besichtigen – und die haben entgegengeworfen: wie wie (lachen). Hast du das
249 mitgekriegt? Wo war denn das?

250 I: Nein. In der Schweiz?

251 B4: Nein, in Deutschland war das. Mir fällt es schon noch ein, nachher. ..und ah, die
252 haben einfach jetzt gespart am Platz des OP's und der is ziemlich – hat man einfach mit
253 Blickdiagnose gesehen, ja. Die waren wirklich unzufrieden dort, ja. Also das heißt: es
254 kostet vielleicht ein bisschen mehr in der Investition, wenn ich entsprechenden Platz
255 berücksichtigen muss: ja! Aber auf Dauer habe ich halt zufriedene Mitarbeiter...was weiß
256 ich was. Also das ist - es ist immer die Gradwanderung, wie wie wir wissen, ja. Aber weil
257 du fragst: ja, es es wird Thema! Einfach, weil man sich mit diesen Dingen auseinander
258 setzt, ja. Es ist irgendwie, man muss sagen, die Rolle der BO bringt glaube ich das auch
259 ein. Es kommt einerseits von den von den Nutzern selber' - natürlich vom Haus: bei uns
260 ist das und das! – Es kommt von uns – aber es ist auch teilweise, dass man nn auf
261 Kongressen und so (I: genau) ist das immer wieder Thema (I: ja). Salutogenese und und
262 und also einer der letzten Krankenhauskongresse: da hat das glaube ich, jeder zweite
263 erzählt, ja! Also eben, es kommt dann eh nachher Architektur und was weiß ich was
264 ...und dann kommt, da kommen die tollsten und schönsten von Grün und Gestaltung, ja!
265 (I: mhm). Also es ist oft ein Widerspruch – ich meine, das wirst du eh wissen, dass man
266 sagt: man hat einen Zentralbau versus einem Pavillion, wo du halt viel Grün hast, jetzt
267 hast du viel Grün (I: viel Weg für fürs Personal – hat halt alles) – genau, hat ist irgendwie,
268 wo ma: na ja: nett aber, ..ja (lachen) (I: das muss man auf einen Nenner bringen, ja).
269 Genau. Genau.

270 I: Gut..und die Zusammen...ah deiner Meinung nach: muss der Architekt eigentlich sehr
271 viel über Gesundheitsförderung wissen, oder kriegt der bei euch im Planungsprozess
272 eigentlich schon die Inputs dann – von der BO Planung?

273 B4: Ich (I: Mein..) Ich glaube es ist beides.

274 I: Weil das Thema Gesundheitsförderung in der Architektur – ich meine das kommt jetzt
275 sehr stark (B4: ja, ja) auf den Kongressen mit dem Healing Architecture und Evidence
276 Based Design. Nur viele viele Architekten sind mit dem nicht so vertraut' (B4: mhm) –
277 machen aber trotzdem gute und auch gesundheitsfördernde Planung, weil halt viel vom
278 Nutzer schon vorgegeben wird (B4: na ja) – da fließt ja dann

279 B4: Na ja ich glaube, vieles, dass man sagt: Ja – das ist irgendwie ein a, ah, wie sollen wir
280 es nennen Erfahrung oder Hausverstand oder ist der Puls der Zeit, ned, dass sich die
281 Architekten jetzt einfach mit diesem Thema auseinandersetzen – das, das irgendwie
282 wichtiger wird heutzutage: und der Faktor Mensch und und wie kann ich als als Architekt
283 mich mit dem Faktor Menschen mich auseinandersetzen, ja, also Patienten und und ah
284 Personal – also ich glaube es ist beides, ja. Es ist: er muss einerseits etwas mitbringen, ja
285 – an dem man sich, wo man davon ausgeht, wenn er ein Krankenhaus plant, dass er sich
286 einfach Beispiele angeschaut hat, schon ja': wo ist was und und was versteht er unter
287 Healing Architecture (I: vom funktionalen was verstehen) genau, ja – den Gärten, was
288 heutzutage Trend ist und so. Ahm aber andererseits natürlich auch, dass die BO halt auch
289 auch irgendwie einbringt und und sagt, ja was weiß ich: von den Funktionsbeziehungen
290 wollen wir dieses und jenes berücksichtigen und und das sind die Anforderungen an den
291 Arbeitsplatz an Größe und so weiter, ja.

292 I: Die Zusammenarbeit BO und Architekt läuft parallel oder ist es meistens so (B4: na ja),
293 dass ihr relativ spät einsteigt oder überhaupt vorher?

294 B4: Na ja. Genau: also es ist sowohl als auch. Also oft sind wir am Anfang da, so wie es
295 jetzt im Krankenhaus Hietzing oder Wilhelminenspital war: das wir so zu sagen einmal die
296 die Grundlagen definieren, die Grundsätze definieren (I: mhm) – ah so zu sagen jetzt
297 einmal ein abgestimmtes Raum- und Funktionsprogramm erstellen - auf der Basis einer
298 abgestimmten Leistungsplanung – die Funktionsbeziehungen ah festlegen...und und die
299 grundsätzlichen Anforderungen so zu sagen (I: mhm) auch an Nachhaltigkeit und da ist
300 jetzt so zu sagen diese Micro-Macro Flexibilität. Eben diese ganzen Dinge sind da
301 irgendwie auch drinnen – also das das, ja

302 I: Und das fließt dann so zu sagen in die Ausschreibung oder (B4: genau) in die
303 Anforderungen des Architekten ein?

304 B4: Sollte so zu sagen – genau – also Hiet, genau

305 I: Und dann passiert eh der Abstimmungsprozess (B4: genau) in der laufenden Planung..

306 B4: Und dann – Entschuldigung – und dann ist es natürlich so, dass man halt dann, wenn
307 man dann mit...wenn man dann so noch weiter eingebunden ist als als BO, auch wenn
308 man im Vorfeld tätig war, dann kann man das natürlich irgendwie fortsetzen, diese
309 Beratung – nicht, sagen: das und das haben wir uns dabei edacht´ also. Aber
310 grundsätzlich stehen diese ganzen Grundlagen zur Verfügung´ - es ist so zu sagen ein
311 Organisationshandbuch, wo diese Dinge halt alle beschrieben sind – zusätzlich (I: mhm)
312 halt zum zum Raum- und Funktionsprogramm, ja.

313 I: Hat der, haben die Architekten früher die BO Planung selber gemacht, weißt du das?

314 B4: Na ja, teilweise machen sie es eh heutzutage noch selber. Ned, aberahm..ja...ich
315 meine

316 I: Wenn´s es gut können, ist es ja ok, nicht? (lachen)

317 B4: Wenn´s es gut können, ist es, ja eh, natürlich, die lernen halt auch

318 I: Sind ja auch viele Architekten BO Planer.

319 B4: Genau, sie lernen ja auch mit der Zeit dazu und und, ja von von Projekt zu Projekt,
320 nicht. Aber es ist beides: es ist so zu sagen, weil das eine Frage war: im Vorfeld, dass wir
321 die Anforderungen und die Grundlagen definieren und dann natürlich in weiterer Folge,
322 dass wenns dann so zu sagen um die Gestaltung geht, um um um die Planungsphasen
323 Vorentwurf/Entwurf, dass wir so zu sagen irgendwie da ein Teil des Planerteams sind.
324 Gemeinsam mit Medizintechnik, Architektur und so weiter, ja´

325 I: Mhm. OK. (B4: ja) Ah, warum glaubst du wird das immer wichtiger, das Thema? Das
326 haben wir jetzt glaube ich eh schon mit .. (B4: ja) ah Fluktuation und und (B4: Attraktivität,
327 und und) Personal..

328 B4: Ah, ja,.. auch ich ..ph ich denke mir, im Sinne von..ah..Wettbewerb unter den
329 Krankenhäusern. Ja, ich meine (I: wird es auch wichtiger, ja)... also wenn ich jetzt
330 irgendwie, ja, ...in der Geburtshilfe oder so, wo ich´s mir aussuchen kann – dann werde
331 ich mir auch aussuchen: was ich für einen Zimmerstandard will, wie ist das Umfeld und
332 und so weiter, ja (I: personal)..genau, also erstens Wettbewerb, fürs Personal, für
333 Patienten, so weit sich´s die aussuchen können´....ja..und auch ..der der Ruf in der – in

334 der Öffentlichkeit, ned, man schreibt ja heutzutage – ich schaue dann, was über das
335 Krankenhaus Hietzing geschrieben wird´..da gibt es ja auch schon Bewertungen, nicht?
336 Ich meine, das geht ja meistens dann (I: jaja) ..das geht ja meistens dann, dass sie sagen:
337 es ist super....und die die 4. Med ist super..und

338 I: Das darf man nicht unterschätzen, ja? (B4: genau) Den Ruf auch vom Krankenhaus.

339 B4: Genau, ja. Das findet man ja alles im Internet, nicht? (I: ja, ja)..Ziemlich schnell, nicht
340 (I: genau, ja) (lachen)

341 I: Stimmt....Gut ah ..Wie würdest du die Einschätzung der öffentlichen Meinung
342 ..ahm..bewerten: was ist Gesundheitsförderung? Ist es mehr Luxus..ah wenn ...weil die
343 Abgrenzung ist ja schwer. Wir haben schon hohe Standards in Österreich sowieso und in
344 Mitteleuropa´..und dann ist man oft ah konfrontiert damit, dass: na ja,
345 Gesundheitsförderung, na ja das ist ja irgendwie so ein (B4: na ja) I-Tüpfelchen

346 B4: Ja so ein Add-On, nice to have oder so – (I: genau) so ähnlich wie QM....Ja, ich
347 glaube, dass kann man....ich glaube...dass, dass man das so sagen kann, wie früher –
348 wo man oft gesagt hat: ich habe gestern einen Beitrag gesehen in Treffpunkt Medizin, und
349 da ist es um um QM und Riskmanagement gegangen, wo´s früher so geheißen, hat: na
350 ja, das ist irgendwie nice to have aber brauchen wir eigentlich nicht....ahm, ich glaube,
351 dass diese Dinge einfach immer wichtiger werden, ja? ...und und und weil..auch was mit
352 Fehlerkultur und so..was das anbelangt, ja..ahm. Und Gesundheitsförderung immer das,
353 wie gesagt, es ist ein ein ein weites Feld...aber

354 I: Oft auch...wenn das Personal zum Beispiel sagt..wenn man dem Personal gegenüber
355 erzählt, was Gesundheitsförderung ist und die sind ja oft mit Personalknappheit (B4: jaja)
356 mit Einsatzknappheit konfrontiert...ah..und und und und finden das dann fast ein bisschen
357 lächerlich, weil die möchten halt einfach den Arbeitsplatz, die maschinelle Ausstattung ah
358 gesichert haben und

359 B4: Genau. Also ich glaube, genau, das hast...

360 I: Die Frage ist nur: ist sichergestellt, bevor man mit Gesundheitsförderung anfangt, ned.
361 Also ein Beispiel ist eine Intensivärztin, die gemeint hat, sie kriegt halt ihr Beatmungsgerät
362 nicht und hat halt so viele Grippefälle und es wird das Krankenhaus eröffnet..es ist..und
363 ob da die Halle groß oder klein ist, das ist ihr ziemlich wurscht, wenn sie halt quasi die
364 (B4: achso) notwendigen

365 B4: Ach so, du meinst die Basis. Wenn die die Basis nicht – die Grundausstattung..

366 I: Genau. Ist das ein Thema? Dass man irgendwie jammert, dass die Grundausstattung a
367 bisschen zurückgeschraubt wird, oder dass fürfür (B4: mhm)

368 B4: Mhm..Dass es irgendwie ein Luxus ist..(I: genau, oder Wartezeiten sind so lange und
369 wir haben nur ein Großgerät, oder so – und und und)..ich weiß schon..(I: die
370 Eingangshalle..)...na ja es ist, es ist ..ist sicher.. (I: ich glaube, es ist eine
371 Gradwanderung..) es ist - genau (I: ist sehr schwierig). Genau, es gibt beide Aspekte:
372 einerseits ...ah, natürlich ist es so, wenn ich jetzt, einen, einen Arzt gewinnen will, ja,
373 einen bekannten, und an mein Haus binden will, dann muss ich ihm einen
374 entsprechenden Arbeitsplatz bind..ah bieten. Und und ..indirekt hat das mit Attraktivität

375 und auch Gesundheitsförderung zu tun- wobei, ja. ..warum? Wenn ein Arbeitsplatz nicht
376 Licht hat, wird das auch mit Gesundheitsförderung zu tun haben, ja. Und ah..das heißt,
377 ah..weil du gesagt hast, öffentliche Meinung und das, ja, wie...das wie hole ich mir gute
378 Leute und wie binde ich gute Leute ans ans Haus? ...Und natürlich werd ich Leute,
379 werden sich verarscht fühlen, wenn ah, wenn die ...Basisausstattung nicht da ist, ja? Und
380 und es fehlt an an notwendigen Geräten – wo ich die Patientenbehandlung wirklich auf
381 einem halbwegs normalen Niveau durchführen kann. Und andererseits kommt die
382 Ausschreibung..der Aushang: Ja, gehen wir Laufen (I: genau, ja) zwei Mal die Woche.
383 Das ist irgendwie lachhaft

384 I: Damit kann man die Basisausstattung nicht wett machen (B4: na), nicht?

385 B4: Ist lachhaft, ja! (I: mit dem) Genau

386 I: mit dem – es geht zwar, es wär exakt dann wichtig, wenn quasi die Bedingungen ah,
387 stressig sind oder so ist es ist es (B4: genau) wichtig, aber wenn wirklich (B4: genau)
388 grundlegende Dinge nicht funktionieren

389 B4: Also wenn man den, also wenn man von der Führung irgendwie sagt: wird gefordert
390 oder was weiß ich was...Aber wir tun einmal alles um – quasi dass die
391 Rahmenbedingungen passen für euch, ja – was auch innere Gesundheitsförderung ist, ja,
392 das muss einmal passen´..und ah, ja aber - natürlich kann man es – wie du sagst, man
393 kann es nicht kompensieren, na. Also das is ..Um da wirklich die Zufriedenheit erhöhen.

394 I: Und ich meine in vielen Standards und in vielen ah..Sicherheitsvorschriften ist ja
395 prinzipiell schon Gesundheitsförderung drinnen, die sich schon etabliert hat, ned? (B4:
396 mhm, genau). ..Und wenn es etabliert ist wird es ja eher selten dann als das
397 wahrgenommen

398 B4: Auch mit Sicherheit und so weiter (I: genau, ja). Das gehört sicher auch dazu (I: also
399 vom Arbeitsplatz her) ...Ok. Bis $\frac{3}{4}$ weil ich muss irgendwie mit der Schnellbahn..immer
400 zischen, (I: jaja) aber wir haben eh zeit, gel?

401 I: Genau! Hast du zum Thema Architektur jetzt speziell noch was aufgeschrieben, weil du
402 gesagt hast, da wäre.

403 B4: Na ja aufgeschrieben (I: weil) also dieses (I: da haben wir jetzt eigentlich eh schon
404 vieles) ..ja ja genau –wir haben eh schon viel mit mit (I: gebracht) genau, ..

405 I: Welcher Begriff aus der Architektur ist dir, ah ist dir am nächsten für
406 Gesundheitsförderung: Healing Hospitals oder Evidence Based..wo würdest du am
407 ehesten

408 B4: Na ja, natürlich eher in Richtung Evidence Based , weil ich jetzt natürlich keine
409 Architektin bin also mit Healing Hospitals, ja habe ich zwar gehört..und – was weiß ich –
410 wo viel reingepackt wird, ja – und natürlich jetzt vom vom: grün und was weiß ich (I: ja)
411 was, ja. Evidence Based Design gehört jetzt ahm...auch zum Beispiel so die Dinge wie
412 Micro-Macro Flexibilität rein (I: mhm). Wo man sagt, also richtig das Krankenhaus so zu
413 sagen jetzt ..muss irgendwie auf Veränderungen ..ah..muss für Veränderungen gerüstet
414 sein..für Bedarfsverschiebungen, muss irgendwie – also einheitliche Stationsgrundrisse
415 und diese ganzen Sachen. Am..flexibel..also Ambulanzstrukturen, wo so zu sagen jetzt

416 bei Bedarfsverschiebungen ah flexibel reagieren kannst..weißt eh, gleichartige (I:
417 nutzung...flexibel) genau.. Nutzungsflexibilität – also diese ganzen Dinge, ja. Also dass du
418 ..dass du..OP Räume so gestaltetest, dass das ..und und und dass dort entsprechend auch
419 ..ah ..ergonomisch gearbeitet wird und und Reserven hast und so weiter... also dass du
420 beim OP Reserven einplanst, dass du Laborbereiche heutzutage so, nicht kleinräumig
421 gestaltetest, sondern eher großräumig, dass sind halt so Dinge, ja (I: mhm) vom Ablauf –
422 also weiter, also weiter,..kennst eh, nicht, Micro..(I: ja), ja. Das ist mit Evidence Based
423 Design eher so..

424 I: Und forschungsmäßig? Kriegt ihr da vom Büro her viel mit oder lässt das einfach der
425 Arbeitsalltag nicht zu? Weil ich denke mir einfach (B4: naja), der Arbeitsalltag ist eh
426 vollgepackt mit ah, mit Projekten und das ist eher auch im Büro so ein add on (B4: naja)
427 sich mit mit mit dem Thema dann..

428 B4: Genau. Eigentlich eher weniger, muss ich zugeben. Wir hatten da einmal ein
429 Gespräch mit irgendjemand, der ..ah...glaube, da gibt es dieses Frauenhofer Institut,
430 oder? (I: mhm, ja) Die beschäftigen sich mit diesen Dingen. Aber da haben..

431 I: Oder das Ludwig Boltzmann Institut macht (B4: ja) das auch immer, oder

432 B4: Jaja (I: gibt mehrere). Aber die machen jetzt mehr so Gesundheitsförderung, oder?
433 Dieses Empowerment, oder (I: ja, genau) das ist eher so auf der ..(I: ja, so health
434 literature) Genau (I: solche Dinge) ..auf der abstrakten Ebene, nicht. Aber wenn man sagt,
435 jetzt richtig in der in der Planung, in der Umsetzung, was heißt das jetzt konkret!...ja,
436 sind...glaube ich eher so wie wie ja, wie das Frauenhofer Institut. Ich glaub, die haben da
437 solche..machen da so Studien. Aber, wie du sagst: es geht sich eh..es geht eher unter,
438 nicht. Also was man halt so mitkriegt auf Kongressen, nicht (I: ja) – was haben die, nicht?
439 – Was haben wir, ja! ..Aber an sich

440 I: Ja vieles ist ja Erfahrungswissen. (B4: genau). Und und Gesundheitsförderung ist ja
441 auch wissentlich ein Bereich, der schwer zu beforschen ist, jetzt mit den (B4: genau,
442 genau) unterschiedlichen Gruppen, die man bilden müsste, das ist halt im Krankenhaus
443 (B4: genau) nicht ganz so einfach, und bei Krankheit schon sowieso nicht (B4: ja)

444 B4: Na und es es ist auch ziemlich ...es geht auch vom Fächer ziemlich auf, vom wie
445 gesagt vom vom Lauffreitag einmal in der Woche bis hin, dass ich Zumba Stunde mache,
446 dass ich den Turnsaal nutzen kann, dass ich (I: Ruheräume) genau, Ruheräume, dass
447 der Arbeitsplatz ergonomisch gestaltet ist – dass ich Licht habe, dass ich reden kann,
448 dass ich ah mich eingebunden fühle, dass dass die Prozesse ah klar sind, die
449 Zuständigkeiten, dass nicht jeden Tag ein Chaos ist und..

450 I: Ja ja, das spielt alles zusammen.

451 B4: Es gehören klare Zuständigkeiten und Prozesse – und das gehört auch hin, alles.
452 Dass ich – dass, gehört auch das OP-Management dazu, ja. Ein gutes, dass ich jetzt also
453 Mitarbeiter weiß, ich habe nicht jeden Tag mindestens eine halbe Stunde muss ich länger
454 da bleiben. Gehört auch dazu, ja. Gehört auch zur Mitarbeiterzufriedenheit und und und
455 auf Dauer ist das auch ungesund, wahrscheinlich, wenn ich...ja ma denke (I: wenn die
456 Strukturen nicht passen, ja). Ja.

457 I: Ok gut. Dann würde ich sagen, kommen wir eh schon zu der letzten Frage: Du Kriegst
458 einen Auftrag, oder das Büro. Aber du bist persönlich damit, wärest persönlich damit
459 beauftragt, ein gesundheitsförderndes zukunftsweisendes Krankenhaus zu planen. Wie
460 würdest du das angehen?...So von der von der Organisation: welche Gruppen würdest du
461 einbinden, welche Leute müssten da drinnen sitzen und was wären die ersten Schritte..in
462 dem?

463 B4: Na ja: sicher einmal Vertreter von allen Berufsgruppen. Mhm. Also Ärzte, Pflege, die
464 MTD, Verwaltung, ja, dann natürlich Arbeitsmedizin, eh die, die wir angesprochen
465 haben,...also wenn, wenn es darum geht, wie man es gestaltet, dann würde man die so
466 zu sagen eben – ja, also wenn man denen im Rahmen von Arbeitsgruppen extra Raum
467 gibt, dann, ja, kann man sagen: gut.....ah.....wir, wir gestalten jetzt ..wir wollen jetzt...

468 I: Wenn man auch was ausprobieren könnte.

469 B4: Genau, ja: also wie wie stellt ihr euch das vor in Zukunft? Wie sollen die
470 Rückzugsräume gestaltet sein, ja! Ich meine, wo, wo sie halt mitreden können, nicht.
471 Oder, dass man sagt: Ja!...Aber das ist dann eigentlich auch ein Teil der Nutzung der der
472 im laufenden Betrieb: stellt man denen die Möglichkeit zur Verfügung, die Physiotherapie
473 zu nutzen, nicht! Diese Dinge, nicht?...Aber was jetzt einmal ...jetzt in der Planung selber
474 relevant ist, dass man dass man sie auch irgendwie in die Planung miteinbezieht. Also
475 erstens einmal von den Grundlagen: was braucht es überhaupt, und von den
476 Arbeitsplatzanforderungen – eh: Pausenräume – haben wir eh schon alles gesagt,
477 Rückzug und so weiter..und dass man sie dann in weiterer Folge auch mit mit einbezieht
478 – wenn´s dann auch um die Umsetzung geht. Also wenn dann die Architektur schon am
479 am Arbeiten ist und dass man ihnen auf Grund, dass man sie bei den - auf Grund von
480 konkreten Plänen miteinbezieht und sagt: so, dass ist jetzt euer Arbeit- da werdet ihr in
481 Zukunft arbeiten und und ja, wir wollen so zu sagen jetzt, wir haben noch die
482 Möglichkeit innerhalb dieses...dieses Spielfeldes uns zu bewegen und

483 I: Ja wenn es steht, steht´s, nicht?

484 B4: Genau, genau! Also wir können da so zu sagen jetzt optimieren und wir können noch
485 Räume verschieben, dass hier die optimalen Abläufe..Also wir haben einmal ein Konzept
486 gemacht, aber jetzt schauen wir uns das an und und – also das das sehe ich noch, dass
487 die Mitarbeiter auch die Möglichkeit haben, in die Planung – das ist recht relevant – dass
488 man sie rechtzeitig miteinbezieht (I: mhm) dass sie (I: aber auch) nicht vor vollendete
489 Tatsachen stellen, ja. Also das ist glaube ich schwierig, ja. Wenn man einen fertigen, fix
490 fertigen Plan hat, ja, und sagt, das ist das ist eure zukünftige, das ist euer zukünftiger OP,
491 da sind jetzt die Abläufe und die werden sagen: ja was sollen wir jetzt mitreden, ihr habt
492 eh alles geplant, nicht? (I: aha) Also das, oder..ist schon fertig geplant.

493 I: Da sind so viel Fragen, dass sie vielleicht gar nicht wissen, (B4: jaja) wo sie anfangen
494 sollen oder sie wissen gar nicht, welche Fragen sie da vielleicht stellen könnten, nicht.

495 B4: Also das, das würde ich sagen, ja. Also mit mit Miteinbeziehung und und natürlich
496 jetzt immer die Gefahr: wie breit ist die Einbeziehung, und und wie tief (I: mhm) – weil
497 natürlich die Gefahr ist, dass es zu viel kommt und dass es ..ah..weißst eh, ein Fass ohne
498 Boden ist, ja, weil natürlich auch nicht alles geht, ja! Und ...ah...aber ich glaube, wenn

499 man sagt: das und das sind die Rahmenbedingungen – das können wir machen, das
500 können wir nicht machen, und und sollte an sich glaube ich, machbar sein, ja.

501 I: Vorgabe, und dann können sie halt (B4: jaja) mitwirken, das ist ganz wichtig.

502 B4: Ist auch wichtig, dass die Führung auch dahinter ist – das ist glaube ich auch wichtig,
503 nicht! Das das man das Komm..ist immer so, dass das Kommittent der Führung halt da
504 ist, nicht! Das die sagt: ja, wir wollen das und und und so weiter, ja.

505 I: ...mhm. Informationen über Gesundheitsförderung im Krankenhaus? Wo würdest du dir
506 die besorgen? Hast du eine Idee?

507 B4: Als Mitarbeiterin, oder?

508 I: Nein – so als also Koordinator.....hast da

509 B4: Ach so, wenn ich, wenn ich zuständig wäre im Krankenhaus für
510 Gesundheitsförderung? Oder?

511 I: Als Koodinatorin einer neuen Planung von einem Krankenhaus.

512 B4: Ach so...wo würde ich..ja – ich glaube, dass man, dass man, dass ich Beispiele vor
513 Ort anschau (I: mhm). Ich glaube, dass ist immer gut, ja. Also wenn man sagt, es gibt jetzt
514 in Holland dieses und jenes Spital (I: gute Beispiele) ja, genau. Best practice Beispiele –
515 wenn man das so nennen kann, ja. Oder irgendwie Nord den Garten und oder halt, ja
516 genau....Kongresse besuchen, oder halt am besten vor Ort sich gute Beispiele
517 anschauen..und..das ist einmal ..ja

518 I: Noch eine Frage, weil du Wien Nord gesagt hast (B4: ja): Weißt du Teams, zum
519 Beispiel – wo wirklich Spezialisten für Gesundheitsförderung so breit bekannte,..weil ich
520 weiß, beim , Krankenhaus Nord war ja die Ilona Kickbusch in irgendwann einmal im
521 Gremium (B4: mhm). Ist das dir so auch noch bekannt? Oder ist das eher unüblich?

522 B4: Na..kenn ich ..bis jetzt nicht bekannt, na. Ist das die, die für die Gartengestaltung ist?
523 Oder wer, was macht die?

524 I: Die Ilona Kickbusch hat bei der WHO einmal das Thema Gesundheitsförderung ..(B4:
525 ok) – Ob sie nicht die WHO geleitet hat einmal (B4: ach so, ok) ..und hat
526 einGesundheitsförderungsunternehmen in (B4: versteh schon)..der Schweiz. Ist da eher
527 so eine Koryphäe auf dem Bereich (B4: ach so, und die hat man bei Wien Nord von
528 Anfang an zu dem Thema eingebunden) genau, die hat man einmal in einer
529 Planungsphase miteingebunden in...

530 B4: Na, (I: ok).

531 I: Ist auch nicht dann wer weiß wie bekannt gewesen, aber das Architekturbüro hat mir
532 das ..

533 B4: Also ehrlich gesagt hat – na – bis jetzt eigentlich ... muss ich jetzt nachdenken....dass
534 da jetzt explizit von der Gesundheits..jemand Externer, oder ...na, eigentlich nicht

535 I: Ok.

536 B4: Wie gesagt: Bei Wien Nord weiß man eh so gelesen hat, mit den mit den Gärten und
537 und und (I: mhm) spezielle Landschaftsgärtner, und

538 I: Ja gut: dann Dankeschön. Dafür, für die gute Vorbereitung..

Interview 5

1 I: Ja also .. Grüß Gott oder Hallo noch mal (B5: hallo). Danke, dass ich den Termin
2 gekriegt habe (B5: bitte)..ah – ich bin eben die Kornelia Plank und arbeite bei der Vamed
3 in der Betriebsorganisation und Funktionsplanung für Krankenanstalten..und ah..das
4 Gespräch wird zirka eine ¾ Stunde dauern und wird aufgezeichnet. Die Daten werden
5 natürlich vertraulich behandelt und es geht darum: welchen Einfluss ..ahm...ah die
6 Planung auf Aspekte von Gesundheitsförderung im Krankenhaus haben kann. Also
7 die...das gebaute Gebäude, die gebaute Struktur ist einmal ein fixer – es steht einmal da
8 (B5: mhm) als fixter Bestandteil da, im Nachhinein etwas zu ändern ist natürlich schwierig.
9 Deswegen ist eben die Aufgabe, so viel wie möglich an an Flexibilität oder an
10 Möglichkeiten für eventuelle gesundheitsfördernde Aspekte betreffend das Krankenhaus
11 da schon (B5: mhm) mit zu berücksichtigen. Und das ist auch mein Hintergrund. Ich
12 persönlich habe eine ahm technische Schule besucht, war dann eben sehr lange zu
13 Hause und habe dann Gesundheitsmanagement (B5: mhm) studiert – und das ist eben
14 die Abschlussarbeit (B5: ok) des Masterstudiums für Public Health. Ja, also mir geht es
15 einfach darum, dass sehr viel an Gesundheitsförderung im Krankenhaus passieren kann
16 (B5: mhm) ´ - wie auch immer man Gesundheitsförderung nimmt, das kann man ja offen
17 lassen. Das sieht ja jede Berufsgruppe anders (B5: mhm) ahm, oder der Zugang ist
18 anders – aber ah: wie kann man das schon bei der Planung berücksichtigen, dass das
19 dann so wenig wie möglich Aufwand macht, und dass die Lebenswelt dann, oder die
20 Lebenswelt des, vorübergehende Lebenswelt des Patienten..ah ihn dann so viel wie
21 möglich unterstützt in seinem Prozess. Genau.....dann dürfte ich um eine kurze
22 Vorstellung bitten!

23 B5: Ah, mich vorstellen?

24 I: Ja. Und die aktuelle berufliche Tätigkeit.

25 B5: Also ah, mein Name ist xxxxx xxxxx. Ich bin hier als wissenschaftliche Mitarbeiterin für
26 Forschung und Lehre. Bin auch an dem Forschungsbereich angesiedelt und schreibe
27 meine Promotion´ - wir sagen hier Architecture for Health oder Healing Architecture dazu.
28 Basiert natürlich alles auf den Grundfesten von Evidence Based Design und
29 Environmental Design und ah ich bin ausgebildete oder diplomierte Architektin, habe auch
30 praktisch gearbeitet im Büro und ah bin dann ahm seit 2010 hier an der Uni. ..und habe
31 die Erfahrung von der Forschung als auch im Umgang mit Studenten und
32 ah..Weitergeben des Wissens, wie man denn ahm ein ah, ein ein gutes Krankenhaus
33 baut.

34 I: Ja, sehr gut (lachen). Ist ja auch einzigartig auch auf dieser Universität, das Institut
35 selber für Krankenhausplanung, nicht (B5: ja). Das ist schon was Besonderes´

36 B5: Soweit ich weiß gibt es noch einen ähnlichen Lehrstuhl in den USA´ ahm – aber ahm
37 in Europa ist das eigentlich der einzige Lehrstuhl und ahm die Frau Nickl die einzige
38 Professorin die in dieser Richtung dahin eine Professur inne hat.

39 I: Ja..Gleich einmal zum Thema Gesundheitsförderung: was verstehen sie persönlich
40 unter Gesundheitsförderung und dann im Weiteren Gesundheitsförderung im
41 Krankenhaus?

42 B5: Ahm...also das das ah, das sind ja zwei Dinge: das eine ist ah heilungsbringend oder
43 heilungsfördernd – das heißt, es wird vorausgesetzt, dass vielleicht eine Krankheit oder

44 ein schwieriger körperlicher oder seelischer Zustand ah vorhanden ist, der natürlich
45 behandelt werden soll oder will. Das wäre das eine – das andere: ist natürlich aber auch
46 nicht nur ah wirklich heilungsfördernd, sondern auch wirklich in die Richtung
47 gesundheitsbringend oder erhaltend, ja! Das richtet sich aber stärker zum Beispiel an ah
48 das medizinische Personal oder die anderen Nutzer im Krankenhaus die sich da natürlich
49 aufhalten und mit einem guten ah ..in einer guten, ich sage mal jetzt sehr weittrabend
50 Atmosphäre dort weiterhin arbeiten wollen ah oder sich aufhalten wollen. (I: mhm). Also
51 das sind ja so zwei große Gruppen: das sind die Nutzer generell, das sind aber einfach
52 die Leute, die dort arbeiten oder als Besucher sind und das sind die Leute die dort krank
53 sind: die Patienten. Na?

54 I: Und diese unterschiedlichen Gruppen unterstützen sich ja auch gegenseitig! Also
55 Gesundheitsförderung für Personal hat natürlich Auswirkungen auf den Patienten (B5:
56 genau) – und umgekehrt!

57 B5: Eigentlich geht man davon aus, dass das Personal, wenn es anfängt im Krankenhaus
58 zu arbeiten, oder medizinisches Personal, ah oder auch die die Besucher, die ins
59 Krankenhaus kommen, dass die eigentlich mehr oder weniger gesund sind, und das will
60 man ja auch aufrecht erhalten: die sollen ja nicht in einer depressiven Lage oder in einer
61 depressiven Stimmung sofort wieder rausgehen wollen, oder so, nicht? Und ah, das
62 andere sind halt die die Patienten, die ah die eigentlich schon, wo schon etwas vorliegt –
63 und die man nicht noch kränker machen will, beziehungsweise die man eigentlich eher ah
64 in die andere Richtung halt gesund machen will, nicht?

65 I: Genau. ..Sind ihnen die Konzepte, das Konzept Gesundheitsfördernde Krankenhaus,
66 sind ihnen die bekannt? Also in Österreich heißt es das Netzwerk der
67 Gesundheitsfördernden Krankenhäuser in..dann gibt es dieses ahm Health Promoting
68 Hospitals (B5: ja), das WHO Netzwerk (B5: mhm). Ist bekannt?

69 B5: Ja, ja. Also jetzt nicht in allen einzelnen Punkten, (I: genau) so zu sagen aber...es
70 sind ja ah Leitdetails, die eigentlich alle vertreten müssten (I: genau)

71 I: Ja, und es ist, es geht dann hauptsächlich darum, dass es in die Organi..in die gesamte
72 Organisation eingebunden wird (B5: mhm, mhm), das eigentlich Gesundheitsförderung
73 jeden Bereich (B5: genau, ja) betreffen sollte und jede Entscheidung schlussendlich.
74 Ahm.....und damit beschäftigt sich dann natürlich auch das Krankenhauspersonal und
75 wenn sie aus der Praxis ahm Erfahrungen vielleicht haben: wo würden sie die, die
76 Berufsgruppen angesiedelt finden, die sich mit Gesundheitsförderung im im Krankenhaus
77 selbst beschäftigen? Oder beschäftigen sollten....also ..

78 B5: Ahm. ..oder ich weiß, wo sehr viele damit konfrontiert sind (I: mhm). Ich weiß nicht, ob
79 das so die Frage ist (I: ja, das geht, ja ja) ...ahm, also ganz extrem sind es ahm ist es
80 beim medizinischen Personal sind die Schwestern und Pfleger´...ahm Beispiele sind zum
81 Beispiel was..ahm was gern und gut gemacht ist, wird, heutzutage sind offene
82 Arbeitsbereiche, zum Beispiel – Schwesternstützpunkt zum Beispiel..ah..wo zum Beispiel
83 man natürlich erst Besucher, das ist der erste Punkt an den man in der Pflegestation zum
84 Beispiel auftritt oder so, der soll gleich offen sein, ansprechend sein und dann wird man
85 weitergeleitet oder so, nicht´. Aber zum Beispiel sehr viele ahm, die in diesen
86 Stützpunkten arbeiten, reden halt, kommen mit diesen offenen Stützpunkten zum Beispiel
87 nicht zurecht´- es zieht zum Beispiel, sie fühlen sich unwohl, weil sie andauernd

88 beobachtet werden, sie haben keinen privaten Rückzugsraum und solche Sachen,
89 nicht?...und das ist zum Beispiel so eine Berufsgruppe im Krankenhaus, die sehr stark
90 damit zu tun haben..und die das am stärksten auch spüren, die Ärzte haben meistens ein
91 privates Büro oder so, können die Tür abschließen oder so, aber die ah, die die ah das
92 pflegerische Personal, die sind ganz stark irgendwie in ah in dem Punkt, oder sitzen ganz
93 stark in dem Punkt, wo sie die meiste Öffentlichkeit haben – wo sie sehr präsent sein
94 sollen und ah denen kumuliert also sehr schnell dann Probleme zum Beispiel (I: aha)..und
95 ah auch auch Probleme, die jetzt in Richtung – wenn man jetzt so Betriebsorganisation
96 sieht, oder Orientierung zum Beispiel, die dann sehr oft zum Beispiel um den Weg gefragt
97 werden oder so oder (I: mhm) gerade von Älteren und so – wo man merkt, wenn Sachen
98 nicht funktionieren, Orientierung im Krankenhaus, dann kommt es immer wieder auf sie
99 zurück zum Beispiel (I: mhm)

100 I: Die sind aber grundsätzlich auch eine sehr engagierte Gruppe (B5: ja, auf alle Fälle),
101 die sich da auch sehr gerne einbringen (B5: ja). Was halt die Erfahrung .

102 B5: Hat auch damit zu tun, dass sie das am stärksten (I: ja eh) mitbekommen

103 I: Mhm, dass sie am meisten konfrontiert sind (B5: ja) – und von der
104 Krankenhausorganisation, leitungstechnisch, können sie sich vorstellen, wo da so eine ah
105 ah so..ein organisatorischer Bereich Gesundheitsförderung angesiedelt sein könnte?

106 B5: Na ja.. ich glaub...jeder Krankenhausbetreiber, ahm ist was, was er natürlich vor
107 Augen hat sind zum Beispiel ah: die Krankenzahlen vom Personal zum Beispiel, auch
108 Richtung Burn Out oder solche Sachen (I: mhm). Wer nicht gerne im Krankenhaus
109 arbeitet, der fühlt sich unwohl, ahm und ahm fehlt häufiger – es gibt so eine Häufung von
110 Krankheitstagen. Das macht sich natürlich dann insgesamt aufs ah Betriebsklima wirkt
111 sich das aus und natürlich auch in den Kosten und ah dieses ah sich nicht wohlfühlen im
112 Krankenhaus vom medizinischen Personal – das führt natürlich – häufig ist das
113 zurückzuführen auf Stress – Stress, der jetzt natürlich von der erhöhten Arbeitskapazität
114 ausgeht, aber natürlich auch davon ausgeht, dass man halt keine Ruhephasen irgendwo
115 vorfinden kann zum Beispiel oder ah sich einfach nicht wohl am Arbeitsplatz fühlt (I:
116 mhm), nicht? Was zum Beispiel halt ahm auf Faktoren zurückzuführen ist, die ahm, die
117 halt hinderlich sind (I: mhm), sag ich mal. Also, gerade im Betr ..betriebswirtschaftlichen
118 Sinne (10:00) macht es sehr viele Vorteile, dann auch sehr ah effektiv und
119 gesundheitsbringend, ah Krankenhäuser ah zu planen. (I: mhm) Im frühen Stadium auch,
120 nicht (I: genau)

121 I: Da haben sie jetzt quasi schon den Umkehrschluss zur Frage gebracht: was braucht
122 das Personal zum Beispiel, um gesund zu bleiben, um gesund zu werden, (B5:
123 Atmosphäre) weil das eben...genau, das ist quasi der Umkehrschluss von den Dingen,
124 die sie halt nicht – die sie halt krank machen.

125 B5: Ich glaube halt, dass eigentlich sollte es ja was ganz logisches sein und es sollte
126 eigentlich auch etwas sein, was in allen Bereichen der Arbeitswelt zu tun hat – also nicht
127 nur im Krankenhaus oder in allen Arbeitswelten zu finden sein sollte, nicht nur im
128 Krankenhaus natürlich – auch im ganz normalen Büro... nicht, ah das ist für den Lehrer
129 genau so wichtig wie für pflegerisches Personal und ah ..es ist natürlich immer halt,
130 Krankenhaus ist ein großer Komplex, nicht, und dann wird sowas häufig dann aus den

131 Augen gelassen aber gerade da sollte eine arbeitsfreundliche Atmosphäre immer an
132 erster Stelle stehen.

133 I: Mhm. Gibt es etwas, was ihnen einfällt, oder dir einfällt, was sie ganz besonders
134 brauchen würden ...von Faktoren? Also was Stress minimierend..(B5: Stress reduzieren)
135 würde? Genau

136 B5: Licht! (I: Zum Beispiel, ja) Für mich ist das Wichtigste eigentlich Licht. Wir haben
137 immer noch so die schlimmen Beispiele wie in den USA, wo halt Korridore gebaut
138 werden, die nicht auf Licht zugehen zum Beispiel. Links und rechts einfach nur Türen
139 sind, oder so..ahm und dafür gibt es ja wahnsinnig viele Untersuchungen, die zeigen,
140 dass ahm Licht sich – also natürliches Tageslicht und auch der Rhythmus von dem Licht
141 sich sehr positiv auswirkt auf ahm auf den Menschen und in – wenn man das unterdrückt,
142 was natürlich im Krankenhaus früher damit zu tun hatte, damit die Menschen nicht
143 wissen, wie lange sie arbeiten zum Beispiel auch und so was..oder USA, nicht. Das ist
144 halt eigentlich ah eigentlich eine Sache, die man seit Langem nicht mehr machen sollte,
145 und die aber Gott sein Dank in Mitteleuropa jetzt auch nicht so schlimm ist wie in USA –
146 aber Licht wäre so die erste, die erste Quell, der erste Bezug, ahm der erste Faktor, den
147 man auf alle Fälle immer ganz oben stehen haben sollte und natürlich auch so etwas wie,
148 wie Aussicht – hat damit zu tun, oder mhm gibt ja die Studien: wenn ich auf nen Baum
149 schaue oder so etwas, dann an stimuliert das in mir etwas anderes als wenn ich halt
150 irgendwie auf eine Wand schaue oder so was, nicht? (I: das heißt). Das ist ein bisschen
151 eng verknüpft und ahm was im weiteren Verlauf natürlich auch noch einmal wichtig wäre
152 ist so etwas wie Orientierung und ahm die ahm Klimaverhältnisse – zum Beispiel, das
153 wären so die Sachen (I: mhm) Und dann gibt es natürlich noch die die Faktoren, die jetzt
154 auch immer noch mit eingerechnet werden, aber die auch schon ein bisschen – oder
155 Lärm ist noch sehr wichtig, habe ich noch vergessen. Da gibt's die Faktoren, die immer
156 noch weiter hinten an der Stelle stehen, wie jetzt so Ablenkung zum Beispiel und so (I:
157 mhm) – das bezieht sich aber auch stärker eher so auf auf die Patienten als auf die
158 Besucher.

159 I: Mhm, genau. Das wäre die nächste Frage: Was braucht der Patient, jetzt abgesehen
160 von der von der Sicherstellung seiner Therapie (B5: mhm) – ah, was was braucht der so,
161 also was sind so ..Faktoren, die sich der Patient wünscht?

162 B5: Also ich glaube, jeder ahm Patient würde sich eigentlich ein Fenster wünschen, was
163 in die Natur rausschaut (I: mhm) – ahm, ich, ah glaube auch, obwohl das vielen nicht so
164 bewusst ist, dass ein ah guta..gutes Geräuschklima und Geräuschpegel vorherrschend
165 wären, genauso wie ahm ne ne angenehmes klimatisches Umfeld zum Beispiel auch –
166 dass vielen nicht so bewusst ist, weil sie diese Erfahrung noch gar nicht so richtig
167 gemacht haben´ - aber wenn viele da im Krankenhaus mal sind, dann sagen sie: ach es
168 ist sehr kalt oder ist sehr stickig oder (I: mhm) so was zum Beispiel....ahm und ah, das
169 wird ihnen dann erst so richtig bewusst. ..Orientierung macht auch einen Sinn, es kommt
170 aber ganz stark darauf an, welche ahm Sparte auch von Patienten (I: mhm), ob
171 bettlägerig oder halt auch mobil´ - kommt ganz stark darauf an. Und natürlich ist immer so
172 eine Sache, die aber noch nicht jetzt wirklich – da gibt es sehr unterschiedliche
173 Meinungen – ah die noch nicht ausgetestet ist, ist Einzelzimmer oder Mehrbettzimmer´
174 ..ahm, also das kommt auch immer sehr stark darauf an – da gibt es Studien, da sagen
175 die Älteren: sie fühlen sich alleine (I: mhm), wenn sie alleine im Bett, im Zimmer sind und

176 fühlen sich verlassen und so...und ah es kommt sehr stark aufs Alter an und so ahm –
177 Leute in meinem Alter würden eher allein zum Beispiel. (I: ja genau) wollen ein Zimmer (I:
178 mhm). Das ist auch der Unterschied – ich habe was – ist auch ein sehr großes Thema,
179 was man aber zur Zeit schwer ah ..bestimmen kann, in welche Richtung es geht, nicht.

180 I: Genau, ja. Das eine hat auch mit Infektionsrisiko zu tun, das andere wieder mit dem
181 Alter und dem Gefühl der Sicherheit (B5: ja), wenn jemand da ist..

182 B5: Wobei man aber auch Infektionsrisiko, da kann man wohl also jetzt in der
183 Zwischenzeit auch – das macht nicht so aus, obs Eins- oder Zweibettzimmer (I: mhm)
184 sind, ahm..ah...ah nen in den skandinavischen Ländern – in Dänemark, da werden in der
185 Zwischenzeit fast nur noch Einbettzimmer gebaut´..ah in Mitteleuropa oder bei uns ist es
186 immer noch so – hält sich so die Waage´ ja, ahm aber ..ahm..ja. Also kommt darauf stark
187 an, es kommt auch stark auf das – auf das Wissen, das schulische Wissen vom Personal
188 – was sehr stark da mit rein (I: mhm) kommt, nicht. Also, da haben wir jetzt gerade hier in
189 der in der ...Promotion vorliegen, in der das auch untersucht. (I: mhm, ok) Ja..aber ..ahm
190 ... es ist schwer zu sagen, was das Beste (I: mhm) ist.

191 I: Mhm. Ja das ist ja auch eine Frage von mir ..ahm: ...wie misst man
192 Gesundheitsförderung im Krankenhaus? Also es ist ja ein schwieriges Thema (B5: mhm):
193 Gesundheitsförderung überhaupt zu messen ist ist (B5: mhm) schon schwierig...und im
194 Krankenhaus. Und wo grenzt man Gesundheitsförderung ab. Ah also: was (B5: mhm) ist
195 Standard (B5: ja)? Wann (B5: ja ja) fängt Gesundheitsförderung an? Was muss
196 sichergestellt sein (B5: ja.), bevor man über Gesundheitsförderung nachdenkt (B5: ja.) –
197 weil es ja oft bei unseren hohen Standards (B5: mhm) mehr so ein Add On ist und die
198 Kostenfrage aber trotzdem immer noch (B5: mhm, ja) ein Thema ist ..wie..wie sehen sie
199 die die Zus..das Zusammenspiel Kosten für gesundheitsfördernde Maßnahmen oder
200 Healing Architecture oder Evidence Based Design?

201 B5: Eigentlich sehen wir immer so, vertreten den Standpunkt: es sollte eigentlich alles eh
202 so sein, nicht? Also eigentlich es sollte alles Standard sein..und ah, also diese Punkte:
203 viel natürliches Tageslicht, ein gutes Raumklima, und solche Sachen..Orientierung und
204 so..ah..sollten eigentlich Standard sein – man muss auch sagen, wir sind hier in
205 Deutschland, wo es eigentlich relativ gut auch situiert ist – aber sobald man dann wieder
206 ins anderes Ausland kommt, dann merkt man dann schon, da fehlen..da sind noch große
207 Lücken´ in diesem Wissen und ahm: dass einfach nicht die Chance genützt wird,
208 natürliches Tageslicht reinzunehmen (I: mhm) um dafür dann nachher zum Beispiel
209 weniger Betriebskosten zu haben durch ahm künstliche Beleuchtung oder so. Zum
210 Beispiel, das ist eigentlich so eine Sache...da..da..das ist für uns eigentlich so natürlich –
211 ahm, dass wir eigentlich denken, das sollte natürlich auch Standard sein, nicht! Und
212 sobald wir dann immer wieder merken: in anderen Ländern ist es nicht so, merkt man
213 eigentlich, was man überhaupt noch mal an Überzeugungsarbeit leisten muss und so ...(I:
214 mhm) ..und ah..die ahm..das ist aber jetzt so ein Prozess,..Prozess glaube ich, der, der
215 ganz gut läuft.. sagen.

216 I: Und man erkennt wahrscheinlich auch den Rückfluss der Kosten durch kürzere (B5: ja)
217 Aufenthaltsdauer..

218 B5: In der Zwischenzeit haben viele ..ah..Krankenhausbetreiber und so, merken das auch
219 und ah, die die fördern das auch immer...ist natürlich so manchmal so ...da gibt es so von

220 Philips Lampen, die jetzt ah in Krankenhäusern irgendwie vertreten werden und die sagen
221 irgendwie: das spiegelt natürliches Tageslicht wieder (I: mhm) und so, aber..ahm, da
222 versucht jetzt die Sp..die ganze ...ah, Industrie auch aufzusteigen und so und
223 ah..Diskussionen gibt's auch ob man wieder Teppich reinnimmt (I: mhm) und solche
224 Sachen....weil...ahm...die ahm..das Allergierisiko wieder gesenkt wird und solche Sachen
225 (I: ok)ah..also: da da sind jetzt sehr viele auf diesem Fokus: gesundheitsbringendes
226 Krankenhaus zu bauen, oder so..aber man muss auch aufpassen, mhm, was dann alles
227 mitdiskutiert wird und so (I: mhm) und ob das ist dann der richtige Weg auch ist, nicht! (I:
228 mhm) Aber eigentlich ist es: das Nutzen von natürlichen Ressourcen! Die eigentlich eh
229 schon da sind...nicht. Und das ist eigentlich das günstigste, was man haben kann..und
230 das Beste.

231 I: Super. Gut auf den Punkt gebracht. (lachen) Jetzt zur Planungsrealität (B5: mhm): aus
232 ihrer Erfahrung heraus, ah, wie wie würden sie Gesundheitsförderung in die Planung
233 bringen? Also wer bringt es in die Planung einmal? (B5: mhm) Das Thema. Welche
234 Experten? Welche Leien? Wann kommt es in die Planung? Wann soll es in die Planung?
235 Warum haben wir schon besprochen, also die Vorteile liegen auf der Hand, warum soll
236 es....ah ...

237 B5: Ich komme halt jetzt von einem Büro, was das immer schon ganz früh im Fokus hat,
238 nicht. (I: mhm) Also auch schon ahm im Wettbewerb – eigentlich immer schon: dass ein
239 Krankenhaus aussieht: dass es eine einfache Orientierung gibt, dass es eine
240 Hauptrichtung gibt, dass es Nebenwege gibt, ..ahm, dass man ahm ...immer Wege ans
241 Licht führt, oder ein Ziel vor Augen hat, ..dass man sehr viel Licht insgesamt ins
242 Krankenhaus reinbringt, ...ah, das ist eigentlich bei uns immer schon so stark in der
243 Entwurfsphase oder in der Wettbewerbsphase ..ah..dass wir das sozusagen immer schon
244 automatisch mit rein bringen – und auch selten dann noch einmal rausgenommen oder so
245 ..oder wird uns selten rausgenommen oder so – weil dann müsste man den ganzen
246 Entwurf (I: mhm) ändern – und das ahm..das lehren wir auch immer so den Studenten.
247 Na, also gerade so: macht keine dunklen Gänge (I: mhm), lauf nicht auf eine Sackgasse
248 zu´..solche Sachen so, führt viel Licht rein, macht Innenhöfe, natürlich zur Belüftung der
249 Arbeits...ah zur Belichtung der Arbeitsplätze und so. Das ist so der eine Teil der von uns
250 eigentlich automatisch immer schon sehr früh mithineingenommen wird (I: mhm). Und
251 dann gibt es natürlich so die anderen Sachen, ..ah, gerade zum Beispiel..ah
252 Geräuschpegel und Lüftung zum Beispiel: klar, wir denken natürlich – also wir, wenn wir
253 Fassaden bauen, dann fast, bauen wir auch immer modulare Fassaden, wo man auch
254 immer Öffnungsflügel drinnen hat´, nicht (I: mhm)!...Ahm..ist ja teilweise auch Pflicht.
255 Andererseits haben wir natürlich dann auch immer schwierigen Einfluss – weil wir auch
256 gar nicht dieses Wissen haben zum Beispiel – über Geräuschpegel, was natürlich über
257 Maschinen auch viel produziert wird (I: mhm) zum Beispiel auch, oder über ein ah
258 schlechtes Raumklima weil die Lüftung dann falsch dimensioniert wurde, oder so (I:
259 mhm), nicht. Das ist natürlich das sind so Sachen ahm, da muss man halt auch so ein
260 bisschen sagen, das liegt dann so ein bisschen in der Hand der Verantwortlichen – also
261 wir versuchen, also ich meine, jeder versucht natürlich in ah, ahm ..ein Gerät zu
262 dimensionieren, das nicht so laut ist, nicht. Aber danach haben sie dann wirklich in der
263 Praxis oder so – wenn die Techniker dann da sind und so – die bauen das dann ein, da
264 muss man dann halt auch, da haben wir gar nicht so viel Wissen (I: mhm) zum
265 Beispiel...Also ich kenne mich jetzt auch nicht aus..Dezibel, ob das dann doch zu viel ist

266 (I: ja) oder doch zu wenig – wie sich der Schall von dieser Maschine verbreitet oder so
267 zum Beispiel – nicht, und im Krankenhaus muss man auch sagen, ist halt ein großer
268 Faktor sind diese Geräte (I: mhm). Gerade in der Intensivmedizin (I: mhm), nicht....Und
269 ..ahm wir können da auch nicht alle Geräte – man kann die ein bisschen verstecken´
270 ..nicht – und schallschützend irgendwie einbauen, oder so – aber das ist so dem
271 Architekten ist so ein gewisser Grad auferlegt worden, wo er nicht weiter kann – wo es
272 dann die Technik des Technikers ist, oder das ahm..des Ausbauers dann..ahm. ..(I: und
273 das soll in...) Gewerk oder so, nicht.

274 I: In Kooperation wahrscheinlich auch (B5: genau) stattfinden.

275 B5: Also natürlich ist es immer: die Geräte sollen nicht zu laut sein und es soll natürlich
276 irgendwie ein gutes Raumklima sein – irgendwie von allen 21 Grad oder so – aber da, das
277 ist natürlich so ein Gewerk dann von dem Haustechniker (I: mhm) ...da kann ich da nicht
278 sagen: das Gerät ist aber zu groß, was du (I: ja) da drinnen hast, oder so. (I: mhm) Es
279 braucht zu viel Strom, oder ist zu laut, oder so, nicht. Also das ist so ein bisschen so: wir
280 versuchen diesen Grundstock zu liefern´...(I: mhm)..und ah natürlich können wir auch
281 sagen, ah...wir bauen über Architekturen Ruhezone zum Beispiel, wo ein bisschen der
282 Schall abgefangen wird – für Patienten, die warten hier zum Beispiel, oder so..aber wir
283 können leider nicht auf alle Bereiche (I: mhm) dann einwirken und so.

284 I: Das heißt: der Planungsprozess ist eigentlich in der Wettbewerbsphase! Das..sie
285 machen hauptsächlich (B5: ja) Wettbewerbsteilnahmen?

286 B5: Ah...über Wettbewerbe, genau. Und das läuft natürlich dann bis zum Entwurf (I: mhm)
287 und dann bis zum Bau und so...aber ahm....das große Gerüst wird im Wettbewerb
288 gesteckt – (I: mhm) und es gibt danach immer Änderungen (I: ja), das ist klar, ja! ..Aber im
289 Endeffekt...ahm bleibt dieses Gerüst immer so und wir können das bis zum Ende
290 durchziehen. (I: mhm). Ja und ...ah weil..dadurch, dass wir so früh vom..vom Grundstock
291 her das Krankenhaus planen, können wir eigentlich gleich schon von Anfang an sehr
292 starken Einfluss darauf nehmen (I: mhm)...Und dann aber natürlich entwickelt sich viel
293 ..und es ist dann nicht nur der Architekt, sondern es sind die anderen Gewerke, die
294 ganzen Haustechniker und so ..Klimatechniker und ah..die kommen natürlich: das Team
295 wird immer größer´ ..und es ist natürlich auch immer so in der Planungsabsprache mit
296 dabei – aber ahm ..das kennt man natürlich auch ahm...ich weiß dann wie gesagt nicht,
297 ob das richtig so da drinnen ist und ob es dann wirklich dann leise wird, nicht.

298 I: Also so Planungsrunden sind das?

299 B5: Ja ja, auf alle Fälle, ja ja

300 I: nach dem Wettbewerb eigentlich? Im Vorhinein..

301 B5: Ja, man macht manchmal im im Wettbewerb hat man schon ah ein kleines Team (I:
302 mhm) vielleicht, oder so ...wie dann die Haustechniker auch irgendwie ein kleines
303 Konzept mit abgeben sollen oder Tragwerksbauer oder so und ah...(I: oder
304 Maschinenbauer..ah) ja, (I: nicht Maschinenbauer, na? ..die ...) Ingenieure? (I: die
305 Ausstattung, die Röntgenausstattung) ...ne, das ist nicht (I: die Technik nicht?) das ist
306 eigentlich alles. Ne...also nicht in der frühen Phase (I: ok). Das kommt dann eigentlich
307 erst, also wenn man zum Beispiel dann den Wettbewerb gewonnen hat, dann fangen die

308 Nutzergespräche an. (I: mhm) Und das Raumprogramm oder die Auswirkungen, die man
309 ja zu Beginn bekommen hatte - ..ahm, die ist teilweise mit diesen Nutzern - sollte mit den
310 Nutzern in Absprache natürlich vorbereitet werden´..da bekommt sie der Architekt, der
311 macht den Wettbewerb, gewinnt vielleicht im günstigsten Falle, und dann fangen die
312 Nutzergespräche an. Und dann gibt es so Feinabstimmung, und dann wird natürlich, also
313 das Team wird in allen Richtungen größer – mehr ah...Techniker dabei, mehr Ingenieure,
314 und ah..Medizintechniker zum Beispiel – aber die sind eigentlich erst dann dabei, wenn
315 man wirklich von der Planungsphase spricht, weil dann natürlich..ahm der Nutzer dann
316 wirklich auch dabei ist zum Beispiel - vorher ist das meistens ja anonym dann auch – er
317 darf nicht in Erscheinung treten. Er durfte nur für das Raumprogramm sagen, was er an
318 Wünschen hat, wie er sich das vorstellt und so...wie erst und so – und dann ah, wenn der
319 Wettbewerb gewonnen wurde, dann fangen die Nutzergespräche an, dann kann er
320 persönlich mit dabei sein. Es gibt dann Planungsrounds, und..er sagt dann nochmal: ich
321 würde gern was ändern oder ich würde ah nicht dieses Gerät drin haben, sondern ein
322 anderes...Und die kleinen Geräte machen nichts aus – aber es sind die Großgeräte
323 heutzutage, ob ich jetzt ein CT, MRT drinnen habe, grade MRT zum Beispiel hat sich
324 wahnsinnig viel getan...Die Größen sind sehr variabel, nicht! Auch die Gewichte...ahm
325 das sind dann nachher – wir sprechen von 16 Tonnen oder so (I: mhm)..was..und ah
326 ..darf fängt dann nachher so diese Feinabstimmung an und ah..da...klar...da hat man
327 auch noch Einfluss darauf, aber immer Grundgerüst, dass vorher gesteckt ist, das ist
328 eigentlich in unserer Hand und da haben wir sehr viel Einfluss, nicht. (I: mhm) Und da
329 können wir schon sagen, irgendwie – oder ahm ..auch zum Beispiel, also ob Licht, ah..ah
330 Bel Belüftung allgemein, ...Belichtung allgemein, ob Orientierung allgemein ..und das sind
331 eigentlich so die großen....auf die wir sehr viel Einfluss am Anfang haben (I: mhm), und
332 so dann.

333 I: Und das Raum- und Funktionsprogramm: das macht eine..jemand extern, oder?

334 B5: Ah, .. das macht jemand ..ah extern´ ah ich weiß jetzt nicht wie genau wie das in
335 Österreich ist, aber ich meine die Vamed macht das auch (I: ja) ...und ah die macht das
336 eigentlich in Abstimmung mit den Nutzern..ah..mit den Bauherrnwünschen...natürlich
337 auch durch eine Bedarfsanalyse, also jetzt nicht nur subjektive Meinung, auch objektive
338 Meinung und ah ...und dieses Rahmenprogramm wird dann halt festgezurr, den
339 Wettbewerbausrichtern übergeben .. und dann wird es veröffentlicht und ah eigentlich im
340 Nachhinein wird immer noch was auch geändert und (I: mhm)..also da werden Räume
341 rausgestrichen oder vergrößert oder so was..

342 I: Und dort fließt ja schon Nutzerwissen ein – also eben wie (B5: ja) gesagt nicht
343 irgendwie so ein

344 B5: Es ist sehr schwer, also sehr schwer – wir bekommen halt das ist eine sehr subjekt.,
345 sehr subjektive Nutzerwünsche sind (I: mhm). Das Problem ist ja so ein bisschen auch so
346 ein Krankenhaus: es gibt die verschiedenen (I:mhm) Oberärzte, die leitenden Ärzte...und
347 jeder Obst..Oberarzt will sich natürlich dann auch ein bisschen positionieren und sieht
348 natürlich seinen Bereich dann auch als sehr wichtig an und so und ahm da ist natürlich
349 dann – jeder will natürlich im neuen Krankenhaus für sich auch das beste (I: ja) ´ haben
350 und so - und ahmeistens ist es aber dann ah der der Wettberwerbsausrichter oder der
351 zumindest die Bedarfsanalyse macht – der versucht das dann abzuklären, ob das wirklich:
352 ist das wirklich so, brauchen wir das wirklich oder so – muss das wirklich der Architekt

353 auch vorsehen oder so – oder kann man das ein bisschen runterstufen und so ein
354 bisschen verallgemeinern oder ahm...von den Ansprüchen auch ein bisschen
355 runtersetzen (I: ja) – dass nicht der eine Oberarzt mit der ah mit dem Bereich zwanzig
356 Räumen mehr hat und der dann irgendwie, obwohl er auch wichtig ist, dann: zwanzig
357 Räume weniger hat oder so. Sondern sie sagen: ihr bekommt gleich viel – dann kann man
358 erst einmal flexibel´ und dann kann man auch tauschen oder was weiß ich (leise) oder so
359 (I: mhm), nicht.

360 I: Da ist es auch gut, wenn jemand externer das Raumprogramm macht (B5: auf alle
361 Fälle), dann kann man das (B5: ja) expertenmäßig argumentieren (B5: ja, ja – sonst redet
362 ja) Architektur

363 B5: Der Nutzer über..oder wo der Wasseranschluss sein soll oder vergisst aber, dass das
364 vielleicht in zehn Jahren vielleicht auch schon in Pension ist und der Nächste auch damit
365 zu Recht kommen muss oder so und ahja, also wenn man eine Blankowohnung hat
366 und gerade einzieht oder so, die einem gehört, dann will man sie nach
367 seinen..Möglichkeiten einrichten´ aber wenn man in eine Mietwohnung einzieht, dann
368 wird man wahrscheinlich weniger machen, oder so – nicht. Oder wenn man weiß, ich
369 wohne nur fünf Monate da oder so etwas (I: mhm) ist ganz..ah...ganz logisch eigentlich.

370 I: Und in diesen – auch in den Vorplanungsrunden oder ah eventuell auch nach
371 gewonnenem Wettbewerb: haben sie Experten aus dem Gesundheitsförderungsbereich
372 ..also ..wirklich aus dem wissenschaftlichen Bereich?

373 B5: Na ja. Also die Frau Nickl Weller und der Hans Nickl, die sind eigentlich immer bei
374 jedem Wettbewerb mit dabei´ (I: mhm)..also involviert, die schauen immer drüber´ ..und
375 das muss alles durch ihre Hand gehen (I: mhm) und dadurch, dass die das Wissen
376 haben, geben sie das eigentlich auch weiter..entsprechend (I: mhm). ..Also:
377 normalerweise ist es auch so, dass man im Wettbewerb auch viele jungen Stud ..also
378 ah..junge Mitarbeiter hat – ahm und ah, da ist manchmal das Wissen noch nicht so ganz
379 so da, aber meistens ist es so, dass es ein gemixtes Team ist, wie man Ältere mit jemand
380 Jüngeren zusammen arbeitet und das in Absprachen mit ..ah den Nickls, dann ..ah dieses
381 Krankenhaus entwirft, oder bespricht.

382 I: Mhm. Und gibt es auch so so basic Ausbildung – weil ich stelle mir das jetzt – ich kenne
383 das nämlich sonst nicht auf einer TU oder auf der technischen bei der technischen
384 Ausbildung, dass man gesundheitswissenschaftliche Grundlagen erhält: also Definition
385 (B5: also)...Was ist Gesundheit, was ist Gesundheitsförderung?

386 B5: Meistens, meistens werden Leute aufgenommen, die in dem Bereich schon einmal
387 irgendwie tätig waren oder auch schon Entwürfe gemacht haben, oder so – ah..ah...oder
388 so ein Grundwissen eigentlich schon einmal haben sollten, dass man nicht bei Null
389 anfängt – gibt aber auch welche, die jetzt ganz neu anfangen (I: mhm) – also ah....es gibt
390 also ah..eigentlich führen die Nickls immer sehr gut – und ah, dass ist ja auch so, man
391 fängt ja nicht gleich im kleinsten Detail an, sondern man nähert sich ja diesem ah ..diesem
392 Grundsatz dann auch in dem man eigentlich erst einmal im Städtebau, natürlich dann
393 anfängt: Volumina und immer kleiner ins Detail geht (I: mhm) – das heißt, man redet nicht
394 gleich sofort über (I: das) das Krankenzimmer (I: ja) sondern man redet eigentlich erst
395 einmal halt über den Städtebau, wo eigentlich die ..die Leute, die im Wettbewerb arbeiten
396 eh Bescheid wissen müssen´ - und dann nähert man sich diesem Thema an´ (I: mhm) und

397 dann gibt es dann noch oft Leute im Team ah..., die sich dann auch spezialisieren: der
398 eine macht dann halt die Fassaden, der andere macht dann die Patientenzimmer zum
399 Beispiel. Und dadurch wird natürlich ein Wissen dann angehäuft (I: mhm)...und ahm..das
400 dann entweder weitergegeben wird oder dann halt immer so von Wettbewerb zu
401 Wettbewerb dann immer mitgenommen wird und dann ausgebaut wird. Oder auf dem
402 Wissen aufgebaut wird.

403 I: Aber ohne technische Ausbildung gibt es eigentlich niemanden? Der ein

404 B5: Na ich weiß jetzt nicht, was technische genau meint

405 I: Also ohne Architekturausbildung, dass jemand

406 B5: Nein. Das sind alle (I: und und quasi Gesundheitswissenschaft lehrt..) also es

407 I: Sie haben ja ein Lehr..einen Institutsbereich für Public Health?

408 B5: Bei uns Public Health nicht. Bei uns ist nur die die also – in Berlin macht das nur die
409 Charité, Public Health, (I: ok, mhm)..ahm ...die ...ahm ...also was ich so von da kenne,
410 müsste ich jetzt auch sagen: ich weiß gar nicht, ob das ahm so viel Grundwissen mit sich
411 bringen würde (I: mhm), also so ..ahm...ja ..ahm, die Sache ist ja die: eigentlich ahm,
412 Leute, die im Büro arbeiten oder die angestellt werden, frisch angestellt werden, oder so –
413 die die haben ja auch ein Bewerbungsgespräch, und dann wird schon geschaut, was sie
414 für Projekte gemacht haben, oder so. Ob die in der der gleichen Sprache sprechen, nicht.

415 I: Aber ich meine jetzt eh nicht für die, für die Planung oder für das Planungsbüro. Ich
416 würde eher universitär denken. Für den Krankenhausbau-Unterricht. Also (B5: ach so,
417 ach so), ob es da Lehrveranstaltungen gibt, auch im Bereich ah
418 Gesundheitswissenschaften. Um da eine Basis ..

419 B5: Also Gesundheitswissenschaften in der Richtung nicht. ..ahm..ich weiß, es jetzt nicht
420 ..bezieht sich das auf die Mitarbeiter oder die Studenten?

421 I: Auf die Studenten.

422 B5: Wir machen Vorlesungen (I: mhm - eben). Ja, also (Lachen) (I: kompliziert), ja, ja. Wir
423 machen natürlich begleitende Vorlesung (I: ja)..ah ..und Seminare auch´ die Seminare
424 haben oft mit dem Entwurf etwas zu tun (I: mhm), die aber so ein bisschen angelagert
425 sind aber nicht ah, also ja so obligatorisch sind. ..und ahm...die Vorlesungen, die
426 beginnen halt eigentlich so von dem Beginn des Semesters bis zum Ende des Semesters
427 – und die auch aufeinander aufbauend (I: mhm). Also ich fange an – das erste ist immer
428 Struktur und Ordnung zum Beispiel – ist die erste Vorlesung (I: mhm), wo man halt so
429 davon ausgeht, nicht ah..Thema ist jetzt Städtebau sondern da ist wirklich dann so Raster
430 (I: mhm), zum Beispiel, also so die die kleinste Einheit im Krankenhaus und wie sich
431 eigentlich dieses Krankenhaus zusammensetzt, nicht. Und das ist dann: ich fange mit
432 dem Raster an, kann daraufhin dann ah sehr viel erzählen über die ah Hierarchierung
433 ahm ah im Krankenhaus, die Struktur, die Ordnung zum Beispiel (I: mhm) und dann geht
434 das so weiter weg...das eine ist dann Thema noch Fassade später oder Patientenzimmer
435 später zum Beispiel auch (I: ok), mhm...Und das ist aber, wir müssen – wir machen ja
436 auch nicht je..also wir machen, muss man auch sagen, selten ein Krankenhaus, weil die
437 Zeit eigentlich nicht (I: mhm) dafür reicht. Und ein Semester ist zu kurz dafür (I: ok, ein

438 Semester ist da nicht wirklich viel). Ja, ah ...und was wir aber auch häufig machen sind
439 das so kleinere Einheiten, so..ahm..wie's früher so Polykliniken gab (I:mhm) oder so , also
440 dass man so kleine Gesundheitszentrum macht mit irgendwie drei oder vier Ambulanzen
441 zum Beispiel – die sind aber dann alle gleich´ – zum Beispiel (I: mhm), also Modul, ja.
442 Und dann gibt es halt noch begleitende Einrichtungen. Ganz allgemeine´ so für die
443 Öffentlich..ah Öffentlichkeit und dann gibt es meistens noch so eine Spezialisierung: da
444 gibt es irgendwie vielleicht noch einmal ... ahm ein Hotel zum Beispiel (I: mhm) mit dabei.
445 Dass Patienten, die von Außerhalb kommen oder so vielleicht einmal eine Nacht noch
446 ahm bleiben oder ein kleines..ahm Schwimm- oder Turnbereich für die Reha zum Beispiel
447 (I: mhm) – oder so was. Also Krankenhaus machen wir eigentlich ah nur für zum Beispiel
448 so Masterthesis Arbeiten und so (I: mhm) Bachelorthesis Arbeiten, weil die sind, die
449 haben dann auch viel mehr Zeit dafür´ - und die haben meistens bei uns schon einmal
450 einen Entwurf gemacht – haben schon dieses Wissen und dann können (36:00) sie gleich
451 viel schneller (I: mhm) damit umgehen.

452 I: Ok, ja. Ein Semester ist ja nicht wirklich viel ja (B5: ja) – Ich habe da jetzt irgendwie ein
453 bisschen mehr im Kopf gehabt (B5: ja ich meine) – so, aber..

454 B5: Meistens fünf, sechs Monate oder so ...und ah ..bei der Masterthesis ist es meistens
455 auch nicht so viel mehr´ aber die haben schon besser, die haben schon mehr Vorwissen
456 und die, die arbeiten, die haben mehr für, mehr Zeit – und für die ist es halt (I: mhm)
457 wirklich auch so (I: mhm) was Wichtiges, nicht - die Abschlussarbeit und deshalb gehen
458 die auch schon ein bisschen anders ran als an einen normalen Entwurf.

459 I: Und für die Abteilung ist natürlich immer das Ziel, die Evidence – also
460 Gesundheitsförderung in die Richtung Evidence Based (B5: ja) Design zu bringen?

461 B5: Bei uns ist es schwierig´ ..weil ah (I:mhm) ahm, also das ist ja generell ein
462 schwieriges Thema´ ...weil es werden ja die ganzen Studien, die es gibt – das sind ja
463 immer so Teilbereiche....ah das Problem ist halt natürlich: man kann nicht zwei Mal das
464 gleiche Krankenhaus bauen – einmal da und einmal da

465 I: Und die dann vergleichen..(B5: vergleichen oder so). Ja, das ist total schwierig, ja.

466 B5: Und ah das ist ja so das große Manko, was besteht´..nicht? (I: ja) Ihr könnt nicht eins
467 zu eins irgendwie ...und so..

468 I: Die Einflussfaktoren sind eigentlich fast nicht auszu..blenden (B5: genau!)

469 B5: Und man müsste auch die gleichen Patienten haben und den gleichen
470 Krankheitsbildern (I: ja) und solche Sachen´..und ah, das geht eigentlich nicht. Was man
471 halt nur machen kann: man kann haltdiese Teilstudien haben und Teilbereiche
472 heranziehen oder Teil- Teilwissen heranziehen (I: daraus Schlüsse ziehen) und daraus
473 Schlüsse ziehen, ja genau.

474 I: Ich glaube, das Institut macht ja auch für's Maggie Center jetzt eine

475 B5: Ne, jetzt gerade nicht. Ne ne. Wir hatten ah ah einen Entwurf oder – auch ein Seminar
476 – das war glaube ich jetzt aber schon länger her, schon zwei Jahre (I: ich) her.

477 I: Ich hatte gelesen, dass jemand die bestehenden Befragungen jetzt einmal
478 zusammenführt.

479 B5: Mhm!

480 I: Über das Nickl-Weller Institut. (B5: ne, nicht da! Ne ne) Ok. Aha, gut. (lachen)
481OK...gut...da muss ich jetzt (blättern): Wenn ich jetzt noch einmal die Frage bringe:
482 wann ist Gesundheitsförderung Luxus? ...Dann ist es wahrscheinlich eh schon das, was
483 sie gebracht haben (B5: ja): es sollte eigentlich immer...

484 B5: Es sollte Standard sein.

485 I: Es sollte eigentlich Standard sein (B5: ja) ...und das ja in vielen Standards, die jetzt
486 schon bestehen, auch Gesundheitsförderung ist, die sich etabliert haben (B5: ja ja) und
487 einfach schon gefestigt haben (B5: mhm): Tageslichtregelungen gibt's (B5: ja) und
488 Arbeitszeit..

489 B5: Kennen sie den Begriff Salutogenese?

490 I: Ja! (B5: Ok.) (lachen)

491 B5: Also es geht nicht immer nur um Gesundheitsbringen, nicht. Es gibt auch darum, ein
492 Umfeld zu schaffen..ah..wa..in dem es ..ahm..in dem die Menschen auch mit
493 Stresssituationen gut umgehen können, nicht? (I: mhm). Es gibt eigentlich immer so...es
494 wird ja immer so gesagt..gibt ja so ein Verhältnis' ..das ist immer so eine
495 Waagschale..und ahm und dann gibt es halt beim Menschen unterschiedliche Stadien,
496 wie er dann – die sich auswirken, wie er mit Stress fertig wird (I: genau), nicht. In welchem
497 Zustand er ist...und ah..da's halt auch wichtig dann, dass man versucht, dieses Umfeld
498 sehr ahm neutral – neutral ist das falsche Wort – sehr ...ah, mhm ...fällt mir
499 wahrscheinlich nicht das richtige Wort ein – also ein gutes Arbeitsumfeld zu schaffen'(I:
500 mhm), damit er sehr gut auch mit Stresssituationen umgehen kann (I: mhm) zum Beispiel
501 auch, nicht.

502 I: Und dass die die ah gesundheitsfördernde Alternative die selbstverständlichere wird
503 (B5: ja..ja, ja). Dass die Lebenswelt so gestaltet ist, dass es sich leichter (B5: ja) gesund
504 (B5: ja) verhält, ja.

505 B5: Dass man's ..oder ahm vielleicht auch so, dass man nicht zusätzlichen Stress ausübt
506 (I: mhm), nicht? Stress ausübt – zusätzlichen, der zu dem normalen Stress noch oben
507 drauf kommt (I: mhm, genau). ..weil sonst wärs schwierig damit auszukommen (I: genau)
508 oder so, weil jeder hat von uns Stress, ist ganz natürlich (I: ja, ja) oder so – aber sobald
509 ich jetzt dann noch einmal sage: du hast eine deadline, oder so – ah, dann bräuchte ich
510 dann nicht noch Stress haben mit – weiß ich nicht, ich sage es mal plump: kein Licht zum
511 Schreiben (I: ja), oder irgend so etwas. Ja.

512 I: Mhm. Zusatzbelastung

513 B5: Ja, ja.

514 I: Genau. Sehen Sie in der Patientenorientierung ...ah.....auch Gesundheitsförderung?
515 Wenn ein Krankenhaus sich patientenorientiert ausrichtet?

516 B5: Ahm...ja..ich glaube schon. Also ..das sind....also in Deutschland – ich weiß nicht, wie
517 es in Österreich ist – in Deutschland is..haben wir ja das Problem, dass wir zu viele
518 Krankenhäuser haben (I: mhm) und zu viele freie Betten (I: mhm) eigentlichahm...die
519 Aufenthaltsdauer wird immer niedriger´ eigentlich. Es wird viel mehr ambulant
520 durchgeführt...und wir haben natürlich immer noch diese immensen Bettenzahlen, die halt
521 so in den 70er 80er Jahren so ah errichtet wurden (I: mhm) und dadurch sind natürlich die
522 Krankenhäuser in Deutschland sehr stark in so´nem Konkurrenzkampf, auch in Berlin –
523 ahm ..vertreten – und da ist natürlich dann auch ein großes Ziel – das merkt man auch
524 immer mehr: die Gunst des Patienten zu gewinnen ...und ahm ..da wird eigentlich sehr
525 viel ahm, ah ja, Presse betrieben´..Öffentlichkeitsarbeit betrieben..und da ist natürlich so
526 ein Faktor wie ah: kommen sie zu uns, da fühlen sie sich wohl und ah..wir sind eines der
527 schönsten Krankenhäuser sag ich jetzt einmal so plump wie es immer irgendwo steht –
528 ein großer Faktor – wonach die Patienten (I: Mundpropaganda) gehen, und so, nicht?
529 Manche haben die Möglichkeit, sich vorher was anzuschauen (I: mhm) oder so, und
530 suchen sich dann aus, wo sie sich operieren lassen. Das ist natürlich auf der einen Seite
531 das Fachwissen vor Ort´ - und ahm ahm ..die Bewertungszahlen natürlich..über ..über
532 ..ah...Plattformen oder so..ah..auf der einen Seite. Auf der anderen Seite ist es einfach für
533 die Patienten, die sich dann wohlfühlen, oder so. Wichtig ist immer zum Beispiel..ah
534 gerade beim Thema Geburt oder so zum Beispiel (I: mhm)´...da sieht man das ganz
535 extrem...ah....diejenigen, die in das Krankenhaus gehen für eine Geburt – die sind
536 eigentlich gesund. Die sind nicht krank. Und die haben noch lange ne..Zeit sich was zu
537 überlegen und sich selber was auszusuchen (I: mhm) und so...und da merkt man
538 eigentlich sehr stark, dass da versucht wird....ah ...an an Öffentlichkeitsarbeit und auf die
539 Patienten zuzugehen (B5: mhm), nicht? (I: mhm). Da merkt man das ganz extrem...oder
540 nicht notwendige Eingriffe - operative Eingriffe (I: wo man länger plant) – genau (I: genau)
541 – ja

542 I: Und...genauso ist eben auch Healing Architecture oder Evidence Based Architecture: in
543 beiden ist ja auch Gesundheitsförderung (B5: ja, ja) eigentlich enthalten. Es gibt halt
544 immer die unterschiedlichen Berufsgruppen, die bisschen anders auf das Thema schauen
545 ..im Prinzip.

546 B5: Ich glaube, jede Nutzergruppe schaut ein bisschen anders auf das Thema (I: ja). Wie
547 gesagt: Ärzte schauen anders als pflegerisches Personal und so natürlich auch und ah (I:
548 mhm) da...ahm gibt es ganz verschiedene Nutzerbereiche dann..(I: mhm)

549 I:dannnoch kurz zu meinem Berufs-ah-feld. Wie se...wie wie ...wie würden sie die
550 Rolle des BO- und Funktionsplaners einordnen in den..

551 B5: BO ..is..was? (I: Betriebsorganisations- und ah). Ah, ok (lachen)..(I:..und
552 Funktionsplaners einordnen in ..in den Planungsprozess?...also). Also ich kenne es so,
553 dass es..dass ah sie oder ihr vor uns seid... so zu sagen (I: mhm). Weil ihr schon sehr viel
554 an Bedarfsanalysen, Nutzerana, Nutzergespräche im Vorfeld macht´ ..das läuft ja
555 meistens ein Jahr vorher schon eigentlich..bevor dann...ahm...der Wettbewerb startet
556 und ahm ihr seid so der, der Gegenpart zu den Nutzerwünschen – (I: mhm)..und ah da..
557 sollte natürlich ein großer Punkt an Objektivität dabei sein – und an wirklichen
558 bedarfsgerechter Analyse und ah auf auf diesem Wissen arbeiten wir natürlich auf, nicht.
559 Ohne dieses Wissen – darauf bauen wir auf, ah – manchmal wird nicht mehr alles
560 hinterfragt´...(I: mhm) Muss man auch dazugestehen. Also wenn da Fehler gemacht

561 werden, zum Beispiel..(I: werden die übernommen) werden die übernommen und so und
562 ah, das ist dann oft dann auch da – nachher dann, wenn etwas nicht gut gelaufen ist: was
563 hat sich der Architekt dabei gedacht oder so? Der Raum ist viel zu klein oder so´ - der
564 Architekt wird natürlich an diesem Raum festgemacht und das wird (I: stimmt) natürlich
565 nachher (I: der steht auch meistens vorne, ja) im Raumbuch ah, also es wird ja immer
566 extremer, dass die Räume nachher nicht größer als 1,5m² plus sein dürfen oder kleiner (I:
567 mhm) oder so – gibt's da ja..kommen so feste Werte, das heißt: ein Raum, der 50m² im
568 Raumprogramm drin stand, der muss auch nachher 50m² sein – darf nur plus minus ein
569 bisschen haben (I: mhm) – und das ist natürlich so eine Sache: da haben wir – da können
570 wir oft dann auch gar nicht so viel Einfluss machen..Einfluss nehmen...Und das ist
571 natürlich, aber wenn diese Sachen so an uns weitergegeben werden und wir sie
572 umsetzen, dann fällt es trotzdem auf uns auch zurück (I: natürlich), nicht?...Und für die
573 Nutzer und für so ...ahm, die Einfl...die Besucher im Krankenhaus ist der Architekt der
574 Macher...Nicht ? ..und die wissen gar nicht, was im Vorfeld vielleicht lief oder so.

575 I: Mmh, stimmt. Der steht da eigentlich immer ganz vorne (B5: ja, ja) was die Planung
576 betrifft.

577 B5: Will er natürlich teilweise auch. Aber ah..man muss auch wissen, dass er sich nicht
578 alles aus den Fingern gesaugt hat und (I: mhm) dass er auf irgendwas aufgebaut hat.

579 I: Ja...gut. Die letzte Frage: (B5: mhm) Sie hätten den Auftrag, sie müssten ein
580 Krankenhaus oder du müsstest ein Krankenhaus planen, im Sinne der Evidence Based
581 ..im Sinne Evidence Based Design. Wie..wie wäre die Herangehensweise? (lachen)

582 B5: Ich glaube, da gibt es viele Faktoren, die ich im Vorfeld immer wissen müsste: wo
583 zum Beispiel halt (I: mhm): Stadt-Land-Peripherie, was habe ich also Grundlage (I: mhm)´
584 ah.. was muss ich also Grundlage verwenden, was kann ich selber hinzutun und solche
585 Sachen (I: mhm).ahhh

586 I: Also eine gründliche Analyse einmal.

587 B5: Ja...oder ob es schon irgendwas gibt, auf das ich aufbauen kann (I: mhm) oder wo
588 fang wo fang ich an´..(I: mhm) also fang ich bei Null an oder gibt es irgend etwas und ich
589 fange dann bei eins an oder so zum Beispiel...ah ..ist natürlich...ah man muss natürlich
590 trotzdem Sachen hinterfragen oder so – aber ..ahm...also meistens ... meistens gibt es ja
591 schon etwas..normalerweise würde ich trotzdem im Städtebau stark anfangen...und
592 selbst wenn es auf einer Wiese ist irgendwie mit der Landschaft oder so...und würde
593 ahm von außen nach innen das Krankenhaus entwerfen...(I: ok!) ..also man hat die
594 Kubatur, man hat die Größe (I: mhm) ..mit irgendwas muss man ja anfangen´ oder
595 irgendwas wird einem vorausgegeben: für wie viele Leute, wie viele Patientenzimmer oder
596 so was es ist, oder so – und ...ah...würde dannauf den Ort entsprechend versuchen
597 die Architektur raus zu entwickeln.

598 I: Und gab es immer schon etwas vielleicht, in in deiner in deinem Kopf – eine Idee? Wo
599 du der Meinung warst, das müsste eigentlich in einem Krankenhaus, würdest du gerne
600 machen - und das wäre eine tolle Sache, das würde den Menschen..

601 B5: Ich glaube, nicht richtig neues – also ich würde auch nur Sachen, die man eh schon
602 macht! (I: mhm) Also wie gesagt: viel Licht oder so, schöne, nutzbare Innenhöfe´´ (I:

603 mhm) – also nicht, dass es nur so Innenhöfe sind, die Lichtschacht ist – wo man unten
604 irgenwas hat – hat natürlich viel mit der Größe des Krankenhauses zu tun: kommt darauf
605 an, wie groß. Und wieviel Platz man hat, (48:00) ob man überhaupt bisschen flacher
606 bauen kann, dass man Licht in die Höfe bekommt, so dass man unten halt auch im Hof
607 stehen kann und Licht bekommt oder so...und was ich glaube auch, was ich vermisste und
608 was ich stärker betreiben würde wären Dachgärten'' (I: mhm) – das hat auch damit zu
609 tun, wo! Aber gerade so im urbanen Umfeld und so ..ahm, wird das teilweise zu wenig
610 ausgereizt (I: mhm)...ah ...und ah...hat manchmal auch damit zu tun, dass es dann doch
611 schön eingebaut ist irgendwie in einen Park, oder so – dann wäre das nicht so das
612 notwendige, aber ich finde, die fünfte Haut sollte nie vernachlässigt werden, oder so. ..und
613 ahm...was ich auch immer noch so finde ist Orientierung, also ahm, es gibt immer noch
614 so ..also einfache..man merkt immer so: oh, wo geht's denn jetzt hier lang oder ich weiß
615 nicht – oder es gibt auch zum Beispiel kein Leitsystem (I: mhm) kein gutes Leitsystem
616 zum Beispiel – und da gibt es eigentlich so gute Arbeiten von ..ah..von Fachgebieten oder
617 Professuren, gibt es ja auch in Deutschland oder so, die sich mit Leitsystemen
618 aus..auskennen und so – und da würde ich glaube ich auch stärker mit zusammen
619 arbeiten. Das finde ich noch so ein bisschen

620 I: Ok. Also nicht, dass das ...ü...über die eigene Beschäftigung damit wäre, sondern auch
621 in Kooperation – (B5: naja) weil da gibt es ja wirklich spezialisierte..

622 B5: Ja, ja. Also im Endeffekt sagen wir immer: eigentlich...ahm ahm: ein gutes
623 Krankenhaus sollte kein Leitsystem haben, oder braucht kein Leitsystem (I: mhm), nicht!
624 (I: selbsterklärend!).ja! Aber es gibt trotzdem immer noch unterstützende Maßnahmen,
625 und die kann man schon auch wahrnehmen und ich glaube, die werden auch ..ah..zu
626 wenig wahrgenommen (I: mhm) – und ah...auch oft so ein Thema ist so: Reduzierung im
627 Krankenhaus. Meistens ist es halt sehr viel Informat...ist ne Informationsflut im
628 Krankenhaus und ...ahm..da und da und da! ..und man muss auch sagen: ..es ist so, also
629 im Büro bei Nickl und Partner, versuchen die sehr stark zu ordnen und so: das hat auch
630 mit dem Deckenspiegel zu tun (I: mhm), dass nicht da da und da was sitzt oder das ist
631 eine Linie oder zum Beispiel halt ..ah welche Brandmelder, Lichter und welche Auslässe
632 ..oder so. Und es gibt aber immer wieder Beispiele wo hier der ganze Deckenspiegel voll
633 ist und so..und ah..und dann ist da noch ein Notausgang (?) und dann ist noch da was
634 und es ist halt alles, was Menschen irritieren kann. Und so (I: mhm) und dann. Das wäre
635 auch so ein Thema, was man ein bisschen stärker noch fokussieren könnte.

636 I: Mhm...und zu genau zu diesen Themen arbeiten sie auch zusammen mit
637 Farbspezialisten, Lichtspezialisten...ah oder

638 B5: Nee..ah..also ahh....wir jetzt hier an der Uni nicht. (I: mhm) Wir machen oft und ab
639 und zu mal – kommt auf das Semester darauf an – immer unterschiedliche Kooperationen
640 (I: mhm). Was wir aber zum Beispiel, jetzt im letzten Semester einmal gemacht haben,
641 was..wo wir gesagt haben, das bringt uns mehr und das bringt den Studenten mehr: ist
642 mit den Haustechnikern zusammen (I: mhm) arbeiten und mit den Statikern. Mit den
643 Statikern, da ist das große Thema eigentlich so flexibel wie möglich zu bauen, damit man
644 halt auch langfristig da von dem Gebäude was hat und nachrüsten kann (I: mhm) und
645 solche Sachen..und dass man einfach versucht ahm ganz einfache Konstruktionen zu
646 machen: ganz einfache Fassaden'' mit einfach meine ich jetzt nicht wirklich nur: ich habe
647 nen Vorhang und ich habe n Glas oder so, sondern dass man halt sagt: ich arbeite in

648 Modulen und kann sehr einfach damit dann nachher später auch umgehen oder so. Das
649 ist eine bei Statik und das andere bei der Haustechnik – dass man da einfach mit umgeht:
650 wie gehe ich mit Technik um, die ich eigentlich heute so stark im Krankenhaus (I: mhm)
651 auch habe ´ und da merkt man ja immer, dass die ahm Studenten eigentlich so denken:
652 ach, das machen die Haustechniker` und wir natürlich auch wissen: wenn das der
653 Haustechniker macht, dann haben wir nachher irgendwo halt diese Maschinen da drinnen
654 dann stehen.und ah, deshalb finden wir es immer sehr wichtig, mit diesen zwei
655 Parteien zu arbeiten´ ... und ah sprechen sehr früh auch immer schon: wo ist die Technik
656 ? (I: mhm) am Dach, oder Keller (I: super). Wie kommt man ran zum Beispiel? Ist es zu
657 laut zum Beispiel, wenn ich natürlich ein Klimagerät habe, im Erdgeschoss oder so, weiß
658 ich: und es geht nur im Erdgeschoss...da ist es laut, nicht. Da ist trotzdem isolierte Wände
659 und ich höre trotzdem ein Brummen oder so (I: mhm). ...Und ah, da ´s es natürlich auch
660 wieder so heilungsfördernd..ahm, dass wir so etwas schon frühzeitig erkennen, wenn
661 Technik irgendwie im Erdgeschoss ist oder am Menschen nah angesiedelt ist...und ah
662wo die Technik platziert ist, ist immer wieder großes Thema und so ...und ah...Platz
663 sparend, zentral, (I: mhm) keine langen ..ah Lüftungsführungen oder so was ..und
664 ah..nicht durch die Eingangshalle durch, zum Beispiel (I: mhm) uns solche Sachen, nicht?

665 I: Super (lachen). OK. Ich glaube, ich bin durch: Vielen Dank.

666 B5: Bitte!

Interview 6

- 1 I: Servus xxxxx, vielen Dank noch einmal, dass du mit mir das Interview machst!..Ah, das
2 Thema behandelt den Einfluss der Architektur auf die Gesundheitsförderung
3 beziehungsweise: wie kommt das Thema Gesundheitsförderung in die Planung eines
4 Krankenhauses....ah.....die Arbeit ist für meinen Abschluss an der medizinischen
5 Universität Graz: dem Master of Public Health´..und die Daten werden natürlich vertraulich
6 behandelt und aufgezeichnet. Ok...darf ich dich um ein paar kurze Angaben zu deiner
7 Person und deiner beruflichen Tätigkeit bitten!
- 8 B6: Name auch...Name brauchen wir nicht, nein (I: ja). Setzen wir voraus: ich bin
9 Diplomkrankenschwester seit 27 Jahren, das ist fast gruselig, aber es ist so. Ah, jo..bin
10 Mama von fünf Kindern ..mehr gibt es nicht (Lachen).
- 11 I: In welchen Bereichen hast du also Diplomkrankenschwester gearbeitet?
- 12 B6: In welchen Bereichen? Eigentlich immer im operativen Bereich – das heißt, in
13 operativen Fächer, nein eigentlich nicht – ich war kurzfristig auch im Pflegeheim! Ahm
14 immer im Akutbereich eigentlich. Außer dieses dreiviertel Jahr im Pflegeheim, und ein
15 dreiviertel Jahr auf der Wachkoma war ich eigentlich immer im ..ja..immer im Akutbereich
16 (I: ok´). Also im Krankenhaus, Station, Ambulanz.
- 17 I: Ok. ..gut....dann gleich einmal zum Thema Gesundheitsförderung: was verstehst du
18 unter dem Begriff der Gesundheitsförderung – jetzt persönlich – und was würdest du
19 damit verstehen in Bezug auf das Krankenhaus?
- 20 B6: Na Gesundheitsförderung hat für mich jetzt eher den oder so momentan klingt an:
21 Gesundheitsförderung – was Mitarbeiter angeht – weil da eigentlich viele Arbei, es gibt
22 immer wieder viele Arbeitsgruppen, die das Thema behandeln, und ..ah...dann setzt man
23 auch sehr viel Hoffnung in diese Arbeitsgruppen und es ist aber so, dass diese
24 Arbeitsgruppen dann ihre Arbeit machen und dann stockt das aber immer dort. Also ich
25 war vor ich weiß es nicht, zwei Jahren, in so einer Arbeitsgruppe, wo´s eben um diese
26 Thematik gegangen ist: was braucht man als Pflegeperson auf der Station, dass es ein
27 bisschen, oder dass es ahm....wie soll ich jetzt sagen...dass es arbeitswerter wird´ und es
28 ist genau gar nichts umgesetzt worden von dem mit tausend Begründungen von:
29 zu..ah..ah..also nicht notwendig, nicht..weiß ich nicht..durchführbar, nicht finanzierbar..und
30 so weiter – wobei das eigentlich in unserer Arbeitsgruppe eh auch so behandelt wurde: ist
31 es realisierbar!...Ah,...es ist genau gar nichts von dem, wenn ich jetzt darüber nachdenke:
32 es ist wirklich gar kein einziger Punkt, der so ah..es ist nicht erfüllt worden von dem
33 Ganzen...(Lärm)..lustiger Weise...Ahm Gesundheitsförderung für den Patienten?
34 ...Wären..auch, eigentlich geringer Aufwand: Aufenthaltsräume,
35 Gesprächs...ah...Räume, wo man Gespräche führen kann, wir haben nicht einmal das.
36 Wir haben keine – bei uns werden Diagnosen am Bett gestellt, wo drei andere zuhören –
37 also wirklich schlimme Diagnosen.Ahm ...wenn wenn es gäbe, gibt es vielleicht in
38 manchen Häusern – Raum für Gespräche gibt es kaum, oder Gesundheitsförderung vom
39 Patienten: den als Patient wahrnehmen und nicht als ah Diagnose wahrnehmen. Was ja,
40 was ja – ja, was leider wirklich nicht so funktioniert. Zumindest bei uns nicht. Also ich hab,
41 denke jetzt darüber nach, ob das irgendwie, auf irgend einer Station so funktioniert hat´
42wenig eigentlich, weil sich Ärzte sehr wenig damit auseinandersetzen, was den
43 Patienten – wenig, ganz wenige Ärzte eigentlich: was den Patienten gut tun würde. Was
44 wir als Pflegeperson – wir stehen ja dazwischen ´ ...wir sind ja dann irgendwie auch

45 Vermittler bei Visiten, die ja das nicht verstehen, was die da im Vorbeirennen sagen, wir
46 dann dem Arzt nachtelefonieren: er soll das bitte jetzt klären! Das passiert aber nicht, weil
47 das ist lästig, das wird auch so mitgeteilt, dass das lästig ist'...ah...wir sind ja dann so
48 blöd und verträsten Patienten, weil sie jetzt diese wichtigen Ärzte im OP sind, dann...was
49 ja eigentlich eh nicht so oft ist....ahmja....Gesundheitsförderung hat ganz wenig, ganz
50 wenig Raum im Krankenhaus. Theoretisch ja, aber praktisch gar nicht eigentlich (I: mhm).
51 Ja

52 I: Welche Themen wurden behandelt? Für die Mitarbeiter jetzt, also worum ging es jetzt
53 im Konkreten?

54 B6: Ah, bei uns ist es gegangen um bauliche Maßnahmen lustiger Weise' ..ah..wir haben
55 zum Beispiel einen offenen Stützpunkt. Ah, wir machen auf dem Stützpunkt auch
56 Dienstübergaben, wo ich auch denke: vom Datenschutz her katastrophal, weil wir so
57 einen a..Raum haben, der ah nicht einsichtig ist – wer jetzt sich diesem Stützpunkt
58 nähert'- das heißt, da kann jetzt wer um die Ecke stehen und hört genau alles – also es
59 sind Dinge, die eigentlich für mich gar nicht gehen! ..Ah, auch den Aufenthaltsraum fürs
60 Pflegepersonal, der ist relativ außerhalb' also der ist gleich am Anfang von der Station.
61 Ich habe überhaupt keine Einsicht, wenn ich in dem Aufenthaltsraum bin: wo jetzt – also
62 ich habe auch kein Ohr dafür – wie er so abgelegen ist, wo jetzt was passiert! ..Ah, das ist
63 im Nachtdienst auch so, dass wir im Stationszimmer sitzen, da sind zwei
64 Schreibtischsessel und die Nacht ist halt lange..also..mm ich kann mir auch keinen Kaffee
65 machen im Nachtdienst, weil ich nicht den Aufenthaltsraum aufsuche – also ganz wenig
66 bauliche Maßnahmen: wir hätten gerne ein Zimmer dem Primar weggenommen – hätten
67 wir gerne gehabt, war natürlich nicht so..ah...ja, das sind so ganz wenig Dinge die eig.-wo
68 wir als wenig Dinge haben, die wir jetzt machen kann: auch die ..ah..Gesundheits..oder
69 was damals auch Thema war: a auch dieses Respektieren von – oder ah wir haben
70 damals noch alleine Nachtdienst gehabt. Auch dieses Durchbringen eines zweiten
71 Nachtdienstes auch von von von..du hast 26 chirurgische Leute, die einfach frisch operiert
72 sind - und nicht das Wahrnehmen von der Pflegedirektion her, dass das einfach ein ganz
73 ein emotional anstrengende Tätigkeit ist, die man im Nachtdienst hat. Dass du einfach
74 alleine verantwortlich bist für 26 Patienten und wenn's dann einen Notfall hast, dann
75 eigentlich alleine bist. Und das wird bis dato eigentlich als sehr – also es wird nicht
76 diskutiert mit uns, es wird abgetan als nicht notwendig und so: von wegen..ah..wie wir
77 vorher schon gesprochen haben: früher hat's das auch nicht gegeben. Das wird sehr sehr
78 oft gebracht, dieses Argument und: das ist heute eh alles so viel besser..und ich kann da
79 jetzt mitreden, weil ich ja eben auch früher schon gearbeitet habe...Ah, ja. War das
80 Haupt, das Hauptding war eigentlich bauliche Maßnahmen. Was halt manches wirklich
81 sehr - oder auch diese engen Duschen, was es gibt. Wo du kaum die Duschwand
82 aufmachen kannst und mit dem Rollstuhl reinfährst – da musst du schon irgendwie
83 akrobatische Übungen verbringen, dass dann irgendwie – also, sehr abenteuerlich, wo's
84 so wenig wäre eigentlich. ..Was so wenig, so wenig ..oder so gut machbar wäre und so
85 viel geholfen wäre – oder oder keine Ahnung: Spülen, die ..auf einem Ort auf der Station
86 sind..und ich dann mit dem ganzen Ding den ganzen Gang renn. ..Des ist irgendwie ..also
87 das kann man sehr leicht verändern, ist aber offensichtlich ..ja..wird das nicht so – wird
88 das nicht so gesehen, von den lie..von den Leuten, die es halt entscheiden. Bei uns
89 zumindest.

90 I: Wer war da drinnen in der Arbeitsgruppe?

91 B6: Ach...wir waren – also Kollegen von, wie, also wir haben das von von von also das
92 wurde gemacht im im auf Grund eines einer Mitarbeiterbefragung – und wir haben das
93 also chirurgische chirurgische Stationen, wir waren – also wir sind zwei chirurgische
94 Stationen – von jeder Station waren drei Leute. Das ist aber mit allen anderen Stationen
95 auch gemacht worden, das heißt, das haben die Internisten gemacht, das haben ..aber es
96 war das Pflegepersonal, das gefragt wurde (I: ok)..und ah also von von ..es war aber auch
97 die Mitarbeiterbefragung vom Pflegepersonal, auf Grund von dem, also wo das dann
98 gemacht worden ist.

99 I: Und die Ergebnisse sind wo hingekommen?

100 B6: Das ist eine gute Frage. (Lachen). (I: Ok). Ja. (I: Ok)

101 I: Das heißt: direkt mit jemanden, der so etwas macht wie Betriebsorganisationsplanung
102 ..(B6: nein) oder Architekten (B6: so weit kommen wir nicht)..oder (B6: nein).

103 B6: Nein. Dieses Ergebnis ist der Pflegedirektion vorgelegt worden und primär hat die
104 Pflegedirektorin damals schon gesagt: das ist nicht machbar, abg. – geht nicht. ...(I:
105 ok)...also das ist, meines..oder ich habe jetzt auch nicht die Information, ob das
106 tatsächlicher Weise weiter gegangen ist, oder ob das jetzt in der Pflegedirektion
107 hängengeblieben ist (I: mhm), quasi also durchgeführt und erledigt (I: mhm, ok). Das kann
108 ich nicht sagen, das weiß ich nicht. Es ist..das ist jetzt..also zwei Jahre her – sicher schon
109 her – aber es ist nichts davon passiert. Es war zwar die Information, dass das dem
110 Pflege...ahm..also dem dem den Direktor Maurer vorgelegt wurde, aber, ob das jemals
111 dort aufge..weiß ich nicht.

112 I: Ok...das heißt, dass in dieser Beteiligung von den Nutzern immer so
113 Ausscheidungsebenen gibt von denen man nie weiß (B6: genau) auf welchen Kriterien
114 dass die (B6: genau) also ob das eine persönliche Ebene ist (B6: genau) oder eine (B6:
115 das können wir nicht nachvollziehen) – genau. (B6: warum) Und wo das hängen bleibt,
116 und und und (B6: na) wer quasi die die ah ..Ergebnisse in welcher Form entweder weiter
117 getragen oder zum Ausschluss gebracht hat, das wird nicht (B6: nein) mehr transparent..

118 B6: Also es hat eine auswertige Firma gemacht, das Ganze (I: mhm). ..ah diese
119 Befragung und dieses Jahr arbeiten aber..die ..das wurde so weit wissen wir das noch,
120 dass das dann eben der Frau Direktor Poltermüller vorgelegt wurde (I: mhm) und sie dann
121 eben im Vorfeld schon viele Dinge als nicht durchführbar und nicht notwendig erachtet hat
122 und somit, ja.....für uns war dann die Frage: warum setzt man sich hin und macht es, wir
123 haben sich auch was überlegt dabei. Aber..ok. Wie..ich glaube auch, also wie..also das ist
124 jetzt meine persönliche Meinung: ich denke auch, dass das dann für diese Führungsetage
125 quasi als erledigt ah ah ah das war erledigt, punkt. Somit erledigt.

126 I: Der partizipative (B6: genau) Prozess (B6: genau) ist abgeschlossen (B6: genau,
127 genau, genau). In der Durchführung abgeschlossen (B6: genau).

128 B6: Ja, genau. Also so hat man den Eindruck. Das passiert leider eh mit vielen so
129 Geschichten (I: ja) denke ich.

130 I: Ja vor allem ist es nicht transparent (B6: genau). Also wie auch immer, wie auch immer
131 jetzt die Entscheidungsfindung war – sie ist auf jeden Fall nicht transparent.

132 B6: Nein, ist es nicht. Und ich habe letztens erst in einem Gespräch mit meiner Chefin
133 gesagt, die gesagt hat, sie würde so gern ah eben einmal mit einem Architekten sich
134 zusammensetzen – gerade in dieser, in dieser Planung, ah und das ist aber nicht möglich
135 (I: mhm). Weil das ganz a quasi andere Ebene, da haben wir in der Pflege eigentlich dann
136 nichts dazu zu sagen.

137 I: Ja, ja. Wobei das bei Architekten, die das ernst nehmen sehr wohl gewünscht ist (B6:
138 genau). Weil die Pflege ja die meisten (B6: ja) Informationen einfach auch hat, weil sie die
139 Anlaufstelle ist

140 B6: Also ich kenn das schon und ich weiß jetzt nicht mehr genau in welchem Haus das
141 war, dass wir..as st..ah doch..es war in ..wo ich in der Klinik in Innsbruck gearbeitet habe,
142 da haben wir eine neue Station, also da wurde unsere Station umgesiedelt in eine neue
143 Station, und ich weiß, dass dazumal meine Chefin und auch der Chef von der
144 Nachbarstation ..ah..doch öfters dort waren und gesagt haben: wir hätten das gerne da
145 und das gerne da – also ich weiß, dass es auch anders funktioniert (I: mhm) – oder so
146 funktioniert...das aber dann auch – wirklich auch umgesetzt worden ist (I: ja). Von der,
147 vom Praktischen her, vom Ablauf her.

148 I: Also von der, von der PVA in Bad Tatzmannsdorf weiß ich, dass die Pflegedienstleitung,
149 ist natürlich ein anderes Krankenhaus oder ein anderes Umfeld – dass die
150 Pflegedienstleitung extrem engagiert (B6: mhm) mit den Architekten (B6: mhm) im (B6:
151 genau) Planungsteam (B6: ja) ahh involviert war und versucht hat, die Interessen wirklich,
152 des Pflegepersonals (B6: eben) zu vertreten.

153 B6: Ich kenne das auch so.

154 I: Sehr adäquat zu vertreten (B6: mhm). Also das war eher ...vorbildhaft.

155 B6: Also es gibt's (I: ja) tatsächlich (I: tatsächlich). Es gibt's, ja.

156 I: Und die Architekten wissen auch um ah – meiner Meinung nach wissen die Architekten
157 sehr wohl um die Expertenrolle (B6: ja) der Pflegenden.

158 B6: Das glaube ich auch (I: ja). Weil weil das ist ja auch ..a das ist ja auch logisch. Im
159 Grunde genommen: wer weiß besser, also wie diejenigen, die es praktizieren. Das wäre
160 ja auch eine eine normale Denkweise im Grunde genommen, nicht! (I: genau). Ich stell die
161 Frage jetzt des Architekten jetzt nicht...ich stell das überhaupt nicht in Frage (Lachen) –
162 aber ich kann's nicht, ich kann's nicht planen, ich kann nur sagen, wie wie wie was
163 praktisch wäre, aber – ja. Ja.

164 I: Genau. Ok...ahm...wenn, wenn du über Gesundheitsförderung im Krankenhaus
165 nachdenkst, wo..weißt du, in welchen organisatorischen Bereichen die Themen
166 angesiedelt sind?...Wer sich da um das Thema annimmt? Jetzt auch, wenn's um
167 betriebliche Gesundheitsförderung geht oder ..

168 B6: Wer nimmt sich ums Thema an? Im Grunde genommen ist es ist es ahh, glaube ich
169 glaube ich – geht's aus von unserer Pflegedienstleitung, die das dann aber, also
170 weitergibt an die an die Stationsleitungen...ahm...gerade so diese Thematik, was wir da –
171 wo man diesen Arbeitskreis da gehabt haben, das war die Stationsleitung, die dann uns
172 von Station, also die dann diese Pflegepersonen, die das gemacht haben...ah.....aber

173 Gesundheitsförderung ist halt irgendwie so ein ein Begriff, den gibt's im Krankenhaus,
174 aber praktiziert in dem Sinn...

175 I: Weißt du, ist das Krankenhaus Eisenstadt Teil des Netzwerkes Gesundheitsfördernder
176 Krankenhäuser?

177 B6: Ich bilde mir das ein, dass es das ist. Das war ganz großes Thema, aber – des kann
178 ich dir jetzt nicht sicher sagen (I: genau, ja).

179 I: Weil dann würde ja das Thema eine organisatorische Verankerung haben – in welchem
180 Bereich auch immer. Eventuell im Qualitätsmanagement und würde eigentlich bei jeder
181 Fragestellung, die die das Krankenhaus betrifft, ob es jetzt medizinisch, logistisch,
182 pflegerisch ist

183 B6: Des kann ich..des weiß ich nicht genau. Das kann ich dir nicht sagen. Des (I: relevant
184 werden), ja.

185 I: Also wie es dann in der Praxis ausschaut oder nicht...aber es wäre auf jeden Fall
186 organisatorisch verankert.....Ok.....(Blättern). ..Ein bisschen haben wir es eh schon
187 angesprochen: Weißt..ah..aber noch einmal vielleicht: Was ist dem Patienten aus deiner
188 Erfahrung nach am wichtigsten?....Jetzt abgesehen, dass er die best mögliche
189 medizinische Versorgung erhält'...aber was seinen Aufenthalt im Krankenhaus, seinen
190 Genesungsprozess, sein (B6: das ganz ganz) Wohlbefinden..

191 B6: Das aller aller Wichtigste ist aber..auch für mich..glaube ich: wie wird jemand
192 empfangen. Das ist so das ganz ahm ganz ganz ganz wichtige, weil weil – aber das ist
193 auch ganz logisch, weil wenn du jetzt ah auf Grund von einer logischer Weise Krankheit
194 im Krankenhaus bist und dann ist das ja eh eigentlich schlimm – egal wie banal, oder wie
195 wie wie wie ahm ... gut therapierbar das ist – was man hat. Man gibt ja so ein bisschen
196 Eigenkontrolle ab. Man man ist fremdbestimmt. Du gehst in ein Krankenhaus und dann ist
197 das ...ah...man man ..man ist in einem Zimmer mit versch..mit fremden Menschen, man
198 muss dort schlafen – das ist ..und das um und auf für mich ist trotzdem immer: wie
199 empfängt man die, man man ..das um und auf für die ist, dass man sich vorstellt
200 eigentlich. Was so oft untergeht...aber es es fängt so viel ab und man ..von diesem ersten
201 Gespräch hängt sehr viel ab. Auch das Wohlbefinden von dem..dass sie wissen, sie
202 haben einen Ansprechpartner....und ah...man findet sie, oder die Patienten finden sich
203 relativ schnell zurecht' ..aber es ist ganz witzig, irgendwie hat man eine eigene Beziehung
204 zu jemanden, den man als erste Pflegeperson aufnimmt. Ah..man ist, man bleibt trotzdem
205 Ansprechpartner für sie....und ah ah..ihnen ihnen die – den Ablauf zu erklären: ihnen
206 sagen was pas..was wird passieren, wie wie geht's weiter, wann is d..wann ist der der
207 mit..der nächste Termin, wann ist OP-Termin, was wird..was wird am OP-Tag sein oder
208 oder diese ganz banalen Sachen eigentlich...Wann sind Essenszeiten..oder oder oder
209 keine Ahnung, wo kriege ich Wäsche her oder oder ah was, wie funktioniert die
210 Rufglocke. So ganz ganz ganz banale Dinge eigentlich....Ah, ist das ..dass sich jemand
211 jemand so gut es geht wohl fühlt. Das ist auch das, was ma, was ma immer wieder – oder
212 was die Leute auch immer wieder sagen, die Heim gehen: dass das das um und auf
213 war..(I: mhm) ..eigentlich.

214 I: Ok. Spielt da der Raum eine Rolle? Oder ist das dann schon wieder ..

215 B6: Der Raum gar nicht so. Der Raum – ich meine heut zu Tage hat man eigentlich eh
216 kleinere Zimmer. Früher waren ja das riesen Säle, nicht. Anfangs, anfangs meiner
217 Arbeitszeit (18:00) waren ja, als Schülerin waren da 14 Leute in einem riesen
218 Saal...ah...was für ..es ist auch ganz unterschiedlich was für was für manche ganz lustig
219 ist, ist ein bisschen ein bisschen Internatsstimmung dann, diese Vierbettzimmer´.ah..ich
220 weiß gar nicht, ob Vierbettzimmer oder Zweibettzimmer besser sind, weil zu zweit bist du
221 quasi so abhängig von dem Zweiten, das muss so harmonieren – bei Vierbettzimmer ist
222 das dann schon wieder ein bisschen leichter, weil man organisiert sich anders....wichtig
223 ist, dass ...aber das ist heute eh Standard, dass sie, dass Dusche und WC im Zimmer
224 sind. Aber wie gesagt, das ist heute Standard, das hat man heute sowieso, ahm.....ja,
225 diese ganz alten ah ah, Krankenhäuser sind halt ..ja..ja..gibts halt auch kaum mehr, es
226 wird eigentlich eh schon sehr viel umgebaut und sehr viel renoviert´.... was ganz ein
227 ah...ein ein weil jetzt die EM war..wichtiger Punkt ist bei uns in dem Zimmer gibt es einen
228 Fernseher für vier Patienten: das geht gar nicht. Das ist für ganz viele ganz schlimm
229 gewesen. Also weil weil also auf der auf der Nachbarstation, das ist eine neuere, neu
230 renovierte Station, die haben einen an an Monitor beim beim Bett. Das finde ich
231 super, weil die haben da alle Kopfhörer dazu – wunderbar, wie ´st im Flugzeug halt auch
232 hast´..das ist heute fast a a Standard. Aber der Raum an und für sich ist, glaube ich, gar
233 nicht so das Wesentliche (I: mhm). Also nicht wirklich. Es ist so dieser Empfang das
234 Wesentliche.

235 I: Dass sie vielleicht auch wissen, wo sie hin müssen? (B6: genau). Weil das ist ja oft ein..

236 B6: Natürlich. Auch den den Ablauf, zu sagen: ah des, was ist wo? Was passiert wann,
237 wo gehe ich hin, oder oder auch auch es is eh es ist eigentlich eh gut organisiert, dass sie
238 wohin gebracht werden. Auch diese Angst, ich muss jetzt alleine , das Haus ist so groß
239 und so verwinkelt – und da verrenne ich mich und kann ich dann jemand in Anspruch
240 nehmen, der mich da hin bringt? Also diese diese Information was ich am An..., was sie
241 was sie kriegen..ist eigentlich das um und auf.

242 I: Und die kommen schon immer alle richtig an? (B6: nein) Weil das ist ja in vielen
243 Krankenhäusern (B6:nein) auch einmal ein Irrspiel. Bis sie einmal dort sind.

244 B6: Aber das ist ja dann – das das stimmt aber das ist halt dann auch der Umgang, den
245 man mit den Leuten hat. Wenn vor mir jemand steht, der nicht zu mir gehört´...oder weil
246 er halt sich vergangen ist, und das passiert mir – weiß ich nicht – 70.000 Mal in meinem
247 Leben, dass ich in die falsche Richtung gehe, ahm...(Lachen)...in vielen Belangen...der
248 Umgang mit den Leuten ist trotzdem das um und auf..ich meine, Eisenstadt ist extrem
249 schlecht beschildert. Da gibt es Haus A, B C D und du stehst in der Mitte zwischen Haus
250 C und D und weißt jetzt aber nicht und und der Lift ist eigentlich im Haus was weiß ich
251 A..und es ist sehr sehr schlecht...die Beschilderung ist auch sehr wichtig. (I: mhm). Und
252 das ist bei uns sehr schlecht gemacht. (I: mhm) Also dieses Leitsystem, was ja in vielen
253 Häusern mit Farben gibt und so weiter,..

254 I: Da gibt es eigene Spezialisten, die das machen.

255 B6: Aber die in Eisenstadt waren schlecht. (I: ja). Das muss ich sagen ist ganz ganz
256 schlecht beschildert (I:mhm). Dass du im Lift und eigentlich mit dem anderen Lift fahren
257 musst und dann die Achtzigjährigen, die sind hoch überfordert damit (I: ja). Es ist teilweise
258 aber viel zu kompliziert gemacht (I: mhm). Wirklich viel zu kompliziert. Und Eisenstadt ist

259 ja immer wieder dazugestückelt und dazugebaut – also das wäre schon ganz gut, wenn
260 man das ein bisschen einfacher machen würde. Ich meine nicht, (I: ja) jeder..oder: du
261 gehst in das Spital, du bist überfordert mit der Situation, teilweise sind's auch Akut-
262 Einlieferungen und dann stehst du da und weißt nicht – und ich muss jetzt auch jedesmal
263 schau wenn ich wenn ich mir überlege dass jetzt, das ist jetzt Ebene 0 und dann ist es
264 Ebene weiß ich nicht was – aber eigentlich ist es der 2. Stock, aber es ist Ebene 3 – und
265 ganz aa eigenartige Geschichten sind da momentan – also bei uns ganz ganz großes
266 Thema. (I: mhm). Dieses ah – nicht hinzufinden, wo man hingehört.

267 I: Ja. Na Orientierung ist ein wichtiger Punkt. Ja. Für die Sicherheit im Krankenhaus.
268 Ok.....gut. Also du hast schon gesagt, dass ahm...ihr sehr wohl das Thema Architektur
269 im Krankenhaus behandelt habt. Hats noch andere ah Erfahrungen aus deiner beruflichen
270 Laufbahn gehabt, wo Architektur in einem Projekt ein Thema war? Oder wo du das
271 beobachten hast können?

272 B6: Ja Architektur ist immer so – dieses dieses Erste, des ist irgendwie das, was was ah
273 für uns immer oder ich kann jetzt nur von mir reden, ah der Eindruck ist: gut, das ist der
274 Architekt, der macht das....und ah...somit ist das geplant ´ ..und das ist gut so wie das
275 geplant ist. Also..ja. Das ist jetzt da´..und das Haus steht jetzt da und da gibt's eh diese
276 diese Geschichten, die man eh alle wissen, von dem AKH in Wien, dass die Türen zu
277 wenig breit waren – oder in Lift..also im Grunde genommen, natürlich ist es Thema bei
278 uns, aber das ist dann eigentlich, dass man sich ein bisschen lustig macht drüber: wie
279 kann man a Lifthalle in irgendeinem Krankenhaus in Tirol wurde die Lift a a die Treppe
280 vergessen. Da war der Lift und da war die Treppe v v...da fragt man sich dann: wie kann
281 das passieren? Weiß ich nicht, es passiert alles, es wird passieren können - offensichtlich,
282 aber Architektur in unserem Beruf hat eigentlich wenig, wenig – weil ich meine weil wir
283 nicht direkt betroffen sind, weil man uns auch nicht fragt: wir zwar das oft diskutieren: wie
284 kann man das als Architekt nicht sehen. Wir vergessen ja dann immer wieder, dass die
285 mit unserer Arbeit überhaupt nichts zu tun haben, und das einfach auch nicht sehen
286 können, weil sie nicht, weil sie nicht im Krankenhaus arbeiten – was ich persönlich sehr
287 schade finde, weil ich denke, ahm, das könnte man verbinden (I: genau). Ahm da..s kann
288 man gut verbinden und auch – wenn vielleicht die Architekten das nicht so nicht nicht so
289 architekthisch sehen würden, sondern vielleicht ein bisschen logischer sehen würden. Weil
290 manches Mal hat man den Eindruck es ist so ..in ihrer Architektur gefangen, aber nicht im
291 Leben (I: mhm). Also das ist so, das klingt eh alles wunderbar und es ist fantastisch, was
292 man alles planen und herstellen und und weiß ich nicht: bauen kann, aber manches ist so
293 fantastisch, dass schon so unpraktisch ist, also...ja.

294 I: Mhm. Naja, de...die Prozesse dahinter halt, die Arbeitsprozesse sind ja ganz wichtig.
295 (B6: genau). Und wenn man die eigentlich nicht (B6: genau) wirklich. (B6: die kann man
296 nicht wissen) aus der Routine intus hat, dann ist...

297 B6: ja

298 I:...passiert da manchmal auch wirklich a ..vom (B6: man kann's ja nicht wissen) Ablauf
299 her (B6: das ist klar, nicht) genau. Viele sind ja dann auch Kompromisse, weil es sich
300 raummäßig nicht ausgeht ...anders...also im

301 B6: A ein Kompromiss kann gut sein

302 I: In der ..im Platzsparen, oder es liegt halt einfach daran, dass es nicht ah,...perfekt
303 umgesetzt wurde, nicht.

304 B6: Genau. (I: ja). Aber – Kompromisse müssen wir alle immer schließen, (I: genau) und
305 das ist auch in Architektur, denke ich auch ganz, ganz ok. Aber man muss einen guten
306 Kompromiss finden oder man kann ja manches auch

307 I: Genau, man kann ja auch mal erfragen..

308 B6: Mit so wenig Aufwand kann man so viel machen, nicht. Weil wir, wir suchen immer
309 vorher – oder mit dieser mit dieser Arbeitsgruppe von einem geschlossenen Stützpunkt:
310 da brauchst nur eine Glaswand und eine Tür! Fertig. (I: mhm) Und das ist jetzt nicht dieser
311 auch nicht bauliche Aufwand. Ich muss da weder was niederreißen, noch muss ich ne..ich
312 brauche nur nur simpel ..aber das ist ...ja..es...ü.übersteigt meine Vorstellungskraft
313 glaube ich ..das das vielleicht für Architekten zu kompliziert ist...nein, es scheitert an
314 anderer..

315 I: Tatsächlich, tatsächlich sind ja viele Entscheidungsprozesse..die dann das Ergebnis
316 (B6: genau) bringen und der Architekt tritt ja oft erst relativ spät ein in den Prozess, weil ja
317 die Organisationsplaner und die Betriebsorganisationsplaner zusammen mit den
318 medizinischen Personal oder Verwaltungspersonal dieses Raumprogramm macht dann
319 (B6: genau. Verwaltungspersonal, genau)..entsteht (B6: genau) schon einmal eine
320 ziemliche Grundlage da an die sich die Architekten halten müssen....und ...dann sind sie
321 halt schlussendlich für viele Fehler gar nicht verantwortlich.

322 B6: Das stimmt eh, das wiss...das sehen ja wir nicht, weil wir sehen ja dann oder für uns
323 ist ja das immer noch: der Architekt hat das jetzt geplant und der Architekt ist quasi das
324 ..derjenige, der dann schuld ist, wenn was nicht so ist, wie wir es gerne hätten. (I: ah, das
325 weiß er eh..) tausende..tausend andere dafür verantwortlich sind.. das ist ja was, was wir

326 I: Na, das kriegt man eigentlich (B6: gar nicht wissen) nicht ...es wird ja diese
327 Vorplanungsphase vor dem Architekturwettbewerb wird ja kaum

328 B6: Ja, das ist ja für uns (I: wird ja kaum mitgeteilt)..Schlagwort Krankenhaus Oberwart!
329 Wir als als Laien oder als als Mitarbeiter von dem von der von dem ganzen
330 Gesundheitswesen machen uns halt lustig, dass diese Planung in Oberwart weiß ich nicht
331 wie viel Geld verschlungen hat – aber ich glaube, wir kennen die Hintergründe alle nicht,
332 also ...irgendwie – ja. Aber das ist ganz lustig, wir wir sind halt immer dann diejenigen, die
333 sich halt eben lustig machen, wenn die Türen zu wenig breit sind und dass man ein Bett
334 durchbringt (I: das wäre eine einfache) genau (Frage gewesen) (lachen)..genau, eben.

335 I: Grundsätzlich, ja. O kWas ahm..bräuchte der Architekt für ein Wissen, was das
336 Krankenhaus betrifft? Weil das Krankenhaus an sich im Ganzen... ah, ist ja ein riesen
337 Komplex....und...

338 B6: Ich glaube, ein Architekt müsste einmal einen Tag im Krankenhaus verbringen (I:
339 mhm, ja, wahrscheinlich zu wenig)..ich glaub ein Architekt wäre ...ja, ich fände das eine
340 gute Vorstellung, wenn jemand, der ein Krankenhaus plant, oder eine Station plant oder
341 was auch immer..ahm, sich darauf einlasst und einmal – weiß ich nicht, einen Tag oder
342 eine Woche dort verbringt, und und mit den Mitarbeitern Wege mitgeht. (I: mhm). Also das
343 ist was, was ich – wo ich glaube ich ganz sinnvoll wäre. Also ich glaube, das gibt's zwar

344 nicht, dass das so ist, aber vielleicht wäre es sinnvoll ...ahm... ich glaube bereichernd (I:
345 ja, ja) für für für alle´...ahm....dass man sich´s einmal, also dass man sich den Ablauf
346 anschaut. Wie wie wie wie passiert, weil ..oder was was mach ich als erstes, wie ist der
347 erste Weg in der Früh? Was was was macht man, nicht. Ich glaube das kann sich
348 ..aus..genau so wenig wie wir uns vorstellen können, was ein Architekt macht, wissen
349 Architekten nicht, was wir machen (I: mhm)..und auch ...jetzt nicht nur Pflegepersonal –
350 auch mit den ganzen ...ahm...Angestellten, die Patienten zu..von einem Ort zum anderen
351 bringen, was teilweise – oder wir haben zu Beispiel in Eisenstadt ganz ganz eine simples
352 Beispiel:..in der Lifthalle so eine Rille drinnen im Boden, wo die zwei Häuser
353 zusammengebaut worden sind. Und das ist ganz für Patienten, da drüber zu fahren. Im
354 Bett. (I: mhm). Das ist ganz schlimm. Und wenn´st es wirklich eilig hast, dann fährst du da
355 drüber, mit einer doch nicht ganz sanften..und das ist für frisch Operierte fürchterlich (I:
356 mhm) – ganz furchtbar.

357 I: So Kleinigkeiten.

358 B6: Ganz, eben, das sind ..oder bei uns auf der Station ist das an zwei Stellen..ah..wo
359 ganz schlimm sind für Leute, die wirklich frisch operiert sind – und du rumpelst da drüber´
360 : das tut ihnen weh.(I: mhm). Oder wenn ich Leute von der Intensiv hole, muss ich da
361 drüber (I: mhm)..und das ist so, dass ich man man i..wir wissen es zwar, wenn´s jetzt
362 geschwind gehen muss – dann fährst du einfach drüber: das tut einem Patienten, der da
363 drinnen liegt, weh (I: mhm). Ganz eine simple a a Geschichte (I: mhm). Und ah..wird ein
364 Architekt und wird sich nichts dabei gedacht haben, dass das halt so – das weiß ich nicht,
365 warum auch immer, das ..da drinnen ist. Aber vielleicht auch nicht der Architekt, die
366 ausführenden. Arbeiter nicht so gemacht haben, wie es geplant war. (I: ja ja). Keine
367 Ahnung, Weiß ich nicht. Aber das sind so ganz ganz viele Kleinigkeiten – aber wenn der
368 jetzt an an ganzen Tag da mit..geht..dann wird er das nie wieder so machen. (I: mhm).

369 I: Dann wird er zumindest darauf achtgeben (B6: genau), dass das nicht passiert.

370 B6: Dass das nicht passiert, genau. Aber das sind so..wirklich. Kleinigkeiten eigentlich (I:
371 ja). Oder oder weiß ich nicht: .. in Spülen, wo du nicht mit einem mit einem Sessel
372 reinkannst, mit diesen Leibstühlen reinfahren kannst. Weil das zu eng ist. Wenn das,
373 wenn ich da einmal gemacht habe, weiß ich, dass ich da genau 20 cm mehr Platz
374 brauche – das ist die Breite von dem. Also es (I: ja, ja) sind so ganz ganz ganz

375 I: Eigentlich ganz banale Dinge.

376 B6: Ganz banale Dinge. Ja, für alles andere hab ich erstens einmal keinen Kopf und
377 zweitens einmal ist es nicht meine Aufgabe für was weiß ich, keine Ahnung, was weiß ich:
378 Raumhöhen und sonstige ah bauliche Dinge, das macht eh ein Architekt so, dass es
379 passt (I: mhm)´ aber diese Kleinigkeiten sind es, die es ausmachen eigentlich.

380 I: Aber da geht´s ja schon fast um grundlegende Dinge, weil Gesundheitsförderung ist ja
381 dann noch einmal irgendwie so ein I-Tüpfel darauf (B6: genau): eben Farbgestaltung,
382 und ob (B6: genau) es nicht angenehm Raumkli..also (B6: genau) Raumklima schon auch
383 sehr wichtig. Aber....Platz..

384 B6: Gesundheitsförderung...(I: ...problem, das das behi..das das einem am Arbeiten
385 hindert) genau (I: ist eigentlich – sollte eigentlich a a Standard sein) genau (I: eine

386 Standardlösung sein.) Wir haben die.. (I: da fangt ja Gesundheitsförderung nicht einmal
387 noch an). Nein gar nicht (I: eigentlich) gar net. Eben, das ist Standard – das das ist auch
388 was, was man glaube ich mit mit ganz ganz wenig, wenn man einfach nur weiß, worauf
389 man achten muss – machen kann. Das ist nicht einmal was, was ich jetzt a a wahnsinnig
390 aufwendig ist. Das ist einfach nur was, wenn ich weiß, worauf ich schau´n muss, dann
391 schaut man auch, weil das sind so die Dinge, die gehen ja unter.

392 I: Ja, das ist aber auch – ich finde das eine interessantes Thema, weil wo fängt
393 Gesundheitsförderung an – bei unseren hohen Standards – die wir mittlerweile schon
394 haben (B6: mhm) und wo sind die Standards aber sogar – werden sogar die gebrochen
395 und es wird schwieriger (B6: mhm) zum arbeiten (B6: genau). Das heißt, man beschäftigt
396 sich mit den I-Tüpfelchen und lässt aber dann im Grundlegenden schon aus (B6: mhm,
397 genau)..und und das ist natürlich a...da verliert dann die Gesundheitsförderung ein
398 bisschen die Berechtigung, wenn die Standards (B6: na absolut) bröseln (B6: ja, ja – na
399 absolut). Das ist für das Pflegepersonal dann irgendwie fast lächerlich, sich mit..ah (B6:
400 genau, und das das wird ja auch...).. ah sich mit Farbe zu beschäftigen (B6: na
401 absolut)..wenn sie jeden Tag Schwierigkeiten hat (B6: na absolut) ihre ihre Arbeiten..

402 B6: Wir beschäftigen uns dann auch nicht damit, weil (I: ja) Genau, genau, das ist ja auch
403 dann dass du sagst: na bitte, Entschuldigung! Das ist lächerlich (I: genau) das interessiert,
404 ob da grün oder (I: genau) oder oder oder gelb ist. (I: genau). Des ist mir wurscht. Aber
405 das gleiche ist einfach auch: wir haben – ah wir sind die letzte Station in dem Haus´..also
406 die unter´m Dach – und wir haben keine Klimaanlage (I: mhm). Gesundheitsförderung für
407 für Patienten ist ist, dass es unerträglich ist, für Patienten, die da drinnen liegen – in in in
408 teilweise Betten mit beheizten Matratzen, diese Wechseldruckmatratzen, und keine
409 Möglichkeit haben, dass es ihnen kühler wird...Ah, wir haben voriges Jahr dann eine
410 Visitation von der Pflegedirektorin gehabt, wo es aber nur darum gegangen ist, dass ..ah..
411 der Medikamentenraum zu heiß war bei dieser Hitze – es ist nicht um Patienten
412 gegangen, dass das vielleicht nicht erträglich ist, und schon gar nicht ums Personal, weil:
413 stellt euch einen Ventilator auf! War..

414 I: Aber für den Heilungs...prozess..ist es

415 B6: Ist eine Katastrophe..wir mussten ..a a Fliegengitter: Standard! Da haben wir gerauft –
416 zwei Jahre (I: mhm), dass das budgetär, dass das Budget dafür da ist, dass wir ein
417 Fliegengitter kriegen. Es sind Patienten von Wespen gestochen worden. ..A Katastrophe.
418 Weil, wir haben in der Nacht – also es waren die Wände dann ..da war die Farbe wurscht,
419 weil da waren nur mehr Fliegen ah Gelsen Abdrücke an den Wänden. Aber das sind so
420 Dinge, das ist auch Gesundheitsförderung. (I: auch das Aufrecht...erhalten). Dieses
421 dieses Wertschätzen oder Wahrnehmen von Bedürfnissen ..a von Bedürfnissen der
422 Mitarbeiter, die dort sind und auch natürlich Bedürfnisse vom Patienten, weil für die
423 Patienten war das unerträglich ..i...und jeder von uns kann sich das vorstellen: wenn ich
424 heute frisch operiert bin und mich eh nicht rühren kann..und dann liege ich in einem
425 Zimmer, das hat – weiß ich nicht – 35 Grad, Minimum. Das hat es, (I: mit Gelsen)
426 tatsächlich. Mit Gelsen, mitten in der Nacht, wenn du endlich die Fenster aufmachen
427 kannst, wirst du gefressen von den Viechern – ganz schlimm (I: mhm) ..und das sind
428 Dinge, das ist so das ist so...die unterste Ebene, was funktionieren, oder das am
429 einfachsten zu erfüllende und es scheitert aber schon da. Na geschweige denn, dann an
430 Gesundheitsförderung, wenn ich denke: wir haben einmal gehabt: rückschonendes

431 Arbeiten, oder weiß der Geier ..ah ah, Rücken – fit, irgendwie, wo halt dann deine
432 Wirbelsäule vermessen worden ist und dann dir gesagt worden ist: was weiß ich – wo’st
433 eine Krümmung drinnen hast und wo nicht! Na hurra, und was mache ich jetzt mit der
434 Information? Gar nichts. Das ist Gesundheitsförderung – oder das wird offensichtlich von
435 den Häusern also Gesundheitsförderung gesehen. Aber wirklich achtsam mit Mitarbeitern
436 umzugehen´..(I: Bedürfnisse wahrnehmen, ja)..das passiert ganz ganz selten.

437 I: Mhm. Das klingt ein bisschen nach Alibi-Aktion, nicht?

438 B6: Es ist..genau...und es ist auch, das ist auch so der Eindruck, oder so
439 dieser...ahm..dieser end..dieses..wenn man jetzt spricht, im Grunde genommen,
440 ja..sie..es es passiert halt, aber..es passiert bis zu einem gewissen Punkt und dann ist
441 das abgehakt und erledigt, aber das ist eben dieses Alibi: wir machen ja eh was damit (I:
442 mhm). Oder wir schauen auf die Mitarbeiter. ..und im Endeffekt hat man so den
443 Eindruck...: Nein, eigentlich nicht.

444 I: Was wäre den Mitarbeitern jetzt besonders wichtig, vor allem im Pflegebereich?

445 B6: Einem Mitarbeiter: Wertschätzung! ..ist einem Mitarbeiter wichtig. Wir sind eigentlich
446 eh sehr einfach gestrickt. Sehr sehr leicht zufrieden zu stellen..eh. Eigentlich nur
447 Wertschätzung, gar nicht mehr. Also es ist ..

448 I: Ich meine..die Wertschätzung implementiert eh sehr viel – würde ich meinen, weil
449 wenn..die Wertschätzung implementiert ja auch, dass man Bedürfnisse wahrnimmt´ das
450 man...(B6: ja) nicht nur Befragungen durchführt, (B6: genau) ohne sie ernst zu nehmen.

451 B6: Genau, das is eh...genau..dieses ernst genommen werden. Es ist es ist
452 wahrgenommen werden – es ist einfach wirklich nur Wertschätzung. Es ist – wir sind so
453 einfach strukturiert, oder wir haben so ein Helfersyndrom, alle, weil sonst hätten wir ja
454 nicht den Beruf – ahm, oder das ist so ein ein „running gag“ unter uns: ah..wennst uns nur
455 halbwegs gut behandelst, geben wir dir 150% (I: mhm). Das haben wir wahrscheinlich
456 alle, weil sonst – wie gesagt noch einmal: hätten wir nicht den Beruf. Aber wenn mit dem
457 so nicht-wertschätzend umgegangen wird, das ist halt irgendwo – und das ist auch der,
458 das ist glaube ich auch der Grund, ah dass viele mit meinem Alter oder dann älter einfach
459 wirklich ausgebrannt sind (I: mhm). Weil du kämpfst dann an allen Fronten und das ist
460 irgendwie irgendwie ist es sehr schade, weil, wie gesagt: wenn man uns gut behandelt,
461 sind wir ganz fein (lachen)(I: mhm...ein Plädoyer!)

462 I: Ok.....also es gibt ja ..jetzt von der Architekturseite her gibt’s ja dieses Thema
463 Gesundheitsförderung ..ahm..sehr stark uns es verpackt sich aber immer in solchen
464 Begriffen wie „Health Architecture“, oder ..“Healing Architecture“ oder „Evidence Based
465 Architecture „ (B6: mhm)....ahm.....wo ..jetzt gefühlsmäßig: (38:00) wo würdest du am
466 ehesten glauben, dass Gesundheitsförderung drinnen steckt, wenn man so ..diese gro
467 großen Begriffe her nimmt?

468 B6: Puh. (I: oder..kommt). ..diese Frage, oder anders: ist es tatsächlich so gemeint (I: ja
469 genau), dass man Gesundheitsförderung für Mitarbeiter oder überhaupt
470 Gesundheitsförderung, dass man es einbringen will. Ist es wirklich so gemeint? Will man
471 es einbringen? Wo sieht den ein Architekt..(I: oder ist es nur) Gesundheitsförderung?
472 Oder ist es halt eine Modeerscheinung weil man halt immer eben wissenschaftlicher wird.

473 Will man das wirklich einbringen, interessiert einen als...ah, was was was verbindet der
474 Architekt mit Gesundheitsförderung?

475 I: Na ich glaube schon, dass es dem Architekten – jetzt wenn er, wenn er sich des
476 Themas annimmt (B6: mhm)´ wichtig ist, ein Gebäude zu entwerfen, das dem Anspruch
477 des Krankenhauses jetzt an sich (B6: mhm) als Krankenversorgungsinstitut entspricht
478 aber auch eben immer auch den Ehrgeiz hat, ein bisschen mehr zu bieten.

479 B6: Das stimmt. Aber aber geht´s da um um um (I: um den Menschen oder um´s) um den
480 Menschen oder geht´s um (I: die Tatsache?) das Architekturbüro oder den Architekten,
481 der..das ist immer die Frage (I: mhm) und ich glaube auf das kommt es auch darauf an:
482 wenn das tatsächlich ein Bedürfnis ist: sowohl von dem Krankenhaus also auch von dem
483 Architekten, zu sagen: ich will jetzt das Beste rausholen, ich glaube schon, dass man (I:
484 dass es ein Punkt ist, wo man´s verbockt) egal wie, man muss es wollen. (I: mhm). Und
485 wollen als jeglicher, der damit zu tun hat. Und das fängt jetzt eben an bei der Kran..bei
486 den Krankenhausmanagement´, das sagt: mir ist mein Mitarbeiter wichtig! ..Und es geht
487 weiter über den Architekten, der sagt: ok, wir sind diese Menschen, die da drinnen sind,
488 weil das Haus ist nichts ohne dem, der da drinnen lebt – egal, ob das jetzt Krankenhaus
489 oder sonstiges ist...ah..weil jeder gute Architekt, der ein Privathaus plant – macht sich ein
490 Bild von den Menschen, die da wohnen (I: im besten Fall) – im besten Falle! Aber wir
491 gehen jetzt vom besten Fall aus. Und das passiert aber im Krankenhaus eigentlich gar
492 nicht. Und wenn mir als Architekt, der ich ein Privathaus plane, wichtig ist, dass
493 dieser..dass das zugeschnitten auch ist auf diesen ..Menschen oder auf diese
494 Bedürfnisse, auf die Bedürfnisse dieser Familie, die da drinnen wohnen. Dann..und wenn
495 du das jetzt auf Großes umlegst: auf ein Krankenhaus, und ich nur ein bisschen den den
496 den Mitarbeiter oder den Patienten sehe, nur – ich weiß schon, dass manches vielleicht
497 nicht durchführbar ist´ nicht, nicht umsetzbar ist, das ist mir ganz klar: aber nur einen
498 Funken an Funken den sehe, der da arbeitet. Dann passiert das ganz automatisch:
499 Gesundheitsförderung – weil dann ist das, dann ist ein Punkt, wo ich mir denke: ist das für
500 den durchführbar? Kann der in einem Raum ohne Klimaanlage arbeiten? Dann ist das
501 eine ganz eine logische Sache, dass das passiert (I: mhm). Über das brauche ich weder
502 Studien machen, noch muss ich Arbeitsgruppen bilden noch sonstiges. Das ist was, was
503 man – glaube ich – ein ganz ein ein ganz ein natürliche normale Sache ist. Wenn ich
504 denn denn denn.....ah....das hat was mit Empathie zu tun.

505 I: Tatsächlich glaube ich, geht´s ja aber bei der Evidence Based Architecture, also wenn
506 das evidenzbasiert ist, so wie man es halt im medizinischen Bereich gerne verwendet´
507 ...unter anderem darum, wie in vielen Bereichen auch, dass man argumentieren kann.
508 (B6: mhm). Also wenn´s wissenschaftlich ist, dient´s (B6: mhm) also
509 Argumentationsbasis, damit eben die Dinge (B6: mhm) nicht mehr anders gemacht
510 werden..selbst wenn´s Kosten sparen, oder wenn´s der Verwaltungsleiter schon seit
511 Ewigkeiten so hat. Also ich glaube, da liegt einmal die Berechtigung drinnen – in der
512 Evidence Based...und das Beispiel mit dem Privathaus, das finde ich ganz super, weil
513 ...das ist meine Beobachtung: genau da passiert die Unterscheidung zwischen guten (B6:
514 genau) und ambitionierten Architekten (B6: genau) und einem selbstverwirklichenden (B6:
515 genau) Architekten, der das Thema eigentlich nicht im Auge hat, sondern mehr oder
516 weniger Prestige oder ..

517 B6: Aber das ist in jedem Beruf so. Wenn du dich (I: und das wird) einlässt darauf, ist's
518 gut.

519 I: Genau, und im Krankenhausbau ist es glaube ich ähnlich..wobei natürlich das
520 Aussortieren dort schnell einmal passiert: ob man gut oder schlecht ist, weil ...ah....da
521 wird..da holt man sich nicht jemanden, der überhaupt keine Ahnung davon hat (B6:
522 ja)...Und da weiß man dann vielleicht schon, wer wer da ambitioniert dahintersteckt. Und
523 ..die .. guten, glaube ich jetzt zu wissen, sind sehr wohl daran interessiert, dass das –
524 dass das, was drinnen passiert auch von dem (B6: mhm) getragen wird, was sie außen
525 umhüllt.

526 B6: Ja, das glaube ich auch.

527 I: Ja. Und vom: ja, das Thema Gesund...ich finde das Thema Gesundheitsförderung –
528 deswegen ist es ja auch als Thema meiner Arbeit sehr spannend, weil die Grenze so
529 schwierig ist (B6: mhm, absolut, ja). Wo fangt Gesundheitsförd..(B6: wo fangt's an)..erung
530 an? Was ist es im (B6: genau) Krankenhaus? (B6: ja). Wer sieht Gesundheitsförderung
531 wie? Wer weiß..wer macht's – ohne zu wissen, dass er's macht? (B6: na eben!) Wer
532 will's machen, ohne, dass er es macht? (B6: ja, ja ja) (lachen)..Und ..das ist ah im
533 Krankenhausbereich aber auch ziemlich von Bedeutung. Weil..d.is is: gesundet der
534 Patient schneller, ist das Personal (B6: natürlich) besser drauf (B6: natürlich, natürlich). Ist
535 das Personal besser drauf..

536 B6: Wenn's mir als Personal gut geht, dann bin ich ganz: also wenn wenn wenn mein,
537 wenn mein mein Umfeld stimmt, dann habe ichim...z zum meinst (I: im Normalfall). Im
538 Normalfalleinen ganz einen anderen Umgang mit dem mit dem Patienten. Es ist ja auch
539 so, dass du als als: wir sind alle geschult und werden immer wieder geschult für 1000
540 Situationen und Demenz ist ein ein Schlagwort unserer Zeit'..ah wir haben
541 Validationsschulungen, und und kei ..kei...alle möglichen Schulungen, aber es ist nicht
542 umsetzbar. Es ist so, dass wenn ich heute diskutieren muss über einen zweiten
543 Nachdienst habe, weil ich halt auf einer chirurgischen Station von diesen 26 Patienten
544 genau zehn habe, die nichts ..also nichts brauchen: Blödsinn..die halt sich selbst
545 versorgen, weil sie das Alter dazu haben oder weil sie die die die ah ..weil sie nicht
546 schwer genug sind, dass es nicht ist – aber..ah von den 26 sind zehn dement. (I: mhm).
547 Und da kann ich heute..und wenn ich dann..wir haben, wir haben ah ah eine Station, die
548 auf zwei Seiten zu verlassen ist. Ah: und dann habe ich diese Schlagwörter: mir haben,
549 mir haben die baulichen Möglichkeiten nicht, dass ich dem a a – weiß ich nicht: irgendwie
550 (I: ja, a Schleifen mache), so an ans ans ..so hinstelle, dass er nicht ah ah aus dem Bett
551 fallen kann. Und dann muss ich mir anhören: jeder Patient hat das Recht zu stürzen! Das
552 sind alles so Dinge, ahm..da da reden tausend Wissenschaftler in tausend Dingen rein, die
553 irgendwelche Thesen aufstellen, ah – auf unserer Station kann, also wir haben eine eine
554 Tür – und gleich danach ist das Stiegenhaus. Und unsere Station geht um's Eck, also bei
555 mir kann jederzeit ein dementer Patient gehen. Wenn wenn das baulich irgendwie
556 berücksichtigt wird: dass es einfach...ahm....: Wir dürfen niemanden einsperren. (I: mhm).
557 Das klingt alles so fantastisch. (I: mhm). Das darf man nicht, weil das ist, geht gegen die
558 Menschenrechte (I: Freiheitsraub), und Freiheitsberaubung und weiß ich nicht was. Alles
559 wunderbar...und dass es das es heute so ist, ist gut! Aber...es fehlt ..es fehlt das
560 Zwischending. Es fehlt das, dass man einfach auch fürs Personal ...ahm..das sinnvoll
561 macht. Oder durchführbar macht (I: mhm). Und das wären so wenige Dinge, die man

562 machen kann. Aber wenn ich heute eine Station habe, die ich auf zwei Seiten verlassen
563 kann, weil ich sie nicht zusperren darf – dann dann dann spießt es sich da ein bisschen.
564 (I: mhm). Also das sind alles Dinge, wo wir wissen, dass wir immer mehr demente
565 kriegen und die Demenz ist einfach etwas, was ganz...fff..für jeden Dementen, für jeden
566 Angehörigen, für jeden für jedes für jede Pflegepersonal wirkliche Herausforderung ist.
567 Also a wirkliche Herausforderung. Und wir werden – eben, wie schon gesagt: wir haben
568 Validationsschulungen, wir wissen, wie man mit dem Patienten umgehen sollen. Wir
569 haben aber nicht genug Personal, damit wir so umgehen, wie’s dem helfen würde. Es
570 würde vieles leichter machen, wenn wir die Zeit hätten dazu: und da fängt
571 Gesundheitsförderung an, sowohl für den Patienten als auch für das Personal. (I: mhm).
572 Aber es ist halt in ..in vielen Dingen ist es eine Kostenfrage: und dann ...ahm...mir ..ich
573 kann mit dem nichts anfangen, wenn man zu mir sagt: ihr seid alle zu teuer. Ich meine: ich
574 schon gar nicht...in meiner Situation: schon überhaupt nicht! Aber das sind so viele
575 Dinge, die so unrund laufen. Also was so...viele viele viele Ansätze sind – und die aber
576 alle nicht miteinander verbunden sind...(I: mhm). Und irgendwo haben wir so den
577 Eindruck, oder so als als als Personal: jeder will sich so sein sein ..oder jeder profiliert
578 sich in seinem Gebiet’ - aber das findet nicht zusammen. (I: mhm). Und
579 Gesundheitsförderung ist eben: wo ich vorher gesagt habe: Wertschätzung, da fängt es
580 an. Wahrnehmen, darauf achten. Wenn wenn ich heute in der Früh eine Dienstübergabe
581 mache, und sage: ich bin die ganze Nacht zwischen ah zwei Zimmern hin und her grennt’
582 ah weil jedesmal ein anderer beim Bett draußen war – und: ja. Man kann halt dann nichts
583 machen. Es..die Flexibilität fehlt (I: Anpassung). An Sachen, an diese Situation (I: an
584 Herausforderungen, ja) – ok, wir haben – das ist auch ein Thema gewesen bei unserer
585 bei unserer Arbeitsgruppe – wir haben Personal, das man als Springer einsetzen kann.
586 Zu sagen: ok. Dort ist jetzt der Bedarf, dort setzte ich jetzt jemanden hin: das ist ein
587 wahnsinns Aufwand (I: mhm), das muss ich begründen, und das ist nicht notwendig, weil:
588 was weiß ich...aus was für Gründen. Das ist schwierig. (I: mhm) Und es wäre eigentlich
589 so einfach. D d diese diese ah ah Personaldinge. Also wie gesagt: wir haben das ah, in
590 dieser Arbeitsgruppe, wo die die ah Dame, die das mit uns gemacht hat: na eigentlich eh
591 logisch! Für Außenstehende ist ganz vieles logisch. Und für uns wäre so wahnsinnig viel
592 geholfen. Wenn’s, wenn’s wir sind ein geistliches Haus. Wenn du heute sagst: wir
593 beziehen diese ganzen geistlichen Schwestern mit ein. Wir beziehen diese ganzen Brüder
594 mit ein. Zu sagen: ok. Ich kann jetzt die anrufen und sagen: bitte können ma jetzt, setzt
595 dich da her, bis ich wenigstens meine getan habe - am Abend. Das wäre so viel. Und es
596 ist bürokratisch so schwierig (I: ok). Es wäre, wir hätten so viele Ressourcen.

597 I: Aber ich glaube,...ja, da muss halt irgendwie das Kommitment von allen getragen
598 werden (B6: genau), und ich glaube, wenn ein, wenn eine, wenn eine Rolle ausfällt (B6:
599 genau), dann ist das, dann ist dann ist das Projekt quasi gestorben, nicht?

600 B6: Es ist halt auch so, (I: das tragen viele Personen) genau. Und einer (I: und einer sagt)
601 sagt nein, das ist nicht notwendig (I: genau, ja – und wenn eine ausfällt..) ..und dann ist es
602 gegessen. (I: mhm). Und das haben wir erst ..und das wird jede, jede..da gibt’s ja die
603 ganzen Stationsleitersitzungen und weiß der Teufel was auch immer, wo immer wieder
604 das gleiche besprochen wird. Und dann wird da gesagt: ok, wir beziehen jetzt mit ein!
605 Pfleger, also die geistlichen Schwestern und so weiter. Aber wie beziehen wir sie mit ein?

606 I: Mhm: Für mich ist das immer ein Thema, die die Frage des gleichen Wissensstandes:
607 Also es gibt da auch eine Präsentation – habe ich erst gesehen: es gibt die Evidence

608 Based – die Wissenschaftler wissen jetzt eigentlich ganz genau, was sein sollte. Dann
609 gibt es die Architekten: die haben teilweise Ahnung von der Wissenschaft und haben auch
610 sehr viel Verständnis schon von ihrer von vom Beruf her, was räumlich wichtig ist (B6:
611 mhm). Dann gibt es die Verwaltungsleiter, die sehr viel ökonomisch denken (B6: mhm)
612 und denen die Evidence Based Design komplett egal ist – und dieses: alle auf den
613 gleichen Wissensstand bringen und die Vorteile, also diese Win-Win Situationen (B6:
614 mhm), weil selbst Gesundheitsförderung hat einen ökonomischen Einfluss (B6: na
615 hundertprozentig) und zwar keine negativen (B6: mhm), sondern einen positiven (B6:
616 mhm) ökonomischen und das ist mittlerweile auch schon, hat sich auch schon
617 herumgesprochen, dass diese Anfangsmaßnahmen sich im – bei Weitem durch kürzere
618 Aufenthaltsdauern, durch a zufriedenes Personal, weniger Fluktuationsraten (B6: mhm)
619 und ..dass sich das immer wieder rentiert (B6: natürlich). Nur dieser – dieser
620 Wissenstransfer zu allen Entscheidungspositionen, wenn der nicht sichergestellt ist, wenn
621 der Verwaltungsleiter eigentlich nicht weiß, was Evidence Based Design ist, und sich
622 damit nicht beschäftigen (B6: mhm) möchte – und ..a ..unter dem ökonomischen von
623 irgendjemanden anderen steht, dann hackt des..und dann (B6: genau, dann hackt's),
624 dann geht's, dann kommen Lösungen zustande, die den Anspruch haben wollen (B6:
625 mhm) Gesundheitsförderung zu sein – viele auch glauben, dass es ist (B6: schon,
626 glauben schon) es fehlt eine gewisse Komponente, und das habe ich in der Präsentation
627 so super (B6: mhm) gesehen: also da war ein a a Garten, wo der Anspruch war, einen
628 guten, guten Erholungsfaktor für die Patienten zu zu zu also ..zu ermöglichen´ - eine
629 Grünfläche (B6: mhm) zu ermöglichen – und das war irgendein Designerstück halt. (B6:
630 mhm) Das war halt irgendwie ein ein Garten, der halt irgendwie außergewöhnelt worden
631 ist (B6: mhm) ...Da weiß der eine, was es braucht, nämlich einen Garten (B6: mhm), und
632 der andere weiß aber nicht, was ein Erholungs...garten ist (B6: aber das ist in
633 Oberpullendorf zum Beispiel so). Und dann steht daneben das Beispiel von einem
634 wirklichen (B6: mhm) Therapiegarten, wo diese Erkenntnisse aus dem: was es wirklich
635 sein muss (B6: mhm) – nämlich nicht nur grün, sondern was es tatsächlich sein muss,
636 berücksichtigt: weil sich alle damit beschäftigen haben und das Wissen hat sich (B6: mhm)
637 über alle Ebenen durchgesetzt – und passt dann.

638 B6: Der wird auch angenommen.

639 I: Genau, und dann und dann ist es wirklich Gesundheitsförderung. Das andere ist der
640 Versuch, ein ein ein Puzzlestück (B6: genau) hereinzubringen (B6: genau) und und dann
641 scheitert natürlich das Projekt – auch im Kopf von allen anderen (B6: genau). Also dann ..

642 B6: Genau, das ist es. Dass man dann irgendwann einmal aber auch hergeht und sagt:
643 na ja. Ja: ist eh wieder ...eh schön (I: ein guter Versuch! War wahrscheinlich auch sehr
644 teuer) .. Natürlich.

645 I: Und das bringt dann schlussendlich auch wirklich einen ökonomischen Nachteil!

646 B6: Das bringt einen ökonomischen Nachteil und es bringt auch (I: Unzufriedenheit beim
647 Personal) ganz große Unzufriedenheit (I: ??), weil es ist auf der einen Seite wird gesagt:
648 wir müssen sparen, weil wir eben Personalkosten sind so hoch und so weiter..und dann
649 werden solche Dinge a a dort hingepflanzt, eben wir wissen, dass das ja immenses Geld
650 kostet – und dann fühlt man sich halt natürlich irgendwie schon ein bisschen veräppelt,
651 wenn'st weißt (I: genau), wir müssen sparen und dann machen wir so etwas. (I: genau, ja)

652 Aber das ist eben diese Win- Win Situation in tausend in tausend Dingen wäre es
653 möglich.

654 I: Und und ich glaube, es kommt wirklich nur durch diese dass alle auf eine gewisse
655 Wissensebene gebracht werden (B6: INTERESSE muss da sein). Mhm. (B6: am
656 anderen) Genau.

657 B6: Das Interesse am anderen, an der anderen Berufsgruppen und das Interesse, es
658 tatsächlich gemeinsam zu machen. Und auch dieses ...vielleicht sind wir da noch viel zu
659 sehr in diesem: wer ist der Wichtigere? Wer ist derjenige, der das Sagen hat? Auf wen
660 kommt es darauf an? Das ist so, wie wir vorher schon gesagt haben: in auf einer Station
661 funktioniert es nur, wenn von der Putzfrau bis zum Primar jeder zusammenarbeitet. Wenn
662 eines herausfällt, geht es gar nicht mehr (I: mhm). Dann funktioniert das Ganze System
663 nicht. Das wissen wir, die wir an der – am unteren Ende angesiedelt sind – sehr gut, aber
664 je weiter, dass es hinauf geht, desto weniger ist das im Bewusstsein (I: mhm). Und ah,
665 das finde ich eigentlich schade, und ich denke, es ist genau das gleiche mit einem
666 Krankenhaus zu planen, dass es vom Architekten über das kaufmännische und so weiter
667 ..eben..ohne, dass man zusammenarbeitet, nicht funktionieren wird und nichts wirklich
668 Gutes herauskommen kann. (I: mhm). Und es wäre eh – eigentlich ist es eh simpel, im
669 Grunde genommen. Aber ja,

670 I: Na ja, Kommunikation und und und gemeinsames Ziel und das (B6: ja) Weglassen von
671 Selbstverwirklichung..

672 B6: Genau! Genau, diese Selbstverwirklichung. Wer ist jetzt wichtiger? (I: jaja) Wer ist
673 jetzt derjenige, der sich da ein Denkmal setzten oder was auch immer (I:
674 Hierarchieebenen sind auf jeden Fall ein Thema, nicht!) genau, genau, genau. Ja. (I: wo
675 das Ganze ein bisschen zum Scheitern kommt, aber das ist eh bekannt)

676 I: Gut, noch eine Abschlussfrage: Du wärst ..auch entscheidungsfähig – in einem Projekt,
677 dass...ahm Gesundheitsförderung ins in einem Krankenhausneubau bringen möchte. Was
678 würdest du auf jeden Fall als Wichtig ansehen, oder wo hättest du irgendwie das Gefühl:
679 wenn das, wenn's das geben würde, vor allem jetzt auch aus der Personalperspektive,
680 das wäre ein unglaublicher Mehrgewinn? Da kann man auch durchaus a bissal..

681 B6: Baulich?

682 I: Ja.

683 B6: Aha, was hätten wir denn gerne als als Pflegeperson. Wir hätten gerne Ruheräume:
684 wunderbar! So simpel, das gibt's nicht. Möglichkeiten, für jemand, der weit in Dienst fährt
685 zu sagen, ich kann jetzt mi einfach nur nach dem Nachtdienst zwei Stunden hinlegen,
686 dass ich heimfahren kann. ..Ah...Ruheräume...für Mittag...ah..ein Fitnessstudio hätten wir
687 gerne. Zu sagen, ok, ich geh – ich geh jetzt da hin..ah ...ah..nach einem weiß ich nicht,
688 keine Ahnung. Ah, wir hätten gerne ein Schwimmbad (Lachen) also so Dinge..ja..aber
689 Ruheräume wäre das, was schon fantastisch wäre (I: mhm). Und das ist eigentlich eh so
690 etwas was eigentlich eh Standard sein sollte.

691 I: Ja in Graz gibt's ja diesen Therapiegarten für die Patienten und es gibt einen
692 Erholungsgarten für das Personal.

693 B6: Wunderbar! Es wäre nichts Schöneres als wenn ich heute sagen könnte: ah, wir
694 haben an an a Grünfläche, wo ich mich in der Mittagspause hinsetzen kann. Na
695 wunderbar. Mit ..ah, keine Ahnung: einem Wasser, einem Springbrunnen. Einfach nur -
696 also sofort (I: mhm). Das ist ja, das ist ja das, was an diesen ah.. mittlerweile bin ich
697 Nichtraucher, aber wo ich noch geraucht habe, das waren diese sozialen Treffpunkte,
698 diese Raucherräume, was früher gegeben hat. Das war ja..

699 I: Alternativen für die

700 B6: Es war ja ..Alternativen..Wie gesagt, ich bin durchaus absolut a a damit
701 einverstanden, dass es Nichtraucherkrankenhäuser gibt – na no na, wenn nicht ein
702 Krankenhaus muss Nichtraucher, keine Frage: es fehlt dieses Soziale, was man früher
703 gehabt haben, wenn'st rauchen gegangen bist – in diese Raucherräume (I: das
704 Zwanglose, ja). Das gibt es gar nicht mehr und das ist auch was was was auch für's
705 für's komplette Haus fehlt. Oder ah, die Achtsamkeit, dass ich jemanden, der – also so
706 wie ich, es gibt, bin ja nicht nur ich – es gibt ja viele Kollegen, speziell a ungarische
707 Kolleginnen, die sehr weit fahren. Die die die Achtsamkeit zu sagen: du hast gewusst, auf
708 was du dich einlässt, du musst jetzt heim fahren nach dem Nachtdienst. Mir nicht die
709 Möglichkeit gibt zu sagen: heast, da gibt's jetzt drei Liegen: es könnt's euch da hinlegen,
710 und und und fährt, wenn ihr fit seids. Dieses – des ist aa .(I: Interesse eigentlich).das
711 würde ich auf der Stelle machen, weil's für mich logisch wäre zu sagen: ich muss schaun,
712 dass mein Personal ..und nicht dann am Begräbnis stehen und sagen: sie war ja so eine
713 tolle Mitarbeiterin. Weil das ist nicht ausreichend. Das ist, das ist g'frotzelt (I: mhm). Also
714 wenn ich baulich was zu sagen hätte, wäre das das erste, was ich machen tät.

715 I: Und der Patient? Was ist ..für ...einen Mehrwert.

716 B6: Für den Patienten das ganz das gleiche. Im Grunde genommen genau das Gleiche.
717 Erstens einmal viel viel einfachere Systeme um sich zurechtzufinden...ah...Räume, wo
718 man sich mit Besuchern hinsetzen kann. A Privatsphäre zu haben. Ahm...das ist dann
719 aber wieder von von ärztlicher Seite her und be..ahm Besprechungszimmer, um
720 Diagnosen zu vermitteln (I: mhm). Das wäre so Standard, dass man einfach komplett das
721 einfach Standard sein sollte auf jeder Station. Oder eben auch Aufenthaltsräume – früher
722 hats die Raucherräume geben – gibt's nimmer. Der Patient mit Angehörigen kann sich
723 nirgends hinsetzen. Also wie in die Cafeteria und in die in die in die Halle. Wir haben
724 keine Räume für Patienten. (I: ned?) ..und ich denk..Nein (I: keine Räume für
725 Patientenaufenthalt?) Nein, wir haben so etwas nicht.

726 I: Ok. Auch keine Küchenzeile die die – euja, das schon..

727 B6: Nein, na, na bitte, bei uns gibt's in jedem Zimmer zwar einen Kühlschrank, der in
728 einen Kasten eingebaut ist, wo ich mir denke: wahnsinn! Die nicht funktionieren, (I: ja)
729 weil's alle heiß laufen (I: ja). Aber das ist selbst für mich, als untechnischen Menschen
730 eine Logik, dass das nicht funktionieren kann. Aber man hat es halt gemacht – damit es
731 gemacht ist. Das ist wieder so eine Sinnlosigkeit,

732 I: Du solltest den Patienten ja ein bisschen raus-mobilisieren.

733 B6: Nein – das gibt's nicht. Wir haben ja nicht einmal (I: durch die) architektonisch
734 (Struktur ein bisschen raus mobilisieren)..wir haben ja nicht einmal den Platz ein ein einen

735 Mobilisationsstudium im Zimmer ist schon eine Herausforderung, weil es so eng ist, dass
736 der nicht Platz hat (I: mhm). Also das gibt's nicht bei uns (I: ok). Und dass ist eigentlich
737 das um und auf und eben: du willst Leute mobilisieren – du willst sie .tsch..es gibt ja ganz
738 viele, die in ein ganz ein großes Loch fallen. Alte Leute (I: mhm), die amputiert sind.
739 Katastrophe: die wieder zu motivieren, zu schauen, da ist alles so eng, dass sich die nicht
740 einmal selber in den Sessel mobilisieren können. Also du nimmst ihnen schon sehr viel –
741 und auch diese diese – dann kommen Leute, die kriegen Besuch, die müssen zum
742 Besuch sagen: ja nicht zu viele, weil da ist nicht Platz. Furchtbar, eigentlich (I: mhm). Und
743 ich meine: Besuchszeiten sind ja auch so ein Thema, das wir immer wieder diskutiert – ah
744 ah, wir haben Gott sein dank wieder welche – hat's eine Zeit lang nicht mehr gegeben´ :
745 da war ja rund um die Uhr Besuchszeit, aber es ist halt auch a Katastrophe für alle
746 Beteiligten...Ah..Besuchszeiten rund um die Uhr super, aber da musst Räume dafür
747 haben, dass das durchführbar ist. Die stehen alle im Zimmer...ah ..ganz ein großes (I:
748 beim Essen, beim Waschen) ganz ein großes Thema, nicht. (I: mhm). Besuchszeiten ist
749 super, dass man einfach kommen kann, wenn man..wenns für einen ...ein jeder ist
750 berufstätig, wenns für einen passt: aber dann brauche ich Räume dazu: wo man einfach
751 sagen kann: geh, da setzt man sich jetzt rein. Es gibt's eh in vielen Krankenhäusern (I:
752 mhm)..Eisenstadt gibt's es nicht – zumindest bei uns gibt's es nicht.

753 I: Ok.

754 B6: Leider. (I: mhm). Das würde ich planen, wenn ich was zu sagen hätte (Lachen)

755 I: Ahh, cool – sind gar keine übermäßigen (B6: na gar nicht, nein) Wünsche (B6: die sind
756 eh alle) ..sind eh alle ganz einfach (B6: vollkommen einfach). Da sieht man ja auch,
757 woran's hackt. Dankeschön