

NOTIZEN ZUM THEMA WAHRNEHMUNGEN.

**Vier Gespräche zur Bedeutung von Architektur
im Gesundheitswesen**

In case of loss, please return to:

.....

.....

.....

.....

INHALTSVERZEICHNIS

00 Vorwort	06
01 Michael Lehofer	08
02 Toni Muhr	24
03 Thomas Schelischansky	44
04 Kaufmann Wanas	68
05 Conclusio.....	92

Im Gespräch mit Michael Pansinger, Sigrid Verhovsek
und Markus Bogensberger.

VORWORT

Die vorliegenden Notizen belegen ein weiteres Mal sehr eindrucksvoll, wie wichtig und verantwortungsvoll das gesamte Thema Spitalsplanung ist. Die vier im Sommer des Jahres 2017 durchgeführten Gespräche mit namhaften Persönlichkeiten, welche für das Spitalswesen tätig sind oder waren, haben gezeigt, wie hochgradig funktional und hochemotional persönliche Beobachtungen und intensive Wahrnehmungen in den Räumen unserer Spitäler sind. Dies hat uns tief im Herzen berührt und uns in unserer Entschlossenheit bestärkt, trotz vorhandener Budgetrestriktionen und schwieriger terminlicher Rahmenbedingungen, gute und noch bessere Spitäler zu planen und baulich zu realisieren. So unterschiedlich unsere Interviewpartner in ihrer gesamten Expertise und in ihrem persönlichen Werdegang auch waren, so unglaublich sind die zu Tage getretenen thematischen Parallelen und Erkenntnisse zu den Grundlagen einer guten Spitalsplanung. Es zeigt sich, wie sehr die funktionale Ausgestaltung von Räumen im Spital für die Patienten bzw. deren einzelne individuelle Schicksale, wie auch für das medizinische Personal, wirksam sind und immer wieder in den Projekten besprochen werden sollen.

Wir haben in der Niederschrift der stattgefundenen Interviews versucht, den Wortlaut des Interviewpartners möglichst authentisch zu übernehmen, vor allem, um die eine oder andere Emotion wortgetreu festzuhalten. Dies soll die Unmittelbarkeit der Empfindung des Raumes, in dem sich der Mensch auf Grund seiner körperlichen bzw. seelischen Schwierigkeiten in diesem Augenblick - in einer Art Ausnahmezustand - befindet, ausdrücken

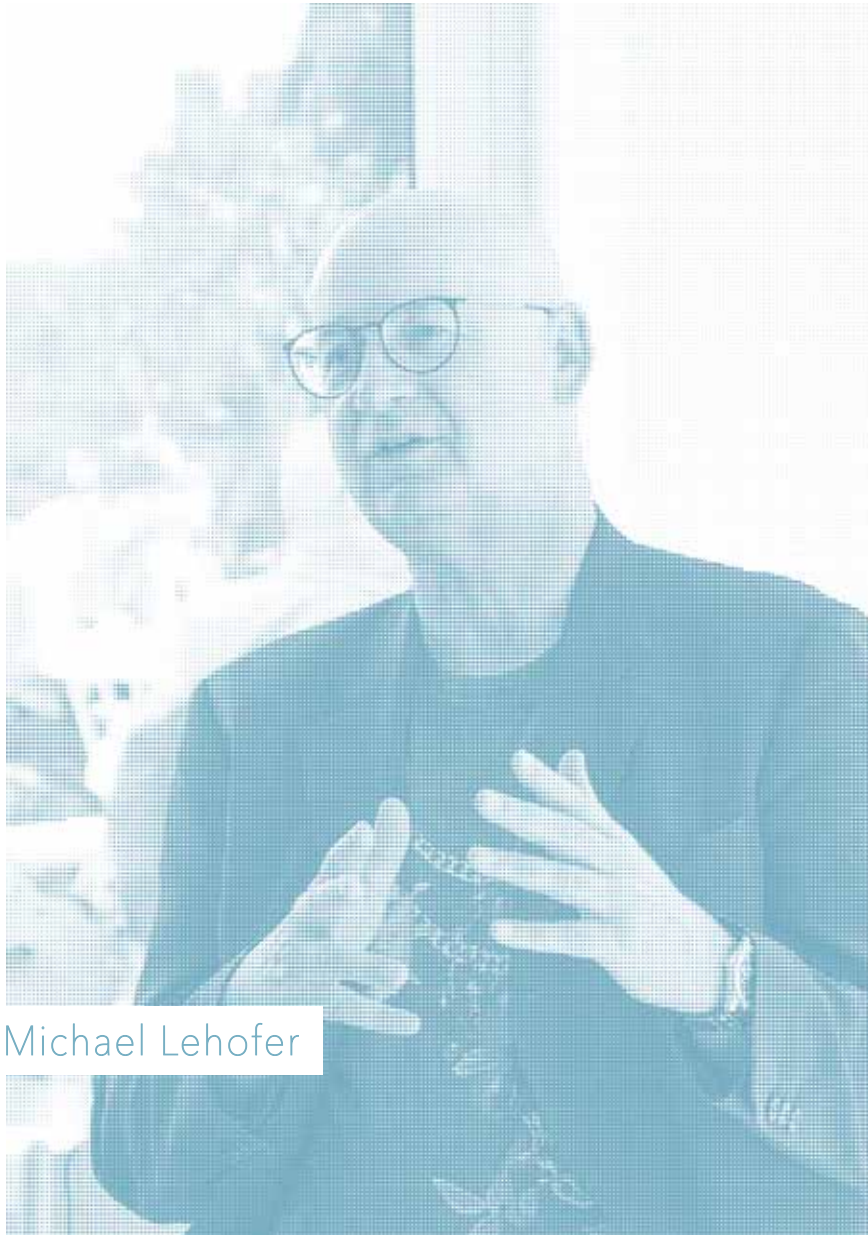
und zu fundamentale Aussagen zur Ausgestaltung der Räume im Spital widerspiegeln.

Unter anderem erkannten wir, dass neben Themen wie Form, Licht, Farbe oder Geruch, vor allem die Verbesserung der akustischen Situation hinsichtlich Ruhe und Hörsamkeit große Potenziale birgt. Ein stellvertretendes Beispiel, welches von einem Interviewpartner genannt wurde, war der Metalleimer in der Mitte eines Intensivzimmers, in welchem über den Tag verteilt Gegenstände entsorgt und Patienten auf Grund des Aufschlaggeräusches aufgeweckt wurden. Solche Situationen entstehen nicht aus „böser“ Absicht, sondern sind Ergebnis vom äußerst bemühten Wirken des Pflegepersonals, direkt am Patienten zu arbeiten. Bei zukünftigen Projekten können solche, nur vom Patienten wahrgenommene Probleme, angesprochen und ohne großem Aufwand verbessert werden. Dieses einfache Beispiel spiegelt wider, wie wichtig der ständige Dialog zwischen Bauherren und den planenden Architekten sowie dem medizinischen Personal vor Ort ist. Leider ist festzustellen, dass auf Grund des „immer-mehr-werdens“ technischer Regelwerke, Normen und Gesetze sowie des Termin- und Kostendrucks, die Zeit für den intensiven Austausch im Rahmen der Entwurfsbearbeitung, weniger wird.

Diese Notizen sollen ein kleiner weiterer Memo-Beitrag zur bereits entwickelten Expertise sein; ein Festhalten an unserer ureigensten Aufgabe der Planung von Gesundheitsbauten, welche wir als Steiermärkische Krankenhausgesellschaft m.b.H. (KAGes), im Sinne unseres Leitspruches „Menschen helfen Menschen“, nachhaltig manifestieren wollen.

Ich bedanke mich bei meinen Vorgesetzten für die Möglichkeit der Kooperation der KAGes mit dem Haus der Architektur und sehe es als großen Mehrwert, wenn sich unterschiedliche Disziplinen zu einem so verantwortungsvollen Thema, wie dem qualitätsvollen Krankenhausbau in gemeinsamen persönlichen Gesprächen vermengen. Darüber hinaus möchte ich mich besonders bei den vier Interviewpartnern für ihre Bereitschaft bedanken, bei Fragen der Spitalsplanung mitzuwirken, sowie aber auch bei Sigrid Verhovsek und dem gesamten Team des Hauses der Architektur für die hervorragende Aufbereitung dieser Notizen.

Viel Freude und Interesse beim Lesen wünscht Ihnen,
Michael Pansinger/KAGes.



Michael Lehofer

An der TU Berlin gibt es seit 2016 eine Professur für das Fachgebiet „Entwerfen von Bauten des Gesundheitswesens“: Laut Prof. Dr. Tanja Vollmer ist nach einem Gespräch im Arztzimmer „der Blick in die Außenwelt die beste Möglichkeit, wieder Kontrolle über eine belastende Situation zu gewinnen und Stress abzubauen.“¹

M.L.: Stellen Sie vor jede Intensivstation einen Baum, und die Geschichte hat sich?!

Ja, wie viele Ärzte könnten wir dann einsparen?

M.L.: Ehrlich gesagt, finde ich das ist ganz lustig, was Sie erwähnt haben, nämlich dass ein Patient, wenn er aus dem Arztzimmer rauskommt, einen Blick ins Freie haben muss.

Das ist schon sehr einfühlsam, aber auf der anderen Seite ist das nur ein kleiner Teil.

Das, was man wirklich braucht, in einer schwierigen, für einen selber kaum zu fassenden Situation, sind Menschen, die einen dann umarmen, oder einfach bei dir sind. Ich glaube, das ist noch wichtiger als der Blick ins Freie in dieser Situation.

Aber was ich ganz allgemein als erstes sagen möchte, ist, ein Krankenhaus ist aus meiner Sicht dann schön, wenn alle sagen, da fühlt man sich nicht wie in einem Krankenhaus. Also wenn man von Krankenhausarchitektur spricht, dann wäre anzustreben, dass es kein „Krankenhausfeeling“ gibt.

Was ist ein „typisches“ „Krankenhausfeeling“?

M.L.: Das „Krankenhausfeeling“ vermittelt dem, der reinkommt, dass er jetzt das Objekt der Heilbegierde ist, und das will man nicht sein.

Krankheit resultiert in einer verminderten Selbstbestimmtheit und stellt somit eine Bedrohung des Menschen dar, der sich in seiner Freiheit eingeschränkt fühlt. Der kranke Mensch hat einen Mangel, einen existentiell bedrohlichen Mangel, der auch die eigene Identität betrifft. Wenn man krank wird, funktioniert man ja nicht mehr so, dass man sich vertraut ist.

¹<https://www.aerzteblatt.de/archiv/187401/Heilende-Architektur-Der-Krankheit-Raum-geben>

Es ist ein Zustand des Unvertrauten, und wenn man dann in eine Maschinerie reinkommt, in der man quasi als Objekt behandelt wird, dann ist das extrem ungut und genau das Gegenteil von dem, was man eigentlich braucht. Auf der anderen Seite ist dieses Objektivieren natürlich ein Resultat einer wissenschaftlich orientierten Medizin, die man im Leben auch braucht, die einem auch Gutes tut, und daher wird diese Botschaft des typischen Krankenhauses vom Patienten ambivalent empfunden. Einerseits signalisiert es Wissenschaftlichkeit, Objektivität, sachliche Kompetenz, Professionalität, auf der anderen Seite aber auch dieses „Ungeborgene“, das uns irgendwie nicht taugt. Die Aufgabe eines Architekten wäre, die Geborgenheit mit dem professionellen Anspruch zu verbinden. Das ist ganz wichtig.

Ich glaube nach wie vor, dass ein Krankenhaus weder riechen, noch ausschauen darf wie ein Krankenhaus, das sagen auch viele Menschen. Wenn das gelingt, dann sagen sie, „ich liege da zwar im Krankenhaus, aber es schaut da nicht so aus wie in einem Krankenhaus“, und das ist ein gutes Zeichen.

Sollte das dann eher der Typologie eines Hotels entsprechen?

M.L.: Ich weiß es nicht.

Ich kann meine persönlichen Raumerfahrungen dazu nicht wirklich schlüssig objektivieren. Manchmal fühle ich mich in Räumen, die nicht dazu angetan sind, dass ich mich wohlfühlen würde, wohl, und in anderen Räumen, die eigentlich alles haben, was mir gefällt, fühle ich mich weniger wohl.

Welche Räume wären das, wo man sich per se nicht wohlfühlt?

M.L.: Das können zum Beispiel sehr „angeräumte“ Räume sein, die dann manchmal trotzdem angenehm sind.

Wenn ich denke, die schönste Architektur, die ich jemals gesehen bzw. erlebt habe, weil Architektur muss man erleben, das kann man nicht sehen, also, die schönste Architektur, die ich jemals erlebt habe, war sicherlich die altjapanische Architektur in Kyoto. Das war unfassbar. Mich hat diese Einfachheit und Stille zutiefst ergriffen. Die Architektur hat genau die gleiche Emotion, die sie nach außen hin dargestellt hat, in mir drinnen erzeugt. Diese simplen Formen, die aber so eine unglaubliche Wärme ausstrahlen, das ist eigentlich genau das, was man in einem Spital bräuchte. Wärme,

Simplizität und Einfachheit, die würde dann Professionalität und Kompetenz ausdrücken. Man fühlt sich da unglaublich wohl.

Ich könnte mir schwer vorstellen, dass es jemanden gibt, der das nicht als schön empfindet, wobei Schönheit ja ein interessanter Begriff ist. Das Wort Ästhetik, wie Sie wissen, kommt ja von dem griechischen Wort *aisthánesthai*, heißt zunächst also einfach „wahrnehmen“. Ästhetik ist also Wahrnehmung. Der Moment, in dem ein Mensch mit dem Auge, mit dem Herzen die Welt berührt, das ist die Geburtsstunde der Ästhetik. Und der Begriff Schönheit hat zu Unrecht so einen bewertenden Charakter, dabei hat er eigentlich keine Gegensätzlichkeit. Wenn man etwas wahrnimmt, begreift, dann ist das schön.

Ein Krankenhaus muss demnach im herkömmlichen Sinn nicht schön sein, darf aber nicht ausschauen wie ein Krankenhaus?

M.L.: Im Krankenhaus geht es vor allem darum: Wird man als Subjekt in seiner Selbstbestimmtheit wahrgenommen oder zum Objekt gemacht? Das ist ja in der Begegnung vom Patienten mit medizinischen Institutionen, mit Ärzten, auch der Punkt: Fühlst du dich berührt oder fühlst du dich behandelt?

Die Leitsysteme mit den bunten Linien am Boden sind eigentlich genau das Gegenteil, weil das entspricht ja mehr einer Warenlogistik als einem natürlichen Bewegen und Orientieren.

M.L.: Ja, genau, und wie ich mich immer verloren fühle im AKH in Wien! Nicht nur als Patient, auch, wenn du da ein Meeting hast in diesen Besprechungsräumen ohne Fenster, das ist ein Wahnsinn. Unfassbar, also was ist das für eine Architektur? Eine rein funktionale Architektur, die quasi die Medizin optimieren sollte, aber den Patienten nicht ganz mitbedacht hat. Es signalisiert: Deine Gesundheit ist wichtig, aber du bist mir nicht wichtig. Und das ist schon interessant, was das mit uns macht, wenn der Mensch sich selbst nicht wichtig genommen fühlt, sondern nur das zählt, was sein Anliegen ist. Dann kann er mit dem, was er bekommt, in keiner Weise zufrieden sein. Das ist unmöglich.

Wie sehr trägt diese Komponente des Geborgen-Seins oder Angenommen-Seins Ihrer Meinung nach zum Heilungserfolg bei?

M.L.: Das ist eine Frage, die viel zu allgemein gestellt ist, weil sie ja so viele Variablen hat.

Das hängt mit verschiedenen Aspekten zusammen. Faktum ist, dass es interessant ist, nachzudenken, wie der Auftrag vom Patienten ist. Wollen sie gesund werden, oder wollen sie heil werden? Heil werden heißt, eine Integrität erfahren.

Kann sein, dass ein Patient zwar gesund wird, aber durch die Krankenhauserfahrung traumatisiert ist, weil er sich sozusagen als Objekt behandelt, aber als Mensch nicht beachtet, nicht bejaht gefühlt hat. Der Kranke ist in dem Sinn, dass er vital eine Schwäche hatte, dann zwar gesund, aber als Wesen traumatisiert, nachhaltig in irgendeiner Weise beschädigt. Das mag vielleicht dramatisch klingen, aber ich bin überzeugt, dass das so ist und da haben wir einen großen Auftrag: eben nicht nur, die Menschen gesund zu machen, sondern ihren Heilungsanspruch ernst zu nehmen.

Jede Krankheit ist ja eine schwere Krise des gesamten Menschen und Krisen bedeuten eben auch eine Chance. Eine Krise ist etwas, wo etwas verloren gegangen ist oder droht verloren zu gehen. Die Krise fängt an, wenn Existenzielles bedroht wird. Wenn Sie zum Beispiel einen Rückenschmerz haben, sagen Sie: „Ich kann mir jetzt ehrlich gesagt nicht vorstellen, dass ich bis zum Ende meiner Tage mit dem Rückenschmerz lebe!“. Aber wenn jemand kommt und sagt, das ist in fünf Tagen gut, dann sind Sie beruhigt. Aber wenn das keiner sagt, dann haben Sie schon eine Krise. Verstehen Sie?

Wenn Sie also sagen, ich kann mir nicht vorstellen, mit dem oder dem plötzlich leben zu müssen, dann ist es eine Krise, oder wenn Sie von einem Partner verlassen werden, den Sie lieben, dann haben Sie auch eine Krise, wenn Sie sich nicht vorstellen können, ohne ihn zu leben, oder wenn Sie aus einem Job rausfliegen und sich nicht vorstellen können, wie das Leben jetzt als Arbeitsloser sein soll, dann ist das eine Krise. Verstehen Sie? Das ist Krise.

Krisen bewältigen bedeutet, dass man lernt, dass man auch ohne das Verlorene ganz ist. Das wäre eine Krisenbewältigung.

Eine andere Möglichkeit wäre, man bekommt es zurück oder man kriegt ein Supplement dafür. Schön ist es natürlich, wenn man lernt, dass man

auch ohne das auskommt. Das wäre ein Tröstungsprozess. Ein Tröstungsprozess ist immer ein Prozess, bei dem man an die Wahrheit herangeführt wird. Dazu braucht man jemand anderen. Es gehört ein riesengroßer Mut dazu, sich aus der Tröstung der Illusionen in die Tröstung der Wahrheit zu begeben. Das ist ein enormer Mut, den man haben muss und darum ist es in solchen Situationen so wichtig, persönlich berührt zu sein, persönlich berührt zu werden.

Es wäre also zunächst das Wichtigste, dass der richtige Mensch da ist?

M.L.: Ja, aber natürlich ist es so, dass man da auch durch die Architektur helfen kann. Da möchte ich Ihnen vielleicht ein kleines Beispiel geben: Ich bin in meinem Leben viel auf Kongressen auf der ganzen Welt unterwegs, und da fühle ich mich manchmal ein bisschen verloren. Wenn ich ein Quartier beziehe, das wirklich schön ist, dann merke ich, was mir das für eine Tröstung geben kann, wenn ich zum Beispiel einen Blick aufs Meer oder auf einen Fluss habe. Oder einmal, in einem Hotel in Kairo, da habe ich dann über den Tiergarten direkt auf die Pyramiden von Gizeh geschaut. Da bin ich dann dort in meinem Zimmer gesessen, habe rausgeschaut und ein tief tröstliches Empfinden hat mich überkommen.

Einmal war ich im Winter, im Jänner, im norwegischen Tromsø bei einem Kongress über Lichttherapie und Winterdepressionen. Da kann ich mich gut an das architektonisch wunderbar gelöste Hotel am Hafen erinnern. Meterhohe Schneeberge, das Meer war nicht zugefroren, und das konnte ich einfach so aus dem Bett sehen! Das war sehr tröstlich. Auch das Ambiente war so warm, aber auch so einfach - hier hat die skandinavische Architektur etwas Ähnliches wie die japanische.

Die Schlichtheit?

M.L.: Die Schlichtheit.

Ja, das ist wirklich interessant und irgendwie auch natürlich. Die nordischen Leute müssen eine Architektur haben, die sie gut aushalten können, die sie nicht irritiert und ihnen Raum gibt, weil sie so viel drinnen sein müssen.

Als Mitteleuropäer können wir in vielen Monaten aufgrund des Klimas ja auch viel Zeit im öffentlichen Raum, also auf Plätzen usw., verbringen.

M.L.: Ja, mein Vater ist aus Griechenland und dementsprechend war ich auch schon öfter dort. Die griechischen Wohnungen sind aus meiner Sicht nicht besonders interessant. Also da kannst du es eigentlich nicht ein ganzes Jahr lang drinnen aushalten.

Die griechischen Männer sitzen ja, sobald in der Früh die Sonne aufgeht, im Grunde vor dem Haus und schlafen oftmals auf dem Dach...

M.L.: Ich glaube, dass sich die skandinavische Architektur nicht zuletzt aus der Tatsache entwickelt hat, dass dort ja acht bis neun Monate Winter herrscht, und da muss man es wirklich drinnen aushalten können.

Abgesehen von den positiven Beispielen: Hat es vielleicht einen Raum gegeben, in dem Sie untergebracht waren, der sie depressiv gemacht hat?

M.L.: Ja, öfter. Ein guter Raum muss nicht teuer sein, das kann auch ein Ein-Stern-Hotel sein, aber es muss angenehm sein, der Raum muss mir Ruhe vermitteln können.

Ich war im letzten Winter in einem wunderschönen Gasthaus in Bad Gastein, das nur vier Gästezimmer hat, die zwar mit billigsten Mitteln, aber unglaublich viel Liebe eingerichtet waren. Ich glaube, man muss in einem Raum den Gestalter spüren, die Liebe des Gestalters, und der Raum muss, damit er wirklich schön ist, etwas Besonderes aufweisen. Also dieses Besondere ist immer wie ein Orden auf der Brust seines Trägers. Wenn ich irgendwo reinkomme und es ist was Besonderes da, erlebe ich das so, als ob das für mich aufgehängt oder hingestellt worden wäre.

Ich kenne Fünf-Sterne-Hotels, die nullachtfünfzehn durchgeplant sind, in denen ich das Besondere nicht erlebe. Da fühle ich mich eigentlich, um ehrlich zu sein, trotz des unglaublich teuren Ambientes nicht besonders wohl.

Weil es einhundert gleiche Zimmer sind und man fühlt sich wie einhundert andere, die diese Zimmer betreten?

M.L.: Das ist ein interessantes Phänomen, ja. Das ist lieblos.

Da sprechen wir ja wieder über die Objektivierung. Da wird man auch als Gast zum Objekt. Da ist man kein Gast mehr, sondern Objekt.

M.L.: Objekt, ja.

Ich finde das einfach total nett und liebevoll, wenn z.B. eine Mon Chéri-Praline auf dem Kopfpolster liegt, wenn da irgendwer daran gedacht hat.

M.L.: Ja, weil das heißt: „Ich bin für dich da.“ Ich bin für dich da. Es muss irgendwie signalisiert werden, ich bin für dich da.

Ich bin ja kein Architekt, wie gesagt, aber wenn du als Architekt was angeht und du schaust es dir dann an und du sagst: „Wenn ich jetzt in den Raum reinginge, dann hätte ich das Gefühl, es ist wer für mich da.“ oder: „Es ist kein Krankenhauszimmer“, obwohl die ganze Funktionalität, die in einem Krankenhauszimmer notwendig ist, drinnen wäre, dann passt das eigentlich schon. Es ist interessant, weil man keine Regeln aufstellen kann. Der eine Architekt würde es so machen, der andere würde es anders machen.

Ich habe einmal mit Künstlern über einen sehr interessanten Aspekt geredet, nämlich: „Wann ist ein Bild fertig?“ Meine persönliche Meinung ist, wenn du nicht aufhörst zu malen, wenn es fertig ist, dann verhaust du es. Wenn du früher aufhörst, passt es auch nicht.

Es ist diese Frage des Schnittpunktes, des: „Wann hörst du auf?“. Ich kann das jetzt nicht beantworten, aber die Frage ist berechtigt, weil Kunst muss immer damit zu tun haben, dass der Punkt des Aufhörens für den Außenstehenden nicht gleich verstehbar ist. Aber es ist, glaube ich, der Punkt, an dem der Künstler plötzlich eine Ruhe des Herzens empfindet. Dann hört er auf.

Wir hatten vor einer Woche eine Führung im Atelier vom Hannes Schwarz. Man konnte durch eine Scheibe vom Wohnbereich in sein Atelier reinsehen, und seine Tochter wollte Ihren Freundinnen zeigen, wie ihr Vater arbeitet. Aber er ist einfach tagelang nur dort gesessen und hat seine Bilder angeschaut. Er ist in Distanz zu seinen Bildern gesessen, tagelang, und hat sich überlegt, ob er diesen einen Strich noch macht.

M.L.: Das ist ein entscheidender Punkt. Diesen einen Strich kann er - wenn überhaupt - nur machen, wenn er eine totale Herzensruhe dabei hat, sonst

kann er es nicht, weil sonst ist er falsch. Ein Außenstehender kann aber nicht sagen, warum er den dort oder da macht oder warum er ihn auch nicht macht – das ist ein ganz eigener Prozess.

Zum Punkt des richtigen Aufhörens in der Ruhe des Herzens, ein Arzt muss das ja beim Patienten auch fühlen, oder?

M.L.: Freilich. Unbewusst gibt es diese Entscheidung bei Ärzten 100 Mal am Tag.

Was mache ich, wie tu ich es, wie suggestiv bin ich, welche Therapie macht Sinn. Ich bin überzeugt, dass ein Architekt gleich handeln muss, dass es auch beim Architekten darum geht, dass er auf den Punkt der Herzensruhe kommt. Da bin ich mir ganz ganz sicher, persönlich.

Ich glaube nur, dass Herzensruhe in unserer Gesellschaft manchmal nicht mehr sehr viel Stellenwert hat?

Früher war da vielleicht noch ein bisschen mehr Zeit, um die Dinge zu entwickeln, Fassaden zu entwerfen, eine gewisse Harmonie zu erzeugen in einem Stadtraum oder in den Räumen dazwischen, das ist alles verloren gegangen. Deswegen aber auch meine Frage vorhin, ob man den Anteil von Raum am Heilungsprozess irgendwie verifizieren könnte, um sozusagen eine volkswirtschaftliche Argumentation zu liefern.

M.L.: Nun, das ist wahnsinnig schwer: Da müsste man eine Untersuchung machen, bei der man die sonstigen Variablen völlig standardisiert.

Dazu fällt mir übrigens eine schöne Studie ein: Ein neues Medikament wurde mit einem Placebo verglichen und im ersten Schritt konnte gezeigt werden, dass das Medikament wirksamer ist als das Placebo. Dann wurde aber überprüft, welche Prüfarzte welches Medikament verabreicht haben, und sie sind draufgekommen, dass die im gesamten Versuch erfolgreichsten Ärzte auch mit den Placebos besser waren, als die im gesamten „erfolgslosesten“ Ärzte mit dem Medikament.

Daraus lässt sich schließen, dass andere Komponenten, wie zum Beispiel das Charisma des Arztes, manchmal einflussreicher sind als die Medikamentenwirkung. Darum stellt sich hier die Frage, wenn ein besonders charismatisches Team von Therapeuten und Ärzten da ist, vielleicht ist die schlechte Architektur dann egal.

Aber zurück zu den Räumen: In der Psychiatrie ist es ja schon so, dass das Bett eine weniger große Rolle spielt. Aber in den Krankenhäusern, in der gesamten Medizin, ist es so, dass das Bett einfach viel zu sehr im Vordergrund steht. Vielleicht sollte man in Krankenhäusern Wohnräume statt Schlafzimmer machen.

Es gibt ja auch den Ansatz, dass man im Wohnraum eigentlich keine Schlafräume erzeugen soll. Einfach Wohnräume, wo zufällig auch ein Bett drinnen steht?

M.L.: Wo man auch wohnt.

Ja. Ein kleines Detail: Es gibt bei Architekturmodellen keine Figuren für schlafende Personen. Dieses Thema Schlafen oder Liegen ist im Architekturdiskurs praktisch nicht existent. Und seit Jahrzehnten oder vielleicht sogar seit Jahrhunderten wird das Schlafen getrennt vom Leben, in einen eigenen Raum verbannt.

M.L.: Es gibt ja vieles, auch die Tendenz, das Bad zu einem Wohnraum zu machen. Warum dann nicht das Schlafzimmer zu einem Wohnraum machen? Ich baue gerade selber, beziehungsweise habe selbst gerade die Planung eines Hauses abgeschlossen, und da haben wir uns für einen sehr großzügigen, eigenartigen Wohnraum entschieden, wo alles Mögliche passiert: essen und faulenzten und ... Wir haben aber dann doch einen eigenen Schlafraum.

Aber jeder Quadratmeter kostet ja und letztendlich ist halt alles eine Frage des Preises. Wenn du irgendwo quadratmetermäßig eingeschränkt bist, dann fragst du dich, hast du lieber einen sehr, sehr großzügigen Wohnraum und nur zusätzlich einen kleinen Schlafraum, der dann nicht mehr zum „Wohnen“ genutzt werden kann.

Die Konzepte in der Architektur gehen manchmal auch von einer unermesslichen finanziellen Stemmbarkeit aus.

Wirklich originell wird es ja, wenn du auf kleinem Raum alles zusammenbringst, das ist super.

Damit sind wir eh schon wieder bei der japanischen Architektur? Bei einem „normalen“ Wohnraum, der durch das Ausrollen des Futons zum Schlafraum wird?

M.L.: Ja, das ist super. Das ist der Punkt.

Ich habe gelesen, dass Kranksein auch die Raumwahrnehmung verändert. Gibt es dazu Studien?

M.L.: Ich muss ehrlich sagen, dazu ist mir überhaupt keine Literatur bekannt, aber das könnte ich mir schon vorstellen. Es gibt Architekturen wie das Taj Mahal oder die Alhambra in Granada, sehr einprägsame Bauwerke, die habe ich persönlich erstaunlicherweise jedes Mal, wenn ich dort war, anders wahrgenommen. Raumwahrnehmung an sich ist sicherlich kontextabhängig, beziehungsweise ist aus meiner Sicht klar, dass die Rekonstruktion von Phänomenen hauptsächlich aus dem Gedächtnis entsteht, und nicht aus der Wahrnehmung.

Da gibt es eine schöne Studie: Bei dieser haben sie mittels Magnetresonanz untersucht, was sich im Gehirn verändert, wenn ein Mensch an „Tisch“ denkt und dann tatsächlich einen vor sich sieht. Wie viele Neuronen verändern sich dann, also von der generellen Repräsentanz von „Tisch“ im Gehirn zum wirklich gezeigten Tisch? Wie viel verändert sich an der Vorstellung angesichts einer neuen Wahrnehmung? Das waren nur mehr 16 bis 18 % der Neuronen, die sich verändert haben. Die Autoren kamen zum Schluss, dass unsere Vorstellungen eigentlich das meiste von dem, was wir wahrnehmen, sozusagen im Vorhinein prägen, und daher können wir, wenn wir einmal wen kennen, ihn gar nicht mehr neu anschauen, weil wir eigentlich nur mehr das sehen, was wir uns ohnehin schon vorstellen, was wir glauben, zu kennen.

Wenn man sich bewusst von dem abwendet, was man vom anderen zu wissen glaubt, und den neu anschaut, dann sieht man wieder was Neues. Dann sieht man, dass der anders ist. Manchmal hat man sich nicht so im Griff und dann schaut man jemand anderen so geistesverloren an, und dann denkt man sich, der schaut anders aus. Kennen Sie das?

Ja!

M.L.: Also, das ist wirklich ein wahnsinnig interessantes Phänomen.

Das ist wahnsinnig spannend, ja. Es hat natürlich auch seine Vorteile und durchaus Nachteile, vor allem in Beziehungen, weil man ja glaubt, man kennt den anderen ja, daher interessiert man sich nicht mehr für ihn. Ich sage immer, du kannst nur Interesse an etwas haben, was du nicht kennst. Wenn du jetzt verheiratet bist mit wem und den gut kennst, kannst du dich nicht mehr für den interessieren, außer du verstehst, dass du einen Menschen nie kennen wirst, Du vergisst jeden Tag aktiv deine Vorstellungen und schaust ihn neu an.

Ja, aber dann müsste die Spitalsarchitektur auch anders ansetzen: Weil in dem Moment, wo ich mir denke, ich gehe in ein Spital, habe ich ja auch schon meine Vorstellungen parat und dann müsste das Spital schon wirklich ganz ganz anders sein, dass ich es wiederum als Nicht-Spital wahrnehmen könnte.

M.L.: Ja, die Architektur dürfte diesen Vorstellungen davon nicht entsprechen. Ich weiß nicht, wer das geplant hat, aber das LKH Graz Süd-West, Standort West, „unser“ Spital, da gehe ich eigentlich gern rein. Das hat eine schöne Rezeption, eine großzügige Erschließungszone, und es ist so offen, es kommt mir nicht wie ein Spital vor!

Gerade bei der Erschließungszone wird aber gerne im Raumprogramm gespart, zumindest wird gefragt: „Wozu braucht Ihr so ein großes Eingangsfoyer?“

M.L.: Also, ich finde das sehr angenehm, wie das dort ist. Als ich zum ersten Mal in unser Spital gekommen bin, also in das Landesnervenkrankenhaus damals, war das sehr beklemmend; Anstaltsarchitektur halt.

Mittlerweile haben wir das ja eigentlich auch schon ein bisschen besser hingebbracht, beklemmt bin ich nicht mehr. Es könnte schon noch ein bisschen was passieren, aber beklemmt bin ich nicht mehr.

Auch das Foyer im Hauptgebäude, das ist schon lässig. Allein dadurch, dass das Niveau ausgeglichen wurde, hat der Raum Atmosphäre bekommen.

Es ist einiges passiert, auch durch die Schrift, die die Struktur der Fassade durchbrochen hat.

Was würden Sie sich noch baulich wünschen, wenn Sie ändern könnten, wie Sie wollten?

M.L.: Ja, viel.

Was würde ich mir wünschen, wenn ich könnte, wie ich wollte? Wir haben natürlich viel zu kleine geschützte Bereiche, das ist sehr schwierig.

Was sind geschützte Bereiche?

M.L.: Das sind geschlossene Abteilungen, kontrollierte Bereiche. Mehr Räume bräuchten wir nicht, aber größere Räume.

Im Umgang mit Patienten, die für sich oder andere gefährlich sind, wo ist da die Grenze zwischen dem Prinzip der Kontrolle und dem achtsamen Umgang mit einem Menschen, mit einem Recht auf Würde und Intimität?

M.L.: Ja, da gibt es eine Diskussion, ob eher ein Durchsichtsfenster gut ist oder doch eine Videoüberwachung. Wir haben Durchsichtsfenster mit Rollläden, die wir teilweise abdunkeln, wo man noch ein bisschen durchschauen kann, damit man nicht den Eindruck gewinnt, dass immer wer schaut. Wir wollen auch nicht, dass immer wer neben dem Patienten sitzt, aber wir müssen ihn trotzdem im Auge behalten. Das sorgt immer für Diskussionen. Video ist natürlich noch anonym, aber ist irgendwie auch kontraproduktiv, wenn du dauernd „gefilmt“ wirst. Das ist eine extreme Situation für Menschen, nicht leicht zu lösen.

Aber da schauen wir schon, dass wir das besser gestalten können. Es geht aber aus ökonomischen Gründen nur so sukzessive, dass wir einen Raum nach dem anderen freundlicher machen, offener machen.

Was macht einen Raum freundlich?

Vor allem, wenn genug Tageslicht vorhanden ist. Teppiche darf man leider nicht haben. Wenn man sieht, dass neu ausgemalt ist. Wünschenswert wäre auch mehr Verbundenheit mit der Natur, also, dass Garten und Räume ineinanderfließen wie im Louisiana-Museum. Es wäre schön, wenn die Natur so reinkäme ins Krankenhaus, wenn das eine fließende Geschichte wäre. Dann die ewige Geschichte: Einzelzimmer oder Mehrbettzimmer?

Ich weiß nicht, ob man das architektonisch lösen könnte, aber es wäre super, dass, wenn die Leute zu uns kommen, sie zunächst in einem Einbettzimmer wären, und wenn sie dann besser „beieinander“ wären, in einem Mehrbettzimmer oder im Zweibettzimmer untergebracht würden. Wenn wir da ein wenig mehr Flexibilität hätten, das wäre gut.

Im psychiatrischen Bereich ist es manchmal allerdings schon auch super, wenn die Leute die Möglichkeit haben, in einem Mehrbettzimmer zu sein oder im Zweibettzimmer.

Warum?

M.L.: Ganz einfach, weil die soziale Kontrolle durch die Patienten selbst keine schlechte Sicherheitsvorkehrung ist.

Dann finde ich persönlich die Hundertwasserstation auf der Onkologie ja nicht ungut, dem Kind in mir gefällt das durchaus, aber ich frage mich, ob man in der Gestaltung wirklich so aufdringlich sein soll?

Da habe ich eine eigene Idee dazu: Aus der systemischen Theorie wissen wir ja, die Botschaft entsteht beim Empfänger. Das heißt, eine gute Kommunikation versucht zwar immer manipulativ einem anderen Menschen etwas suggestiv zu vermitteln, aber es sollte innere Haltung des Vermittlers sein, dass er dem anderen zugesteht, das Seine daraus zu machen. Darum muss man mit der ganzen Suggestibilität und Manipulation ein bisschen dezent sein, aufdringlich sollte es nicht sein. Dass einer das spüren muss, was ich will, das mag ich nicht.

Ich habe mit Gerald Brettschuh geredet, und da habe ich gesagt, „Gell, du weißt schon, dass du kein Künstler bist?“, hat er gesagt, „Warum?“, „Weil die Kunst entsteht dann, wenn dein Kunstwerk von einem betrachtet wird und der ist davon berührt. Also der Zuschauer ist der Künstler und nicht du!“ „Ja, du hast Recht“, hat er gesagt.

Das muss man, glaube ich, wissen, dass der Moment, in dem Kunst entsteht, tatsächlich der Moment der Betrachtung ist. Natürlich ist dieser berührende kreative Vorgang dann auch ein künstlerischer Moment, der von tiefer Transzendenz geprägt ist.

Letztendlich ist ja der künstlerische Prozess nicht das, auf das die Kunst abzielt, sondern der künstlerische Akt ist, jene Realität in die Welt zu bringen, die wir in der Funktionalität des Wahrnehmens übersehen, die aber mehr

Realität ist, als alles andere.

So ist es mit der Architektur auch. Die Schönheit muss ja immer etwas Numinoses haben. Das ist das Problem der Kunsthause-Blase, die zu suggestiv ist. Also, es ist eine super Idee und mir gefällt es jedes Mal, wenn ich sie sehe. Eigentlich gefällt sie mir an sich hauptsächlich deswegen, weil sie so „klass groovt“ mit ihrer Umgebung. Sie funktioniert im Kontext, vor diesem Hintergrund, aber sonst ist die Botschaft eigentlich meiner Meinung nach zu konsistent für ein eigenständiges Kunstwerk.

Da stellt sich aber die alte Frage, ob Architektur Kunst ist?

M.L.: Wenn wir schon bei Kunst sind, warum soll die Architektur nicht Kunst sein? Ich wüsste nicht, um ehrlich zu sein, wo die Kunst endet. Wo endet die Kunst? Also das ist für mich keine Frage!

Prim. Univ.- Prof. Dr. med. Dr. phil.

Michael Lehofer

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, klinischer Psychologe
und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut.

Ärztlicher Direktor des LKH Graz Süd-West,

Leiter der Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie 1 und 3



Toni Muhr

Fotografin | Clara Wildberger - HDA

T.M.: Mein Werdegang ist so, dass ich eigentlich Architektur inskribiert hatte, aber an der Oper und Schauspielerei und schließlich in der Fotografie hängen geblieben bin. Ich habe für viele Kollegen deren Projekte fotografiert, war aber eigentlich trotzdem mit Leib und Seele Architekt. Warum ich trotzdem zur Fotografie gekommen bin, war, weil mir Architektur einfach zu langsam war. Man hängt an einem Projekt oft mehr als zwei Jahre, und das kann ich dann nicht mehr sehen.

In der Fotografie habe ich gleich am Anfang einen super Job gehabt, bei dem ich für Zeitschriften um die Welt gereist bin, überall herumgekommen bin und Portraits von Künstlern gemacht habe, von Indianern, Tigern, was weiß ich alles. Hier gab es auch erste Berührungen mit der Medizin: Mein bester Freund war Tropenarzt und wir haben sogar einmal quasi auf Lehm-boden operiert und ich habe assistiert - im Dschungel in Venezuela.

Wie ist das ausgegangen?

T.M.: Ja, es hat alles funktioniert, zumindest ist der Patient nicht an einer Sepsis gestorben.

Was uns für unser Interview unter anderem besonders interessiert, ist deine Zeit in Leoben, wo du selbst Patient warst?

T.M.: Gut. Also, vor ungefähr fünf Jahren war meine letzte Operation bei der man mir eine Niere entfernt hat. Davor war ich acht Jahre lang Krebspatient, wo so ca. alle halben Jahre irgendeine Chemo oder Operation oder irgendetwas war.

Acht Jahre lang?

T.M.: Ja, ich war wirklich jedes halbe Jahr im Spital.

Angefangen hat das so:

Mir ist es auf einmal sehr schlecht gegangen, und ich bin zum Internisten gegangen, der hat gesagt, das muss man abklären. Ich war dann auf der Stolzalpe bei der Gesundheitsuntersuchung, und da sind wir draufgekommen, dass ich ein Dickdarmkarzinom im oberen Bereich habe, in der höchsten Stufe. Nachträglich, nach der Operation, hat sich herausgestellt, dass es wirklich schon um Tage gegangen ist, die Lymphknoten waren schon befallen, aber

sie waren noch nicht am „Ausschütten“. Vier Tage später hätte das ganze komplett anders ausschauen können, und es war auch sehr kompliziert, weil ich nach der OP einen Darmverschluss hatte, der Darm hat sich gedreht und sie mussten fast einen Meter Dickdarm rausgehen. Aufgrund von Komplikationen war ich dann in Summe 14 Tage auf der Intensivstation, die sehr einprägsam waren.

War das auf der Stolzalpe damals, zu diesem Zeitpunkt?

T.M.: Ich war bei der ersten OP auf der Stolzalpe, und dann war ich in Leoben. Leoben kann ich nur empfehlen – jedenfalls das Ärzteteam. Das sind wirklich ausgezeichnete Leute. Jetzt ist es auch räumlich ein bisschen besser, nachdem ja die KAGES viel investiert hat.

Nein, die Größe ist sehr gut, es ist ein mittelgroßes Krankenhaus, das Personal kennt und unterhält sich auch untereinander – also zwischen den verschiedenen Disziplinen – und sie unterhalten sich mit dem Patienten.

Da ist es vorgekommen, wie es mir schlecht gegangen ist, als es wirklich ernst war, dass der Arzt wirklich extra am Wochenende reingekommen ist, um zu schauen, wie es mir geht. Aber auch interdisziplinär, zwischen den verschiedenen Fachbereichen, ist die Kommunikation ein ganz wichtiger Punkt. Das liegt sicher auch an der Größe des Spitals selbst, aber da könnte man sicher auch architektonisch etwas machen.

Wie empfindet man als Langzeitpatient unterschiedliche Stationen, wo liegen Unterschiede, Gemeinsamkeiten?

T.M.: Ich kann euch jedenfalls sagen, dass man das in mehrere Teile unterscheiden muss.

Also eine Sache ist dieser extreme Zustand, wenn du nach der Operation zum Beispiel auf der Intensivstation bist. Dann liegst du als Patient nach der Behandlung oder nach einer Operation im Zimmer und dann gibt es noch die Aufenthalte in der Ambulanz.

Starten wir mit der Intensivstation:

Das ist ein extrem übertechnologierter Bereich, der extrem quälend für den Patienten ist. Wieso? Du bist in einer Situation, und das unterschätzen die Ärzte genauso wie jemand, der die Räume ausstattet, in der du dich mit allen deinen Sinnen in einem extremen Zustand befindest. Der Körper ist

hypersensibel, er nimmt alles im Unterbewussten wahr, alles, jeden Pieps! Dazu kommt noch, dass sich, wenn du mit Morphium oder ähnlichen Drogen vollgepumpt bist, das Zeitgefühl komplett verändert. Also die Zeit dehnt sich für dich wie einem Film. Mir ist es oft passiert, ich schau auf die Uhr, es sind gerade fünf Minuten Zeit vergangen, aber mir ist es vorgekommen wie zwei Stunden.

Dann hast du extreme Schmerzen, du nimmst jedes Geräusch wahr, das Licht, das von oben kommt, furchtbar, die Piepse der Maschinen, die oft komplett umsonst sind, das Geschwafel der Pfleger, das nimmst du extrem wahr. Oder das Telefongeräusch.

Der Geruch der Desinfektionsmittel, der Geruch ist da eine extrem wichtige Geschichte.

Und die Farben!

Also ich habe ein extremes Erlebnis gehabt als ich auf der Intensivstation war: ich habe – gerade so – ein kleines Stück vom Fenster gesehen, so ein Eckerl von einem Fenster, wo ich gerade auf die Berge schauen konnte. Das habe ich den ganzen Tag beobachtet, das Licht und die Veränderung. Ich habe mir das Eckerl angeschaut und habe zugeschaut, wie sich durch das Sonnenlicht und die Veränderung der Lichteinstrahlung der Tag verändert hat und dieses Eckerl, das habe ich wirklich fixiert. Das war so wie ein meditatives Erlebnis, das war ganz wichtig. Das war für mich ein Wahnsinn, dass ich das Eckerl Grün und die Bäume draußen gesehen habe, diese Veränderung der Farben. Das war für mich extrem wichtig. An dem habe ich mich festgehalten. Du kannst nichts lesen und kannst nicht fernsehen. Aber Licht und Farbe, ja, ist ganz was Extremes in dem Zustand.

Auf der anderen Seite war einmal so eine Situation, wo ich zum Beispiel, dadurch, dass man nichts Gescheites zum Essen bekommt, nur die Infusionen mit den Schmerzmitteln, angefangen habe, alle Cocktails, die ich in meinem Leben getrunken habe, namentlich und nach Farben zu sortieren. Man fantasiert irgendwelche Dinge und auch da sind immer wieder Farben vorgekommen, und Geräusche.

Wenn man auf der Intensivstation liegt, schaut man an die Decke, und dort ist nichts außer ein paar Lüftungsschlitzen und Lampen, die dich blenden, Dinge, die für dich eigentlich völlig unangenehm sind. Diese Visionen, die ich da drinnen gehabt habe. Du bist in der Realität und auf einmal bist du in einer Vision mit irren Bildern drinnen, und da brauchst du irgendwas,

an dem du dich festhalten kannst, aber das bietet dir keine Intensivstation. Im Gegenteil, ich habe das wie eine Foltermaschine empfunden. Das Unterbewusstsein ist extrem stark durch die starken Schmerzmittel beeinflusst, und dazu kommt der Zustand, in dem sich dein Körper befindet; da ist man in einem übersinnlichen Zustand, der Geist hat extrem viel Zeit alles zu beobachten und aufzunehmen. Nicht nur, was man alles sieht, etwas, was mir auch immer dazu einfällt, sind Geräusche. Also ich kriege jetzt immer noch eine Phobie, wenn ich ins Krankenhaus komme, und ich höre dieses typischen Läuten: tütüt, tütüt. Da zucke ich aus. Da kommen auf einmal die ganzen Erinnerungen, schwierige Erinnerungen ans Krankenhaus. Und die Gerüche, ja. Also Gerüche sind eine extreme Geschichte, die in dem Zustand außerordentlich wichtig sind. Da könnte man sicher was machen und ich glaube, dass das alles die Heilung sehr beeinflussen könnte. Eine Chemotherapie ist auch so ein Ausnahmezustand. Man kann sich überhaupt nicht vorstellen, wie es dir in diesem Zustand geht. Ich habe zum Beispiel Chemotherapien gehabt, bei denen du drei Tage lang, 24 Stunden, angehängt bist – durchgehend – und dann kommst du heim, brauchst erst einmal fünf bis sechs Tage, bis du dich überhaupt einigermaßen erholt hast, und dann kriegst du eine Lungenentzündung oder eine Durchfallerkrankung. Der Körper ist komplett geschwächt – dann hast du noch eine Woche Pause und dann kommt schon die nächste Chemo. In dem Zustand ist jede Kleinigkeit für den Körper einfach eine Belastung. Das heißt, wenn mich mein Kind, das eineinhalb Jahre alt war, lustig irgendwas gefragt hat, dann war diese eine Frage für mich schon eine extreme Belastung. In der Früh musst du dir sagen: Ich steh jetzt auf, ich gehe ins Badezimmer, ich nehme die Zahnbürste, ich tue die Zahnpasta auf die Zahnbürste. Du musst alles formulieren, damit du diese Dinge überhaupt tun kannst, und wenn du in so einem Zustand bist, dann brauchst du Hilfe! Aber der andere nimmt das ja nicht so wahr, wie du die Welt in dem Moment wahrnimmst, und da hilft dir ja keiner, weil niemand weiß, wie es dir geht.

Wie könnte man diese Erfahrung in Architektur verwandeln?

Wie man das jetzt architektonisch umsetzen kann? Für mich war Architektur, also als ich etwa 15, 16 Jahre alt war, im Grundtenor die Optimierung und die ästhetische Verschönerung der gesamten Umwelt, von der Speisekarte bis zum Klo, bis zum Platz. Vielleicht sollte man zu diesem Verständnis

wieder zurückkehren?

Also all diese Dinge, die man sich als Kind so vorstellt, das ist für mich Architektur und ich glaube, dass da ein Ansatz wäre, gerade im Bereich der Spitäler oder des Gesundheitlichen. Architektur sollte nicht nur sein, dass man einen Stein auf den anderen setzt und eine Tür einbaut, sondern dass das gesamte Leben, alle Sinne, dort beeinflusst werden – positiv, damit ein Heilungserfolg einsetzen kann.

Anfangen mit Tageslicht und Sicht nach außen?

T.M.: Eine Sicht auf Pflanzen und wenn draußen ein Garten wäre, das wäre schon viel besser.

Zumindest Bilder an der Decke oder kleine Bildschirme, die irgendwelche Landschaften zeigen – das alleine wäre schon besser, ja, aber das echte Tageslicht ist natürlich schon ein Wahnsinnspunkt, oder begrünte Lichthöfe...

Wie müssten die aussehen?

T.M.: Gepflegt! Es darf kein vernachlässigter Raucherhof sein, es muss gepflegt sein, wie ein japanischer Garten. Du kannst rausschauen, und du siehst genau auf den Hügel und auf die Pflanzen, alles hat seinen Grund – gerade bei diesen extremen Orten wie einer Intensivstation wäre das wichtig. Viele Leute glauben, dass es egal ist, wenn der Patient sich im Koma oder im Tiefschlaf befindet – aber das ist ein völliger Blödsinn.

In Summe war ich wirklich 14 Tage lang auf der Intensivstation. Ich weiß jetzt zwar nicht, wann was passiert ist, aber ich weiß fast von jedem Tag irgendwas. Noch immer! Ich könnte, wenn du mich jetzt blind ins LKH Leoben bringst, dir ungefähr sagen, wie komme ich dort hin und wo ist der Raum, rein gefühlsmäßig, so stark hat sich das eingepägt.

Hast Du das vielleicht auch deshalb bewusster wahrgenommen, weil du sowieso ein „Augenmensch“ bist, architektonisch geschult bist?

T.M.: Ich kann es vielleicht besser formulieren, und ich kann auch für die Leute sprechen, die es nicht bewusst wahrnehmen, aber das Unterbewusste spielt ja sicher bei jedem mit. Manchen Leuten ist es vielleicht egal, aber trotzdem beeinflussen gewisse Dinge die Menschen wirklich. Ich habe auch

viel mit Ärzten gesprochen damals, und da ist schon ein sehr großes Interesse da, bei vielen von ihnen.

Das ist halt eine ganz andere Schiene?

T.M.: Ich will jetzt da gar keine Begriffe wie „gesamtheitlich“ oder ähnliches überstrapazieren, sondern ich glaube einfach, das kann man anders machen. Ich meine, wichtig ist, dass man im Gesundheitswesen Gesprächspartner findet, die auch wirklich versuchen, auf diese Dinge Rücksicht zu nehmen.

Ich glaube, wenn man das in gewissen Kulturkreisen – in Korea, Japan, oder in Indien – machen würde, ein Krankenhaus nach diesen Richtlinien ausbilden, dann hast du dort einen super Ruf!

Das wäre sicher interessant.

T.M.: Zumindest als Versuch wäre es, glaube ich, eine tolle Sache, und ich stelle mich da gerne zur Verfügung mit meinen Erfahrungen und dem Bewusstsein, das ich da ausgebildet habe. Es ist halt schwierig, das jetzt vielleicht zu formulieren, aber ich kann nur sagen, auf der Intensivstation werden alle Sinne jedes Menschen beansprucht, im Unterbewussten werden alle Dinge wahrgenommen, weil der Körper gerade hier in einem unglaublichen „Überzustand“ ist.

Sozusagen auf höchster Alarmstufe?

T.M.: Ja, da nimmt er alles wahr. Er schaltet gewisse Dinge auf Autopilot, ja, aber die Umwelt wird trotzdem wahrgenommen. Ich kann mich an die Gespräche von manchen Pflegerinnen erinnern, eine hat sich umschulen lassen von Friseurin auf Schwester. Ich weiß noch ganz genau, wie sie das erzählt hat, ich kann mich noch genau an das Gespräch erinnern. Und dann kommt ein Unfallopfer rein und du hörst, wie sie alle reinkommen, und dann merkst du, dass der stirbt, ja, neben dir. Eineinhalb Meter, nein, nicht einmal, von dir entfernt. Das nimmst du komplett wahr und das ist nicht lustig. Das nimmst du alles wahr.

Würde ein Vorhang helfen, oder bräuchte man eine Wand?

T.M.: Ein Vorhang wäre komplett umsonst – du nimmst ja akustisch alles wahr. Du wartest die ganze Zeit, was passiert denn eigentlich? Für dich ist ja alles, was Abwechslung ist, interessant – sie kommen mit dem Röntgen, dann kommen sie mit anderen Dingen. Es ist alles interessant, und, wie gesagt, wenn jemand sehen kann, ist das, was du siehst, das Optische, wahnsinnig wichtig. Du schaust die meiste Zeit so irgendwie schräg an die Decke, viele Leute können sich nicht einmal bewegen. Wenn du eine schwere Operation hattest, kannst du dich nicht einmal drehen.

Ich sage einfach, irgendwelche billigen Monitore mit Landschaftsabläufen würden dich schon positiv beeinflussen. Das ist, glaube ich, die einfachste Geschichte.

Ein Sonnenaufgang und so Sachen?

T.M.: Ja, wirklich. Eine grüne Landschaft.

Es gibt da diese Bildschirmschoner, bei denen dann wunderschöne Landschaften von tollen Hawaii-Fotos laufen. Das ist auch der archaische Ursprung, das, wo der Mensch herkommt. Also Grün ist sicher eine ganz interessante Farbe. Grün ist das einzige. Wichtiger als Blau. Obwohl Blau und Himmel? Aber Pflanzen, Grün ist viel wichtiger.

Grün als Sinnbild für Leben, für Entwicklung?

T.M.: Ja, Grün ist für dich in dem Zustand extrem wichtig: Man muss eine Veränderung spüren, es darf nicht ewig gleich bleiben, es muss sich irgendwas tun, wenn auch nur langsam.

Wie war das dann auf der „normalen“ Station?

T.M.: Auf der Normalstation hat man dann schon ein bisschen Bewegungsfreiheit. Aber auch hier ist das Innen und Außen sehr wichtig.

Manchmal ist das direkt komisch, wenn zum Beispiel die Schwestern dauernd mit ihren zwei Vorhängen kommen, mit dem weißen durchsichtigen und dem komplett finsternen. Mich kannte dann schon jede Schwester, weil ich den Vorhang immer weggetan habe, weil das hat mich so genervt,

ich will ja rausschauen können! Und sie kommen dann jedes Mal wieder rein und ziehen den Vorhang wieder vor, weil das ist halt so Standard, das muss so sein. Aber ich bin in dem Zimmer und nicht sie, ich muss irgendwo hinschauen können. Ich brauche diesen Kontakt nach draußen. Denn, was willst du als Patient, du willst ja wieder raus! Das ist ja der Sinn, du willst raus und das ist dein Wunsch und deine Fluchtrichtung. Es muss nicht eine Super-Wahnsinns-Glaswand sein, es ist fein, wenn es das gibt, aber es reicht, wenn jeder für sich ein bisschen einen Blick nach draußen hat.

Und ein weiterer Punkt auch hier wieder diese Gerüche, diese Desinfektionsmittel!

Ich habe einmal gehört, dass in einem Schweizer Krankenhaus im ganzen Gebäude mit ätherischen Ölen, die über die Klimanalagen verteilt wurden, experimentiert wurde.¹ Das finde ich extrem wichtig, auch wenn viele Leute das vielleicht gar nicht bewusst wahrnehmen.

Ich kann mich aber erinnern, gerade wenn du zum Beispiel eine Darmgeschichte hast und sehr viel fasten musst und dich sechs Wochen lang von Suppe ernähren musst, nimmst du Gerüche und Geschmäcke extrem wahr. Wenn du nach dem Fasten das erste Mal eine Kartoffel isst – die brauchst du nicht zu salzen! Du nimmst die Dinge viel intensiver wahr als ein „gesunder“ Mensch. Als Normalsterblicher versteht man das gar nicht, auch der Arzt und der Pfleger nicht.

Krankenhausessen wäre für sich ohnehin auch so ein Punkt. Jetzt habe ich wieder gehört, das das Essen für manche Krankenhäuser gar nicht in Österreich hergestellt wird? Dabei wäre es mir doch egal, wenn ich 10 Euro am Tag zahlen müsste, damit ich ein besseres Essen kriege. Auch das gehört zur Heilung dazu!

Es ist einfach alles wichtig, was du empfindest in dem Zustand.

Ich glaube, es scheitert auch daran, dass das Personal dort wirklich auch in einer Stresssituation ist, aber schon auch versucht, es möglichst jedem recht zu machen, aber sie können das Ganze ja nicht wie du als Patient wahrnehmen, die Ausnahmesituation nachempfinden.

¹Phyto-Aromapflege wird mittlerweile auch in Österreich anerkannt, u.a. bei den Barmherzigen Brüdern/St. Veit an der Glan, siehe auch: M.C. Pibiri et al.: Reinhaltung der Innenraumluft und Hygienisierung von Lüftungsanlagen mit ätherischen Ölen, in „The international Journal of Aromatherapy (2006) 16, 149-153 sowie V. Edward-Jones et al.: The effect of essential oils on methicillin-resistant Staphylococcus aureus using a dressing model, in: Burns 30 (2004) 772-777.

Wie würdest du dir ein ideales Krankenzimmer vorstellen?

T.M.: Also, das Schwierige ist, dass ich ja nicht weiß, wie andere Menschen damit umgehen. Wenn man das jetzt anders gestalten würde, würde vielleicht auch jemand sagen, „Um Gottes Willen, da will ich nicht bleiben!“

Ich glaube, dass Pflanzen nach wie vor wahnsinnig wichtig sind.

Die dürfen ja aus Hygienegründen nicht im Zimmer stehen, aber der Blick auf Pflanzen ist schon heilend – wenn auch nur hinter Glas! Da kann man sich sicher etwas einfallen lassen

Ein weißer steriler Raum schaut zwar auf einem Plan wahrscheinlich gut aus, aber ich glaube nicht, dass das den Menschen wirklich positiv beeinflusst.

Florale Motive an der Wand zum Beispiel, so wie im Jugendstil, wäre das etwas Positives?

T.M.: Arabische Muster, ja, geometrische Muster, ich glaube, dass das wunderschön wäre. Du brauchst einen Zirkel und ein Lineal und aus diesem Ding schaffst du alle Muster, etwas, was immer wieder vorkommt: das Viereck, Fünfeck, Sechseck. Florale Muster, auch gut, der Jugendstil hat sich ja auch aus gewissen asiatischen oder arabischen Einflüssen entwickelt. Das kann sehr beruhigend und zugleich anregend auf den Menschen wirken. Vielleicht kann man das sogar dreidimensional machen, stuckaturmäßig.

Mein Lieblingsbeispiel: die Muster, die Architekt Feyferlik im Grazer Hospiz an die Wand „walzen“ ließ?

T.M.: Ja, wenn da ein Licht draufscheint und du hast diese dauernde Veränderung.

Schatten und Licht, wenn du zum Beispiel so was hast, beklebte Glasflächen, solche Muster drauf und die bilden dann diesen Schatten, sanfte Schatten an den Wänden. Also solche Dinge könnte ich mir vorstellen, ja. Das ist lebendig, da bringst du was Lebendiges rein.

Ich glaube, dass es sehr wichtig ist, was im Unterbewusstsein abläuft, auch wenn viele Menschen einfach keinen Sinn für so etwas haben. 70 Prozent der Leute nehmen diese Dinge oft gar nicht bewusst wahr, ja, aber das Unterbewusstsein nimmt das wahr!

Ich glaube, dass alles, was mit dem Leben zu tun hat oder lebendig ist, diese Muster hat. Es ist ja nicht umsonst im arabischen Raum so wichtig; es hat was mit dem Ursprung des Lebens zu tun, mit dem Bauplan des Lebens, eine ewige Wiederholung von Mustern...

Und ich glaube, es würde reichen, wenn man vielleicht nur mit so einer Folie Licht- und Schattenspiele erzeugen würde, sanfte Muster irgendwo auf den Dingen – das Auge braucht das.

Ich habe mal einen Fasan bekommen, zum Essen, habe den aber ausstopfen lassen, weil ich den so schön fand. Wenn du da die Federn anschaust, was das für ein Muster ist, im Makro, das ist irre schön.

Aber da ist man halt noch nicht so weit, das wird zum Teil noch immer als Kitsch empfunden!

T.M.: Das muss man erst formal entwickeln.

Ich mache euch einmal ein Foto von dem Fasan! Das kann man in schwarz-weiß oder in Farbe nehmen. Und wenn man so einen Ausschnitt im Makrobereich aufbläst, das schaut so arg aus, das ist so toll! Diese Wiederholungen hast du im Mikrokosmos immer wieder, bewusst von Lebewesen oder aus der Welt der Mathematik oder der Physik...

Ein bisschen Dekor fürs Krankenhaus, also im positiven Sinn?

T.M.: Das interessiert mich selber, macht vielleicht jetzt einen Sinn, warum ich mich damit beschäftigt habe. Also da gibt es eben einfache Dinge, die total schön sind. Ich glaube, dass man das sehr wohl, vielleicht einmal für irgendeine Art „Pilotzimmer“, versuchen sollte?

Es wird ja auch dran gearbeitet. Also die letzte Intensivstation, die ihr gebaut habt, da ist die Decke schon mit Mustern bearbeitet worden. Einige Anregungen für die positive Stimulanz des Unterbewusstes sind ja schon in Arbeit. Dann nehmen wir noch einen Gartenexperten her, der vielleicht sagt, okay, man könnte Pflanzen setzen, die sich schnell ändern, ohne viel Pflege, die trotzdem schön bleiben. Vielleicht könnte man sogar mit immergrünen Flächen arbeiten, mit einer Mischung von irgendwelchen Pflanzen, die ins japanische Gartenniveau gehen?

Kakteen?

T.M.: Sind wunderbar.

Noch ein wichtiger Punkt im ganzen Prozess ist der Wartebereich. Du warst sicher in der ganzen Geschichte auch mal in der Ambulanz?

T.M.: Tja, das ist sozusagen der Haupt-Traffic-Bereich, wo du als Patient immer wieder verweilen musst, in Warteposition; da bist du verunsichert, bist krank und da spielt auch eine gestalterische Geschichte rein: die Orientierung. Was mir immer wieder aufgefallen ist, ist das Fehlen von Informationsdesign, also die Wegeführung ist gelinde gesagt verbesserungswürdig. Ich war noch nie in einer Ambulanz, wo ich gesagt hätte, da komme ich intuitiv dorthin, wo ich hinwill. Und ich bin sicher ein Mensch, der alles aufnimmt, was sich in einem Raum so befindet!

Es gibt aber auch viele Schilder....

T.M.: Ja. Das ist das Problem!

Weil, entweder: zu nah am Auge ist auch zu fern oder ich habe 100 Schilder, und dann stehe ich irgendwo an der Kreuzung und dann ist da kein Schild mehr!

Aber da gibt es auch nach wie vor Dinge, die ich sehr sinnvoll finde: ausgebildete Portiere, die freundlich sind, zum Beispiel. Eine Ansprechperson in jedem Wartebereich. Also, es muss egal sein, was das kostet, das ist die erste Geschichte – sonst bist du echt verloren. Du sitzt oder stehst dort und weißt nicht, kommst du jetzt dran, kommst du nicht dran, kommst du schnell dran, haben sie dich vergessen?

Da gibt es ja diese Regeln nach Manchester,² bei denen genau festgelegt ist, wie schnell welcher Patient drankommen muss, gereiht nach Priorität der Erkrankung oder Verletzung.

Aber da sollte man sich irgendeinen Kodex einfallen lassen, wie das transparent gemacht wird.

Ich meine, wir sind als Europäer gewohnt, nicht zu warten. Ein Freund von mir, der Tropenarzt war, der hat gesagt, in Afrika warten die Leute tagelang, das ist ihnen egal. Die sitzen zwei Tage vor dem Zelt, bis sie drankommen

² Manchester-Triage-System, standardisiertes Verfahren zur Ersteinschätzung in der Notaufnahme

- und wenn sie die schlimmsten Sachen haben. Bei uns schreien sie nach einer halben Stunde.

Ich kann schon warten, aber die Information wäre wichtig. Wenn ich weiß, dass ich zwei Stunden warten muss, dann setze ich mich mit dem Laptop hin und tu' irgendwas. Wenn ich Schmerzen habe, ist das natürlich trotzdem unangenehm. Aber die Information und auch die Wegführung in diesen ganzen Bereichen, wo man hin muss, ist immer schlecht, ich weiß nicht warum, woran das liegt. Auch diese Farbführung hilft dir ja nicht viel. Ein Ansprechpartner, ein guter Portier kann das abmildern, sogar das Warten. Auch bei den Behandlungsräumen fühle ich mich manchmal um 100 Jahre zurückversetzt, oft auch bei neuen Krankenhäusern. Da komme ich rein und denke ich mir, ich bin froh, wenn ich gleich wieder draußen bin, das ist immer so klein, irgendwie so komplett, irgendwie aneinandergereiht.

Also man sagt, je größer der Wartebereich, desto schlechter ist die Organisation in der Ambulanz.

T.M.: Aber auch die Behandlungsräume sind oft weder funktionell noch groß genug!

Nach dem Lean-Management, das kommt, wie so oft, aus der Automobilindustrie, soll es gar keinen Warteraum mehr geben. Da werden alle Prozesse so ausgerichtet, dass keiner warten muss. Das heißt, es gibt ganz viele Kojen, und in der Mitte gibt es eine sternförmige, radial organisierte Ärztezone.

T.M.: Also, für die Betreuung bzw. Begleitung bei schweren Fällen wäre noch wichtig, dass man vielleicht einen Raum schaffen könnte für Patienten mit Familien und Angehörigen oder Begleitpersonen. Die Familien wissen ja nicht, wie sie sich verhalten sollen in so einer Situation, die sind ja oft genauso überfordert und wenn es zum Beispiel nicht die Krebshilfe in Österreich geben würde, die sich dann um das kümmert oder die Familie ein bisschen auffängt...

Die Partner sind oft irgendwie überfordert, wissen nicht, wie sie sich verhalten und was sie tun sollen. Sie leiden ja auch mit. Aber der Patient braucht deren Hilfe - ohne deine Familie wird es sehr schwierig.

Du musst ja all deine Kraft aufwenden, die du hast. Du musst sagen, ich, ja,

ich will überleben, ich will stark genug sein, und da entwickelst du einen gewissen Egoismus und mit diesem Egoismus hast du überhaupt die Kraft zum Überleben. Aber das verstehen dann oft auch die Partner nicht, oder sie leiden zu viel mit dir mit, aber eigentlich sollten sie dir helfen, sofort wieder in ein normales Leben zurückzukommen. Die Leute suchen immer einen Grund, warum sie eine Krankheit bekommen oder haben. Es gibt keinen Grund. Es gibt vielleicht eine erbliche Belastung, vielleicht wohnst du neben irgendeiner Gifthöhle, aber das ist nicht alleine der Grund, es sind viele Dinge, warum irgendwas passiert. Da kann man ja auch philosophisch endlos diskutieren... aber wirklich wichtig ist, was einem wirklich hilft, dass du versuchst, wieder normal zu leben, weil das auch psychisch für dich das Gesundeste ist, nämlich dass du die Krankheit nicht zu etwas total Besonderem stilisierst.

Und da hilft es, wenn die Partner öfter da sind, zum Beispiel auch mit einem Kind da sein können?

T.M.: Und dir sofort wieder ins normale Leben reinhelfen!

Für mich war natürlich zusätzlich wahnsinnig wichtig, dass ich wieder arbeiten konnte, weil ich bin ja fast in Konkurs gegangen, muss ich ehrlich sagen. Das heißt, ich musste überleben, auch finanziell, ich musste so schnell wie möglich wieder voll arbeiten.

Du hast damals ein kleines Kind gehabt?

T.M.: Ja.

Das geht wahrscheinlich nicht mehr gerne in die Nähe eines Krankenhauses, oder?

T.M.: Naja, er ist mich besuchen gekommen, das hat mich voll gefreut, aber er hat es nicht lang ausgehalten. Es gibt dort nichts für Kinder, was attraktiv ist. Im Gegenteil, für die Kinder ist das einfach fad. Was tun sie dort?

Wäre doch einfach zu bewerkstelligen? Auch für die Angestellten könnte man ja vielleicht irgendwie einen Kindergarten anschließen?

T.M.: Ja, könnte ich mir vorstellen, es gibt ja auch in Einkaufszentren Kinderbetreuungsstätten oder zumindest eine Playstation oder einen Kinofilm oder irgendwas. Nein, das ist sicherlich alles machbar. Ich glaube, dass da einfach alle Dinge Hand in Hand gehen müssen. Ich weiß nicht, wie die Finanzierung all dieser Dinge gehen soll.

Naja, wenn du dir jetzt anschaust, was ein Spital kostet, dann ist das, was die Gestaltung ausmacht, ein so verschwindend geringer Anteil. Die Architekten sind eigentlich unheimlich motiviert, gute Räume zu entwerfen. Schwieriger sehe ich die ganze Technologie, die durch das Regelwerk, das sich in Österreich immer mehr ausbreitet, immer mehr gefordert wird.

T.M.: Ein Problem im Gesundheitswesen sehe ich auch darin, dass es gerade in der Politik oft gewisse Filterpersönlichkeiten gibt, dass gewisse Dinge gar nie an die Entscheidungsträger herankommen bzw. so gefiltert sind oder in Form von Zahlen oder sonstigen Dingen, dass die Beurteilung von Visionen beinahe unmöglich wird.

Wir haben viel gesprochen über Farben, Oberflächenmaterialien; wie ist deine Meinung zur Möblierung?

T.M.: Aber Möblierung ist für mich überhaupt kein Thema. Es ist schon schön, wenn etwas aus Holz ist, aber ein Krankenbett ist ein Krankenbett, das muss funktional sein, kostet Unsummen und muss halt viel können. Ob das dann eben ein fahrbares Ding aus Plastik ist oder aus einem schönen Holz, das eh keiner zu schätzen weiß, ist nicht wirklich ein Thema, ganz ehrlich.

Was man machen könnte, ist, dass man versucht, gewisse Dinge, die man verstecken kann, zu verstecken. Also ich meine jetzt diese technischen Dinge, dass man sagt, okay, das muss ich jetzt nicht sehen, oder das kann man so verblenden oder irgendwie so machen, dass ich das nicht sehen muss, und es ist trotzdem funktionell. Den Anschluss für die Sauerstoffflasche muss man ja nicht sehen, den kann man vielleicht verblenden. Natürlich, wenn es um den Zeitfaktor geht, weil man etwas sofort anschließen können muss,

ist es klar, dass das wichtiger ist. Aber ich denke mir, alles, was man weglassen kann oder verblenden kann, sollte man unsichtbar machen, damit ich nicht das Gefühl habe, jetzt bin ich in einer technischen Maschine.

Es gibt ja auch Professoren, die vor allem im Wartebereich gerne Operationsbilder oder Bilder von Hautkrankheiten aufhängen; das finde ich völlig geschmacklos und kontraproduktiv.

Ich glaube, dass es einfach wichtig wäre, das Gefühl zu vermitteln, nicht in einem typischen Krankenhaus zu sein. Das kann ich durch gewisse Dinge vermeiden, durch vieles, was die Sinne positiv beeinflusst und mir das Gefühl gibt, ich fühle mich da wohl, auch, wenn ich da nicht sein will.

Was fällt dir spontan dazu ein, wenn es heißt, ein typisches Krankenhaus?

T.M.: Also was mich nach wie vor schreckt, das ist der Geruch, die Oberflächen, der Boden zum Beispiel, dieses komische Linol, die Rundungen, also das habe ich immer im Kopf – und die völlig faden Farben. Weiße kahle Wände, das fällt mir ein.

Grelles Licht?

T.M.: Falsch platziertes Licht, für einen Patienten nicht ausgerichtetes Licht.

Die öffentlichen Zonen, Plätze im Spital, Wartebereiche?

T.M.: Ja, da fallen mir sofort die Kugeln ein, in denen Pflanzen drinnen sind. Wie heißen die? Lecca; Hydrokulturen und Pflanzencontainer, fahrbare, verwahrloste Pflanzen. Und zu wenig Blick auf lebendige Dinge. Vielleicht könnte man auch mit „vorgehängten“ Pflanzen arbeiten, die senkrechte Bepflanzung von Gebäuden ist ja gerade das Thema in Großstädten! Bis zum 19. Jahrhundert waren Pflanzen in der Architektur ja ganz wichtig, überall, egal wo. Ob das jetzt französische oder englische Gärten waren.

Wie ist es mit dem Licht?

Das Licht am Abend, das sollte man dimmen können, dass das nicht immer so statisch durchrennt den ganzen Tag. Dass man ein bisschen runterfährt am Abend. Und vor allem: dass man das auch selber steuern kann.

Was ist Deiner Meinung nach besser, alleine im Zimmer zu sein oder zu mehreren?

T.M.: Ich glaube, dass das viele Leute verschieden sehen und ich glaube auch, dass die Art der Krankheit entscheidend ist: welche Kombination von Leuten, wie ihr jeweiliger Zustand ist usw...

Ich habe immer wieder interessante Leute kennengelernt. Natürlich hast du immer wieder ein paar „Spezialisten“ dabei, aber im Endeffekt ist es schon gut, wenn man seine Menschlichkeit austauschen kann.

Witzigerweise habe ich selten politische Gespräche geführt bei all meinen Aufhaltenen.

Wenn man sich darauf konzentriert, wieder gesund zu werden, da ist die Politik ganz wo anders. Du redest über deine Probleme wie alle alten Leute über ihre Krankheiten. Das sind dann halt so Dinge, wie, dass du nicht aufs Klo gehen kannst. Apropos WC, ein wichtiges Thema! Gerade auf der Urologie war das am schlechtesten ausgestattet. Wenn du wirklich eine Blasenoperation gehabt hast oder irgendeine Nieren- oder Darmoperation, dann ist das Klo gehen so schmerzhaft und so intensiv und wenn dann die Ausstattung im WC nicht entsprechend ist, also, das sind so Dinge...

Die nächste Frage ist nicht ganz ernst gemeint: Würdest du lieber in einem wunderschönen Krankenhaus liegen mit weniger gut ausgebildeten Ärzten oder in einem hässlichen Gebäude mit „guten“ Ärzten?

T.M.: Naja, wenn ich einen guten Arzt habe, dann lege ich mich auch auf den Lehm Boden.

Aber es ist ja auch Arbeitsstätte. Man sollte den Ärzten und Schwestern die Chance geben, zu kommunizieren. Zeitlich und räumlich. Und vor allem zwischen den Disziplinen. Wenn Sie einen Gemeinschaftsraum haben, können sie miteinander reden, das kommt wiederum dem Patienten zugute - wenn du die Ärzte dazu bringst, dass sie sich über die Disziplinen hinweg miteinander verständigen. Und nirgendwo reden die Leute mehr über die Firma und über die Arbeit, als wenn sie zusammenstehen und einen Kaffee trinken. Dort wird vielleicht mehr getan für die Kommunikation am Arbeitsplatz als bei jedem Meeting. Ganz wichtig ist auch, dass das Personal qualitätsvolle Rückzugsmöglichkeiten hat, dass man ihnen die Möglichkeit gibt, den Stress rauszunehmen.

Diese Kommunikation kann man durch die Architektur beeinflussen, erleichtern, unkomplizierter machen.

Gibt es noch irgendwas, was du zum Thema Krankenhaus und Architektur loswerden willst, bis auf das, dass du nie wieder eines von innen sehen möchtest?

T.M.: Also ich finde nach wie vor, dass unser Gesundheitssystem, dass man so versorgt ist, eine Errungenschaft unserer Gesellschaft ist, aber ich glaube, dass wir am Wendepunkt sind im Moment. Also ich habe mir das heute wieder gedacht. Ich habe Zahnschmerzen und muss morgen zum Zahnarzt gehen. Wenn du in Südamerika oder irgendwo in Afrika sitzt, da kaust du ein paar Kokablätter und hast Monate lang Zahnschmerzen, bis der Zahn wahrscheinlich rausfällt ... Ich kann zu meinem Arzt sagen, ich komme morgen um fünf Uhr vorbei, er repariert das und dann kann ich zur Apotheke gehen und kriege Schmerzmittel - und das ist schon was.

Das ist uns nicht bewusst, wie gut es uns da geht, und das aufrecht zu erhalten ist sicher nicht einfach.

Was ich wichtig finde, ist, dass man einfach sagt, okay, der Mensch ist kein Objekt im Krankenhaus, sondern er ist die Hauptsache, ja, und das Krankenhaus existiert nicht, existiert nicht als Maschine, sondern, um dem Menschen wieder die Kraft und die Hilfe zu geben, dass er sich wieder selbst heilen kann, weil im Endeffekt heilt der Mensch sich immer selbst, egal ob er ein Medikament kriegt oder nicht. Und dafür braucht er ein Umfeld, das ihm hilft, in psychischer und physischer Natur, dass er sich selber wieder in den grünen Bereich bringt. Der Mensch ist kein Objekt, der Mensch braucht Hilfe, damit er sich stärken kann, um selbst auf die Füße zu kommen.

Ohne es in dieses blöde Esoterische hinein zu überstrapazieren, aber trotzdem sollte jeder gesamtheitlich denken und das als oberste Prämisse sehen, dem Menschen helfen, der in dieser Situation ist, dem Menschen helfen. Helfen heißt in dem Fall, dass er die Kraft hat, physisch und psychisch, sich eigenständig aus dem Haus zu befreien und das ist bei jedem, der nach längerer Zeit aus dem Krankenhaus wieder rausgeht, ein Wahnsinnsmoment, wenn du in die frische Luft rausgehst.

Das Entlassungsmanagement wird ja immer mehr diskutiert, nämlich dass man das ein bisschen anders machen könnte.

T.M.: Ich glaube auch, dass bei der Entlassung einiges besser zu machen wäre; da bekommt man noch die Papiere in die Hand gedrückt – aber ich will ja wissen, was soll ich als nächstes tun, wie soll ich das daheim machen, und das muss mir ein Mensch sagen. Vielleicht sollte man da ein eigenes Personal dafür haben. Das wäre auch wichtig für die Angehörigen!

Das wäre schon ein schönes Projekt, wenn man all diese Punkte zusammenfasst und sagt, ein ideales Krankenhaus wäre aus unserer Sicht so und so zu gestalten, damit die Ärzte kommunizieren und damit der Patient glücklich rausgeht. Das könnte schon eine international interessante Geschichte sein, wenn man sagt, man zeigt, dass das geht.

Weil es sich auch rechnet, das ist ja der Knackpunkt!

Das kannst du auch einem Betriebswirt verkaufen. Das ist ja in Tagen wie diesen oft so wichtig.

T.M.: Man müsste die richtigen Leute oder Politiker ansprechen, die Impulse setzen.

Die Politiker sind natürlich auch ziemlich unter Zugzwang, weil das Budget knapp ist und jetzt werden so viele Dinge diskutiert. Jetzt kommt von der EU wieder das PPP-Modell, wo dann gesagt wird, ja, was können wir alles auslagern und das geht ja eigentlich wieder ganz in die Gegenrichtung. Das ist sehr schade.

T.M.: Ja, aber das ist genau der Punkt. Aber dann muss man auch sagen, okay, das müssen wir doch nicht mitmachen!

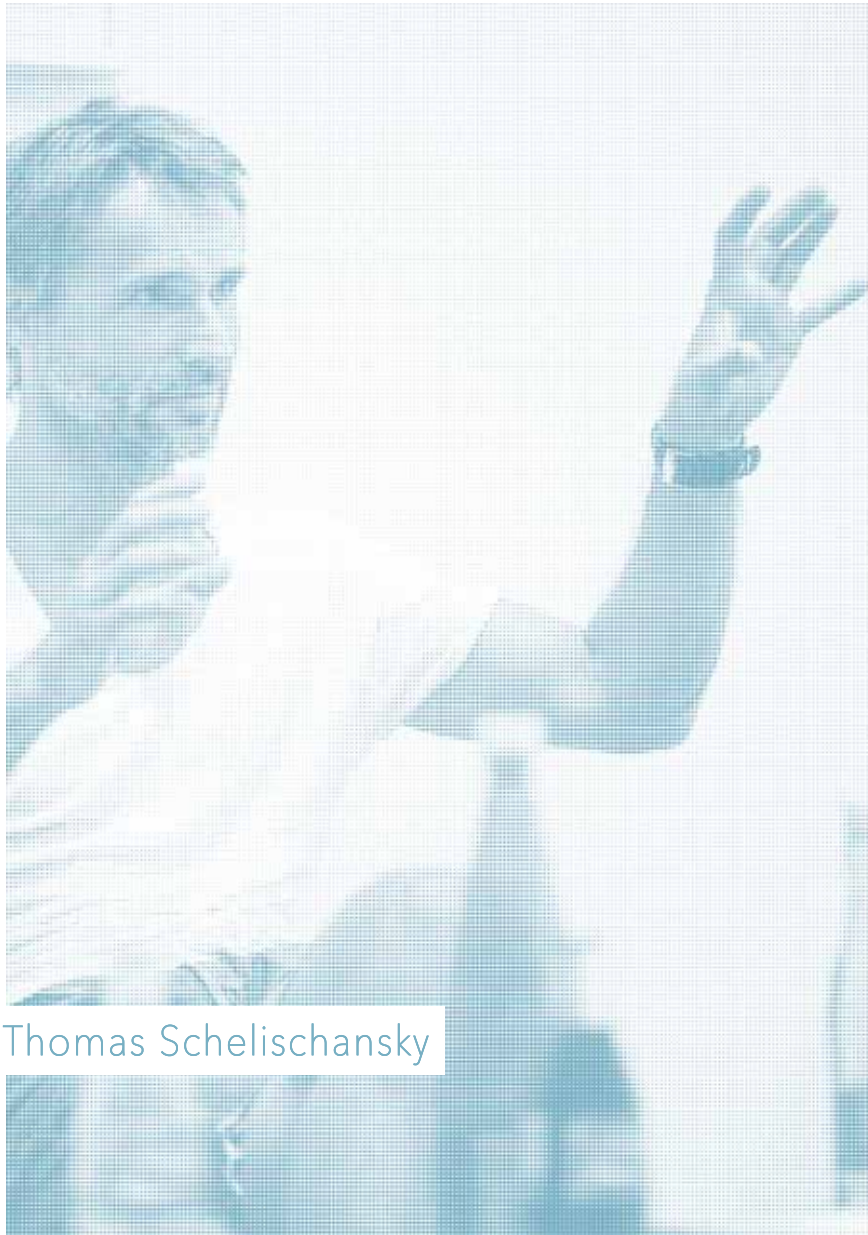
Eines muss man noch erwähnen, was nämlich im Moment generell fehlt: Das sind Leute, die Visionen haben, die sich trauen, was zu sagen, und die zu den richtigen Stellen gehen und sagen, schau, so muss man es machen. Da kommst du um die Politik nicht herum, außer du bist in der Privatwirtschaft, wo das egal ist, aber das hilft der Masse nicht. Ich glaube, dass man da kleine Nadelstiche setzen kann und wenn du dann einmal ein Beispiel hast, wo es funktioniert, dann sagen eh alle, ja, super, machen wir das, aber

ich sehe generell Visionslosigkeit.

Aber das ist genau der Punkt. Wenn du den Leuten, die noch zuhören können, eine Vision unterbreitest und sagst dann noch, unterm Strich, das ist für die Volkswirtschaft oder für das Unternehmen besser, dann hören sie dir zu und dann werden sie die Vision aufnehmen.

Toni Muhr

Steirischer Fotograf. Seit 1993 eigenes Fotoatelier in Graz. Schwerpunkte: Opern- und Theaterfotografie, Corporate Photography



Thomas Schelischansky

Fotograf | Felix Zitter - HDA

Gerade in der Pflege habt ihr mit den Schicksalen der einzelnen Patienten viel zu tun - das finde ich auf der einen Seite sehr schön, auf der anderen Seite ist es wahrscheinlich auch sehr belastend für den einzelnen.

Deshalb finde ich es wichtig, gerade Pfleger und Pflegerinnen zu fragen, wie es ihnen geht mit dem Gebäude, mit dem Haus, weil man da relativ unmittelbar ein Feedback bekommt, weil ihr euch am meisten dort aufhaltet und vor allem auch mit den Patienten wirklich viel zu tun habt. Gerade auf der Chirurgie, muss man jetzt sagen, am Klinikum, da sind die schwersten Fälle. Deswegen habe ich sehr großen Respekt vor eurer Dienstleistung im Spital und auch vor Eurer Meinung: Ihr wisst relativ gut, was ihr braucht und wo man noch diskutieren sollte.

T.S.: Ja, das ist auch so: Wir können nicht weggehen vom Patienten. Wir sind immer daneben. Der Arzt kann sich manchmal in sein Arbeitszimmer zurückziehen - das geht bei uns nicht. Wir sind immer präsent, im Funktionsbereich permanent und im stationären Bereich dann, wenn der Bedarf da ist.

Dadurch sind wir auch permanent mit dem Raum, der Architektur konfrontiert.

Einleitend möchte ich sagen: Ich musste/durfte beides erleben. Ich bin einerseits ausgebildeter Intensivpfleger, also diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und Intensivpfleger. Andererseits habe ich einen sehr schweren Verkehrsunfall gehabt und musste (oder durfte?) das Ganze auch an mir selber erleben. Das heißt, ich bin auf meine eigene Intensivstation eingeliefert worden: als Intensiv-Patient, intubiert, also beatmet, mit schwerem Polytrauma, mit schweren Gesichtsschädel- und Extremitätenverletzungen.

Ich habe das Ganze also auch „von der anderen Seite“ erfahren dürfen. Somit bin ich, was das gesamte Erleben im Krankenhaus betrifft, schon ein wenig sensibler als andere Gruppen. Ich lege auf gewisse Dinge sehr viel mehr Wert, oder sehe das Ganze anders. Das ist schon ein wichtiger Punkt für mich, das merke ich fast täglich.

Ich hatte das in Ihrer Biografie nachgelesen, und wollte Sie jetzt nach diesem Perspektivenwechsel fragen: Was ist Ihnen als Erstes aufgefallen als Sie als verletzter Mensch eingeliefert worden sind?

T.S.: Es ist unwahrscheinlich, wie vertraut mir die Situation war! Ich verbringe ja sonst einen Großteil meines Lebens in dem Umfeld, in das ich dann eingeliefert worden bin.

Das heißt, ich habe schwere Gesichtsschädelverletzungen gehabt, da hat man nur mehr sogenannte Sehschlitze, man sieht höchstens noch hell/dunkel, grelles Licht kann man vielleicht ganz wenig erkennen. Im Umfeld kann man kaum mehr etwas sehen, das geht dann erst langsam wieder zurück, und so orientiert man sich ganz stark an Geräuschen.

Da erkennt man, wie wer geht, oder wenn wer kommt, oder wie wer spricht, und je nachdem fängt man dann an, sich zu orientieren.

Ich habe gemerkt, ich werde beatmet, wie ich aufgewacht bin, ich werde beatmet, ich habe den Tubus gespürt, den Schlauch im Mund, ich habe gemerkt, ich bin angehängt und habe dann versucht, zu verstehen, habe gewusst, aha, jetzt kann ich mich erinnern, ich bin wirklich in „meinem Bereich“.

Als der Unfall passiert ist, war ich kurz danach bei Bewusstsein, habe das komplett miterlebt, auch, wie ich im Auto eingeklemmt war und es gekracht hat. Der Kühler war gebrochen und es hat 20 Minuten gebraucht, bis sie mich rausgeschnitten haben. Den Notarzt, der mich erstversorgt hat, habe ich zufällig auch noch gut gekannt, ich habe vorher Dienst gemacht und da war bereits ein Hubschraubereinsatz.

Danach bin ich mit dem Auto heimgefahren, bin dabei eingeschlafen, und genau der Notarzt, den ich eh gut kenne, ist dann gekommen, um mich zu versorgen.

Er hat mich dann sediert, damit ich das Herausschneiden aus dem Auto mit starken Schmerzen auch aushalte, und ich bin dann reingeflogen und gleich operiert worden, an Gesicht und Oberschenkel.

Dann bin ich aufgewacht in dieser Umgebung, die ich nur durch das Hören und nur durch Sehschlitze wahrgenommen habe.

Mit jeder Stunde und mithilfe der Medikamente schwillt das Ganze dann ab. In 12, 16, 18, 20 Stunden kann man dann mehr wahrnehmen, aber für mich war das von Anfang an eine vertraute, sichere Umgebung. Ich war froh, dass ich dort war! In dem Moment, wo man bei uns liegt, weiß man ganz genau,

es geht um Leben und Tod, und ich habe mir gedacht, ich bin froh, dass ich dort gut aufgehoben bin. Das sind kompetente Leute, die kennen sich aus, und das war mir ganz wichtig, da habe ich mich sicher gefühlt.

Aber es waren dann andere Komponenten, die fürchterlich unangenehm waren, die aber später dann verändert wurden.

Es hat sehr viel mit Lärm zu tun, sehr viel mit Licht, mit Lichtern, das war eine Katastrophe. Intensivpatienten müssen großteils ihren Oberkörper in einem Winkel von 30 Grad hochlegen. Wenn man sich 30 Grad vorstellt, wo man hineinstarrt in diese weiße Decke, die vielleicht mit irgendwelchen Lüftungsgittern „verziert“ ist? Dazu kommt dann natürlich das Neonlicht, das grelle Neonlicht, das einfach weh tut. Man versucht links zu schauen, rechts zu schauen, runter zu schauen, aber es geht gar nicht: Runter schauen darf ich nicht wegen dem Kopf, hoch, zu hoch geht es auch nicht; das war Folter!

Wann war der Unfall?

T.S.: 1992. Ja, das ist schon eine Zeit lang her.

Wir haben danach angefangen, gewisse Dinge zu ändern. Wir haben gesagt, das Licht ist so grell, bitte weg damit! Dann gab es erste Versuche, die Beleuchtung zu dimmen bzw. indirekt zu beleuchten und das Licht an die Decke hinaufzereflektieren.

Das sind viele Dinge, die wir damals schon diskutiert haben, und wie wir dann umgebaut haben, war das ein ganz wichtiger Faktor.

Ist eigentlich faszinierend, dass vorher noch niemand draufgekommen ist, dass das nicht längst zum Standard geworden ist, weil es haben ja schon hunderttausende Patienten eine ähnliche Situation erleben müssen?

T.S.: Das Problem ist immer die Funktionalität, die Praktikabilität gegenüber dem Wohlbefinden. „Der Mensch als erstes!“ Das muss selbstverständlich werden.

Wir haben auch in der Pflege lange alles so gebaut, oder zumindest den Wunsch gehabt, dass es für uns praktikabel ist. Das ist sicher auch wichtig. Es muss für uns praktikabel sein, aber es muss auch für den Patienten praktikabel sein, der Patient muss sich wohlfühlen können.

Wir müssen es immer von der anderen Seite genauso beobachten, das haben wir vielleicht vernachlässigt und ganz im Speziellen in den Funktionsbereichen.

Die Patientensicht ist in unserem Neubau jetzt viel mehr berücksichtigt worden.

Aber da muss man noch genauer hinschauen, vor allem auf alles, was mit Lärm und Licht zu tun hat.

Ein Beispiel:

Als ich Intensivpatient war, haben wir große Mistkübel gehabt, mitten im Zimmer, wo vier Patienten untergebracht waren, und jede Infusionsflasche war damals aus Glas, die wurden in diesen Mistkübel mitten im Zimmer abgeworfen. Jedes Mal hat es mich aus dem Bett hochgerissen, ich hab' mich erschreckt! Nachdem ich wieder kommunizieren konnte, war es das Erste, nach Stunden das Erste, was ich gesagt habe: „Bitte gebt den Kübel raus.“ Der ist jahrelang im Zimmer gestanden! Den gibt es heute nicht mehr.

Genau diese Kleinigkeiten waren es.

Da gibt es viele andere Dinge, die mit der Orientierung zusammenhängen: „Wo bin ich, wie schaut das Ganze aus?“

Wir versuchen die Möglichkeiten der Patienten, etwas anzusehen, oder etwas zu beobachten, zu fördern – damit sie rauskommen aus dem Krankenhausalltag. Wenn Patienten die Möglichkeit haben, in Fensternähe zu liegen, oder die Parapethöhe gibt ihnen die Freiheit, dass sie hinausschauen können – oder sie erkennen, dass die Patientenbetten in die Höhe gestellt werden können, so, dass sie hinausschauen können – und sie sehen einen Baum in der Ferne, der sich im Wind wiegt, oder sie sagen, „Es fliegt ein Vogel vorbei, haben sie gesehen?“, das ist die Ablenkung aus diesem Alltag der Intensivstation.

Eine Verbindung mit der „Außenwelt“, der Realität, irgendwas Positives, ein Symbol.

T.S.: Genau. „Es regnet, schaut, wie wunderschön, es regnet!“, die Möglichkeit, Regen zu sehen, Schnee zu sehen, eine Abenddämmerung wahrzunehmen...

Man muss sich vorstellen, diese Patienten, die haben zwar einen durchschnittlichen Aufenthalt von drei, vier, fünf Tagen, aber es gibt auch Patienten, die Monate bei uns liegen.

Der längste war dreieinhalb Jahre bei uns. Ein Einzelfall. Dreieinhalb Jahre! Wegen einem Zeckenbiss war er am längsten auf unserer Intensivstation.

Heutzutage gibt es Heimbeatmungen, da geht das ganz anders, aber man muss sich das vorstellen. Die soziale Isolation, die war früher ja auch strenger,

es waren wenige Besuche erlaubt!

Das haben wir alles aufgelockert, wir sind da sehr tolerant, aber auch da stellt sich die Frage: Wie kann sich ein Patientenplatz gestalten, wie lässt er sich gestalten, dass ich die Privatsphäre des Nachbarpatienten nicht störe und andererseits der Familie Platz gebe um den Patienten herum?

Drei sich anscheinend widersprechende Interessen also: die Privatsphäre des Patienten, die sozialen Kontakte durch die Besucher, und die Notwendigkeit der Überwachung und Pflege des Patienten?

T.S.: Genau.

Für mich sind drei Komponenten wichtig, wenn ich über die Architektur im Krankenhaus nachdenke. Einerseits ist für mich die Orientierung wichtig – im Gebäude, im Zimmer, einerseits für das Personal, aber auch für den Patienten. Woran kann sich ein Patient orientieren, an welchen Eckpunkten, wie weiß er, wie das Wetter ist, wie bestimmt er die Himmelsrichtungen? Was für ein Datum haben wir, wo bin ich überhaupt, bin ich in einem Krankenhaus, ganz banale Geschichten.

Aber auch für das Personal und für die Angehörigen ist wichtig: wo gehe ich hinein, ist das ein Krankenhaus, ist das eine Ambulanz, wo gehe ich da weiter, wo finde ich das und das.

Die zweite Komponente betrifft die Praktikabilität – wiederum für den Patienten oder die Patientin und auch für uns.

Wir haben jetzt in unserem Neubau lange diskutiert: Eine einheitliche Fläche, Tür und Wand in einer Farbe, wird von den meisten Menschen, und besonders von den Architekten, als wunderschön empfunden. Aber wenn es finster ist, findet der Patient die Tür nicht.

Es ist wunderschön, aber nicht praktikabel. Solche Kleinigkeiten.

Ich habe eine Intensivstation, wo architektonisch eine Wand innen schräg ist, und das Lustige ist, da orientiert man sich anscheinend unten am Fuß an der Kante und die Mitarbeiter, die dort arbeiten, sagen, da haue ich mir jeden Tag zweimal den Kopf an. Das ist nicht praktikabel für uns! Andererseits, durch die großen Fensteröffnungen, die da oben sind, kommt irrsinnig viel Licht rein und die Patienten lieben das wiederum, man kann super rausschauen.

Das betrifft jetzt die dritte Komponente, die Balance zwischen der Praktikabilität und dem Wohlbefinden; und bei Wohlbefinden meine ich wiederum alle betroffenen Berufsgruppen und auch den Patienten.

Wir sind ein Haus, wo einfach Wohlbefinden möglich sein muss, und das beginnt bei den Oberflächen, das beginnt bei Lärm: beim Kastl zumachen, aufmachen, durch Gespräche. Wir wissen, dass das eines unserer größten Probleme ist, wenn wir untereinander reden, das ist eine der größten Lärmquellen. Gerade bei Visiten, wenn mit einem Patienten über sehr intime Sachen gesprochen wird und zwei Meter daneben liegt der nächste: „Wann haben sie das letzte Mal Stuhl gehabt, wie hat der Stuhl ausgeschaut?“ Ich weiß auch keine Lösung, aber da sind wir sehr gefordert. Das sind Dinge, die wirklich schwierig sind. Gerade bei Frauen gibt es da noch mehr Fragen, vor allem in der Gynäkologie, und heute kommt der kulturelle Aspekt auch noch dazu. Da wird einfach nicht geantwortet, wenn irgendwer in der Nähe ist.

Und ein weiterer starker Einfluss ist der des Lichts, das merken wir. Der Einfluss von Fenstern und Licht ist enorm! Einerseits wird es für Pflege und Therapie gebraucht, aber es gibt auch Situationen, wo versucht wird, das Licht zu dimmen, z.B. im Sterbeprozess. Da sind es großteils die Angehörigen, die sagen, „Bitte, können Sie das verdunkeln?“

Das kommt immer wieder. Wenn die Sonne hereinstrahlt und auf den Patienten scheint, glauben sie vielleicht, er kann nicht einschlafen oder es ist der gedämpften Stimmung abträglich.

Es ist ganz unterschiedlich, und auch davon abhängig, woher die Menschen kommen, aus dem ländlichen oder städtischen Bereich, aus verschiedenen Kulturen. Wir versuchen, diese Wünsche zu berücksichtigen.

Deswegen fordern wir von der Pflege auch vehement Verabschiedungsräume, wo die Familie mit dem Patienten Platz findet. Das ist natürlich wiederum schwierig bei den zugestandenen m². Jeder Quadratmeter kostet bei uns sehr viel, und diese Zimmer werden oft, zum Glück, kaum gebraucht. Nur, wenn sie gebraucht werden, sind sie ganz wichtig.

Und wenn der Patient am Patientenplatz verstorben ist, ist dieser Raum die einzige Möglichkeit, wo wir ihn aus dem Krankenzimmer herausholen können, und ihn dort hinbringen, in einen Raum, der dementsprechend gestaltet ist und wo Angehörige sich Zeit nehmen können, um sich zu verabschieden. Die Angehörigen bleiben oft Stunden dort drin: Da reist der Sohn noch aus Wien an, da sitzt die Tochter noch im Flieger. Da kommen Rituale, da findet die Verabschiedung statt und da

ziehen wir uns komplett zurück. Auch im Nicht-Intensiv-Bereich ist es oft so, dass es sogenannte Verabschiedungsräume gibt.

Wenn wir sehen, dass der Patient in ein Stadium kommt, wo wir sagen, jetzt könnte es final werden, dann versuchen wir ihn aus dem allgemeinen Zimmer zu verlegen, damit die Angehörigen bei ihm sein können. Ich frage oft: „Ich verstehe nicht, warum Rooming-In auf der Kinderklinik endet?“

Wir umgehen das manchmal, und ermöglichen Rooming-In¹ mit einem Lehnstuhl, damit in so einem kritischen Stadium auch ein Angehöriger dabei sein kann. Muss ja nicht nur das Sterben sein. Aber das ist auf der Normal-Station.

Im Intensivbereich ist es so, dass der Patient an seinem Platz bleiben muss, er hängt ja am Monitor, und wenn er verstorben ist, dann kommt er von dieser hochtechnischen Bettenposition in den Verabschiedungsraum.

Früher hat man dazu ja auch Sterbezimmer gesagt, bei Umbauten meist ein sogenannter „Restraum“. So ein Raum, wo die Leute wirklich alleine sein können, ist aber sicher nicht nur für den Sterbenden und seine Angehörigen wichtig, sondern auch für die anderen Patienten, die sonst danebenliegen und schon mit ihrer eigenen Situation zu kämpfen haben?

T.S.: Genau.

Es ist so: Der Prozess des Sterbens ist für mich ein Prozess, vor dem wir keine Angst haben sollten. Es ist ein ganz natürlicher Prozess.

Geburt und Tod gehören zu den wichtigsten Komponenten unseres Lebens. Ich fürchte mich davor nicht.

Schlimm ist, wenn wir Organspender haben, Menschen, die von einer Minute auf die andere aus dem Leben herausgerissen werden, die einfach umfallen, das kann uns allen passieren...

In der sogenannten Schwebezeit, nachdem wir den Hirntod des Patienten festgestellt haben, bis zur Explantation müssen wir den Angehörigen mitteilen, er ist tot, aber man sieht ihn noch leben, weil wir definieren Leben nach dem Herzschlag: Das EKG gilt und nicht was anderes.

¹ Eine Praxis in Krankenhäusern und Pflegeheimen, bei der es Eltern ermöglicht wird, im selben Zimmer mit ihrem Kind aufgenommen zu werden, um bei ihm zu sein und es zu betreuen.

Dann ist es hart, Abschied zu nehmen: Wenn ein Bergbauer mit 38 Jahren da drinnen liegt, der ganze Hof ist von ihm abhängig, und dem passiert das, und dann kommt die Gattin mit vier Kindern, geht ihn besuchen und man muss ihr mitteilen, er wird in den nächsten Stunden versterben. Der Kleine schreibt daheim Briefe und zeichnet. Das ist wirklich schlimm.

Wenn das mehr oder minder ausgesprochen, und die Angehörigen Bescheid wissen, ist es ein Prozess, der dazugehört, wenn man sie begleitet und betreut.

Aber im Krankenhaus oder im Intensivbereich, das sage ich jetzt immer dazu, wird nicht gestorben, es wird gelebt und es wird erlebt. Es wird überlebt.

Wenn ich mir denke, ich bin jetzt in so einer Situation, dass ich selber krank bin und ich höre dann eben am Nebbett die Frau des Bergbauern schluchzen und die vier Kinder weinen, ich glaube, das täte mich selber sehr belasten?

T.S.: So ist es; diese Rückmeldung kommt auch immer.

Man muss die betroffenen Menschen dann aufklären, bedingt, wir sagen ihnen dann auch, was los ist.

Nachdem wir von der Pflege sehr darauf gedrängt haben, und auch durch die Architektur stark unterstützt wurden, haben wir jetzt in unserem Neubau Räumlichkeiten, in denen die Patienten nicht mehr zu viert oder nebeneinander aufgereiht liegen, sondern dass wir Zweier-Kojen mit verschiebbaren Türen haben, wo wir im Notfall auch etwas auf- und zumachen können.

Bei Bedarf müssen ja auch drei bis vier Kollegen gleichzeitig bei einem Menschen arbeiten können, aber es muss auch möglich sein, wenn es die Hygiene, die Privatsphäre oder die Trauer erfordern, die Tür zu schließen. Somit haben wir eine ganz andere Atmosphäre, das ist eine ganz praktikable Lösung.

Für mich ist jene Phase, wenn Patienten nach einer Narkose aufwachen oder wenn sie Schmerzen haben, ein Schwerpunkt, da sehen wir, dass der Raum sehr viel kann.

Es war faszinierend: Wir sind mit der früheren aseptischen Intensivstation damals von acht auf zehn Betten hinaufgegangen, das heißt, zwei Betten mehr, dasselbe Personal, dieselben Patienten, aber eine andere Raumgestaltung, und von einer Stunde auf die andere war es ruhig. Die Architektur schafft Ruhe.

Wir haben das jetzt schon mehrfach von den Stationen gehört. Diese Hektik, diese enge Hektik, wenn alle ganz eng zusammen sind, wenn im Raum etwas gerichtet wird, zu viel gearbeitet wird, das überträgt sich. Das ist ansteckend.

Wenn ich arbeite, dann brauche ich Platz, Platz zum Arbeiten. Man hat dort Platz geschaffen und es wurde alles ruhiger. Dort, wo ich keinen Platz zu arbeiten habe, ist es unruhig, schlecht.

Wenn ich jetzt auf diese Station komme, auf die ICU3, wie wir sie jetzt nennen, da wird es immer ruhig sein. Geräusche, schnelles Rufen von uns, lautes Rufen, das bleibt manchmal nicht aus in Grenzsituationen. Wenn aber jetzt eine hektische Situation ist, dann spielt sich das in einer Ecke ab und die anderen kriegen davon gar nichts mit, das ist für mich ganz faszinierend! Früher einmal war das ein Saal, da waren acht Patienten angeordnet, maximal durch Stoffparavents getrennt, und wenn der vordere laut oder unruhig war, haben das alle mitbekommen und alle sind unruhig geworden. Auch das Personal, auch ich.

Sie sagen, es war die Architektur: Wodurch ist das jetzt anders?

T.S.: Es ist größer geworden, es ist heller geworden, und es ist zwar ein offener Bereich, aber er wurde durch einen Mittelstützpunkt noch einmal geteilt. Somit bekommt der rechte vom linken Teil schon weniger mit, dazu kommen noch zwei Einzelkojen.

Es hat auch viel mit Gestank oder Geruch zu tun bei uns, das ist einfach so, das ist ganz normal, bei Verbandswechsel bei septischen Wunden, Stuhl absetzen etc.. Das alles ist ganz natürlich, aber man versucht auch, den Geruch nicht zum Nachbarn hinüberdringen zu lassen.

Manche fühlen sich auch gestört, weil die Mitarbeiter miteinander reden, es wird gelacht, die Patienten bekommen vieles mit...

Ich kann aber nicht zu einem Mitarbeiter sagen, du musst die ganze Nacht leise sein, nichts reden, das geht nicht. Die stricken oder lesen, blättern um, und dann lacht man halt einmal. Das müsste man schaffen, dass man das irgendwie besser aufteilt.

Da hat sich schon sehr viel getan in den letzten Jahren, aber es gibt überall bessere und schlechtere Beispiele.

Wie weit werden Sie bei Neubau- oder Umplanungsphasen in diese räumlichen Entscheidungen eingebunden?

T.S.: Der Ablauf der Planung der neuen Intensivstation, der ICU, war wirklich fantastisch.

Also ICU steht für Intensive Care Unit, aber wir sind schon draufgekommen, die Bevölkerung sagt, „nein, er liegt nicht auf ICU, der liegt auf der Intensivstation“. Internationalisierung schön und gut, aber es fängt keiner etwas an mit ICU. Deswegen gibt es in der neuen Bezeichnung wieder den Begriff Intensivstation, wir ändern das jetzt wieder. Das war ein Experiment, das hinterfragt wurde, muss man ganz klar sagen.

Aber die Namensgebung bzw. die Diskussion um sie gehört irgendwie auch zu diesem Gesamt-Themen-Komplex der Planung.

Die Pflege war bei der Planung der neuen Intensivstation also von Anfang an eingebunden. Noch bevor uns ein Plan gezeigt wurde, wurde schon mit uns besprochen, was ist praktikabel, was ist wichtig, und wir haben z.B. gesagt, diese U-Lösung ist z.B. im Funktionsbereich² sehr gut, weil wir müssen manches Mal mit vier Leuten, fünf Leuten an einem Patienten arbeiten, und parallel dazu muss aber ein anderer alle anderen Patienten überblicken können.

In einem U funktioniert die visuelle Überwachung ideal, weil man mit ein paar Schritten hin und hergeht und alles überblickt. An einem langen Gang, wo auf der einen Seite Funktionsräume und auf der anderen Seite Zimmer sind, geht das nicht. Auch wenn ich Durchsicht habe. Ich kann mich nicht orientieren, was der hinter mir macht, ich sehe nicht mehr hin.

Das U hat sich also sehr bewährt, und das haben wir auch weitergegeben.

So ist eine Grundplanung erfolgt, und dann ist es langsam weiter gegangen. Wir hatten Architekten, die uns im Gespräch oft erst bewusstgemacht haben, wie ist die Sicht vom Stützpunkt aus, wie drehen wir den Patienten in welche Richtung, wie machen wir die Türen auf, was bewährt sich da?

² Eine Praxis in Krankenhäusern und Pflegeheimen, bei der es Eltern ermöglicht wird, im selben Zimmer mit ihrem Kind aufgenommen zu werden, um bei ihm zu sein und es zu betreuen.

Das sind auch oft Dinge gewesen, an die wir nie gedacht hätten, z.B. die Anordnung von Räumlichkeiten.

Ich persönlich habe einmal diese Vision gehabt, dass wir den Patienten so hinstellen, dass er eigentlich nur zum Fenster hinausschaut. Aber das geht leider nicht, weil dann würde er uns immer den Rücken zuwenden und wir könnten ihn nicht beobachten. Das geht nicht.

Es wäre für mich aber die ideale Version gewesen, er hat ein Bild der Natur, sein Fenster, wo er permanent beobachten kann. Schön wäre, wenn er mit einem leichten Blick nach links oder nach rechts, so wie er liegt, doch eine gewisse Möglichkeit zu Beobachtungen hat.

Wie wesentlich ist dieser Naturbezug?

Wenn wir zwei Patienten nebeneinander liegen haben, und der zweite Patient merkt, dass das Bett neben oder gegenüber einer Fensterfront frei wird, fragt er zu 80% automatisch, „Kann ich zum Fenster?“. Eine natürliche Situation, weil, wo setzen wir uns im Zug oder im Flugzeug hin?

Selbst wenn sie nur den Himmel sehen, wollen sie dieses Licht einfangen.

Am besten ist natürlich der unmittelbare Naturbezug, d.h. „draußen sein“.

Als ich Jungpfleger war, haben wir begonnen, erstmals mit beatmeten Patienten, die lange auf der Intensivstation waren, kurze Ausflüge ins Freie zu organisieren.

Das kann man sich kaum vorstellen, ein Mensch, querschnittgelähmt nach einem Motorradunfall, der nach zwei Monaten raus ins Freie kommt.

Er wollte es auch unbedingt: „Es schneit draußen, mah, einmal raus, das wäre so schön.“ Dann haben wir die Risiken mit dem Vorstand und mit den Ärzten abgesprochen und haben ihn in einer wirklichen aufwendigen Aktion, in einer Art Lehnstuhl, er ist noch beatmet worden, mit Transport-Beatmungsmaschine, Sauggerät, drei Pflegern und einem Arzt hinausgefahren ins Freie, in den Schneefall.

Wir haben ihn eingepackt und zugedeckt, und er ist gesessen, und er hat diese Schneeflocken beobachtet, die auf ihn raufgefallen sind. Dann hat er zu mir gesagt, d.h. er konnte noch nicht sprechen, aber wir sind auf Lippenlesen trainiert, und er versucht zu sagen, „bitte Schnee“.

Er wollte den Schnee fühlen und da habe ich den Schnee genommen und auf seine Hand gelegt. Dieser querschnittsgelähmte Mann wollte einfach die Kälte spüren.

Monate später sagte er, diesen Moment werde ich nie vergessen, da hat mein Leben wieder begonnen.

Das ist Leben. Leben passiert nicht drinnen am Monitor. Das erste Aufstehen, das erste Aufrichten, ein Luftzug, hinausschauen, das ist wieder Leben, wieder zurückkehren ins Leben und das ist dieser Ruck, den man irgendwann geben muss.

Das Schönste wäre für mich, eine Intensivstation mit einem Balkon, mit zwei Beatmungsanschlüssen draußen, wo ich einen Menschen für zehn Minuten rausstellen kann und er kann in der Sonne sein, er kann um sich schauen.

Die Patienten bitten oft darum, „reiß' mir bitte ein Blatt ab und zeig' es mir,“ oder „pflück mir eine Blume auf einer Wiese.“ Sie wollen in den Regen oder in den Schnee raus, einfach dieses Empfinden wiederhaben, weil das ist Leben.

Jeder, der krank ist, freut sich, wenn er das erste Mal wieder rausgehen kann.

Wenn ich lange im Dienst bin und ich komme raus, denke ich mir, ah, diese Freiheit, diese Natur, das Draußen-Sein! Wenigstens eine Glasfront, wo man hinausschauen kann, dass verlangt der Patient auch, und das müssen wir halt irgendwie machen.

Früher war das nicht anders möglich: Sie lagen nebeneinander, und oben war ein Kellerlicht, ein Fenster, wo sie rausgeschaut haben. Auch wir sind in der Früh reingegangen, und ich habe mir gedacht, ich bin schon neugierig, wie das Wetter ist beim Heimgehen. Ich habe nicht gewusst, regnet es, stürmt es oder sonst was.

Und dann habe ich es genossen, im LKH Graz Süd-West, Standort West, auf der Intensivstation zu arbeiten, weil das sehr viele Glasfronten hat, und obwohl es oft Probleme mit der Kühlung und Beschattung gibt, haben wir alle es genossen, wenn es geschneit hat. Wir haben gesagt, wir stehen mitten im Schnee und die Patienten haben geschaut und gesagt: „Wie es schneit, solche Flocken!“ oder, „Es regnet, wow“. Das ist das Erleben.

Die ganz einfachen Dinge werden wieder wichtig, die kommen dann wieder.

Das grelle Leuchtstoffröhrenlicht ist ja Vergangenheit, wie wir eingangs gehört haben, aber wie wird die Beleuchtung derzeit gelöst?

Ich war jetzt gerade in Berlin, weil sie dort mit Lichtdecken experimentieren.

Wir wissen, wir sind hier erst in einem Anfangsstadium, in zehn Jahren wird das Standard sein. Also dieses Licht, das ist was ganz anderes und das Spannende war, das man auch mit dem Dämmerlicht arbeitet. Mittels Computerprogramm wird das selbständig an das Berliner Wetter angepasst. Das heißt, wenn das Wetter in Berlin schlecht ist, wird ein anderes Licht eingespielt, wie ein bedeckter Himmel für den Patienten. Das finde ich ganz faszinierend.

Ich habe mich gefragt, wie es dem Personal dort geht? Es ist schon sehr hell alles, wie ist das an der Haut? Sie sagten, sie arbeiten gerne dort. Das ist angenehm. Das ist so richtig angenehm. Die haben oft schwere Patienten drinnen, aber sie gehen trotzdem gern rein, weil das Licht so angenehm ist. Man muss ja wirklich sagen, Neonlicht ist einfach nicht angenehm. Es ist halt billig und man darf auch nicht nachdenken, was eine solche Lichtdecke kostet, aber wenn es wirklich auch finanziell machbar ist, wäre es sehr wünschenswert.

Jeder von uns experimentiert privat mit irgendwelchem Dämmerlicht oder Kerzenschein; jeder macht es sich gemütlich mit Licht, schon immer! Und im Krankenhaus, in der Früh, um 7 Uhr, da ist schon grellstes Licht.

Noch einmal zurück zum Thema der Orientierung, was sind da die wesentlichen Keypoints?

T.S.: Die Orientierung muss für alle Nutzergruppen klar sein, einerseits für den Patienten selbst, für den Mitarbeiter und auch für den Besucher.

Für den Mitarbeiter, glaube ich, ist es auch deshalb sehr wichtig, weil es in Zukunft sicher nicht mehr so ist, dass wir alle immer im selben Bereich arbeiten werden. Das heißt, wenn ich in einen anderen Bereich komme, sollte ich eigentlich sofort wissen, wo, wie, was da ist, wo was ist. Das ist bei uns auf der Intensivstation eigentlich sehr leicht, weil wir sehr symmetrisch aufgebaut sind. Ich weiß in jedem Stock, wo was ist, weil es vom Prinzip gleich ist. Das ist einmal das eine.

Das Zweite ist, dass ich auch in einem fremden System den Ablauf gleich erkennen kann, z.B. wo ein Lagerraum ist oder wo ich etwas hole. Das ist auch wesentlich für jene Berufsgruppen wie den Abteilungshilfsdiensten, oder den Zuliefer- oder Ablieferfirmen, die nicht so gut ausgebildet sind und eine hohe Fluktuation haben. Da kommt alle halben Jahre jemand anders, und der weiß wieder nicht, wo stelle ich was ab, wo fahre ich da

hinein? Ich würde mir wünschen, er wird in ein System geleitet, wo er selbst-erklärend einen Parkplatz findet und wo er das gewünschte einfach abstellt oder abholt. Aber jedem musst du immer erklären, da ist das, da ist das, da ist das.

Wir haben immer diskutiert über diese Linien am Boden, die ja nicht mehr gerne gesehen werden, aber diese Linien am Boden waren einfach. Ich habe gesagt, gehen sie der roten Linie entlang und sie kommen zum Röntgen! Aber diese Linien sind halt aufgeklebt, sie lösen sich, und die Hygiene hat das nicht gerne. Oder sie passen irgendwie nicht in ein Farb- oder Orientierungskonzept rein. Aber es war die einfachste Lösung.

Manche Leute haben auch Angst, dass sie überhaupt nicht mehr aus dem Gebäude rausfinden?

T.S.: Ich habe Schüler, die in der Früh in die Garderobe gehen. Sie waren zunächst bei mir, gehen dann in die Garderobe irgendwo rein, kommen raus und rufen mit dem Handy an: Ich weiß nicht mehr, wo ich bin, ich finde nicht mehr zurück?

Das ist aber kein Patient, kein Besucher, sondern unser Schüler, der nicht mehr zurückfindet!

Solche Orientierungssysteme beginnen großräumig mit der Beschriftung von Tafeln, mit Farbkonzepten, in welchem Geschoß bin ich jetzt, ist das Therapie, ist das ambulant, ist das OP, all diese Dinge. Das ist immer für beide Benutzergruppen wesentlich, also sowohl für das Personal, als auch für den Patienten und seine Besucher.

Wir haben jetzt im Klinikum mit diesen Würfeln über die Kreuzungen mit der Aufschrift A, B, C, D eine simple Lösung, die funktioniert perfekt! Vorher haben wir gesagt: „An der dritten Kreuzung, warten sie einmal, da müssen sie da links und dann wieder rechts und ...“. Jetzt hängt über jeder Kreuzung ein überdimensionierter riesiger Würfel, wo oben steht, A, bei der nächsten Kreuzung B, C und jetzt sage ich, sie gehen bis zur Kreuzung C, wenn sie da vorne schauen, dort gehen sie links bis zur Kreuzung oder rechts bis B und dann in das Haus geradeaus herein. Das ist so simpel und funktioniert wunderbar! Also die Idee ist wirklich ganz toll. Fantastisch.

Weil bei der Orientierung plagt sich jeder, der irgendwo fremd ist.

Noch dazu in einer Stresssituation...

T.S.: Also selbst wenn man relativ entspannt ist, ist es nicht leicht.

Ganz spannend ist jetzt die Situation bei uns auf der Chirurgie. Wir haben einen Altbau, einen Neubau und einen Neu-Neubau und alle haben unterschiedliche Geschoßebenen. Überall geht man anders hinein und dann weiß man nicht mehr, ist man in der Ebene oder in der Ebene oder in der Ebene, und das ist auch für uns ganz schwierig.

Sprechen wir von TG, EG, OG1, OG2, wo befinde ich mich denn gerade wirklich im Haus? Wenn man von einem alten Trakt in einen anderen Trakt wechselt, ist man in derselben Ebene? Was bedeutet im Lift Stock 1/3 oder TG genau? Da komme ich oft nicht zurecht. Wir als Personal kommen oft nicht zurecht, und wie geht es jetzt einem Fremden? Also das ist wirklich nicht einfach zu lösen, aber wenn wir alles umstellen, dann kennt sich gar keiner mehr aus, das ist ja auch schwierig.

Das ist alles Orientierung für mich. Schwierige Orientierung.

Das fängt beim Eingang an: Wenn ich hineingehe, und ich sehe als erstes den Lift, dann benütze ich als erstes den Lift. Das Stiegenhaus ist versteckt hinter der Metalltür, wo man nicht weiß, führt sie irgendwo in ein gefährliches Zimmer, darf man überhaupt rein?

Wie bewege ich Menschen, die Stiegenhäuser zu benutzen, und nicht den Lift, weil wir ohnehin noch zu wenige für Patiententransporte oder gehbehinderte Personen haben. Vielleicht muss man das Stiegenhaus so einladend machen, dass ich das gerne beuge?

Fluchtstiegenhäuser müssen immer billig gemacht werden, weil das Geld nicht mehr da ist. Vielleicht wäre es schöner, wieder eine prominentere, schönere Treppenanlage zu haben?

T.S.: In Zeiten, wo wir Bewegung machen sollen, sind Treppen das beste Sportgerät. Also ich gehe alles zu Fuß, alles. Es ist mir auch zu blöd, dass ich auf den Lift immer so lange warte.

Aber ich muss es halt auch so bauen, dass ich den Menschen dazu einlade, das Stiegenhaus zu benutzen. Das ist für mich auch Orientierung.

Wie ist das bei den übrigen Erschließungszonen, den Gängen, im berühmten berüchtigten Krankenhausflur?

T.S.: Ich weiß nur, ein Gang macht immer wieder Angst, das habe ich ein paar Mal gehört. Ein langer Gang macht Angst, ich weiß nicht warum. Ich persönlich finde einen langen Gang auch nicht ideal, er ist unpraktisch und bedeutet lange Wege.

Was kann man in den Patientenzimmern für die Orientierung tun?

Wenn ich als Patient in einem Raum bin, will ich wissen, wo ich bin, wo ist vorne, wo ist hinten, welche Uhrzeit habe ich, das ist immer hochinteressant. Wir sind erst jetzt draufgekommen, dass wir auf unsere Uhren vergessen haben, und wir hätten gerne Riesenuhren, weil die kleinen Uhren kann keiner lesen.

Und ist da analog besser als digital, oder umgekehrt?

T.S.: Einfach Uhren, die nicht laut sind, die nicht laut ticken, oder wo jedes Tack der Zeiger beim Minutensprung eine Katastrophe in der Stille ist. Also große Uhren oder Uhren mit Datum, Uhren mit Jahreszeiten am besten, solche Sachen. Das sind so Visionen...

Wir versuchen auf den Stationen ja auch, entsprechend der Jahreszeit in irgendeiner Art Orientierung zu geben. Da gibt es dann Watteschnee, Osterschmuck oder so, das kommt irrsinnig gut an, das ist ganz schön.

Die Patienten müssen wissen, was um sie herum vor sich geht.

Wir haben immer wieder das „Problem“, dass viele Patienten Zeichnungen und Briefe von zuhause bekommen. Die werden zumeist am Nachtkastl aufgestellt, wo er nicht hinsieht, oder überhaupt hinter dem Patienten aufgehängt, und jeder, der kommt, sagt, oh wie nett, die Familie! Aber er selbst sieht sie nicht, das ist das Problem. Eigentlich gehört es genau vor ihn hingestellt. Da haben wir begonnen zu experimentieren: Am Bettende haben wir Kartons reingegeben, Infusionsständer und Schnüre und Schachteln draufgeklebt oder die Scheibe daneben voll geklebt, sodass er eben alles sehen konnte.

Schön wäre es auch, wenn es einen Monitor geben würde, der verschiedene Informationen anzeigt, zusätzlich zum klassischen Fernseher!

Man darf nicht vergessen, im Blickfeld eines Patienten, der die Zeit zu 70 oder 80 Prozent im Bett verbringt, ist nur das Bett, das Ende des Bettes.

Wesentlich für die Orientierung in den Zimmern ist auch, wo ist die Eingangstüre, wie finde ich auf die Toilette, ganz einfache Dinge. In der Nacht: Was ist Dusche, was ist Toilette, wo geht es aus dem Zimmer raus, wo ist draußen der Stützpunkt, wo finde ich das Rufsystem, wie ist das Rufsystem konzipiert?

Wir haben erst jetzt wieder diskutiert und gesagt, bitte einfachste Knöpfe, keine komplizierten Dinge. Wir brauchen ein Rufsystem für demente oder für alte Menschen, wo ein Symbol oben ist, das eindeutig Pflege bedeutet, und da drücke ich drauf und ich brauche nicht zwei, drei Lichter für ein Radio oder was weiß ich was alles.

Bei Fernsteuerungen für Bett oder Fernseher kommt immer, „Na, ich will ja nichts kaputt machen und drum greife ich es nicht an - Ich warte, bis wer kommt.“

All das zählt für mich zur Orientierung.

Natürlich auch, wenn die Besucher kommen: „Wo finde ich wieder raus, wo kann ich mich zurückziehen?“

Werden die Gang- bzw. Erschließungsflächen auf der Normalstation auch zur Mobilisation der Patienten genutzt?

Weil es ja heißt, dass, wenn es geht, die Leute möglichst schnell mobilisiert werden sollen, dass sie wieder selber gehen, selbständig werden.

T.S.: Der „einfachste“ Patient war viele Jahrzehnte lang immer der tief sedierte und beatmete Patient. Der ist nur drinnen gelegen, hat sich nicht gerührt.

Tief sedierte Patienten gibt es heute kaum mehr. Schwerste Schädelverletzungen, die sind für eine Zeit lang im Tiefschlaf, aber ansonsten ist die Mobilisation für den psychischen Zustand von Patienten sehr wichtig.

Wenn der Patient merkt, „jetzt stehe ich auf“, fühlt er, jetzt geht was weiter. Das ist der Punkt. Dann wird auch die ganze Physis gestärkt, die Lunge, die Durchblutung, alles. Da hängt alles ganz eng zusammen, bei dieser Mobilisation. Deswegen sind bei uns auch diese Patientenheber, die wir an der Decke an den Intensivstationen haben, ganz wichtig, weil wir eben versuchen, Patienten immer wieder herauszuheben, einfach ihre Lage ein wenig zu verändern.

Wenn man so zuhört, dann hat man schon das Gefühl, dass sich Behandlung und Pflege in den letzten Jahren oder vielleicht sogar Jahrzehnten schon unglaublich verbessert haben?

T.S.: Verändert würde ich sagen, völlig verändert, es ist ein anderer Ansatz. Ich versuche es einmal so auszudrücken: Pflege beginnt, wenn ein Patient in ein Krankenhaus kommt. Dieser Mensch kann für sich selbst nichts mehr tun und das übernimmt dann die Pflege, zum Teil sämtliche Körperfunktionen von einem Menschen. Wir übernehmen die Überwachung der Funktion Atmung an der Beatmungsmaschine, wir überwachen den Herzschlag, wir überwachen die Dialyse-Maschine. Das geht eben dann weiter bis hin zu Ausscheidung, Harn, Stuhl.

Pflege hat aber auch, und das ist jetzt ein Überbegriff, sehr viel mit Schön-Sein zu tun. Jeder gesunde Mensch, außer er ist sozial komplett gebrochen, versucht, wenn er aufsteht, schön zu sein. Keiner geht außer Haus und überlegt sich, wurscht, wie ich ausschaue. Jeder schaut sich in der Früh irgendwann in den Spiegel, richtet sich die Haare gleich, zieht sich was an, versucht sich zu pflegen, damit er gut riecht und gut aussieht. Das verlangt die Gesellschaft und man fühlt sich wohl.

Das muss man dem Patienten auch geben, das ist auch Pflege und Wohlbefinden.

Man muss sich vorstellen, drei Tage nicht die Zähne putzen zu können, das ist ein schlimmer Zustand für uns.

Von einem gewissen Punkt übernimmt diese Person dann wieder selbst, und wir ziehen uns dann sukzessive zurück. Wenn er zu atmen beginnt, dann werden wir die Maschine weggeben. Wenn er zu ausscheiden beginnt, das heißt, wenn er selber seinen Stuhl kontrollieren kann, dann geben wir ihm die Schüssel rein. Wenn er beginnt, sich zu bewegen, helfen wir beim ersten Aufsetzen und wenn er zu essen anfängt, gehen wir vom Ernährungsschlauch langsam runter und werden ihm die ersten Schluckversuche ermöglichen.

Wir ziehen uns immer weiter zurück; und er beginnt sich langsam selbst zu pflegen, er wird ein paar Mal danebenfahren, aber wir lassen ihn üben. Er probiert dann, Zähne zu putzen und fährt sich das erste Mal ins Auge und neben vorbei, bis er den Mund wiederfindet. Das ist ganz normal. Und die erste Suppe wird zur Hälfte verschüttet, aber das sind die Versuche, wo es dann schnell bergaufgeht. Wir ziehen uns sukzessive zurück.

Dann kommt der Patient auf die normale Station und auch dort wird noch unterstützt, soweit es möglich ist und dann geht es wieder zurück, bis er soweit ist und entlassen werden kann. Das ist für mich Pflege.

Früher einmal war Pflege ganz stark besetzt mit einer extrem hohen Autorität. Der Arzt sagt, was gemacht wird. Die alten geistlichen Schwestern bestimmten, wer kommt rein, wer geht raus, die stehen auf, die stehen nicht auf. Diese extreme Autorität gibt es heute nicht mehr, das läuft jetzt demokratischer ab.

Manchmal muss man die PatientInnen auch ein wenig motivieren, den inneren Schweinehund von manchen erwischen, das ist oft schwer.

Als Beispiel, wenn wir PatientInnen lagern, dann tut es oft weh und man weiß, sie müssen in einer Stunde wieder umgelagert werden. Wenn wir uns als Pflege nicht einig sind, gibt es bald die „böse Schwester“, die den Patienten über die vereinbarte Zeit liegen lässt, und die gute „Schwester“, nämlich die, die früher umlagert.

Und oft ist es so, dass ein Angehöriger zuschaut, wie der Patient beim ersten Versuch die Hälfte Suppe verschüttet und er sagt, helfen sie dem doch. Ich sage, wir helfen ihm.

Da muss man sich intern gut absprechen, viel erklären, mit den Angehörigen viel reden.

Wie ist die Fluktuation bei Euch im Pflegebereich?

T.S.: Also ich habe 300 Mitarbeiter in meinem Zuständigkeitsbereich. Ich habe eine sehr niedrige Fluktuation. Ich habe aber eine eigene Art der Personalauswahl, muss ich dazusagen. Ich lege nicht viel Wert auf Zeugnisse, ich lege auf eine Berufsbefähigung Wert und ich schaue mir die sozialen Kompetenzen von Menschen sehr genau an. Jeden Mitarbeiter, der bei mir aufgenommen wird, schaue ich mir ganz genau an. Dadurch habe ich eigentlich eine sehr geringe Fluktuation. Es ist auch so: An meiner Tür steht, „Führen heißt, eine Welt zu schaffen, zu der die Menschen gehören wollen.“. Also ich möchte, dass ich Menschen habe, die gerne arbeiten gehen.

Dazu muss man aber auch dazusagen, dass der Intensivbereich ein sehr spannender Bereich ist, man verdient zudem ein bisschen besser als im Normal-Bereich.

Zudem ist es auch ein in der Gesellschaft sehr anerkannter Bereich. Die Pflege ist generell sehr anerkannt, aber wenn wir als Pfleger sagen, wir sind

in der Intensivpflege, ja, da kommt fast der Heiligenschein. Aber das Schönste am Job ist, wenn du einen Menschen zum Lachen bringen kannst, also die Tageszeitung zusammen anschaut oder ähnliches. Wir kämpfen nach wie vor um Fernseher im Intensivbereich: Es ist so schön, wenn du einen Fernseher einschaltest und du holst den Patienten durch ein Fußballspiel, durch einen Abfahrtslauf, durch ein Kabarett, durch ein Österreich Bild für 30 Minuten aus diesem tristen Alltag raus und er hat auf einmal ganz andere Emotionen.

Was hat das Pflegepersonal an Räumlichkeiten zur Verfügung, wo sie einmal sagen können, so, jetzt brauche ich meine Ruhe oder jetzt brauche ich irgendwas zum Abreagieren oder jetzt brauche ich das und das?

T.S.: Wir haben Sozialräume, die sind vorgegeben, die werden auch aus meiner Sicht gut genutzt. Das geht sehr gut. Wir lassen uns manchmal schon bewusst ablösen, aber wir wollen ja auch daneben sein, wir müssen daneben sein, das geht gar nicht anders. Ich muss die Kontinuität der Überwachung haben. Ich kann mich nicht immer rausnehmen. Auch das Krankenhausgelände bei uns ist ja sehr schön, da kann ich mich raussetzen. Ich habe eine Parkbank, ich habe eine Allee, auch das wird häufig genutzt, einfach hinausgehen und sich draußen hinsetzen. Das ist alles vorhanden.

Wie schaut es mit den Oberflächen aus, mit den verwendeten Materialien?

T.S.: Wir müssen bei der „Gemütlichkeit“ der Materialien ein bisschen aufpassen, weil wir strenge Hygienevorschriften haben. Die Hygiene wird in den nächsten Jahren immer wichtiger, zusehends wichtiger, auch wegen resistenter Keime. Wir verwenden aggressive Reinigungsmittel und Desinfektionsmittel, und egal welcher Stoff der Architekt vorschlägt, die erste Frage ist immer, wie lässt sich das reinigen? Es gibt sehr schöne Materialien, auf die die Patienten ansprechen würden, aber wir können sie nicht verwenden. Zum Beispiel diese ganze Holzmaserung, das ist schön, aber es ist auch unpraktisch, weil ich etwas habe, bei dem ich nicht sehe, ob es schmutzig ist. Das könnte bei uns gefährlich sein. Also das ist ein bisschen ein schwieriger Punkt.

Für mich ist ein ausgleichender Gemütlichkeitsfaktor wie Wärme deshalb sehr bedeutend.

Gemütlichkeit hängt doch auch mit den Farben der Innenausstattung zusammen?

T.S.: Also ich bin dankbar, dass wir nicht alles mitgestalten durften, was Vorhänge und Farben betrifft: Wenn ich mein Team im Krankenhaus frage, machen wir einen gelben, grünen, hellblauen Vorhang, also welche Farbe nehmen wir, kommen wir nie auf einen grünen Zweig. Jeder hat einen anderen Geschmack. Als die Window-Colors aufgekommen sind, waren bei uns plötzlich überall irgendwelche kitschigen Window-Colors-Zeichnungen, die für den einen sehr schön sind, und für den anderen hat es ausgeschaut wie im Kindergarten.

Darum bin ich dankbar dafür, dass hier nicht so viel Mitsprache gewährt worden ist!

Ein Vorhang macht es gemütlich, finde ich. Wir wollten den Wartebereich auf der Intensivstation der Besucher vom Gangbereich mit einem „Schnürl“-Vorhang trennen, so einen einfachen, aber dann hat die Hygiene gesagt, das geht leider nicht, weil wenn wir die einmal waschen, sind die Schnürl nicht mehr da oder hängen dann irgendwie. Richtig, geht nicht. Auch vom Brandschutz her können wir das nicht machen.

Also müssen wir uns etwas anderes einfallen lassen. Es ist nicht lustig, wenn die im Wartebereich sitzen und weinen und verzweifelt sind und schluchzen und nebenan saust das Personal vorbei. Und wenn jemand weint, man schaut hin – auch wenn man das nicht will –und derjenige fühlt sich beobachtet. Jetzt gibt es aber diese Sessel mit hohen Lehnen, wo man sich mit dem Rücken zum Gangbereich ein wenig verstecken kann.

Aber da werden wir durch die Architekten und Innenarchitekten gut unterstützt. Die kommen da mit guten Ideen, und wir probieren einiges aus. Da sind echt gute Ideen dabei!

Einiges funktioniert halt trotzdem nicht. Wir haben zum Beispiel vor dem Stützpunkt einen sehr großen Platz. Dann war die Idee, dass man Sitzmöbel hinstellt. Das alles macht natürlich schon etwas Warmes, finde ich, etwas Schönes: Ein Sessel irgendwo, ein gemütlicher Sessel oder ein Tisch. Das sind schon Sachen, die gut funktionieren.

Die Idee war sehr gut, eine bunte Idee, aber als wir es probiert haben, sind wir draufgekommen, das Möbel ist viel zu groß! Die zweite Idee war, dass man es umgestalten können muss, auf jeder Station anders. Aber weil jeder Mensch verspielt ist, wurde es jede Nacht umgeschoben. Das dritte Problem war dann, sobald man es schieben beziehungsweise umgestalten kann, geht es auch „auseinander“.

Das geht bei uns nicht, das passt nicht. Bei uns muss alles baustellensicher, bis zu einem gewissen Grad funktionell sein.

Alles muss auch so gebaut sein, dass es leicht zu reinigen ist. Ich kann unterhalb nicht mehr vorbeiwischen, wenn das unten offen ist. Wenn ich irgendwas habe, was unterhalb reinkommt, wie soll ich da wischen? Wenn irgendetwas Klebriges reinrinnt, bekomme ich das nie mehr heraus. Das sind so Kleinigkeiten...

Runde Kanten, keine eckigen, weil wenn ich mit einem Bett fahre, wird nicht Rücksicht genommen. Paradebeispiel: Lift raus und gegenüber ein Heizkörper montiert. Es hat niemand dran gedacht bei der Abnahme. Fakt ist, einmal mit dem Bett aus dem Lift raus, am Heizkörper angefahren, Tusch hat es gemacht, niemand hat etwas gemerkt, aber es war ein Haarriss drin. In der Nacht ist das Wasser auf die Intensivstation geronnen. Jetzt haben wir keinen Heizkörper mehr dort! Bei uns muss alles sehr robust sein, Türen, Kanten, Schutz.

Gibt es für Sie Vorbilder für Spitalsarchitektur?

T.S.: Überall dort, wo viel Tageslicht da ist.

Ich kann mich erinnern, im LKH Graz Süd-West, Standort West haben wir einen Aufwachraum mit einer Glaswand, das war sensationell. Wir haben gerne dort gearbeitet, weil wir dieses Licht, dieses Rein- und Raus schauen so genossen haben. Andererseits muss man aber sagen, wenn man dann vielleicht die Hitze nicht in den Griff kriegt, hat man ein Problem. Die Beschattung und Kühlung muss auch gut funktionieren.

Wie steht es generell mit dem Raumklima?

T.S.: Das Raumklima, ja, das wäre ein Bereich, an dem noch sehr viel gearbeitet werden müsste.

Zum Beispiel war es immer so schön, Pflanzen zu haben, wenn man wo

hineingeht und man sieht grün, ist das angenehm. Wir dürfen sie aber aufgrund der Hygiene nicht mehr verwenden. Dann haben wir mit künstlichen Blumen gearbeitet, das geht aber auch nicht - vor allem fehlt hier eben der positive Effekt aufs Klima.

Ein letztes Statement?

T.S.: Also bei uns wird erlebt und überlebt und nicht nur gestorben, das ist mir schon sehr wichtig.

Thomas Schelischansky, MSc

Pflegeleitung der Intensivstationen der Universitätskliniken für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie und Neurochirurgie; Pflegeleitung der Apherese der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin



Maximilian Wanas

Fotograf | Felix Zitter - HDA



Oliver Kaufmann

Fotograf | Felix Zitter - HDA

Auf dem Tisch, an dem unser Gespräch stattfindet, liegt ein Rendering der neuen Intensivstation in Feldbach. Also aus der Distanz beobachtet ist das ja 1: 1 umgesetzt worden, oder?

O.K./M.W.: Ja, das stimmt. Es schaut wirklich so aus auf dem Bild. Es ist ja nicht immer der Fall, dass man einen Wettbewerb 1: 1 umsetzen kann, ganz einfach, weil nach dem Wettbewerb Einsparpotenziale gesucht werden oder funktionelle Kriterien entstehen, die man vielleicht noch nicht berücksichtigen konnte.

Dieses Projekt war sehr gut vorbereitet, drum konnte man es auch so rasch und in dieser Form umsetzen. Die funktionelle Vorgabe war ganz klar. Insofern ging es dann relativ leicht, es umzusetzen und das einzige, was irgendwie schwieriger war, war das gebogene Glas im Innenhof, im Atrium.

Ist die Scheibe in Polygone aufgelöst worden?

O.K./M.W.: Nein, das ist ein geschwungenes Isolierglas. Das hat etwa die Form eines Herzens oder eines Klaviers, und das wurde von uns eingesetzt, sozusagen eingestanz in den Baukörper, weil der dort relativ tief ist und wir damit trotzdem überall natürliches Licht erhalten. Das ist die funktionelle Begründung. Dieses Atrium ist aber auch ein weicher Bauteil, der ein bisschen die Strenge des Raumes unterbricht. Es ist nutzungsfrei in dem Sinn, dass es eigentlich nicht betreten wird, sondern drinnen nur ein Zierbäumchen steht, ein japanischer Ahorn. Am Anfang gab es da schon Versuche, das wegzustreichen oder zum Beispiel als Abstellraum umzuwidmen, aber das wurde dann auch von der KAGES sehr gut verteidigt, muss man sagen. Also da haben wir wirklich sehr viel Rückhalt gehabt und dann war alles sehr schnell weg vom Tisch. Und mittlerweile wird es überhaupt sehr gut akzeptiert, und bringt atmosphärisch viel, wenn man die Station betritt.

Unser Gesamtraumkonzept, und das kommt bei der Intensivstation Feldbach eigentlich sehr gut heraus, ist ja, dass wir von einer Art psychologischer Raumwirkung ausgehen.

Ist das Atrium eigentlich von euch ins Raumprogramm hineinzitiert worden?

O.K./M.W.: Das haben wir „hineingeschummelt“, ja, stimmt. Das war nicht vorgesehen, auch diese Terrasse war nicht vorgesehen.

So haben wir das Raumprogramm ein bisschen verändert. Wir haben die Pufferzone dazu genommen, wir haben die Terrasse dazu genommen und eben dieses Atrium. Räume, die man nicht haben müsste, die aber sehr gut für das ganze medizinische Konzept sind.

Das heißt, man kann das Raumprogramm zumindest ergänzen?

O.K./M.W.: Ergänzen, ja. Wenn man es so weit argumentieren kann, dass man sagt, das hat den und den Wert und den bringt es auch, wenn man überzeugen kann, ja. Das Raumprogramm ist ja, sage ich einmal, immer Sache des Bauherrn. Das ist aber auch in Ordnung so, weil der Bauherr einfach definiert, welchen Bedarf er hat. Voraussetzung ist, dass er von der Ausbildung her und vom technischen Knowhow usw. dazu in der Lage ist. Natürlich gibt es im privaten Bereich Leute, die das nicht so können, aber in diesem Fall, bei einem professionellen Bauherrn, ist das Raumprogramm genau definiert. Es gibt ja schon zahlreiche Intensivstationen der KAGES, die auch untereinander vom Standard her vergleichbar sein sollen und sogar vergleichbar sein müssen, weil es sind ja kein Privatspitäler, sondern aus Steuergeldern finanziert.

Auf jeden Fall gibt es gewisse Standards, die sozusagen erfüllt werden sollen, die aber nicht zu viel und auch nicht zu wenig sein sollen und wie so eine ICU¹ funktioniert, ist relativ klar.

Es gibt immer einen Vorbereich mit den ganzen Zonen der Versorgung und der Entsorgung – dann gibt es in der Mitte den Überwachungsbereich, also den „Stützpunkt“ in dem Sinn, mit der Arznevorbereitung im Hintergrund, und dann drumherum die Bettenbereiche. So ist es eigentlich in den meisten Fällen einer Intensivstation, wo wirklich sehr kranke Menschen untergebracht sind, und in dem Rahmen kann man sich bewegen.

Was kann man sich unter einer solchen Vorstudie genau vorstellen?

Die KAGES hat eine Planungsabteilung, die macht vorab eine Funktionsplanung bzw. erstellt eine Vorstudie.

¹ICU = Intensive Care Unit

O.K./M.W.: So vorgefasste Funktionsdiagramme muss man auch in Frage stellen, das ist klar. Aber prinzipiell, wenn die jetzt sehr logisch und durchdacht sind, ist es für den Planer eine enorme Hilfe, weil er sich nicht einfach in ein Riesen-Projekt reinstürzt und viel Energie hineinsteckt, aber am Anfang irgendetwas funktionell verdreht hat und der ganze Aufwand dann umsonst war. Das ist dann schade.

Aber für uns war, dadurch, dass wir es ja auch schon das zweite Mal gemacht haben, schon sehr klar, wie der Funktionsablauf sein soll.

Eine große Veränderung der letzten Jahre war natürlich auch, dass die ganzen Geräte, die im Raum ja sehr dominant sind, nur mehr von der Decke abgehängt werden - in Form von Medienschienen und abgehängten Stativen. Also es gibt nichts mehr, was am Boden steht. Das ist natürlich vor allem, was das Räumliche betrifft, sehr angenehm. Man kann das Bett verstellen, die Geräte mitziehen, und man kann natürlich den Raum viel besser reinigen, weil nichts am Boden steht. Das ist irgendwie naheliegend. Alles abzuhängen ist schon auch eine Errungenschaft.

Dann war da auch noch der Wunsch nach färbigem Licht in der Nacht, daher haben wir auf diesen Medienschienen LED Leuchtsysteme geplant. Da war nicht immer sicher, ob wir das bekommen, weil das von den zur Verfügung stehenden Mitteln abhängig war, aber wir haben gute Ausschreibungsergebnisse gehabt, dann war noch ein bisschen Spielraum. Jetzt gibt es diese Beleuchtung in der Nacht, die pro Bett in verschiedenen Farbtönen einzeln regulierbar ist. Also wenn jemand in der Nacht aufwacht, kann er grünes oder wechselndes Licht als Hintergrund auswählen. Das ist wirklich sehr angenehm. Das ist eigentlich auch schon sehr anerkannt in den Intensivstationen, aber was bei uns tatsächlich besonders ist, ist der Umgang mit dem Schall. Schall ist oftmals irgendwie ein bisschen ein Stiefkind in der Intensivstation, weil ich habe dort ja fast nur sehr schallharte Oberflächen, also Glas und Aluminium etc. Wir haben dann mit unserem Bauphysiker ein akustisches Konzept entwickelt und das dann in Form von sogenannten „Baffeln“ umgesetzt. Das sind vertikale Streifen, die man von der Decke in einem Abstand von 20 cm abhängt, ca. 30 cm hoch. Die kann man aushängen und einzeln waschen, sie sind also auch hygienetechnisch zulässig. Und diese „Baffel“ laufen jetzt an der Decke als horizontale Muster analog zu den Lamellen außen mit, eine Bereicherung zu der Farbigkeit und dem Licht und der Helligkeit.

Die neuen Geräte sind im Übrigen gottseidank nicht mehr alle so laut wie

die alten, aber der Raumschall wird trotzdem noch einmal zusätzlich reduziert, wenn ich schallabsorbierende Flächen habe. Gute Akustik ist sicher auch hilfreich bei den Arzt-Patienten-Gesprächen.

Womit kann man neben Licht bzw. Helligkeit und Akustik noch zur Stressreduktion beitragen?

O.K./M.W.: Der Ausblick ist auch wichtig, dass man die Landschaft und damit die Natur hereinholt. Ich glaube, eine sehr große Ressource für einen kranken Menschen ist der Naturbezug. Das ist bei uns Menschen ganz stark verankert. Also wenn ich die Möglichkeit habe, dass ich auf einen Baum schauen kann, ich meine jetzt nicht diesen kleinen in unserem Atrium drinnen, sondern auf einen großen Baum.

Selbst der im Atrium ist sicher etwas Besonderes!

O.K./M.W.: Ja, das ist etwas Positives.

Aber wir haben in Feldbach das Glück gehabt, dass vor dem Gebäude eine riesige Platane ist, also die ist wirklich gigantisch. Die ist vom Kronenumfang fast so breit wie das Haus, und wenn man im Innenraum ist, hat man das Gefühl, man liegt halb in dieser Krone von der Platane drinnen. Die ändert sich natürlich auch im Laufe des Jahres, zeigt Herbst und Winter an und gibt dadurch zusätzlich eine Orientierung. Das andere ist auch der Blick hinunter in diese Landschaft, die einfach sehr schön ist, diese steirische Landschaft, die auch ein Bezug ist. Das ist natürlich ein Benefit von dem Standort.

Ich meine, das ist vielleicht in einer Großstadt nicht so leicht zu finden.

Diese Lage auf diesem Hügel ist einfach schön und das Runterschauen und diese Geborgenheit durch diese Filterzone, das lässt das ganze einfach auch gut funktionieren. Ja, und der „Vorteil“ hier war natürlich, dass der Baukörper erhöht auf Stützen steht.

Das Gebäude ist außerdem kein Rechteck, sondern ein ungleichseitiges Sechseck. Das bricht die starken Kanten, und es fügt sich besser in diese spezielle Situation hinein, macht andere Räume auf.

Wenn man ein neues Spital planen würde, würde man die Intensivstation aber sicher nicht so hineinsetzen in den Hof?

O.K./M.W.: Stimmt, das ist ein aus einer inneren Funktionalität entstandenes Projekt, bei einer Neuplanung hätte man es sicher anders gemacht.

Es war wirklich eine komplexe Situation, aber man versucht eben daraus was zu machen. Die Schwierigkeiten werden überwunden und dann entsteht etwas Besonderes, etwas Spezielles.

Man versucht zu reagieren und aus dem ist auch diese Form gewachsen.

Das ist oft bei den auf der grünen Wiese hingestellten Neubauten die Schwierigkeit, dass sie zwar in sich perfekt sind, aber auch verkehrt in gewisser Hinsicht.

Was sicher noch zur Stressreduktion beiträgt, ist die Möglichkeit, dass man sich separieren kann. Das ist nämlich innerhalb dieses ganzen Glaswand-systems auch möglich, weil die Trennwände zwischen den Zimmern und die Trennwände vom Gang zum Zimmer integrierte elektronische Jalousien haben. Man drückt einen Knopf und sie gehen runter, und man kann sie dann auch noch drehen, also komplett zumachen, sodass niemand mehr reinschauen kann in das Zimmer. Zwischen den einzelnen Betten kann man auch noch eine Trennwand aufstellen, zum Beispiel für Behandlungen oder Gespräche.

Wenn es einmal erforderlich ist, wie etwa im Sterbefall, da ist auch wieder das eine Einzelzimmer sehr wertvoll. Natürlich ist das gerade auf der Intensivstation öfter der Fall wie auf anderen Stationen.

Weil wir gerade auch über das „alte“ Krankenhaus gesprochen haben, das ja Anfang des 19. Jahrhunderts erbaut wurde und noch immer funktioniert: Es gibt ja gerade im Spitalsbereich eine sich unglaublich beschleunigende Entwicklung?

Wie kann man als Architekt planen, damit solche Bauten möglichst lange adaptierbar und nutzbar bleiben?

O.K./M.W.: Ja, da wird der Begriff der Nachhaltigkeit natürlich maßgeblich, wobei wir uns bemüht haben, bei diesem Projekt einiges umzusetzen. Alle Materialien sind geprüft und nach Regeln für gesundes Bauen ausgewählt, also emissionsfrei, PVC frei, und was es alles sonst noch gibt. Gleichzeitig soll das Ganze auch möglichst langlebig sein, aber die Hauptnachhaltigkeit

liegt sicher in dem Fakt, dass wir einen Punktskelettbau konzipiert haben: Es gibt eigentlich nur diese runden tragenden Säulen, auf denen das Gebäude draufsteht, die durch den abgehobenen Baukörper den Freiraum für die Rettungszufahrt ermöglichen. Die gehen dann oben etwas schwächer weiter und bilden, bis auf den Stiegenhauskern, der auch aussteifend wirkt, eigentlich die gesamte vertikale Tragstruktur. Dadurch kann ich das Gebäude jederzeit ohne riesengroßen Aufwand komplett umformen. Trennungen und räumliche Abteilungen erfolgen nur durch nichttragende Metallständerwände, die man raus- und reinschrauben könnte, wenn das erforderlich sein sollte. Dadurch ist das Gebäude sehr anpassbar.

Also die statische Struktur sollte ein Höchstmaß an Flexibilität möglich machen, das ist aber nicht immer der Fall, muss man sagen.

Es gibt ja auch so Scheibenstrukturen oder ähnliches, die eine Veränderung des Gebäudes fast unmöglich machen.

Wird auch eine Art Freiraum für erweiterte HLS bzw. für die medizinisch-technische Versorgung eingeplant oder ist das völlig ausgereizt?

O.K./M.W.: Da gibt es Reserven für spätere Einbauten, das wird auch von der KAGes eingefordert. Die Höhen dieser Deckenhohlräume sind so bemessen, dass ich später noch was einziehen kann.

Auch bei den Schächten ist noch Platz, weil man das einfach wahrscheinlich aus der Vergangenheit gelernt hat, dass man gerade da am meisten Bedarf hat, dass man was umrüstet. Zum Beispiel gibt es jetzt einen Haustechnikteil am Dach, der war im Wettbewerb noch als Raum im Hauptgeschoß geplant. Der hat dann noch zusätzlich die Funktionen für einen kommenden Chirur-giesaal übernommen. Das heißt, er wurde mit errichtet und ist jetzt zur Hälfte verfügbar. Wenn irgendwo im Altbestand ein zusätzlicher OP kommt, hat der schon einen Raum für Haustechnik und für Maschinen. Also so weit hat man da schon vorgedacht, es wird mittlerweile überhaupt in sehr langen Intervallen geplant und gedacht.

Was war bei dieser Intensivstation in Feldbach eine besondere Herausforderung?

O.K./M.W.: Am Anfang war die größte Problematik die Lage:

Das Bauwerk ist in einen L-förmigen Hof – umgeben von Altbestand – eingesetzt. Hier war das Thema, wie kann ich jetzt einerseits schön belichten und einen schönen Ausblick bieten, aber andererseits auch von den bestehenden Räumlichkeiten abschirmen. Also vis-à-vis sind auch Krankenzimmer, aus denen Leute herüberschauen können, und da haben wir relativ schnell die Idee geboren, dass wir eine Fläche dazwischenschalten: Einerseits das Gebäude mit seiner thermischen Hülle und dann aber drumherum noch eine Schicht, die als Filter wirkt. Diese ist dann sozusagen weder ganz draußen, noch ganz drinnen – ein Übergangselement. Das haben wir dann mit vertikalen Lamellen eingefasst, die man je nach Bedarf drehen kann. Das war die Überlegung, da sonst die Außenjalousie zum Beispiel permanent unten gewesen wäre.

Also wir wollten das mit Architektur schaffen, dass man die Einblicke reduziert und gleichzeitig aber das Gebäude auch öffnet. Es ist auch so, dass wir das Gebäude sehr transparent haben wollten, sehr lichtdurchflutet, aber es sollte auch einen gewissen Schutzfaktor bieten. Mir kommt zu diesem Thema immer folgendes Bild in den Sinn: Ich bin in einem Wald an der Grenze zur Wiese, ja, schaue auf die Wiese hinaus, habe aber noch ein paar so dünne Stämme vor mir, die mich schützen. So ein ähnliches Gefühl hat man, wenn man drinnen ist. Einerseits ist man abgedeckt, aber andererseits sieht man schon hinaus in diese sehr, sehr schöne Landschaft. Das ist natürlich eine große Qualität des Ortes. Da ist dieses Hügelland mit einem teilweise sehr weit hinausreichenden Ausblick, und der Patient liegt manchmal quasi wirklich mitten in diesen Baumkronen, wird von den Platanen zusätzlich geschützt. Ich glaube, dass das eine sehr positive Situation ist.

Wie und von wem werden die Lamellen bzw. ihre Stellung gesteuert?

O.K./M.W.: In der Entwurfsphase wurde gerade darüber viel mit dem Nutzer und dem Errichter diskutiert. Es gab Ideen, das ganze elektrisch anzutreiben und individuell steuerbar zu machen. Davon sind wir aber relativ bald abgekommen, da es ziemlich klar war, welche Gebäudeseite welche Funktion hat. Also es gibt eine Seite, wo niemand hineinschauen

kann und dann gibt es eine Seite, die ganz knapp am Altbestand steht, also dort könnte es durchaus mehr abgeschirmt sein. So sind wir dann auf ein sehr einfaches System gekommen. Wir haben so sieben bis zehn Lamellen mit einem Metallstab gekoppelt und die kann man jetzt einzeln und manuell verstellen. Also man kann selbst auf diese Terrasse rausgehen und kann das einrichten.

Sind Überhitzungen nicht generell ein großes Problem?

O.K./M.W.: Naja, der Baukörper ist rundum vollkommen verglast, und die internen Lasten sind auch sehr hoch: Beatmungsgeräte oder die Rechner zum Beispiel – alle möglichen internen Lasten treten zusätzlich zur Sonneinstrahlung auf. Aber allein durch dieses auskragende Dach wird die steile Sonne im Sommer schon einmal abgedeckt. Das ist ja schon ein sehr altes Prinzip, das auskragende Dach, das die flache Wintersonne hereinlässt, aber die steile Sommersonne sozusagen bricht. Und die ganze Anlage ist natürlich komplett klimatisiert, also ohne Kühlung geht eine Intensivstation nicht, aber wir haben auch zusätzlich noch einen textilen Sonnenschutz, den man runterfahren kann.

Innen kann man in einer Intensivstation eigentlich kaum einen Sonnenschutz machen. Das ist aus hygienischen Gründen nicht möglich. Also Vorhänge, Innen-Raffstores, Jalousien oder Rollos sind nicht möglich.

Wie schafft man diesen Spagat zwischen der gewünschten Atmosphäre für den Patienten und einem hochtechnisierten Umfeld mit extremen hygienischen Anforderungen?

O.K./M.W.: Genau dieses Thema war sehr wichtig für uns: Wie kann so ein technisierter Raum gleichzeitig die Anforderungen für ein sehr humanes Umfeld erfüllen?

Also einerseits für die Patienten, aber auch für die Leute, die dort arbeiten, das ist ja auch nicht unwesentlich und auch die Leute, die dort „auf Besuch“ kommen, auch die stehen unter starkem Stress.

Für uns war deshalb dieser Moment der Farbe sehr wichtig, wir haben gesagt, in einem bunten Raum geht der Stress- oder Aggressionspegel einfach runter, je nach Farbe natürlich unterschiedlich. Wenn ich etwas habe, was irgendwie bunt und angenehm ist, fühle ich mich automatisch besser.

Es gab auch Untersuchungen, dass selbst Leute, die im Koma oder in sehr zurückgenommenen Situationen sind, immer noch auf Farbreize reagieren, zumindest auf Hell-Dunkel-Unterschiede. Das ist sogar messbar: durch den Blutdruck, die Herzfrequenz, gewisse Restbewegungen usw.

Das ist so ein bisschen der Hintergrund für diese bunte Fassade, die wir gemacht haben.

Wie wirkt es im Innenraum?

O.K./M.W.: Man schaut in die sehr, sehr großen Glasflächen, hat aber dahinter sozusagen diese Vertikalstruktur der bunten Farben, und wir haben uns da auch sehr mit den Farben auseinandergesetzt, die sind alle eigens angemischt.

Gibt es zu diesen speziellen Farben auch Untersuchungen, oder beruhen sie auf Ihrem persönlichen Farbgefühl?

O.K./M.W.: Das war unser persönliches künstlerisches Farbempfinden. Es kommt eigentlich aus persönlichen Erfahrungen und wir haben uns das einfach aus verschiedenen Papiermustern oder anderen kleineren Mustern zurechtgelegt. So haben wir diese Farbpalette entwickelt und dann auch mit Leuten darüber gesprochen, wie gefällt dir das oder was denkst du da und so weiter. Wir sind dann mit den Farben eigentlich sehr sicher gewesen und die sind auch, glaube ich, zwar relativ stark, aber doch in sich sehr harmonisch. Es hat eigentlich jeder noch gemeint, die sind angenehm. Es war nicht so, dass man sagt, man hat jetzt nur irgendwelche Grüntöne genommen, um die Leute zu beruhigen, das nicht. Es ist wirklich sehr bunt. Das Bunte sind sieben verschiedene Farbtöne, die durchgemischt sind. Es sollte eher so eine Art Fröhlichkeit verbreiten. Das wäre vielleicht die Hauptintention, dass man in so einem ernsten Raum über die Farben so eine Grundfröhlichkeit hineinbringt.

Setzt sich das dann in den Innenräumen mit der Farbgebung fort?

O.K./M.W.: Ja, natürlich dadurch, dass der Raum komplett verglast ist, sehe ich auf dieses Raster von Lamellen, auf diese bunte Struktur. Aber wir haben auch die Trennwände. Zwischen den Zwei- und Dreibetteinheiten sind

Aluminium-Glastrennwände, wo im Glas, in der Verbundkonstruktion, noch ein Rollo angebracht wurde. Staubfrei sozusagen; es ist ja ganz wesentlich, dass man nicht täglich alle Jalousieblättchen abwischen muss. Und bei den Füllungen im unteren Bereich dieser Aluminium-Glastrennwände, da haben wir die gleichen Farben verwendet wie draußen, also pro Aluminium-Glastrennwand jeweils zwei Farben aus der Palette. Die bieten dann auch wieder relativ große, aber sehr ruhige Farbflächen.

Zusätzlich haben wir noch für jene, die am Rücken liegen müssen oder ihren Kopf nicht bewegen können, an der Deckenfläche auch wieder die gleichen Farben in Form von geometrischen Mustern angebracht. Das ist sehr wichtig für die basale Stimulation. Das ist schon eine ältere Weisheit, das weiß man von der Intensivstation, dass der unverwandte Blick auf eine weiße, ungegliederte Decke ganz hohen Stress bedeutet. Der Mensch verliert da die Tiefe und Orientierung. Der kann nicht mehr fokussieren, aber probiert es irgendwie immer. Das kann bis hin zu wirklich starken Störungen führen, einerseits der Augen, aber auch neurologisch ist so, als würde man in ein Nichts hineinfallen und da sind einfach Balken und Kreise und auch markierte Raumecken und Raumkanten eine große Hilfe. Dann ist dieser Effekt nicht da. Dann kann ich mich sozusagen mit dem Auge an gewissen Punkten anhalten, und ich habe diesen Stress nicht mehr. Es ergibt auch einen anderen Effekt: Wenn jemand zum Beispiel nach einer Operation aus dem Aufwachraum zurückkommt und er erkennt seinen Platz wieder, ist das beruhigender, als wenn er nicht weiß: Bin ich jetzt schon wieder da, wo ich vorher war oder bin ich vielleicht noch ganz wo anders, oder bin ich jetzt wieder auf einer Zwischenstation? So aber sieht er, aha, da ist jetzt das blaue Kreuz und der rote Kreis und die gelbe Kante und ich liege jetzt wieder in meinem Zimmer.

Der Boden war uns auch sehr wichtig. Da haben wir wieder versucht, uns farblich eher neutral zu halten, eher in eine erdig-sandige Richtung zu gehen. Wir haben lange herumprobiert und haben dann einen Kautschukboden genommen. Der hat wirklich so eine Art Sandfarbe, die sich aber sehr gut mit den verschiedenen Farben der Lamellen kombinieren lässt. Zuerst hatten wir an grau gedacht, das war uns aber dann zu kalt. Das warme Beige wirkt, als würde ich auf Sand gehen, oder auf einer hellen Erde.

Ich habe gerade in einer Broschüre gelesen, dass quasi überall Holz, auch Holzböden, im Spitalsbau erlaubt sind - nur in Österreich nicht.

Das hängt vom Funktionsbereich ab. Aus Hygienegründen würde ich selber als Patient auch keinen Holzboden haben wollen.

Bei Bambus macht das aber keinen Unterschied. Es ist erwiesen, dass dieser Boden nachweislich wieder so gereinigt werden kann, dass einerseits das Material keinen Schaden nimmt und auf der anderen Seite auch die Hygienevorschriften nicht verletzt sind.

O.K./M.W.: Generell muss man schon sagen, dass die Normen im Spitalsbau eher im Steigen begriffen sind. Aber im Intensivbereich, wo auch die Ableitfähigkeit des Bodens ein Thema ist, wäre das unmöglich. Das schränkt die Beläge sehr ein, weil keine statische Aufladung zulässig ist, weil das für die ganzen Überwachungsgeräte sehr schlecht wäre.

Da gibt es bei einer Intensivstationsplanung schon sehr viel, was man bedenken muss an Hygienetechnik und anderen Dingen - auch die leichte Reinigung natürlich.

Also wäre es eigentlich nicht nur vom Ruhebedürfnis, sondern auch von den Hygienevorschriften - Stichwort Krankenhauskeime und gegenseitige Ansteckung - besser, alle Patienten in Einzelzimmern unterzubringen?

Das ist ein wirtschaftlicher Punkt, de facto verlängern sich durch Kubaturen auch die Wege für das Personal. Ich glaube, für ein öffentliches Spital wird es eher beim Dreibett- oder Vierbettzimmer bleiben - also Ein- oder Zweibettzimmer nur für die Sonderklasse. Wir haben das einmal simuliert und man kann sagen, dass die Station um 25 bis 30 % größer werden würde.

O.K./M.W.: Wir haben die Funktionsstudie der KAGes einfach 1:1 übernommen und konnten uns so auf das konzentrieren, was die Aufgabe des Architekten ist, und was wir machen können - den Raum.

Bei der Feldbacher „Intensiv“ waren anfangs nur Zwei- und Dreibettzimmer geplant, aber dann hat man gesagt, man braucht ein Isolierzimmer für den Notfall, für eine ansteckende Krankheit, eine Art Infektionszimmer.

Was konnten Sie von der zuvor fertig gestellten Intensivstation in Rottenmann lernen bzw. mitnehmen? Hat es da Dinge gegeben, wo Sie gesagt haben, okay, das haben wir noch nicht wirklich berücksichtigt gehabt, oder das hat besonders schlecht oder gut funktioniert?

O.K./M.W.: Natürlich lernt man von einem Projekt zum nächsten - als Architekt lernt man doch permanent! Das Repertoire erweitert sich, und die Sicherheit, mit der man arbeitet, wird größer. Bei der Intensivstation im LKH Rottenmann haben wir die Farbigkeit zum Beispiel hauptsächlich über den Fußboden eingebracht, den wir sehr kräftig gefärbt haben - das war schon in Ordnung, der Raum war wunderschön, auch weil das Panorama wunderschön ist. Da war eine Seite ganz geöffnet und man sieht dort diese Bergkette. Das wirkt sehr stark, obwohl der Raum insgesamt von der Wirkung her eher stiller ist. Dadurch ist natürlich die Technik mehr im Vordergrund und das wollten wir in Feldbach jetzt schon mehr Richtung Raumwirkung bringen, die mehr unterstützt, die nicht so neutral, sondern kräftiger ist und wirklich einen besonderen Raum schafft.

Das war das Anliegen von Anfang an, dass wir einerseits natürlich diese Technik integrieren müssen, die ist einfach da, um einen Patienten zu versorgen, aber andererseits wollten wir auch Raum bieten, wo man sich erholen kann, wo die Belastung nach unten geht, rein durch die Raumwirkung. Das haben uns die Mitarbeiter in Feldbach eigentlich auch bestätigt: Sie haben gemeint, in dem Raum kann man nicht zornig sein. Also, das ist ganz interessanter Effekt. Es ist drinnen so irgendwie luftig, girlandenartig ein bisschen...

Ist eigentlich sehr interessant, dass ein stärker gestalteter Raum Energieüberschüsse rausnimmt.

O.K./M.W.: Ja, das ist wirklich interessant.

Wir als Architekten sind ja über Jahrzehnte eher auf das Minimalisieren getrimmt worden?

O.K./M.W.: Also ich glaube, für jemanden, der nicht so wie wir architekturbelastet ist, ist das trotzdem ein minimalisierter Raum. Vor allem ist ja auch viel Technologie drinnen, viel Glas, im Grunde sehr geradlinig, aber es wird

dann doch durch diese Intervention mit den Farben und dieser Vorzone gebrochen. Es ist auch so, dass man diese Zone betreten kann. Das wäre die zweite Funktion dieser Zwischenzone. Man kann vom Gangsystem auf die Terrasse hinausgehen, eine ungefähr drei Meter breite Steingartenterrasse. Für das Ruhegefühl bringt diese Terrasse sehr viel, vor allem, wenn sie wie geplant mit Gräsern bewachsen sind. Sie wird auch von den Mitarbeitern für eine „Auszeit“ genutzt - und wir dachten, dass die Terrasse hauptsächlich von den Besuchern genutzt wird, dass sie für sie angenehm ist.

Gibt es sonst auch eigene Bereiche für die Besucher, eigene Räumlichkeiten?

Nein, es gibt kein Besucherzimmer in dem Sinn. Die Besucher müssen sich vorher umziehen, durch eine Schleuse gehen, und werden dann im Prinzip vom Personal abgeholt, das sie zu „ihrem“ Patienten bringt. Aber sie können dann zumindest auch mal kurz auf die Terrasse rausgehen und eine Pause machen. Das ist ein zusätzlicher Mehrwert: dass man eine Freizone hat, die ausschließlich der Intensivstation zugeordnet ist.

Wie geht man im Planungsprozess mit den verschiedenen Sprachen, den verschiedenen Zugängen der einzelnen Nutzergruppen um?

O.K./M.W.: Ja, das ist nicht einfach. Es sind viele sehr unterschiedliche Gruppierungen: das Pflegepersonal, das medizinische Personal, das Management und der Direktor eines Krankenhauses und dann die KAGes als übergeordneter Bauherr natürlich, der natürlich auch von einer anderen Perspektive kommt. Eine gute Projektkultur hilft da viel weiter, und die war bei dem Projekt gegeben. Von Anfang an war das auch eine Zielvorgabe in der Auslobung, eine gute Projektkultur zu schaffen mit einer Projektsteuerung und verschiedenen Vorgaben der Projektsteuerung. Das ist sogar in der Vorrunde abgefragt worden, wie ich mich erinnern kann. Da musste man beschreiben, wie man sich das vorstellen kann in so einem Entwurfsprozess, und wie man Projektkultur überhaupt sieht oder definiert.

Im Wettbewerb war vorgegeben, dass man eine Art Letter of Intent zur Projektkultur schreibt?

O.K./M.W.: Ja, es kam der Wunsch, dass man seine Gedanken zu einer guten Projektkultur formuliert. Anfangs gab es dann einen Start-Workshop, eine Start-Teambesprechung und dann gab es regelmäßige Besprechungen im Seminarraum in Feldbach, bei denen alle dabei waren, und das ist schon sehr wesentlich. Dann wurden einfach jeder Raum und jede Wand 1:20 durchgezeichnet. Also alle sechs Flächen, Grundriss, Deckenansicht und die vier Wände wurden gezeigt und intensiv besprochen. Da wurde auch der Nutzer sehr stark eingebunden und konnte sehr viel mitreden. Außerdem versucht man, verschiedene Materialwünsche oder Änderungen, je nach Möglichkeit, zu erfüllen. Ich glaube, der Nutzer hat dann auch Vertrauen zu uns gefasst - es ist wirklich sehr gut gegangen. Vor allem die Pfleger waren unglaublich engagiert, aber auch einige Ärzte. Und das ist ja beim Spitalswesen generell ein ganz wichtiger Punkt: Je besser man alle Beteiligten einbindet oder auch abholen kann in gewisser Weise, desto besser wird es. Es steigt dann die Identifikation und damit gewinnt das wieder an Qualität. Das ist jetzt vielleicht trivial, aber sie haben bei der Eröffnung in der Feldbacher „Intensiv“ einen Kuchen gebacken, der die Formen und Farben des Gebäudes aufnimmt, und da sieht man schon, dass sich der Personenkreis, der dann dort arbeitet, sich damit identifiziert.

Massive Änderungen nach dem Wettbewerb hat es scheinbar aber trotzdem nicht gegeben?

O.K./M.W.: Naja, da war zum Beispiel der Wunsch nach mehr Farbe im Innenraum von Seite der Pflege, und da haben wir überlegt, was könnten wir machen? Wir haben dann diese großen Parapet-Flächen vorgeschlagen. Das war wirklich eine Verbesserung, und darauf wären wir gar nicht so gekommen, hätten wir die intensiven Gespräche nicht geführt. Es ging ja über zwei, drei Besprechungen, bis alle zufrieden waren - und wir dann auch. Also es war wirklich eine Bereicherung. Das war ein Prozess, der entstand aus einem Miteinander, ja, und aus dem wächst was.

Bei diesen Workshops, oder Vorbesprechungen, was war da genau ihre Rolle als ausführende Architekten? Mediator? Moderator?

O.K./M.W.: Schwierig, ich meine, die Struktur, das Format ist vorgegeben vom Bauherrn, weil der das so möchte, das ist sehr positiv, sehr gut, ist ja nicht überall so und dann auch durch eine Projektsteuerung umgesetzt. Das bildet einmal den Rahmen. Die Funktion, die wir als Architekten haben, ist sicher, das irgendwie universal zu fassen, ein bisschen moderieren natürlich auch, erklären auch, aufnehmen, ja.

Wenn dieser Dialog nicht zustande kommt, entstehen dann so Probleme, bei dem man für ein durchgehend weißes Gebäude einen renommierten Preis bekommt, dass dann drei Jahre später beim Instandhaltungsprozess Feng-Shui-mäßig ausgestattet wird.

O.K./M.W.: Ja, wir waren ja früher auch eher vorsichtig im Umgang mit Farbe. Auf den Goethe'schen Farbenkreis kann man nicht immer zurückgreifen; und die zugeschriebene Wirkung der Farben stimmt auch nicht in jedem Fall: Blau ist nicht für jeden beruhigend. Da muss man wirklich mit Demut und Behutsamkeit auf das Thema eingehen, nicht nur auf das der Farbe, sondern auch Struktur und Form spielen eine große Rolle, verwirrende geometrische Muster an der Decke wären zum Beispiel eher schlecht. Wenn man weiß, in welchem Bewusstseinszustand Menschen nach einer OP, nach einer Narkose sein können – ist es schon eine enorm große Verantwortung!

Man hat als Architekt ja immer Ängste, weil man experimentiert dann doch immer wieder ein bisschen und wir haben uns gedacht, naja, vielleicht sagen die dann, da habt ihr jetzt einen schönen Kindergarten gebaut, durch die Farbigkeit, aber das ist nicht eingetreten.

Das finde ich auch interessant, dass in der Gesellschaft Farbigkeit vor allem für Kinder reserviert ist. Ein Kindergarten ist bunt, aber ob jetzt ein Spitalsbau auch sehr polychrom sein kann? Aber es ist sehr selbstverständlich eigentlich, diese Farbigkeit.

Gut, ich meine, so eine gewisse Verspieltheit klingt da schon an, ja, aber das passt ja irgendwie auch: Die Farbe ist dann durch die formale Strenge der Lamellen und durch den Maßstab wieder ausgeglichen.

Mir fällt auf, dass viel Wettbewerbs-Kultur verloren gegangen ist: Sieger-Projekte werden oft im Nachhinein von den Bauherren so verändert, dass man sie nicht mehr wiedererkennt?

O.K./M.W.: Ist uns auch schon passiert, muss ich sagen. Also wir haben auch Projekte, wo dann der Kostenrahmen plötzlich gekürzt wurde, sodass man alles ändern musste, und wo man dann wesentliche Elemente verliert. Was bei einem Umbau besonders wichtig ist, ist, dass man genügend Reserven hat, weil sonst schafft man es mit den Baukosten nicht. Wir haben schon Überraschungen erlebt, also besonders im Anschluss zum Bestand hin. Wir stehen ja teilweise auf einem Keller drauf. Das war technisch sehr schwierig.

Zu welchem Zeitpunkt im Planungsprozess wäre es gut, wenn man früher dabei wäre, damit der Entscheidungsprozess anders ablaufen könnte, oder wo könnten Sie sich auch stärker einbringen?

O.K./M.W.: Was wir bei unseren derzeitigen Projekten, die wir machen, stark merken ist, dass die Bauzeiten immer kürzer und kürzer werden. Es ist wirklich ein Wettrennen ausgebrochen.

Da könnte man vom Prozess her eingreifen und sagen, nein, ich möchte lieber Qualität und nicht so extrem kurze Bauzeiten, weil durch den Termindruck leidet die Ausführungsqualität.

Bei diesem Projekt war das nicht ganz so stark, es ist relativ schnell gegangen, aber es ist ja ein überschaubares Projekt. Aber man müsste schon erkennen, dass das nicht unbedingt das Nachhaltigste ist. Ich meine, warum muss ich jetzt ein öffentliches Gebäude um drei Monate schneller bauen? Oft liegen die Projekte jahrelang im Kastl, dann werden sie rausgenommen und müssen in Rekordzeit stehen.

Was hätten Sie noch gerne ergänzt, was wäre noch nötig gewesen, wenn noch zusätzliche finanzielle Mittel dagewesen wären?

O.K./M.W.: Zusätzlicher Luxus sozusagen? Das wären vielleicht wirklich mehr Einzelzimmer. Aber das muss man auch ausbalancieren, vor allem müsste man es vom sozialen Gedanken her vertreten können: Ich meine, so eine Intensivstation ist ja etwas, was die Leute wirklich brauchen, und wenn ich

da jetzt einen Luxus treibe und nur Einzelzimmer mache, da kann ich statt drei Stationen mit Zweibettzimmern vielleicht nur zwei mit Einzelzimmern machen. Aber das wäre sicher noch einmal eine Verbesserung. Aber man muss eben ausbalancieren, abwägen.

Ich meine, für die Ärzte haben wir auch einen Raum, wo sie besprechen und vortragen können und so. Der war am Anfang nicht so geplant, der hat sich vergrößert – aber zuungunsten dieser Durchgangsschleuse. Die ist kleiner geworden als dieser Ärzebereich. Das war auch wichtig. Das ist eigentlich auch im Projektverlauf entstanden, dass das eine hohe Bedeutung hat, dass die ihre Morgenbesprechung machen, also ihre Gesprächsrunden und einen eigenen größeren Raum haben.

In Amerika gibt es Architekturbüros, die sich von vornherein auf Health-care spezialisieren und dann halt für Investoren das ganze Programm „durchziehen“.

In Österreich - und auch in diesem Fall - wird diese hochspezialisierte Aufgabe „Krankenhaus“ oder „Gesundheitseinrichtung“ derzeit dadurch gelöst, dass man Spezialisten hat, die das Raumprogramm und die Vorgaben quasi vorbereiten, die die Vorplanung machen und dann setzt man nochmal Architekten ein. Worin liegt der Vorteil dieser Kombinationslösung?

O.K./M.W.: Ich glaube, dass diese Mischung interessant ist, weil es zwei völlig verschiedene Zugänge sind. Einerseits der Bauherr mit seiner jahrzehntelangen Erfahrung, der schon wirklich viele Projekte kennt und weiß, was er will. Und dann die Architekten, die von außen kommen, und natürlich auch Erfahrung haben im Spitalsbau, weil das ist ja meistens Bedingung bei diesen Wettbewerben. Aber wir können dann doch noch einen anderen Blickwinkel hinzufügen, und aus dem entsteht was. Wenn ich das fertige Produkt jetzt nur sozusagen am Markt beim Spezialisten einkaufe, ist dieser Austausch nicht da, da bekomme ich immer wahrscheinlich das gleiche Schema. Was ich von Amerika ja auch so kenne, die sind schon sehr standardisiert.

Um ein Krankenhaus oder Spital zu bauen, muss man schon eines gebaut haben, ist Vorgabe bei den Wettbewerben? Aber irgendwann muss man doch einmal anfangen? Ich dachte, dass diese Lücke der Medizintechnik quasi von der Vorplanung abgedeckt wird?

O.K./M.W.: Meiner Meinung nach ist es schon sehr gut, wenn man die Erfahrung hat, sage ich natürlich als Teil eines Architektenteams, das diese Erfahrung hat. Aber ernsthaft, wenn man den Prozess schon einmal durchgemacht hat, ist es beim zweiten Mal doch was anderes, es ist leichter.

Man kann sich spielerischer freier entfalten, weil man schon die Grundthemen kennt, ja, und beim ersten Mal ist es doch schwierig. Es ist einfach sehr komplex. Das Zusammenspiel mit verschiedensten Planungskonsulenten, verschiedensten Anforderungen, mit der Wirkung am Schluss...

Sicher auch aufgrund der ganzen ÖNORMEN, der speziellen Vorgaben, die man noch nicht kennt?

O.K./M.W.: Ja, auch wenn die sich natürlich dauernd ändern, aber trotzdem, man ist im Thema einfach drinnen, das ist schon ein Vorteil. Das ist aber in der Architektur generell so. Ich meine, unser zweites Standbein sind Bildungsbauten, da sind wir auch sehr drinnen, dafür machen wir zum Beispiel kaum Einfamilienhäuser. Da gibt es wieder andere, die das dauernd machen und die haben dann einfach einen Vorsprung. Man setzt sich mit dem Thema auch viele Jahre auseinander: mit der laufenden Entwicklung, mit den Trends, und man merkt, wo es hingeht. Wenn jetzt einer ganz frisch kommt, hat er natürlich wieder mehr Außensicht, kann von außen draufschauen, das ist auch gut.

Gibt es für Sie eigentlich internationale oder nationale Vorbilder im Gesundheitsbauwesen?

O.K./M.W.: Ja. Also ich persönlich halte Herzog & de Meuron international für sehr vorbildlich, in allen Projekten. Sie haben auch Erholungsheime und Rehab-Kliniken sowie Spitäler gemacht, die sehr sehr beeindruckend sind. In Frankreich und in den nordischen Ländern gibt es auch sehr schöne Spitalsbauten.

Kritisch sehe ich die Entwicklung mit PPP-Modellen, da wird halt alles sehr „billig“ gebaut.

Ja, man hat den Eindruck, da geht es nur um Länge mal Breite mal Höhe mal Geld.

Wenn die Vorgaben fehlen, dann kann der Betreiber oder Errichter praktisch alles machen und er macht es natürlich so günstig wie möglich. Da gibt es auch Beispiele aus England...

O.K./M.W.: In Österreich ist ein wirklich gutes Vorzeigeprojekt das LKH Hartberg von Klaus Kada, mir persönlich hat das sehr gut gefallen. Das ist 1A! Ich meine, das ist jetzt schon nicht mehr das jüngste Beispiel, aber immer noch sehr funktional.

Das steht immer noch da wie am ersten Tag - bis auf die Brücke. Architekten sollten keine Brücken bauen, und sie sollten keine Tiefgaragen machen.

Es macht auch nichts. Sie müssen nicht alles machen.

O.K./M.W.: Nein, man muss ja nicht alles können. Ja, aber das LKH Hartberg war schon lange Zeit der Qualitätsmaßstab.

Welche Bauaufgabe im Gesundheitsbereich, jetzt abgesehen von Intensivstation, wo Sie schon eingeübt sind, welche Bauaufgabe würde Sie sehr reizen?

O.K./M.W.: Ja, also eigentlich ein „normales“ Krankenhaus, eine normale Bettenstation. Ein neurologisches Krankenhaus wäre auch sehr interessant, das würde ich persönlich sehr gerne einmal machen.

Eine Neurostation?

O.K./M.W.: Ja, eine Psychiatrie oder so was. Räume für Patienten, die in diese Richtung sehr belastet sind, das würde mich sehr interessieren. Ein bisschen mehr über den Raum zu reflektieren, über die Materialien im Raum, über die Oberflächen.

Und über das Licht.

Und über das Grenzen setzen und Grenzen öffnen, das wäre da ein starkes Thema.

Das ist doch ein ähnlich intensiver, „grenzwertiger“ Bereich wie eine Intensivstation selbst?

O.K./M.W.: Ja, Ja, stimmt.

... wo vielleicht die Architektur besonders wichtig ist, weil wenn man sich jetzt Auge mal Pi den Fuß gebrochen hat, ist das wahrscheinlich nicht so schlimm, wie wenn man wirklich an die Grenze des Lebens kommt?

O.K./M.W.: Genau, das ist nochmals sensibler. Weil hier auch die Wahrnehmung der Betroffenen durcheinanderkommt, wo alles im Kopf durcheinandergeht. Du brauchst wieder Raumgefühl und Licht und Ordnung, das sind gerade für Psychiatriepatienten ganz wichtige Punkte.

Auch wenn in früheren Zeiten ein paar Dinge ins „heimatümelnde Eck“ verschoben wurden, die dann jahrzehntelange No-Gos waren, aber für Menschen in einem Ausnahmezustand bekommen Symmetrie oder Orientierung sicher eine stärkere Bedeutung, oder?

O.K./M.W.: Diesen Ausspruch, ein Haus muss ein Gesicht haben, der hat schon was. Damit ist aber natürlich nicht gemeint, dass das jetzt ausschaut wie ein menschliches Gesicht.

Aber das ist gerade für Spitalsbauten ganz wichtig, dass man einfach weiß, wo man hinget und wo was ist. Auch wenn man wen besuchen geht, da ist man aufgeregt.

Eine gewisse Orientierung ist, glaube ich, ein ganz ein wichtiger Punkt. Das ist eigentlich nicht wegzudenken.

Wobei gerade in der Intensivstation die Besucher geführt werden, und auch die Patienten selbst - also eigentlich findet da ja kein „Publikumsverkehr“ in dem Sinn statt.

Wobei, früher waren die Intensivstationen ja noch stärker abgeschottet. Heute passiert wieder das Gegenteil, das Gebäude öffnet sich, man hat nicht so sehr das Gefühl, da liegen nur Todgeweihte drin, sondern du hast das Gefühl, da wird geheilt, da wird jetzt das Beste gemacht.

Das ist die Intention, weil das Kompetenz ausstrahlt und eine Offenheit, Transparenz.

Da wird nichts vertuscht, da wird das Beste gemacht für einen Patienten.

Aber gerade hier gibt es im Bestand alte, tradierte Raumstrukturen, wo einfach normale Bereiche für Intensivstationen adaptiert worden sind. Die gibt es in ganz Österreich, noch viel mehr in der ganzen Welt und da sind Zustände dort, das ist wirklich schwierig.

Da ist wirklich alles abgeschlossen, keine frische Luft und Fliesen bis zur Decke rauf – eine richtige Fleischhauerei kann man sagen.

Die Intensiv Care Unit als eigene Struktur gibt es erst seit 20 oder 30 Jahren.

O.K./M.W.: Das „Rottenmanner Projekt“ war ja ein IMC, also Intermedical Care, eine verstärkte Pflegeabteilung, da ist die Überwachung gleich übergegangen in die Bettenbereiche. Auf der Feldbacher „Intensiv“ musste man mittels Glaswand noch einmal abtrennen und damit abgrenzen. Das macht auch einen Unterschied.

Gibt es dann noch zusätzlich Kameraüberwachung?

O.K./M.W.: Alles. Die PflegerInnen brauchen im Prinzip gar nicht mehr zum Patient schauen, sondern haben alles „am Kastl“, am Pult in der Mitte. Aber trotzdem ist wichtig, dass sie reinschauen können. Das ist aber eher ein sozialer, sehr wichtiger menschlicher Akt.

Die Schwierigkeit ist, der Patient soll ja eigentlich rausschauen können, zum Fenster hin liegen, aber da hast du das Problem, dass er dann mit dem Rücken zum Personal liegt. Das ist immer so ein Kompromiss und manchmal gelingt es dir, von der Architektur und der Orientierung, dass du beides zusammenbringst. Das wollten wir schon. Und bei den Glaswänden kann ich links oder rechts schauen, da habe ich es überhaupt gut und an der Längsseite schaue ich einfach durch den Raum durch, auf der anderen Seite raus.

Das Wichtigste ist, dass der Patient den Tag sieht, den Tagesverlauf. Jetzt ist es hell, dunkel.

Die Patienten sind oft total aus dem Rhythmus. Denen fehlt einfach die innere Uhr. Es ist ganz wichtig für die Heilung, dieses Tageslicht.

Sind Sie selbst schon einmal im Krankenhaus gelegen oder haben Sie als Besucher irgendwelche Dinge gesehen, wo Sie sich als Architekt gedacht haben, ach Gott, wenn ich selber planen könnte, mache ich das anders?

O.K./M.W.: Ja, schon.

In Wien liegst du meistens in irgend so einer Gründerzeitstruktur drinnen und das ist oft beengend. Meine Mutter war vor eineinhalb Jahren im AKH, da war ich sehr oft dort.

Da erlebt man es von der Seite als Besucher stark mit, vor allem die fehlende Maßstäblichkeit. Wenn man aber im richtigen Raum ist, schaut man raus über Wien und das ist entspannend.

Und mein Bruder war einmal in Innsbruck nach einem schweren Autounfall und das war so eine Intensivstation, die war bis rauf gekachelt und oben war ein 30 cm hohes Oberlicht. Das war die einzige Tageslichtquelle im gesamten Raum und da sind alle gelegen, ich weiß nicht wie viele, ja, mit Tüchern abgedeckt und da habe ich mir echt gedacht, schlimm, ob man da je wieder rauskommt? Das war eigentlich meine stärkste Raumerfahrung: Da hab' ich mir gedacht, so sollte man Intensivstationen nicht machen. Damals war die Begründung, die kriegen eh nichts mit! An das kann ich mich noch gut erinnern. Das war aber damals, so in den 1980er Jahren, das Bild, das man hatte: Das sind Menschen, die irgendwie ganz tief unten sind, die kriegen nichts mehr mit und die tun wir nur technisch versorgen, damit sie dann später vielleicht wieder aufwachen...

Architekt Mag. arch Maximilian Wanas

Architekturstudium an der Akademie der bildenden Künste und der TU Wien; ab 1999 selbstständige Tätigkeit
Seit 2000 gemeinsame Projekte als kaufmann.wanas architekten

Architekt Mag. arch Oliver Kaufmann

Architekturstudium an der Akademie der bildenden Künste und der TU Wien; ab 1997 selbstständige Tätigkeit

DER RAUM ALS „DRITTER PFLEGER“?

Die grundlegende Fragestellung für die zweite Ausgabe der, von der KAGes initiierten und gemeinsam mit dem HDA produzierten, Reihe „Notizen zum Thema“ lautete: Was bedeutet „gute“ Architektur für ein Krankenhaus, und inwiefern kann sie den Fortschritt der Genesung der PatientInnen beeinflussen?

Analog zum Schulbau, bei dem der Raum seit Loris Malaguzzi auch als „dritter Erzieher“ fungiert, wollten wir ausloten, welche Bedeutung der gebaute Raum für Menschen einer anderen großen Institution – genannt Krankenhaus oder Spitalsbau, Klinik oder Gesundheitscenter – hat oder haben könnte.

Die derzeit vieldiskutierten Thesen des „Healing Environments“ gehen unter anderem auf Florence Nightingales „Notes on Nursing; What it is, and What it is Not“ aus dem Jahr 1860 zurück. Nightingale beschreibt neben anderen Standards guter Krankenpflege die Notwendigkeit von frischer Luft, Reinlichkeit/Hygiene und Tageslicht/Helligkeit, sowie von der gebotenen Vermeidung von störendem Lärm – auch im Zusammenhang mit Kommunikationen neben und am Krankenbett. Der Bau von effektiven Krankenhäusern wird ebenso vehement eingefordert, und dieses Kapitel wird folgendermaßen eingeleitet:

The very first requirement in a hospital is, that it should do the sick no harm.
(F.N)

Um also diese Spuren einer „heilsamen Umgebung“ im Hier und Heute zu verfolgen, führten Michael Pansinger, Markus Bogensberger und ich im Grazer HDA vier Gespräche mit Experten aus unterschiedlichen Berufsfeldern:

mit dem Ärztlichen Direktor der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz (LKH Graz Süd-West/Standort Süd), Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Lehofer, mit dem Pflegeleiter der Intensivbereiche im Chirurgieblock DGKP Thomas Schelischansky, MSc,

mit dem Fotografen Toni Muhr und

mit dem Architektenteam Mag. arch Oliver Kaufmann und Mag. arch. Maximilian Wanas.

Die Intensität dieser Gespräche war beachtlich; sicherlich auch, weil nicht nur von beruflichen, sondern oftmals von sehr privaten Erfahrungen die Rede war – allerdings gefiltert durch Spezialwissen und Berufskennntnis, fundiert und reflektiert durch die jeweilige Profession.

Wir alle – Interviewer und Interviewerin wie auch Interviewte – waren uns zudem ständig einer seltsamen Doppelrolle bewusst, die einerseits durch unsere berufliche Funktion bestimmt war, andererseits aber auch durch „private“ Erfahrungen mit diversen Krankheitssituationen und -institutionen, wenn nicht „am eigenen Leib erfahren“, dann, weil man Freunde oder Angehörige in verschiedenen Spitälern, auf verschiedenen Stationen besucht hat.

Diese Interviews hätten eigentlich „nur“ der Ausgangspunkt für einen Text über den – wie immer gearteten – „Mehrwert“ der Architektur im Spitalsbau werden sollen. Aber beim Transkribieren musste ich überrascht feststellen, dass sehr viel von dieser besonderen, dichten Atmosphäre erhalten werden kann, wenn man es als Gespräch „stehen“ lässt.

Gerade die Intensität der geschilderten Eindrücke und die Emotionalität durch die dieses Wissen geprägt wurde, wären in einem „sachlichen“ Bericht verlorengegangen.

Auch die verschiedenen Perspektiven hätten sich – notwendigerweise gefiltert durch die Autorin – zu einer einzigen verengt. Deshalb haben wir versucht, den Gesprächscharakter, mitsamt seiner emotionalen Kolorierung, weitgehend zu erhalten.

Im Vordergrund stand, ohne dass das ursprünglich intendiert war, das Wesen der Wahrnehmung eines schwerkranken Menschen – seine Sinnesindrücke.

Zunächst wurde dabei beinahe immer – sicherlich auch unserem Gesprächsthema, der Architektur, geschuldet – die Optik erwähnt, aber gleichbedeutend

stand auch die Akustik in Diskussion und schließlich ein heikles, wenn nicht gar schambehaftetes Thema in unserer heutigen Gesellschaft: der Geruchs- und Geschmacksinn. Vielleicht ist die Haptik deshalb ein wenig unterrepräsentiert, da man immer sofort auf die allgegenwärtige „Hygiene“ und die zu erfüllenden Standards zu sprechen kam, vielleicht aber auch, weil im Rahmen eines Architekturgesprächs ja „nur“ von Oberflächen und Materialien gesprochen werden dürfte, nicht aber von der empathischen Berührung durch andere Menschen.

Das eben doch nicht nur „die Architektur“ das Wichtige ist, kommt auch gleich am Anfang im Interview mit Primar Lehofer zur Sprache, wenn er sagt:

„Das, was man wirklich braucht, in einer schwierigen, für einen selber kaum zu fassenden Situation, sind Menschen, die einen dann umarmen oder einfach bei dir sind.“

Unbestreitbar ist jedoch, dass die bauliche Umgebung ebenso direkten, wie indirekten Einfluss auf das Wohlbefinden der PatientInnen ausübt: auf das Stresslevel, auf den Immunstatus und nicht zuletzt auf die „Therapie-treue“ oder Compliance.

„Krankenhausfeeling“ wird mittlerweile oft pejorativ gebraucht, dabei ist es doch unzweifelhaft wünschenswert, wenn man im Krankheits- oder Krisenfall gut ausgebildete Menschen um sich hat, die mithilfe modernster Technik helfen, wieder heil zu werden. Wenn dieser Benefit übersehen wird, liegt das wahrscheinlich auch an der räumlich unzureichenden Ausstattung, die um die Mitte des letzten Jahrhunderts noch vorherrschte, und durch die auch unser Bild geprägt wurde.

Aber nachdem der Effekt von multisensorischem Bauen auf die emotionale Sicherheit immer offensichtlicher wird und die „Altbestände“ langsam, aber sicher, durch Renovierungen überformt werden, wird hoffentlich auch dieses tradierte Bild und die damit verbundene Berührung Angst verschwinden.

Was wünschen sich PatientInnen vom Raum?

Den Blick aus dem Fenster, einen Baum, das Grün, den Himmel, das Blau. Scheinbar selbstverständliche Dinge – für „gesunde“ Menschen. Was sie für eine Relevanz für unser Leben haben, spürt man vielleicht wirklich erst dann, wenn das Leben selbst nicht mehr so selbstverständlich scheint. Während Angst und Schmerz einen großen Teil unserer Aufmerksamkeit absorbieren,

hilft jede kleine, angenehme Ablenkung unser Empfinden wieder in andere Bahnen zu lenken.

Dass alle unsere Sinne gefordert und beschäftigt werden wollen, jedoch ohne dabei in einen Stresszustand versetzt zu werden, war auch ein gemeinsamer Nenner aller Gespräche. Diese schwierige Balance ist auch in der Forderung ablesbar, dass die Räume selbst Schlichtheit, Einfachheit und Klarheit vermitteln sollen, ohne dabei langweilig oder starr zu werden: Nur so kann Ruhe und Trost möglich werden.

Orientierung ist ebenfalls ein Thema, das immer wieder zur Sprache kam, und auch hier wurde der Aspekt der Einfachheit und Klarheit hervorgehoben. „Gute“, im Sinne von klar lesbarer, Architektur kann helfen, Schwellenängste zu überwinden und ein „Sich-zurechtfinden“ in einer belastenden Situation ermöglichen. Auch hier bekam die menschliche Komponente Vorrang vor einer „räumlichen Lösung“: So könnte, laut Toni Muhr, ein freundlicher Portier oder eine freundliche Portierin nicht nur in die richtige Richtung weisen, sondern insgesamt Ängste abbauen helfen.

Diese „gute“ Architektur entsteht wiederum in Zusammenhang mit guter Kommunikation im Entwurfs- und Planungsprozess. ÄrztInnen und Pflegepersonal werden immer bewusster als ExpertInnen ihres Berufsalltags herangezogen, es geht nicht so sehr um Design, sondern um Funktionsabläufe und Arbeitsweisen.

So sehe ich es auch als primäre Aufgabe der ArchitektInnen, zusammen mit ihnen das jeweilige Raumprogramm trotz der strengen Vorgaben zu hinterfragen, beziehungsweise zu ergänzen; damit die Korrelation zwischen dem Wohlbefinden der PatientInnen, des Personals und der BesucherInnen einerseits und der Qualität des Gebäudes andererseits weiterhin innovativ gesteigert werden kann – auch dazu sollen diese Notizen dienen, dass diese Zusammenarbeit selbstverständlich wird. Bei der Entwicklung und Erforschung der „Healing Architecture“ sind gerade in den letzten Jahrzehnten viele Fortschritte gemacht worden, und man befindet sich auf einem guten Weg – nicht zuletzt auch durch sehr engagierte MitarbeiterInnen der KAGes!

Ein herzliches Danke allen meinen Gesprächspartnern für diese vier außergewöhnlich eindrücklichen Nachmittage, ich hoffe, Sie konnten sie ebenso genießen wie ich.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

IMPRESSUM

Hrsg. von Haus der Architektur und KAGes

Konzept: Markus Bogensberger, Michael Pansinger, Sigrid Verhovsek

Interviews: Sigrid Verhovsek

Grafik: David Ortner

Redaktion: Karin Oberhuber, Sigrid Verhovsek,

Fotorechte: HDA (Felix Zitter, Clara Wildberger)

Haus der Architektur

Mariahilferstraße 2, A-8020 Graz

www.hda-graz.at

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Stiftingtalstraße 4-6, A-8010 Graz

www.kages.at

© 2017