



- BAUEN • EINRICHTEN
- VERSORGEN

Gut gerüstet

Das waschbare Klinikbett

Licht & Orientierung

Neue Zeichen setzen
im Bestand

Bedarfsplanung

Prozessbasierte Betriebs-
konzepte nutzen

Sinnige Verbindung

Architektur und Psychologie
vereinen

ARCHITEKTUR UND PSYCHOLOGIE – EINE FRUCHTBARE VERBINDUNG

Es gibt eine enge Verbindung zwischen dem eigenen Körpergefühl und Befinden des Patienten, Angehörigen oder Personals sowie der räumlichen Umgebung! Krankenhäuser können diesen Fakt als Mehrwert für sich nutzen.

Nadja Uhlmann, Berlin

■ Als Projektleiterin für ein neues Therapiezentrum wurde die Psychologin Dr. Tanja Vollmer vor 10 Jahren mit dem Unverständnis des Münchner Universitätsbauamts konfrontiert: Dass ein Gebäude Heilung und Wohlbefinden der Patienten positiv beeinflussen sollte, überstieg offensichtlich die Vorstellungskraft der zuständigen Architekten.

Auf ihrer Suche nach Vorbildern in den USA begegnete Tanja Vollmer der niederländischen Architektin Gemma Koppen. Die beiden Frauen gründeten 2006 zunächst einen Think Tank in New York, 2008 dann das gemeinsame Büro Kopvol – architecture & psychology mit Sitz in Rotterdam. Nadja Uhlmann sprach mit dem interdisziplinären Duo über ihre Arbeit mit Fokus auf Wissenstransfer und Konzept- sowie Designentwicklung auf dem Gebiet der sog. „Heilenden Architektur“.

M&K: Sie befassen sich seit vielen Jahren mit der Frage, wie kranke Menschen ihre räumliche Umgebung erleben. Bitte gewähren Sie uns einen Einblick in die Wahrnehmung des Patienten im Krankenhaus?

Tanja Vollmer: Die meisten Menschen gehen davon aus, dass die Wahrnehmung des Raumes eine Konstante ist – ob gesund oder krank. Wie wir wissen, ist dies aber nicht der Fall. Wenn man sich körperlich schlecht fühlt, hat das auch Auswirkungen auf das psychische Empfinden. Das Stresserleben steigt, man hat Angst, fühlt sich hilflos und verletztlich; wird schutzbedürftiger, sucht verstärkt nach Rückzugs- und Wohlfühlräumen, wird empfindlicher gegenüber



Dr. Tanja C. Vollmer, Psychologin und Gründerin von Kopvol architecture & psychology.

Foto: Rommen | Bravenboer Photography, Rotterdam

Raumeindrücken und Aspekten wie Licht, Lärm, Gerüchen, Temperatur, Farben aber auch Formen.

Die Veränderung der Raumwahrnehmung ist sogar krankheitsspezifisch. Diese Tatsache wird gern „überlesen“, wenn Architekten Studienergebnisse in die Praxis zu übersetzen versuchen. Patientinnen mit Brustkrebs haben etwa das Empfinden, ihnen sei der Raum zu eng, zu dunkel. Sie haben das Gefühl: Ich brauche mehr Licht und Weite. Selbst in ihrem eigenen Zuhause nehmen sie radikale Veränderungen vor, um sich besser zu fühlen. Veränderungen, die ihnen vor der Erkrankung nicht in den Sinn gekommen wären! Vor allem das Bedürfnis nach Weite verwechseln viele mit dem Wunsch nach Tageslicht und denken, ein Fenster mehr im Krankenzimmer ist genug. Ist es aber nicht!

Für depressive Patienten hingegen ist genau dieses Tageslicht sehr wichtig. Vor allem, wenn Fenster zur intensiven Morgensonne orientiert sind, genesen Patienten schneller von depressiven Episoden. Andere psychiatrische Patienten hingegen werden von zu starkem Lichteinfall verunsichert. Am besten ist daher selbst regulierbares Atmosphärenlicht.

Wir befassen uns hauptsächlich mit chronischen und lang anhaltenden Erkrankungen. Mit Patienten also, die viele Wochen oder Monate im Krankenhaus sind bzw. häufig zurückkehren müssen. Und wir sehen ganz deutlich: Es gibt eine sehr enge Ver-



Ir. Msc. Gemma Koppen, Architektin und Gründerin von Kopvol architecture & psychology

Foto: Rommen | Bravenboer Photography, Rotterdam

bindung vom eigenen Körpergefühl und der räumlichen Umgebung!

Warum ist es ein Mehrwert für Krankenhäuser, sich mit dem Befinden des Patienten, aber auch des Angehörigen und des Personals in dieser Weise zu befassen?

Gemma Koppen: Es gibt Bauherren, die sehr engagiert sind, im Allgemeinen ist das jedoch noch nicht der Fall. Dabei ist der Mehrwert offensichtlich: Die Bauherren und Krankenhausträger, die sich mit dem Thema Architektur aus Sicht der Patienten, Angehörigen und des Personals befassen, sind den anderen einen Schritt voraus.

Für Patienten ist der „Wohlfühlfaktor“ inzwischen ein Selektionskriterium geworden. Allerdings muss dieser nicht mit „Luxusfaktor“ verwechselt werden. Hier geht es auch um „sich als Mensch aufgehoben und gesehen, sicher und ernstgenommen zu fühlen“, um Transparenz und Aufenthaltsqualität. Die Architektur eines Krankenhauses ist fähig, die Behandlungsqualität widerzuspiegeln oder Zweifel an dieser zu wecken! Das ist der Konsens aus den mehr als 1.000 Interviews mit Patienten, die wir in den letzten Jahren geführt haben.

Vollmer: Studien zeigen, dass je länger Angehörige bei Intensivpatienten verweilen, desto kürzer müssen diese intensiv behandelt werden. Die Frage stellt sich uns also: Wie können wir es den Angehörigen so angenehm

wie möglich machen, sich Zeit für den Patienten zu nehmen und auf der Station zu verweilen? Manchmal kann man darauf eine ganz einfache Antwort geben: mit einem bequemen Stuhl! Häufig liegt das Problem aber baulich gesehen auf der strukturellen Ebene, und wir müssen das Gefühl von „Wann kann ich hier endlich wieder raus!“ architektonisch „therapieren“ (lacht).

Koppen: Gleiches gilt für die Personalseite: Wenn Sie hoch qualifiziertes Personal ansprechen wollen, dann ist das mit einem guten gesundheits- und motivationserhaltenden Arbeitsplatz möglich.

Vollmer: Wir verstehen uns ja auch als Vermittler zwischen Forschung und Praxis. Es gibt inzwischen einige gute Studien, die beweisen, wie effizient sich Healing Architecture auf das komplexe System Krankenhaus auswirkt. Unsere Aufgabe ist es, die guten Studien nicht in der Psychoschublade verschwinden zu lassen, sondern sie in die Sprache der Entscheider der Krankenhäuser und die der Architekten zu übersetzen. Letztlich ist es eine Frage der Kommunikation zwischen diesen drei Disziplinen.

Mit der Entwicklung von „Qualitativen Raumkonzepten“ schaffen wir es, dass sich Bauherren dem Thema öffnen. Dazu braucht es mehr Energie und Engagement, als wir anfangs dachten. Aber wir sind auf dem richtigen Weg, wir beobachten

ein steigendes Interesse an Healing Architecture. Das ist nicht nur gut für Kopvol, sondern vor allem auch für die Krankenhaus„bewohner“ selbst.

In Ihren Artikeln verwenden Sie den Begriff „Raumanthropodysmorphie“, was können wir uns darunter vorstellen?

Vollmer: Diese Frage knüpft an die erste Frage an. Ich beschreibe es mal so: Mithilfe unseres Körpers nehmen wir unseren Raum wahr. Unser wichtigster und kleinster Raum, den wir bewohnen, ist unser Körper. Er ist die Schutzhülle zum uns umgebenden Raum. Wenn nun unser Körper verletzt oder krank ist, fällt dieser kleinste Schutzraum weg, und wir nehmen die Umgebung, die uns plötzlich „bedrohlich“ näher rückt, anders wahr. „Raumanthropodysmorphie“ bezeichnet genau diese in Abhängigkeit zur Körperveränderung auftretende Wahrnehmungsveränderung. Wir beschreiben diese Basistheorie ausführlich in unserem Buch „Die Erkrankung des Raumes“. Wir haben erste Gedanken dazu seinerzeit im Rahmen unseres Architekturpsychologie-Think-Tank in New York entwickelt. Experimente mit Patienten fanden dann an der Akademie der Bildenden Künste in München statt, wo wir unseren ersten gemeinsamen Lehrauftrag erhielten. Eigentlich versuchen wir seitdem, unsere Studien- und Entwurfsarbeit auf die Theorie der Raumanthropodysmorphie aufzubauen und diese weiterzuentwickeln. In der Praxis heißt das, wir versuchen, mit Räumen und Gebäuden diesem Gefühl der Verletzlichkeit und Schutzlosigkeit entgegenzuwirken und den resultierenden Stress zu senken.

Koppen: Ganz im Sinne einer „Architektur als zweitem Körper“. Darum gaben wir auch unserer ersten Studie über ambulante Krebstherapiezentren genau diesen Titel.

„Optimal Healing Design“ bzw. „Optimal Healing Environments“: Haben Sie den Eindruck, die räumliche Wirkung eines Gebäudes wird für Bauherren von Krankenhäusern bedeutsamer?

Koppen: Das ist absolut so. Wir beobachten eine Neuorientierung im Krankenhausbau. Als Beispiel für einen Quantensprung in der Krankenhausplanung möchte ich die Universitätskinderklinik Freiburg anführen. Dort wird seit 1. April mit einem qualitativen Raumkonzept geplant. Es kommt

einer Revolution gleich: Auf einmal wird nicht nur nach Norm und DIN-Richtlinien gebaut – nein, auch die Wirkung der Räume auf Gesundheit und Genesung von Patienten und Personal wird von Planungsbeginn an als „hartes Kriterium“ mit einbezogen. Dank der Initiative von Prof. Dr. Charlotte Niemeyer wird den gestalterischen Aspekten Rechnung getragen: Ein qualitatives Raumkonzept ist kein Luxus, sondern Versorgungsanspruch!

Vollmer: Wir glauben nicht, dass sich Bauherren noch lange leisten können, Effekte des sog. Evidence-based Design zu ignorieren. Liegezeitverkürzung, Senkung des Medikamentenverbrauchs und der Burn-out-Raten, Steigerung von Patientenzufriedenheit und Therapieeffekten ... Das ist erst der Anfang einer Architektur, die in Zukunft integraler Bestandteil des Versorgungskonzepts sein wird!

Kommen wir zu Ihrer eigenen Praxis: An welchem Raumkonzept arbeiten Sie zurzeit?

Koppen: Im Moment befassen wir uns mit der Ausdetaillierung eines ganz speziellen Patientenzimmers: der Eltern-Kind-Einheit. Wir haben das Konzept für das Prinses Maxima Center für Pädiatrische Onkologie entwickelt, das in 2017 in Utrecht gebaut wird. In enger Zusammenarbeit mit betroffenen Kindern und Eltern und den Angestellten des Krankenhauses haben wir uns zunächst eingehend damit befasst, was die schwerstkranken Kinder denn wirklich brauchen.

Vollmer: Wir haben 150 Std. Filmmaterial zusammengetragen und analysiert und konnten sehen, mit welchen Einschränkungen die Familien ganz unabhängig von ihren körperlichen Beeinträchtigungen zu kämpfen haben. Die Eltern-Kind-Einheit wird ihnen in Zukunft die Normalität und Freiheit zurückgeben, die sie in bisherigen Kliniken vermissen. Es gibt eine deutliche Pflege-, Spiel- und Elternzone, die das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle erhält. Innerhalb des 38 m² großen Raumes kann der Grad an Offenheit oder Rückzug flexibel gestaltet werden, also gerade der Abstand zwischen Eltern und Kind.

Koppen: Ja, das Bedürfnis nach Normalität und Privatheit ist unvorstellbar groß. Die Kinder möchten mit ihren Eltern zu Abend essen und dann ungestört E-Mails lesen; auch Eltern haben dieses Rückzugsbedürfnis, aber bisher wurde abends ein Klapp-

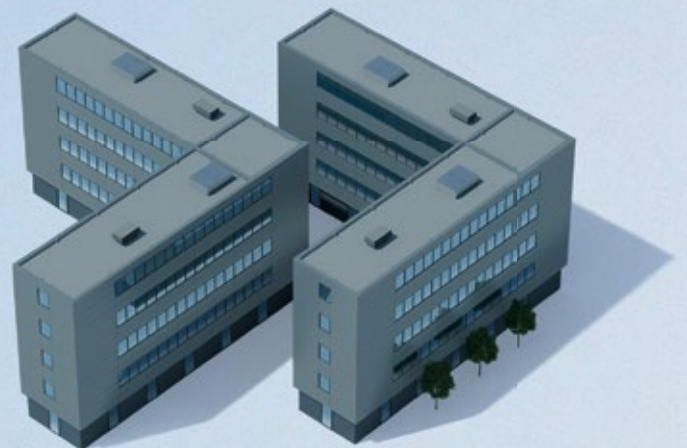
bett im Patientenzimmer aufgestellt und morgens um 6 Uhr wieder zusammengeklappt. Mit Normalität hat das nicht viel zu tun.

Vollmer: In den Niederlanden sind wir in Sachen entwicklungs- und heilungsfördernder Architektur ei-

nen ganzen Schritt weiter. Allerdings auch in puncto Finanzierung: Hier haben die Krankenkassen aus ihrem Innovationsfonds die Realisierung der Eltern-Kind-Einheit mit 8 Mio. € unterstützt. Die positive Resonanz des Projektes ist überwältigend, damit hätten selbst wir nicht gerechnet! ■■



KOMMEN SIE SCHNELLER VORAN



Schneller beim Ausbau des medizinischen Fortschritts. Damit das auch räumlich so bleibt, baut KLEUSBERG Ihr künftiges Klinik- oder Verwaltungsgebäude in Modulbauweise – zeitnah, kostensicher und ohne Beeinträchtigung des laufenden Klinikbetriebs.

Entdecken Sie die moderne Art der räumlichen Weiterentwicklung!

KLEUSBERG

Wir geben Zukunft Raum.

kleusberg.de