

Foto: Maxim Kazmin – Fotolia

Wechselwirkung zwischen Architektur und Personal

Gesundheitsbauten als strategische Einflussgröße im Personalmanagement

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen der letzten Jahrzehnte zeigte direkte Auswirkungen auf die Gesundheitsarchitektur. Aktuelle Betriebsorganisationsplanungen (BOP) propagieren die Konzentration von investitions- und betriebskostenintensiven Geräten, interdisziplinäre Akutversorgungseinheiten, Stationsgrößen und stationäre Strukturen. Daraus resultieren für das Personal, neben dem „Besitzverlust“, betriebliche Konsequenzen wie die gemeinsame Nutzung zentraler Ressourcen nach Belegungs- und Auslastungsplänen und Erhöhung der Weglängen zwischen zentralen interdisziplinären Einheiten, fachspezifischen Ambulanzen und stationären Bereichen. Diese Organisationsformen verlangen kompakte flexible Gebäudestrukturen, die für die überwiegende Zahl von Bestandsgebäuden der Krankenhäuser eine grundlegende bauliche Umstrukturierung und damit zusätzliche Belastungen für das Personal bedeuten.

Moderne Unternehmen betrachten die Wechselwirkungen des Unternehmens mit allen seinen Stakeholdern. In der Gesundheitswirtschaft sind das eben auch in erheblichem Maß die Mitarbeiter. Zunehmender Kostendruck in einem sehr dynamischen Markt macht es erforderlich, das Personal als den größten Produktions- und Kostenfaktoren im Krankenhaus stärker ins Visier zu nehmen. Doch gibt es Wechselwirkungen zwischen der Architektur und dem darin arbeitenden Personal, so dass die Immobilie eine strategische Einflussgröße im Personalmanagement darstellt?

Entwicklung des Personals

Eine große Herausforderung stellt die „demografiefeste Personalpolitik“ dar, wobei Untersuchungen hierzu die Arbeitsbelastungen des Personals als einen entschei-

denden Indikator angeben. Aus dem Kostendruck entsteht ein erheblicher Leistungsdruck, wie es aktuell u. a. der AOK Krankenhaus-Report 2014 herausstellt. Zukünftige Personalpolitik muss sich so der Optimierung der Arbeitsbedingungen zuwenden, wobei neben der reinen Arbeitsorganisation und Zeitansätzen nach der Pflegepersonalregelung (PPR) auch das Gebäude einen wesentlichen Erfolgsfaktor in Veränderungsprozessen darstellt. Studien zeigen, dass die Wahl des „mündigen Patienten“ für oder gegen ein Krankenhaus weniger von medizinischen Kriterien sondern von der Freundlichkeit des Personals, dem Essen und besonders dem Erscheinungsbild abhängen. Vergleichbar dazu unterstreichen diverse Protagonisten die wachsende Bedeutung der Architekturqualität hinsichtlich der zukünftigen Gewinnung des besten Personals.

Wirkung des Gebäudes auf den Menschen

In den 1960er Jahren stellten nordamerikanische Ärzte, Architekten und Psychologen Überlegungen zur optimierten Krankenhausgestaltung an und lieferten damit einen Beitrag zur Entwicklung der Architekturpsychologie. Diese befasst sich mit dem Erleben des Menschen in planvoll entworfenen Räumen. Über Jahrzehnte folgten Forschungen und praktische Projekte, die weitestgehend die heilungsfördernde Wirkung der Architektur in den Fokus stellten. Beispiele liefern die onkologischen Abteilungen in den sogenannten Maggie's Centre Großbritanniens oder Forschungsprojekte wie aktuell das in der ITS der Charité-Universitätmedizin. Healing Architecture ist demnach kein neues Thema.

Bildquelle:
Kirsten Derksen



Olaf Fechner
Dipl.-Ing. (Architektur), M.A.
Projektsteuerer (DVP)
HafenCity Universität Hamburg

Bildquelle: Sitz & Sitz
Fotografie Ateller



Volker Merker
Dipl.-Ing.
Architekt AKG

Geht es bislang vorrangig um das Empfinden des Patienten, so wurde bereits Ende der 1980er Jahre herausgestellt, dass auch das Pflegepersonal Zielgruppe der optimierten Krankenhausgestaltung ist. Untersuchungen zur Auswirkung der Architektur auf die darin arbeitende Belegschaft scheinen jedoch gegenüber Forschungen zur Wechselwirkung Patienten-Architektur unterrepräsentiert. Dies erstaunt um so

mehr in Anbetracht der ökonomischen Bedeutung des Personals im Gesundheitswesen.

Leistungen der Gesundheitswirtschaft sind Vertrauensgüter, d. h. das Vertrauen in den Leistungserbringer nimmt einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidungen des Patienten. Kritische Meldungen über Missstände im Krankenhauswesen wie z. B. der aktuelle AOK Krankenhaus-Report oder über den Zeit- und Leistungsdruck des medizinischen Personals lassen das Vertrauen schwinden. Feld- und Laborstudien haben ergeben, dass angstserzeugende oder beruhigende Wirkungen auf den Patienten nicht allein vom Gebäude abhängen. Vielmehr ist die Gesamtsituation entscheidend, ob der Patient dem Personal uneingeschränkt Professionalität zutraut und so Vertrauen entgegen bringt oder auch nicht. Wenn mittels der Architektur die Arbeitsumgebung für das Personal optimiert wird, partizipiert gleichwohl der Patient.

Arbeitsumgebung und -ablauf

In einem Geschäftsbereich mit ca. 60 % Personalkosten und den zukünftigen demografischen Veränderungen ist es Aufgabe von Management und Architekten nutzerorientiert zu planen. Neben einer auf Patienten gerichteten Optimierung der Gebäude ist es Aufgabe des Managements, die Arbeitsumgebung der heutigen und zukünftig knappen Ressource Mensch zu optimieren.

Nutzerorientierung

Die heutige Nutzung eines Krankenhauses stellt auf Arbeitsprozesse ab, die in erheblichem Maße standardisiert werden. Pflegestandards und Prozessbeschreibungen sollen die notwendige Koordination reduzieren und geben dem Personal Zielvorgaben zur eigenverantwortlichen Umsetzung. In Anbetracht straffer Arbeitsplanungen auf Grundlage fixer Zeitansätze nach PPR haben die Nutzungsmöglichkeiten der Immobilie wesentlichen Einfluss auf die Effizienz der Arbeitsabläufe. Gebäude und Arbeitsab-

lauf stehen in unmittelbarer Wechselwirkung. Auch menschliche Grundbedürfnisse, optimale Arbeitsplatzbedingungen zur Selbstverwirklichung oder Hygienefaktoren wie Arbeitsplatzverhältnisse, Licht und Klima werden direkt durch Atmosphäre und Gebrauchsfähigkeit der Architektur beeinflusst.

Schnell kann die fehlende Nutzerorientierung des Entwurfes nicht nur zur höheren Arbeitsbelastung und Stress führen sondern sie setzt der Optimierung medizinischer Versorgung Grenzen. Nicht selten tun sich dabei zwischen den Bedürfnissen der Nutzer, ob Personal oder auch Patienten, und den Ideen der Planer Gräben auf. Doch Grundlage der Planer bietet nicht selten formelle Vorgaben ohne hinreichende Nutzerbeteiligung.

Weglängen

Bereits in den 1970er Jahren wurden Präferenzen des Pflegepersonals bei der Grundrissgestaltung untersucht. Um weniger Zeit für die Weglängen zu brauchen, bevorzugte das Personal „radiale“ Raumstrukturen, d. h. Behandlungs- und Verkehrsflächen in der Mitte und Bettenzimmer außen herum (Abb. 1, Seite 42). Derartige Grundrissbeispiele liefern u. a. die Bettentürme der Universitätsklinik Münster sowie in abgeschwächter Form die Dreibundsysteme der Bettenhäuser der 1980er Jahre. Das Personal schaute dabei auf Zeitgewinne zu Gunsten der Pflege, für soziale Kontakte sowie der eigenen Erholung. Aus Sicht der Planer tun sich an radialen Grundrissstrukturen bautechnische Probleme auf. Auch konnten sich diese Strukturen nicht behaupten – zu wenig Betten und zu wenig Lagerkapazität.

Raumangebot

Ein weiterer Aspekt neben Weglängen ist das Raumangebot an sich. Trotz allem Leistungsdruck und Zeitmangel im Gesundheitswesen werden Mediziner und Pflegekräfte angehalten die Arzt/Pflege-Patienten-Beziehung zu stärken oder den Patienten durchgängig zu begleiten. Einige ►

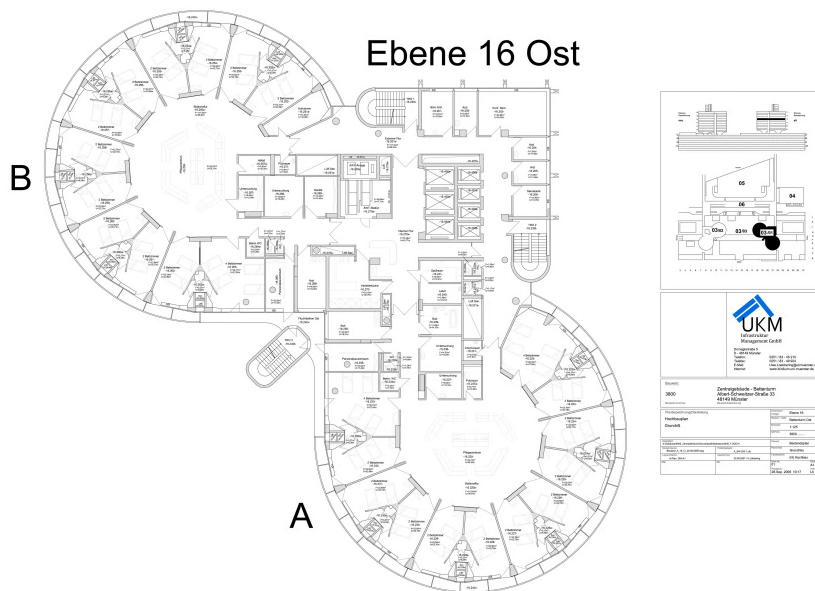


Abb. 1: Radiale Raumstrukturen am Beispiel UKM Münster.

Quelle: UKM

Experten liefern gar Hinweise auf Kostendämpfungen durch sogenannte „partizipative Entscheidungsfindung“. Neben Zeit braucht es auch hierfür Raum in entsprechender Qualität. Auf ein Minimum reduzierte Flure oder Schwesternzimmer sind eben nicht für jede Nutzung geeignet.

Fachpersonal und Immobilie

Die strategische Betriebsorganisationsplanungen (BOP) erfolgt in der Regel auf der obersten Leitungsebene, des Direktoriums oder der Geschäftsführung. Häufig wird die neue BOP erst im Zuge laufender Planungs- und Baumaßnahmen kommuniziert und der Detaillierungsgrad ist für eine risikominimierende Bedarfsplanung unzureichend. Kostensteigerungen im Bauprojekt und Störungen bei der Inbetriebnahme sind in erheblichem Maße auf die verspätete Beteiligung und fehlende Information der Fachspezialisten zurückzuführen.

Diese Einschätzung lässt sich am aktuellen Bericht „Gesundheitswesen – Kliniken“ des Hessischen Rechnungshofes bestätigen. Die Prüfer analysierten acht Krankenhäuser hinsichtlich ihrer medizinischen Leistungsfähigkeit, ihrer Gebäude- und Anlagenstruktur, der Medizintechnik sowie des Teilnehmungsmanagements. Der Autor Volker Merker, als Mitglied des Prüfungs-

teams, stellte im Ergebnis u. a. fest, dass zu den Krankenhausneubauten der letzten Jahre überwiegend keine BOP mit Abbildung der medizinischen Prozesse und Dokumentation der Herleitung der Raum- und Funktionsprogramme vorgelegt wurden. Eine angemessene Integration des Personals in die Planungsabläufe war nur in wenigen Fällen dokumentiert.

Bedarfsplanung und Planungsentscheidung

In der täglichen Beratungspraxis bei Bedarfsplanungen zur Umsetzung neuer Betriebskonzepte und Prozessabläufe ist die praktische Kompetenz der beteiligten Nutzer von entscheidender Bedeutung. Doch wie ist das Personal im geeigneten Maß bei zukunftsrelevanten Planungsentscheidungen zu beteiligen?

Die Krankenhausorganisation ist von jeher geprägt vom operativen Kern als dominantes Element im Funktions- und Organisationsschema. Wenn auch in vielen Krankenhäusern noch konservative eher hierarchische Managementstrukturen praktiziert werden, zeigen moderne Ansätze der Planungstheorie und im praktischen Krankenhausmanagement, das die Arbeitsleistung in autonomen Einheiten besonders hoch ist. Die strategische Spitze kann schwer

praxisrelevante Entscheidungen in hochfunktionalen Bereichen treffen. Vielmehr muss das Management Werte und Ziele vorgeben, um wesentliche Einflussfaktoren im Veränderungsprozess wissen und diese steuern.

Einflüsse der Architekturqualität auf die Personalmotivation sind dem Personalmanagement bekannt, stehen jedoch im öffentlichen wie privaten Krankenhaus häufig im Widerspruch zum Postulat der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Forderung muss lauten, Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in der Projektvorbereitung bereits unter Einbindung der späteren Nutzer zu erstellen. Nutzer bezieht sich nicht nur die medizinische sondern auch die Serviceebene und das Facility-Management. Bezogen auf die Ressource Personal besteht die methodische Herausforderung darin, den monetären Nutzen des Produktionsfaktors Immobilie an den Einzelkomponenten der Prozesskette zu ermitteln, wenn dadurch zukünftig Personalressourcen erhalten, gestärkt und bestmöglich eingesetzt werden.

Prozesse umzustellen, Personal einbinden

„Nichts ist so beständig wie der Wandel“, soll Heraklit 500 v. Chr. gesagt haben. Gleiches gilt wohl auch heute, nicht nur im Gesundheitswesen. Erfolgreiches Veränderungsmanagement zielt darauf, das Unternehmen in Zeiten des Wandels „auf Kurs zu halten“. Krankenhausmanager sind als „Kapitäne“ gehalten, trotz ökonomischer, demografischer, epidemiologischer und technischer Wellen sicher den Zielhafen zu erreichen. Dies ist ohne Einbindung der Mannschaft nicht möglich.

Bezogen auf bauliche Maßnahmen im Gesundheitswesen gilt es Prozesse derart umzustellen, um das Personal frühzeitig und partizipatorisch in die Projektvorbereitung einzubinden. Dabei sind im Zuge der grundlegenden Bedarfsplanung vorrangig Erfahrungen des operativen Kerns, d. h. der Leitungsebene der Fach-

abteilungen, einzubeziehen. Ein modernes Krankenhaus auf dynamischen Märkten braucht Handlungsfähigkeit. Bisherige Planungs- und Bauzeiten von ca. zehn Jahren sind zu lang. Statt langer Entscheidungswege durch alle Hierarchiestufen sollten bei Bauprojekten konkrete Reaktionen auf veränderte Bedingungen im Rahmen strategisch gesetzter Leitbilder, Werte und Ziele autonom durch die operative Ebene (Fachabteilungen etc.) erfolgen.

Die meist positive Konnotation von Baumaßnahmen bietet die Möglichkeit, den externen Bedarfsplaner als Katalysator neuer BOP zu nutzen. Baumaßnahmen zur Sanierung, Modernisierung oder Erweiterung schaffen Aufbruchsstimmung im Personal, sofern es sachgerecht unter externer Moderation eingebunden wird.

Fazit

Effiziente und funktionsfähige Krankenhausarchitektur braucht

nutzerorientierte Planung. Grundlage dessen bildet eine Bedarfsplanung, die durch frühzeitige Personaleinbindung zum Generator strategischer Vorgaben medizinischer Qualität, ökonomische Notwendigkeit und funktionale Anforderungen hin zum Produkt, d. h. zur konkreten Leistungserbringung, wird. Erfahrungen aus der Beratungspraxis zeigen zudem gute Ergebnisse, wenn das Pflegepersonal als „Patientenbegleiter“ und motivierte Ärzte als „Verbesserer“ eingebunden werden.

Aus produktionstheoretischer Sicht werden Dienstleistungen – so auch im Gesundheitswesen – aus dem Zusammenwirken von menschlicher Arbeitsleistung und diversen Produktionsfaktoren gewonnen. Im Gesundheitswesen haben dabei die Personalkosten und -leistungen überdurchschnittlichen Einfluss auf Effizienz und Effektivität des Unternehmens. Gesundheitsimmobilien haben dabei keinen isolierten Wert, sondern nur in Ver-

bindung mit dem Nutzer bzw. der Nutzung im Produktionsprozess. Der Einfluss der Immobilie und seiner Architektur auf das Personal (und die Patienten) sind vielfältig. Die Arbeitsumgebung soll eine hohe Nutzungsqualität und Funktionalität aufweisen und so nachhaltig zur Gesunderhaltung, dem Wohlbefinden und der Zufriedenheit der Mitarbeiter beitragen. Da die Personalkosten bei weitem die Kosten für den Gebäudebetrieb überschreiten, sind über Aspekte der Mitarbeiterführsorge hinaus wirtschaftliche Potenziale, d. h. die Erhöhung der Leistungsfähigkeit, von enormer Bedeutung. ■

Olaf Fechner
HafenCity Universität Hamburg
Bauökonomie und Management
Überseeallee 16
20457 Hamburg

Volker Merker
Dipl.-Ing., Architekt AKG &
Berater Nutzerbedarfsplanung
Merker Architektur Management GmbH
Elisabeth-Haseloff-Str. 1
23564 Lübeck



conhit
6.–8. Mai 2014
Messegelände Berlin



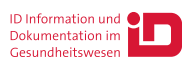
Die conhit bietet kollegialen Erfahrungsaustausch, den Vergleich interessanter Lösungsalternativen, innovative Organisationsansätze und Technologietrends sowie Gespräche mit vielen Industriepartnern. Und das Alles komprimiert an einem Ort.

Helmut Schlegel,
CIO Klinikum Nürnberg / Bundesverband der Krankenhaus
IT-Leiterinnen / Leiter (KH-IT) e. V.

Connecting Healthcare IT

www.conhit.de

GOLD-Partner



SILBER-Partner



Nur bis zum 31. März 2014!

Kostenloses Messticket auf www.conhit.de

Veranstalter



Organisation



In Kooperation mit



Unter Mitwirkung von

