

Zeitschrift: Tec21
Herausgeber: Schweizerischer Ingenieur- und Architektenverein
Band: 129 (2003)
Heft: 41: Schrittmacher im Spitalbau

Artikel: Prestige oder Understatement?
Autor: Engler, Daniel
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-108827>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Prestige oder Understatement?

Bevor man für eine Spitalanierung Raumprogramme und Projektpläne erarbeitet, müssen zuerst einmal grundsätzliche Fragen geklärt werden – wie sich eine Klinik im Markt positionieren soll zum Beispiel. Ein Gespräch mit dem Spitalplaner Hans Wälchli.

Herr Wälchli, wozu braucht es Spitalplaner? Können die Architekten, Ingenieurinnen das nicht auch?

Doch, es gibt sehr viele gute Planungsbüros, die das durchaus beherrschen. Hingegen ist in der Vergangenheit oft schlecht vorgegangen worden. Ein klassischer Fall: In einer Klinik stehen Sanierungsbedarf oder neue Raumbedürfnisse an. Dann wird mit dem Spitalintern erarbeiteten Konzept und Raumprogramm direkt ein Planungsbüro mit der Projektierung beauftragt. Vergessen wird, dass die Raumprogramme in einer solchen Phase in erster Linie Wunschlisten darstellen, von der Ärzteschaft, der Pflegedienstleitung, vom technischen Dienst usw. Was bedeutet, dass die Kosten fast immer zu hoch sein werden. Hinzu kommt, dass bei dieser Herangehensweise das Hinterfragen und Bewerten bestehender Abläufe zu wenig Gewicht erhält.

Wie macht man es besser? Womit beginnen Sie, wenn Sie für ein Projekt beigezogen werden?

Die Überlegungen, die sich ein Spital heute machen muss, unterscheiden sich grundlegend von denen, die vor 30 Jahren relevant waren. Ganz am Anfang geht es um ein Leitbild für die betreffende Klinik. Dabei geht es um Fragen wie, «Was soll die Baumassnahme bringen?», «Wo wollen wir welche Standards erreichen?», «Wie positionieren wir uns im Markt, in der Konkurrenz mit anderen Spitälern?» Solche Überlegungen existieren bei den privaten Spitälern schon länger, man kommt aber auch im öffentlichen Bereich immer weniger darum herum, sich mit ihnen zu befassen.

Wie könnte so ein Leitbild konkret aussehen?

Ein erster Bereich sind die Tätigkeitsschwerpunkte, die ein Spital anbieten will. Hier ist der Spielraum allerdings relativ klein, weil die Kantone stark reglementierend eingreifen und mehr oder weniger vorschreiben, wer was anbieten darf. Innerhalb dieser Vorgaben kann man sich aber auf einzelne Gebiete spezialisieren. Dies ist auch sinnvoll, denn für eine hohe Qualität der medizinischen Leistungen ist eine gewisse «case load», eine Mindestanzahl monatlicher Fälle/Operationen, notwendig. Hier spielen auch bereits betriebswirtschaftliche Überlegungen zu Konkurrenz, Einzugsgebiet usw. eine grosse Rolle. Nicht zu unterschätzen ist dabei die Verfügbarkeit von qualifizierten SpezialistInnen im engen Schweizer Markt.

Zweitens ist zu fragen, wie man sich den Kunden, Patienten präsentieren will. Gesucht ist etwas überspitzt gesagt die Unique Selling Proposition (USP), die einen überzeugenden Marktauftritt ermöglicht. «Wie sollen uns die Patienten wahrnehmen?», «Wie treten wir auf dem Arbeitsmarkt auf, wie wichtig ist uns die Arbeitsplatzqualität?», «Machen wir in Prestige oder eher in Understatement?» Einem kleineren Spital zum Beispiel würden wir empfehlen, seine Stärken zu betonen. Das könnte der Aspekt sein, dass die einzelnen Bereiche zueinander durchlässiger sind als in einer Universitätsklinik, wo die Abteilungen u. a. wegen ihrer Spezialisierung stärker segmentiert sind.

Ich möchte hier das Beispiel der Hirsländenklinik anführen, das ich aus eigener Anschauung kenne. Die ehemalige Geburtsklinik wurde Mitte der achtziger Jahre neu positioniert, und man entschloss sich, in Richtung Spitzenmedizin zu gehen mittels so genannter Kompetenzzentren. Als erstes Projekt entstand daraufhin das Herzzentrum.

Wie geht es nach der Erarbeitung des Leitbildes weiter?

Der zweite Schritt ist das Nutzungskonzept. Wenn eine Sanierung oder eine Erweiterung eines Spitals auch gleichzeitig ein Schrittmacher für dessen Entwicklung sind (was unbedingt der Fall sein sollte), dann geht es vor allem auch darum, bestehende Abläufe und Bedürfnisse zu hinterfragen und zu optimieren. Daraus ergeben sich die ersten Vorgaben für die Anordnung der Raumgruppen bzw. die Organisation innerhalb dersel-

ben. Dieser Schritt ist extrem wichtig. In einem Spital werden rund 35 % der Arbeitszeit für Ortsverschiebungen und Transporte aufgewendet. Die Anordnung der Raumgruppen determiniert (neben der Kapazität der Erschliessung) diesen Faktor ganz wesentlich.

Die konzeptionellen Überlegungen gehen in dieser Phase bis hinunter auf die Ebene der Raumausstattung. Mit der Spitalleitung abgestimmt, fliessen sie dann in die Vorgaben für die Ausschreibung der Projektierungsarbeiten. D.h. die ArchitektInnen erhalten ein austariertes Programm inklusive zum Beispiel den Diagrammen der internen Verbindungen. Die Bauherrschaft auf der anderen Seite kann sich auf eine bereits relativ hohe Kostensicherheit stützen.

Können Sie aus Ihrer Erfahrung mit der Sanierung/Erweiterung von Spitälern Sachverhalte oder Probleme bezeichnen, die jedesmal ähnlich auftauchen?

Aktuell beobachten wir vor allem drei Entwicklungen, die jeweils grössere Anpassungen erfordern. Zuerst einmal im Sanitärbereich: Etagenduschen und -toiletten genügen den Bedürfnissen heute klar nicht mehr. Zweitens sinkt die Zahl der Pflegebetten, weil immer mehr Behandlungen ambulant ausgeführt werden können. Und schliesslich muss die Zahl der Vier- oder Sechsbettzimmer zu Gunsten kleinerer Einheiten reduziert werden. Dies allerdings nicht nur aus Komfortgründen: Einer- oder Zweierzimmer lassen auch eine viel flexiblere Belegung mit unterschiedlichen Patienten zu. Die erwähnten Entwicklungen führen dazu, dass fast überall Bettenhäuser umgebaut, umgenutzt oder abgebrochen werden. Allerdings lässt die bei der überwiegenden Anzahl der Spitalbauten angewandte Schottenbauweise hier nur wenig Spielraum (analog zum Beispiel zur oft sehr aufwändigen Erneuerung von Hotelzimmern).

Erschliessung und Logistik sind ebenfalls Bereiche, die eine sinnvolle, effiziente Umwidmung von Altbauten erschweren oder gar verunmöglichen können. So lässt die kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer zusammen mit dem gestiegenen Diagnoseaufwand den Verkehr von und zu den Patientenzimmern derart ansteigen, dass insbesondere bei Hochhäusern (mit damals aus Kostengründen eher knapp bemessener Liftkapazität) das Erschliessungssystem bald einmal überfordert ist.

«Die Entwicklungen im Gesundheitswesen führen dazu, dass viele Bettenhäuser umgebaut, umgenutzt oder abgebrochen werden»

Wie sieht die Situation in den Diagnose- und Behandlungstrakten aus? Sind wenigstens da Anpassungen an eine zeitgemässe Medizin baulich möglich?

Die Bereiche Diagnose und Behandlung müssen meist vergrössert werden, da ihr Raumbedarf immer noch ansteigt. Der Anteil der ambulanten und kurzstationären¹ Behandlungen nimmt stark zu und dürfte gegen 50 % ansteigen. Das heisst, dass bisher anders genutzte Räume (in erster Linie die oben erwähnten Pflegestationen) dafür umgebaut werden müssten, was wie gesagt oft schwierig ist, oder dann wird ein Erweiterungsneubau gebaut.

Ebenfalls zu Problemen mit der bestehenden baulichen Struktur können zum Beispiel Veränderungen der Abläufe rund um die Operationssäle (OP) führen. So wer-

«Die Sanierung/Erweiterung eines Spitals sollte immer auch als Schrittmacher für dessen Entwicklung angesehen werden. Bestehende Abläufe und Bedürfnisse müssen im Laufe dieses Prozesses hinterfragt werden»

«Erschliessung und Logistik sind ebenfalls Bereiche, die eine sinnvolle, effiziente Umwidmung von Altbauten oft erschweren oder gar verunmöglichen können»

Zu viele Spitäler?

Es gibt in der ganzen Schweiz heute rund 250 Akutspitäler. Ein Mehrfaches zu viel, wie von Gesundheitsökonomien immer wieder gepredigt wird. Die Rechnung ist einfach: Die minimale betriebswirtschaftlich sinnvolle Grösse für ein Spital liegt bei etwa 100 Betten. Das beim heutigen Stand der Medizin notwendige Bettenangebot von etwa 150 bis 200 Betten auf jeweils 100 000 Einwohner ergäbe also einen Bedarf von (wenn man die grossen Kliniken mit mehreren hundert Betten einbezieht) 50 bis 100 Spitälern. Allerdings ist jede Spitalschliessung ein (oft föderalistisch bedingt) emotionsgeladenes Politikum, für das sehr viel Zeit und Überzeugungsarbeit notwendig ist.

«Die Raumkosten machen bei einem Spital lediglich etwa 6 bis 8 Prozent der gesamten Betriebskosten aus – der Anteil der Personalkosten ist fast zehnmal so hoch»

«Die wirtschaftliche Halbwertszeit von Spitälern beträgt rund 10 Jahre. Nach dieser Zeit ist nur noch die Hälfte der Baute optimal an die (veränderten) Bedürfnisse angepasst»

den die OP heute nicht mehr integral keimfrei gehalten, sondern sie werden so konzipiert, dass die Reinraumklasse nurmehr unter dem CG-Feld (Laminar-Flow-Feld), dort aber sicher, erfüllt ist. Ebenso steigt der Bedarf an Nebenräumen durch den Einsatz von immer mehr Apparaten.

Das tönt nun so, als wäre es eigentlich sinnvoller, bestehende Gebäude abzureissen und durch neue zu ersetzen?

Das stimmt tatsächlich. Das geschieht zwar teilweise auch, tendenziell wird aber immer noch zu oft am Bestehenden festgehalten, was zu nur suboptimalen Lösungen führt und nicht selten auch teurer ist als ein Neubau. Was dabei noch oft vernachlässigt wird und erst in den letzten Jahren (bei den Privatspitälern schon früher) zu einem Thema wurde, sind die Betriebskosten. Dazu muss man wissen, dass die Raumkosten (Abschreibung und Unterhalt) bei einem Spital lediglich etwa 6 bis 8 Prozent der gesamten Betriebskosten ausmachen – der Anteil der Personalkosten ist fast zehnmal so hoch. Aus diesem Verhältnis ersieht man, wie schnell es sich lohnt, für die Optimierung von Prozessabläufen etwas mehr in die bauliche Infrastruktur zu investieren.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass sich die Anforderungen im Spitalbau überaus rasch und manchmal auch grundlegend ändern. Die «wirtschaftliche Halbwertszeit» von Spitälern beträgt nur etwa 10 Jahre. Das will heissen, dass nach dieser kurzen Zeitspanne bereits nur noch die Hälfte der Räume den (unterdessen veränderten) Bedürfnissen optimal entspricht.

Daraus lässt sich schliessen, dass Nutzungsflexibilität eine zentrale Forderung an Spitalbauten darstellt. Ist das dem Ausbau des Berner Inselspitals zugrunde gelegte Konzept mit einer dreilagigen Infrastruktur² dafür ein gangbarer Weg?

Das Problem in Bern war meiner Einschätzung nach, dass man in der Planung diese drei Infrastrukturebenen zu radikal separiert hat, wobei sehr viele Schnittstellen entstanden sind, was wiederum die Koordination erschwert hat. Dann ist wohl auch ein wenig vergessen gegangen, dass Flexibilität auch nicht gratis zu haben ist und man daran vielleicht etwas zu hohe Ansprüche gestellt hat. Grundsätzlich finde ich das Konzept aber überzeugend und denke schon, dass es ein Schritt in die richtige Richtung ist.

Dr. Hans Wälchli ist Inhaber der Firma MBI-Consulting in Boppelsen. Er war als externer Berater massgeblich am Aufbau der Klinik Hirslanden beteiligt und ist seit Mitte der neunziger Jahre auch für öffentliche Spitäler tätig. Im Moment berät er konzeptionell verschiedene Spitäler, unter anderem das Stadtspital Triemli und das Spital Schwyz.
hans.waelchli@MBI-consulting.ch.

Anmerkungen

- 1 Kurzstationär bedeutet einen Aufenthalt von bis zu 24 Stunden mit Übernachtung, ambulant ist eine Behandlung ohne Übernachtung
- 2 Das Konzept für das INO (Intensiv-, Notfall- und Operationszentrum) am Inselspital in Bern sieht drei separat behandelte Infrastrukturebenen vor mit unterschiedlicher Lebensdauer. Unveränderbar sind der Rohbau und die Fassade. Das Sekundärsystem beinhaltet Innenausbau und Erschliessung und hat eine Lebensdauer von 15 bis 50 Jahren. Apparate und Einrichtungen gehören zum tertiären System und können ohne bauliche Veränderung ausgetauscht werden (vgl. den Artikel «Herzflattern» auf Seite 7)