

**Architektur-Barometer 30 x10**

Die Dialogreihe von GROHE 2020

*Pure Freude  
an Wasser*



GROHE

30 Entscheidungsträger der Baubranche  
im Gespräch zu jeweils 10 Fragen.

**IM GESPRÄCH MIT PROF. LINUS HOFRICHTER,  
GESCHÄFTSFÜHRER SANDER.HOFRICHTER  
ARCHITEKTEN GMBH**

DIGITAL

30 mal 10

# INTERVIEW MIT PROF. LINUS HOFRICHTER SANDER.HOFRICHTER ARCHITEKTEN GMBH, LUDWIGSHAFEN



**GROHE: Welche Quintessenz ziehen Sie persönlich nach mehreren Monaten Corona?**

**Prof. Linus Hofrichter:** Wir haben uns im Büro sehr schnell auf die neue Situation eingestellt, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden umgehend mit Hard- und Software ausgestattet, um auch weiterhin ihre Konferenzen und Treffen abzuhalten und auch von zuhause an den Plänen arbeiten zu können. Das hat alles sehr gut funktioniert. In der Geschäftsleitung haben wir konsequent das Social Distancing durchgezogen, indem die einzelnen unserer Standorte ausschließlich über Video im Kontakt zueinander standen. Ich persönlich habe von Anbeginn der Krise in meinem Homeoffice gearbeitet und, so schlimm die Pandemie auch ist, es war eine positive Erfahrung. Man kann auch von zuhause mit interessanten Gesprächspartnern sehr viel per Video-Konferenz bewegen. Ich habe sogar gemerkt, dass ich mehr Zeit für Projekte habe, weil die Taktung sehr eng ist, alle 1-1,5 Stunden beschäftigt man sich mit einem anderen Projekt. Letztens Endes ein sehr effizientes Arbeiten. Außerdem fiel das Reisen weg. Ich fahre sonst 40.000 Kilometer im Jahr, in diesem Jahr komme ich vielleicht auf 15.000. Natürlich habe ich hier und da auch den persönlichen Kontakt vermisst. Nach einigen Monaten Bildschirm hat man irgendwann einen Punkt erreicht, wo man sich wünscht, die Menschen wieder persönlich zu sehen. Und der Punkt ist ja jetzt auch gekommen, langsam starten

Konferenzen und persönliche Treffen wieder. Für besonders sensible und komplexe Dinge ist ein Zusammenkommen unverzichtbar. Parallel organisieren wir auch weiterhin Video-Konferenzen, ich hoffe, dass das auch so bleibt. Wir gehen jetzt auch wieder in die Krankenhäuser mit Mundschutz und entsprechender Hygienevorsorge. Der Presse ist allerdings zu entnehmen, wie fragil das ganze System derzeit noch ist. Das heißt, wir sind durch die Krise noch nicht durch, sie wird uns wahrscheinlich die nächsten Jahre, hoffentlich nicht Jahrzehnte, begleiten. Fest steht, dass wir nicht zurückkehren werden zu einer Zeit wie vor Corona. Die positiven Erfahrungen mit dem Home-Office sollten wir übertragen in die Zukunft und hinterfragen, ob wir nicht diese extremen Reisetätigkeiten zu Gunsten einer konzentrierteren Arbeit von zuhause reduzieren können. Ich bin ein Befürworter des Home-Office, aber natürlich nicht in der Extremität, wie wir es jetzt hatten, denn das kann gerade bei Familien mit kleinen Kindern zu sozialen Spannungen führen.

Momentan weiß ja keiner, wie es weitergeht, ob eine zweite Welle kommt oder nicht. Was mich an der ganzen Spekuliererei stört ist, dass man ununterbrochen versucht, irgendwelche Schuldigen zu finden. Ich bin der Meinung, es ist überhaupt nichts falsch gemacht worden. Man hat sich an viele Themen herangetastet und wir haben uns in Deutschland im internationalen Vergleich hervorragend geschlagen; sogar besser als die Länder, die uns oft als Vorbild gezeigt werden, wie die Schweiz, Schweden oder Dänemark. Wir haben einen sehr, sehr guten Job gemacht, sowohl unsere Regierung als auch unsere Verantwortlichen und die meisten Menschen in Deutschland, die sich diszipliniert auf die Sachen eingelassen haben. Ich hoffe nicht, dass wir die nächsten Jahrzehnte nur noch mit Maske einkaufen können. Aber ich glaube, eine gewisse Distanz und eine gewisse Hygiene sollten wir beibehalten und auch zur Normalität werden lassen. Ich habe zwar auf meinen Reisen in Asien immer gelästert, dass die Chinesen und die Japaner immer mit Mundschutz herumlaufen, aber vielleicht müssen auch wir in so eine Richtung gehen.

## **Wie sind die Auswirkungen der Krise auf Ihre laufenden Projekte? Ich denke zum Beispiel an Ihren Campus des Zentral-Klinikums in Lörrach!**

Wir sind Teil einer sehr vielfältigen multikulturellen Gesellschaft in Deutschland. Und wir als Planende in der Bauwirtschaft dürfen uns überhaupt nicht beklagen. Als Spezialisten für Krankenhausbau und Bauten der sozialen Infrastruktur – wir bauen ja zu neunzig Prozent Krankenhäuser, Schulen, Bildungsstätten und Hochschulbauten – haben wir Corona nur sehr geringfügig gespürt. Unsere Baustellen sind genauso weitergelaufen, teilweise sogar besser als vorher, weil die Handwerker auf manchen privaten Baustellen wegen der Befürchtung der Ansteckung nicht mehr weiterarbeiten durften. Stattdessen kamen sie dann verstärkt auf unsere Baustellen. Wir hatten beispielsweise auf der Baustelle des Landtags in Rheinland-Pfalz in Mainz vor der Corona-Krise Personalengpässe und seit der Krise nicht mehr. Mit Ausnahme eines Altenpflegeheims, das wegen des sehr sensiblen Bereiches mit den alten Menschen verständlicherweise gestoppt wurde, hatten wir keine Unterbrechungen auf den Baustellen. In Bezug auf das Zentral-Klinikum in Lörrach werden wir in einigen Monaten mit dem Bau beginnen, die vorbereitenden Maßnahmen laufen auf Hochtouren und der Terminplan wurde eingehalten. Von Verzögerung und Reduktion nichts zu spüren!

In mittel- und langfristiger Hinsicht machen wir uns natürlich ein wenig Sorgen, dass Gelder für Krankenhaus- und Bildungsbauten fehlen werden und dass Häuser, die für 2021/2022 geplant waren, erst in vier Jahren oder später kommen. Obwohl momentan die Politik befürwortet, alle Ausschreibungen weiterlaufen zu lassen. Gerade im Bereich der Sozialbauten, Krankenhäuser und Schulen haben wir in Deutschland dringenden Nachholbedarf.

**Das deutsche Gesundheitssystem wird als krank bezeichnet. Alles ist an Wirtschaftlichkeit herausgepresst worden, was nur geht, Kosten- und Zeitdruck, und eine überbordende Bürokratie. Außerdem veröffentlichte das deutsche Krankenhausinstitut kürzlich, dass bei uns derzeit 17.000 Pflegekräfte fehlen, auch auf Intensivstationen. Wie beurteilen Sie die Situation?**

Wir haben durch die Corona-Krise erfahren, dass unser Gesundheitssystem wesentlich besser ist, als es immer dargestellt wird. Es wird immer schlecht geredet, aber es ist im internationalen Vergleich eines der allerbesten und vielleicht sogar krisenerprobtesten. Wenn so etwas Schreckliches wie eine Pandemie kommt, dann hat gerade unser System mit ausreichend Kapazitäten besser reagieren können. Wir haben ja eher das Problem, zu wenig Ärzte zu haben, obwohl sich diese Situation auch recht gut stabilisiert hat. Weiterhin haben wir einen

Pflegenotstand, den wir allerdings auch schon vor der Krise hatten. Dieser ist nochmals durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung unseres Gesundheitsministers Jens Spahn erhöht worden. Es geht um Mindestbesetzungen, das heißt, Pflegende dürfen nur eine Mindestanzahl von Patienten betreuen. In manchen Abteilungen ist die Zahl der zu betreuenden Patienten auf 5 reduziert worden.

Wenn man das hochrechnet, dann entstehen natürlich solche Defizite von 17.000 fehlenden Pflegekräften. Der Beruf des Gesundheits- und Altenpflegers wird in unserer Gesellschaft nicht gebührend wertgeschätzt. Um den Beruf aufzuwerten, hat man jetzt die Ausbildung der Alten- und Krankenpflege zusammengetan, sodass die Menschen, die diesen Beruf wählen, sowohl ins Krankenhaus als auch in die Altenpflege können. Denn eine Krankenschwester oder -pfleger wird bislang mehr geachtet als ein Altenpfleger. Und das kann nicht sein. Wenn wir immer weiter im Wohlstand älter werden wollen, dann muss man diesen Beruf achten und ihn auch entsprechend bezahlen. In der Schweiz beispielsweise gibt es keinen Pflegenotstand, da die Leute dort ein besseres Einkommen haben. Bei uns hingegen ist es schon sehr bescheiden, was ein Altenpfleger verdient. Vielleicht muss man den Beruf auch bewusst in gewissen Teilen akademisieren. Bevor ich an die Hochschule in Mittelhessen gegangen bin, habe ich an einer evangelischen Fachhochschule im Studiengang Pflegemanagement gelehrt.

**Müssen wir zukünftig die Planung der Krankenhausstrukturen an einem Extremszenario wie der Corona-Pandemie ausrichten? Ist das überhaupt finanzierbar und damit möglich?**

Es ist möglich, wenn wir unseren intelligenten und bereits gestarteten Konzentrationsprozess weiterfahren und Standorte schließen. In Hannover wurden beispielsweise mit Siloah, Oststadt und Heidehaus drei Krankenhäuser geschlossen und gleichzeitig wurde ein neues Klinikum gebaut. Wir beteiligen uns gerade am Wettbewerb in Georgsheil in Ostfriesland. Dort hat jetzt die Politik nach langen Bürgerprotesten beschlossen, drei Krankenhäuser zu schließen und geographisch genau in der Mitte ein Neues zu errichten. Weiterhin planen wir derzeit in Lohr zwischen Aschaffenburg und Würzburg im Spessart ein neues Krankenhaus. Dafür werden vier Krankenhäuser geschlossen. Die Entfernungen für die Patienten sind geringfügig weiter, aber immer noch zumutbar. Das heißt, diese Konzentrationsprozesse, aus vier Krankenhäusern eines zu machen, bedeutet auch, dass wir weniger Personal an verschiedenen Orten benötigen. Über diese Lösung würde sich natürlich auch im gewissen Sinn der Pflegenotstand lösen. Für ein einzelnes Krankenhaus benötigen wir natürlich deutlich weniger Pfleger als für vier. Auf dem Papier ergibt sich damit ein gewisser Stellenabbau, aber wenn

die Stellen eh nicht besetzt sind, bedeutet das eine höhere Pflegequalität. Und diesen Kurs gilt es unbedingt weiterzuverfolgen. Nur weil wir jetzt gut durch die Krise gekommen sind, müssen wir nicht an alten Strukturen festhalten und weiterhin alle fünf Kilometer ein Krankenhaus haben. Im Gegenteil, wir müssen weiter diesen Konzentrations- und Konsolidierungsprozess fahren und gezielt auf der Landkarte schauen, wo man welche Krankenhäuser benötigt; und wir müssen die Krankenhausträger dazu anhalten, Schwerpunkte zu bilden. Es kann durchaus sein, dass in einer Stadt fünf Krankenhäuser sinnvoll sind, es kann aber nicht sein, dass sich jedes dieser fünf Häuser auf das Gleiche spezialisiert. Durch unterschiedliche Spezialisierungen auf verschiedene Krankheitsbilder pro Klinik können wir eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten. Und damit das regional bestehende Überangebot aufheben. Was nicht heißt, dass es nicht regional kleine Häuser zur Krankenversorgung geben sollte. Ich bin kein Freund einer extremen Konzentration, wie sie in Dänemark praktiziert wird, wo es landesweit nur acht große Krankenhäuser gibt. Diese Kultur haben wir Gott sei Dank nicht. Wir werden nie auf zehn oder zwanzig Krankenhäuser pro Bundesland runtergehen. Wir werden keine zweitausend Krankenhäuser mehr benötigen, wir brauchen vielleicht nur noch tausend. Dass wir nur noch 300 brauchen, wie manche Studien sagen, das ist meines Erachtens unrealistisch und auch nicht gut im Sinne der Bevölkerung. Im Falle einer Pandemie können wir ja nicht hundert Kilometer bis zum nächsten Krankenhaus fahren. Die Franzosen hatten überhaupt keine Kapazitäten und haben dann die Leute über Hunderte von Kilometern von Nord-Frankreich nach Süd-Frankreich verlegt, weil dort noch Betten frei waren. Also so etwas dürfen wir uns nicht erlauben. Es ist essentiell wichtig, dass wir in Bezug auf die Bevölkerungszahlen eine relativ gleichmäßige Krankenversorgung garantieren.

Was mir noch wichtig wäre zu erwähnen: es sollte im Krankenhausbau endlich die Diskussion über das Bauen von ausschließlich Einbettzimmern, sowohl in der Normal- als auch in der Intensivpflege, einfließen. Das ist etwas, was wir in Deutschland immer noch nicht verstanden haben, weil wir immer der Meinung sind, sie sind zu teuer und wir können sie uns nicht leisten. Schon allein unter dem Gesichtspunkt der Infektionen oder anderer ansteckender Krankheiten haben Einbettzimmer einen enormen Mehrwert. Es wäre für mich sehr wichtig, dass wir die durch die Krise gewonnenen Erfahrungen mit der Distanz auch auf unsere Bautypologien übertragen.

**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft äußert sich nicht positiv über diese Leistungskonzentration und meint, dass gerade die Überkapazitäten eine Art Lebensversicherung für viele Menschen und das gesamte deutsche Gesundheitswesen bedeuten. Zudem sei ein System aus weniger Großkliniken in Zeiten einer Virus-Pandemie viel anfälliger. Teilen Sie diese Meinung?**

Ja, diese Meinung teile ich. Neben den großen Schwerpunkt-Krankenhäusern, den Universitätskliniken und z.B. den BG-Kliniken, die hervorragende Versorgung nach Unfällen leisten, müssen wir in Deutschland an den Regionalkrankenhäusern festhalten. Sie sind sehr gut geeignet, um gerade solche Pandemie-Fälle wohnortnah zu regeln. Dennoch ist es nicht notwendig, wie bereits gesagt, dass wir alle fünf bis zehn Kilometer ein Krankenhaus bestehen lassen. Wir sollten einen gesunden Mittelweg gehen, indem man aus drei Krankenhäusern eines für die Region mit zumutbaren Entfernungen macht. Solche mittelgroßen Krankenhäuser mit circa 200 bis 300 Betten sollten wir uns nach wie vor leisten, auch wenn sie immer wieder wirtschaftlich kritisch gesehen werden. Ich bin überzeugt, dass auch solche kompakten 200-300 Betten Krankenhäuser wirtschaftlich geführt werden können, wenn sie intelligent gebaut sind.

**Wird es Ihrer Meinung nach zu einer kompletten Neueinschätzung unseres Gesundheitssystems kommen, weil jetzt auch von der Politik verstanden wurde, welch hohen Stellenwert unsere vorhandenen Krankenhauskapazitäten haben?**

Ich würde mir wünschen, dass mehr Regionalkonferenzen stattfinden, die eine Neueinschätzung nach sich ziehen. Wir haben Gott sei Dank kein staatlich reglementiertes Gesundheitssystem, wie beispielsweise England und Dänemark, wo das staatliche Gesundheitssystem ausschließlich aus Steuermitteln finanziert wird. Das heißt, Sie können dort nicht entscheiden, ob Sie in ein konfessionelles, ein freigemeinnütziges oder ein privates Krankenhaus gehen oder in eines, das Ihnen mental am meisten entspricht. Unsere Vielträgerschaft aus katholischen, evangelischen, kommunalen und privaten Häusern ist ein hohes Gut. Doch auch bei uns kann eine gewisse Reglementierung der Politik Einfluss nehmen. Unser Gesundheitswesen ist im Prinzip Ländersache, also die Länder finanzieren ihre Krankenhäuser. Das ist auch gar nicht so verkehrt. Aber die Länder haben natürlich an ihren Grenzen immer überlappende Themen. Deshalb befürworte ich, dass man sich regional an einen Tisch setzt, um im Sinne des Patienten Krankenhäuser mit hochwertiger Qualität und zumutbarer Ortsnähe zu schaffen.

In Mannheim gibt es jetzt eine interessante Entwicklung. Es gibt dort ein städtisches Krankenhaus, das sogar universitär ist und Mediziner nach dem Physikum in Kooperation mit der Uniklinik in Heidelberg ausbildet, und es gibt zwei kirchliche Krankenhäuser. Die zwei Kirchen haben es geschafft, dass es jetzt ein ökumenisches Krankenhaus gibt. Es werden weiterhin zwar zwei Standorte betrieben, aber die Schwerpunkte werden unterschiedlich gesetzt. Das ist nie zum Nachteil der Bürger, die in Mannheim leben. Im Gegenteil, es wird eine Verschwendung abgestellt. Man wird dort ein medizinisch-qualifiziertes Angebot bereitstellen, das kostengünstiger wird, ohne dass es die Menschen merken. Und genau das muss unser Ziel sein, wir dürfen uns keine Verschwendung mehr leisten. Dann schaffen wir auch Corona und zukünftige Pandemien. Schließlich möchten wir keine Zustände wie in England haben, wo man ab 65 keine Hüfte mehr bekommt, es sei denn, man zahlt sie selbst.

**Viele Kliniken sind durch Corona in Liquiditätsengpässe gekommen. In Berlin standen fast fünfzig Prozent der 20.000 Krankbetten frei. Haben wir an der Realität vorbeigeplant?**

Keiner wusste, wie sich die Pandemie entwickelt und ob unsere Beatmungskapazitäten ausreichen. Es hätte ja sein können, dass wir teilweise Zustände wie in Nord-Italien bekommen, und dass wir auf einen Schlag unheimlich viele Beatmungsbetten benötigen. Dadurch haben die Krankenhäuser ihre Regeloperationen heruntergefahren. Sie mussten künstlich Betten schließen, Kapazitäten reduzieren und alles prophylaktisch für den Fall vorbereiten, dass die Betten für die Corona-Kranken benötigt werden. Und dadurch gab es ein Ungleichgewicht. Berlin ist sowieso ein Sonderfall, die vorhin angesprochene Strukturreform ist dort nicht groß gelehrt worden. Insofern kann man die Situation dort vor Ort nicht auf alles herunterbrechen. Zum Teil wurde dort am Bedarf vorbeigebaut, das kann man nicht ganz abstreiten. Aber auch in den neuen Ländern wurden die Bedarfe falsch eingeschätzt, weil man nach der Wende zu schnell Krankenhäuser gebaut hat, ohne den richtigen Bedarf zu ermitteln und damit teilweise Überkapazitäten schaffte. In den meisten westlichen Bundesländern haben wir veraltete, über Jahrhunderte gewachsene Strukturen, die immer mit einer chronischen Unterfinanzierung unprofessionell weiterentwickelt wurden. Es wurde immer irgendwo etwas angebaut, ohne ein Gesamtkonzept zu entwickeln. Erst in den letzten fünf bis zehn Jahren macht man sich Gedanken, Krankenhäuser abzureißen und komplett zu erneuern, was größere Investitionen in kürzerer Zeit bedeutet. Ein Krankenhaus ist vor Ort ein Politikum und davon müssen wir uns entfernen. Wir müssen einfach überregionaler und grenzübergreifender arbeiten.

**Können Krankenhäuser die Millionenverluste durch das eingebrochene Alltagsgeschäft überhaupt verkraften? Reicht der Schutzschirm der Bundesregierung?**

Nein, das ist so ein wenig wie der Tropfen auf dem heißen Stein. Es wurde relativ schnell reagiert und Gelder ausgezahlt. Ich habe Bauherren gehört, deren Häuser schon vor der Krise nicht so besonders gut belegt waren, sie konnten mit den gezahlten Pauschalen relativ gut über die Corona-Krise kommen. Schwierig war es für Häuser, die ziemlich gut getaktete Operationsäle haben, die eigentlich viel hätten operieren können, aber Operationen absagen mussten. Für diese Häuser ist die Situation natürlich ziemlich fatal, sie haben teilweise sogar ihre Ärzte in Kurzarbeit geschickt. Sie werden wesentlich länger brauchen, um wieder in den Tritt und wieder in eine Wirtschaftlichkeit zu kommen. Ich glaube, wir müssen generell im Gesundheitswesen zeitnah viel Geld in die Hand nehmen, um eine richtige Strukturreform hinzubekommen. Sonst ist das immer weiterhin nur so ein Geflicke.

**Krankenhäuser werden sich weltweit verändern, bedingt durch neue Technologien und demographische und wirtschaftlichen Veränderungen. Können Sie uns einen Einblick verschaffen, wie Sie das Universitätsspital Zürich in die Zukunft führen werden?**

Ich habe soeben erwähnt, dass ich diese Megastrukturen kritisch sehe. Trotzdem bin ich überzeugt, dass wir große Krankenhäuser brauchen, wo man besonders schwierige, ganz extreme Krankheiten oder ganz schwere Verletzungen behandeln können muss. Die besten Mediziner und besten Forscher müssen dort zusammenkommen, behandeln und forschen. Im Falle eines ganz schwierigen Hirntumors erhalten Sie womöglich in einem normalen Krankenhaus die Aussage, das er nicht operabel oder das Risiko zu groß ist. In einer Spitzenklinik, die täglich solche High-End-Fälle behandelt, ist man ganz anders aufgehoben. Ich glaube, dass wir in unserer medizinischen Entwicklung nur weiterkommen, wenn wir auch an den Grenzbereich gehen. Hätte es die erste Herzoperation nie gegeben, dann hätten wir heute viele Dinge nicht gelöst. Ich bin ein fortschrittsgläubiger Mensch. Auch im Rahmen vieler ethischer Fragen sollten wir Spitzenmedizin immer fördern.

Um auf unser Projekt in Zürich zu kommen: In Zürich gibt es die Uniklinik oben auf dem Zürichberg und mitten in der Stadt. Sie liegt direkt neben der Universität und direkt neben der ETH, der Eidgenössischen Technischen Hochschule. Die Schweizer wollen die Spitzenmedizin dort belassen, weil es der richtige Ort für die Forschung und Wissenschaft ist. Auch für die Studierenden ist es wichtig, dass es Universitätsspitaler gibt,

die vernetzt sind. Die ETH entwickelt zum Beispiel Roboter und entwickelt Medizinprodukte. Und diese werden dann im Uniklinikum daneben eingesetzt oder getestet. Dieses Miteinander der disziplinären Forschung aus der Universität, aus der Universitätsklinik und der ETH war ausschlaggebend für die Entscheidung, an diesem Campus zu bleiben. Allerdings folgte dann die Überlegung, dass man große Teile der vor- und nachstationären Untersuchungen und ambulante und teilambulante Leistungen nicht auch noch mitten in der Stadt erbringen wollte, sondern in einem eigenen Krankenhaus am Rande der Stadt. Dann haben die Züricher etwas sehr Innovatives getan, sie haben am Flughafen in Kloten ein neues Gebäude eröffnet, wo sämtliche Routine- oder Präventivuntersuchungen stattfinden. Man hat vorher festgestellt, dass die Erreichbarkeit direkt am Flughafen in Zürich hervorragend ist, weil dort sämtliche Straßenbahnen, die U-Bahnen und die Buslinien hinfahren. Und die im Kanton Zürich lebenden Menschen erreichen den Flughafen mindestens genauso gut wie die Innenstadt von Zürich.

In dem von uns derzeit entwickelten Spital in der City von Zürich werden insbesondere die Schwerkranken – und Notfälle behandelt. Es gibt eine große Notaufnahme mit zwei Dach-Hubschrauber-Landeplätzen, wo Polytraumen und andere ganz schwere Fälle sofort versorgt werden. Im zweiten Bauabschnitt wird es weitere Spezialintensivstationen für Brandverletzte, für Knochenmarktransplantationen usw. geben. Also High-End-Medizin in einem Krankenhaus mitten in der Stadt. Und viele planbare und vor- und nachstationäre Fälle, die einem Arztbesuch gleichkommen, finden zum Großteil draußen am Flughafen statt. Die Schweizer haben hiermit ein sehr gutes und interessantes Konzept entwickelt. Der erste Bauabschnitt, den wir jetzt bauen, entspricht einem sehr kompakten Krankenhaus mit 24 OP-Sälen und hundert Intensivbetten. Wir planen dieses Projekt gemeinsam mit den renommierten Schweizer Kollegen Christ & Gantenbein aus Basel. Sie sind hervorragende Architekten, die aber noch nie zuvor ein Krankenhaus gebaut haben. Wir als Krankenhausarchitekten und Spitalplaner haben gerade in solch großen, komplexen Strukturen weitreichende Erfahrungen und können maßgeblich zum Gelingen dieses extrem anspruchsvollen Projekts beitragen. Die Zusammenarbeit ist sehr fruchtbar, vertrauensvoll und spannend. Sie hat uns dazu beflügelt, uns noch mehr mit städtebaulichen Themen, mit Fassaden und mit Nachhaltigkeit zu beschäftigen. Gemeinsam haben wir das Ziel, später ein gut funktionierendes Krankenhaus im Sinne der Patienten, der Ärzte und der Pflegenden zu übergeben. Ich bin überzeugt, dass wir dort einen Leuchtturm platzieren werden, sowohl in Bezug auf die Nachhaltigkeit, den Städtebau, die Ästhetik des Gebäudes als auch die funktionale medizinische Struktur.

### **Sie haben in Bezug auch auf das Spital in Zürich von innovativer und zukunftsweisender Funktionalität gesprochen. Wie kann man zukunftsweisende Funktionalität auf andere Häuser übertragen?**

Es ist eine Frage des Grundrisslayouts, ein Krankenhausgebäude kann den medizinischen Prozess unterstützen oder ihm entgegenarbeiten. Ein Krankenhaus muss wie eine gut geölte Maschine funktionieren und den medizinischen Prozess im Sinne des Patienten, der Pflegenden und der Ärzte abbilden. Dies hat etwas mit Wegelängen und Übersichtlichkeit zu tun. Es gibt immer noch Krankenhäuser, in denen der Weg von der Notaufnahme zu der Radiologie oder Intensivstation weit und verwinkelt ist. Sie müssen zweimal in den Aufzug steigen und dreimal um die Ecke fahren. Das ist ein schlechtes Grundrisslayout. Räume müssen an der richtigen Stelle liegen, dann ist das Krankenhaus kurzwegig und das Arbeiten für die Mediziner und für die Pflegenden wesentlich einfacher. Das klingt so einfach, ist es aber nicht. Allein ein gutes Betriebsorganisationskonzept und ein gutes Raum- und Funktionsprogramm als Grundlage für die Planung geben noch keine Gewähr für ein gut funktionierendes Krankenhaus.

Letztlich muss ein Krankenhaus aus dem klinischen Prozess heraus entwickelt werden, der Architekt muss sich in die klinischen Prozesse eindenken, dann wird es ein guter Entwurf. Unter den vielen Krankenhausplanenden Architekten gibt es nur eine bescheidene Zahl, die dieses Thema beherrschen. Man muss sich auf dieses Berufsfeld einlassen. Wenn ein Architekt mit einem Mediziner redet, muss er schon ein wenig verstehen, was der Mediziner jeden Tag tut und wie er es tut. Und wenn der Architekt mit einer Pflegekraft redet, ist das noch einmal ein ganz anderer Blick auf die gleiche Sache.

Wir haben in unserem Büro schon immer beispielhaft nutzerorientiert gearbeitet, haben viele Workshops und Sitzungen organisiert. Und wir haben immer einen Medizinplaner dabei. Ich selbst bin Architekt und fühle mich auch absolut als Architekt, mir ist eine Fassade auch sehr wichtig, genauso wichtig wie die Funktion. Allerdings möchte ich die Funktion unbedingt gleichstellen. Wenn ich die Wahl zwischen einer guten Funktionalität eines Gebäudes und der Architekturaussage des Städtebaus habe, würde ich lieber zu Gunsten der Funktionalität entscheiden. Das ist eine Haltung.

**Erlauben Sie mir bitte noch eine Zusatzfrage außerhalb der 10 bereits gestellten Fragen:**

**Wie beurteilen Sie das GROHE Portfolio für den Krankenhausbereich und gibt es Ihrerseits Ratschläge?**

Das Unternehmen GROHE ist sehr weit in seiner Entwicklung, weil es eben nie stehen bleibt und immer weiter forscht. Grundsätzlich kann man sagen, dass Reinigung, Berührungslosigkeit und Zuverlässigkeit die Themen der Zukunft sein werden, also allem voran Hygiene. Bestmöglich ist eine berührungsfreie Armatur zu einem vernünftigen Preis, die optimal zu reinigen ist. Ich habe den Eindruck, hier gibt es noch ein wenig Luft nach oben. Wir brauchen weitgehend fugenfreie Armaturen und Sanitärgegenstände, die noch mehr in Systeme integriert sind, um sie problemlos reinigen zu können. Darüber hinaus brauchen wir künftig auch mehr WC-Anlagen mit entsprechenden Reinigungsfunktionen.

Folgen Sie uns



#### QUALITÄT

*„**Die Marke**, die in der Sanitärbranche das höchste Kundenvertrauen genießt“ –*

*Wirtschaftswoche, 2017*



#### TECHNOLOGIE

*„Eines der **Top 50**-Unternehmen, die die Welt verändern“ –*

*Fortune Magazine, 2017*



#### DESIGN

*Gewinner von über **400 Designpreisen** seit 2003*



#### NACHHALTIGKEIT

***Preisträger des CSR-Preises** der Bundesregierung, 2017*

GROHE Deutschland  
Vertriebs GmbH  
Zur Porta 9  
D-32457 Porta Westfalica  
Postfach 1353  
D-32439 Porta Westfalica  
Tel. +49 (0) 571 39 89 333  
Fax +49 (0) 571 39 89 999  
www.grohe.de

GROHE Gesellschaft m.b.H  
Wienerbergstraße 11/A7  
A-1100 Wien  
Tel. +43 (0) 1 680 60  
Fax +43 (0) 1 688 45 35  
www.grohe.at

GROHE Switzerland SA  
Bauarena Volketswil  
Industriestrasse 18  
CH-8604 Volketswil  
Tel. +41 (0) 44 877 73 00  
Fax +41 (0) 44 877 73 20  
www.grohe.ch

200202