

Renate Kübler

## Wissenschaftliche Anforderungen zur Gestaltung positiver Erlebniswerte im Krankenhaus

Der nachstehende Vortrag wurde auf dem Symposium „Krankenhausbau“ anlässlich der Einweihung des Kreiskrankenhauses Freudenstadt im Oktober 1976 gehalten. Veranstalter waren die Architekten Heinle, Wischer und Partner, die die Semiotik bei der Gestaltung von Erlebnisräumen und Informationssystemen seit einigen Jahren anwenden. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf Untersuchungen, die ich zusammen mit Dr. Julius Lengert durchgeführt habe (vgl. Semiosis 3).

Wenn von *Werten* gesprochen wird und Forderungen daraus abgeleitet werden, ist als erstes stets die Frage zu stellen: Woher werden diese Werte genommen? Was ist ihre Basis, worauf begründen sie sich?

In unserem Falle, wo es sich um Erlebniswerte im Krankenhaus handelt, aus denen Forderungen an die Gestaltung abgeleitet werden, lautet die Antwort auf diese Frage: Der Ausgangspunkt, die Meßgröße für diese Werte, ist der Nutzer des Krankenhauses, der Mensch. Und zwar der kranke Mensch, der sich als Patient mehr oder weniger kurzfristig im Krankenhaus aufhält ebenso wie der im Krankenhaus beschäftigte, für den das Krankenhaus Arbeitsplatz und ständige Arbeitsumwelt bedeutet. Eine befriedigende Krankenhausgestaltung muß also sowohl die Forderungen nach einem „patientengerechten Krankenhaus“ als auch die Forderung nach einem „humanen Arbeitsplatz“ berücksichtigen. Hinzu kommen noch Erwartungen, die von seiten der Besucher an ein Krankenhaus gestellt werden.

Diese Forderungen mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden zu erfassen und zu beschreiben und daraus ein fundiertes theoretisches Konzept für die Gestaltung zu erstellen, ist die Aufgabe einer wissenschaftlichen Beratung, so wie wir sie verstehen.

Die Realisierung dieses Konzeptes, die gestalterische Voraussetzung der sich aus ihm ergebenden theoretischen Vorgaben erfordert ein spezielles praktisches Wissen, professionelles Können, Erfahrung, Phantasie und Kreativität, die dem Gestalter und „Macher“ nach wie vor, trotz aller wissenschaftlichen Absicherung, niemand abnehmen kann. Wenn ein Architekt bei seiner Arbeit durch Zuhilfenahme wissenschaftlicher Methoden größeren Erfolg hat, so liegt sein Verdienst darin, daß er sich bei seiner Arbeit allgemein oder problembezogen besser informiert hat. Die Arbeit des Beraters, der dem Architekten die für ihn wichtigen Informationen beschafft, kritisch sichtet, problembezogen aufbereitet und interpretiert, ist effektiver, d.h. optimal, schon bei Entwurf und Planung des baulichen Konzeptes; denn die aus den menschlichen Bedürfnissen abgeleiteten Forderungen erstrecken sich nicht nur auf die Wahl von Farbe und Material der Bodenbeläge und Stuhlbezüge, sondern sind ebenfalls ein maßgeblicher Faktor bei der Grundrißplanung und dem architektonischen Gesamtkonzept.

Um Ihnen einen Einblick in unsere Arbeitsweise zu geben, ist es mit Rücksicht auf die beschränkte Vortragszeit wohl am besten, ich schildere Ihnen Hauptforderungen, die wir im Falle des Kreiskrankenhauses Freudenstadt gestellt hätten.

Wenn wir sagen, daß der Mensch seine Umwelt, in diesem Falle das Krankenhaus, erlebt, so heißt das, daß zwischen dem Menschen und seiner Umwelt ein Kommunikationsprozeß stattfindet. Wir haben deshalb unserer Methode die Erkenntnisse aus zwei Wissenschaftszweigen zugrundegelegt. Die Wissenschaften, die sich mit dem Menschen beschäftigen: die Humanwissenschaften, und die Wissenschaften, die sich mit Kommunikationsprozessen beschäftigen: die Kommunikationswissenschaften. Zu den ersteren gehören Disziplinen wie die Anthropologie, Psychologie, Soziologie und Philosophie, zu den letzteren gehören die Informationstheorie und Informationsästhetik sowie die Semiotik oder Zeichentheorie.

Die Humanwissenschaften nennen übereinstimmend als ein Grundbedürfnis des Menschen das Bedürfnis nach Orientierung. Der Mensch möchte wissen, wo er ist und wer sein Gegenüber ist. Er möchte seine Umwelt überblicken und seinen Standort darin bestimmen können. Orientierung kann raum-zeitlich erlebt werden, „wo bin ich? – wann?“ etc., sie kann aber auch sozusagen metaphysisch erlebt werden: „wer bin ich? welchen Stellenwert habe ich? was ist der Sinn meines Hierseins?“. Bei den Erlebniswerten entspricht dieses Bedürfnis, sich über bestimmte Dinge exakt zu orientieren, um, wie man auch sagt, im Bilde zu sein.

Betrachtet man die Welt als Sender einer immensen Zeichenmenge, die ununterbrochen auf den Menschen als Empfänger eindringt, so ist der Mensch gezwungen, sich aus dieser Zeichenmenge eine bestimmte Anzahl von Zeichen auszuwählen, die er zu einer orientierungsgebundenen Information verarbeitet.

Beobachtungen und empirische psychologische Studien haben gezeigt, daß der Mensch seine Auswahl an Zeichen und Zeichenketten primär unter diesem Aspekt trifft. Diese wahrnehmungspsychologischen Erkenntnisse veranlaßten uns, diesen Wahrnehmungsprozeß zu analysieren und die Informationen zur Orientierung entsprechend der einzelnen Wahrnehmungsvorgänge und der menschlichen Informationsverarbeitungskapazität aufzubereiten.

Wir unterscheiden dabei prinzipiell drei Stufen von Informationen: erstens die allgemeine, die wir *atmosphärische Information* (rhematisch iconisches Sinzeichen) nennen, und die die emotionale Grundorientierung bestimmt: „hier fühle ich mich wohl“ oder „hier fühle ich mich deplaciert – ich möchte meinen Standort verändern“.

Man bemerkt, daß die atmosphärische Information eine ausgesprochen repertoireielle Natur besitzt, die von einem externen Interpretanten (Patienten) in jedem Falle selektiert werden kann. Sie vermittelt ihre Wirkung wesentlich selektiv, das heißt als therapeutisches Mittel, zu dessen Wirkung seine Selektivität gehört.

Auf der nächsten Informationsebene, der *Objektinformation* (dicentisch indexikalisches Sinzeichen), die Auskunft über alle dem Bauwerk (Objekt) entnehmbaren Faktoren raum-zeitlicher, physikalischer und funktionaler Natur gibt und an dritter Stelle die *Detailinformation* (dicentisch bzw. argumentisch symbolisches Legizeichen), die auf die individuellen Bedürfnisse nach Orientierung im einzelnen eingeht.

Wir konnten als Ergebnis unserer Untersuchungen jeder dieser drei Hauptinformationen die ihr adäquate Bewußtseinsstufe, Wahrnehmungssituation und Verarbeitungskapazität zuordnen, und sind mit Hilfe der Semiotik imstande, die Repertoires, die zur Anwendung kommen sollen und die Informationsdichte, die effektiv eingesetzt werden kann und soll, zu formulieren bzw. das vom Gestalter ausgewählte Reper-

toire (z.B. Farb-Material-Konzept) auf seine Übereinstimmung mit diesen Forderungen zu überprüfen.

Die aufgestellten Werte wurden zuerst für gesunde, normal reagierende Menschen formuliert und mußten nun im Krankenhausbau auf den kranken Menschen und seine spezielle Problematik übertragen werden, zu der ja nicht zuletzt auch vermindertes Informationsbedürfnis und verminderte Informationsverarbeitungskapazität gehören. Natürlich müssen wir uns in Bereichen wie einem Krankenhaus darauf beschränken, einen idealtypischen Menschen einzuführen, ohne den ganz individuellen Bedürfnissen des einzelnen Patienten und der einzelnen Schwester Rechnung tragen zu können. Es ist aber, glaube ich, inzwischen eine allgemein bekannte und anerkannte Tatsache, daß sich nicht nur im Bereich des Rationalen, Logischen, sondern auch im Bereich des Emotionalen Gesetzmäßigkeiten aufzeigen lassen. So können wir also zwar den ganz persönlichen Bedürfnissen des Menschen keine Rechnung tragen, aber wir können sagen, daß alle Menschen in ihrer Wahrnehmungsverarbeitung bis zur Schranke der persönlichen Assoziation hin ähnlich reagieren, daß die kybernetischen Abläufe der Wahrnehmung im wesentlichen allgemeingültig sind.

Damit konnten wir die Grunddaten unserer Erkenntnisse auf den pflegenden Menschen und auf individuelle Gruppen kranker Menschen übertragen. Berücksichtigung fand allerdings auch bei Personal und Kurzzeitliegern mit einfachem Krankheitsablauf die Tatsache, daß Kranksein und der Umgang mit Kranken schon von vornherein eine bedingte Stresssituation beinhaltet.

Kranksein bedeutet, aus dem Alltag herausfallen, aus dem Leistungssystem unserer Gesellschaft aussteigen müssen, erhöht hilfsbedürftig und schutzbedürftig, erhöht ruhebedürftig zu sein.

Kranksein bedeutet im Falle einer Stationierung im Krankenhaus darüberhinaus vielfach eine Entfremdung, also einen Orientierungsverlust – ein Sichanpassenmüssen an ein bis dahin unbekanntes System.

Kranksein wird als Bedrohung der physischen, psychischen und wirtschaftlichen Existenz aufgefaßt und obwohl eine Krankenhausbehandlung in der Regel Erleichterung und Heilung verspricht, bedeutet Hospitalisierung für die Mehrzahl der Kranken einen Schock, denn der Krankenhauspatient bringt außer seiner Krankheit und den daraus resultierenden Problemen seine ganz persönlichen Vorstellungen, Ängste und Phantasien mit, an denen er die Wirklichkeit des Krankenhauses mißt. Dabei geht für die Bewältigung des Phänomens Krankenhausangst eine Menge der psychischen Energie verloren, die zur Bewältigung des Krankheitsverlaufes eingesetzt werden könnte.

Während man bei Konsumgütern und Unternehmern versucht, mit Hilfe gezielter Information ein positives Bild beim Kunden zu erwecken, kann die Vorstellung vom Krankenhaus, sozusagen sein Image, wesentlich schwerer gesteuert werden. Eine Krankenhausbildung, die die Krankenhausängste abbauen will, muß sich auf die besondere psychologische und soziologische Situation der Patienten einstellen. Aus diesem Grunde versuchen wir, die atmosphärische Information so zu gestalten, daß die „fremde Welt“, man kann sogar sagen, die „fremde Kultur“ des Krankenhauses für den Patienten positiv erlebbar und somit akzeptabel gemacht wird. Solche Orien-

tierung setzt im Gestalterischen voraus: charakteristische Ausprägung, Transparenz, Verständlichkeit, Kontinuität, eine erkennbare Beziehung zwischen Außen- und Innen, Inhalt und Form, Substanz und Gehalt, vor allem aber ein Gebilde, das sich als ein gestalterisches Ganzes darstellt. Das bedeutet, daß wir den Übergang vom alltäglichen Draußen zum fremden Drinnen unter Berücksichtigung des jeweiligen geographischen und urbanen Umraums gestalten. Die methodische Forderung lautet also: die Umweltgestalt in zeitlichen Abläufen zu beobachten, ihre charakteristischen Merkmale zu analysieren, kommunikationstheoretisch zu beschreiben (d.h. den Sender-Empfänger-Effekt zu untersuchen) und die Material- und Formsprache der Umwelt bewußt als Gestaltungsmittel in den öffentlichen Bereichen, begrenzt auch in halböffentlichen und privaten (Krankenzimmer) zu verwenden. Daß dabei mit Rücksicht auf die reduzierte Informationsverarbeitungskapazität des kranken Menschen eine gezielte Dosierung der Informationselemente stattfinden muß, wird einleuchten. Bezogen auf das Krankenhaus Freudensstadt lautet die Zielsetzung also, die Schwarzwaldumgebung, die Kurstadt, die architektonischen Elemente der Stadt (Schindeln, Arkaden usw.) iconisch zu berücksichtigen, das Material Holz, das gleichzeitig ein Gefühl von Wärme und Geborgenheit erleben läßt, die Farben Grün und Braun zu verwenden. Ich glaube, daß das Farbmaterialekonzept, das hier zur Anwendung gekommen ist, der Situation Krankenhaus gerecht wird, indem eine Beschränkung der Gestaltungsvielfalt stattgefunden hat, indem durch eine harmonische Farbgebung der unpersönlichen Sachlichkeit, Neutralisierung, Devitalisierung, Regression sozusagen dem Gefühl des Abgeschnittenseins vom Strom des Lebens, der neutralen sterilen Krankenhausatmosphäre entgegengewirkt wurde.

Die Integration der Natur in die bauliche Umwelt, die iconische Anpassung der Architektur an die natürliche Umgebung, ist hier meiner Meinung nach vorzüglich gelungen, durchaus angemessen der psychologischen Situation des Nutzerkreises, der im Unterschied zum Großstädter in einem noch engeren Kontakt zur Natur steht und deshalb auch hier während seiner Hospitalisierung bleiben sollte.

Verfolgen wir die gerade in den letzten Monaten erschienene Literatur zum sogenannten Placebo-Effekt in der Therapie, der bewirkt, daß ein Patient, erhält er eine für seinen objektiven Krankheitsverlauf unbedeutende Salzwasserlösung nur auf Grund des Vertrauens auf Arzt und Schwester und die heilsame Wirkung dieser Medizin, eindeutige Heilungseffekte zeigt, so sehen wir, daß dem psychischen Befinden gar nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt werden kann. Und deshalb halte ich es für einen vernünftigen, gangbaren Weg zu guten Heilungserfolgen und kürzeren Liegezeiten, die positiv gestaltete Umwelt als Heilungsfaktor einzusetzen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang allerdings sehr deutlich darauf hinweisen, daß die Atmosphäre zu einem großen Teil auch vom menschlichen „Klima“, d.h. von der Zuwendung und Betreuung durch das Pflegepersonal abhängig ist. Umso wichtiger erscheint es mir, die Bedürfnisse des Pflegepersonals in gleichem Maße bei der atmosphärischen Gestaltung eines Krankenhauses zu berücksichtigen, denn es klingt zwar hart, aber als Tatsache bleibt bestehen, daß der Patient nach einigen Wochen das Krankenhaus wieder verläßt, das Personal jedoch unter Umständen lebenslang in dieser Atmosphäre bleibt. Es gäbe zum Komplex der atmosphärischen Information natürlich noch eine Menge auszuführen, wie z.B. die besondere Berück-

sichtigung der Kinderstationen, der Psychiatrie, der Altenpflege etc. Lassen Sie mich mit Rücksicht auf die abgelaufene Vortragszeit zumindest noch in der Andeutung die beiden anderen Informationen, ihre Anforderungen und Realisation hier in Freudenstadt schildern:

Die *Objektinformation*, die vorwiegend von der Architektur selbst getragen wird, muß natürlich in ihrer Gestaltung alle ergonomischen und technischen Notwendigkeiten des Krankenhausbaues berücksichtigen. Aus unserer Sicht muß in diesem Zusammenhang die Forderung nach *Transparenz* der Krankenhausorganisation, d.h. organisatorischer Abläufe, gefordert werden, also klare Trennung von Ambulanzen und Bettentrakt, Visualisierung von Raumfunktionen wie Wartezone, Anmeldung, Behandlungseinheit, was durch die Indexikalität ihrer Zusammenhänge geleistet wird. Diese Transparenz, die schon im Grundriß deutlich gemacht werden soll und kann, trägt viel zum Erscheinungsbild und zum reibungslosen Funktionsablauf des Krankenhauses bei. Betrachten wir das Krankenhaus Freudenstadt, so können wir in diesem Punkt feststellen, daß dieser Anforderung Genüge getan wurde. Durch die bauliche Gliederung und die funktionsbezogene Anwendung von Farbe und Materialien wurde die Objektinformation befriedigend gelöst.

Die *Detailinformation*, die vom Menschen im Krankenhaus hauptsächlich als symbolische Zielinformation benötigt wird, um angestrebte Ziele, wie Behandlungsräume oder Patientenzimmer, zu finden, setzen wir in diesem Zusammenhang gleich mit einer nachrichtentechnisch einwandfreien *Wegführung*. Dabei kommt es darauf an, dem Nutzer funktional oder räumlich bedingte Wegentscheidungen zu erleichtern, und die durch eine gutgelöste Objektinformation schon vorbereitete Verständlichkeit als Rückkopplungseffekt wieder aufzugreifen und zu präzisieren.

Im Falle Freudenstadt wurde der Versuch unternommen, mit wenigen Mitteln ein Wegführungssystem anzubieten, das diesen Ansprüchen gerecht wird. Auf ein ästhetisch aufwendiges System wurde hier zugunsten knapper, präziser Aussagen zur Wegführung und aus Gründen der Integration in das Gesamtkonzept verzichtet.

Wir haben zu Beginn festgestellt, daß die einzelnen Informationen, dem Menschen — seinen physiologischen und psychologischen Reaktionen gemäß — angepaßt sind und dementsprechend aufgebaut werden müssen. Wir können also sagen, daß, wenn diese drei Informationsstufen in einen integrierten Zusammenhang gebracht worden sind, ein menschengerechtes Gesamtkonzept im Krankenhaus realisiert worden ist — und hierzu wäre nicht nur dem Nutzer, sondern auch dem Bauherrn und vor allem den an der Realisierung Beteiligten zu gratulieren. Wir haben unsere konkreten Forderungen im Falle des Kreiskrankenhauses Freudenstadt nicht einbringen können, da unsere Zusammenarbeit mit den Architekten zu einem späteren Zeitpunkt begann — dennoch glaube ich, ist auch aus unserer Sicht zu diesem Krankenhaus tatsächlich zu gratulieren.

# SEMIOSIS 5

Internationale Zeitschrift für  
Semiotik und ihre Anwendungen,  
Heft 1, 1977

## Inhalt

Hanna Buczyńska-Garewicz: <i>Sign and Evidence</i>	5
Max Bense: <i>Das „Zeichen“ als Repräsentationsschema und als Kommunikationsschema</i>	11
Mihai Nadin: <i>Sign and Fuzzy Automata</i>	19
Raimo Anttila: <i>Toward a Semiotic Analysis of Expressive Vocabulary</i>	27
Siegfried Zellmer: <i>Das Pädagogische Prinzip der semiotisch kleinen Schritte</i>	41
Renate Kübler: <i>Wissenschaftliche Anforderungen zur Gestaltung positiver Erlebniswerte im Krankenhaus</i>	49
Elisabeth Walther: <i>Ein als Zeichen verwendetes Natur-Objekt</i>	54
ADDRESS (Shutaro Mukai)	61
<i>Arbeitsgruppe Semiotik Aachen</i> (Eschbach, Gerlach, Speidel)	61
<i>Die Wirkung visueller Zeichen</i> von K. Kowalski (Udo Bayer)	62
<i>Anzeigen – Inserate</i> von Stankowski und Partner (Renate Kübler)	64
<i>Funktionaler Strukturalismus</i> von L. Fietz (Gudrun Scholz)	65
<i>Das 3. Europäische Semiotik-Colloquium</i> , veranstaltet vom 11. – 13.2.1977 in Stuttgart	66