

Die approbierte Originalversion dieser Diplom-/
Masterarbeit ist in der Hauptbibliothek der Tech-
nischen Universität Wien aufgestellt und zugänglich.

<http://www.ub.tuwien.ac.at>



The approved original version of this diploma or
master thesis is available at the main library of the
Vienna University of Technology.

<http://www.ub.tuwien.ac.at/eng>

H O S P I T A L

A ~~city~~ is not a tree

Die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit

Die approbierte Originalversion dieser Diplom-/
Masterarbeit ist in der Hauptbibliothek der Technischen
Universität Wien aufgestellt und zugänglich.

<http://www.ub.tuwien.ac.at>



The approved original version of this diploma or
master thesis is available at the main library of the
Vienna University of Technology.

<http://www.ub.tuwien.ac.at/eng>

A hospital is not a tree

Die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit

Diplomarbeit

A hospital is not a tree

Die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit

Diplomarbeit

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades einer Diplom-Ingenieurin

unter der Leitung von
Univ.Prof. Dipl.-Ing. Rudolf Scheuvs
E280/4 Fachbereich Örtliche Raumplanung
Department für Department für Raumentwicklung, Infrastruktur- und Umweltplanung

eingereicht an der Technischen Universität Wien
Fakultät für Architektur und Raumplanung

von
Magdalena Maierhofer - 0626569

Wien, November 2016

HOSPITALS

**"If we make ~~cities~~ which are trees,
they will cut our life within to pieces."**

(Alexander 1966: 17)

Inhalt

0.1	Kurzfassung und Abstract	12
0.2	Das Zusammenspiel von Stadt, Krankenhaus und Gesundheit	14
0.3	Der gewählte Blickwinkel	18
0.4	Art der Erzählung	20
1.0	Stadt und Krankenhaus	23
1.1	Krankengeschichte: Die De-Urbanisierung des Krankenhauses	24
1.1.1	Prä(krankenhaus)historisch.....	26
1.1.2	Innerstädtische Korridorkrankenhäuser.....	30
1.1.3	1. Revolution - Die Frischluftmaschine.....	32
1.1.4	2. Revolution - Paläste für Medizin und Technik.....	38
1.1.5	3. Revolution - Wahrzeichen des Wohlfahrtsstaates.....	40
1.1.6	4. Revolution - Kommerzielle Antimonumente.....	46
1.1.7	5. Revolution - Re-Urbanisierung.....	50
1.2	Krankenhausurbanisierung	53
1.2.1	Ebene 1: Stadtbaustein - Stadt und Krankenhaus.....	59
1.2.1.1	Das Krankenhaus als Stadtbaustein.....	60
1.2.1.2	Die Frage der Verortung.....	62
1.2.1.3	Die zwei Extreme: grüne Wiese oder Stadtzentrum.....	64
1.2.1.4	Das Krankenhaus als Pionier.....	68
1.2.1.5	Wege zum Stadtbaustein.....	70
1.2.1.6	Zentralisierung vs. Dezentralisierung.....	72
1.2.1.7	Cluster und Layer.....	76

1.2.2	Ebene 2: Teil der Stadt - Krankenhaus im Quartier.....	80
1.2.2.1	Das Krankenhaus als Teil der Stadt.....	82
1.2.2.2	Integration von Quartiersfunktionen in das Krankenhaus.....	84
1.2.2.3	Integration von Gesundheitsfunktionen in das Quartier.....	86
1.2.2.4	Verortung der (Kranken)Betten.....	88
1.2.2.4.1	Verkürzte Aufenthaltsdauer.....	91
1.2.2.4.2	Unabhängige Funktionsstellen.....	92
1.2.2.4.3	Hotel für Patientinnen und Patienten.....	94
1.2.2.4.4	Krankenwohnung und wohngebietsnahe Versorgung.....	96
1.2.2.5	Die Kante zwischen Krankenhaus und Stadt.....	98
1.2.3	Ebene 3: Als Stadt - Krankenhaus als Stadtteil.....	101
1.2.3.1	Kleine Stadt oder großes Haus.....	102
1.2.3.2	Zukunftsfähiges Krankenhaus.....	104
1.2.3.3	Das Bild der Krankenhauses.....	108
1.3	Beobachtungen, Gedanken und Fragen.....	110
2.0	Stadt und Gesundheit.....	113
2.1	Die gesunde Stadt - eine Ideologie.....	114
2.2	Eine Geschichte von Stadt und Gesundheit.....	116
2.3	Gemeinsame Zeit und Deurbanisierung.....	121
2.3.1	Gesundheitsargumente in der vorindustriellen Stadt.....	122
2.3.2	Gemeinsame Wurzeln: Medizin und Stadtplanung.....	124
2.3.2.1	Medizinische Sicht.....	126

2.3.2.2	Die Zeit der Cholera.....	128
2.3.2.3	Planerische Sicht.....	132
2.3.3	Getrennte Zeiten: Biomedizin und funktionale Stadt.....	136
2.3.3.1	Medizinische Sicht.....	136
2.3.3.2	Planerische Sicht.....	140
2.4	Medizin und Körper als Vorbild für Planung und Stadt.....	144
2.4.1	Die Zelle - gesunde Wohnungen für gesunde Menschen.....	146
2.4.2	Die Stadt als Organismus.....	150
2.4.2.1	Die Stadt als funktionaler Organismus.....	152
2.4.2.2	Der Kreislauf des Stadtkörpers (Verkehr).....	154
2.4.3	Der Arzt von Paris.....	156
2.4.4	Healthismus und die ideale Antistadt.....	158
2.5	Urban Health, Die Re-Urbanisierung von Gesundheit.....	161
2.5.1	Ein neues Stadtverständnis.....	163
Exkurs:	Von einer chirurgischen zu einer virologischen Planung.....	164
2.5.1.1	Die Wiederentdeckung des Urbanen (Paradigmenwechsel).....	166
2.5.1.2	Form follows Psycho (neue Handlungsfelder).....	168
2.5.1.3	Vom chirurgischen Eingriff zur Akupunktur (neue Handlungsprinzipien).....	172
2.5.2	Von der biomedizinischen zur ganzheitlichen Gesundheit.....	175
Exkurs:	Salutogenese.....	176
2.5.2.1	Ein neuer Gesundheitsbegriff.....	184

2.5.2.2	Deklaration von Alma Ata.....	187
2.5.2.3	Ottawa Charta.....	188
2.5.2.4	Der Setting-Ansatz.....	191
2.5.3	Die drei Ebenen der Gesundheitsförderung in der Stadt.....	192
2.5.3.1	Das Gesunde Städte Netzwerk und umweltbezogenen Gesundheitsförderung	192
2.5.3.2	Gesundheitsfördernde Stadt.....	194
2.5.3.3	Gesundheitsförderndes Quartier.....	196
2.5.3.4	Gesundheitsförderndes Krankenhaus.....	198
2.6	Beobachtungen, Gedanken und Fragen.....	200
3.0	Stadt Krankenhaus Gesundheit.....	205
3.1	Beobachtungen, Gedanken und Fragen.....	207
4.0	Anhang.....	217
4.1	Literatur.....	217
4.2	Abbildungen.....	229

Kurzfassung

A hospital is not a tree. Ein Krankenhaus ist vielmehr eine kleine Stadt: ein Netzwerk aus medizinischen und nicht medizinischen Räumen, Wegen, Abläufen und Begegnungen. Es ist Teil der alltäglichen Lebenswelten von Patientinnen, Besuchern, Mitarbeiterinnen und auch der Menschen, die in der nahen Umgebung wohnen. Als wichtiger Baustein des urbanen Geflechts hat das Krankenhaus großen Einfluss auf die Entwicklungen in der Stadt.

Die Form des Krankenhauses war immer Ausdruck dafür, welche Rolle Gesundheit in unserer Stadt spielt. Anhand der historischen Entwicklungen wird die Re-Integration des Krankenhauses in die Stadt und die Re-Urbanisierung der Gesundheit erzählt.

Wenn sich Gesundheit und Krankenhaus verändern, bringt das Auswirkungen auf die Stadt mit sich. Die in der Arbeit beschriebenen Re-Urbanisierungen finden gerade statt, sind ein kontemporäres Phänomen. Krankenhaus- und Gesundheit überwinden ihre baulichen und disziplinären Grenzen und drängen in den urbanen Raum.

Es wird der Frage nachgegangen, was diese Verflechtungen zwischen Krankenhaus, Gesundheit und Stadt für einzelnen Strukturen bedeuten. Schließlich drängt sich die Frage auf: Wird sich das Krankenhaus in der Stadt auflösen, und wenn ja, wird dann die ganze Stadt zum Behandlungsraum?

Im Re-Urbanisierungsprozess steckt enormes Potenzial für das Krankenhaus der Zukunft, für die Gesundheitsförderung und für die Stadt selbst. Gleichzeitig zeigt der Blick in die Geschichte wie vorsichtig man mit der euphorischen Vergesundheitlichung der Stadt umgehen muss. Die vorliegende Arbeit zeigt Gefahren und Potenziale des urbanisierten Krankenhauses in der gesunden Stadt auf.

Abstract

A hospital is not a tree. We shall imagine it as a small town, a micro-city: a network of medical and non-medical spaces, pathways, procedures and encounters. It is a part of every-day life for patients, visitors and relatives, its employees and the people living in the neighbourhood. Representing an important piece of the urban puzzle the hospital exerts significant influence on the city's development. On the other hand, the hospital itself always epitomised the role of health in our cities. Along the lines of the past 250 years' historical developments the thesis explains the re-integration of the hospital into the city as well as the re-urbanisation of health.

Changes in health and hospital planning bring along changes for the city as a whole. At this very moment, re-urbanisation is taking place; it grew to be a contemporary phenomenon. Against this backdrop the thesis examines the linkages between hospitals, health and the city and sheds a light on the repercussions of these relations on the single entities. Finally, the considerations lead to question the very existence of the hospital: in the future, will it still be there? If not, will the city absorb all its functions and mutate into one giant treatment area?

The process of re-urbanisation surely offers a big promise for the development of future hospitals, health promotion and for the city itself. As history, we must be very careful when euphorically embracing holistic approaches to health (or to healthism). In this light, the thesis points out disadvantages and potential benefits of the urbanised hospital in a healthy city.

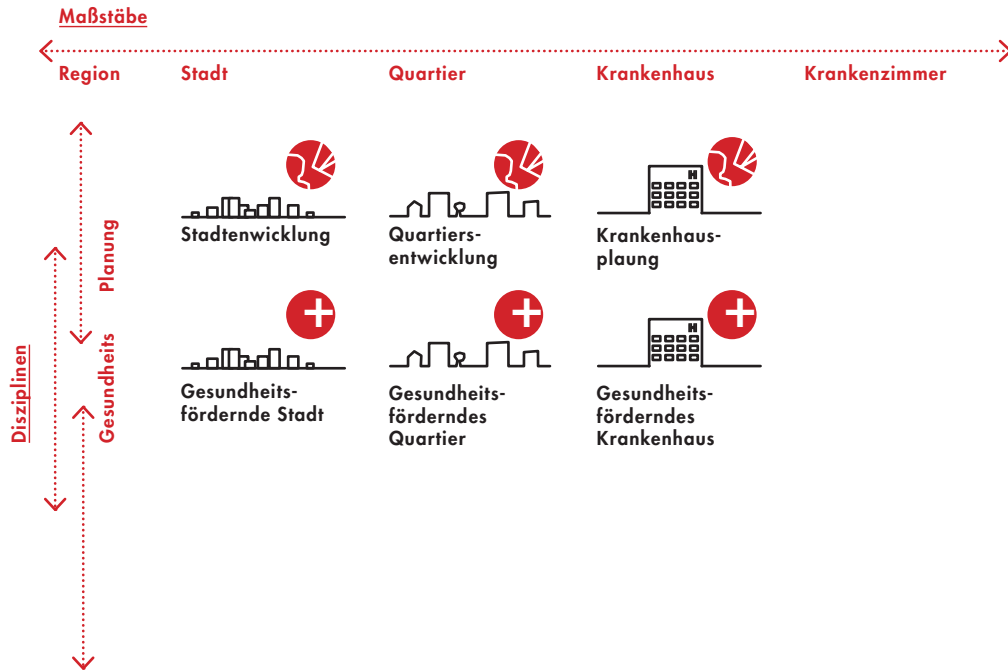
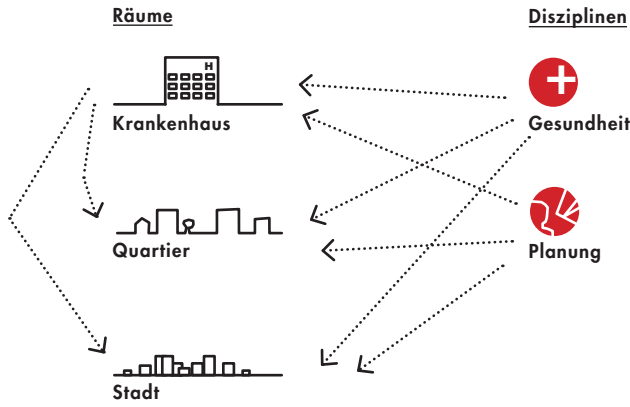
A hospital is not a tree.

Ein Krankenhaus ist vielmehr eine kleine Stadt: ein Netzwerk aus medizinischen und nicht medizinischen Räumen, Wegen, Abläufen und Begegnungen. Es ist Teil der alltäglichen Lebenswelten vieler Menschen. Als wichtiger Baustein des urbanen Geflechts ist das Krankenhaus Handlungsfeld und Instrument für Quartiers- und Stadtentwicklung. Aus diesem Blickwinkel wird das Spital zum Gesundheitsquartier - die Grenzen zwischen urbanem Raum und Krankenhaus verschwimmen.

Obwohl Gesundheit und Stadtplanung in der Vergangenheit eng verbundene Disziplinen waren, wurden sie im Laufe des letzten Jahrhunderts voneinander getrennt. Heute wird diese separate Betrachtung immer häufiger kritisiert. Spätestens seit der Gründung des „Gesunde-Städte-Netzwerks“ der WHO ist die Stadt wieder zentrales Thema der Gesundheitsförderung: Gesundheit soll dort gestärkt werden, wo diese passiert. Das Quartier gilt dabei als eines der wichtigsten Settings. Die WHO fordert immer vehementer die Integration von Gesundheitsthemen in Quartiers- und Stadtentwicklung. Auffällig sind hier die historischen wie auch aktuellen Parallelen zwischen neuen Gesundheits- und Stadtkonzepten.

Umgekehrt wird auch in der Krankenhausplanung bereits eine Re-Urbanisierung thematisiert. Der Fokus verschob sich hier von der Schaffung einer heilenden Umgebung hin zu der reinen Optimierung medizinischer Abläufe. Pavillonkrankenhäuser wurden durch „Paläste der naturwissenschaftlichen Medizin“ abgelöst und Gebäude, wie das Klinikum Aachen oder das neue AKH in Wien, sind zu von weitem sichtbaren Heilungsmaschinen – Symbolen des Wohlfahrtsstaates – geworden. Ihre Umgebung scheinen diese völlig zu ignorieren. Heute wird den Quartiers- und Aufenthaltsqualitäten in öffentlichen und halböffentlichen Räumen eines Krankenhauses wieder mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Neben der inneren Urbanisierung wird,

in aktuell geplanten Projekten, auch die Verzahnung des Spitals mit dem urbanen Umfeld forciert: Krankenhäuser werden wieder in die gewachsene Stadt geplant, Stadtquartiere um suburbane Krankenhäuser herum entwickelt und ganz bewusst städtische Funktionen in Spitalsgelände integriert. Durch Fläche, Personenfrequenz, Budget und Bedeutung zählen Krankenhausbauten zu den schwergewichtigen Bausteinen einer Stadt. Neben dem Mehrwert, der durch die städtische Einbindung für Krankenhäuser entsteht, kann im Rahmen von Spitalsprojekten auch die Stadt selbst gestaltet und produziert werden. So können Zentralitäten entwickelt, Quartiere verbunden und ein räumliches und funktionales Angebot für die Nachbarschaft geschaffen werden.



Wir sehen die Re-Urbanisierung von Krankenhäusern und die der Gesundheit selbst. Vordergründig geht es bei der Re-Urbanisierung der Gesundheit um die Annäherung planerischer und gesundheitlicher Konzepte und bei der Krankenhausurbanisierung um die bessere Einbindung von Krankenhausprojekten in die Stadt und in die Stadtplanung.

Diese Arbeit will Stadt und Krankenhaus auf der einen und das Urbane und das Gesunde auf der anderen Seite untereinander und miteinander zusammenhängend betrachten.

Urbanisierung

Urbanisierung des Krankenhauses



Urbanisierung der Gesundheit



Das urbanisierte Krankenhaus in der gesunden Stadt



Der erste Teil der Arbeit, „Stadt und Krankenhaus“, erzählt zunächst die historische Entwicklung als De- und Re-Urbanisierung des Krankenhauses. Danach wird die jetzige Urbanisierung selbst, anhand von Beispielen, Konzepten und des aktuellen Krankenhausplanungsdiskurses auf drei Ebenen behandelt. Diese sind: das Krankenhaus als Stadtbaustein, das Krankenhaus im Quartier und das Krankenhaus als Stadt.

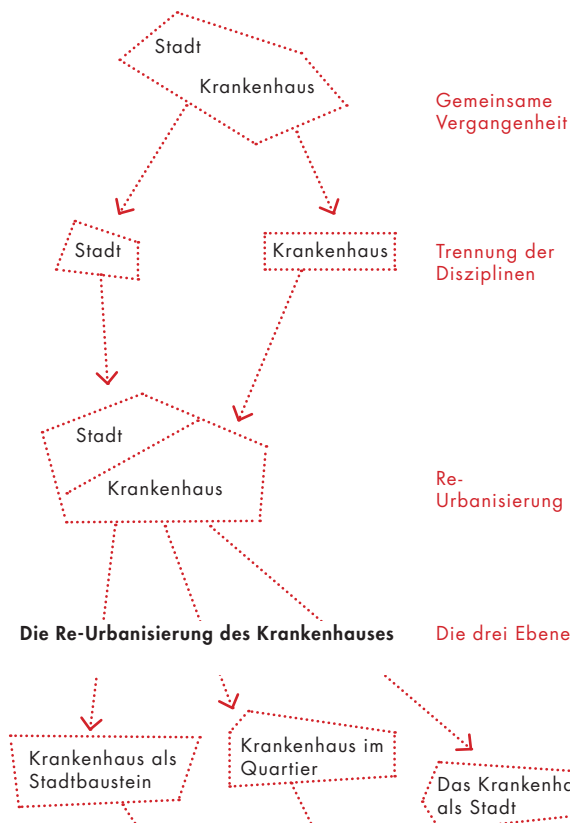
„Urbanität und Gesundheit“, der zweite Teil, fragt, welche Rolle die Gesundheit in der Stadtentwicklung der letzten 250 Jahre spielte, wie die Ideen von Stadt und Urbanität mit dem jeweiligen Gesundheitsverständnis zusammenhängen und was das für *gesunde Stadt, gesundes Quartier und gesundes Krankenhaus* aus heutiger Sicht bedeutet.

Der Schluss der Arbeit führt diese beiden Teile zusammen und zeigt daraus entstehenden Möglichkeiten, Potenziale und Gefahren auf. Schließlich steht die Frage, was das für die (gemeinsame) Zukunft von Gesundheit, Stadt- und Krankenhausplanung bedeutet.

Teil 1

Stadt und Krankenhaus

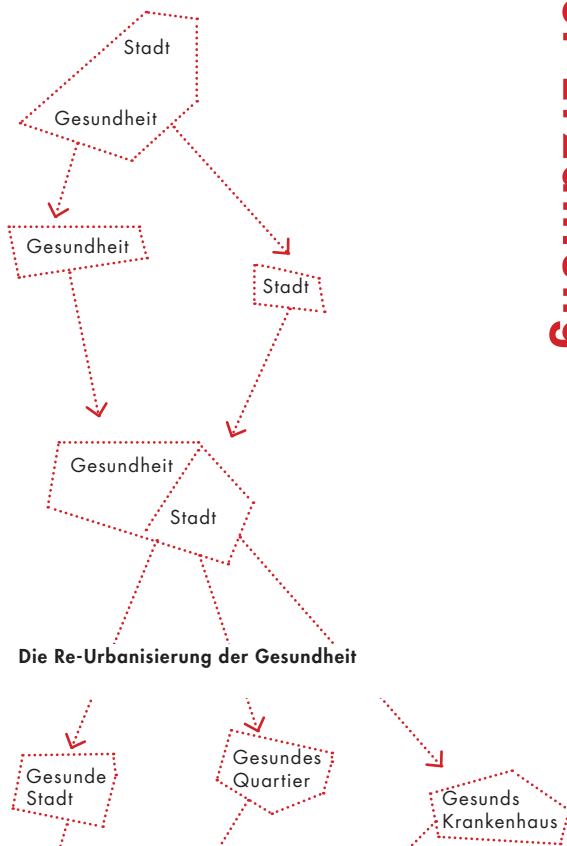
Eine Geschichte von Stadt und Krankenhaus



Teil 2

Stadt und Gesundheit

Eine Geschichte von Stadt und Gesundheit



Teil 3

Das urbanisierte Krankenhaus in der gesunden Stadt



1.

Stadt

und

Krankenhaus

Remarkable, the morphology of the hospital and its integration within the urban setting have always been important in the history of hospital architecture; it is only the last decades that these aspects have been neglected with grave consequences today. (...) Again, the concept for the hospital and those for the city stem from the same way of thinking. (Gaudin 2006: 114)

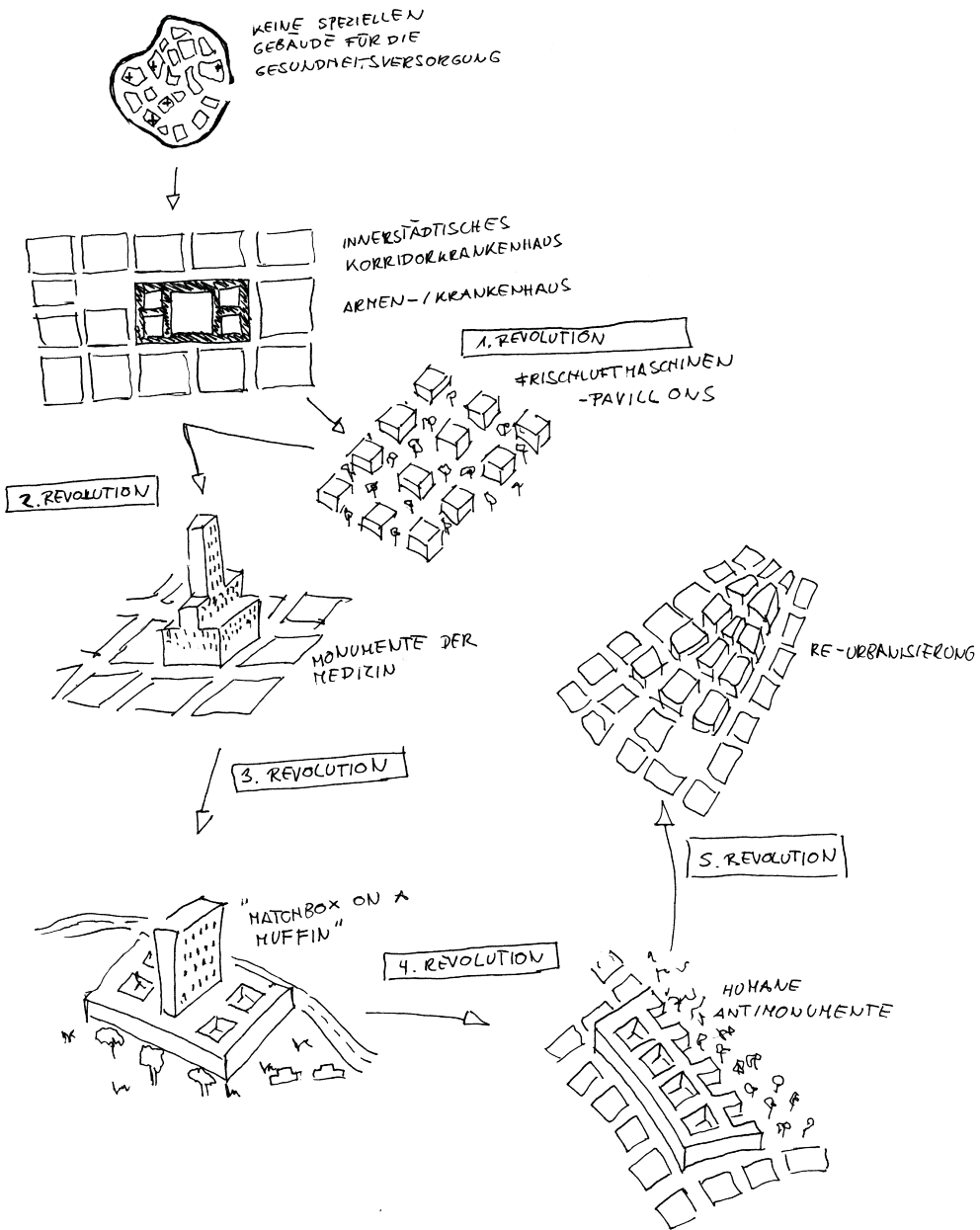
Die Frage, wo der natürliche Ort für ein Krankenhaus liegt – ob innerhalb oder außerhalb des urbanen Gefüges - ist so alt wie das Krankenhaus oder gar die Stadt selbst. Klar ist nur, dass das Krankenhaus eine der wesentlichen städtischen Institutionen darstellt, welche die Stadt zur Stadt erheben. Das Krankenhaus als größte Gesundheitsinstitution ist gebaute Positionierung des Gesundheitsthemas zwischen städtischer Alltäglichkeit, stadtplanerischer Praxis und wissenschaftlicher Medizin.

Cor Wagenaar beschreibt die Entwicklung der Krankenhausarchitektur in fünf Revolutionen. Die erste Revolution ereignete sich in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts, als die Pavillonkrankenhäuser entstanden und das Krankenhaus zu einem architektonisch diskutierten Typus wurde. Gegenwärtig vollzieht sich laut Wagenaar mit der Re-Urbanisierung die fünfte Revolution im Gesundheitswesen, deren Verlauf vorläufig noch nicht vollständig absehbar ist.¹

1.1 Siehe dazu Wagenaar 2006: 27, 41 und 2013: 124

1.1 Krankengeschichte: Die De-Urbanisierung des Krankenhauses

DIE FÜNF REVOLUTIONEN DER KRANKENHAUSARCHITEKTUR



Prä(krankenhaus)historisch

Nach der Antike verschwanden krankenhaussähnliche Institutionen fast vollständig aus der Stadt. Pflege und medizinische Betreuung fanden, wenn überhaupt, in privaten Räumen statt. Der Medicus begab sich zu den Kranken, Infrastruktur brauchte er kaum. Was er zur Behandlung benötigte, trug er bei sich.

Erst im neunten Jahrhundert entwickelten sich die mittelalterlichen Wohlfahrtsinstitutionen in der Stadt. Ohne Unterscheidung zwischen Armen- und Krankenversorgung wurden alte Menschen, Waisenkinder und Pilger gleichermaßen betreut. Diese, meist Hôtel oder Hospital genannten Einrichtungen waren vorwiegend den Kirchen zugeordnet und befanden sich wie das Pariser Hôtel Dieu, oder das Ospedale di Santa Maria della Scala in Siena in unmittelbarer Nähe

der Kirchengebäude, also mitten im Zentrum der mittelalterlichen Stadt. In den größeren Städten entstanden wenig später von der Stadt betriebene Häuser zur Beherbergung von Bedürftigen. Hierbei stand die pflegerische und nicht die medizinische Fürsorge im Vordergrund – Krankheiten wurden eher erträglich gemacht und seltener geheilt.²

„They were civil buildings commissioned by the municipality and were usually constructed as spacious halls with high-pitched roofs. Though often run by religious orders, they are definitely civic, urban buildings, founded either by wealthy merchants or by city governments.“³

Räumlich war das Hospital mit der Stadt verwoben, war mit Straßen, Durchgängen und Brücken Teil des Stadtgefüges und oft nicht als

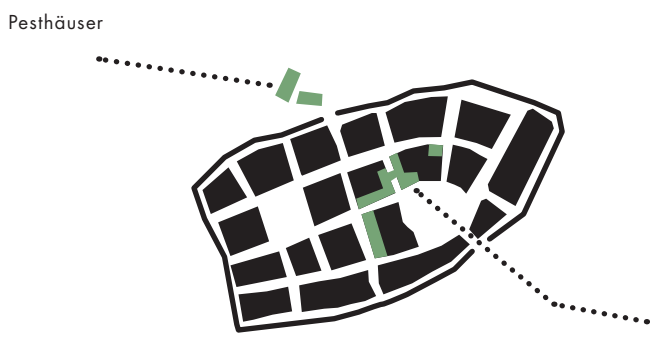
eigenständiger Komplex erkennbar. Neben diesen Krankenhäusern entwickelten sich auch Strukturen vor den Stadtmauern, in denen Menschen untergebracht bzw. weggesperrt wurden. Sie litten unter ansteckenden Krankheiten, galten als verrückt oder waren aus anderen Gründen in der Stadt unerwünscht.

1.2 Wagenaar 2006: 28f
1.3 ebd.

1.1.1 Prä(krankenhaus)historisch



Guy's and St. Thomas' Hospital, London.

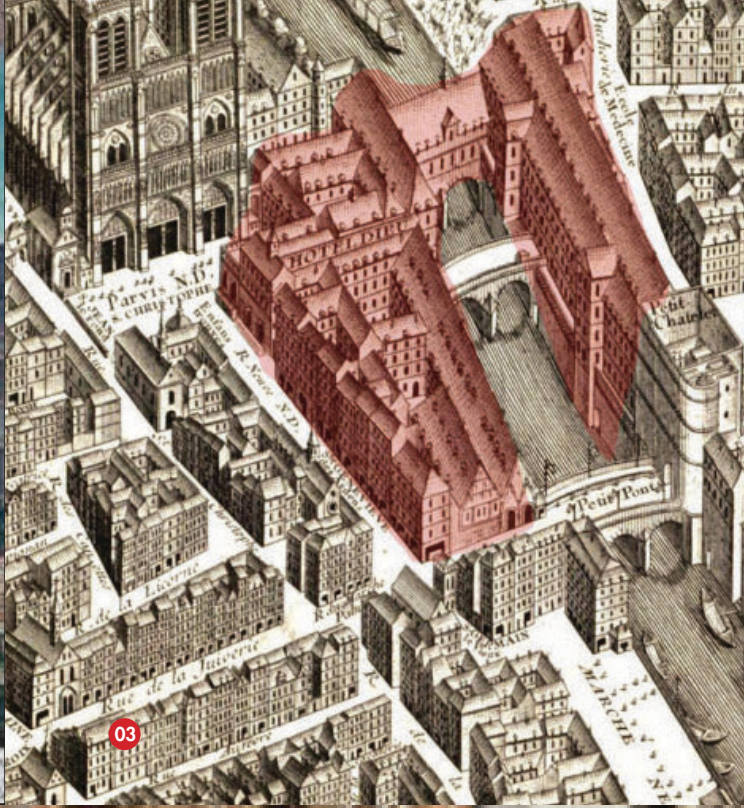


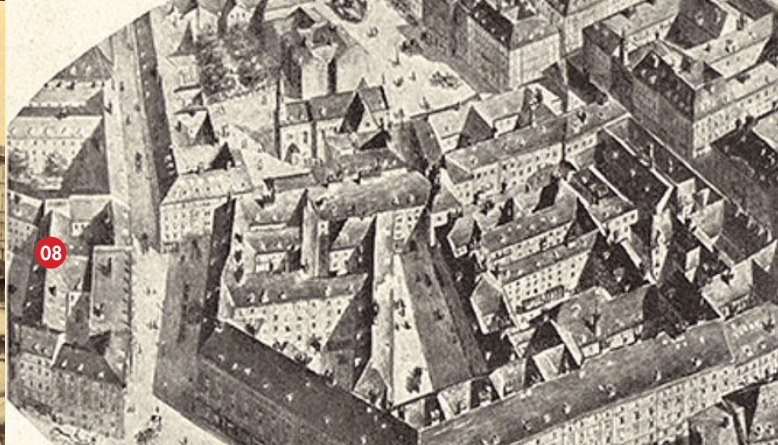
Pesthäuser

Wohlfahrtseinrichtungen in der Stadt



- 01: St. Johannes Spital, Salzburg
- 02: Santa Maria della Scala, Siena
- 03: Hôtel Dieu, Paris
- 04: Hôtel Dieu, Paris
- 05: Santa Maria della Scala, Siena
- 06: Hôtel Dieu, Paris
- 07: Inselspital, Bern
- 08: Bürgerspital, Wien





Innerstädtische Korridorkrankenhäuser

Vom Krankenhaus oder von dem, was wir darunter verstehen, ist erst seit dem 18. Jahrhundert die Rede.

Diese Zeit kann als erste Hochzeit des Krankenhausbaus bezeichnet werden. Während der Zeit des aufgeklärten Absolutismus wurde die Gesundheitsversorgung zu einer öffentlichen Angelegenheit erhoben. In fast allen Staaten Europas wurden Krankenhäuser wie das Alte AKH in Wien errichtet.

„Dass die Gesundheitsvorsorge als staatliche Pflicht angesehen werden soll, ist in dieser Eindeutigkeit neu.“⁴

Die Entstehung dieser säkularen Spitäler im 17. und 18. Jahrhundert ist im Zusammenhang mit dem Erfolg des Merkantilismus und dem damit verbundenen wirtschaftlichen Aufschwung zu verstehen. Sich darum zu kümmern, Arbeitskräfte gesund

und damit arbeitsfähig zu halten, war vor allem eine ökonomische Überlegung.⁵

Diese *verhältnisorientierten* Einrichtungen boten einen Raum, in dem es den Menschen eher möglich war, gesund zu werden.

„Die Förderung der Genesung bezog sich nur auf die Schaffung einer gesunden, natürlichen Umgebung: die Bauweise sollte heilen, nicht die Medizin.“⁶

Obwohl es eine Debatte darüber gab, ob diese Krankenhäuser nicht besser am Land gebaut werden sollten, setzten sich meist die innerstädtischen Standorte durch. Ausschlaggebend dafür war die räumliche Nähe zu den Armen und Bedürftigen, deren fürsorgliche Betreuung die Kernaufgabe der Hospitäler darstellte.⁷

„Komplexe wie das Saint-Jans-Spital in Brügge waren komplett in die Stadtstruktur integriert. Sie zeigten die Mildtätigkeit der Stifter, die sie gründeten und betrieben und entwickelten sich zu urbanen monumentalen Gebäuden.“⁸

In einer Zeit barocker Schloss- und Gartenanlagen⁹, wurden die Korridorkrankenhäuser in strenger Geometrie errichtet - symmetrische Strukturen aus Gängen, gleichmäßigen Räumen und Innenhöfen, deren Hauptachse die Männer- und Frauenbereiche trennte.¹⁰

1.4 Rodensteiner 1988: 36

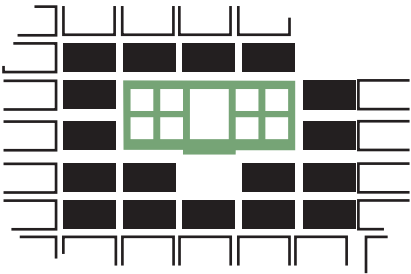
1.5 Wagenaar 2006: 28
1.6 Wagenaar 2012:134
1.7 ebd.

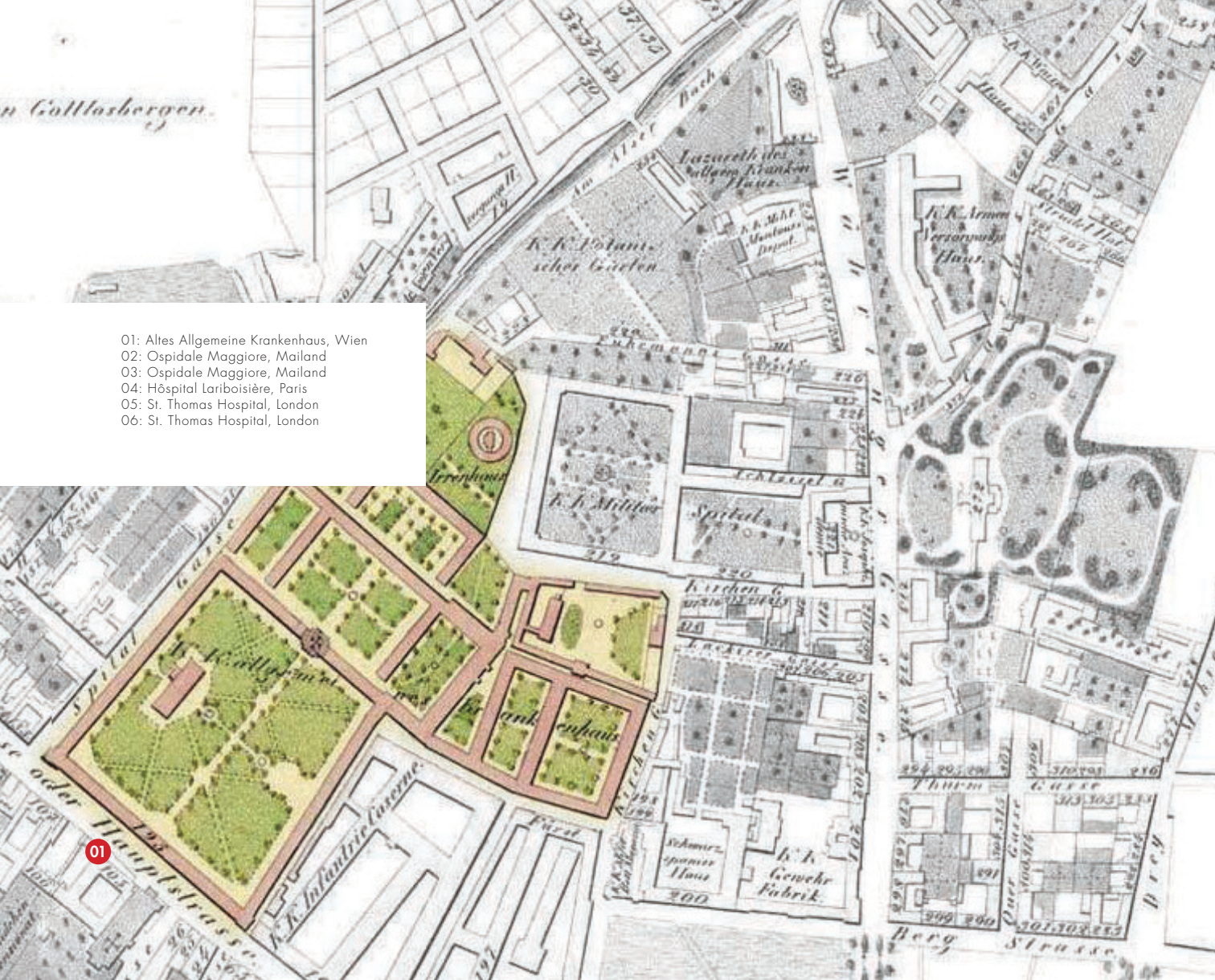
1.8 ebd. 129
1.9 Benvenuto 2007: 717ff
1.10 Wagenaar 2012: 129

1.1.2 Innerstädtische Korridorkrankenhäuser



Altes AKH, Wien





- 01: Altes Allgemeine Krankenhaus, Wien
- 02: Ospedale Maggiore, Mailand
- 03: Ospedale Maggiore, Mailand
- 04: Hôpital Lariboisière, Paris
- 05: St. Thomas Hospital, London
- 06: St. Thomas Hospital, London





Die Frischluftmaschine

Der ersten Revolution der Krankenhausarchitektur ging ein theoretischer Diskurs voraus. Im Jahr 1772 brannte das Hôtel Dieu in Paris nahezu vollständig ab. Die Diskussion, wie dieses Krankenhaus wiederaufgebaut werden sollte, führte zu einem Innovationsschub in der Krankenhausarchitektur. Dieser theoretische, vorwiegend von Ärzten geführte Diskurs sollte sich erst fünfzig Jahre später in der Baupraxis niederschlagen. Trotzdem gelten die damals entstandenen Entwürfe als erste Beispiele einer Krankenhaus-Frischluft-Architektur und sind so die Wegbereiter der Pavillonkrankenhäuser.¹¹

Weniger bestimmten medizinische Abläufe diese Visionen, vielmehr war man auf der Suche nach idealen Voraussetzungen für eine heilende Umgebung. Helle, durchlüftete, trockene und sonnendurchflutete Räume galten als das non plus ultra. Die Ärzte versuchten ihre

neuen Erkenntnisse der gerade erst entstandenen medizinischen Empirie umzusetzen und wissenschaftlich begründete Krankenhaustypen zu entwickeln. Gemessen am damaligen Wissensstand, kann man die daraus resultierte Architektur als *evidence-based design* bezeichnen. Daraus entstanden zwei Krankenhaustypen, der Pavillontyp und der Rundbau. In weiterer Folge setzte sich aufgrund der Verortung der meisten Krankenhäuser die Pavillonstruktur durch: der städtische Bauplatz war für die Gesundheitsversorgung noch immer von Bedeutung, Rundbauten waren in den urbanen Gefilden kaum realisierbar.

Der Pavillontypus bestimmte die Krankenhausarchitektur wie kein anderer. Mit seinen klaren Strukturen und Achsen ließ er sich in die neue Haussmannsche Stadt integrieren und wurde Teil der großangelegten Infrastruktur- und Stadterweiterungsprojekte.¹²

“Oft waren die Krankenhäuser Gebäude, die die neuen Wohnviertel dominierten und ihnen eine städtische Vielfalt verliehen, die sie sonst möglicherweise nicht gehabt hätten. Nach und nach wurden sie immer größer. Einige von ihnen entwickelten sich zu großflächigen städtischen Gesamtensembles.”¹³

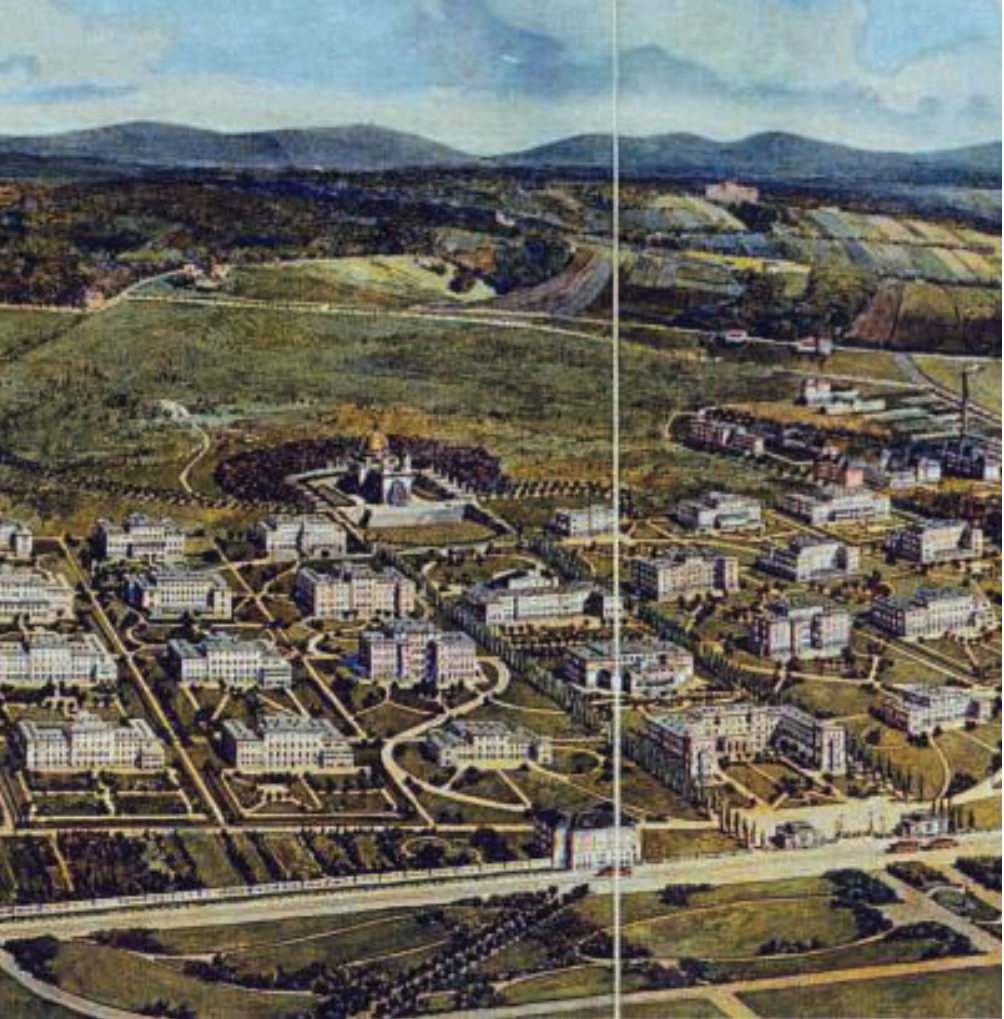
Gegen Ende des 19. Jahrhunderts setzte die Spezifizierung der einzelnen Pavillons ein. War es davor noch so, dass sich alle Pavillons als kaum medizinische Pflegestationen glichen, begannen sich nun die medizinischen Disziplinen (Chirurgie, Orthopädie ...) in den einzelnen Pavillons separiert voneinander zu entwickeln.¹⁴

1.11 Gaudin 2006:114

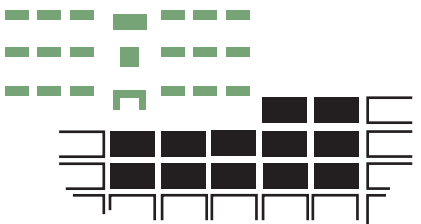
1.12 Vgl. S. 30 Hôpital Lariboisière

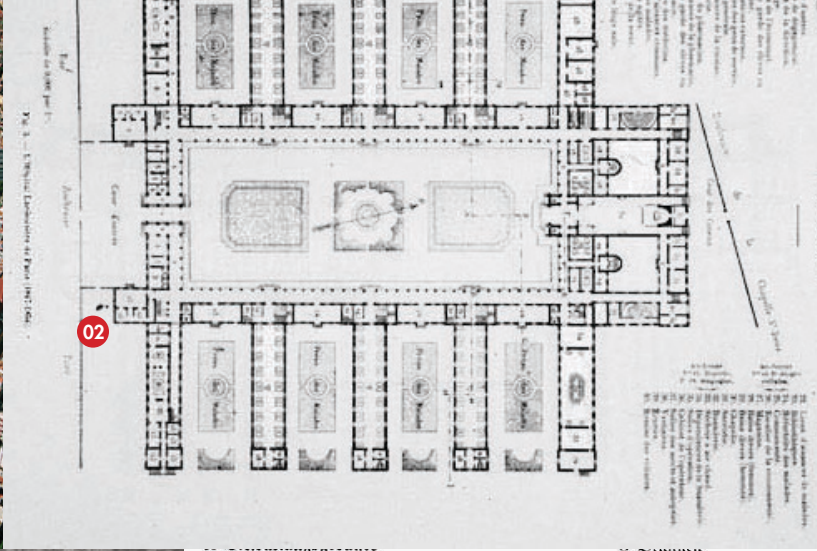
1.13 Wagenaar 2012: 139
1.14 ebd.

1.1.3 1. Revolution - Die Frischluftmaschine

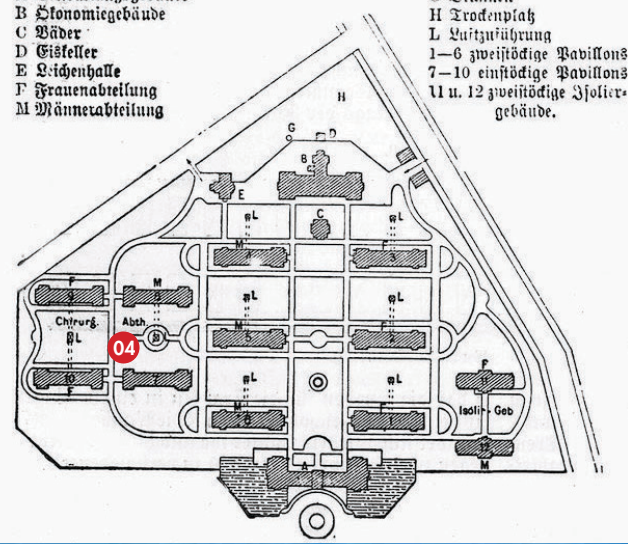


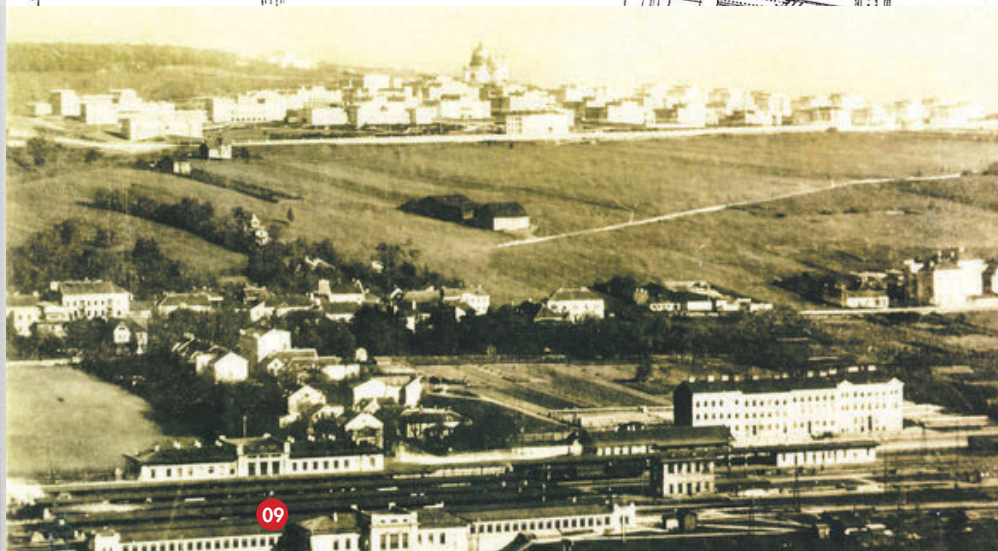
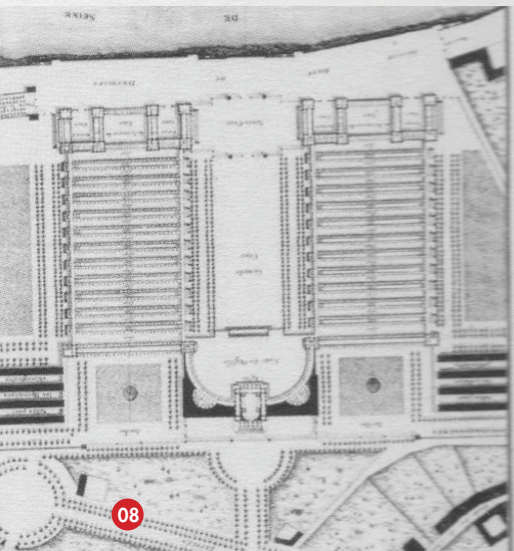
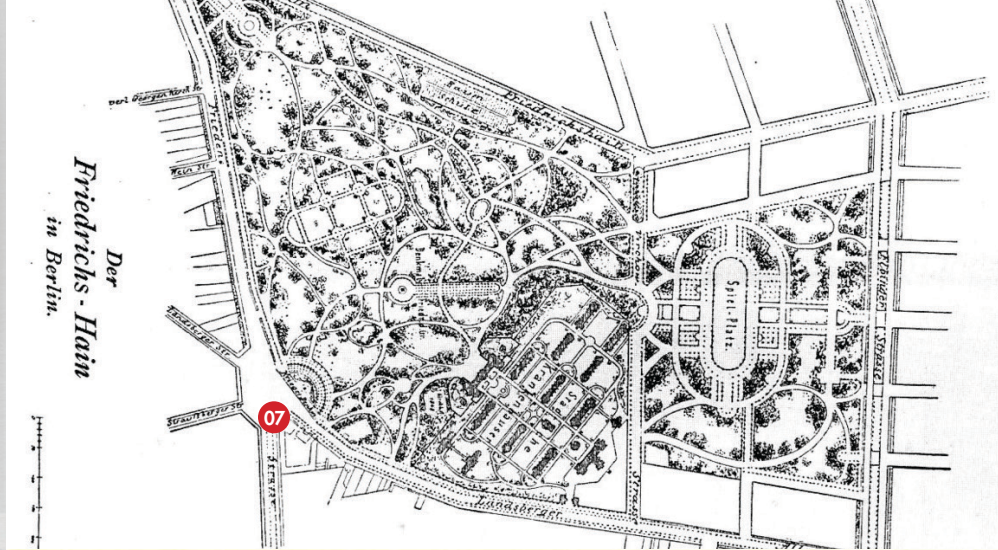
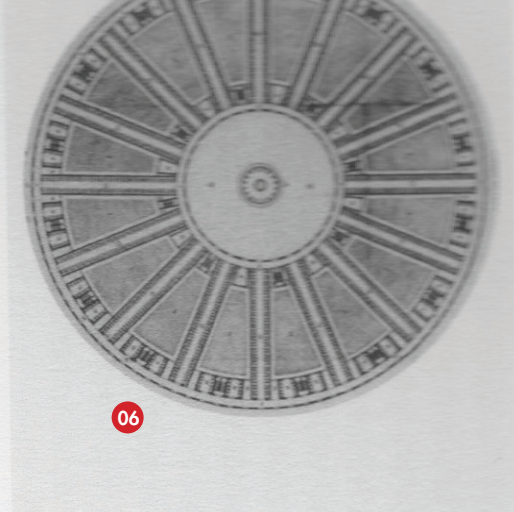
Otto Wagner Spital, Wien





- 01: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
- 02: Hôpital Lariboisière, Paris
- 03: Hôpital Édouard-Herriot, Lyon
- 04: Krankenhaus Friedrichshain, Berlin
- 05: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
- 06: Hôtel-Dieu, Paris (Nicht realisierter Entwurf)
- 07: Krankenhaus Friedrichshain, Berlin
- 08: Hôtel-Dieu, Paris, (Nicht realisierter Entwurf)
- 09: Otto Wagner Spital, Wien
- 10: Academic Ziekenhaus, Gröningen





Paläste für Medizin und Technik

Im frühen 20. Jahrhundert ändert sich die Medizin radikal. Sie wird zu einer Wissenschaft, die immer mehr, immer größere und vor allem immobile Geräte benötigt. Durch die neue Technik wird Medizin stationär, was zu einer völlig neuen Stellung des Krankenhauses führt.

Niedergelassene Ärzte waren kaum mehr in der Lage, diese Investitionen zu tätigen, das Krankenhaus erlangte in vielen Bereichen eine Monopolstellung. Das führte dazu, dass auch die wohlhabendere Bevölkerung begann, ins Krankenhaus zu gehen. Im Zuge dessen drohte das Krankenhaus für die ärmeren Menschen unfinanzierbar zu werden.¹⁵

„Jahrhundertlang waren sie eine wohlthätige Einrichtung für Arme gewesen, praktisch ohne jede medizinische Funktion. Nun jedoch entwickelten sie sich zur Speerspitze der Medizin, zu dem Ort, wo sich wissenschaftlicher und technischer Fortschritt deutlich manifestieren.“¹⁶

Gleichzeitig bewegte sich der ärztliche Blick weg von den Lebensverhältnissen der Menschen, hin in das

Innere des Körpers. Bessere Mikroskope und vor allem die Erfindung des Röntgengerätes veränderten das Bild der menschlichen Gesundheit. Die Krankenhausplanung der vorangegangenen Jahrzehnte sowie die Erzeugung von *Healing Environments* verlor an Bedeutung. Auch das Ende der Miasma-Theorie und die Entdeckung der Bakterien durch Louis Pasteur trug zum Verschwinden des Pavillontypus bei. Als klar wurde, dass weder Wasser noch Luft selbst gesundheitsgefährdend oder -fördernd sind, wurden die Architektur gewordenen Frischluftmaschinen endgültig obsolet.¹⁷

Die heilende Architektur wurde von hochspezialisierten, kompakten und immer größeren städtischen Gebäuden abgelöst – eine Art medizinischer Funktionalismus hatte die Oberhand gewonnen. Hervorzuheben sind die Wolkenkratzerkrankenhäuser in New York, die sich problemlos in den Raster Manhattans einfügen ließen. In Europa entwarfen unter anderen Architekten wie Jean Walter „freistehende Monumente“, die auf den Bezug zur

Umgebung vollständig verzichteten. Es entstanden Krankenhäuser wie das,...

„[...] ein Hochhausungetüm, das eine Welt für sich darstellt, eine Medizinmaschine, die sich nicht in ihre Umgebung integrieren lässt und den Eindruck vermittelt, als sei das auch noch Absicht gewesen.“¹⁸

Obwohl sich diese Krankenhäuser oft in städtischer Trägerschaft befanden und Namen wie Cité hospitalière de Lille trugen, können sie nicht mehr als Teil der Stadt betrachtet werden – es handelt sich um Satelliten.

„So veränderte die moderne Entwicklung der Medizin die Architektur des Krankenhauses und seine Beziehung zu Stadt von Grund auf“.¹⁹

Sie repräsentieren nicht mehr die Wohlthätigkeit eines Stifters oder einer Stifterin, sondern vielmehr die „Wunder der modernen Medizin“²⁰.

1.15 Wagenaar 2012: 140
1.16 ebd.

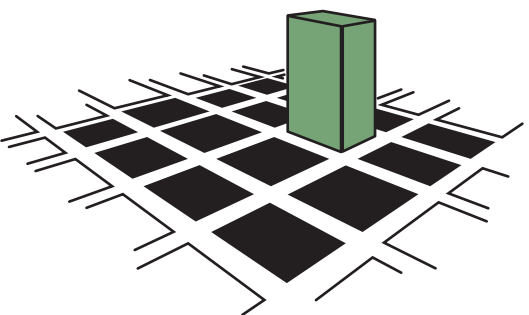
1.17 Wagenaar 2006: 32

1.18 Wagenaar 2012: 141
1.19 ebd.
1.20 ebd.

1.1.4 2. Revolution - Paläste für Medizin und Technik

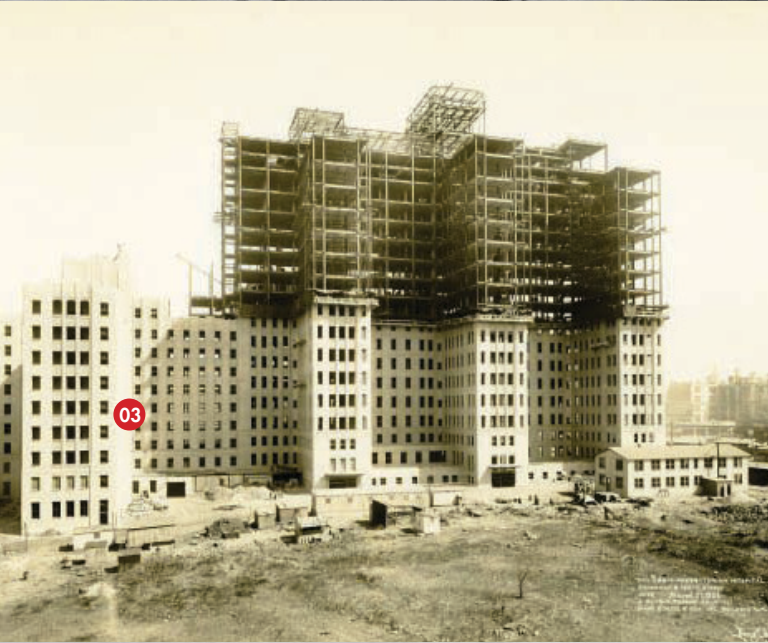
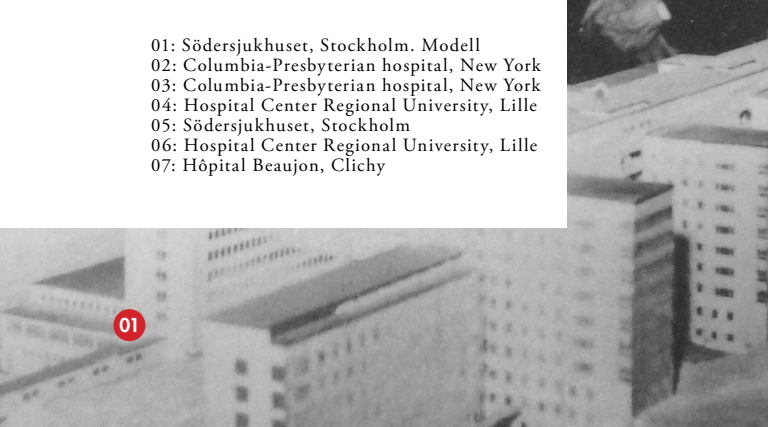


Cornell Medical Center, New York





- 01: Södersjukhuset, Stockholm. Modell
- 02: Columbia-Presbyterian hospital, New York
- 03: Columbia-Presbyterian hospital, New York
- 04: Hospital Center Regional University, Lille
- 05: Södersjukhuset, Stockholm
- 06: Hospital Center Regional University, Lille
- 07: Hôpital Beaujon, Clichy





06



07

Wahrzeichen des Wohlfahrtsstaates

Nach dem zweiten Weltkrieg entstehen unter den Idealen der modernen Stadtplanung (kurze Wege, Licht, Luft und Funktionstrennung) Versorgungsmaschinen wie das Klinikum Aachen oder das AKH in Wien.

In dieser Zeit entwickelte sich das Krankenhaus zu der Institution, die wie keine andere den Wohlfahrtsstaat symbolisierte (nicht einmal Margaret Thatcher tastete das NHS, das britische National Health Service, und dessen kostenlose Gesundheitsversorgung an). Es galt das Credo, dass jeder Mensch sollte Zugang zur bestmöglichen Behandlung bekommen. Der Gesundheitssektor wuchs schnell - unzählige Krankenhäuser wurden gebaut, die Ambulanzen weiteten sich aus und ein großer Teil der Primärversorgung wurde in die Krankenhäuser integriert. In der Stadt verteilte, lebensnahe Arztpraxen wanderten

in die zentralen Krankenhäuser. Durch die aufkommende Trennung von Stations-, Behandlungs- und Ambulanzbereichen entstanden sogenannte H-, T- und K-Typen. Vor allem entstanden Krankenhäuser des "Matchbox on a Muffin"-Types. Dieser besteht aus einem weitläufigen, flexibel nutzbaren Flachbau, in dem die Ambulanzen und Behandlungsbereiche untergebracht sind. Die Stationen befinden sich in den darüber gesetzten, weitaus unflexibleren schein- oder turmartigen Bettenhäuser. Im Vordergrund der Planung standen Effizienz, kurze Wege und Beaufsichtigung der Patientinnen und Patienten.²¹ Die Logistik bestimmte die Gebäude. „[D]er Umgang mit dem Menschen wurde dabei technischer betrachtet als heute.“²²

Architektonisch spiegeln die Krankenhäuser der dritten Revolution den damaligen Zeitgeist wider. Sie

waren funktionale“ hochgerüstete Maschinen und sahen auch genauso aus.“²³ Sie verkörperten die Idee der erlösenden Wirkung der Vorstädte und "schwammen wie Inseln in grünen, am liebsten parkartigen Freiflächen, die die Stadtplaner als Alternative zur herkömmlichen, dicht bebauten Stadt offerierten.

“Die meisten dieser Krankenhäuser wurden von Anfang an als Wahrzeichen konzipiert, die ihre räumliche Umgebung dominierten.“²⁴

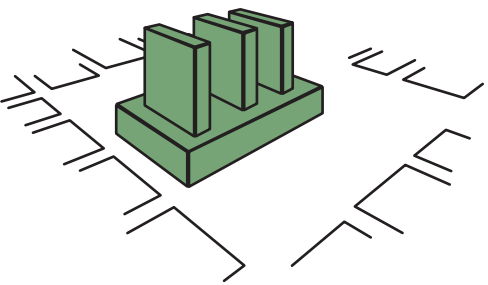
1.21 Wagnenaar 2012:144 und Nickl 2014: 44
1.22 Buschbeck/Glade 2012: 18

1.23 Wagnenaar 2012: 144
1.24 ebd.

1.1.5 3. Revolution - Wahrzeichen des Wohlfahrtsstaates



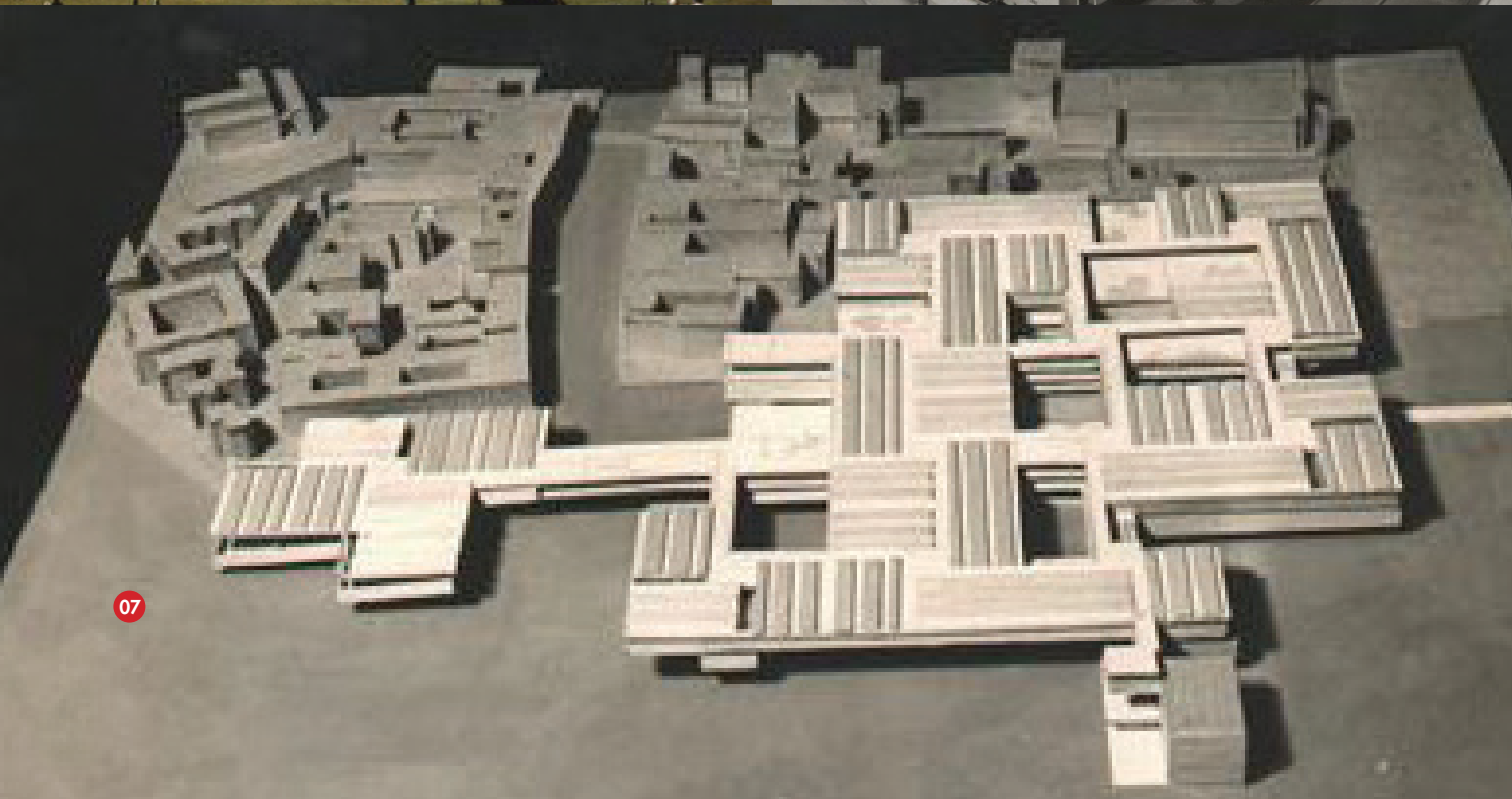
Centre hospitalier Mémorial France, Saint-Lô





- 01: Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam
- 02: Uniklinik RWTH, Aachen
- 03: Hôpital Mémorial France États Unis, Sant Ló
- 04: Catharina-Ziekenhuis, Eindhoven
- 05: Veteranenkrankenhaus, Brooklyn
- 06: Bürgerspital, Basel
- 07: Le Corbusiers Krankenhausentwurf für Venedig





Kommerzielle Antimonumente

In den siebziger Jahren wird die Kritik an den überdimensionalen Medizinmaschinen immer lauter. Sie müssen den Vorwurf über sich ergehen lassen, den menschlichen Maßstab verloren zu haben. Es entstehen die ersten Ideen, "ein neues, humanes Krankenhaus zu schaffen und wieder in die städtische Struktur einzubetten".²⁵

Gleichzeitig wird die Krankenhausplanung rationalisiert und der Fokus auf die Planung von Abläufen und medizinischer Organisation gelegt.

„Fully planned and controlled appeared to limit people’s personal life subordinating almost everything to bureaucratic institutions that were either run by the state or the big business, and that, in both cases, were oblivious to the personal concerns of the people they served.“²⁶

Der Individualismus entwickelt sich als Gegenbewegung zum Wohlfahrtsstaat und "patient-centered care" wird zum Thema der Krankenhausorganisation. Die Patientinnen und Patienten sollten nicht mehr nach Krankheiten aufgeteilt werden, sondern die Pflege soll sich um den

Menschen in seiner Gesamtheit kümmern. Dies stand im Widerspruch zu den existierenden Krankenhausstrukturen dieser Zeit. Es bedurfte eines neuen Typus.²⁷

„Balancing the individual and collective, his views tackled what is arguably the most important dilemma in the twentieth century society, and they immediately found their way to hospital architecture.“²⁸

So verabschiedeten sich die monumentalen Typen und wurden von weit weniger expressiven, horizontal organisierten Krankenhäusern abgelöst. Anstatt der vorherrschenden H-, T-, und K-Bauten ordneten sich die neueren Krankenhäuser einer größeren Logik, dem *städtischen Grid*, unter.²⁹

Le Corbusier verfolgte diesen Ansatz schon in den sechziger Jahren. In seinem nicht umgesetzten, strukturalistischen Entwurf für das Krankenhaus von Venedig stellte er den menschlichen Maßstab der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt seiner Überlegung zur Krankenhausarchitektur. Er orga-

nisierete das Krankenhaus als einen Flachbau, der durch seine kleinen privaten Patientinnen- und Patienteneinrichtungen, halböffentlichen Stationen und seine in die Stadt integrierten Erschließungen selbst als kleine Stadt gesehen werden kann.³⁰

Auch innerhalb der Krankenhäuser wurden öffentliche Hallen oder (Einkaufs-)Passagen entwickelt. Trotzdem blieben die einzelnen Bereiche getrennt und die klare Abgrenzung von Medizin, Pflege und Besuchen herrschte weiterhin vor.³¹

„This design, which supposedly breaks down the walls between the hospital and the society, actually brings them inside the complex: the difference between the public parts and the real hospital is indeed striking.“³²

1.25 Nickl 2014: 45
1.26 Wagenaar 2006: 37

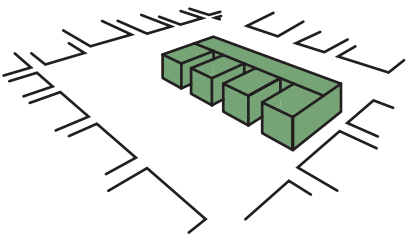
1.27 ebd.: 39
1.28 ebd.: 38
1.29 ebd.

1.30 Nickl 2014: 48
1.31 ebd.
1.32 Wagenaar 2006: 40

1.1.6 4. Revolution - Kommerzielle Antimonumente

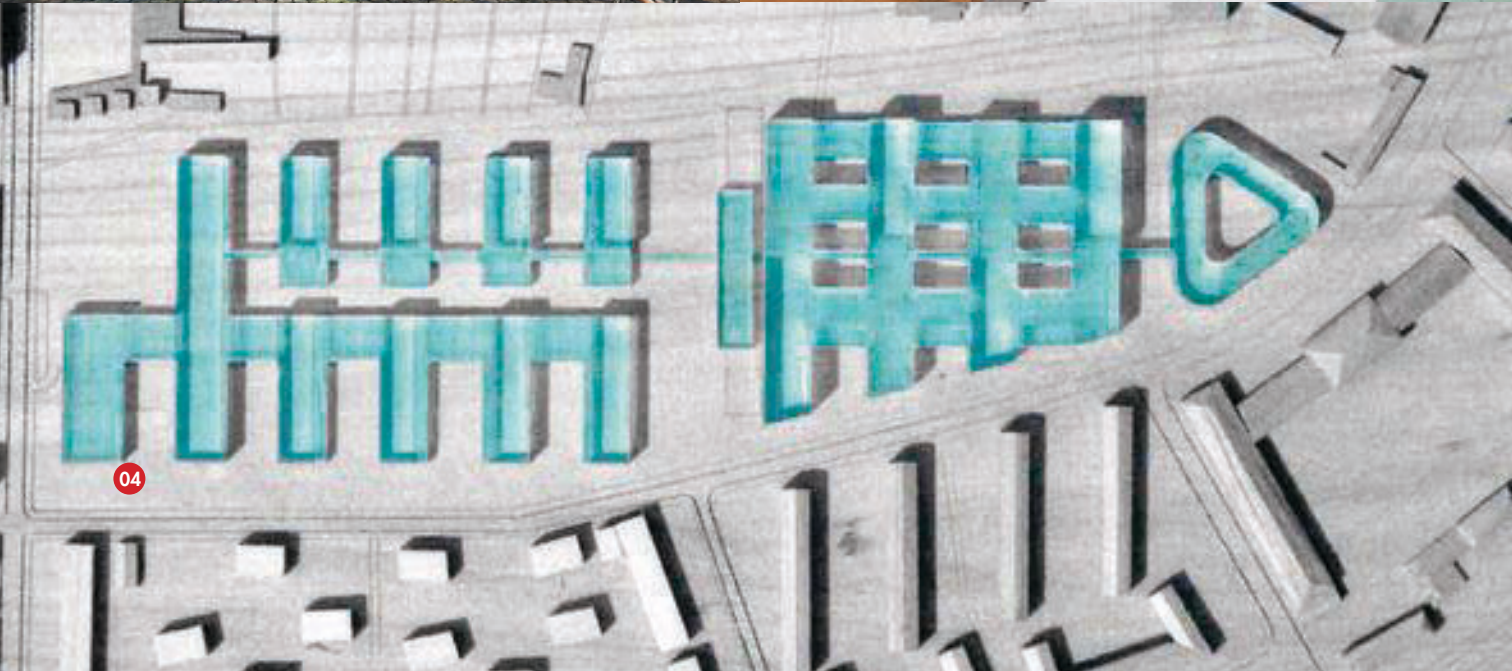
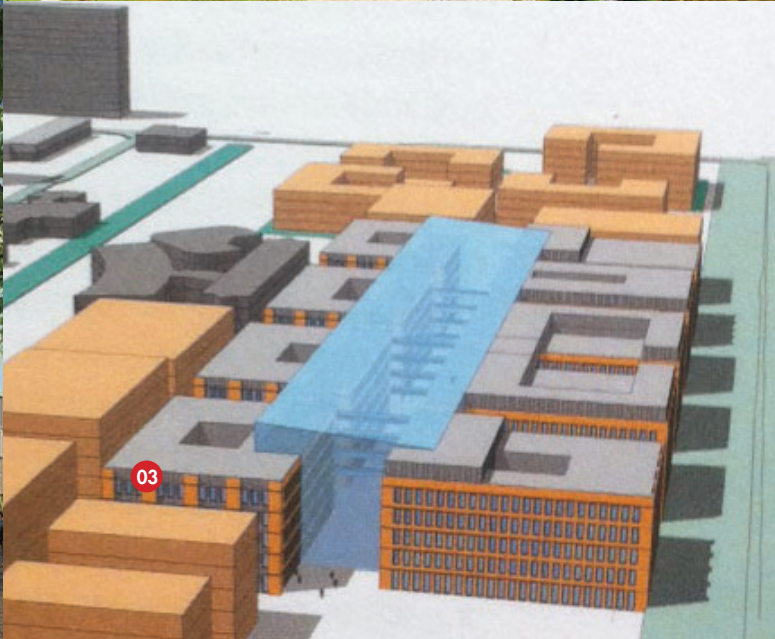


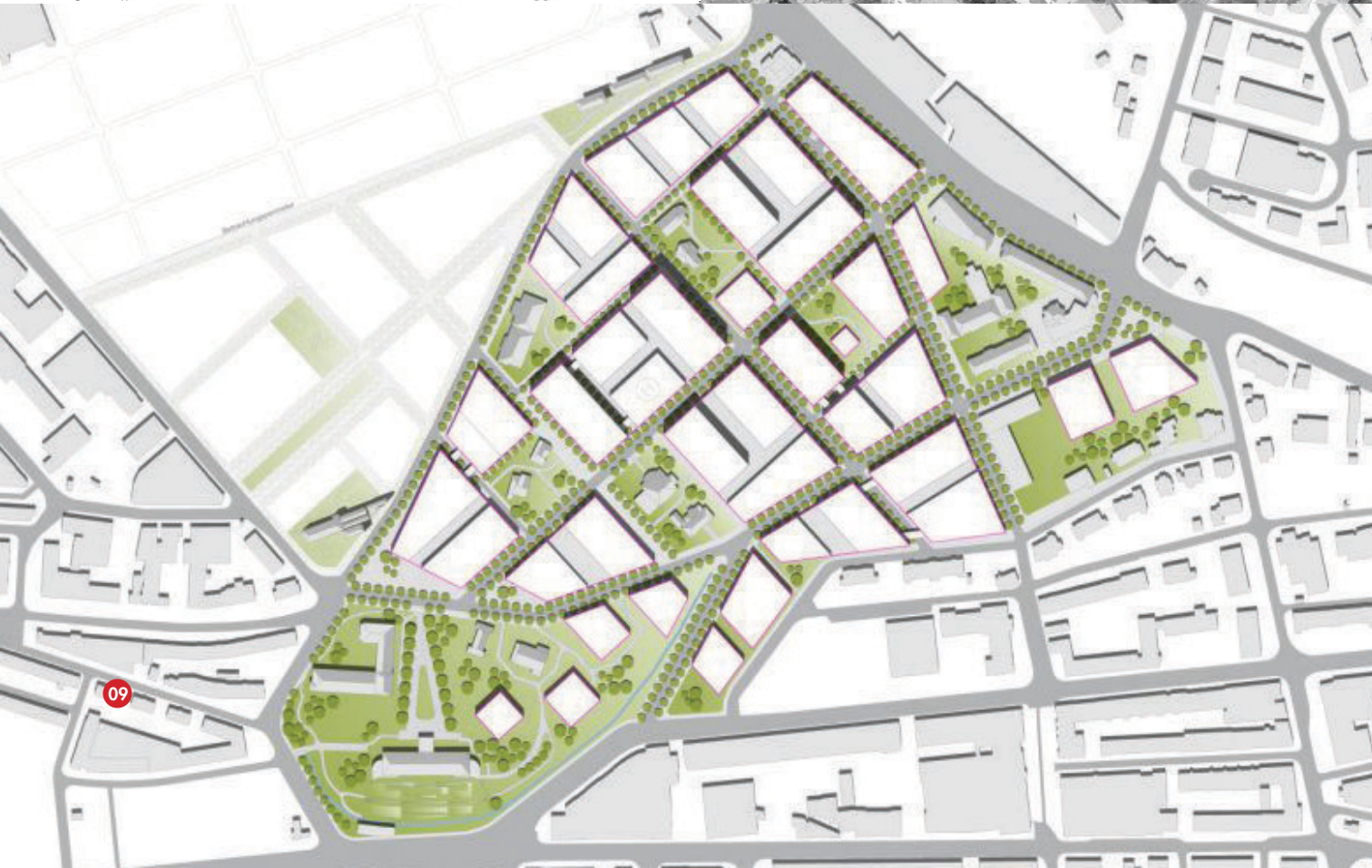
Sint Elisabeth Hospital, Tilburg





- 01: Universitathospital, Aarhus
- 02: Rigshospital, Kopenhagen
- 03: Reinier de Graaf Gasthuis, Delft
- 04: Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt
- 05: St. Olavs Hospital, Trondheim
- 06: Medizinisches Zentrum, St. Petersburg
- 07: Universitair Ziekenhuis, Leuven
- 08: Tumorzentrum, Freiburg
- 09: Inselspital, Bern





Re-Urbanisierung

Trotz der Entwicklungen der 4. Revolution scheinen die gängigen Krankenhauskonzepte im 21. Jahrhundert an ihre Grenzen zu stoßen und Fragen der gesundheitspolitischen wie auch planerischen Realität nicht mehr beantworten zu können. Die eigentlich formgebenden Organisationsstrukturen befinden sich in ständiger Veränderung und sind so als Entwurfs- und Strukturvorgabe nutzlos.³³

Das Versprechen der Humanisierung, „to return the hospital to the people“, konnte nicht gehalten werden. „The transition from a medicine-dominated to a management-dominated hospital has not curbed the process of institutionalisation, and perhaps has even contributed to it.“³⁴

Das führt zu einer erneuten grundsätzlichen Diskussion. Wie, was und wo sollen Krankenhäuser sein - baulich wie auch inhaltlich? Mit diesen Fragen wird die Kranken-

hausplanung wieder auf Null gesetzt. Es fehlt zum wiederholten Male eine wirkliche Typologie. Die Institution Krankenhaus an sich wird in Frage gestellt.³⁵

In dieser Diskussion wird der Ruf nach *De-Institutionalisierung*, *Re-Humanisierung*, *De-Medikalisierung* und *Re-Normalisierung* immer lauter.³⁶

„An era of about five decades is thus drawing to a close. The fifth revolution should initiate a return to the basic principles of decent management, empowerment of the patient, de-institutionalisation and the courage to re-conceptualize health-care and to let it go back to the core business.“³⁷

Die Re-Urbanisierung des Krankenhauses soll helfen, diese Ziele zu erreichen.

1.33 Wischer 2007b: 13
1.34 Wagenaar 2006a: 40

1.35 ebd.
1.36 Diese Schlagworte tauchen vor allem bei Hans Nickl, Christine Nickl-Weller und Cor Wagenaar immer wieder auf.
1.37 Wagenaar 2006a: 41

“Die Gestaltung des Krankenhauses als Stadt in der Stadt ermöglicht vielleicht auch, den Bezug zu den Menschen, die sich darin aufhalten zu stärken. Denn das Wiedererkennen des Themas Stadt schafft Vertrautheit. Jede Stadt besteht aus einem Grundgerüst von Bauten und öffentlichen Räumen. Sie formen die Stadt und dienen dem Menschen zur Orientierung und Identifikation mit ihr, was schließlich auch übertragen auf das Krankenhaus gelten kann.”

**HUMAN
NORMAL
URBAN**

**ReUrbanisierung
ReHumanisierung
DeInstitutionalisierung
ReIntegration
DeMedicalisation**

De-Institutionalisierung durch urbane Re-Integration

„Nicht das unmenschliche Krankenhaus, das Krankenhaus als an sich unmenschliche Institution ist das Problem“ (Wischer 2013: 108)

Bruno Gaudino plädiert in seinem 2006 erschienen Text „The Hospital and the City“ für die Re-Urbanisierung mit dem Ziel, eine Humanisierung und Deinstitutionalisierung der Krankenhäuser zu erreichen. „To humanize the hospital instead of institutionalizing it.“³⁸

Foucault beschreibt die Institutionalisierung des Krankenhauses und ortet die „Geburt der Klinik“ am Anfang des neunzehnten Jahrhunderts. Durch ein neues medizinisches Verständnis, die Verräumlichung von Krankheit und Körper, entstand auch die institutionalisierte „moderne Klinik“. Sie wird zu einem von der Stadt und der gesunden Öffentlichkeit abgegrenzten Raum.³⁹

Dieser institutionelle Charakter des Krankenhauses wird heute stark kritisiert. Eine Deinstitutionalisierung soll laut Cor Wagenaar dazu führen, „dass das Krankenhaus nicht mehr als (E)hrfurcht gebietende Institution betrachtet wird, betrieben von Fachärzten, Technikern und Bürokraten, die die unpersönliche, rationale und objektive Welt der Wissenschaft und Technik repräsentieren“⁴⁰.

Dafür sollen Krankenhäuser nicht wie „seelenlose Gesundheitsfabriken“ erscheinen, sondern „entmystifizierte und ganzheitliche Einrichtungen sein, die Teil der Stadtlandschaft sind“⁴¹.

So geht diese Kritik an der Institution mit der Forderung nach einer Auflösung der räumlichen Grenze zwischen Stadt und Krankenhaus einher. Wenn wir aufhören, das Krankenhaus isoliert zu betrachten, wird seine Planung automatisch auch zu einer stadtplanerischen Aufgabe.

Neben der Annäherung von Krankenhaus und Stadt wird auch die Urbanisierung des Krankenhauses selbst thematisiert.

„[D]as Leben der Stadt wird in das Krankenhaus verlagert. Es wird Teil der Stadt und Teil des großen Sozialgefüges einer Stadt.“
(le Corbusier; zit. nach Vielhauer 2013)

1.38 Gaudino 2006: 113-119. Für Bruno Gaudin definiert sich eine Institution durch ihre Grenzen. Das Auflösen dieser Grenzen und die Integration in die urbane Umgebung bezeichnet er als Humanisierung. Ein Vergleich mit den drei Stufen der Verräumlichung der Krankheit, die Foucault in „Die Geburt der Klinik“ beschreibt, liegt nahe.

1.39 Foucault 2011: 20

1.40 Wagenaar 2013a: 146.

1.41 Steffensen 2013b: 185

Humanisierung und Normalisierung durch Urbanisierung

In den letzten Jahrzehnten wurde das Krankenhaus als etwas so Komplexes und Besonderes gesehen, dass seine Planung zu einer Art „Geheimwissenschaft“ wurde. Sie konnte nur durch spezialisierte Menschen betrieben und beurteilt werden. Die Krankenhausplanung trennte sich gewissermaßen vom restlichen Planungsdiskurs und schloss viele nicht spezifische Aspekte aus. Bedeutende Themen, die Stadtplanung und Architektur verändert haben, etwa die Kritik am Funktionalismus, Partizipation oder Veränderbarkeit, scheinen in der Krankenhausplanung nur teilweise oder gar nicht angekommen zu sein.⁴²

Durch die Erkenntnis, dass sich fachliche Ausrichtungen, Organisation und Technik eines Krankenhauses zu schnell veränderten, um diese als grundlegend für die Planung anzusehen, verliert die spezialisierte Planung ihre Legitimation. Das führt zu einer „Normalisierung“ der Planungsaufgabe. Es folgt zwar keine Vereinfachung der Planung, vielmehr gewinnen zuvor ignorierte Qualitäten, wie die Einbindung in den städtischen Kontext, an Bedeutung.

Es werden Krankenhäuser gefordert, die sich nicht mehr als solche zu erkennen geben. Die Gestalt der Großkrankenhäuser repräsentiert die unmenschlichen Gesundheitsmaschinen. Das Humane, das Normale und Urbane sollen in Zukunft im Vordergrund stehen. Diese Meinung vertritt unter anderem Dietmar Eberle:

„Krankenhausbau sollte nicht als eine besondere Bauaufgabe angesehen werden. Es sind ganz normale Aufgaben, wie wir unsere Umwelt in Zukunft gestaltet wollen.“⁴³

Als solche „normale Aufgabe“ können an das Krankenhaus Ansprüche gestellt werden, die über die Kernfunktionen der Krankenversorgung hinausge-

„So wie ich Ihr Hospital plane, wird es auf die Umgebung ausstrahlen: Liebe. Aus reiner Liebe zu Ihrer Stadt habe ich den Auftrag angenommen, für Sie da zu sein.“

(Le Corbusier zit. nach Nickls. 2013: 85)

„Ein Hospital ist eine Behausung für einen Menschen, ebenso wie eine Wohnung eine Behausung für einen Menschen ist.“

(Nickl 2013: 85)

1.42 Nickl-Weller/Nickl 2013a: 28

1.43 Eberle 2013: 99

hen. Das Gebäude soll etwas zum Ort und für die Öffentlichkeit beitragen.

„Was kann denn so ein Krankenhausgebäude in seiner Erscheinungsform, in seiner Funktion, in seinem Ineinandergreifen für Orte, Stadtquartiere etc. bedeuten?“⁴⁴

Gleichzeitig verändert diese Normalisierung auch das Bild des Krankenhauses selbst. Das Krankenhaus verliert den geschlossenen, solitären Monumentalcharakter. Es wird selbst zur Kleinstadt oder zum Quartier.

„Dieser Trend kann als Urbanisierungsprozess (Reurbanisierungsprozess) bezeichnet werden. [...] Dies kann wohl das Ende des Krankenhauses als besonderen Bautyp bedeuten: statt die Unterschiede zu anderen Gebäudetypen zu betonen (...), würden Krankenhäuser damit die meisten ihrer Spezifika verlieren. [...] Das führt uns zu dem städtischen Kontext, der wahrscheinlich noch wichtiger ist als das Gebäude selbst.“⁴⁵

Das heißt, das Krankenhaus selbst wird zur Stadt, zum Stadtbaustein und zum Teil der Nachbarschaft. Die Krankenhausurbanisierung findet auf jeder dieser drei Ebene statt.

- Ebene 1: Das Krankenhaus in der Stadt (Verortung des Krankenhauses)
- Ebene 2: Das Krankenhaus im Quartier (Vermischung mit der Umgebung)
- Ebene 3: Das Krankenhaus als Stadt (Das Krankenhaus als urbaner Raum)

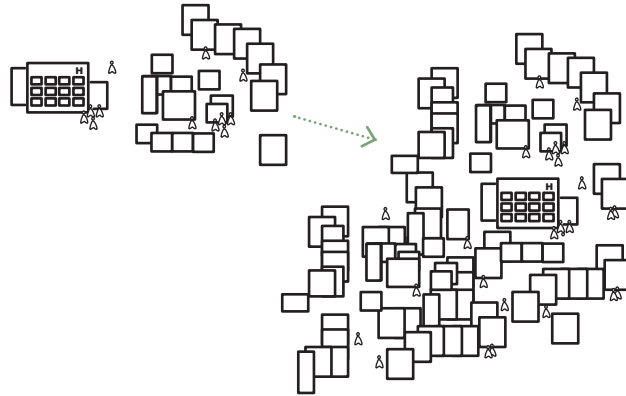
Was die Re-Urbanisierung auf den jeweiligen Ebenen bedeutet, wird auf den folgenden Seiten erörtert.

1.44 Eberle 2013: 97

1.45 Wagenaar 2013a: 146f

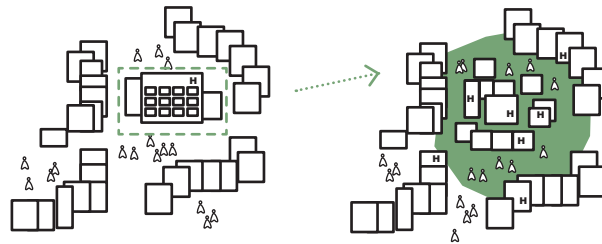
Ebene 1: Stadt

Das Krankenhaus als Stadtbaustein



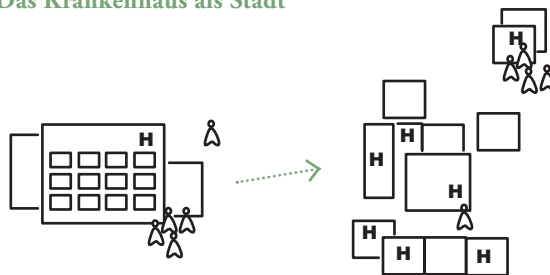
Ebene 2: Quartier

Das Krankenhaus im Quartier



Ebene 3: Krankenhaus

Das Krankenhaus als Stadt





**„Das Dauerhafteste
der Krankenhäuser
war und ist ihr Ort.“**

(Wischer 2007: 13)

1.2.1.1 Das Krankenhaus als Stadtbaustein

„Die Integration unserer neuen Krankenhäuser in die Stadt wird zusätzlichen Wert zur Diversität der Stadt hinzufügen und das Verständnis für wichtige und ernsthafte Leistungen in der heutigen Wohlfahrtsgesellschaft steigern.“⁴⁶

Das Krankenhaus gehört zu den wichtigsten Institutionen der Stadt und des Gemeinwesens. Seine Verortung ist immer ein Zeichen dafür, welcher Platz Krankheit und Bedürftigkeit in einer Stadt eingeräumt wird. Gleichzeitig ist diese Institution ein Element der Stadt mit einem solch enormen Gewicht, dass durch sie selbst Stadt gebaut, verändert und entwickelt werden kann.

Gesellschaftlich wie auch räumlich bildet das Krankenhaus mit anderen Einrichtungen wie der Universität, dem Rathaus und dem Markt das Grundgerüst des urbanen Gefüges, der Stadt.⁴⁷

„Solange es ein bestimmtes städtisches Grundgerüst gibt, ein „urban framework“, das für gesellschaftlichen Fortbestand und Weiterentwicklungen wichtige Bauten beinhaltet, bleibt die Kontinuität einer Stadt auch trotz nicht planbarer Elemente erhalten. Jede Stadt besteht aus diesem Grundgerüst aus Bauten und öffentlichen Räumen. Sie definieren den Stadtraum und dienen den Menschen zur Orientierung und Identifikation mit der Stadt. Es ist das kulturelle Kapital einer Gesellschaft. (...) Das Krankenhaus ist ein wichtiger Teil dieses sozialen und kulturellen Kapitals.“⁴⁸

Darüber hinaus zeigen ein paar Eckdaten des *Wiener Spitalskonzeptes 2030*, welchen Einfluss das Krankenhaus auf die Stadt haben kann und welche Gestaltungsmöglichkeiten sich daraus ergeben. So werden 32.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an sieben Standor-

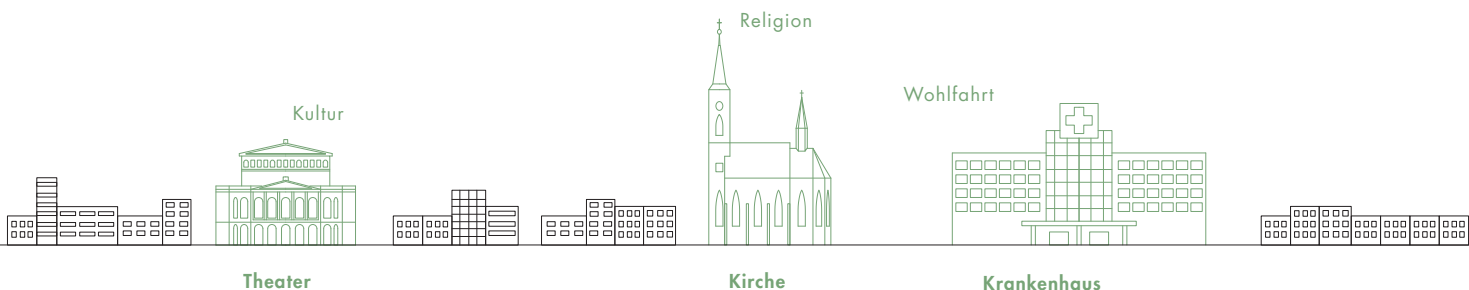
ten neu organisiert. Dazu kommen rund 10.000 Betten, 400.000 stationäre Aufnahmen und 3.500.000 ambulante Leistungen pro Jahr. Allein diese Anzahl an dauerhaft arbeitenden, temporär wohnenden und immer wieder besuchenden Menschen zeigt, welchen Auswirkungen die Verortung einer solchen Menschengsammlung und -frequenz für die gesamte Stadt und für den jeweiligen Standort hat.⁴⁹

Die Entscheidung über einen Krankenhausstandort verändert die gesamte Stadt, deren Infrastruktur und Verteilung der Zentren sowie deren räumliche Erscheinung. Es ergibt sich so die Möglichkeit, bei der Entwicklung von Krankenhausprojekten nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern auch die Stadt zu gestalten.

1.46 Steffensen 2013a: 21
1.47 Wischer 2007a: 10 und 2007d: 106; Weller. 2014: 41

1.48 Nickl 2013: 86

1.49 Prem 2013: 19



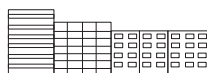
„Krankenhäuser waren und sind öffentliche Einrichtungen von besonderer Bedeutung für das jeweilige Gemeinwesen, ähnlich Rathäusern, Bahnhöfen, Theatern, Museen. Mit ihnen wird öffentlicher Raum gestaltet.“

(Wischer 2007a: 106)



Politik

Rathaus



Wissenschaft

Universität

“Wo ist der beste Standort für ein Krankenhaus? Sollte es in naturnaher Umgebung gebaut werden? Oder sollte es von den Vorteilen der Zivilisation profitieren? Sollte es das Wissen nutzen, das sich normalerweise in der Stadt konzentriert? Wenn das Krankenhaus vor allem dem Wohlergehen der Patienten dienen soll, wie ermöglicht man das am besten? Ist die Natur ein besserer Arzt als der ausgebildete Mediziner? Und wenn ja, bedeutet das, dass ein Krankenhaus in der Stadt generell fehl am Platz ist? Wenn nicht, sollte es als Naturinsel in einem Häusermeer gestaltet werden?”

(Wagenaar 2013a: 124)

1.2.1.2 Die Frage der Verortung

Als erste und wichtigste Frage der Krankenhausplanung gilt die nach dem Ort. Es existieren viele Krankenhäuser, die sich schon seit Jahrhunderten an ihren Standorten weiterentwickeln und wachsen. Doch wo sind heute zukunftsfähigen Standorte zu finden – in- oder außerhalb der Stadt?⁵⁰

So wurde 2008 bei einem runden Tisch des *Corporations and Cities Colloquiums* zum Thema „Dilemmas in Health Care Real Estate Management“ die Frage gestellt:

“Do health care organizations prefer a location close to the urban centre with facilities in the neighbourhood or a location on the outskirts with more opportunities for expansion?”⁵¹

Wenn die Standortentscheidung für ein Krankenhaus getroffen werden kann, tritt der seltene Fall ein, eine Standortentscheidung fällen zu können, hat diese große und langfristige Auswirkungen auf die Zukunft der Gesundheitsversorgung, aber ebenso auf die Stadt. Deshalb muss sie auch als Instrument der Stadtentwicklung verstanden werden und mögliche zukünftige Veränderungen der Stadt berücksichtigen.⁵²

Die Standorte, die sich vor mehr als 200 Jahren vor den Stadtmauern entwickelt haben, sind Teile der Stadtzentren geworden. Die Krankenhäuser, die in den 1950er Jahren auf der grünen Wiese entstanden, befinden sich heute inmitten der Vorstädte.⁵³

Aufgrund der Erfahrung, dass sich die Standorte auch durch die Entwicklung der Stadt verändern und das Krankenhaus selbst stark zu dieser Veränderung beiträgt, sollten Stadtentwicklungs- und Spitalskonzepte nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Das Krankenhaus kann die Stadt im Inneren verändern, Teil einer Stadtentwicklung oder -erweiterung sein oder als Startpunkt einer neuen Stadt genutzt werden. Ob und wie dieses Potential ausgeschöpft wird, entscheidet sich oft an der Frage: Zentrum oder Stadtrand?⁵⁴

“[E]s besteht kein Zweifel, dass Krankenhäuser in der westlichen Gesellschaft zu städtischen Einrichtungen geworden sind.”⁵⁵

1.50 Steffensen 2013: 80
1.51 Voordt/Zwart 2008: 64

1.52 Wagenaar 2013a: 124
1.53 Wischer 2007d: 104 und 2013a: 124

1.54 Voordt/Zwart 2008: 64
1.55 Wagenaar 2013a: 124

1.2.1.3 Die zwei Extreme: grüne Wiese oder Stadtzentrum

Auf der grünen Wiese:

Krankenhäuser auf der grünen Wiese, in der Natur und außerhalb der Stadt werden meist nur für Sonderformen wie Rehabilitationskrankenhäuser, monodisziplinäre Spezialkliniken oder im Fall von überregionalen Versorgungszentren realisiert.

Diese werden dann entweder, ähnlich wie Sanatorien, als Erholungsorte im Grünen verstanden oder die Projekte haben einen solchen Umfang, dass sie als Stadtgründungen betrachtet werden können. Eine solche Stadt wird im Moment in St. Petersburg entwickelt.⁵⁶

„Diese Stadt wird etwa 10.000 Menschen beherbergen: Patienten, Mediziner, Personal, Wissenschaftler - mit den entsprechenden Arbeitsplätzen und dem dazugehörigen Wohnraum.“⁵⁷

1.56 Wischer 2007d :104;
Riethmüller 2007: 73
1.57 Nick-Weller 2013: 111

Gegen die Krankenhäuser außerhalb der Stadt sprechen die wirtschaftlichen, organisatorischen und sozialen Vorteile, die durch die Einbindung in das urbane Gefüge entstehen. Außerdem gewinnen die ambulanten Behandlungen immer mehr an Bedeutung, die noch stationär aufgenommen Patientinnen und Patienten verbringen zudem immer weniger Zeit pro Behandlung im Krankbett. Das führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten weit- aus häufiger für kürzere Behandlungen in das Krankenhaus kommen. Die Erreichbarkeit entwickelt sich also zusehends zu einem zentralen Aspekt der Planung.⁵⁸

„Mit wachsender Konzentration der Bevölkerung in Großstädten wird es immer wichtiger und sinnvoller werden, Krankenhäuser im Stadtzentrum zu haben.“⁵⁹

1.58 Stapf-Finé/ Schöllkopf 2007b: 92
1.59 Steffensen 2013b: 187

Im Stadtzentrum:

Viele Krankenhäuser sind wie Einkaufszentren in der Peripherie gelandet.

„A hospital, however, is not an entity unto itself, but a part of daily life. Therefore it should be anchored in a multifunctional urban setting.“⁶⁰

Vieles spricht für Krankenhäuser in der Kernstadt, deren Realisierung ist nicht mehr so undenkbar, wie es noch vor einigen Jahrzehnten schien. Das Krankenhaus hat viele seiner architektonischen Spezifika verloren, überdimensionale „quasi industrielle Solitärbauten“ werden nicht mehr benötigt. So können sich die Gebäude besser einer vorgegebenen urbanen Struktur anpassen. „Das führt uns zu dem städtischen Kontext, der wahrscheinlich noch wichtiger ist als das Gebäude selbst.“⁶¹

1.60 Diresen 2006: 107
1.61 Wagenaar 2013a: 147

Das Krankenhaus sollte zentral und gut angebunden „im innerstädtischen Ensemble stehen, am besten neben dem Bahnhof.“⁶² Wenn tausende Menschen, Angestellte, Besucherinnen und Besucher und meist ambulante Patientinnen und Patienten täglich zu einem großen Krankenhaus fahren, kann ein Standort außerhalb der Stadt merkliche Umweltauswirkungen mit sich bringen.⁶³

Gleichzeitig wird der Krankenhausbesuch immer stärker Teil des alltäglichen Lebens der Menschen. Die Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit verschwimmen langsam, Krankenhausbesuche entwickeln sich für viele Menschen zu einem Teil ihres normalen Lebens. Gesunde oder fast gesunde Menschen bilden hierbei keine Ausnahme. Der Krankenhausbesuch als Praxis

verlangt somit nach einer Art Alltagsnähe – an den Orten, an denen Menschen schlafen und arbeiten, in den Nachbarschaften, in denen sie leben und nahe den Straßen, in denen sie einkaufen.⁶⁴

Das innerstädtische Krankenhaus erleichtert nicht nur diesen Alltag, sondern kann „[nicht] nur die physische, sondern auch die psychische Distanz zu Krankenhaus als Institution und Instanz“⁶⁵ verringern. Die Menschen, die vorübergehend im Krankenhaus leben, können die Infrastruktur der Stadt nutzen. Das ist insbesondere für Menschen wichtig, die sehr lange Zeit im Krankenhaus verbringen müssen. Für diese Patientinnen und Patienten kann das urbane Umfeld dazu beitragen, Kontakte aufrechtzuerhalten und am städtischen Leben teilzuhaben.⁶⁶

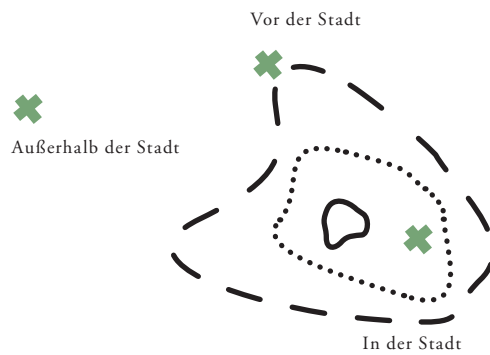
1.62 Steffensen 2013b: 187
1.63 Wagenaar 2013a: 147
und Steffensen 2013b: 187

1.64 Stapf-Finé/Schölkopf 2007b: 91;
Concepts MedSync
1.65 Steffensen 2013b: 187
1.66 ebd. und Wagenaar 2013a: 147

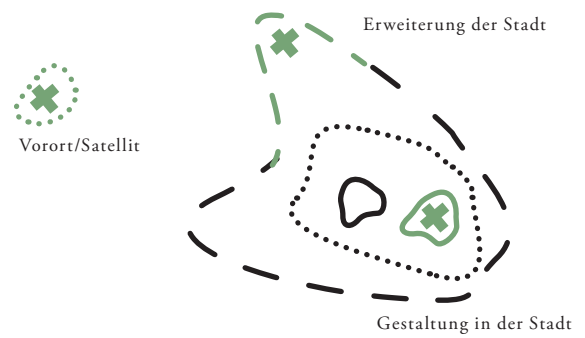
„Durch die zunehmende Urbanisierung und die erhöhte Aufmerksamkeit auf den Aspekt der Nachhaltigkeit ist es wichtig, sich von den früheren Krankenhauskolossen in der Vorstadt zu verabschieden. In puncto Standort und Planung müssen Krankenhäuser der Stadt näher sein, um von deren Synergien und Zukunftsfähigkeit zu profitieren.“ (Steffensen 2013b: 185)

Die Entstehung von Zentren durch Krankenhäuser

Krankenhausstandorte



Entwicklungsmöglichkeiten



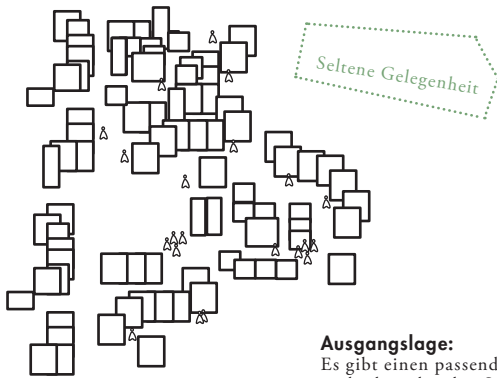
Krankenhaus als Stadtbaustein

Je nach Standort, ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten das Krankenhaus zu Stadtentwicklung zu nutzen. Genauso kann ein Krankenhaus in der Stadt bestehende Infrastrukturen nutzen.

(Wischer 2007: 13a; Driesen 2013: 112)

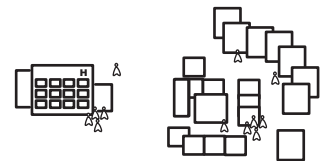
Was kommt zuerst, Krankenhaus oder Stadt?

Bestehende Stadt - Neues Krankenhaus



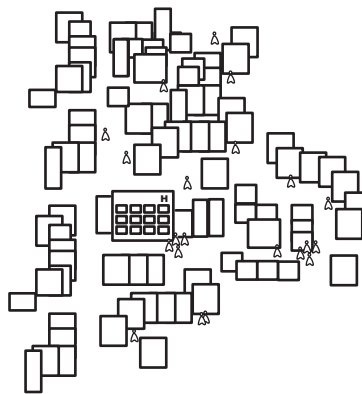
Bestehendes Krankenhaus - Neue Stadt

Das Krankenhaus als Pionier



Vorgang:
Das Krankenhaus wird in die bestehende Stadt integriert.

Vorgang:
Die Stadt wächst um das Krankenhaus.



1.2.1.4 Das Krankenhaus als Pionier

Die Realität der gewachsenen Stadt erschwert uns die Errichtung von innerurbanen Krankenhäusern. Ähnlich inpraktikabel erscheint es, existierenden Vorstadtkolosse zu versetzen. Paraphrasiert gesagt: wenn der Koloss nicht in die Stadt kommt, dann kommt die Stadt zum Koloss! Zum Teil geschieht dies allein durch Stadtwachstum. In dem Prozess des Umwachsens kann das schon etablierte Krankenhaus eine stadtvorbereitende Rolle spielen. Genauso können Krankenhausbauten die Entwicklung neuer Stadtquartiere im Vorhinein mitdenken und hierdurch neue Zentren und Verbindungen mitentwickeln. Mit dem Krankenhaus als Pionier wird die Nachbarschaft entwickelt.⁶⁷

Als Beispiel wird immer wieder das Herlev Krankenhaus in Kopenhagen herangezogen. Es wurde in den

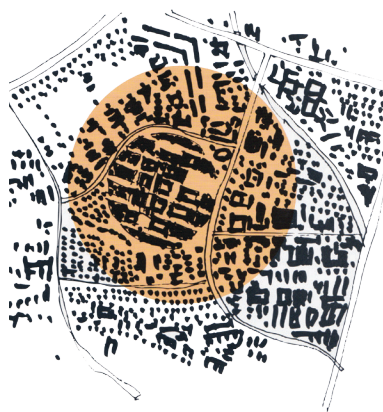
1960er Jahren nahe der Umfah- rungsstraße auf freiem Gelände errichtet. Gemäß dem Baustil dieser Zeit befindet sich neben einem Flachbau mit mehr als 42.000 m² ein 90 m hoher Bettenturm. Das Krankenhaus wird im Rahmen des Masterplans 2020 um 51.000 m² erweitert. Auch wenn die Stadt schon dabei ist, um das Kranken- haus zu wachsen, sind die direkt an das Bestandsgelände angrenzenden Flächen noch frei. Der Entwurf von Henning Larsen Architekten, die das Projekt als „kleine Stadt anstelle von großen Gebäuden“⁶⁸ planen, sieht die Entwicklung der Verbindung vom Krankenhaus zur Stadt als Teil des Masterplans. Neben den für die absehbaren Krankenhausnutzungen programmierten Flächen, wird ein Teil des Geländes vorerst als „tem- poräre urbane Landschaft“ genutzt.

Nach und nach, wenn es Flächen- bedarf von Seiten der Stadt oder von Seiten des Krankenhauses gibt, wird die Fläche bebaut. Es können weitere Krankenhaus- und For- schungseinrichtungen, Einzelhandel, kulturelle Nutzungen, Bildungsein- richtungen oder Wohnbau entste- hen und die Verbindung zwischen Krankenhaus und Stadtzentrum sich entwickeln.⁶⁹

1.67 Steffensen 2013: 80a und Voort/Zwart 2008: 64

1.68 Steffensen 2013a: 78

1.69 Steffensen 2013a: 80, Buschbeck/Glade: 2012: und Wischer 2007e: 278



2020 —
(20xx)
Skizze der Lageveränderung des
Universitär Hospitals Kege

1.2.1.5 Wege zum Stadtbaustein

Durch die lange Beständigkeit von Krankenhausstandorten werden in den meisten Fällen bestehende Standorte weiterentwickelt, bei denen sich dann die Frage nach dem idealen Ort nicht stellt. Die Dauerhaftigkeit des Stadtbausteines, trägt im Besonderen zur urbanen Kontinuität der Umgebung und der Stadt im Gesamten bei.⁷⁰

Das bedeutet, dass die Mitentwicklung der immer wichtiger werdenden urbanen Einbettung bei Um- und Weiterbauten Voraussetzung für die Urbanisierung der Krankenhäuser ist. Ziel muss es sein, Verbindungen zwischen Stadt und Krankenhaus zu schaffen, so dem Krankenhaus seinen Inselstatus zu nehmen und den „Respektsabstand“ zur Nachbarschaft aufzulösen.

Umgekehrt muss sich auch die Stadt an das Krankenhaus heran entwickeln und innerhalb des urbanen Gewebes eine Weiterentwicklung der Krankenhäuser möglich machen. Das kann nur durch ein gemeinsames Planen von Krankenhaus- und Stadtstrukturen geschehen.⁷¹

^{1.70} Driesen 2013: 112; Wischer 2007b: 13

^{1.71} Siehe Kapitel: Das Krankenhaus in der Stadt

Verschiedene Möglichkeiten der Integration des Krankenhauses in den Stadtraum



„Integration, Kooperation und Koordination sind lediglich die Kehrseite der fortschreitenden und im Wesentlichen auch unvermeidlichen Arbeitsteilung und Spezialisierung. Der Menschliche Körper ist ein fast unüberschaubarer komplexer Organismus. Daher ist allen modernen Versorgungssystemen immanent, dass sie eine starke Tendenz zur Fragmentierung aufweisen, der nur mit Bemühungen zur Koordination, Kooperation und Integrationent gegengewirkt werden kann.“

(Kühn 2007: 99)

1.2.1.6 Zentralisierung vs. Dezentralisierung

Im Moment sind in der Krankenhausplanung zwei einander scheinbar entgegengesetzte Tendenzen zu beobachten. Es werden kompakte Komplexe geplant, die unter einem Dach eine dichte professionalisierte und effizienzsteigernde Umgebung schaffen sollen. Gleichzeitig scheint es, dass neue Technologien wie Telemedizin, webbasierte Robotertechnik und kleinere, mobilere Medizintechnik eine erneute Dezentralisierung ermöglichen. So können die durch dezentrale Struktur entstehenden Vorteile wie Flexibilität und leichtere Einbindung in den Alltag genutzt werden.⁷²

„Einerseits gibt es Tendenzen zu großen und kompakten Komplexen, die auf kurzzeitige Effizienz und die Schaffung konzentrierter professioneller Umgebungen zielen. Andererseits sind Informationstechnologie, Telemedizin, webbasierte Robotertechnik, Mobilität etc. nur einige der Parameter, die in Richtung der Dezentralisierung und Integration in den städtischen Kontext und die Option, zuhause in normalen sozialen Netzwerken zu bleiben und unnötige Institutionalisierung zu vermeiden, deuten.“⁷³

1.72 Steffensen 2013a: 21
1.73 ebd.

Dezentralisierungsaspekte:

Hans Nickl äußerte beim 5. Symposium „Health Care der Zukunft“ 2014 die Vermutung, dass sich das klassische Krankenhaus in kleine Einheiten auflösen wird.⁷⁴

„Die Notfallzentren und hochtechnisierte Bereiche wird es noch geben, aber vieles werden wir nicht mehr brauchen. Durch die enormen Rechenleistungen und entsprechende Geräte oder Apps kann vieles außerhalb des Krankenhauses ohne Arzt beim Patienten selber diagnostiziert werden. Drohnen bringen dann umgehend die erforderlichen Medikamente.“⁷⁵

So könnte die Zukunft der Krankenhäuser in der Dezentralisierung liegen. Die Institutionen verteilen sich in kleine Einheiten über die Stadt, um so eine Art räumlicher Effizienz zu schaffen – jeder Teil des Krankenhauses stünde dann dort, wo er gebraucht wird. Beim sogenannten Big-Bang-Konzept können sich die einzelnen Einrichtungen auf kleineren Bauplätzen oder im Bestand entwickeln, den für die spezifische Aufgabe idealen Standort wählen

1.74 Buschbeck 2014
1.75 Nickl, zit. nach Buschbeck 2014

und auf Veränderungen rascher und flexibler reagieren.⁷⁶

“They are better able to gear care strategy, care processes and logistics to each other. It is just like small ships, which are faster and more manoeuvrable than big super tankers.”⁷⁷

Solche kleine Einheiten schaffen eine größere Nähe zum tatsächlichen Umfeld der Menschen. Die einschüchternden Krankenhauskomplexe lösen sich in kleine, überschaubare und lebensnahe Einheiten auf. Das verringert die Schwellenangst der Bevölkerung, Gesundheitsversorgung wird alltäglicher. Die Gesundheitsförderung findet so näher an den realen Lebenswelten der Menschen statt, was gerade für eine *verhältnisorientierte Gesundheitsförderung*⁷⁸ von besonderer Bedeutung ist.

1.76 Steffensen 2007:184 und Concepts Medsync 2016

1.77 Voort/Zwart 2008: 65

1.78 Unter verhältnisorientierte Gesundheitsförderung wird das Gegenstück zur verhaltensorientierten Gesundheitsförderung verstanden. Über das individuelle Verhalten hinaus sollen die Lebensbedingungen der Menschen gesundheitsfördernd gestaltet werden.

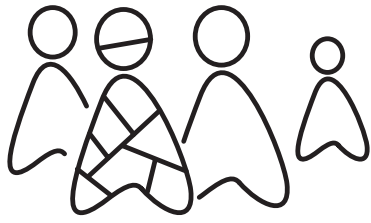
Zentralisierungsaspekte:

Dezentralisierung kann aber auch zu einer Fragmentierung der Behandlung führen. Teile des Körpers verschiedenen medizinischen Abteilungen zuzuordnen und die Abteilungen getrennt voneinander zu entwickeln, führt zu einem höheren Koordinations- und Kooperationsbedarf, welcher in größeren Strukturen leichter zu organisieren scheint. Gleichzeitig kann eine kleingliedrige Versorgungsstruktur gerade für multimorbide Patientinnen und Patienten zu einem unübersichtlichen Behandlungsangebot führen. Viele unterschiedliche Anlaufstellen erhöhen den Koordinationsaufwand und die Eigenverantwortung der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten. Darin wird auch die Gefahr gesehen, dass diese Individualisierung zu steigenden Ungleichheiten führen kann.⁷⁹

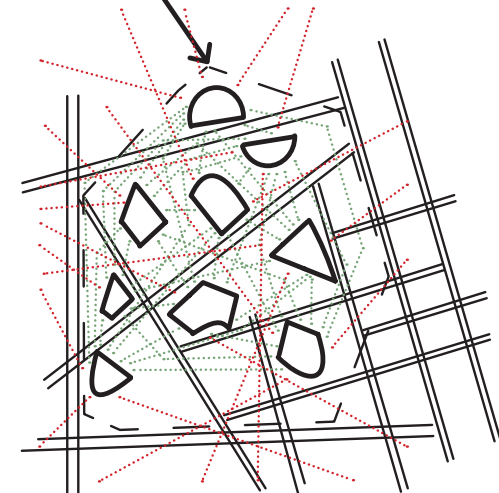
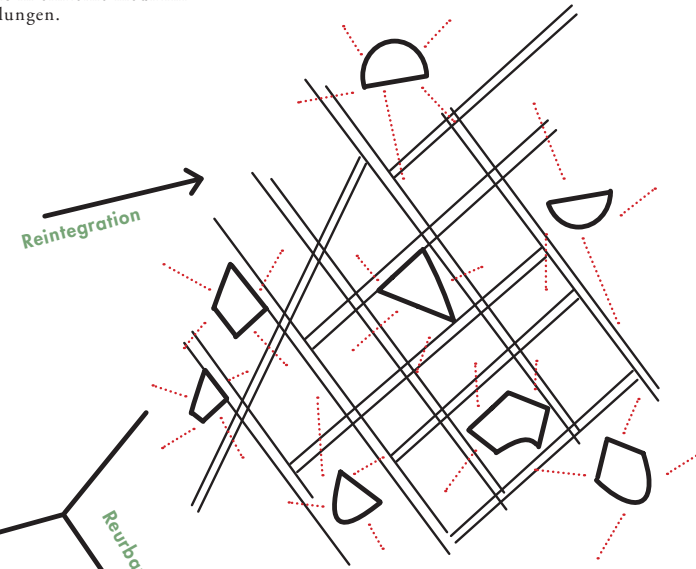
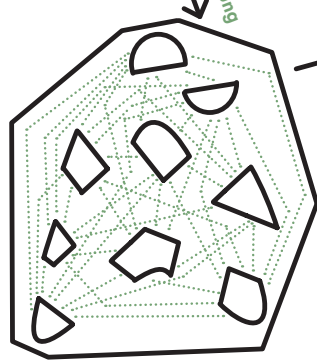
1.79 Kühn 2007: 99

Eine Auflösung zentralisierter Strukturen, welche nicht entlang der Disziplingrenzen, sondern entlang der Behandlungsstufen ansetzt, führt zu ähnlichen Problemen. Für die Medizin und vor allem für Forschung, Lehre und Ausbildung ist die Verbindung von Behandlung und stationärer Betreuung von großer Bedeutung. Für die Menschen, die auf Behandlung und/oder Pflege angewiesen sind, können Diskontinuitäten, Wartezeiten und Schwierigkeiten durch einen mangelnden Informationsfluss entstehen. Diese Probleme sind auch in Österreich durch die organisatorische Trennung von Krankenhaus und niedergelassenem Bereich häufig zu beobachten.⁸⁰

1.80 ebd. und Voort/Zwaart 2008: 65



Dezentralisierung/Isolierung
Die Fragmentierung des komplexen Körpers in einzelne medizinische Abteilungen.



Wiedervernetzung der Abteilungen/Funktionen mit der Umgebung
Integration, Koordination und Kooperation der Krankenhausteile mit ihrem Umfeld

Innere Vernetzung und Vernetzung nach Außen
Reurbanisierung durch Integration, Koordination und Kooperation der Krankenhausteile untereinander und mit dem urbanen Umfeld.

Wiedervernetzung der Abteilungen/Funktionen
Integration, Koordination und Kooperation der Krankenhausteile untereinander.

Fragmentierung und Wiedervernetzung der Teilreiche des Krankenhauses. (Kühn 2007: 99)

1.2.1.7 Cluster und Layer

„The focus for the city of Helsinki is shifting from large “hot” hospitals to campus-like structures mixing rehabilitation with other housing and service buildings, thus enabling flexibility and adaptability in an environment that is becoming increasingly less predictable (...) focused on the possible adaptability of the buildings and their position in the cityscape.“⁸¹

Cluster- und Layerkonzepte versuchen die Vorteile der Zentralisierung wie auch der Dezentralisierung zu nutzen.

Der in die Stadt integrierte Cluster bildet ein in sich eng vernetztes Zentrum. Gleichzeitig kann er, durch große Berührungsbereiche, qualitativ hochwertige Schnittstellen mit der Umgebung schaffen.

Der Gesundheitscluster kann weit mehr Gesundheitseinrichtungen beherbergen als nur das Krankenhaus. Der niedergelassene Bereich, sozialmedizinische Zentren und Institutionen der Gesundheitsförderung können und sollen in solchen Gesundheitsnetzwerken (zumindest

räumlich) integriert werden. Die harten Grenzen des Krankenhauses werden aufgeweicht und Teile der kleinteiligen Versorgung werden vernetzt und gebündelt.⁸²

„Das einzelne Krankenhaus, wie die einzelne Praxis, hat als isolierte Einheit (...) keine Überlebenschance. [...] Nur durch lokale und regionale Clusterbildung ist eine sinnvolle Abstimmung von Leistungsvolumen, -breiten und -tiefen und die Realisierung von Synergieeffekten qualitativer und wirtschaftlicher Art möglich.“⁸³

Ein Beispiel für einen solchen Krankenhauscluster ist das Core Hospital Concept des Niederländischen Architekturbüros VenhoevenCS. Eine Art Kernkrankenhaus beinhaltet die sogenannten *hotfloors* (ca. 15% der Krankenhausfläche) und die direkt angeschlossenen Funktionen. Alle weiteren Bereiche müssen nicht unbedingt in unmittelbarer Nähe der Kernkrankenhäuser liegen. Die herausgelösten Teile verlieren viele ihrer Spezifika und passen sich anderen Regeln wie Wohnungs-, Büro- oder Siedlungstypologien an.⁸⁴

“They make the logistic node of the central hospital less complex and open possibilities to locate some parts elsewhere in the city or in the periphery.“⁸⁵

Dieses, von Cor Wagenaar auch als *Layer-Modell* bezeichnete Konzept, geht davon aus, dass diverse Teile des Krankenhauses unterschiedlich stark von der urbanen Einbindung profitieren und verschiedene, widersprüchliche Standortbedürfnisse haben.

So benötigen die einen Einrichtungen Ruhe, Grünräumnähe und Abgeschlossenheit, während andere von der Nähe zum Zentrum, zu Universitäten und einer Einkaufsstraße profitieren können.

Solche Gesundheitszentren, *Care-Boulevards*, ausgelagerte Bettenbereiche⁸⁶ oder gesundheitsfördernde Einrichtungen bilden medizinische Subzentren. Sie sind weder räumlich noch organisatorisch von einem einzelnen Krankenhaus abhängig.

Diese Subzentren können durch die Bündelung davor zerstreuter Angebote wie z.B. Labore, Facharzt-

1.81 Aus dem Juryprotokoll von European 12 Helsinki

1.82 Wagenaar 2013: 209
1.83 Bruckenberg 2006
in: Riethmüller 2007: 73
1.84 VenhovenCS: 2004; Wagenaar 2013b: 107; Wagenaar 2013a: 147

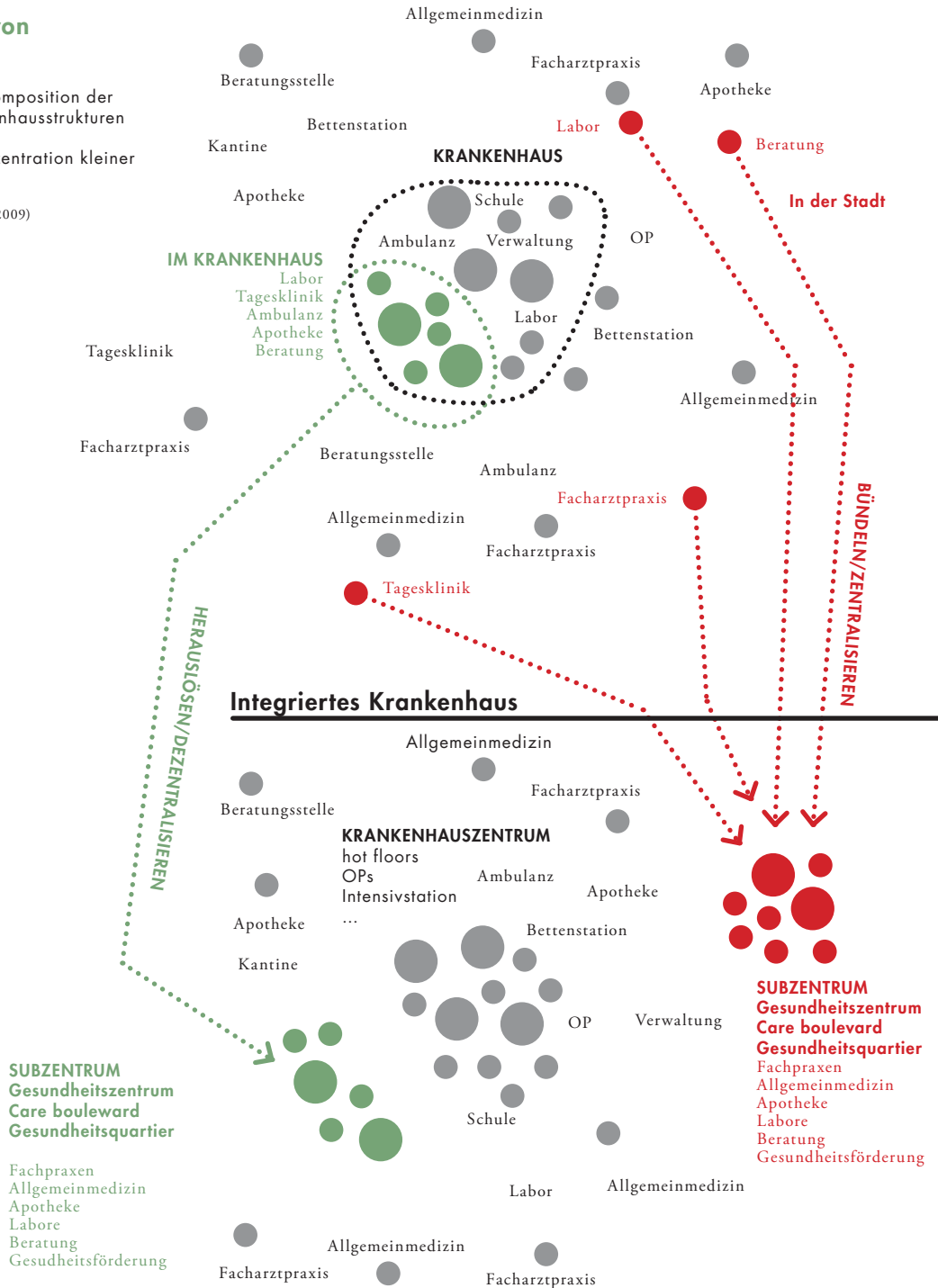
1.85 Wagenaar 2013b: 107
1.86 Hierzu: 1.2.2.4 Verortung der (Kranken) Betten

Zentralkrankenhaus

Entstehung von Subzentren

... durch die Dekomposition der großen Krankenhausstrukturen
 ... durch die Konzentration kleiner Einheiten

(Vgl. Wagenaar 2013; 2009)

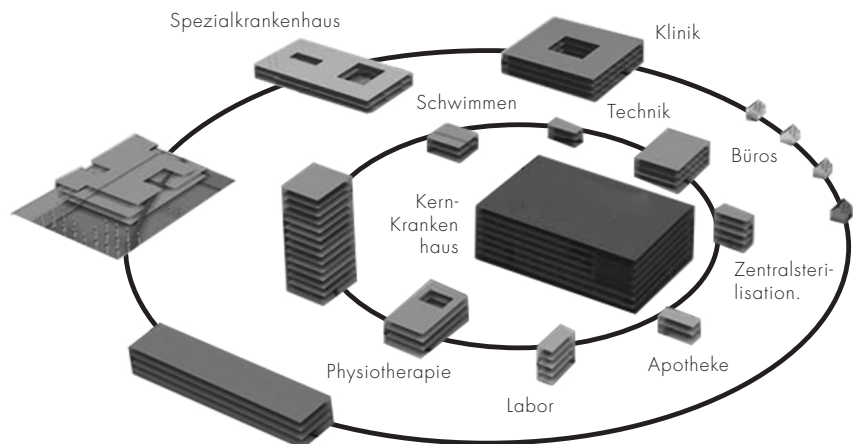


praxen oder Beratungseinrichtungen entwickelt werden oder durch das Herauslösen von Teilen (wie Patientinnen- und Patientenunterkünften, Behandlungs-, Büro-, Versorgungs- oder Beratungseinheiten) aus dem konzentrierten Zentralkrankenhaus entstehen.⁸⁷

Daraus resultiert die Auflösung der klaren Kante zwischen Krankenhausgelände und Stadtraum. Es entstehen Mischbereiche, die nicht mehr klar dem Krankenhaus oder der Stadt zugeordnet werden können. Von ihnen können Stadt und Krankenhaus in besondere Weise profitieren. Diese Verzahnung und Vermischung von Krankenhaus und Quartier beschreiben die zweite Ebene der Krankenhausurbanisierung: Das Krankenhaus im Quartier.

Layer Krankenhaus:

Schematische Darstellung
 Verschiedene Teile des Krankenhauses können unterschiedlich weit vom Kernkrankenhaus entfernt sein. Es entstehen Kern- und Nahbereiche und in der Stadt verteilte Satelliten.
 (VenhoevenCS 2004)



1.87 VenhoevenCS: 2004 und Wagenaar 2013b: 104-107

Boston Concept:

Das Boston-Concept soll dazu beitragen, dass sich Menschen nach einer stationären psychiatrischen Behandlung wieder schneller an den außerklinischen Alltag gewöhnen. Ziel ist es, dass die Patientinnen und Patienten den Kontakt zum „normalen“ Leben im „normalen Stadtraum“ nie ganz verlieren oder ihn schnell wiederaufnehmen. Dazu wird der Klinikalltag mit dem der Umgebung verwoben. Beispielsweise können Stationen und Behandlungsräume so verortet werden, dass die Patientinnen und Patienten täglich einen kurzen Weg durch die Stadt bestreiten.

(Anthony/Farkas 2009; Wagenaar 2013b:107)



Die Krankenhaus als Gesundheitscluster

Verschiedene Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und -versorgung werden in Cluster zusammengefasst, es entsteht eine stärkere Verbindung zwischen den Gesundheitssektoren. So verliert das Krankenhaus den Inselstatus und wird Teil eines Netzwerkes.

(VenhoevenCS 2004; Wagenaar 2013b:107)

Erreichbarkeit aus der Stadt Nähe zur Forschung Freizeitangebote Erreichbarkeit aus dem Umland
 Nahversorgung Laufkundschaft Infrastruktur Verfügbare Flächen Ruhe Grünraumnähe zur Erholung

Stadtzentrum

Außerhalb der Stadt

(VenhoevenCS 2004 und Wagenaar 2013b: 104ff)



1.2.2 Ebene 2: Teil der Stadt - Krankenhaus im Quartier

„Die Verzahnung eines Krankenhauses mit dem städtischen Umfeld ist daher sein funktionaler und ästhetischer Mehrwert.“

(Nickl-Weller/Nickl 2013a: 48)

„Die offene Grenze kann das Gefühl vermitteln, das städtische Leben als Apotheose des Alltags sei in Reichweite, also das normale Leben und die Gesundheit.“ (Wagenaar 2013b: 169)

1.2.2.1 Das Krankenhaus als Teil der Stadt

Die strenge Grenze zwischen den Gebäuden für die Kranken und denen für die Gesunden ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Gesundheitswissenschaftlich wurde die Dichotomie von Krankheit und Gesundheit durch das Modell des Krankheits-Gesundheitskontinuums abgelöst.⁸⁸ Viele Menschen leben mit mehr oder weniger schweren Krankheiten, die Gesundheitsvorsorge ist und soll Teil des (alltäglichen) Lebens aller Menschen sein. So müssen auch die Grenzen zwischen institutionalisierter Medizin im Krankenhaus und alltäglichem Leben in der Stadt abgebaut werden. Die Idee der Funktionstrennung, die als Idee für viele Teile der Stadt als überholt gilt, muss so auch im Bezug auf Gesundheitsbauten überdacht werden.⁸⁹

„Mit zunehmender Wahrnehmung der Defizite im kommunalen Leben wuchs allerdings auch der Zweifel an der Trennung zwischen Gesundheit und Krankheit im Bild der Stadt. War und ist nicht Krankheit Teil des normalen Lebens? Die Formen der Krankenhäuser spiegeln auf

sehr natürliche Weise die Stadt wider und ergänzen sie.“⁹⁰

Dietmar Eberle, der das Krankenhaus als „normale“ Bauaufgabe versteht, fordert dessen Beitrag für Ort und für die Öffentlichkeit.

„Was kann denn so ein Krankenhausgebäude in seiner Erscheinungsform, in seiner Funktion, in seinem Ineinandergreifen für Orte, Stadtquartiere etc. bedeuten?“⁹¹

Die Brücke zwischen Stadt und Medizin, die Cor Wagenaar beschreibt, soll das in die Stadt integrierte Krankenhaus sein. Diese Verbindung muss funktional, sozial, baulich und strukturell geschlagen werden. Dafür reicht es nicht aus, das Krankenhaus nur als Brückenelement zu verstehen. Es muss selbst in das alltägliche Leben der Menschen, sowie in die Stadt verankert werden. Genau so muss das „normale“ städtische Leben seinen Platz im Krankenhaus finden. Am Weg vom Krankenhaus in der Stadt zum Krankenhaus als Teil der Stadt geht der eigenständige

institutionelle Charakter Schritt für Schritt verloren. Die Aufgaben des Krankenhauses...

„[...] erweitern sich um die Dimension des gesunden Lebens am jeweiligen Ort. Das kann zu Lösungen führen, die vielleicht weniger „rein“, aber lebensnäher sind. Nicht nur das Krankenhaus, sondern vor allem die gesundheitsfördernde Gestaltung der Stadt, ihrer Wohngebiete und das Netz ihrer sozialen Infrastruktur muss Planungsgegenstand werden!“⁹²

Dazu muss sich das Krankenhaus selbst funktional, räumlich und strukturell mit der Umgebung verzahnen und vermischen. Es ist notwendig, die Krankenhausplanung über die Krankenhausmauern hinaus zu denken. Denn selten sind die Qualitäten des Quartiers schlecht für das Krankenhaus, oder umgekehrt.⁹³

1.88 Das Krankheits-Gesundheitskontinuum ist Teil Aron Antonovskys Konzepts der Salutogenese, das in den 1980er Jahren die tathogene Sichtweise auf Gesundheit ablöste. Siehe: Exkurs: Salutogenese Kühn 2007: 99

1.90 Wischer 2007d: 106
1.91 Eberle 2013: 97

1.92 Wischer 2007d: 108
1.93 Wagenaar 2006: 104; Kühn 2007: 99; Wischer 2007d: 106-108

„Durch die Öffnung zum alltäglichen Leben im Wohnviertel streift das KTP-Krankenhaus sein institutionelles Stigma ab, noch bevor man es betritt, und wird somit integraler Teil des städtischen Lebens.“

(Wagenaar 2013b: 191)

1.2.2.2 Integration von Quartiersfunktionen in das Krankenhaus

Das Krankenhaus beherbergt eine Reihe an Funktionen, die nicht unbedingt am Krankenhausgelände angesiedelt sein müssen und oft außerhalb des Krankenhauses besser aufgehoben wären. Technische Dienstleistungen, Verwaltungseinrichtungen, die Küche oder die Tischlerei könnte man auch außerhalb des Krankenhauses ansiedeln. So könnte zum Beispiel die Küche des Krankenhauses, das Pflegeheim oder der Kindergarten in unmittelbarer Nähe ihre jeweiligen Funktionen erfüllen.

Darüber hinaus benötigen die Menschen, die im Krankenhaus arbeiten, Besuche machen oder behandelt werden, auch alltägliche Dinge, die einen gut funktionierenden Ortskern oder eine Einkaufsstraße ausmachen und so auch von solchen geleistet werden können.

„Eine gute Einbindung in ein urbanes Umfeld mit Infrastruktur für Handel, Kultur, Freizeit und Erholung, Wohnen und Soziales reduziert das für Patienten und Personal wichtige Vorhalten eigener Einrichtungen für Blumen, Lebensmittel, Frisör, Restaurant, Buchhandlung, Apotheke, Post, Bank etc.“⁹⁴

^{1.94} Wischer 2007d: 106

Wenn jedoch diese Qualität im Quartier nicht zur Verfügung steht, muss sie die Krankenhausplanung selbst fördern und urbane Zentren entwickeln, die für beide Seiten einen Mehrwert darstellen. Ein Care-Boulevard wird zu einer Einkaufsstraße, das Krankenhausbistro zum Nachbarschaftscafé und der Veranstaltungsraum wird auch von der Nachbarschaft genutzt. Das Krankenhaus als Großprojekt hat die Möglichkeit, dies zu tun. Es fördert damit nicht nur die Entwicklung des umgebenden Quartiers, sondern trägt auch dazu bei, das alltägliche, gesunde Leben in das Krankenhaus hinein zu holen. Das funktioniert allerdings erst, wenn das Krankenhaus als *Unort* enttabuisiert wurde.⁹⁵

^{1.95} Steffensen 2013: 180

„A hospital, however, is not an entity wpart of daily life. Therefor it should be anchored in a multifunctional urban setting.“

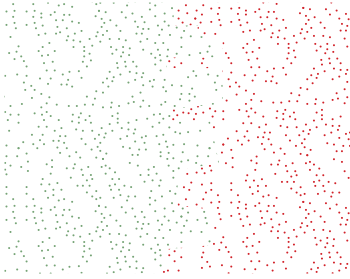
(Driesen 2006: 197)

Verzahnung und Vermischung des Krankenhauses mit der Nachbarschaft

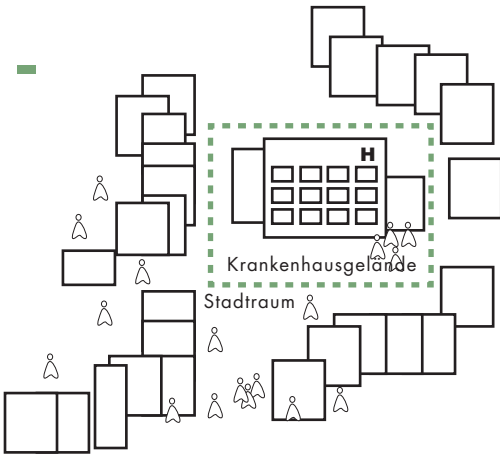
Für die Integration des Krankenhauses in die Stadt muss die Kante zwischen Krankenhaus und Stadt zu einem verbindenden und gemeinsam genutzten Raum werden. Wenn wir diesen Gedanken weiterführen, müssen wir die Frage stellen, ob nicht das gesamte Krankenhausgelände als Teil des Quartiers betrachtet werden sollte.

(Kühn 2007: 99)

Vermischung

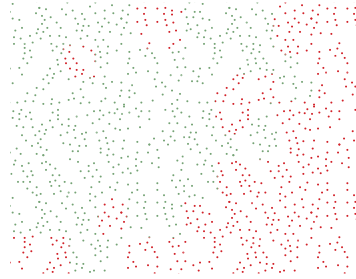


Bestehende Strukturen treten in Beziehung

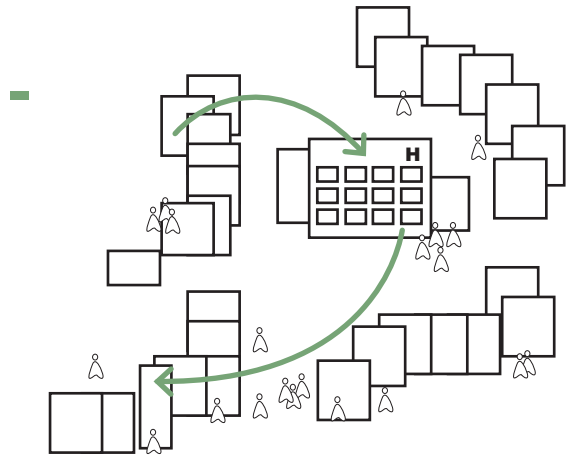


Der Bereich zwischen Stadt und Krankenhaus ist nicht Grenze, sondern gemeinsamer und verbindender Raum.

Verzahnung

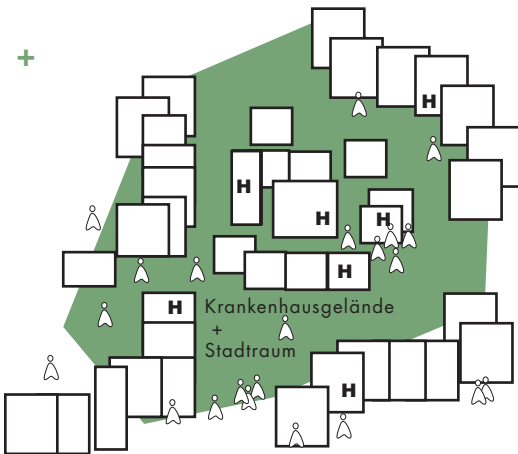


Es entwickelt sich ein gemeinsames Ganzes

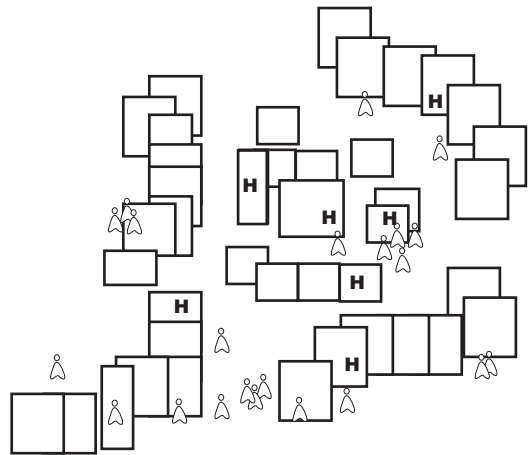


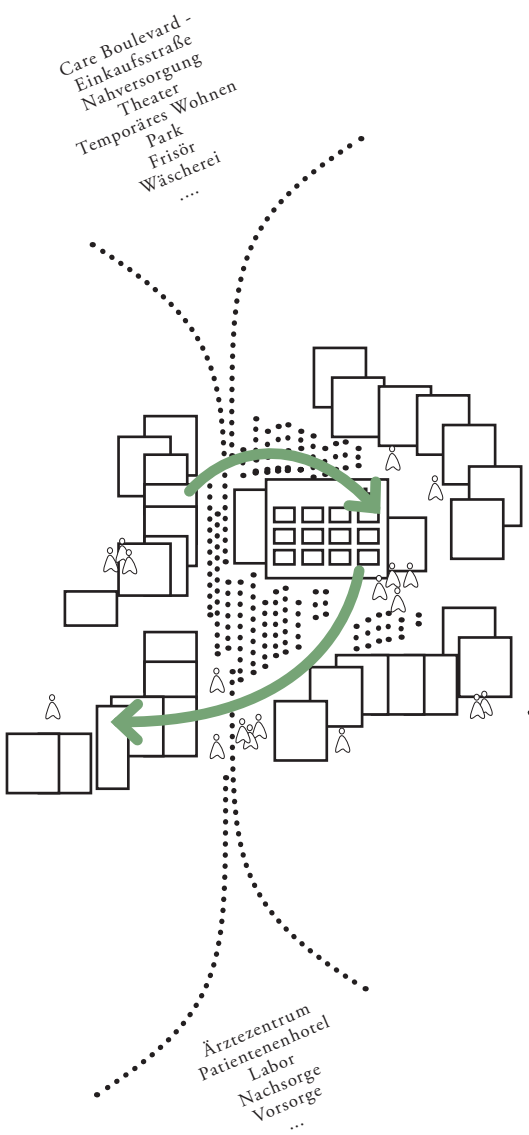
Das Krankenhaus verliert sein isoliertes Gelände und wird Teil des Quartiers. Es gibt städtische Funktionen im Krankenhaus und gesundheitsfunktionen im städtischen Raum.

+

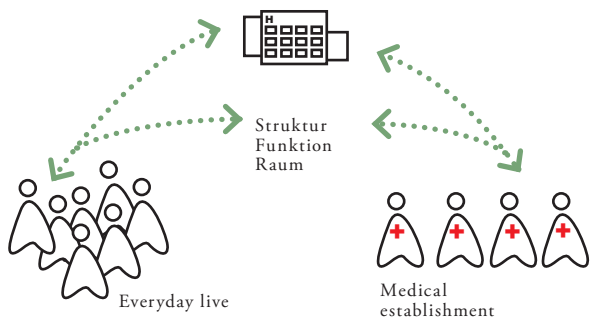


+

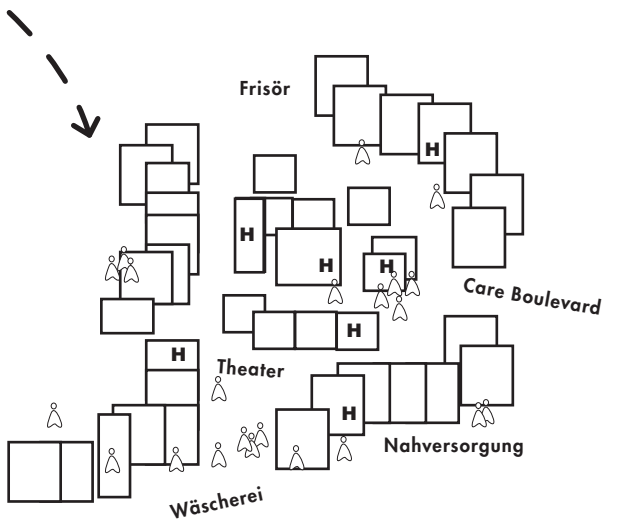




Funktionale Integration



Brücke zwischen Alltag und Medizin
(Wagenaar 2006: 104)



1.2.2.3 Integration von Gesundheitsfunktionen in das Quartier

Gesundheit und so auch Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung passieren nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der Stadt. Im Rahmen einer integrierten Versorgung gibt es zwischen „gesund daheim“ und „krank im Stationsbett“ einen weitaus fließenderen Übergang als früher. Das erfordert verstärkte Koordination und Kommunikation zwischen Primärversorgung in der Stadt und dem sekundären Bereich des Krankenhauses.⁹⁶

„Einrichtungen ambulanter Dienstleistungen rücken baulich und organisatorisch an das Krankenhaus heran: Untersuchungs- und Behandlungsbereiche werden erweitert, leerstehende Gebäude aktiviert, Gebäude des Krankenhauses an niedergelassene Ärzte vermietet oder am Gelände wird ein Praxisgebäude errichtet.“⁹⁷

Krankenhauseinrichtungen verlassen immer öfter das Kerngelände und positionieren sich im Stadtraum. Neben nicht-medizinischen Funktionen ist die Verortung in der Stadt für die Bettenbereiche ein Thema.⁹⁸

If it is true, that hospitals should try to bridge the gap between the medical establishment and everyday life – if only because they address urgent private concerns that are, eventually, part of everybody's life – then this would call for strategies to reintegrate the hospital into the urban tissue. (Wagenaar 2006: 104)

1.96 Stapf-Finé/Schölkopf 2007: 90
1.97 Wischer 2007c: 93
1.98 ebd.: 94

1.2.2.4 Verortung der (Kranken)Betten

Früher bestanden Krankenhäuser vor allem aus Bettenstationen – es wurde versucht, durch Fürsorge und Pflege das Leid zu mindern. Heute werden die stationären Aufenthalte, so weit es geht, auf ein Minimum reduziert. Waren historische Hospitäler als Krankensaal mit ein paar wenigen Nebenräumen organisiert, stehen heute die hochtechnisierten Untersuchungs- und Behandlungsbereiche im Zentrum.

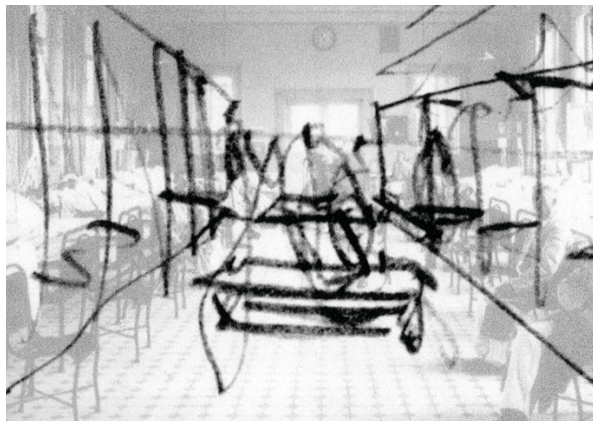
1



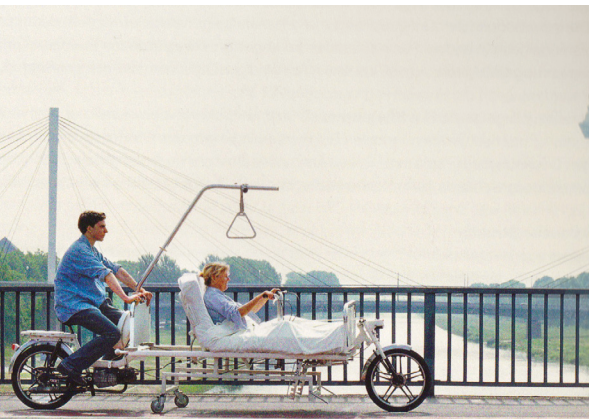
2



3



4



5



Die Veränderung der Krankenbetten: Von der Krankenhalle zum mobilen Bett.

In „Marcovaldo oder die Jahreszeiten in der Stadt“ erzählt Italo Calvino die Entlassung Marcovaldos aus dem Krankenhaus. Die Geschichte beginnt mit dem Übergang Marcovaldos aus dem geschützten Krankenhaus zurück in die städtischen Alltagswelt.

“Wenn der Tag gekommen ist, an dem man das Krankenhaus verlassen soll, dann weiß man dies seit dem frühen Morgen und fühlt sich schon frisch und munter. So schreitet man durch die Säle, fällt in seine gewohnte Gangart, pfeift, kehrt vor den anderen Patienten den Gesunden heraus, nicht, um sie beneiden zu lassen, sondern weil man Vergnügen daran findet, einen ermutigenden Ton zu gebrauchen. Man sieht hinter den Fenstern die Sonne und den Nebel, falls es neblig ist, man hört die Geräusche der Stadt, und alles ist anders als zuvor, da man Licht und Laute jeden Morgen wie aus einem unerreichbaren Welt hereindringen spürt, wenn zwischen den Gitterstäben des Krankenbetts aufwachte. Jetzt gehört die Welt da draußen von neuem dem Genesenen; sie erscheint ihm wieder natürlich und gewohnt, und mit einmal wird der Krankenhausgeruch gewahr.

So schnupperte eines Morgens der nun bereits genesene Marcovaldo umher, als er darauf wartete, daß man bestimmte Dinge in sein Krankenkassenbuch eintrug, damit er nach Hause gehen konnte. Der Arzt nahm die Papiere, sagte zu ihm: »Warten sie hier« und lies ihn allein in seinem Arbeitszimmer. Marcovaldo betrachtete die weiß emaillierten Möbel, die er hassen gelernt hatte, die Reagenzgläser voll trüber Flüssigkeit und suchte sich an den Gedanken zu begeistern, dass er das alles nun verlassen würde; aber es gelang ihm nicht, die Freude darüber zu empfinden die er erwartete.“ (Calvino 2015 (1963): 63)

1.2.2.4.1 Verkürzte Aufenthaltsdauer

Das Verkürzen der Aufenthaltsdauer ist eines der wichtigsten Ziele der Krankenhausplanung. So wurde auch in Österreich Ende der 90er Jahre das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF) eingeführt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser nicht mehr über einen Pauschalbetrag pro Spitaltag sondern über Fallpauschalen finanziert werden. Das soll zu einer verkürzten Verweildauer führen. So sinken trotz der gestiegenen Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten die Bettenzahlen. Die Anzahl der Betten verliert ihre maßgebende Bedeutung, während die nicht voll stationären Bereiche wichtiger werden. Daraus entwickeln sich neue, flexiblere Versorgungsformen, die entweder vom Krankenhaus selbst, in- oder außerhalb des

Krankenhauses, oder in Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich erbracht werden. Die Vor- und Nachversorgung findet oft schon in der Praxis statt, Operationsvorbereitungen in der Ambulanz. Die Pflege nach einer Behandlung wird so schnell wie möglich in teilstationäre oder tagesklinische Bereiche verlagert. So entsteht der Übergang von der Vollstation zur kompletten Entlassung als stufenweiser Prozess, der sich auch räumlich und durch die Entfernung zum Krankenhausumfeld ausdrückt. Bei dieser Art der integrierten Versorgung verschwimmen die Grenzen zwischen Primärversorgung in der Stadt und Sekundärversorgung im Krankenhaus.⁹⁹

1.99 Stäpf-Finé/Schöllkopf 2007b: 92, Nickl 2014, zit. nach Buschbeck 2014 und BMG 2010: 13

1.2.2.4.2 Unabhängige Funktionsstellen

Die Pavillonkrankenhäuser des 19. Jahrhunderts führten eine strikte und neue Abteilungstrennung ein. Jeder Pavillon bekam eigene Untersuchungs-, Behandlungs-, und Stationsbereiche. Diese Bettenbereiche waren kaum differenziert.

Erst in den Sechzigerjahren des 20. Jahrhunderts entstanden die ersten abteilungsunabhängigen Intensivstationen. Genauso wie die Intensivstation für besonders schwere Fälle entwickelt wurde, entstehen immer mehr unterschiedliche Bettenzimmer. Seitdem werden kaum mehr jedem Fachbereich Pflege, Untersuchung und Behandlung zugeordnet, sondern einzelne Funktionsstellen, wie etwa für Pflege, gebildet. Einen Grund dafür liefert die steigende

Zahl an Multimorbiditäten, die keiner Station zugeordnet werden können. Zusätzlich ist mittlerweile die Schwierigkeit aufgekommen, dass einzelne Abteilungen allein sich oft nicht in der Lage sehen, die neuen unterschiedlichen Pflegebereiche wirtschaftlich zu füllen. Deshalb greifen immer häufiger mehrere oder alle Abteilungen auf *Pflegepools* zu.

Diese differenzierten Bereiche ermöglichen es, eben diese unterschiedlich spezialisierten Räume zu planen. Im einen Extrem sind Patientinnen und Patienten auf die totale Überwachung der Intensivstation angewiesen.

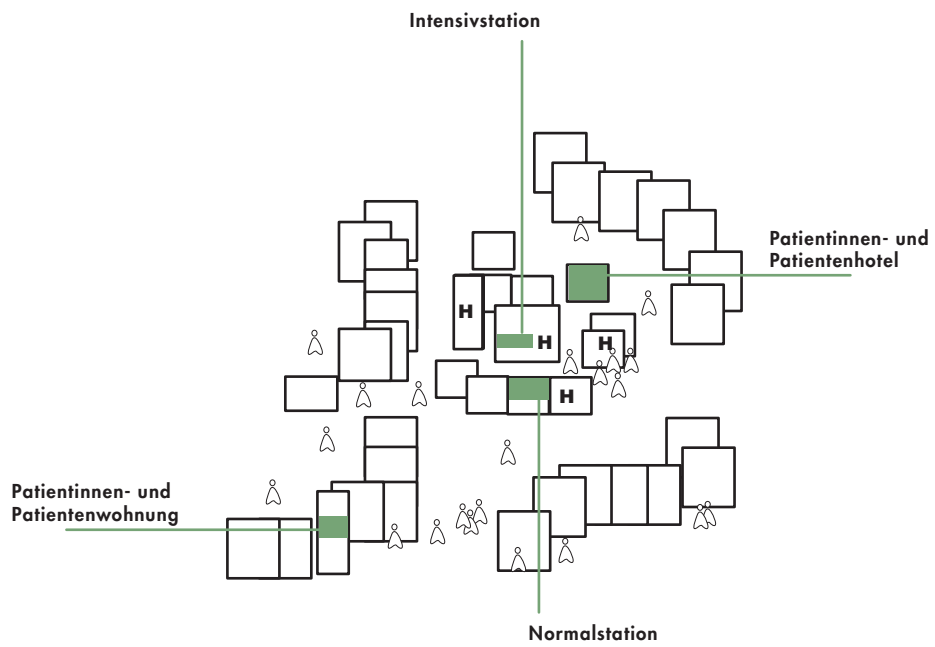
Dem gegenüber stehen fast gesunde Patientinnen und Patienten, die keine besonderen medizinischen Ansprüche an ihren Schlafraum haben. Das führt zu so unterschiedlichen räumlichen Bedürfnissen, das diese kaum in

einem einzigen Bettenhochhaus organisieren werden können.

Das Verhältnis zwischen Technisierung, Spezialisierung, Beobachtung und Betreuung auf der einen Seite und Alltäglichkeit, Flexibilität, Privatsphäre und Unabhängigkeit auf der anderen Seite kann an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten der unterschiedlichen Pflegebereiche angepasst werden. Im Sinne einer schrittweisen Alltagsrehabilitation ist es sinnvoll, die weniger intensiven Bereiche eher an die Logik der Stadt als an die Logik des Krankenhauses anzupassen. Es entsteht eine Art Krankenhaus-Stadt-Kontinuum, das die Menschen parallel zum Krankheits-Gesundheits-Kontinuum aus dem Krankenhaus hinaus begleitet.¹⁰⁰

1.100 Riethmüller 2007: 52; Buschbeck/Glade 2012: 15

Verortungen der (Kranken)Betten



1.2.2.4.3 Hotel für Patientinnen und Patienten

Unter Patientinnen- und Patientenhotel versteht man einen Bettenbereich im Krankenhaus, oder in der Nähe des Krankenhauses, in dem vor allem Patientinnen und Patienten aber auch deren Angehörige untergebracht werden. Der Vollstation nachgelagert, bedeutet das Patientinnen- und Patientenhotel eine Zwischenstufe zwischen Vollstation und Entlassung in die private Wohnung. Gedacht sind sie für Patientinnen und Patienten, die zwar noch im Krankenhaus behandelt werden, ein minimales Maß an Pflege benötigen, aber schon weitgehend selbstständig und mobil sind. Wichtig sind solche Angebote auch für Menschen, die tagesklinisch behandelt werden oder Angehörige, die zu weit vom Krankenhaus entfernt wohnen.¹⁰¹

Die Übernachtung im Patientinnen- und Patientenhotel ermöglicht ein

höheres Maß an Selbstständigkeit und Privatsphäre. Die Patientinnen und Patienten sind nicht mehr an den strengen Tagesablauf der Stationen gebunden und begeben sich nur für Untersuchungen und Behandlungen in die zuständigen Abteilungen. Das beschleunigt nicht nur die Heilung durch ein erhöhtes Wohlbefinden, sondern hilft den Menschen auch, sich wieder an die Eigenverantwortlichkeit zu gewöhnen. Wie ein Mensch, oft auch mit Krankheitsfolgen, seinen Alltag bestreiten kann, wird hier begleitet eingeübt anstatt die Patientinnen und Patienten unvorbereitet von der totalen Kontrolle der Vollstation in den neuen Alltag zu entlassen.¹⁰²

Die Zimmer im Patientinnen- und Patientenhotel sind trotz höherem Komfort gegenüber den vollfunktionalen Unterbringungen weitaus kostengünstiger, da die hohen Krankenhausstandards nicht eingehalten werden müssen. Statt einer Neuer-

richtung, können sie auch relativ einfach in Bestandsgebäuden entwickelt werden. Durch die Unterbringung von „normalen“ Hotelgästen und Angehörigen erschließen sich weitere Möglichkeiten, Einnahmen zu generieren und Unterbelegungen auszugleichen. In dem Fall werden die Hotels oft nicht vom Krankenhaus selbst betrieben. Bei Krankenhausneubauten in Schweden, Dänemark oder Norwegen werden mittlerweile meistens 15% -25% der Betten als Patientinnen- und Patientenhoteles realisiert.¹⁰³

Diese Hotels müssen sich nicht immer im Krankenhaus befinden und können sich auf drei unterschiedliche Weisen zum Krankenhaus positionieren. Das hängt zum einen von der Verfügbarkeit der Flächen und zum anderen von den Qualitäten, die sich aus dieser Standortentscheidung ergeben, ab.

1.101 Nick-Weller 2011: 22

1.102 ebd.

1.103 ebd.: 23

Verortungen der (Kranken)Betten

Krankenhaus



+

- Kurze Wege zur medizinischen Versorgung
- Geschütztes Umfeld im Krankenhaus
- Nähe zur Infrastruktur des Krankenhauses

■

- Schwieriger für krankenhaushausfremde Gäste zu nutzen
- Schlechter von der Stadt aus erreichbar
- Geringere Nähe zum städtischen Alltag

Krankenhausrand



+/-

Das Patientinnen- und Patientenhotel an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Stadt zu verorten, bringt die Möglichkeit, sowohl die Vorteile der Krankenhaus- als auch der Stadtnähe nutzen zu können. Oft ist jedoch diese Möglichkeit aufgrund der baulichen Situation nicht möglich.

Auf jeden Fall hat diese Form der Unterbringung in der jeweiligen Behandlungsbiografie eine Art Brückenfunktion inne, - räumlich, organisatorisch, ökonomisch und symbolisch. Es ist immer Teil von beidem - vom Krankenhaus und von der Stadt.

Stadtraum

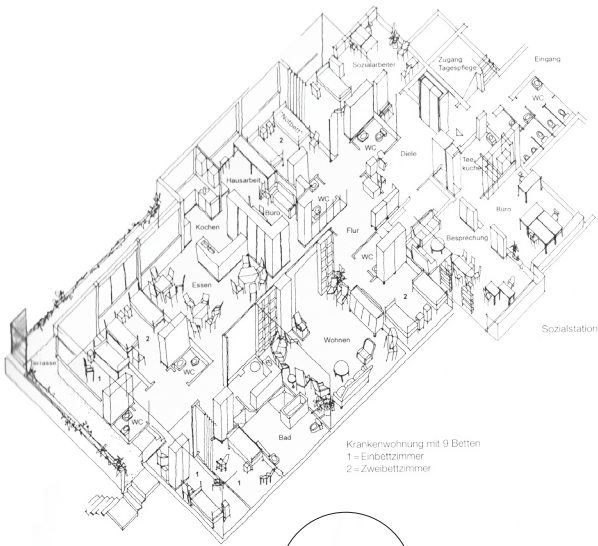


+

- Nähe zum normalen städtischen Leben / Entfernung zum Krankenhaus
- Nähe zu städtischen Infrastrukturen
- Kann gut mit anderen Einrichtungen kombiniert werden (Nachbarschaftscafé, normales Hotel, Sozialstation...)
- Gute Alltagsrehabilitation (zB. Boston-Modell)

■

- Weite Wege zu den Ambulanzen
- Weniger geschütztes Umfeld
- Größere Anforderungen an die Selbstorganisation der Patientinnen und Patienten



Krankenwohnung



1.2.2.4.4 Krankenwohnung und wohngebietsnahe Versorgung

Ein weiteres Modell als Zwischenstation zwischen Krankenhaus und Stadt ist die Krankenwohnung. Im Gegensatz zum Patientinnen- und Patientenhotel, das organisatorisch noch dem Krankenhaus zuzuordnen ist, gehört die Krankenwohnung schon zur wohngebietsbezogenen Versorgung und dient der Wiedereinübung des Wohnalltages. Patientinnen und Patienten werden in einer Art Krankenwohngemeinschaft in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht und betreut. Diese Wohnungen versteht man als Ergänzung zu häuslicher Pflege, Sozialstationen und Tagespflege und sind oft räumlich wie organisatorisch mit diesen verbunden.¹⁰⁴

Es gibt auch Modelle, bei denen solche Anlaufstellen an ein Krankenhaus angebunden werden. So wurden in England schon zahlreiche sogenannte Maggie's Centers für krebserkrankte Menschen entwickelt. Sie sind Treffpunkt und bieten sozia-

le, medizinische wie auch psychische Unterstützung. Gedacht sind sie aber vor allem als niederschwelliger Alltags- und Kommunikationsraum, welcher über den gesamten Krankheitsverlauf von zuhause oder von der Station im Krankenhaus aus angesteuert werden kann.¹⁰⁵

Diese neuen Versorgungsangebote sind Ausdruck einer Neufokussierung des gesamten Gesundheitswesens. Der Blick richtet sich nicht mehr auf die Behandlung einer Krankheit, sondern auf die kontinuierliche Betreuung unterschiedlicher „Gesundheitsgrade“.¹⁰⁶

So wird für das Krankenhaus der Zukunft die Zusammenarbeit mit außerklinischen Einrichtungen und Diensten immer wichtiger. Im Sinne dieser integrierten Versorgung ergibt es keinen Sinn mehr, die klinischen und insbesondere die ambulanten Bereiche unabhängig von der städtischen Umgebung und der quartiersbezogenen Gesundheitsversorgung und -vorsorge zu entwickeln.¹⁰⁷

1.104 Wischer 2007c: 94

1.105 www.maggiescentres.org

1.106 Steffensen 2013b: 185

1.107 Wischer 2007c: 98

1.2.2.5 Die Kante zwischen Krankenhaus und Stadt

Die funktionale Verzahnung von Gesundheit und Quartier muss auch Auswirkungen auf die räumliche Struktur der Kante zwischen Krankenhaus und Stadt, der Kante zwischen Medizin und urbanem Leben haben.

„Ein städtisches Krankenhaus (...) muss die Unwägbarkeiten des Alltags abschirmen und übergangslos einen Ort der Hoffnung, Ruhe und Erholung bieten. Daher ist die Schnittstelle zwischen einem Krankenhaus und der Stadt, diese feine Linie zwischen Normalität und Anspannung, Kontrolle und Kontrollverlust, Verantwortlichkeit und Hilfslosigkeit von entscheidender Bedeutung.“ ¹⁰⁸

Sie soll keine abgrenzende Kante, sondern eine Übergangszone und ein verbindender Raum sein.

Die Dualität der Moderne, das

Inner- oder Außerhalb des Krankenhauses, das Krank oder Gesund, weicht einem postmodernen „Dazwischensein“. Für die Menschen in der Stadt verliert das Krankenhaus das soziale Stigma, es ist von vornherein „integraler Teil des städtischen Lebens“. Daraus entsteht Vertrautheit, die verhindert, dass die Menschen im Behandlungsfall „den grauenvollen Augenblick des Übertretens einer spürbar abrupten Grenze“¹⁰⁹ erleben. Das funktioniert nur, wenn das Krankenhaus auch baustruktureller Teil der Stadt ist. Schon Le Corbusier sah seinen Krankenhausentwurf für Venedig als Teil der Stadt.

„Eine Entwicklung eines solchen Krankhaustyps, der sich durch durch seine Struktur in das städtische Umfeld integrieren lässt, ist höchst aktuell.“ ¹¹⁰

Diese Tendenz zeigt sich durch „die stärkere Einbettung der Bauten in ihr städtisches Umfeld, die bessere Vernetzung der Dienstleistungen im Krankenhaus und in der Umgebung, die intensive soziale Interaktion zwischen den Patienten und der Gemeinschaft und die erhöhte Qualität der Architektur. Dieser Trend kann als Urbanisierungsprozess (oder Reurbanisierungsprozess) bezeichnet werden.“¹¹¹

Wenn das Krankenhaus als struktureller Teil der Stadt gesehen wird, hat das Auswirkungen auf die Betrachtung des Krankenhauses selbst. Es wird zu einer Stadt in der Stadt.

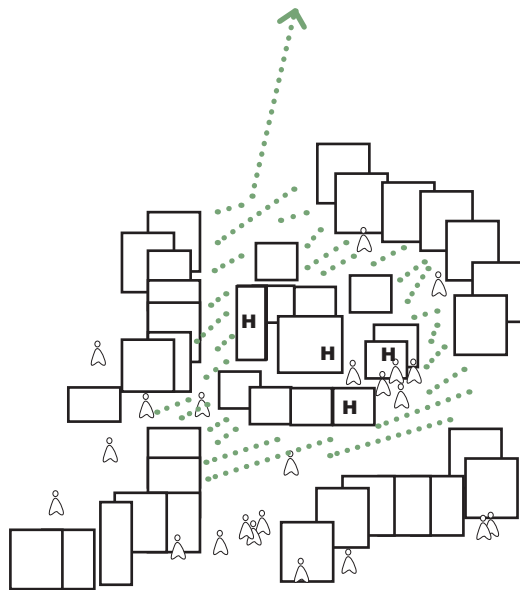
^{1.108} Bozovic-Stamenovic 2013: 169

^{1.109} ebd.
^{1.110} Nickl+Weller/Nickl 2013: 28

^{1.111} Wagenaar 2013a: 146

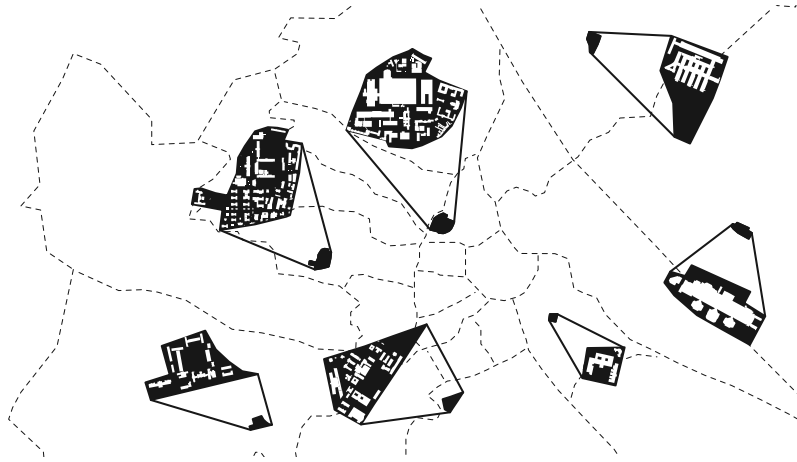
„Die offene Grenze kann das Gefühl vermitteln, das städtische Leben als Apotheose des Alltags sei in Reichweite, also das normale Leben und die Gesundheit.“

(Wagenaar 2013b: 169)

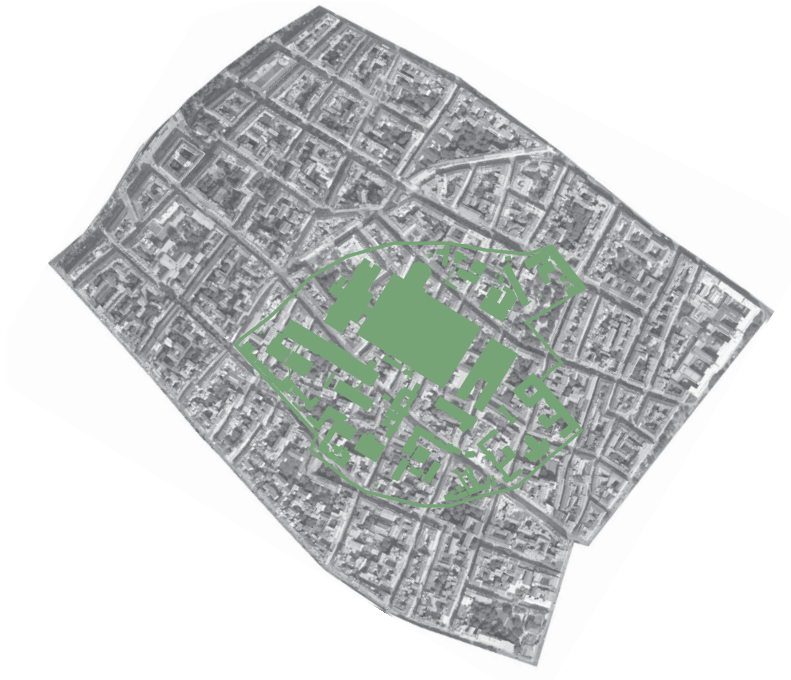




1.2.3 Ebene 3: Als Stadt - Krankenhaus als Stadtteil



Die Krankenhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV) und ihre Positionierung.



Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien und die Wiener Josefstadt im Flächenvergleich.

1.2.3.1 Kleine Stadt oder großes Haus

Leon Battista Alberti sieht die Stadt als großes Haus, das er wiederum als kleine Stadt beschreibt. Dem folgend stellt sich die Frage, ob das Krankenhaus eher einer kleinen Stadt oder einem großen Haus entspricht. Die Krankenhäuser der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts verkörpern offensichtlich letzteres Konzept. Man versprach sich eine effiziente Behandlung durch spezialisierte Räume und kurze Wege. Heute tendieren aufgrund der neuen Herausforderungen viele Krankenhausplanerinnen und -planer dazu, das Krankenhaus als Stadt zu betrachten. Neue Behandlungsmethoden und -abläufe verlangen nach sich immer häufiger ändernden, unterschiedlichen Raumstrukturen. Gleichzeitig wird der *menschliche Maßstab* wichtiger. Kleine Einheiten sollen Überschaubarkeit ermöglichen und Verbindungen zu einem abwechslungsreichen Außenraum, ein insgesamt humanes Umfeld schaffen. Große Teile des Krankenhauses präsentieren sich mehr als „normale“ Dienstleistungs-

einheiten und weniger als hochtechnisierte Räume. Care Boulevards, nicht-medizinische Einrichtungen wie Geschäfte, Apotheken und oft frequentierte Beratungs- und Behandlungseinrichtungen benötigen keine spezifischen klinischen Typologien.¹¹²

Durch den Wegfall dieser spezialisierten Typologie der Klinik, gelangen das Alltägliche und der Städtebau zur Vorbildfunktion für die großen Strukturen des Gesundheitswesens.¹¹³

Nachstehend werden zwei Aspekte der Stadt, die auch für das Krankenhaus große Relevanz besitzen, genauer beleuchtet. Zuerst die Fähigkeit städtischer Strukturen, sich zu verändern und anzupassen, ohne die Kontinuität zu verlieren. Darauf folgend geht es um das Bild der Alltäglichkeit, das die Stadt verkörpert. Die Stadt, in der sich Menschen bewegen, orientieren, die sie verändern und wahrnehmen.

1.112 Steffensen 2013a: 77f;
2013b: 189

1.113 Schneider 2004 in: Buschbeck 2004: 4

1.2.3.2 Zukunftsfähiges Krankenhaus

Die Möglichkeit, ein Krankenhaus als Stadt zu entwerfen, die nicht aussieht wie ein Krankenhaus, zeigt, dass die für die Funktion eines Krankenhauses immanente Form nicht existiert.

Ein Grund liegt in der Vielzahl unterschiedlicher Funktionen, die dementsprechend unterschiedliche formale und räumliche Ansprüche haben. Dazu kommt, dass sich auch diese aufgrund des immens schnellen medizinischen Fortschritts andauernd ändern. So wäre eine perfekt sitzende Lösung, ein Maßanzug, nach nur wenigen Jahren veraltet.¹¹⁴

Die Kosten für die Krankenhauserichtung sind zweifelsohne hoch, doch die Betriebs- und Umbaukosten sind noch weitaus höher. Es ist kaum vorherzusagen, welche Anforderungen in zwanzig Jahren an diese Gebäude gestellt werden. Krankenhausbau ist äußerst komplex und unterliegt ständigen Veränderungen. So hängt die Zukunftsfähigkeit von der *Anpassungsfähigkeit* ab.¹¹⁵

Trotzdem werden bei der Entwicklung von Krankenhäusern häufig vor allem die Errichtungskosten und die im Moment der Planung bekannten Anforderungen berücksichtigt. Tom Guthknecht kritisiert eine solche „Polaroid Architektur“, die wie auf Knopfdruck ein Abbild des aktuellen Status quo der Krankenhausplanung ausspuckt und so tut, als gäbe es dieses perfekt passende und fertige Produkt „Krankenhaus“.¹¹⁶

„[W]ir wissen, dass innerhalb von 10 Jahren etwa 60% der neuen Untersuchungs- und Behandlungsflächen umgeplant werden. Trotzdem wird für diese singulären Lösungen geplant und Umnutzungen sind schwierig. (...) Die Planungen werden zu maßgeschneiderten Lösungen entwickelt. Maßgeschneiderte Lösungen sind jedoch Zukunftsverbrechen, die sich als schwere Belastungen für die zukünftigen Entwicklungen der Krankenhäuser herausstellen.“¹¹⁷

Wenn man Fragen stellt wie, wieviel Platz die Medizintechnik in Zukunft brauchen wird und ob die Patientinnen und Patienten ins Spital kom-

men werden oder die Spitaler bzw. die Medizintechnik zu ihnen, dann geriete jede Antwort zur Hypothese.

„Die Angebote der Medizin entwickeln sich mit höherer Geschwindigkeit als die für sie geschaffenen Gebäude. Wenn Veränderung in der Spitzenmedizin die Konstante ist, müssen Spitalbauten flexibel sein und Entwicklungen, für sich wandelnde Nutzungen, offenlassen.“¹¹⁸

Doch wie funktioniert diese konstante Flexibilität und wovon hängt sie ab? Betrachtet man ihre Geschichte, sieht man, dass viele Spitaler oft nach kurzer Zeit unbrauchbar wurden, während andere scheinbar „für die Ewigkeit“ fortbestehen. Laut Axel Karenberg zeichnen sich die ewigen Krankenhausstrukturen vor allem durch Erweiterungsfähigkeit, Veränderbarkeit und Nutzungsoffenheit aus.¹¹⁹

Betrachtet man das Krankenhauseselbst, ist die bauliche Struktur der wichtigste Aspekt bezüglich der Zukunftsfähigkeit - und das ist eine städtebauliche Entscheidung. „Daher ist zwischen Krankenhaus-

1.114 Schultz 2007: 144

1.115 Steffensen 2013b: 184; Buschbeck/Glade 2012: 15

1.116 Guthknecht 2013: 14; Nickl-Weller/Nickl 2013a: 26

1.117 Guthknecht 2013: 14

1.118 Haldner 2012: 5

1.119 Karenberg 2007: 22



Polaroid Architektur
↓
Maßanzug



Mögliche Zukunft 1



Mögliche Zukunft 2

Dimension:

Der Ort

Struktur

Raumbildender
(Innenaus-)Bau

Bewegliche Dinge

(Wischer 2007: 30)

Gültigkeitsdauer

mehrere Jahrhunderte

50-100 Jahre oder mehr

20 - 40 Jahre

3-30 Jahre

„Buildings can never be derived from functions alone. The task (...) is to create and build structures in which time itself may play a role. Buildings should allow free (ab-use and be fit for „squatting“ by successive generations, in a way, they should be, intelligent ruins.“

(Diresen 2006: 11)

architektur als langfristig gültiger Struktur und Krankenhausarchitektur als gestalteter Funktion zu unterscheiden.“ Die „gestaltete Funktion“ beschreibt die architektonische und funktionale Gestaltung einzelner Krankenhausteile oder -gebäude wie eine Station, ein OP oder eine bestimmte Ambulanz. Die „langfristig gültige Struktur“ hingegen gewährleistet eine nicht nur auf die aktuellen Funktionen zugeschnittene räumliche Ordnung, sondern auch eine Struktur, die zukünftige Anpassungen ermöglicht, ohne das Ganze grundsätzlich in Frage stellen zu müssen. Das gilt für das Krankenhaus, wie auch für seine Umgebung.¹²⁰

In der Beschreibung des neuen Inseleospitals in Bern findet sich ein Plädoyer für eine solche Einfachheit:

„[N]ur Lapidares kann 100 Jahre lang gebrauchstüchtig sein! [...] Welche Strukturen und Regeln sind zu erfinden, die einfach sind und das Bauen, Ändern und Weiterbauen im laufenden Betrieb zulassen? [...] Regeln, die keinen Endzustand schaffen wollen, auch keine Reihenfolge der Maßnahmen festlegen, sondern durch fortlaufendes Stückwerk ‚Collage City‘ zu noch unbekanntem, aber immer voll funktionsfähigen Zwischenzuständen führen.“¹²¹

Die Bauform an sich wird unspezifischer, wird „normaler“. Das ermöglicht, Qualitäten zu entwickeln, die von der Bauaufgabe unabhängig sind. Trotzdem gilt es, sich über möglichst dauerhafte Qualitäten Gedanken zu machen. Etwas Einfaches und Veränderliches allein macht weder eine gute Stadt, noch ein gutes Quartier, noch ein gutes

Krankenhaus. Aber, was sind diese „langfristig gültigen Bedingungen der Gesundheitsförderung“ und was bedeutet das für das Krankenhaus als gesundheitsförderndes Umfeld, in der Kontinuität der Stadt?

Wenn an dieser Stelle wieder gilt:

A house, a hospital, a city; what's the difference?

Muss auch gelten: A good house, a good hospital, a good city; what's the difference?¹²²

1.120 Wischer 2007b: 13

1.121 Hegi/Kamm 2012: 11

1.122 Driesen 2006: 107
In weiter Folge werden wir auch noch die Fragen stellen:
A healthy house, a healthy hospital, a healthy city; what's the difference?
A healthy hospital, a good hospital; what's the difference?
A healthy city, a good city; what's the difference?

1.2.3.3 Das Bild ~~der Stadt~~ ^{des Krankenhauses}

„Eine ausgedehnte Gebäudeanlage als „Gesundheitsstadt (...) Die diesem Netzwerk zu Grunde liegende Struktur ist ebenfalls wie eine „Stadt“ geplant, mit Zentrum und Unterzentren, umfassen von einer Ringstraße (...) Eine Abfolge von außen niedrigen und im Zentrum hohen Gebäuden.“¹²³

Dieses Krankenhaus, das einer Stadt gleicht, hat enge Gassen und breite Straßen, abwechslungsreiche Wege, Ringstraßen und Achsen, „calli“ und „campielli“, kleine Höfe, große Plätze, Landmarks, Monumente und Wohnquartiere, kleine und große Häuser, in diesem Krankenhaus gibt es Geschäfte, Restaurants, Hotels, Schulen, ein Kino, Kirchen, Werkstätten und Büros, in ihm wird gearbeitet, gewohnt, eingekauft, gefeiert, geboren und gestorben.¹²⁴

Diese offensichtliche Ähnlichkeit

zu städtischen Räumen ist nicht nur die Folge eines re-urbanisierten Blicks, sondern zeigt auch ein neues Gesundheits-, Stadt- und Krankenhausverständnis.

Die Stadtähnlichkeit soll das Krankenhaus zu einer gewohnten Umgebung machen. Um das zu erreichen, greift man auf städtische Situationen zurück, die als allgemein bekannt und verstehbar gelten.

„Somit ist eine räumliche Aufteilung der großen Strukturen in übersichtliche und identifizierbare Gebäude und Außenbereiche wichtig, (...) genau wie in einer guten Stadt, deren Logik klar ist und deren Gesamtgröße und Ausdehnung nicht so wichtig sind.“¹²⁵

Steffensen beschreibt wie bedeutsam - neben der nachvollziehbaren Struktur - die Bildhaftigkeit der Umgebung für das Wohlbefinden

der Patientinnen und Patienten ist. Menschen haben im Krankenhaus oft das Gefühl, die Kontrolle über sich selbst an die Institution Krankenhaus abgeben zu müssen – das verunsichert. Für sie ist es wichtig, zumindest zu wissen, wo sie sich innerhalb des Krankenhauses befinden und sich orientieren zu können.¹²⁶

Wenn der Anspruch formuliert wird, dass die entstehenden Krankenhäuser Gesundheitsstädte in gesunden Städten sein sollen, muss man sich auch mit der Stadt auseinandersetzen. Aber was eine gesunde Stadt ausmacht, war und ist nicht immer ganz eindeutig.

Die hier beschriebene Prognose besagt, dass das kompakte, große Krankenhaus an Bedeutung verliert. Der Krankenhausraum wird stadtähnlicher, während die Stadt selbst

1.123 Buschbeck/Glade 2012: 21

1.124 Zum Beispiel: Herlev Krankenhaus in Kopenhagen oder Le Corbusiers Krankenhausentwurf für Venedig






1.125 Steffensen 2013b: 191

1.126 ebd.

„A good house,
a good hospital,
a good city;
what's the
difference?“

(Driessen 2006: 107)

DES KRANKENHAUSES
Elemente der Stadt

-  Weg
-  Grenzlinie
-  Brennpunkt
-  Bereiche
-  Merkzeichen

(Lynch 2001(1965): 167)

HOSPITALS
IF WE MAKE CITIES WHICH ARE TREES,
THEY WILL CUT OUR LIFE WITHIN TO PIECES.
(Alexander 1966: 17)

DAS KRANKENHAUSES

„DIE STADT WIRD IN DIESEM BUCH (...) ALS ARCHITEKTUR VERSTANDEN. DAMIT IST

DAS KRANKENHAUSEGEBÄUDE
NICHT NUR DAS SICHTBARE STADTBILD MIT DER GESAMTHEIT SEINER BAUTEN GE-

MEINT, SONDERN MEHR NOCH ARCHITEKTUR AIS BAUVORGANG, DAS WERDEN

EINES KRANKENHAUSES
EINER STADT IM LAUFE DER ZEIT.“ (Rossi 1998 (1966): 11)

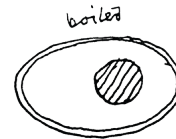
immer mehr Gesundheitsfunktionen aufnehmen und erfüllen wird. So verschwimmen die Grenzen zwischen dem Raum für die Kranken und dem Raum für die Gesunden - die Dichotomie verschwindet. Es scheint sicher, dass das Krankenhaus seinen eingemauerten Inselstatus (boiled hospital) verliert.

Ich meine, dass es dabei nicht darum gehen sollte, einen Zwischenraum als Kommunikationszone (fried hospital) zwischen Stadt und Krankenhaus zu gestalten. Vielmehr sollte man darüber nachdenken, ein Stadt-Krankenhaus-Kontinuum¹²⁷ zu schaffen, welches zwar die Grenzen auflöst, aber trotzdem die beiden Extreme - geschützte Räume im Kernkrankenhaus (hot floors) und urbane Räume, in denen die Gesundheit keine explizite Rolle spielt - zulässt (also nicht scrambled hospital).

Dadurch würde sich nicht nur das Krankenhaus, sondern auch die Stadt verändern. Was das Krankenhaus zur Stadt beitragen kann, wurde hier dargelegt. Man muss aber auch sehen, dass die Form des Krankenhauses und der Stadt immer mit der vorherrschenden Idee von Gesundheit zusammenhängt. Wie sich das Bild der gesunden Stadt (und damit auch des gesunden Krankenhauses) in den letzten 250 Jahren verändert hat und mit welcher Gesundheit wir es heute zu tun haben, ist Inhalt des zweiten Teils der Arbeit.

Die Betrachtung *hegemonialer* Gesundheitsideale wirft nochmal ein neues Licht auf Funktion und Form des Krankenhauses in unserer Stadt.

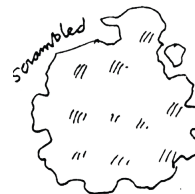
hospital
~~THE CITY AS AN EGG~~



Das kompakte Krankenhaus im „Park“



Eine gestaltete Zwischen- und Kommunikationszone zwischen Stadt und Krankenhaus



Eine undifferenzierte Vermischung von Krankenhaus- und Stadtraum

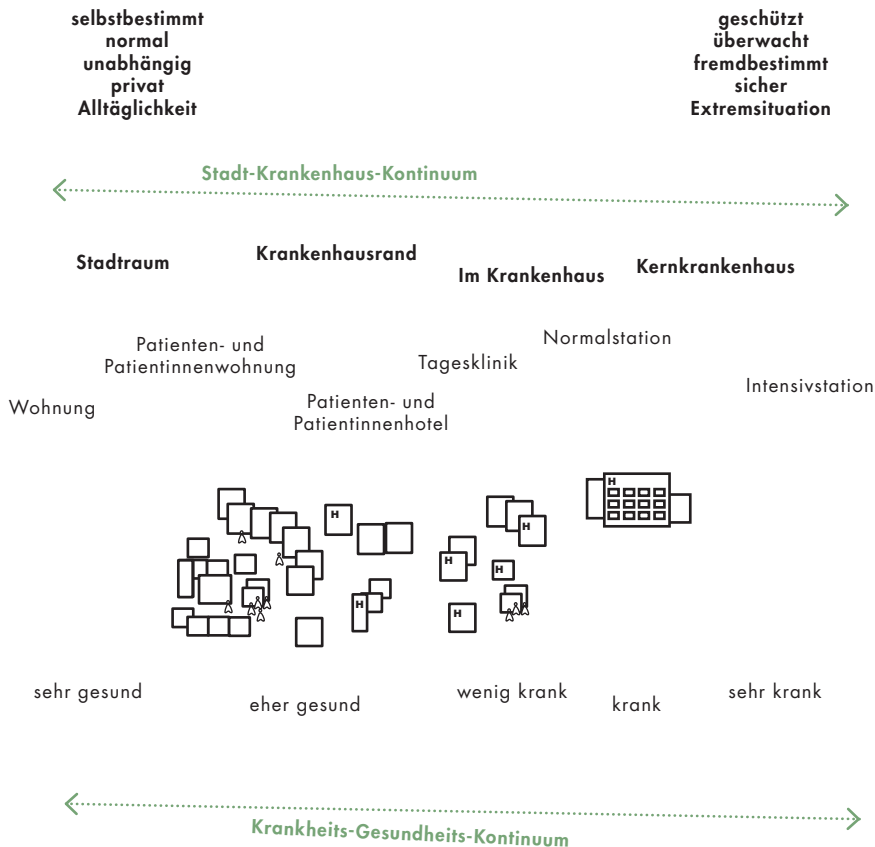


Stadt-Krankenhaus-Kontinuum

The Hospital as an Egg. (Eigene Darstellung)
Anlehnung an: Cedric Price, „The City as an Egg.“
zB. in: Raith 2000: 114

1. 127 Die Idee bezieht sich auf Aaron Antonovskys Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Hierzu mehr im Exkurs: Salutogenese oder zum Beispiel unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/gesundheits-krankheits-kontinuum> (abgerufen am 23.10.2016).

Stadt-Krankenhaus-Kontinuum



2.

Stadt

und

Gesundheit

Few topics are more important than healthy city and community planning and development. Yet, neither planning nor public health is currently organized to ensure that our planet of cities will be equitable and healthy. (Corburn 2013: 1)

„Man möchte die zweckmäßige Lösung finden (...) angesichts des lebensgefährlichen, bedrohlichen Krebses, der die Stadt befallen hat, sie überwuchert und sie ersticken wird.“

(Le Corbusier, 2015 (1929): 213)

„Während die Städte die Städte offenbar immer gesundheitsbewusster werden und ihre Fitness anhand zahlloser Leistungsdaten und Lebensqualitätsindikatoren beurteilen lassen, werden Krankenhäuser 'normaler', indem sie Elemente des Konsumismus, der Freizeit oder der Häuslichkeit übernehmen.“

(Topalovic 2013: 277)

Jede Zeit hat eine Idee, was eine gesunde Stadt sein soll. Genauso hat die Definition von Gesundheit und Krankheit an sich immer etwas mit Werturteilen und Hierarchien in den jeweiligen Gesellschaften zu tun.

Am Ende des neunzehnten Jahrhunderts war den Planerinnen und Planern klar: das Land macht gesund und die Stadt macht krank. Das führte zu Konzepten wie die von Ebenezer Howard, die durch die Verbindung von Ländlichem und Urbanem versuchten, gesunde Städte zu schaffen.¹

Die frühen Modernisten betrachteten die Stadt des neunzehnten Jahrhunderts als krankes urbanes Gewebe, das durch chirurgische Eingriffe wie „Schnitte“ neue „grüne Lungen“ erhalten und somit geheilt werden sollte. Diese Herangehensweise, das Aufteilen des (Stadt-)Körpers in Bereiche, die separat behandelt werden müssen, oder die Schaffung von reinen, hygienischen und wissenschaftlich begründeten, effizienten Umgebungen, erinnert stark an die Medizin dieser Zeit. Die Stadt sollte von Licht, Luft und Freiflächen durchflutet sein und von den engen, unordentlichen und lauten Straßen und Räumen befreit werden.²

Heute betrachtet man die Stadt wieder als ganzheitlichen urbanen Raum – das Alltägliche gewinnt an Bedeutung. Gleichzeitig sieht die Medizin die Patientinnen und die Patienten wieder in ihrer Gesamtheit, anstatt nur den kranken Körper zu betrachten. So weichen sich



Le Corbusier

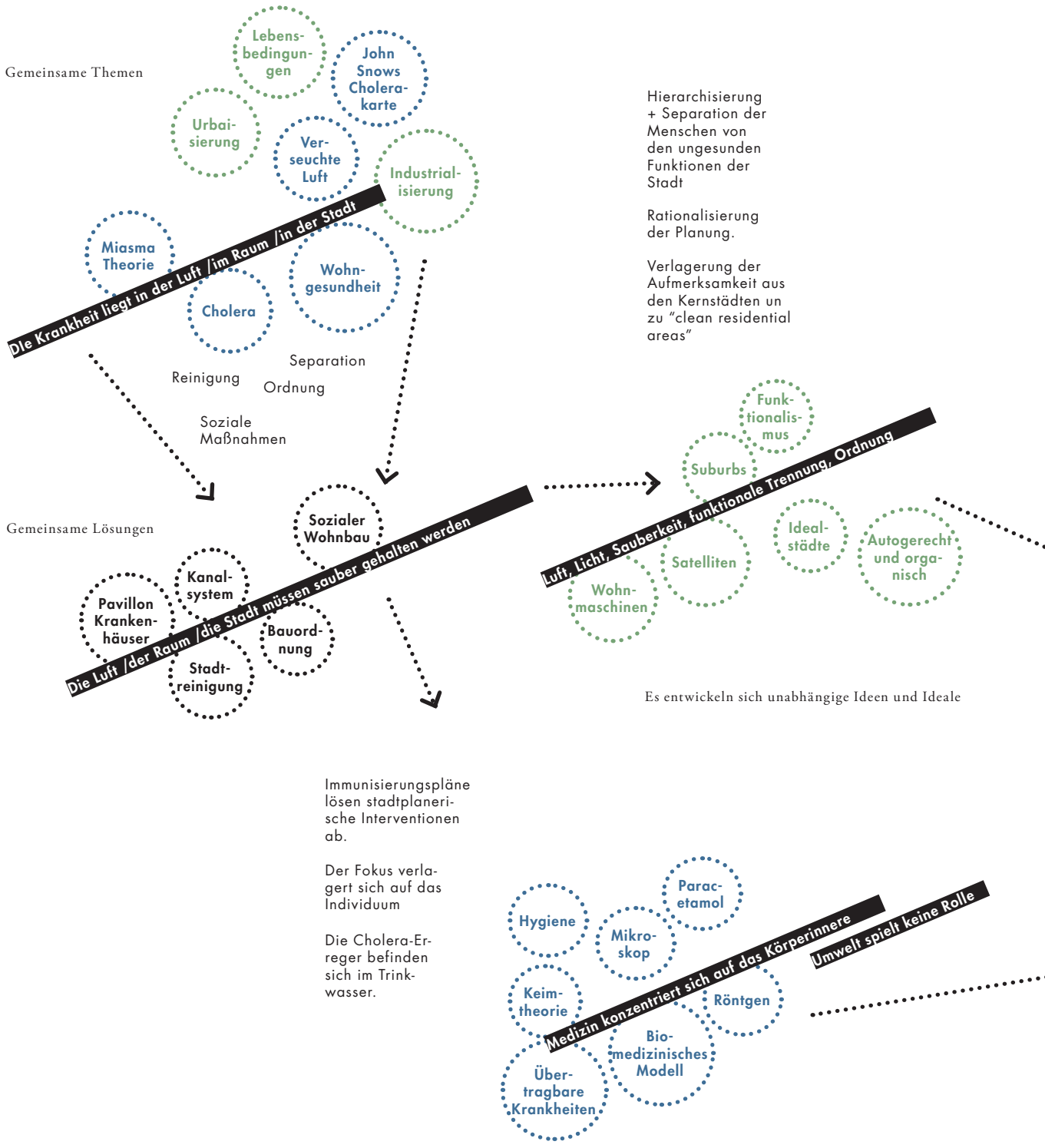
die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit wie auch zwischen krankmachenden und gesunderhaltenden Räumen auf. Das führt zu einer Annäherung von Stadt und Krankenhaus, indem immer mehr Gesundheitsargumente in der Stadtplanung auftauchen und die Krankenhausarchitektur gleichzeitig von Alltagsqualitäten spricht.³

„Während die Städte offenbar immer gesundheitsbewusster werden und ihre Fitness anhand zahlloser Leistungsdaten und Lebensqualitätsindikatoren beurteilen lassen, werden Krankenhäuser 'normaler', indem sie Elemente des Konsumismus, der Freizeit oder der Häuslichkeit übernehmen.“⁴

2.1 Topalovic 2013: 276
2.2 ebd.

2.3 ebd.
2.4 ebd. 201

de- and reconnection of urban planning and public health (Corburn 2004: 542)



2.2 Eine Geschichte von Stadt und Gesundheit

Auch wenn heute Stadtentwicklung und Medizin meist als zwei voneinander getrennte Disziplinen gesehen werden, war das nicht immer so. Gerade zu Beginn des neunzehnten Jahrhunderts, als die Städte enorm wuchsen und die naturwissenschaftliche Medizin entstand, waren die beiden Bereiche eng miteinander verknüpft. Zentrales Thema für Gesundheit und Planung war die Schaffung einer gesunden Umgebung.

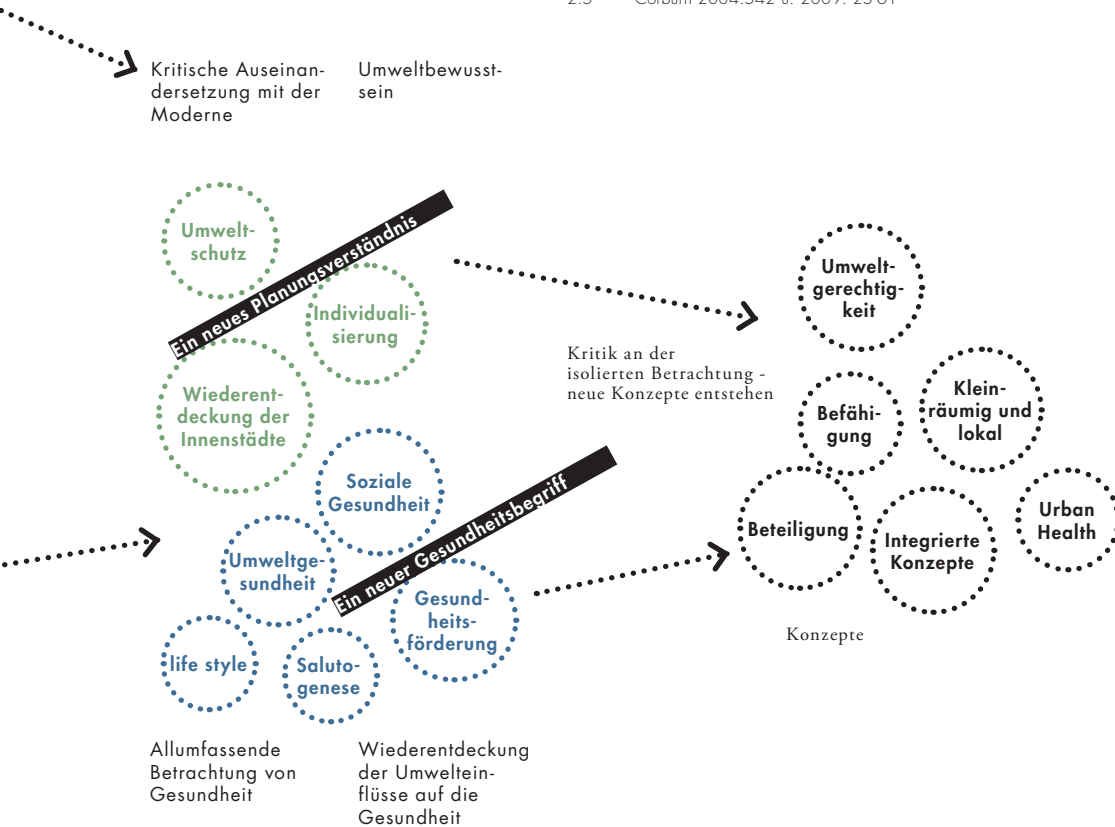
Erst als die Medizin begann, die biomedizinischen Ursachen zu verstehen und sich die moderne Stadtplanung einem rationalen Funktionalismus verschrieb, verschwanden die Stadt und die Gesundheit aus

dem Blickfeld der jeweils anderen Disziplin. Medizin und Planung entwickelten sich voneinander getrennt weiter.

In der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts stößt die biochemische Pathogenese an ihre Grenzen. Die Medizin beginnt sich erneut für die Stadt und für die gebaute Umwelt zu interessieren. Später taucht das Gesundheitsthema wieder im Bereich Stadtplanung auf.

Jason Corburn, der Leiter des *Center for Global Healthy Cities* der Universität in Berkeley, beschreibt diese Entwicklung als „de- and reconnection of public health and urban planning“.⁵

2.5 Corburn 2004:542 u. 2009: 25-61

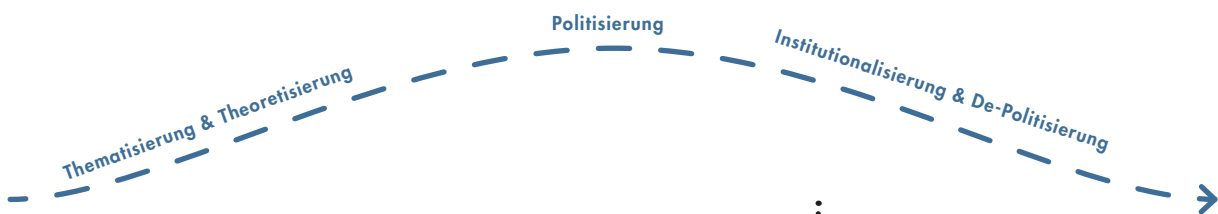


Die drei Stufen der politischen Karriere des Gesundheitsthemas in der Stadtplanung

Die Soziologin Marianne Rodensteiner erläutert in ihrem Buch „Mehr Licht, mehr Luft. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750“ die Geschichte von Stadt und Gesundheit als sich wiederholende gemeinsame und getrennte Phasen, die sie als dreistufige Karrieren des

Gesundheitsthemas in der Stadtplanung beschreibt. Ebenso wie Corburn konstatiert sie eine Wiedernäherung von Stadtplanung und Gesundheit.⁶

2.6 Rodensteiner 1988: 60ff u. 2012: 15ff



DIE KARRIERE IM 19.JHD.

Stufe 1

Gesundheitliche Missstände werden offensichtlich. Es bilden sich beschreibende Theorien und erste Lösungsansätze.
~1840-1870

Die Lebenserwartung in den Städten war erschreckend gering, verheerende Epidemien brachen aus, in den Elendsvierteln lebten die Menschen in offensichtlicher Misere. Die Hygiene löst die Diätik ab. Die Kartographie wird in die Medizin zur topographischen Erforschung von Krankheiten eingeführt. Auf der Suche nach den Ursachen von Krankheiten rückt die (Lebens-)Umwelt in den Vordergrund. Die Auswirkung von Luft, Wasser und Licht auf die Gesundheit werden erkannt. (Rodensteiner 1988:76-80)

Stufe 2

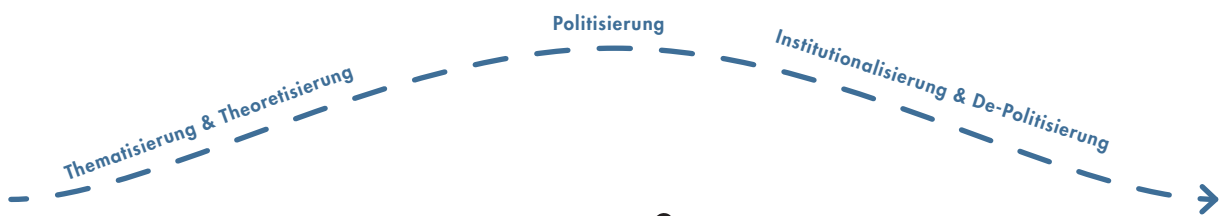
Medizinische Theorien verbinden sich mit politischem Interesse, „Gesundheit“ wird zu einem politischen Argument.
~1870-1920

Die Gesundheit wird in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auf zwei Wegen zum Thema der politisch-planerischen Debatten. Zum einen führte die Hygiene zu umfangreichen Stadtreinigungsprojekten und zum Ausbau von Kanalisation. Zum anderen erlangt bei der Kritik an den damaligen Wohnverhältnissen (Mietskasernen) das Gesundheitsthema mit den Schlagworten „mehr Luft, mehr Licht“ zusätzliche Bedeutung. (ebd.: 84-105)

Stufe 3

Die Institutionalisierung führt zu einer politisch-planerischen Umsetzung bei gleichzeitiger Depolitisierung.
~1920-1930

Es entwickelt sich eine staatliche Gesundheitsversorgung. Städtebau und Medizin institutionalisieren sich durch Krankenversicherungen für die Gesundheitsversorgung und durch Verrechtlichung und Normen für die Planung. Die politisch-planerische Gesundheitsdiskussion findet ein Ende. (ebd.: 173)



Stufe 1
~1960-1980

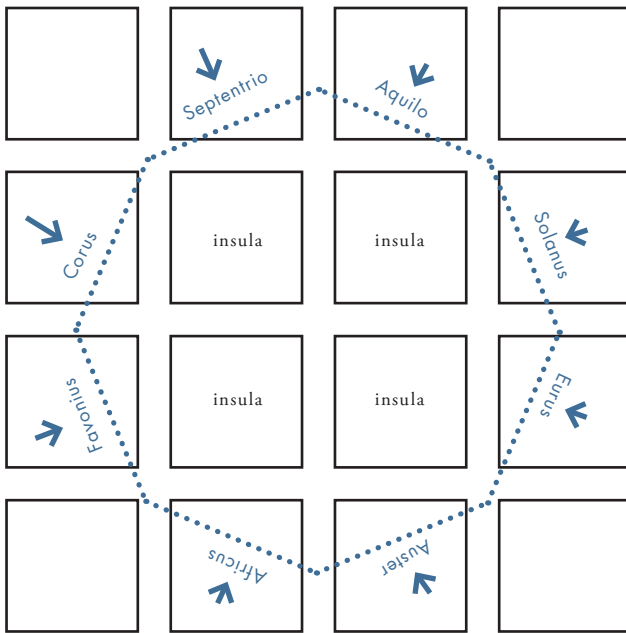
Die biomedizinische Pathogenese stößt in der Betrachtung nicht übertragbarer Krankheiten an ihre Grenzen. Gesundheitliche Ungleichheiten geben der Wissenschaft Rätsel auf. (Corburn 2004: 542) Der Einfluss der Umwelt auf die Gesundheit wird durch die neu auflebende ökosoziale Epidemiologie wieder gestärkt. Ein neuer Gesundheitsbegriff entsteht. Die noch junge WHO rückt die Lebenswelten und deren Auswirkungen auf die Gesundheit in den Mittelpunkt. Das Konzept der Salutogenese entsteht. (Rodensteiner 2012: 24)



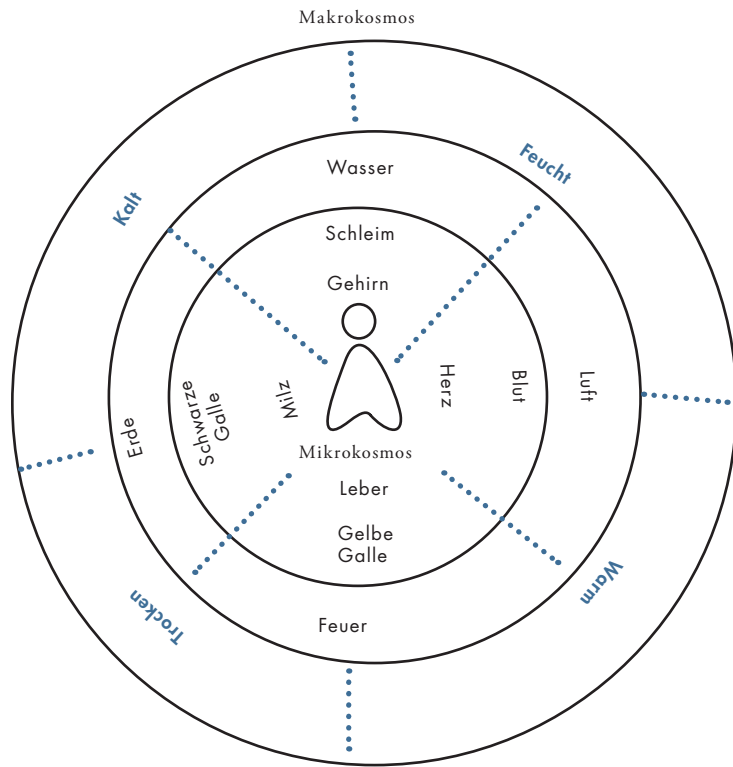
Stufe 2
~1980-

Nicht die Gesundheit selbst, sondern die Umwelt wird zu einem politisch-planerischen Thema. Gleichzeitig wendet sich die WHO mit ihren Forderungen direkt an die Städte und an die Planung. Von Seiten der Stadtplanung beginnt eine Auseinandersetzung mit gesundheitsfördernder Stadtplanung. (ebd.: 24)

2.3 Gemeinsame Zeit und Deurbanisierung



Vitruvs Ausrichtung der Stäben zu den Winden.



Humoralpathologische Sicht

Vor der Entstehung der wissenschaftlichen Medizin suchte man die Ursachen der Krankheiten im Umfeld und der Umgebung der Menschen. Die Griechen übertrugen ihre Einteilung der Welt in vier Elemente (Feuer, Wasser, Luft und Erde) auf den Menschen selbst, welcher ihrer Meinung nach vier Säfte (Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle) in sich trüge. Laut dieser Säftelehre verbinden die Winde den Kosmos mit dem Körper und können so das Gleichgewicht der Säfte stören. Diese Auffassung von der Schädlichkeit der Winde beeinflusste die Stadtplanung erstaunlich lange.⁷

Die Römer folgten bei ihren Stadtgründungen der Vertruv'schen Regel. Diese besagt, dass die Stadt vor allen Winden schützen soll und deshalb

keine Gasse der Windrichtung folgen darf. Später übernahm Alberti diesen Gedanken. Er ging aber nicht mehr davon aus, dass jeder Wind schädlich ist. Er beschreibt die krankmachende „verdorbene Luft“⁸.

Die Bekämpfung dieser verdorbenen Luft, des *Miasmas*, bestimmte für lange Zeit die Seuchenbekämpfung. Diese Miasmatheorie besagt, dass die Fäule von Kadavern und Abfällen auf den Straßen die Luft verdirbt – das Einatmen dieser Luft verursacht die Krankheiten. Das Bild der Luft hatte sich geändert und man begann zu verstehen, dass sie sich aus mehreren Substanzen zusammensetzt und in den menschlichen Organismus eingreift. Es bestand der Glaube, dass frische Luft das Blut reinigte und vom Körper ausgestoßene Substanzen aufnahm.⁹

⁷ Rodensteiner 2012: 15f

⁸ ebd.
⁹ ebd.

“Es ist notorisch (...) daß hier Abfall, Unrat und Schmutz jeder Art aufgehäuft liege, in Gärung und Fäulnis Übergehe, und fast überall stehendes Wasser in Pfützen sich ansammle, daß infolgedessen die anschließenden Wohnungen notwendig schlecht und schmutzig seien. So daß an solchen orten Krankheiten sich erzeugten und die Gesundheit der ganzen Stadt bedrohen.”

(Bürgerversammlung in Huddersfield 1844, zit. nach Engels 1845: 58)

Auch wenn es heute so scheint, als hätten Stadtplanung und Gesundheitswesen nicht wirklich viel miteinander zu tun, waren sie schon einmal sehr eng miteinander verbunden. Ihre gemeinsamen Wurzeln liegen in der Zeit der Industrialisierung und Urbanisierung zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Als die Städte wuchsen und die wissenschaftliche Medizin, insbesondere die ärztliche Empirie und die physiologische Hygiene, entstand, war der Zusammenhang zwischen den Zuständen in der Stadt und dem der Gesundheit der Menschen unübersehbar.¹⁰

In „Die Lage der Arbeitenden Klasse in England“ (1844) sammelt Friedrich Engels verschiedene Beschreibungen der Gesundheitsverhältnisse in den englischen Städten seiner Zeit. So zitiert er die Bürgerversammlung in Huddersfield, die meint:

[E]s ist notorisch, daß in Huddersfield ganze Straßen und viele Gassen und Höfe weder gepflastert noch mit Kloaken oder sonstigen Abzügen versehen seien; daß hier Abfall, Unrat und Schmutz jeder Art aufgehäuft liege, in Gärung und Fäulnis übergehe, und fast überall stehendes Wasser in Pfützen

sich ansammle, daß infolgedessen die anschließenden Wohnungen notwendig schlecht und schmutzig seien, so daß an solchen Orten Krankheiten sich erzeugten und die Gesundheit der ganzen Stadt bedrohten.“¹¹

Wie drastisch sich die Zustände in der Stadt auf die Gesundheit der Menschen auswirkte, zeigt ein Blick auf die damaligen Lebenserwartungen. In England lebten Männer am Land um fast zwanzig Jahre länger als in der Stadt! Der deutsche Arzt Christoph Wilhelm Hufeland beschrieb diese Städte in seinem 1797 erschienen Text „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“ als „offene Gräber der Menschheit.“¹²

Es ist also nicht verwunderlich, dass Stadtplanung und Medizin eng verbunden waren, ähnliche Interessen verfolgten und die Argumente der jeweils anderen Disziplin nutzten. Im Vordergrund standen die Vermeidung von Seuchen, die Verbesserung der Lebensbedingungen und die Ordnung bzw. die Disziplinierung der Stadt.¹³

2.10 Rodensteiner 2012: 20, Corburn 2011: 27 und 2004: 541

2.11 Engels 1845: 58
2.12 Hufeland 1995(1797): 131
2.13 Rodensteiner 2006: 41

2.3.2.1 Medizinische Sicht

Die Medizin suchte die Ursachen der Seuchen und Krankheiten im Stadtraum. Sie entwickelte sich weg von der Diätik hin zur physiologischen Hygiene und somit weg von der individuellen Lebensführung hin zu einer *verhältnisorientierten Betrachtung* der Gesundheit und Krankheit. Daten wurden gesammelt und „hygienische Ortsbeschreibungen angefertigt. Insbesondere versprach man sich von pathologischer Kartografie und medizinischer Topografie Erkenntnisse über Krankheitsursachen“.¹⁴

„[G]erade die medizinischen Topografien spiegelten ein Wissen um die gesundheitsfördernden und -schädigenden Bedingungen des Stadtlebens und die Möglichkeiten seiner Verbesserung durch baulich-räumliche Maßnahmen wider“.¹⁵

Aus diesen Beobachtungen entstanden neue medizinische Zielsetzungen und Forderungen, die ganz klar auf das städtische Umfeld der Menschen abzielten und genauso aus der Planung kommen könnten:

Zentrale Forderungen der Medizin waren unter anderem:

- Gerade Straßen
- Schöne Proportion des Straßenraumes
- Große Plätze
- Niedrige Stadtmauern
- Bepflasterte Straßen
- Rinnen
- Beseitigung des Unrats
- Öffentliche Abtritte
- Krankenhäuser, Findelhäuser und Kasernen vor der Stadt¹⁶

Die Lebensbedingungen der arbeitenden Menschen wurden als Ursache für Krankheiten erkannt. Die Medizin beschränkte sich nicht nur darauf, Krankheiten zu heilen, Ärztinnen und Ärzte setzten sich auch für eine gesündere Stadt ein.¹⁷

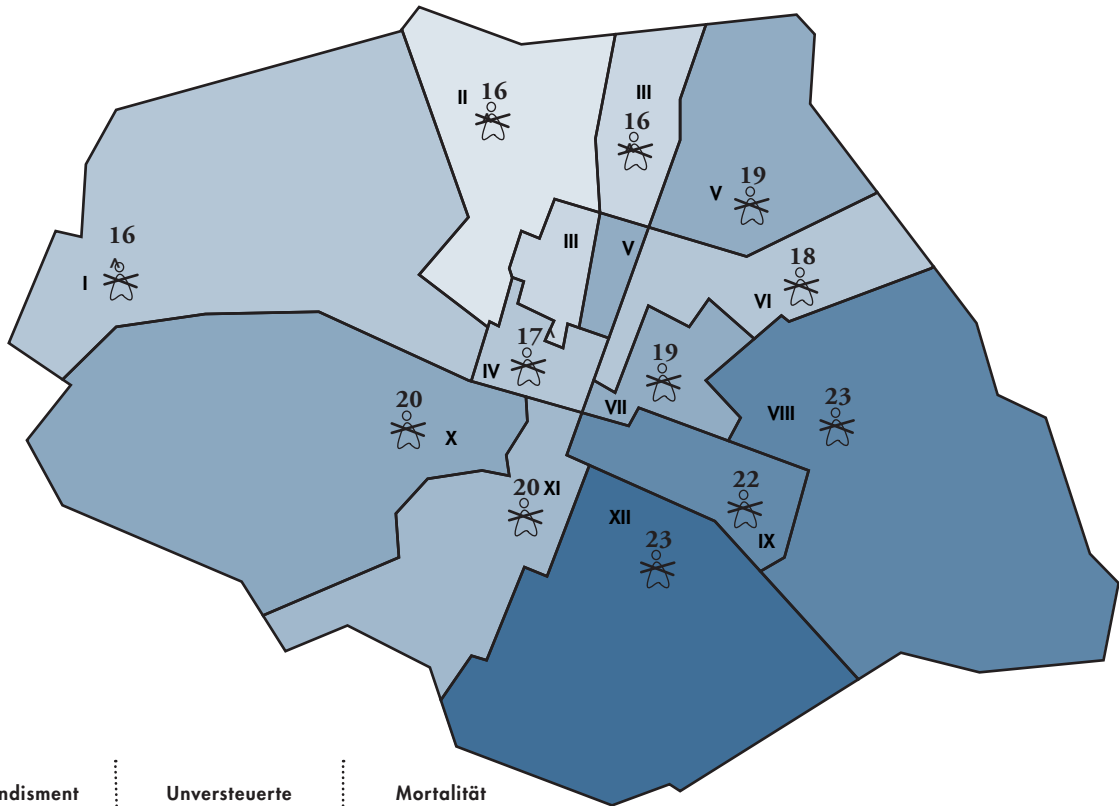
Vor allem galt die Tuberkulose als Krankheit der Armen. Diese bakterielle Infektionskrankheit, die im Körper zu feuchtem Husten führt, wurde im direkten Zusammenhang mit den ungesunden, feuchten und dunklen Gebäuden gesehen. Es war die „schwindsüchtige Stadt“, welche die Menschen krank machte.¹⁸

2.14 Rodensteiner 2006: 42;
Seidler 2003:200f
2.15 Rodensteiner 2006: 45

2.16 Rodensteiner ebd.: 41
2.17 Corburn 2004: 541
2.18 Hnilica 2012: 86

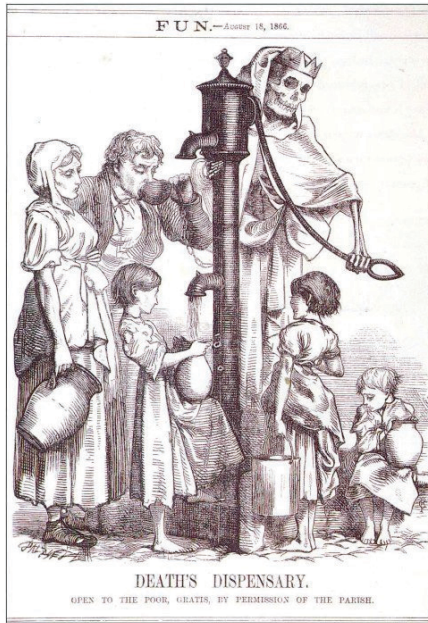
Die Epidemiologie beginnt Krankheiten und Gesundheit in der Stadt zu verorten.

(Quelle: Corburn 2009: 28)

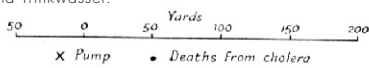


Arrondissement	Unversteuerte Mieten in %	Mortalität pro 1000 EW
2	7	16
3	11	16
1	15	16
4	15	17
11	19	20
6	21	18
5	22	19
7	22	19
10	23	20
9	31	22
8	32	23
12	38	23

Der französische Epidemiologe Louis-René Villermé zeigte 1817 den Zusammenhang von Mortalität und Nachbarschaften auf. Es folgten, vor allem in Großbritannien zahlreiche Publikationen zum Zusammenhang von Gesundheit und den Lebensbedingungen in den ärmeren Nachbarschaften der Städte. Besonders wichtig waren 1842 „Conditions of the Laboring Population in Great Britain“ von Edwin Chedwick und wohl am bekanntesten: „The Conditions of the Working Class in England“ 1844 von Friedrich Engels (Corburn 2009: 27)



1 Death's Dispensary: Die Zeichnung von George John Pinwell illustriert den Zusammenhang von Cholera und Trinkwasser.



2 John Snows Cholera Karte

Der Arzt Jhon Snow erstellte 1954 eine Karte der an Cholera erkrankten Menschen im Stadtteil Soho in London. Die Kartierung zeige den Zusammenhang zwischen dem Brunnen in der Mitte der Karte und den Krankheitsfällen. (Arch+ 2012: 59)

2.3.2.2 Die Zeit der Cholera

Eine besonders wichtige Rolle spielte die Bekämpfung der Cholera. Durch die Vermutung, dass die Cholera durch Miasmen (verdorbene Lüfte) verbreitet wird, wurde die Beseitigung des Schmutzes und des Unrates von den Straßen zum zentralen Thema in der Stadt. Susanne Breuss erzählt in ihrem Text „Die Stadt, der Staub und die Hausfrau“ von der Idee einer sauberen Stadt und über den geänderten Blick auf schmutzige Stadt und sauberes Heim. Diese Sichtbarwerdung des Schmutzes wird...

„(...) ein integraler Bestandteil jenes komplexen Phänomens, das mit dem Begriff ‚Urbanisierung‘ bezeichnet wird und dessen Bedeutung in einem umfassenden und beschleunigten Strukturwandel des städtischen und darüber hinaus des gesamtgesellschaftlichen Lebens liegt. Nicht nur produzierte die städtische Gesellschaft des 19. Jahrhunderts Unmengen von Schmutz, sie entwickelte auch spezifische Schmutzwahrnehmungsformen sowie Formen des Umgangs mit Schmutz und Formen des Kampfes gegen Schmutz.“¹⁹

Meist reinigte man die Stadt, indem man den Schmutz in die

2.19 Breuss 1999: 354

Flüsse schwemmt. Dies stellte sich als fataler Fehler heraus, da die Miasmatheorie einen erst Jahrzehnte später erkannten, grundsätzlichen Irrtum in sich barg: die Seuchen, allen voran die Cholera, verbreiten sich nicht durch die Luft, sondern über das Trinkwasser, welches durch die vermeintliche Reinigung erst recht verschmutzt wurde. Die Suche nach der Verbreitungsweise ging also weiter.²⁰

Den ersten richtigen Hinweis auf die Art der Verbreitung der Seuche erhielt die Wissenschaft durch die bis heute berühmte Karte von Cholerafällen des Arztes John Snow. Dieser kartierte Cholerafälle nach Londoner Stadtteilen, worauf sich eine Häufung der betroffenen Haushalte rund um den jeweiligen Brunnen des Quartiers abzeichnete. Somit konnte Snow bereits 1854 einen Zusammenhang zwischen Trinkwasser und Krankheit aufzeigen. Auch wenn wir heute wissen, dass John Snow mit seiner Beobachtung goldrichtig lag, dauerte es fast noch ein halbes Jahrhundert, bis sich seine Theorie durchsetzte.²¹

Neben der Miasmatheorie bestand

zu dieser Zeit noch eine zweite Theorie zur Choleraverbreitung. Die Contagion-Theorie, vertreten unter anderem von Florence Nightingale, erklärte, dass die Cholera nicht durch die Luft, sondern durch Berührung zwischen Menschen übertragen würde und deshalb Quarantänemaßnahmen den richtigen Weg darstellten, die Seuche zu bekämpfen.²²

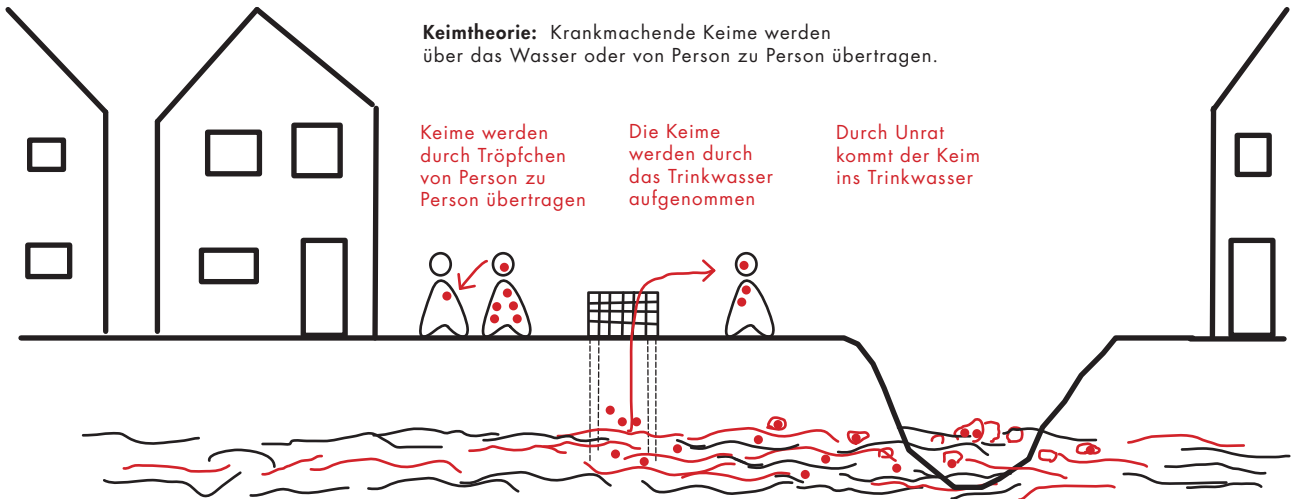
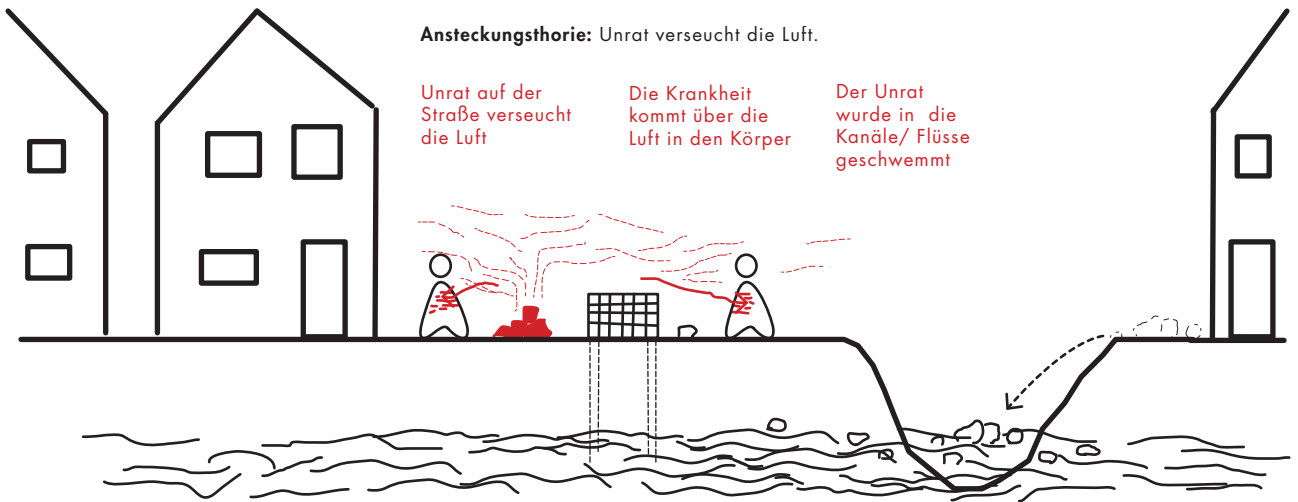
Der Chemiker und Hygieniker Max von Pettenkopf versuchte diese Theorien, welche beide die Phänomene der Verbreitung zu erklären vermochten, zusammenzuführen. Er meinte in seiner „Bodentheorie“, dass die Krankheit über den durch organische Abfälle verdorbenen Boden die Luft verseucht. Obwohl das natürlich auch nicht stimmte, brachte seine Überlegung wieder Abwässer und Krankheit in Verbindung. Gleichzeitig glaubte man an die luftreinigende Kraft der Sonnenstrahlen und gab forthin Acht, genügend Sonnenlicht in allen Wohnungen zu haben. Die daraus folgenden Maßnahmen konnten oft die Krankheit bemerkenswert eindämmen. Maßnahmen zu Reinhaltung des Bodens und der Kanalisation sowie

Hochwasserschutz verbesserten auch die Trinkwasserqualität.²³ Max von Pettenkopf stellte sich mit diesen Beschreibungen gegen die Keimtheorie Robert Kochs, der 1883 den Choleraerregger nachwies und zeigte, dass es sich um ein Bakterium im Wasser handelte, welches durch Trinken in den Körper gelangt. Max von Pettenkopfs Ablehnung führte zu einer berühmten Episode, als er das Gegenteil durch einen Selbstversuch zu beweisen trachtete. Er trank bei einer Konferenz ein Glas von Kochs choleraverseuchtem Wasser und wurde in der Folge nicht krank. Trotzdem gelang es Robert Koch, mit der Entdeckung des Bakteriums die Medizin zu revolutionieren. Auf die Stadt selbst hatte die letztendliche Auflösung des Rätsels kaum noch Auswirkungen. Viele Forderungen zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen und danach, die Gesundheitsgefahren in der Stadt zu verringern, waren zu diesem Zeitpunkt bereits umgesetzt und institutionalisiert.²⁴

2.20 Rodensteiner 2006: 46 und 2012: 17ff
2.21 Arch+ 2012: 58

2.22 Rodensteiner 2006: 76

2.23 Siehe dazu Rodensteiner 2006: 80,
Vasold 2015 und Raschke 2007: 8
2.24 Raschke 2007: 8



Planerische Schlüsse aus der Miasmtheorie

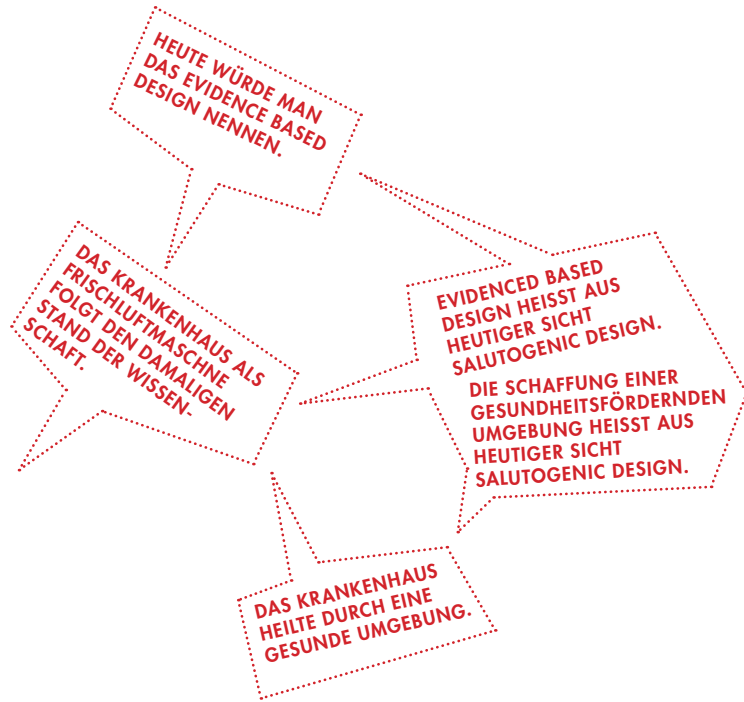
- breite Straßen als Windschneisen
- mehr Luft pro Person und Maßnahmen gegen die Überbelegung von Wohnungen
- mehr Sonnenlicht in den Wohnungen

Planerische Schlüsse aus der Ansteckungstheorie

- Reinigung der Straßen - die Straßen wurden gesäubert und der Unrat in die Kanäle und Flüsse geschwemmt

Planerische Schlüsse aus der Keimtheorie

- Trennung von Ab- und Trinkwasser
- Versorgung mit sauberem Trinkwasser



2.3.2.3 Planerische Sicht

Als sich zu Beginn des neunzehnten Jahrhunderts die Situation in den Elendsvierteln zuspitzte, wurde das nicht nur von der medizinischen Seite zum Anlass genommen, soziale und medizinische Reformen zu fordern. Die Folgen dieser lebensfeindlichen Umgebung auf die Gesundheit der Menschen betrafen zwar vor allem die sozioökonomisch schlecht gestellten Menschen, doch blieben auch die bessergestellten Städterinnen und Städter von den Auswirkungen der Luftverschmutzung und vor allem von den Epidemien nicht verschont. Politik und Planung sahen die Verbesserung der Lebensbedingungen in der Stadt verstärkt als ihre Aufgabe. Die Forderungen und Argumente waren denen der Medizin äußerst ähnlich.²⁵

Nach der Betrachtung der als krank bezeichneten Stadt sollten das Unreine und der Schmutz durch große, fast chirurgische Eingriffe beseitigt werden. Infrastruktur- und Neuorganisationsmaßnahmen sollten die Stadt zu einem weniger krankmachenden und geordneten, saube-

ren Ort machen. Die Seuchen und Krankheiten betrafen letztendlich nicht nur die ärmeren, sondern auch die wohlhabenderen Menschen. So bestand großes Interesse daran, auch die ärmeren Quartiere mit Kanalisation, Trinkwasser und Müllabfuhr zu versorgen und diese Maßnahmen nicht nur rein privat zu organisieren. Die Eingriffe von Georges-Eugène Baron Hausmann in Paris müssen hier erwähnt werden.²⁶

Neben diesen Konzepten, die Stadt als Ganzes zu verbessern, waren die Wohnbedingungen der einzelnen, in der Stadt lebenden Menschen das große Thema. Die soziale Forderung, die Stadt nicht zu dicht zu bebauen und ausreichend leistbare wie wohlbeliichtete Wohnungen zu schaffen, stand im Widerspruch zu den Bodenverwertungsinteressen dieser Zeit. Soziale staatliche Regulierungen wurden zu Beginn von bürgerlicher Seite meist mit dem Verweis auf die auf die Zuständigkeit von Wohlfahrtseinrichtungen abgelehnt.²⁷

Zeitgleich tauchten immer mehr gesundheitliche Argumente auf, die dieselben Dinge forderten, ohne von Sozialmaßnahmen zu sprechen. Es ging mehr um die Produktivität, die Moral und Sitte der Menschen. Die Beschreibung der Wohnverhältnisse kam nicht mehr von Priestern, sondern von Ärzten, welche nun begannen, statistisch und wissenschaftlich zu arbeiten. So bekräftigte Reinhard Baumeister Ende des neunzehnten Jahrhunderts seine Forderungen nach mehr Luft und nach mehr Licht in den Wohnungen mit den Erkenntnissen der Medizin:

„[V]or allem seien die schädlichen Einflüsse auf die Gesundheit zu erwähnen. Zum Gedeihen des Menschen sind Sonnenlicht und reine Luft notwendig. (...) Es ist ärztlich nachgewiesen, und mit Zahlen belegt, wie viele Krankheiten Folge schlechter Wohn- und Arbeitsräume sind; sonstige äußere Umstände, unregelmäßige Lebensweise und mangelhafte Nahrung verschwinden dagegen.“²⁸

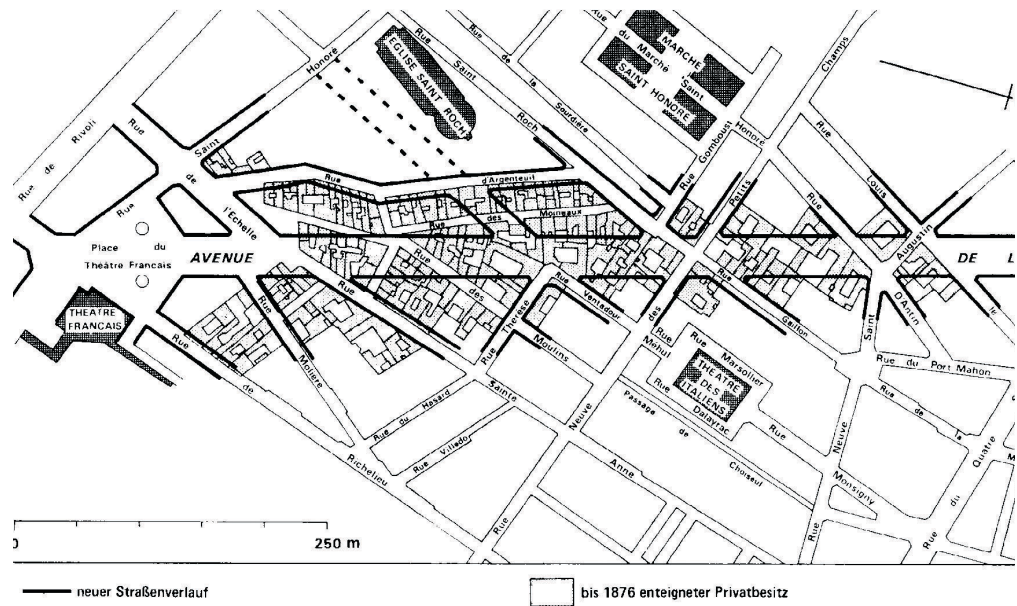
2.25 Siehe dazu Seidler 2003: 200f; Benevolo 2000: 803 und Rodensteiner 2012: 20

2.26 Corburn 2004: 542
2.27 Rodensteiner 2016: 111

2.28 Reinhard Baumeister. zit. nach: Rodensteiner 2006: 117



Photo einer Straße in Paris vor dem Umbau Haussmanns



Haussmanns Plan für die Avenue de l'Opéra (Benevolo 2007: 837)

„Die Visionen des besseren Lebens und die Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse in kleinen Schritten gehören in gewissem Sinne zusammen.“

(Rodensteiner 1988: 170)

Man verstand die Gesundheit als rationales Argument. Diese „sachliche“ Sichtweise hat dazu beigetragen, viele Aspekte des damaligen Gesundheitsverständnisses und der Lebensqualität in die städtische Planung, deren Institutionen und Gesetze zu implementieren.

„Der hier vertretenen Auffassung nach war es dieser sozialintegrative Aspekt des bürgerlichen Gesundheitsverständnisses, der die politische Karriere der Gesundheitsvorsorge im Zusammenhang der Wohnungsdiskussion wesentlich ausmachte. Der Einfluss auf Moral und Sitte der Arbeiterschaft war der Motivhintergrund, dem das Thema Gesundheit in Zusammenhang mit der Wohnversorgung seinen Erfolg beim breiten bürgerlichen Publikum zu verdanken hatte.“ ²⁹

Im Prozess der Institutionalisierung vieler stadtplanerischer Aufgaben waren viele ihrer Anliegen (wie etwa Straßenbreiten, Belichtung, leistbares Wohnen oder Wasserver- und -entsorgung) stark mit der Medizin

und den Gesundheitsinstitutionen verbunden. Wohnungsvorschriften wurden „rechtliche Vorschriften zum Schutz des gesunden Wohnens“³⁰ genannt. In Berlin entbrannte eine Debatte darüber, ob der gemeinnützige Wohnbau von der öffentlichen Hand oder den Krankenkassen finanziert werden sollte. Nach diesem Institutionalisierungsprozess und der Verrechtlichung der Gesundheitsinteressen in der Planung verschwanden diese allmählich aus der Debatte. Parallel dazu verloren umweltbezogene Aspekte in der Planung an Bedeutung. Diese wiederum fokussierte sich verstärkt auf die neue und aus damaliger Sicht wissenschaftlichere Bakteriologie.

„Die Visionen des besseren Lebens und die Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse in kleinen Schritten gehören in gewissem Sinne zusammen“ ³¹

2.29 Rodensteiner 1988: 120

2.30 Rodensteiner 2006: 113

2.31 Rodensteiner 1988: 170

„Der vorherrschende ~~Gesundheitsbegriff~~ **Stadt**griff** beschreibt das gute Funktionieren einer Maschine – einer sehr komplizierten Maschine, die man aber zerlegen kann in Teilmaschinen. Es fehlt der ~~Medizin~~ **Planung** eine Definition des ~~erlebenden Körpers~~ **erlebten Stadtraums**. Eine Definition für die Seele hat sie auch nicht, wenn beides getrennt formuliert wird. Das ~~Menschenbild~~ **Stadt**bild** der ~~Medizin~~ **Planung** ist ~~technokratisch~~ **funktionalistisch**. Der biotechnisch nicht fassbare Inhalt geht verloren, um den kümmern sich die meisten ~~Mediziner~~ **Planer** nicht.“****

(Thure von Uexküll zit. nach Süddeutsche Zeitung 2010)

2.3.3.1 Medizinische Sicht

Nach der Entdeckung der Bakterien kehrten die Gesundheitswissenschaften der Stadt immer mehr den Rücken zu – die bakteriologische Hygiene löste die physiologische Hygiene ab. Mit dem Wissen, dass bestimmte Krankheiten einen ganz bestimmten Platz im Körper haben und dass es Keime gibt, die für Krankheiten verantwortlich sind, veränderte sich der Fokus der *public health*.

„The physicians that were now running public health agencies viewed the housing, playground, and other environmental reforms of the early progressive era as expensive ‘social experiments’. This new class of public health professionals advocate for ‘scientific’ interventions from laboratory discoveries.”³²

Die Forschung verlagerte sich von der Straße in das Labor, die Planerinnen und Planer wurden von Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern abgelöst. Die damaligen medizinisch-pharmazeutischen Erfolge stärkten die kurative

Medizin und das naturwissenschaftlich-biomedizinische Paradigma. Ihre Dominanz wurde so umfassend, dass sie die umweltbezogenen Ansätze der Stadthygiene, also die Betrachtung der Zusammenhänge von sozialen Bedingungen und Krankheit, fast vollständig zurückdrängte und das Gesundheitswesen praktisch mit dem Kurieren von Krankheiten gleichzusetzen war.³³

So wurde die Schaffung einer gesundheitsfördernden Umwelt in den Hintergrund gedrängt und eine biochemische Betrachtung der Gesundheit dominierte die Gesundheitswissenschaften bis vor wenigen Jahrzehnten.³⁴

Im Vordergrund standen die übertragbaren Krankheiten (communicable diseases, CD), während die nicht-übertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases, NCD) kaum eine Rolle spielten³⁵. Um Herz-Kreislauf-Erkrankungen, stressbedingte und psychische

2.32 Corburn 2009: 39

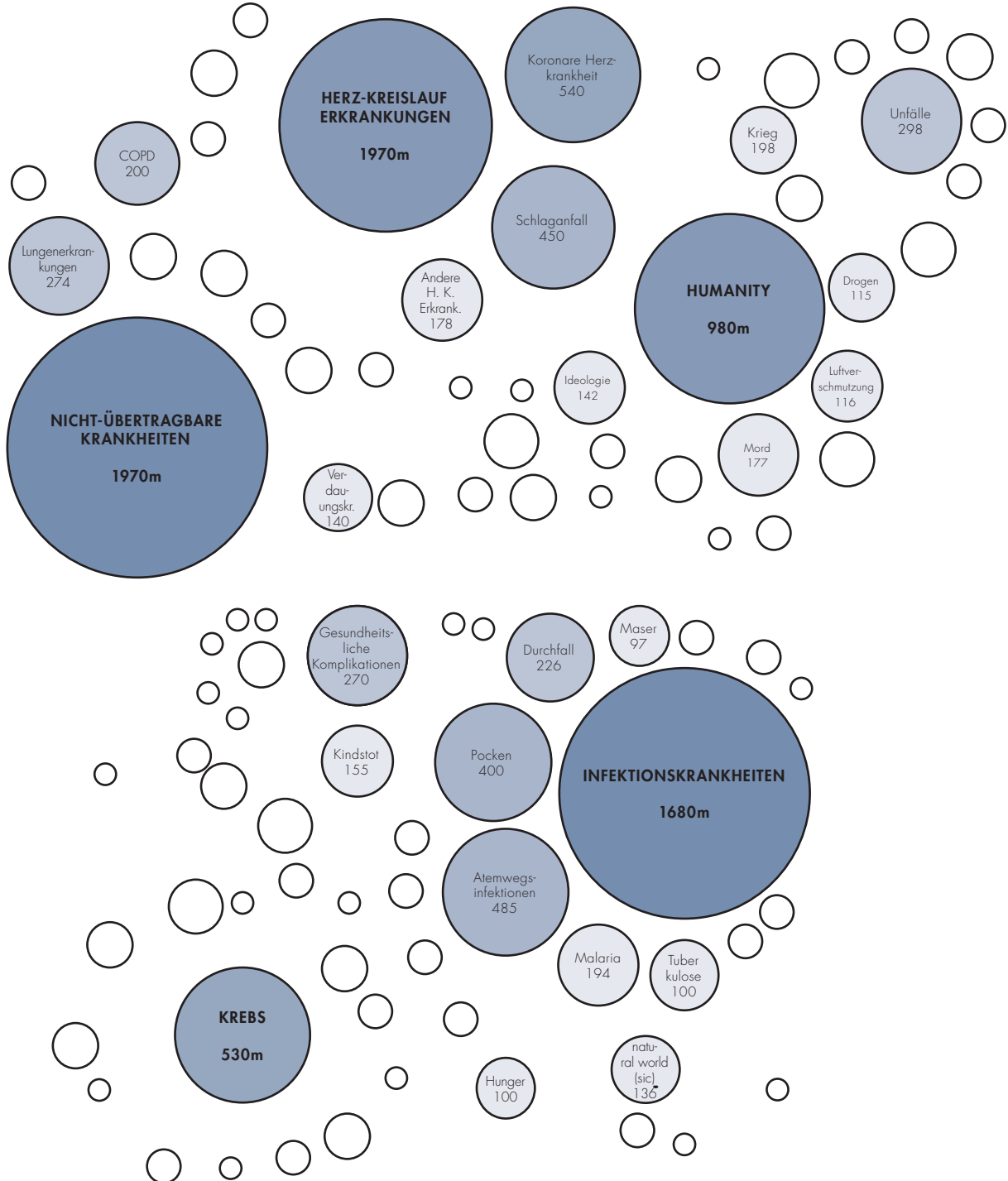
2.33 Ruckstuhl 2011: 27

2.34 ebd.

2.35 Viele davon nennen wir heute Zivilisationskrankheiten, wie etwa Diabetes Mellitus II oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen verschiedenster Art.

Todesursachen des zwanzigsten Jahrhunderts

Quelle: WHO mortality report (http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/)



Neunzehntes Jahrhundert



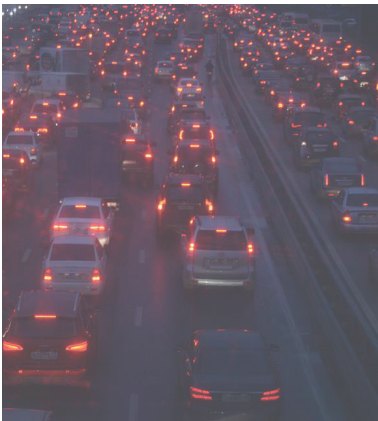
Übertragbare Krankheiten

Cholera
Tuberkulose
Typhus
Dysenterie
...

Krankheiten zu vermindern, reicht es nicht, in den Körper der Menschen hinein zu schauen und Krankheitserreger zu suchen. Sie sind durch kurative Maßnahmen kaum in den Griff zu bekommen. Vielmehr sind die Lebensumstände und die Lebensführung der Menschen dafür verantwortlich, wie wahrscheinlich eine solche Erkrankung auftritt. So werden medizinische Disziplinen, die sich mit dem Verhalten und der Umwelt kranker und gesunder Menschen beschäftigen, wieder wichtiger.³⁶

zuerst die *Stadthygiene* ab. Später wurden viele sozialhygienische Ideen in das nationalsozialistische Konzept der Rassenhygiene und der Volksgesundheit übernommen. Die rassistische Betrachtung der Volksgesundheit wurde wichtiger Teil der faschistischen Ideologie, mit der der Nationalsozialismus seine Verbrechen begründete und sein Menschenbild propagierte.³⁷ Eine verhältnisorientierte Sicht auf Hygiene taucht dagegen erst in den 1970er Jahren in Form der Umwelthygiene³⁸ wieder auf.

Zwanzigstes Jahrhundert



nicht übertragbare Krankheiten

Adipositas
Diabetes
Herz-Kreislauf-Erkrank.
Krebs
Asthma
Atemwegserkrankungen
Stress
Psychische Erkrankungen
...

Diese Verschiebung des medizinischen Fokus beendet die rein naturwissenschaftlich-biomedizinische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit. Ärztinnen und Ärzte schauen wieder auf die Stadt. Das nachfolgende Kapitel „Urban Health“ beschäftigt sich ausführlicher damit..

Neben dem Erstarken der Biomedizin veränderte sich in den 1920er Jahren auch der Umgang mit Hygiene. Die Sozialhygiene löste

2.36 Corburn 2004: 542

2.37 Aufgrund der starken Propagierung des Begriffs der „Volksgesundheit“ im Nationalsozialismus wird dieser heute praktisch nicht mehr verwendet. Gesundheitspublikationen bedienen sich stattdessen dem nicht vorbelasteten englischen Ausdruck „public health“. Nachzulesen etwa bei Skrabanek (1994: 11), er beschreibt den Gesundheitswahn während des Nationalsozialismus.

2.38 Hierzu zum Beispiel <http://www.meduni-wien.ac.at/umwelthygiene/>

1&2 Die Veränderung im Straßenbild und deren Folgekrankheiten.

2.3.3.2 Planerische Sicht

Ab dem ausgehenden neunzehnten Jahrhundert begann die Lebenserwartung der Menschen in Europa konstant und stark anzusteigen, nachdem es gelungen war, vor allem die übertragbaren Krankheiten beträchtlich zurückzudrängen. Dies konnte aufgrund eines neuen Verständnisses von Hygiene, medizinischem Fortschritt und Infrastruktur- und Sanitärprogrammen in den Städten erreicht werden. Es scheint, als hätte die Planung ihre Aufgabe damit als erledigt angesehen - public health verschwand seitdem zusehends aus dem stadtplanerischen Diskurs.³⁹

Gleichzeitig kam es durch Verrechtlichung und Vernormung zu einer Institutionalisierung der Gesundheitsmaßnahmen in der Stadt. Mindestwohnungsgrößen oder die Mindeststandards für die sanitäre Ausstattung der Wohnungen wurden umgesetzt, aber nicht mehr diskutiert. Die aus public health und Stadthygiene kommenden Impulse für die Planung waren soweit

realisiert und die Gesundheitswissenschaft, die sich auch auf das Körperinnere konzentrierte, lieferte keine neuen Anstöße.

Damit ist zwar die Zusammenarbeit von Gesundheitswissenschaft und Planung in gewisser Weise beendet. Das bedeutete aber nicht, dass die Planer und Planerinnen der Moderne aufhörten, gesunde Städte zu entwerfen, in denen gesunde Menschen in einer gesunden Gesellschaft leben können. Was jedoch als gesund betrachtet wird, hängt selbst vom jeweiligen Menschen-, Welt- und Gesellschaftsbild ab. So gesehen planten sie nicht für die Gesundheit, sondern entwarfen den ihren gesunden Menschen in ihrer gesunden Stadt.⁴⁰

Die Stadtplanung zog allerdings medizinische Erkenntnisse als Argumente heran, die schon längst überholt waren. Insbesondere die Forderung nach Licht, Luft und Sonne gefiel den Planerinnen und Planern der Moderne, obwohl sie

aus medizinischer Sicht schon längst obsolet geworden war. Diese Vorstellung beeinflusste viele Jahre früher die evidence-based design⁴¹ Krankenhausarchitektur des neunzehnten Jahrhunderts. Um die Ausbreitung der verdorbenen Luft einzudämmen, baute man die Krankenhäuser und Sanatorien als Pavillonkrankenhäuser oder als Zeilenstruktur mit großem Abstand zueinander in Parks. In der Moderne übertrug man diese Idealstrukturen auf die Stadt.

„[D]ie Architekten der Moderne plädieren für ein Leben im Krankenhaus und erklärten das Lungensanatorium für alle zum städtebaulichen Leitbild: nach der Sonne ausgerichtete Zeilenbauten, durch Piloten von der feuchten Erde abgehoben, hell und sauber mit ihren großzügigen Verglasungen, mit Sportgelegenheiten und Sonnenterrassen auf den Dächern.“⁴²

Zeitgleich mit dieser Forderung der Stadtplanung nach Licht, Luft und Sonne war die aufgelöste Bauweise für Krankenhäuser schon obsolet.⁴³

2.39 Siehe dazu etwa Bundeszentrale für politische Bildung (abgerufen 24.09.2016) unter <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138003/historischer-rueckblick?p=all>

2.40 Hnilica 2015: 86

2.41 „Evidence-based design“ beschreibt heute wissenschaftlich fundierte Planungsentscheidungen im Licht der Erfahrung. Die Pavillonkrankenhäuser wurden damals ebenso mit den neuesten medizinischen Erkenntnissen begründet und können deshalb auch als „evidence-based design“ gesehen werden.

2.42 Hnilica 2015: 86

2.43 Durch das Verständnis von Bakterien und Keimen wusste man, dass die Krankheiten nicht über die Luft verbreitet werden. Die Stadt- und Umwelthygiene hatte praktisch keine Bedeutung mehr.

Es entstanden riesige Krankenhäuser mit kurzen internen Wegen, die durch Hygienemaßnahmen aus der damaligen medizinischen Sicht schon lang nicht mehr auf diese Kernprinzipien angewiesen waren.⁴⁴

Im meinen Augen kann man - die Planung betreffend - nicht behaupten, dass die Gesundheit keine Rolle spielt. Auch wenn sich die Medizin dieser Zeit nicht mit der Stadt und der Umwelt beschäftigte, entwickelte die Moderne ein eigenes und neues *Bild der gesunden Stadt*.

Die Moderne reduzierte das gesunde Wohnen auf Begriffe wie Licht, Luft und Sonne. In Analogie dazu sollte der kranke Stadtkörper geheilt werden, während die Entwicklung idealer, kontextloser und meist theoretischer Stadtkonzepte im Vordergrund stand. Forderungen, die zuvor gesundheitlich argumentiert wurden, verselbstständigten sich und entwickelten sich zu eigenen und für die Moderne grundlegenden Idealen,

Funktionstrennung, Belichtung, Durchlüftung und Naturnähe. Wenn von Gesundheit gesprochen wurde, hatte das meist wenig mit dem Umsetzen gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse zu tun. Der Begriff stand vielmehr für das geordnete und ideale Leben in einer geordneten, idealen Stadt. Allen voran bediente sich Le Corbusier medizinischer Begriffe, um seine Vorhaben und Visionen zu erläutern.



1 Zeichnung von Le Corbusier für die Stadt Nemours.1943.



2 Hôpital Édouard-Herriot. Lyon.

„Mit jeder neuen »Leitkrankheit« erhalte einerseits die Architektur als ordnende Kraft eine neue Bedeutung, die Architektur entwerfe andererseits das neue Körperbild gleich mit.“ (Hnilica 2015: 86 zitiert Beatriz Colomina)

2.44 Siehe dazu Hnilica 2015: 86, Corburn 2009: 49 und Rodensteiner 2006: 135ff. Als Beispiel gilt das 1933 fertiggestellte Cornell Medical Center in New York.

Gesundheitsargumente und -forderungen in der Charta von Athen (1933)

(Charta von Athen)

Funktionstrennung

Kritik an der ungesunden Stadt des 19. Jahrhunderts - Verbesserung durch Ordnung.

11	15	23	31	32	36
Zu große Entfernung zur Natur	Zu ungeordnet - Zonierung der Stadt - Wohnzonen	Zu chaotisch - Zonierung der Stadt - Wohnzonen	Schlechte Lage der innerstädtischen Grünflächen	Zu große Entfernung zu den umliegenden Freiflächen	Es sollen Freizeitzonen geschaffen werden
<i>"This ever increasing remoteness from natural elements aggravates the disorder of public health all the more."</i>	<i>"But while the force of circumstances differentiates the wealthy residence from the modest dwelling, no one has the right to transgress rules that ought to be inviolable by allowing only the favored few to benefit from the conditions required for a healthy and wellordered life."</i>	<i>"We must seek simultaneously the finest views, the most healthful air (taking account of winds and fogs), the most favorably exposed slopes, and, finally, we must make use of existing verdant areas, create them if there are none, or restore them if they have been ruined."</i>	<i>"[T]hey will actually be forbidden ground for the masses, and their function will consequently be reduced to that of embellishing the city without fulfilling their role as useful extensions of the dwelling. In either case, the severe problem of public health remains unimproved."</i>	<i>"Urbanism is called upon to devise the rules required to assure city-dwellers of living conditions that will safeguard not only their physical health but also their moral health and the joy of life that results from these."</i>	<i>"An elementary knowledge of the principal notions of health and sanitation is sufficient to detect a slum building (...). These blocks must be demolished, and this should be an opportunity to replace them with parks which, at least in regard to the adjacent housing quarters, will be the first step toward improved health conditions."</i>

Standardisiertes gesundes Wohnen

Gesundes Wohnen für alle
Licht, Sonne und Luft

23	24	77
Wohnbezirke sollen außerhalb der Stadt, in der frischen Luft und mit Aussicht errichtet werden	Gesunde Wohnzonen schaffen und ungesunde Wohnzonen auflösen	Einteilung in vier Funktionsbereiche
<i>"Science, in its studies of solar radiations, has disclosed those that are indispensable to human health and also those that, in certain cases, could be harmful to it. (...) Society will no longer tolerate a situation where entire families are cut off from the sun and thus doomed to declining health."</i>	<i>"The selection of residential zones must be dictated by considerations of public health. (...) In the name of public health, entire districts should be condemned."</i>	<i>"First to assure mankind of sound and healthy lodging, that is to say places in which space, fresh air, and sunshine — those three essential conditions of nature — are abundantly available."</i>

Der kranke Stadtkörper muss geheilt werden

38

Kulturerbe kann nur erhalten werden, wenn es der Gesundheit nicht schadet

"These spaces are no longer a matter of lawns around the house, more or less [71] densely planted with trees, but of actual forests and meadows, natural and artificial beaches, which will constitute a vast and carefully tended preserve offering the city dweller numerous opportunities for healthy activity and beneficial relaxation."

40

Bessere Erreichbarkeit der umliegenden Naturräume

"[it] is the problem of finding a counterpart to the exhausting labors of the week, of making the day of rest truly invigorating for physical and moral health [...] Putting the hours of leisure to fertile use will forge health and spirit in the inhabitants of cities."

67

Kulturerbe kann nur erhalten werden, wenn es der Gesundheit nicht schadet

"[But under no circumstances should the cult of the picturesque and the historical take precedence over the healthfulness of the dwelling, upon which the well-being and the moral health of the individual so closely depend."

71

Die Städte sind chaotisch und befriedigen die Bedürfnisse der Menschen nicht

"In every one of these cities, man finds himself being molested. Everything that surrounds him stifles and crushes him. None of the things necessary for his physical and moral health has been preserved or introduced. [...] The city is no longer serving its function, which is to shelter human beings, and to shelter them well."

Medizinische Einrichtungen Wohnungsnah Versorgung

88

sollen Teil der kollektiven Gemeinschaftseinrichtungen sein

"So that dwellings can be more easily supplied with common services dealing conveniently with the supply of food, education, medical attention, and the enjoyment of leisure, it will be necessary to group them in "habitation units" of adequate size."

Public health in der Planung Gesamtplan, statt Maßnahmen einzelner Disziplinen

92

Architektur ordnet und strukturiert die Stadt

"It orders the structure of the dwelling, that vital cell of the urban tissue whose health, gaiety, and harmony are subject to its decisions. (...) Architecture is responsible for the well-being and the beauty of the city."

Die Gesundheit taucht in der Charta von Athen immer wieder auf. Sie ist dabei aber eher Argument als Thema und hat wenig mit medizinischen Erkenntnissen der damaligen Zeit zu tun. Vielmehr ist es die Charta von Athen selbst, die das Ideal der sauberen, geordneten und anständigen Stadt entwickelt und als „gesund“ bezeichnet. Darüber hinaus entwirft sie das gesunde Wohnen und Leben gleich mit. Sie schafft so ihre eigenes Gesundheitsbild.

~~Das biomedizinische Modell~~ fokussiert auf die **funktionalistische** **funktionalen** **der Stadt** ~~biologischen Aspekte des Organismus~~. Das Modell schließt den naturwissenschaftlichen Wissensfortschritt ein. **Unordnungen** ~~Krankheitssymptome~~ werden als Störungen der Struktur oder Funktion **der Stadt** ~~des Organismus~~ gedeutet, die Untersuchungen gefunden und durch Therapie behoben werden können. **Die Stadt** ~~Der Körper~~ wird maschinenartig wahrgenommen, das Subjektive befindet sich weitgehend außerhalb des Fokus.“ (Klemperer 2010: 98)

2.4 Medizin und Körper als Vorbild für Planung und Stadt

„Ein Ganzes besteht aus unendlich vielen kleinen Teilen, die vollkommen sind, deren jedes selbst wieder ein Ganzes ist, ein auf das Wesentliche beschränkte System. Die Zelle bedingt das Ganze; die Zelle muss ein reines System sein. Das Ganze lebt nur durch die Zelle. Die Zelle erhält ihre wirkende Kraft, indem sie sich ins Ganze fügt.“ (LeCorbusier 2015 (1929), 255)



Fig. 1.
Healthy Cell Tissue: Microscopic
"community planning."

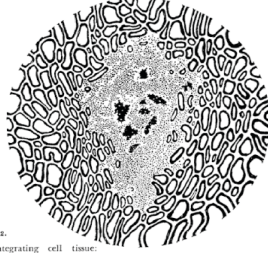
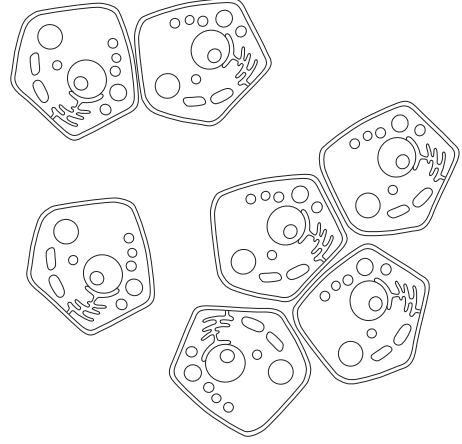


Fig. 2.
Disintegrating cell tissue:
Microscopic "junk growth."



Eliel Saarín. Vergleich einer gesunden und einer kranken Zelle. (1943)

Die Moderne formuliert eine radikale Antithese zum gesundheitsschädlichen Wohnen in den Mietskasernen. Was zuvor die Infektionskrankheiten bekämpfen sollte, wird nun zu einem Lebensstil und -ideal. Wohnraum mit viel Licht, Luft und Sonne soll möglichst vielen Menschen zugutekommen.⁴⁵

Die Erholung der Menschen soll ermöglicht und geregelt werden. Dafür werden Urlaubswochen und der Achtstundentag eingeführt. Doch auch die Wohnungen und die Freizeitanlagen sollen dazu beitragen, die Menschen gesund zu erhalten.

„Das reicht nicht aus, und es ist auch zu spät, wenn der Mensch erst einmal verbraucht ist. Besser, man beugt vor und erhält ihn in gutem Zustand. Die moderne Medizin hat sich auf die moderne Forderung eingestellt: Man heilt keine Kranken, man macht gesunde Menschen.“⁴⁶

Neben der funktionalistischen

Aufteilung der Stadt, die im nächsten Kapitel behandelt wird, sollen standardisierte Wohnungstypen das neue, gesunde und geordnete Leben ermöglichen und die standardisierten Wohnbedürfnisse des modernen Menschen befriedigen. Diese „gesunden Menschen“, die gemacht werden sollen, folgen der Idee des idealen modernen Menschen.⁴⁷

Damit wurde der „gesunde Mensch“ in Form seiner Bedürfnisse gleich mitentworfen.

Die Gesundheit drang als gesellschaftliches Ideal in fast alle Lebensbereiche der Menschen vor. Körperkultur, Naturnähe und gesunde Ernährung fungierten als Antithese zum ungesunden Leben in der industrialisierten Stadt. Die Stadt selbst wurde zum Symbol für das Ungesunde und das Unmoralische!⁴⁸ Da war es nur logisch, dass man für diese Menschen Wohnformen entwarf, die nichts Urbanes mehr zuließen.

2.45 Rodensteiner 2012:21
2.46 Le Corbusier 2015 (1929): 241

2.47 Wenn auch nur mit Bezug auf die Maße des Wohnens und der Umgebung, gibt das Modulor-System von Le Corbusier Aufschluss über die „eingeschriebenen“ Bedürfnisse des modernen Menschen (Le Corbusier, Modulor II 1955). Die Aufstellung oder Erklärung der Ontologie der Moderne würde an dieser Stelle zu weit führen.

2.48 Siehe Kapitel „healthism und die ideale Antistadt“.

Das natur-, biologische- und körpernahe Bauen wurde in besonderem Maße forciert:

„[B]auen ist ein biologischer Vorgang. Bauen ist kein ästhetischer Prozess. Elementar gestaltet wird das neue Wohnen nicht nur eine Wohnmaschine, sondern ein biologischer Apparat für seelische und körperliche Bedürfnisse.“⁴⁹

Wie schon erwähnt, müssen wir beachten, dass es sich bei all diesen gesundheitlichen Bedürfnissen um „angenommenen Bedürfnisse“ handelt - sie sollen die Anordnung der Gebäude und die Struktur der ganzen Stadt begründen.⁵⁰ Gleichzeitig bilden die Annahmen in den durch sie begründeten Stadtentwürfen auch ein Gesellschaftsbild ab.⁵¹

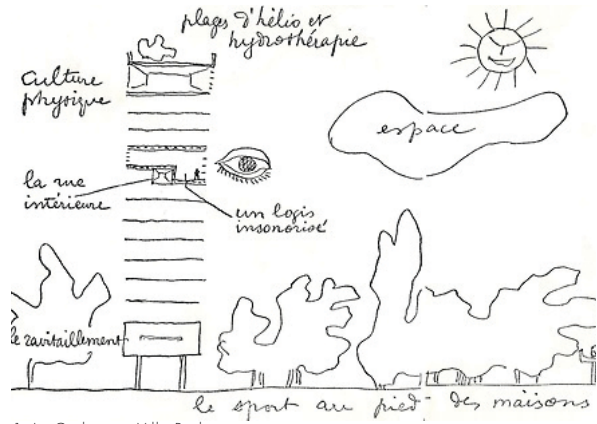
Das Gesundheitsideal beschränkte sich in den 1920er und 1930er

Jahren nicht nur auf die Lebensführung des Einzelnen. Die Gesundheit geriet zum gesellschaftlichen Ziel.

Die Nationalsozialisten ersetzten die Stadt- und Sozialhygiene durch die Rassenhygiene. Gleichzeitig übernahmen sie viele Ideen der Reformbewegungen und propagierten ein gesundes Bauen für ein gesundes Volk, was auch die Abgrenzung zu als ungesund bezeichneten Lebensweisen und Wohnformen beinhaltete.⁵²

2.49 Meyer 1928:12 In: Bauhaus-2
2.50 Beispielhaft dafür stehen Bruno Tauts Zeilenbauten oder Le Corbusiers Unité d'Habitation.
2.51 Vergleiche Hnilica 2015: 76, Rodensteiner 2012: 21, und Benevolo 2007: 920. Werner Durth beschreibt, wie diese Reduktion auf die „biologischen Bedürfnisse“ in den 1960er Jahren stark kritisiert wurde. Dem Funktionalismus wurde vorgeworfen, „Herrschaft in Gestalt eingeplanter Bedürfnisse“ auszuüben. (Durth 1976: 48)

2.52 Skrabanek 1994: 11



1: Le Corbusier. Ville Radieuse.



2: Le Corbusier. Teilansicht der Unité d'Habitation in Berlin.



3: Karl Marx Allee. Modell.

„Wenn Herz und Lunge todkrank
sind, macht man keine Fingerübun-
gen auf dem Klavier.“

(Le Corbusier 2015 (1929): 215)

Die Diagnose der Moderne war eindeutig: die Stadt macht krank.

„Die Stadt ist ein Arbeitswerkzeug. Die Städte erfüllen im Allgemeinen diese Aufgabe nicht mehr. Sie sind furchtlose Gebilde: sie verbrauchen den Körper, sie arbeiten dem Geist entgegen. Die Unordnung, die sich in ihnen vervielfältigt, wirkt verletzend: ihre Entartung verwundet unsere Eigenliebe und krankt unserer Würde.“⁵³

Die Medizin, und ihr Blick auf und in den geschlossenen, von der Umwelt abgegrenzten aber in sich logischen Körper (Organismus), dient der Planung als „Lehndisziplin“. Sie stützt auch hier den Eindruck einer wissenschaftlichen und nicht künstlerisch begründeten Planung. Die medizinischen Argumente dienen weniger dem Dialog der Disziplinen als der rationalisierten⁵⁴ Begründung. Insbesondere dient der menschliche Körper als Vorbild für Funktionstrennung und Verkehrssystem.

2.53 Le Corbusier 2015 (1929): 7

2.54 Hier ist auch der Rationalisierungsbegriff der Psychoanalyse gemeint: „Unter Rationalisierung versteht man in der Psychoanalyse jenen Abwehrmechanismus, der eine Erklärung und Rechtfertigung des eigenen Verhaltens liefert, statt sich mit den echten bedrohlichen, unbewussten Handlungsmotiven auseinanderzusetzen.“ (www.lexikon.stangl.eu/4407/rationalisierung)

2.4.2.1 Die Stadt als funktionaler Organismus

„Die Form des Organismus werde durch die Funktion determiniert, denn: alle lebenden Kreaturen seien von Gott mit denjenigen Organen ausgestattet, die sie zum Überleben benötigen. Ein Organismus besäße folglich keine unnötigen Organe, die formale Struktur ergibt sich damit aus der Funktion.“⁵⁵

Diese Idee des organisierten und funktionalen Organismus wurde auf die Stadt übertragen – die „funktionelle Stadt“ als Ideal der Moderne. Die Organismus-Metapher begleitet uns durch unzählige Stadtkonzepte des zwanzigsten Jahrhunderts und steht⁵⁶ für „Organisation der einzelnen Teile und einer perfekten Übereinstimmung von Form und Funktion.“ (Hnilica 2012: 61) Diese Betrachtung setzt voraus, dass in einer Stadt diese klar getrennten Funktionsbereiche (Organe) existieren⁵⁷, die ausschließlich eindeutig

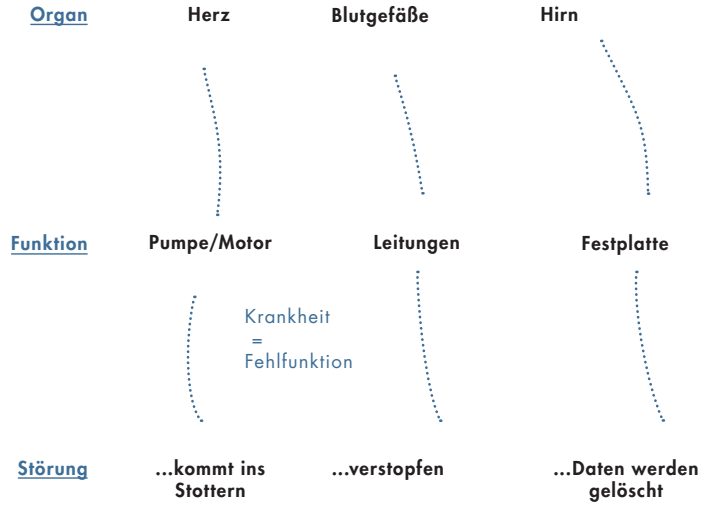
zuordenbare Aufgaben erfüllen. Hier stand die Idee der maschinenähnlichen Funktionalität als Vorbild der organischen Strukturen der Natur im Vordergrund.

Auch wenn das Konzept des funktionalen Organismus⁵⁸ in der Medizin schon obsolet war, sprechen Architektur und Stadtplanung noch lange über die Stadt, als wäre sie mit einem Körper vergleichbar. Die Stadt selbst wurde zur Patientin – man sprach von Heilung, Krankheit und Chirurgie.⁵⁹

2.55 Hnilica 2012: 55f über die Ausführungen von Baron Georges Cuvier
2.56 ebd.:60
2.57 Wohn-, Arbeits-, Freizeits- und Verkehrs-zonen sind hier die funktionalen Organe.

2.58 Die Medizin nahm Anfang des 19. Jahrhunderts die Maschine als Vorbild für diese funktionale Beschreibung des Körpers. Paradoxe Weise soll später dieser eher technische Organismusbegriff die natürlichen Bedürfnisse der Menschen begründen. (Hnilica 2015: 65)
2.59 Siehe dazu das 13. Kapitel in Le Corbusier (2015 [1929]) mit dem treffenden Titel „Medizin oder Chirurgie“.

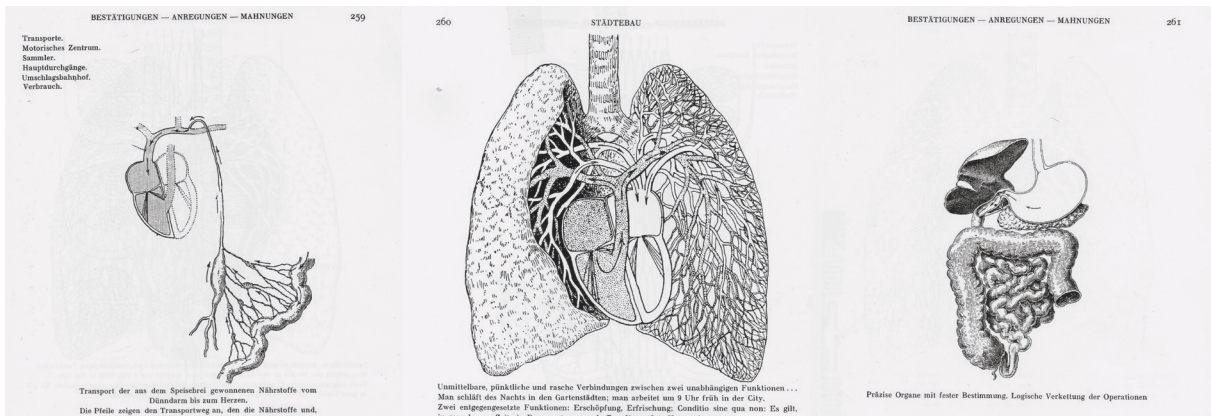
Funktionale Stadt ↔ Funktionaler Organismus



(Klemperer 2010: 98)

“Bitte sehr! Ich habe beobachtet, begriffen und vorgeschlagen.”

(Le Corbusier 2013: 135)



BESTÄTIGUNGEN · ANREGUNGEN · MAHNUNGEN. (Im gleichnamigen Kapitel findet man in Le Corbusiers „Städtebau“ zahlreiche Organskizzen)

2.4.2.2 Der Kreislauf des Stadtkörpers (Verkehr)

Eine der wichtigsten Fragen der modernen Stadtplanung war die nach dem Verkehr und dem Umgang mit den neu aufkommenden Autos (und deren Masse). Die Ordnung des Verkehrs war eines der wichtigsten Argumente für die Neustrukturierung des Stadtkörpers. Hier taucht der Organismusvergleich besonders häufig auf. Die Menschen- und Verkehrsflüsse werden als Adern, Blätter, Bäume oder menschliches Kreislaufsystem gesehen.

Le Corbusiers Vergleich von Verkehrsfluss und Herz-Lungensystem beschreibt wie Flugzeuge (sic!), Untergrundbahnen und Autos die Menschenmassen, die mit der Bahn aus dem Umland in die Stadt strömen, ins Zentrum transportieren. Er geht davon aus, dass die Menschen Verkehrsmittel wechseln, also durch die Lungen (Bahnhöfe) in den Stadtkörper gelangen.⁶⁰

Hans Bernhard Richow nimmt an, dass die Lösung der Verkehrsfrage in der Natur zu finden ist. Wie die verästelten Adern der Blätter

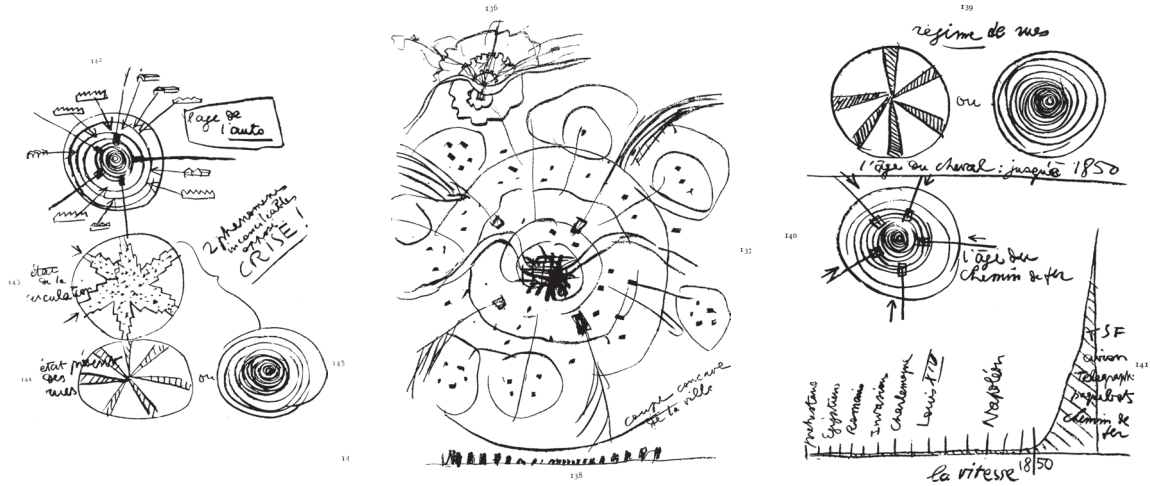
sollen hierarchisch organisierte Verkehrsadern, je nach Rang der Straße, die passende Breite haben. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Menschen vor allem von den Wohnquartieren ins Zentrum und wieder zurückbewegen.

Später wurde diese Reduktion auf die Funktion als Rohre stark kritisiert. Mit dieser Vereinfachung gingen Aufgaben des Straßenraumes wie Begegnung, Handel oder Spielen verloren.⁶¹

Doch nicht nur durch die fehlende Beachtung des Straßenraumes, sondern auch durch die Idee eines geschlossenen Systems, wird der Organismusvergleich der Stadt nicht gerecht. Im Gegensatz zum Körper ist die Stadt kein abgeschlossenes System und muss einschließlich ihrer vielschichtigen Verwebungen mit der Umgebung betrachtet werden. „Mag die Annahme eines abgeschlossenen Systems schon bei einem Einzelgebäude schwierig sein, so ist sie im Städtebau höchst fragwürdig.“⁶²

2.60 Hnilica 2015: 70

2.61 Hnilica 2012: 72
2.62 Hnilica 2015: 77



Skizzen zum Verkehr in der Stadt. Le Corbusier (1929)

„The body is, after all, a single unit, a whole, the city isn't. In contrast to the body, a city lacks limits or a contour.“ (Arent 1994:38)

Le Corbusiers Arzt:

„Der Körper wird nackt unter der
Sonne neu entstehen, gesäubert,
muskulös, geschmeidig.“

(Pierre Winter 1922. Zit. nach Hnilica 2014: 86)

Le Corbusier:

Architektur ist das kunstvolle,
korrekte und großartige Spiel der
unter dem Licht versammelten (Bau)
Körper.“

(Le Corbusier 1963. Zit. nach Hnilica 2015: 86)

„Man verlangt Heilmittel, man
schlägt Heilmittel vor. Paris ist
krank.“

(Le Corbusier 2015 (1929): 2013)

2.3.4 Der Arzt von Paris

Besonders häufig greift Le Corbusier auf die Leihdisziplinen Medizin und Anatomie zurück und meint den Stadtkörper untersuchen zu können. Er sucht „Anregungen, Bestätigung, Mahnung“⁶³ in der Lektüre von Anatomiebüchern. „Die Stadt ist ein Wirbel, doch hat sie jedenfalls einen Körper, der abgeteilte Organe besitzt und einen Umriss. Charakter, Natur, Struktur dieses Körpers lassen sich erfassen.“ In seiner Analogie sieht er die wissenschaftliche Aufgabe begründet.⁶⁴

Das „kranke Paris“ betrachtet Le Corbusier mit diesem ärztlichen Blick. Die Geschichte von Paris beschreibt Le Corbusier wie eine Patientinnen- und Patientenbiografie. Sie besteht aus eine Reihe von Diagnosen und daraus resultierenden chirurgischen- und medizinischen Maßnahmen. Er sieht, wie wenig die Stadt auf das „Maschinenzeitalter“ und das Automobil vorbereitet ist und bezieht sich bewundernd auf die von Haussmann vorgenommenen chirurgischen Maßnahmen selbst als „furchtlose Operationen“.

2.63 Le Corbusier 2015(1929): 255
2.64 ebd.: 61

Er diagnostiziert einen „[...] Krebs, den man das Herz der Stadt überwuchern lässt. Der Krebs wird die Stadt ersticken.“ Er bemerkt auch, dass die chirurgischen Einschnitte die Stadt Paris am Leben gehalten haben.

„Das heutige Paris der Autos lebt allein durch Hausmann!“ Allerdings glaubt er nicht, dass diese lebenserhaltenden Maßnahmen ausreichen würden.

„Wir vermeiden es, dem Ereignis ins Gesicht zu sehen, das näher und näher rückt. Keine Medizin (Voraussicht), keine Chirurgie (Entschlossenheit). Die Stadt verrennt sich in einer Sackgasse, weil man sich nur um ihr bisschen Aufputz kümmert, während ihre Lunge und ihr Herz todkrank sind.“⁶⁵

Was Le Corbusier schließlich für die Stadt Paris vorschlägt, ist in meinen Augen weder Chirurgie noch Medizin. Es ist im schlimmsten Fall eine Notschlachtung vor der Neuerschaffung und im besten Fall die Transplantation lebenswichtiger Organe.

In Wahrheit wird hier das sehr

vereinfachte Bild des funktionalen Organismus auf die Stadt übertragen. Nicht inhaltlich, aber narrativ, wird ein Gesundheitsargument herangezogen, das in der Medizin schon ca. hundert Jahre zuvor verworfen wurde.

Der Bezug auf die Leihwissenschaft soll hier ein angeblich wissenschaftliches (und nicht ideologisches) Argument liefern. Jedoch ist diese einzige wissenschaftliche Wahrheit in der Medizin auch nicht zu finden. Was hier als gesund oder krank bezeichnet wird, beschreibt vor allem Le Corbusiers eigene Haltung zur Stadt und seine Idee einer gesunden Stadt.⁶⁶

^{2.65} Le Corbusier 2015 (1929): 211-16 sowie 223

^{2.66} Hnilica 2012: 58-61

2.4.4 Healthismus und die ideale Antistadt

Die Art, wie Le Corbusier über Paris spricht, war beispielhaft für die kompromisslose, ablehnende Haltung gegenüber der traditionellen, der gewachsenen Stadt des 19. Jahrhunderts. Die Dichotomie von Krankheit und Gesundheit wurde direkt auf die Gegensätzlichkeit von Stadt und Land übertragen. Die für Massen entworfenen gesunden Antistädte wollten den Fehlentwicklungen in der Industriegesellschaft etwas entgegensetzen.

Das Heil wurde in allumfassenden, organischen Stadtlandschaften⁶⁷ gesucht. Man ging davon aus, dass die kranke Stadt(gesellschaft) nicht mehr zu retten sei und dass es daher neuer gesunder Lebens-, Wohn-, und Stadtkonzepte bedürfe. Alle Lebensbereiche und Planungsmaßstäbe wurden in die Entwicklung dieser Ideale einbezogen. Mit dem

berühmten Blick von oben sollte das gesunde Leben für alle in einer gesunden Stadtlandschaft geplant werden: ein ideologischer Gesundheitsbegriff mutiert zum Planungsziel.

Aus heutiger Sicht lässt sich diese Auffassung als *healthistische Planung* bezeichnen. Healthismus beschreibt vor allem das Phänomen eines ideologisierten „Gesundheitswahns“ (Crawford 1980: 365) der letzten Jahrzehnte, der stark mit der Individualisierung von Krankheit und Gesundheit verbunden ist.

Die Parallelen zwischen dem heutigen Healthismus und dem damaligen Gesundheitswahn sind in der Art der Vereinnahmung gesundheitlicher Ideen zu finden. Welches Gesundheitsbild umgesetzt wird, ist dabei zweitrangig. Die

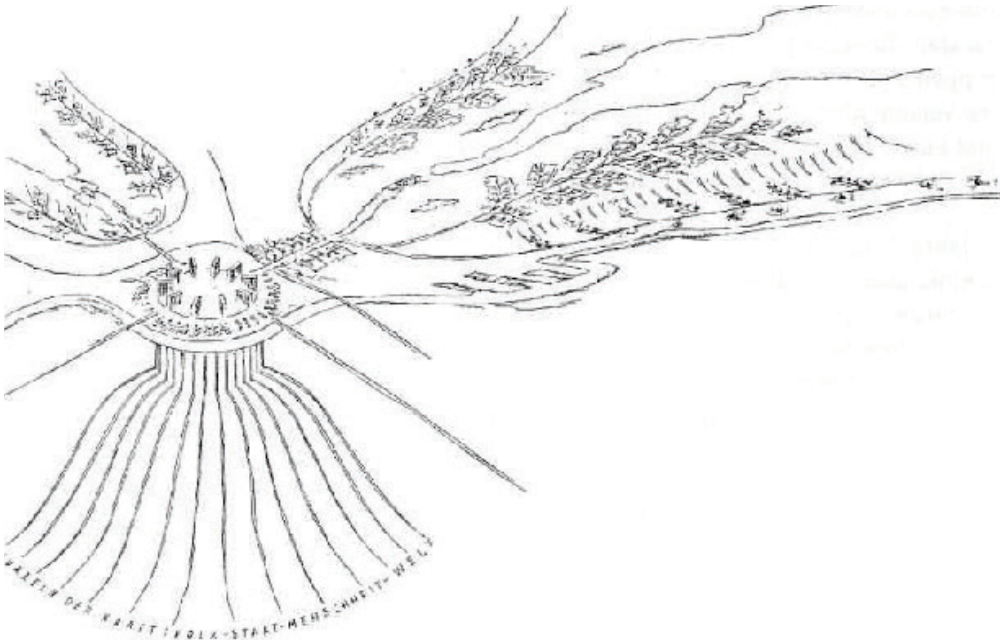
ideologischen Unterschiede sind offensichtlich. Im Gegensatz zu den heutigen Entwicklungen, ging es in den 1920er und 1930er Jahren nicht um die Individualisierung, sondern um die Kollektivierung ideologischer Gesundheitsziele. Gemeinsam haben sie den starken Einfluss von Gesundheitsargumenten auf viele andere Felder.

Das ist unabhängig davon, welche Gesundheitsdefinition zur lebensbestimmenden Ideologie gemacht wird. Healthismus beschreibt vielmehr das Eindringen eines Gesundheitskonzepts in alle Lebensbereiche an sich.⁶⁸

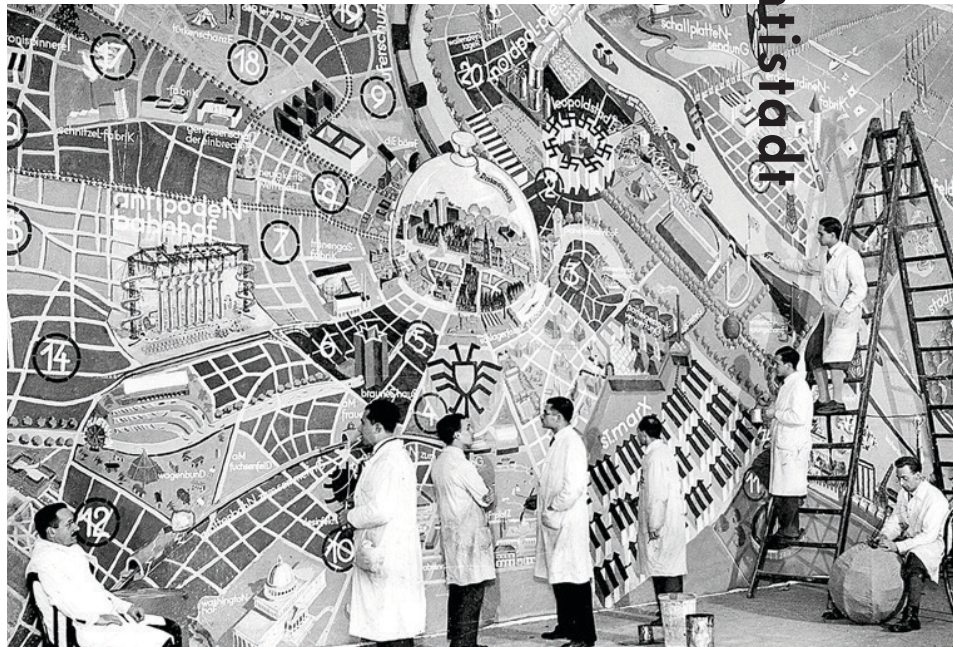
2.67 Hier wird weniger auf den funktionalen Organismus als auf das Organische der Natur (zum Beispiel die Struktur eines Blattes) Bezug genommen. Siehe dazu Organische Stadtbaukunst von Bernhard Reichow (1948).

2.68 Der Begriff Healthismus entstand in den 1980er Jahren. Er beschreibt eine Ideologisierung von Gesundheit, während er das Auftauchen und Erstarren des Gesundheitsthemas in allen Lebensbereichen seit den 1960er und 70er Jahren kritisiert. Der Ökonom Robert Crawford schreibt 1980 in seinem Artikel „Healthism and the medicalization of everyday life“ die Ideologisierung und Individualisierung von Gesundheit. Heute wird der Begriff meistens mit „Gesundheitswahn“ übersetzt und steht für die Kritik an einer Ideologie, die „Gesundheit“ zum einzigen Lebensinhalt und -ziel macht. Der Mediziner Petr Skrabanek weist darauf hin, dass diese Überbewertung des gesunden Lebens auch die Definition des Ungesunden mit sich bringt. Dies wird in seinen Augen besonders brisant und gefährlich, wenn es um „health for all“, public health und Volksgesundheit geht. Skrabanek schreibt in seinem Buch *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*, dass die Wurzeln des Healthismus – wie oben erwähnt – in den totalitären Ideologien zu finden sind: „The ideology of healthism did not appear in Western democracies until the 1970s, initially in the USA. Healthism, however, was an ingredient of the totalitarian ideologies in Nazi Germany and Communist Russia.“ Siehe hierzu Crawford 1980: 365 und Skrabanek 1994: 11.

2.4.4 Healthismus und die ideale Antistadt



1 „Wurzeln und Kraft“. Darstellung aus Hans Bernhard Reichows „Organische Stadtbaukunst : von der Großstadt zur Stadtlandschaft“ (1948)



2 Stadtplan von Wien im Jahre 3000“, Gschnasfest Künstlerhaus, 1933. Entwurf und Ausführung: Meisterschule Prof. Siegfried Theiss.

„Entrenched urban disease and rising health inequality are providing a renewal in healthy urban planning“ (Grant 2016:18)

2.5.1 Ein neues Stadtverständnis

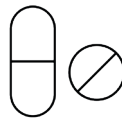
Ab den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden viele Fragen der Stadtplanung neu aufgerollt. Die Idee der funktionalistischen Stadt und der aus einer Gesamtplanung entstehenden idealen Stadt wird stark kritisiert. Man entdeckt neue Probleme, definiert neue Themen und sucht Planungsmöglichkeiten, die diesen gerecht werden.

Wiel Arets' Vergleich von medizinischen Verfahren mit Architektur



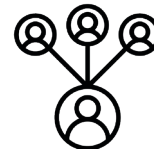
Chirurgische Planung

Wenn die kranken Elemente klar eingegrenzt und von den gesunden Teilen getrennt werden können, greift man zur Chirurgie. Die Moderne bediente sich bei der Planung chirurgischer Methoden - sichtbare Schnitte sollten die Stadt heilen. Mit diesen kann man operieren, chirurgische Schnitte setzen, den „Tumor“ herauslösen und das kranke Haus aus der Nachbarschaft - oder gleich eine ganze Nachbarschaft selbst - entfernen.



Medikamentöse Planung

Nach der Chirurgie entwickelt sich die Arznei, die Stadtplanerinnen und Stadtplaner mutieren zu Pharmazeutinnen und Pharmazeuten. Die „Behandlung“ funktioniert in diesem Bild völlig anders als Chirurgie. Es wird auf fast unsichtbare Weise in die Funktionsweisen des Körpers eingegriffen, um ihn gesünder zu machen. Diese Funktionsweisen sind unvergleichbar komplexer als die Betrachtung des funktionellen Organismus. Es geht auch weit mehr um das Herstellen von Wohlbefinden als um die Entfernung von Krankheit. Die Leiden sind oft nicht mehr so klar erkennbar - was sind Ursachen und was nur Symptome? Eine genaue Anamnese ist nötig, um die richtigen Behandlungen einzuleiten. Die Planerin oder der Planer identifiziert (diagnostiziert) das Problem, wählt die Maßnahmen (Medizin) und beurteilt, ob sich die Situation durch diese Schritte verbessert (die Behandlung Erfolg hatte). Die Planung greift in die Vorgänge der Stadt ein. (Arets 1994)



Virologische Planung

Mit der Idee der virologischen Planung dringt Arets noch eine Ebene tiefer in die Planungsproblematik ein. Teile und Akteure der Stadt werden befähigt, selbst in ihre Lebensumwelt einzugreifen und diese mitzugestalten. Ein Virus ist ohne den Wirt (die Zelle) nicht überlebensfähig. Anstatt das Gewebe zu verdrängen, verändert er durch Manipulation von Informationen den Code der vorhandenen Zellen. Die veränderten Zellen geben diese Informationen selbstständig weiter.

Wahrscheinlich ist es möglich, jedes Planungs- und Stadtverständnis mit einem Medizin- und Stadtkörpervergleich zu erklären.

So vergleicht Wiel Arets die Veränderung des Planungsverständnisses der letzten Jahrzehnte mit einer Entwicklung von Chirurgie zu Virologie.⁶⁹ Die Chirurgie stellt das direkte Eingreifen (Skalpelli) der Planung in die Stadt dar, während das Verabreichen von Medizin die Verwendung und Entwicklung von (Planungs-) Instrumenten (Medikamente) für bestimmte Situationen und Probleme beschreibt.

Es ist die Rede davon, wie die Architektur der Stadt beim Gesundwerden helfen kann und welche (medizinische) Methode dafür in Frage kommt. Beschrieben wird, wie die Idee der gesunden Stadt grundsätzlich auf den Kopf gestellt wurde.

„And what is health? Does health mean never being sick, or is it the ability to recover from illness? What types of diseases afflict the city?“⁷⁰

Je nachdem, wie man die Krankheit, das Unwohlbefinden oder die Gesundheit der Stadt versteht, greift man zu unterschiedlichen Formen der Behandlung.

Wenn sich die Planerinnen und Planer als Virologen verstehen, können sie diese Codes für einen guten Zweck manipulieren. Kleine Dosen können Selbstheilungskräfte aktivieren und Impfungen können immunisieren. Diese Betrachtung setzt ein viel höheres Maß an ganzheitlichem Verständnis der Stadt, deren urbaner Phänomene und Akteure voraus. Neben dem Blick auf die gesamte Stadt entsteht ein neuerer Blick auf die mikroskopischen Zusammenhänge im urbanen Gefüge.⁷¹

2.69 Es geht hier nicht um die exakte medizinische Beschreibung, sondern mehr um die sich verändernde Wirkungsweise von Planung. Die Vorgänge im Körper können selbstverständlich nicht direkt mit denen in der Stadt verglichen werden. Selbst Wiel Arets äußert Zweifel an der Vergleichbarkeit von Stadt und Körper: „Maybe the city isn't sick at all, and cannot be compared to a body. The body is, after all, a single unit, a whole, the city isn't.“ (Arets 1994)

2.70 Arets 1994
2.71 ebd.

2.5.1.1 Die Wiederentdeckung des Urbanen (Paradigmenwechsel)

Auf die totale Ablehnung der Stadt folgt die Wiederentdeckung des Urbanen.⁷² Die gewachsene Stadt, die zuvor so stark kritisiert wurde, wird zum Ideal des gemeinsamen Zusammenlebens. Man sucht die Gesundung der Stadt in den zuvor als krank beschriebenen Bereichen. Das „Inordnungbringen“⁷³ der Stadt soll von einer Humanisierung abgelöst werden. Hier löst, so Werner Durth, ein in die Vergangenheit gerichtetes Aufhübschen des historischen Bestands die zukunftsorientierte Entwicklungsplanung der Moderne ab. In dieser Ablehnung der angeblichen Unwirtlichkeit der Moderne stecke auch der Entwurf einer neuen Idee der guten, humanen und gesunden Stadt, in der die Individualität, die Mannigfaltigkeit und die Wirt(schaft)lichkeit eine große Rolle spielten.⁷⁴

Es ist für den damaligen Diskurs bezeichnend, dass der einflussreiche Text „Die Unwirtlichkeit der Städte“ von einem Arzt verfasst wurde. Es sticht geradezu aufdringlich ins Auge, wie er die für ihn kranke Stadt der Moderne beschreibt:

„Der Blick auf die wachsenden Gebilde, die einstmals Städte waren, zeigt uns, dass sie einem Menschen gleichen, der verzerrt wird durch krebsige Tochtergeschwülste. Vielleicht gibt es keinen Todestrieb; aber Umstände, die tödlich wirken. Davon ist hier die Rede, obgleich wir – wie alle, die je auf dem Pulverfass saßen – so tun, als wäre alles unsterblich in bester Ordnung.“⁷⁵

Unterhaltsamerweise bezeichnet er genau jene Teile der Stadt als „krebsige Geschwülste“, die zuvor dafür geplant wurden, die Stadt zu ordnen und von allem Ungesunden

zu befreien. Genau wie Le Corbusier vergleicht er die Stadt mit einem kranken Körper und bedient sich einer auffallend ähnlichen Wortwahl.⁷⁶ Nur das Körper- und Gesundheitsverständnis ist ein völlig neues. Was vorher als gesund bezeichnet wurde, soll jetzt krank sein und umgekehrt. Beide Leitbilder, das der urbanen und das der aufgelockerten Stadt, sind gleichermaßen ideologisch besetzt und können sich nur deshalb beide auf ein (zeitgenössisches) Gesundheitsideal beziehen, weil dieses genauso in seiner Geschichte vielen Veränderungen und Weiterentwicklungen unterworfen war.

Dieser Zusammenhang wird hier auch deshalb betont, weil gleichzeitig ein Paradigmenwechsel⁷⁷ im Gesundheitsverständnis stattfindet. Die WHO erweitert in ihrer 1948 publizierten Gründungserklärung

2.72 Das „Urbane“ ist genauso undefiniert wie „die gesunde Stadt“ und kann mit unterschiedlichsten positiven wie negativen Assoziationen belegt werden. Urbanität ist also eine Wörthülse, die viel an Assoziation freisetzt, analytisch wenig benennt und keinerlei plausible Hilfestellungen liefert.

2.73 Wobei das hier kritisierte „Inordnungbringen“ auch eine Humanisierung als Ziel hatte.

2.74 Werner Durth bezieht sich auf den Titel des von Alexander Mitscherlich verfassten Buches „Die Unwirtlichkeit unserer Städte“ und ändert die Aussage in einer Überschrift zu „die neue Wirt(schaft)lichkeit unserer Städte“. Damit möchte er zeigen, dass auch eine neue Wirtlichkeit von „handfesten ökonomischen und politischen“ Ideen geprägt ist. Durth 1977: 11

2.75 Mitscherlich 2008 (1965): 8

2.76 Beispielsweise schrieb Le Corbusier über punktuelle Erneuerungen und Sanierungen in Paris: „Die furchtlosen Operationen auf dem Boden des Pariser Zentrums sind wie ein Krebs, den man das Herz der Stadt überwuchern läßt. Der Krebs wird die Stadt ersticken. Hier einfach geschehen zu lassen, bedeutet eine unbegreifliche Sorglosigkeit in der Stunde der Gefahr, durch welche die Großstädte augenblicklich hindurchgehen.“ (Le Corbusier 2015 (1929): 216)

2.77 Siehe hierzu: 2.5.2 Von einer biomedizinischen zu einer ganzheitlichen Gesundheit

den Gesundheitsbegriff und betont hierbei das subjektive Empfinden. So ist Gesundheit der „Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“⁷⁸. Ich meine, dass die Idee der Wirtlichkeit auch als Forderung nach diesem subjektiven Wohlbefinden gesehen werden kann. Die Paradigmenwechsel in beiden Disziplinen gelten als Voraussetzung dafür, dass es wieder gemeinsame Themen, Handlungsstrategien und Handlungsfelder gibt.

2.78 Gesundheitsdefinition der WHO. Zum Beispiel unter: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung, abgerufen am 14.10.2016

Das gesunde Urbane statt dem kranken Unwirtlichen

2.5.1.2 Form follows Psycho (neue Handlungsfelder)

Im Laufe der (späteren) zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstehen wieder gemeinsame Handlungsfelder für Stadtentwicklung und -planung sowie Gesundheitsförderung. Beide Disziplinen beginnen sich verstärkt für die spezifischen Lebenswelten, die einzelne Quartiere und Nachbarschaften zu interessieren.

Während sich die Stadtplanung der Entdeckung der Mikroebene widmet, beginnen die medizinischen Disziplinen allerdings wieder, sich auf die Betrachtung des großen Ganzen, also den Menschen in seiner Umwelt, zu besinnen. Als Folge entstehen – grob betrachtet – in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erneut Überschneidungen in (Forschungs-)Interessen und Handlungsebenen der beiden Disziplinen.

Verkürzt gesagt, zoomt die Stadtplanung in die Stadt hinein und die Medizin aus dem Körper hinaus. Die Medizin betrachtet nicht mehr nur einzelne Zellen und Erreger, sondern sieht sich die tatsächlichen Lebensbedingungen der Menschen an. Gleichzeitig analysiert die Planung konkrete und lokale Gegebenheiten anstatt prägnante Stadt- und Gesellschaftsvisionen für das „theoretische Objekt ‚Stadt‘“⁷⁹ zu entwickeln.

Im Bereich der Stadtplanung wurde die Ablehnung allgemeingültiger, ästhetischer Regeln lauter und die Kritik an den großen Entwürfen stärker. Kleine, sanfte und auf individuelle Bedürfnisse angepasste Neu- und Umbauprojekte in der bestehenden Stadt gewinnen an Bedeutung.

Ein individualisiertes Menschenbild lehnt die Idee „von der Natur diktierte[r] Bedürfnisse“ ab, kritisiert die Reduktion des Menschen auf „biologische Grundfunktionen“ und fordert eine verstärkte Aufmerksamkeit für die psychohygienischen Bedürfnisse. In weiterer Folge soll die Baukunst eine psychologische Funktion erfüllen, die das Urbane dem Funktionalen gegenüberstellt. „Stadtgestaltung ist bewusste Arbeit an den psychischen Qualitäten unserer Städte.“⁸⁰

Dabei sind die „psychischen Bedürfnisse“ in meinen Augen genauso wenig immanent wie die materiell-funktionalen. In beiden Fällen handelt es sich um Zuschreibungen, um Ontologien. Deshalb entwirft dieser neue psychohygienische, individualisierte und urbane Bedürfniskatalog ein Bild eines (psychisch) gesunden

⁷⁹ Eisinger 2005: 101

⁸⁰ Michael Trieb in Durth 1977: 43

Menschen, ähnlich wie es die Moderne mit ihrem Bedürfniskatalog getan hat.

Dem neuen urbanen Menschen werden nach Durth folgende Ansprüche zugeschrieben:

- **„Forderungen nach einer Bereicherung des visuellen Angebots und der ästhetischen Erlebnismöglichkeiten durch mehr Farbe, Form und Abwechslung im Stadtbild,**
- **Forderungen nach sinnfälliger und sinnvoller Strukturierung der Stadtgestalt zur Erleichterung der Orientierung in und zwischen lokalen= sozialen Situationen,**
- **Forderungen nach einer Umwelt, die vielfältig emotionale Bindungen und Möglichkeiten affektiver Besetzung vorbereiten hilft.“⁸¹**

Auffällig ist hier die Nähe zu dem

2.81 ebd.

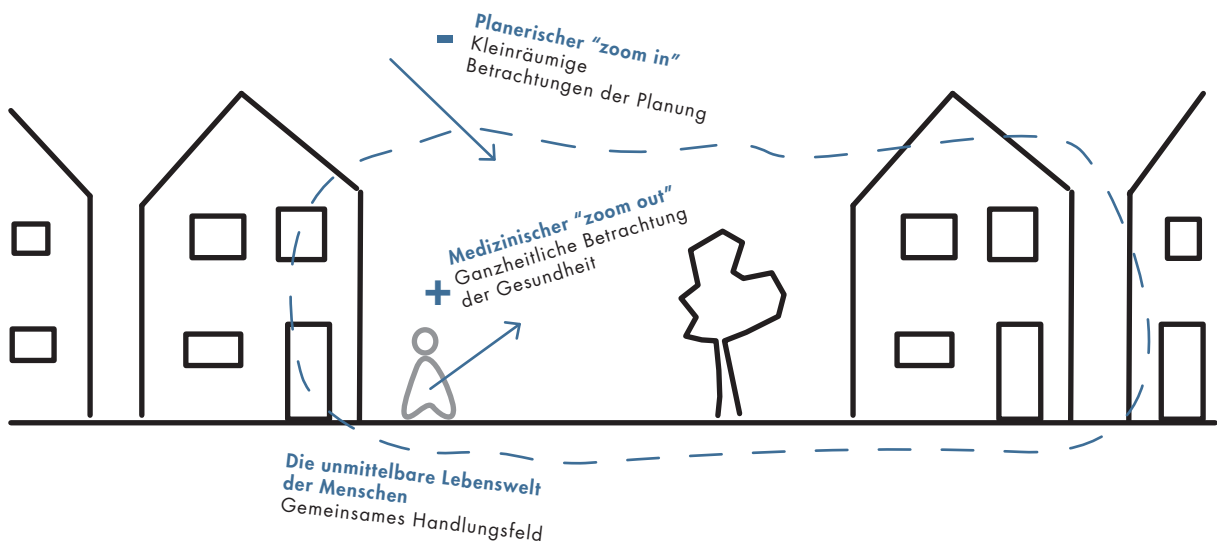
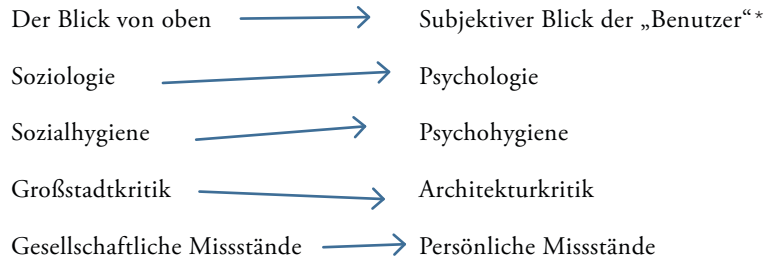
damals neuen, von Aaron Antonovsky geprägten Gesundheitsverständnis. Er beschreibt, wie wichtig eine verstehbare-, handhabbare und bedeutsame Umwelt für das Kohärenzgefühl und somit für die Gesundheit ist.⁸² Diese drei Begriffe können den gerade formulierten Forderungen zugeordnet werden. In beiden Fällen rücken die individuelle Perspektive und die Interaktion von Umwelt und Mensch in den Vordergrund. Dazu sei bemerkt, dass es Aaron Antonovsky um ein tiefgreifendes Kohärenzgefühl ging, welches weit über die Orientierung an extravaganteren Bauwerken, das Mitentscheiden bei gestalterischen Details und die angebliche Bedeutung historischer Stilelemente hinausgeht.

Das Betrachten des individuellen Wohlbefindens bedeutet für die Gesundheitswissenschaften eine

2.82 Siehe Exkurs: Salutogenese

Stadt und Gesundheit treffen sich in der unmittelbaren Lebenswelt der Menschen

Individualisierung



Es ist hier auch bezeichnend, dass nicht mehr von Bewohnerinnen oder Bewohnern, * sondern von Nutzerinnen und Nutzern gesprochen wird. Werner Durth kritisiert die Reduktion der Menschen auf den Konsum und auf einen Urbanitätsbegriff, der insbesondere die „innerstädtische Einkaufsbereiche“ ins Visier nimmt. (Durth 1977: 35) „Der zentrale Geschäftsbereich der Städte wurde zum Kern- und Angelpunkt des städtischen Lebenszusammenhangs, wobei die gerade dort am deutlichsten erfahrbare und oft genug beklagte Not wachsender Anonymität und Versachlichung der zwischenmenschlichen Beziehungen zur Tugend urbanen Lebens umetikettiert wurde.“ (ebd.)

Ausweitung des Gesundheitsverständnisses⁸³, wobei es in Stadtplanung und -entwicklung vor allem einen vielschichtigen Maßstabswechsel zur Kleinteiligkeit beschreibt. Missstände, Verantwortlichkeiten und Handlungsfelder werden personalisiert.

„Mit dem trojanischen Pferd stadtsoziologischer Argumentation wurde die Entsoziologisierung und Psychologisierung der Architekturdiskussion eingeleitet.“⁸⁴

Werner Durth stellt am Beginn seines Buches „Die Inszenierung der Alltagswelt, zur Kritik der Stadtgestaltung“ die Frage: „Auf dem Wege zur Humanisierung der Umwelt?“⁸⁵. Durch die Betrachtung der gerade aufgelisteten Maßstabwechsel wird deutlich sichtbar, dass unter dem Deckmantel der Humanisierung eine Individualisierung vorangetrieben wird.⁸⁶

Für die Gesundheitswissenschaft führt das Aufkommen des Umweltthemas zu einem Erstarren der verhältnisorientierten Konzepte gegenüber der verhaltensorientierten Gesundheitsförderung.⁸⁷ Gesundheit wird dabei wieder mit der gesellschaftlichen-, sozialen-, politischen und ökonomischen Situation der Menschen in Verbindung gebracht. Im Gegensatz zum damaligen Stadtdiskurs entwickelt sich in den Gesundheitswissenschaften ein ganzheitlicher Blick (von oben). Die Untersuchung der vorherrschenden Lebensverhältnisse gewinnt an Bedeutung und die Um- und Lebenswelten der Menschen werden als gesundheitsrelevant erkannt. Damit wird die Stadt selbst auch wieder zum Gegenstand und Handlungsfeld von public health.

2.83 Dazu zeigen zum Beispiel die Gesundheitsdeterminanten oder die Gesundheitsdefinition der WHO, in was für einem breiten Feld Gesundheitsursachen gesucht wurden.

2.84 Durth 1977: 30

2.85 ebd.: 9

2.86 Humanisierung ist mit Individualisierung nicht per se gleichzusetzen. Man könnte mit dem Humanisierungsargument auch die Gleichheit und Gleichbehandlung aller Menschen fordern.

2.87 Die zwei Konzepte stehen in gewisser Weise bis heute in Konkurrenz. Hat die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung den Vorteil, vulnerable Gruppen besser zu erreichen, sind die Erfolge verhaltensorientierter Gesundheitsförderungsprogramme viel leichter messbar.

2.5.1.3 Vom chirurgischen Eingriff zur Akupunktur (neue Handlungsprinzipien)

Der Paradigmenwechsel - weg von der Großstadtkritik hin zu einem Urbanitätsideal - ändert auch das Selbstverständnis von Stadtplanung und -entwicklung. Das visionäre Entwerfen von neuen Gesellschafts-, Stadt- und Lebenskonzepten wird von einer lokaleren, rücksichtsvollen und in das Mögliche integrierten Betrachtung abgelöst.⁸⁸

Das zeigt sich sowohl in den Analysemethoden wie auch in den Umsetzungsstrategien. Durch „erlebnisorientierte Bestandsaufnahmen“ wurden subjektive Landkarten gezeichnet, die Wahrnehmung der Stadt unabhängig von der tatsächlichen physischen Gestalt veranschaulicht. Diese „Stadtbildanalysen“ zeigen „subjektives Umweltempfinden“ anstelle von objektiven Funktionszusammenhängen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen

der personalisierten Wahrnehmungen kamen oft nicht zu Umsetzung. Denn auch die Umsetzung planerischer Ideen wurde immer mehr von einzelnen und privaten Akteuren abhängig (gemacht), und somit auch kleinteiliger.⁸⁹

Damals waren die top down Umsetzungswege für große Projekte so in Verruf gekommen, dass die Planerinnen und Planer begannen, sich selbst als eingebundene Akteure des urbanen Gefüges zu verstehen: an die Stelle des Masterplans der Generalplanung scheint die Handlungsempfehlung der Beratung zu treten. In dieser Zeit entwickelte sich ein neues Planungsverständnis, das die Aufgabe verstärkt im Gestalten von Planungsprozessen sieht. Anstatt konkrete stadtgestalterische Lösungen zu zeichnen, werden die Konzepte in Zusammenarbeit mit

anderen Experten und Expertinnen erarbeitet. Die Einbindung der Beteiligten und Betroffenen (sic!) wird Thema. Das Planen wird so zu einer integrierenden, koordinierenden und moderierenden Aufgabe.

Ganz ähnliche Themen tauchen im public health Diskurs auf und die WHO erklärt *Partizipation, Empowerment* und *Intersektoralität*⁹⁰ zu den Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung.

In Anbetracht der hier beschriebenen Ähnlichkeiten zwischen neuem Stadt- und Gesundheitsbild wie auch zwischen den neuen Handlungsfeldern und -prinzipien der beiden Disziplinen ist es erstaunlich, wie wenig sich der damalige Planungsdiskurs auf Gesundheitsthemen bezieht.⁹¹ Die Abgeschlossenheit des Diskurses dürfte nicht

2.88 Doch auch die unmöglich realisierbaren scheinenden Entwürfe zeichnen mögliche Zukünfte, die von der Gesellschaft verhandelt werden können. Angelus Eisinger beschreibt dies in „Die Stadt der Architekten“ (Eisinger 2005:11).

2.89 Durth 1977: 40; 49

2.90 Siehe Ottawa Charta 1986.

2.91 So war das 1957 erschienene Buch „Medizin und Städtebau“ (Vogler/Kühn 1957), die für lange Zeit letzte bedeutende deutschsprachige Publikation, die sich explizit mit dem Thema beschäftigte.

dafür verantwortlich gewesen sein, zum Beispiel soziologische Einflüsse, Argumente und Methoden fanden sehr wohl ihre Bedeutung.⁹²

Ich kann hier nur vermuten, dass das mit der Bedeutung des Gesundheitsarguments in den 1920er und 30er Jahren zu tun hat und mit der Moderne nicht nur ihre Formensprache, sondern auch das (städtische) Gesundheitsideal abgelehnt wurde.

Diese Berührungspunkte sind im Gesundheitsdiskurs nicht zu erkennen. Im Gegenteil, die Gesundheitswissenschaft entdeckt die Stadt, das Quartier und die Urbanität seit den 1960er Jahren regelrecht euphorisch wieder. Das wird im Folgenden kurz beschrieben.

2.92 Durth 1977: 30

2.5.2 Von der biomedizinischen zur ganzheitlichen Gesundheit

THE MYSTERY OF HEALTH

SALUTOGENESE GRÜNDE FÜR GESUNDHEIT *Was ist Gesundheit?*

Salutogenese versus Pathogenese

In den 1970er Jahren entwickelte der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky das Konzept der Salutogenese. Bis heute bauen viele Erkenntnisse und Konzepte der Gesundheitswissenschaften auf seinen Überlegungen auf. In der Planung von Krankenhäusern, wie auch in der Stadtplanung, spielt *salutogenic design* eine immer größere Rolle.

Bei Aaron Antonovskys Theorie der Salutogenese handelt es sich um das Gegenstück zur Pathogenese. Sie beschäftigt sich mit den Gründen für Gesundheit und nicht mit den Ursachen der Krankheiten.⁹³

^{2.93} Antonovsky 1997 (1979): 22

Krankheits- Gesundheits- Kontinuum

Die Theorie der Salutogenese entwirft zudem das Konzept des Krankheits-Gesundheits-Kontinuums (health-ease/dis-ease continuum, HEDE) welches formuliert, dass Menschen nie vollständig krank oder vollständig gesund sein können.

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“⁹⁴

In diesem Konzept besetzt jeder Mensch eine Position auf dem HEDE-Kontinuum und das Ziel sollte sein, diese Position in Rich-

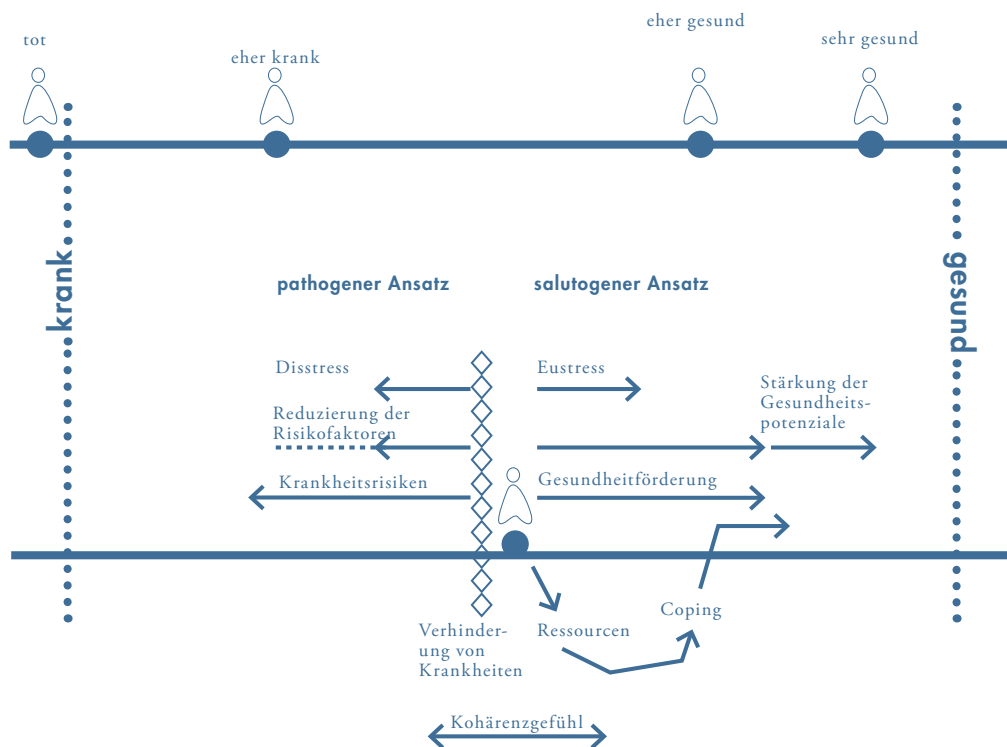
^{2.94} ebd.

tung Gesundheit zu verändern. Der Richtung, in die sich ein Mensch auf dem HEDE-Kontinuum bewegt, wird eine größere Bedeutung zugemessen als dem jeweiligen Ausgangspunkt. Dabei ist auch das subjektive Empfinden der jeweiligen Person von Bedeutung. Wer auf der Palliativstation liegt, fühlt sich dem Tod automatisch näher, als jemand, der mit demselben Krankheitsbild in einer Rehabilitationsstation untergebracht ist.⁹⁵

So gesehen ist die Aufgabe der Gesundheitsförderung, jeden einzelnen Menschen von seinem Punkt auf

^{2.95} ebd.

Exkurs: Salutogenese



dem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum abzuholen und ihn dabei zu unterstützen, sich in Richtung Gesundheit zu bewegen. Gleichzeitig gilt es, eine Umwelt zu schaffen, die das möglichst allen Menschen ermöglicht.

Kohärenzgefühl⁹⁶

(Sense of Coherence, SOC)

&

Die Grenzen des SOC

Für Aaron Antonovsky ist das individuelle Kohärenzgefühl ausschlaggebend dafür, wo wir uns auf dem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum befinden und vor allem dafür, ob wir in der Lage sind, uns in Richtung Gesundheit zu bewegen.

Dieses zweite, zentrale Modell der Salutogenese beschreibt die „kognitive und affektiv-motivationale Grundeinstellung des Individuums gegenüber sich selbst und der Umwelt“. Die Stärke des SOC hängt von der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der Umwelt ab.⁹⁷

Nach diesem Konzept hat nicht die gesamte Umwelt Einfluss auf

das SOC jedes Menschen. So kann jemand ein hohes SOC haben, ohne an regionalen Themen oder Bürgerinitiativen interessiert zu sein. Trotzdem muss es für jeden Menschen irgendwelche Bereiche mit Bedeutung geben.

Daraus ergibt sich das Prinzip der Grenzkontrolle und der Grenzverschiebung. Es können Lebensbereiche in die Schublade des Unwichtigen verschoben werden, um so *Distress* zu vermeiden und das SOC stabil zu halten.

Davon sind vier Kernbereiche ausgenommen: interpersonelle Beziehungen, die eigenen Gefühle, die wichtigsten eigenen Tätigkeiten sowie Existenzielles.⁹⁸

Außerhalb dieser Kernbereiche hängt der Umgang mit der eigenen Grenzkontrolle mit der Stärke des SOC zusammen. Im Fall des Auftauchens neuer Informationen, Eindrücke oder Aufgaben, werden Menschen mit einem hohen SOC dies als etwas Spannendes, Neues, als *Eustress* erleben und wahrnehmen. Sie versuchen, ein Gleichgewicht zwischen wachsenden Informationen und wachsender Entropie herzustellen. Sie schaffen eine Balance zwischen Offenheit und Geschlossenheit des eigenen SOC.

Im Gegensatz dazu reagiert eine Person, deren SOC nicht so stabil ist, rigider auf Eindringendes und versucht öfter, sozusagen die „Grenzen dicht zu machen“. Menschen

2.96 Im englischen Original, "Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well" definierte Aaron Antonovsky den Begriff "Sense of Coherence" (auch SOC). In den Jahren darauf gab es in deutschen Texten verschiedene Übersetzungen wie Kohärenzerleben, Kohärenzsinn, Kohärenzempfinden oder eben Kohärenzgefühl. Als 1997 die erste deutsche Ausgabe erschien, entschied sich die Übersetzerin Alexa Franke für den Begriff des Kohärenzgefühls, der sich auch in weiterer Folge durchsetzte. (Franke 1997: 12)

2.97 ebd: 34

2.98 Antonovsky 1997: 40f

Handhabbarkeit

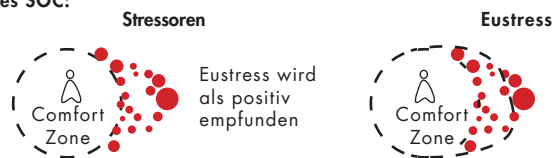
Bedeutsamkeit

Verstehbarkeit

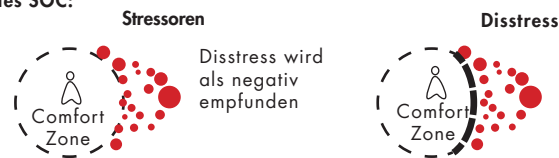
mit einem geringen SOC verstehen das Neue als etwas Bedrohliches und Anstrengendes.⁹⁹

Gerade in der Stadt scheint der Umgang mit Diversitäten, Eindrücken und Herausforderung von besonderer Bedeutung zu sein. Die vielen, neuen, bunten und unterschiedlichen Möglichkeiten und Eindrücke in der Stadt gelten für viele Menschen als eine Bereicherung, andere empfinden diese als bedrohlich.

Starkes SOC:



Regides SOC:



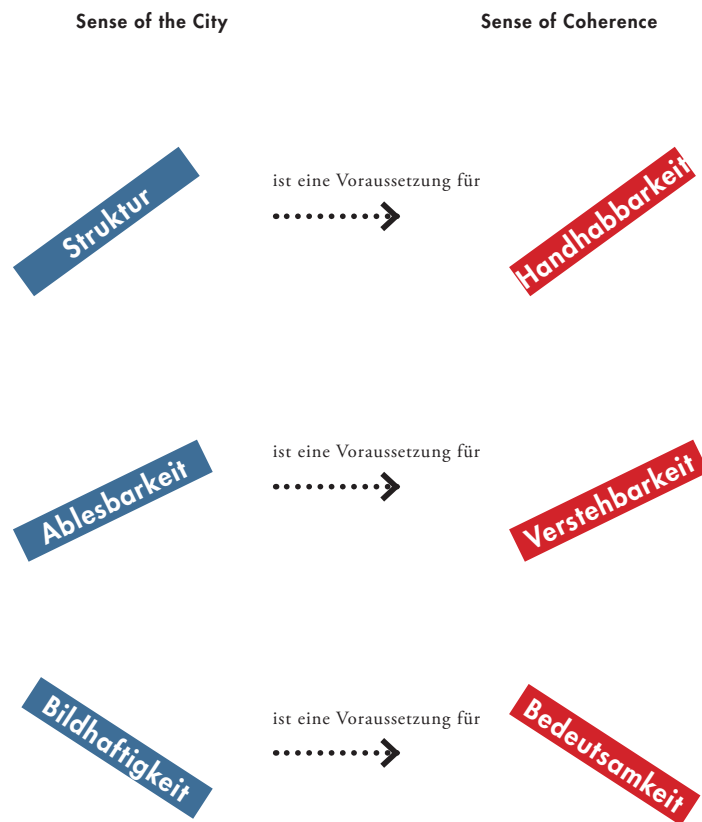
Wie Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammenwirken:

Typus	Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit	Vorhersage
1	hoch	hoch	hoch	stabil
2	niedrig	hoch	hoch	selten
3	hoch	niedrig	hoch	nach oben
4	niedrig	niedrig	hoch	nach oben
5	hoch	hoch	niedrig	nach unten
6	hoch	niedrig	niedrig	nach unten
7	niedrig	hoch	niedrig	selten
8	niedrig	niedrig	niedrig	stabil

2.99 Antonovsky 1997: 43

The Sense of Coherence und The Image of the City

Was ist in einer Umgebung "lebenswichtig"¹⁰⁰? Zur Beantwortung dieser Frage existieren zahlreiche Zusammenhänge zwischen Stadtplanung und Gesundheitswissenschaften. Besonders auffällig sind die Parallelen zwischen dem eben beschriebenen Sense of Coherence von Aaron Antonovsky und Kevin Lynchs The Image of the City.¹⁰¹ Lynch stellt hier die Begriffe Ablesbarkeit, Struktur und Bildprä-gekraft in den Mittelpunkt seiner Stadtuntersuchungen. Es ist klar, dass Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Gesundheit) auf der einen und Ablesbarkeit, Struktur und Bildprä-gekraft (Stadt) auf der anderen Seite miteinander verbunden sind. Die Parallelität macht nicht nur eine praktische Annäherung der Disziplinen sichtbar, sondern zeigt auch, dass sie auf dem gleichen ideologischen Fundament und auf ähnlichen Vorstellungen vom guten Leben in einer lebenswerten Umwelt aufbauen.



2.100 Lynch 2007 (1965): 12

2.101 Siehe hierzu Minh-Chau Tran et al. 2010: 1112, Antonovsky 1997 (1979): 34 und Lynch 2007 (1965): 9.



Kevin Lynch

über Stadt:

“Eine gute Vorstellung von der Umgebung verleiht dem, der darüber verfügt ein ausgeprägtes Bewusstsein gefühlsmäßiger Sicherheit. Er ist in der Lage, eine harmonische Verbindung zwischen sich selbst und der Aussenwelt herzustellen.” (Lynch 1965: 14)



Aaron Antonovsky

über Gesundheit:

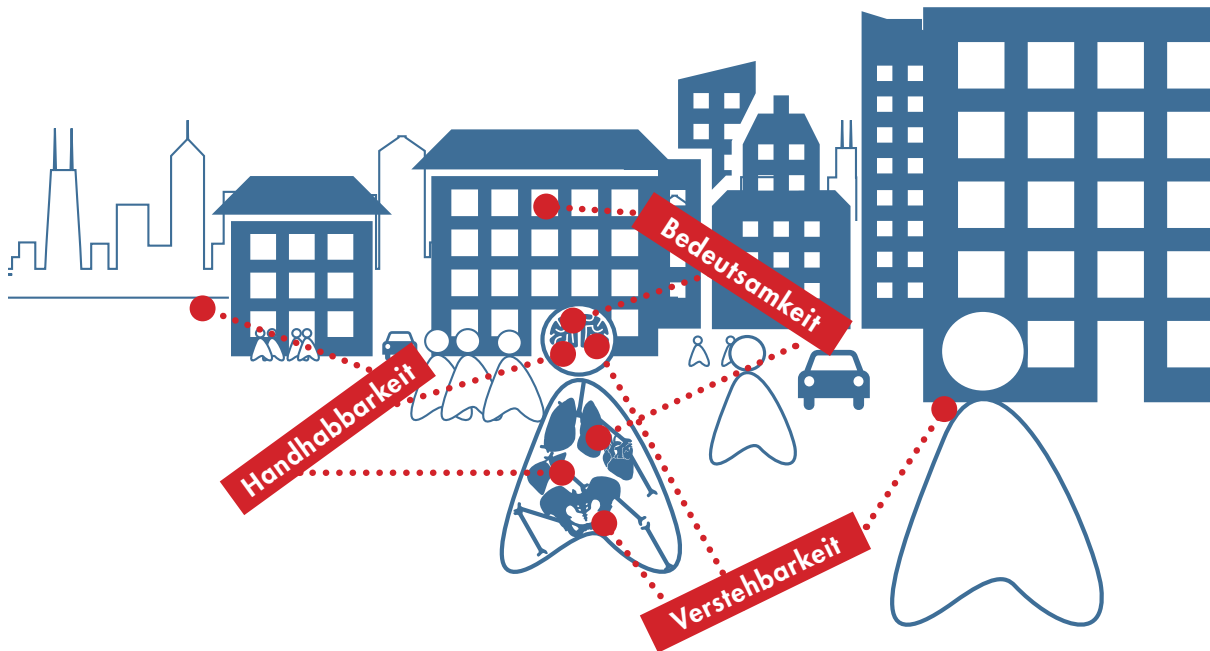
“Das SOC ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch Dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (...) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind” (Antonovsky 1987: 36)

„Das SOC ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass [...]

1. „[...] die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;

2. [...] einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen zu begegnen;

3. [...] diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.“
(Antonovsky 1997: 36)



Verstehbarkeit

„Sie bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich und unerklärlich.“ (Antonovsky 1997: 34)

Eine hohe Verstehbarkeit bedingt auch das Gefühl einer Person, auch zukünftige Ereignisse einordnen zu können – es handelt sich also auch um Absehbarkeit. Wichtig ist das Vertrauen, dass mit einer hohen Wahrscheinlichkeit „alles gut“ wird und man „nicht immer der „Pechvogel“ ist. Das Verstehen der eigenen Umwelt ist Voraussetzung dafür, mit der Umgebung umgehen zu können.

Handhabbarkeit:

Handhabbarkeit bedeutet

„(d as) Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen.“(ebd.)

Man muss aber nicht alles selbst - im Sinn von alleine - bewältigen können. Handhabbarkeit kann auch durch vertrauenswürdige Dritte erreicht werden. Diese können der Staat, Ärztinnen oder Ärzte, Familie, Freunde, eine Versicherung oder auch ein Gott sein. Die Handhabbarkeit ist vom Verhältnis zwischen Ressourcen und Stimuli abhängig. Wenn die Ressourcen ausreichen, ist eine Situation nicht nur weniger gesundheitsschädlich, sondern gesundheitsfördernd.

Bedeutsamkeit:

Antonovsky versteht unter Bedeutsamkeit das motivationale Element

„als Teilnehmer in die Prozesse, die das eigene Schicksal und die alltäglichen Erfahrungen, bilden, involviert zu sein“ (ebd.)

Stimuli, Stress oder Herausforderungen werden in einem Lebensbereich, der für jemanden Bedeutsamkeit hat, eher als Herausforderung oder sogar als Bereicherung wahrgenommen. Im Gegensatz dazu empfinden Menschen mit einem niedrigen SOC diese oft als Überforderung und Anstrengung.

Lynchs „Bild der Stadt“ bedeutet „tägliche Freude, einen Ankerplatz für das Leben - eine ausdrucksvollere und reichere Welt.“
(2007: 11)

Dafür muss die urbane Umwelt der Menschen ablesbar, strukturiert, und bildhaft sein.



Ablesbarkeit:

„Eine gute Vorstellung von der Umgebung verleiht dem, der darüber verfügt, ein ausgeprägtes Bewusstsein gefühlsmäßiger Sicherheit.“

(Lynch 1965: 14)

Das Einordnen und das Verstehen der Umgebung hält Lynch für überlebenswichtig.

Wenn das nicht mehr möglich ist, verirrt man sich - „wird uns durch das Gefühl der Unruhe klar, wie sehr dieses Missgeschick unser Gleichgewicht und unser Wohlbefinden beeinflusst“.

Die Möglichkeit, eine Umgebung zu lesen, ist Voraussetzung, sich neue Situationen zu eigen zu machen und diese Stressoren als positiv zu bewerten. (ebd.: 12ff)

Bildhaftigkeit:

„Das Bild entsteht durch einen Prozess zwischen Beobachter und Umwelt. Der Beobachter wählt die Bilder, fügt sie zusammen und gibt ihnen eine Bedeutung.“

(ebd.: 16)

Dieses Bild ist wichtig, um das Bedürfnis nach Identität und Struktur (vgl. mit Antonovskys Bedeutsamkeit) zu befriedigen. Insbesondere ist das in komplexen und dynamischen Umgebungen wichtig.

Diese Bilder sind nicht allgemein gültig, sondern entstehen durch die Wechselbeziehung von Innen- und Außenwelt einer Person.

Menschen haben also unterschiedliche Ressourcen, sich in verschiedenen Situationen zu orientieren. (ebd.: 17ff)

„Unterschiedliche Menschen können sich in unterschiedlichen Umwelten besser oder schlechter zurechtfinden. Dann, wenn man die Umwelt schon kennt, oder sie einer ähnelt, mit der man vertraut ist.“ (ebd.)

Struktur:

Lynch beschreibt mit dem Begriff „Struktur“ nicht nur die innere Struktur einzelner Objekte, sondern auch die Struktur, die aus der Summe der Einzelobjekte entsteht - aus Gemeinsamkeiten, Zusammenhängen und Unterschieden. Diese strukturelle Beziehung bezeichnet neben den Zusammenhängen, die die Objekte untereinander haben, auch die strukturelle Beziehung zwischen Objekt und Beobachterin oder Beobachter. Diese strukturellen Beziehungen zu verstehen, ist Voraussetzung für eine bedeutsame (handhabbare) Umgebung. (ebd.: 18f)

2.5.2.1 Ein neuer Gesundheitsbegriff

Die 1948 gegründete Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt, noch im Jahr ihrer Gründung, mit ihrer Gesundheitsdefinition eine Gegenposition zur damals vorherrschenden biomedizinischen Sichtweise auf die Gesundheit ein. Diese lautet wie schon erwähnt:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“¹⁰²

Es wird deutlich, dass hier nicht mehr die Infektionskrankheiten im Mittelpunkt stehen. Vielmehr beschäftigt sich die WHO immer stärker mit den Zusammenhängen zwischen Lebensbedingungen und Gesundheit und den daraus resultierenden gesundheitlichen Ungleichheiten. Das hatte weitreichende Auswirkung auf die folgenden Entwicklungen im Gesundheitsbereich. Sie werden hier anhand der Veränderungen in und durch die WHO dargelegt.

2.102 | Verfassung der WHO (1948)

„**Gesundheit ist** ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

(Gesundheitsdefinition der WHO)

1948

Gründung der WHO

1977

Internationale Konferenz über primäre
Gesundheitsversorgung von Alma-Ata:
„health for all“

1986

Ottawa-Charta zur
Gesundheitsförderung

1988

Wien wird Teil des Gesunde-Städte-
Netzwerkes

1987

WHO Healthy Cities project

1990

WHO International
Network of Health Promoting Hospitals

1991

Budapester Erklärung für
Gesundheitsfördernde Krankenhäuser

1996

Gründung des ONGKG
(Österreichisches Netzwerk für
gesundheitsfördernde Krankenhäuser und
Gesundheitseinrichtungen)

1997

Wiener Empfehlungen für Gesundheits-
fördernde Krankenhäuser

1997

Jakarta Deklaration
„Neue Akteure für eine neue Ära“

1998

Gesundheit 21:
Eine Einführung zum Rahmenkonzept
„Gesundheit für alle“

1998

Athener Erklärung
für gesunde Städte

2006

18 Strategien
Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

2009

Zagreber Erklärung für
Gesunde Städte

2010

World Health Day:
1000 Cities, 1000 lives

2.5.2.2 Deklaration von Alma Ata

Besonders in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts werden die gesellschaftlichen Veränderungen in der WHO sichtbar. In dieser turbulenten Periode, die die WHO selbst als „stürmische Zeiten“ oder „goldenes Zeitalter“ bezeichnet, trug die Organisation entscheidend zum Paradigmenwechsel in der Gesundheit bei.¹⁰³ Es gab unzählige Konferenzen, Tagungen und Expertinnen- und Expertenhearings, eine Menge an Konzepten und Programmen entstand. Mit dem Titel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ war die Erklärung von Alma Ata 1978 die wichtigste. Das Programm stellt einen bedeutenden Wendepunkt in der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens dar: es sollten nicht mehr einzelne Krankheiten bekämpft werden, sondern die Aufgabe von

„[...] Regierungen, internationale Organisationen und (der) Weltgemeinschaft insgesamt sollte in den kommenden Jahrzehnten darin bestehen, allen Völkern der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau zu ermöglichen, das

ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.“¹⁰⁴

Das Besondere daran war, dass es sich um eine soziale Forderung handelte. Die Gesundheit wird als Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe verstanden, die selbst wieder Einfluss auf die Gesundheit hat. Die Lebensbedingungen der Menschen wurden zu wesentlichen Gesundheitsdeterminanten. Es wird von Landwirtschaft, Viehzucht, Ernährung, Industrie, Bildung, Wohnungsbau, öffentlichen Arbeiten, Kommunikation, Frieden und Abrüstung gesprochen. Public Health betrachtete nicht mehr ausschließlich medizinische Bereiche der Lebenswelten, sondern forderte im Umkehrschluss andere Disziplinen auf, die Gesundheit in ihren Überlegungen zu berücksichtigen. Diese Auffassung der eigenen Methode spannt der Public Health einen neuen, viel breiteren Bogen an Handlungsfeldern auf. Die Zeit der Medizin als Disziplin im Elfenbeinturm sollte beendet werden.

Die Alma Ata-Deklaration formulierte drei Strategien, welche die weitere Entwicklung vom Public Health stark beeinflussen sollte.¹⁰⁵

Neues Rollenverständnis von Public Health:

Eine basisorientierte statt einer expertinnen- und expertenorientierten Versorgung. Unterstützung bei Eigenständigkeit und Selbstbestimmtheit. Eine kleinräumige Betrachtung.

Dezentrale statt zentraler Betrachtung:

Primäre Gesundheitsversorgung in Quartieren, Communities oder Gemeinden.

Sektorenübergreifend:

Gesundheit wird nicht nur durch Medizin, sondern durch viele weitere Faktoren (Bildung, Wohnumgebung, Soziales) determiniert. Deshalb muss die primäre Gesundheitsversorgung intersektoral geschehen.

Man erkennt an diesen drei Strategien leicht die Parallelen zum Planungsdiskurs. Mit den weiteren Entwicklungen, wird die Annäherung der Gesundheitswissenschaften an die Stadt konsequent weitergeführt. Der nächste Schritt war die Ottawa Charta.

2.103 WHO 2008: 3

2.104 Erklärung von Alma-Ata 1978: 1/V

2.105 BMGF 1; Ruckstuhl 2011: 27; Ruckstuhl 2011: 86f; WHO 2008

2.5.2.3 Ottawa Charta

Die Ottawa Charta wurde 1986 während der ersten WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung¹⁰⁶ verabschiedet. Bis heute gilt sie als wichtigstes Grundlagenpapier dieser Disziplin. Als Weiterentwicklung der Deklaration von Alma Ata, welche schon die gesamten Lebenswelten einbezieht, wird in der Ottawa Charta die Gesundheitsförderung im Gegensatz zur primären Gesundheitsversorgung in den Vordergrund gestellt.

Ein ressourcenorientiertes und salutogenes Konzept der Gesundheitsförderung erweitert die pathogene Sicht.¹⁰⁷ Es sollen alle Menschen befähigt werden, ihre Gesundheit, selbst (selbstverständlich nur zum Besseren) beeinflussen zu können.¹⁰⁸

Der Begriff Empowerment wurde durch die Ottawa Charta zum zentralen Wort der Gesundheitsförderung. Das bedeutet,

“[...] dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedi-

gen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.”¹⁰⁹

Gesundheit wird so zu einem selbstverständlichen Teil des Alltäglichen, der nicht von anderen Lebensbereichen getrennt werden kann.¹¹⁰

Aus diesem Grundprinzip formuliert die Ottawa Charta folgende Handlungsfelder und Handlungsstrategien.

Neben einem neuen Selbstverständnis von Public Health fordert die Ottawa Charta eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und wendet sich hier an die Stadtentwicklung, welche auch eine ganz zentrale Rolle in der Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten spielt.

“Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – ist von essentieller Bedeutung und

erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema machen.”¹¹¹

Insgesamt hält sich die Ottawa Charta noch sehr allgemein und ähnelt mehr einem Grundsatzpapier als einem konkreten Handlungskonzept. Die genaueren Konzepte wurden erst durch die Betrachtung der einzelnen Settings entwickelt. Eine Methode der WHO, die Konzepte in die Praxis umzusetzen, ist die Initiierung von Forschungs- und Beratungsprogrammen.¹¹²

Die Ottawa Charta beschreibt „alltägliche Umwelt“ als den zentralen Ort der Gesundheitsförderung.

2.106 Das ist auch die Geburtsstunde von Gesundheitsförderung als eigenständige Disziplin

2.107 Später taucht dieses Konzept in Form vom salutogenic design in der Krankenhaus- und Stadtplanung wieder auf. Siehe Exkurs: Salutogenese.

2.108 Steinbach 2011: 80, Allgeld and Kolip 2010: 5

2.109 Aus der Ottawa Charta. Das ist unschwer mit neuen Planungs- und Beteiligungskonzepten in Verbindung zu bringen.

2.110 ebd. und Allgeld/Kolip 2010: 5

2.111 Ottawa Charta 1986

2.112 Steinbach 2011: 85

Handlungsfelder

- gesundheitsfördernde Gesamtpolitik*
- gesundheitsfördernde Lebenswelten
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen
- persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienst neu orientieren

Handlungsstrategien

Advocate:

Das Bewusstsein für Gesundheitsthemen in allen Politikfeldern steigern. Politische, soziale und kulturelle Faktoren sollen beeinflusst werden.

Enable:

Durch Aufklärung und Befähigung sollen die gesundheitlichen Ungleichheiten verringert werden und die Gesundheitskompetenzen von Menschen und Gruppen gestärkt werden. Alle sollen ihr größtmögliches Gesundheitspotential ausschöpfen können.

Mediate:

Es soll die Zusammenarbeit verschiedener Sektoren, in- und außerhalb des Gesundheitsbereichs, koordiniert werden.

(Steinbach 2011: 81; Sterdt/Walter 2012: 30)

Handlungsprinzipien

Partizipation

Empowerment

Intersektoralität

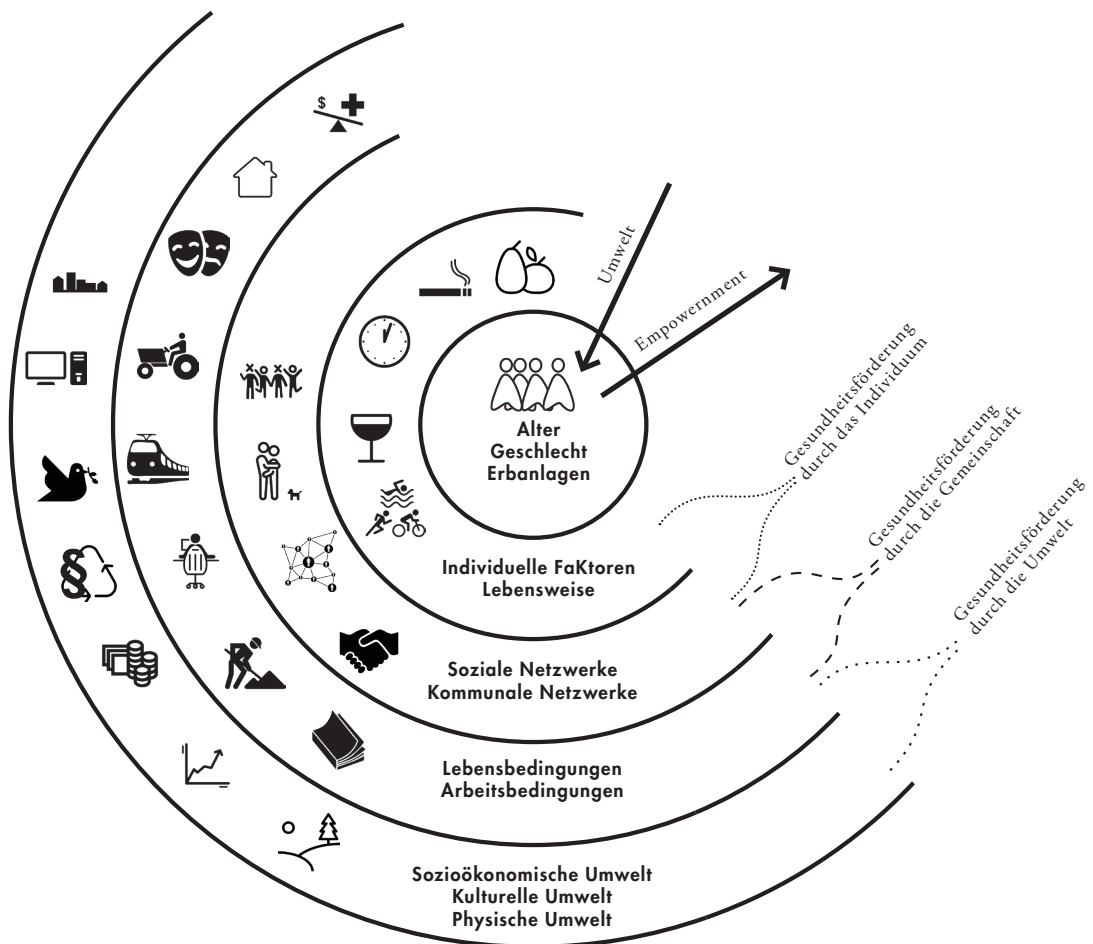
(Sterdt/Walter 2012: 30)

* Berühmt gemacht unter dem Slogan „Health in all policies“, siehe dazu unter anderem https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_All_Policies, <http://www.goeg.at/de/Bereich/Health-in-All-Policies.html>, http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm

Gesundheitsdeterminanten

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

(Ottawa Charta)



2.5.2.4 Der Setting-Ansatz

Gesundheit muss dort gefördert werden, wo sie entsteht: nämlich „dort, wo die Menschen spielen, lernen und leben“.¹¹³

Um diese Bereiche besser greifen zu können, wurde der „Setting-Ansatz“ entwickelt. Zum einen handelt es sich bei einem Setting um einen Sozialraum oder einen Lebensbereich, der die Lebenswelt einer oder mehrere Gruppen stark beeinflusst, zum anderen ist es auch ein System, in dem Gesundheit auf individueller Ebene wie auf Umweltebene gestaltet werden kann. Zu den klassischen Settings zählen zum Beispiel Schulen, Betriebe, Krankenhäuser oder Stadtteile/Quartiere.¹¹⁴

In der Settingarbeit (zu verstehen als Gesundheitsförderung im Setting) werden die Handlungsstrategien der Ottawa Charta auf diese konkrete-

ren Bereiche angewendet.

Einbeziehung aller beteiligten Individuen und Gruppen

- Prozessorientierung
- Integrierte Konzepte statt Einzelaktionen
- Verhältnis- statt Verhaltensorientierung

Wichtig ist hier, dass der Settingansatz dazu führen soll, die Settings selbst gesundheitsfördernd zu gestalten und nicht nur Gesundheitsförderung im Setting zu betreiben. Ein weiteres Kernelement des Setting-Ansatzes besteht in der Anpassung der Strategien auf das jeweilige Setting. So können kaum für alle Settings gültige Konzepte entwickelt werden (es existiert also keine *one size fits all-solution*).¹¹⁵

Für einige Settings gründete die WHO Netzwerke, in denen Ziele

definiert, Modellprojekte angestoßen und Konzepte entwickelt wurden und werden.

- Gesunde Städte
- Gesundheitsfördernde Schule
- Gesundheitsfördernde Betriebe
- Gesundheitsfördernde Krankenhäuser
- Gesunde Regionen
- Gesundheitsfördernde Gefängnisse
- Gesundheitsfördernde Hochschulen¹¹⁶

Diese können übergreifende oder einzelne Settings sein, wobei jedes Setting selbst als einzelnes wie auch als übergreifendes Setting gesehen werden kann.¹¹⁷ Sie bestimmen die Entwicklung der Gesundheitsförderung bis heute.

2.113 Ottawa Charta 1986;
Sterdt/Walter 2012: 27
2.114 ebd.: 31

2.115 Sterdt/Walter 2012: 31;
Siebert 2008: 104

2.116 Sterdt/Walter 2012: 31
2.117 Siebert 2008: 102

2.5.3.1 Das Gesunde-Städte-Netzwerk und umweltbezogenen Gesundheitsförderung

„Eine gesunde Stadt bietet eine natürliche und bebaute Umwelt, die Gesundheit, Erholung und Wohlbefinden, Sicherheit, soziale Interaktion, problemlose Mobilität sowie Selbstwertgefühl und eine kulturelle Identität ermöglicht und auf die Bedürfnisse all ihrer Bürger reagiert.“¹¹⁸

Die Stadt als Setting ist für die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung.

Wenn man Gesundheit dort fördern will, wo sie entsteht – in der unmittelbaren Lebenswelt der Menschen – ist die Stadt wahrscheinlich der wichtigste Ort für Gesundheitsför-

derung.¹¹⁹ Im Vordergrund steht dabei meist die Forderung nach gesundheitlicher Chancengleichheit¹²⁰ durch Umweltgerechtigkeit¹²¹.

Dazu sollen gesundheitsfördernde Faktoren gestärkt und jene, die ihr schaden, geschwächt werden. Die meisten dieser Determinanten sind direkt oder indirekt mit der Stadt, dem Quartier oder der unmittelbaren Nachbarschaft verbunden.¹²² Das mag mit ein Grund dafür sein, warum die WHO die Stadt zum ersten Setting erhebt und im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerkes organisiert.

Die Stadt ist aber nicht nur der die Menschen unmittelbar umgebende Raum, sondern auch eine übergeordnete Instanz, die so viele andere Bereiche, Politikfelder und Settings beeinflusst.

„Die Gesundheitsförderung und Prävention in Städten, Gemeinden, und Quartieren bzw. Wohnvierteln ist in doppelter Weise die Mutter aller Setting-Ansätze.“¹²³ Sie soll die strategischen, planerischen, gesamtpolitischen wie administrativen Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Stadt beeinflussen (*health in all policies*).

2.118 WHO Zagreber Erklärung für Gesunde Städte 2009: 6

2.119 Das wird allein durch das weltweite Stadtwachstum deutlich. Siehe hierzu: Hornbach/Paul 2012: 129

2.120 Ausführliche Unterlagen zu dem Thema und viele konkrete Projektbeispiele findet man unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

2.121 „Verschiedene Rahmentrends wie z.B. demografische Alterung, die Zunahme sozialer Ungleichheit oder die Entwicklung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft führen in ihren wechselseitigen Zusammenhängen dazu, dass das Thema Gesundheit der Bevölkerung an Brisanz gewinnt. Sozioökonomische Ungleichheit wirkt sich nicht nur auf das Bildungs- und Wohlstandsniveau, sondern zugleich auf die Gesundheit aus. Insbesondere „vulnerable“ Bevölkerungsgruppen sind dabei von Benachteiligungsprozessen betroffen. Diese Problematik wird im Konzept der Umweltgerechtigkeit gefasst.“ <http://www.arl-net.de/projekte/planung-fuer-gesundheitsfoerdernde-stadtre-gionen>

2.122 Klemperer 2010: 26

2.123 Trojan, Süß 2013: 14

„Health is not just relevant to urban planning and development. Health should also be considered a key outcome of the ongoing management of cities. While the form and size of cities are highly variable – reflecting different histories, geographies, cultures, technologies, economies – human health needs are universal. Our habitat – now increasingly urban – is a determinant of our habits, including health behaviours. Built environment professionals and public health workers must join together to design healthy cities.“

(Capon 2011b: 9)

2.5.3.2 Gesundheitsfördernde Stadt

„In der Stadtplanung gilt es vor dem Hintergrund umweltbezogener Gesundheit, sämtliche Gesundheitsfaktoren aus der physischen und der sozialen Umwelt in städtischen Räumen in den Blick zu nehmen und Gesundheitsbezüge über das Gesundheitsversorgungssystem hinausgehend in allen städtischen Lebenswelten (Settings) herzustellen.“¹²⁴

Die Gesundheitsförderung in der Stadt zielt darauf ab, andere Politikbereiche für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und so eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu forcieren. Sie wird zur „Lobbyistin für Gesundheit“.¹²⁵ Projekte und Vorhaben können mit Hilfe der Gesundheitlichen Wirkungsbilanz (GFA) auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit hin überprüft werden.

Um selbstaktiv Strategien und Kon-

zepte für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung voranzutreiben, sollen die Gesundheitspotenziale und -gefahren unterschiedlicher Stadtgebiete erhoben werden (Gesundheitsberichterstattung) und auf diesen aufbauend gesundheitliche Handlungsstrategien (Fachplan Gesundheit) entwickelt werden. Ziel ist es, so gesundheitliche Themen und Maßnahmen in die Entwicklungsprogramme der Stadt zu integrieren.¹²⁶

Die Gesundheitsberichterstattung stellt die Grundlagenermittlung dar. Eine integrierte Umwelt-, Gesundheits-, Stadtentwicklungs- und Sozialberichterstattung sowie kleinräumige Karten können gesundheitliche Probleme, Bedürfnisse und Mehrfachbelastungen (z.B. Lärm und schlechtes Bildungsangebot), gesundheitliche Potenziale, Res-

ourcen (z.B. Naturraumnähe) und vorhandene Strukturen (z.B. aktive Teilsettings wie Krankenhäuser, Schulen oder Betriebe) inhaltlich wie räumlich erfassen. Die veräumlichten und integrierten Daten machen mögliche Handlungsfelder sichtbar, die durch eine klassische Gesundheitsberichterstattung im Verborgenen bleiben würden. So können etwa Zielgebiete für Gesundheitsförderung besser definiert werden.¹²⁷

Das macht sie zur Basis für weitere Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor Ort, für den Fachplan Gesundheit, aber auch für die Beurteilung der Gesundheitsauswirkungen von anderen Projekten und Entscheidungen.¹²⁸

Der Fachplan Gesundheit folgt auf die Gesundheitsberichterstattung

2.124 Hornberg/Paul 2012: 35

2.125 Trojan/Süß 2013: 14

2.126 Das bezieht sich auf Europa und insbesondere auf Konzepte in Deutschland und Österreich. Mehr zu den Gesunde-Städte-Netzwerken:
Für Deutschland: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=7>,
für Österreich: <https://www.staedtebund.gv.at/ausschuesse/netzwerk-gesunde-staedte> und für Wien: <http://www.wig.or.at/Gesunde%20Stadt.168.0.html#parent=stadt>

2.127 Böhme/Reimann 2012: 201

2.128 Bunge 2012: 179, Böhme/Reimann 2012: 200f

und soll helfen, die Gesundheitsthemen in Stadtentwicklung und Stadtplanung zu integrieren. Er gibt einen Überblick über die Situation im Allgemeinen und über die Hot Spots von gesundheitsrelevanten Themen, Zielgruppen und Räumen der Stadt. Er formuliert und verortet gesundheitliche Problemstellungen, Zielsetzungen, Strategien. Diese können im Rahmen von anderen Planungsinstrumenten berücksichtigt und vorangetrieben werden.¹²⁹

Wie so ein Fachplan Gesundheit aussehen könnte, zeigen der „Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen“ und der „Fachplan des Kreises Gesundbrunnen“.¹³⁰

Zielvorstellung:	Gesundheitsfördernde Lebenswelten
Instrumente:	<u>Gesundheitsbereich</u> Gesundheitsberichterstattung Fachplan Gesundheit <u>Fachfremder Bereich</u> HIA-Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und Folgeabschätzung (einzelne Projekte) Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (anderen Politikfelder)
Strukturen:	Aktionsbündnis für intersektorales Arbeiten. Integriertes Handeln.

„In der Stadtplanung gilt es vor dem Hintergrund umweltbezogener Gesundheit, sämtliche Gesundheitsfaktoren aus der physischen und der sozialen Umwelt in städtischen Räumen in den Blick zu nehmen und Gesundheitsbezüge über das Gesundheitsversorgungssystem hinausgehend in allen städtischen Lebenswelten (Settings) herzustellen.“ (Hornberg/Paul 2012:135)

2.129 LZG.NRW 2012: 23

2.130 Beide findet man unter: https://www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit_planen/fachplan_gesundheit/. Sie wurden vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen und der TU Dortmund als Prototypen entwickelt

2.5.3.3 Gesundheitsförderndes Quartier

„Gesundheitsförderung im Quartier verfolgt komplexe Ziele: Es geht darum, die Lebensbedingungen der Bewohner/innen zu verbessern, soziale Netzwerke zu stärken, Akteure zu vernetzen und auch die Raumplanung und Stadtentwicklung im Sinne eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes zu beeinflussen.“¹³¹

Die Gesundheitsförderung in der Stadt beschäftigt sich nicht nur mit der Ebene der gesamten Stadt. Viele Konzepte beziehen sich auf das das Quartier und die Nachbarschaft – auf das *Grätzel*.¹³²

Das Quartier ist im Gegensatz zu anderen Settings wie Schule oder Betrieb nicht an eine Institution gebunden, sondern räumlich gefasst, was einige Besonderheiten mit sich bringt. So kann Gesundheitsförderung im Quartier auch Gruppen erreichen, die sonst nicht erfasst werden würden (etwa erwerbslose

oder ältere Menschen). Darüber hinaus beherbergt das Quartier andere Settings, die die sozialräumliche Gesundheitsarbeit nutzen, koordinieren und mit anderen Politikbereichen vernetzen kann.¹³³

Das Quartier schließt viele Lebensbereiche und damit „gesundheitsbeeinflussende Faktoren“ ein, zahlreiche, den Alltag betreffende Risiken können reduziert und Potenziale gestärkt werden.¹³⁴

„Zur Beseitigung gesundheitlicher Risiken (Akzent: Prävention) sollen und können gleichzeitig angewendet werden: die Verbesserung des Zustandes der Gesamtanlage der Wohnungen und des Wohnumfeldes, die soziale Infrastruktur, der Beschäftigungsmöglichkeiten, der Kommunikation, der Kultur des Zusammenlebens der verschiedenen Kulturen und die Möglichkeit der Bürger, auf die „Determinanten“ ihrer Gesund-

heit Einfluss zu nehmen.“¹³⁵

Hier fällt auf, wie allumfassend diese Idee von Gesundheitsförderung ist. Durch die Behandlung baulich-physischer, sozialer, politisch-administrativer und symbolischer Faktoren¹³⁶ scheint eine Abgrenzung zu anderen Bereichen und deren Themen und Handlungsfeldern kaum mehr möglich. Dies gilt insbesondere für die Abgrenzung zur Quartiersentwicklung.

2.131 <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/hintergruende-daten-materialien/>

2.132 Trojan/Süß 2013:14

2.133 Böhme/Reinmann 2012: 200; Reinmann/Böhme/Bär 2010: 15

Es kann zum Beispiel Schule, Krankenhaus oder ein Kleinunternehmen beherbergen.
2.134 Genauerer hierzu in der Aufstellung der vom Kooperationsverbund gesundheitlicher Chancengleichheit angeführten gesundheitsbeeinflussenden Faktoren (siehe Seite: 197)

2.135 Trojan/Süß 2013: 14

2.136 laut Kooperationsverbund gesundheitlicher Chancengleichheit. (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/hintergruende-daten-materialien/gesundheitsfoerderung-und-soziale-stadtentwicklung/>, abgerufen am 23.10.2016)

Gesundheitsbeeinflussenden Faktoren:

Baulich-physische Faktoren:

Freiflächen
Grün- und Erholungsflächen
Naturnähe
Verkehrsaufkommen
Lärm
Schadstoffe
Umwelt
Wohnsituation
Wohnumfeld
Verkehrs-Infrastruktur (Fuß-,
Radwege, ÖPNV)

Symbolische Faktoren:

Wohnumfeld
Wahrnehmung der Wohnumgebung als Belastung/Ressource
Image der Wohnumgebung

Politisch-administrative Faktoren:

Nahräumliche und gesundheitliche Versorgung
Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote
Kultur- und Bildungsangebote
Sport- und Bewegungsangebote
Politische Mitbestimmung und Partizipation

Soziale Faktoren:

Nachbarschaft
Soziales Gefälle
Netzwerke, Integration
Kommunikation
Mobilität
Versorgungsstruktur
Dienstleistungen
Lokale Ökonomie
Psychosoziale Risiken

2.5.3.4 Gesundheitsförderndes Krankenhaus

„Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ mag zwar im ersten Moment etwas eigenartig klingen, ergibt allerdings in der Logik der Gesundheitsförderung durchaus Sinn. Sieht man sich die Größe von Krankenhäusern an, wie viele Menschen sie beschäftigen, wie viele Angehörige sowie Patientinnen und Patienten die Stationen und Ambulanzen frequentieren und welchen Einfluss solche eine Institution auf die Umgebung hat, wird klar, welches Gesundheitsförderungspotenzial darin steckt.

Das 1991 von der WHO gegründete „*International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH)*“¹³⁷ umfasst über hundert Krankenhäuser und hat sich zum Ziel gesetzt, diese gesundheitsfördernd zu gestalten.

In Österreich versucht das Ös-

terreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen „in ihrer Neuorientierung in Richtung Gesundheitsförderung, d.h. in einer gesundheitsfördernden Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen und, sofern sinnvoll und notwendig, bei der Einführung neuer gesundheitsfördernder Leistungen“¹³⁸ zu unterstützen.

Das Krankenhaus nimmt hier eine besondere Stellung ein.

Genauso wie die Universitäten als Bildungs- und Forschungsinstitutionen eine entscheidende Rolle für den Zugang zu Wissenschaft und Bildung darstellen, haben Krankenhäuser eine Verantwortung in Bezug auf die städtische Gesundheit. So

ist eine gesundheitsfördernde Stadt ohne gesundheitsfördernde Krankenhäuser kaum denkbar, wobei die Schaffung einer gesundheitsfördernden Umgebung wiederum einen integralen Bestandteil des gesundheitsfördernden Krankenhauses darstellt. Das mächtigste Instrument der gesundheitsfördernden Planung ist DIE Institution des Gesundheitswesens selbst: das Krankenhaus.

„Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen stellen aus Sicht des Fonds Gesundes Österreich seit Jahren bedeutende und chanceträchtige Settings der Gesundheitsförderung dar. Viele dieser Einrichtungen haben sich längst vom Kompetenzzentrum für biomedizinische Diagnostik, Vorsorge und Therapie hin zu Knotenpunkten der Gesundheitsförderung weiterentwickelt.“¹³⁹

Gesundheitsförderung im Kran-

2.137 http://hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=4

2.138 <http://www.ongkg.at/ueber-uns.html>

2.139 BMGFJ 2008: 11

kenhaus hat die Aufgabe, die Rolle des Krankenhauses über die reine Gesundheitsversorgung hinaus zu erweitern. Anstatt sich nur mit Diagnose und Heilung zu beschäftigen, soll das Krankenhaus auch einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention der Beschäftigten, der Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und der Menschen in der unmittelbaren und weiteren Umgebung des Krankenhauses leisten.¹⁴⁰

Die Heilung von Patientinnen und Patienten hängt stark von der Qualität der Lebenswelt Krankenhaus in all seinen Facetten ab. In der Region kann sich das Krankenhaus aktiv an Gesundheitsplänen und der Gesundheitsberichterstattung beteiligen. Für die Angestellten in einem Krankenhaus ist die „betrieb-

liche“ Gesundheitsförderung im Krankenhaus auch durch die spezifischen Belastungen von besonderer Bedeutung.¹⁴¹

Das Krankenhaus soll selbst zur gesundheitsfördernden Umgebung werden und etwas dazu beitragen, dass das Quartier und die Stadt gesundheitsfördernder werden. Der folgende Abschnitt zeigt, wie das mit der Form des Krankenhauses und der Urbanisierung des Krankenhauses zusammenhängt.

„Es gibt kaum eine Organisation, die gleichermaßen High Tech und High Touch in einem solchen Ausmaß verbinden muss wie das Krankenhaus“

(Pelikan/Krajic 1993: 78 zit. Nach Siebert 2008: 120)

2.140 Vgl. dazu HPHa; ONGKGb

2.141 Hierzu stellen HPH und ONGKG ausführliche Informationen zur Verfügung. Diese findet man unter <http://www.ongkg.at> und <http://hphnet.org/>

Klar ist, dass die Planung Einfluss auf die Lebenswelten der Menschen und somit auf deren Gesundheit hat. Dazu meint Prof. Anthony Capon, Direktor des International Institute for Global Health der UNU:

„As these epidemics mature, we should think of the built environment as a potential ‘treatment’ for chronic disease, as well as a place for ‘prevention’ of disease. (...) Architects and other built-environment professionals need improved decision-support tools to enable city design to improve the health of people.“¹⁴²

Die Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit sind bekannt und erforscht, zahlreiche Konzepte und Strategien zur Gesundheitsförderung wurden entwickelt. Dabei betreffen viele Forderungen auch die Planung. Marc Johnson richtet sich direkt an die Planerinnen und Planer:

^{2.142} Capon 2011b: 7f

„But all too often the people who most fundamentally influence these outcomes do not understand their role and power in influencing public health – through urban policies, urban planning and urban design.“¹⁴³

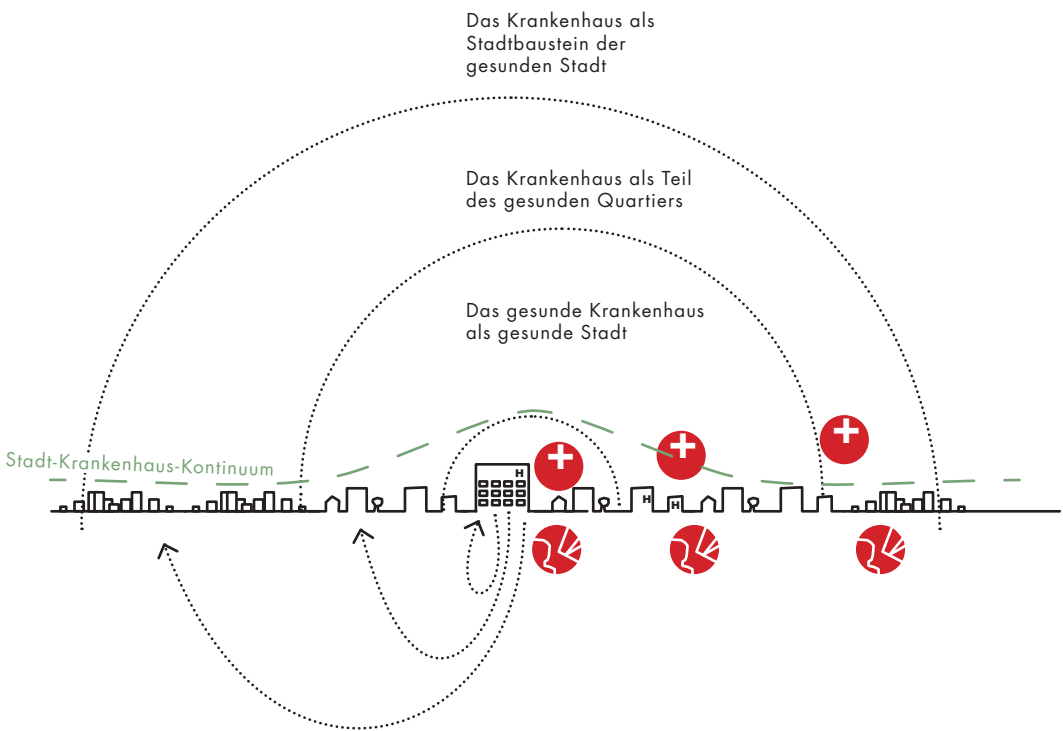
Anthony Capon meint sogar, dass Gesundheit das wichtigste und universellste Ziel der Stadtentwicklung sein sollte.¹⁴⁴

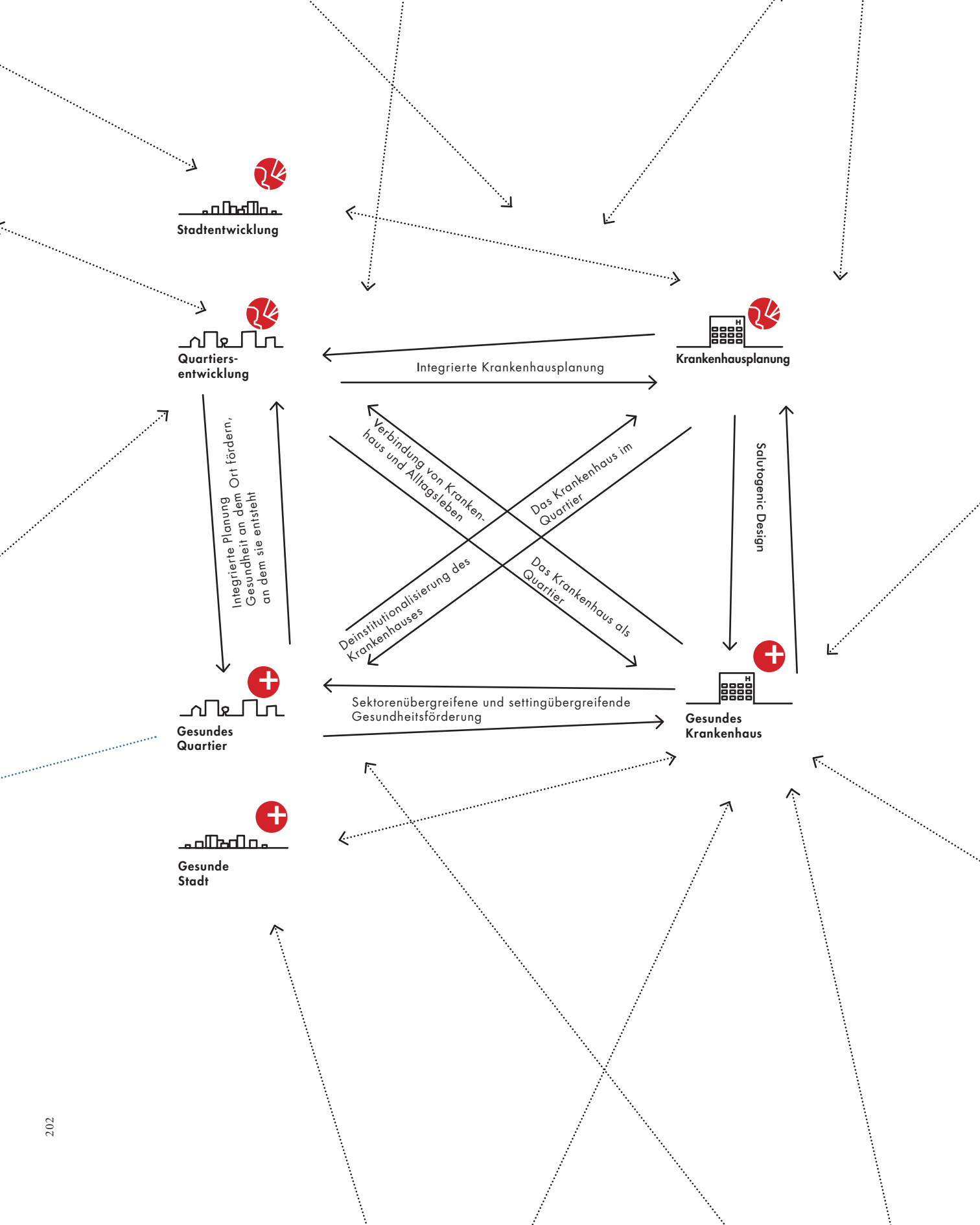
Sieht man sich dabei die Analysen, Ansätze und Ziele der Gesundheitsförderung an, liegen diese oft nicht so weit von denen entfernt, die die Planung in den letzten Jahrzehnten entwickelte. Die Ideen der gesunden Stadt auf der einen Seite und die Ideen einer guten, lebenswerten Stadt auf der anderen Seite unterscheiden sich voneinander kaum.

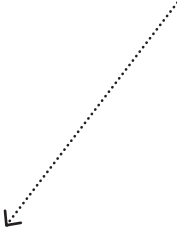
Genauso wie die Planung dem Krankenhaus den Inselstatus nehmen will, soll das gesundheitsfördernde

^{2.143} Johnson 2011: 15
^{2.144} Capon 2011b: 9


2.6 Beobachtungen, Gedanken und Fragen







Krankenhaus zur Gesundheit in seiner Umgebung - der Stadt - beitragen.



Dem wird man nur mit integrierten Betrachtungen gerecht. Ich glaube nicht, dass wir die Herausforderungen von Planung und Gesundheit sowie Krankenhaus und Stadt unabhängig voneinander bewältigen können.

Verknüpft man die drei Ebenen der Krankenhausurbanisierung (Stadtbaustein, Teil der Stadt und als Stadt) mit den drei Ebenen der Gesundheitsförderung (Setting Stadt, Setting Quartier und Setting Krankenhaus), entstehen integrierte Entwicklungskonzepte für gesundheitsfördernde und urbanisierte Krankenhäuser. Das Krankenhaus würde damit zum Stadtbaustein einer gesunden Stadt, zum Teil

eines gesunden Quartiers und selbst zur gesunden Kleinstadt werden. Gleichzeitig müssten auch diese drei maßstäblichen Ebenen miteinander in Verbindung gebracht werden.

Eine strategische und integrierte Krankenhausentwicklung, die Gesundheitsförderungs- und Planungsaspekte beinhaltet, könnte diese Wechselwirkungen berücksichtigen und helfen, die daraus entstehenden Potenziale und Handlungsmöglichkeiten zu nutzen.

3.

Stadt

Krankenhaus

Gesundheit

Wenn sich Gesundheit und Krankenhaus verändern - und das tun sie gerade stark - hat das Auswirkungen auf die gesamte Stadt. Die in den ersten beiden Teilen der Arbeit beschriebenen Re-Urbanisierungen finden gerade statt. Krankenhaus- und Gesundheit überwinden ihre baulichen und disziplinären Grenzen und drängen in den urbanen Raum. Einige neue Herausforderungen, Möglichkeiten und Gefahren für die Stadt wurden hier bereits sichtbar.¹ Doch wird die Veränderung weit über diese sehr konkreten und naheliegenden Aspekte hinausgehen.

3.1 ¹ Siehe 4.1 Das urbanisierte Krankenhaus in der gesunden Stadt

Zur wachsenden Stadt

Das beginnt schon damit, dass sich Stadt (Gesellschaft) selbst im Wandel befindet (Migration, Demographie, etc.), was natürlich Auswirkungen auf die Konzeption von Krankenhaus und Gesundheitsförderung hat. Ändert sich die Zusammensetzung einer Gesellschaft, kann die Vorstellung von Gesundheit und Gesundheitsinfrastruktur kaum die gleiche bleiben.

Mehr Menschen

Wenn die Stadt wächst, wird es nicht ausreichen, allein die Zahl der Krankenhäuser zu erhöhen. Man muss sich genau überlegen, welche Gesundheitsinfrastruktur entstehen soll und wo sich der geeignetste Platz für die jeweilige Einrichtung befindet. Die Frage lautet also, wie und wo man am besten die Bevölkerung erreicht („abholt“). Dafür müssen Stadtentwicklung und die Gesundheit in der Stadt gemeinsam gedacht und geplant werden. Da stellen sich dann Fragen wie:

Gibt es Zielgebiete, in denen die Gesundheit besonders berücksichtigt und gefördert werden soll und wo befinden sich die? Soll man mit der Versorgungsstruktur dazu beitragen, gesundheitlich schlechter gestellte Stadtteile besonders zu fördern? Wie wird Gesundheitsversorgung und -förderung in neuen Stadtgebieten sichergestellt?² Wo soll es welche Fachpraxen geben? Wo können Krankenhaus und Stadt in besonderer Weise voneinander profitieren? Soll es Cluster oder Zentren in der Gesundheitsversorgung und -förderung geben und wo könnten sich diese entwickeln? Soll es auch Ambulanzen außerhalb des Krankenhauses geben?

Diese und viele weitere Fragen werden nicht unabhängig voneinander zu beantworten sein, es bedarf integrierter Konzepte. Wie können diese aussehen?³

Ältere Menschen

Tendenziell leben ältere Menschen öfter mit insbesondere chronischen Krankheiten oder Beschwerden. Das Leben mit Krankheiten bedeutet unter

3.2 Damit ist zum Beispiel die flächendeckende Versorgung mit Fachärzten und Fachärztinnen mit Kassenverträgen gemeint. Sind die Praxen dort, wo es den größten Bedarf gibt?

3.3 Wichtig ist hier zu bemerken, dass unterschiedliche und auch unklare Zuständigkeiten für Krankenhaus, Gesundheitsförderung und den niedergelassenen Bereich eine Koordination und die Schaffung von Zwischenbereichen erschweren.

anderem, dass die Beschwerden, Vorsorgemaßnahmen, Therapien und Behandlungen Teil des normalen Lebens sind. So werden die Räume, in denen diese Behandlungen stattfinden, Teil der alltäglichen Lebenswelt vieler Menschen in der Stadt. Krankenhäuser oder andere Gesundheitseinrichtungen sind für sie keineswegs Orte des Ausnahmezustandes. Genauso wie Schulen, Geschäfte, Sport- und Kultureinrichtungen sind Gesundheitseinrichtungen Teil der (Wohn-)Umwelt einer anwachsenden Anzahl von Menschen. Wie müssen sich unsere Quartiere verändern, um dieser Entwicklung gerecht zu werden?

Unterschiedlichere Menschen

Wenn die Stadt nicht nur größer, sondern auch diverser wird, hat das Auswirkungen auf die Unterschiedlichkeit der Gesundheitsvorstellungen und somit auf die Gesundheitsförderung. Die Gesundheitsförderung muss weitere Ideen und Strategien entwickeln, wie möglichst alle Menschen erreicht werden können. Was für den einen Menschen zum Wohlbefinden beiträgt, kann für den anderen Menschen das Gegenteil bedeuten. Gibt es dann das *eine* gute und gesunde Krankenhaus überhaupt noch?⁴ Wie gehen wir Planerinnen und Planer damit um?

Wie werden es auch mit vielfältigen Vorstellungen von Gesundheit zu tun haben. Verschiedene kulturelle Hintergründe führen zu unterschiedlichen Ideen davon, was ein gesundes Leben überhaupt bedeutet.⁵ Wenn das Ziel also ein möglichst gesundes Leben für alle ist, kann das nicht zu einer gleichförmigen Lösung führen. Ist das in der verhaltensorientierten Gesundheitsförderung zwar noch ganz gut vorstellbar, erleichtert das die Konzeption gesundheitsfördernder Umwelten für alle - und das ist der Bereich, der uns Planerinnen und Planer betrifft - auf keinen Fall. Wir können also eine gesunde Planung nicht auf alles anwenden, genauso wenig wie es die gute Lösung für alle gibt. Wie gehen wir Planerinnen und Planer damit um?

3.4 Könnte auch heißen: Gibt es dann die *eine* gute und gesunde Stadt überhaupt noch?

3.5 Genauso wie unterschiedliche Zeiten unterschiedliche Gesundheitsideen hervorgebracht haben.

Zur Geburt des Gesundheitsquartiers

Die Grenzen zwischen Krankenhaus und Quartier verschwimmen. Das Krankenhaus wird quartiersähnlicher und im Quartier soll Gesundheit eine größere Rolle spielen. Diese Re-Urbanisierung des Krankenhauses ist nicht in sich selbst begründet. Die bauliche Form ist und war immer Folge technischer, gesundheitswissenschaftlicher und gesellschaftlicher Bedingungen.

Die kompakten und abgeschotteten Krankenhäuser, die im letzten Jahrhundert entstanden, waren Folge der damals neuen technischen und medizinischen Möglichkeiten. Große und kostspielige Geräte erhoben die damaligen Krankenhäuser zu spezialisierten Palästen für Medizin und Technik.⁶ Die Patientinnen und Patienten mussten für immer mehr Untersuchungen und Behandlungen in zentrale Krankenhäuser kommen oder sogar stationär aufgenommen werden. Der niedergelassene Bereich verlor damals massiv an Bedeutung. Diese Entwicklung scheint sich allerdings wieder umzudrehen. Viele Geräte werden kleiner und mobiler, die Überwachung unserer Körperfunktionen tragen wir am Handgelenk⁷, Telemedizin ermöglicht Behandlungen ohne ohne die direkte Anwesenheit der Medizierin oder des Mediziners beim Patienten und durch minimal-invasive Chirurgie verlassen Patient-

3.6 Siehe hierzu Kapitel 1.1.4 2. Revolution Paläste für Medizin und Technik

3.7 „Herzfrequenzmesser. Behalte dein Ziel im Auge. Ein spezieller Sender misst laufend deine Herzfrequenz, wenn du die Workout App nutzt. Schau sie dir zusammen mit all deinen anderen wichtigen Werten an – und hebe sie hervor, um sie auf einen Blick zu sehen.“ So bewirbt Apple seine Apple Watch (<http://www.apple.com/at/apple-watch-series-2/>) Wobei hier kritisch gefragt werden muss, ob eine solche Entwicklung (sozial) wünschenswert ist und welche Gefahren neben den Möglichkeiten entstehen.

ninnen und Patienten das Krankenhaus schon oft am selben Tag des Eingriffes. Die Medizin drängt zurück in die Stadt und in die persönlichen und alltäglichen Lebenswelten der Menschen. Das Krankenhaus könnte so seine Aufgaben und somit seine herausragende Bedeutung als Raum des Heilens und Gesundmachens verlieren.

Aber was macht es mit unserer Stadt, wenn sich das Krankenhaus auflöst? Wird die ganze Stadt zum Krankenhaus? Was hat es für Folgen, wenn das private Schlafzimmer zum Stationszimmer wird und die Herzfrequenz überall überwacht werden kann? Ich meine, dass wir damit sehr vorsichtig sein müssen. Die Gefahr besteht, dass mit der Auflösung und der Deinstitutionalisierung der Klinik - dem Tod der Klinik⁸ - die Stadt auf klinische Weise institutionalisiert wird.

3.8 Der Ausdruck bezieht sich auf Foucaults 1973 erschienenes Buch „Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks“. Er beschreibt die Anfangsstunden der modernen Medizin und die daraus resultierende Entstehung der institutionalisierten Klinik. Ein neuer ärztlicher Blick, in den Menschen hinein, veräumlichte die Krankheiten und den Körper – die Geburt der Klinik. Heute beobachten wir, dass Ärztinnen und Ärzte die Umwelt der Menschen ins Visier nehmen und sich das Krankenhaus aufzulösen scheint. Haben wir es tatsächlich mit dem Tod der Klinik zu tun oder mit einer erneuten Geburt: wird die Stadt zur Klinik?

Zur Salutogenese der Stadt

Das Salutogenese-Modell löst die Dichotomie von Krankheit und Gesundheit auf. Die Gesundheitswissenschaften versprechen sich von public health⁹ wie auch von verhaltens- und verhältnisorientierter Gesundheitsförderung große Erfolge im Umgang mit neuen Zivilisationskrankheiten. Insbesondere im Setting der gesunden Stadt sollen durch gesunde Planung und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik gesundheitsfördernde Lebenswelten für alle geschaffen werden. Gesundheit wird zum Prozess, der immer und überall von allen gefördert und gefordert werden kann.¹⁰

Aber wollen wir wirklich, dass die ganze Stadt die Gesundheit überall fördert? Wollen wir uns überall mit dem Ausschöpfen unserer Gesundheitsressourcen beschäftigen?

Hier ist trotz aller Chancen Vorsicht geboten, damit die gesundheitsfördernde Planung nicht zu healthistischen Planung wird. So kritisiert der Ökonom Robert Crawford schon 1980 in seinem Artikel „Healthism and the medicalization of everyday life“ das Eindringen der Gesundheit in alle Lebensbereiche. Er warnt davor, eine ideologisierte „Gesundheit“ zum einzigen Lebensinhalt und -ziel zu machen. Auch ein Blick auf die Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts zeigt, wie gefährlich das Streben nach ideologierter Gesundheit sein kann.¹¹ Der Mediziner Petr Skrabanek weist in dem Zusammenhang darauf hin, dass eine Überbewertung des gesunden Lebens auch die Definition des Ungesunden mit sich bringt, unabhängig davon, welche Gesundheitsdefinition herangezogen wird.

-
- 3.9 Public health erlebt in den 1980er und 1990er Jahren einen Wiederaufschwung. Bezeichnend ist, dass auch im deutschsprachigen Raum der englische Begriff verwendet wird. Übersetzungen wie Volksgesundheit oder Bevölkerungsgesundheit werden sofort mit den rassistischen Ideen der Nationalsozialisten in Verbindung gebracht. Das ist auch Hinweis darauf, wie wichtig damals das Gesundheitsargument war, und ist damit auch Warnung davor, unhinterfragt Healthismen zu folgen.
- 3.10 So hat die Österreichische Initiative Gesunde Gemeinde hat das Ziel, „Gesundheit fördern, wo Gesundheit passiert“ - und das ist praktisch überall. (<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesunde-gemeinden.html>)
- 3.11 Skrabanek 1994: 11 und mehr im Kapitel 2.4.3 Healthism und die ideale Antistadt

Das alles macht es unmöglich, das (gerade von Gesundheitswissenschaften als gesund bezeichnete) Gesundheitskonzept direkt und unhinterfragt in Planung zu übersetzen. Die Idee der gesunden Stadt ist genauso veränderbar, wie die Vorstellung einer guten Stadt stets Kind ihrer Zeit ist. Mit anderen Worten: auch „große“ Konzepte sind nicht vor Irrtum gefeit. Die Gesundheit nimmt es uns nicht ab, herauszufinden, was eine gute Stadt ist und was für eine gute Stadt wir planen sollten. Natürlich sollen Gesundheitsargumente¹² in der Planung eine wichtige Rolle spielen, sie dürfen aber weder ihr Fundament noch das übergeordnete Ziel sein.

Gesundheit kann gefährlich sein. Was schützt die Stadt vor der Gesundheit?

3.12 Dazu zähle ich neben salutogenic design auch viele andere aus den Gesundheitswissenschaften kommende Ideen zu Stadt, wie zum Beispiel den Fachplan Gesundheit oder eine integrierte Gesundheitsinfrastrukturplanung. Darüber hinaus ist es so, dass viele Forderungen der Gesundheitsförderung ohnehin auch in der Planung eine Rolle spielen. Die Ähnlichkeit sind zum Beispiel an den Handlungsfeldern, -prinzipien und -strategien der Ottawa Charta zu erkennen. Siehe hierzu Kapitel 2.5.2.3 Ottawa Charta.

A house, a hospital, a city; what's the difference?

A good house, a good hospital, a good city; what's the difference?

A healthy house, a healthy hospital, a healthy city; what's the difference?

Good or healthy; what's the difference?

Bad or unhealthy; what's the difference?

Healthy or unhealthy; what's the difference?

Good or bad, I define these terms, quite clear, no doubt, somehow.

Bob Dylan, *My back paper* (1964)

- Arets, Wiel (1991): An Alabaster Skin. In.: 010 Publishers. Rotterdam. S. 5. (http://www.wielaretsarchitects.com/en/academia/theory/an_alabaster_skin)
- Arets, Wiels (1994): A Virological Architecture. In.: A+U Architecture and Urbanism. 1994 S. 38-43 (http://www.wielaretsarchitects.com/en/academia/theory/a_virological_architecture)
- Alexander, Cristopher (1966): A city is not a tree. Reprint from the magazine. Design. London: Council of Industrial Design, No. 206 (<http://isites.harvaed.edu./fs/docs/icb.topic1050153.files/A%20City20is%20not%20a%20Tree.pdf>)
- Altgeld, Thomas. (2004a): Expertise. Gesundheitsfördernde Settingansätze in Benachteiligten Städtischen Quartieren. (<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/altgeld.settingexpertise.pdf>. 1.9.2016)
- Altgeld, Thomas: (2004b): Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen. In: Perspektive: Gesunder Stadtteil – Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten. Dokumentation der Veranstaltung vom 26. bis 27. Januar 2004 in Berlin. S. 27-35 (<http://eundc.de/pdf/29005.pdf>)
- Altgeld, Thomas/Kolpin, Petra (2010): Konzepte Und Strategien Der Gesundheitsförderung. Bern.
- Antonovsky, Aaron/ Franke, Alexa (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Antony, William/Farkas, Marianne (2009): A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process. Boston.
- ARCH+ (2012): Stadthygiene: History. In: Arch+. Heft Nr. 206/207. Politische Empiere, Globalisierung, Verstädterung, Wohnverhältnisse. Aachen. S. 57-59
- ARL (Akademie für Raumforschung und Landesplanung)(2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover. = Positionspapier aus der ARL 97. (URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-00972>)
- Benevolo, Leonardo/ Humburg Jürgen (2007): Die Geschichte der Stadt. Frankfurt.

- Bischoff, Werner (2007): Nicht-visuelle Dimensionen des Städtischen. Olfaktorische Wahrnehmung in Frankfurt am Main, dargestellt an zwei Einzelstudien zum Frankfurter Westend und Ostend. Oldenburg.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend)(2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Wien. (http://www.das-nachhaltige-krankenhaus.at/Dokumente/docs/Dietscher%20et%20al.%202008_Gesundheitsfoerderung.pdf)
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2010): Das österreichische LKF-System. (http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf)
- BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen): Gesundheit und Gesundheitsförderung. (http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung)
- BMVBS (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung)(2012): Urbane Energien, Positionen des Kuratoriums zur Nationalen Stadtentwicklungspolitik 2012. Berlin. (http://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSP/SharedDocs/Publikationen/DE_NSP/positionen_dt.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- Böhme, Christa (2012): Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: mehr Gesundheit im Quartier. In: Christa Böhme et al. (Hg.). 2012. Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern. S. 199-209
- Bolte, Gabriele et al. (2012): Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern.
- Bozovic-Stamenovic, Ruzica (2013): THE HOSPITAL AS A SOCIAL CAPITAL - THE EXAMPLE OF THE TECK PUAT HOSPITAL SINGAPORE. In: Nickl.Weller, Christine/Hans Nickl (Hg.). HEALING ARCHITECTURE. Salenstein. S. 164-175.
- Breuss, Susanne (1999): Die Stadt, der Staub und die Hausfrau. Zum Verhältnis von schmutziger Stadt und sauberem Heim. In: Bockhorn, Olaf et al. (Hg.): Urbane Welten. Referate der Österreichischen Volkskundetagung 1998 in Linz. Wien. S. 353-376.
- Bunge, Christiane (2012): Potenziale für mehr Umweltgerechtigkeit – Handlungsfelder und Instrumente einer integrierten Strategie. In: Bolte, Gabriele et al. (Hg.). Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern. S. 175-189

- Buschbeck, Tobias/Glade, Susanne (2012): Was Ist Anders in Dänemark? In: Bauwelt. Heft Nr. 17/12. S. 15–29.
- Calvino, Italo (2015): Marcovaldo oder die Jahreszeiten in der Stadt. Frankfurt
- Capon, Anthony (2011a): Forward. In: World Health Design. Heft Nr. 2013/1. S.3 (<http://www.worldhealthdesign.com/uploaded/documents/Special-Reports/HealthyCities-LOWRES.PDF>. 1.9.2016)
- Capon, Anthony (2011b): The View from the City. In: World Health Design. Heft Nr. 2013/1. S. 6-9. (<http://www.worldhealthdesign.com/uploaded/documents/Special-Reports/Healthy-Cities-LOWRES.PDF>)
- Concepts | MedSync (2016); (<http://www.medsync.nl/concepts-2/>)
- Corburn, Jason. (2004): Confronting the Challenges in Reconnecting Urban Planning and Public Health. In: American Journal of Public Health Heft Nr. 1994/4. S. 541–46.
- Corburn, Jason. (2009): Toward the Healthy City: People, Places, and the Politics of Urban Planning. Cambridge.
- Corburn, Jason. (2013): Healthy City Planning: From Neighbourhood to National Health Equity. London.
- Crawford, Robert (1980): Healthism and the Medicalization of Everyday Life. In: International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation Heft Nr. 10/3. S. 365–388.
- Diresen, Geert (2006): A Strategy for Re-urbanising hospitals In: Wagenaar, Cor (Hg.). The architecture of hospitals. S.107-S.112.
- Durth, Werner. (1976): Zur gesellschaftlichen Funktion von Kritik und Theorie der Stadtgestaltung. Darmstadt
- Durth, Werner (1977): Inszenierung der Alltagswelt: Zur Kritik der Stadtgestaltung. 1977.
- Eberle, Dietmar. (2013): Architektur – Gesundheit?. In: Christine Nickl-Weller/Eichenauer, Tanja/Matthys, Staffanie (Hg.). Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture. Berlin. S. 95-99

- Eisinger, Angelus (2005): Die Stadt der Architekten: Anatomie einer Selbstdemontage. Gütersloh.
- Engels, Friedrich (1845): Die Lage der arbeitenden Klasse in England. Nach eigenen Anschauungen und authentischen Quellen. Leipzig.
- Fehr, Rainer. (2012): Gesundheitliche Wirkungsbilanz. (Health Impact Assessment, HIA) In: Böhme, Christa et al. (Hg.). 2012. Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern. S. 187-198
- Foucault, Michel/Seitter, Waler (2011): Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt.
- Gaudin, Bruno (2006): The Hospital and the City. In: The architecture of hospitals, Cor Wagenaar (Hg.). S.113-S.119.
- GFA (Gesundheit Österreich). Glossar. (<http://gfa.goeg.at/Glossary>)
- GFA (Gesundheit Österreich). About. (<http://gfa.goeg.at/about>)
- GFA. (Gesundheit Österreich). Goals. (<http://gfa.goeg.at/goals>)
- Girmann, Norman (2008): Professionalisierung der kommunalen Gesundheitsförderung – Erfahrungen aus der Weiterbildung Gesundheitsförderung in Stadt und Gemeinden. In: Göpel, Eberhard (Hg.) 2008. Systemische Gesundheitsförderung. Frankfurt. S. 253-271
- Göpel, Eberhard (2012): Internationale Leitlinien für Gesundheit und Stadtentwicklung. In: Böhme, Christa (Hg.). 2012. Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern. 49-58
- Grant, Marcus (2016): Healthy Cities. Vortrag: International Healthcare Conference: Building the Future of Health. Groningen. 2016. (<http://www.enah.eu/wp-content/uploads/2016/06/Building-the-Future-of-Health-Healthy-Cities-lecture-by-Marcus-Grant.pdf>)
- Guthknecht, Tom (2013): Nur ein wirtschaftlicher Schnupfen oder ist es schon eine Lungenentzündung? Warum werden unsere Krankenhäuser krank? In: Nickl-Weller, Christine/Eichener, Tanja/Matthys, Stefanie (Hg.). Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture. Berlin. S. 11-17
- Häussler, Bertram (2007): Bevölkerung. Epidemiologische Entwicklung. In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. S. 28-31

- Hegi, Stefan/Kamm, Peter (2012): Was bleibt, was ändert sich? Gedanken zum Primärsystem.
In: Amt für Grundstücke und Gebäude des Kantons Bern (Hg.). Inselspital INO. Bern. S. 11
- Hnilica, Sonja. (2014): Metaphern für die Stadt: Zur Bedeutung von Denkmodellen in der Architekturtheorie. Bielefeld.
- Hornberg, Claudia/Andrea Pauli (2012): Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung für Stadtplanung. In: Böhme, Christa et al. (Hg.). 2012. Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern. S.129-138
- HPH (Health Promoting Hospitals). About The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. (http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=4)
- Hufeland, Christoph W. (1995 (1797)): Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern. Frankfurt.
- Johnson, Mark (2011): Life-changing regeneration. In: World Health Design. Heft Nr. 2011/1. S. 15-19. (<http://www.worldhealthdesign.com/uploaded/documents/Special-Reports/HealthyCities-LOWRES.PDF>)
- Klemperer, David (2010): Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch Für Gesundheits- Und Sozialberufe. Bern.
- Köckler, Heike (2012): Der lokale Fachplan Gesundheit. In: Bolte, Gabriele et al. (Hg.). Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern. S. 244
- Lampugnani, Vittorio Magnago (2011): Die Modernität des Dauerhaften - Essays zu Stadt, Architektur und Design. Berlin.
- Le Corbusier/Conrads, Ulrich/Neitzke, Peter (2013): Feststellungen zu Architektur und Städtebau. Mit einem amerikanischen Prolog und einem brasilianischen Zusatz gefolgt von »Pariser Klima« und »Moskauer Atmosphäre« Basel
- Le Corbusier/Pehnt, Wolfgang/Hildebrandt, Hans (2015 (1929)): Städtebau. München
- Lintula, Kimmo (2011): Good architecture is worth every Penny In: Nickl-Weller, Christine/Eichenauer, Tanja/Matthys, Stefanie (Hg.). Health Care der Zukunft 3: Leistung aus Leidenschaft. Berlin. 27-36

Lynch, Kevin (2001(1965)) Das Bild der Stadt. Basel.

LZG.NRW (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) (2012): Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen. Fiktionaler Bericht. Bielefeld

Mekel, Odile (2011): HIA – Ein Instrument für Health in all Policies. Vortrag bei der 1. Österreichische Fachtagung zu HIA.Wien. 2011. (http://gfa.goeg.at/Downloads/veranstaltungen/2011/2015_02_12_mekel_wien_HIA_2011_06_09_web.pdf)

Meyer, Hannes (1928) Bauen. In: Bauhaus. Heft Nr. 2. S. 12 - 13

Minh-Chau Tran/Alexander et al. (2010): Gesunde Stadt? Eine Interdisziplinäre Perspektive Auf Gesundheitliche Einflüsse in Essener Stadtteilen. In: Internationale Tagung REALCORP, Wien, 1109–1114. Wien.

Mitscherlich, Alexander/Rodenstein, Marianne (2008): Die Unwirtlichkeit unserer Städte: Anstiftung zum Unfrieden. Frankfurt.

Nickl-Weller, Christine/Eichenauer, Tanja/Matthys, Stefanie (2011): Health Care der Zukunft 3: Leistung aus Leidenschaft. Berlin.

Nickl-Weller, Christine/Hans Nickl (2013): Healing Architecture. Salenstein.

Nickl, Hans. (2013): Gesundheit und Ort. In: Christine Nickl-Weller/Eichenauer, Tanja/Matthys, Staffanie (Hg.). Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture. Berlin. S. 85-87

Nickl., Hans (2014): Das Krankenhaus im öffentlichen Raum. In: Verortungen Des Krankenhauses. Stuttgart. S. 39-62.

ONGKG (Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen) www.ongkg.at

ONGKGa. Grunddokumente. (<http://www.ongkg.at/konzept-und-ziele/grunddokumente.html>)

ONGKGb. Kernstrategien. (<http://www.ongkg.at/konzept-und-ziele/18-kernstrategien.html>)

ONGKGc. Umsetzung. <http://www.ongkg.at/konzept-und-ziele/schritte-zur-umsetzung.html>

ONGKGD. (http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Publikationen/BMGFJ-Broschuere_Qualitaetsstrategie.pdf)

- ONGKGe. Broschüre „Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“. (<http://www.ongkg.at/downloads-links/downloads.html>)
- Pelikan, Jürgen/Ditscher, Christina/Krajic, Karl (2008): Konzeptuelle Grundlagen. In: BMGFJ (Hg.). Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Wien. S 13-45
- Penz, Holga (2008): Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Wiesbaden.
- Prem, Friedrich (2013): Masterpläne für Schwerpunktkrankenanstalten – design- establish – finance – build – operate. In: Christine Nickl-Weller/Eichenauer, Tanja/Mathys, Staffanie (Hg.). Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture. Berlin. S. 19-27.
- Raith, Erich (2000): Stadtmorphologie: Annäherungen, Umsetzungen, Aussichten. Wien.
- Raschke, Gregor Franziskus (2008): Max von Pettenkofers Cholera Theorie im Kreuzfeuer der Kritik: Die Cholera Diskussion und ihre Teilnehmer - eine Gegenüberstellung von Argumenten und Fakten und Hintergründen. Saarbrücken.
- Reichow, Hans Bernhard. (1948): Organische Stadtbaukunst, organische Baukunst, organische Kultur. Braunschweig.
- Reimann, Bettina/Böhme, Christe/Bär, Gesine (2010): Mehr Gesundheit im Quartier: Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin.
- Riethmüller, Hans-Ulrich (2007): Entwicklungen im Krankenhaus. In: Wischer, Robert/Hans-Ulrich Riethmüller/Franz D. Daschner (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. 33-80
- Rodenstein, Marianne (1988) Mehr Licht, mehr Luft: Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt.
- Rossi, Aldo (1998 (1966)): Die Architektur der Stadt. München.
- Ruckstuhl, Brigitte (2011): Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim.
- Schultz, Edzard (2007): Architektur und Gesundheit. In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. S. 144-146.

- Skrabaneck, Petr (1994): *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. London.
- Stacher, Alois (1989): *Wiener Spitäler: im Wandel der Zeiten*. Wien.
- Stapf-Finé, Heinz/Martin Schölkop. (2007) *Klinische Einrichtungen*. In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). *Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine*. Wien. S. 91-93
- Seidler, Eduard (2003): *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart.
- Steffensen, Lars (2013a): *Von der Maschine zum Gefährten: Das Krankenhaus der Zukunft – Das neue Herlev Krankenhaus in Kopenhagen*. In: Christine Nickl-Weller/Eichenauer, Tanja/Matthys, Staffanie (Hg.). *Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture*. Berlin. S. 75-81
- Steffensen, Lars (2013b): *THE URBAN POTENTIAL OF HOSPITALS*. In: Nickl-Weller, Christine/Hans Nickl. *Healing Architecture*. Salenstein. 180-191
- Seifert, Jörn (2004): *Zur theoretischen Auseinandersetzung mit dem Werk des niederländischen Architekturbüros MVRDV*. In: *literaturkritik.de*. Heft Nr. 2004/6. (http://literaturkritik.de/public/rezension.php?rez_id=7087)
- Steinbach, Herlinde (2011): *Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch Für Pflege- Und Gesundheitsberufe*. Wien.
- Sterdt, Elena/ Walter, Ulla (2012): *Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung*. In: Böhme, Christa et al. (Hg.). 2012. *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern. S. 27–36
- Siebert, Diana (2008): *Soziale Systembildung durch Setting-Netzwerke der Gesundheitsförderung*. In: Göpel, Eberhard (Hg.). *Systemische Gesundheitsförderung*. Frankfurt. S: 102-129
- Süddeutsche Zeitung (2010): *Zum 100. Geburtstag von Thure von Uexküll: Der Menschenarzt*. (<http://www.sueddeutsche.de/wissen/zum-geburtstag-von-thure-von-ueckuell-der-menschenarzt-1.275604-2>, 1.9.2016)
- Süß, Waldemar/Wolf, Karin (2012): *Gesundheitsberichterstattung*. In: Böhme, Christa et al. (Hg.). *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern. 177-186
- Topalovic/Milica (2012): *CURING THE CITY*. In: Nickl-Weller, Christine/Nickl, Hans (Hg.). *Healing Architecture*. Salenstein. S. 268–77

- Towery, Chris (2012): Salutogenic Design: Building Better Health. In: Owners Perspective, THE MAGAZIN OF THE CONSTRUCTION OWNERS ASSOCIATION OF AMERICA. (<http://ownersperspective.org/features/item/408-salutogenic-design-building-better-health>)
- Trojan, Alf/ Waldemar Süß (2013): Gesundheit fördern, wo die Menschen leben, Das Setting Gemeinwesen. In: Trojan, Alf, (Hg.). Quartiersbezogene Gesundheitsförderung: Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim. S.14-25
- Tsouros, Agis (1995) The WHO Healthy Cities Project: State of the Art and Future Plans. In Health Promotion International. Heft Nr. 10. S. 133–141
- Vasold, Manfred (2015): Rudolf Virchow: Der große Arzt und Politiker. Berlin.
- VenhoevenCS (2004):Core Hospital. (<http://venhoevencs.nl/projects/core-hospital/>, 5.5.2016)
- Vogler, Paul/Erich Kühn (1957): Medizin Und Städtebau. München.
- Voordt, Theo van der/Zwart, Johann van der (2008): Dilemmas in Health Care Real Estate Management. In: Herman Vande Putte. Corporations and Cities Colloquium. Brüssel. S. 64-71
- W
- Wagenaar, Cor. (2006): Architecture of Hospitals. Rotterdam
- Wagenaar Cor. (2006): Five Revolutions: a Short History of Hospital Architecture. In: Wagenaar, Cor. Architecture of Hospitals. Rotterdam S. 26-41
- Wagenaar, Cor (2013a): The Hospital and the City. In: Christine Nickl-Weller/Nickl, Hans (Hg.). Healing Architecture. Salenstein. S. 124-147
- Wagenaar, Cor (2013b): Recent trends in Duch Hospital Architecture. In: Christine Nickl-Weller/Eichenauer, Tanja/Matthys, Staffanie (Hg.). Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture. Berlin. S. 101-111.
- WHO (1978): Erklärung von Alma Ata. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1)
- WHO (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

- WHO (1992): Gesunde Städte, Leitfaden Zur Entwicklung Eines Gesunde-Städte-Projekts. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/101010/E56270g.pdf)
- WHO (1995): World health report 1995: bridging the gaps. Genf. (<http://www.who.int/whr/1995/en/>)
- WHO (1997): Jarkarta Erklärung(http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf)
- WHO. (1998): Gesundheit 21 - eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen.
- WHO (2003): Phase IV (2003–2007) des Gesunde-Städte-Netzwerks in der Europäischen Region der WHO: Ziele und Anforderungen. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/101112/e81924g.pdf?ua=1)
- WHO (2006): Putting HPH Policy into Action Working Paper of the WHO Collaborating Center on Health Promotion in Hospitals and Health Care. (http://www.hph-hc.cc/fileadmin/user_upload/HPH_BasicDocuments/Working-Paper-HPH-Strategies.pdf)
- WHO (2008): The Third Ten Years of the World Health Organization, 1968-1977. Genf.
- WHO (2009): Zagreb Declaration for Healthy Cities (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2009/zagreb-declaration-for-healthy-cities>).
- WHO (2010): World Health Day - 7 April 2010. (<http://www.who.int/world-health-day/2010/en/>)
- WIG (Wiener Gesundheitsförderung) Gesundes Grätzel. (http://www.wig.or.at/Gesunder%20Bezirk%20-%20Gesundes%20Gr%C3%A4tzel.1266.0.html#open=graelzel_neu)
- WIG (Wiener Gesundheitsförderung) Gesunde Stadt (<http://www.wig.or.at/Gesunde%20Stadt.168.0.html#parent=stadt>)
- Wischer, Robert (2007a): Never build a hospital? In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. S.10.
- Wischer, Robert (2007b): Zukunftsoffene Architektur. In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. S.13-18.

- Wischer, Robert (2007c): Der Gesundheits-Markt. Ausserklinische Dienste und Einrichtungen. In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. S. 93-99.
- Wischer, Robert (2007d): Standort. Standortkriterien. In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. S. 104-109.
- Wischer, Robert (2007e): Standort. Standortkriterien. In: Wischer, Robert/Riethmüller, Hans-Ulrich (Hg.). Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine. Wien. S. 278-342.
- Vielhauer, Cordula (2013): Gesundheitsbau statt Krankenhaus – überregionales Symposium. In: detail.de (<http://www.detail.de/artikel/gesundheitsbau-statt-krankenhaus-ueberregionales-symposium-11350/>)
- Zwart, Johan van der (2015): Building for a Better Hospital: Value-Adding Management & Design of Healthcare Real Estate. Delft.

Sofern nicht anders angegeben, wurden alle Daten am 28.10.2016 abgerufen.
Das Literaturverzeichnis beinhaltet Texte die durch direkte oder indirekte Übernahme zur Entstehung des Textes beigetragen haben.

- S. 27 Guy's and St.Thomas' Hospital, London. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Guy%27s_and_St._Thomas%27_Hospitals_from_1833_Schmollinger_map.jpg
- S. 28-29
- 01: St. Johannes Spital. Salzburg. <http://www.salzburg-chirurgie.at/de/impressum.php>.
- 02: Santa Maria della Scala. Siena. <http://parisinimages.wordpress.com/tag/hotel-dieu/>.
- 03: Hôtel Dieu. Paris. http://fr.wikipedia.org/wiki/Hôtel-Dieu_de_Paris#mediaviewer/File:Plan_de_Paris_vers_1550_hotel-Dieu.jpg.
- 04: Hôtel Dieu. Paris. http://fr.wikipedia.org/wiki/Hôtel-Dieu_de_Paris#mediaviewer/File:Plan_de_Paris_vers_1550_hotel-Dieu.jpg.
- 05: Santa Maria della Scala. Siena. https://it.wikipedia.org/wiki/Complesso_museale_di_Santa_Maria_della_Scala.
- 06: Hôtel Dieu. Paris. <http://storage.canalblog.com/41/65/214415/29985865.jpg>
- 07: Inselspital. Bern. <https://de.wikipedia.org/wiki/Inselspital>.
- 08: Bürgerspital. Wien. <https://medienportal.univie.ac.at/uniview/forschung/detailansicht/artikel/wirtschaftsstark-aber-nicht-pflegeleicht/>.
- S. 31: Altes AKH, Wien. https://de.wikipedia.org/wiki/Allgemeines_Krankenhaus_der_Stadt_Wien#/media/File:AAKH-1784.jpg. 23.10.2016
- S. 32-33
- 01: Altes Allgemeine Krankenhaus. Wien. https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Wien_1830_Vasquez_Alservorstadt_AKH.jpg
- 02: Ospedale Maggiore. Mailan. <http://www.policlinico.mi.it/Photo/Panoramica.html>
- 03: Ospedale Maggiore. Mailan. http://en.wikipedia.org/wiki/Ospedale_Maggiore#mediaviewer/File:IMG_5720_-_Milano_-_Università_Statale_-_Foto_Giovanni_Dall%27Orto_21-Feb-2007.jpg
- 04: Hôpital Lariboisière. Paris. http://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital_Lariboisière#mediaviewer/File:HôpitalLariboisièreCourIntérieur1.JPG
- 05: St. Thomas Hospital. London. <http://www.old-print.com/cgi-bin/item/J0250868132/search/25%2DPrint%2D1868%2DSt%2E%2DThomas%27s%2DHospital%2DBuilding%2DHenry%2DCurrey%2DArchitecture#>.
- 06: St. Thomas Hospital. London. <http://archiseek.com/2012/1871-st-thomas-hospital-london/#.VHXf1FZrToo>. 23.10.2016
- S.35. Otto Wagner Spital. Wien.http://www.diezeitschrift.at/sites/default/files/styles/width_1024px/public/pendl_gesamtanlage.jpg. 10.12.2015
- S. 36-37
- 01: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. http://www.santpau.es/rec_presentacio.asp
- 02: Hôpital Lariboisière. Paris. http://www4.culture.fr/patrimoines/patrimoine_monumental_et_archeologique/insitu/image.xsp?numero=3&id_article=v3-1038&no_image=1.
- 03: Hôpital Édouard-Herriot. Lyon. <http://architectureofdoom.tumblr.com/post/42497407397/tonguedepressors-hôpital-edouard-herriot-lyon>.

- 04: Krankenhaus Friedrichshain. Berlin. http://www.pflegewiki.de/wiki/Datei:800px-Meyers_1888_Krankenhaus_Fig_6.jpg
- 05: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <http://live-barcelona.oibarcelona.com/de/la-sagrada-familia-y-el-hospital-de-sant-pau-patrimonio-modernista-2/>
- 06: Hôtel-Dieu. Paris. Nicht realisierter Entwurf. Wagenaar. 2006. S. 30
- 07: Krankenhaus Friedrichshain. Berlin. http://de.wikipedia.org/wiki/Friedhof_der_Märzgefallenen#mediaviewer/File:Friedrichshain_1875.jpg
- 08: Hôtel-Dieu. Paris. Nicht realisierter Entwurf. Wagenaar. 2006. S. 30
- 09: Otto Wagner Spital. Wien. <http://www.meinbezirk.at/hietzing/lokales/1929-gab-es-noch-viel-unverbaute-flaeche-rund-um-das-otto-wagner-spital-m5403705,755289.html>.
- 10: Academic Ziekenhaus. Gröningen. <http://www.hetverhaalvangroningen.nl/verhalen/geschiedenis-van-het-universitair-medisch-centrum>.
- S. 39 Cornell Medical Center. New York. <http://www.shepleybulfinch.com/history>. 10.12.2015
- S. 40-41
- 01: Södersjukhuset. Stockholm. Modell. http://sv.wikipedia.org/wiki/Södersjukhuset#mediaviewer/File:Södersjukhuset_September_2014.jpg.
- 02: Columbia-Presbyterian hospital. New York. <http://www.columbianeurosurgery.org/home/history/>.
- 03: Columbia-Presbyterian hospital. New York. <http://newsroom.cumc.columbia.edu/blog/2014/10/07/celebrating-86-years-medical-center/>.
- 04: Hospital Center Regional University. Lille. <http://mw2.google.com/mw-panoramio/photos/medium/67565108.jpg>.
- 05: Södersjukhuset. Stockholm. http://sv.wikipedia.org/wiki/Södersjukhuset#mediaviewer/File:Södersjukhuset_april_2006_panorama.jpg
- 06: Hospital Center Regional University. Lille. <http://www.nordeclair.fr/info-locale/la-cite-hospitaliere-de-lille-aura-soixante-ans-en-2014-ia60b0n311880>
- 07: Hôpital Beaujon. Clinchy. <http://www.clichyevenements.fr/2015/11/nuit-de-cauchemar-à-lhôpital-beaujon.html>
- S. 43 Centre hospitalier Mémorial France. Saint-Lô. <http://www.cotemanche.fr/files/2013/02/1951-©-Marcel-legendre-630x0.jpg>.
- S. 44-45
- 01: Sint Franciscus Gasthuis. Rotterdam. http://www.kraaijvanger.nl/image/2/1600/1000/5/0/uploads/pagina-afbeeldingen/franciscus-gasthuis_rotterdam_-50c7558604ec9.jpg
- 02: Uniklinik RWTH. Aachen. <http://www.derichs-konertz.de/go/leistungen-details/51.html>.
- 03: Hôpital Mémorial France États Unis. Sant Lo. http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d6/Hôpital_Mémorial_France_États_Unis.jpg
- 04: Catharina-Ziekenhuis. Eindhoven. <http://www.medicalfacts.nl/2013/05/30/verdere-groei-speerpunten-catharina-ziekenhuis/>
- 05: Verteranenkrankenhaus. Brooklyn. <http://www.brooklynvisualheritage.org/fort-hamilton-veterans-hospital>

- 06: 1946_Bürgerspital. Basel. <https://unigeschichte.unibas.ch/behausungen-und-orte/neue-zentren-am-rand/universitaetsspital/spitalbau-und-herausforderungen-des-20.-jahrhunderts.html>
- 07: Le Corbusiers Krankenhausentwurf für Venedig. http://www.fondationlecorbusier.fr/corbuweb/morpheus.aspx?sysId=13&IrisObjectId=5784&sysLanguage=en-en&itemPos=55&itemSort=en-en_sort_string1%20&itemCount=215&sysParentName=&sysParentId=65
- S. 47 Sint Elisabeth Hospital. Tilburg. http://www.elisabeth.nl/publish/pages/65223/10-12-14_luchtfoto_met_damast.jpg. 10.12.2015
- S. 48-49
- 01: Universitatshospital Aarhus. <http://www.visitaarhus.de/de/daenemark/eines-der-modernsten-krankhaeuser-nordeuropas-in-aarhus>
- 02: Righospital. Kopenhagen. <http://www.3xn.dk/#/arkitektur/kronologisk/21-rigshospitalet>
- 03: Reinier de Graaf Gasthuis. Delft. Driesen 2006: 109
- 04: Klinikum Frankfurt Höchst. <http://www.db-bauzeitung.de/db-themen/energie/kostenpunkt-und-kraftpaket/#slider-intro-3>
- 05: St. Olavs Hospital. Trondheim. <http://www.vitalvekst.no/st-olavs-hospital-trondheim/>
- 06: Medizinisches Zentrum. St. Petersburg. <http://www.nickl-partner.com/projekte/stadtentwicklung/st-petersburg-mmz-masterplan/>
- 07: Universitair Ziekenhuis. Leuven. Driesen 2006: 109
- 08: Tumorzentrum. Freiburg. <http://www.nickl-partner.com/projekte/healing-architecture/interdisziplinaeres-tumorzentrum-itz-des-universitaetsklinikums-freiburg/>
- 09: Insespital. Bern. http://www.henn.com/sites/default/files/styles/detail_landscape/public/externals/cb2b217f1096dd3cedb0b6af38724cb5.jpg?itok=164lf1sl
- S. 58 AKH. Wien. <http://www.moserarchitects.at/de/projekte/allgemeines-krankenhaus-wien-universitaetskliniken>
- S. 69 Skizze der Lageveränderung des Universitär Hospitals Køge. Steffensen 2013: 182-183
- S. 80 CORE HOSPITAL. Anywhere. <http://venhoevencs.nl/projects/core-hospital/>
- S. 89 Die Veränderung der Krankbetten.
1-5: Wischer 2007: 190ff
6: Nickl-Weller 2013: 50
- S. 96 Krankenwohnung: Wischer 2007c: 190
- S. 100 Texas Medical Center: http://www.som.com/projects/texas_medical_center_master_plan
- S. 102 Die Krankenhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV) / Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien und die wiener Josefstadt im Flächenvergleich. Eigene Darstellung. Kartengrundlage: google maps.
- S. 110 The Hospital as an Egg. (Eigene Darstellung)Anlehnung an: Cedric Price, „The City as an Egg.“ zB. in: Raith 2000: 114
- S. 115 Le Corbusier. <http://tspr.org/post/it-or-not-architect-le-corbusiers-urban-designs-are-everywhere#stream/0>

- S. 128 01: Deth dispensary. <https://de.sott.net/article/19555-Wie-Max-von-Pettenkofer-in-Mun-chen-mit-einer-Kanalisation-die-Cholera-besiegte>
02: John Snows Cholera Karte. Arch+ 2012: 59.
- S. 133 01: Photo einer Straße in Paris vor dem Umbau Hausmanns. <http://www.americansubur-bx.com/2011/07/eugene-atget-back-to-past-eugene-atget.html>
02: Hausmanns Plan für die Avenue de l'Opéra. Benevolo 2007: 837
- S. 139 1&2 Die Veränderung im Straßenbild und deren Folgekrankheiten. Beide aus: Grant 2006: 18
- S. 141 01: Zeichnung von Le Corbusier für die Stadt Nemours.1 943. Benevolo 2007: 932
02: 2 Hôpital Édouard-Herriot. Lyon. <http://www.tumblr.com/search/Tony+Garnier>
- S. 146 Eliel Saarín. Vergleich einer gesunden und einer kranken Zelle. 1943. Hnilica 2012:87
- S. 149 01: Le Corbusier. Ville Radieuse. Benevolo 2002: 912
02: Le Corbusier. Teilansicht der Unité d'Habitation in Berlin. https://de.wikipedia.org/wiki/Le_Corbusier#/media/File:Corbusierhaus_Berlin_C.jpg
3: Karl Marx Allee. Modell. https://de.wikipedia.org/wiki/Karl-Marx-Allee#/media/File:Bundesarchiv_Bild_183-17346-0009,_Berlin,_Bau_Karl-Marx-Allee,_Paulick_mit_Mo-dell.jpg
- S. 153 BESTÄTIGUNGEN - ANREGUNGEN - MAHNUNGEN. LE Corbusier 2013 (1929): 255 ff
- S. 155 Skizzen zum Verkehr in der Stadt. Le Corbusier. Le Corbusier. 2013: 135-143
- S. 159 1: „Wurzeln und Kraft“. Darstellung aus Hans Bernhard Reichows „Organische Stadtbau-kunst : von der Großstadt zur Stadtlandschaft“. http://www.historische-eschborn.de/berichte/Main-Taunus-Kreis/Limesstadt/body_limesstadt.html
2: 2 „Stadtplan von Wien im Jahre 3000“, Entwurf und Ausführung: Meisterschule Prof. Siegfried Theiss. <http://derstandard.at/2000013213752/Plaene-fuer-Hitlers-Perle>

Alle Grafiken, Abbildungen und Bilder ohne besondere Kennzeichnung wurden von der Autorin selbst erstellt.

Sofern nicht anders angegeben, wurden alle Daten am 28.10.2016 abgerufen.

