Zeitschrift: Bauen + Wohnen = Construction + habitation = Building + home : internationale Zeitschrift

Herausgeber: Bauen + Wohnen

Band: 28 (1974)

Heft: 7: Schulbau = Écoles = Schools

Artikel: Architekturkritik : ein Universitätsklinikum mit 1136 Betten

Autor: Joedicke, Jürgen

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-348058

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

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

Architekturkritik

Jürgen Joedicke

Ein Universitätsklinikum mit 1136 Betten

Eine Kritik, die ein nach modernsten technischen Prinzipien errichtetes Universitätsklinikum mit 1136 Betten behandeln soll, hat es schwer. Eine solche Kritik setzt ein Fachwissen voraus, das, ist man ehrlich, kaum in einer Person vereint ist. So kann sich eine Kritik durch einen Architekten nur auf architektonische Aspekte beschränken und andere Aspekte nur insoweit berücksichtigen, als sie seinem Urteil zugänglich sind.

Zum Planungsablauf

Das Projekt ging aus einem Wettbewerb im Jahre 1963 hervor. Aus dem Wettbewerbsprojekt entstand der Vorentwurf. Nach dem Vorentwurf wurde m. E. zum ersten Mal in Deutschland das amerikanische Beratungsunternehmen Gordon A. Friesen, Associates Inc. Hospital Consultants, Washington, eingeschaltet und mit der Betriebsorganisation beauftragt. Aus dieser Beratung entwickelte sich in Zusammenarbeit mit den Architekten eine entscheidende Veränderung des Projektes. Merkmale des Konzeptes von Friesen sind

- Zentralisierung wichtiger Funktionen,
- Automatisierung der Produktion von Gütern,
- Zirkulation durch mechanische Systeme,
- Anpassungsfähigkeit durch Flexibilität der Raumnutzungen.

Diese Merkmale haben das Projekt entscheidend geprägt und u. a. auch zu einer Änderung der Krankenzimmerbelegung geführt.

Zum städtebaulichen Kontext

Das neue Klinikum wurde innerhalb der bestehenden alten Bebauung errichtet, die aus Ende des 19. Jahrhunderts und im 20. Jahrhundert errichteten niedrigen Gebäuden besteht. Die vorhandene Bebauung verteilt sich gleichmäßig über das gesamte Gelände und erweckt in ihrer Anordnung den Eindruck des Zufälligen. Das neue Klinikum, bestehend aus dem Gebäude für Lehre, Forschung und Information, dem Bettenhaus mit zwischengeschaltetem, niedrigem Eingangsbereich als erstem, jetzt fertiggestelltem Bauabschnitt und dem Gebäude für Untersuchung und Behandlung als zweitem Bauabschnitt, ist so angeordnet, daß sich eine eindeutige Eingangssituation ergibt. Der Besucher wird entlang der Gebäude für Untersuchung zum Haupteingang geführt, wobei die Hochhausscheibe des Bettenhauses eine eindeutige und zusätzliche Orientierungshilfe gibt. Die asymmetrische Grundrißform des Neubaues umschließt zusammen mit der Kinderklinik und dem Gebäude für Forschung, Lehre und Information einen dreiseitig begrenzten, nach vorn zur Straße offenen Raum, der durch Grünanlagen gegliedert ist.

Die quergestellte Eingangshalle erschließt alle drei Bereiche: Gebäude für Lehre, Forschung und Information; Bettenhaus und Untersuchungsbereich (2. Bauabschnitt). Dabei nehmen Untersuchungsbereich und Gebäude für Lehre, Forschung und Information in etwa den Maßstab der vorhandenen Bebauung auf, während das Bettenhaus als Hochhaus einen völlig neuen Maßstab in die gesamte Anlage bringt: – es dominiert über die vorhandene Bebauung. Es wäre denkbar gewesen, das Bettenhaus nicht als Hochhaus auszubilden, aber diese Lösung hätte eine größere Überbauung zur Folge gehabt und somit den teilweisen oder völligen Verlust des Freiraumes vor dem Eingangsbereich. Vom städtebaulichen Aspekt erscheint die Lösung zwingend und richtig zu sein. Sie faßt die amorphe Bebauung zusammen und schafft durch Konzentration der Baumassen im Bettenhaus den notwendigen Freiraum als Vorfeld zwischen Straße und neuem Universitätsklinikum.

Gestalt und Konstruktion

Von den bisher errichteten Gebäuden fällt das Bettenhaus durch eine eigenwillige Form auf. Ein Quader mit einer Größe von 82,54 × 37,14 m erhebt sich 15 Bettengeschosse hoch über dem frei stehenden Kern. Den Abschluß in der Dachzone bildet ein 5,80 m hohes Kopftragwerk. Diese ungewöhnliche Gestalt ist die Folge der Hängekonstruktion.

Die einzelnen Geschosse sind nach oben am Balkentragwerk aufgehängt, die Ableitung der vertikalen Kräfte übernimmt die massive Kernzone. Die Decken sind 30 cm dicke, vorgespannte Massivplatten, die, jeweils in vier Abschnitte (zwei U-förmige und zwei rechteckige) geteilt, am Boden hergestellt und nach dem Hubdeckenverfahren nach oben gezogen wurden. Diese ungewöhnliche Konstruktionsform wurde gewählt, da sich das Bettenhaus über anschließenden niedrigen Bauteilen erhebt und konstruktiv davon unabhängig errichtet werden mußte.

Aus dieser Konstruktion entwickelten die Architekten eine eigenwillige Gestalt. Das Balkentragwerk im Dachgeschoß schließt den Baukörper nach oben ab und ist in allen Teilen ablesbar. Eine besondere gestalterische Schwierigkeit entstand dadurch, daß die Hängestützen hinter der Fensterebene liegen und davor der Fluchtbalkon. Um Aufbau und Anlage der Konstruktion zu verdeutlichen, wurden die Fluchtbalkone ebenfalls an das Balkentragwerk angehängt und diese dünnen Hängeglieder in der Ebene der dahinterliegenden Hängestützen geführt. Frei stehender Kern, Balkentragwerk im Dachgeschoß und aufgehängte Decken, symbolisiert durch die Aufhängung der Fluchtbalkone, schaffen eine einprägsame Gestalt.

Wenn von der rein ästhetischen Seite ein Bedenken angemeldet werden muß, so ist es die Relation der Höhe des frei stehenden Kerns zur Höhe des Bettenhauses. Ein solches Bedenken erscheint angesichts der ingeniösen und gestalterischen Leistung nebensächlich zu sein, zum anderen aber zeigt die gestalterische Ausbildung, daß die Architekten selbst größten Wert auf die ästhetische Durchbildung komplexer funktioneller und konstruktiver Probleme gelegt haben; – es erscheint deshalb zumindest nicht unangebracht zu sein. Der frei stehende Kern ist im Verhältnis zum Bettenhaus zu hoch. Es ist allerdings möglich, daß dieser Eindruck verändert wird, wenn der 2. Bauabschnitt errichtet ist, der unmittelbar an den Kern anschließt.

Funktion und Nutzung

Wenn hier im folgenden zu Funktion und Nutzung des Bettenhauses einige Anmerkungen gemacht werden, so muß zuvor der

Hintergrund verdeutlicht werden, aus dem heraus diese Anmerkungen gemacht werden. Der Verfasser ist der Meinung, daß heute das Problem im Krankenhaus die Schaffung einer humanen, auf den Patienten bezogenen Atmosphäre ist; – oder, präziser gesagt, die Abkehr von einem vordergründig quantitativ bestimmten Denken und Planen. Und es muß hinzugefügt werden, daß diese Meinung sicher auch von den Architekten geteilt wird, wie z. B. ihr neuester Entwurf für das Rheinische Landeskrankenhaus in Bonn zeigt (B+W 1974/3).

Ihr Entwurf für das Klinikum in Köln, der aus dem Jahr 1965 stammt, also neun Jahre zurückliegt, brachte eine für die damalige Zeit wichtige Neuerung; – anstelle der üblichen und ursprünglich vorgesehenen Dreibettzimmer wurde das Bettenhaus zu $^2/_3$ mit Zweibettzimmern und zu $^1/_3$ mit Einbettzimmern ausgestattet.

Was aber blieb, ist die lange rechteckige Grundrißform, die Stapelung der Bettengeschosse in einem Hochhaus. Die Konsequenz sind zwei über 60 m lange, schmale Flure parallel zu den Längsseiten und unbelichtet (nur die kurzen Querflure erhalten direkte Belichtung). Die Zweibettzimmer selbst, technisch und organisatorisch hervorragend ausgestattet, sind schmale rechteckige Räume, deren Größe aus quantitativen Forderungen abgeleitet wurde, also Umbauung der notwendigen Stell- und Bewegungsfläche. Die Tagesräume sind schematisch an den Enden der kurzen Quergänge eingefügt. Sie liegen aber funktionell richtig: – in der Mitte der Pflegegruppe, nahe der Teeküche, mit Außenbezug. Das ganze Konzept des Bettenhauses ist klar und logisch auf quantitativen Aspekten aufgebaut, aber eben nicht mehr.

Gegen diese Kritik kann mit Recht eingewendet werden, daß der städtebauliche Kontext und die von hier gegebenen Einschränkungen sowie die notwendige Bettenzahl keine andere Lösung als die Stapelung der Bettengeschosse in einem hohen Quader mit allen Konsequenzen zuließ.

Zum zweiten ist der Einwand berechtigt, daß die Problemstellung, von der aus die Kritik erfolgte, zum Zeitpunkt des Entwurfs vor neun Jahren überhaupt noch nicht in diesem Maße existent war. Und ich möchte hinzufügen, daß diese Problemstellung als solche heute zwar von einigen gesehen und erkannt wird, daß sie aber noch nicht realisiert wurde, zumindest nicht bei einem Krankenhaus dieser Größenordnung. Das einzige Beispiel, das mir bekannt ist und das vielleicht einen Schritt in dieser Richtung gegangen ist (sofern die Veröffentlichungen ein zutreffendes Bild vermitteln), ist das Health Sciences Centre von Craig, Zeidler und Strong.

Schlußbemerkung

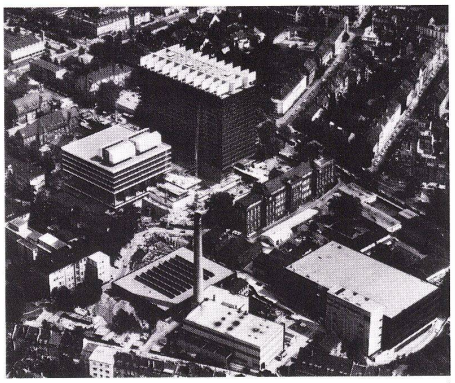
Was als Resümee verbleibt, ist eine imponierende Leistung aller an diesem Krankenhaus Beteiligten. Das Universitätsklinikum Köln spiegelt in der logischen Konsequenz seiner Durchbildung, in der konstruktiven und funktionellen Lösung, in der erstmaligen Einführung automatischer Transportsysteme in Deutschland und in der gestalterischen Lösung eine wichtige Stufe in der Entwicklung des Krankenhausbaues wider.

Wenn hier Kritik geübt wird, so sicher nicht, um einen interessanten und herausragenden Bau in seiner Bedeutung herabzusetzen, sondern vielmehr, um im Sinne einer konstruktiven Kritik einen Beitrag zur Diskussion um neue Formen des Krankenhausbaues zu leisten und neue Wege für künftige Bauten aufzuzeigen.

Baubeschreibung

Der 1. Bauabschnitt des »Zentralbaues« (Zentralklinikum für die Medizinische Fakultät der Universität Köln) ist Teil der stufenweisen Sanierung des Kölner Universitätsklinikums. Im Laufe seiner Entwicklung vom Ende des 19. Jahrhunderts bis heute wurden auf einem Areal von ca. 40 ha 14 Einzelkliniken mit zusammen ca. 2100 Betten sowie die dazugehörigen Gebäude für die medizinisch-theoretischen Disziplinen errichtet.
Der ursprünglich geplante Ersatzbau für Medizin, Chirurgie und Radiologie (MCR) – Gegenstand des internationalen Wettbewerbs 1963 auf der Grundlage einer Programmierung von Prof. Dr. Riethmüller, Tübingen – wurde 1965 zum Ausgangspunkt eines entwicklungsfähigen Gesamtkonzepts für die Medizinische Fakultät, auf Grund dessen die Integration aller medizinischen Disziplinen, der Lehre und Forschung, der Güterversorgung und der organisatorischen und gestalterischen Infrastruktur langfristig möglich sein sollte und in ersten Schritten verwirklicht wird. Die enge Verbindung zur Universität und deren günstige Lage in der Stadt ließen eine Sanierung in diesem Sinne – trotz der beengten Grundstücksverhältnisse – vorteilhafter erscheinen als eine Neuanlage außerhalb der Stadt. Eine Zielplanung der Architekten für die Medizinische Fakultät belegte 1971/72 die Machbarkeit des Sanierungskonzeptes. Im Rahmen dieses Konzeptes werden vier Altkliniken (Dermatologie, Pädiatrie, Neurochirurgie, Zahn-, Mund- und Kieferklinik) in den erweiterten Zentralbau neu aufgenommen.
Das 1968 bis 1973 von Gordon A. Friesen programmierte und mit ihm geplante und gebaute Versorgungszentrum mit seinen weitgehend automatisierten und zum Teil über Prozeßrechner gesteuerten Betrieben der Geschirr- und Gerätereinigung und -sterilisation, der Wäscherei, der Tiefkühlmenü-Produktion und der Güterverteilung über den »Supermarkt« und das »mobile Lager« (automatisches Wagentransport- und Lagersystem) schafft die Voraussetzung für eine einheitliche Güterversorgung.
Das mit Otl Aicher und Hans Roericht im Jahr 1973 entwickelte »Erscheinungsbild« (visuelle Kommunikation, Informationssystem, Objektsystem im Außen- und Innenraum) soll die gestalterische Ganzheit der auch in Zukunft bestehenbleibenden Vielfalt in einer Fakultät fördern.
Die von G. A. Friesen konzipierte organisatorische Einheit muß noch in Teilen von der Verwaltung ausgearbeitet und durchgesetzt werden.
Sanierung bedeutet für die Kölner Medizinische Fakultät die Anpassung des Bestehenden an neue Konzepte in allen genannten Bereichen und nicht umgekehrt. Sanierung ist zugleich ein Prozeß ständigen Erneuerns in zeitlich, finanziell und organisatorisch überschaubaren Schritten. Der erste Bauabschnitt mußte daher auf engstem Raum so groß errichtet werden, daß er sowohl die Inhalte der in Phase 2 abzureißenden Kliniken aufzunehmen als auch eine sofort spürbare Verbesserung der Infrastruktur der Medizinischen Fakultät zu bieten vermag, und zwar im Bereich

- der Versorgung (durch Neubau des Versorgungszentrums mit 18 200 qm HNF und 175 000 cbm),
- der Lehre/Forschung/Information und der Eingänge (durch den LFI-Neubau einschl. Zwischenbau mit 18 000 qm HNF und ca. 118 700 cbm),



1

- der Intensiv- und Normalpflege (durch Neubau des Bettenhauses mit 26 120 qm und 163 450 cbm).

Der 1. Bauabschnitt (Bettenhaus; Gebäude für Lehre, Forschung und Information; Zwischenbau) hat ca. 77 200 qm BGF. Im 2. Bauabschnitt folgen die Gebäude für den Bereich von Untersuchung und Behandlung (Bau 3 und 4) sowie für weitere gemeinsame wissenschaftliche Einrichtungen (Bau 5).
Die Winkelform der Gesamtanlage umschließt den verkehrsfreien Innenraum der Medizinischen Fakultät, der zugleich Endpunkt des »Studentenweges« von der Universität her ist. Die Zugänglichkeit der Neubauten von Westen, Norden und Osten schafft die notwendige Offenheit für die umgebende städtische Öffentlichkeit.
Im Gebäude für Lehre, Forschung, Information findet die Medizinische Fakultät als Ganzes ihre »Mitte« (EDV, Zentralarchiv, Hörsäle, Seminar- und Kursräume, Cafeteria, medizinische Zentralbibliothek der BRD, Verwaltung, Laboratorien für Praxis und Forschung). Die Vielfalt des Inhalts und seine Bedeutung für das Ganze bestimmen Lage und Gestalt des Bauwerks. Das Bettenhaus markiert die »Mitte« der Krankenversorgung. Aus diesem konkurrierenden Anspruch beider Gebäude erklärt sich ihre – architektonisch an sich zu enge – Nachbarschaft.