

**Kleine Stadt im Wald : Klinikum Nürnberg-Süd,  
1986-1993, 1. Preis, Wettbewerb 1981 :  
Architekten Jürgen Joedicke, Joachim Andreas  
Joedicke, Walter Meyer, Hans Peter Haid, Dieter  
Röder, Herbert Fukerider, Hans Joachim Ott,  
Georg Geiselbrecht, Andreas Bee...**

Autor(en): **Joedicke, Jürgen**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Werk, Bauen + Wohnen**

Band (Jahr): **82 (1995)**

Heft 5: **Einzelfälle = Cas particuliers = Individual cases**

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-62249>

#### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

#### **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Kleine Stadt im Wald

Klinikum Nürnberg-Süd,  
1986–1993

1. Preis, Wettbewerb 1981  
Architekten: Jürgen Joe-  
dicke, Joachim Andreas Joe-  
dicke, Walter Mayer, Hans  
Peter Haid, Dieter Röder,  
Herbert Fukerider, Hans  
Joachim Ott, Georg Geisel-  
brecht, Andreas Beeg,  
Istvan Egeressy

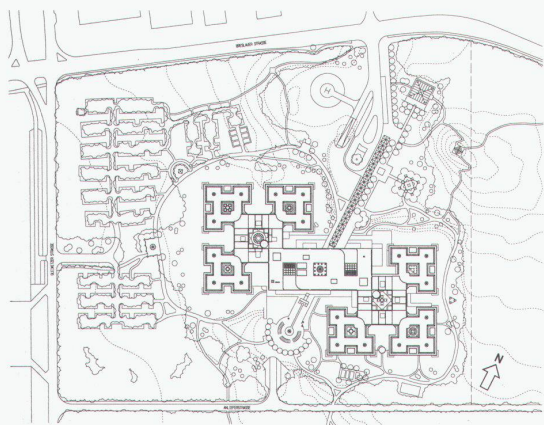


Krankenhaus der höchsten Ver-  
sorgungsstufe einschliesslich  
Herzchirurgie, 1022 Betten  
Bruttogrundrissfläche 98 000 m<sup>2</sup>  
Gesamtkostenberechnung HU-Bau  
1985: 457 000 000,00 DM, hoch-  
gerechnet mit Indexmehrung 1994:  
578 000 000,00 DM

Pflegetrakt

Gesamtansicht  
von der Hauptzugangsseite

Längsschnitt



Situation

Das Baugelände wird von zwei Verkehrsstrassen begrenzt, es ist mit Mischwald bedeckt und von Ost nach West geneigt. Innerhalb des Waldgeländes lag eine Brandfläche, also niedergebrannter und wiederaufgeschossener Wald, diagonal durch den Wald führte eine Baumallee.

Aus diesen Gegebenheiten entstand die erste Idee einer möglichen Baukörperanordnung: Reduzierung der Baumassen auf die Brandfläche in der Mitte des Geländes und somit Erhaltung breiter Waldsäume entlang den Strassen als Schutz vor Immissionen, Aufnahme der Allee als diagonale Erschliessung von der Breslauerstrasse her und Ausnutzung des Hanggeländes zur

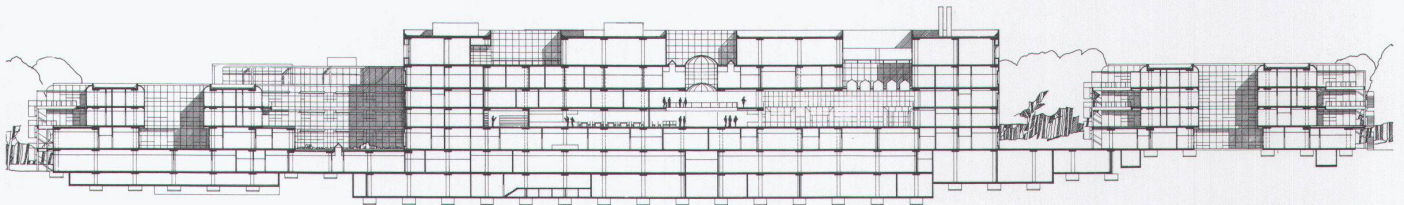
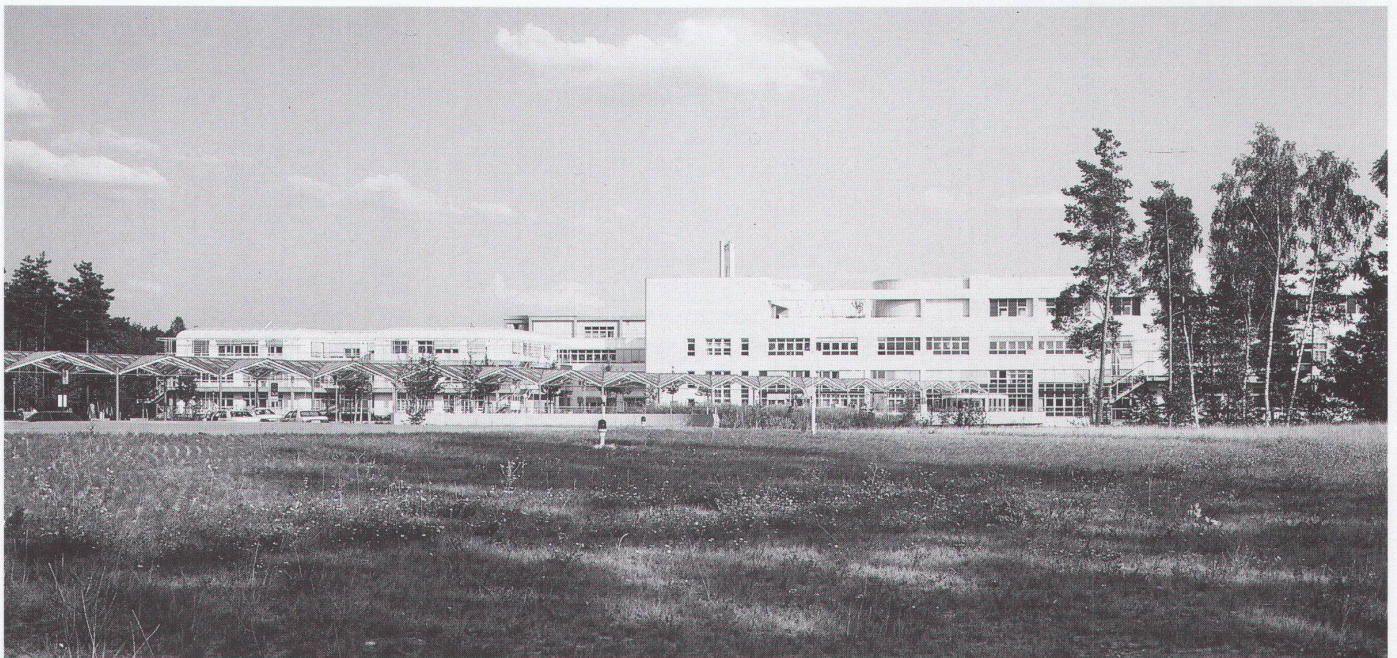
Verringerung der Gebäudehöhen durch Anordnung der Baumassen in ostwestlicher Richtung.

Diese eher quantitativen Überlegungen überlagerten sich bald mit gestalterischen, den Bau als Körper in einen natürlichen, von Wald begrenzten Raum zu stellen und aus dem Gegensatz von natürlicher Begrenzung, der Waldkante, und der gebauten Begrenzung, dem Klinikum, Elemente einer harmonischen Gestaltung zu gewinnen und weiterhin die Pflegebaukörper so niedrig zu halten, dass das oberste Geschoss noch unter der Krone der Bäume liegt, so dass der Blick des Patienten aus dem Zimmer sein Gegenüber in der Natur finden kann, was eine Begrenzung der Höhe der Pflegeabtei-

lungen auf drei bis vier Geschosse bedeutete. Und natürlich durfte das Klinikum, als Körper in einem natürlichen Raum gestaltet, keine Vorderseite und keine Rückseite haben.

Es wurde eine gegliederte Anlage und somit die Auflösung der vom Programm her geforderten Baumasse in überschaubare, erlebbare und begreifbare Bereiche angestrebt. Es wurden im Grundriss quadratische Pflegeeinheiten entwickelt, die, kreisförmig erschlossen, ein System von Wegen und kleinen, von oben belichteten Plätzen entwickelten und durch Innenhof und aussenliegende, bepflanzte Terrassen gegliedert sind.

Ein Konzept mit niedrigen Pflegebaukörpern widersprach tradierten Vor-



stellungen, aber es ist sinnvoll und ökonomisch. Denn wenn etwas von seiner Nutzung her stapelbar ist, dann nicht die Pflegeabteilungen, sondern die Einrichtungen der Untersuchung und Behandlung und die Ver- und Entsorgung. Diese Bereiche wurden in einem länglichen, siebengeschossigen Zentralbau angeordnet, der sich jedoch infolge der Einpassung in das in Ost-West-Richtung abfallende Gelände vom Eingangsbereich her nur dreigeschossig darstellt. An diesen Baukörper, den Zentralbau, wurden im Osten und Westen, an den Schmalseiten, die Pflegebaukörper angeschlossen, und zwar pro Ebene drei Quadranten mit jeweils sechzig Betten.

Dieses Grundprinzip der Anordnung erlaubte es,

zwei in sich abgeschlossene, aber miteinander verflochtene Kliniken auszubilden: die chirurgische Klinik und die Klinik für Innere Medizin.

Durch die Anordnung der Pflegebereiche am zentralen Baukörper sind kurze Verbindungen zwischen den allgemeinen Behandlungseinrichtungen und den Pflegebereichen gewährleistet. Jedem Pflegegeschoss sind funktionsbezogene Behandlungsflächen zugeordnet, so dass innerhalb der Zweiteilung in Chirurgie und Innere Medizin weitere, weitgehend autonome Subkliniken ausgebildet werden konnten.

Die Anordnung der Untersuchungs- und Behandlungsräume in einem relativ schmalen und hohen Baukörper hatte auch den

Vorzug, den Funktionsbereichen ein hohes Mass an natürlicher Belichtung zu geben.

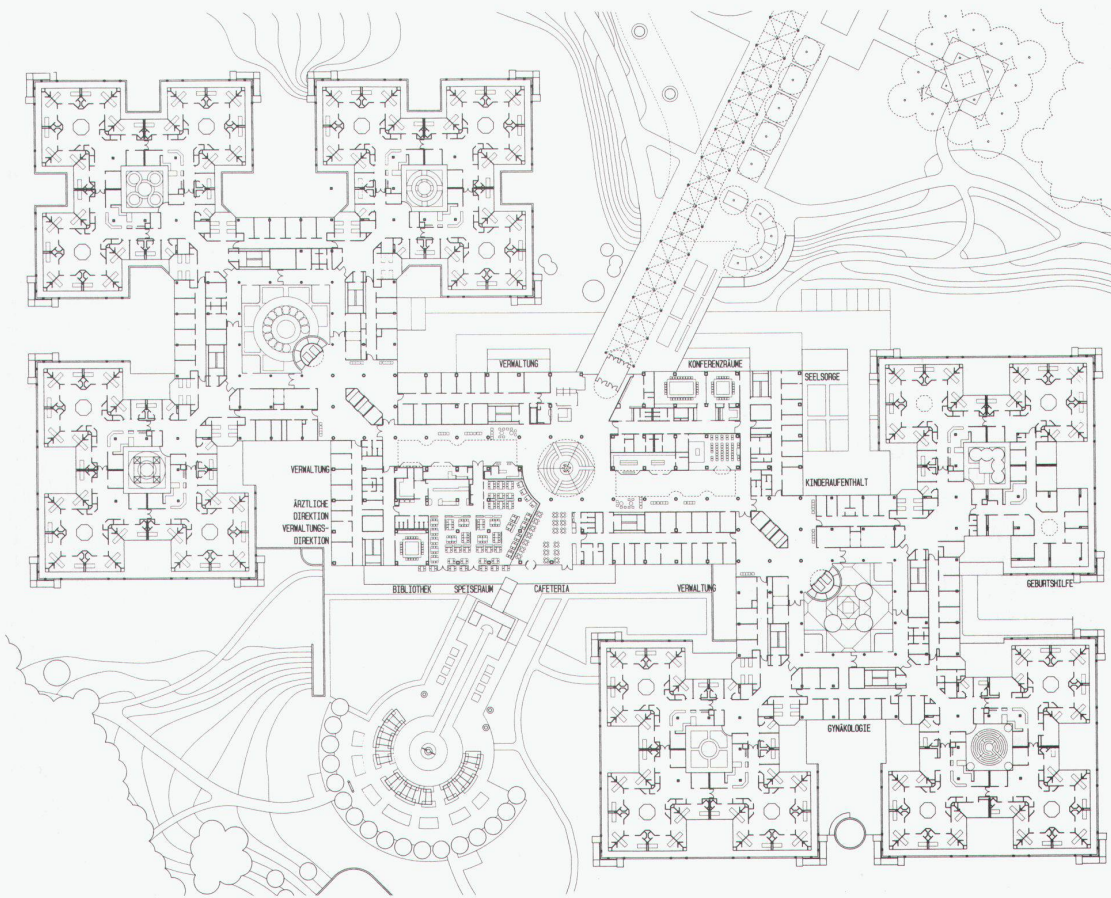
Jeder Pflegebereich hat zwei Stationen mit 60 Betten, drei Pflegebereiche mit 180 Betten liegen auf einer Ebene, die Untersuchungs- und Behandlungsräume ebenfalls. Dadurch ergeben sich optimale Wegebeziehungen im Mikro- wie im Makrobereich. Durch den Wechsel zwischen Weg und Ort und die natürliche Belichtung der Orte vor den Pflegezimmern gewinnen die Flurzonen über ihre Funktion hinaus neue Qualitäten. Sind sind nicht nur Erschliessung, sondern zugleich auch Aufenthaltsbereiche.

Es wurde weiterhin versucht, gewisse Nachteile des üblichen Zweibettzimmers

zu vermeiden. Jeder Patient liegt unmittelbar am Fenster, jedem Patienten ist sein eigener Bereich mit Schrank und Nasszelle zugeordnet. Jeder Patient hat aber ebenso den gleichen Kontakt zur Tür, übersieht, wer von dort kommt. Es sind Kontakte möglich, aber es ist durch die Art der Bettstellung auch die Möglichkeit des Rückzuges, der Absonderung gegeben. Der Patientenschrank steht auf Rollen und kann zur Unterteilung des Zimmers benutzt werden. Vor den Zimmern werden durch Lichtzylinder natürlich belichtete Aufenthaltszonen angeboten, die zum Kontakt mit anderen Patienten beitragen können.

Das Tragwerk des Gebäudes konnte angesichts der geforderten unter-

schiedlichen Raumgrößen, der unterschiedlichen Anforderungen und der Grundbedingung nach Flexibilität der Nutzung und Variabilität der Wandelemente nur eine Skelettkonstruktion sein. Das Ergebnis der Ausschreibung ergab als kostengünstigste Lösung die Ausführung des Skelettes in Stahlbetonfertigteilen. Dem konstruktiven Raster von  $7,20 \times 7,20$  m liegt ein Ausbauraster von  $1,20 \times 1,20$  m zugrunde oder ganz allgemein die Masskette 0,30, 0,60, 1,20, 2,40, 3,60, 7,20. Sie bestimmt nicht nur die Masse im Grundriss, sondern ebenso im Aufriss. So tragen die Deckenhöhen in der Pflege 3,60 m, in den Untersuchungs- und Behandlungsräumen 4,20 m. Aus dem Rastermass der



Eingangsebene

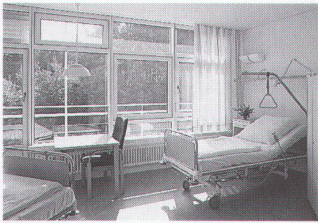
Konstruktion wurde auch das Mass der Pflegequadranten entwickelt, es beträgt  $6 \times 7,20\text{m} = 43,20\text{m}$  in beiden Richtungen.

Das Quadrat ist somit das Grundelement, auf dem der Entwurf aus funktionellen und konstruktiven Gründen aufbaut, genauer gesagt, das Quadrat und der eingeschriebene Kreis. In der weiteren Verfolgung des Entwurfsgedankens eines Zentralbaukörpers mit an den Schmalseiten angegliederten Pflegequadranten wurde versucht, das entstandene Konzept in seinen Massen zu präzisieren: das Ganze sollte mehr sein als die beliebige Addition von quadratischen Grundelementen. So wurde schliesslich für die Gesamtanlage eine Gestalt entwickelt, bei der die Abmes-

sungen der Baukörper im Verhältnis ganzer Zahlen stehen, es sind die Verhältnisse der Fibonaccireihe, also 1:1, 1:2, 2:3, 3:5 und 5:8, eine Masskette, die sich dem Goldenen Schnitt nähert.

In ähnlicher Weise wurde bei der Gliederung der Fassaden vorgegangen. Auch hier wurde die Form einer Kontrolle unterzogen, auch hier war es schliesslich die Diagonale des Quadrates, die als Aufrissregler verwendet wurde.

Jürgen Joedicke



Zweibett-Krankenzimmer  
Personalstützpunkt in der Dialyse

Detail Pflege-trakt, mehrschichtige  
Fassade mit bepflanzten Terrassen

Fotos: M. Myrzik und M. Jarisch,  
München

