

Der dänische Patient | Für einen umfassenden Blick auf den Krankenhausbau im Nachbarland reichen die Seiten nicht aus. Die Autoren beschränken sich darauf, eine beachtliche Entwicklung aufzuzeigen und möchten damit eine Diskussion in Deutschland anregen.



Holzrelief in der Eingangshalle des Hvidovre-Krankenhauses bei Kopenhagen aus den siebziger Jahren

Was ist anders in Dänemark?

In unserem nördlichen Nachbarland sind nahezu alle Krankenhäuser in staatlicher Hand. Um sie grundlegend zu restrukturieren, beschloss die dänische Regierung den Masterplan 2020. Er stellt eine Investitionssumme von 5,5 Milliarden Euro bereit. Was können wir von diesem Plan lernen?

Text **Tobias Buschbeck, Susanne Glade** Fotos **Christoph Ostermeyer** Illustrationen **Rut de la Calle**

Das Foyer des Krankenhauses im dänischen Hvidovre ist voll. Gut fünfzig Architekten unterhalten sich angeregt vor einem Holzrelief. Es ist 57 Meter lang und 5 Meter hoch. Das kommunale Krankenhaus in einem südwestlichen Vorort von Kopenhagen ist eine Ikone der dänischen Krankenhausarchitektur der siebziger Jahre. Eben jene Architektur war im September des vergangenen Jahres Ziel einer BDA-Exkursion, die der Verein Architekten für Krankenhausbau und Gesundheitswesen (AKG) organisierte. Es war nur ein kurzer Besuch, aber er machte deutlich, dass es sich lohnt, mehr über die dänische Krankenhausarchitektur der sechziger und siebziger Jahre zu erfahren und darüber, wie sie sich bis zum Ende dieses Jahrzehnts verändern soll.

Unser Nachbarland bietet zurzeit ein international einmaliges Lehrbeispiel: 2007 fasste die dänische Regierung einen Beschluss, der die Restrukturierung der gesamten dänischen Krankenhauslandschaft bis 2020 vorsieht. Die Krankenhausstrukturen sollen nach einem grundlegend neuen Konzept gestaltet werden. Das Investitionsbudget hierfür beträgt 5,5 Milliarden Euro, was etwa 1000 Euro pro Einwohner entspricht. Welches sind die Hintergründe für ein solches Mammutprojekt?

Krankenhausbau ist äußerst komplex und unterliegt ständigen Veränderungen. Es ist daher besonders wichtig, die Grundlagen des eigenen Handelns immer wieder zu hinterfragen, den eingeschlagenen Kurs zu überprüfen sowie gegebenenfalls zu korrigieren. Wir haben uns im Februar dieses Jahres erneut auf den Weg nach Dänemark begeben. In einer Serie von Gesprächen mit den Akteuren des Masterplans 2020 ging es um die Erfahrungen, die sie bisher mit der Umsetzung des Plans gemacht haben. Was können sie bereits empfehlen, wovon raten sie ab?

„Der nordische Patient ist weder wesentlich gesünder noch kränker als der Deutsche – unterschiedlich ist allein das Prozedere im Umgang mit dem Patienten“, sagte uns Henrik Praetorius von den Krankenhausberatern Lohfert & Lohfert AS. Ein Blick auf die Fakten verdeutlicht einige dieser Unterschiede. Die dänischen Krankenhäuser befinden sich fast ausschließlich in staatlicher Hand. In Deutschland hingegen stehen staatliche, frei-gemeinnützige und private Kliniken mittlerweile in einem regen Wettbewerb untereinander. Zum Zeitpunkt des dänischen Reformbeschlusses gab es bei unseren Nachbarn, bezogen auf die Einwohnerzahl, nur etwa ein Drittel so viele Krankenhäuser wie in Deutschland. Sowohl die zur Verfügung stehende relative Gesamtbettenzahl, als auch die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten war in Dänemark nur circa halb so hoch wie in Deutschland. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass im nördlichen Nachbarland bereits sehr viel mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden als bei uns. Die Personal- und Patientendichte je Krankenhaus ist höher, wobei der landesweite Personalschlüssel pro Einwohner in etwa identisch mit dem in Deutschland ist. Die Ausgaben für das staatliche Gesundheitswesen sind, bezogen auf das Bruttosozialprodukt, leicht geringer als bei uns.

Den letzten großen Boom im Krankenhausbau erlebte Dänemark in den siebziger Jahren. Wie grundlegend der nun geplante Wechsel sein soll, wird im Vergleich der bestehenden mit der zukünftigen Krankenhauslandschaft besonders deutlich. Wir stellen prototypische Projekte der sechziger und siebziger Jahre denen für das kommende Jahrzehnt gegenüber und zeigen die wesentlichen architektonischen Änderungen aus der Perspektive eines dänischen Patienten. Was soll, warum und wie geändert werden? ■

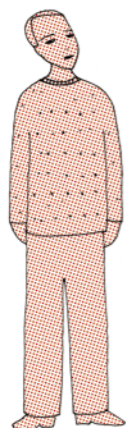
1970 ▲
.....
2020 ▼



Eröffnung des Herlev-Krankenhauses mit Königin Margrethe und dem Künstler Poul Gernes 1976.

Patient mit bildhafter Darstellung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten 1960

Foto: Herlev Hospital



Medizinischer Fortschritt

Der dänische Krankenhausbau nahm 1757 seinen Anfang, König Frederik V. eröffnete das Rigshospitalet in Kopenhagen, das erste dänische Krankenhaus. Der König hatte einen Vorschlag seines Beraters, Graf Adam Gottlob von Moltke, aufgegriffen.

Gut 200 Jahre später, Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahre, erlebte Dänemark einen wahren Boom im Krankenhausbau. Das Land reagierte damals auf den weltweiten medizinischen Fortschritt der vorangegangenen Jahrzehnte. Von einem pflegebasierten Umgang mit dem Patienten hatte sich die Versorgung in eine medizinisch-pflegerische Behandlung mit immer größer werdendem Heilungserfolg gewandelt. Medizinische Versorgung entwickelte sich von der Einzelfallanwendung hin zur Breitenversorgung. Dies zog Reformen und stetigen Änderungen an der baulichen Infrastruktur nach sich.

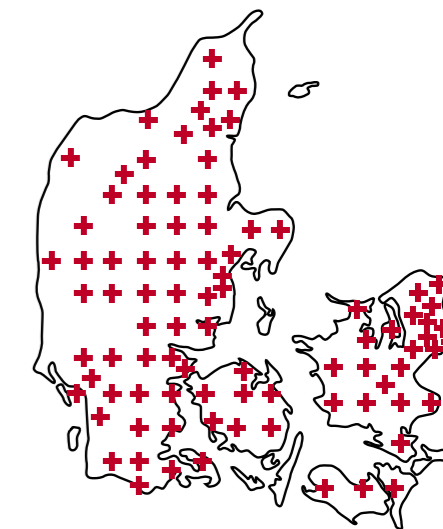
Die Entwicklung in Dänemark in den sechziger und siebziger Jahren stellte eine wesentli-

che Reformmaßnahme dar. Um die beste Behandlung des Patienten zu gewährleisten, wurden spezialisierte Fachabteilungen gebildet. Sie sollten unter einem Dach versammelt werden. Die Entscheidung, eine zentralisierte Klinikstruktur um nur begrenzt verfügbaren Fachabteilungen zu konzentrieren, war bereits 1932 mit einem Plan des „National Board of Health“ getroffen worden. In den sechziger Jahren bestand die Krankenhauslandschaft zum großen Teil aus kleinen, pflegeorientierten Häusern, die meisten sanierungsbedürftig. Sie sollten durch Bezirkskrankenhäuser mit mindestens fünfzig Betten und mindestens drei Abteilungen (Chirurgie, Innere, Röntgendiagnostik) ersetzt werden. Der Zentralisierungsprozess ging jedoch langsamer voran als gewünscht, auch weil die zuständigen Bezirke zu klein waren. Um dies zu beschleunigen, wurde von 1968 bis 1973 die Verwaltungsreform durchgeführt, in der die für das Gesundheitswesen zuständigen Verwaltungsbezirke („Amtskommunen“) vergrößert wurden. Die ursprünglich 25 Bezirke wurden auf 14 reduziert. In der Folge hat die Zahl der Kranken-

häuser kontinuierlich abgenommen. Gab es Anfang der siebziger Jahre noch zwei Drittel der ursprünglichen Krankenhäuser, so liegt ihre Zahl heute bei nur noch einem Drittel. Dies war das Ergebnis eines Baubooms in den sechziger und siebziger Jahren: ca. 1,8 Millionen Quadratmeter BGF, das entspricht etwa der Hälfte des dänischen Krankenhausbaus des 20. Jahrhunderts, konzentrierten sich auf diese zwanzig Jahre.

Der Zugang zum Gesundheitswesen soll unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten oder dem Wohnort des Einzelnen sein, dies ist ein Grundsatz der dänischen Politik. Bis in die späten sechziger Jahre hinein wurde die Entwicklung im Gesundheitswesen eher technisch als politisch gesehen. Die Verantwortung lag bei den Experten, insbesondere den Medizinerinnen. Die politischen Parteien spielten eine eher reagierende Rolle. Die übergeordnete Gesetzgebung legte traditionell höhere Priorität auf die lokale Selbstverwaltung als auf die Herstellung eines landesweit gleichen Versorgungslevels mittels einer zentralen Steuerung. Die steigenden Ausgaben wurden als unabwendbare Konsequenz

des medizinischen Fortschritts gesehen. Diese Kosten gerieten jedoch trotz des Wirtschaftsbooms zum politischen Problem, und so wurde politische Planung als ein Werkzeug der Krankenhauspolitik wichtiger. Von 1968 bis 1973 wurde, unter Führung des Finanzministeriums, ein langfristiger Plan für den gesamten öffentlichen Sektor erarbeitet. Dabei stellte sich aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive auch die Frage nach der Angemessenheit der Ausgabensteigerungen, zugleich musste man sich aber auch mit der Frage nach der Priorisierung im Gesundheitswesen beschäftigen – Krankenhausausgaben versus Ausgaben für Primärversorgung und Prävention. In den frühen Neunzigern führte die Kostenbegrenzung bei verbesserten medizinischen Möglichkeiten u.a. zur Rationierung von Behandlungen und Operationen und zu teilweise lange Wartelisten und entsprechenden Protesten der Bevölkerung. Das Gesetz zur freien Krankenhauswahl von 1993 sollte den Wettbewerb zwischen den Häusern anstoßen und die Versorgung verbessern. Dies waren Vorläufer für den jetzt begonnen Reformprozess.



Nach dem Bauboom der sechziger und siebziger Jahre gab es landesweit ca. 125 Krankenhäuser. Anfang der dreißiger Jahre waren es noch über 160 meist kleinere Standorte.

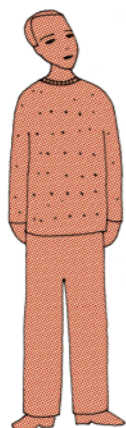
▲ 1970

▼ 2020



Erster Spatenstich für die Universitätsklinik Aarhus 2009. Patient mit bildhafter Darstellung der heutigen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten

Foto: Radgivergruppen DNU



„Qualität vor Nähe“

„Qualität hat Vorrang vor Nähe“, so lautet die Leitidee für die aktuelle Umbauplanung der dänischen Krankenhauslandschaft. Das medizinische Leistungsspektrum mit der dazugehörigen Spezialisierung ist weiter erheblich gestiegen, wobei eine immer größer werdende Zahl von Behandlungen ambulant erfolgt und die stationäre Behandlungsdauer von Patienten im Schnitt weiter gesenkt werden kann – so die dänischen Grundannahmen. Das Fazit daraus lautet: Eine entsprechende State-of-the-art-Versorgung kann in der bestehenden Struktur auf absehbare Zeit nicht sichergestellt und finanziert werden. Die verschiedenen Spezialisten sind zu verstreut angesiedelt und die Krankenhäuser noch zu stark auf stationäre Behandlung ausgerichtet. Die Spezialisten sollen daher in Zentren arbeiten, um ihre Erreichbarkeit besser sicherzustellen, die interdisziplinäre Arbeit zu fördern und die Qualität durch eine ausreichende Anzahl an Patienten zu gewährleisten. Ergänzend sollen die ambulanten Kapazitäten der Krankenhäuser um

etwa 50 Prozent ausgebaut und die Gesamtbettenkapazität um etwa 20 Prozent reduziert werden. Die stationären Bereiche, überwiegend mit Einbettzimmern, werden dabei auf behandlungsbedürftigere Fälle ausgerichtet.

Um die landesweite Versorgung für akute Fälle im teilweise schwach besiedelten Dänemark sicherzustellen, muss gleichzeitig die präklinische Notfallversorgung umgebaut und das Hausarztmodell weiter gestärkt werden. Ein wichtiger Baustein für die Steuerung des Zugangs zu den Krankenhäusern ist ein neues, landesweites Akut-Telefon für die leichteren Fälle. Dies wäre auch von großem Vorteil für die durch „Bagatellfälle“ beanspruchten Notaufnahmen in Deutschland.

Als Grundvoraussetzung wurden 2007 die Bezirke in einer weiteren Verwaltungsreform in noch größeren Regionen zusammengefasst. Statt vierzehn gibt es jetzt nur noch fünf (!). Zur Finanzierung stellen der Staat und die Regionen 5,5 Mio. Euro in einem sogenannten Qualitätsfond als Sonderinvestition zur Verfügung. Die Planung der einzelnen Maßnahmen erfolgt in

den Regionen. Für die übergeordnete Planung wird die Regierung durch das „Expertenpanel“ beraten. Es handelt sich dabei um eine fünfköpfige Gruppe aus Medizinerinnen, Architekten und Vertretern der Wirtschaft. Dieses Team, geleitet durch den Mediziner Erik Juhl, hat, an für Dänemark ungewöhnlich zentraler Stelle, weitreichende Kompetenzen. Es berechnet Kapazitäten, gibt Qualitätsrichtlinien und wirtschaftliche Kennwerte vor und lenkt die Mittelvergabe. In seinen Entscheidungen lehnt es sich u.a. an das bereits weitreichend umgebaute norwegische Krankenhauswesen an.

Neben der Qualitätsverbesserung sollen Einsparungen durch höhere Produktivität erzielt werden – u.a. durch größere Einheiten, die Konzentration von Verwaltungs- und Technikbereichen und eine Ausdehnung der wöchentlichen Betriebsdauer. Die Devise lautet: „Der Patient soll sich künftig nur wenn notwendig in den teuren Fachbereichen eines Krankenhauses aufhalten.“

Die Konzentrationstendenz des 20. Jahrhunderts wird fortgesetzt und ein neuer Bauboom

ausgelöst. Das Geld des Qualitätsfonds wird dabei landesweit in sechzehn Krankenhäuser investiert, als Neubau- oder Erweiterungsmaßnahme. Diese Häuser sollen im Wesentlichen die zukünftige Akut- und Notfallversorgung sowie die Versorgung mit Spezialisten sicherstellen und bis 2020 fertiggestellt sein.

Das langfristige Ziel ist eine landesweite Versorgung mit insgesamt rund zwanzig großen Akut-Krankenhäusern, die von etwa ebenso vielen kleineren Häusern für die Versorgung chronisch Kranker und die elektiven Behandlungen im Nahbereich ergänzt werden. Die Planungen gehen von einer Personaleinsparung um etwa acht Prozent aus.

Für die Baumaßnahmen werden in der Regel Wettbewerbe mit Bewerbungsverfahren durchgeführt. Aufgrund der Projektgrößen fordern die Auslober oft die Bildung von Arbeitsgemeinschaften aus Architektur- und Ingenieurbüros. Dies ist in diesem Umfang aus deutscher Perspektive ungewohnt – genauso wie die gewerkschaftlich geregelten Arbeitszeiten der Architekten.



Der Masterplan 2020 sieht etwa 20 große Akut-Krankenhäuser und ebenso viele kleine Häuser für die Nahversorgung vor. Geld wird bisher nur in 16 Krankenhäusern investiert.



Die perfekte Maschine

„Fly me to the moon – das Krankenhaus der Sechziger und Siebziger als perfekte Maschine, jedoch fehlt oft Tageslicht“, so beschreibt Jan Henrik Jansen, Architekt im Kopenhagener Büro JJW Architects, ein wesentliches Merkmal vieler dänischer Krankenhäuser. Das ist international typisch für Gesundheitsbauten dieser Epoche. Das fehlende Tageslicht bezieht sich meist auf die Untersuchungs- und Behandlungsbereiche. Um die ständig steigenden Kosten der medizinischen Versorgung zu senken, wurde die medizinische Behandlung verstärkt als logistischer Ablauf mit Parallelen zu industriellen Prozessen betrachtet. Die Bereiche mit einer hohen Dichte an funktionalen Abläufen wurden räumlich kompakter ausgebildet, um die Abläufe eng zu vernetzen. Dazu wurde die zur Verfügung stehende Technik intensiv genutzt, zum Beispiel Klimatisierung und Kunstlicht für innen liegende Räume sowie gebäudeinterne Transportsysteme und erste Datenverarbeitungs-

systeme für die immer größer werdenden Strukturen. Der Umgang mit dem Menschen wurde dabei technischer betrachtet als heute. In Dänemark hatte damals aber auch Design und Kunst einen hohen Wert bei der Gestaltung der Krankenhäuser.

Das vermutlich radikalste Beispiel hierfür wurde 1976 in Herlev, im Südwesten Kopenhagens, fertiggestellt. Dessen 120 Meter hohe Krankenhausturm war lange Zeit der weltweit höchste seiner Art. Er wurde vom Künstler Poul Gernes (Foto Seite 16) als Gesamtkunstwerk ausgestaltet: von der Eingangshalle über die Betenzimmer mit einer auf die jeweilige Himmelsrichtung abgestimmten Farbwahl bis hin zu den Lichtschaltern. Ein faszinierender Gesamteindruck, aber: Wie baut man ein Gesamtkunstwerk um?

Links: Uniklinik Odense mit Pavillonbauten, Hochhaus und Flachbauerweiterung. Der Standort wird im Rahmen der Neuplanung verlegt, da die Tragstruktur zu unflexibel ist.

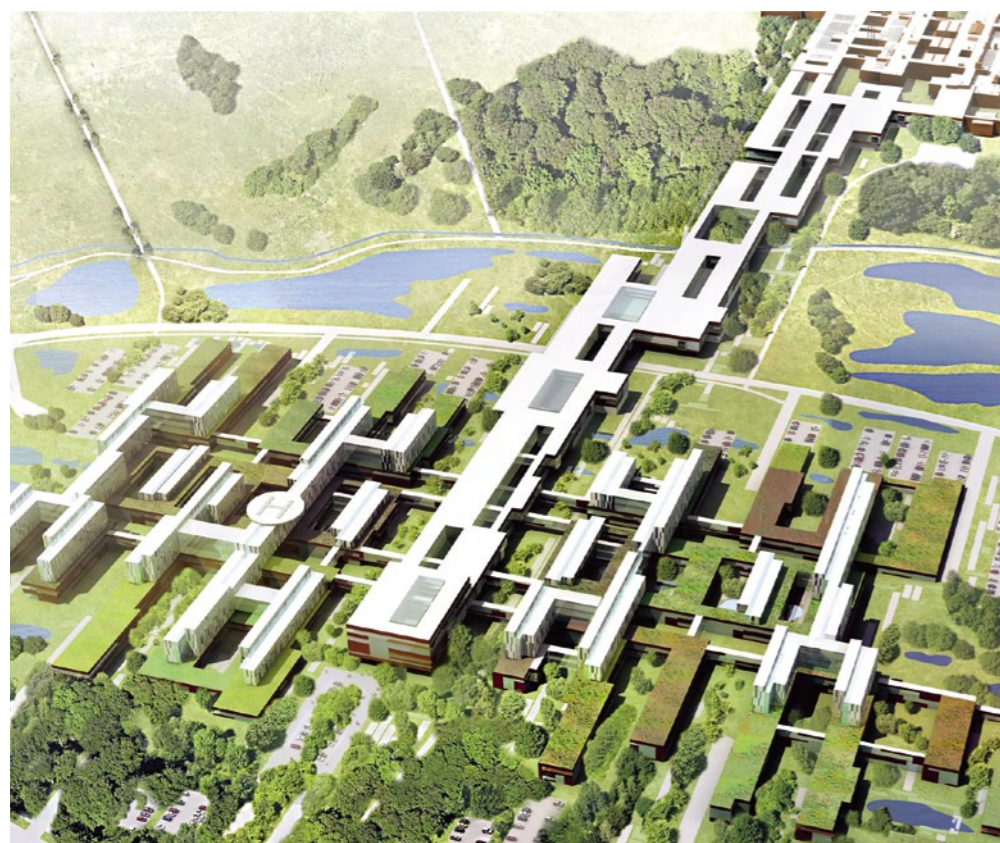
Kommunales Krankenhaus Herlev bei Kopenhagen von 1976

Fotos: Michael Bager, rechts Jørgen Weber



▲ 1970

▼ 2020



Tageslicht

Viel Tageslicht ist zur Zeit ein zentraler Punkt im dänischen Entwurfsprozess – nicht nur beim Krankenhausbau, sondern bei allen Gebäuden. Die durch den dänischen Gesetzgeber neu vorgeschriebene Menge an Tageslicht ist dabei deutlich höher, als in den schon hohen Anforderungen anderer skandinavischer Länder, ganz zu schweigen von den Vorgaben in Deutschland. In den aktuellen dänischen Krankenhausprojekten führt dies, im internationalen Vergleich, zu deutlich geringeren Gebäudetiefen und somit zu weitläufigeren Strukturen. Die ebenfalls höheren Raumflächenstandards verstärken dies noch.

„Bei uns steht der Mensch im Mittelpunkt“, so liest es sich direkt oder indirekt in den Wettbewerbsausschreibungen. Diese allgemein formulierte Zielstellung unterscheidet sich nicht von der der sechziger und siebziger Jahre. Durch die Vorgaben des Gesetzgebers und der Wettbewerbsprogramme soll sie aber mit ganz

anderen baulichen Mitteln erreicht werden. Neben dem Tageslicht und den Flächenstandards ist dabei auch der Bezug zum Außenraum und zur Landschaft ein wichtiges Thema.

Lars Steffensen, der als Partner im Büro Henning Larsen Architekten die Erweiterung des Herlev-Krankenhauses plant, sieht darin eine wichtige Möglichkeit, das räumliche Potenzial zu erweitern: „Man kann Krankenhäuser wie kleine Städte betrachten, als Orte mit aktiven und attraktiven Außenräumen.“ Eine diesbezüglich im Rahmen des Masterplans 2020 in Dänemark heftig diskutierte Frage ist: Welche ist die richtige Gewichtung zwischen Tageslicht und Außenraumbezug im Vergleich zu Wegelängen und Flächenverbrauch?

Links: Die Uniklinik Odense vom Konsortium Medic OUH mit 276.500 m² BGF (Baubeginn 2015). Die Anbindung zum Uni-Campus ist über eine „Wissensachse“ geplant.

Erweiterung der Herlev-Klinik von Henning Larsen mit ringförmigen Bettenhäusern

Abbildungen: Henning Larsen, links: Konsortium Medic OUH





Hvidovre Hospital
Kettegard Allé 30, Hvidovre,
Kopenhagen

Wettbewerb
1962, 46 Teilnehmer,
geplant mit 1000 Betten für
ca. 600.000 Einwohner,
heute 657 Betten

Architekten
Krohn + Hartvig, Rasmussen,
Kopenhagen

Funktion
Allgemeines Krankenhaus
mit 17 klinischen Abteilungen
und 16 Operationssälen,
BGF: 168.500 m²

**Die Hvidovre-Klinik liegt in
einem Wohngebiet südwestlich
von Kopenhagen**

Foto: Jørgen Weber

Ein großes Haus

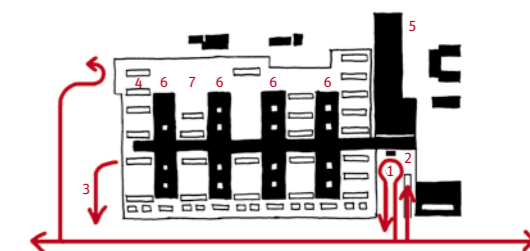
Wir befinden uns in Hvidovre, einem kleinteilig bebauten Vorort südwestlichen von Kopenhagen. Mittendrin liegt das kommunale Hvidovre Hospital, eine Ikone des skandinavischen Krankenhausbaus, 1962 aus einem Wettbewerb hervorgegangen. Es ist der erste Flachbau, der gegen das damalige Dogma vom Bettenhochhaus entstanden ist. Der Baukörper, 400 Meter lang und 200 Meter breit, ist kompakt und funktional, klar und verständlich in einfache geometrische Baukörper gegliedert: ein eingeschossiges Plateau mit eingeschnittenen Höfen im Erdgeschoss und aufgesetzten zweigeschossigen Bettenhäusern. Im Untergeschoss befinden sich die Tiefgarage und der automatische Warentransport, im Erdgeschoss alle Untersuchungs- und Behandlungsbereiche und darüber die Technik. Der Dachgarten, der größte in Dänemark, legt sich wie ein Landschaftsteppich über diese Struktur. Einziges vertikales Element ist der Schornstein des Heizwerks. Aufgebaut auf nur einem Grund-

raster über alle Geschosse, hat die Klinik den Veränderungen bis heute standgehalten. Torben Mogensen, Vizedirektor und seit den siebziger Jahren Arzt im Haus, ist begeistert von der weit-sichtigen Planung: „Durch die modulare Stahlbetonskelettkonstruktion und die flexiblen inneren Wände können wir ständig umbauen. Das hat uns über die Jahre gerettet.“ Die Qualität der verwendeten Materialien und der Möblierung ist so hoch, dass sich die Klinik nach fast vierzig Jahren nahezu im Originalzustand zeigt: Wo man auch ist hat man einen dänischen Designklassiker neben sich.

„Die Dänen waren uns in vielem voraus“, sagt Peter Maron (Architekten Maron.Rinne, Berlin) und meint damit den gesamt-konzeptionellen Vorbildcharakter, den dieses Gebäude auf deutsche Krankenhausplanungen ausübte, von Lichthöfen bis in die Tiefe, über die Flexibilität und Variabilität der Grundraster über alle Ebenen bis zu den in der Fassade liegenden Sanitärzellen (Seite 27). Deutlich sichtbar wird dies am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck und dem Humboldt-Klinikum in Berlin.



Haupteingang des Hvidovre Krankenhauses



- 1 Haupteingang
- 2 Einfahrt Tiefgarage
- 3 Ausfahrt Tiefgarage
- 4 Notfallaufnahme
- 5 Servicebereich
- 6 Pflege-Gebäuderiegel
- 7 EG mit Untersuchung/ Behandlung

▲ 1970

▼ 2020



**Universitätskrankenhaus
Aarhus**
Skejby, Aarhus

Wettbewerb
2007, 5 Teilnehmerteams,
geplant mit 700 Betten (inkl.
Altbau) für ca. 370.000 Ein-
wohner, Teil der Kranken-
hausplanung für 1,2 Mio. Ein-
wohner der Midtjyllandregion

Architekten
C.F. Møller mit Cubo Arkitekter
A/S, Aarhus, als Teil
der Radgivergruppen DNU

Funktion
Universitäts-, Regional- und
Grundversorgungsranken-
haus, unterteilt in 7 Fachklini-
ken mit 69 Operationssälen,
BGF: 373.000 m²,
davon Neubau 216.000 m²,
Umbau 157.000 m²

**Die geplante Krankenhaus-
stadt DNU bei Aarhus wird für
rund 850 Mio. Euro gebaut**

Abbildung: Radgivergruppen
DNU

Clinical families

Am Stadtrand von Aarhus, im Stadtteil Skejby, umgeben von Gewerbebauten, werden auf dem Gelände des bestehenden Krankenhauses alle klinischen Einrichtungen der Stadt zusammengefasst. Das Neue Universitätskrankenhaus DNU von den Architekten C.F. Møller in Zusammenarbeit mit Cubo Arkitekter A/S wird daher groß. Es könnte noch größer sein, wenn es nach dem Wettbewerb 2007 und nach langem politischen Tauziehen nicht doch noch eine Reduzierung des Kostenbudgets von 1,61 Mrd. auf 854 Mio. Euro gegeben hätte. Dessen ungeachtet ist die ursprüngliche Wettbewerbsidee weiter aktuell, ein Beweis für deren Flexibilität.

In Aarhus entsteht ein Krankenhausbau einer neuen Generation, das typisch für den Masterplan 2020 ist: Eine ausgedehnte Gebäudeanlage als „Gesundheitsstadt“, in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre zusammengefasst werden. Dafür wird ein Netzwerk aus verschiedenen Funktionen und Fachkliniken in-

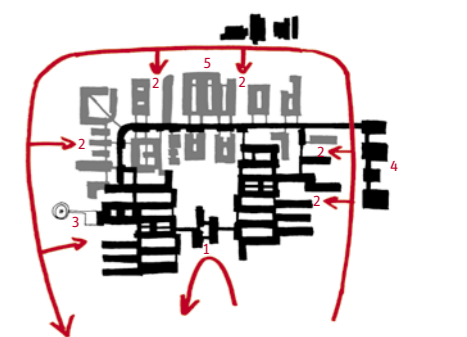
stalliert, das sich in sieben Einheiten mit eigenständigen Funktionen – den sogenannten Clinical Families – aufteilt. Die diesem Netzwerk zu Grunde liegende Struktur ist ebenfalls wie eine „Stadt“ geplant, mit Zentrum und Unterzentren, umfängen von einer Ringstraße. Städtisch wirkt auch die Höhenentwicklung: Eine Abfolge von außen niedrigen und im Zentrum hohen Gebäuden.

Die Basis bilden zweigeschossige ziegelverkleidete Sockelgebäude mit Funktionsbereichen für Untersuchung und Behandlung, auf denen als dritte Ebene ein Technikgeschoss liegt. Teilweise sind auf diese Sockelbauten viergeschossige weiße Bettenhäuser aufgesetzt. In der gesamten Souterrain-Ebene der Neubauten befinden sich die universitären Einrichtungen, die Geländemodulation ermöglicht deren Belichtung.

In Dänemark sind basisdemokratische Planungsabstimmungen üblich. Seine Erfahrungen für das DNU und Abstimmungen mit über 600 Nutzern bringt Tom Danielsen, Partner bei C.F. Møller, so auf den Punkt: „Don't make big user groups. Use representative democracy!“



Haupteingang neues Universitätskrankenhaus Aarhus



- 1 Haupteingang/Forum
- 2 Eingänge 7 Fachkliniken
- 3 Notfallaufnahme
- 4 Servicebereich
- 5 Bestand (grau)