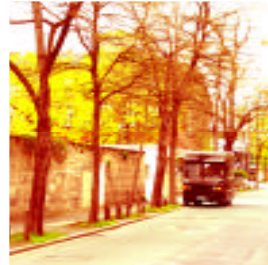


Oberste Baubehörde im Bayrischen
Staatsministerium des Innern, Universitätsbauamt Erlangen

Gender - Kriterien im Krankenhausbau

Schlussbericht



Universität Hannover

FB Architektur, Institut für Geschichte und Theorie,
Abt. Planungs- und Architektursoziologie

Prof. Dr. sc. techn. Barbara Zibell,
Dipl.-Ing. Anke Schröder, Dipl.-Ing. Kerstin Sailer



Gender-Kriterien im Krankenhausbau

Schlussbericht

Entwicklung und Überprüfung

am Beispiel der Planung für das neue Bettenhaus der Chirurgischen Klinik an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hannover, im Oktober 2004

Auftraggeber:

Oberste Baubehörde im Bayrischen Staatsministerium des Innern
Abt. Staatlicher Hochbau, Ministerialrat Werner-Rüdiger Hoffmann

Franz-Josef-Strauß-Ring 4, 80539 München

Universitätsbauamt Erlangen

Baudirektor Rudolf Heinle, stv. Baudirektor Karl-Heinz Sirtl

Bohlenplatz 18, 71054 Erlangen

Auftragnehmerin:

Universität Hannover, FB Architektur, Institut für Geschichte und Theorie, Abt. Planungs- und Architektursoziologie

Prof. Dr. sc. techn. Barbara Zibell

Herrenhäuser Str. 8, 30419 Hannover

| Inhaltsverzeichnis | Seite |
|--|--------------|
| 1 Auftrag und Aufgabenstellung | 5 |
| 2 Gender Mainstreaming und Krankenhausbau | 7 |
| 2.1 Im Mittelpunkt: das soziale Geschlecht | 8 |
| 2.2 Die Bedeutung der NutzerInnenperspektive | 8 |
| 3 Entwicklung Gender-Kriterien | 11 |
| 3.1 Grundlagen und Vorarbeiten: Kriterien im Wohnungs- und Städtebau | 12 |
| 3.2 Operationalisierung der Kriterien für den Krankenhausbau | 12 |
| 3.3 Kriterienkatalog | 19 |
| 4 Anwendung der Kriterien auf die Bauaufgabe 'Bettenhaus' | 25 |
| 4.1 Bauaufgabe | 26 |
| 4.2 Innere Organisation | 29 |
| 4.3 Baukörper | 37 |
| 4.4 Freiraumbezüge | 38 |
| 4.5 Umfeld und Standort | 41 |
| 4.6 Anmerkungen zum Prozess | 43 |
| 5 Zusammenfassende Bewertung und Handlungsempfehlungen | 45 |
| Literatur | 51 |

1 Auftrag und Aufgabenstellung

Die Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern (OBB) beabsichtigt, ihre Aufgaben - in Hochbau, Recht, Planung und Bautechnik, Wohnungswesen und Städtebauförderung, Straßen- und Brückenbau sowie Personalentwicklung - künftig im Sinne des Gender Mainstreaming (GM) zu bewältigen. Sie hat sich damit auf den Weg begeben, die mit dem Amsterdamer Vertrag 1998 europaweit beschlossene Strategie zur Reorganisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung von Entscheidungsprozessen mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte in allen Bereichen und auf allen Ebenen einzubringen (Europarat 1998; offizielle dtsh. Übersetzung), einzuführen und umzusetzen.

Von der Einführung und Umsetzung dieser Strategie sind sowohl materielle als auch prozessuale, instrumentelle wie personelle Aspekte betroffen. Mit der Einrichtung eines GM-Arbeitskreises bei der Obersten Baubehörde ist ein erster Schritt getan. Im weiteren geht es darum, Kriterien zu entwickeln, die die Beurteilung von Vorhaben und Maßnahmen im Sinne des GM, und zwar im Idealfall bereits im Vorfeld von Planungen, ermöglichen. Das vorliegende Gutachten wurde in Auftrag gegeben, um hier einen weiteren Schritt voranzukommen.

So hatte die Oberste Baubehörde Bayern im Frühjahr 2003 auf Empfehlung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung Kontakt zum Fachgebiet Architektursoziologie und Frauenforschung an der Universität Hannover, Prof. Dr. Barbara Zibell, aufgenommen, um einschlägige Materialien / Unterlagen über Beurteilungskriterien für die Einführung des Gender Mainstreaming im Hochbau zu erhalten. Da sich herausstellte, dass solche Kriterien - zumal differenziert nach den unterschiedlichen Typen und Funktionen von Hochbauten - bisher nicht vorlagen, suchte man zunächst nach einem geeigneten aktuellen Objekt / Projekt, um bezogen auf eine konkrete Bauaufgabe im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme erste Anhaltspunkte zu gewinnen.

Zur systematischen Entwicklung von Gender-Kriterien für Aufgaben der staatlichen Hochbauverwaltung hat die Oberste Baubehörde nun ein aktuelles Vorhaben im Krankenhausbau ausgewählt. Anhand der vorliegenden Planung für das neue Bettenhaus der Chirurgischen Klinik der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg sollen entsprechende Kriterien erstmals entwickelt und gleichzeitig zur Überprüfung des konkreten Bauvorhabens herangezogen werden. Zur Entwicklung und Überprüfung dient die vorliegende Haushaltsunterlage Bau -Planung-, der ein aus einem Wettbewerb hervorgegangener Entwurf (Arch. Tiemann-Petri, Stuttgart) zugrunde liegt.

Die Aufgabenstellung umfasst also die Entwicklung von Gender-Kriterien für den Krankenhausbau bzw. für die konkrete Bauaufgabe "Bettenhaus einer chirurgischen Klinik" und deren (nachträgliche) Anwendung auf die gegebene Planung.

Um das Verständnis der Bearbeitung auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen, fand zu Beginn der Laufzeit, am 19. April 2004, ein erster Workshop mit dem Auftraggeber und der planenden Architektin in Erlangen statt.

Gender Mainstreaming

Arbeitskreis bei der Obersten Baubehörde

Beurteilungskriterien

Vorhaben im Krankenhausbau

Entwicklung und Anwendung

Auftaktworkshop

**Präsentations-
workshop**

Im Rahmen eines weiteren Workshops mit der Krankenhaus- / Pflegedienstleitung wurden die Ergebnisse präsentiert; die Anregungen flossen in die abschließende Berichterstattung ein.

**Inhalt des
Gutachtens**

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Bearbeitung nach der Chronologie des gewählten Vorgehens zusammen. Dazu wird zunächst das Konzept des Gender Mainstreaming in seinen Grundzügen vorgestellt und nach dem Verständnis der Gutachterinnen sowie im Bezug auf dessen grundlegende Thematisierung im Krankenhausbau erläutert (Kap.2). Anschließend folgt die Entwicklung der Gender-Kriterien; hierzu werden einschlägige Vorarbeiten aus der fachbezogenen Frauenforschung - Kriterienkataloge aus Wohnungs- und Städtebau bzw. Stadtplanung - ausgewertet und für den Krankenhausbau bzw. die konkrete Bauaufgabe "Bettenhaus" operationalisiert (Kap.3). Danach wird der entwickelte Kriterienkatalog auf die konkrete Bauaufgabe angewendet (Kap.4). Den Abschluss bilden die zusammenfassende Bewertung der vorliegenden Planung aus Gender-Sicht sowie Empfehlungen für mögliche Anpassungen im Sinne des Gender Mainstreaming (Kap.5).

2 Gender Mainstreaming und Krankenhausbau

Gender Mainstreaming besteht in der Reorganisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung von Entscheidungsprozessen mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte in allen Bereichen und auf allen Ebenen einzubringen" - so lautet die offizielle deutsche Übersetzung der französischen Definition des Gender Mainstreaming (Europarat 1998).

In der wörtlichen Übersetzung heißt es im zweiten Satzteil, "... dass die an politischer Gestaltung beteiligten Akteure und Akteurinnen den Blickwinkel der Gleichheit zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen" sollen (Mückenberger / Tondorf 2000); hier wird die Bedeutung der AkteurInnen und damit das Gender Mainstreaming im Sinne einer Top-down-Strategie unterstrichen, die von den Führungspositionen aus zu initiieren und umzusetzen ist.

Gender Mainstreaming richtet sich also an alle an politischer Gestaltung handelnd beteiligten Personen in allen Bereichen und auf allen Ebenen; das sind:

- haupt- und nebenamtliche PolitikerInnen sowie an politischen Prozessen Beteiligte,
- alle mit politischen und gesellschaftlichen Fragen befassten Institutionen,
- Beschäftigte bzw. EntscheiderInnen im öffentlichen Dienst, d.h. auch in allen Ministerien und seinen nachgeordneten Behörden, in Bau- und Planungsverwaltungen auf jeder Stufe der staatlichen und kommunalen Verwaltung.

Das Bundesministerium für Familie, Sport, Frauen und Jugend BMFSFJ führt zum Verständnis des Konzeptes weiter aus: "Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Männern und Frauen von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen." (BMFSFJ 2003) Den AkteurInnen bzw. EntscheiderInnen obliegt demnach die Verantwortung, alle relevanten Belange und potentiellen Bedürfnisse jeweils in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen und im Rahmen eines Abwägungsprozesses gleichberechtigt und gleichwertig in die jeweiligen Planungen einzubringen.

Voraussetzungen für die Umsetzung des GM sind:

- gezielte Weiterbildung des Personals (Gender Training),
- geschlechterdifferenzierte Erhebung von Daten (Statistiken) und
- Festlegung von Entscheidungskriterien und Qualitätsstandards.

Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, erste materielle Grundlagen (Kriterien) zu liefern für die Umsetzung des Gender Mainstreaming im Krankenhausbau bzw. zur Beurteilung der konkreten Bauaufgabe "Bettenhaus einer Chirurgischen Klinik".

Definition Gender Mainstreaming

Top-down-Strategie

Verantwortung der Entscheider

materielle Voraussetzungen

Qualitätskriterien

2.1 Im Mittelpunkt: das soziale Geschlecht

Gender: eine Variable

Gender Mainstreaming ist ein Begriff, der nur schwer in die deutsche Sprache zu übersetzen ist. Das englische Wort *gender* ist nicht unbedingt gleichbedeutend mit dem deutschen Verständnis von Geschlecht. Es meint nämlich im Gegensatz zu *sex*, dem biologischen Geschlecht, vielmehr das sog. "soziale Geschlecht", die soziale Rolle, Geschlecht als kulturell geformte Kategorie, eine Konstruktion, die grundsätzlich variabel, veränderbar ist - je nach gesellschaftlichen, historischen, kulturellen Rahmenbedingungen. Im deutschen Sprachgebrauch fehlt ein entsprechender Begriff, weshalb auch hier der englische Terminus beibehalten worden ist.

Wenn nun *gender mainstreaming* betrieben werden soll, dann bedeutet das, dieses Verständnis von Geschlecht in seiner Bedeutung als sozial und kulturell geformte Kategorie in den *mainstream*, d.h. in den Hauptstrom, hineinzutragen, zu integrieren.

der Blick für das Andere

Voraussetzung für Gender Mainstreaming ist also die Bereitschaft, das, was bisher nicht im *mainstream* ist, das Andere, häufig unberücksichtigt Bleibende, als nachrangig Empfundene wahrzunehmen, und das erfordert eine entsprechende Offenheit, insbesondere der Akteure und Akteurinnen. Der meist unreflektierte androzentrierte Blick ist zugunsten eines frauenzentrierten Blickwinkels zurückzustellen, zu überdenken und zu relativieren.

Bedeutung Prozesskriterien

Damit rücken auch die Prozesse, die Planungs- und Entscheidungsverfahren mit ihren Beteiligungsregeln und Ausschlusskriterien, in den Vordergrund. Die Berücksichtigung von Kriterien, die auch das Andere ins Blickfeld rücken, ist durch entsprechende Qualitäten im Prozess (Prozesskriterien oder Umsetzungsregeln) zu ergänzen. Das vorliegende Gutachten wird am Rande auch einzelne Aussagen zu solchen Prozesskriterien treffen.

2.2 Gender Mainstreaming im Krankenhausbau: die Bedeutung der NutzerInnenperspektive

bauliche Gestaltung

Nie wirkt die bauliche Gestaltung des menschlichen Lebensraumes intensiver auf die Persönlichkeit des Nutzers und der Nutzerin als im Falle von Bauten, die der Gesundheit oder sozialen Zwecken dienen. Gleichgültig ob es sich um Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen, Altenwohn- und Pflegeheime, Jugendheime, Gefängnisse, behindertengerecht eingerichtete Bereiche, um Praxen oder Apotheken handelt.¹

unterschiedliche Bedürfnisse

Gender Mainstreaming bedeutet, den Blickwinkel der Gleichheit einzunehmen zwischen den unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern und damit auch zwischen verschiedenen sozialen Rollen. Dabei geht es um die Perspektive der NutzerInnen, die einer differenzierten Wahrnehmung bedarf. Frauen leben in aller Regel in anderen Alltagswelten und Beziehungszusammenhängen als Männer; ihre Netzwerke und sozialen Räume unterscheiden sich zum Teil stark voneinander. Damit sind auch die Bedürfnisse und Interessenlagen unterschiedlich. Diese Unterschiede gilt es grundsätzlich abzufragen und bei allen Planungen zu berücksichtigen, jedoch ohne vorhandene Strukturen zu zementieren, sondern immer wieder neu, mit einer Perspektive der Offenheit, der Veränderbarkeit, der erforderlichen

¹ AIT 11 - 2000, S.73

Flexibilität. Denn was heute Gültigkeit hat, kann morgen, in einer veränderten Gesellschaft, angesichts neuer ökonomischer oder demographischer Rahmenbedingungen, schnell überholt sein.

Im Krankenhausbau ist diese Unterscheidung insbesondere auch im Hinblick auf längerfristige Planungen grundlegend: Wenn nämlich der demographische Wandel dazu führt, dass die Bevölkerung insgesamt abnimmt und immer älter wird, dann bedeutet dies auch, dass es weniger Nachwuchs für Studium und Ausbildung, weniger Frauen und Männer in erwerbsfähigen Jahrgängen, d.h. im erlernten und ausgeübten Beruf, und immer mehr alte Frauen geben wird. Denn es ist eine demographische Tatsache, dass Frauen einerseits älter werden als Männer und dass sie - aufgrund der höheren Sterblichkeitsquote bei Männern - spätestens in den Jahrgängen ab 55 statistisch in der Mehrheit sind. Dies hat Auswirkungen auf das Raumprogramm bzw. auf die Anforderungen an Flexibilität und Variabilität der baulich-räumlichen Strukturen.

demographischer Wandel

Des Weiteren ist gerade im Krankenhausbau zu unterscheiden nach den verschiedenen NutzerInnengruppen - PatientInnen, BesucherInnen, Beschäftigte, Auszubildende etc. - mit ihren zum Teil stark divergierenden Bedürfnissen und Abhängigkeitsgraden.

NutzerInnen im Krankenhaus

Innerhalb der genannten Gruppen sind weitere Differenzierungen erforderlich, so z.B.:

- bei den PatientInnen nach LangzeitpatientInnen, ambulanter Pflege, frisch Operierten etc.,
- bei den Beschäftigten nach Pflegenden und Überwachenden wie ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal incl. Auszubildende sowie Tätigen im Sicherheits- und Reinigungsdienst, an der Pforte, in der Küche etc.,
- bei den BesucherInnen nach Alter, Familienzugehörigkeit, Behinderungen etc..

Das biologische Geschlecht ist bei allen diesen Gruppen als Querschnittsthema grundsätzlich zu berücksichtigen, sei es, weil in der einen oder anderen Gruppe überwiegend Männer (z.B. unter den ÄrztInnen) oder Frauen (z.B. beim Pflegepersonal oder unter den Auszubildenden) vertreten sind, sei es, weil die Anforderungen von Patienten und Patientinnen, von Besuchern und Besucherinnen sich möglicherweise unterscheiden.

Querschnittsthema: Männer und Frauen

Das Krankenhaus ist in der Komplexität auch seiner sozialen Strukturen eine kleine Stadt, deren Belange im Rahmen eines ersten Gutachtens kaum umfassend und abschließend gewürdigt werden können. Der vorliegende Bericht wird sich daher in weiten Teilen auf exemplarische Aussagen beschränken müssen.

das Krankenhaus als kleine Stadt

3 Entwicklung Gender-Kriterien

Die Beschäftigung mit Kriterien und Indikatoren ist ein Vorgehen, das seit der weltweiten Einführung des Leitbildes der nachhaltigen Entwicklung in alle Bereiche von Politik und Gesellschaft vorgedrungen ist. Auf Ebene der Vereinten Nationen, der EU und in Deutschland ist der Prozess der Krieriensuche im Gang; auch die verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen suchen Zugänge zu finden und die komplexe Zielvorstellung zu operationalisieren. Dass dies - insbesondere im Bereich Gesellschaft - etwas vom schwierigsten ist, braucht nicht besonders betont zu werden.

nachhaltige Entwicklung

So kommt auch der Schlussbericht der Enquête-Kommission "Globalisierung der Weltwirtschaft - Herausforderungen und Antworten" zu dem Schluss, dass "eine nachhaltig zukunftsverträgliche Wirtschaft und Gesellschaft ... sich nicht anhand exakter Kriterien abschließend definieren und im Sinne eines detaillierten Zielsystems steuern (lässt)". Grundlage aller Vorgehensweisen müsse vielmehr "zukunftsbezogenes Lernen, Suche nach entsprechenden Kriterien und der Wille zum Gestalten sein - ein Prozess also, der sich durch ein gewisses Maß an Offenheit und Unsicherheit auszeichnet." (Enquête-Kommission 2002)

Offenheit und Unsicherheit

Genderfragen gehören in den Bereich Gesellschaft und zur Zieldimension der sozialen Gerechtigkeit. So haben Frauen aller Disziplinen und Tätigkeitsfelder seit der Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking an der Idee und Entwicklung des Gender Mainstreaming gearbeitet; dabei stellte die Zweite UN-Weltkonferenz über menschliche Siedlungen HABITAT II 1996 in Istanbul einen ersten Meilenstein dar. Hier ging es um Themen wie "Angemessene Unterkunft für alle" und "Nachhaltige Entwicklung von menschlichen Siedlungen", d.h. um das Wohnen und die Wohnung, die weltweit den primären Arbeitsplatz der Frauen darstellt.

soziale Gerechtigkeit

Im Vorfeld dieser Konferenz und in der Folge haben sich auch die Planungsfachfrauen in Deutschland dieser Thematik angenommen. Aufbauend auf den Grundlagen der Frauenforschung, die seit den 80er Jahren in Architektur und räumlicher Planung entwickelt worden waren und in den 90er Jahren in eine Vielzahl kommunaler und ministerieller Kriterienkataloge eingeflossen sind, wurde nun versucht, Kriterien für eine frauengerechte und nachhaltige Stadtentwicklung zu finden (SRL 1998). Auch die Kommission des Deutschen Städtetages "Frauen in der Stadt" arbeitet seit einigen Jahren an einer Arbeitshilfe zum Thema "Indikatoren und Gender Mainstreaming" bzw. "Von der Schwierigkeit, Gender-Indikatoren zu bilden".

Planungsfachfrauen

Vor diesem Hintergrund ist es zum einen kein leichtes Unterfangen, dessen wir uns im Rahmen dieses Auftrags angenommen haben, gleichzeitig ist es eine Herausforderung, an diesem Prozess des Gender Mainstreaming bzw. an der Operationalisierung des Konzeptes mitzuwirken. Für die Entwicklung von Kriterien im Krankenhausbau gibt es keinerlei Vorarbeiten², so dass wir in unserem Vorgehen auf die vorhandenen Kriterienkataloge zurückgegriffen haben, die - entsprechend dem Hauptnutzerinnenfokus der Frauen - bisher

Operationalisierung

² Im Zuge der Bearbeitung erhielten wir Kenntnis von den Vorarbeiten einer Arbeitsgruppe Gender Mainstreaming im Land Oberösterreich, die anhand eines Verwaltungsneubaus einen ersten Kriterienkatalog mit Kontrollfragen entwickelt hat (AG GM, Linz 2002) welche in die Entwicklung des hier erarbeiteten Kataloges eingeflossen sind; ein Gender-Check mit praktischen Beispielen für die räumliche Planung liegt von einem Gender-Arbeitskreis in Kaiserslautern vor (AK KL 2002)

hauptsächlich im Wohnungs- und Städtebau und in der Stadtplanung vorzufinden sind und hier insbesondere die Gebrauchswertqualitäten bzw. die sog. "Alltagstauglichkeit" der gebauten Strukturen betreffen.

3.1 Grundlagen und Vorarbeiten: Kriterien im Wohnungs- und Städtebau

Kommunen und Ministerien in Deutschland

Als Grundlagen und Vorarbeiten für die Entwicklung von Gender-Kriterien in Architektur und Planung können insbesondere die Kriterienkataloge dienen, die in den 90er Jahren von zahlreichen Kommunen und einigen Ministerien in Deutschland herausgegeben worden sind. Im Rahmen eines Forschungsprojektes am Institut für Architektur- und Planungstheorie, jetzt: Institut für Geschichte und Theorie am Fachbereich Architektur der Universität Hannover, zur Frauengerechten Stadt- und Bauleitplanung (Arbeitstitel) wurden ca. 30 kommunale und 4 von Ministerien herausgegebene Kataloge zusammengetragen. In Bayern verfügen neben Erlangen zwei weitere Städte über einen solchen Katalog: Nürnberg und Augsburg. Die Landeshauptstadt München hat sich der Thematik auf andere Weise angenommen; hier haben Mitarbeiterinnen der Bau- und Planungsverwaltung einen Artikel zu Frauenbelangen in der verbindlichen Bauleitplanung verfasst (Wallraven-Lindl / Beller-Schmidt 1992), der bis heute als Quasi-Kriterienkatalog in der Bauleitplanung und im Rahmen anderer städtischer Planungen angewendet wird. (vgl. hierzu: Gröger / Zibell 2004)

Deutscher Städtetag

Die ca. 30 Kriterienkataloge waren neben den bisher erschienenen Arbeitshilfen des Deutschen Städtetages (DST 1994, 1995, 1998,) wegweisend für die folgende Auswertung und Entwicklung von Gender-Kriterien im Krankenhausbau, ebenso wie ein Kriterienkatalog des Magistrats der Stadt Wien, der einzigen nicht deutschen Stadt, der hinzugezogen wurde, weil er zum Thema Sicherheit differenzierte Kriterien in Form von Kontrollmechanismen aufführt, die so anderswo nicht zu finden sind.

Inhalte der Kataloge: materielle und prozessuale Kriterien

Die Inhalte der vorliegenden Kataloge unterscheiden sich; so beziehen sie sich einmal mehr auf den Wohnungsbau und dessen Anforderungen an Raumprogramm und Grundrissgestaltung, einmal mehr auf die Stadtplanung mit ihren Anforderungen an Wohnumfeldnutzung und -gestaltung. Vielfach werden auch Anforderungen an die Verkehrsplanung und nicht zuletzt an die Partizipation von Frauen - als Betroffene wie als Akteurinnen - formuliert. Grundsätzlich umfassen die Kataloge vor allem materielle Kriterien zwischen Wohn- und Wohnumfeldqualitäten, Nutzungsmischung und sozialer Infrastruktur, Freiraumgestaltung und Sicherheit im öffentlichen Raum, Themen, die in abgewandelter Form auch im Krankenhaus von Relevanz sind.

3.2 Operationalisierung der Kriterien für den Krankenhausbau

Übertragbarkeit: die Stadt der kurzen Wege

In einem ersten Schritt wurden die Kriterienkataloge der einzelnen Städte und Ministerien gesichtet und sortiert. Hierbei war der Fokus gerichtet auf die Übertragbarkeit aus Wohnungsbau / Städtebau und Stadtplanung auf den Krankenhausbau. Als Basis diente die Grundidee der Stadt der kurzen Wege, die als Leitbild bereits beim Entwurf des Bettenhauses berücksichtigt worden war.³

³ Die Architektin, Fr. Tiemann-Petri, hatte auf dem Workshop am 19. Mai 2004 in Erlangen

Auch hier hatte die Überzeugung zugrunde gelegen, dass ein gutes Krankenhaus ebenso wie eine Stadt dem Prinzip der kurzen Wege zu entsprechen habe. Anforderungen an Erschließung und Versorgung wie auch an ein effektives Zeitmanagement lassen sich somit aus Städtebau / Stadtplanung und Wohnungsbau auf den Krankenhausbau übertragen.

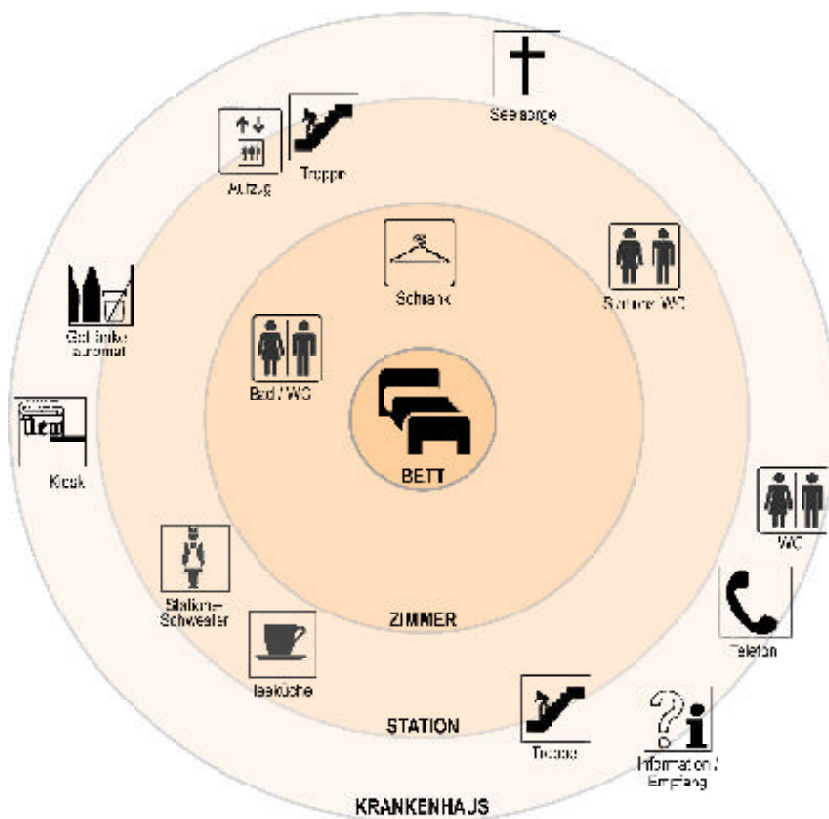


Abb1: Krankenhaus der kurzen Wege
(eig. Bearb. nach einer Grafik der Stadt Hagen 1996, entnommen aus Stadt Solingen, 1997)

Im zweiten Schritt wurden die am besten geeigneten repräsentativen Kataloge ausgewählt, die Übrigen wurden aufgrund von Redundanzen aussortiert.

Für die Operationalisierung wurden die Inhalte nach ihrem jeweiligen Grad an Öffentlichkeit in öffentliche – halböffentliche – halbprivate und private Bereiche unterteilt. So wurden

- dem privaten Bereich der Wohnung im Krankenhausbau das Bett bzw. das PatientInnenzimmer,
- dem halbprivaten Bereich des Wohngebäudes im Krankenhaus das Zimmer bzw. die Station.
- dem halböffentlichen Bereich des Wohnumfeldes im Krankenhausbau die Station bzw. das Bettenhaus und
- dem öffentlichen Bereich des Stadtquartiers im Krankenhausbau wiederum das Bettenhaus bzw. das Klinikum / Krankenhausgelände gleichgesetzt

Öffentlichkeit und Privatheit

auf diese Übertragungsmöglichkeit hingewiesen. Diese Grundidee ist im Krankenhausbau heute offenbar weit verbreitet, vgl. hierzu auch Krampe 2004.

A. Projektkriterien

Die folgende Tabelle zeigt den Transfer der Kriterien aus dem Wohnungs- und Städtebau auf den Krankenhausbau. Dabei wurden die berücksichtigten Kataloge in chronologischer Reihenfolge aufgeführt

Tab.1: Transfer Städtebau - Krankenhausbau

| | Originalkataloge | Transfer auf Krankenhausbau |
|----------------------------------|---|--|
| Deutscher Städtetag ⁴ | <p>Verkehr direkte Wegeverbindung</p> <p>ausreichende Wegbreiten gute Orientierungsmöglichkeit Zugänglichkeit über Rampen ausgeleuchtete Wegeführung eindeutige Markierung und Wegeführung einsehbare Aufzüge</p> <p>ÖPNV regelmäßige Verbindung auch zu verkehrsschwachen Zeiten</p> | <p>Verkehr / Mobilität direkte Wegebeziehungen zwischen Ziel- und Quellpunkten ausreichende Gangbreiten gut Orientierungsmöglichkeit Zugänglichkeit über Rampen ausgeleuchtete Wegeführung eindeutige Markierung und Wegeführung einsehbare Aufzüge</p> <p>ÖPNV regelmäßige Verbindung auch zu verkehrsschwachen Zeiten</p> |
| Wien ⁵ | <p>Kontrollmechanismen</p> <p>-Persönliche Kontrolle schnelle Orientierung Übersicht verschaffen</p> <p>-Informelle und soziale Kontrolle Sicht und Rufkontakt zu belebten Orten Mindestmaß an Verantwortung</p> <p>-Formelle Kontrolle Kontrollorgane wie U-Bahnüberwachung Polizei</p> <p>Orientierung übersichtliche Wegeführung Sichtverbindungen zu markanten Orientierungspunkten</p> <p>deutliche Kennzeichnung von Eingängen und Wegebeziehungen</p> | <p>Kontrollmechanismen</p> <p>-Persönliche Kontrolle schnelle Orientierungsmöglichkeit Übersicht verschaffen, z.B. durch Leitsysteme</p> <p>-Informelle und soziale Kontrolle Sicht und Rufkontakt zu belebten Orten Mindestmaß an Verantwortung</p> <p>-Formelle Kontrolle Überwachungspersonal Sicherheitsdienste</p> <p>Orientierung übersichtliche Wegeführung Sichtverbindungen zu krankenhaus-internen Zielpunkten (WC, Aufnahme, Stützpunkte etc.) deutliche Kennzeichnung von Eingängen und Wegebeziehungen</p> |
| Erlangen ⁶ | <p>Art und Ausstattung der Wohnungen</p> <p>Anordnung von Schaltern und Steckdosen flexibel gestalten natürliche Belichtung und Belüftung</p> | <p>Art und Ausstattung der Patient-Innenzimmer</p> <p>Anordnung von Schaltern und Steckdosen flexibel gestalten natürliche Belichtung und Belüftung ermöglichen</p> |

⁴ Deutscher Städtetag 1995

⁵ Stadt Wien 1995

⁶ Stadt Nürnberg 1996

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| | <p>Materialien</p> <p>glatter Bodenbelag, z.B. Linoleum, kein Nadelfilz, keine Fliesen im Küchen- und Wirtschaftsbereich</p> <p>Gebäudeform- und ausbildung</p> <p>jede Wohnung erhält im Treppenhaus einen abschließbaren Schrank</p> <p>Abstellmöglichkeiten für Kinderwagen und Fahrräder</p> <p>Rampen vorsehen, wenn Ausgleichsstufen vorhanden</p> <p>Klingelknöpfe und Gegensprechanlage für Kinder zugänglich anbringen</p> <p>Wohnumfeld</p> <p>Freiflächen zu Wohnblöcken zugeordnet</p> <p>Versiegelung so gering wie möglich halten</p> <p>Stellplätze und Tiefgaragen ausreichend beleuchten und mit hellen Wandanstrichen versehen</p> <p>verglaste Türen in Treppenhäusern</p> <p>übersichtliche Anordnung der Stellplätze</p> | <p>Materialien</p> <p>Rutschfeste und nicht blendende Fußbodenbeläge</p> <p>Form und Ausbildung Baukörper</p> <p>jedes Zimmer erhält abschließbaren/-s Schrank oder Fach</p> <p>Abstellmöglichkeiten für Kinderwagen und Fahrräder, Rollstühle u.a. Fahrzeuge</p> <p>Rampen vorsehen, wenn Ausgleichsstufen vorhanden</p> <p>Knöpfe, Schalter und Handläufe für kleine und blinde Menschen und RollstuhlfahrerInnen erreichbar anbringen</p> <p>Bettenhaus / Klinikum und Umfeld</p> <p>Freiflächen zu Klinikgebäuden zuordnen</p> <p>Versiegelung so gering wie möglich halten</p> <p>Stellplätze und Tiefgaragen ausreichend beleuchten und mit hellen Wandanstrichen versehen</p> <p>verglaste Türen in Treppenhäusern</p> <p>übersichtliche Anordnung der Stellplätze</p> |
| Frankfurt a.M.⁷ | <p>Sicherheit im öffentlichen Raum</p> <p>überschaubare Grundstücksflächen, Sicherheit durch die Gebäudestellung</p> <p>Grundstücksflächen sind so zu bebauen, dass durch die Ausbildung von Raumkanten keine Angsträume entstehen</p> <p>Stellung und Ausrichtung so wählen, dass die Nutzung soziale Kontrolle ermöglicht</p> | <p>Sicherheit im öffentlichen Raum</p> <p>überschaubare Grundstücksflächen, Sicherheit durch die Gebäudestellung</p> <p>Grundstücksflächen sind so zu bebauen, dass durch die Ausbildung von Raumkanten keine Angsträume entstehen</p> <p>Stellung und Ausrichtung so wählen, dass die Nutzung soziale Kontrolle ermöglicht</p> |
| Oldenburg⁸ | <p>Wohnung und Haus</p> <p>gleich große Räume</p> <p>großer Spielbereich für Kinder</p> <p>Rückzugsmöglichkeiten</p> <p>Bad ausreichend groß für Pflege und Wäsche</p> <p>Zugang zu Terrasse / Balkon oder Garten</p> <p>Hauseingänge einsehbar und gefahrlos</p> <p>Hauseingänge wettergeschützt</p> <p>Abstellmöglichkeiten im Hauseingang</p> | <p>Bett / Zimmer und Station</p> <p>gleich große Räume für gleiche bzw. gleichartige Nutzungen</p> <p>Spielbereich für Kinder</p> <p>Rückzugsmöglichkeiten für PatientInnen und Personal</p> <p>Bad ausreichend groß für Körperpflege</p> <p>Zugang zu Terrasse / Balkon / Außenanlagen</p> <p>Krankenhauseingänge einsehbar und gefahrlos</p> <p>Krankenhauseingänge wettergeschützt</p> <p>Abstellmöglichkeiten auf den Stationen</p> |

⁷ Frauenreferat der Stadt Frankfurt am Main 1996

⁸ Frauenbüro der Stadt Oldenburg 1996

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| | <p>freundlich, großzügig gestaltete Treppenhäuser</p> <p>Gemeinschaftsräume</p> <p>Wohnumfeld und Stadtteil</p> <p>Kontaktmöglichkeiten</p> <p>Anregung und Vielfalt für immobile BewohnerInnen</p> | <p>freundlich, großzügig gestaltete Treppenhäuser</p> <p>Gemeinschaftsräume</p> <p>Station / Bettenhaus und Klinikum</p> <p>Kontaktmöglichkeiten</p> <p>Anregung und Vielfalt für immobile PatientInnen</p> |
| Solingen⁹ | <p>Stadt der kurzen Wege</p> <p>kleinräumige Mischung von Wohnen, Versorgen, Arbeiten, Erholen</p> <p>Sicherung eigenständiger Mobilität</p> <p>Barrierefreiheit für öffentliche Einrichtungen und öffentliche Anlagen</p> <p>Sicherheit im öffentlichen Raum</p> <p>übersichtliche Gestaltung und gute Ausleuchtung</p> | <p>Krankenhaus der kurzen Wege</p> <p>kleinräumige Mischung von "Wohnen", Versorgen, Arbeiten, Erholen, Gesunden / Genesen</p> <p>Sicherung eigenständiger Mobilität</p> <p>Barrierefreiheit und rollstuhlgängigkeit für alle öffentlich zugänglichen Bereiche</p> <p>Sicherheit im Krankenhausumfeld</p> <p>übersichtliche Gestaltung und gute Ausleuchtung</p> |
| Kiel¹⁰ | <p>Baumaterialien</p> <p>Einsatz schalldämmender Materialien und Konstruktionen</p> | <p>Baumaterialien</p> <p>Einsatz schalldämmender Materialien und Konstruktionen</p> |
| Osnabrück¹¹ | <p>Soziale Infrastruktur / Bedarfsentwicklung</p> <p>Tagesversorgung von Kindern (Krippe, KiLa, Hort, Tagespflege)</p> <p>Kleinkinder- und Kinderspielplätze</p> <p>Gastronomie</p> <p>Konfessionelle Einrichtungen</p> | <p>Soziale Infrastruktur / Bedarfsentwicklung</p> <p>Tagesversorgung von Kindern (Tagespflege)</p> <p>Spielmöglichkeiten für Kinder</p> <p>Gastronomie</p> <p>Konfessionelle Einrichtungen</p> <p>Berücksichtigung der unterschiedlichen räumlichen Ansprüche verschiedener Religionen</p> |
| Aachen¹² | <p>Bedürfnislagen und Aufenthaltsqualitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personenbezogene individuelle Kriterien <p>Tatendrang, Kreativität, individuelle ungestörte Beschäftigung</p> <p>gemeinschaftliche Tätigkeiten, Geselligkeit, Gastfreundschaft, Kommunikation</p> <p>Ruhe, Erholung, Muße</p> <p>Medienkonsum (Musik hören, Fernsehen)</p> <p>Sexualität und Nähe</p> | <p>Bedürfnislagen und Aufenthaltsqualitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personenbezogene individuelle Kriterien <p>Tatendrang, Kreativität, individuelle ungestörte Beschäftigung</p> <p>gemeinschaftliche Tätigkeiten, Geselligkeit, Besuch, Kommunikation</p> <p>Ruhe, Erholung, Muße</p> <p>Medienkonsum (Musik hören, Fernsehen)</p> <p>maximale Intimsphäre ermöglichen</p> |

⁹ Gleichstellungsstelle der Stadt Solingen in Zusammenarbeit mit dem Stadtplanungsamt und dem Amt für Stadtentwicklung und Wirtschaftsförderung 1997

¹⁰ Landeshauptstadt Kiel, Die Frauenbeauftragte / Referat für Frauen o.J.

¹¹ Frauenbeauftragte der Stadt Osnabrück o.J.

¹² Frauenbüro Stadt Aachen 2000

| | | |
|-------------------|---|---|
| | <p>Entspannung, Schlaf Geborgenheit, Behaglichkeit Körperpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haushaltsspezifische Bedürfnislagen <p>Personen-, Alters- und Haushaltskombinationen Flexibilität in der Haushaltsgröße Schaltbarkeit der Wohnungen gleiche Interessengemeinschaften</p> <p>störungsfreies Miteinander</p> | <p>Entspannung, Schlaf Geborgenheit, Behaglichkeit Körperpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufenthaltsspezifische Bedürfnislagen <p>Personen- und Alterskombinationen bei der Belegung berücksichtigen Flexibilität in der Umlegung von PatientInnen Schaltbarkeit der Zimmer Berücksichtigung gleicher Interessengemeinschaften</p> <p>störungsfreies Miteinander</p> |
| Ulm ¹³ | <p>Siedlungsstruktur (Stadtteil/ Quartier) Verringerung der Mobilitätswänge</p> <p>wohnungnahe Bereitstellung von bedarfsgerechter Versorgungs- und Infrastruktureinrichtungen sowie von Erholungsflächen</p> <p>Siedlungsentwicklung und Siedlungsplanung kurze Entfernung zwischen Wohnungen, Erwerbsarbeitsplätzen und Einrichtungen der Kinderbetreuung bzw. Schulen Erhöhung der Sicherheit vor Gewalt durch soziale Kontrolle und weitere Maßnahmen fließender Übergang von privaten zu halböffentlichen und öffentlichen Bereichen</p> <p>Schwerpunkt der Gestaltung auf den halböffentlichen Raum</p> <p>Stadtquartier Begegnungs- und Kommunikationsmöglichkeiten Schaffung von Grün- und Freiflächen</p> <p>Öffentlicher Raum ausreichende Festlegung von Grün- und Freiflächen, die alters-, geschlechtsspezifisch und multikulturell vielfältig nutzbar sind Erreichbarkeit für weniger mobile Menschen</p> <p>Wohnumfeld Förderung von Begegnung, Kommunikation und Vertrautheit kleine überdachte Bereiche in Wohnungsnähe Einsehbarkeit von Eingängen</p> | <p>Räumliche Struktur des Klinikums / Krankenhausumfeld Verringerung der Mobilitätswänge; kurze Wege zw Versorgung und Unterbringung bettenhausnahe Bereitstellung von bedarfsgerechter Versorgungs- und Infrastruktureinrichtungen sowie von Erholungsflächen</p> <p>Klinikum: Entwicklung und Planung kurze Entfernungen zwischen PatientInnenzimmern, PflegerInnen- bzw. Arztzimmern und sozialen Einrichtungen soziale Kontrolle durch bauliche Maßnahmen klare Abgrenzung von privaten / halbprivaten / halböffentlichen und öffentlichen Bereichen sorgfältige Gestaltung der halböffentlichen Räume (Station / Bettenhaus)</p> <p>Klinikum Begegnungs- und Kommunikationsmöglichkeiten Schaffung von Grün- und Freiflächen</p> <p>Öffentlicher Raum ausreichende Festlegung von Grün- und Freiflächen, die alters-, geschlechtsspezifisch und multikulturell vielfältig nutzbar sind Erreichbarkeit für weniger mobile Menschen</p> <p>Bettenhaus / Klinikum Förderung von Begegnung, Kommunikation und Vertrautheit überdachte Bereiche in Zimmer- / Stationsnähe Einsehbarkeit der Eingänge von Pfortnerloge / Stützpunkten aus</p> |

¹³ AG Sozialverträgliche Planung der Stadt Ulm 2000

| | | |
|----------------------------|---|---|
| | <p>Wohnung / Haus überschaubare Dimensionierung der Gebäude</p> <p>Zeichensprache und Symbolik auffällige Beschilderung für Kinder, gut sichtbar, einfach, verständlich und bunt anbringen</p> <p>Auswahl von Symbolen und Piktogrammen, die Identifikationsmöglichkeiten für Kinder, Frauen, ältere und behinderte Menschen und alternative Identifikationsangebote für beide Geschlechter ermöglichen</p> | <p>Zimmer / Station / Bettenhaus überschaubare Dimensionierung des Bettenhauses</p> <p>Zeichensprache und Symbolik auffällige Beschilderung für alle, gut sichtbar, einfach und verständlich</p> <p>Auswahl von Symbolen und Piktogrammen, die Identifikationsmöglichkeiten für Kinder, Frauen, ältere und behinderte Menschen und alternative Identifikationsangebote für beide Geschlechter ermöglichen</p> |
| Bremen¹⁴ | <p>Texte und Schriften grundsätzlich in geschlechtsneutraler Sprache verfassen</p> | <p>Texte / Schriften und Sprache Texte und Schriften grundsätzlich in geschlechtsneutraler Sprache verfassen</p> |

Das System 'Krankenhaus' ist stets in Bewegung; so nimmt bspw. die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der PatientInnen stetig ab, der Stand der medizinischen Entwicklung ständig zu. Das bedeutet, dass bei der durchschnittlichen Lebensdauer eines Gebäudes von ca. 100 Jahren (Wohnungsbau) damit zu rechnen ist, dass sich Ansprüche an die baulich-räumlichen Strukturen ändern werden. Bei der Entwicklung von Gebäuden und deren Raumkonzepten sollte an Flexibilität und Variabilität, also z.B. eine spätere Veränderung der Grundrissstruktur, schon während des Planungsprozesses gedacht werden. Dabei ist gleichzeitig zu berücksichtigen, dass ein Gebäude in der alltäglichen Benutzung auf zeitliche Spitzen und auf Ruhephasen vorbereitet sein muss. Die Konzeption muss also ebenso der größtmöglich vorstellbaren Frequentierung als auch der guten Nutzbarkeit in ruhigen Phasen dienen.¹⁵

B. Prozesskriterien

Neben den bis hierher berücksichtigten Projektkriterien, die sich unmittelbar auf die Materialisierung der Bauaufgabe beziehen, enthalten die vorliegenden Kataloge aus Städte-/Wohnungsbau und Stadtplanung auch Kriterien für einen ausgewogenen Planungs- und Entscheidungsprozess. Diese werden im Folgenden überblicksartig zusammengefasst, jedoch im Rahmen dieses Auftrags- Beurteilung der Planung für ein neues Bettenhaus- nicht weiter berücksichtigt.

Für die Qualifizierung künftiger Planungs- und Entscheidungsprozesse wäre beispielsweise zu klären, ob der gleiche Anteil an Frauen wie Männern beteiligt ist, auch bei der Zusammenarbeit mit Externen sowie bei Wettbewerben und bei der Vergabe von Aufträgen. Nur bei einer gleichberechtigten Beteiligung von Männern und Frauen auf allen Ebenen und in allen Phasen der Planung wird dem Prinzip des Gender Mainstreaming Rechnung getragen.

¹⁴ Amtsblatt der Freien und Hansestadt Bremen 1995

¹⁵ Gleichstellungsstellen im Kreis Gütersloh 1996

Geschlechterspezifische Belange sind bereits im frühen Planungsprozess zu berücksichtigen. Bei der Erfassung personenbezogener Daten ist z.B. auf eine geschlechterdifferenzierte Erhebung zu achten, damit aktuellen und zukünftigen Planungen geschlechtsspezifische Unterschiede in den Bedürfnislagen fortlaufend zugrunde gelegt werden können.¹⁶ Im Hinblick auf den hier fokussierten Krankenhausbau könnte untersucht werden, wie viele Frauen und wie viele Männer im Krankenhaus "wohnen" und arbeiten, ob es geschlechtsspezifische Anforderungen bei der Genesung von PatientInnen gibt und ob daher ggf. unterschiedliche Therapien erforderlich sind.¹⁷

**geschlechterdifferenzierte
Daten**

Bezogen auf den Partizipationsprozess wird als Forderung aus Sicht einer geschlechtergerechten Planung die Einbeziehung von Gender-Fachleuten einerseits und von betroffenen Frauen wie Männern andererseits erhoben. Die Beteiligung hat sowohl bei der Vorbereitung und Planung als auch bei der Evaluierung von Projekten zu erfolgen.

Gender-Fachleute

Um Gender-Aspekte im alltäglichen Ablauf des Krankenhausbetriebes und bei der weiteren Krankenhausplanung und -entwicklung zu integrieren, ist es weiterhin notwendig, Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte und MitarbeiterInnen zur Sensibilisierung für Gender-Belange durchzuführen.

Gender-Trainings

3.3 Kriterienkatalog

Der nachfolgende Kriterienkatalog befasst sich ausschließlich mit den materiellen, den sog. "projektbezogenen Kriterien". Zu einer erfolgreichen Umsetzung des Gender Mainstreaming gehört jedoch ebenso die Berücksichtigung von Kriterien für einen ausgewogenen Prozess im Vorfeld der Planung und bei der weiteren Entwicklung ("prozessbezogene Kriterien"). Die Prozesskriterien wurden im Zuge der Operationalisierung der vorhandenen Kriterienkataloge für eine frauengerechten Wohnungs- und Städtebau bzw. Stadtplanung erfasst (vgl. Kap. 3.2), um für künftige Planungen Anhaltspunkte zu liefern, jedoch im Bezug auf den vorliegenden Auftrag, die Planung für das neue Bettenhaus zu beurteilen, nicht weiter berücksichtigt.

Projektkriterien

Nach der Operationalisierung der Kriterienkataloge ging es im nächsten Schritt darum, einen handhabbaren Kriterienkatalog für den Krankenhausbau bzw. die zu beurteilende Bauaufgabe: Bettenhaus zu erstellen. Die unterschiedlichen Sichtweisen der NutzerInnen (im Folgenden zusammengefasst zu Patient/in: Pat, Personal: Pers, und Besucher/in: Bes) stehen im Mittelpunkt einer gendersensitiven Betrachtungsweise, denen sich die funktionalen Bedingungen unterzuordnen haben und aus denen sich das baulich-räumliche Anforderungsprofil ergibt, das wiederum zur Befriedigung der sozialen Bedürfnisse beiträgt.

**Struktur des
Kriterienkatalogs**

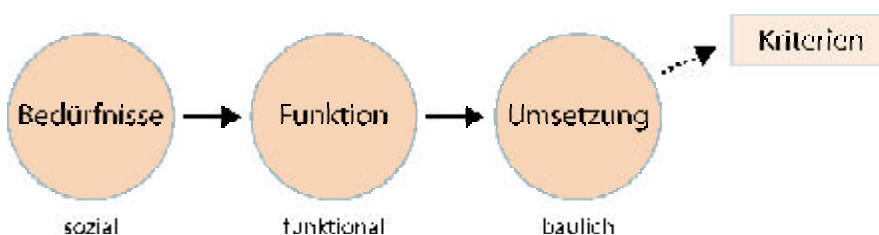


Abb.2: von der Bedürfnislage zur Umsetzung

¹⁶ Freie und Hansestadt Hamburg - Fachkreis Frauenperspektiven Stadtentwicklung 1993

¹⁷ Stadt Dortmund, Stadtplanungsamt, Abt. Stadterneuerung 2003

soziales Bedürfnis als Ausgangspunkt

Dieses schrittweise Vorgehen - vom sozialen Bedürfnis über die funktionalen Aspekte bis hin zu den baulich-räumlichen Anforderungen, die in einem guten Krankenhausbau erfüllt sein sollten sind im Folgenden aufgeführt. Die konkrete Anwendung erfolgt im Kap.4.

Abb.3: Grundstruktur des Kriterienkatalogs

| | | | |
|---------------|-------------------|-------------------------|----------------------------|
| sozial | funktional | baulich-räumlich | ggf. Kontrollfragen |
|---------------|-------------------|-------------------------|----------------------------|

3.3.1 Bauaufgabe

Bauaufgaben im Krankenhausbau zeichnen sich durch drei grundlegende Kriterien aus: Das Gebäude muss den Anforderungen der unterschiedlichen →[NutzerInnengruppen](#) mit ihren vielfältigen Differenzierungen - zwischen PatientInnen, Beschäftigten und BesucherInnen - gerecht werden, es muss in seinen funktionalen Zuordnungen klar, eindeutig und übersichtlich Hinblick auf künftige Nutzungen (Umnutzung, An- und Umbauten) ein maximales Maß an Flexibilität aufweisen. Diese drei Kriterien sind als Querschnittsaspekte im Krankenhausbau grundlegend zu berücksichtigen, d.h. sie spielen in alle anderen Kriterien hinein und beeinflussen diese ggf. zusätzlich.

Am Anfang jeder Beurteilung - ob nach Gender-Kriterien oder anderen Qualifikationsmerkmalen - steht jedoch das Verständnis der Bauaufgabe bzw. die Berücksichtigung der besonderen Merkmale des jeweiligen →[Gebäudetyps](#) im Krankenhausbau und seiner Anforderungen im Rahmen der Krankenhausgesamtplanung.

Diese Kriterien werden im Kap. 4.1 einleitend auf die hier in Frage stehende Bauaufgabe - Planung Bettenhaus Chirurgie - beurteilt.

In den folgenden Abschnitten 3.3.2 bis 3.3.5 werden die Kriterien für die weiteren Aspekte - innere Organisation, Baukörper, Innen-Außen-Beziehungen sowie Umfeld / Standort - nach der beschriebenen Methode vom sozialen Bedürfnis über die auszuübende Funktion bis hin zu den baulich-räumlichen Anforderungen aufgeführt und anhand von Kontrollfragen im Einzelfall verdeutlicht.

3.3.2 Innere Organisation

Rückzug / Gemeinschaft

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|--|---|--|--|
| Unterschiedliche und wechselnde Bedürfnislagen Pat, Pers | Flexibilität in der Nutzung | Schaltbarkeit der Zimmer, gleich große Zimmer für gleichartige Nutzungen | Sind einzelne Räume nach Bedarf veränderbar? PatientInnenzimmer wandelbar in Personalräume etc? |
| Störungsfreies Miteinander Pat, Pers, Bes | Immissions- und Emissionsschutz | Schalldämmung , Lärmschutz , RaucherInnenzonen | |

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|---|--|--|---|
| Intimität, Rückzug Pat, Pers | Abschirmung | Sichtschutz im Privatbereich / Bett, abschließbare Aufbewahrungsmöglichkeit für persönliche Gegenstände | |
| Ruhe, Muße Pat, Pers | Trennung von Funktionsbereichen | Klare Abstufungen privat bis öffentlich, Rückzugsräume nach NutzerInnen getrennt | |
| Individuelle Beschäftigung Pat, Pers, Bes | Identifikation und Aneignung | Mobiliar (Tisch, Stuhl, etc.), Räume zur freien Verfügung, temporäre Aufenthaltsmöglichkeiten | |
| Soziale Nähe Pat., Pers, Bes | Kontaktpflege, Besuch | Raum und temporäres bzw. flexibles Mobiliar | |
| Glaube, Besinnung Pat, Pers, Bes | Nutzungstrennung | eigene Räume für verschiedene Religionen und Geschlechter | Ist an die ungehinderte Ausübung der Religion für alle gedacht? |
| Sicherheit Pat, Pers, Bes | Kontrollfunktionen: persönlich: sozial: formell: | Orientierungsmöglichkeiten und Übersichtlichkeit Sicht- und Rufkontakt, Einsehbarkeit, gute Beleuchtung Pfortner, Überwachungspersonal | |

Mobilität / Kommunikation

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|--|--|--|--|
| Räumliche Nähe Pat, Pers, Bes | schnelle, bequeme Erreichbarkeit / kurze Wege | Querbeziehungen , Zuordnung zusammenhängender Nutzungen, Dezentralität und Kleinteiligkeit | Sind einzelne Versorgungseinheiten mit minimalem körperlichen Einsatz zu erreichen? |
| Selbstbestimmung, (Fort-) Bewegung Pat, Pers | Erreichbarkeit, Zugänglichkeit | Barrierefreiheit / Rollstuhlgängigkeit Leitsystem | Gibt es Rampen, Aufzüge, schwellenlose Übergänge? wurde die Anordnung von Schaltern und besondere Orientierungshilfen für Blinde berücksichtigt? |
| Zurechtfinden Pat, Pers, Bes | Orientierung | Übersichtliche Grundriss- und Gebäudestruktur (horizontal und vertikal) Beschilderung, Leitsystem | Werden geschlechtsneutrale Formulierungen und Symbole verwendet? |

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|-----------------------------------|---------------------------|--|--|
| Kontakte Pat, Pers, Bes | Begegnung (Kommunikation) | Gemeinschaftsräume und Aufenthaltsbereiche | nach Geschlechtern und Religionen getrennt? |
| Transport Pat, Pers | Begegnung (Verkehr) | ausreichende Gangbreiten | Ist die Bewältigung zeitlicher Spitzen berücksichtigt? |

Versorgung: versorgen und versorgt werden

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|--|---|---|--|
| Pflege Pat, Pers | gesundheitlicher ServiceTherapie und Beratung | Anordnung des Bettes materielle Infrastruktur im Umfeld | Wieviele Betten und wie sind die Betten im Zimmer angeordnet? Gibt es ausreichend Räume für Therapiezwecke? |
| Information, Konsum Pat, Pers, Bes | Versorgung | Versorgungseinrichtungen, Kommunikationsräume | Sind Räume eingeplant für: Kiosk, Gastronomie, Teeküche, Bibliothek, Seelsorge, Fernsehraum u.a.? |
| Ablenkung Pat | Medienkonsum | bettnahe Anschlüsse | ist an bettnahe Stromversorgung gedacht? |
| Abstellen / Unterbringen / Wegschließen Pat, Pers, Bes | Aufbewahrung | Abstellflächen und Mobiliar (Fächer, Schränke) | Ist an Abstellflächen und Garderobe für Kinderfahrzeuge, Mäntel von BesucherInnen etc. gedacht? |
| Entlastung Pat, Pers, Bes | Tagesversorgung von Kindern Rooming In | ausreichend große Zimmer, flexibles Mobiliar Beschäftigungsangebote aller Art, Aufenthaltsräume, Telearbeitsplätze etc. | Gibt es Beschäftigungsmöglichkeiten für Rooming –in – betroffene Eltern sowie für Kinder älterer PatientInnen? |

3.3.3 Baukörper

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|---|-----------------------|---|---|
| Licht / Helligkeit Pat, Pers, Bes | Belichtung, Besonnung | Stellung und Ausrichtung des Baukörpers | Ausrichtung des Baukörpers auf dem Grundstück? |
| Menschliches Maß Pat, Pers, Bes | Überschaubarkeit | Dimensionierung / Proportionen | sind die Stationen nach Größe und Zuschnitt überschaubar? |

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|--|------------|--|--|
| Geborgenheit / Behaglichkeit Pers, Bes | Gestaltung | Beschaffenheit und Ausstattung: Oberflächen, Farben, Materialien Kasernierungscharakter vermeiden | Gibt es rutschfeste Beläge? Pflanzen im Gebäude? Gibt es Kunst am Bau oder auf den Stationen? Wenn ja, gleicher Anteil Künstlerinnen und Künstler? Sind Querungen der Flure möglich? |
| frische Luft Pat, Pers, Bes | Lüftung | Fensteröffnung ermöglichen | Ist natürliche Luftzufuhr in den Aufenthaltsräumen möglich? |

3.3.4 Innen-Außen-Beziehungen

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|---|-------------------------------|---|--|
| Auffinden der Zugänge Pat, Pers, Bes | Orientierung | Eingangsgestaltung, Beleuchtung, Leitsystem eindeutige Wegeführung | Sind die Zugänge von außen und innen leicht aufzufinden? |
| Wahlfreiheit des Zugangs Pat, Pers, Bes | Zugänglichkeit Kurze Wege | | Gibt es mehrere Ein- und Ausgänge? |
| Gestaltung der Zugänge Pat, Pers, Bes | | Schwelfreiheit, Zonierung, Überdachung, Abstellflächen | |
| Empfangen werden / Zurechtfinden Pat, Bes | Begrüßung und Verteilung | Empfangshalle Aufenthaltsmöglichkeiten; Zuordnung zu halböffentlichen Räumen des Krankenhauses | einladend nach außen, verteilend nach innen Großzügige Gestaltung / Gibt es Sitzgelegenheiten? |
| Aufenthalt im Freien, frische Luft Pat, Pers, Bes | Verfügbarkeit, Zugänglichkeit | Balkone, Innenhöfe, Außenraum, Türen, Wege, Leitsystem | nach unterschiedlichen Bedürfnissen der NutzerInnen getrennte Frei- und Aufenthaltsbereiche in unmittelbarer Nähe des Gebäudes |
| Blickkontakt vs. Sichtschutz Pat, Pers, Bes | Transparenz vs. Abschirmung | Fassadengestaltung, Jalousien, Rollläden | individuell steuerbare Systeme vorsehen |

3.3.5 Umfeld und Standort

Umfeld

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|--|--|--|----------------|
| Bewegung, frische Luft /Aufenthalt im Freien Pat, Pers, Bes | Nutzbarkeit des Außenraumes, Anregung, Aneignungsmöglichkeiten | Gebäudenaher Grün- und Freiflächen einladende Grünraumgestaltung | |
| Außenraumqualität (Ruhe, Bewegung, sitzen, spielen) Pat, Pers, Bes | Vielfalt der Gestaltung: vielfältige Nutzbarkeit | Unterschiedlich gestaltete Flächen, Bänke, Grün- und andere Oberflächen, Bäume | |
| Sicherheit Pat, Pers, Bes | Minimierung von Nutzungskonflikten | Einsehbarkeit und Übersichtlichkeit, Beleuchtung | |

Standort

| sozial | funktional | baulich- räumlich | Kontrollfragen |
|---|---|---|--|
| Auffinden des Gebäudes Pat, Bes | Orientierung | logische Wegeführung , Leitsystem von allen Richtungen aus | |
| Ankommen und Wegfahren Pat, Pers, Bes | - ÖV. - mIV | Anschluss an den ÖPNV, Wegeführung zum Klinikum Zufahrten, Zugänge Stellplätze für verschiedene Verkehrsmittel, Zugänge | Ist die Verbindung zum KH mit allen Verkehrsmitteln ausreichend möglich? Sind möglichst viele Stellplätze in Tiefgaragen untergebracht? Sind diese ausreichend beleuchtet? |
| Bringen und Holen Pat, Bes | Betreuung und Begleitung | Taxistand , Krankenwagenvorfahrt , Halteplätze, Kurzzeitparken | Wie ist die Anordnung zu den Eingängen und gibt es kurze Wege dorthin? |
| individuelle Besorgungen Pat, Pers, Bes | Erreichbarkeit, Nutzungsmischung / kurze Wege | zentrale Lage im Stadtgebiet | |

Der Katalog enthält eine mögliche Auswahl an nutzungsorientierten Kriterien im Krankenhausbau. Er ist anhand der konkreten Bauaufgabe "Bettenhaus Chirurgie" entstanden und erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Teile lassen sich jedoch mit Sicherheit auf andere Bereiche des Krankenhausbaus übertragen. Dennoch ist es unabdingbar, den Kriterienkatalog für eine nächste Bauaufgabe zu modifizieren. Als Basis für kommende Aufgaben im Krankenhausbau kann er jedoch in der vorliegenden Form als Grundlage dienen.

4 Anwendung der Kriterien auf die Bauaufgabe ‘Bettenhaus’

Im nächsten Schritt wird der in Kap.3 entwickelte Kriterienkatalog konkret auf die Bauaufgabe “Bettenhaus Chirurgie” angewendet. Die Gliederungspunkte des Katalogs werden aufgenommen. Dabei sind die jeweiligen Kriterien als Stichworte blau gekennzeichnet und mit einem Pfeil versehen, um sie im Katalog auffinden zu können.

Zur allgemeinen Versorgungsaufgabe eines Kranken- / Bettenhauses

Die ureigenste Aufgabe eines Krankenhauses ist die Versorgung der PatientInnen. Selbstverständlich wird in der Beurteilung des vorliegenden Entwurfes davon ausgegangen, dass unter den Aspekten der Sorge für und um den Menschen das Bestmögliche entwickelt wurde. Ebenfalls liefern die DIN-Normen 13080 Gliederung des Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen und DIN 5035 Beleuchtung in Krankenhäusern bestimmte Vorgaben, die hier unter Gender-Mainstreaming-Aspekten nicht in Frage gestellt werden. Vielmehr handelt es sich um eine ergänzende Beurteilung der bereits getroffenen Planungsentscheidungen.

Das Universitätsklinikum Erlangen, dessen neu zu bauendes Bettenhaus hier im Rahmen des Gender Mainstreaming begutachtet wird, hat sich selbst ein Leitbild gegeben, das als „Motivation, Orientierung und Richtschnur“ für die tägliche Arbeit im Krankenhaus dienen soll.¹⁸ Das Leitbild wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen am Universitätsklinikum im Sommer 1999 offen diskutiert und erarbeitet. Es orientiert sich an den allgemeinen ethischen Grundwerten der unantastbaren Würde des Menschen, der Gesundheit als hohem Gut, der Eigenverantwortlichkeit als Basis allen Handelns sowie der Wirtschaftlichkeit im Sinne eines verantwortungsvollen Einsatzes personeller und materieller Ressourcen.

**Leitbild
Universitätsklinikum**

Das Leitbild setzt sich aus zehn Handlungspostulaten zusammen. Für den Prozess des Gender Mainstreaming ist bemerkenswert, dass hier bereits viele Gender-Aspekte implizit Erwähnung finden. So soll beispielsweise der Heilungsprozess der PatientInnen unterstützt werden durch die Achtung der Persönlichkeit und der Bedürfnisse von PatientInnen und Angehörigen. Auch die Rücksichtnahme auf die Privatsphäre und die persönlichen Bedürfnisse der MitarbeiterInnen wird explizit benannt. Aus den Studierenden sollen Ärztinnen und Ärzte werden, die PatientInnen nicht nur in medizinisch-technischer Hinsicht, sondern in ihrer Ganzheit als Menschen betreuen können. Des Weiteren wird eine reibungslose Zusammenarbeit mit einweisenden Ärztinnen und Ärzten und den medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Vor- und Nachsorge angestrebt. Diese oder ähnliche Stichworte sind ebenfalls in dem von uns erarbeiteten Kriterienkatalog (vgl. Kap. 3.3) enthalten.

Handlungspostulate

Sowohl die Unterscheidung nach dem biologischen Geschlecht als auch der Hinweis auf unterschiedliche soziale Rollen (Gender) zeigen, dass hier bereits wichtige Schritte hinsichtlich eines Gender Mainstreaming gegangen wurden, auch wenn kein bewusstes, systematisches Gendern im Sinne einer entsprechenden permanenten Reflexion vorgenommen wurde. Die derzeitige Überarbeitung des Leitbildes im Sinne des Gender Mainstreaming zeigt, dass dieser Ansatz im Universitätsklinikum Erlangen auf einen

Gender-Aspekte

¹⁸ vgl. hier und im Folgenden: <http://www.klinikum.uni-erlangen.de/leitbild.htm>

fruchtbaren Boden zu fallen scheint. Dies ist die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementation von Gender-Kriterien, auch im Sinne eines erweiterten Qualitätsmanagements.

4.1 Bauaufgabe

Universitätsklinikum

Bei dem zu begutachtenden Krankenhausbau handelt es sich um den Entwurf für ein Gebäude des Klinikums der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg, der aus einem begrenzt offenen, einstufig kombinierten Realisierungs- und Ideenwettbewerb im Jahr 2001 hervorgegangen ist. Der Entwurf der Wettbewerbssiegerin Tiemann-Petri & Partner aus Stuttgart wurde inzwischen zur Haushaltsunterlage Bau weiter bearbeitet..

mehr als ein Krankenhaus

Da die Begutachtung für ein Universitätsklinikum erfolgt, sind nicht nur die üblichen Anforderungen an ein Krankenhaus zu berücksichtigen, also die Bedürfnisse der dort Beschäftigten (ÄrztInnen, Pflegepersonal, sonstiges Personal), der BesucherInnen und natürlich der PatientInnen, sondern da hier gelehrt und geforscht wird, fungieren PatientInnen, insbesondere solche mit seltenen Erkrankungen, auch als Lehr- und Anschauungsfälle für Studierende und WissenschaftlerInnen. Dies bringt eine besondere Situation für die PatientInnen mit sich, da das Erfordernis der Anschauung für die Lernenden nicht immer leicht mit den Bedürfnissen der Genesenden (nach Ruhe, Schutz der Intimsphäre etc.) in Einklang zu bringen ist. Dieser Herausforderung ist angemessen zu begegnen.

Funktion hier: Bettenhaus

Im vorliegenden Fall handelt es sich um den Neubau eines Bauwerks für die Chirurgische Klinik / Poliklinik der FAU. In der Chirurgie werden krankhafte Störungen und Veränderungen im menschlichen Organismus grundsätzlich operativ behandelt. Die Chirurgie in Erlangen umfasst das gesamte Spektrum chirurgischer Tätigkeiten, von der Allgemeinen, über die Bauch- und Thoraxtherapie bis hin zur Unfall- und Kinderchirurgie sowie Transfusionsmedizin. Die Klinik gewährleistet einen großen Anteil der Notfallversorgung für die Stadt Erlangen und die Region Mittelfranken sowie das angrenzende Oberfranken und spielt damit eine wichtige Rolle für einen größeren Einzugsbereich; zum Teil kommen PatientInnen auch aus ganz Deutschland und aus dem angrenzenden Ausland, um sich in Erlangen behandeln zu lassen.

Der zu beurteilende Neubau des Klinikums ist dem →Gebäude nach ein Bettenhaus; das bedeutet, dass es hier vor allem um die Unterbringung von PatientInnen mit den daraus folgenden Funktionen des Aufenthalts, der Pflege und des Besuchs geht. Die chirurgischen Eingriffe sowie pflegeintensive Behandlungen dagegen sind in einem anderen Gebäude untergebracht. Im übertragenen Sinne hat das Bettenhaus also eine temporäre Wohnfunktion zu erfüllen.

Das Bettenhaus soll 236 Betten für PatientInnen der Allgemeinen, Hand-, Unfall-, Herz- und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie flankierende Funktionen beherbergen.

Es ist Teil der Bauaufgabe, die Möglichkeit einer eindeutigen Zuordnung der PatientInnen nach dem jeweiligen Krankheitszustand und eine entsprechende →Gliederung des Gebäudes nach Funktionen zu gewährleisten, um einerseits Orientierung zu ermöglichen und andererseits eine effektive und bedarfsgerechte Pflege zu erleichtern.



Dies ist im vorliegenden Entwurf für das Bettenhaus dadurch gegeben, dass die einzelnen Pflegefunktionen wie Intermediate Care und Intensivpflege jeweils gruppiert angeordnet und von den normalen Zimmern getrennt in anderen Teilen der Stationen untergebracht sind. Zudem sind pflege- oder überwachungsintensive Funktionen in der Nähe der Personalräume und der Stützpunkte angeordnet, so dass sich eine einfache und nachvollziehbare Gebäudegliederung ergibt. Dieser Aspekt ist im Entwurf demnach gut gelöst.

Perspektivisch gesehen stellt das neue Gebäude eine erste Umbau- und Nutzungsphase dar, die durch Neubauten ergänzt und komplettiert werden soll, was bereits zum Zeitpunkt des Wettbewerbs bekannt war, hier nur strukturell berücksichtigt werden kann.

So sollen nach Fertigstellung des Bettenhauses in noch nicht absehbarer Zeit ein Anbau in Form einer repräsentativen Eingangshalle und Erweiterungs-bauten für die gesamte Chirurgische Abteilung ergänzt werden; die Halle wird nach den gegenwärtigen Vorstellungen an der Westseite direkt an das Bettenhaus angebaut. Die Struktur des gemäss vorliegendem Entwurf realisierten Bettenhauses wird allein dadurch entscheidend verändert werden, dass der Eingangsbereich von der Ost- auf die Westseite des Gebäudes und damit von der Straßenseite auf den inneren Bereich des Klinikgeländes wandert. Bei jeder Beurteilung ist daher immer auch die Nutzungs- und [→Lebensdauer des Gebäudes](#) zu berücksichtigen, gerade auch hinsichtlich sich potentiell ändernder Anforderungen in der Zukunft.

weitere Planungen

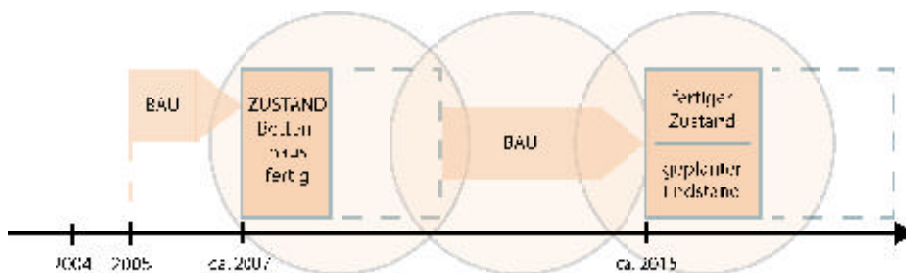


Abb 3: Zeitschiene (eigene Darstellung)

Aus Sicht des Gender Mainstreaming muss in diesem Zusammenhang weiter bedacht werden, dass ein reibungsloser Ablauf und die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse auf Dauer und unter wechselnden Bedingungen gewährleistet ist; dies betrifft sowohl die Situation in Übergangsphasen (z.B. Beeinträchtigung durch Baulärm etc.) wie auch das Erfordernis einer permanenten Anpassungsfähigkeit und Flexibilität des Gebäudes.

Bauphasen

Insbesondere während der Ausführungs- sowie Umbauphase ist hierauf besonderer Wert zu legen. Zum jetzigen Zeitpunkt können für das Bettenhaus jedoch keine detaillierteren Aussagen hinsichtlich dieses Kriteriums gemacht werden.

Für ein Gender Mainstreaming, also ein Planen und Handeln unter Berücksichtigung der sozialen Rollen, in denen Menschen innerhalb eines Krankenhauses agieren, müssen die in Kap. 2.2 spezifizierten [→NutzerInnengruppen](#) je nach Art der konkreten Bauaufgaben weiter ausdifferenziert werden.

NutzerInnengruppen:

funktionale Differenzierung

Für die Gruppe der **PatientInnen** ist u.a eine Unterscheidung nach Art und Verweildauer¹⁹ der Erkrankung relevant:

- ambulant zu versorgende PatientInnen (machen in der Chirurgie in Erlangen über 80% aus),
- stationär zu versorgende PatientInnen, unterteilt in: frisch Operierte, Intermediate Care, Tagespflege, Intensivpflege, LangzeitpatientInnen.

Hinsichtlich der Ansprüche und Anforderungen an ein Wohlfühlen ist darüber hinaus zu differenzieren zwischen:

- PatientInnen, deren Eingriff längerfristig geplant war, und
- PatientInnen, deren Eingriff unfallbedingt und spontan erfolgen musste.

Die **Beschäftigten** sind zu betrachten in ihren Rollen als:

- Ärzte und Ärztinnen (Chef-, Ober-, Stationsarzt /-ärztin, Arzt / Ärztin im Praktikum),
- Pflegepersonal (KrankenpflegerInnen, Nachtdienste, SanitäterInnen, Zivildienstleistende),
- Sonstiges Personal (Reinigungskräfte, Sicherheitsdienst, Pforte, ggf. Küche).

Lernende (SchülerInnen, Auszubildende und StudentInnen) und Forschende (wiss. MitarbeiterInnen) werden im Weiteren unter die Beschäftigten subsummiert, da die Beurteilung hier nicht in der umfassenden Breite erfolgen kann.

BesucherInnen treten auf als:

- enge Verwandte (Eltern, Ehepartner/in, Lebensgefährt/in, Kinder)
- FreundInnen,
- Bekannte (z.B. KollegInnen).

soziale Differenzierung

Quer zu den drei ausgeführten NutzerInnengruppen nach Funktionen ist des Weiteren auf individuelle Unterscheidungsmerkmale zu achten, wie Geschlecht (Mann oder Frau), Alter (Junge, Ältere, Hochbetagte), Mobilität (Einschränkungen der Seh- oder Hörfähigkeit, des Gehvermögens etc.), Herkunft (Deutsche, MigrantInnen etc.) oder auch Religionszugehörigkeiten (Christentum, Judentum, Islam).

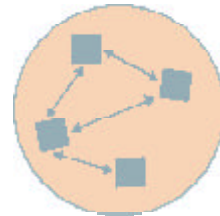
Die sich hieraus ergebende NutzerInnenmatrix kann als Basis dienen für die zukünftigen Begutachtungen und Anwendungen der Gender-Kriterien.

¹⁹ die durchschnittliche Verweildauer in der Chirurgischen Klinik beträgt je nach Abteilung zwischen 5,6 und 9,46 Tage (Jahresbericht des Universitätsklinikums Erlangen 2002, vgl. www.klinikum.uni-erlangen.de/jahresbericht/)

| | GESCHLECHT | ALTER | MOBILITÄT | HERKUNFT | RELIGION |
|------------------------------|------------|-------|-----------|----------|----------|
| BESCHÄFTIGTE | | | | | |
| Ärzt* & Ärztinnen | | | | | |
| sonstiges Personal | | | | | |
| StudentInnen | | | | | |
| Pflegepersonal | | | | | |
| Auszubildende | | | | | |
| wiss. MitarbeiterInnen | | | | | |
| PATIENT/INNEN | | | | | |
| ambulant | | | | | |
| stationär | | | | | |
| Eingriffspatient | | | | | |
| Eingriffspatient*erkranklich | | | | | |
| BESUCHER/INNEN | | | | | |
| enge Verwandte | | | | | |
| FreundInnen | | | | | |
| Bekannte | | | | | |

Abb 4: NutzerInnenmatrix (eigene Darstellung)

4.2 Innere Organisation



Rückzug / Gemeinschaft

Für Rückzug und Gemeinschaft sind die **→Anordnung der Betten** und die **→materielle Infrastruktur im Umfeld** von Bedeutung. Dabei ist zunächst der Frage nachzugehen, wie viele Betten im Zimmer auf welche Weise angeordnet sind.

Der Entwurf sieht prinzipiell 1-Bett-Zimmer incl. Nasszellen (24m² bis 25m²) und 2-Bett-Zimmer vor. Ruhe und Muße sowie Intimität und Rückzug sind in den 1-Bett-Zimmern am besten gewährleistet (PrivatpatientInnen).

Bis auf den Intermediate-Care-Bereich, in dem die PatientInnen einer besonderen Pflege bzw. Überwachung bedürfen, sind im EG insgesamt 18 Betten in vier 4-Bett-Zimmern und in zwei 1-Bett-Zimmern und auf den oberen Etagen je zwei 4-Bett-Zimmer (49,12 m²) vorgesehen.

Die 1- bzw. 2-Bett-Zimmer sind **→schaltbar** und können zu 4-Bett-Zimmern zusammengelegt bzw. getrennt werden, je nachdem, wie der Pflegebedarf jeweils ist.

Bei wechselnden Ansprüchen an die räumliche Situation kann es sinnvoll sein, eine **→Flexibilität** in der Nutzung vorzusehen. Das bedeutet, dass nicht nur PatientInnenzimmer zusammenlegbar bzw. trennbar sind, es kann auch von Nutzen sein, ein gewisses Maß an Nutzungsneutralität der Räumlichkeiten bzw. gleich große Zimmer für gleichartige Nutzungen vorzusehen, damit auf veränderten Bedarf reagiert werden kann. Sollte sich beispielsweise die Krankenhausaufenthaltsdauer weiterhin verringern, dann könnten PatientInnenzimmer wandelbar in Arzt- bzw. Sekretariatszimmer sein oder bei Verringerung des Ärzteschlüssels könnte es sinnvoll sein, Arztträume in Therapieräume umzunutzen.²⁰

²⁰ vgl. hierzu Die Schwester, Der Pfleger 2004: dabei geht es um die Umwandlung von Krankenzimmern in stationäre "Wohnzimmer" zur Unterstützung der Begleitung von schwer kranken Menschen und ihren Angehörigen.



Die Variabilität scheint aber nur unter gewissen Voraussetzungen sinnvoll. Zum einen muss im Sinne einer ausreichenden Orientierung die klare Gliederung des gesamten Gebäudes weiterhin erkennbar sein, zum anderen dürfen die Nutzungszusammenhänge für den alltäglichen Krankenhausbetrieb nicht gestört werden.

störungsfreies Miteinander

Um ein störungsfreies Miteinander sowohl unter den PatientInnen als auch unter den Beschäftigten zu gewährleisten, ist ein freundlicher und rücksichtsvoller Umgang Grundvoraussetzung.

Nach Aussagen der Obersten Baubehörde im Staatsministerium des Innern²¹ waren 1- bzw. 2-Bett-Zimmer seit Ende der 60er Jahre der bevorzugt gebaute Typus. Die Krankenkassen verlangten jedoch, 2-Bett-Zimmer nicht als Regelleistungen sondern als Wahlleistungen anzubieten, deshalb entschied man sich, teilweise aus 2 2-Bett-Zimmern ein 4-Bett-Zimmer zu machen.

Nach einer eigenen Untersuchung der obersten Baubehörde im Staatsministerium des Innern werden 3-Bett-Zimmer insbesondere von Frauen am besten angenommen. 3-Bett-Zimmer sind jedoch sowohl für die Belegung als auch für die Schaltbarkeit problematisch. In 2- und 4-Bett-Zimmern ist ein störungsfreies Miteinander der PatientInnen am ehesten gewährleistet.

Neben dieser baulich nicht planbaren Selbstverständlichkeit müssen →Schall- und Lärmschutz ausreichend dimensioniert sein, um möglichen Störungen weitestgehend vorzubeugen. Hier kann die Prüfung in der Ausführungsplanung erfolgen. Auch die Einrichtung von →RaucherInnenzonen kann zu einem störungsfreien Miteinander beitragen: diese sind bereits im Zuge der Planung an geeigneten Stellen so einzuplanen, dass NichtraucherInnen nicht belästigt werden. Vor allem sollten diese in separaten Räumlichkeiten mit entsprechender Lüftungsmöglichkeit vorgesehen sein.

Ruhe und Muße

Ein weiterer Aspekt für die →Innere Organisation ist die Berücksichtigung von →Rückzugsräumen und eine →klare Abstufung von privaten zu öffentlichen Bereichen. Diese sind für PatientInnen ebenso wichtig wie für Pflegepersonal bzw. Arzt und Ärztin. Es sollte getrennte Rückzugsbereiche für NutzerInnen geben, damit alle ausreichend Platz für Ruhe und Muße finden können. Die aus ärztlicher Sicht notwendige Überwachung muss dabei selbstverständlich jederzeit gewährleistet sein.

Intimität und Rückzug

Der →private Bereich der PatientInnen ist das Bett; dieses sollte durch einen →Sichtschutz (z.B. spanische Wand) zumindest zeitweise vom Nachbarbett abgetrennt werden können. Ebenfalls als privater Bereich ist der Nassbereich zu deuten, der zur körperlichen Pflege genug →Intimsphäre gewähren muss. Die Türen des Bades öffnen sich nach außen (Drehschiebtüren), so dass sie bei Gefahr von den PflegerInnen geöffnet werden können. Zur Wahrung der Intimsphäre sollte das Bad von innen abschließbar, aber von außen in Notfällen zu öffnen sein.

JedeR PatientIn benötigt →abschließbare Aufbewahrungsmöglichkeiten für persönliche Gegenstände. Diese sollten sich in unmittelbarer Erreichbarkeit des Bettes (privater Bereich) befinden. Eine solche Vorrichtung ist

²¹ Herr Hoffmann, Ministerialrat bei der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern, beim Auftaktworkshop am 19. April 2004 in Erlangen

möglicherweise in den im Plan eingetragenen Beistellschränken eingeplant; es kann aber auch ein abschließbarer Bereich für diesen Zweck im Versorgungsschrank am Eingang des Zimmers vorgesehen werden.

Der →Rückzugsraum der PflegerInnen ist vom PatientInnenbalkon einsehbar; die Privatsphäre ist hier nicht gewährleistet. Die Einsehbarkeit für das Personal zur Überwachung der PatientInnen ist in den meisten Bereichen aus Sicht der Pflege notwendig, die Einsehbarkeit der Rückzugsräume des Personals durch den/die PatientIn hingegen nicht gewünscht.

Der →halbprivate Bereich ist für die Patientin / den Patienten das Zimmer. Hier haben nur das Pflegepersonal bzw. die Ärzteschaft und der Besuch nach Ankündigung (Türklopfen) Zutritt.

Der →halböffentliche Bereich ist die Station. Hier gibt es eine Teeküche und einen Aufenthaltsbereich, wo sich PatientInnen untereinander oder auch mit Besuch treffen können. Der Bereich liegt gegenüber dem Stützpunkt und ist somit für das Pflegepersonal einsehbar und für die BesucherInnen leicht auffindbar.

Damit sich PatientInnen und BesucherInnen individuell beschäftigen bzw. einer konzentrierten Tätigkeit nachgehen können, müssen Zimmer/Station bzw. Arbeitsplatz →Identifikation und Aneignung ermöglichen. Hier sollten Teilbereiche zur freien Verfügung stehen.

Für PatientInnen kann es sich dabei unter Umständen nur um ein zusätzliches / flexibles Möbelstück (Tisch, Stuhl etc.) handeln. Im Entwurf des Bettenhauses ist das Mobiliar in PatientInnenzimmern exemplarisch dargestellt. (Tisch und zwei Stühle für je zwei PatientInnen). Auch in den Teeküchen und PatientInnenaufenthaltsräumen sind entsprechende Möbel vorzusehen. Ebenfalls sollten einzelne Räume für temporären Aufenthalt bereitgehalten werden.

Bei Verwaltungsangestellten, die einer Tätigkeit über einen längeren Zeitraum nachgehen, kann es sich dabei z.B. um einen eigenen Schreibtisch mit abschließbaren Schubladen handeln, um z.B. private Dinge unterzubringen oder um sich auch in den Pausen zurückzuziehen.

Die soziale Nähe ist für die einzelnen Gruppen in ihrer Intensität von unterschiedlicher Bedeutung. Sie bestehen in jeweils anderer Weise zwischen

- PatientIn – Ärztin / Arzt,
- PatientIn – BesucherIn,
- PatientIn – Pflegepersonal,
- BesucherIn – Ärztin/Arzt,
- Ärztin/Arzt – Pflegepersonal und
- Auszubildendem/r – Ärztin / Arzt.

Hierbei handelt es sich um ganz unterschiedliche Beziehungen, die verschiedene Nehen und Distanzen erfordern.



individuelle Beschäftigung

soziale Nähe

Für alle PatientInnen ist die soziale Nähe elementar. Hier besteht das größte Abhängigkeitsverhältnis z.B. zum Besuch oder zum Arzt / zur Ärztin. Für diese divergierenden Ansprüche sollte ein zusätzlicher →Raum und/oder →temporäres bzw. flexibles Mobiliar zur Verfügung stehen. Fest eingeplante Einrichtungen wie Seelsorge, Andachts- und Behandlungszimmer erfüllen diese Funktion zum Teil, andere Räume oder Teilbereiche sollten für unerwartete Ereignisse zur Verfügung stehen, z.B. bei Konfliktsituationen oder wichtigen Familienangelegenheiten.

Glaube und Besinnung



Um dem Bedürfnis nach Glaube und Besinnung gerecht zu werden, sollte für verschiedene →Religionen und →Geschlechter eine mögliche Nutzungstrennung vorgesehen werden. Hier ist beispielsweise daran zu denken, dass MuslimInnen nicht in Räumen beten, in denen Straßenschuhe getragen wurden oder werden, ebenso ist zu berücksichtigen, dass moslemische Frauen nicht mit Männern zusammen beten. Der Entwurf des Bettenhauses sieht momentan im EG nur einen Andachtsraum vor. Hier wäre zu klären, ob nur ein Raum im Sinne der freien Religionsausübung für alle Bedürfnisse ausreichend ist.

Sicherheit

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus erfordert ein besonders hohes Maß an Sicherheit. Hier ist zwischen dem →persönlichen, dem →sozialen und dem →formellen Sicherheitsbedürfnis zu unterscheiden.

persönliche Sicherheit

Zur persönlichen Sicherheit der PatientInnen, Beschäftigten und BesucherInnen gehören Orientierungsmöglichkeiten und Übersichtlichkeit des Gebäudes.



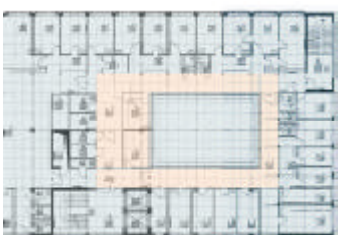
Das Gebäude ist eindeutig und klar erkennbar gegliedert. Es ist ein lang gestreckter Baukörper mit zwei gleichlangen Seitenflügeln, die in ihren Proportionen und Nutzungen spiegelgleich funktionieren. In jedem dieser Seitenflügel befindet sich pro Etage eine Station. Diese Gleichartigkeit erleichtert die →Orientierung und ermöglicht es jeder/m, das Gebäude bereits beim ersten Besuch zu verstehen.

Die Stützpunkte der einzelnen Stationen sind nach Verlassen des Aufzugs bzw. der Treppe unmittelbar zu sehen. Alle BesucherInnen können sich auf der Station leicht orientieren und den Stützpunkt aufsuchen, um nach Zimmerbelegungen zu fragen, oder sich direkt in den PatientInnenaufenthaltsbereich orientieren.

Auch die gleiche Anordnung der Funktionen und die Zuordnung der Nutzungen über die Etagen erleichtert die Orientierung. Die eindeutige Organisation und Ordnung des Gebäudes vermittelt Sicherheit, hier kann man sich nicht verlaufen.

soziale Sicherheit

Zur sozialen Sicherheit tragen der Sicht- und Rufkontakt, Einsehbarkeit sowie eine gute Belichtung bzw. Beleuchtung bei.



Die Stützpunkte ermöglichen direkten Sicht- und Rufkontakt in die meisten Bereiche der Station. Die PatientInnenzimmer am Ende der Gebäudeteile befinden sich jedoch weder in Rufnähe noch im Sichtkontakt zum Stützpunkt. Hier erfordert es eine Betreuung durch das Pflegepersonal bzw. Ärztin oder Arzt. Die Gebäudeflügel sind jeweils durch einen innenliegenden Lichthof durchbrochen. Diese bieten natürliche Belichtung der ansonsten lang anmutenden Flure. Hier dringt das Tageslicht bis in die hinteren Bereiche vor.

Im EG trägt die Anwesenheit einer PförtnerIn / eines Pförtners und / oder von Sicherheitspersonal zur formellen Sicherheit bei.

formelle Sicherheit

Auf den Etagen werden in den Nachtstunden die beiden Stationen von einem Stützpunkt aus überwacht. Zur Übersichtlichkeit und zum Sicherheitsgefühl muss dann die Beleuchtung beitragen. Wie die Überwachung während der ruhigen Nachtstunden gewährleistet werden kann, ist den Plänen nicht zu entnehmen; hier muss das Personal in Rufbereitschaft sein und kann unterstützt werden durch ein technisches Überwachungssystem.

Mobilität / Kommunikation

Um den reibungslosen Ablauf der Krankenhausorganisation zu erleichtern, ist die Zuordnung zusammenhängender Nutzungen und die Verbindung über →kurze Wege ausschlaggebend. Eine schnelle und →bequeme Erreichbarkeit ist für alle Beteiligten von Vorteil. Um kurze Wege zu ermöglichen, müssen →Querbeziehungen in der Gebäudeorganisation gewährleistet sein.

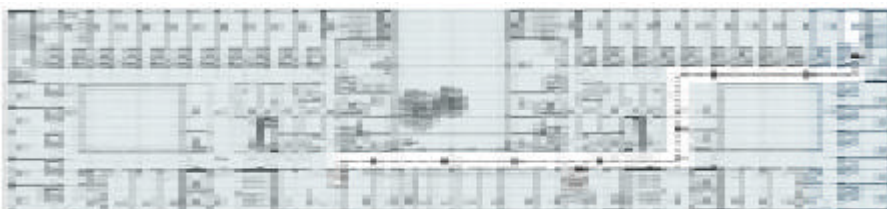
räumliche Nähe

Im Entwurf des Bettenhauses sind horizontale Querungen gegeben. Die vertikalen Verbindungen werden über zwei Haupttreppenhäuser mit insgesamt vier Aufzügen gewährleistet; sie können zusätzlich über Nottreppenhäuser erfolgen.



Auf den Etagen gibt es im Prinzip einen Rundgang um die beiden Lichthöfe herum. Auf jeder Station beträgt der längste Weg vom Stützpunkt in das entlegenste Zimmer ca. 40 m. Von diesem Zimmer legt einE potentielleR BesucherIn zum WC ca. 50 m zurück. Für gesunde →BesucherInnen stellt diese Entfernung kein Problem dar, handelt es sich aber um eine/n gehbehinderte/n Besucher/in, so muss diese/r zum einzigen rollstuhlgerechten WC insgesamt 80 m vom entferntesten Zimmer zurücklegen. Für PatientInnen entsteht nach Auskünften des Universitätsbauamtes hier kein Problem, da die Nasszellen in den PatientInnenzimmern patientenstuhlgerecht gestaltet sind.

Entfernung Zimmer - WC



Das →Pflegepersonal hat auf der Station eine überschaubare Einheit vor sich. Zu Nachtzeiten, wenn zwei Stationen zu einer Überwachungseinheit zusammengefasst werden, verlängern sich die Wege hingegen um mehr als das doppelte. Durch die Anordnung der PatientInnenzimmer hintereinander sind kurze Wege gegeben, die durch einen geringen körperlichen Einsatz zu bewältigen sind.

Beziehung Stützpunkt - Station

Entfernung Umkleideräume - Station

Die weitesten Entfernungen müssen die Beschäftigten des →[Reinigungs-personals](#) zurücklegen. Die Umkleideräume des Pflege- und Reinigungs-personals befinden sich in der U1-Ebene. Von dort können sie nach Arbeitsbeginn über das Haupttreppenhaus mit dem Fahrstuhl in die oberen Etagen fahren und dort ihre Arbeit verrichten. Das Pflegepersonal muss erst nach Arbeitsschluss wieder in die U1-Ebene. Das Reinigungspersonal hingegen hat seine Aufenthaltsräume ebenfalls in der U1-Ebene, was - insbesondere auch für kurze Pausen während der Arbeitszeit - weite Wege bedeutet. Vermutlich müssen die Beschäftigten im Reinigungsdienst ihre Putzwagen zur Pause mit in die U1-Ebene nehmen; in den oberen Etagen gibt es lediglich einen Abstellraum von 2,5 m², der zu klein dimensioniert sein dürfte, um einen Reinigungswagen abstellen zu können.



Die Unterbringung der Aufenthaltsräume des Putzpersonals in der U1-Ebene weist auf eine gewisse Hierarchie in der Personalstruktur des Krankenhauses hin, zeigt aber auch, dass die räumliche Nähe des Putzpersonals für den alltäglichen Pflegebetrieb auf den Stationen nicht unbedingt notwendig ist, möglicherweise auch störend sein könnte.

Die Werkstätten sind ebenfalls in der U1-Ebene untergebracht. Die Beschäftigten (→[Sonstiges Personal](#)) arbeiten vermutlich meist auf der gleichen Ebene.

Möblierung der Zimmer

Die Anordnung der Betten in den 2- und 4-Bett-Zimmern ist immer gleich. Die Abstände zwischen den Betten und den Wänden sind der nebenstehenden Skizze zu entnehmen.



Dieser Abstand ist nicht nach den Vorschriften der DIN 18025 nach →[Rollstuhlgerechtigkeit](#) (1,50 m) und →[Barrierefreiheit](#) (1,20 m) entwickelt worden. Im Krankenhausbau gelten Richtlinien, die auf patientenstuhlgerechte Anforderung ausgerichtet sind; pro Station ist hier nur ein rollstuhlgerechtes Zimmer gefordert²². Im vorliegenden Bettenhaus-Entwurf ist pro Etage ein 2-Bett tiefes Einbettzimmer für entsprechende PatientInnen vorgesehen, was in der Krankenhausplanung als Novum anzusehen ist.

Sollte sich zukünftig die Anzahl der Rollstuhlfahrenden oder gehbehinderten PatientInnen mit Rollator auf grund der Alterung der Bevölkerung erhöhen, wäre hier mit einer erhöhten Flexibilität bei der Belegung der Zwei-Bett-Zimmer zu reagieren.

Selbstbestimmung

Der Besuch im Krankenhaus ist bis vor die PatientInnenzimmer barrierefrei möglich. Von der Straße her gibt es schwellenlose Ein- und Übergänge. Nach der ersten Orientierung an der Pförtnerloge werden die BesucherInnen über eines der beiden Haupttreppenhäuser in die oberen Etagen verteilt. Hier müssen sie bei ihrem ersten Besuch das Zimmer des/der PatientIn am Stützpunkt erfragen; dieser ist leicht aufzufinden und in unmittelbarer Nähe des Aufzugs gelegen. Die Gangbreiten sind ausreichend bemessen. Alle können sich selbstständig fortbewegen und sind nicht auf fremde Hilfe angewiesen.

Aus dem vorhandenen Planmaterial ist jedoch nicht erkennbar, ob die Beschilderung und die Anordnung von Schaltern für RollstuhlfahrerInnen bzw. kleine Menschen erreichbar sind. Auch die Berücksichtigung von Blindenleitsystemen ist den Plänen nicht zu entnehmen.

²² Hinweis des Universitätsbauamtes beim Abschlussworkshop am 21. September 2004 in Erlangen

Bettlägerige PatientInnen werden aus den chirurgischen Abteilungen auf unterirdischen Gängen in das Bettenhaus gefahren. Hier sind Rampen vorhanden, um topografische Unebenheiten auszugleichen. Lediglich bei der Anbindung C ist keine direkte Verbindung zum Aufzug möglich; hier muss ein Umweg über den Flur in Kauf genommen werden.

Das Zurechtfinden und die →**Orientierung** innerhalb des Gebäudes ist durch die einfache Gebäudegliederung und →**Grundrisstruktur** horizontal wie vertikal gut möglich. Unterstützend dazu sollten →**Beschilderungen** und →**Leitsysteme** angebracht sein, damit das Auffinden von Räumlichkeiten ohne fremde Hilfe erfolgen kann. Hier sollte darauf geachtet werden, dass →**geschlechtsneutrale Symbole** und Beschriftungen verwendet werden.

Zurechtfinden

Zur Förderung der Kommunikation sind →**Begegnungsmöglichkeiten** notwendig. Hierfür müssen entsprechende Räumlichkeiten vorhanden sein. Sei es für PatientInnen untereinander oder in Zusammenhang mit deren Besuch oder für Teambesprechungen in der Belegschaft - für diese unterschiedlichen Kontaktbedürfnisse sollten ausreichend und der Nutzung entsprechende Besprechungs- oder →**Gemeinschaftsräume** vorgehalten werden. Zur unverbindlichen Kontaktaufnahme sind →**Aufenthaltsbereiche** an Stütz- und Begegnungspunkten vorzusehen.

Kontakte

Das Bettenhaus bietet hierzu verschiedene Möglichkeiten. Für die PatientInnen gibt es den PatientInnenaufenthalt (25,38 m²) und die Teeküche (10,44 m²) sowie den PatientInnenbalkon (30,59 m²), für das Pflegepersonal die Personalaufenthaltsräume (17,29 m²) auf jeder Station. Des Weiteren ist je ein Seminarraum pro Etage vorgesehen (27,85 m²). Die Teambesprechungen können sicherlich auch in den Arbeitszimmern der Ärzte stattfinden (ca.21 m²); in Konfliktsituationen bietet sich allerdings neutraler Boden an.



Für den Transport von liegenden PatientInnen sind für Betten im →**Gegenverkehr** ausreichend dimensionierte Flure notwendig. Hier ist von der Krankenhausleitung zu beurteilen, ob das Gebäude, insbesondere im Bezug auf die Größe der Stationen und die Bemessung der →**Gangbreiten**, für die Bewältigung zeitlicher Spitzen ausreichend gerüstet ist.

Transport

Versorgung = versorgen und versorgt werden

Die Versorgung der PatientInnen ist ein elementarer Bestandteil des Krankenhausaufenthaltes. Hier ist sowohl das Bedürfnis des Versorgtwerdens als auch die Pflicht der Versorgung zu berücksichtigen.

Pflege

Jedem Patienten und jeder Patientin ist die Pflege ein erstes und immanentes Bedürfnis. Damit das Krankenhaus schnellstmöglich wieder verlassen werden kann, sind die Einrichtungen von →**Therapie und Beratung** sowie der →**gesundheitliche Service** wichtig.

Die einzelnen Funktionsräume sind in dem vorliegenden Entwurf klar gegliedert. Die Größen variieren zwischen 17 m² (Skr. und Arzt) und 27 m² (Seminarraum). Ob die Anzahl der Therapie- und Beratungsräume für das Pflegeprogramm ausreicht, ist von der Pflegeleitung zu prüfen. Hier sieht der Entwurf pro Obergeschoss je zwei Räume vor (20,69 m²). Im EG befinden sich zusätzlich zu einem Untersuchungs- und Behandlungszimmer ein weiterer Therapieraum (30,98 m²) sowie Behandlungs- und Beratungsräume (Seelsorge / PatientInnenbetreuung / Sozialdienst und Andacht).

Information und Konsum

Aus Sicht der PatientInnen ist eine ausreichende Information über den eigenen Krankenstand unabdingbar. →[Versorgungseinrichtungen](#) und →[Kommunikationsräume](#) - wie Kiosk, Café, Seelsorge, Fernsehraum u.a. - decken darüber hinaus den Bedarf über das Lebensnotwendige hinaus.

Zur Versorgung ist im Raumprogramm für das Bettenhaus lediglich ein Automatenraum vorgesehen. Für den 1.BA waren in der Ausschreibung weder Kiosk Café gefordert, diese sollen im 2.BA (zentrale Eingangshalle) platziert werden. Die ungezwungene Kommunikation, ein kurzes Hallo, wie geht's, ein Tapetenwechsel außerhalb des Zimmers oder der Station ist für die PatientInnen entscheidend. Für die notwendige Information von außen (Zeitung / Zeitschrift) gibt es im 1.BA keinen Verkaufsraum; hier ist der/die PatientIn auf Besuch angewiesen. Für einen Austausch und die Pflege gemeinsamer Interessen könnte ein gemeinsamer Fernsehraum förderlich sein.

Ablenkung

Zur Ablenkung während des Krankenhausaufenthalts wird die Möglichkeit des Fernsehens sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. Die Regelung des →[Fernsehkonzums](#) ist möglicherweise individuell auf den Zimmern vorgesehen und dort untereinander zu regeln. Hier kann es bei unterschiedlichen Ansprüchen jedoch zu Konflikten kommen. Für weitere Medien muss es →[bettnahe Anschlüsse](#) geben, sei es für ein Radio, CD-Player oder auch für einen Laptop.

Abstellen und Unterbringen

Auch für BesucherInnen müssen →[Abstellflächen](#) und →[Garderoben](#) vorgesehen sein. Z.B. sollten Kinderfahrzeuge abgestellt werden können. Im Plan ist nicht erkennbar, ob für dieses Bedürfnis Platz zur Verfügung steht. Es ist zu vermuten, dass zwar ausreichend Platz in der Halle im EG vorhanden ist, ob hier jedoch die Möglichkeit besteht, Kinderwagen, Roller oder Laufräder abzustellen, ist zweifelhaft. Wahrscheinlich müssen Kinderfahrzeuge mit auf die Stationen genommen werden und stehen dann vor den Zimmern auf den Gängen.

Ob eine Garderobe für die BesucherInnen auf den Stationen bzw. den Zimmern berücksichtigt wurde, ist ebenfalls momentan nicht erkennbar. PatientInnen und die Belegschaft verfügen in ihren Zimmern bzw. den Umkleieräumen über abschließbare Schränke für persönliche Gegenstände.

Entlastung

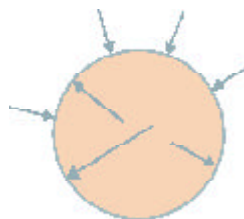
Der durchschnittliche Aufenthalt einer/s PatientIn liegt - wie in Pkt. 4.1 Bauaufgabe bereits beschrieben - zwischen 5,6 bis 9,46 Tagen. Möglicherweise gibt es in dieser Zeit auch die Notwendigkeit eines →[Rooming In](#) für Verwandte (Eltern von betroffenen Kindern sowie Kinder von älteren PatientInnen)²³. Im Bettenhaus der Chirurgie wird zunächst davon ausgegangen, dass hierfür die 2-Bett-tiefen Einbettzimmer genutzt werden

²³ Momentan ist ein Rooming In nur in der angrenzenden Kinder- bzw. Frauenklinik vorgesehen.

können. Weiterhin schließt sich die Frage nach der Entlastung an und damit verbunden nach →Beschäftigungsmöglichkeiten für Betroffene z.B. durch Aufenthaltsräume oder Telearbeitsplätze. Dieser Aspekt sollte in der weiteren Planung berücksichtigt werden.

4.3 Baukörper

Die Ausrichtung des Gebäudekörpers war durch den Grundrisszuschnitt des Geländes größtenteils vorgegeben. Hier waren im Entwurf nicht viele Variationen möglich.



Durch die →Stellung und →Ausrichtung des Baukörpers ist die funktionale Anforderung an →Orientierung, →Belichtung und →Besonnung erfüllt. Das Gebäude ist annähernd Ost-West-ausgerichtet. Das bedeutet, dass die PatientInnenzimmer zum großen Teil von der Vormittagssonne beschienen werden, was sowohl in der Nutzung als auch klimatisch angenehm ist. Die Funktions- und Ärztezimmer sind nach Westen orientiert. An dieser Stelle ist auf den zweiten Bauabschnitt hinzuweisen, der für den westlichen Bereich eine repräsentative Eingangshalle mit einem hohen Dach vorsieht. Inwieweit das Dach die natürliche Belichtung beeinträchtigt, muss während des Entwurfsverfahrens berücksichtigt werden.

Licht und Helligkeit

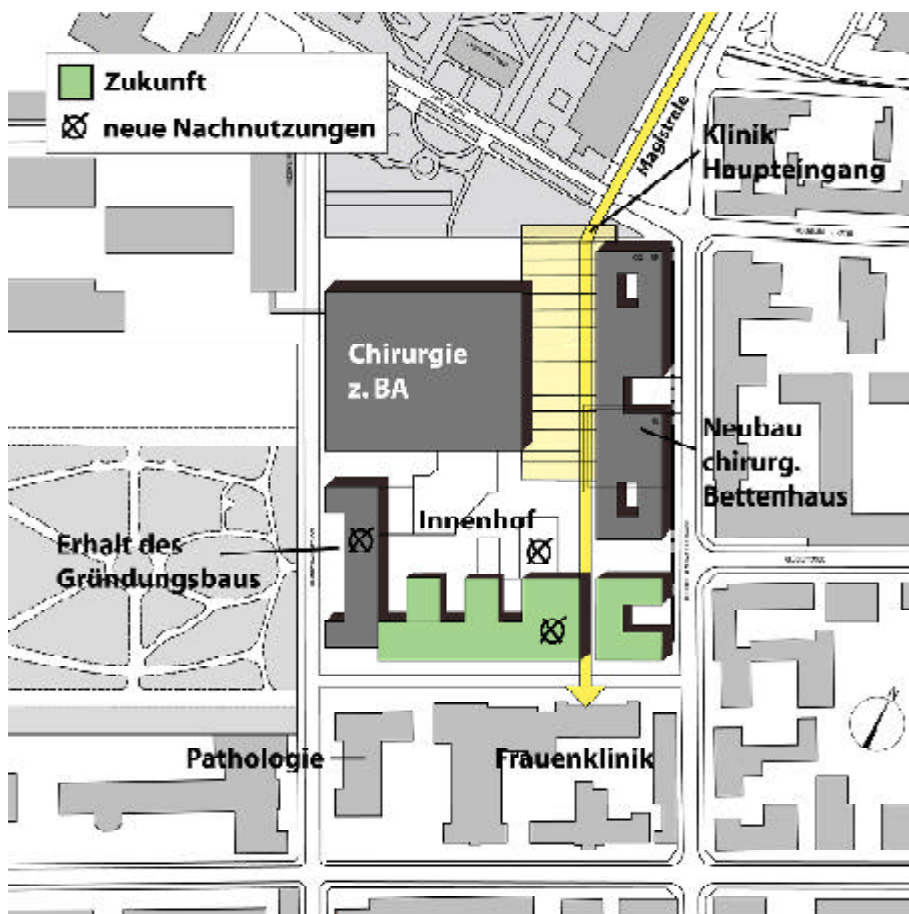


Abb 5: Erweiterung der Chirurgischen Klinik mit Bettenhaus, und weiterer Planung, Lageplan (erweiterte Darstellung nach Entwurf Büro Tiemann-Petri, Stuttgart)

Das Gebäude ist in seinen →Dimensionen auf ein überschaubares Maß ausgerichtet. Zwar ist das eigentliche Stadtbild der umgebenden Wohnbebauung niedriger als die Gebäude des Klinikums, die sichtbaren

menschliches Maß

vier Geschosse bilden aber einen angemessenen Übergang der gegenüberliegenden dreigeschossigen Bebauung zum Universitätsklinikum.

Die →**Proportionen** des Bettenhauses wirken ebenfalls angemessen; die Stationen innerhalb des Gebäudes sind leicht überschaubar und haben eine angenehme Größe.

Geborgenheit und Behaglichkeit

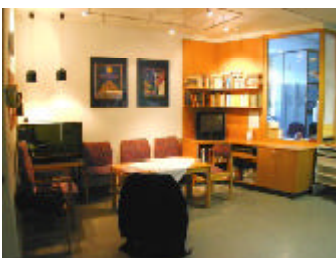


Zur →**Beschaffenheit und Ausstattung** des inneren Gebäudes lässt sich anhand des vorhandenen Planmaterials keine Aussage treffen. Hier kann möglicherweise davon ausgegangen werden, dass die Gestaltung der Oberflächen annähernd mit dem Gebäude des Neubaus an der Neuen Straße vergleichbar ist.

Hier ist aus Gender-Sicht darauf zu achten, dass es z.B. →**rutschfeste Beläge** gibt, dass es →**Pflanzen** auch innerhalb des Gebäudes geben kann, damit nicht nur eine optische Abwechslung und ein Farbenreichtum entsteht, sondern unterschiedliche haptische Erfahrungsmöglichkeiten zur Abwechslung beitragen und die Behaglichkeit fördern.



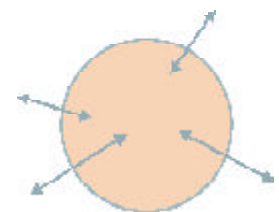
Auch kann das Wohlfühl mit Gemälden, Fotowänden oder anderen →**Kunstobjekten** gesteigert werden. Schon im alten Bettenhaus finden sich Kunstgegenstände in den Aufenthaltsräumen, so dass an dieser Stelle erwartet werden kann, dass auch das neue Bettenhaus entsprechend ausgestaltet wird. Ein steriler Eindruck, den viele Menschen von Krankenhäusern kennen, sollte vermieden werden.²⁴



Um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, ist der Kontakt zur Außenwelt und die Möglichkeit, →**frische Luft** einzuatmen, besonders wichtig. Dabei wird empfohlen, dass sich die Fenster selbständig öffnen lassen und der Luftaustausch nicht ausschließlich über Klimaanlage zu regeln ist.

4.4 Innen-Außen-Beziehungen

Außen-Innen und Innen-Außen-Bezüge treffen eine Aussage über die →**Transparenz** und →**Zugänglichkeit** eines Gebäudes. Hier spielt wie bereits in 4.2 auch die →**Orientierung** eine Rolle. Diesmal bezieht sich die Orientierung jedoch auf die Annäherung und das schnelle Auffinden der Zu- und Ausgänge.



Auffinden der Zugänge

Die Zugänge sind im vorliegenden Entwurf durch das transparente Erscheinungsbild leicht auffindig zu machen. Der Eingang in der Ostfassade ist nach Fertigstellung des 1. Bauabschnittes eindeutig als solcher erkennbar und vom öffentlichen Straßenraum gut auffindbar. Mit dem 2. Bauabschnitt soll der Zugang über die zentrale Eingangshalle an der Westseite erfolgen, was eine Herausforderung an die gestalterische Leistung der ArchitektInnen bedeutet. In Folge des 2. Bauabschnitts wird der jetzige Vorbereich des Eingangs zum Patientengarten umfunktioniert. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Eindeutigkeit des Zuganges dabei nicht verloren geht.

²⁴ vgl. hierzu Dutke, S., Schönplflug, W. & Wischer, R. 1992

Ähnlich verhält es sich mit der Westfassade. Ist der öffentliche Zugang über die Haupttreppenhäuser gewährleistet? Kommen die BesucherInnen also von der Hofseite in das Gebäude oder werden sie zur Straßenseite geführt? Ist die Tür möglicherweise nur von Innen und somit nach Realisierung des 2. Bauabschnitts als Nottreppenhaus nutzbar?

Aus Gender-Sicht wäre die Nutzbarkeit verschiedener Zu- und Ausgänge zu empfehlen, weil dadurch kurze Wege ermöglicht werden und die Wahl der Zu- und Ausgänge je nach Zielort variieren könnte.

Um den Übergang vom Innen- in den Außenraum angenehm zu gestalten, wäre eine →Überdachung der Zugänge sinnvoll. Hier kann die Wetterlage geprüft und ggf. der Regenschirm aufgespannt werden. Der Entwurf des Bettenhauses sieht am Haupteingang Östliche Stadtmauerstraße einen Windfang vor; zu überlegen ist hier jedoch, ob es zusätzlich ein →Vordach vor dem Gebäude geben kann.

Die Frage der →Einsehbarkeit ist ambivalent zu beurteilen. Einerseits wirkt eine offene und transparente Fassadengestaltung nach außen einladend, andererseits muss von innen ein Sichtschutz vor neugierigen Blicken vorhanden sein.

Das Bettenhaus wirkt in den Erschließungsbereichen (Eingängen und Treppenaufgängen) →transparent und in der eigentlichen Fassade unterschiedlich geschlossen bzw. offen. Die Fassade nach Osten, auf der Seite der primären Eingangszone, ist mit großen Fensteröffnungen versehen. Hier vermittelt das Gebäude in der Ansicht einen offenen Eindruck. Insbesondere der transparente Mittelkern wirkt einladend, u.a. durch eine potentielle Belebtheit auf den PatientInnenbalkonen.



Abb. 6: Ostfassade Bettenhaus
(Entwurf Büro Tiemann-Petri,
Stuttgart)

Einen eher geschlossenen Eindruck vermittelt die Westfassade. Diese ist architektonisch ambitioniert, hat aber keine einladende Geste, im Gegenteil, sie wirkt eher streng und zurückhaltend. Hier tritt nach Gender-Kriterien im zweiten Bauabschnitt ein Konflikt auf. Wenn die Haupteinschließung nach Realisierung des 2. Bauabschnitts von der Westseite des Gebäudes erfolgt, wird der introvertierte Charakter des Universitätsklinikums verstärkt. Der Komplex zieht sich dann eher aus dem Stadtraum zurück und konzentriert sich auf sich selbst. Die inneren Auswirkungen werden insbesondere für die in diesem Teil Arbeitenden spürbar sein. Auch für BesucherInnen ist eine einladende Geste von Relevanz. Wie sich das im Entwurf und in der 2. Bauphase ändern lässt, sollte überdacht werden.



Abb. 7: Westfassade Bettenhaus
(Entwurf Büro Tiemann-Petri,
Stuttgart)

Wahlfreiheit

Gestaltung der Zugänge



Empfangen werden, Zurechtfinden



Einen weiteren Aspekt der Innen-Außen-Beziehungen stellt das Bedürfnis nach Sicherheit durch gute Orientierung dar. Wie werden die PatientInnen, aber auch die BesucherInnen beim Betreten des Gebäudes empfangen? Wirkt die →Empfangshalle einladend nach Außen und verteilend nach Innen? Gibt es Sitzgelegenheiten? Können sich PatientInnen, aber auch BesucherInnen direkt nach dem Betreten des Gebäudes orientieren und problemlos verteilen? Ist eine persönliche Kontaktaufnahme zur Pforte gewährleistet?

Die Eingangshalle wirkt aufgrund ihrer Größe (230 m²) einladend und großzügig. Die Zuordnung der Pforte und die PatientInnenaufnahme befindet sich momentan direkt neben der Eingangstür. In diesem Fall ist eine gute Orientierung gegeben.

Mit der Realisierung des 2. Bauabschnitts wird zur besseren Orientierung die Zuordnung der Aufnahme und der Pforte in die neue Eingangshalle verlegt.

Über Aspekte wie →Sitzgelegenheiten und →Orientierungshilfen durch →Leitsysteme lässt sich momentan keine Aussage treffen; diese Informationen sind den Plänen nicht zu entnehmen. Hierauf ist jedoch im weiteren Verlauf der Planung großer Wert zu legen.

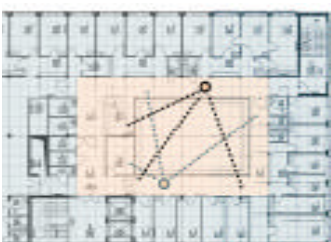
Aufenthalt im Freien

Der Aufenthalt an der →frischen Luft wurde als wichtiger Punkt bereits in 4.3 angesprochen. Hier soll er noch einmal unter dem Aspekt Innen-Außen-Bezüge erwähnt werden. Wenn PatientInnen und Beschäftigte den ganzen Tag in einem Gebäude verbringen, ist es angenehm, in den Pausen oder bei guter körperlicher Verfassung an der frischen Luft zu verweilen, um einfach durchatmen zu können. Hier kann ein →Balkon oder ein →Austritt oftmals ausreichen.

Der Entwurf des Bettenhauses zeichnet sich insbesondere durch zwei bzw. drei Atrien (inklusive Eingangsbereich) aus. Die beiden Innenhöfe sind momentan im Plan als Grünhof bzw. Lichthof deklariert. Der Grünhof liegt unmittelbar in der U1-Ebene an den Aufenthaltsräumen für das Reinigungspersonal. Hier wäre ein direkter Austritt in den Außenraum wünschenswert und aus Sicht des Reinigungspersonals nahezu erforderlich. Ebenso könnte der Lichthof von den Diensträumen des Archivs aus zu betreten sein.

Im EG befindet sich der Eingangsbereich. Hier können sich PatientInnen und BesucherInnen aufhalten, für das Personal hingegen wäre dieser Bereich für den Aufenthalt wahrscheinlich zu einsehbar. In den oberen Etagen ist für die PatientInnen die Möglichkeit eines kurzen Austritts auf einen speziellen PatientInnenbalkon möglich, vielleicht können diese sich ebenfalls mit ihren BesucherInnen dort aufhalten. Auffällig ist, dass momentan weder für die Ärzteschaft noch für das Pflegepersonal eine Aufenthaltsmöglichkeit im nahen Freiraum zur Verfügung steht. Hier kann nach Fertigstellung des Bettenhauses vorübergehend der PatientInnengarten nördlich der Neuen Straße (Medizin 1.BA) genutzt werden. Eine unterirdische Anbindung ist gegeben.

Die →Transparenz des Gebäudes ergibt sich unter anderem durch die Anordnung der zwei Lichthöfe. So ergeben sich Blickkontakte in die Flure der gegenüberliegenden Bereiche der Stationen. Hier können alle Anwesenden über den Außenbereich in die gegenüberliegenden Flure schauen. Auch die Teeküche und der PatientInnenaufenthaltsraum sind einsehbar. Dies stellt in den halböffentlichen Bereichen nicht als besonders konfliktrichtig



zu beurteilen. PatientInnenzimmer sind durch die geschickte Anordnung nicht einsehbar. Das ist im Entwurf demnach gut gelöst.

Ein Konflikt tritt bei der →**Einsehbarkeit** der Intensivpflege (Intermediate Care) Zimmer auf. Der Aufenthalt auf den PatientInnenbalkonen ermöglicht hier Einblicke, sowohl innerhalb einer Geschossebene als auch zwischen den Etagen. In diesem Fall ist darauf zu achten, dass die Privatsphäre der IntensivpflegepatientInnen gewahrt bleibt. Hier könnte durch →**individuell steuerbare Jalousien** ein Interessenskonflikt vermieden werden. Der selbe Fall tritt bei der Einsehbarkeit des Personalaufenthaltsraumes ein. Dieser dient der Pause und Erholung zwischen den Arbeitsphasen. Er sollte daher blickgeschützt sein, um die Erholung nicht durch PatientInnenblicke zu stören.

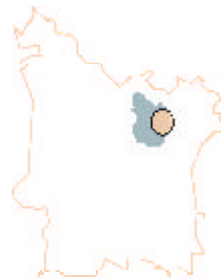
Blickkontakt vs. Sichtschutz



4.5 Umfeld und Standort

Umfeld

Die Ansprüche an die Nutzung des Außenraums sind je nach Gruppe unterschiedlich. Wie bereits in 4.4 beschrieben, haben Beschäftigte wie PatientInnen und BesucherInnen ein Bedürfnis nach frischer Luft. PatientInnen und Beschäftigte wollen evtl. auf einer Bank in der Sonne sitzen, BesucherInnen haben vielleicht eher den Drang nach Bewegung. Auch an Kinder sollte in diesem Zusammenhang gedacht werden, die zu einem Besuch oder einer Untersuchung mitgebracht werden und ebenfalls einen Anspruch an Bewegung oder Spielflächen haben.



Damit es nicht zu Nutzungskonflikten kommt, sollte der Außenraum in Bereiche eingeteilt werden, die den →**unterschiedlichen Ansprüchen** der NutzerInnen gerecht werden. Dabei sollten die Einsehbarkeit und Übersichtlichkeit, aber auch die →**Beleuchtung** in Wintermonaten und Abendstunden besonders berücksichtigt werden.



Die Gestaltung der Außenanlagen (→**Frei- und Grünflächen**) lässt sich nach dem vorliegenden Planmaterial nicht beurteilen, da Pläne zur Außenraumgestaltung fehlen. Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass es sich um einen ersten Bauabschnitt handelt, dem ein zweiter in noch nicht absehbarer Zeit folgen soll. Hier ist es besonders wichtig, in den Phasen zwischen der Realisierung der einzelnen Bauabschnitte eine angemessene Übergangslösung zu finden.



Momentan sind die Außenflächen in erster Linie als Parkplätze vorgesehen. Nach der Fertigstellung des Bettenhauses wäre es unbedingt notwendig, ein Frei- und Grünraumkonzept für jede der verschiedenen Realisierungsphasen zu entwickeln.

Standort

Das Gelände des Universitätsklinikums liegt in →**zentraler Lage** der Stadt Erlangen. Es handelt sich um einen großen Komplex, der in der Ausschilderung des Straßenleitsystems der Stadt berücksichtigt ist. Die Entfernung zum Bahnhof beträgt 10 Gehminuten. Der Maximiliansplatz als Übergang in



die Stadtmitte grenzt direkt an den Bereich, in dem das neue Bettenhaus zukünftig errichtet wird. Damit ist das Bettenhaus in die Stadtstruktur gut integriert.

Ankommen und Wegfahren

Der Eingang des Gebäudes befindet sich an der östlichen Stadtmauerstraße und ist leicht aufzufinden.

Mit dem PKW kann man →**Stellplätze** in Tiefgaragen finden und wer mit dem Fahrrad kommt, kann dieses momentan vor dem östlichen Nicht-Operativen Zentrum abstellen und muss die Neue Straße überqueren, um zum Eingang des Bettenhauses zu kommen. Ob zukünftig weitere Stellplätze in unmittelbarer Umgebung des Bettenhauses vorgesehen sind, lässt sich aus dem Plan nicht ablesen. Die derzeitigen Entfernungen sind jedoch zumutbar, so dass kein akuter Handlungsbedarf besteht.



Bei den Stellplätzen in Tiefgaragen ist auf eine →**ausreichende Beleuchtung**, möglichst mit Tageslicht und in der Dunkelheit mit ausreichenden Lichtquellen, zu achten.

→**Haltestellen** des ÖPNV liegen in fußläufiger Entfernung in der Krankenhausstraße und am Maximiliansplatz.

Die →**Erreichbarkeit** ist auch für Beschäftigte von großer Bedeutung. Gerade das Personal im Schichtdienst ist auf eine regelmäßige Anbindung an den ÖPNV angewiesen. Der Busbetrieb verkehrt wochentags innerhalb des Stadtgebietes in Abständen von 15 Minuten, am Wochenende ½ stündlich und nicht mehr zwischen 0.00 und 5.30 Uhr morgens. Für das Personal sind diese Taktzeiten nicht unbedingt ausreichend, wenn Schichten z.B. zu Zeiten enden, in denen die Busverbindungen nicht bedient werden.

Bringen und Holen

PatientInnen kommen auf verschiedene Weise ins Krankenhaus; hier ist an die Bring- und Abholsituation zu denken. Oftmals kommen die PatientInnen in Begleitung. Vor dem Bettenhaus sollten deshalb sowohl →**Taxistände** als auch →**Kurzparkplätze** eingeplant werden. Ob diese bereits berücksichtigt wurden, lässt sich an dem Planmaterial nicht erkennen.



Die →**Krankenwagenzufahrt** erfolgt momentan unterirdisch und vor der Chirurgischen Klinik. Hier ist darauf hinzuweisen, dass es selbstverständlich in erster Linie um eine reibungslose Abfolge medizinisch notwendiger Bedürfnisse geht; trotzdem ist zu berücksichtigen, dass die →**Begleitpersonen** ebenfalls adäquat in das Gebäude geführt bzw. in tagesbelichteten Wartebereichen aufgenommen werden und ein steriler und unpersönlicher Empfangsbereich ausgeschlossen ist.

Bei der →**Warenanlieferung** ist zu berücksichtigen, dass die Zulieferer möglichst nah an das Gebäude heranfahren können. Schwere Geräte und Verbrauchsmaterialien sollten schnell und unkompliziert abgegeben werden können. Wie die Organisation dieser Versorgungssysteme gelöst ist, ist anhand des vorhandenen Materials nicht zu beurteilen. Evtl. wird die Versorgung für den gesamten Komplex geregelt und dann über die Anbindungen A-D in der U1-Ebene des Bettenhauses geleitet. Für die genaue Bewertung wäre hierzu detailliertes Material notwendig.

individuelle Besorgungen

Dank der zentralen Lage des Klinikums können individuelle Besorgungen von allen NutzerInnen in kurzer Entfernung vor dem Besuch, in der Mittagspause oder bei einem Spaziergang erledigt werden.

4.6 Anmerkungen zum Prozess

Abschließend sollen noch einige Anmerkungen zum Planungsprozess erfolgen. Die sog. "Prozesskriterien" lassen sich - wie die Projektkriterien - auf jede Bauaufgabe anwenden, auch - wie im vorliegenden Fall - im Zuge einer nachvollziehenden Evaluation, sind den Plänen allerdings nicht zu entnehmen.

Die Tatsache jedoch, dass hier ein Auftrag zur Beurteilung eines konkreten Projektes im Krankenhausbau durch unabhängige Gender-Expertinnen vergeben wurde, zeigt die Offenheit der Baubehörde gegenüber der Anwendung der neuen Strategie des Gender Mainstreaming. Mit der Evaluierung des vorliegenden Entwurfs eines neuen Bettenhauses ist der Grundstein gelegt auch bei künftigen Projekten Geschlechtergerechtigkeit bereits in die frühen Stadien der Planungen zu integrieren.

Die Architektin des vorliegenden Entwurfes war eine Frau, und zwar eine im Krankenhausbau erfahrene - das merkt man der Qualität des Entwurfes an, wenn auch die Einschränkungen durch Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte und DIN-Normen spürbar sind.

Im Jahresbericht 2002 des Universitätsklinikums Erlangen sind grundlegende Angaben, z.B. über die Anteile von Frauen und Männern in den verschiedenen Beschäftigtengruppen oder über die Belegung mit PatientInnen, bisher nicht gemacht²⁵; hier wäre jedoch zu fragen, inwieweit im Genesungsprozess geschlechtsspezifische Bedürfnisse auftreten, die in der Pflege und Behandlung zu berücksichtigen wären.

Gender Gutachten

²⁵ <http://www.klinikum.uni-erlangen.de/jahresbericht>, Mai 2004

5 Zusammenfassende Bewertung und Handlungsempfehlungen

Der vorliegende Entwurf des neuen Bettenhauses für die Chirurgische Klinik in Erlangen, wie er der aktuellen Haushaltsunterlage -Bau- zugrunde liegt, ist unter Gender-Aspekten im allgemeinen als gut zu beurteilen. Dies betrifft insbesondere den Baukörper selbst mit seiner zweiflügeligen Gliederung in übersichtliche Stationsstrukturen wie auch die meisten Aspekte der inneren Organisation des Gebäudes und nicht zuletzt die zentrale Lage im Stadtgebiet. Letzteres gilt selbstverständlich für das gesamte Universitätsklinikum, das einen wesentlichen Bestandteil der örtlichen Wirtschaft bildet und das Erlanger Stadtbild entsprechend prägt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Aussagen der vorangegangenen Beurteilung nach den vier Abschnitten Innere Organisation - Baukörper - Freiraumbezüge - Umfeld und Standort zusammengefasst und abschließend beurteilt. Des Weiteren werden Empfehlungen gegeben, welche Maßnahmen unter Gender-Aspekten noch ergriffen werden müssten, um dem Bauwerk mit Überzeugung das Prädikat "gut" erteilen zu können. Den Abschluss bilden einige Hinweise, die im weiteren Prozess der Krankenhausplanung und -entwicklung im Sinne des Gender Mainstreaming zu beachten wären.

Innere Organisation

Zur inneren Organisation, die die funktionale Gliederung, Erschließung und Wegebeziehungen, öffentliche und private Bereiche sowie Kommunikationspunkte und Rückzugsorte umfasst, gehören Kriterien, die im vorliegenden Gutachten den drei Aspekten Rückzug und Gemeinschaft, Mobilität und Kommunikation sowie Versorgung zugeordnet sind. Unter dem letzteren Aspekt werden die Kriterien zusammengefasst, die über das normale Pflegeangebot in einem Krankenhausbetrieb hinausgehen.

Besonders positiv hervorzuheben sind die Kriterien im Bereich →[Mobilität / Kommunikation](#): Das Bettenhaus erfüllt das Leitbild einer "Stadt der kurzen Wege" in überzeugender Weise. Räumliche Nähe zwischen PatientInnenzimmern / Bettenstandorten und Versorgungseinrichtungen sowie bequeme Erreichbarkeit sind ebenso gewährleistet wie die Orientierung im Gebäude und auf den Etagen. Begegnung ist sowohl technisch (aufgrund ausreichender Gangbreiten) als auch in sozialer Hinsicht (aufgrund von Begegnungs- und Aufenthaltsräumen) möglich. Jedoch wäre hier eine stärkere Differenzierung für die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen NutzerInnengruppen erwünscht.

So sind die Bedürfnisse rollstuhlfahrender PatientInnen und BesucherInnen nicht gleichermaßen gewährleistet. Zwar ist die Einrichtung eines patientInnenstuhlgerechten Zimmers pro Etage in der Krankenhausplanung als positives Signal zu werten, die selbstbestimmte Fortbewegung gehbehinderter PatientInnen und vor allem auch entsprechender behinderter BesucherInnen ist jedoch auf Zimmer beschränkt. Durch eine flexible Handhabung der Belegungspraxis (Zweibett- und Einbettzimmer) kann hier im Einzelfall eine Kompensation erfolgen.

Unter dem Aspekt →[Rückzug / Gemeinschaft](#) wurden neun Kriterien beurteilt, drei davon - Ruhe, Muße; wechselnde Bedürfnislagen; Sicherheit - als gut erfüllt. Zu dieser positiven Beurteilung trugen vor allem die klaren

Abstufungen zwischen privaten bis öffentlichen Bereichen mit ihren deutlichen Zonierungen bei, des Weiteren die gleiche Größe der PatientInnenzimmer, die sowohl eine Flexibilität in der aktuellen Belegung als auch eine potentielle Umnutzung für andere Zwecke ermöglicht. Dem Sicherheitsbedürfnis wird auf vielfältige Weise durch Möglichkeiten und Einrichtungen der persönlichen, sozialen und formellen Kontrolle Rechnung getragen.

Nicht so gut weggekommen ist die Planung in Bezug auf drei weitere Kriterien: Rückzugsmöglichkeit / Intimität; soziale Nähe; individuelle Beschäftigung. Dies sind Kriterien, die insbesondere die Qualität des Aufenthalts für die PatientInnen betreffen, wie sie durch Maßnahmen der Ausstattung, z.B. Vorhang / Schiene im Bereich der Betten, zusätzliches, ggf. flexibles Mobiliar etc. erzielt werden können. Diese sollen nach Aussage des Universitätsbauamtes²⁶ bei der Innenausstattung des Gebäudes jedoch berücksichtigt werden.

Drei weitere Kriterien - Qualität der Pflege; Störungsfreiheit; Religionsausübung - konnten nicht abschließend beurteilt werden. Dies ist einerseits Sache der Krankenhausleitung bzw. eine Frage der Zielsetzungen für das Bettenhaus und der (wechselnden) Belegung, inwieweit diese Punkte stärkere Berücksichtigung finden sollten.

Unter dem Aspekt der →[Versorgung](#) wurden hier vier Kriterien - Information, Konsum; Ablenkung; Abstellen, Unterbringen; Entlastung - beurteilt, Kriterien, die über das unbedingt erforderliche Maß eines durchschnittlichen Krankenhausangebotes hinausgehen, jedoch Qualitäten darstellen, die dazu beitragen, den Aufenthalt für PatientInnen angenehmer zu gestalten und deren Wohlbefinden potentiell zu erhöhen. Hier sind nur die Gelegenheiten für das Abstellen, Unterbringen und Wegschließen von persönlichen Gegenständen als positiv beurteilt worden; entsprechende Möglichkeiten für Fahrzeuge oder Garderobe, z.B. von BesucherInnen, waren aus den Unterlagen nicht ersichtlich.

Eine Anforderung, die insbesondere vor dem Hintergrund der Zukunftsfähigkeit des Bettenhauses bzw. des Krankenhausbaus im Allgemeinen bedacht werden sollte, ist die Frage der Entlastung. Hier ist sowohl an die Entlastung von Beschäftigten gedacht, die z.B. an der Tagesversorgung eigener Kinder in einer klinikumseigenen Einrichtung interessiert sein könnten, als auch an die Entlastung potentieller BesucherInnen, deren Kinder (oder alte Eltern) von der Möglichkeit des Rooming In Gebrauch machen möchten. Die 2-Bett tiefen Einbettzimmer stünden einer solchen Nutzung grundsätzlich zur Verfügung. Zusätzlich wäre eine ganze Bandbreite an Vorrichtungen denkbar - von flexiblen Möbeln und Ausstattungsgegenständen über Beschäftigungsangebote aller Art bis hin zu Bibliotheken und Laptopanschlüssen, die den längeren Besuch, auch über mehrere Tage hinweg, für die Begleitpersonen angenehmer und stressfreier gestalten könnten.

Baukörper

Beim Baukörper geht es um Gebäudeform und -stellung, um die Gestaltung von Oberflächen und Fassaden bis hin zu Materialien, Farben etc. Diese Kriterien konnten zum jetzigen Zeitpunkt nicht vollumfänglich beurteilt

²⁶ gem. Aussage am Präsentationsworkshop vom 22. September 2004 in Erlangen

werden, da die Ausführungsplanung noch nicht vorliegt. Allerdings können Hinweise gegeben werden, worauf im Zuge der weiteren Planung geachtet werden sollte.

Insbesondere die Dimensionierung des Baukörpers mit den gewählten Proportionen und der Einhaltung eines menschlichen Maßes, aber auch die Orientierung ist - vor allem unter Berücksichtigung der realisierten 1. Bauetappe - als gut zu beurteilen: Die Ost-West-Ausrichtung kann geradezu als optimal gelten, die Anordnung der PatientInnenzimmer auf der Ostseite - dies vor allem aus Gründen der Vermeidung einer zu starken Sonneneinstrahlung im Verlaufe des Tages - ebenfalls. Problematisch erscheint die Situation erst, wenn mit der Realisierung des 2. Bauabschnittes die Westfassade, die bereits jetzt relativ geschlossen (und damit abweisend) wirkt, durch den geplanten Anbau einer repräsentativen Eingangshalle zu großen Teilen zu einer Innenwand umfunktioniert wird. Hier werden an dem Entwurf entsprechende Anforderungen zu stellen sein. Insbesondere wäre im Verlauf der weiteren Planungsüberlegungen zu prüfen, welche Konsequenzen sich daraus sowohl für die Beschäftigten, deren Arbeitsräume auf dieser Seite des Gebäudes angesiedelt sind als auch für BesucherInnen bzw. auch für PatientInnen, die sich im Gebäude bewegen und aufhalten möchten, ergeben (Licht / Helligkeit).

Zum Gefühl der Geborgenheit / Behaglichkeit tragen auch Materialien und Farben von Oberflächen bei; hier sollte zu gegebener Zeit ein Farbkonzept in Auftrag gegeben bzw. professionelle Beratung (Feng Shui o.ä.) hinzugezogen werden, um eine maximale Aufenthaltsqualität zu erreichen, auch als Beitrag zur Vermeidung von Angst im Krankenhausbau.²⁷ Studien aus der Architekturpsychologie belegen, dass die Wirkung von Licht und Farbe auf die Genesungsprozesse des Menschen positiv einwirken können.²⁸

Freiraumbezüge

Zu den Freiraumbezügen des Gebäudes zählen Zu- bzw. Ein- und Ausgänge sowie Zufahrten, Transparenz / Blickbeziehungen, Belichtung und Belüftung / Besonnung etc.

Hervorzuheben ist das leichte Auffinden des Gebäudes von der Straßenseite her bzw. aus dem Kontext des öffentlichen Stadtraumes, was vor allem nach der Realisierung des 1. Bauabschnittes von der Östlichen Stadtmauerstraße her bestens möglich ist. Auch das Empfangenwerden in einer großzügigen Eingangshalle gehört dazu.

Diese Situation wird sich nach Fertigstellung des 2. Bauabschnittes verändern. Mit dem Anbau einer mehrgeschossigen repräsentativen Empfangshalle auf der jetzigen Rückseite des Bettenhauses bzw. im Innenbereich des Klinikgeländes wird ein neuer Haupteingang für das gesamte Klinikgelände entstehen. Die klare Auffindbarkeit des Bettenhauses sollte bei der zukünftigen Planung unbedingt berücksichtigt werden. Dies betrifft nicht nur die Zuordnung zum öffentlichen Stadtraum; auch die Empfangshalle mit der

²⁷ vgl. hierzu Dutke, S., Schönplflug, W. & Wischer, R. 1992

²⁸ vgl. hierzu die Studie "Architektur kann gesund machen" an der Universität Koblenz aus dem Jahr 2004, in der Studierende unter Leitung der Professorin Rotraut Walden die Koblenzer Klinik Kemperhof unter Gestaltungsaspekten untersucht haben.

vgl. auch: Kap.10 Raum und Farbe in Richter, Peter G. 2004, S.167 ff.

Pförtnerloge, die dann in die neue Eingangshalle verlegt wird wäre zu bedenken. Hier ist im Zuge der weiteren Planungen zu überlegen, wie die guten Qualitäten der Bettenhausplanung (1. Etappe) bei gleichzeitiger Realisierung eines neuen großzügigen Eingangsbereichs - auch mit seinen Anforderungen an die Erschließung weiterer Kreise einer medizinisch-wissenschaftlich interessierten Öffentlichkeit - erhalten werden können.

Die Wahlfreiheit der Zugänge scheint bei insgesamt sieben Ein- und Ausgängen (incl. Nottreppenhäuser) in das bzw. aus dem Gebäude potentiell möglich; jedoch ist aus den Unterlagen nicht ersichtlich, inwieweit die Ein- und Ausgänge für jedermann / jedefrau nutzbar sind. Insbesondere für mobilitäts-eingeschränkte Personen - egal welcher NutzerInnengruppe - ist diese Wahlfreiheit von Bedeutung; das betrifft nicht nur Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen, sondern schließt auch Kinder und alte Menschen oder auch Mütter und Väter mit Kinderwagen und andere Begleitpersonen ein.

Umfeld und Standort

Der Standort des Bettenhauses kann mit seiner zentralen Lage als optimal beurteilt werden; möglicherweise gibt es im Einzelfall Schwierigkeiten für Nottransporte, die auf schnelle Geschwindigkeiten angewiesen sind. Für PatientInnen, BesucherInnen und Beschäftigte ist jedoch die Zentralität im Hinblick auf Erreichbarkeit und die Möglichkeit, die Vielfalt der umgebenden Nutzungen für unterschiedliche Besorgungen in minimaler Zeit erledigen zu können (Wegekettensystem), gerade aus Sicht des Gender Mainstreaming optimal.

Als unzureichend muss jedoch das unmittelbare Krankenhausumfeld beurteilt werden: Der Innenbereich des betreffenden Klinikgeländes ist derzeit vollständig versiegelt und wird vor allem als Stellplatzfläche für parkende PKWs genutzt. Es gibt - was insbesondere für PatientInnen und deren BesucherInnen, aber auch für kurze Erholungspausen der Beschäftigten von Bedeutung ist - angrenzend an das Gebäude keine qualitativ gestalteten Freiflächen. Hier liegt eine große Herausforderung im Zusammenhang mit der Planung des 2. Bauabschnittes, mit dem eine große innenliegende Eingangshalle realisiert werden soll. Der jetzige Haupteingangsbereich des Bettenhauses (1. BA) soll dann zum PatientInnengarten umgestaltet werden wodurch ein Teil der Bedürfnisse nach Grün-, Freiraum und frische Luft befriedigt werden kann.

Hinweise zum weiteren Vorgehen

Anwendung Gender Kriterien

Für die weitere Planung kann auf der Basis des vorliegenden Gutachtens eigentlich nur noch empfohlen werden, die angesprochenen Aspekte und Kriterien zu berücksichtigen sowie die als weniger positiv beurteilten Aspekte nach Möglichkeit auszugleichen.

Beteiligung Fachfrauen

Über die Berücksichtigung der materiellen Kriterien hinaus wäre jedoch - angesichts der weit überwiegenden Anzahl von Männern unter den AkteurInnen - eine verstärkte Beteiligung von Fachfrauen wünschenswert. Sofern z.B. keine Frauen aus der Krankenhausleitung rekrutiert werden können, wäre es denkbar, entsprechende Fachfrauen aus Wissenschaft und Praxis bzw. Gleichstellungsbeauftragte oder Gender-ExpertInnen zur Begleitung des weiteren Verfahrens hinzuziehen.

Gender ExpertInnen

In den pflegenden und versorgenden Berufen im Gesundheitswesen ist nach wie vor ein deutlicher Frauenüberschuss festzustellen; dies gilt allerdings nicht für die gehobenen Positionen (Arzt / Krankenhausleitung, Wissenschaft), in denen bis heute eindeutig die Männer dominieren. Der Frauenanteil an ÄrztInnen und ZahnärztInnen lag 2002 bei ca. 38%, während er bei den HelferInnen und KrankenpflegerInnen 74%, bei Krankenschwestern²⁹ und Hebammen sogar 85% betrug³⁰.

Gender Statistik

Eine Umsetzung der Geschlechtergerechtigkeit würde hier bedeuten, auf Dauer eine verstärkte Ausbildung und Beschäftigung von Frauen als Ärztinnen sowie in leitenden Positionen und im Gegenzug eine verstärkte Beschäftigung von Männern in Pflegeberufen anzustreben. Dies kann jedoch im Rahmen des vorliegenden Projektes kaum umgesetzt werden, sondern ist eine Frage der längerfristigen Ausbildungsförderung und Personalpolitik.

**genderorientierte
Personalpolitik**

Für die Beurteilung der Geschlechtergerechtigkeit bzw. die Einrichtung eines Controlling / Monitoring wäre die Erhebung geschlechterdifferenzierter Daten eine wichtige Grundlage.

**Gender
Controlling**

Aufbau und Einrichtung einer geschlechtergerechten Haushaltsführung könnten weiter dazu beitragen, die geschlechts- und nutzInnenspezifische Zuordnung der Einnahmen und Ausgaben zu kontrollieren und Veränderungen bzw. Schwerpunktverschiebungen im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit herbei zu führen.

Gender Mainstreaming ist - und dies insbesondere auch vor dem Hintergrund seiner Verankerung im Bereich soziale Gerechtigkeit der nachhaltigen Entwicklung - möglicherweise ohne zunächst höhere Ausgaben im Hinblick auf eine entsprechende Qualitätssicherung vielleicht nicht zu erreichen. Jedoch dürfte sich auf längere Sicht mit Sicherheit auszahlen, was heute - auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des sozialen Wandels - im Hinblick auf die Zukunftsfähigkeit und die soziale Gerechtigkeit in den Krankenhausbau investiert wird.

**Investition in die
Zukunft**

Die Oberste Baubehörde könnte dazu beitragen, das Wissen um gute Beispiele im Krankenhausbau, auch unter Gender-Aspekten, zu mehren, indem es entsprechende Informationen sammelt und weiter verbreitet. Best Practices, nicht nur im Krankenhausbau, sondern bezogen auf alle Bauaufgaben, die im Bereich der staatlichen Hochbauverwaltung anfallen, könnten dazu dienen, die Kosten für die entsprechende Qualitätssicherung auf Dauer zu minimieren, weil die Kriterien bereits im Vorfeld einer jeden Planung berücksichtigt werden könnten.

**Verbreitung
Best Practices**

Die Sorge für und um den Menschen ist die oberste Motivation, mit der das Leitbild des Universitätsklinikums Erlangen überschrieben ist. Sorge für und um den Menschen bedeutet, jede Person in ihren Bedürfnissen wahr- und ernst zu nehmen und die differenzierten Bedürfnislagen zu erkennen. Nicht zuletzt bedeutet dies aber auch, nicht nur die qualitativen, sondern auch die quantitativen Anforderungen (z.B. durch Quoten bei der Rekrutierung von Beschäftigten) zu erfüllen, um dem Gebot des Gender Mainstreaming letztlich in allen seinen Facetten gerecht zu werden. Die derzeitige Überarbeitung des Leitbildes im Sinne des Gender Mainstreaming stellt hier eine wichtige Grundlage für künftige Planungen und Maßnahmen dar.

**ein langfristiger
Prozess**

²⁹ die Bezeichnung des männlichen Pendant ist uns nicht bekannt

³⁰ <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php> vom 12.06.2004

Literatur

AG GM - Arbeitsgruppe Gender Mainstreaming: Überprüfung eines Neubaus nach den Kriterien des Gender Mainstreaming (am Beispiel Landes-Dienstleistungszentrum), Linz 2002

AG Sozialverträgliche Planung der Stadt Ulm: Sozialverträgliche Planung für die Stadt Ulm – Kriterienkatalog, Ulm 2000

AIT 11 - 2000 Architektur, Innenarchitektur, Technischer Ausbau, Bauten für Gesundheit und Soziales, Leinfelden-Echterdingen, 2000

AK KL - Arbeitskreis "Broschüre Gender Planning" (Hg.): Gender Mainstreaming in der räumlichen Planung - Gender Planning. Von Peking über Amsterdam in die Westpfalz, Kaiserslautern 11/2002

Amtsblatt der Freien und Hansestadt Bremen: Empfehlungen zur Berücksichtigung von frauenspezifischen Belangen bei der Planung, ausgegeben am 06.04.1995, Bremen 1995

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend: Gender Mainstreaming, <http://www.gender-mainstreaming.net/>, November 2003

Deutscher Städtetag (Hg.): Frauen verändern ihre Stadt, Arbeitshilfe 1: Wohnungspolitik, DST-Beiträge zur Frauenpolitik, Reihe L Heft 2, Köln 1994

Deutscher Städtetag (Hg.): Frauen verändern ihre Stadt, Arbeitshilfe 2: Verkehrsplanung, DST-Beiträge zur Frauenpolitik, Reihe L Heft 3, Köln 1995

Deutscher Städtetag (Hg.): Frauen verändern ihre Stadt, Arbeitshilfe 3: Stadtentwicklung, DST-Beiträge zur Frauenpolitik, Reihe L Heft 4, Köln 1998

Dutke, S., Schönpflug, W. & Wischer, R. : Angst im Krankenhaus - Ein interdisziplinäres Forschungsprojekt. In Pawlik, K. & Stapf, K.-H. (Hrsg.), Umwelt und Verhalten. Perspektiven und Ergebnisse ökopsychologischer Forschung (S. 329-355). Bern 1992

Enquête-Kommission "Globalisierung der Weltwirtschaft - Herausforderungen und Antworten" / Vors. Ernst Ulrich von Weizsäcker: Schlussbericht, Bundesdrucksache 14/2350, Berlin 2002

Europarat, Rapporteur Group on Equality between Women and Men GR-EG(98)1, Straßburg, Mai 1998

Frauenbeauftragte der Stadt Osnabrück: Sozialverträglichkeit im Rahmen der Bauleitplanung, Osnabrück o.J.

Frauenbüro Stadt Aachen: Initiieren-Bauen-Wohnen, Zehn Jahre Vaalser Straße in Aachen, Aachen 2000

Frauenbüro der Stadt Oldenburg: Leitlinien für eine frauengerechte Stadtplanung und Stadtentwicklung in Oldenburg 1996

Frauenreferat der Stadt Frankfurt am Main: Frauenbelange in der verbindlichen Bauleitplanung, Leitfaden für die Praxis, Frankfurt a.M. 1996

Freie und Hansestadt Hamburg - Fachkreis Frauenperspektiven Stadtentwicklung: Frauen in der Stadt – Kriterien für die Planung, Hamburg 1993

Gleichstellungsstellen im Kreis Gütersloh: Frauen erfahren ihre Stadt, Gesamtbericht über die Projektergebnisse im Kreis Gütersloh, 1996

Grüger, Christine / Zibell, Barbara: Von der frauengerechten Stadtplanung zum Gender Mainstreaming in der Stadtentwicklung - Einblicke in die Planungspraxis. In: Deutscher Städtetag (Hg.): Indikatoren und Gender Mainstreaming. Oder: Von der Schwierigkeit, Gender-Indikatoren zu bilden, Beiträge zur Frauenpolitik, Köln (erscheint voraussichtlich 2004)

Krampe, Ulrich: Neubau der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Halle/Saale -Bergmannstrost- auf der Internetseite der Architekten für Krankenhausbau und Gesundheitswesen AKg im Bund deutscher Architekten BDA e.V., www.bda.akg.de/ausstellung/spezial/sp_krampe_ber.htm, 24.08. 2004

Landeshauptstadt Kiel, Die Frauenbeauftragte / Referat für Frauen: Stadtplanung und Stadtentwicklung aus der Sicht von Frauen, Kiel, o.J.

Mückenberger, Ulrich / Tondorf, Karin: Gender Mainstreaming Informationen und Impulse, Hg. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover, Juli 2000

Richter, Peter G.: Architekturpsychologie. Eine Einführung, Kap.10: Raum und Farbe, Pabst Science Publisher, Lengerich 2004, S.167-190

Die Schwester, Der Pfleger 43 Jg. Heft 9/04, S.658 ff.

SRL - Vereinigung für Stadt-, Regional- und Landesplanung e.V. (Hg.): Feministische Strategien für nachhaltige Stadt- und Regionalentwicklung - Debatten um Indikatoren in Deutschland, Ergebnisse eines Runden Tisches von PlanerInnen in der Bundesrepublik Deutschland in Bonn am 27. November 1998, Berlin, Dezember 1998

Stadt Dortmund, Stadtplanungsamt, Abt. Stadterneuerung: Die lebenswerte Stadt, Leitbilder zur Stadtentwicklung und Stadtgestaltung aus Frauensicht, Dortmund 1998 / Weiterentwicklung 2003

Stadt Nürnberg, Stadtplanungsamt, Referat VI: Städtebauliche Kriterien für eine frauenfreundliche Planung, Nürnberg / Erlangen 1996

Stadt Solingen, Gleichstellungsstelle / Stadtplanungsamt / Amt für Stadtentwicklung und Wirtschaftsförderung: Frauenbelange in der Baulietplanung. Kriterien frauengerechter Stadtplanung und Stadtentwicklung, verabschiedet am 01. Sep. / 06. Okt. 1997

Stadt Wien, Magistratsabteilung MA 57: Richtlinien für eine sichere Stadt, Schriftenreihe frauen, Band 1, Wien 1995

Wallraven-Lindl, Marie-Luis / Beller-Schmidt, Ingrid: Frauenbelange in der verbindlichen Bauleitplanung, in: Baurecht. Zeitschrift für das gesamte öffentliche und zivile Baurecht (BauR), 5/1992, S. 549 ff.

www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php vom 12.06.2004

www.kemperhof.de/presse/pressemitteilung_040904_gestaltung.html, vom
09.08.2004

www.klinikum.uni-erlangen.de/leitbild.htm vom 12.06.2004

www.klinikum.uni-erlangen.de/jahresbericht vom 12.06.2004