



„Klar ist: das Gesundheitsthema versteckt sich nicht mehr hinter Krankenhausmauern. Die Vergesundheitlichung des Alltäglichen und des Urbanen ist in vollem Gange.“¹

¹ Maierhofer Magdalena, future.lab Magazin #10, S. 5, TU Wien 2018

▲ System aus Wegen und Zentren im Körper eines Säugetiers

Wenn wir verstehen wollen, warum Krankenhäuser so aussehen, wie sie aussehen, müssen wir wissen, wie diese mit der jeweils vorherrschenden, medizinischen Haltung verbunden sind. So liefert sozusagen jedes neue Gesundheitskonzept das Krankenhausideal gleich mit. Vergleicht man das Otto-Wagner-Spital mit den Bettentürmen des neuen AKH, erkennt man sofort diametral gegensätzliche Gesundheitsideen.

D

Das Otto-Wagner-Spital verkörperte in seiner Entstehungszeit die Antithese zur damaligen – wie man glaubte krankheitsursächlichen – dichten und dreckigen Stadt. Das räumliche Konzept *Frische Luft, viel Sonne und Naturnähe* entsprachen den damals neuesten medizinischen Theorien. Die Pavillonarchitektur selbst sollte die Heilung unterstützen oder gar herbeiführen – also *healing architecture*.

S

Später stellte der Zentralbau des neuen AKH mit seinen Bettentürmen ein völlig anderes Krankenhaus- und Heilungsverständnis dar. Hier sind es die medizintechnischen Maschinen, Röntgengeräte, Labore, OP-Konzepte und die Kunst der Chirurgie, die Heilung versprechen und der Krankenhausform zugrunde liegen. Funktionale Parameter wogen weitaus stärker als räumliche oder gar städtebauliche Ideen und Qualitäten. Ziel war nicht das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten zu steigern, vielmehr beschäftigte sich die Krankenhausplanung mit der Optimierung von Abläufen, Funktionszusammenhängen, Logistik oder Haustechnik.

D

Das Krankenhaus wandelte sich zu einer immer komplexer werdenden Körperreparaturmaschine und wurde nur noch

von Spezialisten verstanden und von spezialisierten Büros geplant. So blieb die Krankenhausplanung vom restlichen Planungs- und Architekturdiskurs scheinbar unberührt. Neue architektonischen Konzepte, Funktionalismuskritik und anderen Entwicklungen in der Planung gingen am Feld der Krankenhausarchitektur meist spurlos vorbei. Gleichzeitig war das Interesse des Architekturdiskurses am Krankenhaus ebenso gering. Die meisten einflussreichen Büros folgten Mies van der Rohes Empfehlung „Never built a hospital!“ und überließen die Planungsaufgabe eben den Krankenhausplanern. Auch auf den Universitäten und in Fachzeitschriften spielten die Gesundheit und ihre Infrastrukturen lange kaum eine Rolle. Doch das ändert sich. Die Gesundheit dringt immer weiter in Stadt

Beitrag von Magdalena Maierhofer

→ Fortsetzung auf Seite 5

Public Health Care Future

Ein Weckruf!

VON NORBERT ERLACH

▲
© ETH-Bibliothek Zürich, Bildarchiv/Stiftung Luftbild Schweiz; Fotograf: Walter Mittelholzer

Mehrere „Geheimagenten“ sind zeitgleich ausgezogen und haben innerhalb von wenigen Tagen mit den vielen Grundeigentümern etwas außerhalb der Stadt verhandelt und deren Grundstücke abgekauft. So wurde in der erforderlichen Größe das für die gesamtheitliche Entwicklung des Projektes notwendige Areal gesichert.

Ein angesehenen Architekt war über die für dieses Projekt vorgesehene Planung derart unzufrieden, dass er mit all seinem Durchsetzungsvermögen erreichte, vor dem Parlament des Bundeslandes dazu eine Rede halten zu dürfen. Die Folge war ein Direktauftrag zur Entwicklung eines Gesamtkonzeptes, nach dessen Vorgaben eine Amtsplanung entstand, die durchaus mit viel Expertise durchgezogen und realisiert wurde.

Für viele Jahrzehnte galt diese Einrichtung mit all ihren auch funktionellen Neuerungen ebenso wie mit ihrer intelligenten und wirtschaftlich an Effizienz orientierten Miteinbeziehung der unterschiedlichen Hangneigungen am Areal als richtungweisend. Die beeindruckende Gesamtanlage, die architektonischen Qualitäten der über 50 Gebäude, die Finessen der Räume und ihre Ausstattungen stehen auch heute noch im Mit-

telpunkt vieler Besuche in der rund 110 Jahre nach Inbetriebnahme noch weitestgehend funktionstüchtigen „Weißen Stadt am Berg“.

Das Zusammenspiel von der großen Idee bis zur Detailqualität wird hier seit Generationen als Gesamtkunstwerk empfunden und dementsprechend vom Denkmalamt auch so ausgewiesen. Nicht nur in ihrer Außenwirkung, sondern in diesen Gebäuden auch in der Gestaltungskraft der Innenräume.

Vier Besonderheiten aus dieser Projekt-Historie sind (stellvertretend für viele andere) anzumerken:

- 1) Vor Inangriffnahme des Projektes sind bei Amstetten 2 Pavillons aus dieser Planung vorab errichtet worden. Sie haben als Prototypen für eine Testserie mit Probelauf gedient.
- 2) Weil der Andrang der Patienten damals unerwartet stark gestiegen ist, wurden während der Baueinreichung fast alle Pavillons um ein Geschoss aufgestockt. Das fällt heute gestalterisch nicht unangenehm auf.
- 3) Zwei Drittel dieser Spitalseinrichtung wurde von Beginn an als Bürgerspital geführt, ein Drittel als privates psychiatrisches Sanatorium. Die exklusiv hohen Behandlungskosten des Sanatoriums haben

den Betrieb vom zwei Drittel-Anteil des Bürgerspitals finanziert. Über viele Jahre erfolgreich.

4) Als Baustelleneinrichtung wurde damals am Areal eine Eisenbahn zum Transport der Baustoffe eingerichtet. Anschließend hat sie noch rund 80 Jahre ihren Dienst als Ver- und Entsorgungseisenbahn verrichtet und Essen, Wäsche, Güter etc zu den Pavillons transportiert.

Mir ist bei heutigen Baustellen im Moment keine damit vergleichbare „Baustelleneinrichtung mit 80-Jahre-Langzeitnutzung“ bekannt.

Der oben genannte Architekt, Otto Wagner, der es so gut verstand, sich und seine Interessen in den Vordergrund zu stellen, hat zwar keinen Auftrag für die Ausführungsplanung der gesamten Spitalanlage erhalten, konnte aber den Wettbewerb zum Entwurf und Bau der Anstaltskirche gewinnen und hier am Steinhof mit seiner Kirche und ihrer goldenen Kuppel nicht nur topographisch sondern auch künstlerisch einen weltweit geltenden Höhepunkt der Architekturgeschichte schaffen.

Wohlgermerkt: auch als Krönung einer flexiblen und zukunftsorientierten Amtsplanung für diese heute Otto Wagner-Spi-

tal genannte Gesamtanlage. Baubeginn 1904, fertiggestellt 1907. Drei Jahre! Mit den damals bescheidenen technischen Hilfsmitteln. Will jemand einen Vergleich zu heute aktuellen Großprojekten ziehen?

DIE BESCHIEDENE RAUMORDNUNG UND STADTPLANUNG HEUTE

Mit diesem Exkurs in die Geschichte der Spitalsplanung in Wien können folgende Überlegungen aufgezeigt werden:

- Die Raumordner und Stadtplaner müssen endlich die Zusammenhänge von Funktionsplanung, Betriebsorganisation und flexibler Nutzungsentwicklung einseitig und neuen Raumplanungsinstrumenten andererseits begreifen.
- Durch einen mangelhaft fundierten Einsatz von Rahmengesetzen, Widmungen und Bebauungsvorgaben in alten Kategorien werden die Katastrophen der heutigen Projektentwicklungen schon frühzeitig und nicht-korrigierbar ausgelöst.
- Hier ist nicht ein gefälliges Mitwirken der Raumordner und Stadtplaner bei billigen politischen Kurzfristigkeiten gefragt, sondern das Fachwissen von Experten mit Rückgrat und ihr strategisches umfassendes Zukunftsdenken.

Infolge der seit 100 Jahren veränderten Regeln ist „der Faktor Zeit“ ein ganz wesentlicher Indikator für das Gelingen oder Misslingen geworden. Die Realisierung eines Projektes im Gesundheitsbereich benötigt heute schon rund 15 Jahre, davon 10 Jahre nur der Bau mit Inbetriebnahme. So wurde 2001 im Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital mit den Raumprogrammen für das geplante Mutter-Kind-Zentrum samt OP-Zentrum begonnen. 2006 startete der Architekturwettbewerb, 2016 wurde das Haus eröffnet. In diesen 10 Jahren kam das vorher unvorstellbare Smartphone auf den Markt und hat den technischen Umgang mit Daten revolutioniert. Und Teile großvolumiger Bauten, die 2006 bestellt wurden, sind jetzt nach der Eröffnung nicht mehr notwendig. Was tun?

Also bräuchten wir inzwischen schon längst „rollierende Widmungsplanungen“ für die heute üblichen „fortschreibenden Zielplanungen“, in Kombination mit Simulationen. Wie bringen wir die Raumplanung dazu, sich zu bewegen? Raumplanung scheint sich durch die Abhängigkeit von der Politik auf das Bewahren des Ist-Zustandes auszurichten, sie orientiert sich oft an dem bösesten Übel unserer Gesellschaft hier, an den sogenannten wohlverworbenen Rechten. Künftig wird aber Raumordnung und Stadtplanung als Hilfe und Instrument zur Veränderung zu verstehen sein. Als Krücke, um die Zukunft bewältigen zu können. Das steht damit leider im Gegensatz zur Politik.

In der Beobachtung der letzten Jahre zeigt sich, dass der Wiener Umgang mit den Gesundheitseinrichtungen genau da-

ran krankt. Das politische Ziel heißt klar: Nichts Neues! Alles bleibt ruhig, wir haben schon Ärger genug. Ja keine Visionen.

Jetzt also wäre schon lange ein Weckruf der Raumordner und Stadtplaner fällig!

Aber viele Raumplaner spielen mit. Wir organisieren Bürgermitbestimmungsmodelle, bei denen wir die Menschen heute fragen, was ihnen gestern nicht gefallen hat. Dann formieren wir als Prozessmoderatoren daraus die Bürgermeinung, was wir heute verbessern wollen. Was aber stets darauf hinausläuft, dass die Bürger heute keine wirkliche Änderung wünschen. Und wir haben nicht den Mumm aufzustehen und als Experten den Menschen klar zu machen, dass das Erreichen einer positiven Zukunft jetzt kräftige Änderungen und massive Brüche erfordert. Die Welt außerhalb unserer Insel der Seligen entfernt sich zunehmend. Wir hier fahren jetzt an die Wand.

DIE ZERSPLITTERUNG ALTER SYSTEME - UNSERE KRANKENHÄUSER LÖSEN SICH AUF!

Dabei ist es gerade jetzt Zeit, zu realisieren, was rund um uns herum schon in Bewegung geraten ist. Das klassische Spital wird es in 7 bis 10 Jahren nicht mehr geben. Wer baut denn heute noch Krankenhäuser!?

Es wird eine kleine High-Med/High Tech-Einrichtung überbleiben. Mit routinieren Spezialisten. Allein schon der Zwang zur Dokumentation und zur Qualitätssicherung löst jetzt schon die Landspitäler auf, die alle Behandlungen und Eingriffe anbieten sollen und (zumeist nur selten) durchführen. Gesundheit 4.0 bedeutet auch, dass ich den geübten Spezialisten für meine Problemstellung finden und aufsuchen kann.

Die Pflegebetten werden vor das Spital hinaus verlagert, auch in Hotels, auch in Wohngruppen. Ambulatorien und Ärzte-Gruppen sind schon im Entstehen, Kooperative Ärztezentren ebenso wie die neuen Formen der Polikliniken. Sie werden sich von Ländergrenzen, Standesgrenzen und Kämmerern nicht mehr aufhalten lassen. Gesundheit 4.0 lässt sich nicht bremsen.

Spannend wird die Entwicklung der Einrichtungen in diesen Zwischenzonen und die Beweglichkeit dieser Einrichtungen mit ihren erforderlichen Schnittstellen. Die Dienstleister werden interdisziplinär vernetzt arbeiten und quer durch die genannten Einrichtungen ihre Tätigkeiten ausüben.

Wir müssen jetzt schon die künftigen Notwendigkeiten für diese Betriebsführungen erfragen und dann die entsprechenden Raumordnungs-Kategorien ausdenken und anbieten, z.B. durch geschossweise unterschiedliche Widmun-

gen oder durch sich temporär ändernde Nutzungskombinationen.

Raumplanung 4.0 muss schnell sein, wir müssen mit der neuen Beweglichkeit mithalten können und die Nutzungsströme mit Übersicht und auf vielen Daten basierend begleiten. Sonst werden wir erst gar nicht mehr gefragt! Sonst geht es uns wie den Apothekern. Deren Existenzberechtigung wird gerade von der realen Wirtschaftswelt links liegen gelassen.

Haben wir dazu schon die entsprechenden Widmungskategorien vorbereitet? Wie deregulieren wir die Raumplanung, die auf ewig geltenden Gesetzen beruht, um sie anschließend beweglicher als begleitendes dienendes Element neu erfinden zu können? Nur so kann Raumordnung und Stadtplanung überleben.

Und Achtung: Die Zukunft ist im Hintergrund schon da, wir wollen nur das Wachsen nicht wahrhaben. Die ganz großen Player dieser Welt haben das Wirtschaftsfeld der Gesundheit schon im Visier: Amazon und Telekom-Konzerne haben kein Problem, in den kommenden Jahren z.B. in Deutschland Hunderte von Millionen Euro Defizit pro Jahr zu machen, um den Markt der Gesundheit, der Pflege und des Älterwerdens an sich zu ziehen. Dann wird eine Alexa uns ungefragt mitteilen, welche raumplanerischen Entscheidungen und Umsetzungsschritte ihre anonymen Programmierer im Hintergrund heute 2018 schon definiert haben! Zum Nutzen dieser Mega-Player. Wie die Geheimagenten des Kaisers anno dazumal am Steinhof.

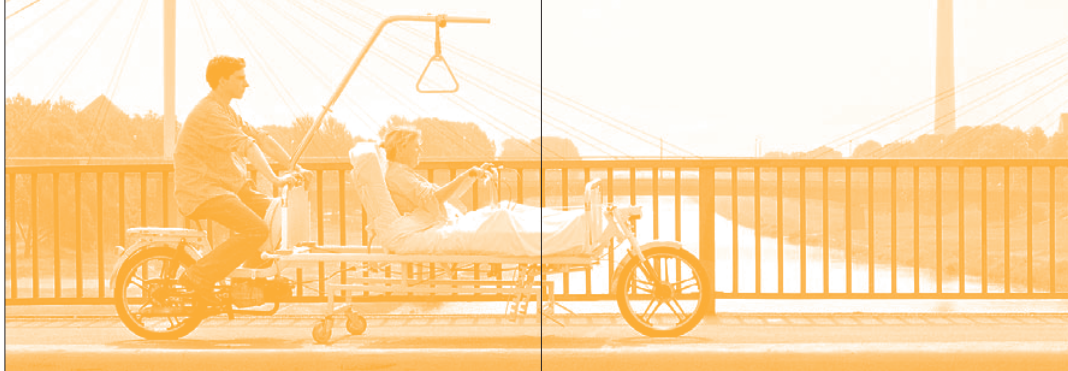
Unser Weckruf muss also lauten: Disruptivieren wir uns, sonst werden wir disruptiviert!



NORBERT ERLACH

Norbert Erlach ist Architekt und Stadtplaner, Mitbegründer des denk-x.net (Netzwerk für interdisziplinäre Lösungen) und Universitätslektor. Neben seiner Tätigkeit als Stadtplaner und Architekt machte er sich einen Namen als Zielplaner, vor allem für Wiener Spitäler, für die er und sein Team umfassende Entwicklungskonzepte zur Betriebsoptimierung erarbeiten.

Die Neuverortung der Gesundheit – Gesundheitsinfrastruktur für Stadt, Wohnung und Hosentaschen



▲ PAZIMO (Patienten-Zivi-Mobil) von Johannes Vogl, 2004 © J. Vogl; Foto: Amira Amor Ben Ali

→ Fortsetzung von Seite 1

und in die Planung vor. Sie erscheint in verschiedenen Formen und an mehreren Orten. Wir planen wieder Gesundheitsquartiere, heilende Architektur und das *gesunde Wohnen*. Das Gesunde erscheint dabei als Inbegriff der guten, lebenswerten Umwelt. Das wiederum wirkt auf die Positionierung der Gesundheitsbauten. Sie rücken zurück ins Zentrum – räumlich in den Städten und inhaltlich im planerischen Diskurs.

Genauso beobachten wir eine umfassende Neustrukturierung der Versorgung, die alle Formen von Gesundheitsinfrastrukturen betrifft. Kleiner werdende Geräte, Automatisierung und Digitalisierung, Behandlungsindividualisierung sowie sich ständig verändernde medizinische und pharmazeutische Methoden verändern unsere Gesundheitsversorgungslandschaften gerade grundsätzlich. Während wir das Krankenhaus in heutiger Form wahrscheinlich nicht mehr brauchen, entstehen neue Orte der Versorgung.

Es waren in der Vergangenheit die großen, teuren und immobilen Geräte, welche die gigantischen Krankenhauskolosse alternativlos erscheinen ließen. Dazu bestimmten aufwendige Operationen und Behandlungen mit, den aus ihnen resultierenden, langen Krankenhausaufenthalten Form und Verortung. Beides, die Standorte der wichtigen immobilen Geräte und die Verortung der Bettenzahlen, verlieren ihre bis vor kurzem maßgebende Bedeutung für die Versorgungsplanung. Veränderte und differenziertere Gesundheitseinrichtungen führen zu großen Herausforderungen für die Gesundheitsinfrastrukturplanung und zu neuen Architekturen und Planungsaufgaben.

Die Untersuchungen, zu denen der Patient im Krankenhaus erscheinen muss, werden immer weniger. Die an Bedeutung gewinnende Telemedizin ermöglichte Anamnese, Untersuchung und Diagnose

über große Distanzen. Patient und Arzt müssen sich dabei weder am gleichen Ort noch im Krankenhaus befinden. Kleiner, günstiger und mobiler werdende Medizintechnik (wie etwa tragbare Röntengeräte) ermöglichen die Untersuchung in Praxen oder sogar in privaten Wohnungen.

Auch die Behandlungs- und Operationsräume verlieren ihre Ortsgebundenheit. War es bis vor kurzem noch undenkbar, manche Operationen außerhalb der großen Krankenhäuser durchzuführen, können heute viel mehr Eingriffe in fachärztlichen Praxen oder kleinen Stadtkliniken durchgeführt werden. Denkt man an neue Technologien, geht das sogar so weit, dass der Operateur, der Spezialist, nicht mehr zwingend physisch im Operationssaal anwesend sein muss. Bei vielen Operationsmethoden hält der Chirurg das Skalpell nicht mehr in seinen eigenen Händen. Vielmehr steuert er über einen Computer die für minimalinvasive Eingriffe notwendige Robotik. Statt auf den Patienten blickt er auf einem Bildschirm. Dafür ist eine störungsfreie Datenübertragung wichtiger als die Ortsgleichheit. Der Arzt kann sich dabei im Nebenraum, in einem anderen Krankenhaus oder gar in einer anderen Stadt aufhalten.

Die beschriebenen Entwicklungen, schonendere minimalinvasive Operationstechniken und weniger stationäre Vor- und Nachsorge führen zwangsläufig zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern im Krankenhaus. So werden viele chirurgische Bereiche in naher Zukunft fast völlig ohne Bettenstationen auskommen. Voruntersuchungen und Operationsvorbereitung finden außerhalb des Krankenhauses statt. Muss der Patient nach der Operation noch betreut und beobachtet werden, kann das von außerklinischen Einheiten übernommen werden. Die Smartwatch sendet die Körperdaten aus dem privaten Schlafzimmer direkt an das Krankenhaus. Ist der Patient noch nicht

gesund genug, um direkt in seine Wohnung zurückzukehren, bilden mobile Formen der Versorgung wie tagesklinische Einrichtungen, Patientenhôtels oder Patientenwohnungen eine Art Brücke zwischen städtischen Alltagsräumen und den klinischen Bereichen im Krankenhaus. Genauso tragen Primärversorgungszentren, Mikrokliniken, Gesundheitsförderungsnetzwerke oder integrierte Versorgungskonzepte zu einer ausdifferenzierteren Gesundheitsinfrastrukturlandschaft bei.

Während sich die großen Krankenhauskolosse förmlich auflösen, übernehmen alltägliche, öffentliche und private Räume immer mehr gesundheitliche Aufgaben und Verantwortungen, wobei die Auswirkungen auf diese Orte noch nicht vollends absehbar sind. Wir müssen uns die Frage stellen, wie das die Planung von medizinischen und nicht-medizinischen Räumen verändert und wo wir die Gesundheitsversorgung in unseren Regionen, Städten und Quartieren verorten. Das betrifft die Gesundheitsinfrastrukturplanung im Speziellen, aber auch viele andere Bereiche der Stadt, der Architektur und der Raumplanung. Welchen Platz geben wir der Gesundheit in unseren Städten? Oder wahrscheinlich noch wichtiger: Welche Rolle spielt Gesundheit in der Planung?

GESUNDHEIT UND PLANUNG, VON DER URBANISIERUNG DER GESUNDHEIT UND DER VERGESUNDHEITLICHUNG DER STADT

Obwohl die Disziplinen Medizin und Planung in der Vergangenheit eng verbunden waren, im 19. Jahrhundert sogar parallel entstanden sind und meist die gleichen Ziele verfolgten, spielte das Thema Gesundheit im Planungs- und Architekturdiskurs der letzten Jahrzehnte kaum eine Rolle. Der früher sehr intensiv geführte Dialog verstummte. Trotzdem zeigt ein Vergleich der aktuellen Gesundheits- und Planungsdebatten nicht nur ähnliche Entwicklungen, sondern auch, dass sie auf dem gleichen ideologischen Fundament und auf ähnlichen Vorstellungen von gesundem Leben in einer lebenswerten Umwelt aufbauen. Gerade im Kontext der Gesundheitsinfrastrukturplanung ist besonders lohnend, die sich Überschneidungen in der Geschichte von Planung und Gesundheit genauer anzusehen – gelten doch die Krankenhäuser als bauliche Manifestation der jeweils vorherrschenden Gesundheitsvorstellung der jeweiligen Zeit.

Eine besondere Intensität erlangte die Beziehung zwischen Gesundheit und Planung im Angesicht des Städtewachstums im 19. Jahrhunderts. Die Verbesserung der damals unvorstellbar schlechten gesundheitlichen Verhältnisse war eine

der großen Herausforderungen dieser Zeit und das zentrale Thema für Medizin und Planung. Dichte, schlechte Wohnverhältnisse und desaströse hygienische Zustände führten zu wiederkehrenden Seuchen und zu einer immer höher steigenden Sterblichkeit in den Städten. Die klare Diagnose: die Stadt macht krank. Ärzte und Planer sahen ihre Aufgabe darin, diese totbringende, städtische Umwelt zu verbessern. Sie entwickelten gemeinsame Strategien, Argumente und Leitbilder. Der störungsfreiere Stadtkörper als funktionaler Organismus war das ebenso medizinische wie planerische Idealbild dieser Zeit. Licht, Luft und Sonne waren die Heilmittel.

Für die Planung galt die neue, geordnete und fehlerfreie Stadt bis weit in das 20. Jahrhundert hinein als ideal, gesund und somit als erstrebenswert. Erst in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts, änderte sich dieser städtebauliche Diskurs. Als die Kritik an der funktionalen Stadt der Moderne stärker und der Ruf nach durchmischteren und kleinteiligeren Stadtstrukturen lauter wurde, verschwand auch die Gesundheit wieder aus der Planung. Die naturwissenschaftliche, biomedizinische Gesundheitsargumenta-

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

(Driesen, *A Strategy for Re-urbanising Hospitals*, 2006: 107)

tion, die angesichts der Zustände im 19. Jahrhundert entwickelt wurde und die Anliegen der Architekten der Moderne stark untermauerten, war für die Forderung nach neuen nachbarschaftlichen Quartieren nicht mehr brauchbar. Neue Ideale waren gefragt.

In der zweiten Hälfte der 20. Jahrhunderts – und von der Planung lange Zeit scheinbar unbemerkt – vollzog sich auch in den Gesundheitswissenschaften ein mit dem damaligen Stadtdiskurs durchaus vergleichbarer Paradigmenwechsel. Zuvor wurde der Körper vor allem als funktionaler Organismus gesehen. Das Aufspüren und Beseitigen von Fehlfunktionen, also das Bekämpfen von Krankheiten, war das Kerngeschäft der Medizin. Mit großem Erfolg: der Chirurgie gelang es, Krebsgeschwüre aus dem Körper zu schneiden und die meisten übertragbaren Krankheiten verloren durch die Entwicklung neuer Medikamente und ein

gesteigertes epidemiologisches Wissen ihre tödliche Wirkung. Übrig blieben die nichtübertragbare Krankheiten – Herzkreislauferkrankungen oder psychische Erkrankungen konnten so nicht geheilt werden. Diese waren mit den alten Methoden weder erklär- noch behandelbar. Um diese *neuen Krankheiten* zu erfassen und um ihre Ursachen zu verstehen, brauchte es ein anderes Gesundheitsbild, das den Körper nicht mehr als isolierten Organismus, sondern in seiner Gesamtheit, aus individuellen Gewohnheiten, Lebensstil und Umwelt betrachtet.

Dafür verließ die Medizin wieder vermehrt Labore und Anatomiesäle. Anstelle der Fokussierung auf das Körperinnere blickt sie wieder auf die Stadt. In den 80er-Jahren erklärt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Stadt zum ersten Setting der Gesundheitsförderung. Gesundheit soll dort gefördert werden, wo sie entsteht, wo Menschen arbeiten, leben, ihre Freizeit verbringen, spielen und lieben – also in den meisten Fällen in der Stadt.

Neben dieser Wiederverräumlichung der Krankheitsursachen, sehen wir ein neues Gesundheitsverständnis und neue Heilungskonzepte (ab diesem Zeitpunkt Gesundheitsförderungskonzepte genannt), die eine Wiederannäherung der Gesundheit an die Planung nahelegen. Anstelle von hygienischer Reinheit, fordert Aron Antonovsky, der mit seinem Konzept der Salutogenese als Begründer dieses neuen Gesundheitsverständnisses gilt, in den 80er Jahren eine *handhabbare, verstehbare und sinnhafte Umgebung*. Seitdem arbeitet die Gesundheitsförderung mit Begriffen wie *Empowerment, Community und Partizipation*. Teilhabe und individuelle Selbstbestimmung stellen das Gegenkonzept zur autoritären top-down Medizin dar. Die Ähnlichkeit zu den zeitgenössischen Stadt- und Planungsidealen ist dabei unverkennbar. Das dafür zentrale Dokument, die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO aus dem Jahr 1986, liest sich wie ein Plädoyer für eine bessere Stadt.

So sind Stadt und die Quartiere wieder das zentrale Forschungs- und Handlungsfeld der Gesundheitswissenschaften. Umgekehrt stellt sich die Frage, wie sich diese Wiederannäherung der Gesundheit an die Stadt auf uns, auf die Stadtplanung im Grundsätzlichen und auf die Gesundheitsinfrastrukturplanung im Speziellen auswirkt – räumlich, planerisch, theoretisch und ideologisch.

GESUND(HEIT) PLANEN

Klar ist: das Gesundheitsthema versteckt sich nicht mehr hinter Krankenhausmauern. Die Vergesundheitlichung des All-

täglichen und des Urbanen ist in vollem Gange. Während das Krankenhaus immer urbaner wird, gewinnt das Gesundheitsargument in der Planung und Architektur wieder an Bedeutung. Aber was bedeutet das für Stadt? Wie sollen die Gesundheitslandschaften der Zukunft aussehen? Fragen wie diese können nicht von den Gesundheitswissenschaften alleine beantwortet werden. Es braucht eine planerische Betrachtung und Forschung.

Es reicht nicht, die aus dem Gesundheitsbereich kommenden Forderungen und Ideen unkritisch umzusetzen. So verlockend es scheint, planerische Entscheidungen allein auf gesundheitliche oder medizinische Argumente zu stützen, so unsicher ist das auch. Hat doch gerade die Gesundheit die Eigenschaft, als Argument oft unhinterfragt zu bleiben. Gilt etwas als gesund, gilt es automatisch auch als gut und damit als umsetzungswürdig. Dabei ist der Gesundheitsbegriff selbst stark von gesellschaftlichen Idealbildern bestimmt und keinesfalls eine unveränderliche oder gar unkritisierbare Größe.

Somit ist es unabdingbar, eine eigene Haltung und einen eigenen Umgang zu entwickeln. Architektur und Raumplanung, die Universität und insbesondere unsere Fakultät, stehen hier in der Verantwortung. Wir müssen verstehen lernen, wie sich die neue Gesundheit auf Stadt auswirkt. Wir müssen sehen, was für neue Planungsaufgaben und -verantwortungen durch neue Versorgungskonzepte auf uns zukommen, erkennen was für Möglichkeiten und Herausforderungen daraus entstehen und sie aktiv mitgestalten. Aber vor allem müssen wir darüber diskutieren, wie die Gesundheitslandschaft der Zukunft aussehen soll und was eine gute Gesundheitsinfrastrukturlandschaft oder eine gute Stadt überhaupt ausmacht.



MAGDALENA MAIERHOFER

Seit 2018 lehrt und forscht Magdalena Maierhofer als Universitätsassistentin am Fachbereich Örtliche Raumplanung. Ihre Dissertation positioniert sie im Spannungsfeld von Stadt, Public Health und Planung. Dabei untersucht sie die Verortungen der radikalen Veränderungen in der gegenwärtigen Gesundheitsversorgungslandschaft und fragt nach den zukünftigen Rollen von Gesundheit, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsinfrastrukturen in Stadt und Region, fragt, welche Spielarten der Versorgung neu entstehen werden und wie das Stadt, Raum und Planung verändern wird.

Spatial Dimensions of Health:

Adequate Health Services for Refugees

BY WANDA SPAHL

▲ The market street of the Önder neighbourhood, between buildings demolished because of public urban development projects

Health needs are dynamic and play out in a politically loaded field. Like many countries, Austria is currently undergoing controversial reforms. Questions about who gets funded and is prescribed benefits within the public healthcare system remain disputed: who is entitled to health services? Who is excluded from the system? How can we guarantee access? On what basis do doctors make a diagnosis? What is illness? What is health? And what is a health need? In answering these questions, spatial dimensions play a crucial role. Health and healthcare provision are closely entwined with their organisation and affiliated practices in urban space. Adequate policies and their analysis should acknowledge these spatial dimensions in order to meet one of the most important basic needs. In pointing out ways to do so, I will introduce information about the pursuit of healthcare of refugees in Ankara, Turkey, and engage in reflections about possible ways to incorporate spatial dimensions when looking at health needs of refugees in Vienna.

WHERE DO YOU LIVE AND HOW DO YOU LIVE?

Often, health policies focus on financial aspects and distributional issues and on medical treatment within already established institutions. Increasingly, lifestyle is taken into consideration. This can be seen in prevention measures. One can think of anti-alcohol and anti-cigarette campaigns in this regard or the promotion of physical activities. But it is

well known that health outcomes are to a large degree more a consequence of current and previous experiences than health entitlements and treatment. Socio-economic inequalities beyond legal provisions matter. Therefore, disadvantaged groups such as refugees who suffer from socio-economic inequalities should be covered by a health policy to achieve successful and all-encompassing ends.

To master this task, spatial aspects have to be taken into account: one dimension in this regard is the location within the city. Where do you live? To what extent is the health infrastructure accessible? A second dimension is the quality of life. How do you live? What kind of accommodation do you have? How do you perceive your immediate environment? Both dimensions have tremendous consequences for a person's health.

HEALTH: BASIC HUMAN NEED

Health is a fundamental human right. Different countries engage in varying tactics to meet the health needs of their citizens. In Turkey, a comprehensive system of universal health coverage (see Note A) was established quite recently. In 2003, the country started reforms to ensure access to healthcare for all citizens. Now the system is financed via taxes, fosters family physicians for delivering adequate and patient-centred primary care and aims at an improvement of hospital management through public-private partnerships.

But how are non-citizens such as refu-

gees covered by the health system? Not everyone automatically profits from the healthcare system. Access often depends on the legal status and the consequent rights. In Turkey, if registered, refugees have access to most services of the public health system. However, accessing these services is often difficult. Increased marketisation of the health system with top-up payments is a burden for vulnerable populations. Generally, refugees face increased health risks owing to hazardous experiences in the country they fled, often strenuous paths of migration, and stress factors in the host society such as insecurity in future prospects and restricted access to social services. The high number of refugees – with around four million people making up around 5% of the overall population of Turkey – risks overstraining the established structures of the health system.

NOTE A: UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

A universal health coverage system can function as powerful social equalizer. "Universal health coverage means that all people and communities can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship." The main dimensions of universal health coverage comprise equity in access in the sense that the whole population is covered by the system, quality of healthcare and financial risk protection. Still, each country needs to decide whom to extend access to, which services to cover, and how to pay for them.

URBAN REFUGEES IN TURKEY

What healthcare access do refugees in the cities of Turkey get in reality? This is a question that is very much connected with both spatial dimensions in focus here, the location, and the quality of life. Those factors – alongside issues such as an increased workload for health professionals and difficulties in the treatment situation based on language and culture – are crucial for successful fulfilment of refugees' health needs. In previous years, Turkey has been hosting more refugees than any other country in the world. With the outbreak of the Civil War in Syria in 2011 the number of people seeking refuge in the country has increased steadily (see Note B). In July 2018, more than 3.5 million Syrians were registered in Turkey, alongside people from other countries such as Afghanistan, Iraq and Somalia. Estimations indicate that 10% of the refugees live inside camps, mainly in the southeast; all others live in cities across the country. The high numbers of incoming people have posed considerable chal-

lenges. One crucial challenge is meeting their health needs.

NOTE B: LEGAL STATUS OF REFUGEES IN TURKEY

In 2013, with the adoption of the Law on Foreigners and International Protection, it was the first time that Turkey created a political framework for migration. Yet, article 61 maintains the geographical limitation from the 1951 Geneva Convention, by which the status 'refugee' is restricted to persons fleeing Europe. This limitation derives historically from the emigration experiences made in World War II. People currently residing in Turkey are not able to get the legal status 'refugee', which is possible in nearly all other countries that adopted the Geneva Convention, such as Austria. In Turkey, all Syrians are granted temporary protection, while non-Syrians can qualify for subsidiary or conditional protection, and apply for the resettlement program by the United Nations High Commissioner for Refugees.

For further reading: Soykan, C., 2017. Access to International Protection - Border Issues in Turkey, in: States, The Law and Access to Refugee Protection: Fortresses and Fairness. Hart Publishing, Oxford ; Portland, Oregon.

ANKARA 2016: HOUSING AS SPATIAL ASPECT OF HEALTH

At the beginning of 2016, I spoke to non-state refugee supporters such as NGO representatives and private helpers, health personnel, academics, key figures of the refugee communities and civil servants in Ankara. My objective was to have a better understanding of the living situation of refugees residing in urban areas of Turkey. It was clear for the people I spoke to that geographical and local conditions are crucial barriers or facilitators of healthcare access for refugees.

"62.000 Syrian people are documented in Ankara. But there are lots of people trying to live on the streets, in the parks. So we do not know the exact number unfortunately. Two thirds of this population in Ankara live in a province called Altındağ. There poverty is so high." (Turkish Medical Association doctor)

Ankara is the Turkish capital, and with approximately five million inhabitants, the second largest city. It hosts more than 60.000 refugees, who live citywide. Housing for the refugees is not provided by the state. About two thirds of them live in the Önder neighborhood, a hilly Gecekondu Bölgesi (see Note C) in north-east Ankara in the city district Altındağ. In recent years, Turkish people have increasingly

left Önder. Walking through the streets, Arabic is the main spoken language; most shops are owned by Syrians. According to a Syrian woman, places to live depend on the economic status: Refugees with the least means live in the camps close to the Syrian border. Richer ones come to Ankara, where the ones better off reside in richer districts, and the lower income refugees in Önder.

Another district which is known for its refugee population is Keciören. Its Gecekondu areas in the outskirts of the city, with little infrastructure, are home to most Afghans in the city. Their houses are placed in the hilly sideways of an out-of-town arterial road. The closest public transport is reached in a walk along the paths between exceedingly simple Gecekondu houses. Then you arrive at a bus station next to a very busy road, where not much can be found. An empty snack bar is surrounded by an abandoned parking lot with dusty grounds.

Inferior housing conditions in remote areas often cause health problems. They are fertile ground for the spread of parasites. The lack of adequate heating and hygienic infrastructure, mouldy walls and dusty floors cause illnesses. In such an environment these can easily turn into chronic diseases.

GEOGRAPHICAL LOCATION OF HEALTHCARE SERVICES IN ANKARA – ONE LARGE HOSPITAL

The healthcare structure in Ankara mainly relies on Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ("Ankara Teaching & Research Hospital"). The hospital is the fourth largest in Turkey and the largest one in the capital. The main visitors are economically disadvantaged Turkish people. Additionally, Ankara Hospital treats approximately 6,500 foreign patients per month. Most of them are Syrians, followed by Iraqi Turkmen, Afghans, and others. Yet the conditions in Ankara Hospital are not beneficial for migrants. Firstly, resources are overstretched. Even before the migration influx there were too many patients in the hospital. Now, with the additional migrants, supplying adequate care is difficult against the background of this over-capacity. Secondly, language is a problem. The number of translators provided by the Ministry of Health is far too low. Thirdly, the insufficient staff-patient ratio and the lack of translators create unhealthy staff-patient relationships. Regarding these and other cultural challenges, some of the healthcare staff refuse to treat refugee patients. Then a portion of the medical staff takes over. They are engaged to serve refugees' health needs, even though they are working in inferior conditions.

"We do it. You saw the man working there (she refers to an Arabic speaking employee of the Foreign

Patient Admission office). I think they are paid very little, but they talk to them like friends." (Doctor in Ankara Hospital)

Further, although Ankara Hospital is relatively close to the districts with most refugees, sometimes transportation costs by bus or taxi to the hospitals are a financial burden. In case of acute and serious illness many refugees are in despair. Often, and especially if their children are sick, they call ambulances to get treatment. They are unfamiliar with the health system in Turkey and thus create extra costs.

NOTE C: GECEKONU BÖLGESİ

Gecekondu Bölgesi is the Turkish term for a squatted neighbourhood – 'gece' means 'night', 'kondu' means 'placed' and 'bölge' indicates a geographical district or region. Such neighbourhoods consist of hastily built houses constructed without building permission. They originally developed when large parts of the rural Turkish population moved to the major cities such as Istanbul, Izmir and Ankara. Now, Gecekondu Bölgesi also shelter most of the urban refugees in those cities. The houses vary drastically in quality and size, manifesting different living standards – some are tidy, others have sandy floors, some are neat apartments, others one room barracks with cloth as walls. In recent years, the government-backed housing agency TOKİ (Turkish: Toplu Konut İdaresi Başkanlığı) has demolished many Gecekondu Bölgesi and replaced them with mass-housing compounds.

ALTERNATIVE SOLUTIONS AND DISPERSED HEALTH INFRASTRUCTURES

Because of these difficulties, refugee patients find alternative solutions. All over urban areas in Turkey refugees have practised as physicians illegally. Alongside the factor of cultural proximity, geographical proximity is key. Refugee doctors practise in the neighbourhood. People decide to consult a doctor, who might not even have a real licence, with inferior medical equipment. They speak the same language and know the preferences of their patients. They are easy to reach. Healthcare infrastructure only works if it suits the needs of patients and picks them up in their life situation.

"The Syrian doctors can't get a work permit. They are not allowed by law, but they can give really confusing instructions to the patients sometimes. Sometimes it's good, it's positive. They are very helpful and they can refer the

Syrians to hospitals. But in some cases they give some misconceptions to them. (...) It can have very negative results. For example we had a case in which a 15 year old child actually had a problem with his brain. He had a nail in his head and he had to be operated on but the doctor tried to perform a surgery by himself with some of the tools that he was carrying around with him. And if we hadn't interfered, perhaps that life would be lost. It's a very dangerous issue actually. And sometimes they can also demand money from the refugees for performing these surgeries." (Turkish NGO worker)

Also smaller health centres are low-threshold alternatives to hospitals. The Turkish Ministry of Health together with Hacettepe University and the United Nations Population Fund collectively run small health centres. In Ankara, there are four Women Health Centres. They are mostly frequented because of their geographical proximity to the refugees' houses. Yet the largest and better equipped centre is placed in an area without refugees, while e.g. no centre is placed in Keçiören. This planning error results in ineffective health infrastructures.

VIENNA TODAY: SPATIAL DIMENSIONS IN INTERPRETIVE HEALTH RESEARCH

Currently I am researching health needs of refugees in Vienna. I will map the city based on patient experiences, provider perspectives such as physicians' point of views, and health policies. With this we can see the infrastructures and services in situ, actual usage and perceptions of them, and of course what is missing to cover health needs adequately. I expect spatial circumstances to play an equally important role here as I have observed in Ankara. For example, in the Austrian capital, housing might be inadequate. Private apartments for refugees are often overcrowded. Persons with respiratory problems reside in basements with dangerous levels of mould. Or the infrastructure provided might be used ineffectively. People with a common cold consult the emergency department of a hospital.

Like health policies itself, the analysis of health policies should acknowledge spatial dimensions so that better health outcomes can be achieved. They can receive attention in various ways when analysing health needs and service delivery – in the themes of the research findings, in data collection, and in the analysis of data. Data in qualitative social science research can take various forms – interviews, photos, documents etc.

I will now propose several ways to incorporate spatial dimensions meth-

odologically. In my research I follow an interpretivist approach (see Box 4). In the realm of healthcare, such an approach "focuses on the social construction of health policies through the ability of individuals for meaningful action, and highlights the meanings that inform the actions of the individuals involved in all kind of healthcare practices." Accordingly the aim is to attain socially contextualised knowledge of health needs. Health in this respect is dynamic. It cannot be measured with pre-defined and standardised indicators. Our blood count does not mirror our health. Health is more. It changes from place to place and over time. It is both subjective and socially negotiated.

ANALYSING POLICIES WITH SPATIAL DIMENSIONS

Firstly, themes of research findings can be spatial. I have already described important spatial dimensions in Ankara. Other themes can include the current housing situation. Especially a lower socio-economic status can lead to inferior circumstances. For instance, someone with a respiratory disease might afford only low-ranked flats. If these have mouldy walls for instance, the housing situation becomes a crucial part of the person's health needs. For refugees, another important theme is the space that has been traversed during flight and the space that has been left behind. The home, the place of origin is crucial to understand health needs. An example of this is the medication prescription and use. In some countries such as Austria the prescription of medicaments is done hesitantly, whereas in others such as the US or Syria it is more common to give prescriptions. A patient from one of the latter countries then sees the usage of drugs as urgently necessary to become healthy. The patient might be dissatisfied with the doctor then, and in the worst case the healing process might be delayed because in the new place there is perhaps no infrastructure that covers previously covered needs! (might result in unsatisfactory doctor-patient relationships.)

Secondly, the data collection itself can make use of space on the research site to achieve a better understanding of the health needs of refugees. Methods in this regard are for example thematic maps of the city, mental maps, and go-alongs. In case studies of cities, the spatial distribution of health facilities is crucial. One method we may highlight is the creation of a thematic map of the city with health venues which turn out to be important for refugees. This might include major public hospitals and hospitals specialised in migrant and refugee care, but also health insurance service desks, social services and mental health institutions. Next to mapping the city as a whole, so-called mental maps are a way

to account for subjective perspectives. Each person will have an individual way of navigating the health system, including diversified and smaller-scale units of health venues such as family physicians, pharmacies, social service providers and community-based and peer-to-peer help. Another approach is walking as method.

NOTE D: INTERPRETIVIST APPROACH

Crudely put, social science is divided into interpretive and positivistic approaches. The latter often engages in quantitative methods. The researcher presumes he/she can capture the world by thoroughly collecting facts, as for instance done in major surveys about human behaviour. Instead, in interpretive approaches the researcher presumes that she already interprets the world the whole time. She does this for example with her social and historical background, her language and the concepts she applies. This means that all knowledge is produced by particular groups of people, at a certain time and a certain place. Things we "know" depend on who we are, when we live, and where we live. We cannot analyse reality, but rather get partial insights from the perspective of an insider. We can never detach from our social and geographical surroundings.

Interpretivist approaches to analysing health policies aim at uncovering meanings of policies. Policies are broadly understood as comprising a variety of elements: Next to the legal framework, experiences by people who are targeted with certain laws, practices by people who fulfil certain rights such as administrators and physicians, and actual outcomes related to health are at the centre of attention.

For further reading: Geertz, C., 1973. *Thick description: Toward an interpretive theory of culture*. New York: Basic Books. 3-30
Wagenaar, H., 2011. *Meaning in action: interpretation and dialogue in policy analysis*. London ; New York: Routledge
Yanow, D., 1996. *How does a policy mean? interpreting policy and organizational actions*. Washington D.C.: Georgetown University Press.

It aims at understanding complex life situations also through familiarising oneself with the landscapes people pass and paths they walk. As such, "go-alongs" (term coined by Margarethe Kusenbach) complement research endeavours which aim at a contextualised understanding of experiences. Such spatial approaches for capturing the delivery of social services put the perspectives of migrants in the foreground, instead of analysing pre-given localities as they have been planned by the administration.

Thirdly, space can also play a role in the process of data analysis. Situational



▲ Gecekondu Bölgesi in Ankara with mass-housing compounds in the background developed by the government-backed housing agency TOKI

Analysis is an analysis method which developed out of the famous "grounded theory" and is rooted in interpretive perspectives (see Note D). A situation comprises a broad variety of elements beyond the human factor. It understands that all these different elements co-constitute each other in a specific situation. Next to the more classical social science data such as observed behaviour or interviews, there is a focus on the relationships among individuals, organizations, institutions, technologies, cultural symbols, histories and so forth. Human actions are set in relation with nonhuman objects. Accordingly, spatial dimensions can be included as important element of the analysis. In situational maps multiple kinds of data can be included from multiple sites. This means that it is a tool that offers the possibility to relate what is said to what is around us.

In applying spatial methods for interpretive policy analysis, the focus is on the refugees' agency. Their actions actively shape the space around them. Mapping health facilities of a city is more than visualising hospital locations. The described spatial methods help to generate a contextualised picture. This takes the individual history and socio-cultural background into account. The emphasis is on the individual person who navigates the health system. A contextualised approach enables us first to understand the relation between formal provisions and actual practices, second to find barriers – in the sense of provisions – that should be there in theory but are not in practice, and third to identify missing infrastructures, which are not present in theory, and not anticipated by the already existing policy tools.

DESIGNING GOOD HEALTH POLICIES

For the World Health Organization "improving the health of migrants and refugees goes beyond providing access to health services. It includes ensuring that the basic needs of migrants and refugees are addressed including adequate nutrition, water, sanitation, hygiene, housing, education and employment. It involves addressing the complex upstream political and socio-economic factors that affect a person's health."

Spatial dimensions are crucial for successful health policies. Both the described life situation of refugees in Ankara and the proposed theoretical reflections about mapping health needs are examples in that regard. Space is an aspect that has to be taken into consideration like time in the form of the personal history, or like the social situation affected by gender, educational background and family status. This will surely require a definition of space. It might also lead to new perspectives on space. I am sure that social researchers can learn a lot in this regard from city planners, architects and vice versa.

The final aim of social policies should be that of meeting human needs, with health being among the most crucial. Ensuring adequate services relies on political decisions. Paths taken and decisions made considerably shape how we live. High-income countries in particular have a duty to provide policies which guarantee that these needs are met for people living in the territory. The fulfilment of health needs is part of a life lived with dignity. This goes beyond the mere provision of access and takes the socio-economic situation into account, since it is

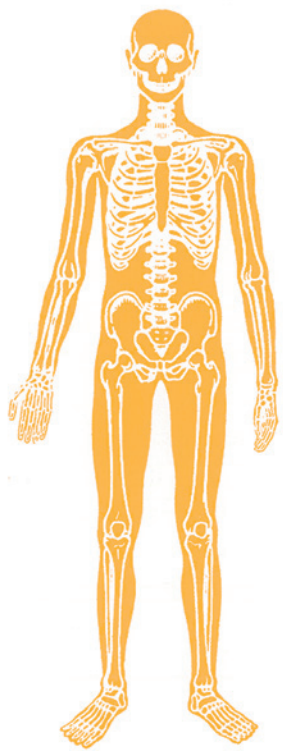
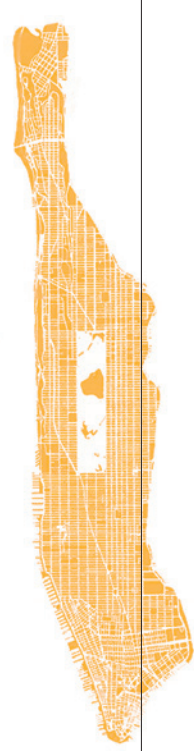
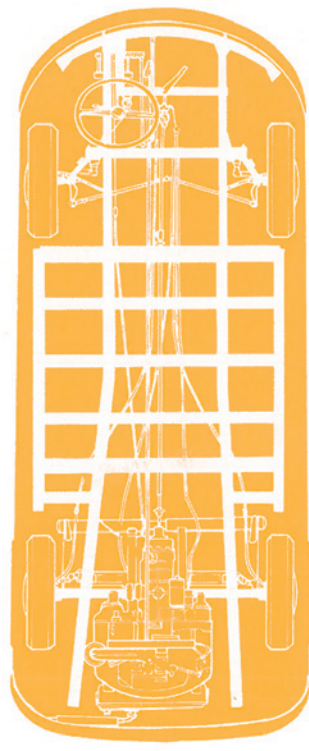
obviously rooted in the spatial environment.

- 1 I understand the term refugee for people who fled violence or persecution in their home countries. I refer to them as disadvantaged owing to:
 - (i) increased mental and physical health risks on the basis of a history of flight and a well-established body of literature on worse health outcomes for immigrants, (ii) discrimination, and (iii) precarious legal status with the consequences of psychological distress, inferior housing conditions, worse job prospects and so on.
- 2 I was conducting research for my Master's thesis "Stratified Membership. Healthcare Access for Urban Refugees in Turkey."
- 3 Bevir, M., & Waring, J. (Eds.) 2018. *Decentering health policy: learning from British experiences in healthcare governance*. Abingdon ; New York: Routledge
- 4 Clarke, A.E., Friese, C., Washburn, R., 2018. *Situational analysis: grounded theory after the interpretive turn*. Los Angeles: SAGE



WANDA SPAHL

Wanda Spahl is University Assistant at the Department of Political Science, University of Vienna. She is part of the Centre for the Study of Contemporary Solidarity (CeSCoS), which will be launched on November 15 in Vienna. Her PhD project is concerned with health needs of refugees.

An Organism
Bone StructureA City
Street StructureA Mechanism
Frame Structure

▲
City Metaphors¹

Changing Conditions in Healthcare Architecture

BY TINA GREGORIC AND EVELYN TEMMEL

During both the winter and summer term of 2017/2018 two design studios titled *Learning from Denmark* focusing on new typologies in healthcare were initiated and led by professor Tina Gregoric and assistant professor Evelyn Temmel of the Department for Architectural Typology and Design, with extensive help of guest professor Morten Gregersen from NORD Architects, Copenhagen. Together, they conducted an intense research trip to experience Denmark's current built responses within the field of healthcare to their long-lasting welfare state agenda. Two project sites in Copenhagen were carefully selected and a brief for a local healthcare community centre was developed. This article goes into depth about the theoretical background the design studio stems from. The following interview offers some insights on the positions of Morten's practice towards healthcare architecture and the community.

New findings in medical research had always had a huge impact on the understanding of design, architecture and cities with their infrastructural layout¹. Throughout history, notions of the body and the idea of health and illness were determined by developments in politics, economics and culture, while innovations in medical treatments and advancements in technology directly influenced

the typologies of healthcare facilities.

Creating healthcare architecture is a particularly challenging task, as complex programme organisation and technology intertwine with the heightened sensitivity of involving and impacting human beings. The design of hospitals has mostly been influenced by new technical advances and rarely by a more humanistic approach that would focus on sociological and psychological needs of both patients and staff. It is essential to research and design healthcare by integrating the experiential potentials or even the therapeutic role of architecture on all scales – from urban design to the development of novel typologies with a capacity for social interaction, to creating an atmosphere that invokes hope and trust in patients. This is created, for instance, by employing natural lighting, colours, greenery and everyday programmes.

From a European perspective, one can follow the architectural history by investigating healthcare typologies, developing in parallel in different countries. These typologies were influenced by new findings in therapy and treatment. We have studied built references like the renaissance Ospedale Maggiore from Filarete (Milan, 1456-1464, 1625-1649, 1791-1801), whose slim wings and courtyards refer to the necessity of fresh air and light, and the 19th century urban

Hôpital Lariboisière by Martin-Pierre Gauthier (Paris, 1846-1854), which follows the same demands, but enables them in a higher density. In the 20th century, we focused on pavilion-hospital structures around Europe, like the psychological treatment and nursing facility Am Steinhof by Otto Wagner (Vienna, 1907), where illness was moved to the periphery of the city, and the modernist Paimio Sanatorium by Alvar Aalto (Paimio, Finland, 1933) that reacted to new treatment methods of tuberculosis with generous sun terraces. Considerations of the unit and the module were examined at Le Corbusier's Venice Hospital designs (Venice, 1965), the conceptually radical but never built system proved problematic, as the typology of the patients' room didn't offer any direct views. The integration of urban elements, like the street and the square, into a care facility for the elderly was investigated through Herman Herzberger's project De Drie Hoven (Amsterdam, 1971-1974, partly demolished 2014-2015). These and some more selected references present a broad spectrum of different urban and architectural concepts that built the common ground for the design studio.

*"Medicine is a moral enterprise and therefore inevitably gives content to good and evil. In every society, medicine, like law and religion, defines what is normal, proper or desirable."*²

Changing conditions in society – new diseases and afflictions, demographic change, individualisation, transformation of the traditional family – bring new requirements for these public buildings and demand new answers in contemporary architecture.

Today's shift in the perception of medical treatment towards a more humanistic approach is once again placing the patient in the centre of attention, and leads to new typologies of healthcare facilities; namely the Maggie's Centre for cancer patients in the UK-initiated by architecture critic Charles Jencks in the '90s, who, for each new centre, invited a famous architectural practice to design it: Frank Gehry, Zaha Hadid, Richard Rogers, Steven Holl and OMA among others; or the Center for Cancer Patients by NORD Architects (Copenhagen, 2009), based on the British examples but moves further by adding physical training spaces and increases its publicness. New considerations in this healthcare architecture are integrating the patient more and bridging to care facilities, like homes for the elderly, with similar approaches. Here we can observe an evolution especially in the last decade in outstanding examples from Austria, where the focus on the threshold between private and public, indoor and outdoor and carefully elaborated physicality results in sensitive transitions of space and new atmospheric qualities.

Healthcare is still widely politically

determined and therefore radically varies within the European context. Mostly, we are facing higher healthcare costs, and at the same time, reduced public services and spending, which leads to the fact that being healthy is very often an individuals' responsibility, while the optimization of the body and being in good health has become an important symbol of status in our society. The policies and activities of some welfare-states, including Denmark, are trying to establish quality healthcare for everybody by also focusing on community-oriented preventive and postoperative care with the argument that every citizen has a right to it.

"Within the healthcare studio we tried to discover and experiment how architecture can be reinvented as a true context of healing. How architecture can be a new way of thinking in order to articulate the space as a treatment in itself." (Flavia Trifan, student, BA)

Two main trends can be observed in the field of healthcare in progressive countries in Europe: the development of immense, highly technical and specialized, state-led institutions—"Super Hospitals"—and a network of locally organized, smaller facilities, developing a range of new non-hospital typologies such as patient hotels and cancer centres for preventive and postoperative care, primarily to shorten the patients' time spent in hospitals and demystifying illnesses within the community life. They offer a huge potential to increasingly connect aspects of healthcare with social ones like individual or group consultancy, nutrition and cooking classes or guided sports activities, allowing these typologies to act more as health-oriented community centres.



▲
Studio Project, Lea Scherer, Lauritz Bohne, Manfred Scheiblreiter

LEARNING FROM DENMARK

In-depth research on advanced healthcare typologies and their visions were the core aspects of the design studio. Denmark was carefully chosen as a progressive paradigm with built healthcare prototypes responding to their long-lasting history of their welfare system. It provides an environment in which developments in architecture and design are deeply rooted in everyday life, while they also have the power to reflect, react and even initiate social transformations. The question the studio dealt with was how a permanent and profound reflection on social transformations, and today's proven belief that architecture can serve as a healing factor, could play a vital role in the design of innovative healthcare typologies or how architecture could support the process of healing and trigger positive effects on lifestyle habits.

Investigating different kinds of healthcare buildings from different periods of time in Denmark and Austria, the students got an overview and a better understanding of how healthcare was and is manifested in architecture and in different social and political contexts. The carefully tailored research trips offered us intense on-site experiences first in Copenhagen: the *Fredriks Hospital* (1757, today the Design Museum), the *Bispebjerg Hospital* (1913, pavilion hospital structure), the *Centre for Cancer Patients* (NORD Architects, 2009) or the *Patient Hotel* (3XN, 2015), and later in Austria at the psychological treatment and nursing facility *Am Steinhof* (Otto Wagner, Vienna, 1907) and the nursing home for the elderly *Erika Horn* (Dietger Wissounig Architekten, Graz, 2015), to name just a few. These and some more examples broadened the research on other pilot projects from the history of architecture and formed a starting point and a pool of ideas for the design work.

"Visiting various healthcare projects in Copenhagen gave us the opportunity to free ourselves from the images we had in mind of how healthcare architecture should look like. Choices of materials and furniture, for example in the Cancer Centre by NORD Architects, is far from the sterile atmospheres you would expect in a medical environment." (Hannah Geskes, student, MA)

For developing their own programmatic content, the students had to face distinctive sites with a real context to react to. Together with local experts, two very specific places in Copenhagen were selected: first within the *Fredriksberg Hospital* area—which dates back to 1903 and will be transformed in the near future into a new living quarter—and the second, an overall green, local recreation area close to the new developments of Ørestad, the *Fælled Kvarter*.

LEARNING FROM DENMARK

Exhibition of student projects & research:
12.11.2018 - 14.11.2018 in Prechtlsaal, TU Vienna

Exhibition Opening & Symposium:
12.11. 2018, 15:00 in Prechtlsaal, TU Vienna

with Morten Gregersen, NORD Architects - Copenhagen, Stig Vesterager, 3XN - Copenhagen, Dietger Wissounig, Dietger Wissounig Architekten - Graz

more information: www.gbl.tuwien.ac.at

LEARNING FROM DENMARK

With the idea of a healthcare-oriented community centre and the very different environments, the project's content started to become multifaceted, and we investigated how the projects can integrate themselves into the specificities of urban or natural contexts. The hybrid programmes range from the topics of information to elucidation and prevention, to care and share, with, as a core motif, spaces, which can be used by the community. For example, an everyday facility with a specific medical care unit, combined with units for temporary overnight stays. With the focus placed on the sensitivity of the perception of the user and the potential for human interaction, the students also addressed the task through very specific spatial organization and a detailed definition of materiality.

The student projects represent a variety of building types, which refer to their historical archetypes and some even partially quote them. They can be seen, along with fragments of the research, in an exhibition from November 12-14 at the Prechtlsaal / TU Vienna.

"In the office I work at we do a lot of healthcare buildings, these projects are very good examples of the status quo. After working and experimenting with this topic in the studio, my idea of them changed completely. Now I'm questioning things everyone seems to take for granted and maybe in the near future it will begin to change our projects." (Michael Heiderer, student, BA)

¹ Oswald Matthias Ungers: *City Metaphors*, from Hans Hollein, *MANtransFORM*, New York: Cooper-Hewitt Museum, 1976, CCA Collection, p 110;

² Ivan Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, New York: Random House, Inc., 1976; p 40; Originally published in *Great Britain* by Calder & Boyars, Ltd., London; 1975;

Exhibition
Opening:
12.11.2018
Prechtlsaal
15h

A low-threshold access to healthcare buildings is, according to Morten Gregersen from NORD Architects Copenhagen, a fundamental and important aspect of self-reliant, healthy citizens. As guest professor, Morten Gregersen supported the studio with his extensive knowledge on designing healthcare buildings. He offered us an in-depth experience of some of the office's internationally acclaimed advanced healthcare typologies—the Center for Cancer Patients (Copenhagen, 2009) and the Urban Hospice (Copenhagen, 2013-2016).

You started your office in 2002, how did you come to work in this new typological field of healthcare?

We started focusing on user involvement in many different projects. It was not very present at the time for architects to involve the users on both an urban level and a building level. We were working within the field of social housing, where we could innovate and come up with new ideas on how to involve people with the architectural practice. Later we came into educational projects, where new pedagogical frameworks enabled us to work together with the staff at schools and to create new learning environments. By establishing this kind of emphasis on the process, we came across the competition for the Cancer Centre of Copenhagen. We were up against the bigger companies in Denmark, and with the approach based on rethinking the experience for the patients and the staff we managed to show a potentially different healthcare environment compared to the normative environments in hospitals and other institutions. That was our starting point for healthcare projects.

How would you define your principles in the office regarding architecture?

We think that architecture has the capacity to create buildings that coexist with both the users and the environment around it. Buildings should open up, invite people in, communicate what they are doing with the community and create a dialogue. In the '60s and '70s, the late modernist era, institutions didn't express their purpose very well. They had a more machine-like layout of plans; the facade, for instance, became more and more strict. We try to make things work in relation to the context and content and involve the citizens through their experience with the building.

One example is the Cancer Centre.

"We develop content before we develop solutions"

Interview with Morten Gregersen, conducted by Evelyn Temmel

It's not only a healthcare building, it also opens up for cultural events in the city, for example a jazz concert. It's designed to be able to host other types of programme within something that would conventionally be a closed-off healthcare facility.

Which statement influences your projects the most?

One of our statements is that we develop content before we develop solutions. You can say it's a comment on the architectural industry. We as architects have been slowly moved towards the end of a project's phase, where the content and the functional diagrams have already been developed by clients, advisors and engineers. The architects make the sketch on behalf of those functional definitions in the program. We think architecture shouldn't be divided in parts: content and design. We also want to work with content and we always try to challenge that. Whenever we do projects, we really work in-depth, collect knowledge on the workflow and activities of the users before we start designing.

Could you tell us about the process you went through with the Centre for Cancer Patients?

We won the competition for a brief co-created with the patients. They have been visiting some of the Maggie's Centres in Britain and were very sceptical towards some of them because of their over-spectacular architecture. They disliked that, and also recognised that they needed more functions than were offered in these projects. The program of the Centre for Cancer Patients also has physical

▲ Center for Cancer Patients, NORD Architects © Bo Bolther

training and teaching spaces and is more than twice as large as a Maggie's Centres.

After we won the competition, it was very much about customising the building to the needs of the patients. Apart from the program it was also about the furniture. For instance: one would think a chair in a facility like that should have armrests, because if you are sick, you need to get up easily. But we learned that they would like a normal, well designed chair, because they didn't want to be stigmatised by an interior made from the same elements as a hospital. It was an interesting finding that the furniture and all these small things themselves are expressing something fundamental to the users of our buildings.

Can you explain a bit more about the program of the Cancer Centre?

The people come from the hospital with the diagnosis of cancer. The primary treatments, like chemotherapy and operations, still happen at the hospital. The centre provides help with rehabilitation, courses for mental support or training schedules – complementary to what is needed for the treatment. It's a more holistic approach to a person. Cooking and eating are also important parts of this. In case of a special operation, for example, you learn how to cook healthy dishes providing enough energy, minerals and vitamins to be able to recover faster. There are network groups to meet and cook together, learn about the sickness and discuss treatments, which leads to a kind of common knowledge. A selection of outside exercise is offered: mountain

biking, climbing, dancing – fun things, even though the people are sick. Cancer today is not a death sentence, but a much more diverse picture of people getting treatment and living the rest of their lives well. It's very much about bringing people back to a normal life as fast as possible, for them to be able to go back to work... and become tax payers again.

There is a lot of international interest in the Centre for Cancer Patients. How do you see this project almost 10 years after its opening?

It was the second standalone building we designed. At that time, we knew it was an important project for us, but over time it has become more and more evident how important such a building is to a practice like ours. Not only on a business level, but also on a human level. It's kind of a gift to have the opportunity to work on a project like that.

I give lectures together with the head of the Centre and it is a building that has affected healthcare buildings in Denmark a lot. People working in this field go there to see how things can be done in a different way. People come here internationally to see something that tries to do innovative things within a field that is often functionally very restricted and difficult to work with.

The Urban Hospice is a project you were commissioned after the Centre for Cancer Patients. What kind of requirements did you have to consider in this very special building?

There was no brief and no functional layouts in the beginning. The clients were really starting from scratch. We won the project on a tender with a description on how we would work together with the staff to develop the project with them.

Through workshops with the staff we got to know more about the content. It was an extremely complex building with complicated functions, a site with limited space and a lot of planning restrictions. We did 40 to 50 different models on how to integrate the building on the site. Normally in Denmark, a hospice is placed on the outskirts of cities near green fields, but in our case, the idea was to keep the patients within the city, where they used to live, where they liked to be, in an en-

vironment they knew. It challenges the thresholds between private and public space when there are people dying in a building and a public street running by right outside the window. I really appreciate that we could define the process and that it wasn't a normal competition. That was extremely important in the case of this sensitive agenda.

How do you see the relation between architecture and society as healing factors?

The task of the former generations was to build this welfare system. Architects were planning new schools, new kindergartens, and so on. They were breaking new ground. Everybody should have good healthcare, a good education and should be taken care of when getting old. Now our task is to redefine it, make it more efficient and more humane at the same time, bring in a more humanistic approach and make significant environments.

Buildings need to open up, be flexible, offer a versatile programme, they have to react to complex situations to become the multifunctional buildings of our future. The digitalisation of buildings can incorporate a dialogue with patients being treated in their own home.

Architects look into very different and often segregated areas of society, and are able to bring knowledge from one to the other. I think that is how innovation happens. We learned things from the Cancer Centre and bring it into a nursery home, then we bring that evidence based knowledge into a kindergarden or into educational buildings. Knowledge is applicable in many different places and architects can be the agents in bringing this into the planning stage.

How do you manage to bring the social aspects of your work and the high architectural quality together?

It's an evidence-based research that gives us our arguments for excellent architecture. Arguments don't only come from an aesthetic level, but also from a content level. Very often buildings are made without architects and they are just standardised buildings, but the more clients and politicians understand the capacity of architecture, the better it is. The life span of a building is not just ten years, it can be relevant and create a positive effect for a much longer period if it's done in a proper way.

What do you think do we have to challenge in future deve-

lopments in healthcare on an urban or architectural level?

People live longer than they used to and usually need help at an old age. There is a diagram of the distribution of age in the society – young people are at the bottom, older people on top. This diagram used to have a more rectangular shape, but now it is becoming more a trapezoid with a small side length (young people) on the bottom and a long side length (the elderly) on top – how to deal with this demographic trend is going to be extremely interesting for society at large, in terms of economy, but also in terms of physical environment. We need to create places where such a thing is feasible. From a well-adjusted society to a society of extremes. At the office, we are also working on senior housing projects, on Alzheimer projects and nursery homes, but I think we as a society need to start building a lot more for the elderly than we do today.

What is your position towards teaching architecture?

It is very interesting to teach and to get to know the young generation, to hear what they are thinking about the future, global issues, climate change and elderly people for instance. All these topics are extremely relevant to discuss in an academic environment. There, we are able to test vibrant ideas, keep them pure and investigate them in a way we couldn't do in a conventional practice. In that way, teaching can also have an effect on a practice – small ideas can become very important in big projects.

TINA GREGORIC

Professor of Architecture and Head of the Department for Architectural Typology and Design at TU Vienna. Together with Aljosa Dekleva she runs Dekleva Gregoric architects founded in Ljubljana in 2003, after they both received their post-graduate Master of Architecture from the Architectural Association (AA) in London.

EVELYN TEMMEL

Assistant professor at the Department for Architectural Typology and Design at TU Vienna. Together with Bernhard Luthringhausen she founded BELT in 2015, a practice investigating urban and architectural typologies in social and political context.

MORTEN RASK GREGERSEN

Founded NORD Architects in Copenhagen together with Johannes Molander Pedersen in 2002, soon after he received his Diploma from the Architectural Association (AA) in London. He has been visiting critic and lecturer at various universities and institutions across the in Europe and beyond.

Räume des Ankommens

- DISPLACED drei Jahre danach Was war? Was ist? Was kommt?

Drei Jahre nach der großen Flüchtlingswelle, die im Sommer/Herbst 2015 zu Ausnahmeständen in politischer, humanitärer, räumlicher und vielerlei anderer Hinsicht geführt hat, ist das „Flüchtlingsthema“ in der täglichen Berichterstattung noch immer präsent – und zwar so präsent, dass viele meinen, „schon gar nichts mehr davon hören zu wollen“. Die „Willkommenskultur“ steht mittlerweile am öffentlichen Pranger, lässt die Emotionen hochgehen und spaltet die Gesellschaft zusehends. Wie geht es Ihnen damit?

In den dreieinhalb Jahren, in denen meine Lehr- und Forschungstätigkeiten nun im Rahmen der Projekte DISPLACED (Harather/Stuefer, seit 2015 fortlaufend), Bildungslandschaften in Bewegung (Forschungsteam Arbeitsraum Bildung, 2016-2019) und PLACE of IMPORTANCE (Harather/Peer/Semlitsch/Stuefer, 2017) vornehmlich auf das sozial integrative Co-working mit geflüchteten Menschen fokussiert sind, habe ich diesen „Stimmungswandel“ und die starke Veränderung des „Aufmerksamkeitslevels“ sehr praxisnah miterlebt:

Im Kontext des von Dekan Scheuven initiierten „Parlaments der Fragen“ – und des sich daraus konstituierenden fakultätsweiten Forschungsteams Arbeitsraum Bildung – starteten wir im Frühsommer 2015 das Projekt DISPLACED, um zunächst informelle Bildungsräume für sozial benachteiligte Jugendliche gemeinsam mit diesen und unseren Studierenden zu gestalten. PROSA – Projekt Schule für Alle! bot sich dafür als idealer Projektpartner an, da sich dieser private Verein bereits seit 2012 speziell um junge Geflüchtete kümmert und es in der Schule für Alle! Jugendlichen über 15 Jahre, die noch keinen Schulabschluss haben, ermöglicht wird, hier in Österreich als Externe ihren Pflichtschulabschluss zu machen. So ist das Thema „Raum – Bildungsraum“ für PROSA ein ständig präsent und sehr wichtiges. Mit unserem weiteren Projektpartner SKuOR (Interdisciplinary Centre for Urban Culture and Public Space) konzipierten wir ein koope-

ratives Lehrveranstaltungsformat, das zugleich als experimenteller Beitrag für das „Internationale Festival für urbane Erkundungen – urbanize! 2015 Do It Together“ eingereicht wurde. Und so fanden wir uns Ende September 2015, kurz vor Festivalstart, plötzlich an einem Hot-Spot der Flüchtlingsbewegung wieder: Das bislang leerstehende ehem. Finanzamtsgebäude an der Vorderen Zollamtsstraße 7, das urbanize! für die Zwischennutzung als Festivalzentrale zur Verfügung gestellt worden war, wurde angesichts der dramatischen Ereignisse ganz spontan als Transitnotunterkunft für mehr als 1000 Flüchtlinge geöffnet und vom Wiener Roten Kreuz in Betrieb genommen. Angesichts dieser prekären Akutsituation galt es nun, unser aller Expertise nicht nur auf die Gestaltung informeller Bildungsräume für junge Geflüchtete, sondern ebenso – und ganz besonders – auf die innovative Gestaltung von Ankommeräumen für so viele unterschiedliche Menschen und Bedürfnisse zu konzentrieren: Über kreative Netzwerk- und professionelle Planungsarbeit ebenso wie über improvisierte ad-hoc-Gestaltungen und kooperative Selbstbauaktivitäten gelang es sukzessive, die Aufenthaltsqualität in dem anfangs völlig leerstehenden Haus zu verbessern und bildungsrelevante Gemeinschaftsräume, etwa ein Kulturcafé, eine Gemeinschaftswerkstatt, eine Bibliothek, einzurichten. Zeitgleich nahm die Open University in Neu Marx Gestalt an, die WSE (Wiener Standortentwicklung GmbH) stellte der Fakultät für Architektur und Raumplanung rund 2.200 m² einer



insgesamt 40.000 m² Brachfläche in diesem Stadtentwicklungsgebiet interimistisch zur Verfügung. Rund um die – vom Standort Karlsplatz nach Neu Marx transferierten – Containerbauten des Mobilien Stadtlabors entstand unter der Leitung von Peter Fattinger und im Rahmen seiner design.build-Lehrveranstaltungen „OPENmarx“ mit Werkstattbereich (OPENworkspace) und Sommerküche (OPENkitchen). Um diesen Ort von Beginn an als tatsächlich offene und sozial integrative Einrichtung zu planen, vernetzten wir design.build mit PROSA und brachten unsere sozialräumlichen DISPLACED-Erfahrungen ein. Denn die DISPLACED-Zentrale im Flüchtlingsquartier Vordere Zollamtsstraße 7 war (bis zur Schließung im Juni 2016) zu unserem sozialräumlichen Reallabor geworden, zu einem offenen Bildungsraum, in dem das mit- und voneinander Lernen unmittelbar alltags- und praxisbezogen stattfinden konnte, in dem aber die formalen Strukturen, in die das Lehr- und Forschungsgeschehen auch abseits der Universität eingebunden war, wesentlich dazu beitrugen, ein Mindestmaß an Normalität in dieser Ausnahmesituation herzustellen und den zahlreichen informellen Aktivitäten und Initiativen entsprechenden Raum zu geben.



Nicht zuletzt die Schließung des Quartiers Vordere Zollamtsstraße (und auch der Caritas-Notunterkunft „Haus Nord-WestBahn“, in der wir im Wintersemester 16/17 tätig waren) machte uns deutlich, wie wichtig es wäre, über „eigene“ Räumlichkeiten zu verfügen, über ein räumliches Kontinuum, das den asylsuchenden Menschen, die scheinbar wie Lagerware von einem Ort an den anderen verschoben wurden, als sozialräumlicher Treff- und Ankerpunkt dienen könnte, der ihnen zumindest etwas Halt und zwischenmenschliche Stabilität vermitteln würde. Mit dem Studio.DISPLACED, einem noch fahrtüchtigen Gelenkbus der Wiener Linien, der vom design.build-Team des Wintersemesters 2016/17 zum mobilen Multifunktions- und Experimentalraum umgebaut wurde, konnten wir, durch die abermals großartige Bündelung von Ressourcen und Synergien, dieses Vorhaben verwirklichen. Als zusätzliches räumliches Modul und Aktionsplattform ist das fahrbare Studio.DISPLACED in OPENmarx stationiert, kann jedoch bei Bedarf mobil werden.

Rund um das Studio.DISPLACED und über das einjährige EXCITE-Förderprogramm der Fakultät konnte OPENmarx im Jahr 2017 zu einem besonderen PLACE of IMPORTANCE avancieren: Mit einem dichten Lehrveranstaltungsprogramm, das im Rahmen des neu konzipierten Sondermoduls „Bildungslandschaften in Bewegung“ inhaltlich und terminlich gut aufeinander abgestimmt angeboten wurde und der transdisziplinären, künstlerischen wie wissenschaftlichen (Begleit-)Forschung im Rahmen des EXCITE-Projekts „Entwicklung bedarfsorientierter, integrativer Bildungsräume – to be continued at the place of importance“ (Harather/Peer/Semlitsch/Stuefer) wurde das OPENmarx-Areal intensiv aktiviert: Mittels Buddysystem, in dem sich Studierende und Geflüchtete zu fixen Semester-Arbeitspartnerschaften zusammenfanden und in Kleinteamstrukturen an konkreten Vorhaben arbeiteten, wurden bedarfsorientierte Nutzungsmöglichkeiten und weitere räumliche Settings für OPENmarx entwickelt (OPENrepair, OPENfurniture, OPENcinema, OPENgardening, OPENgame, ...). Im kleinen Rahmen des Künstlerischen Projekts „DISPLACED. Mobile sozialräumliche Ankerpunkte“ wurde auch im Wintersemester 17/18 – bei teils extremen und unwirtschaftlichen Witterungsbedingungen – an der weitergehenden sozial integrativen Nutzung des OPENmarx-Areals gearbeitet. Mit den beiden Stegreifentwürfen des Sommersemesters 18, „DISPLACED. Verlorene Lebensräume“ und „DISPLACED. Improvisierte Möglichkeitsräume“, wurden auf Basis des bewährten Buddysystems einerseits Möglichkeiten der biografischen Raumforschung erprobt und andererseits wurde wieder verstärkt mit den vielfältigen Außenraumpotenzialen des OPENmarx-Areals gearbeitet. Wie auch im Vorjahr gelang es letztendlich über das außerordentliche Engagement einiger Studierender, die bereits in DISPLACED-Lehrveranstaltungen am OPENmarx-Areal eingebunden waren und Projektgruppen mitaufgebaut hatten, die lange unterrichtsfreie Zeit der drei Sommerferienmonate mit studentischen Initiativen zu bespielen (z.B. Montags-Stammtisch und OPENDonnerstag im Sommer 2017, Mittwochs-Frauenrunde, OPENDonnerstag mit Musikprogramm, Filmabend, Sprachcafé, ... im heurigen Sommer).



Mit punktuellen Veranstaltungen (s. Ankündigung) und dem Künstlerischen Projekt „DISPLACED. Räume im Hier und Jetzt“ starten wir ab Donnerstag, 4. Oktober 2018 in die Wintersaison. Aufbauend auf den Erfahrungen des vergangenen Wintersemesters wird die kreative sozialräumliche Winternutzung des OPENmarx-Areals und der nur behelfsmäßig beheizbaren Raummodule im Mittelpunkt stehen.



Drei Jahre danach... Es braucht viel Energie und ist zweifellos ein Kraftakt, No-Budget-Projekte wie DISPLACED kontinuierlich weiterzuführen. Zumal die kontinuierliche Präsenz und Betreuung der Einrichtungen vor Ort, vor allem der Werkstätten, an fixen Tagen und zu fixen Uhrzeiten (auch außerhalb der Lehrveranstaltungszeiten) essenziell ist. Nur wenn dies gelingt, kann das stadträumliche Labor OPENmarx als tatsächlich sozial integrativer Ort am Leben gehalten werden. Und so ist Kreativität nicht nur im Kontext des künstlerisch-architektonischen und sozialräumlichen Gestaltens gefragt, sondern ebenso – und ganz besonders – hinsichtlich der Prozessgestaltung, der strategischen Vernetzung, der Ressourcenbeschaffung, des Umgangs mit formalen Rahmenbedingungen und bürokratischen Hürden, ...

Nach wie vor ist es die Zielsetzung von DISPLACED, auch Asylsuchenden, vor allem jenen, die im nahegelegenen Flüchtlingsgroßquartier „Haus Erdberg“ in äußerst beengten Verhältnissen wohnen, die Möglichkeit zu geben, an unserer Open University teilzuhaben, hier den so ersehnten gesellschaftlichen Anschluss zu finden, Freundschaften zu schließen, über das gemeinsame Tun die deutsche Sprache ganz selbstverständlich und praxisbezogen zu trainieren, einer sinngebenden Beschäftigung nachzugehen, ihr mitgebrachtes Wissen und Können zu zeigen und projektbezogen einzusetzen – und dabei als Menschen und Persönlichkeiten akzeptiert zu werden. Einige der Asylsuchenden begleiten unsere DISPLACED-Aktivitäten seit den Anfangszeiten im Quartier Vordere Zollamtsstraße und kommen wöchentlich vom anderen Ende Wiens und sogar aus Niederösterreich nach OPENmarx.

Drei Jahre danach ... Die Euphorie und Aufbruchsstimmung der Anfangszeit ist verflogen, der Ausnahmezustand von vor

drei Jahren, in dem unmöglich Scheinendes plötzlich möglich wurde, in dem sich Solidarität, Zusammenhalt und das Mitpacken als Selbstverständlichkeit erwies, wurde längst wieder im Sinne einer (gesetzlich) regulierten Normalität konsolidiert, das politische Klima hat sich nur allzu spürbar verändert. Viele Asylsuchende, die wir im Laufe unserer Projektarbeiten kennen und schätzen gelernt haben, sind wieder verschwunden, sind an andere Orte verlegt worden, in ihre Heimat zurückgegangen, haben negative Bescheide bekommen. Viele in Flüchtlingsprojekten Tätige wurden mittlerweile gekündigt, vielen Freiwilligen ist „die Luft“ ausgegangen. Dennoch wird weiterhin und vielerorts großartige Arbeit geleistet und es gibt sie – die Räume des Ankommens, in denen Integration weder als lästige Arbeit noch als „von oben“ verordnetes Programm abgetan wird, sondern sich als freundschaftliches und wertschätzendes Miteinander ganz alltäglich vollzieht.

Solange es aber Methode ist, positive Entwicklungen und innovative Integrationsmodelle medial weitgehend auszublenken, ist es umso wichtiger, das bereits Bestehende und Erarbeitete mittels kooperativer Taktiken und „Schneeballprinzip“ weiterzutragen. Und so ist es wunderbar zu sehen, dass sich viele der projektbeteiligten Studierenden als sehr aktive MultiplikatorInnen erweisen, indem sie Initiativen starten, neue Netzwerke aufbauen, themenrelevante Diplomarbeiten verfassen, kreative Zukunftsoptionen entwickeln.

Es geht weiter – auch drei Jahre danach. Interessierte sind jeden Donnerstag in der Zeit von 14:00 – 18:00 herzlich willkommen!

KARIN HARATHER

DISPLACED. RÄUME IM HIER UND JETZT

Lehrende:
Karin Harather

Kick off:
DO, 4.10.2018, 14:00, OPENmarx

Architektur:
264:178 | Künstlerisches Projekt | 5 ECTS

Publikation:
„Flüchtlingsunterkunft Vordere Zollamtsstraße 7, Wien Mitte. Vom Massenquartier zum Haus der Möglichkeiten“
TU Verlag, Wien 2018; Karin Harather/
Renate Stuefer/ Eliane Etmüller (Hg.)

Buchpräsentation:
MI 10.10.2018, 19:00, Mobiles Stadtlabor

DISPLACED. RÄUME IM HIER UND JETZT

Field Trips in Public Space #3

Reagenzglas (Süd-) Osteuropa

DER BALKAN BEGINNT...

... nicht wirklich am Rennweg, so wie es Metternich (vielleicht) gesagt hat, aber auch an keiner klaren Grenze. Es gibt mehr verschiedene geographische, politische, kulturelle Landkarten als Länder. Die Ränder der Region sind fast unmöglich zu definieren, auch weil die stark negative Beibedeutung des Begriffs Grund genug für jeden ist, den Balkan irgendwo hinter sich selbst – östlich oder südlich – zu setzen. Dementsprechend wurde auch Südosteuropa zum politisch korrekten Begriff.

Der Balkan ist im Allgemeinen schlecht bekannt, sein Bild unscharf, neblig; die Gegend ist sogar im Bewusstsein der westlichen Eliten kaum geprägt, wenn man von den Tragödien der letzten etwas mehr als hundert Jahren absieht. Positive Kulturklischees, die einem sofort über ein Land oder ein Kontinent einfällen, lassen sich hier vermissen. Wir sind irgendwie am Rande von allen und allem und der eiserne Vorhang hat viel dazu beigetragen: für den Westeuropäer ist die Gegend nicht mal halbwegs heimisch – so wie das „östliche“ Mitteleuropa, aber auch nicht toll exotisch, so wie der klare, „wahre“ Orient.

Hunderte von Jahren am Rande aller Kaiserreiche und Kulturwelten und etwa 200 Jahre Arbeit an einer streng nationalen Identität, dazu immer wieder aufkommende Konflikte (für die wir nicht immer allein die Schuld tragen) schufen eine komplizierte Wirklichkeit (und Wahrnehmung) aber auch wunderbare Mischungen. Alles liegt hier nebeneinander und übereinander, von Homer und Sokrates zu den Dada-Mitbegründern, vom Apfelstrudel zur Baklava, von byzantinischen Kirchen und Moscheen zu den Theatern von Fellner und Helmer oder zum Brutalismus.

LEARNING FROM THE BALKANS

Die sehr eigenartige Urbanität der Gegend ist auch durch die bunte Überlappung und die originelle Synthese der

verschiedenen Modelle und, der Geschichte entsprechend, von Brüchen und Konflikten geprägt. Die vor allem im 18. und 19. Jahrhundert angefangene Modernisierung wurde nach dem 2. Weltkrieg, ausgenommen in Griechenland und der Türkei, vom sozialistischen Projekt in autoritäre, zum Teil totalitäre Weichen gelegt (so liegen im Zentrum von Bukarest städtebaulich und architektonisch Europa und Nordkorea direkt nebeneinander). Nach der 1989er-Wende hat sich das Gesellschafts- und Städtebaumodell wiederum radikal verändert: die totale Kontrolle wurde vom Ultraliberalismus ersetzt. Statt dem Staat, produziert nun vor allem das individuelle Projekt die Stadt. Zersplitterung und wilde Entwicklung sind überall im Territorium zu finden, sowie Identitäts-Konflikte und soziale Kluften, aber auch ein Enthusiasmus an der Moderne und eine unübersehbare Energie.

Diese Phänomene sind gewiss nicht dem Balkan spezifisch und sie treten in so vielen Gegenden extremer auf, jedoch kaum innerhalb Europas. Auch war der Paradigmenwechsel so plötzlich und stark, dass sich Tatsachen (und Probleme) der heutigen Stadtentwicklung trotz der extremen Komplexität fast diagrammatisch ablesen lassen; am stärksten vielleicht im öffentlichen Raum, wo das Territorium der Macht zum Schauplatz der kollidierenden Privatsphären und Identitäten geworden ist.

Die Starthypothese der Field Trips 2018 war, dass das urbane Phänomen in Südosteuropa trotz oder eigentlich wegen seiner Eigenart ein auskunftreiches Modell darstellt für Entwicklungen die sich auch in Westeuropa und in der heutigen urbanen Welt im Allgemeinen abspielen. Vermildert und kaschiert, da die gesellschaftlichen Regulierungssysteme noch so gut funktionieren, kommen auch in der Mitte Europas die Privatisierung und Verschließung des öffentlichen Raums, der allmähliche Rückzug der öffentlichen Behörden aus der Planung und Gestaltung der Stadt, der Konsum als Regel, die

harten Grenzen und so vieles mehr vor.

Der Balkan wird also zum Reagenzglas für Urbanität.

Andersherum ist die südosteuropäische Stadt instabil aber auch wunderbar beständig. In der Gegend lassen sich nicht nur die wilde Entwicklung und die Konflikte, sondern auch kluge Art und Weisen damit umzugehen, erkennen; sei es von Seiten der EinwohnerInnen, oder der AktivistInnen, KünstlerInnen, sozialen Organisationen, ArchitektInnen und PlanerInnen, die mit den geringsten Mitteln Stadt und Öffentlichkeit (wieder) schaffen. Die Städtesammlung bestand aus Bukarest und Cluj/Klausenburg in Rumänien, Belgrad in Serbien und Sarajewo in Bosnien-Herzegowina. Die Themen sind am besten durch die Projekte selbst zu beschreiben: sie reichen von Aktivismus als urbaner Faktor zu den Grenzen als Räume, vom Post-Konflikt zur Rückeroberung durch die Natur, von der (Neu-)Öffentlichkeit in informellen Stadtteilen zu dem anderen öffentlichen Raum, den Demonstranten herstellen.

LEARNING FROM/IN VIENNA

Sei es mir als Gastprofessor gestattet, ein wenig über den Ablauf und die Resultate des Labors zu sprechen. „Der Blick von außen“ ist immer aufschlussreich für das eigene Territorium, sei es eine Stadt, ein Land oder eine Region oder auch die eigene Praxis. Diese Forschungsanträge zu sehen und zu begleiten war aber wirklich ein Privileg: die ersten Schritte, die manchmal naiven Vorstellungen aber auch leuchtende Einfälle und dann die allmähliche Entwicklung der, größtenteils sehr reifen und durchdringenden, theoretischen Diskurse gegen Ende des Semesters. Auch wurde es immer spannender, die Resultate der Expeditionen zu verfolgen – das Eindringen in eine (nicht ganz so) andere Welt. Auf Deutsch ist mit dem Begriff Forschung auch Exploration gemeint; ich bin beeindruckt, wie die Reisen im konkreten Raum aber auch in der Tiefe und im Reichtum der Stadtforschung aufgebaut wurden.

Mir scheint auch enorm wichtig für zukünftige ArchitektInnen und PlanerInnen, dass sowohl die Gegend und die Städte, als auch die Menschen nicht nur zum Gegenstand der Forschung, sondern auch des Verständnisses und der Empathie wurden. Lasst uns also Metternichs abwertenden Satz umformulieren: der Balkan beginnt auch am Karlsplatz, an den Toren der TU.



STEFAN GHENCIULESCU

Stefan Ghenciulescu ist Architekt, Kritiker und Forscher, Assistenzprofessor an der Ion Mincu Universität in Bukarest und Herausgeber der Zeitschrift Zeppelin. www.e-zeppelin.ro

Aktivismus und öffentlicher Raum

Cluj, Juli 2018
Sophia Clement, Monika Georgieva und Katarina Martonakova

Als Reaktion auf den unter Bürgermeister Gheorghe Funar verbreiteten Nationalismus, wurde die Stadt Cluj zum Zentrum einer aktivistischen Protestbewegung. Dabei entwickelte sich eine starke Kunstszene, die über die Landesgrenzen hinaus für internationales Aufsehen sorgte. Die Expedition begibt sich auf die Spuren einer immer noch brodelnden Kunst- und Kulturlandschaft.

Öffentlichkeit im Protest

Bukarest, September 2018
Sarah Bernhard und Anna László

Es scheint als wäre der Protest heute die einzige Form der zivilgesellschaftlichen Aneignung der ehemaligen Propaganda- und Machträume Bukarests. Die strengen Boulevards und die maßstabslosen Plätze werden nur dann vom öffentlichen Leben bespielt, wenn zur Demonstration, zur Kundgebung oder zum Protestmarsch aufgerufen wird. Auf der Forschungsreise wird erörtert welche Bedeutung die unter Ceaușescu entstandenen Machträume heute haben und was die Protestkultur Rumäniens so speziell macht.



▲ Stadtmobiliar in Bukarest

Kaludjerica, die größte informelle Siedlung Europas

Belgrad, Juni 2018
Rafael Essl, Danijel Obradovic und Hannes Schachner

Der Jugoslawienkrieg und dadurch ausgelöste Flüchtlingsströme, gepaart mit einer überforderten Politik und fehlenden stadtplanerischen Vorkehrungen, führten in Belgrad zu einem rasanten Anstieg illegaler Bauten. Die informelle Siedlung Kaludjerica hat sich in diesem Kontext zur größten illegalen Siedlung Europas entwickelt. Durch Interviews und Analyse vor Ort soll ein klares Bild über Kaludjericas öffentlichen Raum, seine räumlichen Hierarchien und öffentlichen Strukturen in Form einer fiktiven Karte gezeichnet werden.

Stadt im Konflikt

Sarajevo, Juni 2018
Adam Gajdos, Anna Lindorfer und Marijana Todorovic

Ehemals ein vielbesuchter Ort wurde aus Sarajevo im Bosnienkrieg die am längs-

ten belagerte Stadt des 20. Jahrhunderts. Die Beziehung zu und das Verständnis von Öffentlichkeit erfuh in der Zeit der Belagerung eine drastische Veränderung. Während der Kriegstourismus bis heute deutlich anhält stellt sich jedoch die Frage inwiefern der öffentliche Raum im Alltag der Sarajilje noch vom Motiv der Erinnerung geprägt ist.



▲ Pijaca Markale in Sarajevo

Passive Aktivität

Bukarest, Juli 2018
Roman von Dall'Armi, Maximilian Weinstock und Richard Zaiser

Die Besonderheit des Vacaresti Naturparks am Rande von Bukarest gründet nicht nur in der untypischen Vielfalt an Flora und Fauna sondern auch in seiner Entstehungsgeschichte. Als Relikt eines megalomanen Bauprojekts aus der Ceaușescu-Ära entwickelte sich die hinterlassene Fläche innerhalb eines Betonringes mit 4 km Durchmesser zu einem für die Region einzigartigen Naturreservat. Die Expedition befasst sich mit dem heutigen Stellenwert des Schutzgebietes im städtebaulichen Diskurs und möglichen Zukunftsszenarien seiner direkten Peripherie.

Mein, dein, unser Sarajevo

Sarajevo, September 2018
Josefine Mochar und Lena Schartmüller
Die Frage nach der kollektiven Identität der Stadt Sarajevo scheint so komplex wie das bosnische Regierungssystem. Seit dem Krieg gehört ein Teil der Stadt zur Föderation Bosnien und Herzegowina und ein anderer Teil zur Republika Srpska. Im Rahmen der Forschungsreise wird der Frage nachgegangen, wo sich diese mentalen und administrativen Grenzen zwischen den ethnischen Gruppen heute noch verräumlichen, wie diese den öffentlichen Raum prägen und ob bzw. wo sie sich überschneiden.

Arabische Investitionen im öffentlichen Raum

Sarajevo, September 2018
Rafael Baumgartner und Christine Schmitz

Zwischen 2006 und 2017 tätigten die arabischen Länder mit 308 Millionen Euro den größten Anteil ausländischer Investitionen in Sarajevo. Turbokapitalismus und Privatisierung haben Folgen für den städtischen Raum. Anhand von drei exemplarischen Untersuchungsobjekten – dem Einkaufszentrum Sarajevo City Center, der

König-Fahd-Moschee und dem urbanen Platz der Kinder – wird der Einfluss arabischer Großprojekte auf das öffentliche Leben in Sarajevo untersucht.

Vom Privaten im Öffentlichen und dem Öffentlichen im Privaten

Bukarest, Juli 2018
Mazarine Girardin, Hannah Niemand und Karolina Plaskova

Bis 1989 war der öffentliche Raum in Bukarest unter der Kontrolle des totalitären Regimes, weshalb viele „öffentliche“ Aktivitäten in den privaten Räumen stattfanden. Nach der Revolution hat sich das Verständnis mit zunehmender Neoliberalisierung verändert. So werden privatisierte Räume (z.B. Einkaufszentren) als öffentlicher Raum wahrgenommen. Die Expeditionsteilnehmerinnen wollen die Nuancen des Verständnisses für diese verschiedenen Räume und deren Nutzung untersuchen.

Relikte der Wild City

Belgrad, Juli 2018
Shanine Alpen und Anselm Hoyer

Unterschiedlichste informelle Strukturen rund um Belgrad bilden die Stationen der Entdeckungsreise. Aus planerischer Perspektive begegnet man hier dem Faszinismus des Bauens ohne Normen und Vorschriften. Doch auch das Prinzip der Selbstermächtigung und der Prozess der Ausverhandlung prägen den öffentlichen Raum der ausgewählten Untersuchungsorte. Vor dem Hintergrund der politischen Vergangenheit Belgrads sollen diese verschiedenen Facetten des Informellen erforscht werden.



▲ Ausblick vom Rudotower in Belgrad

FIELD TRIPS IN PUBLIC SPACE

Beteiligte:

A Palaver, future.lab, Stadt Wien

Jerome Becker, Bernhard Frodl, Teresa Morandini, David Pasek, Nils Peters, Rudolf Scheuven, Erich Streichsbier, Sina Tahayori, Lukas Vejník, Georgine Zabrána

future.lab Gastprofessur:
Stefan Ghenciulescu

Zeitraum:
März – September 2018

FIELD TRIPS IN PUBLIC SPACE

Brauerei goes public

▲ Mit Hilfe von 13 UnterstützerInnen wird im Rahmen einer Live-Performance eine grüne Allee installiert – und zwar genau dort, wo sie künftig durchs Areal führen könnte.

ALLES BEGANN MIT EINER EINLADUNG Im Dezember des vergangenen Jahres wurde ein Mitglied des künftigen Lehrenteam als Anrainer und Nachbar der Ottakringer Brauerei von dieser zu einem Workshop zu deren zukünftiger Ausrichtung eingeladen. Im Rahmen der Veranstaltung wurden die Anwesenden über das Vorhaben der Brauerei informiert, sich künftig verstärkt Richtung Nachbarschaft und Umfeld zu öffnen. Hintergrund dieses ambitionierten Vorhabens ist die geplante Modernisierung sowie damit einhergehende Umstrukturierungsmaßnahmen. Hierbei werden Flächen frei, die derzeit für Produktion und Vertrieb beansprucht werden, und künftig neue Nutzungen am Areal zulassen. Dieser Modernisierungsprozess ist Teil einer langfristigen Strategie, an deren Beginn ein klares Bekenntnis von Seiten des Vorstands und der Geschäftsführung des Unternehmens für den Verbleib am derzeitigen Standort steht, und die nun sukzessive vorangetrieben wird. Dies steht im Gegensatz zu vielen anderen Brauerei-Arealen in Europa, die erst nach Absiedlung der Produktion neu entwickelt werden.

KONTEXT UND AUSGANGSLAGE

Bei der Ottakringer Brauerei handelt es sich um einen nahezu 6 Hektar großen Produktionsstandort inmitten eines vorwiegend gründerzeitlich geprägten und damit dichten städtischen Gefüges im 16. Wiener Gemeindebezirk. Lage im Stadtzentrum sowie Größe des Areals und die damit einhergehenden städtebaulichen Fragestellungen machen die Transformation grundlegend zu einer äußerst reizvollen wie herausfordernden Aufgabenstellung für (angehende) ArchitektInnen

und RaumplanerInnen. Hinzu kommt die Brisanz des Themas auf nationaler wie internationaler Ebene: Ob die Internationale Architektur Biennale in Rotterdam mit dem Titel *The Next Economy* (2016)¹, der offene europaweite Wettbewerb *EUROPAN* im Rahmen seiner 14ten Runde² oder zahlreiche andere Beiträge, die sich in Form von Diskussionsveranstaltungen, Ausschreibungen und Programmschwerpunkten, Artikeln in Fachzeitschriften oder gar ganzen Ausgaben der produktiven Stadt widmen – sie alle machen den Umgang mit Gewerbe- und Industriestandorten im urbanen Raum zum Thema und üben dabei vielfach Kritik an einer einseitigen Entwicklung von Städten, die der Last des Wohnbaudrucks in den letzten Jahrzehnten mit all den langfristigen Konsequenzen nachgegeben haben. Der offizielle Beitrag Wiens liegt seit 2017 in Form des von der Stadt Wien, Magistratsabteilung 18, beauftragten Fachkonzepts *Produktive Stadt*³ vor und stellte für die Lehrveranstaltung selbstverständlich einen wichtigen Bezugsrahmen dar. Diesen galt es allerdings nicht nur kritisch zu reflektieren, sondern auf die Bedeutungsebene eines produktiven Ottakrings zu überführen.

Fragestellungen, denen sich die Studierenden im Laufe des Semesters gewidmet und für die sie Antworten gefunden haben, standen auch im Zentrum eines Auftrags, den die Ottakringer Brauerei bereits zuvor an ein namhaftes dänisches Architektur- und Stadtplanungsbüro vergeben hatte. Die Lehrveranstaltung war daher von Beginn an mit realen Bestrebungen verbunden, ohne von diesen vereinnahmt zu werden. In diesem Kontext konnte fortlaufend ein inhaltlicher Austausch mit relevanten und in den

Transformationsprozess eingebundenen AkteurInnen der Brauerei stattfinden. Gleichzeitig waren die Studierenden jedoch nicht an Vorgaben gebunden. Vielmehr wurde die frische Herangehensweise und Betrachtung der Studierenden als großer Mehrwert verstanden und es konnten acht unabhängige Visionen zur künftigen Um- bzw. Alternativ- und Zusatznutzung des Areals entwickelt werden.

ACHT VISIONEN – ACHT INTERVENTIONEN

Über die Vision für das Areal hinaus war die künstlerische Interpretation selbiger von Beginn an Ziel der Lehrveranstaltung. Konkret sollten die erarbeiteten Visionen der einzelnen Gruppen in reale Interventionen übersetzt werden, die Auszüge der möglichen erarbeiteten



▲ Das Fahrrad der Projektgruppe CO-LOCAL ist gefüllt mit Produkten aus dem lokalen Umfeld der Brauerei.

ten Zukunft darstellten. Dieser Transfer sollte von Seiten der Lehrveranstaltung einen Beitrag zur geplanten Öffnung der Brauerei darstellen. So konnte durch die Verräumlichung der Vision in Form der Intervention das Gespräch über eine Ottakringer Brauerei der Zukunft mit den NachbarInnen und BesucherInnen tatsächlich angestoßen und anhand konkreter Vorschläge diskutiert werden.



▲ Auf unkonventionelle Weise präsentieren die Autoren des Projekts Ottahub ihre Vision einer Brauerei, die neben der Produktion vor allem auch Kunst- und Kulturangebote anbietet.

Die Ergebnisse waren sowohl in Bezug auf die Vision wie die Interventionen äußerst vielfältig und unterschiedlich. Eine Gruppe befasste sich zum Beispiel mit der Zukunft des Arbeitens, letztlich mit einem Fokus auf lokale Produktion. In der Intervention wurde dann ein Lastenrad präsentiert – gefüllt mit Leckereien: vom Biofisch, über Honig und Marmelade bis hin zu Nudeln, alles Lebensmittel, die im Umfeld der Brauerei produziert werden, und mit deren ProduzentInnen sich die Gruppe über Arbeitsrealitäten, geteilte Infrastruktur, Raumanfordernisse etc. ausgetauscht hat. Die Inhalte der geführten Gespräche wurden in Form von Steckbriefen aufbereitet und standen – an das Fahrrad angehängt – zur Lektüre bereit. Zudem konnten interessierte BesucherInnen Rezeptideen und Verarbeitungsvorschläge hinterlassen.

Eine andere Vision konzipierte die Ottakringer Brauerei als Ort der landwirtschaftlichen Produktion. Im Rahmen eines Green Developments sollen hier künftig Getreidesorten und Kräuter in vertikalen Gewächshäusern angebaut werden, die für die Produktion spezieller Biersorten benötigt werden. Zudem werden Flächen für Gemeinschaftsgärten und andere Aktivitäten rund um das Thema Grün für die Nachbarschaft freigegeben. Welcher räumlichen Schritte die Umsetzung solch einer Entwicklung letztlich bedürfte, wurde in Form von Zeichnungen und Skizzen erzählt. Diese wurden vom Autor der Arbeit im Rahmen einer Live-Performance über mehrere Tage hinweg auf die Fassade des Brauwerks gezeichnet und konnten von außen bewundert werden.

Doch nicht alle Projekte ließen sich an einer Stelle verorten: So haben die Studierenden hinter dem Projekt Ottakringer

Kessel beispielsweise zu einem Rundgang aufgerufen. Dieser führte BesucherInnen einmal rund um das Areal der Ottakringer Brauerei und dabei zu mehreren Stationen. Genau genommen handelte es sich dabei um Installationen, wovon jede einen Vorboten eines möglichen künftigen Dahinters darstellte. So kündigte ein Schild „Zimmer frei“ ein fiktives Hotel an oder stand ein außen am hohen Zaun der Brauerei angebrachter Basketballkorb für die Möglichkeit, Sportangebote auf dem Areal einzurichten. Zwei Stufen endeten im derzeit bestehenden Wellblechzaun und standen für den Weg, der künftig durch das Areal führen könnte.

Auf eine andere Art der Reise, nämlich eine Sinnesreise, wurden BesucherInnen indes im Rahmen des Projekts Sinn-voll/los entführt. Ausgehend von einer Vision der Brauerei der Sinne konnten BesucherInnen die zukünftige Brauerei „hören“. Mit Kopfhörern ausgestattet wurden sie im Zuge einer narrativen Reise zu den Oasen geleitet, die künftig auf den Dächern der Ottakringer Brauerei eine Ebene der Entspannung inmitten des urbanen Trubels darstellen könnten. Collagen verbildlichten die Vision der Studierenden, während das ausgestellte Modell vorgegebene Wege und Oasen verortete.

Als Präsentationsplattform für die Lehrveranstaltungsergebnisse konnte ein jährlich stattfindendes mehrwöchiges Format der Brauerei – die Braukultur-Wochen mit über 200.000 BesucherInnen – genutzt werden. Hier konnten alle Interventionen über eine Woche hinweg bestaunt werden.

Während den Auftakt dieser Programmwoche das Hissen der lehrveranstaltungseigenen Flagge auf einem der großen Zylinder der Brauerei darstellte,



▲ Eine Flagge mit Lehrveranstaltungs-CI markiert die Brauerei für eine Woche als Schauplatz der TU-Programmwoche.

▲ Mit einem künstlichen Zeltplatz laden Studierende zur tatsächlich stattfindenden Übernachtung in der Ottakringer Brauerei unter freiem Himmel ein.

war das Ende ein fulminanter Rundgang, der Neugierige und NachbarInnen von Seiten des Bezirks sowie KollegInnen der Fakultät für Architektur und Raumplanung von einer Intervention zur nächsten führte.

¹ <https://iabr.nl/en/edities/iabr2016exhibit> [4.9.2018]

² <https://www.european.at/topic-415.html> [4.9.2018]

³ <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/strategien/step/konzepte/fachkonzept-produktive-stadt.html> [4.9.2018]

TERESA MORANDINI, KURT WENINGER

BRAUEREI GOES PUBLIC

Studierende:

Michael Haudum, Florian Jires, Merlin Strauss, Judith Wirth, Paul Kästner, Christoph Eichinger, Sotir Kaloudin, Teresa Brunbauer, Mazarine Girardin, Clara Gmeiner, Jenny Ly, Monika Elgert, Stephanie Köck, Theresa König, Mara Reinsperger, Melanie Edlinger, Rafael Essl, Linda Schneider, Barbara Steinbrunner, Johannes Fandl, Julia Flaszynska, Elias Grinzing, Oliver Reimann, Francesco Scandellari

Lehrenteam:

Teresa Morandini (future.lab, TU Wien), Theresa Schütz (UNOs | umding+ortsam), Kurt Weninger (Fachbereich Bodenpolitik und Bodenmanagement, TU Wien)

LV-Hosts:

Fachbereich Städtebau, Fachbereich Bodenpolitik und Bodenmanagement

Kooperationspartner:
Ottakringer Brauerei

BRAUEREI GOES PUBLIC

Werden Sie PartnerIn des future.lab

Die Plattform future.lab richtet sich an all jene, die den Link zur Forschung und Lehre an der TU Wien suchen. Im Rahmen des future.labs bieten wir ein betont experimentelles und interdisziplinär angelegtes Programm an den Schnittstellen von Lehre, Forschung und Praxis. Wir schaffen Raum für außergewöhnliche Aktionen und Formate im Kontext der Stadtentwicklung. Wir bringen uns ein in den internationalen Diskurs um Zukunftsfragen der europäischen Metropolentwicklung. Wir suchen die Nähe zu den Herausforderungen des Wohnungsbaus, der Infrastrukturentwicklung und des Wirtschaftsstandortes Wien.

Die Finanzierung des future.labs ist auf Mittel angewiesen, die über PartnerInnen eingeworben werden müssen.

Wichtige PartnerInnen des future.labs: Stadt Wien, WSE, Strabag AG, Erste Bank, PORR AG

WIR BIETEN DIE MÖGLICHKEIT SICH AKTIV IN DIESE INITIATIVE EINZUBRINGEN!

Beispielsweise über die Zusammenarbeit an konkreten Forschungsfragen und -projekten, über Kooperationsprojekte in der Lehre oder über die Möglichkeit des offenen Dialogs zu Zukunftsfragen der Stadt und des Städtischen. Adressaten dieser Partnerschaft sind Unternehmen ebenso wie kulturelle Initiativen, Kommunen oder auch andere Hochschulen und Forschungseinrichtungen, die die Zusammenarbeit im Rahmen der future.lab-Initiative suchen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.futurelab.tuwien.ac.at/partner

Gerne stehen wir Ihnen für persönliche Gespräche zur Verfügung.

Kontakt:

Teresa-Elisa Morandini
Tel. +43 (0) 1 58801-25009
teresa-elisa.morandini@tuwien.ac.at

Jerome Becker
Tel. +43 (0) 1 58801-25014
jerome.becker@tuwien.ac.at



Impressum

HERAUSGEBER

Technische Universität Wien
Fakultät für Architektur und
Raumplanung
future.lab
Karlsplatz 13, 1040 Wien

VERANTWORTLICH

Rudolf Scheuvs

REDAKTION

Jerome Becker, Rudolf Scheuvs

BEITRÄGE

Norbert Erlach, Stefan Ghenciulescu,
Morten Rask Gregersen, Tina Gregoric,
Karin Harather, Magdalena Maierhofer,
Teresa Morandini, Wanda Spahl, Evelyn
Temmel, Kurt Weninger

ABBILDUNGEN

Umschlag (außen) Cha già José from Vienna, Austria (AKH Wien Uploaded by Tokfo), via Wikimedia Commons, Umschlag (innen) Jerome Becker, S. 1 Max Weber in "Die säugetiere. Einführung in die anatomie und systematik der recen-ten und fossilen Mammalia" (1904), S. 16 Sarah Bernhard, S. 17 (von links nach rechts) Sarah Bernhard und Anna László | Adam Gajdos, Anna Lindorfer und Marijana Todorovic | Shanine Alpen und Anselm Hoyer, S. 18 Teresa Morandini, S. 19 (links, mitte) Teresa Morandini, (rechts) Theresa Schütz

Wenn nicht anders angegeben liegen die Credits bei den jeweiligen AutorInnen.

GRAFISCHE GESTALTUNG

Extraplan Wien

LAYOUT

Martina Soi Gunelas, Jerome Becker

DRUCK

Gröbner Druckgesellschaft m.b.H.

ERSCHEINUNGSWEISE

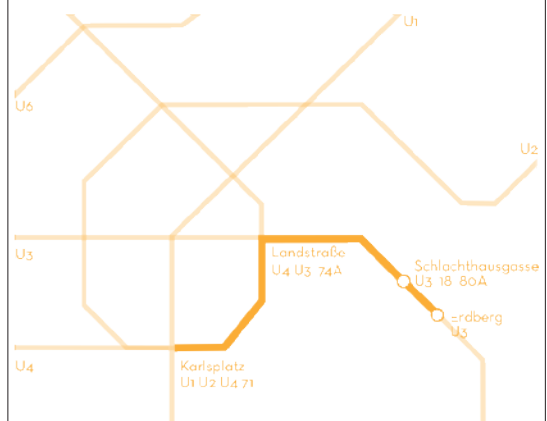
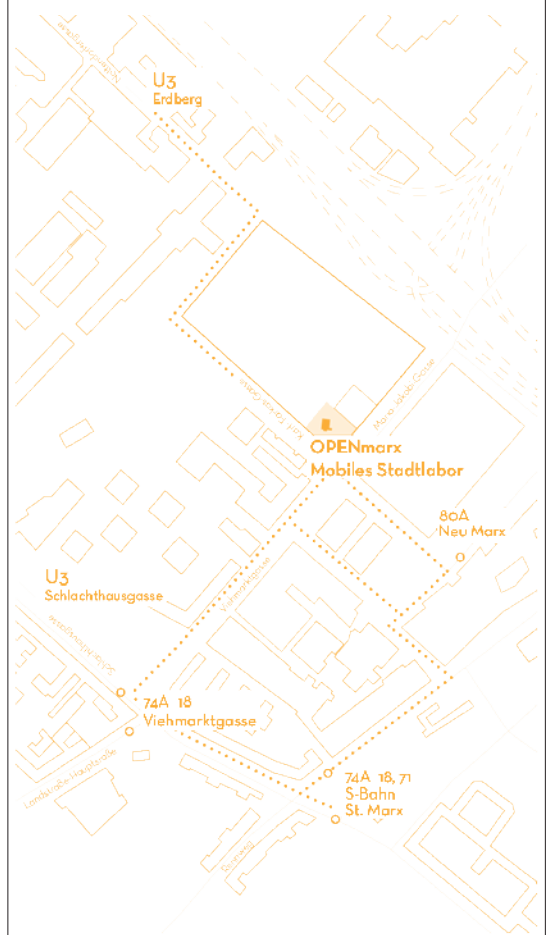
halbjährlich

AUFLAGE

1000 Exemplare

Weiterführende sowie aktuelle Informationen zu Terminen und Veranstaltungen: www.futurelab.tuwien.ac.at

facebook:
www.facebook.com/futurelabTUWien



Seit Oktober 2015 findet man das Mobile Stadtlabor in Neu Marx – einem Entwicklungsgebiet der WSE
Karl-Farkas-Gasse 1
1030 Wien

Weiterführende Informationen zu OPENmarx: www.futurelab.tuwien.ac.at/openmarx/

Das future.lab ist ein Projekt der Fakultät für Architektur und Raumplanung der



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN
Vienna University of Technology